

**Track 5 – Per lo sviluppo, l'innovazione e la competitività del  
settore pubblico  
sub track 5.1 – Scienze organizzative e cambiamento delle  
Pubbliche Amministrazioni**

**Le Partnership pubblico-private nel settore sanitario  
italiano. Tra opportunità di cambiamento e  
integrazione di logiche**

**Caterina Galdiero**

Università degli Studi di Napoli Federico II  
e-mail: caterina.galdiero@unina.it

**Mariavittoria Cicellin**

Università degli Studi di Napoli Federico II  
e-mail: mariavittoria.cicellin@unina.it

**Alessia Berni**

Università degli Studi del Molise  
e-mail: alessia.berni@unimol.it

# LE PARTNERSHIP PUBBLICO-PRIVATE NEL SETTORE SANITARIO ITALIANO. TRA OPPORTUNITA' DI CAMBIAMENTO E INTEGRAZIONE DI LOGICHE

**C. Galdiero, M. Cicellin, A. Berni**

## **1 Abstract e obiettivi**

Il cambiamento è diventato parte della gestione corrente anche delle organizzazioni che con varie forme organizzative erogano servizi pubblici per la collettività.

Negli ultimi anni il sistema sanitario italiano è stato protagonista di una profonda trasformazione sia in termini culturali che politici, avviando così un processo di cambiamento istituzionale che ha portato all'adozione, in maniera sempre più diffusa, di forme "privatistiche" di gestione del servizio sanitario pubblico (Anselmi, 2003).

Tra queste, e in particolare nelle società miste, una delle caratteristiche peculiari è la contemporanea presenza nella gestione e nell'organizzazione del servizio sanitario di una logica istituzionale professionale e di una logica istituzionale manageriale.

Questo fenomeno rappresenta una novità assoluta per il sistema sanitario italiano, accrescendo l'interesse verso queste realtà aziendali in cui la contrapposizione tra logiche istituzionali ha rappresentato una forte spinta al cambiamento richiedendo la capacità di gestire e coordinare le logiche coesistenti. Infatti, l'erogazione di servizi di qualità sarà il risultato di una combinata e coordinata operatività di logiche (Friedland e Alford, 1991; Powell, 2000; Barnett et al., 2001; Scott, 2001).

L'obiettivo del paper è duplice: da un lato, esaminare nel processo di cambiamento all'interno delle società miste, in che modo operano e coesistono la logica professionale e quella manageriale; dall'altro comprendere in che modo le due logiche combinate generano qualità del servizio e risultati positivi.

## 2 Il quadro teorico di riferimento

Il cambiamento costituisce un fenomeno complesso a cui nessuna organizzazione riesce a sottrarsi (Burke, 2002; Burnes, 2000; Todnem, 2005; Reborà e Minelli, 2007). Il concetto di cambiamento inteso come processo in cui attori, eventi e azioni si muovono nel tempo in un contesto determinato (Pettigrew et al., 2001) è un fenomeno che mette a dura prova il management di aziende private e pubbliche, tale da richiedere lo sviluppo di specifiche competenze e abilità.

Nella letteratura organizzativa i contributi sul tema sono numerosi ed eterogenei, fornendo un quadro relativo alla natura e al ruolo dei manager nei processi di cambiamento (Consiglio, 1996). In particolare, alcuni autori sottovalutano il ruolo del fattore umano come fonte del cambiamento (DiMaggio, Powell, 1983; Hannan, Freeman, 1984; Scott 2001). Per contro altri approcci considerano l'azione dei manager come uno dei driver del cambiamento (Lawrence, Lorsch 1967; Pfeffer, Salancik, 1978) sebbene vincoli ambientali, cognitivi e legati alle risorse limitino tale azione (Van de Ven, Poole, 1995). Una parte consistente delle ricerche dimostra che spesso proprio il management rappresenta il fattore di spinta al cambiamento organizzativo (Burke 2002, Kotter 1995, 1996), anche gli studi nel settore pubblico sottolineano il ruolo cruciale che gli amministratori giocano nello sviluppo di tali processi (Abramson, Lawrence, 2001).

Date le continue trasformazioni a cui è soggetto il contesto di riferimento le organizzazioni sono obbligate a ridefinire i propri obiettivi e strategie, a riprogettare le strutture e i processi e a rivedere le modalità di gestione in modo da supportare il cambiamento.

È per questo che studiosi di organizzazione e management continuano ad approfondire il tema del *change management* come un approccio strutturato al cambiamento degli individui, dei gruppi e delle organizzazioni che rende possibile la trasformazione da un assetto ad un altro. È necessario, dunque, fare riferimento agli strumenti che possono essere utilizzati per compiere i processi di cambiamento organizzativo. L'utilizzo degli strumenti che intervengono sui meccanismi di relazione, che a livello aziendale possono essere rappresentati ad esempio dall'introduzione di gruppi temporanei o di nuovi meccanismi di

coordinamento, hanno l'obiettivo di ridisegnare i processi decisionali e di modificare i processi all'interno dell'organizzazione.

## *2.1 Logiche in contrapposizione nella letteratura organizzativa*

Le organizzazioni sono strutture sociali che seguono modelli istituzionali (Scott, 1995). Le organizzazioni in grado di mantenersi coerenti con la logica istituzionale dominante nel campo hanno più probabilità di essere legittimate dal contesto sociale, saranno più competitive e meno soggette a fenomeni di cambiamento. Infatti, secondo il modello teorico proposto da Thornton (2002) la struttura e la strategia di un'organizzazione sono legittimate e competitive fino a quando si conformano alle logiche istituzionali dominanti.

Quando però nell'organizzazione per diversi motivi (ad esempio l'ingresso di nuovi attori o per l'emanazione di una legge) subentra una nuova logica istituzionale, si possono generare conflitti tra logiche istituzionali e l'organizzazione è più soggetta a spinte verso il cambiamento.

Il cambiamento delle logiche istituzionali dominanti induce ad adottare differenti assetti e spostare l'attenzione verso soluzioni alternative con conseguenti cambiamenti nelle strategie e nelle strutture. Il concetto di logiche istituzionali fa riferimento al sistema di credenze e di pratiche e ai principi organizzativi che predominano e guidano i processi decisionali delle organizzazioni in un campo organizzativo<sup>1</sup> (DiMaggio e Powell, 1983; Friedland e Alford, 1991; Scott 200; Scott et al., 2000).

Nel campo organizzativo convivono differenti logiche istituzionali. La dominanza di una logica istituzionale sulle altre tende ad essere associata ad un determinato periodo storico, generando cambiamenti sia negli assetti degli attori che nelle relazioni di potere del campo organizzativo. Al riguardo, infatti, alcuni studi sul settore sanitario statunitense hanno evidenziato che l'alternanza della dominanza di una logica rispetto ad un'altra è strettamente connessa a cambiamenti storici, accompagnati da

---

<sup>1</sup> Il concetto di campo organizzativo rappresenta un efficace livello di analisi per gli studi delle teorie istituzionali. DiMaggio e Powell (1983) definiscono il campo organizzativo come un insieme di fornitori chiave, consumatori, agenzie regolatrici e altre organizzazioni che producono simili servizi e prodotti (1983:148-149).

cambiamenti normativi (Kitchener, 2002; Reuf et al., 1998; Scott et al., 2000). Le logiche istituzionali creano pressioni verso il cambiamento organizzativo suscitando l'attenzione dei *decision maker* (Ocasio, 1997; Thornton, 2002). La contrapposizione tra logiche crea forti pressioni verso il cambiamento: nel momento in cui una logica prevale questa influenza la struttura e la strategia organizzativa focalizzando l'attenzione dei *decision maker* verso quelle caratteristiche considerate coerenti con la nuova logica.

E' importante cercare di comprendere l'origine della presenza di logiche diverse nelle organizzazioni. Le organizzazioni spesso sono soggette a logiche istituzionali differenti perché costituite da soggetti appartenenti ad ambienti differenti.

Scott e Mayer (1983) distinguono tra ambiente tecnico e ambiente istituzionale. L'ambiente tecnico è quello in cui le organizzazioni sviluppano criteri autonomi per controllare un processo produttivo e sono premiate in rapporto all'efficienza e all'efficacia di tale controllo. L'ambiente istituzionale è invece caratterizzato da regole e requisiti ai quali le singole organizzazioni devono conformarsi se vogliono ottenere sostegno e legittimazione dall'esterno. Entrambi gli ambienti influenzano il comportamento e l'agire delle organizzazioni attraverso prescrizioni più o meno deboli.

Da un lato gli ambienti tecnici, con logiche definite manageriali, e dall'altro quelli istituzionali, con logiche definite professionali, operano pressioni alle quali queste organizzazioni se vogliono sopravvivere, devono rispondere attuando processi di cambiamento (D'Aunno et al., 2000).

Tuttavia, per quanto riguarda i contesti dei servizi pubblici come quello sanitario la letteratura sul tema non si presenta uniforme. Infatti, da un lato Scott e Mayer (1983) sostengono che le due logiche difficilmente coesistono, perché le organizzazioni sanitarie devono cercare costantemente di far fronte da un lato all'esigenza di legittimazione e dall'altro a quella di efficienza. L'analisi empirica condotta dagli studiosi nel settore sanitario americano ha dimostrato, infatti, come le due logiche si siano alternate nel tempo prevalendo l'una sull'altra. Dall'altro lato, alcuni autori (Orrù et al., 2000) cercano di ampliare l'orizzonte del neoistituzionalismo dal punto di vista empirico e teorico, sfidando il presupposto corrente della dicotomia o del necessario antagonismo tra ambienti tecnici e ambienti istituzionali. Infatti, Orrù et al. (2000),

rifiutando l'ipotesi di Scott e Mayer, sostengono che le due logiche possono in realtà convergere armoniosamente nel plasmare le attività organizzative.

## *2.2 Il processo di cambiamento del sistema sanitario: logiche a confronto*

La crescente attenzione nei confronti del tema del cambiamento in campo sanitario, deriva dalle frequenti complesse trasformazioni manifestatesi nello scenario tecnologico, politico e sociale.

Negli ultimi anni la difficoltà nel reperire risorse necessarie a garantire l'efficacia delle strutture ospedaliere nonché a evitare la chiusura di quelle situate in aree a minore densità abitativa, hanno portato la sanità italiana alla sperimentazione di modelli organizzativi che prevedono una crescente partecipazione di soggetti privati nella gestione degli ospedali<sup>2</sup>.

Le società miste, in misura maggiore rispetto alle altre forme di sperimentazioni e alle altre tipologie di organizzazioni sanitarie, spingono a soffermarsi su un aspetto di particolare interesse che è rappresentato dal fatto che in queste forme "privatistiche" è presente sia la logica professionale che quella manageriale, influenzando la gestione e l'organizzazione del servizio sanitario.

La presenza delle due logiche, soprattutto dopo il processo di aziendalizzazione del 1992, è un fenomeno tipico del mondo sanitario ma in queste realtà appare più accentuato ed evidente.

---

<sup>2</sup> Le forme di partnership pubblico-private in sanità (PPP) sono nate in Italia con l'istituto delle sperimentazioni gestionali con l'art 9 D.Lgs 502/92.

La collaborazione tra soggetti pubblici e privati può avere a oggetto sia l'esercizio diretto di attività core, sia la gestione delle attività non core: servizi alberghieri, immobiliari, tecnici. In base a tale distinzione, la sperimentazione gestionale si ha quando l'esperienza di collaborazione ha per oggetto l'attività sanitaria; in caso contrario, si ha solo un'operazione di partnership (esternalizzazione di attività; global service; project financing). Nel contesto italiano, il modello di sperimentazione gestionale è molto ampio e comprende una vasta gamma di forme di collaborazione. In particolare, è possibile ricondurre le tipologie di sperimentazione a differenti modelli organizzativi: costituzione di una società mista pubblico-privato nella forma di società per azioni o società a responsabilità limitata, o nella forma di società consortile; costituzione di una fondazione di partecipazione; contratto di associazione in partecipazione; contratto di concessione di costruzione e gestione; contratto di concessione di costruzione e gestione con project financing; contratto di sponsorizzazione.

Dal 2003 al 2007 il fenomeno sembra essere cresciuto in particolare con un aumento delle forme di società mista, a seguire le associazioni in partecipazioni e fondazioni con un aumento rispettivamente di 5%, 7% e 4%.

In Italia prima del 1992<sup>3</sup> la logica dominante che guidava i comportamenti delle organizzazioni partecipanti al campo era incentrata sul sistema di valori e di principi della professione medica. Tutte le azioni e i comportamenti messi in campo dal Governo e dalle Regioni erano organizzati attorno alla relazione medico-paziente che rappresentava la componente principale ed esclusiva del sistema sanitario italiano.

Dopo il 1992 si assiste, con il processo di riforma del SSN, ad un profondo cambiamento. In primi luogo le Regioni sono chiamate a sviluppare principi di indirizzo secondo logiche di tipo aziendale. Il processo di ridefinizione delle strutture del campo è accompagnato dallo sviluppo di una nuova logica istituzionale definita *managerial-market*. La nuova logica, a differenza di quella tecnica propria della professione medica, esalta i criteri di efficienza, di contenimento dei costi ed è caratterizzata da criteri di qualità del servizio sanitario che seguono non più solo standard medico-professionali ma anche standard di efficienza e di efficacia.

Bisogna osservare in realtà che la logica professionale e quella manageriale descritte nella tabella 1 coesistono in entrambe le fasi storiche. Ciò che si modifica è la dominanza dell'una sull'altra. Infatti il criterio aziendale di contenimento dei costi e di efficienza delle pratiche viene lentamente introdotto nel campo come logica secondaria, per poi assistere ad un capovolgimento alla fine degli anni '90. Non è più la logica professionale a prevalere su quella manageriale.

Questa inversione di tendenza ha generato nella sanità pubblica un lungo processo di conflitto, mai sanato, che ha creato forti resistenze al cambiamento.

Tuttavia gli ampi spazi di inserimento a logiche e dinamiche di mercato, hanno aperto la strada a nuovi soggetti privati nella gestione del servizio sanitario. Difatti con la legge del 1992 la sanità pubblica apre la strada a forme di collaborazione pubblico-private e nel 2001 la normativa sembra accelerare il fenomeno.

---

<sup>3</sup> Nel 1992 il governo italiano dà il via al processo di aziendalizzazione trasformando profondamente il sistema sanitario.

Tab. 1 - Confronto tra logiche istituzionali e pratiche associate

	Pre-1992	Post-1992
	Logica professionale	Logica managerial - market
Sistema di credenze	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nel sistema domina la esclusiva relazione medico-paziente</li> <li>2. La qualità del servizio sanitario è sotto il controllo dei medici</li> <li>3. Il servizio sanitario viene erogato in base agli indirizzi del medico</li> <li>4. L'obiettivo primario è fornire tutti i servizi necessari alla cura del paziente</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Il paziente diventa Cliente – Utente – Consumatore</li> <li>2. La qualità del servizio è determinata attraverso forze di quasi mercato</li> <li>3. Il servizio sanitario viene erogato in base agli indirizzi del medico rispettando standard economici</li> <li>4. Complessivamente l'obiettivo è fornire un servizio sanitario efficiente ed efficace</li> </ol>
Pratiche associate	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. I medici sono gli unici custodi del sistema sanitario e decidono come erogare tutto il servizio</li> <li>2. I medici hanno la piena autorità per prendere le decisioni</li> <li>3. I medici ricoprono anche ruoli amministrativi e gestionali</li> <li>4. Nel sistema sanitario prevale la presenza di strutture pubbliche</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. I medici sono una componente del team del sistema sanitario</li> <li>2. I medici prendono decisioni all'interno di vincoli economici stabiliti, coordinandosi con le strategie dei manager</li> <li>3. I medici assumono principalmente ruoli di governo clinico e responsabilità di tipo manageriale, si istituisce la figura del Direttore Sanitario e si inserisce la figura del Direttore Amministrativo</li> <li>4. Si apre ai soggetti privati la gestione del servizio sanitario.</li> </ol>

Fonte: nostra elaborazione

Nelle società miste, la composizione proprietaria, formata generalmente da un 51% del soggetto privato e da un 49% di quello pubblico, porta con sé entrambe le logiche istituzionali. La convivenza di soggetti diversi, ciascuno con interessi diversi e spesso in conflitto, tende inevitabilmente a



riflettersi sulle modalità di gestione delle strutture e sulle difficoltà di coordinamento dei diversi interessi, per un servizio sanitario di qualità.

Quanto detto conferma l'ipotesi che le collaborazioni pubblico-private non possono prescindere dall'esistenza di una relazione tra soggetto pubblico e privato. Il nuovo soggetto (la società mista) sarà pertanto composto da attori, che di fatto, pur ricoprendo ciascuno il proprio ruolo e perseguendo la propria finalità, hanno il comune obiettivo di gestire infrastrutture ed erogare servizi a costi competitivi per la collettività. Non si può trascurare il fatto che i singoli attori che compongono le società miste partano da presupposti differenti e perseguano differenti finalità (Tab. 2).

*Tab. 2 – Finalità prevalenti e vincoli degli attori che compongono le società miste*

	<b>Attore PUBBLICO</b>	<b>Attore PRIVATO</b>	<b>Società MISTA</b>
<b>Finalità Prevalenti</b>	Sociale	Economico	Sociale Economico
<b>Vincoli</b>	Economico	Sociale	Economico

*Fonte: nostra elaborazione*

Attraverso alcune variabili si possono definire le due logiche istituzionali che coesistono nelle società miste in sanità con l'intento di giungere ad una più chiara definizione delle stesse.

La convivenza di soggetti diversi tende inevitabilmente a riflettersi sulle modalità di gestione delle strutture e sulle difficoltà di coordinamento dei diversi interessi.

Sulla base di queste osservazioni emerge la consapevolezza che nelle PPP non esiste una logica dominante, perché entrambe rivendicano un ruolo prevalente (Scott, 2000). È soprattutto per questo motivo che le sperimentazioni gestionali e tra queste in particolare le società miste pubblico-private sono realtà aziendali molto complesse e di interesse per gli studi organizzativi. C'è quindi un'esigenza di comprendere in che modo siano stati orientati gli sforzi di governo e di gestione e di coordinamento delle due logiche istituzionali nel processo di cambiamento.

Tab. 3 – Due ideal tipi di logiche nelle Società miste sanitarie<sup>4</sup>

<b>Caratteristiche</b>	<b>Logica Professionale</b>	<b>Logica Manageriale</b>
<i>Sistema economico</i>	Sistema economico-finanziario pubblico	Sistema economico-finanziario privato
<i>Identità organizzativa</i>	La cura del paziente come professione	La cura del paziente come business
<i>Legittimità</i>	Reputazione personale	Posizione di mercato dell'azienda
<i>Struttura Autoritaria</i>	Associazione professionale	Presenza del CEO
<i>Missione</i>	Costruire un sistema di cure innovativo	Costruire una società competitiva sul mercato
<i>Focus di attenzione</i>	Legittimità	Accrescere il profitto
<i>Strategia</i>	Strategia basata sulle capacità personali	Strategia basata sui canali di mercato
<i>Logica di investimento</i>	Capitale investito per l'ospedale	Capitale investito per un ritorno di mercato
<i>Governance</i>	Proprietà pubblica	Proprietà privata o mista pubblico-privata

Fonte: adattamento da Thornton P. (2002).

### 3 I casi studio

Il metodo dell'analisi dei casi utilizzato in questo lavoro è stato ritenuto il più adatto ad indagare un fenomeno nuovo e poco conosciuto all'interno del suo contesto reale, dove molteplici sono le variabili considerate e i metodi di raccolta dei dati. Questo metodo consente meglio di altri approcci di considerare il contesto e di osservare i diversi livelli di analisi interconnessi (Pettigrew, 1990).

Nel presente lavoro sono state utilizzate tutte e tre le tecniche individuate da Yin (1995):

- la “triangolazione”, ossia l'utilizzo di una moltitudine di fonti e di metodi di raccolta dei dati per chiarire i singoli concetti: fonti primarie, secondarie e indagine diretta;
- la “concatenazione” delle evidenze, ossia nella stesura dei casi viene ripercorso fedelmente il processo logico, sostenuto dalle evidenze empiriche, attraverso il quale si è giunti alle conclusioni;

<sup>4</sup> La classificazione fatta dall'autore rappresenta uno schema logico utile per la identificazione le due logiche istituzionali professionale e manageriale ritrovate nelle società miste del settore sanitario italiano.

- la “validazione” ossia la versione definitiva di ciascun caso è stata validata da parte di ciascuno dei principali referenti all’interno delle aziende sanitarie, in modo tale da ridurre al massimo eventuali distorsioni interpretative del ricercatore.

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

1. le società a capitale misto pubblico-privato con assistenza diretta ed erogazione dei servizi sanitari essenziali;
2. la presenza di attività di monitoraggio.

In particolare, la scelta dei due casi è stata dettata dal fatto che la costituzione delle partnership sin dai primi anni del 2000 (2002 anno di costituzione della società mista COQ e 2003 del Codivilla-Putti), ha consentito di osservare e analizzare più nel dettaglio l’andamento della sperimentazione nelle sue varie fasi.

Nella terza fase, si è proceduto alla raccolta dei dati utilizzando le fonti primarie e secondarie (Tab. 4) e si sono codificati e analizzati i dati raccolti.

Tab. 4 - Le fonti dei dati

	<b>Caso ospedale COQ</b>	<b>Caso ospedale Codivilla – Putti</b>
<b>Documenti (fonti secondari)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• contratto di convenzione;</li> <li>• e-mail interne</li> <li>• report interni trimestrali;</li> <li>• bilanci 2004-2007;</li> <li>• documenti di programmazione interna;</li> <li>• statuto;</li> <li>• patto parasociale;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• contratto di convenzione;</li> <li>• carta dei servizi;</li> <li>• check-list per i controlli ispettivi;</li> <li>• report triennali della società per le regioni;</li> <li>• report annuali;</li> <li>• bilanci 2004-2007;</li> <li>• patto parasociale;</li> <li>• statuto;</li> </ul>
<b>Interviste (fonti primarie)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• intervista al direttore amministrativo;</li> <li>• intervista al direttore generale;</li> <li>• intervista ai coordinatori.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• intervista al direttore amministrativo;</li> <li>• intervista all’amministratore delegato;</li> </ul>

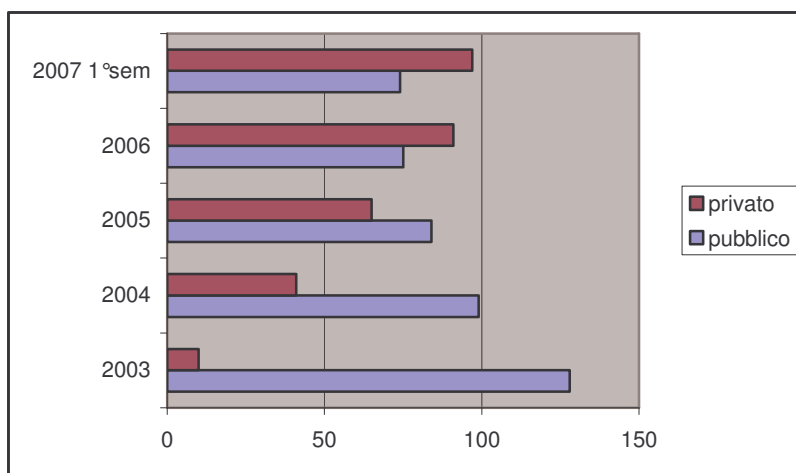
In questa fase sono state condotte le interviste semi-strutturate agli attori chiave dei processi di cambiamento (direttore generale, direttore amministrativo e direttore sanitario) e si è partecipato a riunioni formali e incontri non pianificati.

Nell'ultima fase, infine, si è proceduto alla revisione dei casi attraverso la discussione e l'osservazione partecipata dei ricercatori all'interno delle realtà aziendali, per ridurre eventuali distorsioni interpretative.

### 3.1 Il contesto aziendale del Centro Ortopedico Quadrante (COQ)

La società mista "COQ s.p.a." nasce dalla volontà dell'ASL 14 di riorganizzare il servizio su un territorio piuttosto vasto, ma principalmente dalla volontà della stessa Asl di opporsi alla chiusura del vecchio ospedale Madonna del Popolo.

Fig. 1 – Il personale COQ



Fonte: ns elaborazione.

Il progetto Centro Ortopedico di Quadrante (COQ), partito ufficialmente nel gennaio del 2003 con la costituzione della società mista pubblico-privata tra l'Asl Vco (Verbano, Cusio, Ossola) 14 e Générale de Santé, ha

permesso la trasformazione del vecchio Ospedale Madonna del Popolo di Omegna in un centro specializzato in ortopedia. La società mista pubblico-privata “COQ s.p.a” è composta per il 51% dalla Asl Vco 14 e per il 49% da Générale de Santé. La COQ s.p.a. ha la responsabilità di gestione dell’ospedale. Ai vertici di COQ s.p.a. figurano il direttore generale della Asl Vco 14 in qualità di presidente del consiglio d’amministrazione e l’amministratore delegato come esponente del socio privato Générale de Santé. Nel 2007 i pazienti sono stati 6.589. Al 30 giugno 2007, nella struttura lavorano complessivamente 185 persone, di cui 97 hanno sottoscritto direttamente un contratto privato con COQ s.p.a., mentre 74 sono in distacco dall’Asl e 14 ad utilizzo misto ASL-COQ (Fig.1). Negli anni come si può osservare dalla figura 1 si è avuta un’inversione di tendenza tra personale con contrattazione privata e quello con contrattazione pubblica.

### 3.2 *Il contesto aziendale dell’Istituto Codivilla –Putti*

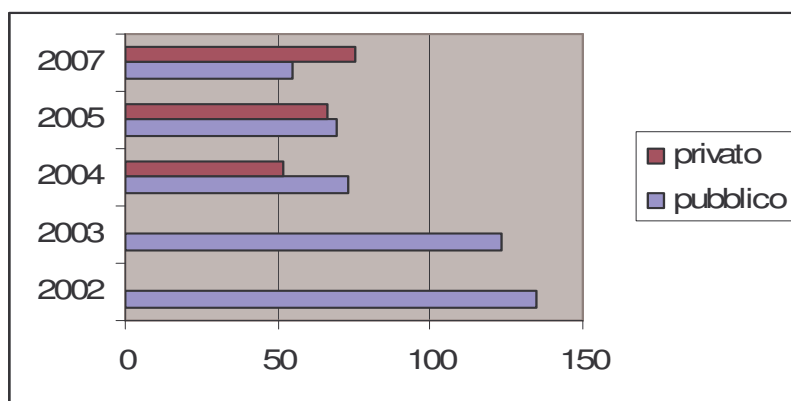
La società mista “Codivilla-Putti di Cortina s.p.a.” nasce dalla volontà dell’ULSS n.1 di Belluno di riorganizzare il servizio su un territorio poco attrattivo sia per il personale che per gli utenti, a causa della collocazione geografica, ma principalmente di opporsi alla chiusura del vecchio ospedale. La Giunta Regionale della regione Veneto delibera nel 2000 la sperimentazione gestionale. La società “Codivilla-Putti.” nel luglio del 2003 diventa attiva trasferendo personale e strutture nella propria contabilità. L’azienda ULSS n.1 detiene il 51% del capitale sociale della società costituita, mentre il 49% del capitale è detenuto dalla Gruppo GOMI s.p.a. in qualità di socio privato.

Il flusso di pazienti nel 2007 è stato di 2867, di cui 1.993 sono di altre ULSS della regione Veneto o di altre regioni rappresentando circa il 69% del flusso complessivo dei pazienti. Il presidente della società è nominato dal socio pubblico, mentre l’amministratore delegato con tutte le funzioni gestionali compete al socio privato.

Per quanto riguarda l'organizzazione del personale, bisogna sottolineare che tutte le risorse umane della ULSS sono state utilizzate dalla nuova società di gestione del presidio ospedaliero. Le assunzioni sono state disciplinate dal contratto della sanità privata.

All'atto della stipula il personale operante dipendente della ULSS era di 121 dipendenti. Al 31 marzo 2004 risultano attivi 119 dipendenti. Al 31 dicembre del 2007 nella struttura lavorano complessivamente 150 dipendenti di cui 55 in comando dalla ULSS e 95 hanno sottoscritto un contratto direttamente con la società mista.

Fig. 2 – Il personale dell'Istituto Codivilla - Putti



Fonte: ns elaborazione

Anche in questo caso, come per la COQ s.p.a., negli anni si è avuta un'inversione di tendenza tra personale con contrattazione privata e quello con contrattazione pubblica (Fig. 2).

La Tab.5 sintetizza le caratteristiche delle singole aziende analizzate.

Tab. 5 – Riepilogo: le caratteristiche distintive dei casi al 2007

	<b>COQ</b>	<b>Codivilla-Putti</b>
<b>Regione /Asl</b>	Regione Piemonte ASL n.14	Regione Veneto ASL n.1
<b>Anno di costituzione</b>	2003	2003
<b>Forma societaria</b>	SPA	SPA
<b>Quota azionaria socio privato</b>	49%	49%
<b>Numero dipendenti</b>	185	150
<b>Posti letto</b>	90	78

#### **4 I risultati: i meccanismi di coordinamento per l'integrazione delle logiche**

Attraverso l'analisi dei due casi studio si è cercato di comprendere quali strumenti di cambiamento sono utilizzati nella gestione delle attività aziendali delle PPP. Nello specifico, in entrambi i casi, emerge l'attenzione che i vertici aziendali mostrano verso meccanismi organizzativi “*soft*”, considerati necessari per supportare l'implementazione di strumenti “*hard*” per la gestione del personale e per la gestione economico-aziendale.

L'estrema specializzazione orizzontale dei processi di lavoro e la necessità di integrare competenze diverse e strettamente interdipendenti tra loro implicano uno sforzo di ricomposizione e di coordinamento delle persone e dei gruppi nelle organizzazioni sanitarie in questione.

Bisogna premettere che i meccanismi di coordinamento adottabili nelle organizzazioni sanitarie sono potenzialmente tutti quelli che possono trovare utilizzo in qualsiasi altra organizzazione complessa: quelli basati sulla standardizzazione (Mintzberg, 1983), quelli strutturali basati sulla gerarchia e sul coordinamento laterale; e quelli non strutturali basati su strumenti di pianificazione e controllo (de Vita et al., 2007).

Nelle strutture pubbliche del SSN, per conseguire il coordinamento tra le varie unità organizzative, tra i processi e le persone, si ricorre molto spesso a meccanismi che intervengono sugli assetti organizzativi (per questo definiti “*hard*”): tipicamente la standardizzazione delle procedure, la gerarchia e la pianificazione e il controllo delle azioni e dei comportamenti.

All’interno delle società miste analizzate, invece, è apparso che alcuni dei tradizionali meccanismi di coordinamento non sembrano rappresentare una risposta sufficiente alle peculiari caratteristiche di queste organizzazioni. Infatti, l’obiettivo del cambiamento a più livelli che conduce alla nascita del nuovo soggetto e quello dell’integrazione della logica professionale e di quella manageriale e quindi del coordinamento tra soggetti e interessi che possono facilmente entrare in conflitto, necessita di meccanismi diversi.

Si parla di meccanismi di coordinamento “*soft*”, perché si basano sulle relazioni interpersonali con l’obiettivo di ridisegnare i processi decisionali e di modificare i processi all’interno delle organizzazioni. In particolare, si fa riferimento ai comitati, alle riunioni e ai gruppi di integrazione trasversale (collegamenti laterali) che rappresentano uno strumento fondamentale per modificare le relazioni di potere all’interno dell’organizzazione ridistribuendolo tra i diversi attori organizzativi e ai meccanismi che appartengono alla sovrastruttura aziendale e che fanno ricorso a specifici meccanismi di creazione, diffusione e rinforzo dei valori e delle attitudini di fondo dell’organizzazione, quali la cultura (de Vita et al., 2007) e i processi di identità individuale e organizzativa (Ashforth e Mael, 1989).

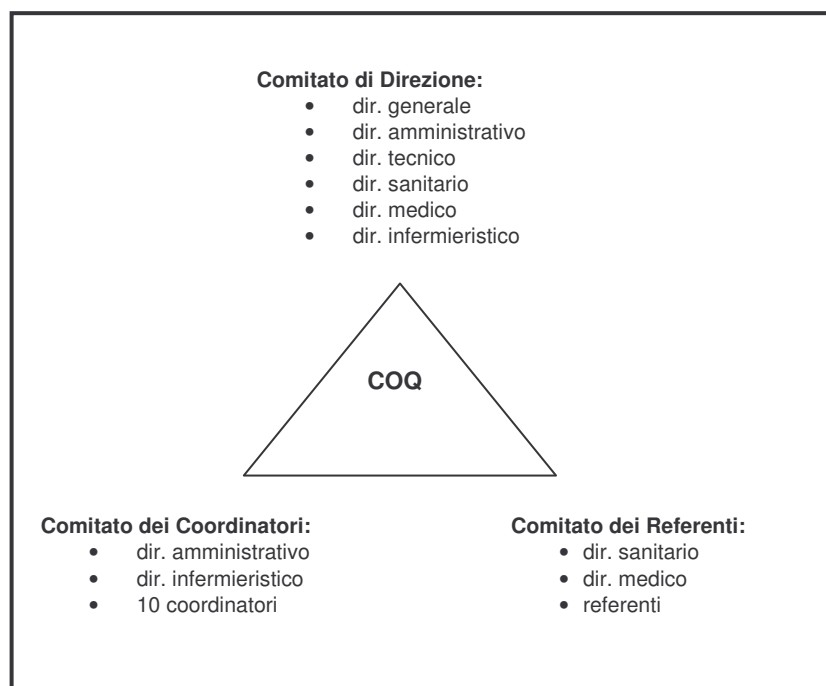
#### *4.1 I collegamenti laterali nel caso del Centro Ortopedico Quadrante (COQ)*

L’ospedale COQ si caratterizza per l’articolato modello organizzativo che utilizza i meccanismi di collegamento laterali per coordinare tutte le attività e i soggetti. All’interno della struttura ci sono tre comitati, che governano l’intero processo aziendale. L’obiettivo dei tre comitati è di equilibrare costantemente le esigenze economiche con quelle più strettamente sanitarie e professionali. In sostanza, quindi, i comitati sono nati come strumento soft per coordinare le due logiche istituzionali.



Come emerge dalla Fig. 3 partendo dal livello più basso, i due comitati dei Coordinatori e dei Referenti rappresentano i centri più vicini alle attività operative e nei quali si confrontano gli operatori amministrativi e quelli sanitari sull'attività che viene svolta quotidianamente all'interno dell'ospedale. In particolare la figura del Coordinatore ha il compito di accogliere, assistere e coordinare le attività del percorso medico del paziente. Il Coordinatore, non essendo specialista è assistito da un medico internista che ha la responsabilità del governo clinico del paziente; in particolare, nelle fasi dell'accettazione e della dimissione del paziente, mantenendo un legame diretto con i medici specialisti e la Direzione Sanitaria.

Fig. 3 – I comitati decisionali del COQ s.p.a.



Al Comitato dei Coordinatori, presieduto dal Direttore Amministrativo, partecipano il Direttore Infermieristico e i dieci Coordinatori dell'ospedale. I Coordinatori responsabili dei processi aziendali si incontrano ogni due

mesi, al fine di garantire un momento di comunicazione trasversale che permette di avere un continuo allineamento delle attività e delle sinergie. Dal punto di vista operativo, i membri del comitato si riuniscono con l'obiettivo di coordinare le diverse esigenze organizzative per ogni singolo processo sanitario e quelle amministrative e strategiche dell'azienda. Il Direttore Amministrativo, insieme al Direttore Infermieristico e ai Coordinatori, lavora per interpretare le esigenze operative delle singole aree di degenza.

Il Comitato dei Referenti presieduto dal Direttore Medico si riunisce anch'esso una volta ogni due mesi. Il suo compito è quello di mettere a punto delle strategie di controllo degli standard delle prestazioni sanitarie e garantire la qualità clinica delle prestazioni. I medici e i referenti rispondono al Direttore Sanitario, al quale spetta un ruolo di coordinamento e di organizzazione generale nell'erogazione delle cure.

Il confronto con il nucleo operativo sulle esigenze e sulle difficoltà operative avviene all'interno dei comitati e, successivamente, riportato al Comitato di Direzione che rappresenta l'organo decisionale di più alto livello. Tutte le direzioni (generale, amministrativa, tecnica, sanitaria, medica e infermieristica) fanno parte del comitato di direzione presieduto dal direttore generale che si riunisce una volta al mese con l'obiettivo di garantire il collegamento tra le diverse aree di competenza (medica, amministrativa e tecnica) e di discutere ed elaborare le linee strategiche dell'azienda. E' evidente, inoltre, la netta separazione tra gli aspetti clinici, di cui si occupa il personale medico, e quelli organizzativi e amministrativi che sono affidati al direttore amministrativo e a quello tecnico.

#### *4.2 La cultura e l'identità nel caso dell'Istituto Codivilla-Putti*

L'Istituto Codivilla-Putti adotta, accanto ad una forma di coordinamento razionale caratteristico dell'infrastruttura e della sociostruttura aziendale (definito design) un coordinamento più di tipo ideologico-normativo (definito devotion) (de Vita et al., 2007).

Nello specifico, la "cultura della buona salute" con sprechi ridotti e la costruzione di una solida identità organizzativa per tutti i dipendenti sono state le leve chiave "soft" su cui il soggetto privato ha puntato per portare avanti il processo di cambiamento istituzionale e per integrare logiche profondamente diverse.

Nell'ottica del vertice aziendale, l'identità organizzativa e la "cultura della buona salute" nelle organizzazioni sanitarie rappresentano le variabili principali e irrinunciabili per la costruzione di un contesto favorevole, nel quale poi inserire con maggiore facilità strumenti di coordinamento "hard".

Il primo aspetto che fin dalla nascita della società mista preoccupava il vertice aziendale era il rilancio dell'immagine e della qualità di una struttura che negli ultimi anni rischiava la chiusura. Lo scarso riconoscimento dei dipendenti nell'organizzazione sanitaria era dimostrato dall'elevato turnover soprattutto del personale infermieristico che si aggiungeva alla difficoltà nel reperire personale. Le cause principali di questa mancanza di identificazione con l'organizzazione si riconoscevano, secondo il management, nel senso totale di abbandono da parte della ULSS di appartenenza (abbandono non solo morale ma anche fisico dovuto alle distanze geografiche che dividevano l'ospedale dal centro). A questo aspetto si affiancava il ruolo della classe medica la cui leadership autoreferenziale risultava essere storicamente uno dei principali fattori di debolezza dell'Istituto.

In questo contesto, l'amministratore delegato e in generale tutto il management, ha svolto un ruolo molto importante. Egli ha cercato di strutturare il suo ruolo di leader nel processo di cambiamento mostrando e condividendo sin dall'inizio idee e obiettivi della partnership, con la volontà di costruire una strategia di lungo termine che coinvolgesse gli interessi di tutti i dipendenti e impegnandosi a mantenere la struttura sul territorio restituendole dignità e professionalità. In sostanza il ruolo dell'amministratore delegato si è attuato nel fornire indirizzi strategico-gestionali per dare un senso immediato di risolutezza ai problemi di ordinaria e straordinaria amministrazione, impegnandosi personalmente e direttamente nella struttura. Questi aspetti sono stati propulsori per rafforzare il senso di commitment e un allineamento con gli obiettivi strategici dell'azienda. Il processo di costruzione dell'identificazione con l'organizzazione è partito dai vertici aziendali e ha raggiunto tutti il personale dell'ospedale attraverso la costruzione di un progetto comune.

Un'altra leva su cui il management ha cercato di lavorare è stata quella della dimensione psicologica dell'Istituto, introducendo una cultura meno burocratica e formale basata sulla flessibilità e sulla velocità di tutti i processi. Ciò è stato determinante in virtù di una naturale resistenza di tutti

i dipendenti alla modifica delle proprie routine nei processi di cambiamento.

Inoltre, si è cercato di sviluppare l'idea della "buona salute" con un contenimento dei costi; concetti che ancora oggi, nel pensiero di molti attori che operano nella sanità italiana, appaiono inconciliabili.

L'amministratore delegato sostiene spesso che la "buona salute" in una struttura efficiente è possibile e difatti afferma che: *«il medico che propone deve giustificare l'acquisto e definire le caratteristiche tecniche dello strumento, mostrando l'utilità di quel macchinario con quelle particolari caratteristiche»*. L'amministratore delegato sulla base dei criteri di sostenibilità economica e razionalità della scelta elabora la sua decisione e inoltre aggiunge: *«il nostro obiettivo è ottimizzare i costi non diminuirli, perché la semplice diminuzione non ci aiuta a produrre un buon servizio. Vogliamo solo ridurre gli sprechi con una gestione oculata, se un macchinario serve per migliorare il servizio si acquista anche subito»*.

L'amministratore delegato sostiene *«se c'è buona salute si generano risultati economici positivi che consentono al socio privato di soddisfare le richieste del socio pubblico e di motivare i dipendenti di cui è responsabile»*.

La principale fonte del cambiamento, però, è rappresentata dalla capacità del leader di modificare le mappe cognitive e gli schemi d'azione delle persone. Il compito del management è stato quello di intervenire nei processi di formazione e distruzione della vecchia cultura organizzativa per costruire una forte identità organizzativa. In questo contesto, il problema del cambiamento si è posto principalmente come problema di cambiamento culturale e ha avuto il suo focus sugli individui e sulle loro relazioni interpersonali. L'amministratore delegato al riguardo infatti afferma: *«in questo progetto io non mi sono mai assunto il compito di controllare il processo di cambiamento, bensì ho sempre cercato di stimolare la capacità autonoma di apprendimento di ciascun individuo che è poi insita all'interno di qualsiasi organizzazione»*.

In sostanza, come evidenziato dalla Tab. 6, le interviste ai testimoni privilegiati delle due società hanno rilevato le criticità del contesto di riferimento e, quindi, le variabili che hanno costituito la base di riferimento per il processo di cambiamento culturale e per l'integrazione delle due logiche.

Tab.6 – Alcuni risultati delle interviste

Item	Espressioni
I collegamenti laterali	“I tre comitati di coordinamento rappresentano il centro decisionale della struttura ospedaliera, garantendo il coordinamento a tutti i livelli, ciascuno con le proprie responsabilità” (Direttore Generale - caso COQ).
La cultura della “buona salute”	“Se c'è buona salute si generano risultati economici positivi che consentono al socio privato di soddisfare le richieste del socio pubblico e di motivare i dipendenti di cui è responsabile, essendo loro una parte importante del progetto” (amministratore delegato - caso Codivilla-Putti)
L'identità organizzativa	“Il management per primo deve credere nel progetto e deve riconoscersi in questo, altrimenti è impossibile trasmettere fiducia, motivazione e generare performance elevate”. “Ciascun dipendente in questo ospedale è cosciente del fatto che la propria identità sociale deriva anche dall'affiliazione con l'organizzazione per la quale lavora” (amministratore delegato - caso Codivilla-Putti).

Fonte: nostra elaborazione.

## 5 Le performance delle PPP

E' interessante sottolineare che i risultati positivi conseguiti in termini di efficienza, ma anche in termini di qualità del servizio, mostrano una crescita complessiva delle due aziende sin dalla nascita del nuovo progetto. E' possibile analizzare i progetti di partnership dell'Istituto Codivilla-Putti e del Centro Ortopedico Quadrante anche dal punto di vista economico-finanziario. I dati di bilancio confermano la buona riuscita delle PPP, così come è emerso dalle interviste agli interlocutori privilegiati e dall'osservazione partecipata dei ricercatori.

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

fatto che, così come afferma l'amministratore delegato, anche i costi sono cresciuti in maniera esponenziale nel corso degli anni in seguito all'acquisto di macchinari più sofisticati e innovativi. L'EBIDTA è in diminuzione dal 2005, ma non in maniera considerevole proprio perché negli ultimi tre anni il partner privato ha deciso di investire nella spesa sanitaria facendo lievitare i costi (macchinari, ma anche "strumentazione ordinaria" e presidi medici chirurgici). Il ROA e ROE sono ugualmente in diminuzione negli ultimi tre anni per lo stesso motivo, ovvero per un aumento degli investimenti che però sono accompagnati da un significativo aumento delle vendite<sup>5</sup>.

Tab. 7 – Dati di bilancio Istituto Codivilla-Putti

<b>Istituto Codivilla-Putti</b>					
	<b>2007</b>	<b>2006</b>	<b>2005</b>	<b>2004</b>	<b>Media 5 anni</b>
<b>Ricavi delle vendite</b>	13.330.194	12.770.290	12.709.107	11.688.061	12.624.413
<b>EBITDA</b>	678.347	876.972	1.369.920	1.270.527	1.048.942
<b>Redditività del totale attivo (ROA) (%)</b>	4,93	5,76	10,06	8,62	7,34
<b>Redditività del capitale proprio (ROE) (%)</b>	-0,5	0,48	5,64	4,64	2,57

Fonte: Bilancio 2007, 2006, 2005, 2004.

Tab. 8 – Totale ricoveri Istituto Codivilla-Putti

<b>Istituto Codivilla-Putti</b>						
	USSL	Codivilla Putti	Codivilla Putti	Codivilla Putti	Codivilla Putti	Codivilla Putti
	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>
<b>Totale ricoveri degenza e day hospital</b>	2.109	2.410	2.697	2700	2847	2.867

Fonte: ns elaborazione

<sup>5</sup> Per ricavi delle vendite nel caso specifico si intende prestazioni di servizi sanitari.

Tab. 9 – Totale interventi Istituto Codivilla Putti

<b>Istituto Codivilla-Putti</b>				
	Codivilla Putti	Codivilla Putti	Codivilla Putti	Codivilla Putti
	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>
<b>Totale interventi</b>	1205	1394	1441	1440

Fonte: ns elaborazione

Per quanto riguarda il Centro Ortopedico Quadrante, anche in questo caso, l'aumento dei ricavi delle vendite dal 2004 dimostra che la società mista ha permesso un aumento del bacino di utenza con un incremento delle prestazioni (Tab.11).

Tab. 10 – Dati di bilancio Istituto Centro Ortopedico Quadrante

<b>Centro Ortopedico Quadrante</b>					
	<b>2007</b>	<b>2006</b>	<b>2005</b>	<b>2004</b>	<b>Media 5 anni</b>
<b>Ricavi delle vendite</b>	20.640.501	18.374.635	16.924.469	15.565.464	16.911.659
<b>EBITDA</b>	3.160.075	2.434.958	2.236.802	1.962.518	2.203.659
<b>Redditività del totale attivo (ROA) (%)</b>	18,81	17,02	19,59	20,94	20,1
<b>Redditività del capitale proprio (ROE) (%)</b>	24,59	26,69	36,24	56,59	42,49

Fonte: Bilancio 2007, 2006, 2005, 2004.

Tab. 11 – Totale ricoveri Centro Ortopedico Quadrante

<b>Centro Ortopedico Quadrante</b>						
	ASL	COQ	COQ	COQ	COQ	COQ
	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>
<b>Totale ricoveri degenza e day hospital</b>	3.261	4.270	4.837	5.279	5.870	6.606

Fonte: ns. elaborazione

In questo caso la situazione gestionale appare ancora superiore rispetto al caso precedente perché il valore di EBIDTA è in aumento dimostrando che la gestione caratteristica è risultata in questo caso decisamente migliore.

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

Come già accennato un aspetto importante su cui soffermarsi è la composizione del personale dei due ospedali, inizialmente formata da dipendenti con contratto pubblico, che ha subito negli ultimi anni una importante inversione di tendenza. Tale inversione mostra, infatti, come dal 2002 e dal 2003 si assiste alla trasformazione dei contratti soprattutto per il personale medico e infermieristico.

Ciò dimostra come negli anni, dopo un iniziale scetticismo caratterizzato dal fatto che il contratto pubblico ha sempre rappresentato una maggiore forma di garanzia, il personale abbia iniziato a comprendere il progetto della partnership, a crederci e ad aderirvi con convinzione, chiedendo la conversione e passando quindi alle dipendenze della società mista.

In sostanza, sia nel centro COQ che nell'Istituto Codivilla-Putti, negli anni è avvenuto un cambiamento culturale. Dalle interviste è, infatti, emerso che entrambi gli ospedali hanno lavorato molto sul senso di appartenenza alla struttura, ma principalmente sulla condivisione del progetto, convinti che ciò rappresentasse la base per il successo della sperimentazione.

In conclusione, dall'analisi emerge che in primo luogo, l'aumento delle prestazioni sanitarie in entrambe le strutture ha consentito di rispondere alla logica istituzionale. In secondo luogo, l'incremento delle prestazioni non ha avuto un impatto negativo sui costi, rispondendo in questo modo anche alla logica manageriale del socio privato. Infine, è interessante evidenziare che, in entrambi i casi, l'incremento delle performance non ha gravato sul lavoro del personale, consentendo di condividere a pieno il progetto, non rappresentando un ostacolo al cambiamento. Ciò si sottolinea appunto con la trasformazione della maggior parte dei contratti di lavoro da pubblico a privato.



## 6 Considerazioni conclusive

Lo studio della disciplina delle sperimentazioni gestionali in sanità, operata alla luce dell'analisi delle due esperienze di PPP, consente di formulare alcune considerazioni conclusive sulle implicazioni che queste particolari forme organizzative hanno sugli aspetti gestionali e operativi.

Un dato che emerge in termini abbastanza chiari dall'analisi dei dati è quello relativo al grado di effettiva applicazione dell'istituto.

Se si considera in termini assoluti l'arco di oltre un decennio, le sperimentazioni avviate sulla base e in applicazione dell'articolo 9-bis non sono molte e non tutte si sono rivelate di particolare rilevanza. Le ragioni di tali limiti dell'esperienza sono conseguenti, per un primo periodo, all'imposizione di un limite numerico alle sperimentazioni.

La sperimentazione, come strumento e metodo per introdurre nel sistema sanitario, in modo graduale, modelli organizzativi e strumenti gestionali innovativi, ha una rilevanza per l'intero sistema sanitario nazionale. Da tale premessa deriva la necessità di valorizzare il momento della valutazione dei progetti e di verifica dei risultati

Il moltiplicarsi delle iniziative, circa 65 esperienze di sperimentazioni gestionali, di cui 38 società miste<sup>6</sup>, porta a confermare l'ipotesi che il SSN stia profondamente cambiando: le aziende sanitarie italiane stanno passando dall'originaria configurazione amministrativo-burocratica ad una più articolata composizione, assumendo nuove forme e avvalendosi di moderni strumenti e procedure di gestione aziendale, importando nuove logiche nel campo sanitario da altre arene<sup>7</sup>.

L'analisi dei due casi in oggetto consente di formulare alcune riflessioni sfruttando i vantaggi potenziali delle analisi dal punto di vista della profondità analitica e della ricchezza delle informazioni, ma con la consapevolezza di bilanciare gli stessi con i limiti e le carenze in termini di replicabilità. Infatti, seppure il metodo utilizzato non è in grado di portare ad alcuna "generalizzazione empirica o statistica", per la scarsa rappresentatività del campione, consente di esaminare in profondità più variabili contemporaneamente e osservare alcuni aspetti relazionali spesso non rilevabili attraverso correlazioni statistiche. Tuttavia, partendo

---

<sup>6</sup> Dati emersi da un'indagine 2003 dell'Agenzia Nazionale dei Servizi Sanitari Regionali e da un'indagine riportata nel Rapporto OASI 2007.

<sup>7</sup> In particolare le logiche economico-aziendali previste dal processo di aziendalizzazione.

dall'analisi effettuata, si ritiene utile estendere lo studio all'intero campo organizzativo delle società miste pubblico-private in sanità, al fine di rendere i risultati generalizzabili.

Partendo dall'assunto che l'erogazione di servizi di qualità sarà il risultato di una combinata e coordinata operatività di logiche istituzionali professionali e manageriali il presente articolo utilizza due approcci teorici. Il primo è quello neoistituzionalista sulla contrapposizione tra logiche istituzionali e il secondo è quello dei meccanismi di coordinamento come strumento a supporto e per la risoluzione organizzativa delle relazioni organizzative. Con questo quadro teorico e attraverso un'attenta lettura degli studi empirici si è cercato di dare una risposta alle due domande di ricerca formulate: in che modo (con quali strumenti) convivono le due logiche istituzionali? e se e in che modo generano risultati positivi?

Un primo elemento di riflessione coinvolge la dimensione istituzionale delle aziende sanitarie. L'apertura ad attori di natura privata ha sicuramente modificato il modello di interazione delle due logiche, offrendo la possibilità di acquisire nuove prospettive. All'interno delle società miste sanitarie la presenza di attori pubblici da un lato e attori privati dall'altro fa osservare che la contrapposizione tra logiche è forte e non esiste una logica dominante perchè entrambe rivendicano un ruolo predominante.

Un secondo elemento di riflessione coinvolge invece la dimensione operativa delle aziende sanitarie.

Partendo dal presupposto che le logiche in contrapposizione possano generare conflitti interni, si è osservato come a livello operativo le società miste risolvano i problemi legati alla convivenza tra soggetti con interessi divergenti, spesso in conflitto, che tendono inevitabilmente a riflettersi sulle modalità di gestione delle strutture e sulle difficoltà di coordinamento dei diversi interessi.

Dallo studio dei due casi emergono due aspetti interessanti. Il primo è che i meccanismi di coordinamento soft possono rappresentare una strada utile alla risoluzione di un conflitto ormai decennale tra logiche manageriali e professionali legate a diversi modi di pensare, di lavorare, etc.

Fin dai primi anni del processo di riforma del SSN gli strumenti introdotti e individuati per la risoluzione di inefficienze delle organizzazioni sanitarie sono stati strumenti hard di standardizzazione delle procedure, dei risultati o delle capacità, sistemi di programmazione e controllo, strumenti di valutazione che senza alcun dubbio sono utili per

razionalizzare una gestione come quella sanitaria, ma non sufficienti a ridare efficienza al sistema. Si è osservata una scarsa attenzione sia alla normativa sia agli studi svolti sull'utilità dei meccanismi di coordinamento soft per poter gestire le relazioni tra gli attori.

Nel sistema sanitario pubblico una combinazione non equilibrata di meccanismi di coordinamento ha creato problemi e disfunzioni organizzativi. Nelle società miste, invece, una equilibrata e attenta ponderazione dei meccanismi di coordinamento soft e hard ha contribuito al successo di queste realtà organizzative. I meccanismi di coordinamento soft, infatti, esercitano una costante negoziazione collettiva che consente ai lavoratori di influenzarsi a vicenda, di conciliarsi, di valutare, di interpretare le proprie esperienze e di dirigere le proprie azioni contribuendo a creare un contesto organizzativo favorevole nel quale inserire e far accettare tecniche e strumenti di gestione manageriali hard.

Il secondo aspetto emerso riguarda i fattori strutturali fondamentali di un'organizzazione le così dette caratteristiche di imprinting che si assumono al momento della costituzione di un'organizzazione e rimangono abbastanza costanti nel tempo. Nelle organizzazioni sanitarie pubbliche "impregnate" da caratteristiche burocratiche, la logica professionale ha creato una forte rigidità vanificando ogni sforzo dell'aziendalizzazione volto all'inserimento di tecniche e strumenti manageriali.

Nelle società miste sanitarie, però, le due logiche riescono a coesistere e convergere e ad essere spinte di innovazione e cambiamento, in quanto le nuove forme organizzative acquisiscono nel momento della loro costituzione caratteristiche di imprinting (Stinchcombe, 1965) che tendono a mantenere nel tempo. L'apertura a soggetti privati attraverso un processo di incorporazione nelle società miste ha contribuito, infatti, ad acquistare delle caratteristiche che hanno determinato una più ampia accettazione delle logiche economico-manageriali. Infine, un'ultima riflessione più generale spinge a osservare che il sistema sanitario italiano attualmente vive una fase di teorizzazione/diffusione; una fase cioè, in cui dopo il primo momento di rottura del campo, deve legittimare le nuove logiche esistenti e i nuovi attori che si inseriscono nel campo. Per questi motivi, l'analisi dei casi è apparsa di particolare importanza e utilità per osservare e diffondere risultati positivi. Tuttavia, sviluppi futuri della ricerca si concentreranno sulla possibilità di estendere l'analisi empirica alle 36 esperienze di società miste italiane ampliando così la rappresentatività dei risultati.

Inoltre, un'analisi di campo sarebbe utile per comprendere se i meccanismi di coordinamento "soft", utilizzati dalle due strutture oggetto dei case study, si possano estendere anche alle altre esperienze.

## Bibliografia

- Abramson M.A., Lawrence P.R., (2001), *The Challenge of Transforming Organizations: Lessons Learned about Revitalizing Organizations*, in Abramson M.A., Lawrence P.R. *Transforming Organizations*, Rowman & Littlefield
- Amburgey. T.L, Dacin T. (1994), "As the left foot follows the right? The dynamics of strategic and structural change", *Academy of Management Journal*, 37:1427-1452.
- Anselmi, L. (2003), *Percorsi aziendali per le Pubbliche Amministrazioni*, Giappichelli, Torino.
- Ashforth B.E., Mael F.A. (1989), "Social Identity Theory and the Organization", *Academy of Management Review*, vol. 14.
- Barnett P., Perkins R., Powell M. (2001), "On a hiding to nothing? Assessing the corporate governance of hospital and health services in New Zealand, 1993-1998", *International Journal of Health Planning and Management*, Vol. 16, Issue 2, pp.139-154.
- Burke, W.W. (2002), *Organization Change: Theory and Practice*, SAGE, London.
- Burke W.W., Litwin G.H. (1992), "A causal model of organizational performance and change", *Journal of Management*, Vol. 18, No. 3, pp.523-545.
- Burnes B. (2000), *Managing change: a strategic approach to organizational dynamics*, 3rd ed, Prentice-Hall, Harlow.
- Consiglio S. (1996), "Azione manageriale e processo di cambiamento organizzativo", *Sviluppo e organizzazione*, 155, pp. 47-56.
- Consiglio S. (2007), *Il cambiamento organizzativo* in de Vita P., Mercurio R., de Testa F. (2007), *Organizzazione aziendale: assetto e meccanismi di relazione*, Giappichelli Torino
- de Vita P., Mercurio R., Testa F. (2007), *Organizzazione aziendale: assetto e meccanismi di relazione*, Giappichelli Torino
- D'Aunno T., Succi M., Alexander J.A. (2000), "The Role of Institutional and Market Forces in Divergent Organizational Change", *Administrative Science Quarterly*, Vol. 45 No. 4, pp. 679- 703.
- Di Maggio P., Powell W.W., (1983), "The iron cage revisited: Institutional isomorphism and collective rationality in organizational field", *American Sociological Review*, 48; trad. it. "La gabbia di ferro rivisitata. Isomorfismo istituzionale e razionalità collettiva nei campi organizzativi", in Powell W.W., Di Maggio P., (2000), (a cura di), *Il neoistituzionalismo nell'analisi organizzativa*, ed. Comunità, Torino
- DiMaggio P., Powell W.W. (1991), (a cura di), *The New Institutionalism in Organizational Analysis*, Chicago, University of Chicago Press;
- Feldman M.S. (2000), "Organizational routines as a source of continuous change", *Organization science*, Vol. 11 , No. 611, 611-629.
- Friedland R., Alford R.R. (1991), *Bringing Society Back in Symbols, Practices and Institutional Contradictions*, in Powell W.W., Di Maggio P., (1991) (a cura di)

- The New Institutionalism in Organizational Analysis*, University of Chicago, Chicago.
- Galvin, T.L. (2002), "Examining institutional change: Evidence from the founding dynamics of U.S. health care interest associations", *Academy of Management Journal*, Vol. 45, No. 4, pp. 673-696.
- Hannan M.T., Freeman J., (1984) "Structural Inertia and Organizational Change" *American Sociological Review*, Vol. 49, No. 2, pp. 149-164
- Hasselbladh H., Bejerot E. (2003), "Istitutional change in Swedish Health Care", 9th EGOS Colloquium, Copenhagen, July 3-5.
- Kotter, J. P. (1995). *Leading change*. Boston: Harvard Business School Press.
- Kotter, J. P. (1996). *Leading change: why transformation efforts fail*. *Harvard Business Review*, 73(2), 59-67.
- Lawrence, P., and Lorsch, J., (1967), "Differentiation and Integration in Complex Organizations" *Administrative Science Quarterly* 12, 1-30.
- Levitt B., March, J. C. (1988), "Organizational Learning", *Annual Review of Sociology*, Vol. 14, pp. 319-338.
- Lofland J., Snow D., Anderson L., Lofland L. (2006), *Analyzing Social Settings: A Guide to Qualitative Observation and Analysis*, Fourth Edition. Belmont, 4rd ed, CA: Wadsworth, Belmont.
- Lounsbury M. (2007), "A Tale of Two Cities: Competing Logics and Practice Variation in the Professionalizing of Mutual Funds", *Academy of Management Journal*, 50: 289-307.
- Mercurio R. (2000), "La dipartimentalizzazione delle strutture ospedaliere", *Sviluppo e organizzazione*, 180, pp42-43.
- Mercurio R., Adinolfi P. (2005), "Clinical governance, possibile soluzione ai fabbisogni di intergrazione nella azienda sanitarie", *Mecosan*: 67-80.
- Ocasio W. (1997), "Towards an attention-based view of the firm", *Strategic Mangement Journal*, 18: 187-206.
- Orrù M., Biggart, N.W., Hamilton G.H. (1991), *Organizational isomorphism in east Asia*, in Powell W.W., DiMaggio P.J., *The New Institutionalism in Organizational Analysis*, University of Chicago Press, Chicago, 361-389.
- Pettigrew A.M. (1990), "Longitudinal field research on change: theory and practice", *Organization Science*, Vol. 1, No. 3, pp.267-292.
- Pettigrew A.M, Woodman R.W., Cameron K.S., (2001) "Studying Organizational Change and Development: Challenges for Future Research" *The Academy of Management Journal*, Vol. 44, No. 4, pp. 697-713.
- Pfeffer, J. and G. R. Salancik (1978). *The External Control of Organizations: A Resource Dependence Perspective*. Harper and Row. New York, NY,
- Powell W.W. (1991), *Expanding the Scope of Institutional Analysis*, in Powell, W.W. & DiMaggio, P.J., *The New Institutionalism in Organizational Analysis*, University of Chicago Press, Chicago, 183-203.
- Reay T.H (2003), "Change in Organizational Fields: A study of competing institutional logics", 9th EGOS Colloquium, Copenhagen, July 3-5.
- Rebora G., Minelli, E. (2007), *Change Management. Come vincere la sfida del cambiamento in azienda*, Etas, Milano.
- Scott W.R. (1995), *Institutions and Organizations*, Sage, Thousand Oaks, California.
- Scott W.R. (2001), *Institutions and organizations*, 2nd ed, Thousand Oaks, CA: Sage, London. Scott W.R., Mayer J.W. (1983), *The organization of Societal Sector*, in Meyer J.W. e Scott W.R. (1983), *Organizational Environments: Ritual and Rationality*, Sage, Beverly Hills Cal, 129-153.

- Scott W.R., Ruef M., Mendel P.J., Caronna C. (2000), *Institutional Change and Healthcare Organizations: From Professional Dominance to Managed Care*, University of Chicago Press, Chicago.
- Stinchcombe A.L. (1965), *Social Structure and Organizations*, in March J. G. (Ed.), *Handbook of Organizations*, Rand McNally & Company, Chicago, 142-193.
- Thornton P.H. (2002), "The rise of the corporation in a craft industry: conflict and conformity in institutional logics", *Academy of Management Journal*, 45, 82-101.
- Todnem R. (2005), "Organizational change management: A critical review", *Journal of Change Management*, Vol. 5, No. 4, pp. 369 – 380.
- Tolbert P.S., Zucker L.G. (1996), *Institutionalization of Institutional Theory*, in Clegg S.R., Hardy C., Nord W.R. (a cura di), *Handbook of Organization Studies*, Sage, London.
- van de Ven A.H., Poole M.S. (1995) "Explaining Development and Change in Organizations" *The Academy of Management Review*, Vol. 20, No. 3 pp. 510-540
- Washington M. (2004), "Field approaches to institutional change: the evolution of the National Collegiate athletic Association", *Organization Studies*, Vol. 25, No. 3, pp. 393-414.
- Washington M., Ventresca, M. (2004), "How Organizations Change: The role of Institutional Support mechanisms in the incorporation of higher education Visibility strategies, 1874-1995", *Organization Science*, Vol. 15, No. 1, pp. 82-97.
- Yin R.K. (1994), *Case Study Research Design and Methods*, 2nd Ed., Thousand Oaks, CA., Sage, Publications, Inc., USA.
- Zucker L.G. (1977), "The role of Institutionalization in cultural persistence", *American Sociological Review*, 42.

