Pubblico e Privato in Sanità

Il modello della società mista originata dalla sperimentazione gestionale

Ioletta Pannocchia *(A cura di)*

ricerche & sviluppo

PROMO P.A. FONDAZIONE
RICERCA ALTA FORMAZIONE PROGETTI

PROMO PA FONDAZIONE

Ricerche e Sviluppo

Una ricerca di:

Promo P.A. Fondazione - www.promopa.it

In collaborazione con:

- Auxilium Vitae Volterra - www.auxiliumvitae.it
- Centro Ortopedico di Quadrante - COQ Spa - www.ospedalecoq.com
- Clinica Riabilitazione Toscana - CRT Spa - www.crtspa.it
- Istituto Mediterraneo per i Trapianti e Terapie di alta specializzazione - ISMETT Srl - www.ismett.edu/it/
- Società Assistenza Acuzie e Postacuzie Spa - SAAPA - www.ospedalesettimo.it

Curatore:

Ioletta Pannocchia

Gruppo di lavoro:
Gaetano Scognamiglio (impostazione scientifica)
Niccolò Persiani (impostazione metodologica)
Ioletta Pannocchia (curatrice e autrice del Capitolo 1; Outlook e proposte normative)
Alberto Romolini (autore dei Capitoli 2 e 3)
Laura Servetti (autrice del par. 2.5)
Lorenzo Crocini (autore del par. 1.4)
Rossella Bonaldi (ha collaborato ai par 2.1.2, 2.1.3, 2.1.4, 2.3 e 2.4)
Paola Tronu (elaborazione dati statistici)
Salvatore Patteri (grafica)
Maria Trapani (editing)

Pubblico e Privato in Sanità

Il modello della società mista originata dalla sperimentazione gestionale

Indice

PREMESSA I
NOTA DEL CURATORE III
OUTLOOK 1
1 LE SOCIETÀ MISTE PUBBLICO-PRIVATO ORIGINATE DALLE SPERIMENTAZIONI GESTIONALI 6
1.1 Le forme di gestione in esito alle sperimentazioni 6
1.2 I soggetti in esame 7
1.3 La composizione societaria 13
1.4 La fisionomia giuridica rispetto alle tre fasi di vita delle società originate da sperimentazione gestionale: fase sperimentale, stabilizzazione e consolidamento 33
1.5 La performance economico-finanziaria 42
1.6 Il valore della produzione 45
1.7 Il costo del personale 48
1.8 Il risultato di gestione 51
2 IL PERIMETRO REGOLAMENTARE. L'ATTUALE REGIME DELLE PARTECIPATE IN SANITÀ 55
2.1 La parabola normativa 55
2.1.1 Il riordino della disciplina in materia sanitaria degli anni Novanta 55
2.1.2 L'esigenza di razionalizzazione delle partecipate negli anni 2000 57
2.1.3 L'attuale disciplina: il Testo Unico delle società a partecipazione pubblica 60
2.2 Le società miste pubblico-private originate dalle sperimentazioni gestionali segnate da una disapplicazione 63
2.3 Le partecipazioni consentite ed il ruolo delle società originate da sperimentazione gestionale 64
2.4 La partecipazione del soggetto privato 73
2.5 Il regime del personale, i limiti connessi alla deroga del D.Lgs. n. 175/2016 in tema di regime contrattuale dei dipendenti (artt. 19 e 25) 75
3 I MODELLI DI GOVERNANCE IN ESSERE. LE RAGIONI E LE CRITICITÀ. CASI DI STUDIO 90
3.1 Auxilium Vitae Volterra 90
3.2 Centro Ortopedico di Quadrante 99
3.3 Clinica Riabilitazione Toscana 116
3.4 Istituto Mediterraneo per i Trapianti e Terapie di alta specializzazione 124
3.5 Società Assistenza Acuzie e Postacuzie 134
4 QUALE FUTURO? IPOTESI DI INTERVENTI NORMATIVI 141
RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI 148
APPENDICE - Schede economico-finanziarie 152

PREMESSA

Negli studi sulle partecipate pubbliche condotti da Promo P.A., come Fondazione di ricerca iscritta all'Anagrafe Nazionale delle Ricerche del MIUR, mancava un approfondimento sulle sperimentazioni gestionali in sanità, che ne costituiscono un segmento importante, con peculiarità specifiche.

L'occasione è nata da un bando vinto per la redazione del bilancio sociale della Clinica di Riabilitazione Toscana Spa, che è appunto un Ente nato da una sperimentazione gestionale.

Lì ci siamo trovati di fronte una struttura di eccellenza e - discutendone con Antonio Boncompagni, che ne è il Direttore Generale - abbiamo colto l'occasione per studiare le particolarità di questi Enti, procedendo col sostegno della Clinica a farne una prima ricognizione a livello nazionale, che ha prodotto un report presentato all'Istituto Superiore di Sanità nel giugno dell'anno scorso.

In quella sede emerse l'esigenza di un ulteriore approfondimento, che andasse al di là del censimento, per evidenziare le caratteristiche delle sperimentazioni sia dal punto di vista economico finanziario, che da quello delle problematiche gestionali e delle prospettive, anche in relazione alla individuazione di possibili proposte regolamentari che consentissero di facilitarne la missione.

Una occasione di studio e approfondimento che non poteva andare perduta, per potere dare un contributo al dibattito "da dentro", facendo tesoro delle esperienze e dell'entusiasmo degli attori, che aspiravano ad uscire da un limbo statico in cui erano stati in qualche modo dimenticati e fatti

riemergere, quasi per magia, dal Testo Unico delle società a partecipazione pubblica (TUSPP, D.Lgs. n. 175/2016).

Così, insieme a 13 Enti, che hanno accettato di condividere il nuovo cammino, siamo arrivati a concludere questo lavoro di ricerca, che ha lo scopo di fare il punto sulla vita e sulle attività di Istituti, che per quanto marginalizzati nel dibattito sulla sanità, hanno dimostrato ottime performance nel loro campo, con la capacità di fornire prestazioni sempre di livello e spesso eccellenti.

Gaetano Scognamiglio

Presidente
Promo P.A. Fondazione

NOTA DEL CURATORE

Presentazione del lavoro

Il presente lavoro rappresenta un ideale prosieguo della ricerca *La gestione pubblico-privato in sanità. Modelli di sperimentazioni ed innovazioni gestionali a confronto*, condotta da Promo P.A. Fondazione nel 2018 su iniziativa della Clinica Toscana di Riabilitazione Spa. Questo primo studio, condotto attraverso una indagine sul campo i cui risultati sono stati presentati a Roma presso l'Istituto Superiore di Sanità il 21 giugno 2019, aveva l'obiettivo di colmare il gap conoscitivo, a quel momento riscontrato, in riferimento ai modelli di gestione mista pubblico-privato, aggiornandolo con i dati delle sperimentazioni attivate nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale e individuando le differenti soluzioni, nonché i modelli organizzativi sviluppati.

Con la ricerca condotta nel 2018 è stato ricostruito lo stato dell'arte delle scelte regionali, si erano inoltre individuati ed analizzati alcuni casi aziendali, per far emergere le buone prassi, i punti di forza e di debolezza del modello adottato e le possibili implicazioni manageriali orientate all'erogazione di servizi ad elevati standard di efficienza, efficacia, economicità e qualità in un contesto regolamentare che ha come riferimenti, fra gli altri, la legge finanziaria del 1992, il D.Lgs. n. 502/1992, di riordino della disciplina in materia sanitaria, e i D.Lgs. n. 175/2016 e n. 100/2017 in materia di partecipate pubbliche.

A partire da questa premessa, si sono aperte nuove domande di approfondimento alle quali la presente ricerca tenta di dare risposta. Un aspetto che si è imposto per rilevanza è quello che investe il tema dell'innovazione gestionale: tra le strutture figlie della sperimentazione sono attivi 13 soggetti che hanno una forma di gestione mista pubblico-privato, alcuni dei quali costituiscono casi di studio particolarmente significativi.

Questa nuova ricerca ha dunque l'obiettivo di approfondire lo studio dei modelli di governance utilizzati, con un focus su quello societario ricostruire il

quadro dei risultati gestionali prodotti e individuare il necessario coordinamento con la normativa in materia di partecipate per le quali sarebbe auspicabile un percorso di sviluppo regolamentare che meglio tenga conto della specificità evidenziate.

Non sono stati presi in esame i soggetti che, pur adottando una forma privatistica societaria, non presentano nessuna forma di partecipazione da parte di un soggetto pubblico. Parimenti, non fanno parte dei casi presi in considerazione le società a completa partecipazione pubblica, proprio perché dal punto di vista della ricerca l'elemento di interesse deriva dall'apporto del privato nelle sperimentazioni gestionali e sugli assetti societari.

Il modello delle sperimentazioni gestionali si inserisce nel quadro della collaborazione pubblico-privato, tema che è riemerso con forza nel dibattito pubblico ed è ampiamente discusso dopo l'emergenza sanitaria dovuto al Covid-19, che ha colpito il nostro Paese ed insieme con esso il mondo intero. Le scelte sulle politiche sanitarie e sui modelli di gestione adottati dagli Stati e dalle Regioni incidono sui livelli di assistenza e sulla tutela del diritto alla salute.

Nel contesto italiano è scaturita una nuova profonda riflessione sul ruolo del Sistema Sanitario Nazionale come garante dei livelli essenziali di assistenza omogenei, è allora oltremodo interessante chiedersi quale possa essere il ruolo del privato a supporto del sistema pubblico e, se le sperimentazioni gestionali, prima dimenticate, possano rappresentare un modello da meglio comprendere per proiettare le scelte sanitarie nel futuro.

La pubblicazione, contenente gli esiti della ricerca, si propone anche di mantenere viva una rete di conoscenza e di condivisione tra i soggetti derivanti da sperimentazione gestionale, veicolo di buone pratiche, luogo di confronto su problematiche condivise, a partire dall'applicabilità delle diverse norme pubblicistiche e dal sistema delle responsabilità.

La pubblicazione è articolata in 4 capitoli, preceduti da un Outlook. Nel Cap. 1 sono descritti i dati di contesto sulle forme di gestione originate in esito alle

sperimentazioni gestionali, illustrando quali sono i soggetti che compongono il campo d'indagine, la loro composizione societaria, una minuziosa ricostruzione della fisionomia giuridica rispetto alle fasi di sperimentazione, stabilizzazione e consolidamento, le performance economico-finanziarie, il valore della produzione, il costo del personale ed i risultati di gestione. I dati sono stati recuperati dai bilanci di esercizio chiusi al momento della redazione del testo (anni 2018, 2017, 2016 e 2015), dalle relazioni ai bilanci e dalle visure camerali degli Enti.

Nel Cap. 2 si trova un approfondito inquadramento normativo del perimetro regolamentare, che si applica alle società derivanti da sperimentazione gestionale con riferimento all'attuale assetto delle società partecipate. Si introduce dapprima la parabola normativa e alla luce dell'esigenza di una razionalizzazione delle partecipate si descrive la disciplina delle società miste pubblico-private originate dalle sperimentazioni gestionali nel Testo Unico delle società a partecipazione pubblica (D.Lgs. n. 175/2016) per quanto applicabile. Infine, si puntualizzano gli aspetti peculiari che le contraddistinguono e che le definiscono per differenziazione sostanzialmente come un *di cuius* rispetto alla disciplina ordinaria. Gli aspetti peculiari trattati riguardano le partecipazioni consentite ed il ruolo delle società originate da sperimentazione gestionale, la partecipazione del soggetto privato, il regime del personale, con i limiti connessi alla deroga rispetto agli artt. 19 e 25 del D.Lgs. n. 175/2016 in tema di regime contrattuale dei dipendenti.

Il Cap. 3 è dedicato alla descrizione dei modelli di governance in essere, attraverso l'esame di 5 casi di studio: Auxilium Vitae Volterra; Centro Ortopedico di Quadrante - COQ Spa; Clinica Riabilitazione Toscana - CRT Spa; Istituto Mediterraneo per i Trapianti e Terapie di alta specializzazione - ISMETT Srl; Società Assistenza Acuzie e Postacuzie – SAAPA Spa.

L'ultima parte del rapporto (Cap. 4) è dedicata a delineare alcune ipotesi di interventi normativi.

Il piano della ricerca

A seguito della presentazione dei risultati della prima ricerca alcuni soggetti, originanti da sperimentazione gestionale, si sono dimostrati interessati ad approfondire le tematiche trattate in un quadro di pressoché totale assenza di attenzione al tema da parte degli studiosi del settore.

L'interesse si è rivolto anche a mantenere viva e attiva una riflessione sulla strada fin qui percorsa dalle sperimentazioni ed innovazioni gestionali in sanità e sul futuro prossimo di questo modello e dei soggetti da esso originati. Tale interesse ha portato i soggetti originanti da sperimentazione gestionale a riunirsi in una rete informale di conoscenza, nonché – a seguito di due incontri che si sono svolti il 24 ottobre e il 5 dicembre 2019 – a ideare e condividere il piano di ricerca, focalizzando il quadro dei temi di maggiore interesse. Il piano di ricerca era quindi strutturato su quattro linee di indagine:

- **Quadro eziologico**: quando e perché nasce la sperimentazione gestionale; quali sono stati i principali eventi che ne hanno caratterizzato l'esperienza aziendale; quali sono stati gli obiettivi del promotore affidati all'azienda all'avvio della sperimentazione.
- **La Governance**: forma giuridica; soci e percentuale di possesso di ciascuno; percentuale di possesso dei soci pubblici; percentuale di possesso dei soci privati; presenza di Patti parasociali; le motivazioni alla base della scelta del modello societario.
- **I risultati e gli indirizzi gestionali**: ambito sanitario di attività e servizi erogati; dati di produzione suddivisi per servizi erogati (numero di posti letto; totale ricoveri ospedalieri, suddivisioni per residenti e fuori Regione, totale ore di trattamento oppure prestazioni per attività extra-ospedaliera, suddivisione per residenti e fuori Regione; quali sono state le principali scelte organizzative dell'azienda; quali sono le principali attività ed i servizi offerti dall'azienda; le attività di rilevo o di eccellenza della struttura in ambito sanitario, di ricerca o

di formazione; i principali risultati conseguiti in ambito di sostenibilità ed equilibrio economico e finanziario; gli elementi cardine della politica di investimento e finanziamento aziendale; le politiche del personale in particolare con riguardo ai criteri di selezione, formazione, crescita ed incentivazione; esistenza di dati che consentano una comparazione quali\quantitativa fra i servizi erogati dall'azienda e analoghi servizi resi da strutture pubbliche.

- **Le prospettive di sviluppo futuro**: i punti di forza che dimostrano che il sistema delle sperimentazioni gestionali ha funzionato; le innovazioni necessarie e più urgenti per le sperimentazioni gestionali; gli elementi gestionali che differenziano le sperimentazioni gestionali rispetto al partenariato pubblico privato. Gli elementi più urgenti di coordinamento normativo con le disposizioni del Testo Unico delle società a partecipazione pubblica.

Nessuno avrebbe mai potuto immaginare che questo lavoro sarebbe stato attraversato dall'emergenza Covid-19, la quale ha imposto di concentrare l'attenzione anche su come alcuni di questi soggetti siano stati coinvolti in modo attivo nella gestione dell'emergenza, fornendo un loro peculiare contributo.

È parso, dunque, importante raccontarne il loro punto di vista, al fine di offrire uno spaccato della prospettiva a partire dalla quale questi soggetti hanno potuto essere attori di una veloce innovazione, agita in rete con il contesto regionale in cui si trovano ad operare.

Il metodo di indagine

La conduzione della ricerca si articola in due momenti principali: il primo finalizzato ad approfondire il tema delle società misto-pubblico private originate dalle sperimentazioni gestionali, il secondo finalizzato a esplorare empiricamente questo tema attraverso un esame attento di cinque casi di studio particolarmente significativi.

La prima fase è stata condotta attraverso una *desk research*. Il punto di partenza è rappresentato dai risultati della ricerca già condotta nel 2018, di cui –

come premesso – il presente lavoro costituisce un approfondimento. Una volta stilata una prima mappatura dell'esistente, nella seconda fase della ricerca l'attenzione si è focalizzata sull'esame dei sei casi di studio. Dal punto di vista metodologico, l'analisi è stata condotta secondo l'approccio del *multiple case study* (Eisenhardt, 1989; Yin, 1994) che rappresenta una delle modalità più comunemente impiegate negli studi in ambito manageriale (Rowley, 2002). L'analisi dei casi di studio ha avuto l'obiettivo di studiare i differenti modelli gestionali, i loro punti di forza e di debolezza e le implicazioni manageriali derivanti dalle diverse soluzioni aziendali, adottate per le collaborazioni in sanità tra pubblico e privato. I casi sono stati selezionati con un criterio rappresentativo del territorio nazionale, nell'ambito dell'esperienza gestionale pubblico-privato.

L'indagine empirica è stata indirizzata a raccogliere dati informativi di natura primaria e secondaria. In particolare, nella prima fase del lavoro, è stata svolta l'attività di reperimento di dati secondari attraverso un approccio del tipo desk research e, poi, nella seconda fase, sono state esplorate le fonti informative primarie.

I dati secondari sono stati raccolti attraverso i documenti aziendali disponibili nel portale istituzionale delle aziende, ponendo una particolare attenzione ai report ed alle informazioni di natura gestionale ed economico-finanziaria. Nello specifico, tra le informazioni disponibili, ne sono state selezionate alcune, al fine di approfondire o di aggiornare ulteriormente i risultati della precedente ricerca. Le informazioni raccolte sono concernenti:

- **La forma giuridica attuale;**
- **La collocazione territoriale delle sperimentazioni gestionali;**
- **La data di costituzione;**
- **La composizione societaria attuale:** numero, natura giuridica e tipo di ente, quota di proprietà dei soci; attraverso i dati descrittivi sono stati elaborati dei modelli di aggregazione societaria;
- **I principali dati di bilancio:** serie storiche 2015-2018.

I dati primari sono stati raccolti ricorrendo alla somministrazione di un questionario a risposte aperte e attraverso interviste semi-strutturate, telefoniche, condotte con le aziende oggetto di analisi.

In particolare, le informazioni oggetto d'indagine del questionario percorrevano quanto previsto dal piano di lavoro della ricerca, l'elaborazione dei questionari e le relative interviste sono state le fonti utilizzate per la descrizione dei casi aziendali descritti nel Capitolo 3.

Ringraziamenti

Si ringraziano tutti i referenti delle strutture che hanno collaborato alla elaborazione dei casi aziendali: Antonio Boncompagni e Franco Paolucci per CRT, Cristina Naro e Gianmaria Battaglia per COQ Spa, Teresa Bassani e Gabriella Gianoglio per SAAPA Spa, Giuseppe Alongi e Laura Raimondo per ISMETT, Alfonso Stella e Sandra Biondi per Auxilium Vitae Volterra.

Ioletta Pannocchia

Direttore Generale
Promo P.A. Fondazione

OUTLOOK

L'elemento di analisi della ricerca è costituito dall'individuazione di un universo di aziende nate da sperimentazioni gestionali, tra loro eterogenee per attività sanitaria svolta ma caratterizzate da un fattore comune: sulla spinta innovativa hanno saputo far evolvere l'esperienza di sperimentazione gestionale da cui originano in un modello di successo, creando elementi di sinergia tra pubblico e privato e realizzando forme di gestione che premiano l'efficienza ed il risultato, offrendo servizi di qualità.

La ricerca ha preso in esame, in particolare, le società nate da sperimentazione gestionale con capitale misto pubblico-privato. Un primo elemento che emerge, come risultato dello studio, è una significativa eterogeneità tra i soggetti, come meglio dettagliato nel cap. 1, tuttavia l'elemento di innovazione che le caratterizza rispetto al panorama resta e costituisce attualmente nel nostro Sistema Sanitario, l'unica "terza via" un "ibrido" tra un sistema costituito di soggetti interamente pubblici ed un sistema di privati che operano in regime di accreditamento o convenzione con il SSN.

Lo studio ha restituito anche un elemento che accomuna le diverse esperienze ovvero la presenza delle Aziende Sanitarie pubbliche nel ruolo di azionista, con quote di maggioranza. Le Aziende Sanitarie pubbliche, in forma di Aziende Sanitarie Locali oppure ospedaliere, svolgono quindi il ruolo di soci e azionisti di maggioranza ed è quindi loro il compito del governo economico delle società miste originate da sperimentazione gestionale. A ben vedere quindi il soggetto pubblico, in qualità di rappresentante del Sistema Sanitario Regionale, avrebbe il compito di fornire le risorse necessarie al perseguimento dei fini sociali e di stabilire le finalità strategiche anche

nell'ottica complessiva di valutazione dei fabbisogni sanitari della popolazione e di tutela della salute, cui le stesse società sono rivolte.

La ricerca ha poi analizzato i recenti interventi normativi anche in riferimento al Testo Unico delle società a partecipazione pubblica (D.lgs. 175/2016) che ha introdotto specifiche disapplicazioni per le società derivanti da sperimentazione gestionali. Da questa analisi possiamo trarre alcune conclusioni.

La prima riguarda la prospettiva di avvio da parte delle Regioni di nuove sperimentazioni gestionali: tale percorso appare percorribile e il nuovo Testo Unico non pone limiti particolari alla costituzione di tali realtà. Lo scopo di tali società beneficia di una specifica tutela in relazione alle finalità perseguibili con le sperimentazioni che restano regolate dalla normativa nazionale, in primis l'art. 9-bis della L. 502/1992, e da quella regionale. In altre parole, la normativa ha voluto tutelare tale modello di collaborazione pubblico-privato in sanità seppure negli ultimi tempi le esperienze di nuove costituzioni siano risultate a dir poco sporadiche.

La seconda conseguenza riguarda le società derivanti da sperimentazione gestionale che rappresentano delle società a capitale misto pubblico-privato, anche controllate da Aziende Sanitarie. Le amministrazioni pubbliche partecipanti, in particolare le Aziende Sanitarie Locali e le Aziende Ospedaliere, possono mantenere tali partecipazioni e tali realtà devono essere attentamente valutate anche in sede di ricognizione periodica. Inoltre, l'esclusione dell'applicazione della norma da parte del Testo Unico fa venire meno per le sperimentazioni gestionali anche l'applicazione del criterio di prevalenza delle attività con gli enti costituenti. Tali vincoli, tuttavia,

possono essere parte della libera definizione delle norme statutarie da parte delle singole aziende.

Più in generale il Testo Unico propone una disapplicazione delle norme a favore delle società derivanti da una sperimentazione gestionale e quindi costitute ai sensi dell'art. 9-bis del D.lgs. n. 502/1992 a prescindere dalla presenza di una posizione di controllo da parte del soggetto pubblico. Peraltro, come già osservato, la possibilità di costituzione di nuove esperienze risulta tuttora vigente quale opzione percorribile a livello regionale.

Questa considerazione porta quindi a riflettere sulle fasi della sperimentazione gestionale, ovvero se esistano effettivamente nell'idea del legislatore momenti (o fasi appunto) di sperimentazione e di successiva stabilizzazione, una volta raggiunti o meno gli obiettivi per cui la stessa sperimentazione è nata. È questa una questione importante anche in ottica di sviluppo futuro delle stesse società e su cui non vi è una posizione univoca da un punto di vista regolamentare.

A ben vedere, anche considerando il citato intervento di disapplicazione del Testo Unico, la sperimentazione appare collegata al momento della costituzione societaria non evidenziandosi nella normativa nazionale una specifica indicazione sulla durata temporale di tale momento. La regolazione della durata è quindi lasciata all'iniziativa legislativa delle Regioni o al ruolo svolto dalle ASL in qualità di azionista e nel modello societario appare connessa all'individuazione della durata della società in fase di costituzione. La sperimentazione gestionale sembra quindi tradursi nella costituzione di una forma societaria mista a capitale pubblico/privato; successivamente sarà compito della Regione, in qualità di soggetto regolatore del Sistema Sanitario

Regionale, o delle Aziende Sanitarie, in qualità di azionista anche di maggioranza, assumere tutte le decisioni strategiche sul mantenimento o meno della partecipazione. Tali decisioni saranno quindi oggetto di specifica regolamentazione in un ambito esterno alla società stessa.

A partire dalle norme contenute nel Testo Unico, la ricerca ha analizzato anche le disposizioni relative al personale, evidenziando come l'eterogeneità in materia risulti rilevante. Il personale è infatti contrattualizzato con contratti sostanzialmente diversi, rendendo le società originanti da sperimentazione gestionale non un cluster omogeneo. Risulta quindi necessario intervenire da un punto di vista normativo per portare alla progressiva eliminazione, o quanto meno alla riduzione, delle antinomie tra il personale di esse e l'organizzazione del personale pubblico.

L'analisi dei casi ha portato poi anche all'individuazione di alcuni elementi che possono fornire spunti di riflessione per il futuro delle sperimentazioni gestionali e delle aziende che derivano da questa esperienza.

Un elemento su cui le società in oggetto possono investire è il territorio e la partecipazione degli stakeholders locali. Tali soggetti possono essere infatti coinvolti e chiamati ad investire nel consolidamento di realtà sanitarie di eccellenza situate nel loro territorio soprattutto in un momento in cui la programmazione sanitaria nazionale regionale è impostata su scala sempre più vasta. Tali realtà possono porsi al centro di una logica di rete che coinvolga i diversi attori locali, pubblici, privati, associazioni ed istituzioni.

Come è emerso dalla ricerca le sperimentazioni gestionali rappresentano una forma di cooperazione tra pubblico e privato in cui le rispettive competenze e risorse si integrano per realizzare e gestire opere infrastrutturali in funzione dei diversi obiettivi e delle responsabilità che si pongono le parti.

L'esperienza aziendale può dare origine a una società mista che si fonda sulla possibilità di acquisire da soci privati di rilevanza anche internazionale (best practices cliniche e gestionali).

Il soggetto economico che si crea si distingue, per autonomia e indipendenza, dalle componenti che lo hanno generato. Questo aspetto è la parte caratteristica che probabilmente non ha acquisito una sufficiente valorizzazione poiché permane la considerazione del nuovo soggetto come propagazione del soggetto pubblico o privato originario. Il vincolo tra pubblico e privato si realizza invece con la creazione di un soggetto ad hoc chiamato a svolgere il compito di tutela della salute e questo resta da disciplinare.

Appare quindi urgente un intervento normativo che disciplini l'ibrido: prenda cioè atto dei punti di forza e cerchi di risolvere le criticità auspicando un percorso di sviluppo regolamentare, che meglio tenga conto della specificità evidenziate. È infatti possibile operare in trasparenza senza perdere in termini di efficienza ed efficacia degli interventi gestionali.

Infine, la recente emergenza sanitaria dovuta al Covid-19 ha coinvolto anche il sistema delle società misto pubblico private originate dalle sperimentazioni gestionali. Il ruolo delle sperimentazioni gestionali è stato differente rispetto ai diversi contesti regionali in cui il fenomeno dell'emergenza sanitaria ha avuto intensità differenti.

Si conferma anche di fronte a questa emergenza la forte disomogeneità dei soggetti, alcuni di essi non sono stati toccati altri hanno dovuto velocemente riorganizzarsi per portare il loro contributo al Sistema Sanitario in diverse forme. Di seguito, evidenziamo i casi più significativi di contributo delle sperimentazioni gestionali alla soluzione della pandemia ancora in atto.

1 LE SOCIETÀ MISTE PUBBLICO-PRIVATO ORIGINATE DALLE SPERIMENTAZIONI GESTIONALI

1.1 Le forme di gestione in esito alle sperimentazioni

Nel corso del tempo sono state attivate nelle diverse Regioni italiane, 57 sperimentazioni gestionali in ambito sanitario. Di queste, 42 hanno completato la fase sperimentale, dando origine ad altrettanti soggetti giuridici a carattere pubblico-privato (mentre le restanti 9 sperimentazioni restano ancora in corso).

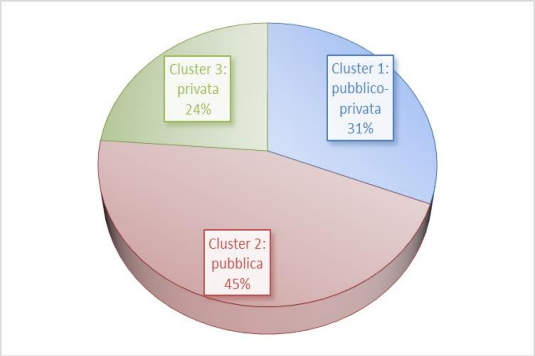
Sulla base della tipologia pubblico/privata adottata, tra i 42 soggetti che hanno consolidato la sperimentazione approdando a una società mista, possiamo individuare 3 differenti cluster

- **Cluster 1:** comprende i soggetti che attualmente hanno una gestione mista pubblico-privato, ne fanno parte 13 soggetti di cui 2 hanno forma giuridica di Fondazione e 11 di società;
- **Cluster 2:** comprende i soggetti che sono stati ricondotti ad una gestione interamente pubblica, ne fanno parte 19 soggetti;
- **Cluster 3:** comprende i soggetti che attualmente hanno una gestione interamente privata, ne fanno parte 10 soggetti.

I Cluster 2 e 3 rappresentano due approdi opposti: se nel 45% dei casi le Regioni hanno terminato la sperimentazione riconducendo la gestione al sistema pubblico (Cluster 2), nel 24% dei casi le sperimentazioni si sono trasformate in una gestione interamente privata delle strutture (Cluster 3).

Oggetto della nostra indagine è il Cluster 1 che rappresenta il 31% dei soggetti presi in esame.

Figura 1 – I 3 Cluster delle forme di gestione attuali in termini percentuali



1.2 I soggetti in esame

Nei nostri sistemi sanitari, quindi, osserviamo la presenza di un nutrito gruppo di società e Fondazioni originanti da sperimentazione gestionali che offrono servizi sanitari ai cittadini e contribuiscono in maniera significativa alla soddisfazione della domanda di salute pubblica (Cluster 1). Questo Cluster è costituito da 13 soggetti che, nel 2020, mantengono la forma giuridica societaria mista pubblico-privato adottata alle origini.

Tali soggetti hanno alcuni tratti comuni e caratterizzanti: sono entità originanti da sperimentazione gestionale; operano in una forma aziendale caratterizzata da autonomia giuridica, organizzativa e gestionale e nella prospettiva della ricerca di un equilibrio economico, finanziario e patrimoniale.

Operano, inoltre, nelle forme di impresa previste dal Codice Civile e, in particolare, nelle forme di società per azioni (Spa) o società a responsabilità limitata (Srl), oppure come Fondazioni. Sono caratterizzati da una presenza di soci pubblici e privati, rappresentando quindi una forma mista di società (*Public Private Partnership*, PPP). In tali società la

prevalenza del capitale è pubblica – elemento caratteristico e derivante dalla legge istitutiva – che determina di fatto una condizione di società a controllo pubblico. Il socio privato, seppur di minoranza, svolge il ruolo di socio industriale, apportando know-how e tecnologia sanitaria.

Tabella 1 – Distribuzione del Cluster per Regione

Denominazione	Regione
Auxilium Vitae Volterra Spa	Toscana
Centro Ortopedico di Quadrante (COQ) Spa	Piemonte
Cittadella Sociosanitaria di Cavarzere Srl	Veneto
Clinica di Riabilitazione Toscana (CRT) Spa	Toscana
Fondazione Istituto G. Giglio di Cefalù	Sicilia
Fondazione Monza e Brianza per il Bambino e la sua Mamma Onlus	Lombardia
Istituto Mediterraneo per i Trapianti e Terapie ad alta specializzazione (ISMETT) Srl	Sicilia
Istituto Prosperius Tiberino Spa	Umbria
Istituto Scientifico Romagnolo per lo studio e la cura dei tumori (IRST) Srl	Emilia-Romagna
Ospedale di Sassuolo Spa	Emilia-Romagna
Radiosurgery Center Srl	Campania
Società Assistenza Acuzie e Postacuzie (SAAPA) Spa	Piemonte
Valmontone Hospital Spa	Lazio

Taluni, seppur con una certa confusione terminologica, tendono a far rientrare queste forme aziendali nel più ampio concetto della collaborazione tra pubblico e privato in sanità, esperienza molto dibattuta in questi anni. Non possiamo nascondere l'affinità concettuale di massima, ma tali aziende hanno delle specificità che le distinguono dalle altre esperienze di collaborazione tra soggetti pubblici e privati.

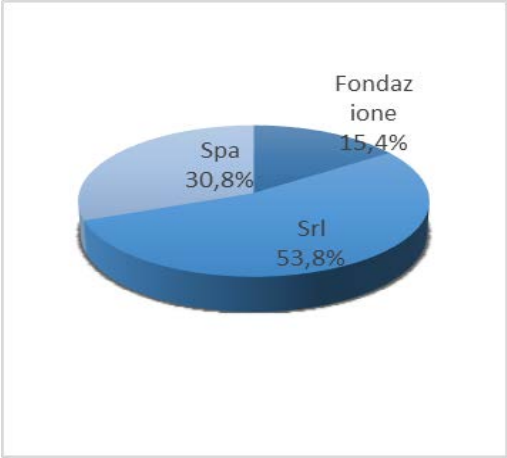
Prima di tutto la collaborazione in atto non nasce da contratti regolati, come gli accordi di servizio, ma è rappresentata da complessi aziendali in funzionamento, da società in cui la collaborazione mista pubblico-privato è realizzata attraverso la partecipazione delle due entità al capitale di rischio. Si tratta, in sostanza, di vere e proprie società miste. In molti casi, poi, la collaborazione avviene con il controllo della "mano pubblica", laddove il capitale di maggioranza si trova in questo alveo di controllo.

Per tali motivi e per date le importanti peculiarità che le caratterizzano, queste aziende sono meritevoli di un ambito proprio di studio e di una profonda riflessione sul contesto di regolazione che deve essere dotato di regole specifiche, che non possono essere né quelle proprie delle Aziende Sanitarie pubbliche né delle società a controllo pubblico che operano in servizi di natura commerciale o industriale. Tali aziende infatti operano in sanità e contribuiscono alla tutela della salute pubblica e le regole che le governano devono tenere conto di tale aspetto.

Se osserviamo la forma giuridica dei 13 soggetti[1]: 2 sono Fondazioni, 7 sono Spa e 4 sono Srl. Prevale, dunque, la forma giuridica societaria, adottata dall'84,6% dei casi (11 strutture). Le Fondazioni rappresentano il restante 15,4%. Tra le società, la scelta della forma giuridica è caduta di preferenza sulle Spa che costituiscono il 53,8% del totale complessivo.

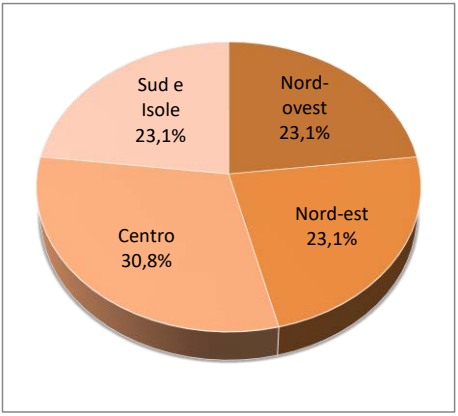
[1] Le informazioni, su cui si fonda l'analisi, reperite nei siti istituzionali dei soggetti, sono riferite alla situazione al momento dell'indagine, nei primi mesi del 2020.

Figura 2 – I soggetti del Cluster 1 per forma giuridica in termini percentuali



La distribuzione territoriale delle strutture è abbastanza equilibrata, con una concentrazione maggiore nel Nord Italia, che complessivamente raccoglie il 56,2% dei casi. In particolare, nel Nord-Est si colloca un quarto dei casi (23,1%), nel Nord-Ovest un altro quarto (23,1%), al Centro il 30,8% e nell'area Sud e Isole l'ultimo quarto.

Figura 3 – I soggetti del Cluster 1 per area geografica in termini percentuali



Delle 2 Fondazioni presenti nel Cluster 1, una ha sede nel Nord-Ovest e l'altra nel Sud e Isole. La forma giuridica della Spa, che come si è detto è maggioritaria, è presente nelle are Centro e Nord. In particolare, 2 casi si trovano nel Nord-Ovest, 1 nel Nord-Est, mentre al Centro si registrano 4 casi; le Srl si ripartiscono tra Nord-Est (2 casi) e Sud e Isole (2 casi).

Tabella 2 – I soggetti del Cluster 1 per area geografica, forma giuridica e numerosità

Area geografica	**Fondazione**	**Spa**	**Srl**	**Totale**
Nord-Ovest	1	2	0	3
Nord-Est	0	1	2	3
Centro	0	4	0	4
Sud e Isole	1	0	2	3
Italia	**2**	**7**	**4**	**13**

I soggetti hanno un'anzianità variabile tra i 10 e i 20 anni di vita. Il primo è stato fondato nel 1997 e l'ultimo nel 2009. Sono 4 quelli con una storia più lunga, attivi da prima del 2000, mentre 6 sono stati costituiti tra il 2000 e il 2005, e gli ultimi 3 hanno iniziato l'attività nel periodo successivo, tra il 2006 e il 2009.

Tabella 3 – I soggetti del Cluster 1 per data di costituzione

Data di costituzione	**n.**	**%**
1997-2000	4	30,8%
2001-2005	6	46,2%
2006-2009	3	23,1%
Totale	**13**	**100,0%**

1.3 La composizione societaria

L'esame delle compagini societarie dei soggetti delle sperimentazioni gestionali miste pubblico-privato fornisce molti elementi interessanti. Le informazioni sulla proprietà, utilizzate nell'analisi, sono relative alla situazione rilevata al momento dell'indagine. Situazione che, nella maggior parte dei casi, non è variata rispetto al momento dell'atto costitutivo, mentre in alcuni altri se ne è distaccata per il recesso di soci fondatori o per l'ingresso nella compagine di nuovi soci. Ne deriva una fotografia della proprietà che, allo stato attuale, non è esattamente la stessa delle origini, ma rispecchia l'evoluzione nel tempo delle condizioni di contesto e delle scelte che hanno portato a mantenere o a variare l'assetto del soggetto.

Nel complesso la proprietà attuale delle 13 strutture a gestione mista coinvolge ben 55 enti, un numero ragguardevole di realtà rappresentative sia del settore privato che del settore pubblico del sistema sanitario e sociosanitario.

In media in ogni struttura sono presenti 4,2 soci. La numerosità dei soci si dispiega lungo un range che va dalla presenza di 2 soli soci, all'associazione tra ben 11 partecipanti.

Tabella 4 – Ripartizione per numero dei soci[2]

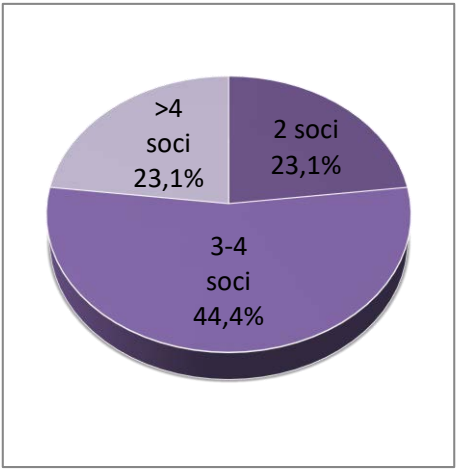
Denominazione	**n. Soci**
Auxilium Vitae Volterra Spa	9
Cittadella Sociosanitaria Srl	3
COQ Spa	2
CRT Toscana Spa	4
Fond. G. Giglio di Cefalù	3
Fond. Monza e Brianza Onlus	3
IRST Srl	11
ISMETT Srl	4
Ist. Prosperius Tiberino Spa	3
Ospedale di Sassuolo Spa	2
Radiosurgery Center Srl	2
SAAPA Spa	6
Valmontone Hospital Spa	3
Totale soci	**55**
Numero medio di soci	**4,2**

L'esame della partnership per classi di ampiezza mostra la preferenza da parte dei fondatori verso le strutture con un numero non troppo ampio di partner: sommate insieme, le strutture che hanno da 2 a 4 soci rappresentano il 76,9 % del totale.

Nel 23,1% dei casi il numero dei soci è ristretto a 2. La quota più consistente di strutture, il 53,8%, ha 3 o 4 soci partecipanti. Il restante 23,1% poggia su compagini più ampie, con più di 4 soci. Sono due le società con un numero di soci nettamente più elevato delle altre (rispettivamente con 9 e 11 soci).

[2] A partire da questa tabella si adotterà una denominazione abbreviata delle strutture, per ragioni di dimensioni sia delle tabelle che delle figure.

Figura 4 – I soggetti del Cluster 1 per numero dei soci in termini percentuali



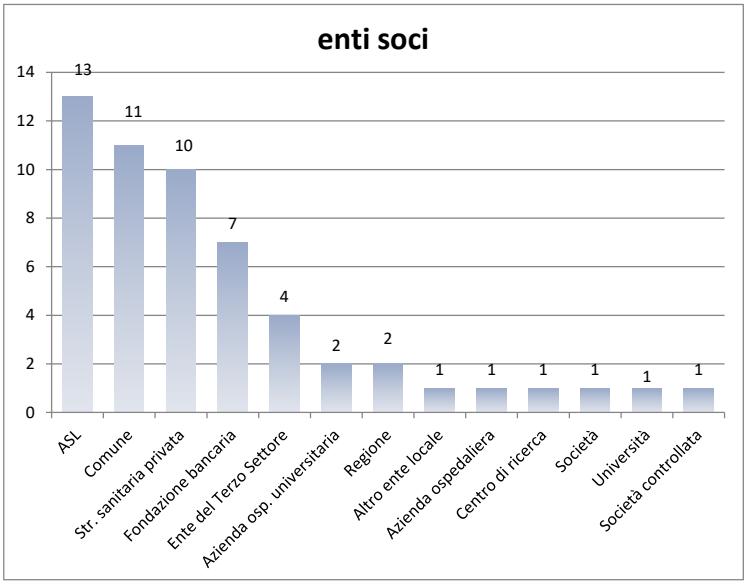
La numerosità dei soci appare legato alla forma giuridica adottata: il numero medio dei soci più elevato si riscontra nelle Srl (5 soci), scende a 4,1 nelle Spa ed è minimo (in media 3 soggetti) nelle Fondazioni.

Tabella 5 – Ripartizione per numero dei soci e forma giuridica

Denominazione	Fondazione	Spa	Srl	Totale
Auxilium Vitae Volterra Spa	-	9	-	9
Cittadella Sociosanitaria Srl	-	-	3	3
COQ Spa	-	2	-	2
CRT Toscana Spa	-	4	-	4
Fond. G. Giglio di Cefalù	3	-	-	3
Fond. Monza e Brianza Onlus	3	-	-	3
IRST Srl	-	-	11	11
ISMETT Srl	-	-	4	4
Ist. Prosperius Tiberino Spa	-	3	-	3
Ospedale di Sassuolo Spa	-	2	-	2
Radiosurgery Center Srl	-	-	2	2
SAAPA Spa	-	6	-	6
Valmontone Hospital Spa	-	3	-	3
Totale soci	**6**	**29**	**20**	**55**
Numero medio di soci	**3,0**	**4,1**	**5,0**	**4,2**

La partecipazione alla fondazione e alla proprietà dei soggetti esaminati si qualifica anche per la tipologia dei soci. Tra i 55 soci rilevati vi sono appartenenti a ben 13 categorie di soggetti operanti nel sistema della salute. Una rappresentanza variegata, indicativa dell'interesse suscitato dalla formula della sperimentazione gestionale pubblica-privata e della propensione a fare rete da parte delle realtà più significative sui diversi fronti, dal non profit alle strutture sanitarie private e pubbliche, dalle amministrazioni locali alle Fondazioni bancarie, dalle strutture che erogano le cure a quelle preposte alla ricerca.

Figura 5 – Enti soci per tipologia



Il *core* rappresentativo delle sperimentazioni gestionali miste è formato da Aziende Sanitarie, amministrazioni comunali, strutture sanitarie private, Fondazioni bancarie ed enti del terzo settore, nelle loro varie forme (organizzazioni di volontariato, Onlus, cooperative sociali, Fondazioni, ecc.).

Nell'elenco dei soci partecipanti la posizione più alta nella graduatoria delle partecipazioni alle sperimentazioni è occupata dalle Aziende Sanitarie (con 13 presenze nei capitali delle società esaminate, corrispondenti al 23,6% sul totale dei 55 soci). Seguono le amministrazioni comunali con 11 partecipazioni (20%). E, subito dietro, con 10 casi, le aziende private del settore sanitario e sociosanitario (18,2%) e le Fondazioni bancarie (7, equivalenti al 12,7% del totale). Il mondo del terzo settore registra 4 partecipazioni (12,7%). Tutte le restanti categorie di enti soci sono

presenti con 1 o 2 partecipazioni. Complessivamente, appare prevalente la provenienza dei soci dal settore sanitario, pubblico e privato, nella considerazione del ruolo del socio quale partner industriale capace di apportare un know-how sanitario. Rilevante è comunque il ruolo svolto dagli enti locali quali soggetti promotori della salute del territorio.

Analizzando i modelli di aggregazione tra soci appartenenti alle diverse categorie è possibile approfondire come sia stata realizzata l'architettura della gestione mista, con quali partner e in base a quali sinergie siano state create le società. I modelli di aggregazione sono definiti non dal semplice numero dei soci, bensì dal numero di categorie rappresentate in ogni caso di gestione sperimentale e dalle combinazioni tra le categorie stesse, a prescindere da quanti soci, uno o più, per categoria siano presenti in società.

Le 13 realtà hanno dato vita a ben 9 modelli diversi, ovvero a costellazioni di soci che variano sia per numerosità delle categorie coinvolte nelle gestioni sperimentali, sia per le combinazioni di categorie. Bisogna, comunque, ricordare che quelle esaminate sono le configurazioni attuali delle gestioni miste, frutto delle evoluzioni nella proprietà avvenute nel corso degli anni dalla fondazione ad oggi. In ogni modo, la pluralità dei modelli adottati, che si riscontra, rispecchia proprio la fase "sperimentale" attraversata e testimonia la flessibilità della cornice formale della gestione mista nel supportare esperienze anche assai diverse di associazione.

Nella figura che segue le aggregazioni sono state distinte in due gruppi in base all'estensione della compagine sociale (rete): le reti più ampie includono soci da 6 a 4 categorie diverse e costituiscono i modelli più

articolati e complessi; vi sono poi le reti di estensione più ridotta, formate da soci di 2-3 categorie.

In 8 modelli, sui 9 individuati, è presente almeno una Azienda Sanitaria, normalmente associata ad una struttura sanitaria privata (in 7 casi su 9), conformemente a quanto prevede la normativa. Il modello essenziale, il più semplice, che prevede la collaborazione fra soci dei due settori, pubblico e privato, è presente in 3 casi, nella forma della presenza, come unici partner di una o più Aziende Sanitarie e una o più strutture sanitarie private.

In 6 modelli su 9 ad affiancare l'Azienda Sanitaria come socio pubblico appare almeno un'amministrazione comunale. La compresenza tra Azienda Sanitaria, struttura privata e Comune, più eventuali soci di altre categorie, caratterizza 4 dei modelli rilevati. Solo in due dei modelli più complessi appare anche la Regione come socio pubblico.

In due modelli, al posto della struttura sanitaria privata, la componente privata è rappresentata da enti del terzo settore. Questi ultimi, a differenza dei soci privati profit, che in alcuni casi partecipano a società che rispecchiano il modello essenziale a 2, entrano in modelli in cui sono presenti più categorie di soci.

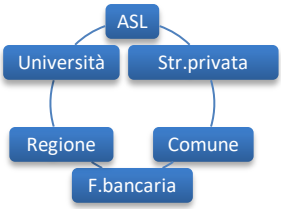
La Fondazione bancaria appare anche essa come socio rappresentativo del settore privato in due dei modelli più complessi.

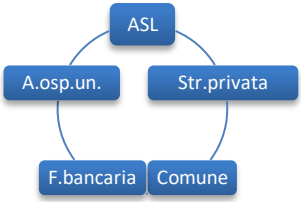
Nelle reti più estese, a questi soggetti cardine, ASL, strutture private ed enti locali, si affiancano, nei differenti casi, uno o più enti del terzo settore, siano essi Fondazioni bancarie o strutture di ricerca, realizzando così le condizioni per il perseguimento dello scopo dell'istituto, ovvero lo scambio

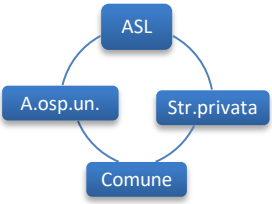
di competenze plurime in uno spazio di incubazione di idee e proposte di sviluppo.

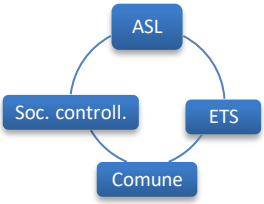
Figura 6 – I modelli di aggregazione in società tra categorie di enti[3]

Casi con aggregazioni più estese tra le categorie di enti



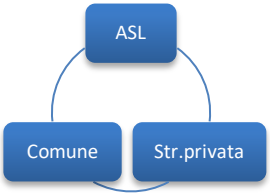




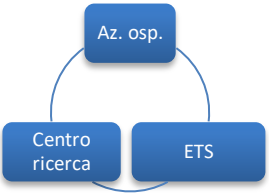


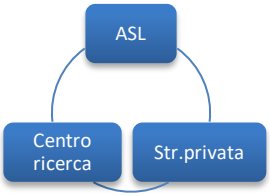
[3] Per i tipi di aggregazione con più di un caso è indicato il numero di casi presenti.

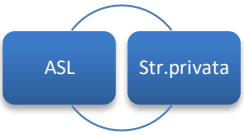
Casi con aggregazioni più ridotte tra le categorie di enti



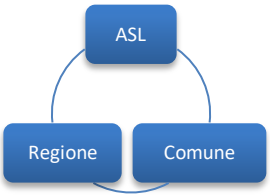
3 casi







3 casi



**

** In fase di ricerca di nuovo socio privato.

La presenza di soci di certe categorie piuttosto che di altre nelle sperimentazioni gestionali varia al variare della forma giuridica prescelta per la sperimentazione. Le sperimentazioni gestionali che hanno assunto la forma delle Fondazioni sono la sede privilegiata della presenza di enti del terzo settore, che rappresentano il 33,3% del totale dei soci delle Fondazioni, cui si aggiungono Aziende Sanitarie, Comuni, Regioni e Aziende Ospedaliere.

I soci delle Spa sono invece, in larga prevalenza, le Aziende Sanitarie e gli enti locali (rispettivamente il 27,6% degli enti soci) e per il 17,2%, strutture sanitarie private. Piccole quote vanno alle altre categorie di soci.

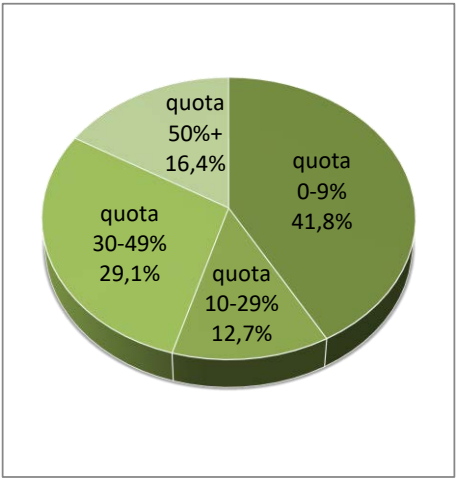
La partecipazione delle diverse categorie di enti è più bilanciata nel caso delle Srl. In questo tipo di società le Fondazioni rappresentano il 30% dei soci, le strutture sanitarie private sono il 25%, le ASL il 20% e i Comuni il 10%.

Tabella 6 – Enti soci e forma giuridica del soggetto cui partecipano in percentuale

Tipo di ente	Fondazione	Spa	Srl	Totale
ASL	16,7	27,6	20,0	23,6
Comune	16,7	27,6	10,0	20,0
Struttura sanitaria privata	0,0	17,2	25,0	18,2
Fondazione bancaria	0,0	3,4	30,0	12,7
Ente del terzo settore	33,3	6,9	0,0	7,3
Azienda osp. universitaria	0,0	6,9	0,0	3,6
Regione	16,7	0,0	5,0	3,6
Altro ente locale	0,0	3,4	0,0	1,8
Azienda ospedaliera	16,7	0,0	0,0	1,8
Centro di ricerca	0,0	0,0	5,0	1,8
Società	0,0	3,4	0,0	1,8
Università	0,0	0,0	5,0	1,8
Società controllata	0,0	3,4	0,0	1,8
Totale	**100 %**	**100 %**	**100 %**	**100 %**
N. di enti	***6***	***29***	***20***	***55***

Un altro elemento da considerare è la dimensione delle quote di capitale possedute dai soci. Mediamente la quota di proprietà dei singoli soci è del 23,6%. Se si considerano quattro classi di ampiezza – *a.* quote piccole (quota di partecipazione non oltre il 9%), *b.* quote medio-piccole (tra il 10 e il 29%), *c.* quote medio-grandi (tra il 30 e il 49%) e *d.* quote grandi (tra il 50 e il 100%) – il 41,8% dei soci è in possesso di quote piccole e un altro 12,7% detiene una quota medio piccola. Un po' più di un quarto dei soci (29,1%) ha una quota medio-grande e il restante 16,4% possiede una quota maggioritaria.

Figura 7 – Enti soci per ampiezza delle quote di proprietà in valori percentuali



I soci che, singolarmente presi, detengono le quote più alte, (sopra il 50%) sono 9 e di questi 8 sono ASL. Altre 4 ASL sono in possesso di quote non maggioritarie ma di entità significativa (tra il 30 e il 49%). Le 10 strutture sanitarie private presenti tra i soci in metà dei casi hanno quote di proprietà medio-grandi. Comuni e Fondazioni bancarie si concentrano nella fascia più bassa della partecipazione. Tutti gli altri enti si disperdono nelle fasce di partecipazione piccole, medio-piccole e medio-grandi.

Tabella 7 – Enti soci per ampiezza delle quote di proprietà

Tipo di ente	0-9%	10-29%	30-49%	50%+	Totale
ASL	-	1	4	8	13
Comune	7	3	1	-	11
Struttura sanitaria privata	2	2	5	1	10
Fondazione bancaria	6	-	1	-	7
Ente del terzo settore	1	1	2	-	4
Regione	1	-	1	-	2
Azienda osp. universitaria	2	-	-	-	2
Altro ente locale	1	-	-	-	1
Azienda ospedaliera		-	1	-	1
Centro di ricerca	1	-	-	-	1
Società		-	1	-	1
Università	1	-	-	-	1
Società controllata	1	-	-	-	1
Totale	**23%**	**7%**	**16%**	**9%**	**55**

Se consideriamo i soggetti più presenti nelle società, mediamente la quota del capitale sociale detenuta dalle Aziende Sanitarie è del 48,1%, quella in mano alle strutture private è del 32,6%. Laddove fanno parte della compagine societaria anche gli ETS hanno un peso incisivo (quota media del 20,6%) mentre Comuni e Fondazioni bancarie in media detengono quote più piccole (sotto il 10%).

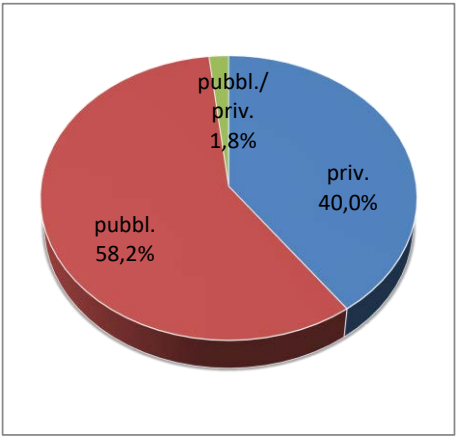
Tabella 8 – Enti soci per dimensione media della quota di proprietà

Tipo di ente	Quota media (%)	N. enti
ASL	48,12	13
Comune	7,66	11
Struttura sanitaria privata	32,60	10
Fondazione bancaria	6,89	7
Ente del terzo settore	20,63	4
Regione	17,50	2
Azienda osp. universitaria	3,50	2
Società	49,00	1
Azienda ospedaliera	33,00	1
Università	5,00	1
Centro di ricerca	3,00	1
Altro ente locale	0,45	1
Società controllata	0,02	1
Totale	**23,62 %**	**55**

Nel complesso la composizione dell'insieme dei soci per settore registra una presenza più numerosa di soci del settore pubblico (sono 32, il 58,2% del totale), che lascia però spazio al settore privato, cui appartengono 22 soci, ovvero il 40% del totale[4].

[4] L'1,8% residuo è costituito dal caso di un centro di ricerca presente come socio in un soggetto e a sua volta a proprietà mista pubblico-privato.

Figura 8 – Enti soci per settore in termini percentuali



In termini di quote possedute, i soci del settore pubblico sono presenti con quote di partecipazione che variano da quelle piccole a quelle maggiori: il 40,6% dei soci pubblici ha una quota che non supera il 9%, il 12,5% ha una quota medio-piccola, il 21,9% una quota medio-grande e il 25% una quota grande.

I soci privati si concentrano in due fasce di partecipazione, quella più piccola (40,9%) e in quella medio-grande (40,9%).

Tabella 9 – Enti soci per tipo di settore e ampiezza delle quote

Tipo di settore	**0-9%**	**10-29%**	**30-49%**	**50%+**	**Totale**
Privato	40,9	13,6	40,9	4,5	100 %
Pubblico	40,6	12,5	21,9	25,0	100 %
Pubblico/privato	100,0	0,0	0,0	0,0	100 %
Totale	**41,8%**	**12,7%**	**29,1%**	**16,4%**	**100,0%**

La natura stessa delle società a gestione mista pubblico-privato determina il rapporto tra le quote di proprietà che sono disegnate così da dare

la maggioranza ai partner pubblici. Il peso della parte pubblica varia da struttura a struttura. In 11 casi su 13 il socio o l'insieme di soci pubblici detiene la maggioranza, ma l'incidenza della quota in mano pubblica oscilla dal minimo del 51% – con uno spazio maggiore per i soci privati – al massimo del 100%.

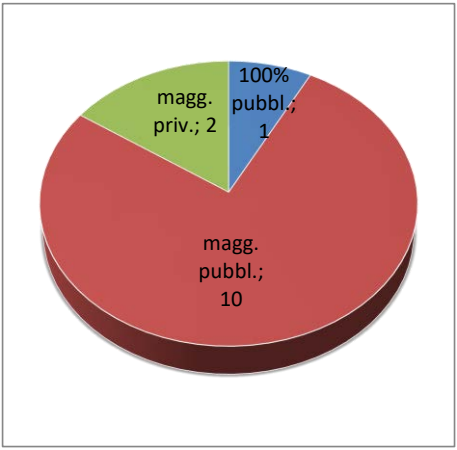
Tabella 10 – Ripartizione per quote percentuali complessive di proprietà pubblica e privata

Denominazione	**Pubblico (%)**	**Privato (%)**
Auxilium Vitae Volterra Spa	59,52	40,48
Cittadella Sociosanitaria Srl	52,00	48,00
COQ Spa	51,00	49,00
CRT Toscana Spa	81,00	19,00
Fond. G. Giglio di Cefalù[5]	100,00	0,00
Fond. Monza e Brianza Onlus	33,00	67,00
IRST Srl	74,62	25,38
ISMETT Srl	55,00	45,00
Ist. Prosperius Tiberino Spa	47,62	52,38
Ospedale di Sassuolo Spa	51,00	49,00
Radiosurgery Center Srl	51,00	49,00
SAAPA Spa	83,50	16,50
Valmontone Hospital Spa	51,00	49,00

La fotografia della proprietà attuale per i 13 soggetti è la seguente: 1 soggetto è interamente – ma provvisoriamente – in mano pubblica in quanto in cerca di nuovo partner privato, 10 sono a maggioranza pubblica, 2 a maggioranza privata.

[5] Dal 2019 in cerca di nuovo socio privato.

Figura 9 – I soggetti del Cluster 1 per settore di maggioranza della struttura proprietaria



L'analisi della distribuzione geografica dei 55 soci , incrociata con le loro caratteristiche, consente di osservare da una prospettiva interessante i processi associativi che hanno caratterizzato le sperimentazioni gestionali a modello misto pubblico-privato, introducendo nella riflessione il tema della variabilità territoriale.

Se a livello nazionale ogni soggetto è formato in media da 4,2 soci, il gruppo dei soggetti insediati nel Nord-Est si caratterizza per un processo associativo allargato nel quale la media sale a 5,3 soci; anche al Centro si supera la media complessiva con 4,8 soci. Le aree del Nord-Ovest e del Sud e Isole stanno invece sotto la media nazionale, rispettivamente con in media 3,7 e 3 soci, quindi con partnership più piccole.

Tabella 11 – I soggetti del Cluster 1 per area geografica e numero medio di soci

Area geografica	Numero medio di soci
Nord-Ovest	3,7
Nord-Est	5,3
Centro	4,8
Sud e Isole	3,0
Italia	**4,2**

Emergono anche delle "preferenze" nella forma giuridica in collegamento con il posizionamento territoriale. Nel Nord-Ovest il 72,7% dei soci fa parte di una Spa e il restante 27,3% di una Fondazione. Nel Nord-Est, invece, le Srl raccolgono l'87,5% degli enti soci a fronte del 12,5% raccolto dalle Spa. Al Centro tutti gli enti soci hanno costituito delle Spa. Al Sud e Isole, infine, la gran parte dei soci coinvolti nelle sperimentazioni gestionali in quest'area partecipa ad una Srl (66,7%) e il restante 33,3% ad una Fondazione.

Tabella 12 – Distribuzione percentuale enti soci per area geografica e forma giuridica

Area geografica	Fondazione	Spa	Srl	Totale	*N. enti soci*
Nord-Ovest	27,3	72,7	0,0	100,0	*11*
Nord-Est	0,0	12,5	87,5	100,0	*16*
Centro	0,0	100,0	0,0	100,0	*19*
Sud e Isole	33,3	0,0	66,7	100,0	*9*
Italia	**10,9**	**52,7**	**36,4**	**100,0**	***55***

La presenza delle Aziende Sanitarie nell'insieme dei soci partecipanti alle sperimentazioni gestionali miste è spiccata in tutte le aree ma appare con più evidenza nel Sud e Isole (33,3%). Per quanto riguarda le amministrazioni locali, invece, la loro presenza tra i soci caratterizza in modo particolare le realtà del Centro, dove rappresentano il 36,8% dei soci.

Le strutture sanitarie private, dal canto loro, sono circa un terzo dei soci nel Sud e Isole, il 20,5 al Centro, il 12,5% nel Nord-Est, dove si rileva una maggiore presenza delle Fondazioni bancarie, e il 9,1% nel Nord-Ovest, dove entrano nelle compagini delle sperimentazioni gestionali miste gli enti del terzo settore.

Tabella 13 – Distribuzione percentuale enti soci per categoria e area geografica

Tipo di ente	**Nord-Ovest**	**Nord-Est**	**Centro**	**Sud e Isole**	**Totale**	***N. enti soci***
ASL	27,3	18,8	21,1	33,3	23,6	*13*
Comune	9,1	12,5	36,8	11,1	20,0	*11*
Struttura sanitaria	9,1	12,5	21,1	33,3	18,2	*10*
Fondazione bancaria	0,0	37,5	5,3	0,0	12,7	*7*
Ente del terzo settore	36,4	0,0	0,0	0,0	7,3	*4*
Regione	0,0	6,3	0,0	11,1	3,6	*2*
Azienda osp. universitaria	0,0	0,0	10,5	0,0	3,6	*2*
Altro ente locale	0,0	0,0	5,3	0,0	1,8	*1*
Azienda ospedaliera	9,1	0,0	0,0	0,0	1,8	*1*
Centro di ricerca	0,0	0,0	0,0	11,1	1,8	*1*
Società	0,0	6,3	0,0	0,0	1,8	*1*
Università	0,0	6,3	0,0	0,0	1,8	*1*
Società controllata	9,1	0,0	0,0	0,0	1,8	*1*
Italia	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	***55***

I soci con piccole quote di partecipazione sono più frequenti nel Nord-Est, nel Sud e Isole e al Centro. Nel Meridione sono maggiormente frequenti, rispetto agli altri territori, anche i casi con soci dominanti che da soli detengono la maggioranza.

Tabella 14 – Distribuzione percentuale enti soci per area e ampiezza delle quote

Area geografica	**0-9%**	**10-29%**	**30-49%**	**50%+**	**Totale**	***N. enti soci***
Nord-Ovest	18,2	18,2	54,5	9,1	100,0	*11*
Nord-Est	56,3	6,3	25,0	12,5	100,0	*16*
Centro	42,1	21,1	21,1	15,8	100,0	*19*
Sud e Isole	44,4	0,0	22,2	33,3	100,0	*9*
Italia	**41,8**	**12,7**	**29,1**	**16,4**	**100,0**	***55***

L'incidenza della partecipazione dei soci del settore privato, sia di tipo profit che non profit, appare più elevata nel Nord-Est (56,3%) e nel Nord-Ovest (45,5%) e va a decrescere nel Sud e Isole (33,3%) e al Centro (26,3%), per la minore partecipazione del non profit.

Tabella 15 – Distribuzione percentuale enti soci per area geografica e settore

Area geografica	**Privato**	**Pubblico**	**Pubblico/privato**	**Totale**	***N. enti soci***
Nord-Ovest	45,5	54,5	0,0	100,0	*11*
Nord-Est	56,3	43,8	0,0	100,0	*16*
Centro	26,3	73,7	0,0	100,0	*19*
Sud e Isole	33,3	55,6	11,1	100,0	*9*
Italia	**40,0**	**58,2**	**1,8**	**100,0**	***55***

1.4 La fisionomia giuridica rispetto alle tre fasi di vita delle società originate da sperimentazione gestionale: fase sperimentale, stabilizzazione e consolidamento

Le società miste derivanti da sperimentazioni gestionali in sanità, hanno una particolare fisionomia giuridica, si evidenziano di seguito le peculiarità.

Occorre, in particolare, chiedersi se le società derivanti da sperimentazioni gestionali abbiano dato luogo a un paradigma concettuale distinto, nell'ambito del diritto societario, e se in esse possa effettivamente individuarsi, sul piano strutturale, una sorta di scissione tra una prima fase sperimentale e una successiva fase di stabilizzazione.

Tornando al disposto di cui all'art. 9-bis del D.Lgs. n. 502/1992, che a tutt'oggi costituisce l'unica norma speciale organica (di fonte statale) di disciplina del fenomeno, si legge che "*Le regioni e le province autonome … autorizzano programmi di sperimentazione aventi ad oggetto nuovi modelli gestionali … anche attraverso la costituzione di società miste a capitale pubblico e privato*".

L'ente pubblico è tenuto a motivare "*le ragioni di convenienza economica del progetto gestionale*", evidenziando alcuni elementi di garanzia dell'interesse pubblico, con particolare riguardo ad alcuni criteri, tra i quali (i) il limite di partecipazione degli organismi privati al capitale delle società miste in misura non superiore al 49%; (ii) la previsione di "*idonee forme di limitazione alla facoltà di cessione della propria quota sociale nei confronti dei soggetti privati che partecipano alle sperimentazioni*"; (iii) la previsione di forme di risoluzione del rapporto contrattuale con i soggetti privati partecipanti, per il caso di gravi inadempienze alle obbligazioni assunte o accertate esposizioni debitorie nei

confronti di terzi; (iv) la individuazione di modalità di scioglimento degli organi societari in caso di mancato raggiungimento del risultato della avviata sperimentazione.

La disposizione in commento si chiude (comma 4) con il divieto, per le aziende del servizio sanitario nazionale, di costituire società di capitali aventi per oggetto sociale lo svolgimento di compiti diretti di tutela della salute, al di fuori dei programmi di sperimentazione.

L'art. 9-bis non definisce, dunque, un modello speciale di "società pubblica", disciplinando piuttosto i contorni dei "programmi di sperimentazione" che, nell'ambito dell'autonomia regionale che la norma prefigura, potranno poi trovare attuazione mediante strumenti negoziali (contratti di associazione in partecipazione, appalto, mandato, etc.) o istituzionali (Fondazioni o, appunto, società di capitali).

È evidente, peraltro, come il particolare oggetto della società costituita al fine di attuare il "progetto gestionale" imponga garanzie di tutela dell'interesse pubblico, che il legislatore del 1992 individua però all'interno del perimetro dell'autonomia statutaria propria del diritto civile (si fa qui riferimento ai limiti alla partecipazione dei privati, alla limitazione della circolazione delle quote, alle forme di risoluzione del rapporto, sopra ricordati).

La dialettica tra autonomia statutaria (a suo tempo ampiamente valorizzata dalla riforma del diritto societario attuata con il D.Lgs. n. 6/2003) e regime vincolistico rappresenta, del resto, una delle chiavi di lettura del D.Lgs. n. 175/2016, dal quale emerge con chiarezza la natura non speciale della società pubblica.

Sul punto, un ruolo centrale è svolto dal disposto di cui all'art. 1, comma 3, D.Lgs. cit., a mente del quale "*Per tutto quanto non derogato dalle disposizioni del presente decreto, si applicano alle società a partecipazione pubblica le norme sulle società contenute nel Codice Civile e le norme generali di diritto privato*".

Accanto a disposizioni di carattere chiaramente derogatorio della disciplina di diritto comune (pensiamo all'art. 3, secondo il quale le Pubbliche Amministrazioni possono partecipare esclusivamente a società costituite in forma di Spa o Srl, e la Srl deve sempre dotarsi di un organo di controllo o di un revisore, la cui nomina non è opzionale e che non può coincidere, nel caso delle società azionarie, con il collegio sindacale, oppure all'art. 11, in tema di "Organi amministrativi e di controllo"), vi sono, all'interno del Testo Unico, norme applicative o rafforzative della disciplina societaria.

Si consideri l'art. 6 commi 2 e 3 che, nel prevedere, per le società a controllo pubblico, la predisposizione di programmi di valutazione del rischio di crisi aziendale (v. anche l'art. 12 del TU.), nonché l'eventuale integrazione degli strumenti di governo societario con l'introduzione di regolamenti interni, uffici di controllo interno, codici di condotta o programmi di responsabilità sociale, non fa che fornire una specificazione del principio di adeguatezza dell'assetto organizzativo, già prefigurato nel disposto degli artt. 2381 commi 3 e 5 e 2403, comma 1, cc, e poi espressamente codificato dal nuovo art. 2086 comma 2, cc: "*L'imprenditore, che operi in forma societaria o collettiva, ha il dovere di istituire un assetto organizzativo, amministrativo e contabile adeguato alla natura e alle dimensioni dell'impresa, anche in funzione della rilevazione tempestiva*

della crisi dell'impresa e della perdita della continuità aziendale, nonché di attivarsi senza indugio per l'adozione e l'attuazione di uno degli strumenti previsti dall'ordinamento per il superamento della crisi e il recupero della continuità aziendale".

Si consideri, altresì, la generale riconduzione del rapporto di lavoro alle dipendenze della società in controllo pubblico nell'ambito della normativa privatistica.

Il Testo Unico, pertanto, intendendo ricomporre il sistema e superare le discipline particolari previgenti, non consente di configurare la "società pubblica" come *genus* a sé stante, ma ne determina una chiara collocazione nel contesto del diritto societario comune.

Per le società derivanti da sperimentazioni gestionali ciò risulta vero a fortiori, poiché il già citato disposto di cui all'art. 26 comma 6 del decreto esclude l'applicabilità alla nostra fattispecie di alcune norme derogatorie particolarmente pregnanti: l'art. 4 in tema di "Finalità perseguibili mediante l'acquisizione e la gestione di partecipazioni pubbliche", l'art. 17, in tema di "Società a partecipazione mista pubblico-privata", gli artt. 19 e 25 in tema di personale.

È quindi evidente, in definitiva, che le società derivanti da sperimentazione gestionale non hanno dato luogo ad un tipo speciale, ma abitano a buon diritto l'ambiente del diritto comune, salve le previsioni recate dal D.Lgs. n. 175/2016, tutte applicabili salvo quelle escluse, e i criteri elencati nell'art. 9-bis, per come declinati nei singoli provvedimenti regionali di regolazione dell'iter autorizzativo del "programma".

La locuzione "società derivante da (programma di) sperimentazione" può alludere indifferentemente ad una persona giuridica

"stabilizzata" a seguito di una precedente fase sperimentale conclusa e superata oppure costituita ex novo per l'attuazione di un programma di sperimentazione.

A ben guardare, la scissione tra una prima fase sperimentale della società e una sua successiva stabilizzazione, non sembra possedere una fondata base normativa, per quanto concerne la struttura e la vita della società di capitali.

È luogo, sul tema, fare cenno ai provvedimenti di derivazione regionale che regolano il fenomeno, con ampia autonomia, in forza dello stesso dettato dell'art. 9-bis, ma soprattutto dell'art. 19 comma 2-bis del D.Lgs. n. 502/1992, il quale statuisce che "*non costituiscono principi fondamentali, ai sensi dell'art. 117 della Costituzione, le materie di cui agli articoli 4 comma 1 bis e 9 bis*".

Ed infatti, la normativa regionale ha sovente dettagliato in modo puntuale alcuni elementi delle sperimentazioni gestionali, come l'iter autorizzativo, i contenuti del progetto, la durata della prima fase sperimentale, il monitoraggio e l'eventuale rinnovo (o stabilizzazione).

In particolare, e volendo opportunamente restringere il campo di indagine, la Regione Toscana ha regolamentato la materia con gli artt. 34 (Sperimentazioni gestionali), 34-bis (convenzioni) della L.R. n. 40/2005 e con la D.G.R. n. 239 del 14.03.2017, avente ad oggetto procedure di approvazione dei progetti e modalità di controllo e valutazione.

L'art. 34 consente alle Aziende Sanitarie di attivare rapporti in forma societaria con soggetti privati, nel rispetto degli indirizzi della programmazione sanitaria e sociale integrata regionale e relativamente alle attività in essa indicate. È fatto obbligo alle stesse aziende di sottoporre

preventivamente alla Giunta regionale lo schema dello Statuto della società che si intende costituire, unitamente ad una relazione illustrativa circa le finalità, il funzionamento e i risultati gestionali attesi.

Con disciplina di dettaglio, la D.G.R. n. 239 del 2017 definisce la sperimentazione gestionale come "*l'innovazione gestionale che ha per oggetto i contenuti descritti nell'art. 9-bis del D.Lgs. n. 502/1992 ... la sperimentazione gestionale riguarda pertanto: a) creazione di partnership pubblico-private destinate allo svolgimento di compiti diretti di tutela della salute; b) deroghe alla modalità ordinaria di erogazione dei livelli essenziali di assistenza e dei relativi finanziamenti*".

Dopo avere declinato i vincoli progettuali, la delibera determina i meccanismi tecnici di monitoraggio e valutazione dei risultati, ai fini della "stabilizzazione, proroga o cessazione" della sperimentazione.

Nell'allegato "A" (pag. 1) alla delibera, si precisa che "*sulle sperimentazioni gestionali si esercita un'attività di monitoraggio e controllo intesa a valutare i risultati e consentire, al termine del primo triennio di sperimentazione, l'adozione di eventuali provvedimenti regionali e, nel caso di sperimentazione positiva, l'assunzione delle iniziative utili alla stabilizzazione e al consolidamento della forma gestionale sperimentata. (...) Nel caso in cui la sperimentazione (...) mostri di produrre risultati negativi in grado di pregiudicare il mantenimento di livelli essenziali di assistenza o il loro inefficiente conseguimento, la Giunta Regionale propone al Consiglio l'adozione di un termine anticipato della sperimentazione gestionale e il ripristino delle condizioni preesistenti, o la modifica dei suoi contenuti*".

Vi è da chiedersi in quale misura queste previsioni possano incidere sul modello della società mista di capitali delineato nel testo vigente dell'art. 9-bis e sul suo carattere tipico.

Se, in altri termini, nella struttura di queste società possa configurarsi una distinzione tra iniziale "gestione sperimentale" e successivo "consolidamento".

Occorre osservare che **questa distinzione pare operare, in effetti, nel campo delle politiche attive aventi ad oggetto la tutela del diritto alla salute, senza mai incidere sulla natura, sulla struttura e sul funzionamento interno delle società miste.**

Più ragioni militano in tal senso.

In primo luogo, le disposizioni che, come nel caso della Regione Toscana, prevedono o sottendono la scissione dei due momenti (sperimentazione/stabilizzazione), possiedono palesemente carattere amministrativo e non normativo, come tali non potendo incidere sulla conformazione di un modello organizzativo di società tipico e costante per legge; in secondo luogo, l'ordinamento civile è prerogativa della potestà legislativa statale ai sensi dell'art. 117 lett. l) Cost., ragione per cui la norma di legge regionale non potrebbe mai derogare alla causa del contratto di società come emergente dal sistema del Codice (art. 2247 cc) o al principio di tipicità delle forme societarie (art. 2249 cc), atteso inoltre che codificare l'esistenza, nelle società derivanti da sperimentazione gestionale, di due diverse vite dell'impresa, legate a termini intermedi sottoposti ab externo alla verifica dell'autorità amministrativa, significherebbe rivoluzionare la tipologia della società capitalistica in pieno contrasto con la *mens legis*

desumibile dal testo del D.Lgs. n. 175/2016 e con le norme generali del diritto privato che esso richiama (art. 1 comma 3).

Il quadro normativo non consente, dunque, di ritenere configurabili sul piano giuridico, nelle società miste in commento, una fase sperimentale e una fase successiva di stabilizzazione.

La responsabilizzazione del socio pubblico

Evidentemente, il contesto regolatorio intende preordinare l'eventuale azione di parte pubblica regionale al fine di porre in essere le azioni di monitoraggio e valutazione legate alla tutela dell'interesse pubblico, individuando, se del caso, le necessarie iniziative strategiche per la dismissione o (viceversa) implementazione del progetto sperimentale avviato, nel quadro, tuttavia, dei meccanismi di funzionamento propri della proprietà azionaria e degli strumenti statutari approntati al momento della costituzione, in forza del principio di autonomia e libertà negoziale, non ultime la dotazione patrimoniale e/o la programmazione della durata della società.

In altre parole, la società pubblico-privata costituita per l'attuazione del programma sperimentale integra essa stessa una forma giuridica stabile e istituzionalizzata di sperimentazione gestionale, mentre su di un piano del tutto esterno alla società sono situate le intenzioni degli azionisti, che appaiono (civilisticamente) come meri motivi sottostanti e non incidono sulla natura dello strumento prescelto, sulla sua struttura, e sulle modalità di gestione. Ed è evidente come questa ricostruzione determini conseguenze sostanziali sulla vita del rapporto tra soci pubblici e privati, in concreto dando luogo ad una forte responsabilizzazione diretta dell'Azienda Sanitaria Locale.

Nella fisionomia societaria che abbiamo delineato, il ruolo dell'Azienda Sanitaria emerge come azionista di riferimento onerato della gestione autonoma del rapporto di controllo, che si articola su due piani, uno statico ed uno dinamico.

Ed infatti, da un lato, l'art. 20 del D.Lgs. n. 175/2016 impone al socio pubblico lo svolgimento annuale di un'analisi dell'assetto complessivo delle società partecipate dirette o indirette, con la predisposizione, ove ricorrano i presupposti dettati dalla norma, un piano di riassetto per la razionalizzazione, fusione o soppressione, anche mediante messa in liquidazione o cessione.

Dall'altro lato, sempre riferendoci alla prassi affermatasi in Toscana, la stessa Azienda Sanitaria adotta un "Regolamento delle attività di indirizzo e controllo delle società controllate e partecipate" che, attraverso il disegno di una fitta serie di flussi informativi, disciplina il monitoraggio sull'attuazione degli obiettivi strategici e gestionali e sul mantenimento degli equilibri finanziari.

Trattasi di elementi testuali che convergono nel senso di assegnare all'Azienda Sanitaria una precisa responsabilità, sia sotto il profilo (a priori) di una valutazione di persistenza dell'interesse pubblico, sia sotto il profilo (a posteriori) del corretto perseguimento di quell'interesse nella vita della società mista, rimanendo del tutto in disparte, su questo piano, la distinzione tra "fase di sperimentazione" e "fase di stabilizzazione".

1.5 La performance economico-finanziaria

Attraverso i dati di bilancio è possibile quantificare la dimensione economica del Cluster 1. Sono stati presi in esame i bilanci del 2018 (gli ultimi disponibili) ed è stata riscostruita anche la serie storica del quadriennio 2015-2018. Pertanto, al dato contingente è possibile affiancare la dinamica evolutiva delle gestioni miste dal punto di vista della governance economico-finanziaria. L'analisi è stata condotta comparando sei indicatori che descrivono a grandi linee la performance: l'attivo patrimoniale, il patrimonio netto, il capitale sociale, i debiti, il valore della produzione, i costi per il personale e il risultato netto. Nell'insieme, le sperimentazioni gestionali in forma mista pubblico-privato, attive nel 2018, hanno registrato queste performance:

- **attivo patrimoniale complessivo: 411,8 milioni di euro;**
- **patrimonio netto: 43,4 milioni di euro;**
- **capitale sociale: 44,7 milioni di euro;**
- **debiti: 281,7 milioni di euro;**
- **valore complessivo della produzione annuale: 454,2 milioni di euro;**
- **costo complessivo del personale: 160,8 milioni di euro;**
- **risultato netto: 4,7 milioni di euro.**

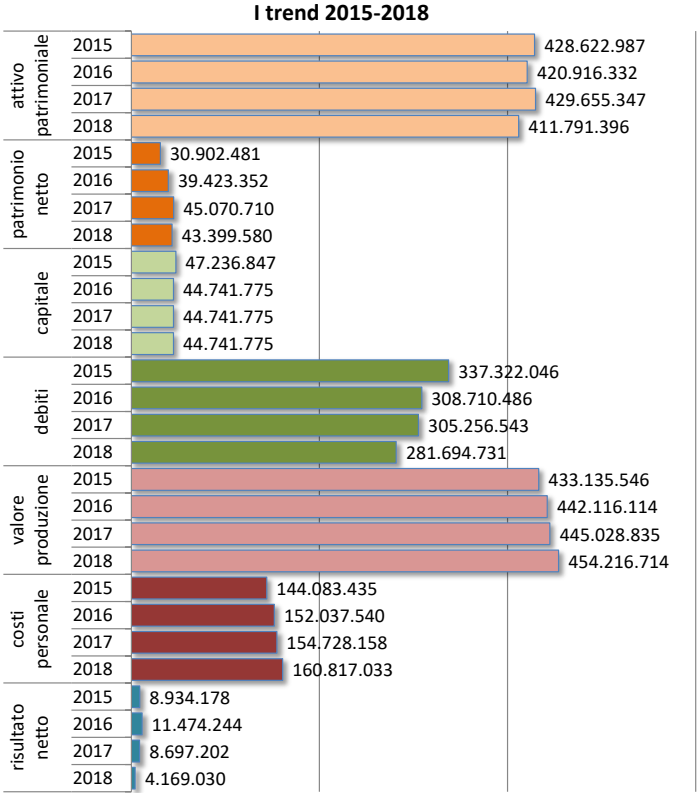
Il dato più recente si inserisce in una dinamica economico-finanziaria, di cui si è evidenziata l'evoluzione nell'ultimo quadriennio. Dalla lettura dei trend del periodo emerge che:

- l'attivo patrimoniale negli anni ha subito delle oscillazioni a partire da 428,6 milioni nel 2015, scendendo al valore più basso nell'ultimo anno

analizzato;

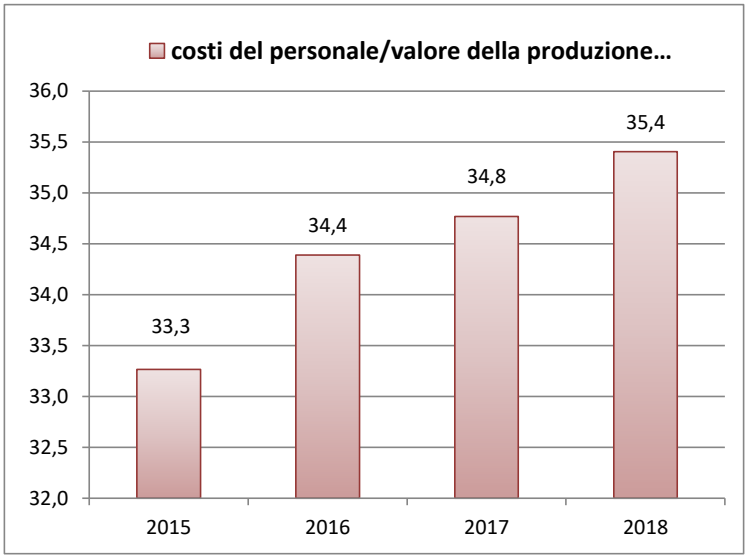
- il patrimonio netto è aumentato dal 2015 al 2017, stabilizzandosi nel 2018 su valori leggermente più bassi, mentre il capitale sociale si è mantenuto costante;
- i debiti hanno seguito un trend decrescente, fino a raggiungere il livello minimo nel 2018;
- il valore della produzione è cresciuto costantemente di anno in anno;
- così pure sono andati crescendo progressivamente i costi per il personale;
- l'utile netto ha oscillato tra il valore più alto del 2016 e quello più basso del 2018.

Figura 10 – Indicatori di bilancio per il Cluster 1 nel periodo 2015-2018



Nell'ultimo quadriennio, per quanto siano aumentati sia il valore della produzione sia il costo del personale, la crescita progressiva di quest'ultimo è stata maggiore, il che ha comportato un incremento dell'incidenza di questa tipologia di spesa dal 33,3% del 2015 al 35,4% del 2018.

Figura 11 – Rapporto costi del personale/ valore della produzione per anno



1.6 Il valore della produzione

Anche per quanto riguarda il valore della produzione – che in media è di 25,3 milioni, 4 soggetti su 13 superano in larga misura il dato medio. Il valore massimo è quello dell'ISMETT Srl, che supera i 100 milioni di euro. Altre 3 strutture – IRST Srl, Fondazione G. Giglio di Cefalù e Ospedale di Sassuolo Spa, registrano nel 2018 fatturati compresi tra i 70 e gli 80 milioni di euro. Altre 7 strutture sono su valori vicini alla media e una di queste la supera di poco. I soggetti rimanenti hanno fatturati tra i 10 e i 40 milioni mentre sono soltanto 2 quelli che non superano i 10 milioni di euro.

Figura 12 – Valore della produzione per soggetto nel 2018

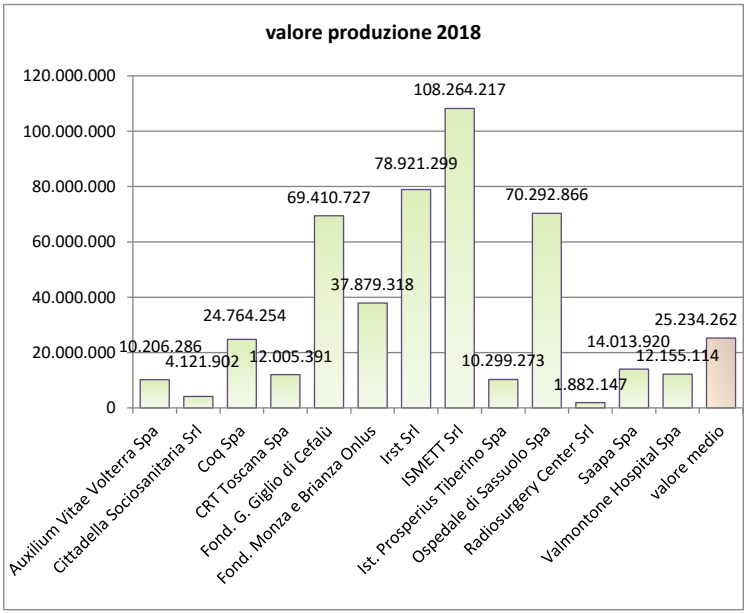
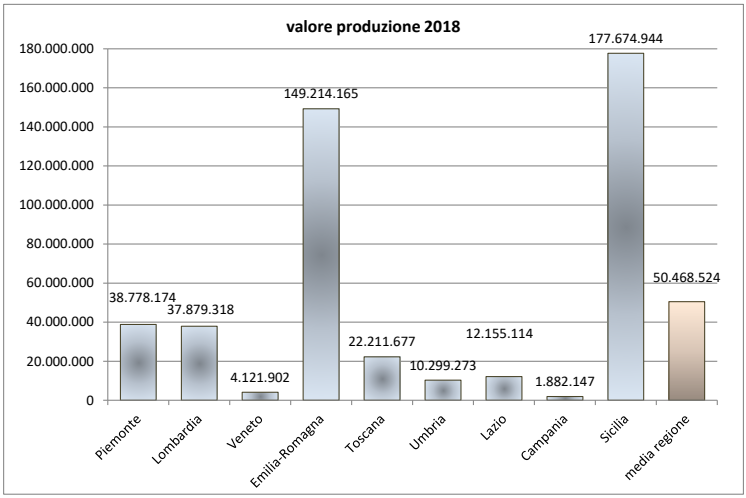


Tabella 16 – La distribuzione per classi del valore della produzione nel 2018

Classi di valore della produzione (€)	N.
<10.000.000	2
10.000.000-40.000.000	7
>40.000.000	4
Totale	**13**

Anche per quanto riguarda il valore della produzione, Emilia-Romagna e, ancor più nettamente, Sicilia si staccano dalle altre Regioni che sono tutte su livelli più contenuti.

Figura 13 – Valore della produzione per regione nel 2018



I valori della produzione più bassi si riscontrano in Campania e in Veneto. Come si è già osservato per l'attivo patrimoniale, anche per il fatturato il Nord-Est e il Sud e Isole raccolgono le quote più alte del fatturato complessivo delle 13 strutture.

Tabella 17 – Valore della produzione per area geografica nel 2018

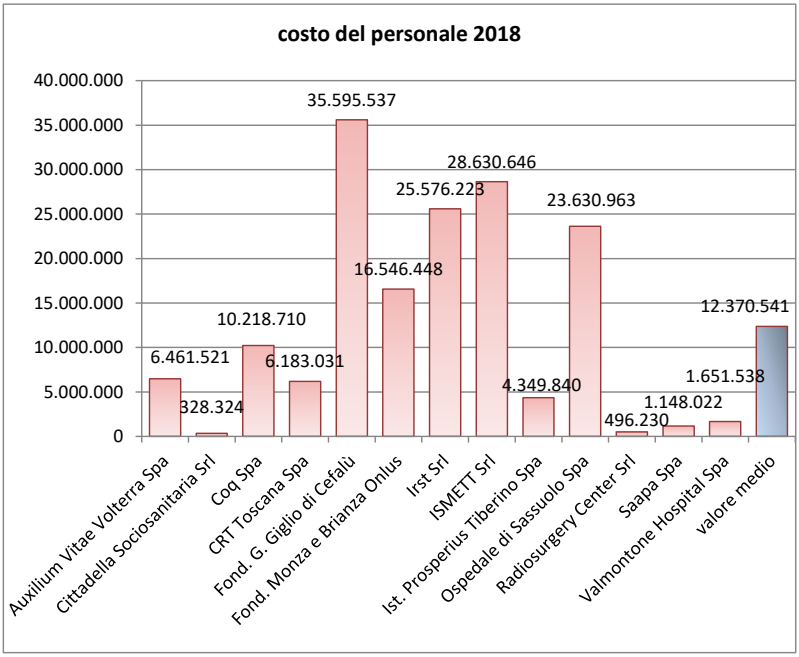
Area geografica	**Valore della produzione (€)**	**Valore della produzione (%)**
Nord-Ovest	76.657.492	16,9
Nord-Est	153.336.067	33,8
Centro	44.666.064	9,8
Sud e Isole	179.557.091	39,5
Italia	**454.216.714**	**100%**

L'analisi dei fatturati del 2018, dunque, conferma quanto evidenziato dalla prima ricerca, la quale aveva permesso di costruire l'immagine del Cluster 1 come di un complesso di strutture che operano su piani diversi con bacini di utenza e consistenze produttive differenziate.

1.7 Il costo del personale

Nell'esaminare i dati di sintesi si è notato come il costo del personale assorba una quota consistente e in crescita dei costi di produzione, anche in rapporto al valore del fatturato. Il costo medio del personale per soggetto è di 13,4 milioni di euro. Il costo massimo nel 2018, quasi tre volte superiore alla media, è stato registrato dalla Fondazione G. Giglio di Cefalù. Seguono a forte distanza tre casi in cui il costo oscilla tra i 20 e i 30 milioni di euro.

Figura 14 – Costo del personale per soggetto nel 2018



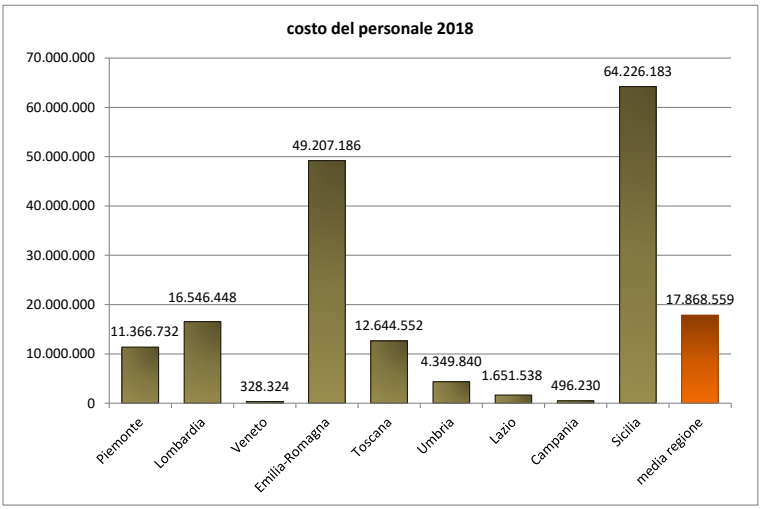
La distribuzione per classi di valore di questa voce di spesa porta a individuare in tutto 5 casi in cui il costo del personale supera i 15 milioni di euro. In 4 casi il costo è tra i 2 e i 15 milioni. In altri 4 è, invece, inferiore a 2 milioni di euro.

Tabella 18 – La distribuzione per classi del valore del costo del personale nel 2018

Classi di valore del costo del personale (€)	**n.**
< 2.000.000	4
2.000.000-15.000.000	4
>15.000.000	5
Totale	**13**

Anche per il costo del personale la Regione Sicilia si distacca nettamente dalle altre con un valore quadruplicato (64 milioni di euro) rispetto alla media regionale, che è di 17,9 milioni di euro. Segue l'Emilia-Romagna con 49 milioni di euro.

Figura 15 – Costo del personale per regione nel 2018



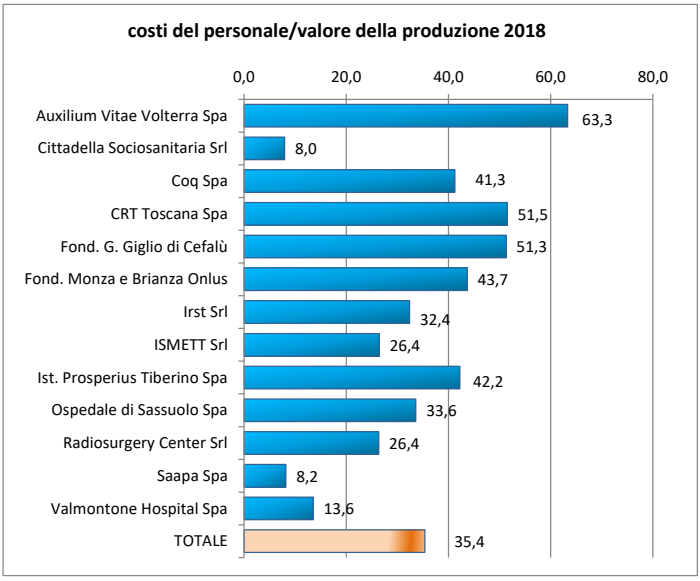
Il bacino in cui si concentra la spesa per il personale è il Sud e Isole (40% del costo complessivo).

Tabella 19 – Valore della produzione per area geografica nel 2018

Area geografica	Costo del personale (€)	Costo del personale (%)
Nord-Ovest	27.913.180	17,4
Nord-Est	49.535.510	30,8
Centro	18.645.930	11,6
Sud e Isole	64.722.413	40,2
Italia	**160.817.033**	**100,0**

Il peso del costo del personale sul fatturato per soggetto è calcolato attraverso il rapporto tra le due voci di bilancio, che in media è del 35,4%. Anche sotto questo aspetto la situazione dei 13 soggetti è diversificata: si va, infatti, da un valore massimo dell'indice al 63,3% ad un valore minimo all'8%. In 3 casi la spesa per il personale supera il 50% del fatturato. All'opposto, in 3 casi il valore del rapporto rimane sotto il 15%.

Figura 16 – Rapporto costo del personale/valore della produzione per soggetto 2018



1.8 Il risultato di gestione

Vediamo, infine, che cosa ci segnala il quarto indicatore individuato per l'analisi del profilo economico delle sperimentazioni gestionali miste: l'utile netto. Trattandosi di sperimentazioni gestionali in forma mista pubblico-privato, efficienza e redditività sono obiettivi propri dell'attività produttiva, seppure non esclusivi.

L'utile netto medio per struttura nel 2018 è di 320 mila euro. In un solo caso il 2018 si è concluso in perdita netta; negli altri 12 è risultato un utile. In 5 casi l'utile è rimasto entro i 100 mila euro; in altri 4 casi si colloca tra i 100 e i 500 mila euro. In 3 casi sono stati superati i 500 mila euro e 2 di questi soggetti hanno quasi raggiunto i 2 milioni di risultato netto.

Figura 17 – Risultato netto per soggetto nel 2018

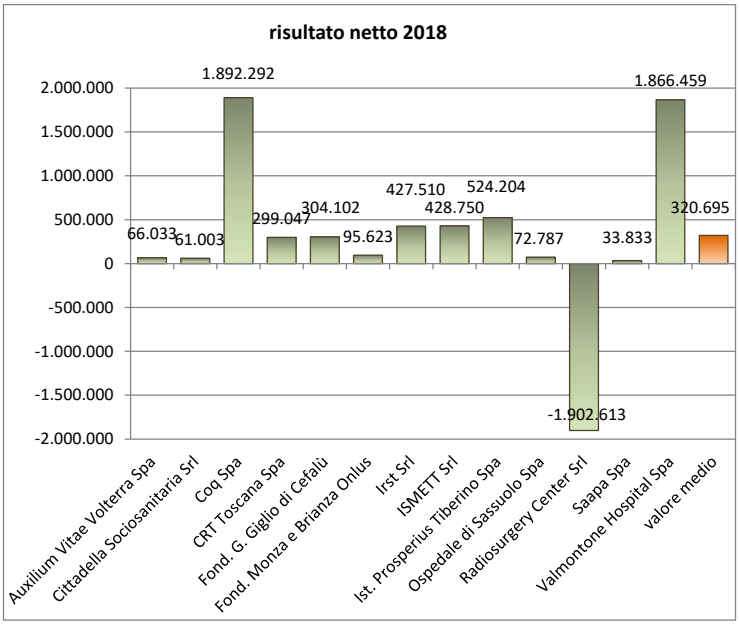


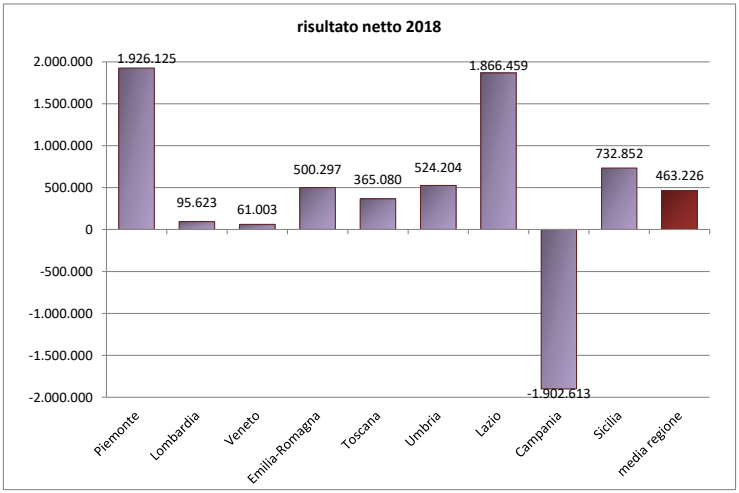
Tabella 20 – La distribuzione per classi del risultato netto nel 2018

Classi di valore del risultato netto (€)	n.
<0	1
0-100.000	5
100.000-500.000	4
>500.000	3
Totale	**13**

Il confronto tra Regioni mostra la Campania in sofferenza, in quanto sede del caso di risultato in perdita. Piemonte e Lazio registrano, invece, gli importi più alti, vicini ai 2 milioni di euro.

Le aree geografiche con il risultato netto delle sperimentazioni più elevato sono il Centro (2,8 milioni di euro) e il Nord-Ovest (2 milioni di euro).

Figura 18 – Risultato netto per regione nel 2018



Dal punto di vista della dinamica economica, il 2018 ha rappresentato un anno non semplice, ricco di chiaroscuri, in cui – tra le 13

sperimentazioni gestionali – alcune hanno sì registrato variazioni positive, mentre altre si sono dovute confrontare con andamenti meno felici.

In sintesi nel 2018:

- in termini di attivo patrimoniale vi è stata una variazione di segno positivo in 6 casi su 13 e una variazione di segno negativo negli altri 7;
- in 11 casi si è rafforzato il patrimonio netto;
- in 7 casi è diminuita l'esposizione debitoria;
- il valore della produzione è aumentato in 7 casi e si è ridimensionato negli altri 6;
- il risultato netto è stato positivo in 5 casi; in decremento i restanti 8, con un caso di fortissima variazione in negativo rispetto al 2017;
- in 3 casi il rapporto tra spesa per il personale e fatturato si è ridotto rispetto al 2017; in tutti gli altri si rileva una crescita, ovvero una maggiore incidenza di questa tipologia di costi, che in 2 casi sfiora il 20% di variazione percentuale.

Tabella 21 –Variazioni percentuali degli indicatori economici tra il 2017 e il 2018

Denominazione	Attivo patrimo-niale	Valore produzio-ne	Patrimonio netto	Debiti	Risultato netto	Costo personale
Auxilium Vitae Volterra Spa	-34,2	-0,3	1,9	-60,3	56,8	-2,2
Cittadella Sociosanitaria Srl	19,1	-0,4	10,9	12,0	162,0	-14,6
COQ Spa	-11,5	-4,4	-12,0	-17,9	-44,0	3,9
CRT Toscana Spa	8,1	1,7	8,3	0,9	5,2	5,5
Fond. G. Giglio di Cefalù	15,2	-1,2	0,9	2,5	-83,7	-1,8
Fond. Monza e Brianza Onlus	-1,7	6,7	23,2	-4,0	-106,0	3,4
IRST Srl	7,9	11,4	1,5	8,7	-75,2	10,0
ISMETT Srl	3,9	0,1	3,4	18,7	-52,3	3,9
Ist. Prosperius Tiberino Spa	-8,4	-0,9	10,8	-15,9	58,3	0,4
Ospedale di Sassuolo Spa	-32,6	1,4	0,4	-42,6	-14,7	9,2
Radiosurgery Center Srl	-20,4	-37,9	-144,2	15,7	-33.608,5	18,0
Saapa Spa	-6,4	2,2	8,3	-6,4	-44,2	19,9
Valmontone Hospital Spa	-2,8	3,2	13,3	-16,0	16,8	0,8
Totale	**-4,2**	**2,1**	**-3,7**	**-7,7**	**-52,1**	**3,9**

2 IL PERIMETRO REGOLAMENTARE. L'ATTUALE REGIME DELLE PARTECIPATE IN SANITÀ

2.1 La parabola normativa

2.1.1 Il riordino della disciplina in materia sanitaria degli anni Novanta

Con l'art. 9-bis del D.Lgs. n. 502/1992, le sperimentazioni gestionali sono state affidate alla regolazione regionale, traducendosi così in un diverso utilizzo del modello ed in una certa disomogeneità di scelte su scala territoriale. Tale disomogeneità, che ha caratterizzato molti aspetti della regionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale, ha finito per riflettersi non senza criticità sui servizi erogati dai diversi sistemi regionali che differiscono, talvolta, in maniera anche molto significativa, per capacità e qualità di risposta alla domanda di salute della popolazione. Allo stesso tempo, l'iniziale interesse destato dal modello della sperimentazione gestionale nei primi anni Duemila, l'attenzione e l'utilizzo di questa esperienza di collaborazione tra pubblico e privato in sanità sono progressivamente diminuiti.

Sicuramente è interessante interrogarsi tanto sull'ascesa e declino delle sperimentazioni gestionali, quanto sull'incidenza che il sistema regolatorio ha avuto in questo processo. L'ascesa è stata dovuta ad un interesse per le possibilità di collaborazione tra privato e pubblico nella Pubblica Amministrazione e quindi anche in Sanità, che ha contraddistinto gli anni Novanta del secolo scorso. Da un lato, le Regioni hanno ipotizzato di accedere al know-how di centri di ricerca e di centri di eccellenza privati specialmente in settori in cui l'assistenza pubblica non appariva in grado dare risposta alle richieste dei cittadini (riabilitazione, chirurgia ad elevata specializzazione, ecc.). Dall'altro, il privato ha visto la possibilità di aprire

nuovi spazi di azione in un Sistema Sanitario a matrice prevalentemente pubblica come quello italiano.

Tuttavia, la sperimentazione – che di per sé ha rappresentato una esperienza limitata nel tempo, seppur di lungo periodo – è risultata probabilmente più difficile da governare di quanto previsto. In particolare, non sempre è stato facile identificare chiaramente gli obiettivi attesi ed i risultati prodotti in termini di efficienza, efficacia, economicità e miglioramento della qualità del servizio, nonostante le molte evidenze positive riscontrate in diverse aziende originate dalle sperimentazioni gestionali.

In altre parole, a livello regionale si è dimostrato difficile regolare un percorso strategico che andasse oltre il periodo della semplice sperimentazione. In particolare, la fase di stabilizzazione non avrebbe dovuto essere intesa quale punto di arrivo del processo in atto. ma rappresentare il punto di partenza in cui valutare i risultati "sperimentali" che, laddove positivi, potessero essere proiettati nel futuro. Il momento della valutazione, della stabilizzazione e della scelta dell'assetto aziendale post-sperimentazione è stato quello in cui il regolatore regionale ha dimostrato più incertezze e difficoltà, probabilmente riconducibili anche alla scarsa capacità del livello politico nell'identificare percorsi strategici di lungo termine.

Negli ultimi anni, tuttavia, la più recente regolazione ha visto riemergere il tema delle società originate da sperimentazione gestionale. Nelle disposizioni transitorie del Testo Unico delle società a partecipazione pubblica (TUSPP, D.Lgs. n. 175/2016), infatti, sono state introdotte alcune deroghe per tali realtà ed è proprio a partire da questo testo che – nei paragrafi

che seguono – verrà analizzato criticamente il contesto normativo in cui le società originate da sperimentazione gestionale si trovano ad operare.

2.1.2 L'esigenza di razionalizzazione delle partecipate negli anni 2000

Per inquadrare il tema è dapprima necessario fare riferimento al lungo percorso che ha portato alla emanazione del D.Lgs. n. 175/2016. Il quadro normativo antecedente all'adozione del Testo Unico non era, infatti, chiaro e la disciplina di tali società era contenuta in una pluralità di disposizioni. In particolare, la complessità del tema aveva dato origine a norme talvolta in contraddizione tra loro, complice anche – tra gli anni Novanta e Duemila – una lunga stagione di privatizzazioni caratterizzata dalla trasformazione delle aziende pubbliche ex municipalizzate in società di diritto privato.

A partire dalla Legge finanziaria del 2007, ha preso poi avvio una lunga fase volta a ridisegnare il quadro normativo generale delle società di servizio pubblico, con particolare attenzione a quelle locali, attraverso una regolamentazione più precisa e meglio definita, che si è conclusa con l'adozione del Testo Unico nel 2016.

La Legge finanziaria del 2007 e la successiva del 2008 stabiliscono, infatti, che le Pubbliche Amministrazioni possano detenere partecipazioni solamente in società con oggetto e scopo sociale compatibili con i propri fini istituzionali. La mancanza di chiarezza e l'assenza di sanzioni in caso di violazione della normativa, tuttavia, hanno comportato il mancato raggiungimento della riduzione del numero di società partecipate. In questo quadro legislativo carente, la giurisprudenza a più riprese è intervenuta a chiarire e meglio definire – almeno in parte – il contenuto delle disposizioni in materia di partecipazioni pubbliche (Astegiano, 2016).

La necessità di una maggior efficienza nella gestione delle partecipate (che in molti casi apparivano nascondere una cattiva gestione degli enti regolatori) è alla base del primo tentativo di razionalizzazione effettuato nel 2014 con il cosiddetto Piano Cottarelli. Più precisamente, l'obiettivo di questa stagione di riforme è stata la stesura di un programma di misure volte a garantire una maggiore efficienza nella gestione, prevedendo eventuali aggregazioni tra soggetti societari omogenei e la dismissione delle società che perseguissero fini non coerenti con le finalità istituzionali degli enti pubblici soci. Il piano, se attuato correttamente, avrebbe dunque dovuto portare benefici nella qualità dei servizi offerti e nella finanza pubblica, con risparmi significativi in termini di spesa.

La strategia di riordino proposta, il cui obiettivo consisteva nel ridurre il numero delle società partecipate da circa 8.000 a 1.000 nel corso di un triennio, si è basata su alcuni punti cardine: vincoli di scopo e di attività per le società partecipate; vincoli nella natura delle società costituibili; Testo Unico; misure per favorire il buon funzionamento delle società a partecipazione pubblica (Commissario Straordinario per la revisione della spesa, 2014).

Il Piano Cottarelli, nel fornire proposte di intervento in materia, ha recepito gli spunti emersi nel dibattito allora in corso da alcuni anni. Descrivendo la situazione e la composizione del panorama, il Piano ne ha evidenziato i principali aspetti e criticità. Innanzitutto, il rapporto ha mostrato l'impossibilità di conoscere il numero esatto delle società partecipate, poiché non tutte le amministrazioni locali hanno fornito a tempo debito la documentazione e i dati richiesti. L'incertezza sui numeri del fenomeno è stata rappresentativa sia delle lacune informative che circondano

le società a partecipazione pubblica (soprattutto locale), sia della scarsa efficacia organizzativa dell'ente pubblico, che in molti casi non è a conoscenza del numero effettivo delle proprie partecipazioni.

Da questa analisi emerge chiaramente come il Testo Unico sia nato dalla necessità di offrire una risposta urgente all'esplosione di società partecipate operanti nel settore dei servizi pubblici locali.

Per l'ambito sanitario del quale ci stiamo occupando, possono essere fatti valere gli stessi problemi? Passiamo in rassegna i principali.

In primo luogo, nel contesto sanitario si parla spesso di collaborazione pubblico-privato e non emergono in maniera chiara né una dicotomia tra i due settori, né la necessità di preservare spazi di iniziativa privata rispetto al pubblico. Il problema delle partecipate in ambito sanitario dovrebbe essere letto, quindi, sotto una prospettiva diversa, partendo dalla necessità di stimolare, anziché circoscrivere, questo ambito di collaborazioni.

In secondo luogo, il Piano Cottarelli ha tentato di dare risposta a problemi quali le "micropartecipazioni" in società troppo piccole per essere strategiche, le cosiddette "scatole vuote"[6] e la detenzione delle partecipazioni in perdita. Problematiche emerse nell'analisi delle società partecipate ma che, ancora una volta, riguardano più l'osservazione delle società operanti nel contesto dei servizi pubblici locali, e solo marginalmente il settore sanitario.

Da ultimo il Piano Cottarelli ha inteso favorire una più ampia trasparenza delle informazioni, nonché promuovere alcune misure di natura

[6] Ossia partecipate con un numero ridotto di dipendenti e fatturato, ma con un numero di amministratori superiore a quello dei dipendenti.

gestionale (come i costi standard), l'aggregazione di tutte quelle partecipate i cui servizi offerti risultavano simili (specialmente per il settore dei servizi pubblici locali a rete quali acqua, gas, rifiuti e elettricità), la previsione di una strategia ad hoc per il settore del trasporto pubblico locale.

In conclusione, appare chiaro come la riforma operata con il Testo Unico trovi le proprie premesse nell'analisi della gestione delle società partecipate operanti nei servizi pubblici locali e sia rivolta, in primis, all'ente locale come soggetto regolare del gruppo pubblico locale. Nella genesi della normativa e nel suo sviluppo, come avremo modo di affermare più avanti, non si è tenuto in debito conto il contesto della sanità nazionale per i casi in cui le disposizioni si applichino alle società partecipate operanti in tale contesto. Tanto meno è stato adeguatamente preso in considerazione il ruolo delle società originanti da sperimentazioni gestionali. Tali aziende sono state considerate alla stregua delle società partecipate dagli enti locali, escludendole – solo eccezionalmente – da alcune materie espressamente richiamate nelle disposizioni transitorie. A ben vedere, i tempi sembrano quindi maturi per avviare una riflessione più puntuale sulle tipicità di queste aziende, così da gettare le premesse per la definizione di un contesto normativo specifico che tenga conto delle loro peculiarità gestionali.

2.1.3 L'attuale disciplina: il Testo Unico delle società a partecipazione pubblica

Sulla base delle informazioni e raccomandazioni proposte ed elencate nel Piano Cottarelli, con l'approvazione della Legge Delega Madia[7] si è giunti al primo vero e proprio riferimento prodromico al Testo Unico. In

[7] L. n. 124/2015 avente come obiettivo generale la riorganizzazione e la semplificazione delle pubbliche amministrazioni.

particolare, in attuazione degli artt. 16 e 18 di tale norma il legislatore delegato ha poi adottato il Testo Unico delle società a partecipazione pubblica (D.Lgs. n. 175/2016). Il Testo Unico, di conseguenza, rappresenta lo strumento tecnico di risposta a un caotico e fragile assetto organizzativo e legislativo della materia (Eberle, 2016).

A tal fine, senza mutare completamente il quadro legislativo precedente, il nuovo Testo Unico ha dettato un'ampia disciplina, caratterizzata da regole e modalità specifiche, per la costituzione di nuovi organismi societari e verificare la possibilità di mantenere o la necessità di dismettere quelli già esistenti (Astegiano, 2016).

Le finalità dell'intervento legislativo, indicate nell'art. 1 comma 2, richiamano i concetti legati all'efficacia e all'efficienza dell'azione amministrativa della Pubblica Amministrazione, accentuando i caratteri di tutela della concorrenza che l'Unione Europea considera capisaldi fondamentali, sia per l'azione privata, sia per quella pubblica (Eberle, 2016).

A breve termine, le disposizioni del Testo Unico hanno dunque imposto alle amministrazioni di effettuare una prima ricognizione e revisione straordinaria delle partecipazioni che, al termine dell'esercizio, evidenziassero risultati negativi e che non consistessero nell'attività di produzione di beni o servizi strettamente necessari per il perseguimento dei fini istituzionali dell'ente.

A medio e lungo termine, invece, il Testo Unico ha tentato di ridurre le aree di intervento delle società pubbliche con il proposito di favorire un'apertura al mercato, cercando di garantire che l'attività delle società a partecipazione pubblica fosse efficiente. Dall'applicazione del Testo Unico ci si attende, perciò, un miglioramento dei servizi erogati a cittadini e

imprese e una maggiore credibilità e trasparenza della Pubblica Amministrazione (Barbagallo, 2018).

Un elemento di significativa importanza, che ha superato le precedenti incertezze normative, è rappresentato dall'ambito di applicazione del Testo Unico. L'art. 1 dispone infatti che la disciplina legislativa si applica "*alla costituzione di società da parte di amministrazioni pubbliche, nonché all'acquisto, al mantenimento e alla gestione di partecipazioni, da parte di amministrazioni pubbliche, in società a totale o parziale partecipazione pubblica, diretta o indiretta*." Al comma 5 dell'art. 1 il Testo Unico specifica, inoltre, che "*le disposizioni del presente decreto si applicano solo se espressamente previsto: (i) alle società quotate (come definite all'art. 2, comma 1, lett. p); (ii) alle società partecipate da società quotate, salvo che siano, non per il tramite di società quotate, controllate o partecipate da amministrazioni pubbliche.*"

Si prevede esplicitamente che le società a partecipazione pubblica siano regolamentate dalle norme contenute nel Testo Unico e, in caso di mancata previsione, dalle disposizioni contenute nel Codice Civile e nelle "*norme generali di diritto privato*" (art. 1, comma 3). È questo un approccio generale verso il profilo privatistico di tali aziende a cui il Testo rimanda complessivamente. Dopo aver precisato l'oggetto e gli obiettivi, l'art. 2 del Testo Unico elenca le varie sottocategorie delle società partecipate. In particolare, il testo di legge fa riferimento alle società a controllo pubblico e alle società in house, in quanto sostanzialmente differenti dalle generali società a partecipazione pubblica.

Precisamente, le società controllate sono quelle in cui la Pubblica Amministrazione esercita il controllo di diritto, di fatto o contrattuale ai sensi

dell'art. 2359 del Codice Civile. Le società in house, invece, ai sensi dell'art. 16, commi 1 e 3 del Testo Unico, sono quelle sulle quali la PA "*esercita il controllo analogo*", oppure "*più amministrazioni esercitano il controllo analogo congiunto".* In tali società, la partecipazione di capitali privati avviene solo nei limiti in cui "sia prescritta da norme" e in forme che "*non comportino controllo o potere di veto, né l'esercizio di un'influenza determinante sulla società controllata*". In ogni caso, sia le società in house che le società a controllo pubblico sono comunque sottoposte alla disciplina del Testo Unico pur trattandosi di situazioni di controllo analogo ovvero di controllo analogo indiretto, ossia "*esercitato tramite una persona giuridica diversa, a sua volta controllata allo stesso modo dall'amministrazione partecipante*" (Ibba, 2018).

Nei prossimi paragrafi vedremo nel dettaglio le norme espressamente escluse per le società miste pubblico-private originate da sperimentazione gestionale e sui possibili effetti di tale disapplicazione.

2.2 Le società miste pubblico-private originate dalle sperimentazioni gestionali segnate da una disapplicazione

Nell'ambito della disciplina del Testo Unico trovano specifico richiamo le società miste pubblico-private originate dalle sperimentazioni gestionali. La loro disciplina è tutt'altro che organica poiché gli unici riferimenti a tale fattispecie societaria si trovano tra le disposizioni transitorie ed in particolare al comma 6 dell'art. 26 dove si legge: "*Le disposizioni degli articoli 4, 17, 19 e 25 non si applicano alle società a partecipazione pubblica derivanti da una sperimentazione gestionale costituite ai sensi dell'articolo 9-bis del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502*".

Prima di passare ad un'analisi dettagliata di tale disapplicazione, appare difficile interpretare la *ratio legis* di tale disposizione. Ci sembra possibile affermare che il legislatore abbia inteso salvaguardare tali società da disposizioni che avrebbero reso impossibile per le Aziende Sanitarie Locali mantenere le partecipazioni, con conseguente liquidazione e cessione ai soci privati. Nello stesso tempo il legislatore si è preoccupato di salvaguardare l'applicazione delle disposizioni relative al personale. Tutto ciò nella considerazione del ruolo importante svolto da tali realtà nei sistemi sanitari regionali.

Tuttavia, sarebbe opportuno rivedere tali disposizioni al più presto, ponendosi il problema di un più puntuale coordinamento delle normative del Testo Unico e delle società derivanti da sperimentazione gestionale così da definire un corpus organico di norme a cui tali società debbano attenersi. Tale intervento normativo, che potrà avvenire a livello nazionale e poi essere coordinato con le disposizioni regionali, appare necessario per salvaguardare il ruolo di tali aziende nell'ambito della collaborazione in sanità tra pubblico e privato.

2.3 Le partecipazioni consentite ed il ruolo delle società originate da sperimentazione gestionale

L'articolo 3 del Testo Unico, rubricato *Tipi di società in cui è ammessa la partecipazione pubblica*, introduce un primo importante vincolo, limitando l'area delle tipologie societarie utilizzabili dalle Pubbliche Amministrazioni per evitare l'assunzione di responsabilità illimitata per le obbligazioni sociali. In particolare, ai sensi dell'art. 3 comma 1, "*le amministrazioni pubbliche possono partecipare esclusivamente a società,*

anche consortili, costituite in forma di società per azioni o di società a responsabilità limitata, anche in forma cooperativa" (Marasà, 2018).

Terminata l'individuazione delle tipologie societarie in cui la partecipazione delle Pubbliche Amministrazioni può essere considerata legittima, **l'articolo 4 del Testo Unico individua, invece, le finalità per cui è consentita la costituzione, la gestione o il mantenimento di partecipazioni pubbliche**. La disposizione riveste importanza fondamentale nell'ambito del Testo Unico in quanto, con una disciplina limitativa e dettagliata, interviene alla radice di una delle cause di inefficienza delle società precedentemente descritte. Prima del Testo Unico, infatti, le amministrazioni pubbliche avevano la possibilità di acquisire partecipazioni societarie senza tener conto delle finalità nonostante i criteri ed i limiti già presenti nella Legge finanziaria del 2008.

In particolare, ai sensi dell'art. 4 del Testo Unico, la partecipazione delle Pubbliche Amministrazioni in società è ammessa solamente nei limiti del vincolo di scopo e di quello di attività (Ufficio Studi CoDAU, 2016).

In relazione al vincolo di scopo, il comma 1 identifica i principi e i criteri da rispettare per conferire alle società partecipate lo svolgimento di attività economiche. Il limite introdotto dal comma 1 ha carattere generale e riguarda la necessità che l'investimento dell'amministrazione pubblica sia giustificato su vari piani, tra cui la necessarietà, la convenienza e la sostenibilità economica. Inoltre, è possibile acquistare o mantenere partecipazioni solo per "*attività di produzione di beni e servizi strettamente necessarie per il perseguimento delle finalità istituzionali*" (Mauro, Antonicelli, 2017).

Il vincolo di attività, invece, consiste in una serie tassativa di attività che il legislatore ha ritenuto unicamente idonee a giustificare la partecipazione in una società. In sostanza, oltre ad essere rivolta a determinati fini, l'attività svolta dalla società deve specificatamente rientrare in una di quelle elencate nel comma 2 dell'art. 4. Tale limitazione relativa alle attività svolte rappresenta uno degli elementi più innovativi introdotti dal Testo Unico.

In ogni caso, ai sensi dell'art. 4, comma 2, lettera a) *l'amministrazione è legittimata a partecipare solamente a società aventi per oggetto attività che perseguono un interesse generale, ossia attività che richiedono un intervento pubblico mirato e necessario a sottrarle al mercato e alla concorrenza ai fini di una garanzia generalizzata del servizio*. Tra tali attività, tuttavia, erano inizialmente escluse quelle facenti parte dei servizi di interesse economico generale (Pecoraro, 2018).

Tuttavia, dinanzi a tale esclusione, prima il Consiglio di Stato e poi la Conferenza Stato-Regioni hanno evidenziato la necessità di ampliare la possibilità di partecipazioni in società la cui attività rientrava nell'ambito dei servizi di interesse economico generale ovvero i cui servizi erano inerenti alla gestione delle reti e degli impianti funzionali ai servizi medesimi.

La lettera b) dell'art. 4 comma 2, consente poi le partecipazioni in società addette alla "*progettazione e realizzazione di un'opera pubblica sulla base di un accordo di programma fra amministrazioni pubbliche*". La disposizione è stata inserita per coordinare il Testo Unico con la disciplina contenuta nel Codice dei contratti pubblici, in cui si prevede la possibilità di un accordo programmatico tra amministrazioni per perfezionare opere strumentali e pubbliche ad esse connesse (Mauro, Antonicelli, 2017).

Inoltre, tra le ulteriori attività che giustificano la partecipazione si annoverano quelle inerenti alla "*realizzazione e gestione di un'opera ovvero l'organizzazione e gestione di un servizio d'interesse generale attraverso un contratto di partenariato*" (lett. c), "*l'autoproduzione di beni o servizi strumentali all'ente o agli enti pubblici partecipanti*" (lett. d) e le attività inerenti a "*servizi di committenza, ivi incluse le attività di committenza ausiliarie, apprestati a supporto di enti senza scopo di lucro e di amministrazioni aggiudicatrici*" (lett. e) (Senato della Repubblica, Camera dei deputati, 2017).

La disciplina generale sul vincolo di attività e di scopo si applica, sempre a norma dell'art. 4, anche ai fini di stabilire quali partecipazioni possono essere mantenute e quali dismesse: le partecipazioni che non rientrano nelle categorie elencate sono soggette alla dismissione.

In tale contesto normativo, tuttavia, l'art. 4 elenca alcune deroghe ed eccezioni al vincolo di scopo ed attività consentendo la costituzione o il mantenimento di società partecipate anche in circostanze diverse, e ulteriori, rispetto a quelle previste in via generale.

In particolare, il comma 3 dell'art. 4 consente comunque la costituzione o il mantenimento di partecipazioni in società che perseguono il fine della valorizzazione del patrimonio prevedendo una deroga al limite generale di partecipazione pubblica di cui al comma 1. In altre parole, sono ammesse le partecipazioni in società la cui attività è volta a *"ottimizzare e valorizzare l'utilizzo di beni immobili facenti parte del patrimonio dell'amministrazione pubblica",* e cioè, più precisamente, quelle "*partecipazioni in società aventi per oggetto sociale esclusivo la valorizzazione del patrimonio delle amministrazioni stesse, tramite il*

conferimento di beni immobili allo scopo di realizzare un investimento secondo criteri propri di un qualsiasi operatore di mercato." (Pecoraro, 2018).

La deroga, tuttavia, presenta due principali profili di criticità. In primo luogo, la norma non elenca alcun limite alla tipologia societaria che può essere costituita ai fini della valorizzazione patrimoniale. In secondo luogo, le Pubbliche Amministrazioni sembrerebbero legittimate a conferire qualunque tipo di bene immobile alla società, anche facente parte del patrimonio indisponibile, con la conseguenza di favorire la proliferazione incontrastata di questa tipologia societaria in pieno contrasto con gli obiettivi e propositi del legislatore delegante.

Ulteriori regimi di deroga sono poi previsti dai commi 6, 7 e 8 dell'articolo 4 del Testo Unico (Mauro, Antonicelli, 2017).

Nello specifico il comma 6 "*fa salva la possibilità di costituire società o enti in attuazione: (i) dell'articolo 34 del regolamento (CE) n. 1303/2013 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 17 dicembre 2013",* che prevede la costituzione di gruppi di azione locale per l'elaborazione e l'attuazione di strategie di sviluppo locale di tipo partecipativo; *"(ii) dell'articolo 61 del regolamento (CE) n. 508 del 2014 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 15 maggio 2014,"* che prevede la costituzione di gruppi di azione locale nel settore della pesca (Senato della Repubblica, & Camera dei deputati, 2017).

Il comma 7 prosegue disponendo che sono "*ammesse le partecipazioni pubbliche ai tipi di società: (i) aventi per oggetto sociale prevalente la gestione di spazi fieristici e l'organizzazione di eventi fieristici; (ii) aventi per oggetto sociale prevalente la realizzazione e la gestione di*

impianti di trasporto a fune per la mobilità turistico-sportiva eserciti in aree montane; (iii) società aventi per oggetto sociale prevalente la produzione di energia da fonti rinnovabili,".

Infine, a norma dell'art. 4, comma 8, è ammessa la costituzione di "*società con caratteristiche di spin off o di start up universitari previste dall'articolo 6, comma 9, della legge n. 240 del 2010, nonché quelle con caratteristiche analoghe degli enti di ricerca*".

Per effetto della disapplicazione prevista dal comma 6 dell'art. 26, le società a partecipazione pubblica derivanti da una sperimentazione gestionale costituite ai sensi dell'art. 9-bis del D.Lgs. n. 502/1992 non rientrano tra le imprese sottoposte ai vincoli introdotti dall'art. 4 del D.Lgs. n. 175/2016 in relazione all'acquisizione ed al mantenimento delle partecipazioni. Ne derivano almeno due conseguenze.

La prima riguarda la prospettiva di avvio da parte delle Regioni di nuove sperimentazioni gestionali: tale percorso appare percorribile e il nuovo Testo Unico non pone limiti particolari alla costituzione di tali realtà.

Lo scopo di tali società beneficia di una specifica tutela in relazione alle finalità perseguibili con le sperimentazioni che restano regolate dalla normativa nazionale, in primis l'art. 9-bis del D.Lgs. n. 502/1992, e da quella regionale. In altre parole, la normativa ha voluto tutelare tale modello di collaborazione pubblico-privato in sanità seppure negli ultimi le esperienze di nuove costituzioni sono risultate a dir poco sporadiche.

La disapplicazione dell'articolo 4 in caso di costituzione di una nuova partecipazione fa venire meno l'obbligo di motivazione analitica previsto dall'articolo 5, il quale stabilisce la necessità di un atto analiticamente motivato della amministrazione pubblica che dimostri la

funzionalità dell'attività di una determinata società (da costituirsi o a cui parteciparvi) per perseguire gli obiettivi istituzionali dell'ente. Specificamente, nella motivazione dell'atto deliberativo devono essere puntualmente evidenziate le ragioni e le finalità alla base di tale scelta. (Mauro, Antonicelli, 2017). In particolare, i commi 1 e 2 dell'art. 5 disciplinano tre obblighi principali che l'ente costituente deve fornire: (i) le ragioni di strumentalità istituzionale (ii) le ragioni economiche e finanziarie che giustificano la scelta sul piano della convenienza e sostenibilità per l'ente; (iii) le ragioni di legalità o conformità giuridica alle regole europee sul finanziamento delle imprese. (Caprara, 2017). Ai sensi dell'art. 7, comma 6 e dell'art. 8 comma 2, qualora l'atto di motivazione sia nullo, mancante o annullato, le conseguenze sul piano civilistico variano dalla liquidazione delle partecipazioni fino alla totale nullità della società.

Infine, aldilà dell'obbligo motivazionale, è previsto un ulteriore vincolo procedurale per la partecipazione in società da parte degli enti locali: questi ultimi, infatti, devono sottoporre *"lo schema di atto deliberativo di costituzione di una società ovvero di acquisizione di partecipazioni a forme di consultazione pubblica, secondo modalità da essi stessi disciplinate"*. (Pecoraro, 2018)

Una volta redatta la motivazione, secondo quanto disposto al comma 3, l'atto deliberativo viene inviato a fini conoscitivi alla Sezione di controllo della Corte dei conti e all'Autorità garante della concorrenza e del mercato (AGCOM).

La seconda conseguenza riguarda le società derivanti da sperimentazione gestione che rappresentano delle società a capitale misto pubblico-privato, talvolta controllate. Le amministrazioni pubbliche

partecipanti, in particolare le Aziende Sanitarie Locali e le Aziende Ospedaliere, possono mantenere tali partecipazioni e, a ben vedere, tali realtà devono essere attentamente valutate anche in sede di ricognizione periodica.

L'articolo 20 del Testo Unico prevede infatti alcuni adempimenti per le Pubbliche Amministrazioni imponendo un obbligo annuale di razionalizzazione periodica delle società partecipate. In particolare, ai fini della razionalizzazione e snellimento del sistema societario, le amministrazioni pubbliche hanno l'obbligo di effettuare con cadenza annuale l'analisi dell'assetto complessivo delle società di cui detengono partecipazioni dirette e indirette (art. 20, comma 1). A seguito dell'analisi, qualora ricorrano i presupposti elencati all'art. 20, comma 2 del Testo Unico, le amministrazioni sono tenute all'adozione di piani di riassetto per la razionalizzazione, la fusione o la soppressione delle società partecipate, anche mediante la loro liquidazione o cessione.

In tale contesto, quindi, il comma 2 riveste un ruolo essenziale ai fini della predisposizione dei piani di riassetto delle partecipazioni. In particolare, la Pubblica Amministrazione ha l'obbligo di adottare tali piani qualora in fase di analisi rilevi "*a) partecipazioni societarie che non rientrino in alcuna delle categorie di cui all'articolo 4; b) società che risultino prive di dipendenti o abbiano un numero di amministratori superiore a quello dei dipendenti; c) partecipazioni in società che svolgono attività analoghe o similari a quelle svolte da altre società partecipate o da enti pubblici strumentali; d) partecipazioni in società che, nel triennio precedente, abbiano conseguito un fatturato medio non superiore a un milione di euro; e) partecipazioni in società diverse da quelle costituite per la gestione di un servizio d'interesse generale che abbiano prodotto un risultato negativo per*

quattro dei cinque esercizi precedenti; f) necessità di contenimento dei costi di funzionamento; g) necessità di aggregazione di società aventi ad oggetto le attività consentite all'articolo 4".

Nella logica della redazione del piano annuale di razionalizzazione da parte degli enti partecipanti o controllanti, le società originanti da sperimentazione gestionale non dovranno essere analizzate ai fini degli effetti potenziali prodotti dalle limitazioni indicate dal comma 4 e riportato nelle lett a) e g) del comma 2, art. 20 del Testo Unico. Non dovranno in altre parole essere considerati ai limiti previsti per le finalità e gli scopi perseguiti con le società originanti da sperimentazione gestionale.

Infine, l'esclusione delle società miste originanti da sperimentazione gestionali riguarda anche il comma 4 dell'art. 4 che pone, oltre al vincolo dell'oggetto sociale esclusivo, anche la necessità per le società partecipate di operare in via prevalente con gli enti costituenti o partecipanti o affidanti salve le specifiche dell'art. 16 che riguarda le società in house. In particolare, gli Statuti delle in house devono prevedere che oltre l'80% del fatturato sia effettuato nello svolgimento dei compiti ad essere affidate dall'ente pubblico o dagli enti pubblici sociali. L'esclusione dell'applicazione dell'intero articolo fa quindi venire meno per le sperimentazioni gestionali anche l'applicazione del criterio di prevalenza delle attività con gli enti costituenti. Tali vincoli, tuttavia, possono essere parte della libera definizione delle norme statutarie da parte delle singole aziende.

2.4 La partecipazione del soggetto privato

L'articolo 17 pone ulteriori disposizioni nella scelta del socio privato all'interno delle società miste. In particolar modo, la disposizione evidenzia come la quota di partecipazione del soggetto privato non possa essere inferiore al 30% e la selezione di tale soggetto debba svolgersi con procedure ad evidenza pubblica. Inoltre, la procedura ad evidenza pubblica ha oggetto la sottoscrizione o l'acquisto della partecipazione societaria da parte del socio privato e l'affidamento del contratto di appalto o di concessione oggetto esclusivo dell'attività della società mista.

Questa impostazione di carattere generale è derogata per le società miste derivanti da sperimentazione gestionale nella prospettiva che la scelta del socio e dei rapporti di partecipazione siano rimessi alle scelte regionali e agli obiettivi strategici che con tali sperimentazioni si intendono raggiungere in ambito sanitario. Anche in questa scelta il legislatore conferma quindi l'impostazione relativa all'ampia discrezionalità nella potestà regionale in campo sanitario e sul tema delle sperimentazioni gestionali in particolare.

Ancora, il Testo Unico pone regole sui requisiti che il socio privato deve possedere in relazione alla prestazione per cui la società è stata costituita e sulla formazione dell'avviso pubblico per la scelta del socio a cui devono essere allegati la bozza dello Statuto e degli eventuali accordi parasociali, gli elementi essenziali del contratto di servizio e dei disciplinari e regolamenti di esecuzione.

Il bando di gara deve poi specificare l'oggetto dell'affidamento, i necessari requisiti di qualificazione generali e speciali di carattere tecnico ed economico-finanziario dei concorrenti, nonché il criterio di aggiudicazione che garantisca una valutazione delle offerte in condizioni di concorrenza

effettiva in modo da individuare un vantaggio economico complessivo per l'amministrazione pubblica che ha indetto la procedura.

Particolari norme sono poi dettate dal legislatore in relazione alla durata della partecipazione privata alla società, che non può essere superiore a quella dell'appalto o della concessione, ed ai meccanismi di scioglimento in caso di risoluzione del contratto di servizio, che devono essere previsti nello Statuto.

Ancora in tema di Statuti delle società partecipate il Testo Unico prevede che:

- gli Statuti delle Spa possono contenere clausole in deroga delle disposizioni dell'art. 2380-bis sull'amministrazione della società e dell'art. 2409-novies cc (funzioni del consiglio di gestione nel sistema dualistico) al fine di consentire il controllo interno del socio pubblico sulla gestione dell'impresa;
- gli Statuti delle Srl possono prevedere l'attribuzione all'ente o agli enti pubblici partecipanti e ai soci privati di particolari diritti, ai sensi dell'art. 2468, comma 3 cc e derogare all'art. 2479, comma 1 cc nel senso di eliminare o limitare la competenza dei soci;
- gli Statuti delle Spa possono prevedere l'emissione di speciali categorie di azioni e di azioni con prestazioni accessorie da assegnare al socio privato;
- i patti parasociali possono avere durata superiore a cinque anni, in deroga all'art. 2341-bis, comma 1 cc, ma entro i limiti di durata del contratto per la cui esecuzione la società è stata costituita.

Il legislatore hai poi previsto per le società partecipate la possibilità di emettere azioni correlate ai sensi dell'art. 2350, comma 2. cc o costituire

patrimoni destinati o essere assoggettata a direzione e coordinamento da parte di un'altra società. Tali scelte sono comunque finalizzate ad ottimizzare la realizzazione e la gestione di opere e servizi.

Infine, il legislatore ha previsto la disapplicazione delle disposizioni del codice dei contratti pubblici, D.Lgs. n. 50/2016, sotto diverse condizioni che riguardano, tra l'altro, la scelta del socio privato con procedure di evidenza pubblica, il possesso da parte di quest'ultimo dei requisiti di qualificazione previsti dal D.Lgs. n. 50/2016, la realizzazione in via diretta dell'opera o del servizio in misura superiore al 70% del relativo importo.

2.5 Il regime del personale, i limiti connessi alla deroga del D.Lgs. n. 175/2016 in tema di regime contrattuale dei dipendenti (artt. 19 e 25)

È opportuno, a questo punto, fare un ragionamento sulla decisione del nostro legislatore di prevedere anche la **disapplicazione dell'art. 19 del T.U.** Il fenomeno delle società a partecipazione pubblica è stato fonte di numerosi dibattiti quanto alla loro natura e, di rimando, alla disciplina loro applicabile. Infatti, benché si tratti di società soggette alla disciplina societaria di diritto privato, ad esse si applicano altresì diverse disposizioni di legge speciali giustificate dalla partecipazione di soci particolari, ossia amministrazioni ed enti pubblici.

Ne derivano la natura cosiddetta "ibrida" di queste società ed una disciplina mista in cui il regime societario ordinario e codicistico è integrato e, talora, derogato da disposizioni di legge ulteriori, funzionali alla realizzazione di interessi di rilievo più generale legati ai servizi pubblici oggetto dell'attività delle società in questione. Questo nel quadro di quanto

statuito dall'art. 1, comma 3, T.U., che recita: "*Per tutto quanto non derogato dalle disposizioni del presente decreto, si applicano alle società a partecipazione pubblica le norme sulle società contenute nel Codice Civile e le norme generali di diritto privato*".

Tra i tanti, un particolare profilo di analisi e di dibattito ha riguardato le disposizioni speciali in tema di gestione del personale alle dipendenze delle società a partecipazione pubblica. Tale disciplina dimostra come le società pubbliche siano in alcuni casi sottoposte a dei vincoli specifici che non sussistono del pari per le altre società commerciali.

Infatti, la gestione del personale è stata oggetto di molteplici limiti e vincoli procedurali, preordinati al perseguimento di diverse finalità. Tali limiti riguardano, in particolare:

- le procedure di reclutamento del personale dipendente ed il conferimento degli incarichi;
- le politiche retributive e i trattamenti economici dei dirigenti e dei dipendenti;
- le procedure di mobilità del personale anche in fase di eventuale crisi.

Come è stato evidenziato da certa dottrina, con il primo ordine di limiti si è cercato di garantire la trasparenza e la verificabilità dei procedimenti di assunzione soprattutto in considerazione della provenienza totalmente o parzialmente pubblica del capitale delle società in esame.

Per il resto, il legislatore ha avuto particolare riguardo al profilo della spesa e della potenziale incidenza sugli equilibri della finanza pubblica. Parte della dottrina si è, inoltre, soffermata sull'incidenza del contesto economico e politico sull'adozione di tali misure.

In materia di reclutamento del personale, in particolare, è stato così messo in luce, da alcuni autori, che i vincoli alle modalità di assunzione del personale sono stati introdotti per la prima volta nel D.L. n. 112/2008. Dunque, è con finalità di contenimento della spesa pubblica, che si è resa necessaria l'adozione di misure di risparmio e taglio alla spesa pubblica che hanno coinvolto anche le società pubbliche. È interessante considerare, in aggiunta, che parte della dottrina ha assunto posizioni fortemente critiche nei confronti del fenomeno delle società pubbliche, ritenendole di fondo degli strumenti funzionali all'elusione dei vincoli all'attività amministrativa con riguardo, ad esempio, ai vincoli di bilancio e della contabilità pubblica oppure in relazione alle procedure di evidenza pubblica (specialmente nelle gare e negli appalti, oltre che nell'assunzione del personale).

Rilievo quest'ultimo che, spiega le politiche legislative di vincolo all'autonomia delle società pubbliche.

La presente analisi si concentrerà di seguito solo su alcune delle suddette misure restrittive dell'autonomia imprenditoriale delle società pubbliche. Nello specifico, si tratta dei vincoli imposti in materia di reclutamento del personale (ossia di qualsiasi tipologia di assunzione di personale dipendente, sia a tempo determinato che indeterminato, e per qualunque posizione e qualifica anche dirigenziale) e di conferimento degli incarichi (ovvero, la stipulazione di collaborazioni autonome).

A livello di diritto positivo, la disciplina è stata introdotta dapprima nell'art. 18 D.L. n. 112/2008, il quale è stato parzialmente abrogato e sostituito dall'art. 19 commi 1-4 del nuovo D.Lgs. n. 175/2016, recante il Testo unico in materia di società a partecipazione pubblica, che ne ha

recepito la sostanza con alcuni adattamenti atti a risolvere delle particolari questioni sollevate dalla formulazione originaria del 2008.

Innanzitutto, il comma 1 dell'art. 19 del D.Lgs. n. 175/2016 precisa espressamente che i rapporti di lavoro dei dipendenti delle società a controllo pubblico sono regolati secondo le disposizioni del capo I, titolo II, del libro V del Codice Civile, dalle leggi sui rapporti di lavoro subordinato nell'impresa, incluse quelle in materia di ammortizzatori sociali, secondo quanto previsto dalla normativa vigente, e dai contratti collettivi.

Permane il quesito, vista l'inapplicabilità dell'art. 19 se tale disposizione non si applichi anche per il caso di dipendenti ex INPDAP. I primi commentatori del T.U. escludono l'applicabilità dell'art. 19 in senso generale. Tuttavia, la medesima disposizione fa salvo quanto diversamente disposto dal decreto stesso. In questo modo si è inteso per la prima volta esprimere chiaramente quanto già prima era considerato comunque pacificamente: il rapporto di lavoro alle dipendenze delle società partecipate è ricondotto nel campo del contratto di lavoro alle dipendenze dei soggetti privati, salvo quanto diversamente disposto dalla disciplina di matrice pubblicistica.

Il comma 2 dell'articolo in esame rappresenta il cuore delle presenti riflessioni. La disposizione prevede, per le società a controllo pubblico, l'obbligo di stabilire, con propri provvedimenti, criteri e modalità per il reclutamento del personale ed afferma, altresì, come tali previsioni debbano rispettare i principi, anche di derivazione europea, di trasparenza, pubblicità e imparzialità e dei principi di cui all'art. 35, comma 3, del D.Lgs. n. 165/2001.

I principi fissati dal comma 3 dell'art. 35 del D.Lgs. n. 165/2001 con riferimento alle procedure di reclutamento nelle Pubbliche Amministrazioni sono, in particolare, i seguenti: a) adeguata pubblicità della selezione e modalità di svolgimento che garantiscano l'imparzialità e assicurino economicità e celerità di espletamento, ricorrendo, ove è opportuno, all'ausilio di sistemi automatizzati, diretti anche a realizzare forme di preselezione; b) adozione di meccanismi oggettivi e trasparenti, idonei a verificare il possesso dei requisiti attitudinali e professionali richiesti in relazione alla posizione da ricoprire; c) rispetto delle pari opportunità tra lavoratrici e lavoratori; d) decentramento delle procedure di reclutamento; e) composizione delle commissioni esclusivamente con esperti di provata competenza nelle materie di concorso, scelti tra funzionari delle amministrazioni, docenti ed estranei alle medesime, che non siano componenti dell'organo di direzione politica dell'amministrazione, che non ricoprano cariche politiche e che non siano rappresentanti sindacali o designati dalle confederazioni ed organizzazioni sindacali o dalle associazioni professionali; nonché la possibilità di richiedere, tra i requisiti previsti per specifici profili o livelli di inquadramento, il possesso del titolo di dottore di ricerca, che deve comunque essere valutato, ove pertinente, tra i titoli rilevanti ai fini del concorso.

Si introduce, pertanto, quello che è stato definito come un onere di autoregolamentazione a carico delle società pubbliche, che non ha eguali per le società commerciali, in vista del quale per le prime non è possibile procedere a forme di assunzione diretta del personale e la stessa opzione per le modalità di reclutamento affini ai concorsi pubblici deve sostanziarsi in forme rispettose e conformi a tutti i principi sopra menzionati.

Alla violazione di tale onere di autoregolamentazione seguono delle conseguenze, definite da alcuni autori come drastiche.

Infatti, secondo il comma 4, primo periodo, dell'art. 19 l'assenza dei provvedimenti e delle procedure di cui al comma 2 comporta la nullità dei contratti di lavoro stipulati (e prima ancora l'impossibilità di procedere all'assunzione o al conferimento dell'incarico).

Viene soltanto fatta salva l'applicazione dell'art. 2126 del Codice Civile a tutela del lavoratore. Si estende così alle società partecipate lo stesso regime sanzionatorio indicato per il rapporto di lavoro alle dipendenze pubbliche dall'art. 36, comma 5 quater, del D.Lgs. n. 165/2001. Secondo quanto evidenziato in dottrina, nel caso in questione l'interesse alla conservazione del contratto è subordinato rispetto ai prevalenti principi di trasparenza, pubblicità ed imparzialità.

La stessa Corte Costituzionale nella sentenza 68/2011 ha interpretato la disposizione originaria sul vincolo alle modalità di assunzione del personale nelle società partecipate, l'art. 18 D.L. n. 112/2008, quale norma interposta rispetto all'art. 97 della Costituzione. Sul tema in analisi anche la giurisprudenza di legittimità della Corte di Cassazione e di merito è stata chiamata a pronunciarsi. In particolare, prima della nuova formulazione contenuta nell'art. 19 del D.Lgs. n. 175/2016, non esisteva una disposizione espressa sulle conseguenze della violazione dell'onere di autoregolamentazione, attualmente chiaramente identificate con la nullità del contratto. Allora, la stessa giurisprudenza aveva desunto la ripercussione in termini di nullità ex art. 1418 del Codice Civile del contratto di lavoro, stipulato senza l'esperimento di procedure di assunzione concorsuali.

In specie, si trattava di contratti di lavoro flessibili – ad esempio, a termine o comunque precari – impugnati a seconda dei casi per profili diversi; tuttavia, ciò che più rileva ai fini del discorso, è che le Corti, di volta in volta, adite hanno rigettato i ricorsi dei lavoratori e la loro richiesta di tutela tramite l'ordine di conversione del contratto illegittimo in contratto di lavoro subordinato a tempo indeterminato.

Diverse sono le sentenze della Corte di Cassazione cui si potrebbe fare riferimento. In particolare, si segnalano le sentenze della Corte di Cassazione civile, Sez. Lavoro n. 4897/2018 e, da ultimo, la n. 3662/2019. Nelle motivazioni delle decisioni, peraltro quasi sovrapponibili, emergono delle affermazioni in particolare, che rispecchiano quanto sopra detto. La Corte, infatti, ha ritenuto indubitabile il carattere imperativo dell'art. 18 D.L. n. 112/2008. Ha affermato che l'omesso esperimento delle procedure concorsuali ivi previste determina "*la nullità del contratto ai sensi dell'art. 1418, comma 1, cod. civ. perché la violazione attiene al momento genetico della fattispecie negoziale e, quindi, la stessa non può essere solo fonte di responsabilità a carico del contraente inadempiente*" e che "*sussiste un inscindibile legame fra la procedura concorsuale ed il rapporto di lavoro con l'amministrazione pubblica, poiché la prima costituisce l'atto presupposto del contratto individuale, del quale condiziona la validità, posto che sia la assenza sia la illegittimità delle operazioni concorsuali si risolvono nella violazione della norma inderogabile dettata dall'art. 35 del D.Lgs. n. 165 del 2001, attuativo del principio costituzionale affermato dall'art. 97, comma 4, della Carta fondamentale*". Ha, infine, concluso sostenendo che: "*va, quindi, esclusa la portata innovativa dell'art. 19, comma 4, del d.lgs. n. 175/2016 che, nel prevedere espressamente la nullità*

dei contratti stipulati in violazione delle procedure di reclutamento, ha solo reso esplicita una conseguenza già desumibile dai principi sopra richiamati in tema di nullità virtuali."

Sui casi, però, alcune riflessioni hanno constatato che in tali situazioni non è stato previsto nessun rimedio rispetto all'estromissione del lavoratore dall'azienda in conseguenza della nullità del contratto, residuando solo una tutela risarcitoria; né è indicata chiaramente alcuna responsabilità o sanzione per gli amministratori delle partecipate.

Da questa apparente lacuna del quadro normativo sembrerebbe risultare, fermo l'obbligo di autoregolamentazione di cui sopra e di espletamento di procedure selettive secondo il modello di assunzione nel pubblico impiego, una diminuzione dell'efficacia (sostanziale) e della capacità vincolistica di tale obbligo sulle società che ne sono onerate.

Contrariamente, concludendo, esistono alcune pronunce giurisprudenziali in sede penale e contabile aventi ad oggetto la condanna degli amministratori rispettivamente per abuso d'ufficio e falso in atto pubblico per violazione dei principi ex art. 35 D. Lgs. n. 165/2001, nonché per illegittima assunzione di risorse avvenuta in violazione della normativa di cui all'art. 18 D.L. n. 112/2008 e per responsabilità per danno erariale per gli stessi motivi, indici della forza vincolante non di poco conto dell'obbligo di autoregolamentazione e di assunzione del personale tramite procedure conformi ai principi di trasparenza, pubblicità e imparzialità a carico delle società a partecipazione pubblica e dei loro amministratori.

Lo scopo di questa ricerca è poter rispondere alla domanda se tali deroghe, soprattutto agli artt. 19 e 25, possano essere ritenute sufficienti per le società originanti da sperimentazione gestionale.

In primo luogo, va evidenziato come, essendo chiaramente esclusa l'applicazione dell'art. 17 del T.U. alle società a partecipazione pubblica derivanti da una sperimentazione gestionale, di sicuro non potrà essere a queste applicato il comma 8 del medesimo articolo che sancisce, a contrario, una norma indispensabile per le amministrazioni pubbliche titolari di partecipazioni di controllo in società, in caso di internalizzazione di funzioni o servizi esternalizzati, affidati alle società stesse, vale a dire la possibilità di riassorbire le unità di personale già dipendenti a tempo indeterminato e transitate alla società interessata dal processo di re-internalizzazione, mediante l'utilizzo delle procedure di mobilità di cui all'art. 30 del D.Lgs. n. 165/2001 e nel rispetto dei vincoli in materia di finanza pubblica e contenimento delle spese di personale.

A fronte della rigidità della norma, la riflessione che può essere fatta, prendendo spunto da una recente sentenza della Corte di Cassazione, è la seguente. Nell'Ordinanza n. 6290 del 05.03.2020 della Corte di Cassazione, la questione controversa riguardava appunto proprio la re-internalizzazione dei servizi esternalizzati da parte di un Ente Pubblico. In particolare, nel caso di specie, la Corte si è espressa in merito al riassorbimento di un dipendente comunale a tempo indeterminato, precedentemente trasferito all'azienda speciale del Comune, a seguito della riassunzione da parte dell'Ente precedentemente affidato all'azienda.

La Suprema Corte ha affermato che "*in caso di re-internalizzazione di funzioni o servizi esternalizzati da parte di un Ente Pubblico, il riassorbimento delle unità di personale già dipendenti a tempo indeterminato da Amministrazioni Pubbliche e transitate alle dipendenze della Azienda o Società interessata dal processo di re-internalizzazione può*

avvenire facendosi applicazione della disciplina generale di cui all'art. 31 del D.Lgs. n. 165/2001 e con esso dell'art. 2112 del cc laddove risulti che alla vacanza nella pianta organica, alla disponibilità delle risorse e all'assenza di vincoli normativi ostativi all'assunzione, si accompagni l'ulteriore condizione della limitazione del passaggio ai soli dipendenti provenienti dallo stesso Ente Locale, transitati nella Azienda o Società partecipata a seguito del trasferimento dell'attività. Pertanto, la suddetta situazione rappresenta, una ipotesi particolare di trasferimento di personale da un'Azienda o Società partecipata (anche in house) all'Ente Pubblico di riferimento o ad altro Ente Pubblico".

I Giudici di legittimità hanno, infatti, chiarito come il trasferimento d'azienda di cui all'art. 2112 del cc venga, in linea generale, considerato come fattispecie inclusiva di ogni vicenda circolatoria di un rapporto di lavoro subordinato, anche nell'ipotesi in cui essa non abbia la sua fonte in un contratto tra cedente e cessionario, ma sia riconducibile ad un atto autoritativo della Pubblica Amministrazione ed anche quando si verifichi nell'ambito del lavoro pubblico contrattualizzato, salve tutte le specificità proprie di tale ultimo settore.

La prima fondamentale specificità del lavoro pubblico contrattualizzato è rappresentata dal rispetto della regola dell'accesso all'impiego tramite pubblico concorso (come stabilito dall'art. 97, comma 4, della Costituzione), che esclude che, in linea generale, l'Ente Territoriale possa con atto amministrativo disporre il passaggio alle proprie dipendenze del personale in precedenza occupato da azienda o società partecipata affidataria di servizi pubblici locali e ciò anche nell'ipotesi in cui l'affidamento del servizio all'azienda o alla società sia avvenuto in

conseguenza di esternalizzazione, perché tale evenienza presuppone un passaggio di *status* – da dipendenti privati a dipendenti pubblici (ancorché in regime di lavoro privatizzato) – che non può avvenire in assenza di una prova concorsuale aperta al pubblico.

Peraltro, in presenza del superamento di un concorso pubblico, il trasferimento dei dipendenti nell'anzidetta ipotesi può ritenersi consentito nei casi in cui alla vacanza nella pianta organica, alla disponibilità delle risorse e all'assenza di vincoli normativi ostativi all'assunzione, si accompagni l'ulteriore condizione della limitazione del passaggio ai soli dipendenti provenienti dallo stesso Ente Locale, transitati nella Società partecipata a seguito del trasferimento dell'attività. In questo quadro, si inserisce l'ipotesi di "*re-internalizzazione di funzioni o servizi esternalizzati*" da parte di un Ente Pubblico, con conseguente riassorbimento delle unità di personale già dipendenti a tempo indeterminato da Amministrazioni pubbliche e transitate alle dipendenze della azienda o società interessata dal processo di re-internalizzazione. Dunque, i Giudici di legittimità concludono affermando che non potevano nutrirsi dubbi sull'applicazione, nei confronti della dipendente, dell'art. 31 del D. Lgs. n. 165/2001 e con esso dell'art. 2112 del cc.

In ragione di questa interpretazione, ci si domanda come sia superabile il limite dell'inapplicabilità, ex T.U, dell'art. 17? Il ragionamento potrebbe fondarsi sul principio generale del raffronto tra norme confliggenti. In primo luogo, partiamo dalla considerazione che, quando ci troviamo di fronte a società a sperimentazione gestionale, in realtà, ci troviamo ad analizzare società il cui scopo principale non è quello di contrapporre una

concorrenza nel settore alla sanità privata, bensì garantire lo svolgimento di attività e servizi di supporto alla sanità pubblica.

In secondo luogo, analizzando le società oggetto di questa ricerca, ciò che appare chiaro è come l'eterogeneità del personale, che è contrattualizzato con contratti sostanzialmente diversi, rende tali società anomale che, a contrario, dovrebbero necessariamente essere tali da portare alla totale eliminazione, o quanto meno alla riduzione delle antinomie tra il personale di esse e l'organizzazione del personale pubblico. Sul punto, ancora una volta, ci viene in aiuto la giurisprudenza della Corte di Cassazione che, con sentenza n. 23702, depositata il 18 ottobre 2013, ha affermato a chiare lettere come "*l'organizzazione di un servizio pubblico, secondo un modello privatistico, non solleva l'ente organizzatore dai vincoli di finanza pubblica ma non lo sottrae neppure alla normativa civilistica*".

In sostanza, con riferimento ai rapporti di lavoro, "è certo che l'impegno di capitale pubblico sottomette le assunzioni ai principi costituzionali di imparzialità e di economicità, quali specificazione del buon andamento, di cui agli artt. 3 e 97 Cost. e dei quali è espressione nel pubblico impiego l'art. 35 del D.Lgs. n. 165/2001. E tutto ciò non comporta necessariamente la separazione delle garanzie legislative contro l'assoggettamento illimitato dei prestatori di lavoro a situazioni precarie, contrarie alla tutela della libertà e dignità di cui all'art. 36, comma 1 Cost ed in contrasto anche con la normativa europea sul punto.

A tali ragionamenti, si lega naturalmente l'esclusione dell'applicabilità dell'art. 19 del T.U. Come è noto, il comma 1 dell'art. 19 stabilisce che: "*salvo quanto previsto dal presente decreto, ai rapporti di*

lavoro dei dipendenti delle società a controllo pubblico si applicano……anche le norme in materia di ammortizzatori sociali".

A parte la considerazione che d'obbligo va fatta in merito al fatto che il principio di diritto stabilito da tale comma sia, per l'appunto, chiaro, rimane dubbia la locuzione: "*secondo quanto previsto dalla normativa vigente*", alla quale il legislatore fa riferimento e che intende estendere anche a tali rapporti di lavoro, per ciò che interessa il presente approfondimento, l'esclusione dell'applicazione dell'art 19 per le società derivanti da sperimentazione gestionale non sembra avere via di uscita.

Diverso il ragionamento sul comma 4 dell'art. 19 del T.U che sostanzialmente sancisce l'esclusione dell'applicabilità del danno erariale c.d. dinamico. Il comma 4, stabilendo: "*salvo quanto previsto dall'art. 2126 cc, ai fini retributivi, i contratti di lavoro stipulati in assenza dei provvedimenti o delle procedure di cui al comma 2 sono nulli*" di fatto dispone l'inapplicabilità di quello che la dottrina definisce: danno erariale dinamico.

Sostanzialmente, in applicazione di quanto previsto dal comma citato, a fronte di contratti illegittimi, rimanendo ferma la retribuzione, il Dirigente o il Soggetto con funzioni apicali (visto che nel caso di Società non è automatica la presenza di un Dirigente) non potrà essere chiamato a rispondere di danno erariale per illegittimità di quest'ultima, dal momento che, con il rinvio all'art. 2106 cc, questa viene salvata sotto il profilo della legittimità.

In ragione di quanto sopra, evidentemente le società derivanti da sperimentazione gestionale, in merito alle modalità di reperimento del personale, sembrano godere di un trattamento di favore da parte del

legislatore. Sulla stessa linea anche il fatto che, ad esse, non si applichi neppure il comma 5, che sancisce per gli enti controllanti, il compito di: "*evitare forme incontrollate e ingiustificate di crescita della spesa del personale, destinate a ripercuotersi negativamente sulla razionalizzazione della spesa*".

Tale esclusione si porta dietro anche quella relativa all'art. 25. Come noto, seppur con norma transitoria (oggi scaduta), in base a tale disposizione, le amministrazioni pubbliche socie, nel fissare gli obiettivi specifici sul complesso delle spese di funzionamento ed, in particolare, quelli volti alla riduzione della spesa del personale, attraverso il contenimento delle assunzioni da parte delle società controllate, devono tener conto, altresì: "*di quanto stabilito all'articolo 25, ovvero delle eventuali disposizioni che stabiliscono, a loro carico, divieti o limitazioni alle assunzioni di personale, tenendo conto del settore in cui ciascun soggetto opera*".

Nel precisare che l'art. 25 T.U. disciplina due profili, uno riguardante i lavoratori eccedenti e l'altro inerente assunzioni di personale a tempo determinato, vanno fatte due necessarie considerazioni.

Innanzitutto, nonostante apparentemente si potrebbe trattare di profili del tutto indipendenti, le due tematiche sono strettamente collegate, atteso che l'individuazione delle eccedenze costituisce l'antecedente logico-funzionale per l'operatività dei limiti (procedurali e sostanziali) posti alle eventuali assunzioni di dipendenti a tempo determinato che le amministrazioni avessero dovuto effettuare entro il termine del giugno del 2018. Contestualmente, tale norma (art. 25) impone alle singole amministrazioni di procedere ad una "*ricognizione del personale in servizio*", finalizzata appunto ad individuare eventuali eccedenze:

ricognizione che resta esclusa per le società in esame in questo approfondimento.

Alcuni autori, da questa esclusione, hanno tratto la logica conseguenza, che il legislatore abbia creato un contrasto normativo in considerazione del fatto che, se, da un lato, ha reso inoperante il criterio del riassorbimento del personale, non preoccupandosi, quindi, di salvaguardare l'applicabilità della reinternalizzazione ove il progetto sotteso alla sperimentazione venisse in qualche modo a dirsi definito, dall'altro non ha posto limiti precisi relativi alla ricognizione del personale. E si ritorna a quanto sancito dall'Ordinanza n. 6290 del 05.03.2020 della Corte di Cassazione, citata.

Seguendo questo ragionamento, emerge sempre di più il contrasto dei principi generali del Codice Civile con quanto disposto dal TUSPP per ciò che concerne le società oggi in esame. Questi interventi della Cassazione fanno ben sperare su di una futura presa di posizione anche del nostro legislatore che arrivi a sciogliere il nodo della non applicabilità della re-internalizzazione alle società derivanti da sperimentazione gestionale, all'atto della chiusura del progetto, dal momento che, pur se non così probabile, si tratta di una evenienza non remota e cui il legislatore, ad oggi, non è riuscito a dare una condivisibile e convincente soluzione.

3 I MODELLI DI GOVERNANCE IN ESSERE. LE RAGIONI E LE CRITICITÀ. CASI DI STUDIO

3.1 Auxilium Vitae Volterra

Le Origini

La società Auxilium Vitae Volterra Spa si è costituita il 28.11.1998 per iniziativa dell'azienda USL n. 5 di Pisa con la partecipazione della Fondazione Cassa di Risparmio di Volterra, dei Comuni e della Comunità Montana dell'Alta Val di Cecina e della Fondazione Salvatore Maugeri. Lo scopo della società è stato fin dall'inizio quello di proseguire le attività riabilitative neurologiche e cardiologiche degli Ospedali di Volterra; in questo contesto essa ha rappresentato una delle prime esperienze di società mista-pubblico privato ed un punto di riferimento per il territorio. In particolare, le motivazioni alla base della creazione della compagine societaria sono state numerose. In primis, con la sperimentazione ci si è proposti di razionalizzazione l'attività sanitaria in un momento di "tagli" dei piccoli ospedali, in modo che il processo si ponesse sinergicamente a supporto del presidio ospedaliero locale. In termini gestionali, invece, gli obiettivi individuati si sono soffermati sulla qualificazione delle risorse umane (in termini di crescita professionale e garanzia di occupazione in un ambito territoriale in forte degrado) e sull'ottimizzazione dei processi organizzativo-gestionali mediante uno strumento giuridico più snello di quello al momento in uso nella Pubblica Amministrazione. Infine, la sperimentazione ha consentito di acquisire input economico-finanziari grazie all'apporto di capitali privati volti allo sviluppo di attività di eccellenza in ambito sanitario e di ricerca.

Gli eventi principali che hanno poi caratterizzato la vita e l'esperienza aziendale di Auxilium possono essere riassunti con le seguenti date:

- 2001: attivazione del primo modulo regionale di Unità per le Gravi Cerebrolesioni Acquisite (UGCA);
- 2005: apertura di una Foresteria per pazienti e familiari;
- 2006: ingresso del socio Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana;
- 2007: attivazione del primo modulo regionale di riabilitazione respiratoria;
- 2011: realizzazione del Laboratorio di Ricerca di Biorobotica con la Scuola Superiore S. Anna di Pisa;
- 2015: costituzione della Fondazione Volterra Ricerche Onlus;
- 2019: realizzazione della Struttura di Alta Intensità Assistenziale (SAIA).

La Governance

Auxilium Vitae adotta il modello di governance tipico delle Spa. Il socio di maggioranza è rappresentato dal soggetto pubblico USL Toscana Nord-Ovest (54,32%), con la presenza della Fondazione Cassa di Risparmio di Volterra (33,02%), dell'ICS Maugeri (7,46%) e con la partecipazione, per quote inferiori, dei Comuni di Volterra, Pomarance, Castelnuovo Val di Cecina, Montecatini, Unione Montana Alta Val di Cecina e dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana. La maggioranza del capitale è quindi in possesso dei soci pubblici con una percentuale pari al 59,52%.

In relazione agli organi di governo societario, fino al 2017, risultava in carica un Consiglio di Amministrazione che, successivamente, è stato sostituito dalla figura dell'Amministratore Unico. In particolare, tale scelta è

stata adottata nella prospettiva dello snellimento dell'azione amministrativa con un processo decisionale più rapido.

Il sistema di governance è poi incentrato sulle figure del Direttore Sanitario, del Direttore Amministrativo e dei Responsabili di Reparto con riguardo alla Riabilitazione Neurologica, all' Unità per le Gravi Cerebrolesioni Acquisite, alla Riabilitazione Respiratoria e a quella Cardiologica.

Da un punto di vista organizzativo, la società ha perseguito la logica della gestione dipartimentale delle attività sanitarie e tecnico-amministrative attraverso la creazione di un Dipartimento Tecnico Amministrativo con azione diretta dell'Amministratore Unico che presidia tutte le funzioni di amministrazione chiave (acquisizione beni e servizi, gestione economica e finanziaria, pianificazione e controllo di gestione, politiche del personale, ecc.) e di una Direzione Sanitaria ed un Dipartimento Clinico, al quale fanno riferimento le strutture riabilitative nelle varie specializzazioni (peculiari quelle degli psicologi e neuropsicologi) ma anche il coordinamento infermieristico, la formazione, l'accreditamento ed il risk management, ecc. La scelta della gestione dipartimentale, infine, rappresenta uno degli elementi di forza nell'impostazione organizzativa societaria.

Gli elementi alla base della scelta del modello societario possono essere individuati in fattori differenti. Il primo elemento da considerare è la complessità delle attività, della compagine sociale, e del volume di affari. La struttura, infatti, ha inizialmente avviato per attività di riabilitazione 55 posti letto di cui 30 di riabilitazione cardiologica e 25 di riabilitazione neurologica da potenziare. In tal senso, Auxilium Vitae realizza un volume di affari

importante per la realtà locale: il primo fatturato è stato di circa 6,7 miliardi di lire, quello attuale è di oltre 10 milioni di euro. Questa caratteristica richiede una struttura di governance coerente con quella del modello Spa. Altre sfide ed opportunità che si sono poste alla struttura hanno riguardato

- il potenziamento del Presidio Ospedaliero Locale, che rischiava di chiudere perché con un numero di posti letto inferiore a 120;
- la garanzia di stabilità raggiunta per i primi 50 operatori USL in distaccamento e il concomitante potenziamento della crescita professionale dei soggetti interessati dalla stabilizzazione;
- le nuove assunzioni dirette e il rientro graduale del personale USL.

Ad oggi Auxilium vitae ha circa 200 operatori dipendenti, ai quali vanno aggiunte 50 posti di lavoro afferenti all'indotto e nessun operatore distaccato.

Un altro fattore da considerare ha riguardato il significativo impegno finanziario dei soci in fase di costituzione che ha spinto verso il modello societario della Spa. Rispetto al totale del capitale sociale del 1998 (5,8 miliardi di lire) un impegno importante fu sostenuto da parte della Fondazione Cassa di Risparmio di Volterra che effettuò il conferimento del capitale in denaro di circa 2,7 miliardi di lire. Rilevante fu anche il conferimento in natura da parte della USL (diritto d'uso per 5 anni dei locali in cui si svolgeva l'attività) ed il conferimento in denaro degli Enti locali. Infine, tutti i soci pubblici hanno confermato la partecipazione in occasione del processo di razionalizzazione previsto dal Testo Unico di cui al D.Lgs. n. 175/16 e smi.

Il modello della Spa ben si adattava anche alla presenza di soci, pubblico o privati; non impegnati nella gestione e nell'erogazione diretta dei servizi. Nel caso di Auxilium Vitae si è determinata la massima sinergia e

condivisione degli obiettivi e, in dettaglio, il sostegno economico del partner privato Fondazione Cassa di Risparmio di Volterra, il sostegno per il know-how sanitario del socio USL (socio di maggioranza) anche nell'ambito della condivisione e del controllo degli obiettivi e del budget economico ed il sostegno politico dei soci Enti Locali.

Gli indirizzi gestionali

Auxilium Vitae opera in ambito neurologico attraverso la riabilitazione (in regime di degenza e ambulatoriale) e l'Unità Gravi Cerebrolesioni Acquisite (UGCA) e la Struttura di Alta Intensità assistenziale (SAIA). In ambito cardiorespiratorio l'operato di Auxilium si sofferma sulla Riabilitazione Cardiologica, Respiratoria (entrambe in regime di degenza e ambulatoriale) e Svezzamento Respiratorio. La mission di Auxilium Vitae è di offrire competenze e servizi integrati finalizzati al recupero della persona nei suoi aspetti funzionali, fisici, cognitivi e psicologici. Svolge anche attività specialistiche, nelle discipline di neurofisiopatologia, nella valutazione e nel trattamento dei disturbi della deglutizione, nell'attività occupazionale e nell'animazione, nel servizio integrato di riabilitazione neuropsicologica, nella diagnosi e terapia del dolore e nella riabilitazione, e attività ambulatoriali.

I servizi sono infine completati da un Foresteria, affidata in gestione ad un operatore economico esterno, per offrire ai familiari, ai visitatori, ed ai pazienti in trattamento ambulatoriale o ricoverati in day hospital una soluzione di soggiorno idonea per qualità ambientale, organizzazione e logistica.

In relazione ai volumi di prestazione erogate, Auxilium Vitae ha 94 posti letto attivi, di questi 35 sono destinati alla Riabilitazione Neurologica[8], 18 all'UGCA, 21 alla Riabilitazione Cardiologica, 10 per la Riabilitazione Respiratoria e, infine, 10 allo Svezzamento Respiratorio.

Al 31.12.2018 il totale dei ricoveri ospedalieri ammontava a 970 di cui 51 provenienti da fuori Regione. In termini specialistici la ripartizione è di 292 ricoveri in riabilitazione neurologica, 111 ricoveri in UGCA, 255 ricoveri in riabilitazione cardiologica – di cui 25 in day hospital-, 118 ricoveri in svezzamento respiratorio e 194 ricoveri in riabilitazione respiratoria.

Le scelte gestionali di Auxilium Vitae hanno riguardato l'accreditamento istituzionale secondo la L.R. Toscana n. 51/2008 e smi, la stipula della convenzione con l'USL per la fornitura e la gestione dei servizi sanitari e parasanitari non effettuati direttamente (ad esempio, le prestazioni diagnostiche, la farmacia, l'ufficio tecnico, la rete informatica, ecc.), la gestione autonoma del personale ed il rientro graduale degli operatori della USL che inizialmente erano in posizione di comando. La scelta in questo campo è di investire sul personale dipendente ricorrendo alla libera professione solo laddove necessario ed in casi eccezionali. Infine, in ottica più prettamente economico-finanziaria, la filosofia gestionale è orientata al rispetto degli indirizzi di budget fissati annualmente dall'USL in qualità di socio di maggioranza.

Ulteriori elementi fondamentali delle scelte gestionali della società hanno riguardato l'affidamento della Foresteria ad un operatore economico

[8] Da maggio 2019 i letti di riabilitazione neurologica sono 25, poiché 10 sono stati convertiti nel modulo SAIA.

esterno per garantire l'equilibrio economico, la gestione dipartimentale delle attività sanitarie e tecnico-amministrative, lo svolgimento dell'attività sanitaria anche in collaborazione con il Presidio Ospedaliero di Volterra; la convenzione con la Fondazione Volterra Ricerche per la gestione della ricerca applicata alla clinica, la convenzione con la USL Toscana Nord-Ovest per la gestione in via sperimentale del modulo SAIA da maggio 2019.

Da un punto di vista della performance economica le scelte organizzative e gestionali hanno consentito il superamento della crisi con un risultato positivo negli ultimi 5 esercizi, dal 2015 al 2019. Di fatto, si evidenzia il raggiungimento e il consolidamento di una performance economica equilibrata e positiva che evidenziano la capacità di Auxilium Vitae di creare valore perseguendo la finalità dell'equilibrio aziendale.

In merito poi alle politiche di finanziamento l'azione societaria si è sviluppata nella ricerca di accordi in merito rapporti finanziari con la USL Toscana Nord-Ovest, socio di maggioranza ed unico interlocutore economico per le attività sanitarie; la situazione è costantemente monitorata e gestita mediante compensazioni. In alcuni casi nel 2018 si è invece ricorso al credito presso tesoriere per una temporanea carenza di liquidità.

La politica di investimento ha visto inoltre la realizzazione immobiliare della Foresteria attraverso il ricorso all'indebitamento (è stato sottoscritto un mutuo la cui ultima rata è stata fissata a 2019) e al capitale proprio (mediante un aumento di capitale). Inoltre, è stata realizzata la riabilitazione respiratoria tramite aumento di capitale specifico.

Infine, la ricerca scientifica appare di rilevo strategico in Auxilium nella prospettiva di offrire ai propri pazienti le migliori cure, anche in termini di innovazione. In particolare, è stata recentemente costituita la Fondazione

Volterra Ricerche Onlus e sono state concluse convenzioni con la Scuola Superiore S. Anna di Pisa. L'attività di ricerca e la complementare attività di divulgazione scientifica condotta sia attraverso pubblicazioni anche in importanti riviste nazionali e internazionali, sia attraverso la realizzazione di convegni e workshop, investono linee di studio quali telemedicina riabilitativa, patologie neurologiche, patologie polmonari, medicina sportiva e del movimento, per citare le principali.

L'analisi del caso ha portato anche all'individuazione di alcuni elementi di sviluppo che possono fornire spunti di riflessione per il futuro delle sperimentazioni gestionali e delle aziende che derivano da questa esperienza. Nel caso di Auxilium Vitae un elemento di forza dell'esperienza aziendale è rappresentato dalla partecipazione degli stakeholders locali che investono sul consolidamento di realtà economiche e di eccellenza situate nel loro territorio, soprattutto in un momento in cui la programmazione regionale è impostata su scala sempre più vasta. L'esperienza sembra quindi rafforzare il ruolo dei servizi sanitari offerti nel territorio supportati da una logica di rete che coinvolga i diversi attori locali, pubblici, privati, associazioni ed istituzioni.

Infine, in merito alla riflessione sui possibili interventi anche a beneficio del regolatore, si è valutato positivamente un maggior coinvolgimento delle Regioni alle diverse strutture nelle quali si sono organizzate le sperimentazioni gestionali, soprattutto al fine di regolare il flusso domanda-offerta in un'ottica di programmazione regionale, piuttosto che in un'ottica di libero mercato. Va fatto comunque positivamente emergere un miglior grado di attenzione alle sperimentazioni gestionali in essere da parte della Regione Toscana sia nel dare possibilità di accesso i

mercati telematici ESTAR, sia in occasione dei bandi di ricerca pubblicati negli ultimi due anni ed aperti alle sperimentazioni gestionali. Ciò che tuttavia appare più urgente al momento è la semplificazione delle norme nate per le Pubbliche Amministrazioni e mutuate nelle società partecipate anche di modeste dimensioni che spesso non hanno la struttura organizzativa né le condizioni per gestirle (ad esempio la trasparenza e l'anticorruzione di cui al D.Lgs. n. 33/2013, il Codice degli appalti D.Lgs. n. 50/2016 e smi) insieme all'emanazione dei D.P.C.M previsti dal Testo Unico delle società a partecipazione pubblica (ad esempio sui compensi degli amministratori della società non partecipate dal Ministero Economia e Finanza, art. 11- TUSPP). In altri termini, l'esperienza aziendale evidenzia le difficoltà nel bilanciare l'impiego di norme e regolamentazione gestionali di natura privatistica (ad esempio nel bilancio e nei sistemi contabili o nell'applicazione del CCNL del comparto sanità privata) con quelle di natura pubblica (quali trasparenza, gare e contratti, anticorruzione).

3.2 Centro Ortopedico di Quadrante

Le Origini

Il Centro Ortopedico di Quadrante (COQ) Spa nasce a seguito della Delibera Regione Piemonte n. 17 del 30.09.2002[9] nella realtà territoriale delle tre aree geografiche Verbano, Cusio e Ossola (VCO). Il progetto prevedeva la costituzione di una società per azioni a capitale misto pubblico e privato, a maggioranza pubblica, composta dall'ASL VCO e da soggetti qualificati nel settore dell'ortopedia e della riabilitazione funzionale. Inoltre, sempre per sviluppare l'attività ortopedica dell'Ospedale di Omegna (VB), era previsto il trasferimento dell'attività ortopedica di Verbania e una parte, stimata in circa un terzo, dell'attività ortopedica di Domodossola.

La struttura Ospedale "Madonna del Popolo" di Omegna – gestita dal COQ – resta a tutti gli effetti un ospedale pubblico che si integra nella rete dei servizi ospedalieri e territoriali dell'ASL territorialmente competente quale presidio ospedaliero a prevalente profilo ortopedico-riabilitativo. La scelta di specializzare l'ospedale in ortopedia è stata dettata da due fattori: 1) la voce costituiva una grossa parte del capitolo di spesa relativo alla mobilità passiva extraregionale (soprattutto verso la Lombardia), circostanza alla quale la Regione intendeva dare una risposta; 2) la specialità di ortopedia era facilmente separabile dal contesto degli altri due ospedali e concentrabile in un'unica struttura.

[9] Delibera N. 17 del 30/09/2002, A.S.L. 14 "Presa d'atto avvenuta costituzione società per azioni a capitale misto denominata: "CENTRO ORTOPEDICO DI QUADRANTE- OSPEDALE MADONNA DEL POPOLO DI OMEGNA" disposizioni correlate al passaggio delle funzioni gestionali dell'A.S.L. alla società.

L’avvio della sperimentazione gestionale andava ad affiancarsi alle altre misure congiunturali disposte nell’ambito della manovra impostata a livello aziendale per il riequilibrio della situazione economico-finanziaria dell’Ente. Al programma di sperimentazione veniva indicato, quale obiettivo finale, lo sviluppo di attività specialistiche di ricovero ordinario e diurno, nonché ambulatoriali, con particolare riferimento alle specializzazioni in ortopedia, recupero e riabilitazione funzionale, medicina e lungodegenza, in coerenza con le intese dell’Accordo del Quadrante 2 Regione Piemonte - Nord Est.

La gestione delle attività affidate prevedeva la libera adozione di forme e strumenti organizzativi e gestionali da parte della società mista, idonei al conseguimento dei più elevati livelli di efficienza, efficacia ed economicità con esclusione però del ricorso a forme contrattuali d'appalto o subappalto nei confronti di terzi. I risultati attesi dallo sviluppo del progetto riguardavano sia il profilo della qualità dell’assistenza, laddove si puntava su un rilevante innalzamento del livello di specializzazione e di qualificazione professionale, sia la convenienza economica, laddove si prevedeva una riduzione dei costi netti sia per l’ASL che per la Regione. La sperimentazione gestionale del presidio di Omegna, così come delineata nel progetto originale, interessava le attività dell’intero presidio; erano infatti previste attività di degenza per complessivi 150 posti letto articolati nelle discipline di: ortopedia-ricovero 45 posti letto; ortopedia-day surgery 6 posti letto; chirurgia-day surgery 4 posti letto; rieducazione funzionale 25 posti letto; medicina 20 posti letto Inoltre, si prevedeva il servizio di chirurgia ambulatoriale per le attività di oculistica, ortopedia e dermatologia. Dal progetto risulta altresì che, entro tre anni dall’attivazione della

sperimentazione, era previsto un aumento della capacità del servizio di ortopedia a 65 posti letto e la creazione di un servizio intra-moenia di 30 posti letto

Nel corso degli anni l'assetto delle attività, in seguito alla promulgazione di norme nazionali e regionali si è assestato come evidenziato nella tavola seguente:

Tabella 22 – Assetto delle attività

Branca	Ricoveri ordinari	Ricoveri diurni
Medicina (di cui sub-intensiva 2)	20	3
Ortopedia	32	-
Recupero e Rieducazione Funzionale	28	-
Multidisciplinare	-	8
Totale	**80**	**11**

La Governance

Il Centro Ortopedico di Quadrante (COQ) è una società per azioni con il socio di maggioranza pubblico rappresentato dall'ASL Verbano Cusio Ossola (51%) ed il 49% di proprietà della Générale de Santé (oggi parte del Gruppo Ramsay-Santé). La scelta del modello di governance è dovuta a differenti ragioni. Un primo aspetto riguarda la complessità delle attività, della compagine sociale e del volume di affari. La forma societaria della Spa meglio rispondeva infatti agli obiettivi di sviluppo di attività specialistiche di ricovero ordinario e diurno, nonché ambulatoriali, con particolare riferimento alle specializzazioni in ortopedia, recupero e riabilitazione funzionale, medicina e lungodegenza, supportati dal know-how della compagine privata.

Un altro fattore di scelta è stato invece legato a vincoli di legislazione nazionale o regionale. Il COQ, cui compete la gestione della struttura, opera nel rispetto delle condizioni e della programmazione definite a livello regionale e locale, garantendo il perseguimento della mission pubblica della società la cui maggioranza del capitale azionario è imputabile al patrimonio pubblico e la cui gestione incide sui bilanci pubblici. Di fatto nell'interpretazione dell'assetto di governance (ad esempio attraverso il sistema di deleghe assegnate all'AD, di designazione privata) la reale influenza delle due componenti sui diversi livelli gestionali può essere rappresentata come evidenziato nella tabella seguente.

Tabella 23 – Assetto della governance

Tipologia di gestione	Socio pubblico	Socio privato	Autonomia aziendale
Gestione operativa			*****
Gestione direzionale	*	*	***
Gestione strategica (sintesi)	***	*	*
Area clinica (all'interno del perimetro definito da atti costitutivi)	*		*
Politica investimenti	***	*	*
Strategie organizzative	*		***

L'azienda appare quindi dotata di una significativa autonomia in ambito operativo e direzionale. Le due componenti, pubblico e privato, trovano ampi spazi decisionali, con preponderanza del socio pubblico, nelle scelte strategiche riguardanti l'area clinica, gli investimenti e l'organizzazione.

Gli indirizzi gestionali

Il COQ opera nella gestione di un presidio ospedaliero ad orientamento mono-specialistico ortopedico. Le branche correlate all'attività sono le seguenti:

- Ricoveri ordinari (ortopedia, neurochirurgia/chirurgia del rachide, rieducazione funzionale, medicina interna);
- Day surgery (ortopedia, odontoiatria/chirurgia ricostruttiva ed estetica maxillo-facciale, chirurgia generale e vascolare, dermatologia, oculistica, ORL, medicina interna ed epatologia, pneumologia, neurologia e reumatologia);
- Ambulatoriali (radiodiagnostica e attività connesse alle branche precedenti).

Dal 2017 è stata affidata alla società mista anche la gestione del Punto di primo intervento allocato presso la struttura Ospedale Madonna del Popolo di Omegna e fino a quel momento in titolarità alla ASL VCO. Infine, a seguito dell'emergenza Covid-19 sono stati acquisiti quattro posti letto di terapia intensiva, due dei quali verranno mantenuti anche nel post emergenza e due di sub intensiva, associati alla degenza di medicina.

L'esperienza aziendale è stata caratterizzata, nella sua fase iniziale, dalla ricerca e dalla conquista di una individualità di azione della società mista, con maggiore autonomia rispetto alla ASL. La gestione affidata al socio privato ha percorso un sentiero di ottimizzazione, sia dell'attività che dei costi. Negli anni questa individualità, ormai raggiunta, ha potuto

convertirsi in una sinergia nell'offerta al territorio e nella risposta al bisogno di salute.

Muovendo dall'obiettivo di dare una risposta ortopedica completa, è stata aperta una degenza ORTO-RRF nella quale il paziente ricoverato per intervento di protesi di anca o ginocchio veniva ricoverato e dove restava per tutto il periodo, anche riabilitativo. Questa scelta accompagnata dalla presa in carico del paziente in seconda giornata, da parte del fisioterapista, aveva l'obiettivo di accelerare la ripresa e di annullare il disagio di trasferimento fisico del paziente, da un reparto di ortopedia ad un reparto di recupero e riabilitazione funzionale (RRF), come avveniva in quegli anni. Tale modello è stato formalizzato in un Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) specifico formalizzato dalla Regione Piemonte.

Nel 2005 sono state aperte le 5 sale operatorie che sostituivano le vecchie 3 sale. La nuova organizzazione generata dall'utilizzo del nuovo blocco operatorio ha consentito di aumentare il numero degli interventi, passando dalle 318 protesi del 2003 alle 524 del 2006, per un totale di 4.153 interventi rispetto ai 3.323 del 2003.

Dal punto di vista gestionale si è puntato all'ottimizzazione dei processi per conseguire l'abbattimento dei costi, operando scelte radicali, per esempio la riduzione del numero di fornitori di materiale protesico passati dai 25 del 2002 ai 3 del 2004, numero mantenuto negli anni e che ha consentito di conseguire economie di scala e ottimizzazioni gestionali.

Dal punto di vista finanziario, si sono evidenziate iniziali difficoltà dettate dalla situazione regionale, che evidenziava una sofferenza di liquidità verso le ASL. A seguito di un'importante operazione di ripiano della Regione Piemonte effettuata nel 2006, la situazione della tesoreria è

sensibilmente migliorata e consente attualmente tempestivi interventi agendo come un'utilissima leva di negoziazione. Dal 2010 la società opera con un tetto di produzione, fissato contestualmente all'ingresso della Regione Piemonte nel Piano di rientro.

La gestione del personale è poi regolata dall'art. 14 del contratto di gestione. Il personale di ASL che lavorava presso l'Ospedale Madonna del Popolo di Omegna (141 dipendenti pubblici al 30.09.2002) è stato distaccato funzionalmente alla società mista. Poiché il contratto di gestione prevedeva una clausola di rientro in attività gestite da ASL, alcuni dipendenti distaccati hanno scelto di avvalersi di questa facoltà. Da colloqui informali con il personale è stato possibile ricostruire il quadro delle motivazioni, sottese a tale scelta. Alcuni dei dipendenti ASL manifestavano preoccupazioni legate alla sperimentazione in sé e al clima di incertezza che in fase di avvio permeava lo scenario futuro. Inoltre, in un primo tempo era stato valutato – anche in sede di confronto sindacale – il passaggio al regime privatistico, che in realtà non è mai stato realizzato se non per precisa scelta di alcuni dipendenti che hanno optato per le dimissioni da ASL e la riassunzione a contratto privato.

Per altri invece si trattava di un disallineamento ideologico, rispetto all'intervento dei privati nella gestione di un presidio pubblico. Qualcuno, invece, pur manifestando condivisione e sostenendo i principi collegati al progetto di sperimentazione, hanno scelto di rientrare in ASL per avvicinamento alla propria residenza, in considerazione del fatto che ASL ha altri due presidi nella provincia.

Globalmente l'obiettivo primario del management è stato di lavorare sulla equiparazione delle risorse pubbliche e private che condividevano le

attività, senza ripercussioni sull'organizzazione o sul trattamento al paziente. L'idea era che il personale si fidelizzasse alla nuova realtà, nel rispetto delle peculiarità di ciascun contratto di lavoro.

La struttura attualmente possiede 91 posti letto e nel 2019 ha accolto 5.283 ricoveri ospedalieri di residenti nella Regione Piemonte più 553 da altre Regioni. Sempre in relazione ai dati di produttività sanitaria, nel 2019 il COQ ha erogato 61.319 prestazioni ambulatoriali per pazienti residenti nella Regione Piemonte e 1.547 per residenti al di fuori della Regione.

In termini di performance economica e finanziaria, infine, il volume di affari è pari, sempre nel 2019, a 22 milioni di euro con un risultato netto utile di circa 1.793.000 euro. In questo ambito l'obiettivo gestionale legato alla sostenibilità economica era, già in fase di costituzione, quello con valenza più sistemica in quanto potenzialmente in grado di finire un modello replicabile per altre realtà che avessero requisiti analoghi all'esperienza del COQ. Gli assi sui quali si è sviluppato questo obiettivo sono stati la ricerca di investimenti in autofinanziamento, il perseguimento di utili di gestione distribuibili ai soci, la realizzazione di un pannello di indicatori di performance e di risultato in grado di misurare il raggiungimento degli obiettivi (implementazione di un sistema di *Balanced score card* aziendale e, dal 2020, di un sistema di *Business intelligence*).

In particolare, il budget degli investimenti correnti (o di mantenimento), definito annualmente, ammonta a circa il 2%-3% del fatturato fisso annuale. La politica di investimento è realizzata in autonomia da parte del CdA, tuttavia gli investimenti più significativi o strategicamente più importanti sono assoggettati a valutazioni anche dei due soci.

Il totale degli investimenti dal 2002 al 2019 ammonta a circa 15 milioni di euro. Dal punto di vista del finanziamento aziendale la società utilizza mezzi propri per la propria politica di investimento. Poiché la società mista opera come soggetto finanziato attraverso D.R.G. nell'ambito della rete pubblica, si conferma che la gestione è sostenuta per il 90% dal sistema pubblico e per la restante parte con attività solvente.

Le attività di COQ Spa sono orientate anche alla ricerca dell'eccellenza in ambito sanitario, della ricerca e della formazione. In particolare, l'azienda affida annualmente ai responsabili di branca e alle direzioni obiettivi legati alla promozione dell'immagine scientifica del COQ, attraverso l'organizzazione e la realizzazione di convegni e congressi a carattere locale e nazionale e la realizzazione di lavori e pubblicazioni scientifiche.

Il COQ è poi centro di riferimento per la nuova terapia antivirale in epatologia (Regione Piemonte D.D. n. 64 del 13.02.2015) e per i tumori cutanei (individuazione Centri Hub Rete Oncologica Piemonte e Valle d'Aosta D.G.R. n. 51-2485 del 23.11.2015).

Il COQ, infine, si fa carico della formazione del personale sanitario, in termini di rispetto del conseguimento dei crediti E.C.M., come previsto dalla normativa nazionale, della formazione sulle tematiche di prevenzione dei rischi, sicurezza e salute sul lavoro. Sono, inoltre, proposti interventi formativi in ambito di management aziendale (per i ruoli apicali), di relazione con il paziente e di approfondimento tecnico.

L'esperienza Covid-19 al COQ

Raccontare una esperienza eccezionale come quella vissuta nella prima metà del 2020 non è facile. Per molti i sentimenti dominanti sono stati attesa, incertezza, sirene di ambulanza in lontananza e paura. Sgradite compagnie di lunghe giornate. Vite quasi sospese in attesa di ritrovare la normalità per dimenticare in fretta. Le strutture sanitarie, al contrario, hanno vissuto un concentrato di azioni, decisioni difficili, emozioni, e soprattutto fatica, tanta fatica. Speranza e, a volte, disperazione si sono alternate nei volti e nelle menti. Ciascuno di noi ha dovuto dare il proprio contributo in modo molto diverso: c'è chi ha prestato il proprio servizio in prima linea nei reparti di degenza a fianco dei malati, chi si è prodigato per inventarsi modi di procurare quanto necessario ai colleghi per lavorare con la maggior sicurezza possibile e anche chi si è dovuto temporaneamente isolare, lasciando con sofferenza i propri colleghi a lottare con un nemico sconosciuto e subdolo.

Per chi ha dovuto prendere la decisione di mettere l'ospedale di Omegna pienamente a disposizione dell'Unità di Crisi regionale per accogliere i malati di Covid-19 per i quali mancavano disperatamente posti disponibili, il timore di chiedere troppo ad un "piccolo" ospedale è presto svanito di fronte alla grande professionalità e indescrivibile dedizione che è stata dimostrata, lasciando spazio solo all'orgoglio di far parte di una squadra eccezionale.

Questa testimonianza vuole spiegare e ricordare gli ultimi surreali mesi a chi ha fatto la sua parte rimanendo in isolamento, a chi ci ha sostenuti dall'esterno con piccoli e grandi gesti e anche alle generazioni future, che magari leggeranno di un anno maledetto sui libri di storia. Ma è soprattutto un tributo dovuto a tutti coloro i quali sono stati protagonisti di una pagina

di grande competenza, organizzazione, umanità e condivisione, valori che da sempre sono il DNA fondante il Madonna del Popolo di Omegna e il suo territorio. Valori dei quali il COQ ha raccolto il testimone in una esperienza unica che, anche nell'emergenza di questo inizio 2020, ha saputo mostrare il suo valore grazie alla collaborazione delle istituzioni piemontesi con il gruppo Ramsay Santé, grazie al cui aiuto è stato possibile avere a disposizione materiali e farmaci necessari anche nei momenti di maggior scarsità e il cui supporto non è mai mancato anche in piena crisi mondiale.

L'esperienza Covid 19 del COQ inizia nel tardo pomeriggio del 5 marzo quando la Direzione generale viene interpellata dal direttore sanitario ASL VCO che chiede la disponibilità di 14 posti letto per prendere in carico i pazienti della medicina dell'ospedale Castelli di Verbania. Hanno isolato un paziente Covid-19 e pertanto hanno deciso di evacuare il reparto. L'ospedale al momento ha sospeso tutta l'attività programmata, quindi si valuta che il Day Surgery, al quarto piano dell'edificio, ha i requisiti per la gestione di questi pazienti. Vengono coinvolti il Direttore Operativo e il Direttore Sanitario e confermata la fattibilità e disponibilità si avvisa il direttore sanitario dell'ASL, preparandoci ad accogliere i pazienti potenzialmente infetti. E' quindi la sera del 5 marzo che inizia il nostro coinvolgimento in questa pandemia, che travolgerà il mondo nei tre mesi a venire. In quella sera poco primaverile ma ancora invernale si susseguono le ambulanze che porteranno uno dopo l'altro i pazienti dalla medicina dell'Ospedale Castelli. E' uno scenario al quale dovremo abituarci, in tre mesi oltre 150 pazienti sono arrivati in ambulanza dai pronto soccorso di mezzo Piemonte. L'8 marzo dopo la disposizione Regionale che bloccava tutte le attività chirurgiche e limitava quelle ambulatoriali COQ mette a disposizione

dell'Unità di Crisi regionale i primi 28 letti di degenza e 4 letti di terapia intensiva, che vengono allestiti con il materiale delle sale operatorie, al primo piano del vecchio blocco operatorio e che bene si presta a questo tipo di attività. La sera dello stesso giorno il responsabile della Unità di Crisi di Torino conferma che la situazione sta diventando impegnativa e COQ è tra le prime strutture ad essersi ri-organizzati.

Nel giro di pochi giorni i letti dedicati a Covid saranno 80, oltre ai quattro di terapia intensiva. Domenica 8 marzo si riunisce il comitato di Direzione che delega al gruppo di coordinamento operativo (costituito da Direzione Generale, Direzione Sanitaria e Direzione professioni sanitarie) tutte le operazioni di riorganizzazione sanitaria e clinica della struttura. Fin da subito si comprende che in un giorno si consumano maschere, guanti e camici quanto la nostra scorta di un mese. Sono i giorni della caccia serrata al materiale di protezione, già introvabile; la situazione sta precipitando: alcuni dispositivi hanno scorta per 2-3 giorni di autonomia. La Direzione generale contatta il DG del Gruppo Ramsay per l'Europa, Pascal Roche, che chiede notizie e la notte stessa, parte un camion dalla Francia con maschere camici, tute, visiere. E' una boccata di ossigeno e solo il primo dei momenti davvero critici durante i quali il gruppo Ramsay sarà vicino in forma tangibile. La sinergia con il partner privato, che ha dimostrato vicinanza e sensibilità, sarà determinante per recuperare le scorte di curaro per i pazienti ricoverati in terapia intensiva: in 3 giorni, 6 ospedali del gruppo - da Danimarca e Francia - manderanno scorte che dureranno per tutta l'emergenza. Con il team dell'Ufficio tecnico (approvvigionamenti e magazzino), in sinergia con l'infermiera responsabile, addetta al controllo del rischio infettivo, si predispongono le distribuzioni quotidiane, che

garantiscano il fabbisogno, nel rispetto delle disposizioni Ministeriali che cambiano settimana dopo settimana. Si attiva un canale di acquisto internazionale, tramite il sito di e-commerce Alibaba, con alcuni grandi produttori di materiale sanitario in Cina, la Direzione amministrativa improvvisa competenze in import mai immaginate. Strategicamente COQ attiva più canali di approvvigionamento e tramite l'azienda Alessi che gestisce il nostro deposito, si attiva un secondo canale, con i loro contatti in Cina. Nel frattempo l'evolversi dei contagi colpisce il personale sanitario e per ovviare alla difficoltà a reperire personale medico che potesse sostituire gli assenti per malattia, COQ ancora una volta mette in campo la propria propensione a fare rete e contattato il presidente dell'Ordine dei Medici del VCO, dr. Passerini, si reperisce il prezioso aiuto di medici disponibili, che hanno prestato il loro supporto professionale durante tutto il periodo dell'emergenza. Anche il personale medico ortopedico, sotto la direzione di Marco Spezia è sempre stato in prima linea, in un contesto sanitario, che non era il loro. Si è costituito uno staff medico con i medici della nostra medicina e gli Ortopedici hanno condiviso turni sui 3 piani della struttura. In prima linea gli anestesisti che con il cappello di rianimatori hanno gestito la terapia intensiva. Però non tutti hanno avuto la capacità di reagire in momenti drammatici, oltre a chi ha manifestato il suo altruismo professionale, ci sono state persone più fragili che hanno preferito restare dietro la prima linea.

Dopo i 100 giorni che hanno stravolto la vita emotiva e professionale di tutti, occorre gradualmente ritornare alla vita pre-Covid, si inizia a riprendere l'attività ordinaria con alcuni pazienti Covid ancora ricoverati. Il coordinamento della ripresa dell'attività chirurgica passa a Marco Spezia, insieme alle Direzioni. Il momento non è per nulla facile. Si deve fare i conti

con la prudenza, occorre ragionare su percorsi in sicurezza peri pazienti e per il personale.

Gradualmente COQ si riappropria della sua competenza più specifica, ma nessuno potrà dimenticare l'onda di emozione e di dolore che ci ha invaso e mai sopraffatto. Il COQ è stato protagonista per 3 mesi, con l'affetto e il supporto di tutta la città di Omegna che ha fatto cerchio con il SUO ospedale; molti Omegnesi sono stati vicino e molte associazioni ed aziende hanno aiutato anche economicamente.

Il 19 giugno viene dimesso l'ultimo paziente Covid e l'emozione riporta alla dimissione del primo paziente Covid-19, quando la lotta era all'inizio e ogni paziente strappato alla terapia intensiva era una vittoria.

Il 30 maggio 2020 COQ è stato insignito di una onorificenza cittadina "La Rosa della Solidarietà", testimonianza del riconoscimento che la città di Omegna ha voluto dare a COQ e a tutto il suo personale che con volontà, professionalità e disponibilità ha gestito questa drammatica emergenza.

Quando tutti credevamo di poter accantonare, nell'archivio della nostra memoria, l'esperienza dei primi mesi del 2020 - avendo ripreso l'attività ordinaria - dalla fine di ottobre siamo ripiombati anche noi, nella gestione emergenziale della pandemia. Questo secondo capitolo della nostra partecipazione è caratterizzato da una maggiore condivisione con gli organi regionali che hanno potenziato e valorizzato il lavoro di squadra, dandone maggiore evidenza e presenza. Anche con la nostra Asl di riferimento (nonché socio di maggioranza di COQ) la sinergia è più definita e organizzata. Partecipiamo quotidianamente ai lavori dell'unità di crisi aziendale ASL VCO con un nostro collaboratore, condividendo e progettando scelte e organizzazioni. In questa fase abbiamo dedicato un'area

di degenza all'accoglienza dei pazienti Covid-19 positivi, cercando di mantenere attive le attività chirurgiche consentite e gestendo con percorsi regolamentati le inevitabili aree grigie, determinate dalla positività sopraggiunta di pazienti già ricoverati. Come tutte i soggetti chiamati a fronteggiare questa seconda ondata, rileviamo una stanchezza e una specie di rassegnazione, che non ci impedisce però di progettare la nostra attività "convivendo" in modo sicuro con questo ospite inatteso che ha così pesantemente sconvolto le nostre vite. La scelta di dedicare solo un'area del COQ è stata condivisa con ASL VCO e trova fondamento nella ragionevole intenzione di conservare uno spazio operativo, sicuro, per il contenimento massimo dei rinvii di pazienti, cercando di non dimenticare che tutte le altre patologie richiedono comunque di essere trattate e che i pazienti meritano di ricevere – anche in momenti così difficili – risposte certe ai loro bisogni di salute.

Osservazioni conclusive

L'esperienza aziendale del COQ ha evidenziato punti di forza e criticità. In merito ai punti di forza della sperimentazione gestionale è possibile individuare la sua capacità di risposta in tempi brevi ai fini del soddisfacimento dei bisogni del sistema pubblico (vedi esperienza di conversione a Covid Hospital). Altri elementi positivi possono essere riscontrati nella gestione flessibile degli acquisti e nella possibilità di approvvigionamento anche nei mercati internazionali; da un punto di vista organizzativo si è poi assistito ad una gestione flessibile del personale e ad un impiego di efficaci sistemi premianti. Infine, la sperimentazione gestionale ha permesso l'integrazione nella rete pubblica tramite convenzioni che permettono di avere specialisti di alto profilo provenienti da strutture pubbliche regionali e non.

Tutti questi elementi sono derivanti dall'esperienza gestionale del COQ ma possono anche essere ampliati a più ampie considerazioni che investono più in generale le sperimentazioni gestionali.

In tal senso le sperimentazioni gestionali rappresentano una forma di cooperazione tra pubblico e privato in cui le rispettive competenze e risorse si integrano per realizzare e gestire opere infrastrutturali in funzione dei diversi obiettivi e delle diverse responsabilità che si pongono le parti. L'esperienza aziendale può dare origine a una società mista che si fonda sulla possibilità di acquisire da soci privati di rilevanza anche internazionale (best practices cliniche e gestionali). Il soggetto economico che si crea si distingue, per autonomia e indipendenza, dalle componenti che lo hanno generato. Questo aspetto è la parte caratteristica che probabilmente non ha acquisito sufficiente valorizzazione poiché permane la considerazione del nuovo

soggetto come propagazione del soggetto pubblico o privato originario. Il vincolo tra pubblico e privato si realizza invece con la creazione di un soggetto ad hoc chiamato a svolgere il compito di tutela della salute e questo resta da disciplinare.

Dall'esperienza aziendale si possono trarre anche criticità che possono ricondotte ai seguenti elementi. In primis, una sostanziale non regolamentazione dell'ibrido" (sperimentazione gestionale) da parte della Regione Piemonte per cui il COQ, che è presidio di ASL, si trova a dover seguire le regole degli erogatori privati, per esempio in termini di remunerazione dell'attività, e deve contemporaneamente sottostare ad un sistema rigido di norme. Inoltre, il sistema di approvvigionamento, con la messa a regime ordinario, deve essere ricondotto al Codice degli appalti con conseguente aggravio dei costi totali di gestione, non potendo beneficiare del sistema privatistico che, pur nella necessaria trasparenza, risulta spesso più efficiente e competitivo a livello di ottimizzazione dei costi.

Appare quindi urgente un intervento normativo che disciplini l'ibrido: prenda cioè atto dei punti di forza e cerchi di risolvere le criticità. È infatti possibile operare in trasparenza senza perdere in termini di efficienza ed efficacia degli interventi gestionali.

3.3 Clinica Riabilitazione Toscana

Le Origini

Le origini dell'attività si possono far risalire al 1975 quando fu avviata la riconversione di un Ospedale Sanatoriale nel Valdarno Aretino che aveva in cura pazienti affetti da deficit psicomotorio, seguiti dall'insorgenza del problema fino al reinserimento domestico. La Clinica di Riabilitazione Toscana-Terranuova Bracciolini Spa nasce però nel 1998 a seguito della deliberazione da parte dell'USL 8 di Arezzo per la costituzione di un centro di riabilitazione ad alta valenza sanitaria per i trattamenti in regime residenziale e semi-residenziale.

L'anno successivo è il Consiglio Regionale della Toscana a sancire, con la D.G.R. n. 75 del 23 marzo 1999, la definitiva costituzione della Clinica di Riabilitazione Terranuova Bracciolini Spa costituito tra l'allora Azienda USL 8 Arezzo ed il Comune di Terranuova Bracciolini. La clinica nasce nei locali dell'Ex Ospedale di Terranuova Bracciolini e con personale in servizio presso la struttura preesistente unito a unità messe a disposizione della USL. In sostanza, l'azienda nasce senza oneri aggiuntivi per il personale realizzando in più la valorizzazione dell'edificio precedentemente scarsamente valorizzato.

La CRT prende avvio quindi dall'esigenza di costituire un Polo riabilitativo completo che fosse in grado di fornire risposte appropriate e di elevata qualità nell'area del Valdarno. Ben presto però l'USL 8 riconosce alla CRT un ruolo importante nell'Alta Specialità Riabilitava. Per tale scopo nel 2004 la CRT viene trasferita all'interno del Presidio Ospedaliero Santa Maria alla Gruccia, mentre nel presidio di Terranuova Bracciolini (AR) resta parte dell'attività ambulatoriale. Inoltre, ulteriori due punti ambulatoriali

sono attivati nel Distretto di San Giovanni Valdarno (AR) e presso il Distretto di Bucine (AR).

Nel tempo la CRT, sviluppando sinergie con l'Ospedale, è divenuto un centro in grado di ricevere pazienti di notevole gravità e capace di offrire servizi lungo tutta la filiera riabilitativa fino al rientro in casa o in residenza del paziente stesso. Questo obiettivo, frutto di un percorso graduale di crescita ed integrazione, è stato pienamente raggiunto a partire dal 2011.

La CRT ha sempre dedicato durante tutta la sua attività grande attenzione alla qualità dei servizi offerti, con la prima certificazione conseguita già nel 2012, allo sviluppo di rapporti e collaborazioni con le associazioni dei pazienti e dei loro familiari e all'instaurazione di collaborazioni con il mondo della ricerca scientifica al fine di porsi costantemente come punto di riferimento e di eccellenza regionale e nazionale per la filiera riabilitativa.

Il 2015 è stato un anno di grandi cambiamenti per il Sistema Sanitario toscano con l'avvio del processo di riduzione delle ASL a 3 Aree Vaste (Toscana Centro, Toscana Nord-Ovest, Toscana Sud-Est). Anche la CRT è stata interessata da importanti trasformazioni e innovazioni che la hanno riconfermata come punto di riferimento dell'area Toscana Sud-Est.

La CRT, conclusasi ormai la fase di sperimentazione gestionale in forma di societaria di Spa, ha creato le fondamenta per l'attuale assetto organizzativo finalizzato al consolidamento di un centro sanitario di eccellenza. Le line guida per il futuro riguardano la sempre più forte interazione con l'Ospedale di Santa Maria della Gruccia, la crescita delle collaborazioni scientifiche, l'ampliamento della risposta ambulatoriale nei

due presidi nel territorio, il rafforzamento delle relazioni sindacali e il percorso verso la trasparenza e l'anticorruzione.

La Governance

La CRT nasce da una sperimentazione gestionale ex art. 9-bis del D.Lgs. 502/1992, così come declinata all'interno della normativa regionale della Toscana attraverso le previsioni di cui alla L.R. n. 40/2005.

Oggi la Clinica di Riabilitazione Toscana Spa è una Società per azioni, a prevalente capitale pubblico, controllata al 59% dall'Azienda USL Toscana Sud-Est e per le restanti azioni dall'ICS Maugeri SB (19%), dal Comune di Terranuova Bracciolini (17%) e dall'Azienda Universitaria Ospedaliera Senese (5%).

L'AUSL 8 e il Comune di Terranuova Bracciolini. sono rimasti unici azionisti fino al 2002, allorché, a seguito di una procedura di evidenza pubblica, si è registrato l'ingresso di azionisti privati. Le motivazioni di tale scelta possono essere individuate in duplice obiettivo: apportare cultura tecnica e innovazione nel settore, da un lato, finanziare il conseguente ampliamento degli immobili e l'acquisto di attrezzature sempre con la prevalenza del capitale pubblico, dall'altro.

A completamento di questo processo vi è anche, il 27 dicembre 2016, la decisione dell'Assemblea degli azionisti di una modifica della ragione sociale della Società in Clinica di Riabilitazione Toscana Spa e l'adeguamento dello Statuto sociale alle previsioni del D.Lgs. n. 175/2016.

Il superamento della fase di accorpamento delle precedenti ASL ha segnato un ulteriore punto di svolta e ha portato la Clinica – sia per l'ampliamento del territorio di riferimento e la conseguente modifica

dell'organizzazione territoriale sia per la presenza, al suo interno, dell'Azienda Ospedaliera Universitaria (titolare di nodi strategici e funzionali che stravolgevano l'impostazione pregressa) – a una nuova visione delle attività e dei servizi da offrire, articolandoli nel rapporto tra Area Vasta e territorio del Valdarno, a cui dare risposte in grado di soddisfare la reputazione che stava via via crescendo.

Il territorio di riferimento dell'Azienda, ove ha sede la CRT, ha infatti una popolazione residente di circa 850 mila abitanti, 2,5 volte maggiore di quella precedente (350 mila abitanti). Questo indurrebbe a presupporre, per l'attività dedicata alla riabilitazione, un fabbisogno corrispondente di due volte e mezzo più grande di quello soddisfatto con la precedente attività. A tale crescita di esigenza la Clinica ha dovuto rispondere con la modifica dei propri assetti organizzativi, con l'investimento in tecnologie sanitarie e ricerca scientifica e con l'erogazione di nuovi servizi-

Nel 2016 è stata dunque completata la riorganizzazione aziendale che caratterizza ancora oggi le attività della Clinica, rendendo definitiva la separazione organizzativa e funzionale tra le attività aventi a riferimento l'Azienda USL Toscana SE e quelle aventi a riferimento il Distretto del Valdarno.

Gli indirizzi gestionali

La CRT è una struttura di riabilitazione interamente accreditata e dotata di 110 posti letto – per pazienti con disabilità conseguente a patologia neurologica, ortopedica e cardiologica – organizzata secondo il criterio dell'intensità di cura.

L'attività è suddivisa in attività di tipo ospedaliero e in attività extra-ospedaliera di riferimento territoriale. L'attività ospedaliera, in particolare, comprende:

- ricovero di riabilitazione per gravi cerebrolesioni acquisite;
- ricovero di riabilitazione intensiva ospedaliera.

L'Unità di Riabilitazione per Gravi Cerebro-Lesioni Acquisite costituisce il polo di alta specialità riabilitativa deputato al trattamento dei pazienti affetti da gravi cerebro-lesioni acquisite derivanti da traumi, anossia cerebrale o patologie cerebrovascolari di diversa natura (ischemica o emorragica) che abbiano prodotto uno stato di coma con *Glasgow Coma Scale* uguale o inferiore ad 8 nelle prime 24h. I pazienti ammessi presentano risoluzione delle criticità cliniche che di norma vengono trattate nelle unità di terapia intensiva ma hanno ancora condizioni di instabilità clinica che necessitano di assistenza medica e infermieristica nelle 24h secondo le linee di indirizzo regionali e la D.G.R. Toscana n. 599 del 10.07.2012.

Nell'Unità in oggetto sono presenti 35 posti letto e nell'ultimo triennio i ricoveri sono stati aperti a 140 nel 2017, 137 nel 2018 e 130 nel 2019. L'Unità per la riabilitazione intensiva ospedaliera è rivolta ai pazienti provenienti da reparti per acuti che presentano disabilità complesse suscettibili di modificazione, e che necessitano di assistenza medica specialistica riabilitativa ed infermieristica nell'arco dell'intera giornata.

L'attività di riabilitazione intensiva erogata presso la CRT riguarda la neurologia, l'ortopedia e traumatologia, la cardiologia. Nell'Unità in oggetto sono presenti 25 posti letto. I ricoveri negli ultimi quattro anni sono stati 465 nel 2014, 549 nel 2015, 340 nel 2016, 322 nel 2017, 296 nel 2018.

L'attività extra-ospedaliera invece è suddivisa in:

- ricovero in riabilitazione intensiva extra-ospedaliera (in regime di degenza e day hospital);
- trattamenti riabilitativi ambulatoriali;
- trattamento riabilitativo ambulatoriale per l'età evolutiva;
- trattamento ambulatoriale;
- trattamento riabilitativo domiciliare;
- servizio di neuropsicologia riabilitativa

Le attività ex art. 26 svolte sono rivolte ai pazienti che presentano condizioni di disabilità conseguenti a patologie invalidanti per i quali risulta ammissibile, per la presenza di una condizione clinica stabilizzata, il trattamento riabilitativo extraospedaliero con un'assistenza nell'arco dell'intera giornata (ciclo continuo) o semplicemente diurno. Nell'Unità in oggetto sono presenti 22 posti letto.

L'attività di riabilitazione intensiva extraospedaliera è invece rivolta a pazienti di qualsiasi etiologia (neurologica, ortopedica) in fase successiva a quella ospedaliera, quando non è più necessaria assistenza medica e infermieristica nelle 24 ore. L'Unità opera prestazioni in regime di degenza e di day hospital ed accoglie un totale di 28 posti letto.

L'attività di riabilitazione estensiva ambulatoriale è poi indirizzata a pazienti di qualsiasi etiologia (neurologica, ortopedica, cardiologica e pneumologica) in fase successiva a quella residenziale. In questa fase del

percorso riabilitativo si prevede una ridotta intensità di cura riabilitativa per cui non è più necessario il trattamento intensivo per più ore nella giornata.

Più recentemente, la CRT ha posto il tema della ricerca scientifica come elemento fondamentale della strategia aziendale costituendo il Centro di Ricerca della Clinica di Riabilitazione Toscana Spa che nasce il 1° gennaio 2018 con l'obiettivo di implementare un'attività di ricerca scientifica che consenta di produrre risultati applicabili alle attività assistenziali quotidianamente svolte all'interno della CRT. Per tale motivo i protocolli di studio mirano ad individuare nuovi trattamenti riabilitativi che siano focalizzati sulle specifiche difficoltà che un paziente può presentare in seguito ad un evento cerebrale ed a implementare nuove metodologie di diagnosi e cura. In sintesi, la mission del Centro di ricerca può essere riassunta nei punti seguenti:

- attività di ricerca neuroscientifica traslazionale, ovvero orientata all'applicazione dei risultati ottenuti al miglioramento della cura dei pazienti;
- conduzione di studi scientifici in termini di efficacia ed efficienza delle prestazioni da attuare durante la sperimentazione e incremento della qualità dell'assistenza al malato attraverso l'individuazione di strategie innovative che conducano a sviluppare nuovi metodi diagnostici e terapie innovative ed efficaci;
- utilizzo di metodologie innovative e tecniche avanzate di ricerca clinica nell'uomo avvalendosi anche di contributi multidisciplinari;
- produzione di avanzamenti sostanziali nelle neuroscienze e trasferimento dei risultati scientifici raggiunti alla pratica clinica attraverso la produzione di articoli scientifici su riviste internazionali.

CRT e Covid-19

La fase di emergenza imposta dalla drammatica diffusione del virus Covid-19 ha ricordato a tutti che i posti letto di Terapia Intensiva e di Rianimazione sono preziosi, perché salvano la vita delle persone ma sono anche costosi e impegnativi e assorbono una grande quantità di risorse sanitarie. Inoltre, è del tutto evidente che questi posti rappresentano soltanto l'inizio di un lungo percorso di cura che, per quanto fondamentale per salvare la vita, è del tutto insufficiente per consentire alle persone di riprendere il loro ruolo sociale e lavorativo. Infatti, dopo la fase della rianimazione, le persone hanno quasi sempre necessità di "recuperare" i danni diretti che ha provocato la malattia oltre alle conseguenze indirette derivanti da un lungo periodo di immobilità a letto.

Il binomio "cura e riabilitazione" sovente sfugge ai più e all'opinione pubblica, ma le conseguenze che un paziente può presentare in seguito a una patologia così devastante possono essere governate soltanto in un contesto riabilitativo dove l'alterazione di funzione legata agli organi interessati dal Covid-19 viene trattata con specifici interventi riabilitativi nell'ottica dell'intero funzionamento della persona, promuovendo il progressivo recupero del ruolo sociale, familiare e lavorativo.

È importante quindi sottolineare il ruolo svolto dalla Clinica in questo periodo che, grazie alla capacità di accogliere pazienti provenienti dalle Terapie Intensive e dalle Rianimazioni, non solo garantisce il migliore recupero funzionale possibile, ma svolge anche la fondamentale funzione di opportuna embricazione nel percorso clinico del paziente garantendo la continuità delle cure liberando i posti letto delle rianimazioni per altri pazienti gravi che attendono di essere presi in carico.

3.4 Istituto Mediterraneo per i Trapianti e Terapie di alta specializzazione

Le Origini

La sperimentazione gestionale di ISMETT nasce nel 1997 ai sensi del D.Lgs. n.50/1992 su richiesta della Regione Siciliana e di un gruppo di epatologi dell'Ospedale Cervello di Palermo. La richiesta fu inizialmente avanzata al Centro Medico dell'Università di Pittsburgh (UPMC), leader mondiale per il trapianto di fegato, poiché il programma clinico non era disponibile in Sicilia. Il progetto di sperimentazione gestionale fu quindi approvato nel giugno del 1996 dalla Conferenza Stato-Regioni su proposta della Regione Siciliana mentre i protocolli di intesa fra i partner ed il primo accordo di programma quadro che regolamentano i rapporti con il socio privato UPMC furono approvati nel 1997.

ISMETT nasce giuridicamente e si rende operativa in quegli anni all'interno di un'ala dell'ospedale Civico di Palermo, socio pubblico insieme all'ospedale Cervello della società mista pubblico-privato a responsabilità limitata ISMETT Srl, costituita in base alle indicazioni di legge ed al primo accordo di programma approvato dalla Conferenza Stato-Regioni.

I primi anni di esperienza aziendale sono caratterizzati da un ingente sforzo da parte del partner privato nel trasferire il know-how necessario ad effettuare procedure di alta specializzazione, quali sono i trapianti, realizzando importanti periodi di formazione e osservazione negli USA per medici, tecnici e infermieri. La formazione del personale è stata realizzata in quegli anni anche sfruttando tutti gli strumenti di supporto disponibili nell'ambito dei programmi di sviluppo regionale finanziati dalla UE.

I principali momenti che hanno caratterizzato l'esperienza di ISMETT dalla sua fondazione possono essere sintetizzati nei seguenti. In primis, l'accettazione da parte della Regione Siciliana che il lancio di un programma di trapianti così complesso meritasse un contributo aggiuntivo da parte dell'ente stesso a complemento del riconoscimento del D.R.G. per prestazione erogata. Inoltre, ISMETT ha potuto realizzare un nuovo ospedale, disegnato da UPMC, che è stato ideato sin dall'inizio con strutture e attrezzature atte a rispondere alle esigenze di un centro trapianti specializzato, avendo in mente anche le possibili evoluzioni che avrebbero potuto interessare l'Istituto da un punto di vista clinico.

Un altro tassello fondamentale nella storia e nello sviluppo di ISMETT è stata la definizione di un accordo che prevedesse la responsabilità unica del socio privato circa la produzione clinica e di risultato regolati negli accordi e sottoposti al monitoraggio dalla Regione, addossando quindi il rischio della produzione al socio privato come nelle migliori pratiche delle società miste. Questa scelta ha determinato anche la responsabilità unica del socio privato nella selezione e remunerazione dei medici, e del management, secondo gli standard delle migliori pratiche internazionali, utilizzando il contributo per la gestione e l'attività clinica che UPMC, socio privato nella sperimentazione, riceveva per gestire ISMETT.

La libertà di selezionare i medici (ma anche gli infermieri) con procedure di evidenza pubblica di tipo privatistico e di poterli formare a Pittsburgh ha permesso di riprodurre, nel tempo, i pilastri che caratterizzano positivamente il sistema americano ed ogni sistema di qualità nella sanità: la compresenza di formazione di alto livello continua per tutti gli addetti e la possibilità di fare ricerca e di poter proporre innovazioni nella pratica clinica,

infermieristica e amministrativa. ISMETT ha così potuto ottenere nel 2010, primo in Italia e terzo in Europa a quel tempo, il riconoscimento del livello 6 (su 7) dell'Healthcare Information and Management Systems Society (HIMSS) che misura l'informatizzazione introdotta negli ospedali e nei sistemi sanitari. In tale ambito, fin dall'avvio, l'Istituto ha introdotto la cartella clinica elettronica ed i percorsi di telemedicina.

Attualmente, l'ISMETT è un centro di eccellenza nel settore dei trapianti, sede di importanti progetti di ricerca per garantire ai pazienti le terapie più avanzate e dare una risposta adeguata alle insufficienze terminali d'organi vitali. Con decreto del 12.09.2014 firmato dal Ministro della Salute, ISMETT ha ottenuto il riconoscimento di Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) nella disciplina "Cura e ricerca delle insufficienze terminali d'organo", attribuzione poi rinnovata più volte fino all'ultima dell'anno 2019. ISMETT attualmente dispone di 107 posti letto di degenza, 7 di day hospital e 12 postazioni in sala risveglio. L'Istituto si estende su una superficie di circa 18.000 mq, ha 5 sale operatorie, laboratori di analisi, microbiologia e anatomia patologica, un dipartimento di radiologia, un servizio di farmacia ed ambulatori multi-specialistici.

In ISMETT sono stati avviati tutti i programmi di trapianto di organi solidi con risultati sovrapponibili a quelli dei migliori centri internazionali (come documentato dai dati ufficiali del Centro Nazionale Trapianti). L'ISMETT è inoltre il primo ospedale del Sud Italia ad aver ricevuto l'accreditamento da parte della Joint Commission International (JCI), fra i più avanzati sistemi di accreditamento per valutare la qualità delle strutture sanitarie. L'accreditamento conferma l'eccellenza del centro trapianti palermitano nella cura e nella sicurezza dei pazienti e il suo impegno nel

miglioramento continuo delle performance sul fronte dei risultati clinici, della gestione, dell'accoglienza e dei programmi di formazione, che ogni anno coinvolgono centinaia tra infermieri, medici, tecnici e amministratori.

La Governance

Il modello societario adottato da ISMETT è stato quello della costituzione di una società a responsabilità limitata con maggioranza pubblica al 55%. Inizialmente ne facevano parte l'ospedale Civico e l'ospedale Cervello, di Palermo. Nel 2011 la Regione ha deciso di consolidare la partecipazione pubblica in ISMETT Srl da parte dell'ospedale Civico, trasferendogli le quote in possesso dell'ospedale Cervello, mentre è rimasta immutata la quota societaria di UPMC e della sue controllate UPMC Italy Srl e UPMC International Holding che mantengono il 45%. La quota di UPMC (Italy e International Holding) risulta oggi ridotta al 42% a seguito dell'operazione di trasferimento di una quota del 3% alla Fondazione RiMED di cui la stessa UPMC è parte come socio fondatore.

La scelta del modello di governance in forma di società a responsabilità limitata è stata realizzata in ragione della snellezza e della maggior semplicità di gestione societaria rispetto ad un modello di società per azioni. In ogni caso, tale opzione ha consentito di individuare una solida ma equilibrata compagine sociale nel quale il soggetto privato ha svolto in maniera indipendente il proprio ruolo, con un elevato livello di coinvolgimento nelle scelte strategiche e gestionali della società. Ulteriore elemento di forza è rappresentato dalla flessibilità delle scelte che l'azienda ha potuto realizzare anche in funzione del livello di indipendenza ed autonomia. In questo senso, il caso in oggetto dimostra anche l'esigenza di

individuare un partner privato in possesso di requisiti di professionalità, qualificazione di eccellenza e know-how professionale, presupposto fondamentale per garantire alla società mista una rilevante indipendenza nelle scelte di gestione.

Gli indirizzi gestionali

ISMETT è un Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) per la cura e la ricerca delle insufficienze terminali d'organo considerato centro di eccellenza nel settore dei trapianti e punto di riferimento nel bacino del Mediterraneo, oltre che sede d'importanti progetti di ricerca per garantire ai pazienti le terapie più avanzate e dare una risposta adeguata alle insufficienze terminali d'organi vitali.

È politica aziendale di ISMETT garantire l'addestramento e la formazione continua del personale interno e favorire la creazione di professionalità altamente qualificate nell'ambito dei trapianti di organi e delle terapie ad alta specializzazione. Ulteriore scopo è quello di contribuire allo sviluppo del sistema sanitario Regionale attraverso la diffusione del know-how di UPMC e di rappresentare un punto di riferimento per la formazione in ambito sanitario a livello regionale e nazionale realizzando attività di addestramento e formazione continua destinate a operatori esterni.

Ai fini del conseguimento della sopracitata mission aziendale l'Istituto si è dotato di un Ufficio Formazione incaricato, tra gli altri, di elaborare annualmente un Piano di formazione aziendale, pianificare, progettare ed erogare eventi formativi destinati sia al personale interno all'Istituto che a operatori sanitari esterni, gestire le attività formative inquadrate nel Programma di E.C.M. promosso dal Ministero della Salute,

gestire le attività di tirocinio curriculare e professionalizzante effettuate presso l'Istituto.

In relazione ai tirocini, nell'ultimo quinquennio (2015-2019) l'ISMETT ha accolto 936 tra studenti universitari, specializzandi e iscritti a master universitari, consentendo a tali giovani – appartenenti prevalentemente al territorio regionale – di entrare in contatto con il mondo del lavoro e di arricchire il proprio bagaglio professionale. Inoltre, nell'ultimo quinquennio (2015-2019), sono state erogate oltre 13.000 ore di formazione che hanno coinvolto oltre 37.000 operatori sanitari sia interni che esterni all'Istituto

L'Ufficio Formazione persegue una politica di miglioramento continuo, indirizzata al conseguimento della massima soddisfazione da parte degli utenti e all'ottimizzazione del consumo delle risorse aziendali assegnate alla formazione. In tale prospettiva, assume particolare rilevanza la costruzione di un Sistema di Gestione Qualità per la Formazione certificato secondo le norme ISO 9001:2008.

Con riguardo alle metodologie didattiche, l'Istituto intende privilegiare le metodologie di tipo partecipativo, centrate sul coinvolgimento diretto e attivo dei discenti. Particolare rilevanza assume, in tale modello formativo, il ricorso alla simulazione come metodica per la formazione e l'addestramento in medicina. ISMETT si avvale dal 2007 delle tecnologie del Centro di Simulazione "Renato Fiandaca", grazie alle quali è possibile ricreare rari e complicati eventi clinici, addestrando così gli operatori sanitari a gestire efficacemente e tempestivamente le criticità senza rischi per il paziente e per gli operatori stessi.

Va segnalato inoltre che – unitamente alle attività formative tradizionali – vengono organizzate all'interno di ISMETT attività formative complementari, mutuate dall'esperienza di UPMC, finalizzate a sviluppare un approccio interdisciplinare ai problemi assistenziali e a creare un ponte tra la clinica e la ricerca, favorendo la pratica dell'*Evidence Based Medicine*, con evidenti ricadute positive sulla qualità dell'assistenza sanitaria erogata da ISMETT. Tra queste si annoverano il *Journal Club*; il *Mortality & Morbidity Meeting* (M&M); i *Clinical Case Studies;* l'*Inservice.*

In particolare, Centro di Simulazione "Renato Fiandaca" ha l'obiettivo di ridurre i rischi nelle attività di primo soccorso medico sul modello sviluppato al Peter M. Winter Institute for Simulation, Education and Research di Pittsburgh. Le proposte formative del Centro "Fiandaca" sono divise in corsi di vari livelli di difficoltà destinati al personale medico o infermieristico.

La strumentazione del Centro può riprodurre diversi ambienti di addestramento come le sale operatorie e d'emergenza, le ambulanze, gli scenari d'incidenti e svariate situazioni cliniche. I cinque manichini simulatori propongono ad altissima fedeltà le reazioni fisiologiche di adulti e bambini. In quest'ottica, il Centro è un importante strumento di formazione perché prepara il personale sanitario alla gestione delle emergenze in un ambiente sicuro applicando, insieme alle più aggiornate conoscenze mediche, anche sistemi di pianificazione, controllo e comunicazione, che riducono efficacemente le probabilità di errore. ISMETT ha inoltre ricevuto l'accreditamento dall'American Heart Association (AHA) come "International Training Center" per l'erogazione di corsi base e avanzati di rianimazione cardiopolmonare da tenere presso il Centro "Fiandaca".

Da un punto di vista della performance economica e finanziaria la gestione attiva dei flussi di cassa e la costante ricerca dell'equilibrio finanziario, supportato anche dalla disponibilità di affidamenti bancari concessi grazie alla dimostrata capacità di mantenere nel tempo un sostanziale equilibrio economico, hanno permesso di consolidare il patrimonio netto e la bontà degli indici di bilancio. Ciò è stato possibile grazie anche alle scelte dei soci che, nell'intento di realizzare compiutamente le finalità istituzionali del progetto di ISMETT, si sono reciprocamente impegnati affinché, per tutti gli esercizi sociali fino al 2023 (compreso), gli eventuali utili netti risultanti dal bilancio, previa deduzione della riserva legale, siano reinvestiti nella Società ovvero destinati ad altri investimenti nel campo della ricerca e dello sviluppo scientifico. Gli stessi soci si sono impegnati, negli anni in cui ci sono stati ingenti ritardi di pagamento della Regione o sono stati effettuati tagli al budget dell'Istituto, a ripianare i deficit creati o anche a finanziaria l'attività ordinaria dell'Istituto.

L'Istituto inoltre ha sviluppato un set importante di indicatori di efficienza legati alla complessità clinica con il quale è in grado di comparare le proprie performance in termini di produttività e efficienza gestionale con quelle di altri istituti nazionali o della Regione stessa. Questo è stato possibile anche grazie allo sviluppo di un dettagliato sistema di controllo interno di gestione che permette di misurare il costo totale delle prestazioni erogate, sia in relazione al singolo paziente, sia in relazione alla singola unità produttiva o linea di servizio, attribuendo per oltre il 70% costi diretti all'evento sotto indagine e ribaltando al solo 30% i costi indiretti.

Sin dal suo primo anno di attività ISMETT si è poi dotata di un ufficio Finanziamenti e Project management, avente il compito, tra gli altri,

di ricercare finanziamenti di derivazione regionale, nazionale o comunitaria per supportate progetti correlati all'attività istituzionale. Ciò ha permesso anche di supportare investimenti in lavori e attrezzature di una certa rilevanza che hanno consentito continui miglioramenti strutturali e la disponibilità di innovazioni tecnologiche. L'equilibrio economico, garantito principalmente dal finanziamento regionale, ha consentito di ottenere nel tempo affidamenti bancari più che sufficienti a coprire temporanee esigenze di liquidità di breve periodo. Inoltre, il costante, sostegno del socio privato che ha erogato annualmente circa 1 milione di dollari per la ricerca ha permesso di raggiungere i riconoscimenti sopracitati.

Il contributo all'emergenza Covid-19

ISMETT ha potuto apportare al contesto regionale un valore aggiunto significativo grazie alla rete di contatti consolidati con la Cina che il partner UPMC ha sviluppato nel corso del tempo.

In particolare, UPMC ha contattato tramite la propria sede in Cina i fornitori di materiale sanitario (ad esempio i ventilatori polmonari) e di dispositivi di protezione individuale per offrire aiuto alle esigenze di approvvigionamento della sanità regionale. UPMC ha quindi valutato e certificato la qualità delle forniture che la Regione Siciliana ha potuto in questo acquisire avendo certezza della loro idoneità all'utilizzo. Questo particolare know-how del socio privato ha garantito la qualità delle forniture provenienti dall'esterno, ed in particolare dalla Cina, permettendo di ovviare a un elemento che nella prima fase della pandemia ha creato notevoli criticità in diversi contesti regionali, nonché danno all'erario laddove gli acquisti

sono stati svolti pagando anticipatamente somme per materiali poi verificatisi come scadenti o non certificati.

In una fase di veloce riorganizzazione ISMETT è riuscito anche a garantire velocemente l'acquisto nelle more delle tempistiche di assegnazione dei fondi da parte della Regione alla Protezione Civile Regionale, garantendo la tempestività di una fornitura essenziale.

A partire dal mese di ottobre 2020, l'Istituto ha cominciato ad accogliere pazienti con Covid-19 in un reparto di terapia intensiva di 10 posti letto. Tale numero è cresciuto nel corso del mese di novembre in relazione all'evoluzione del fabbisogno.

3.5 Società Assistenza Acuzie e Postacuzie

Le Origini

La Società Assistenza Acuzie e Post-acuzie (SAAPA) Spa è stata costituita ai sensi dell'art. 24 della L.R. Piemonte n. 12 del 23.05.2008 per la gestione in regime di sperimentazione gestionale (art. 23 della medesima legge regionale) dell'immobile ove è attualmente allocato l'Ospedale Civico di Settimo Torinese.

Infatti, con D.G.R. n.20-10663 del 02.02.2009, la Regione Piemonte ha autorizzato le Aziende Sanitarie Locali TO4 e TO2 (ora ASL Città di Torino) alla realizzazione del progetto di sperimentazione gestionale presentato per la gestione sia a fini sanitari che socio-sanitari della struttura di Settimo Torinese, attraverso la SAAPA Spa, società mista a prevalente capitale pubblico.

Lo Statuto societario (artt. 2 comma 4 e 20), inoltre, definisce SAAPA come società in house, prevedendo: (i) un controllo gestionale e finanziario, analogo a quello che i soci-enti pubblici hanno sui propri servizi da parte dei soci-enti pubblici del S.S.N. sulle attività sanitarie da essi affidate alla società; (ii) nonché l'obbligo della società stessa di svolgere in via prevalente l'attività di tutela e cura della salute delle persone in favore degli enti soci (art. 2 commi 1, 2, 3 e 5 dello Statuto). SAAPA non persegue scopo di lucro e non può distribuire dividendi ai soci.

Nel 2016, con D.G.R. n. 27-4198 del 14.11.2016, il Piemonte ha proceduto alla proroga della sperimentazione gestionale, allora in corso, sino alla data del 31.12.2016 in attesa di completamento delle procedure di

accreditamento ed autorizzazione. Successivamente, con D.G.R. n. 73-5504 del 03.08.2017, la Regione ha definito le regole per il finanziamento per l'acquisto di prestazioni sanitarie di ricovero e di specialistica ambulatoriale da erogatori privati accreditati per le annualità 2017-2018-2019, demandando alle Aziende Sanitarie Locali competenti per territorio la funzione di negoziazione e acquisto di prestazioni sanitarie dalle singole strutture private accreditate con il SSR.

Lo stesso dispositivo, al punto 15, demanda alle ASL TO2 e TO4, socie della società SAAPA Spa, ogni adempimento connesso alla revisione del programma di sperimentazione gestionale relativo alla gestione dell'ospedale di Settimo Torinese in coerenza ai posti letto accreditati e contrattati, prorogando il programma, ai sensi dell'art. 23, comma 6 L.R. n. 12/2008 e smi, per il tempo necessario all'adeguamento degli atti societari, e comunque non oltre il 31.12.2017.

La società SAAPA (in ottemperanza a quanto previsto dalla D.G.R. Piemonte n. 1-600 del 19.11.2014, successivamente integrata con deliberazione n. 1-924 del 23.01.2015, relative all'approvazione del programma di revisione della rete ospedaliera regionale piemontese) ha richiesto l'autorizzazione e l'accreditamento per 235 posti letto attivando, nelle more dell'ottenimento della nuova autorizzazione e dell'accreditamento, la conseguente riorganizzazione dei posti letto e dei servizi medici e assistenziali a decorrere dal 1 gennaio 2017.

La Governance

La compagine sociale di SAAPA Spa è formata in larga maggioranza da soci pubblici, ossia dalle Aziende Sanitarie ASL TO4 (34%) e ASL Unica Città di Torino (18%), dal Comune di Settimo Torinese (31,48%) e dal privato "sociale" (socio di minoranza) Cooperativa Frassati.

Tenuto conto dell'attività svolta dai soci, la compagine sociale è formata da soci "sanitari" di origine pubblica in maggioranza, ossia le Aziende Sanitarie ASL TO4 e ASL Unica Città di Torino (52%), e da soci pubblici e privati "non sanitari" rappresentati dal Comune di Settimo Torinese e dal privato "sociale" (socio di minoranza) Cooperativa Frassati nella misura del 48%.

Nel modello di governance delle sperimentazioni gestionali, secondo l'esperienza di SAAPA, il partner di maggioranza di origine pubblica dovrebbe implementare l'attività di indirizzo e controllo avvalendosi della collaborazione dei soggetti privati ma nel rispetto di finalità istituzionali pubbliche. Le logiche di governance, pur rimanendo a livello territoriale, dovrebbero essere comunque condivise con gli organi istituzionali sanitari di natura nazionale. A tal proposito, nonostante la regolazione nazionale e regionale fin qui prodotta, appaiono necessari interventi normativi atti a produrre sistemi innovativi di post- acuzie nel settore sanitario e che regolino il consolidamento del modello di sperimentazione gestionale.

Gli indirizzi gestionali

La SAAPA Spa accoglie strutture di degenza CAVS (Continuità a Valenza Sanitaria, ovvero attività di cura extra-ospedaliera successiva alla dimissione o necessaria per rispondere a particolari situazioni clinico-assistenziali), lungodegenza e riabilitazione di secondo livello. Complessivamente, la struttura copre 235 posti letto suddivisi in 94 posti CAVS; 82 posti di lungodegenza, 59 posti in riabilitazione.

In relazione ai risultati della produzione sanitaria, nel solo 2019, la SAAPA Spa ha realizzato 1.813 ricoveri di cui 1.800 a beneficio di pazienti provenienti dalla Regione e 13 di pazienti extra-regionali. Nello stesso anno, altri risultati di produzione sanitaria hanno riguardato i giorni di degenza media nell'anno (pari a 46,1), i giorni di degenza dimessi (84.062), il tasso percentuale di utilizzo dei posti letto (99,5%).

Uno dei principali indirizzi gestionali di SAAPA Spa ha riguardato le politiche del personale per le quali si sono sviluppati numerosi interventi volti all'implementazione delle procedure interne con lo spirito di condivisione dei processi trasversali a tutte le figure professionali coesistenti, mediche, amministrative, assistenziali e fisioterapeutiche. L'obiettivo di tali politiche ha riguardato la ricerca di una maggiore consapevolezza in relazione ai bisogni formativi del personale e l'implementazione del senso di appartenenza all'azienda.

Da un lato la formazione è stata mirata alla crescita professionale e all'umanizzazione del servizio che quotidianamente il personale svolge, affrontando la grande complessità non solo clinica ma anche socio–familiare di ciascun paziente. Dall'altro, le politiche sul personale si sono proposte di agevolare la comunicazione, creando progetti di struttura che possano

utilizzare al meglio le risorse e le professionalità per garantire una sempre maggiore interazione tra i reparti di riabilitazione, lungodegenza e CAVS.

Lo sviluppo della comunicazione propone anche obiettivi esterni finalizzati a connettere le varie associazioni di volontariato che al momento svolgono compiti molto preziosi per i pazienti, agevolando la lettura dei libri fruibili dalla biblioteca interna, dando sostegno morale a letto del paziente, proiettando film settimanali di intrattenimento dei pazienti ecc.

La SAAPA Spa infine svolge anche attività di sperimentazione clinica. A tal proposito si ricorda il progetto di sperimentazione del servizio di neuropsicologia, svolto da ottobre 2018 a settembre 2019, che ha interessato 36 pazienti con l'obiettivo di implementare l'attività di sostegno riabilitativo del paziente in fase post-acuta al fine di migliorarne l'outcome ed il reinserimento socio-familiare.

Complessivamente la sperimentazione gestionale, nella volontà del legislatore ma in molte occasioni poi confermata nella prassi, ha lo scopo di costruire nuovi modelli di gestione del servizio sanitario. Questa circostanza appare diversificare in maniera significativa le sperimentazioni dal partenariato pubblico-privato che, invece, appare finalizzato allo scopo di gestire con maggiore efficienza i modelli già esistenti.

Le sperimentazioni gestionali, se correttamente impostate in fase istitutiva nei rapporti di governo e gestionali tra soggetti pubblici e privati, offrono l'opportunità di generare e collaudare innovazioni non solo di prodotto (le prestazioni sanitarie) o di processo (integrazioni e gestione ottimale dei flussi) ma anche di sistema. Tali innovazioni rappresentano esperienza significative ed eventualmente replicabili sia per gli operatori che per il decisore e regolatore pubblico regionale e nazionale.

Tuttavia, la natura della partecipazione del soggetto pubblico nell'ambito della sperimentazione non può essere lasciata al semplice concetto di controllo societario o di modelli di assetto di governance ma deve essere intesa come possibilità reale di sperimentare nuovi modelli attraverso il pieno controllo del progetto, delle sue necessità evolutive e di integrazione con altri servizi sanitari già presenti nel territorio.

Il contributo alla gestione della pandemia Covid-19

Nella fase della pandemia da Coronavirus la struttura gestita dalla SAAPA Spa ha riorganizzato le proprie attività in modo flessibile e tempestivo per fronteggiare la grave emergenza in corso. In particolare, il 20 marzo la SAAPA ha ricevuto dall'Unità di Crisi dell'ASL TO4 la disposizione di aprire 76 letti di Covid-19 presso l'Ospedale di Settimo. Si è quindi proceduto alla chiusura del reparto di riabilitazione del terzo piano e all'allestimento del primo nucleo Covid-19 il 23 marzo, in soli 3 giorni. Tutto il personale ha ricevuto, con firma di ricevuta, i dispositivi di protezione individuale specifici e i relativi addestramenti, con apposita procedura, in forma scritta, che definiva dettagliatamente tutti i percorsi e i protocolli da seguire. Successivamente, in aprile, sono stati autorizzati ulteriori posti letto Covid-19 fino ad un totale di 154. La riabilitazione e la lungodegenza hanno riaperto, rispettivamente, solo a partire dal 1° e dal 17 luglio.

I pazienti Covid-19 trattati sono stati complessivamente circa 270 con ricoveri effettuati prevalentemente nei mesi di aprile e maggio; solo a giugno si è verificato un calo di ricoveri, con soli 17 ricoveri. L'attività è stata particolarmente funzionale alle esigenze degli Ospedali di riferimento (Chivasso, Ciriè, Ivrea e S. Giovanni Bosco, Maria Vittoria, Martini di

Torino), in prima battuta per liberare posti letto particolarmente preziosi nella fase di iperafflusso nel Pronto Soccorso e successivamente per agevolare la Fase 2 e accelerare la ripresa delle regolari attività degli Ospedali per acuti che in alcune realtà si erano quasi completamente riconvertiti in Ospedali Covid-19.

4 QUALE FUTURO? IPOTESI DI INTERVENTI NORMATIVI

Come anticipato nell'Outlook e ampiamente illustrato nel testo, dall'esame condotto appare urgente un intervento normativo che disciplini l'ibrido: prenda cioè atto dei punti di forza e cerchi di risolvere le criticità auspicando un percorso di sviluppo regolamentare, che meglio tenga conto della specificità evidenziate.

In questo paragrafo si delineano alcuni interventi normativi che – a partire dal quadro esistente – potrebbero migliorare la disciplina normativa e regolamentare del comparto, superando alcune anomalie o aporie che semplificherebbe il lavoro sia per i soggetti normati che per i regolatori pubblici.

Gli interventi potrebbero riguardare aspetti diversi:

IL RUOLO ISTITUZIONALE

Sarebbe auspicabile un intervento volto a chiarire che le società a "partecipazione pubblica" derivanti da una sperimentazione gestionale costituite ai sensi dell'art. 9-bis del decreto legislativo n. 502 del 30 dicembre 1992, per la gestione di servizi d'interesse generale o d'interesse economico generale o per il perseguimento di una specifica missione, quali soggetti economici di diritto singolare, **rappresentano strumenti strategici per il governo sanitario utili a garantire il livello uniforme ed essenziale di assistenza.**

Questo riconoscimento sarebbe un passo nella direzione di ricostruire un percorso nazionale attorno al tema dell'innovazione gestionale in sanità sia a livello programmatico che strategico, riallacciando il filo di un discorso sull'innovazione manageriale, che si è perso dopo la regionalizzazione, dando adito ad una interpretazione che relega esperienze replicabili e potenzialmente virtuose ad iniziative sporadiche di livello locale.

La mancanza di una spinta all'innovazione e di un impulso ad un livello centrale di coordinamento è un grave vulnus per il rilancio dell'esperienza, che – per avere una sua dignità - deve essere necessariamente inquadrata come uno dei molteplici elementi, che contribuiscono alla determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni sanitarie.

Sarebbe altresì auspicabile disciplinare ed agevolare la possibilità di trasferire la partecipazione di controllo in proprietà delle ASL alle Regioni in maniera da attenuare i potenziali conflitti di interesse tra azionista e committente. In tal senso è utilizzabile, come riferimento, il modello che individua le Aziende Ospedaliere Universitarie, ma con soggetti privati anche diversi dalle Università, quale soggetto strumentale alle finalità di erogazione di servizi sanitari.

OSSERVATORIO

Parallelamente alla ridefinizione do un ruolo centrale sul sistema delle partecipate in sanità, presso il Ministero della Salute si propone l'istituzione di un **osservatorio permanente per le società "a partecipazione pubblica" derivanti da una sperimentazione gestionale costituite ai sensi dell'art. 9-bis del decreto legislativo n. 502 del 30**

dicembre 1992. Come più volte detto, infatti, non sono attualmente disponibili dati a livello centrale né un coordinamento informativo che in qualche modo sostituisca una attività svolta prima della riforma da AGENAS.

Compiti dell'Osservatorio:

- tenuta dell'elenco dei soggetti esistenti ai fini dell'applicazione delle agevolazioni normative e fiscali applicabili;
- elaborazione delle proposte di disposizioni e/o dei Regolamenti inerenti alla loro funzione;
- definizione e controllo modalità di uscita dal perimetro del "controllo pubblico".

DISTINGUO NELLA FORMA GIURIDICA

Un ulteriore punto di forza del modello innovativo delle sperimentazioni gestionali è la possibilità di scegliere la forma giuridica della Fondazione, che costituisce lo strumento tipico nei casi un cui la finalità della gestione non sia produrre utili.

Questo strumento, che attualmente non è adeguatamente disciplinato con riferimento alla sua specificità, potrebbe costituire una nuova frontiera del rapporto pubblico-privato in sanità, sia per la costituzione di nuove sperimentazioni, che per l'evoluzione di quelle attualmente esistenti, qualora fosse rilanciato in maniera agile attraverso un progetto di riforma legislativa che tenga conto della peculiarità.

Tale forma giuridica di possibile utilizzo per partnership pubblico-private deve necessariamente trovare una specifica regolamentazione, non

potendosi per ragioni ontologiche seguire la prassi applicativa delle sperimentazioni relativa alle società partecipate.

COMPITO REGIONI

In questo quadro, sarebbe di conseguenza corretto rifocalizzare e disciplinare il **compito delle Regioni.**

La Regioni, infatti, sono l'ente intermedio che ha il compito di garantire, limitatamente a quelle a "controllo pubblico", **la continuità economico-finanziaria** nel rispetto dei vigenti vincoli di finanza pubblica. Tale ruolo attualmente non è chiaro a livello normativo. L'obiettivo percorribile potrebbe essere quello di rafforzare il ruolo di regolazione delle Regioni in termini di misurazione gestionale.

TUSPP

L'attuale disciplina "in deroga" ovvero in negativo, costituisce una anomalia. Sarebbe opportuno un nuovo drafting normativo che intervenga disciplinando il cluster in modo positivo, inserendo ad esempio un Titolo ad hoc nel TUSPP, che riprenda e ridefinisca le norme relative alle Società misto pubblico – private in sanità.

In un tale quadro logico sarebbe anche possibile definire, ulteriori deroghe al TUSPP, utili ad assicurare il ruolo strategico delle suddette società da considerarsi "stabili" fin quando permane il "controllo pubblico" e dei loro azionisti pubblici con particolare riferimento a quelli di controllo, nel rispetto e valorizzazione della natura privatistica delle società così costituite.

PERSONALE

A partire dalle norme contenute nel Testo Unico, la ricerca ha analizzato anche le disposizioni relative al personale, evidenziando come

l'eterogeneità in materia risulti rilevante. Il personale è infatti contrattualizzato con contratti sostanzialmente diversi, rendendo le società originanti da sperimentazione gestionale non un cluster omogeneo. Risulta quindi necessario intervenire da un punto di vista normativo per portare alla progressiva eliminazione, o quanto meno alla riduzione, delle antinomie tra il personale di esse e l'organizzazione del personale pubblico.

Risulterebbe, altresì, indispensabile intervenire consentendo l'applicazione dell'art. 19 del TUSPP alle società a partecipazione pubblica derivanti da una sperimentazione gestionale.

In particolare, andrebbe reso applicabile soprattutto il comma 8 di tale norma, indispensabile per le amministrazioni pubbliche titolari di partecipazioni di controllo in società, inserendo appunto la previsione di poter procedere all'internalizzazione di funzioni o servizi esternalizzati, affidati alle società stesse, vale a dire inserendo la possibilità di riassorbire le unità di personale già dipendenti a tempo indeterminato e transitate alla società interessata dal processo di re-internalizzazione, mediante l'utilizzo delle procedure di mobilità di cui all'art. 30 del D.Lgs. n. 165/2001 e nel rispetto dei vincoli in materia di finanza pubblica e contenimento delle spese di personale.

In secondo luogo, occorrerebbe rendere estensibile anche il disposto dell'art. 19 del TUSPP in virtù del fatto che il comma 1 di tale norma, precisando espressamente che i rapporti di lavoro dei dipendenti delle società a controllo pubblico sono regolati secondo le disposizioni del capo I, titolo II, del libro V del Codice Civile, dalle leggi sui rapporti di lavoro subordinato nell'impresa, include anche l'applicazione delle norme in materia di ammortizzatori sociali.

Tale esclusione è priva di logica e di fondamento. Auspicabile sarebbe l'estensione della sua applicabilità anche ai dipendenti di tali società, in un'ottica di uniforme applicazione a società che hanno diversi tratti caratteristici simili alle società pubbliche tout court.

NORMATIVA FISCALE

Individuazione delle società a "controllo pubblico" derivanti da una sperimentazione gestionale costituite ai sensi dell'art. 9-bis del decreto legislativo n. 502 del 30 dicembre 1992, quali soggetti a cui **l'imposta sul reddito delle persone giuridiche è ridotta alla metà (integrazione punto 19, art. 10 del DPR 633).**

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

Agenas (2014), *Ricognizione e valutazione delle sperimentazioni ed innovazioni gestionali in Italia. Rapporto conclusivo*, in «Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali», www.agenas.it.

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

Astegiano G. (2016), *Le linee guida della riforma*, in «Azienditalia», 10, pp. 841-848.

Barbagallo F. (2018), *La revisione straordinaria e la razionalizzazione periodica delle partecipazioni*, in (diretto da) Ibba C. e Demuru I., *Le società a partecipazione pubblica. Commentario tematico ai D.lgs. 175/2016 e 100/2017,* Bologna, Zanichelli Editore, pp. 375-420.

Bensa G., Pellegrini L. (2002), *Sperimentazioni e innovazioni gestionali in Italia: primi risultati di un'indagine conoscitiva a cura dell'ASSR*, in (a cura di) Anessi Pessina E. e Cantù E., (2002), *Rapporto OASI 2002. L'aziendalizzazione della sanità in Italia*, Milano, Egea, 2002.

Cappellaro G., Longo F., e Ricci A. (2012), *Le sperimentazioni gestionali nel SSN: rilevazione nazionale e analisi dei modelli emergenti,* in (a cura di) Anessi Pessina E., Cantù E., Ferré F., Ricci A*., Rapporto OASI 2012. L'aziendalizzazione della sanità in Italia*, Milano, Egea, 2012.

Caprara A. (2017), *Impresa pubblica e società a partecipazione pubblica,* Napoli, Edizioni Scientifiche Italiane.

Caruso E. (2016), *Possibile ruolo del privato nella realizzazione e gestione di strutture e servizi sanitari*", in (a cura di) Lorenzotti F. e Palamoni G. M., *La gestione del servizio sanitario nazionale dopo il Patto per la salute 2014/16* - «Atti del Convegno di Osimo».

Cavazza M., Fiorini M. (2002), *Le esperienze di collaborazione pubblico privato in Emilia-Romagna*, in «Atti Convegno AIES», Bologna.

Cerbo M., Perrini M. R., Mercurio R., Martinez M., Galdiero C., (2010), *Rapporti pubblico-privato nelle regioni*, in «Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali», www.agenas.it.

Cerbo M., Perrini, M. R., Mercurio M., Martinez M., Galdiero C., Cicellin, M. (2012), *Analisi delle sperimentazioni gestionali in sanità: fondazioni ed esternalizzazioni delle funzioni diagnostiche*, in «Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali», www.agenas.it.

CERGAS (2018), a cura di, *Rapporto OASI 2018. Osservatorio sulle aziende e sul Sistema Sanitario Italiano,* Milano, Egea.

Civitarese S., Matteucci S., D'Angelosante M. (2010), *Servizi sanitari e concorrenza: la prospettiva comunitaria e il caso delle sperimentazioni gestionali*, in «Astrid», www.astrid-online.it.

Commissario Straordinario per la revisione della spesa (2014). *Programma di razionalizzazione delle partecipate locali*. Consultabile all'indirizzo: http://revisionedellaspesa.gov.it/documenti/Programma_partecipate_locali_master_copy.pdf

Cuccurullo C. (2005), *Le collaborazioni tra pubblico e privato in sanità. Meccanismi di governance*, Padova, Cedam.

Di Mascio F. e Natalini A. (2018), *Oltre il* New Public Management*. Le riforme amministrative tra meccanismi e contesti*, Roma, Carocci.

Donativi V. (2016)*, Le Società a partecipazione pubblica,* Wolters Kluwer.

Eberle C. (2016), *Le società pubbliche e il Testo Unico sulle partecipate. Appunti per un primo inquadramento dogmatico, per alcuni profili operativi anche con riferimento alle possibili interferenze con il diritto societario e la crisi d'impresa*, Milano, Wolters Kluwer.

Eisenhardt K.M. (1989), *Building Theories from Case Study Research*, in «Academy of Management Review», 14(4), pp. 532-550.

Fiorentini G. (2000), *Società a capitale misto nell'offerta di servizi sanitari*, in «Mercato Concorrenza e Regole», 2(1), pp. 85-111.

FORMEZ – Ufficio stampa e editoria (2007), *I sistemi di governance dei Sistemi Sanitari Regionali*, in «Quaderno FORMEZ» n. 57, www2.aress.piemonte.it.

Gobbi B. (2019), *Sanità, sprechi per 21 miliardi e la minaccia di nuovi tagli*, in «Il Sole 24 Ore», 11 giugno 2019, quotidianoentilocali.ilsole24ore.com.

Hart O. (2003), *Incomplete Contracts And Public Ownership: Remarks, And An Application To Public-Private Partnerships*, in «Economic Journal», 113(486) pp. 69-76.

Ibba C. (2018), *Introduzione,* in (diretto da) Ibba C. e Demuru I., *Le società a partecipazione pubblica. Commentario tematico ai D.lgs. 175/2016 e 100/2017*, Bologna, Zanichelli Editore, pp. 1-15.

Klijn E. H., Teisman G. R. (2003), *Institutional and Strategic Barriers to Public Private Partnership: an Analysis of Dutch Cases*, in «Public Money and Management», 23(3), pp. 137-146.

Marasà G. (2018), *I limiti all'assunzione e al mantenimento delle partecipazioni sociali. Profili generali,* in (diretto da) Ibba C. e Demuru I., *Le società a partecipazione pubblica. Commentario tematico ai D.lgs. 175/2016 e 100/2017*, Bologna, Zanichelli Editore, pp. 17-33.

Marsilio M. (2006), *La collaborazione pubblico-privato nella gestione dei servizi pubblici locali*, in Borgonovi E., Marsilio M., Musì F. (a cura di), *Relazioni pubblico-privato. Condizioni per la competitività*, Milano, Egea, 2006, pp. 9-35.

Mauro C. A., Antonicelli G. (2017), *La disciplina delle società partecipate: dalla legge delega n. 124/2015 al Testo Unico n. 175/2016*, in (a cura di) Lacchini M. e Mauro C. A., *La gestione delle società partecipate pubbliche alla luce del nuovo Testo Unico. Verso un nuovo paradigma pubblico-privato,* Torino, Giappichelli Editore, pp. 27-146.

Morbidelli G. (2018), *Codice delle società a partecipazione pubblica,* Milano, Giuffrè.

Pacella C. (2008), *Le sperimentazioni gestionali in ambito sanitario. Aspetti metodologici*, in «Carlo Pacella», carlopacella.wordpress.com.

Parker D., Hartley K. (2003), *Transaction Costs, Relational Contracting and Public Private Partnerships: A Case Study Of Uk Defence*, in «Journal of Purchasing and Supply Management», 9(3), pp. 97-108.

Pecoraro C. (2018), *I limiti all'assunzione e al mantenimento delle partecipazioni sociali: vincoli sostanziali e procedimentali*, in (diretto da) Ibba, C., e Demuru, I., *Le società a partecipazione pubblica. Commentario tematico ai D.Lgs. 175/2016 e 100/2017,* Bologna, Zanichelli Editore, pp. 36-64.

Preker A. S., Harding A., Travis P. (2000), *Make Or Buy Decisions In The Production Of Health Care Goods And Services: New Insights From Institutional Economics And Organizational Theory*, in «Bulletin of the World Health Organization», 78(6), pp. 777-790.

Rowley J. (2002), *Using Case Studies in Research*, in «Management Research News», 25, 16-27.

Senato della Repubblica e Camera dei deputati (2017), *Testo Unico sulle società a partecipazione pubblica. D.Lgs. n. 19 agosto 2016, n. 175 (come modificato dal D.Lgs. n. 16 giugno 2017, n. 100)* (schede di lettura), Dossier – XVII Legislatura. Consultabile all'indirizzo: https://www.senato.it/service/PDF/PDFServer/BGT/01043942.pdf

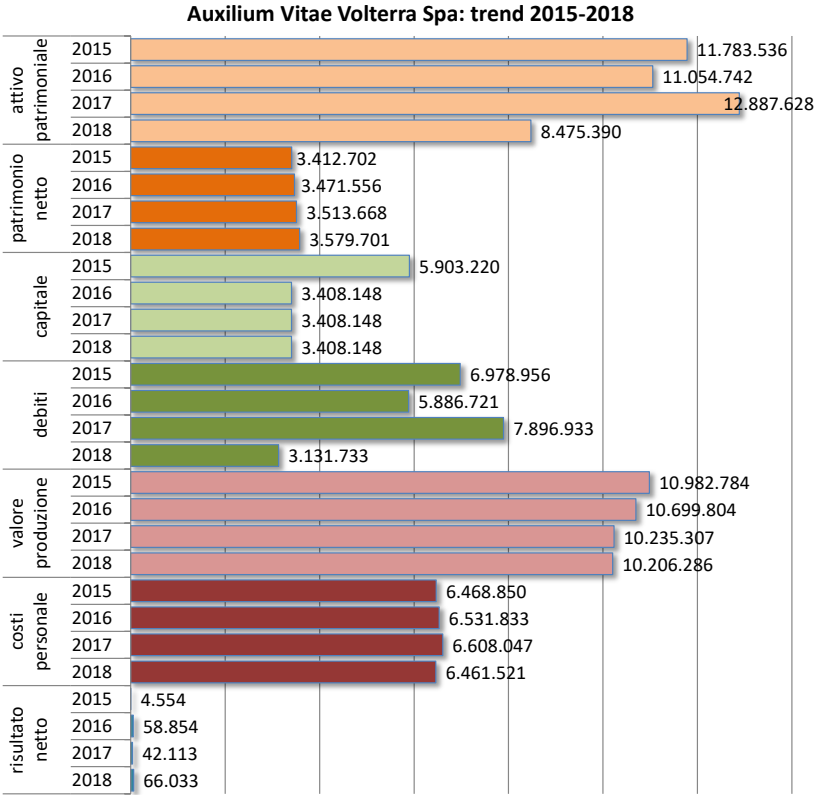
Ufficio studi CoDAU (2016), *Il nuovo Testo Unico in materia di società a partecipazione pubblica (D.Lgs.19 agosto 2016, n.175)*. Consultabile all'indirizzo: http://www.codau.it/sites/default/files/allegati_ufficio_studi/il_tu_sulle_partecipazioni_societarie_-_14-11-2016.pdf

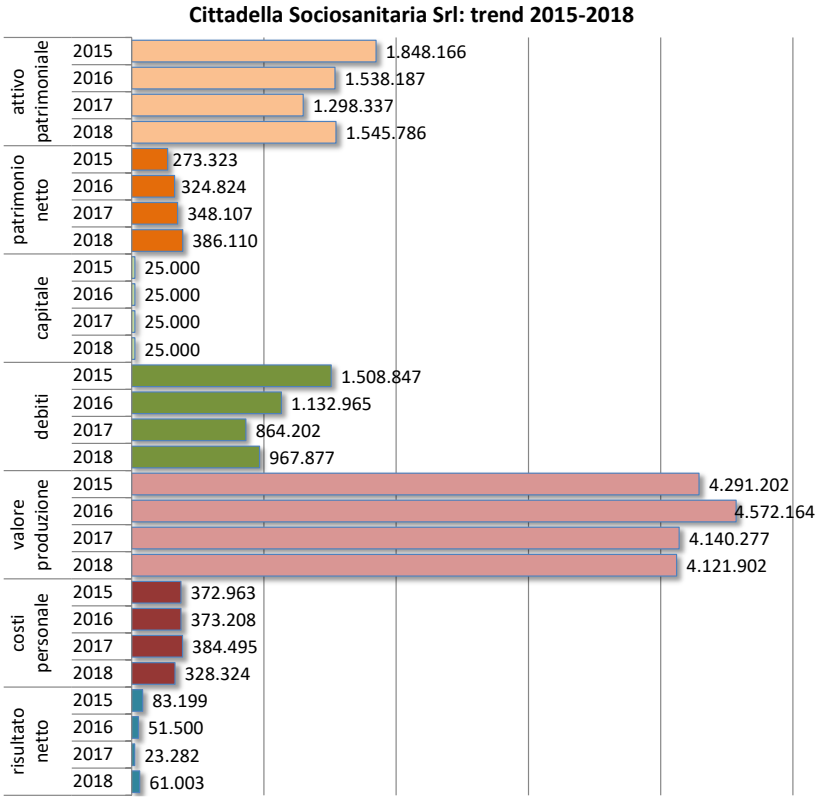
Ventimiglia V. (2020), *La valutazione della performance nella Sanità: un'indagine comparata*, in «Federalismi», n. 5/2020, pp. 291-326.

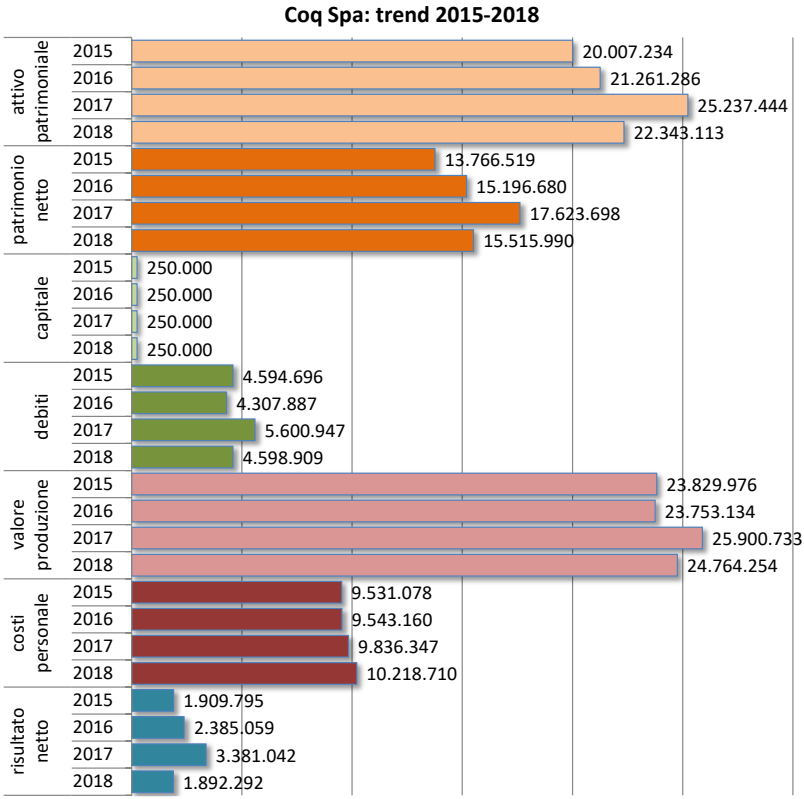
Yin R.K. (1994), *Case Study Research. Design and Methods*, Thousand Oaks, Sage.

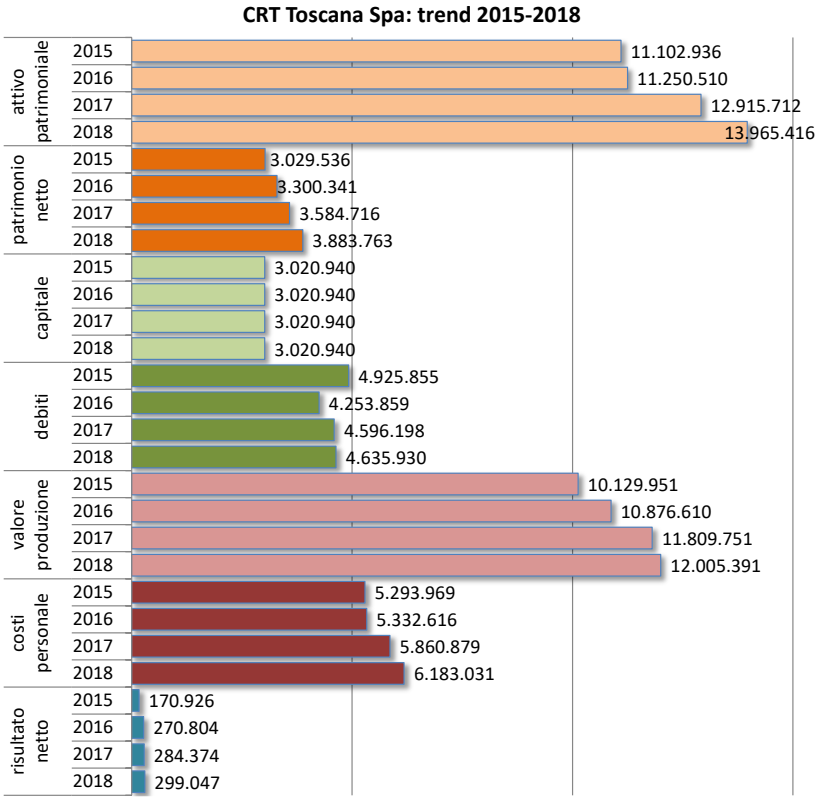
Zangrandi A., Butera D. (2009), *Collaborazioni pubblico-privato in sanità e sperimentazioni gestionali: un'analisi empirica*, in «Mecosan», 71, pp. 129-139.

APPENDICE - Schede economico-finanziarie

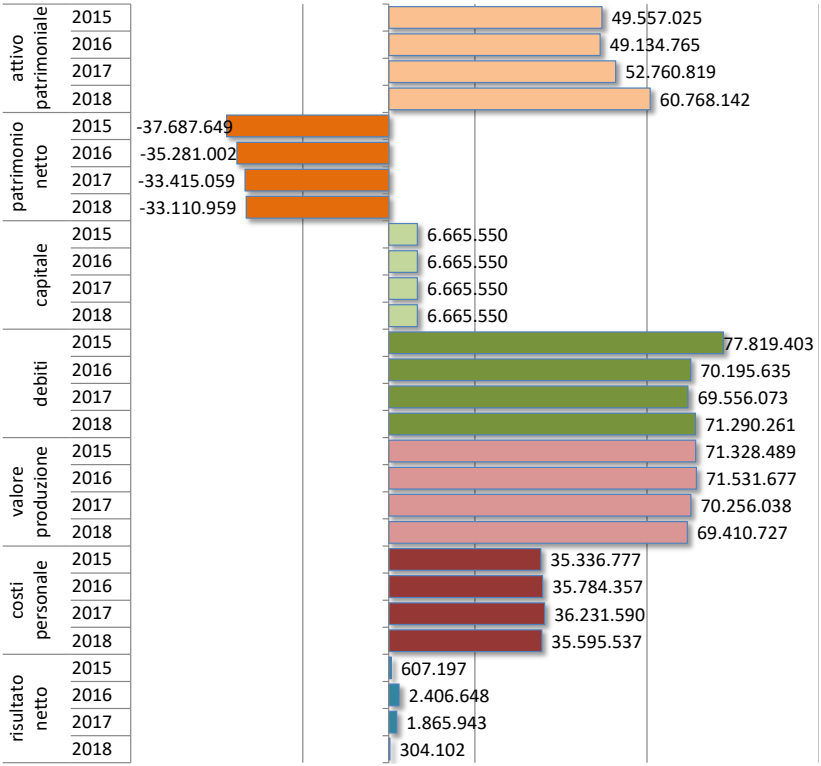



Cittadella Sociosanitaria Srl: trend 2015-2018
attivo patrimoniale
2015 1.848.166
2016 1.538.187
2017 1.298.337
2018 1.545.786
patrimonio netto
2015 273.323
2016 324.824
2017 348.107
2018 386.110
capitale
2015 25.000
2016 25.000
2017 25.000
2018 25.000
debiti
2015 1.508.847
2016 1.132.965
2017 864.202
2018 967.877
valore produzione
2015 4.291.202
2016 4.572.164
2017 4.140.277
2018 4.121.902
costi personale
2015 372.963
2016 373.208
2017 384.495
2018 328.324
risultato netto
2015 83.199
2016 51.500
2017 23.282
2018 61.003

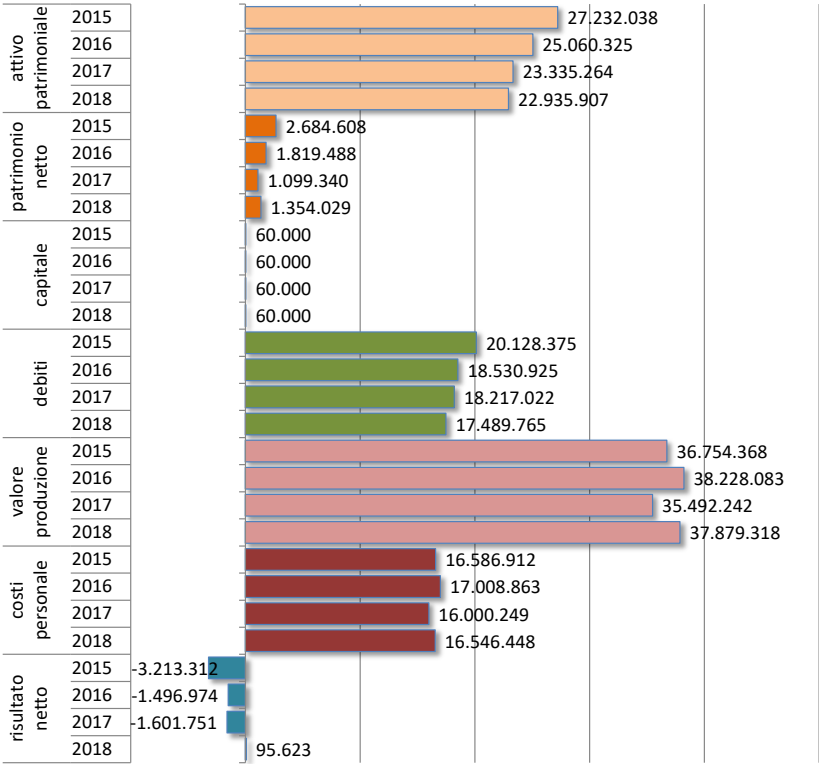

Coq Spa: trend 2015-2018
attivo patrimoniale
2015
20.007.234
2016
21.261.286
2017
25.237.444
2018
22.343.113
patrimonio netto
2015
13.766.519
2016
15.196.680
2017
17.623.698
2018
15.515.990
capitale
2015
250.000
2016
250.000
2017
250.000
2018
250.000
debiti
2015
4.594.696
2016
4.307.887
2017
5.600.947
2018
4.598.909
valore produzione
2015
23.829.976
2016
23.753.134
2017
25.900.733
2018
24.764.254
costi personale
2015
9.531.078
2016
9.543.160
2017
9.836.347
2018
10.218.710
risultato netto
2015
1.909.795
2016
2.385.059
2017
3.381.042
2018
1.892.292

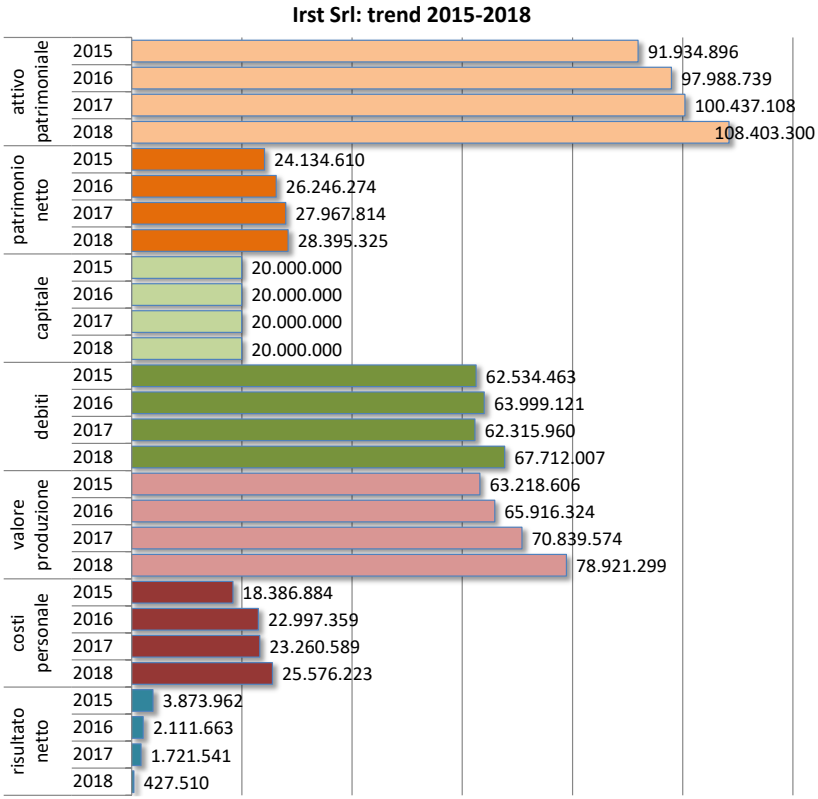

CRT Toscana Spa: trend 2015-2018
attivo patrimoniale
2015 11.102.936
2016 11.250.510
2017 12.915.712
2018 13.965.416
patrimonio netto
2015 3.029.536
2016 3.300.341
2017 3.584.716
2018 3.883.763
capitale
2015 3.020.940
2016 3.020.940
2017 3.020.940
2018 3.020.940
debiti
2015 4.925.855
2016 4.253.859
2017 4.596.198
2018 4.635.930
valore produzione
2015 10.129.951
2016 10.876.610
2017 11.809.751
2018 12.005.391
costi personale
2015 5.293.969
2016 5.332.616
2017 5.860.879
2018 6.183.031
risultato netto
2015 170.926
2016 270.804
2017 284.374
2018 299.047

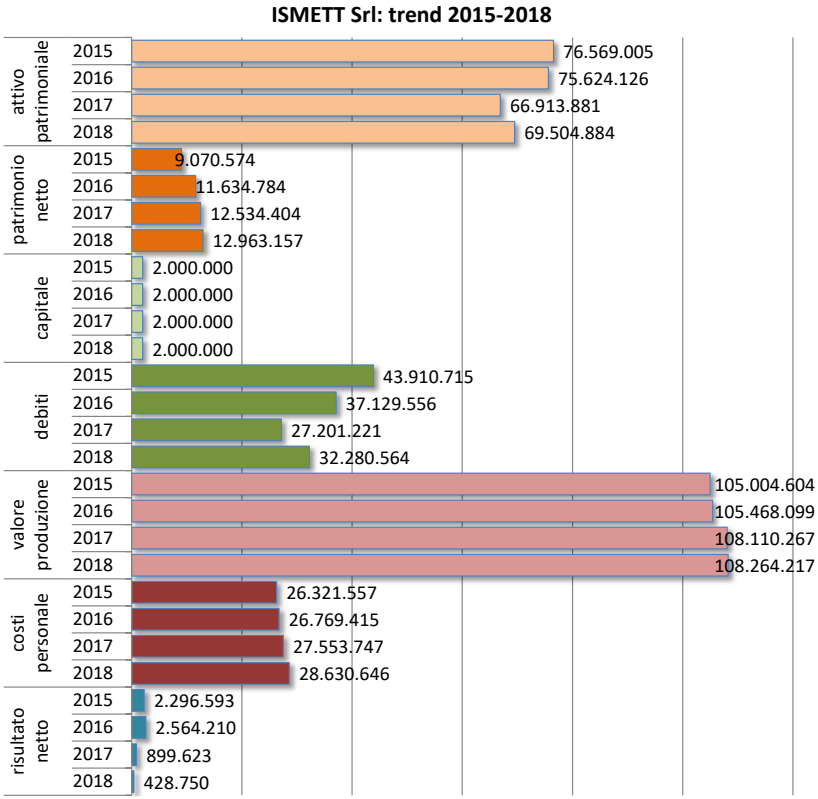
Fond. G. Giglio di Cefalù: trend 2015-2018

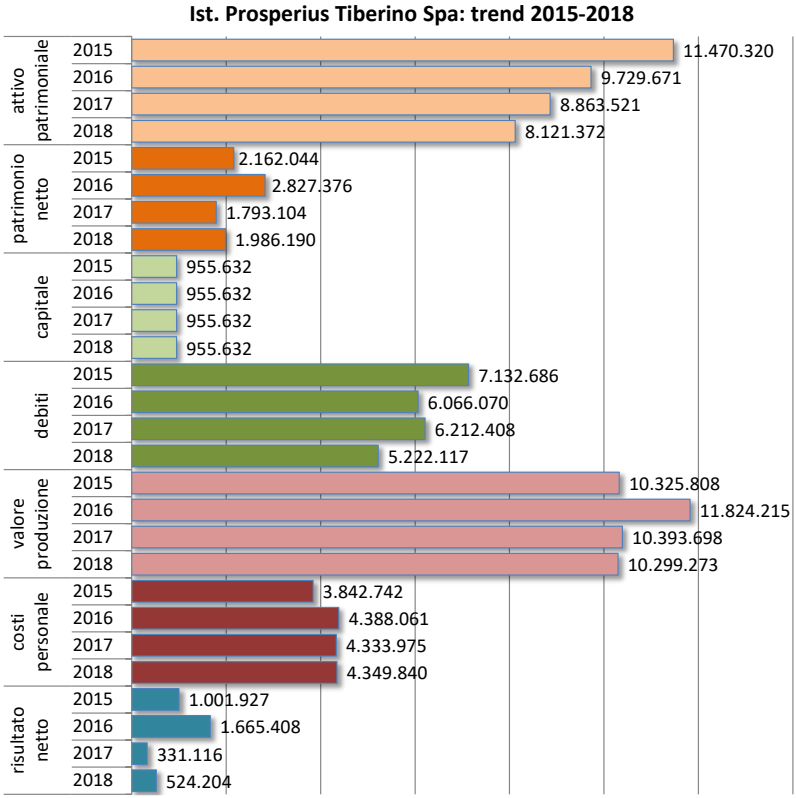


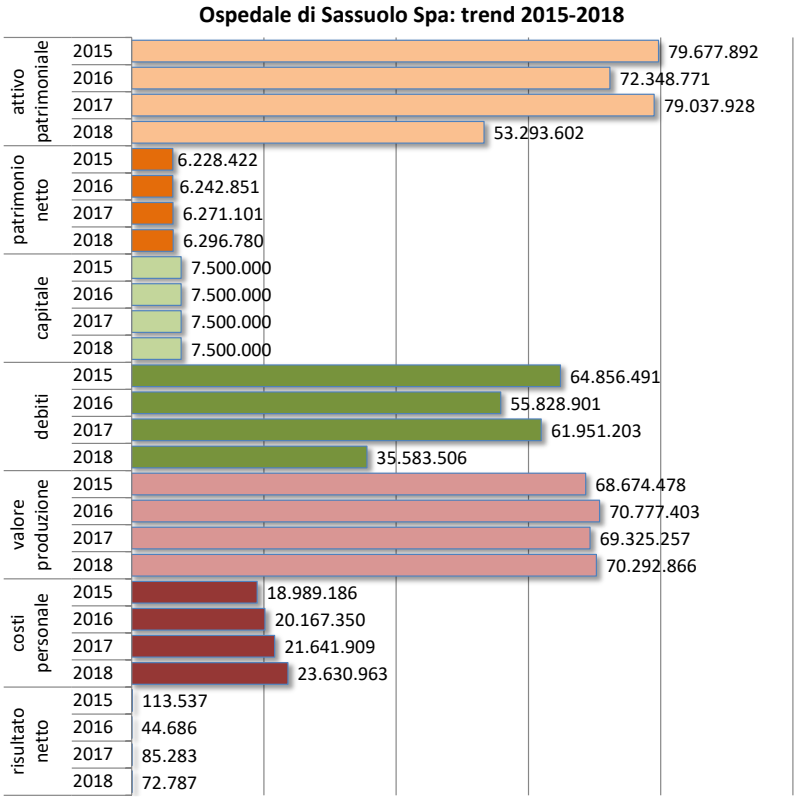
Fond. Monza e Brianza Onlus: trend 2015-2018



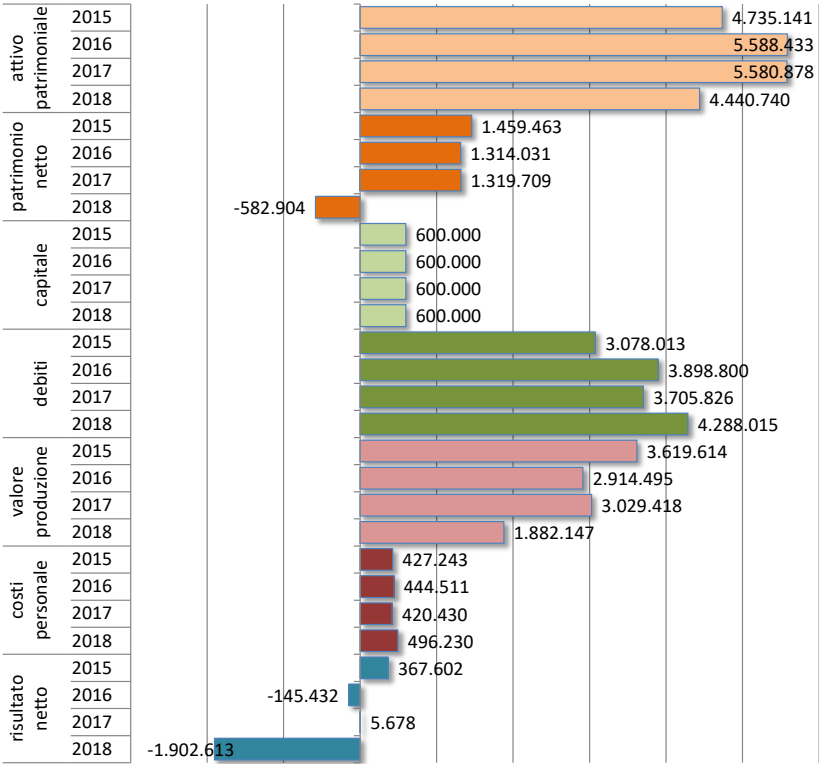

Irst Srl: trend 2015-2018
attivo patrimoniale
2015 91.934.896
2016 97.988.739
2017 100.437.108
2018 108.403.300
patrimonio netto
2015 24.134.610
2016 26.246.274
2017 27.967.814
2018 28.395.325
capitale
2015 20.000.000
2016 20.000.000
2017 20.000.000
2018 20.000.000
debiti
2015 62.534.463
2016 63.999.121
2017 62.315.960
2018 67.712.007
valore produzione
2015 63.218.606
2016 65.916.324
2017 70.839.574
2018 78.921.299
costi personale
2015 18.386.884
2016 22.997.359
2017 23.260.589
2018 25.576.223
risultato netto
2015 3.873.962
2016 2.111.663
2017 1.721.541
2018 427.510

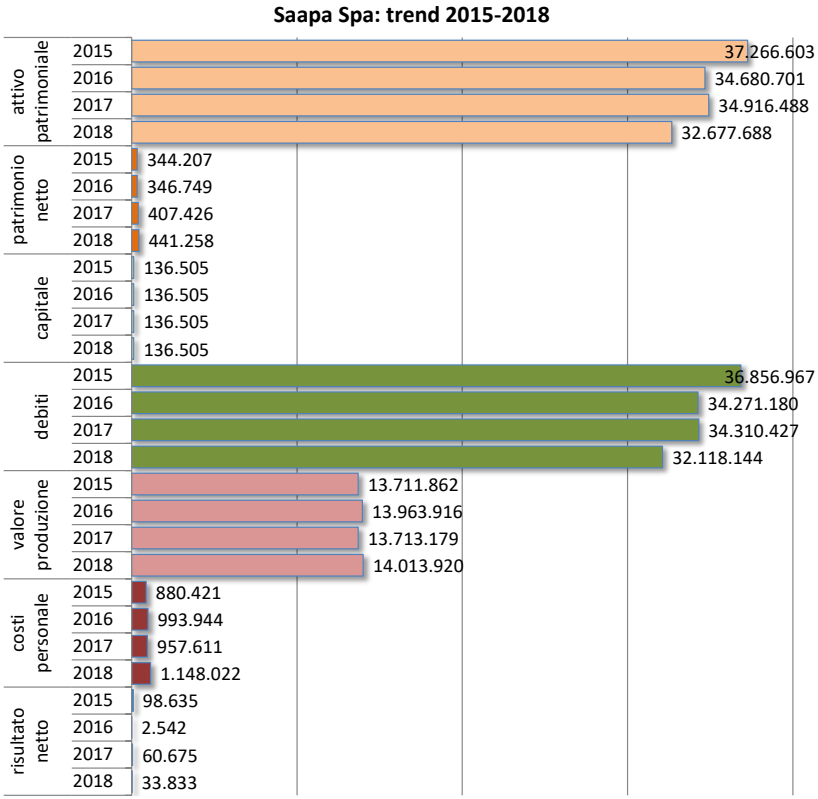

ISMETT Srl: trend 2015-2018
attivo patrimoniale
2015 76.569.005
2016 75.624.126
2017 66.913.881
2018 69.504.884
patrimonio netto
2015 9.070.574
2016 11.634.784
2017 12.534.404
2018 12.963.157
capitale
2015 2.000.000
2016 2.000.000
2017 2.000.000
2018 2.000.000
debiti
2015 43.910.715
2016 37.129.556
2017 27.201.221
2018 32.280.564
valore produzione
2015 105.004.604
2016 105.468.099
2017 108.110.267
2018 108.264.217
costi personale
2015 26.321.557
2016 26.769.415
2017 27.553.747
2018 28.630.646
risultato netto
2015 2.296.593
2016 2.564.210
2017 899.623
2018 428.750

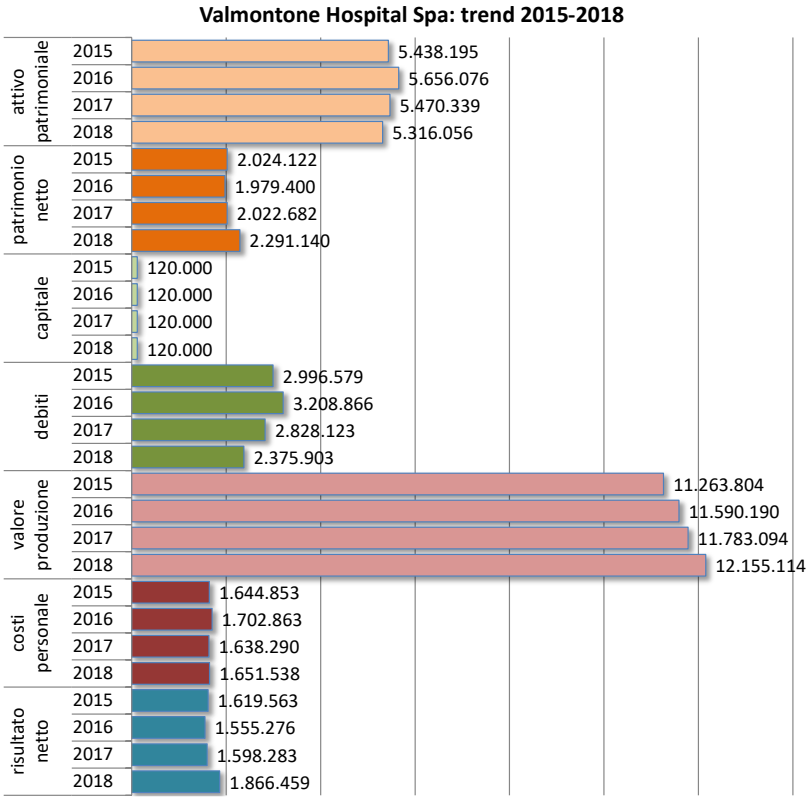

Ist. Prosperius Tiberino Spa: trend 2015-2018
attivo patrimoniale
2015 11.470.320
2016 9.729.671
2017 8.863.521
2018 8.121.372
patrimonio netto
2015 2.162.044
2016 2.827.376
2017 1.793.104
2018 1.986.190
capitale
2015 955.632
2016 955.632
2017 955.632
2018 955.632
debiti
2015 7.132.686
2016 6.066.070
2017 6.212.408
2018 5.222.117
valore produzione
2015 10.325.808
2016 11.824.215
2017 10.393.698
2018 10.299.273
costi personale
2015 3.842.742
2016 4.388.061
2017 4.333.975
2018 4.349.840
risultato netto
2015 1.001.927
2016 1.665.408
2017 331.116
2018 524.204


Ospedale di Sassuolo Spa: trend 2015-2018
attivo patrimoniale
2015 79.677.892
2016 72.348.771
2017 79.037.928
2018 53.293.602
patrimonio netto
2015 6.228.422
2016 6.242.851
2017 6.271.101
2018 6.296.780
capitale
2015 7.500.000
2016 7.500.000
2017 7.500.000
2018 7.500.000
debiti
2015 64.856.491
2016 55.828.901
2017 61.951.203
2018 35.583.506
valore produzione
2015 68.674.478
2016 70.777.403
2017 69.325.257
2018 70.292.866
costi personale
2015 18.989.186
2016 20.167.350
2017 21.641.909
2018 23.630.963
risultato netto
2015 113.537
2016 44.686
2017 85.283
2018 72.787

Radiosurgery Center Srl: trend 2015-2018




Saapa Spa: trend 2015-2018
attivo patrimoniale
2015
37.266.603
2016
34.680.701
2017
34.916.488
2018
32.677.688
patrimonio netto
2015
344.207
2016
346.749
2017
407.426
2018
441.258
capitale
2015
136.505
2016
136.505
2017
136.505
2018
136.505
debiti
2015
36.856.967
2016
34.271.180
2017
34.310.427
2018
32.118.144
valore produzione
2015
13.711.862
2016
13.963.916
2017
13.713.179
2018
14.013.920
costi personale
2015
880.421
2016
993.944
2017
957.611
2018
1.148.022
risultato netto
2015
98.635
2016
2.542
2017
60.675
2018
33.833


Valmontone Hospital Spa: trend 2015-2018
attivo patrimoniale
2015 5.438.195
2016 5.656.076
2017 5.470.339
2018 5.316.056
patrimonio netto
2015 2.024.122
2016 1.979.400
2017 2.022.682
2018 2.291.140
capitale
2015 120.000
2016 120.000
2017 120.000
2018 120.000
debiti
2015 2.996.579
2016 3.208.866
2017 2.828.123
2018 2.375.903
valore produzione
2015 11.263.804
2016 11.590.190
2017 11.783.094
2018 12.155.114
costi personale
2015 1.644.853
2016 1.702.863
2017 1.638.290
2018 1.651.538
risultato netto
2015 1.619.563
2016 1.555.276
2017 1.598.283
2018 1.866.459

Finito di stampare nel mese di novembre 2020

Edito in proprio

La ricerca approfondisce lo studio dei modelli di governance utilizzati nelle società miste pubblico-privato in sanità, derivanti dalle sperimentazioni gestionali, ne delinea l'assetto normativo con riferimento al Testo Unico sulle società partecipate e ricostruisce, infine, il quadro attuale dei risultati gestionali prodotti e le buone pratiche in essere attraverso l'analisi di cinque casi di studio.

La pubblicazione è in continuità con un primo approfondimento sul tema, pubblicato nel 2018 e vuole essere un contributo di analisi per supportare a livello conoscitivo le scelte sui modelli di gestione, adottati dallo Stato e dalle Regioni, che incidono sui livelli di assistenza e sulla tutela del diritto alla salute.

RIABILITAZIONE AUXILIUM VITÆ VOLTERRA
Centro Clinico di Riabilitazione Multispecialistico di riferimento Regionale

Centro Ortopedico di Quadrante
Ospedale Madonna del Popolo - Omegna

20 anni
Clinica di Riabilitazione Toscana spa
Terranuova Bracciolini

ISMETT Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

Ospedale Civico
Città di Settimo Torinese
S.A.A.P.A. S.P.A.

PROMO P.A. Fondazione - www.promopa.it

PROMO P.A. nasce nel 2003 come Fondazione di ricerca orientata ad operare prevalentemente nel campo della formazione e dei beni culturali. E' iscritta all'Anagrafe Nazionale delle Ricerche del MIUR.

Dal 2003 è partner di soggetti pubblici e privati nella conduzione di indagini e studi di tipo socio economico e per l'aggiornamento di professionisti e manager pubblici.

ISBN 978-88-99891-13-8
9 788899 891138

25,00 €