

a cura di  
Eugenio Anessi Pessina  
Elena Cantù

# Rapporto OASI 2006

## L'aziendalizzazione della sanità in Italia

prefazione di Elio Borgonovi  
e Francesco Longo

## 20 Le operazioni di partnership finanziaria pubblico-privato in sanità: un'analisi critica

di Fabio Amatucci e Francesca Lecci\*

### 20.1 Introduzione

Nel settore sanitario la dinamica crescente della spesa, originata da fattori di carattere demografico (*in primis*, l'invecchiamento della popolazione) e da fattori strutturali tipici del settore (l'innovazione tecnologica, la nascita di nuovi bisogni da soddisfare), si scontra con vincoli finanziari sempre più stringenti. Gli aspetti più critici relativi alla spesa sanitaria sono legati agli investimenti infrastrutturali e tecnologici: le risorse destinate agli investimenti sono insufficienti anche al solo mantenimento del patrimonio, già in condizioni non adeguate rispetto agli standard oggi richiesti, sia per la qualità dei servizi alberghieri, sia per la sicurezza.

Tenuto conto dell'elevato livello di obsolescenza delle strutture sanitarie e delle apparecchiature, per un numero crescente di ospedali, la realizzazione di nuove strutture diventa la soluzione più conveniente, sia per l'adeguamento ai moderni standard individuati per il SSN, sia per un recupero di efficienza nella gestione della struttura e dei servizi.

La carenza di risorse pubbliche da destinare alla realizzazione di infrastrutture tende a indirizzare le amministrazioni pubbliche verso forme di partnership pubblico-privato, che permettono il coinvolgimento di soggetti privati per il finanziamento, la realizzazione e la gestione di nuove opere pubbliche.

Tuttavia, a fronte del crescente ricorso, negli ultimi anni, a forme di partnership pubblico-privato per la realizzazione di investimenti, si ritiene che molte delle esperienze realizzate in Italia siano particolarmente onerose per il settore sanitario e prevedano una squilibrata allocazione dei rischi, che gravano prevalentemente sulle aziende sanitarie. Nel presente capitolo, quindi, dopo un breve richiamo alle caratteristiche fondamentali delle partnership pubblico-privato, ai diversi stru-

---

\* Sebbene il capitolo sia frutto di un comune lavoro di ricerca, i parr. 20.1, 20.2, 20.5 e 20.7 sono da attribuirsi a Fabio Amatucci, i parr. 20.3, 20.4 e 20.6 a Francesca Lecci. Per la preziosa collaborazione gli autori ringraziano il dottor Alessandro Procaccini.

menti di partnership (par. 20.2) e all'esplicitazione dell'oggetto di indagine e della metodologia (par. 20.3), viene effettuata una ricognizione delle iniziative di partnership pubblico-privato (e di *project finance* nello specifico) in sanità (par. 20.4), evidenziando, per ogni intervento: finalità e bisogni soddisfatti, localizzazione geografica e dimensione economica, effettivi benefici apportati dall'utilizzo di tali strumenti, effettiva utilità per le aziende sanitarie, implicazioni di natura istituzionale, gestionale e organizzativa (par. 20.5) e impatto sulla programmazione regionale (par. 20.6).

## 20.2 Le forme di partnership pubblico-privato per la realizzazione di investimenti

Nel corso degli ultimi anni, in Italia e nei paesi occidentali, si è verificato un crescente ricorso al finanziamento degli investimenti pubblici attraverso varie forme di coinvolgimento di capitali e soggetti di natura privata. In una prima fase, queste forme sono state identificate con il termine, di origine anglosassone, *project finance*, che rappresenta non tanto un nuovo strumento, quanto un'innovazione culturale nel finanziamento delle infrastrutture sanitarie, basata sulla fattibilità del progetto e sulla sua attitudine a restituire, attraverso i proventi generati dalla gestione, il debito contratto, piuttosto che sulla valutazione dell'azienda che richiede il prestito, sulla sua situazione economico-patrimoniale e sulle garanzie (reali, patrimoniali e personali) da questa fornite. La capacità di aggregare risorse intorno alla realizzazione e allo sfruttamento economico dell'iniziativa trova dunque giustificazione nell'idoneità del progetto di ripagare e remunerare le risorse in esso investite.

Nel settore sanitario, tuttavia, non si assiste all'applicazione di un modello puro di *project finance*, ma allo sviluppo di forme ibride di intervento, meglio indicate come partnership pubblico-privato (ossia, secondo la terminologia anglosassone, Private-Public Partnership, PPP). In generale, è possibile definire una partnership come una relazione di collaborazione fondata sulla convergenza di interessi e finalizzata al perseguimento di congiunti obiettivi economici e sociali, da cui i singoli soggetti partecipanti traggono indirettamente vantaggi individuali. Il presupposto per il successo di tali relazioni è un significativo coinvolgimento dei diversi partner, che si concretizza con l'apporto e lo scambio di:

- capitali, risorse finanziarie;
- know-how scientifico e gestionale;
- risorse umane;
- competenze distintive;
- flessibilità organizzativa;
- capacità manageriali e imprenditoriali.

Il concetto di partnership pubblico-privato<sup>1</sup> è molto ampio e comprende una vasta gamma di modelli di collaborazione tra aziende pubbliche e imprese private, finalizzati al coinvolgimento di capitali e competenze private nella realizzazione di opere e nell'offerta di servizi pubblici. All'interno della PPP si possono individuare forme di collaborazione di natura più strettamente finanziaria; in particolare, è possibile ricondurre le tipologie di PPP di natura finanziaria a sei possibili varianti alternative di relazioni contrattuali di seguito descritte.

1. *Concessione di costruzione e gestione*<sup>2</sup> – Attraverso lo strumento della concessione, l'azienda sanitaria affida a un raggruppamento di imprese private:

- la progettazione, definitiva ed esecutiva, e la realizzazione di un'opera, attraverso risorse proprie del concessionario (capitale di rischio e capitale di debito);
- il diritto di gestirla e di sfruttarla economicamente, per un periodo sufficiente a recuperare e remunerare le risorse investite (durata della concessione).

La principale caratteristica della concessione consiste nel pieno coinvolgimento dei soggetti privati, non solo nella fase di costruzione, ma soprattutto nell'ideazione, progettazione e gestione dell'opera, in un'ottica di ripartizione dei rischi tra i soggetti in gioco.

2. *Concessione di costruzione e gestione con project finance* – La differenza sostanziale tra la concessione di progettazione, costruzione e gestione e la concessione con *project finance* consiste nell'assetto istituzionale del soggetto concessionario.

Le caratteristiche dell'operazione, infatti, richiedono la partecipazione all'iniziativa di più soggetti, dotati delle capacità gestionali, finanziarie e tecniche necessarie. Nell'operazione di *project finance*, l'intervento dei diversi soggetti avviene attraverso la costituzione di un veicolo societario autonomo, finalizzato esclusivamente alla realizzazione del progetto e non intaccabile a causa di eventuali insolvenze dei soggetti coinvolti. L'elemento più significativo del *project finance* è dato proprio dalla separazione, sotto il profilo economico, giuridico e

<sup>1</sup> Non esiste una precisa definizione del fenomeno, che viene descritto in base alla presenza di alcuni elementi caratteristici (Amatucci e Manfredi 2005; Zaninotto 2005):

- la durata relativamente lunga della collaborazione;
- la realizzazione di un'adeguata ripartizione dei rischi fra le diverse parti coinvolte;
- la produzione di un servizio pubblico più efficace, efficiente ed economico.

<sup>2</sup> La concessione di costruzione e gestione è disciplinata dal nuovo Codice dei contratti pubblici, D.lgs. 163/2006, entrato in vigore dal 1° luglio 2006. Il Codice sostituisce la precedente normativa, che faceva riferimento alla legge quadro sui lavori pubblici 109/1994 (cosiddetta legge Merloni). Nel presente capitolo, tuttavia, si riportano i riferimenti sia agli elementi essenziali della precedente normativa, sia agli articoli del nuovo Codice.

finanziario, dell'iniziativa dai suoi promotori, evitando così la confusione di passività e attività inerenti il progetto. La costituzione della società di progetto permette di differenziare le operazioni di *project finance* dalla tradizionale concessione: se il raggruppamento di imprese che si è aggiudicato la concessione costituisce la società di progetto, si realizza un'operazione di *project finance*; in caso contrario, si ha la tradizionale concessione di costruzione e gestione<sup>3</sup>.

Pertanto, il *project finance* presenta le seguenti caratteristiche:

- il rimborso dei finanziamenti contratti è garantito solo e unicamente dalle attività del progetto e dal capitale di rischio dei soggetti che intervengono nell'operazione;
- la valutazione della capacità di rimborso del debito è principalmente basata sulle previsioni di reddito dell'iniziativa finanziata e non sull'affidabilità economico-patrimoniale dei promotori;
- l'iniziativa prevede un equo trasferimento dei rischi tra i soggetti coinvolti, secondo il principio di efficienza ed economicità;
- le garanzie sono prevalentemente di natura contrattuale, legate alle potenzialità di sfruttamento economico dell'operazione, e non di natura reale.

In relazione alle operazioni di concessione con *project finance*, si possono avere due differenti schemi procedurali, a seconda del grado di definizione dell'intervento da parte dell'azienda sanitaria:

- modello ad alta definizione pubblica, previsto dall'art. 144 del Codice dei contratti (*ex art. 19 della legge Merloni*);
- modello a bassa definizione pubblica (procedura con promotore), previsto dall'art. 153 del Codice dei contratti (*ex art. 37-bis della legge Merloni*).

In entrambi i casi, l'oggetto del rapporto tra azienda sanitaria e concessionario privato è l'affidamento di una concessione di progettazione, costruzione e gestione, con la differenza che, nel primo caso, gli elementi essenziali dell'operazione (progettazione preliminare, schema di massima degli accordi contrattuali, definizione degli aspetti economico-finanziari dell'iniziativa) sono definiti dall'azienda sanitaria e sono posti a base della successiva gara pubblica di affidamento della

<sup>3</sup> Si sottolinea come la scelta di costituire la società di progetto possa essere imposta dalla pubblica amministrazione concedente oppure possa essere lasciata all'aggiudicatario della concessione; l'art. 156 del Codice dei contratti (*ex art. 37-quinquies della legge Merloni*), infatti, recita: «Il bando di gara per l'affidamento di una concessione per la realizzazione e/o gestione di un'infrastruttura [...] deve prevedere che l'aggiudicatario ha la facoltà, dopo l'aggiudicazione, di costituire una società di progetto in forma di società per azioni o a responsabilità limitata, anche consortile. [...] La società così costituita diventa la concessionaria subentrando nel rapporto di concessione all'aggiudicatario senza necessità di approvazione o autorizzazione. [...] Il bando di gara può, altresì, prevedere che la costituzione della società sia un obbligo dell'aggiudicatario».

concessione; nel secondo caso, l'azienda sanitaria si limita a definire uno schema di massima dell'intervento, lasciando al soggetto privato (promotore) la definizione dell'intervento stesso (progettazione preliminare, modalità e caratteristiche di gestione del servizio, bozza di contratti di convenzione, piano economico-finanziario) e riservandosi la sola facoltà di valutazione della proposta.

*3. Costituzione di una fondazione di partecipazione* – La fondazione di partecipazione è un modello giuridico attraverso il quale si creano forme di collaborazione strutturata tra aziende sanitarie e imprese private, al fine di coinvolgere professionalità, risorse e competenze di natura privata nella gestione dei servizi. Generalmente le attività interessate sono diversificate e variano dai servizi ausiliari tradizionali (mensa, lavanderia, telefonia, raccolta e smaltimento rifiuti, magazzini, logistica, servizi informativi ecc.), ad alcuni servizi sanitari o socio-sanitari «essenziali» (prestazioni ambulatoriali, *day hospital* ecc.) o connessi all'area dei servizi a pagamento (attività libero-professionale intramuraria).

L'innovatività del modello della fondazione di partecipazione consiste nella possibilità di un coinvolgimento graduale delle forze economico-sociali locali, in quanto la struttura della fondazione prevede la presenza di diverse categorie di aderenti, ciascuna con propri diritti di intervenire nella *governance* del modello<sup>4</sup>:

- fondatori promotori, firmano l'atto costitutivo;
- fondatori aderenti, subentrano successivamente e fanno parte del consiglio di indirizzo, spesso con maggioranze qualificate;
- partecipanti sostenitori, contribuiscono sostenendo l'attività dell'ente e svolgono un ruolo all'interno degli organi decisionali;
- partecipanti a progetti speciali, contribuiscono a sostenere progetti specifici.

Le motivazioni che inducono le singole realtà a implementare soluzioni gestionali innovative sono tendenzialmente riconducibili oltre che all'apporto richiesto ai soggetti privati in termini di know-how professionale e gestionale qualificato, di capitali a sostegno della realizzazione di nuove iniziative, anche alla ricerca di soluzioni organizzative più flessibili. La fondazione, inoltre, al pari della società di progetto, permette, rispetto alle altre attività dei soggetti coinvolti, quella separazione economica e giuridica dell'operazione in grado di rendere adatto il modello anche per operazioni più complesse di realizzazione e gestione di strutture sanitarie.

*4. Contratti di leasing (operativo, finanziario, immobiliare)* – Il leasing consiste

<sup>4</sup> In linea generale, sono organi della fondazione di partecipazione: presidente; consiglio di indirizzo; consiglio di amministrazione (a volte anche direttore generale); assemblea dei partecipanti (a volte esprime rappresentanti nel consiglio di amministrazione); comitato/i tecnico/i; collegio dei revisori.

in un contratto di natura prevalentemente finanziaria, assimilato a un contratto di locazione, in cui un'impresa (locatore) concede in godimento un bene (mobile, immobile), generalmente realizzato o acquistato con proprie risorse, contro il corrispettivo, da parte dell'utilizzatore (locatario), di un canone periodico, comprendente gli oneri relativi alla disponibilità del bene stesso (quota di ammortamento, oneri finanziari, spese di manutenzione).

L'aspetto peculiare di questo strumento finanziario consiste nella possibilità, per l'azienda sanitaria, di acquisire un nuovo *asset* senza dover anticipare le risorse finanziarie necessarie al suo utilizzo, ma corrispondendo solo un canone e riservandosi la facoltà, al termine del periodo contrattuale, di divenirne proprietaria a un prezzo di riscatto prestabilito<sup>5</sup>.

*5. Società a capitale misto pubblico-privato* – Per la realizzazione di investimenti e la gestione dei servizi, le aziende sanitarie possono ricorrere al modello della società a capitale misto pubblico-privato, il cui utilizzo è legato ad alcune considerazioni di natura economica e giuridica. Da un lato, infatti, la società mista consente all'azienda sanitaria di disporre, per la prestazione di servizi e la realizzazione di opere, di un'organizzazione imprenditoriale dotata di ampia flessibilità gestionale; dall'altro, l'autonomia patrimoniale che caratterizza la società mista consente di realizzare una netta separazione dell'attività, sotto un profilo non solo giuridico, ma, soprattutto, economico e finanziario. L'interesse prevalente dell'azienda sanitaria risiede nella possibilità di gestire un servizio con logiche imprenditoriali, in modo da operare in condizioni di maggiore elasticità ed economicità, soluzione non sempre possibile con altre forme previste dalla norma.

La differenza sostanziale con il modello della concessione di costruzione e gestione sta nel fatto che, nel presente modello, l'azienda sanitaria è uno dei soci della società di progetto e non l'ente che affida una concessione a un soggetto terzo. Dal punto di vista aziendale, i vantaggi più importanti sono i seguenti: innanzitutto, la sola presenza dell'azienda sanitaria nell'iniziativa economica, pur se con quota di capitale esigua, le permette quantomeno un'informazione diretta sull'attività dell'impresa; inoltre, la convenienza può derivare dalla possibilità di acquisire disponibilità finanziarie, risorse tecnologiche, ma soprattutto esperienze, competenze e managerialità di cui le aziende private dispongono e che sono condizioni fondamentali per consentire all'azienda sanitaria di offrire, anche in futuro, servizi a un livello qualitativo più elevato.

In generale, i soci sono portatori di interessi differenti, ma sono legati da un accordo di medio-lungo termine basato su un puntuale sistema di garanzie e regole contrattuali.

Rispetto, invece, al modello della fondazione di partecipazione, la società mista presenta maggiori vincoli e rigidità, legati da un lato alle prescrizioni del Codice

<sup>5</sup> Per maggiori approfondimenti relativi al leasing nel settore sanitario, si rimanda a Lecci e Marsilio (2005).

civile, in termini di organi sociali e rispettive competenze, capitale sociale, deliberazioni e maggioranze; dall'altro, alle difficoltà connesse alla gara, a evidenza pubblica, per la scelta dei soci privati.

*6. Sperimentazioni gestionali* – I modelli giuridici visti in precedenza potrebbero ricadere all'interno delle sperimentazioni gestionali, introdotte nel nostro ordinamento attraverso la legge Finanziaria del 1992 (legge 30 dicembre 1991, n. 412): la norma ha previsto la possibilità di attuare forme di collaborazione tra settore pubblico e privato, finalizzate all'acquisizione di risorse finanziarie, di conoscenze e di esperienze, per migliorare l'efficienza del sistema sanitario, «ivi comprese quelle riguardanti le modalità di pagamento e di remunerazione dei servizi, quelle riguardanti servizi e prestazioni fornite da soggetti singoli, istituzioni e associazioni volontarie di mutua assistenza aventi personalità giuridica, consorzi e società di servizi», a patto che fossero garantiti livelli uniformi di assistenza e nel limite dei finanziamenti stanziati.

A seguito del processo di aziendalizzazione e regionalizzazione attuato con i D.lgs. 502/1992 e 517/1993, il quadro delle sperimentazioni è stato delineato con maggior precisione, rispetto alle forme di gestione attivabili, con particolare richiamo alle collaborazioni tra operatori pubblici e imprese private, alle attività potenzialmente oggetto dell'innovazione gestionale e alle responsabilità pubbliche per il controllo e la garanzia della tutela della salute dei cittadini. Inoltre, la legge 405/2001 ha trasferito la competenza in materia di sperimentazione dalla Conferenza Stato-Regioni alle singole regioni, attribuendo loro la potestà di definire con ampi gradi di autonomia il quadro generale di riferimento per l'introduzione di possibili forme di sperimentazione e innovazione gestionale.

In linea generale, le formule giuridiche analizzate in precedenza ricadono in una sperimentazione gestionale quando le attività e i servizi coinvolti non riguardano solo i servizi di supporto tradizionali, ma si estendono ai servizi sanitari e socio-sanitari.

Indipendentemente dalla formula gestionale prescelta, le iniziative di partnership, legate agli investimenti, tra aziende sanitarie pubbliche e imprese private seguono un comune schema logico, basato su una diversa allocazione e distribuzione dei rischi dell'iniziativa, rispetto alle forme di appalto tradizionale.

Infatti, il modello applicabile al settore sanitario prevede una ripartizione delle competenze tra azienda sanitaria e partner (socio, concessionario, locatore) privato, secondo cui:

- il soggetto privato realizza l'infrastruttura (ammodernamento, ristrutturazione, ampliamento, realizzazione *ex novo*), anche grazie a un contributo pubblico a fondo perduto (prezzo) da parte dell'azienda sanitaria;
- al soggetto privato spetta la gestione di tutti i servizi di supporto, come manutenzione ordinaria e straordinaria dell'edificio, degli impianti e delle aree verdi;

servizi amministrativi (reception, servizio unico prenotazioni, centro contabile, procedure e rilevazioni informatizzate); servizi alberghieri di carattere industriale (mensa per degenti e personale, pulizia e sanificazione, lavanderia, raccolta, stoccaggio e smaltimento rifiuti, anche speciali, trasporti interni, vigilanza, gestione del calore); servizi di supporto all'attività sanitaria (fornitura e manutenzione della strumentazione e delle tecnologie mediche, sale operatorie, laboratorio, diagnostica per immagini, magazzino ospedaliero, logistica di beni, farmaci e presidi sanitari e non sanitari, farmacia, disinfezione); servizi commerciali (parcheggi, bar, ristorante); servizi immobiliari (noleggio aree per attività commerciali);

- la competenza nell'erogazione di tutte le attività sanitarie spetta all'azienda sanitaria pubblica, tranne in alcuni casi, in cui sono previsti diversi gradi di coinvolgimento dei soggetti privati (fondazione di partecipazione).

Pertanto, al fine di assicurare l'equilibrio economico-finanziario dell'operazione, la partnership prevede:

- l'acquisto di tutte le attività di supporto da parte dell'azienda sanitaria (modello cosiddetto a tariffazione diretta sulla pubblica amministrazione), attraverso la corresponsione di un canone al partner privato;
- il versamento di un prezzo, spesso rilevante, a favore del soggetto privato;
- la gestione diretta, da parte del privato, delle attività commerciali, con tariffe sugli utenti;
- la gestione del patrimonio immobiliare, attraverso l'affitto di spazi (commerciali, parasanitari) a favore di soggetti privati.

Per queste caratteristiche, nel settore sanitario il modello puro di *project finance* (ossia, senza il coinvolgimento, in termini sia finanziari sia di assunzione di rischi da parte dell'azienda sanitaria pubblica) lascia il posto a forme di PPP, caratterizzate da un coinvolgimento più ampio del soggetto pubblico, in collaborazione con il privato, per la realizzazione dell'investimento.

### 20.3 Definizione del campo di indagine e della metodologia

Quelli fin qui presentati sono, come si diceva, tutti i possibili modelli che consentono la realizzazione di una PPP.

Lo scopo del presente lavoro è, nello specifico, quello di ricostruire tutte le esperienze di *project financing* (che delle PPP rappresentano sicuramente il modello più ricorrente) in sanità (Amatucci 2004), al fine di verificarne i concreti benefici apportati, l'effettiva utilità per le aziende sanitarie, le implicazioni di natura istituzionale, gestionale, organizzativa, l'impatto sulla programmazione regionale.

La popolazione obiettivo di questo lavoro è costituita, però, non da tutte le esperienze di PF avviate in sanità, bensì solo da quelle aggiudicate alla data del 30 giugno 2006, in modo da evidenziare il tasso di «caduta» della procedura.

Il disegno dello studio si configura come una *survey* strutturata in tre fasi, vale a dire una rilevazione mediante questionari o interviste, in cui sono state attinte direttamente le informazioni presso le unità che costituiscono il campo d'osservazione.

Una prima fase è stata costituita da una ricognizione di tutte le iniziative censite ufficialmente (Osservatorio Finlombarda e Unità tecnica finanza di progetto del ministero dell'Economia) per verificare quali fossero state aggiudicate.

Nella seconda fase a tutte le iniziative aggiudicate è stato sottoposto un questionario e sono state realizzate interviste telefoniche, con l'obiettivo di applicare una griglia di analisi in grado di rappresentare:

- i riferimenti dell'azienda sanitaria coinvolta e la sua localizzazione geografica;
- l'oggetto della concessione;
- la dimensione economica dell'operazione;
- la procedura adottata;
- l'anno di aggiudicazione e i tempi della procedura;
- il numero di imprese partecipanti alla gara.

Nella terza fase è stato chiesto a tutte le aziende sanitarie coinvolte di fornire una serie di documenti, vale a dire:

- bando di gara;
- capitolato;
- contratto/convenzione di concessione;
- studi di fattibilità;
- piano economico-finanziario;
- eventuali altri documenti (se disponibili).

La terza fase si è caratterizzata per una serie di criticità: in generale le aziende sanitarie tendono a non cedere le informazioni e i documenti delle iniziative di PF avviate. Di fatto, l'impressione tratta è che tali informazioni e documenti siano considerati «dati sensibili» dalle aziende, pur essendo posti a base di procedure di gara a evidenza pubblica e dunque consultabili su richiesta.

In definitiva, sembra che, in alcuni casi, le aziende sanitarie non abbiano maturato un'adeguata conoscenza di questi strumenti e, di conseguenza, tendano a non divulgare informazioni di cui non riescono a gestire pienamente il contenuto: questo ha fatto sì che le valutazioni derivanti dall'analisi documentale siano espresse non sulla totalità delle aziende, bensì solo su quelle che hanno fornito il materiale richiesto.

## 20.4 Lo stato dell'arte delle esperienze in corso

### 20.4.1 La ricognizione delle esperienze

Con 72 iniziative *in itinere* censite, per un valore complessivo degli investimenti che tocca quota 4,12 miliardi di euro, la finanza di progetto si afferma sempre più come motore giovane dell'edilizia ospedaliera nazionale.

Queste sono le considerazioni che sembrano emergere dai dati dell'Osservatorio nazionale sulla finanza di progetto in sanità, che rilevano una consistente crescita (del 14,7 per cento) dei progetti avviati nell'ultimo biennio e una preminenza di questo tipo di iniziative nel mercato dell'edilizia sanitaria (con circa il 24 per cento delle gare bandite e il 56,8 per cento del valore degli appalti).

Inoltre, l'evoluzione dell'ultimo biennio sembrerebbe conferire all'Italia un insolito primato sulla scena internazionale: su uno stock complessivo di 257 iniziative di finanza di progetto censite a livello mondiale nel settore dell'edilizia sanitaria (valore 37,3 miliardi di euro), la nostra nazione registra un utilizzo dello strumento secondo solo a quella britannico. Regno Unito e Italia rappresentano, infatti, rispettivamente il 49,8 per cento e il 28 per cento dei progetti totali, corrispondenti al 73,3 per cento e all'11 per cento del valore degli investimenti.

Questo è il quadro dal punto di vista delle procedure «formalmente» avviate, ma solo 27 delle 72 iniziative censite sono state aggiudicate, e ancor meno sono quelle in cui almeno la fase di realizzazione dell'investimento può dirsi ufficialmente conclusa.

Di seguito verranno analizzate proprio le iniziative di PF in essere, intendendo, con questa espressione, quelle in cui la gara, oltre a essere stata svolta, è stata anche aggiudicata e in cui la procedura non si è bloccata. Il motivo di questa scelta deriva, come detto in precedenza, dalla volontà di analizzare solo le esperienze reali di *project finance* in sanità, avendo osservato che esiste un tasso di caduta molto elevato e che poco più di un terzo delle iniziative avviate hanno portato al concreto avvio di lavori di esecuzione dell'opera.

Nella Tab. 20.1 vengono riassunte le iniziative concluse, ordinate per anno di aggiudicazione.

Dai dati emerge come l'anno più ricco dal punto di vista delle aggiudicazioni sia stato il 2004 (con 10 gare aggiudicate), seguito a ruota dal 2005 (8 aggiudicazioni), mentre, al 30 giugno 2006, per il 2006 erano state formalizzate due sole aggiudicazioni.

L'indicazione dell'anno di aggiudicazione, tuttavia, non deve trarre in inganno: in molti dei casi presentati, la procedura era stata avviata da tempo, mediamente almeno un anno prima, mentre i lavori di esecuzione dell'opera, spesso, sono ancora in corso, anche perché strumenti di questo tipo vengono utilizzati per investimenti di una certa importanza, come verrà chiarito in seguito (parr. 20.4.2 e 20.4.3).

Tabella 20.1 **Le iniziative aggiudicate e avviate concretamente**

<b>Nome azienda</b>	<b>Anno di aggiudicazione</b>
Azienda Sanitaria Locale di Parma	2000
Azienda Sanitaria Locale di Macerata	2000
Azienda Ospedaliera «Spedali civili di Brescia»	2002
Azienda Ospedaliera «Bolognini» di Seriate	2002
Azienda Sanitaria Locale di Cagliari	2002
Azienda Sanitaria Locale Veneziana	2002
Azienda Ospedaliera CTO-CRF Maria Adelaide di Torino	2003
Azienda Sanitaria Locale di Asti	2003
Azienda Sanitaria Locale di Caserta 2	2004
Azienda Sanitaria Locale di Napoli 1	2004
Azienda Sanitaria Locale di Modena	2004
Azienda Sanitaria Locale Spezzino	2004
Fondazione Presidio Ospedaliero «San Pellegrino» di Castiglione delle Stiviere	2004
Fondazione Presidio Ospedaliero «Fratelli Montecchi» di Suzzara	2004
Azienda Ospedaliera «Carlo Poma» di Mantova	2004
Azienda Policlinico Universitario di Catania	2004
Azienda Sanitaria Locale di Asolo	2004
Azienda Sanitaria Locale Genovese	2005
Azienda Ospedaliera «Niguarda Ca' Granda»	2005
Azienda Ospedaliera Ospedale Civile di Legnano	2005
Azienda Ospedaliera Ospedale Civile di Vimercate	2005
Azienda Sanitaria Locale di Alba	2005
Azienda Sanitaria Locale n. 13 di Novara	2005
Azienda Sanitaria Locale n. 7 di Chivasso	2005
Azienda Ospedaliera «Careggi» di Firenze	2005
Azienda Sanitaria Locale di Prato	2006
Azienda Ospedaliera «Sant'Anna» di Como	2006

*Fonte:* elaborazione degli autori su dati UTFP

A oggi, comunque, sono le ASL ad aver concluso il maggior numero di gare, con 15 progetti aggiudicati, mentre 9 sono quelli aggiudicati da AO<sup>6</sup>, 2 quelli che vedono coinvolte le fondazioni, nello specifico quelle dei presidi ospedalieri di Castiglione delle Stiviere e di Suzzara, mentre in un solo caso la procedura è stata utilizzata da un policlinico universitario, ovvero quello di Catania.

#### 20.4.2 Analisi geografica ed economica

L'utilizzo degli strumenti di PFI e del *project finance* nello specifico si manifesta in modo differenziato nelle diverse aree del paese (Tab. 20.2).

Se ragioniamo in termini di progetti avviati (indipendentemente dal fatto che siano stati aggiudicati o meno) la presenza più elevata (in termini di numerosità dei progetti e di valore economico degli stessi) si registra in Lombardia, dove si concentra il 30 per cento del mercato di settore (16 progetti avviati per un valore complessivo di 1,2 miliardi di euro).

Seguono, quasi a pari merito per valore, Toscana (529 milioni di euro), Piemonte (521 milioni di euro) e Veneto (507 milioni di euro), che però presentano un numero di iniziative disomogeneo, vale a dire rispettivamente 5, 11 e 7.

In tutte le regioni eccetto Molise e Valle d'Aosta e le due province autonome di Trento e Bolzano, sono state avviate delle iniziative di realizzazione di investimenti in sanità attraverso il *project finance*, mentre, ragionando per macroaree, emerge chiaramente il primato del Nord Italia (42 progetti; 2,6 miliardi), seguito da Sud e Isole (19 progetti; 796 milioni) e dal Centro (11 progetti; 700 milioni).

La Tab. 20.2 evidenzia anche la dimensione economica media per progetto avviato nelle diverse regioni: a prevalere è il dato della Toscana, in cui mediamente i progetti valgono 105.837.366 euro, seguita dal Lazio con 101.494.626 euro e dalla Campania con 83.616.656 euro.

Al contrario, le regioni in cui mediamente i progetti presentati hanno il valore più basso sono Abruzzo (un solo progetto, dell'importo di 5.765.851 euro), Friuli Venezia Giulia (un solo progetto, dell'importo di 7.433.800 euro), Marche (quattro progetti e una media di 11.275.811 euro) e Puglia (quattro progetti, tutti presentati dall'ASL di Brindisi, per una dimensione media di 13.250.000 euro).

Complessivamente, dunque, si registrano 72 progetti, per un corrispettivo totale di 4.114.546.771 euro e una media di 57.146.483 euro

Tuttavia, come detto in precedenza, si tratta di valutazioni puramente teoriche, mentre la realtà è ben diversa, perché della totalità delle iniziative avviate, solo 27 sono state aggiudicate (Tab. 20.3).

Di queste, quella di importo più elevato è stata aggiudicata dall'ASL di Prato, con 421.892.829 euro (per la realizzazione, mediante unica procedura, dei quattro ospedali di Lucca, Prato, Apuane e Pistoia), seguita dai progetti dell'ASL Napoli

<sup>6</sup> Il numero di PFI avviate dalle aziende ospedaliere è 11 se si tiene conto della società mista realizzata dall'AO S. Croce di Cuneo per la ristrutturazione complessiva della sede dell'ospedale.

Tabella 20.2 **La distribuzione per regione dei progetti avviati e della dimensione economica complessiva e media**

<b>Regioni</b>	<b>Numero di progetti</b>	<b>Ammontare complessivo</b>	<b>Dimensione economica media</b>
Piemonte	11	521.305.500	47.391.409
Valle d'Aosta	—	—	—
Lombardia	16	1.209.908.005	75.619.250
Provincia di Bolzano	—	—	—
Provincia di Trento	—	—	—
Veneto	7	507.280.390	72.468.627
Friuli Venezia Giulia	1	7.433.800	7.433.800
Liguria	2	151.594.000	75.797.000
Emilia Romagna	5	206.404.870	41.280.974
Toscana	5	529.186.829	105.837.366
Umbria	2	49.807.972	24.903.986
Marche	3	33.827.434	11.275.811
Lazio	1	101.494.626	101.494.626
Abruzzo	1	5.765.851	5.765.851
Molise	—	—	—
Campania	4	334.466.623	83.616.656
Puglia	4	53.000.000	13.250.000
Basilicata	1	67.813.400	67.813.400
Calabria	1	32.147.634	32.147.634
Sicilia	6	207.500.251	34.583.375
Sardegna	2	95.609.586	47.804.793
<b>Totale</b>	<b>72</b>	<b>4.114.546.771</b>	<b>57.146.483</b>

Fonte: elaborazioni su dati Finlombarda

1 (187.820.836 euro) e dell'ASL Veneziana (179.798.272 euro), mentre quella di importo più ridotto è stata aggiudicata dall'Azienda Policlinico Universitario di Catania, per soli 1.942.065 euro.

Se si va a guardare la situazione a livello regionale (Tab. 20.4) è possibile osservare come in quasi tutte le regioni ci siano percentuali di aggiudicazioni delle gare piuttosto basse, a eccezione della Liguria, che ha aggiudicato ambedue i *project* avviati.

Tabella 20.3 I progetti aggiudicati per regione di riferimento e importo

<b>Nome azienda</b>	<b>Regione</b>	<b>Dimensione economica</b>
Azienda Ospedaliera CTO-CRF Maria Adelaide di Torino	Piemonte	28.000.000
Azienda Sanitaria Locale di Alba	Piemonte	145.000.000
Azienda Sanitaria Locale di Asti	Piemonte	11.500.000
Azienda sanitaria locale n. 7 di Chivasso	Piemonte	5.600.000
Azienda Sanitaria Locale n. 13 di Novara	Piemonte	5.855.500
Azienda Ospedaliera «Spedali civili di Brescia»	Lombardia	37.995.734
Azienda Ospedaliera «Bolognini» di Seriate	Lombardia	3.610.501
Azienda Ospedaliera «Carlo Poma» di Mantova	Lombardia	9.990.000
Azienda Ospedaliera «Niguarda Ca' Granda»	Lombardia	262.010.842
Azienda Ospedaliera Ospedale Civile di Legnano	Lombardia	155.921.000
Azienda Ospedaliera Ospedale Civile di Vimercate	Lombardia	131.820.604
Azienda Ospedaliera «Sant'Anna» di Como	Lombardia	154.772.216
Fondazione Presidio Ospedaliero «San Pellegrino» di Castiglione delle Stiviere	Lombardia	5.800.000
Fondazione Presidio Ospedaliero «Fratelli Montecchi» di Suzzara	Lombardia	3.171.892
Azienda Sanitaria Locale di Asolo	Veneto	122.328.169
Azienda Sanitaria Locale Veneziana	Veneto	179.798.272
Azienda Sanitaria Locale Genovese	Liguria	68.644.000
Azienda Sanitaria Locale Spezzino	Liguria	82.950.000
Azienda Sanitaria Locale di Modena	Emilia Romagna	23.891.509
Azienda Sanitaria Locale di Parma	Emilia Romagna	10.245.105
Azienda Sanitaria Locale di Prato	Toscana	421.892.829
Azienda Ospedaliera «Careggi» di Firenze	Toscana	23.000.000
Azienda Sanitaria Locale di Macerata	Marche	3.356.970
Azienda Sanitaria Locale Caserta 2	Campania	113.145.787
Azienda Sanitaria Locale Napoli 1	Campania	187.820.836
Azienda Policlinico Universitario di Catania	Sicilia	1.942.065
Azienda Sanitaria Locale di Cagliari	Sardegna	60.609.586

Tabella 20.4 **La distribuzione per regione dei progetti aggiudicati e della dimensione economica complessiva e media**

<b>Regione</b>	<b>Progetti avviati</b>	<b>Progetti aggiudicati</b>	<b>Ammontare complessivo</b>	<b>Dimensione economica media</b>
Piemonte	11	5	195.955.500	39.191.100
Lombardia	16	9	765.092.789	85.010.310
Veneto	7	2	302.126.441	151.063.221
Liguria	2	2	151.594.000	75.797.000
Emilia Romagna	5	2	34.136.614	17.068.307
Toscana	5	2	444.892.829	222.446.415
Marche	3	1	3.356.970	3.356.970
Campania	4	2	300.966.623	150.483.312
Sicilia	6	1	1.942.065	1.942.065
Sardegna	2	1	60.609.586	60.609.586
<b>Totale</b>	<b>72</b>	<b>27</b>	<b>2.260.673.417</b>	<b>83.728.645</b>

Tabella 20.5 **Confronto tra progetti avviati e progetti aggiudicati**

<b>Regione</b>	<b>Percentuale progetti aggiudicati</b>	<b>Percentuale ammontare effettivo rispetto a quello previsto</b>	<b>Percentuale dimensione media effettiva rispetto a quella prevista</b>
Piemonte	45,45	37,59	82,70
Lombardia	56,25	63,26	112,42
Veneto	28,57	59,56	208,45
Liguria	100,00	100,00	100,00
Emilia Romagna	40,00	16,54	41,35
Toscana	40,00	84,07	210,18
Marche	33,33	9,92	29,77
Campania	50,00	89,98	179,97
Sicilia	16,67	0,94	5,62
Sardegna	50,00	63,39	126,79
<b>Totale</b>	<b>37,50</b>	<b>54,04</b>	<b>146,52</b>

In tutte le altre regioni, si registra, appunto, una percentuale anche considerevole di procedure bloccate o di gare andate deserte o di situazioni di stallo (Tab. 20.5).

Complessivamente, dunque, le regioni nelle quali sono state aggiudicate delle gare di PF sono 9 (a fronte delle 17 previste), i progetti approvati sono il 37,5 per cento del previsto, anche se complessivamente è stato coperto il 54,9 per cento del fabbisogno economico stimato e la dimensione media è più elevata (146 per cento) di quella relativa alla totalità delle iniziative avviate. Questo aspetto, che ricorre in molte regioni, può portarci a pensare che forse le aziende tendono a porre maggiore attenzione sui PF che richiedono ingenti investimenti di risorse, ma non fanno altrettanto per gli altri, il che porta comunque a uno spreco di risorse economiche e di tempo.

### 20.4.3 Analisi dei bisogni soddisfatti

Le tecniche di partnership pubblico-privato, e di PF nello specifico, vengono utilizzate per far fronte ai fabbisogni primari di investimento, di qualunque natura essi siano. Nei 27 casi aggiudicati, è tuttavia possibile individuare delle macrocategorie di bisogni soddisfatti (Tab. 20.6):

- in 11 dei 27 progetti aggiudicati, l'oggetto della concessione è la realizzazione di un nuovo ospedale, a cui viene abbinata, tipicamente, l'erogazione di altri servizi;
- in 3 casi, la finalità perseguita è quella di ampliare o completare strutture esistenti, ma non rispondenti ai bisogni della collettività di riferimento;
- in 7 iniziative, l'oggetto del progetto è la ristrutturazione di strutture ospedaliere o ambulatoriali non più funzionali;
- in 6 dei 27 progetti aggiudicati, l'oggetto del PF è la realizzazione e gestione di servizi, tipicamente non *core*, come ristorazione, lavanderia, parcheggi ecc.

Dai dati emerge come il ricorso al PF costituisca un'occasione più per dare una risposta al fabbisogno di rinnovamento strutturale (realizzazione di nuove strutture o ristrutturazione di strutture esistenti), che per dare avvio a servizi non *core*: ciò indica come questa metodologia sia stata interpretata come sostitutiva rispetto alle tradizionali tecniche di investimento e non complementare.

## 20.5 Il modello di analisi

### 20.5.1 Presentazione del modello

Al fine di verificare la tesi di fondo di questo scritto e di confrontare esperienze molto diversificate tra di loro in termini di struttura giuridica, dimensioni, durata del contratto, numerosità di soggetti coinvolti e complessità dell'operazione, è necessario definire un modello concettuale di analisi, all'interno del quale classificare le operazioni di partnership finanziaria.

Tabella 20.6 **Le categorie di bisogni soddisfatti attraverso i progetti aggiudicati**

<b>Nome azienda</b>	<b>Regione</b>	<b>Categoria</b>
Azienda Ospedaliera CTO-CRF «Maria Adelaide» di Torino	Piemonte	Ampliamento
Azienda Sanitaria Locale di Asti	Piemonte	Servizi
Azienda Sanitaria Locale n. 7 di Chivasso	Piemonte	Servizi
Azienda Sanitaria Locale n. 13 di Novara	Piemonte	Ristrutturazione
Azienda Sanitaria Locale di Alba	Piemonte	Nuovo ospedale
Azienda Ospedaliera «Spedali civili di Brescia»	Lombardia	Ampliamento
Azienda Ospedaliera «Niguarda Ca' Granda»	Lombardia	Ristrutturazione
Azienda Ospedaliera Ospedale Civile di Legnano	Lombardia	Nuovo ospedale
Fondazione Presidio Ospedaliero «San Pellegrino» di Castiglione delle Stiviere	Lombardia	Ristrutturazione
Fondazione Presidio Ospedaliero «Fratelli Montecchi» di Suzzara	Lombardia	Ristrutturazione
Azienda Ospedaliera «Bolognini» di Seriate	Lombardia	Servizi
Azienda Ospedaliera «Carlo Poma» di Mantova	Lombardia	Ristrutturazione
Azienda Ospedaliera «Ospedale Civile» di Vimercate	Lombardia	Nuovo ospedale
Azienda Ospedaliera «Sant'Anna» di Como	Lombardia	Servizi
Azienda Sanitaria Locale di Asolo	Veneto	Ristrutturazione
Azienda Sanitaria Locale Veneziana	Veneto	Nuovo ospedale
Azienda Sanitaria Locale Genovese	Liguria	Nuovo ospedale
Azienda Sanitaria Locale Spezzino	Liguria	Nuovo ospedale
Azienda Sanitaria Locale di Modena	Emilia Romagna	Ampliamento
Azienda Sanitaria Locale di Parma	Emilia Romagna	Nuovo ospedale
Azienda Sanitaria Locale di Prato	Toscana	Nuovo ospedale
Azienda Ospedaliera «Careggi» di Firenze	Toscana	Ristrutturazione
Azienda Sanitaria Locale di Macerata	Marche	Servizi
Azienda Sanitaria Locale di Caserta 2	Campania	Nuovo ospedale
Azienda Sanitaria Locale di Napoli 1	Campania	Nuovo ospedale
Azienda Policlinico Universitario di Catania	Sicilia	Servizi
Azienda Sanitaria Locale di Cagliari	Sardegna	Nuovo ospedale

Il modello interpretativo deve basarsi non solo sulla classificazione e sulla descrizione delle operazioni, ma soprattutto sull'approfondimento delle principali criticità, allo scopo di fornire agli operatori elementi di valutazione dell'impatto delle partnership sull'azienda sanitaria. Il modello concettuale di analisi è, pertanto, costituito da due dimensioni, una istituzionale e l'altra gestionale, tra loro ben distinte da un punto di vista strategico, ma strettamente collegate da un punto di vista operativo.

Per quanto riguarda la dimensione istituzionale, assumono particolare importanza gli strumenti di *governance*: l'individuazione delle scelte e degli obiettivi dell'investimento, la definizione delle caratteristiche dei servizi da erogare, la determinazione dell'equilibrio tra interesse pubblico e interesse privato, la programmazione dei risultati attesi, sia in termini di target di utenti sia di output e di *outcome* (Longo 2005), la verifica degli standard di qualità attesi, la definizione dei soggetti preposti all'effettuazione del controllo, la previsione di strumenti di controllo efficace. Diventa, quindi, importante indagare:

- grado di affinità strategica di lungo periodo tra le controparti;
- presenza di strumenti di controllo all'interno dell'accordo e loro strutturazione;
- struttura degli accordi tra le controparti (presenza di raffinati strumenti di *governance*).

Nelle operazioni realizzate in Italia, non sempre vengono adottati corretti strumenti di *governance*. Come emerge dalla Tab. 20.7 solo alcuni casi hanno dedicato particolare attenzione all'implementazione di adeguati strumenti.

È immediato notare come gli strumenti di *governance* maggiormente adottati nelle operazioni di *project finance* facciano riferimento a:

- presenza di un sistema dettagliato di penali, spesso anche molto sofisticato, legato al verificarsi di eventi pregiudizievoli o al mancato rispetto del contratto;
- attenta valutazione, in sede di bando di gara, degli elementi formali; presenza dei requisiti dei partecipanti alla gara, bilanci degli ultimi anni, certificati rilasciati da altri enti pubblici in merito ai servizi effettuati, certificati di regolarità nei confronti degli istituti previdenziali e assistenziali ecc.

Si vuole sottolineare come, in parte per una sorta di prassi consolidata mutuata dal modello burocratico, in parte per la difficoltà di adottare strumenti più sofisticati, le forme di controllo, di valutazione, di *governance* facciano riferimento prevalentemente a elementi di natura formale.

Tuttavia, nelle operazioni di successo, pur non potendo parlare di affinità strategica, i fattori critici sono rappresentati da:

- grado di coinvolgimento dei principali portatori di interesse, sia all'interno sia all'esterno della struttura;

Tabella 20.7 **Principali strumenti di governance**

<b>Strumento adottato</b>	<b>Numero di casi</b>	<b>Percentuale</b>
Presenza di un rappresentante dell'azienda sanitaria all'interno dell'assemblea dei soci della società di progetto	4	14,8
Presenza di un rappresentante dell'azienda sanitaria all'interno del collegio sindacale della società di progetto	3	11
Presenza di un rappresentante dell'azienda sanitaria all'interno del consiglio d'amministrazione della società di progetto	2	7,4
Presenza di un comitato tecnico scientifico, con funzioni di monitoraggio e controllo della qualità dei servizi, e di evoluzione della scienza medica, nominato dall'azienda sanitaria e presenza di un rappresentante della società concessionaria	3	11
Presenza di un organo di vigilanza che deve approvare la destinazione commerciale delle aree, proposta dal concessionario, secondo criteri di compatibilità e funzionalità all'attività sanitaria	3	11
Presenza di uno specifico organo «responsabile della gestione», nominato dall'azienda sanitaria, che si interfaccia e controlla l'operato del concessionario	2	7,4
Presenza di uno specifico organo «responsabile controllo qualità e sicurezza sul lavoro», nominato dall'azienda sanitaria, con il compito di sovrintendere agli interventi di protezione e prevenzione rischi, legge 494/1996	2	7,4
Presenza di «indici di prestazione» dei singoli servizi, collegati a un sistema di penali	4	14,8
Obbligo del concessionario di redarre dettagliati rapporti periodici sull'andamento della gestione	4	14,8
Presenza di penali legate al rispetto dei contratti di gestione dei servizi	27	100
Precisa e dettagliata indicazione dei requisiti del concessionario in sede di bando di gara	27	100

- previsione di momenti di condivisione, collaborazione e negoziazione tra aziende sanitarie e imprese private.

Dall'analisi effettuata, infatti, emerge come la previsione di momenti di condivisione, anche in fase di progettazione preliminare, con tutti gli utilizzatori della struttura (personale medico e tecnico-infermieristico, comitati di rappresentanza della collettività, forze istituzionali locali, sindacati) abbia facilitato l'iter procedurale e garantito il successo dell'operazione (Tab. 20.8).

Tabella 20.8 **Strumenti di condivisione con gli stakeholder**

Strumenti di condivisione	Numero di casi	Percentuale
Previsione di organi paritetici, composti dai principali stakeholder, con funzioni di indirizzo	15	55
Previsione di momenti di confronto con la collettività e con i rappresentanti degli stakeholder	12	44

Tabella 20.9 **Strumenti di condivisione tra interlocutori pubblici e privati**

Strumenti di condivisione	Numero di casi	Percentuale
Previsione di incontri con i principali operatori del mercato per illustrare le finalità dello strumento del project finance (dibattiti, convegni, tavoli) e dell'operazione specifica	18	66
Convocazione dei promotori in momenti diversi, per illustrazione e condivisione degli elementi essenziali dell'operazione	16	59
Previsione di momenti di negoziazione sugli aspetti essenziali (contrattuali, tecnico-ingegneristici, gestionali, economico-finanziari)	21	77

Allo stesso modo, la previsione di momenti istituzionali di condivisione delle fasi procedurali e di negoziazione tra imprese private e aziende sanitarie facilita il raggiungimento di accordi relativi agli aspetti più delicati dell'operazione. Nei casi analizzati, sono stati previsti diversi momenti di confronto (Tab. 20.9).

L'analisi della dimensione gestionale è, invece, finalizzata alla valutazione degli elementi di convenienza, in un'operazione di partnership finanziaria, per un'azienda sanitaria. In altre parole, occorre valutare se i sacrifici richiesti all'azienda sanitaria vengono compensati dai benefici da questa ottenuti. Diventa importante, di conseguenza, verificare:

- analisi dei contributi richiesti e offerti tra le controparti (essenza dello scambio);
- individuazione dei vantaggi per i soggetti coinvolti;
- valutazione delle criticità e dei limiti per i soggetti coinvolti.

I fattori di maggiore svantaggio per un'azienda sanitaria si possono sintetizzare in:

- maggiore onerosità del debito contratto da un soggetto privato rispetto a un soggetto pubblico;
- maggiori costi di strutturazione di un'operazione di partnership finanziaria (in particolare, *project finance*) rispetto alla tradizionale gara di appalto;

- necessità di garantire al soggetto privato un livello di remunerazione adeguato al rischio e al livello di investimento;
- eccessivo peso del cofinanziamento pubblico attraverso forme di contributo a fondo perduto (cosiddetto «prezzo»);
- maggiore costo dell'operazione derivante dalla diseconomia fiscale legata al pagamento dell'IVA;
- maggiori tempi per l'implementazione della procedura e per la gestione della gara a evidenza pubblica, soprattutto nella procedura con promotore, rispetto alla tradizionale gara di appalto;
- maggiore rischio di contenzioso legato alla procedura di scelta del partner privato, soprattutto nella procedura con promotore;
- impatto sociale delle attività di natura commerciale.

L'analisi empirica delle operazioni a oggi concluse conferma molte delle criticità individuate, soprattutto se si considerano i dati aggregati riportati nella Tab. 20.10.

In relazione alla maggiore onerosità dell'indebitamento contratto da una società di progetto privata, rispetto all'azienda sanitaria, dai dati analizzati emerge uno *spread*, in media, di circa 1,5-2 punti percentuali. Per comprendere la dimensione dell'impatto di questo dato sul sistema, occorre considerare che il valore assoluto del debito, rispetto alle operazioni a oggi aggiudicate, ammonta a circa 728 milioni di euro. Questo comporta un maggiore costo, sull'intero sistema, di circa 11-15 milioni di euro, pari, in media, a circa 400.000-500.000 euro a operazione.

Al maggiore costo del debito ora individuato occorre sommare i costi di strutturazione di un'operazione di *project finance*. Nelle operazioni analizzate sono state individuate due categorie di costi di strutturazione dell'operazione:

- a. costi a carico dell'azienda sanitaria, per preparazione di atti di gara, commissioni di valutazione, consulenze; i dati empirici, emergenti dall'analisi effettuata (sommministrazione di questionari e interviste telefoniche), mostrano come, in media,

Tabella 20.10 **Dati aggregati**

Numero di operazioni aggiudicate	27
Investimento totale	2 miliardi di euro
Contributo medio in conto prezzo versato dalle aziende sanitarie	48%, pari a 960 milioni di euro
Investimento del partner privato	1 miliardo e 40 milioni di euro
Risorse proprie del partner privato (capitale più finanziamento soci)	30%, pari a circa 312 milioni di euro
Risorse di debito	70%, pari a circa 728 milioni di euro

Tabella 20.11 Costi a carico dell'azienda sanitaria

Costo strutturazione operazione	< 50.000 euro	Da 50.000 a 80.000 euro	Da 80.000 a 100.000 euro	> 100.000 euro
Numero di casi	2	5	12	2

Tabella 20.12 Costi strutturazione dell'operazione

Costo advising (percentuale del valore dell'investimento)	< di 0,5%	Da 0,5 a 1%	Da 1 a 1,5%	> 1,5%
Numero di casi	—	9	2	1
Success fee (percentuale del valore dell'investimento)	< di 0,5%	Da 0,5 a 1%	Da 1 a 1,5%	> 1,5%
Numero di casi	1	5	—	—
Costo arranging (percentuale del valore del debito)	< di 0,5%	Da 0,5 a 1%	Da 1 a 1,5%	> 1,5%
Numero di casi	2	6	2	1

l'ammontare di questa categoria di costo sia intorno agli 80.000-100.000 euro per ogni operazione (Tab. 20.11)

b. costi di strutturazione dell'operazione sostenuti dal soggetto privato, sia per la preparazione della gara pubblica, sia per le commissioni versate agli istituti di credito. A quest'ultimo riguardo, le esperienze analizzate individuano due principali categorie di commissione:

- per attività di *advisoring* (studio, analisi ed elaborazione della proposta); nella maggior parte delle operazioni analizzate è pari, in media, allo 0,5 per cento del valore dell'investimento; in alcuni casi è stata collegata anche a una commissione di successo dell'iniziativa (*success fee*), pari a un aggiuntivo 0,5 per cento del valore dell'investimento (Tab. 20.12);
- per attività di *arranging* (strutturazione definitiva del finanziamento); nella maggior parte delle operazioni analizzate la dimensione di questa commissione varia tra lo 0,5 e l'1 per cento del valore del debito (Tab. 20.12).

La valutazione delle voci appena individuate porta a un maggiore onere, per le operazioni di finanza di progetto, di circa l'1-1,5 per cento del valore dell'investimento, ossia dai 7 agli 11 milioni di euro, che ricadono, indirettamente, sul sistema sanitario e che, su ogni operazione, pesano in media tra i 250.000 e i 400.000 euro.

A queste voci va aggiunto un livello di remunerazione, per i soggetti che entrano nell'operazione, adeguato al ruolo svolto, all'investimento effettuato, al livello di

Tabella 20.13 **Rendimento delle operazioni di project finance**

	TIR < 8%	8% < TIR < 10%	TIR > 10%
Numero di casi	4	4	12

rischio assunto. In molti casi (Tab. 20.13), tuttavia, il livello di rendimento risulta sproporzionato: un tasso interno di rendimento superiore al 10 per cento (12 casi su 20) non trova alcuna giustificazione nel livello di rischio del modello applicabile al settore sanitario. Spesso, tale livello di rendimento è dovuto a una scarsa capacità contrattuale delle aziende sanitarie, a una bassa capacità di valutazione dei piani economico-finanziari, a comportamenti opportunistici di alcuni partner privati.

Un ulteriore elemento di aggravio di costi, per il settore sanitario, è dovuto all'impatto fiscale dell'iniziativa, principalmente in termini di IVA, versata sia sul contributo in conto prezzo, sia sul canone di gestione.

In relazione al contributo in conto prezzo, l'utilizzo di formule di partnership non comporta un aggravio di costi rispetto all'appalto di lavori tradizionale, in quanto entrambe le formule prevedono l'assoggettamento all'aliquota in conto lavori, pari al 10 per cento della somma versata. In relazione, invece, ai canoni di gestione, l'azienda sanitaria sopporta un maggiore onere, derivante dall'applicazione dell'IVA ordinaria sui servizi, precedentemente svolti attraverso proprie strutture e quindi esenti.

Tuttavia, l'impatto dell'IVA è stato attenuato dal D.L. 269/2003, convertito nella legge 24 novembre 2003, n. 326, che prevede la costituzione di un fondo per il recupero dell'IVA da parte dell'azienda sanitaria<sup>7</sup>. In totale, quindi, l'aggravio dei costi a carico delle aziende sanitarie determinati dal ricorso a operazioni di *project finance* non perfettamente governate può essere stimato in circa 1-1,2 milioni di euro, con un impatto sul sistema di circa 30 milioni di euro.

Un elemento di criticità delle operazioni di partnership, e in particolare delle concessioni di costruzione e gestione e delle operazioni di *project finance*, è legato ai tempi della procedura. La durata media varia a seconda che si opti per un'operazione con promotore o senza; nel primo caso, il tempo medio intercorrente dalla pubblicazione dell'avviso indicativo all'aggiudicazione della gara è di circa 22-24 mesi; nel secondo caso, il tempo intercorrente tra la pubblicazione del bando di gara e l'aggiudicazione è pari a circa 12-14 mesi; a entrambi, vanno aggiunti

<sup>7</sup> Art. 49: «Al fine di agevolare l'esternalizzazione dei servizi ausiliari da parte delle aziende ospedaliere e delle aziende sanitarie locali, le maggiori entrate corrispondenti all'Iva gravante sui servizi, originariamente prodotti all'interno delle predette aziende e da esse affidati a soggetti esterni all'amministrazione, affluiscono a un fondo istituito presso il ministero dell'economia e delle finanze. Sono comunque preliminarmente detratte le quote dell'imposta spettanti all'Unione europea nonché quelle attribuite alle Regioni».

circa otto mesi per la progettazione definitiva ed esecutiva, il perfezionamento dei contratti, la strutturazione dell'operazione finanziaria. Se confrontate con i tempi medi di un appalto di lavori (8-10 mesi), le procedure di *project finance* appaiono lunghe e farraginose. A questo va aggiunto l'elevato rischio di contenziosi, soprattutto nelle procedure con promotore: la scarsa chiarezza del quadro normativo in merito alle procedure di selezione del promotore, la controversa giurisprudenza di questi primi anni e la difficoltà oggettiva di valutazione di proposte, che spesso non presentano elementi tra loro comparabili, impediscono una corretta programmazione dei tempi di realizzazione dell'operazione.

Da ultimo, le operazioni di partnership presentano un'elevata componente di natura commerciale, all'interno delle strutture ospedaliere. Al fine di garantire l'equilibrio economico-finanziario delle imprese private, è necessario valorizzare gli aspetti relativi allo sfruttamento commerciale di aree e spazi situati nelle strutture; tuttavia, queste aree presentano due tipi di criticità. Da un lato, infatti, se non vengono fissate da subito precise regole di condotta, rischiano di contrastare con la natura della struttura in cui sono inserite; dall'altro, spesso nascondono sacche di remunerazione, spesso sottostimate dagli operatori privati, in grado di garantire una «rendita da posizione» che si somma alla remunerazione già prevista nei versamenti periodici effettuati dall'azienda sanitaria sotto forma di canone. Questo fenomeno contrasta con la finalità della valorizzazione commerciale e immobiliare della struttura, che va individuata nel contenimento dei costi a carico dell'azienda sanitaria.

Per verificare se i maggiori oneri (economici, procedurali, temporali, di rischio) sostenuti dalle aziende sanitarie, con evidenti ripercussioni sul sistema regionale, siano compensati dai vantaggi ottenibili dalle operazioni di partnership finanziaria, occorre valutare quali siano gli elementi di convenienza di tali operazioni. In altre parole, è necessario porre l'attenzione sugli «obiettivi strategici» perseguiti da un'azienda sanitaria in un'operazione di *project finance*, al fine di verificare, attraverso le esperienze analizzate, i benefici ottenuti, l'effettiva utilità e le implicazioni di natura istituzionale, gestionale, organizzativa.

Dall'analisi dei dati delle pagine precedenti, risulta evidente che l'obiettivo delle operazioni di partnership pubblico-privato sia riconducibile non a motivazioni di natura finanziaria (utilizzo di risorse provenienti dal settore privato per le attività di investimento), bensì alla ricerca di vantaggi di altra natura:

- superamento dei vincoli finanziari o dei tetti infrastrutturali posti dagli organi regionali;
- migliore qualità progettuale di nuove infrastrutture sanitarie;
- distribuzione dei rischi tra soggetto pubblico e soggetto privato;
- *project management* di grandi opere;
- know-how gestionale;
- esternalizzazione della gestione di alcuni servizi.

In relazione al primo punto, il *project finance* viene spesso considerato uno strumento per eludere:

- a. i vincoli normativi di ricorso al credito, previsti dal D.lgs. 502/1992, che impongono che il servizio del debito non superi il 15 per cento delle entrate proprie delle aziende e che la durata del finanziamento non sia superiore a 10 anni<sup>8</sup>. In molti casi, infatti, le aziende sanitarie dispongono di rilevanti risorse finanziarie, provenienti da specifici finanziamenti regionali, oppure residui del fondo di cui all'art. 20 della legge 67/1988, che utilizzano come contributo in conto prezzo: in alcuni dei casi analizzati, il contributo pubblico ha superato il 60 per cento del totale dell'investimento; in questi casi, sarebbe più conveniente recuperare la parte residua attraverso un semplice ricorso all'indebitamento, invece di strutturare una complessa operazione di *project finance*;
- b. il tetto agli investimenti infrastrutturali posti da organi regionali. Negli ultimi tempi si è consolidata la consapevolezza che il livello della spesa corrente sia, in parte rilevante, determinato dalla realizzazione di nuovi investimenti infrastrutturali. Mentre in passato lo sviluppo della rete infrastrutturale era governato prevalentemente a livello regionale, attraverso la gestione centralizzata delle risorse per investimenti, e a livello nazionale, attraverso limiti di indebitamento, le iniziative di partnership finanziaria permettono alle aziende di riacquisire una maggiore autonomia nella realizzazione di investimenti infrastrutturali.

Una delle motivazioni del ricorso alla finanza di progetto va individuata nell'attività di progettazione: attraverso la procedura con il promotore, infatti, questi presenta, a proprie spese, la progettazione preliminare dell'intervento, all'interno di una proposta che contiene anche un piano finanziario dell'iniziativa, l'indicazione delle modalità di gestione dei servizi e una bozza del contratto di convenzione. Per l'azienda sanitaria, pertanto, si profila un doppio vantaggio: da un lato, ottiene la progettazione preliminare dell'intervento a costo zero (tuttavia, per quanto visto nelle pagine precedenti, tale minore costo è compensato dal più elevato costo della procedura); dall'altro lato, in molti casi, la qualità progettuale risulta molto elevata, dal momento che il promotore recupera e remunera le risorse investite attraverso la gestione dell'infrastruttura progettata e realizzata, per cui un'elevata qualità e funzionalità ha immediate ripercussioni sui suoi livelli di remunerazione. Rispetto alle operazioni a oggi effettuate in Italia, solo nel 37 per cento dei casi è stata scelta la procedura con promotore; la restante parte ha preferito la procedura tradizionale a iniziativa pubblica (Tab. 20.14)

<sup>8</sup> In base a un accordo in sede di Conferenza Stato-Regioni, è possibile calcolare il limite di indebitamento rispetto all'ammontare regionale delle entrate correnti, ampliando i margini di indebitamento di molte aziende sanitarie.

Tabella 20.14 **Le procedure utilizzate**

<b>Procedure</b>	<b>Numero di casi</b>	<b>Percentuale</b>
Con promotore	10	37
A iniziativa pubblica	17	63

Inoltre, la ricerca di una migliore qualità progettuale spesso è frutto di un'errata interpretazione dello strumento da parte dell'azienda sanitaria: al suo interno, infatti, non sempre si è sviluppata un'attenta programmazione strategica/territoriale, in relazione all'opera da realizzare e, soprattutto, in relazione alle modalità realizzative. Spesso avviare un'operazione di *project finance* ha rappresentato più un tentativo, anche politico, di ottenere «gratuitamente» un'opera dal mercato, che non una scelta ponderata, soprattutto in relazione ai rischi e alle caratteristiche dell'operazione. Ha prevalso, in molti casi, l'atteggiamento di inserire un'opera nei documenti formali di programmazione, senza il supporto di un reale studio sulla fattibilità dell'operazione, nella speranza di trovare dal mercato risposte sia in relazione alla destinazione dell'opera, sia in relazione alla costruzione delle caratteristiche della stessa. Le principali conseguenze di questi elementi vanno rinvenute in un generalizzato aumento dei costi per il settore pubblico, che deve remunerare non solo la realizzazione dell'opera, ma anche la compensazione di proprie inefficienze, programmatiche e gestionali e in una minore forza contrattuale, non avendo ben chiari i contorni (tecnico-ingegneristici, gestionali, ma anche economico-finanziari) dell'operazione.

Rispetto alle operazioni a oggi effettuate in Italia, solo nel 30 per cento dei casi l'inserimento dell'opera nella programmazione è stato supportato da un reale studio di fattibilità e solo nel 25 per cento dei casi lo studio è supportato da un piano economico-finanziario di riferimento (Tab. 20.15)

Una questione particolarmente delicata, cui è stata dedicata una parte importante dell'analisi empirica, concerne la ripartizione dei rischi tra impresa privata e azienda sanitaria: la vera convenienza, per il settore pubblico, delle operazioni di partnership, e in particolare del *project finance*, andrebbe rinvenuta in questo ele-

Tabella 20.15 **Gli strumenti utilizzati**

<b>Strumenti utilizzati</b>	<b>Numero di casi</b>	<b>Percentuale</b>
Presenza di studio di fattibilità	9	30
Presenza di un piano economico-finanziario	6	25

mento (Giliberti e Calvetta 2004). In realtà, asserire che il vantaggio del *project finance* consista nella corretta allocazione dei rischi tra i due partner risulta arbitrario, o comunque parziale. Nel presente lavoro si è voluto verificare, infatti, quale sia stata la ripartizione dei rischi nei casi realizzati in Italia.

I rischi messi in evidenza nei contratti analizzati, relativi alla totalità delle operazioni effettuate in Italia, rappresentano il risultato di una valutazione effettuata *ex ante*, sulla base di differenti scenari possibili, piuttosto che il risultato di un rigoroso processo inferenziale, basato sull'analisi delle serie storiche di perdite monetarie, derivanti dalla manifestazione degli eventi di rischio.

Infatti, una corretta gestione dei rischi, effettuata mediante il trasferimento degli stessi, è subordinata allo svolgimento di due fasi:

- l'identificazione del rischio, ossia la classificazione e la localizzazione di tutti i rischi a cui l'operazione è esposta. Il presupposto di tale impostazione è una mappatura dettagliata di tutti i processi e delle fasi legate all'operazione in oggetto, da cui scaturisca una prima valutazione del rischio insito in ciascuna attività;
- la quantificazione del rischio, che dipende dalla capacità di attribuire agli eventi pregiudizievoli delle probabilità di frequenza e di associarvi valori economici di perdita; naturalmente, il punto di partenza per la costruzione delle distribuzioni di frequenza e di entità della perdita è costituito dalla presenza di serie storiche di perdita robuste, ossia che abbiano una durata di almeno cinque anni.

Pertanto, non essendo, a oggi, osservabile alcuna operazione di *project finance* su un orizzonte temporale di almeno 5-10 anni, non si può effettuare una quantificazione del rischio rigorosa, ossia secondo le più oggettive metodologie di natura quantitativa.

Le analisi effettuate, seppure valide, sono necessariamente basate su elementi di natura qualitativa, quali le opinioni di esperti e le analisi di scenario; nonostante tali analisi siano utili, ai fini di una maggiore consapevolezza in merito agli eventi che potrebbero interessare l'iniziativa, esse mancano di oggettività nella scelta degli scenari, messi a punto sulla base dell'esperienza storica dell'individuo e della valutazione soggettiva dei fattori di rischio. Una valida valutazione del rischio richiede l'integrazione tra le due metodologie di analisi, qualitativa e quantitativa.

L'analisi empirica effettuata sulle operazioni a oggi realizzate conferma una discontinuità tra la distribuzione teorica o dichiarata e la distribuzione effettiva dei rischi tra le controparti. In altre parole, la valutazione teorica dei rischi, con le problematiche appena evidenziate, viene trasferita all'interno degli accordi contrattuali che definiscono il sistema di gestione dei rischi del progetto. I rischi associati a tali iniziative fanno infatti riferimento prevalentemente a tre categorie:

- rischi di costruzione (qualità progettuale dell'intervento, qualità costruttiva dell'intervento);

Tabella 20.16 **Durata della concessione**

	Da 0 a 10 anni	Da 11 a 22 anni	Da 23 a 30 anni	Oltre 30 anni
Numero di casi	1	4	20	2
Percentuale	3	14	74	7

- rischi di prestazione (obsolescenza tecnologica, qualità dei servizi erogati, modifiche nella regolamentazione, eventi di forza maggiore, cambiamenti nelle politiche strategiche delle aziende interessate);
- rischi di mercato.

Dall'analisi delle operazioni effettuate emerge come gran parte delle categorie di rischio richiamate continuino a essere sopportate prevalentemente dalle aziende sanitarie pubbliche. La durata temporale della concessione, che lega il partner pubblico a quello privato, nel 74 per cento dei casi tra i 23 e i 30 anni (Tab. 20.16), compromette la libertà del sistema sanitario pubblico di adeguarsi ai cambiamenti richiesti dall'evoluzione dello scenario. L'innovazione tecnologica, le nuove scoperte scientifiche, le variazioni nella composizione demografica richiedono la rivisitazione delle politiche sanitarie e in particolare possono implicare modifiche e/o sostituzioni delle attrezzature e degli edifici.

Questa valutazione viene confermata anche dall'analisi della composizione del canone di gestione, che rappresenta la controprestazione a favore del concessionario (oltre, naturalmente, al contributo a fondo perduto, che però è legato prevalentemente alla realizzazione dell'opera) per la realizzazione e gestione dell'operazione. Il presupposto per una corretta allocazione dei rischi è, pertanto, la previsione di un canone di gestione usualmente composto da diverse voci, espressione delle differenti tipologie di rischio:

- una componente è legata alla disponibilità degli edifici e delle aree e al mantenimento di livelli adeguati di funzionalità; in generale, tale quota è fissa e rappresenta la parte rilevante del canone;
- una componente è legata alla qualità dei servizi forniti, misurata attraverso un sistema di indicatori di performance, basati sugli obiettivi fissati in sede contrattuale; anche questa componente risulta fissa, ma subordinata al raggiungimento degli standard previsti;
- una componente è legata ai volumi di prestazioni effettuate, legati a parametri decisi in sede contrattuale ed espressione di una ripartizione del rischio di mercato. Tale componente dovrebbe, quindi, essere variabile, per permettere la ripartizione del rischio di mercato; infatti, un livello insufficiente di copertura dei posti letto, o di prestazioni effettuate, comporta un minore volume di attività, che si riflette sia sull'azienda sanitaria che sull'impresa privata.

Tabella 20.17 **Distribuzione dei rischi**

Strumento adottato	Numero di casi	Percentuale
Presenza di clausole contrattuali in merito al rischio di obsolescenza tecnologica	2	7,4
Presenza di clausole contrattuali in merito al rischio di costruzione	27	100,0
Variabilità del canone rispetto alla qualità del servizio	14	51,8
Variabilità del canone rispetto al livello della domanda	9	33,0

Non è infatti pensabile, in un'operazione di *project finance*, che il soggetto privato concessionario venga remunerato attraverso una tariffa fissa, indipendentemente dall'erogazione e dall'effettivo utilizzo dei servizi e dalla qualità degli stessi, scaricando interamente sull'azienda sanitaria il rischio di «mercato» dell'iniziativa.

L'osservazione dei casi realizzati in Italia conferma le perplessità messe in evidenza in precedenza (Tab. 20.17), solo alcune tipologie di rischi sono effettivamente allocati al soggetto privato, seppure in modo parziale:

- rischi di costruzione (ritardi rispetto ai tempi, superamento dei costi, rischi di collaudo);
- rischio di domanda, legato al volume di servizi richiesto al soggetto privato.

Un ulteriore obiettivo perseguito dalle aziende sanitarie, attraverso operazioni di partnership, riguarda l'esternalizzazione della gestione di alcuni servizi. La quasi totalità delle iniziative promosse riguarda la realizzazione o la riqualificazione di strutture sanitarie, con la previsione di affidamento al privato concessionario di quei servizi cosiddetti non *core* (manutenzione impianti e fabbricati, lavanderia, mensa e ristorazione, pulizie, smaltimento rifiuti, servizi informatici, gestione del calore) e dei servizi commerciali (gestione bar, strutture ricettive per i familiari dei pazienti, aree commerciali).

In tutti i casi analizzati, l'operazione prevede l'affidamento al concessionario delle manutenzioni e dei servizi tecnici di struttura e, nella maggioranza dei casi, anche dei servizi alberghieri e di quelli ospedalieri non medicali. In alcuni casi, è stata affidata al privato la gestione dei laboratori di analisi e di radiologia, attraverso formule di incentivazione in cui veniva, per esempio, garantito al privato il recupero dei costi attraverso un numero di prestazioni minimo annuo, lasciando alle parti una discrezionalità più ampia per le prestazioni in eccesso (Tab. 20.18)

Naturalmente, in tutti i casi analizzati l'esercizio delle attività sanitarie è rimasto di competenza esclusiva delle aziende sanitarie.

Tabella 20.18 **Servizi affidati in gestione al concessionario**

<b>Tipologia di servizi</b>	<b>Aziende (percentuale)</b>
Manutenzione impianti tecnologici	100
Gestione e manutenzione fabbricati	100
Manutenzione attrezzature	95
Lavanderia	93
Manutenzione apparecchi biomedicali	91
Smaltimento rifiuti	88
Gestione bar/strutture di ristorazione	88
Mensa e ristorazione (personale e pazienti)	86
Servizi di pulizie (interne e/o esterne)	79
Servizi di vigilanza	79
Gestione spazi commerciali	78
Gestione parcheggi	78
Servizio energetico e di fornitura calore	77
Manutenzione verde	65
Foresteria	65
Servizi ricettivi per degenze low care	61
Gestione alberghiera reparto solventi	57
Servizi di diagnostica	57
Gestione albergo/strutture ricettive e familiari pazienti	54
Servizio informatico	54
Gestione nido aziendale	54
Fornitura gas medicinali	45
Trasporti meccanizzati interni	45
Servizi di laboratorio	43
Gestione acquisti	39
Accettazione, ricovero, cassa	34

Nell'analisi di questo aspetto, i vantaggi conseguiti dall'azienda sanitaria sono legati a:

- maggiore attenzione alla qualità dei servizi ospedalieri e di *housing* che migliorano il grado di fruibilità e di qualità delle strutture;

- risparmio economico e finanziario che si può avere dall'esternalizzazione di una serie di servizi sulla base di prezzi e costi già prefigurati nel medio e lungo periodo;
- semplificazione amministrativa derivante dalla gestione di un unico contratto con un unico soggetto, anziché il ricorso a molteplici contratti di fornitura;
- possibilità per le aziende sanitarie di concentrarsi sull'erogazione dei servizi medicali che costituiscono il vero *core business* del servizio sanitario, lasciando i servizi generali e di *housing* alla responsabilità di terzi soggetti maggiormente qualificati.

## 20.6 Il ruolo della regione

### 20.6.1 I fabbisogni finanziari della regione

Come ricordato in precedenza, uno degli aspetti sicuramente più critici che si trovano a dover fronteggiare le regioni riguarda il finanziamento di investimenti infrastrutturali e di grandi tecnologie.

Fino all'art. 20 della legge 67/1988, che ha dato avvio al programma pluriennale degli investimenti in sanità, alle regioni veniva attribuita una quota (definita su base capitaria) del FSN per gli investimenti in conto capitale. Si trattava di una forma di finanziamento che interessava tutti i settori dell'edilizia sanitaria (ospedali, distretti, poliambulatori, residenze sanitarie assistite, comunità terapeutiche protette ecc.) e che prevedeva un flusso di risorse in entrata continuo e certo, sulla base del quale era possibile programmare nel medio-lungo periodo gli interventi da effettuare, consentendo alle unità di programmazione regionali di raggiungere una «sicurezza procedurale» indispensabile per la formazione dei progetti. Con il tempo, tale quota è stata sostituita dal finanziamento *ex art. 20* e da altre fonti straordinarie di finanziamento attivate a livello centrale. Tuttavia, la legge 405/2001 e l'avvio del federalismo fiscale hanno determinato l'abolizione dei trasferimenti erariali in favore delle regioni a statuto ordinario, incluso il fondo sanitario di parte corrente e in conto capitale, e questo ha generato un meccanismo di forte contenimento dei fondi da destinare alla spesa per investimenti sanitari.

Nello specifico, l'art. 20 della legge 67/1988 aveva definito i criteri generali per la programmazione degli interventi e gli obiettivi di massima da perseguire, ovvero:

- il riequilibrio territoriale delle strutture, per garantire un'adeguata capacità di posti letto in grado di soddisfare la domanda di ricovero;
- la sostituzione del 20 per cento dei posti letto a più elevato degrado strutturale;
- la ristrutturazione del 30 per cento dei posti letto con elevate carenze strutturali e funzionali, ma recuperabili con adeguate misure di riadattamento;

- la conservazione in efficienza del restante 50 per cento dei posti letto, a sufficiente funzionalità;
- il completamento della rete dei presidi poliambulatoriali extraospedalieri e ospedalieri diurni;
- la realizzazione di 140.000 posti in strutture residenziali per anziani;
- l'adeguamento alle norme di sicurezza degli impianti delle strutture sanitarie;
- il potenziamento delle strutture preposte alla prevenzione (con particolare riferimento ai laboratori di igiene e profilassi e ai presidi multizonali di prevenzione, agli istituti zooprofilattici sperimentali e alle strutture di sanità pubblica veterinaria).

L'art. 20 della legge 67/1988 aveva previsto un programma pluriennale di investimenti per complessivi 17.559 milioni di euro. In realtà, poi, il programma è stato sviluppato in due fasi: la prima fase si è conclusa nel 1996 con un impegno di circa 5 miliardi di euro. Nella seconda fase, apertasi con una disponibilità finanziaria di circa 11 miliardi di euro, il programma finanziario è stato integrato per consentire il potenziamento di radioterapia nell'ambito dei programmi di edilizia sanitaria, con la legge Finanziaria 2000 che ha autorizzato la spesa di ulteriori 15 milioni di euro circa.

Un'ulteriore integrazione è stata apportata con la legge Finanziaria 2001 che ha incrementato le risorse di 2 miliardi di euro. Il programma pluriennale di investimenti in edilizia e tecnologie sanitarie è quindi di fatto finanziato oggi per complessivi 17.575 milioni di euro.

La seconda fase si è aperta nel 1998 con la deliberazione CIPE, che ha approvato una prima *tranche* di finanziamenti per il completamento di strutture iniziate e per interventi volti alla sicurezza nella misura di circa un miliardo di euro. Le risorse residue, da destinare agli accordi di programma, sono oggetto di programmazione negoziata, attraverso la quale il ministero della Salute e le regioni definiscono i cambiamenti nelle priorità, rispetto agli obiettivi generali posti dal legislatore con l'avvio del programma, in coerenza con i mutamenti normativi intervenuti e in relazione a specifici accordi, quali quello dell'8 agosto 2001, ultimamente rivisitato dall'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, che hanno portato all'individuazione di nuovi standard di riferimento.

La citata intesa tra il governo, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, sancita il 23 marzo 2005, ha fissato inoltre al 15 per cento la quota minima di risorse che le regioni, che alla data del 1° gennaio 2005 hanno ancora in corso di completamento il proprio programma *ex art. 20*, devono destinare al potenziamento e ammodernamento tecnologico, secondo quanto previsto all'art. 1, comma 188, della legge Finanziaria 2005.

Più specificamente, i due strumenti di programmazione negoziata possibili per l'attuazione dell'art. 20 sono:

- gli accordi di programma *ex art. 5-bis* del D.lgs. 502/1992;

- gli accordi di programma quadro *ex art. 2* della legge 662/1996, attivati qualora le regioni includano la salute nell'ambito delle intese istituzionali di programma<sup>9</sup>.

Entrambi gli strumenti richiedono ampia concertazione istituzionale tra il livello centrale e quello regionale e prevedono la sottoscrizione di nuovi accordi di programma nei limiti delle disponibilità finanziarie iscritte nel bilancio dello Stato e delle regioni.

Alla data del 31 dicembre 2005 sono stati complessivamente sottoscritti 33 tra accordi del ministero della Salute, delle regioni e delle province autonome, di cui cinque sono accordi di programma quadro all'interno di intese istituzionali di programma a norma dell'art. 2, comma 203, della legge 662/1996 e 28 sono accordi di programma *ex art. 5-bis* del D.lgs. 502/1992.

Il valore complessivo delle risorse finanziarie messe a disposizione delle regioni ammonta a 7.647 milioni di euro.

Le risorse ripartite tra le regioni ancora disponibili per la sottoscrizione di ulteriori accordi di programma ammontano a oggi complessivamente a 2.308 milioni di euro. Una volta sottoscritto l'accordo, per l'attivazione dello stesso, la regione, verificata l'appaltabilità degli interventi in esso previsti (genericamente coincidente con la cantierabilità), chiede al ministero della Salute l'ammissione a finanziamento dell'intervento, a partire dalla quale le risorse statali sono effettivamente erogabili.

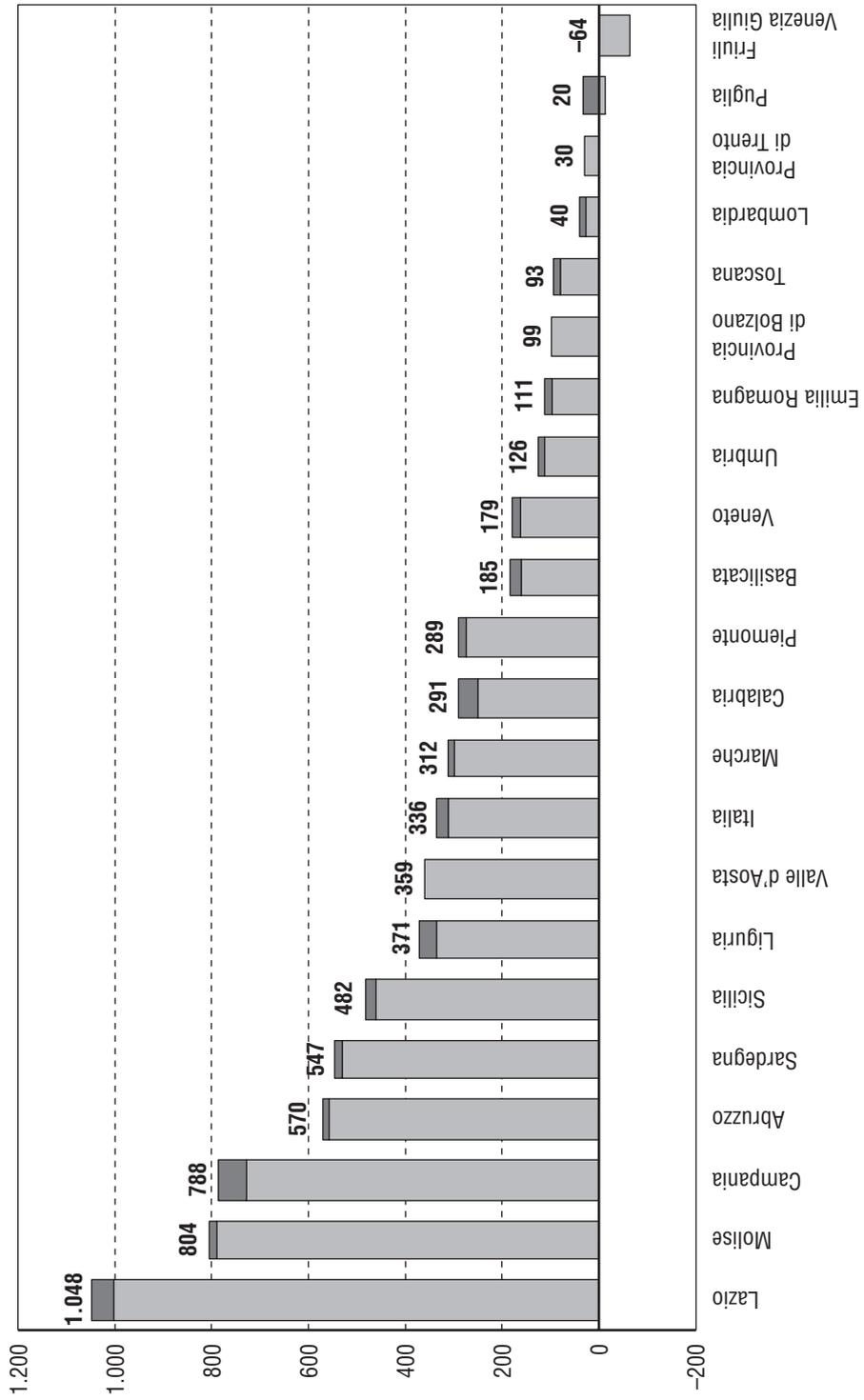
Al 31 dicembre 2005 è risultato appaltabile circa il 68,4 per cento dell'importo finanziario degli accordi di programma ed è stata autorizzata la spesa per circa 5.229 milioni di euro. Persistono comunque forti differenziazioni nei tempi di sottoscrizione e di attuazione degli accordi.

Tuttavia, nonostante la messa a disposizione di questo ammontare di risorse, il fabbisogno finanziario per investimenti delle regioni risulta ancora largamente insoddisfatto. Nel 2002 la Conferenza Stato-Regioni ha identificato il fabbisogno finanziario correlato agli obiettivi definiti a partire dall'art. 20 della legge 67/1988 (calcolato rispetto a parametri di costo per posto letto per interventi di realizzazione *ex novo*, di ristrutturazione radicale e di mantenimento in efficienza) che ammonterebbe a:

- circa 44 miliardi di euro per la parte ospedaliera (di cui solo la metà coperti dalle risorse stanziare a valere sull'art. 20 della legge 67/1988)
- ulteriori 18 miliardi di euro con riferimento all'edilizia sanitaria e socio-sanitaria (di cui circa 9 rimangono esclusi dal programma *ex art. 20*).

<sup>9</sup> Le intese istituzionali di programma costituiscono lo strumento di programmazione che consente a ogni regione o provincia autonoma di concordare con il governo centrale gli obiettivi, i settori e le aree in cui effettuare gli interventi infrastrutturali di interesse comune per lo sviluppo del territorio regionale.

Figura 20.1 Il disavanzo sanitario cumulato pro capite (2001-2005) al netto delle assegnazioni di copertura del 2004



Il fabbisogno finanziario complessivo non soddisfatto per le strutture ospedaliere e territoriali ammonterebbe quindi a circa 31 miliardi di euro.

Al problematico scenario appena delineato, bisogna, però, aggiungere delle ulteriori valutazioni, che fanno riferimento alla difficile situazione finanziaria delle regioni.

Come viene descritto nel Capitolo 3, il livello di disavanzo sanitario che è andato accumulandosi a partire dall'entrata in vigore della legge 405/2001 sembra davvero considerevole, specie se si guarda in termini assoluti. Di fatto, però, rispetto al finanziamento, il disavanzo sanitario rappresentava il 5,1 per cento nel 2001, il 3,8 per cento nel 2002, il 2,8 per cento nel 2003, il 7,3 per cento nel 2004 e il 5,1 per cento nel 2005, delineandosi, quindi, come una dimensione gestibile dal punto di vista finanziario, purché si intervenga tempestivamente rispetto alla sua manifestazione.

In realtà, a complicare il quadro, c'è un'ulteriore dimensione da tenere in considerazione, ovvero la distribuzione regionale dei disavanzi. Come è possibile apprezzare dalla Fig. 20.1 il livello di disavanzo sanitario pro capite accumulato dalle singole regioni varia in misura considerevole da una regione all'altra, delineando situazioni così differenti da dare origine a SSR in grado di rispondere con capacità e a fronte di vincoli molto diversi al fabbisogno sanitario di riferimento.

### 20.6.2 Le alternative per la regione

In questo quadro può giocare un ruolo fondamentale la capacità della regione, da un lato, di indirizzare e coordinare la programmazione degli interventi infrastrutturali proposti dalle aziende sanitarie (la pianificazione degli investimenti), dall'altro, di individuare le risorse per farvi fronte.

A questo proposito, le regioni per dare adeguata copertura al proprio fabbisogno finanziario per gli investimenti, a fronte dell'insufficienza dei fondi *ex art. 20*, devono ricorrere a forme integrative di finanziamento (Marsilio e Vecchi 2004), vale a dire:

- ricorrere a nuovo indebitamento (ipotesi perseguibile solo dalle regioni che hanno i conti «in ordine» e che comunque irrigidisce i bilanci futuri);
- attivare leve finanziarie innovative (come le politiche di valorizzazione/dismissione del patrimonio immobiliare);
- incentivare le aziende sanitarie a ricorrere a forme di autofinanziamento, che coinvolgono l'uso di capitali privati.

Prima di procedere a una riflessione rispetto alle alternative di finanziamento degli investimenti sanitari, bisogna sottolineare come la pianificazione degli investimenti non possa essere analizzata disgiuntamente dalle logiche che presidiano la programmazione sanitaria regionale e che trovano attuazione nei PSR.

Gli investimenti in edilizia e tecnologie sanitarie, infatti, possono essere considerati strumenti di attuazione degli obiettivi e dei livelli di offerta attraverso cui ciascuna regione intende garantire la tutela della salute nel proprio territorio.

La criticità dell'attività di pianificazione degli investimenti è inoltre accentuata:

- dalla continua evoluzione della domanda sanitaria, dovuta a fattori demografici, economici, sociali ed epidemiologici e alle accresciute aspettative dei cittadini per la costante evoluzione scientifica e tecnologica;
- dalla tensione finanziaria e dall'incertezza sull'ammontare di trasferimenti centrali, visto che il programma pluriennale di investimenti che ha costituito negli ultimi 15 anni la principale fonte finanziaria sta, come visto prima, per esaurirsi;
- dalla necessità di far fronte ai requisiti minimi previsti per l'accreditamento delle strutture sanitarie (D.P.R. 14 gennaio 1997) e ai requisiti organizzativi sanciti in particolare dai D.lgs. 229/1999 e 254/2000 e dalla legge 405/2001.

Il raggiungimento degli obiettivi della programmazione degli investimenti sanitari dipende inoltre dalla capacità delle regioni di attivare le aziende nella specificazione dei fabbisogni infrastrutturali e delle relative previsioni di spesa, coerentemente con le finalità di riorganizzazione dell'offerta sanitaria stabilite nei PSSR. In questo contesto l'autonomia finanziaria e organizzativa riconosciuta alle aziende sanitarie può contribuire, attraverso il ricorso a politiche di autofinanziamento, alla copertura dei fabbisogni non soddisfatti, ma se non viene adeguatamente presidiata anche a livello di sistema può generare incongruenze con la pianificazione regionale.

*Il ricorso al credito* – Il ricorso al credito per il finanziamento di investimenti sanitari, nonostante presenti costi abbastanza contenuti dal punto di vista sia finanziario sia delle competenze e delle professionalità necessarie, si caratterizza per alcune criticità, che ne hanno limitato l'utilizzo, riconducibili prevalentemente a:

- tensioni di liquidità o disavanzi di parte corrente che caratterizzano molte regioni;
- limiti all'indebitamento (previsti dal D.lgs. 502/1992).

A ricorrere all'indebitamento sotto forma del tradizionale mutuo per finanziare gli investimenti sono tipicamente le aziende stesse: il ruolo delle regioni, in questi casi, è quello di intervenire con la stipula di accordi quadro con istituzioni finanziarie per garantire alle aziende sanitarie tassi più convenienti e minori commissioni di strutturazione del finanziamento, riducendo le asimmetrie informative che si originano nel rapporto con le banche finanziatrici.

Inoltre, sempre le regioni avrebbero la facoltà di attivare gli *healthcare revenue*

*bonds*, titoli emessi per finanziare la costruzione di infrastrutture sanitarie o l'acquisto di attrezzature specialistiche ad alta tecnologia riuscendo a combinare un duplice vantaggio: la possibilità di «ottenere» un tasso passivo più conveniente (per la maggiore quantità di fondi richiesti al mercato, per il *rating* del soggetto emittente e per la maggiore liquidità del titolo rispetto al mutuo) e di finanziare un complesso programma di investimenti, realizzabili eventualmente con un'unica procedura di gara. A oggi, in Italia, non si registrano esperienze di utilizzo di questo strumento, probabilmente a causa della carenza di know-how specifico all'interno delle regioni.

*La valorizzazione patrimoniale* – Le consistenti dotazioni di patrimonio immobiliare non funzionale o non più funzionale hanno indotto le aziende sanitarie a individuare politiche di valorizzazione in grado di sfruttare anche questi *asset*. Le soluzioni a disposizione delle aziende a questo proposito sono numerose e vanno dalla dismissione del patrimonio non funzionale al conferimento degli *asset* in operazioni di *project finance*; dalla cartolarizzazione dei proventi derivanti dalla dismissione del patrimonio immobiliare (art. 84 della legge 286/1992) o delle quote di partecipazione a fondi comuni di investimento con apporto pubblico (legge 503/1095) alla costituzione di società miste o di fondazioni di partecipazione per la messa a reddito del patrimonio mediante lo sviluppo di varie attività.

Queste alternative possono essere utilizzate tanto a livello aziendale, quanto a livello regionale. Tuttavia, l'attuazione della cartolarizzazione richiede una determinata massa critica di patrimonio, che può essere conseguita solo a livello di network di aziende o a livello regionale e, allo stesso modo, la dismissione del patrimonio non funzionale può essere realizzata in maniera sicuramente più conveniente ed efficace se viene gestita a livello regionale, proponendo un unico pacchetto di immobili da dismettere, da negoziare in un'unica soluzione.

*Le forme di autofinanziamento delle aziende sanitarie con il coinvolgimento di capitali privati: il project finance* – Il ricorso a capitali privati da parte delle aziende sanitarie per la realizzazione di investimenti (e del *project finance* nello specifico) è una forma di finanziamento ormai diffusa e consolidata, come dimostrato nel corso del capitolo.

Il *project finance* vede, di fatto, il coinvolgimento esclusivo dell'azienda sanitaria, che gestisce il rapporto con gli altri soggetti (tipicamente privati).

Rispetto alla dimensione di gestione aziendale dell'operazione e dei rischi e delle opportunità che la caratterizzano si è detto in precedenza: in questa sede si vuole ricordare che anche in questo caso la regione può giocare un ruolo importante. Infatti, le regioni possono supportare le aziende sanitarie nello sviluppo di adeguati strumenti di *governance* delle dinamiche relazionali e contrattuali dell'operazione e di modelli valutativi per il montaggio dell'operazione (meccanismo di pagamento, *risk sharing*, definizione di indicatori di performance gestio-

nali legati ai servizi non sanitari) e monitorare gli effetti dalla stessa prodotti, affinché essi siano in linea con la programmazione regionale.

### 20.6.3 Gli effetti sulla programmazione sanitaria

Il quadro appena delineato evidenzia la pluralità ed eterogeneità delle alternative di finanziamento possibili e, soprattutto, la numerosità dei soggetti coinvolti, ovvero:

- lo Stato e gli organi centrali, che decidono i fondi per finanziare l'art. 20 e negoziano con le regioni i progetti finanziabili;
- le regioni, che negoziano con lo Stato i finanziamenti *ex art. 20*; avviano autonomamente procedure per il reperimento di fondi integrativi, sia attraverso il ricorso all'indebitamento, sia attraverso la valorizzazione del patrimonio; si interfacciano con le aziende quando le stesse avviano iniziative di finanziamento degli investimenti;
- le aziende, che elaborano autonome iniziative di finanziamento degli investimenti e si interfacciano con le regioni nelle loro operazioni finanziarie e per la predisposizione dei progetti di investimento da sottoporre a negoziazione *ex art. 20*;
- i soggetti privati, che si caratterizzano come partner di ognuno dei soggetti sopra elencati, sia in qualità di finanziatori, sia di gestori sia di realizzatori di opere di investimento.

A fronte di quanto appena ricordato rimane da chiarire chi, fra i tanti soggetti coinvolti, debba svolgere il ruolo di supervisore di sistema, se lo Stato centrale, il network delle regioni o le singole regioni stesse.

Le recenti evoluzioni in tema di assetti istituzionali e la riforma del Titolo V della Costituzione convergono nell'attribuire alle singole regioni in prima battuta e al network delle stesse poi il compito di presidiare la partita del finanziamento degli investimenti sanitari, in qualunque modo essa venga proposta.

E infatti sono proprio le regioni, secondo la già citata legge 405/2001, a essere responsabilizzate rispetto al reperimento di risorse aggiuntive per il ripiano dei disavanzi sanitari; sono le stesse ad avere in mano gli strumenti che consentono una gestione, seppure ancora limitata, della leva fiscale, nonché il potere di definire le misure di *copayment* rispetto a prestazioni sanitarie e farmaceutiche, nonché, per finire, la facoltà di avviare procedure di finanza straordinaria (come la cartolarizzazione del patrimonio immobiliare).

Nel Capitolo 3 vengono presentate le scelte delle regioni rispetto ad alcune delle modalità di copertura dei disavanzi e la varietà degli strumenti utilizzati mostra come la disponibilità e la capacità di attivare leve regionali di responsabilizzazione economico-finanziaria non sia l'ennesima previsione legislativa disattesa, ma

si configuri come prassi ormai consolidata nel paese, seppure con soluzioni e gradi di incisività differenti.

Un intervento regionale rispetto al controllo degli investimenti sanitari sembra quanto mai necessario: storicamente il governo dello sviluppo della rete delle infrastrutture era regolato prevalentemente attraverso gli accreditamenti e la gestione centralizzata delle risorse per investimenti. Il motivo di tale accentramento derivava dalla convinzione che la realizzazione di nuovi investimenti andasse a determinare *ex post*, aumentandolo, il livello della spesa corrente. Questa logica di accentramento delle scelte di investimento si va progressivamente indebolendo, per il contemporaneo moltiplicarsi delle vie di accesso al credito per i finanziamenti di investimenti (come pure degli strumenti di accreditamento istituzionale): questo, come si diceva, impone uno spostamento del baricentro del governo regionale dal controllo di strumenti come l'accredimento e il finanziamento (Jommi 2004), a una più attenta programmazione delle reti infrastrutturali, a prescindere dal meccanismo finanziario che ne consenta la realizzazione (Amatucci e Marsilio 2005).

In questa prospettiva, la definizione del fabbisogno di investimenti dovrebbe costituire lo strumento di riferimento nella guida del processo di pianificazione, ma spesso viene trascurata, o lasciata all'autonomia aziendale, creando le condizioni per un alteramento dei fattori produttivi di base e l'inficiamento dell'incisività del sistema di programmazione regionale.

Inoltre il monitoraggio dello stato delle strutture e dell'avanzamento delle procedure di realizzazione di nuovi investimenti non è adeguatamente sviluppato e questo ostacola la capacità delle regioni di incentivare le aziende a massimizzare la loro capacità di spesa, rispettare i tempi e ridurre gli scostamenti tra costi e output previsti ed effettivi.

Se si leggono i PSR in vigore nelle nove regioni nelle quali sono state aggiudicate e concluse le gare per la realizzazione di nuovi investimenti in *project finance*, è possibile notare come in nessun caso (eccetto quello della Lombardia) vengano esplicitati dei meccanismi di verifica *ex ante*, di monitoraggio *in itinere* e di verifica *ex post* dei nuovi investimenti, soprattutto di quelli realizzati attraverso PFI.

È possibile rinvenire delle indicazioni, anche abbastanza dettagliate, rispetto agli investimenti realizzati con i fondi *ex art. 20*, ma quegli investimenti sono stati di fatto decisi e validati a livello regionale e sono frutto della logica di gestione centralizzata degli investimenti: sono, come detto, le forme di autofinanziamento delle aziende a sfuggire a questa logica e sono sempre queste forme a necessitare di un più attento controllo e di un supporto critico.

I rischi derivanti da una disattenzione regionale verso le scelte di utilizzo di tecniche di PFI da parte delle aziende sanitarie sono numerosi e si manifestano indistintamente a diversi livelli e in diversi momenti del ciclo di vita di un investimento.

Nello specifico, i rischi che possono manifestarsi *ex ante*, vale a dire durante la

fase di predisposizione del progetto e avvio e aggiudicazione della gara fanno riferimento a:

- progettazione di un'opera non in linea con quanto previsto dalla programmazione sanitaria regionale o non in grado di rispondere ai bisogni della collettività per cui è pensata;
- assenza di sufficiente know-how a livello aziendale e quindi predisposizione di una procedura inadeguata, destinata a dilatare i tempi (e, conseguentemente, i costi) di assegnazione o a dare origine a una gara deserta;
- negoziazione di condizioni particolarmente sfavorevoli per la controparte pubblica.

I rischi che possono generarsi *in itinere*, ovvero durante la realizzazione dell'opera, fanno riferimento a:

- mancato rispetto dei tempi di consegna, con tutte le conseguenze che da ciò derivano;
- interruzione della realizzazione per tensioni di liquidità della società di costruzione o per incapacità della controparte pubblica di conferire quanto pattuito;
- mancato rispetto di altri standard contrattuali;
- realizzazione di un'opera non in linea con quanto previsto.

I rischi, infine, che possono manifestarsi *ex post*, vale a dire a opera terminata e in funzione fanno riferimento a:

- inadeguatezza dell'opera rispetto alle finalità per cui era stata progettata e realizzata;
- mancanza nell'azienda sanitaria delle leve sufficienti a controllare la gestione dell'investimento;
- gestione dell'opera (tipicamente in carico al privato) poco efficace e non in linea con l'attività sanitaria;
- mancato rispetto delle condizioni contrattuali.

In ognuno di questi casi e soprattutto *ex ante* ed *ex post* la regione può intervenire a supporto dell'azienda sanitaria, guidandone le scelte e fornendole le necessarie competenze per garantire la piena realizzabilità e funzionalità dell'investimento.

## 20.7 Conclusioni

L'analisi delle esperienze effettuate in Italia permette di individuare alcune criticità delle operazioni di partnership finanziaria.

Gli strumenti e i modelli adottati non sempre sono in grado di garantire effetti-

ve sinergie e razionalità al sistema, in presenza di una pluralità di soggetti con obiettivi e finalità non sempre tra loro coerenti. Almeno in una prima fase, l'interesse verso il *project finance* ha fatto leva soprattutto sull'idea, illusoria e semplicistica, di trasferire *tout court* sull'iniziativa privata l'onere del finanziamento e il rischio della realizzazione di importanti investimenti sanitari.

L'analisi della totalità delle operazioni a oggi aggiudicate in Italia ha mostrato, invece, come i costi delle procedure di partnership finanziaria siano superiori, a volte anche in misura rilevante, rispetto alle procedure tradizionali e i rischi (prevalentemente di gestione) non siano ripartiti equamente tra i diversi attori, ma ricadano prevalentemente sulle aziende sanitarie. Dalle valutazioni effettuate, infatti, emerge un maggior onere (dovuto a inefficienze della gara, a scarsa capacità negoziale, a imperfetta sinergia con il settore privato) a carico delle aziende sanitarie pari a circa 1 milione di euro per ogni operazione che, per il totale delle iniziative aggiudicate, ammonta a circa 30 milioni di euro. Molte delle operazioni di *project finance* si sono, di conseguenza, scontrate con una sostanziale impreparazione di ordine tecnico e culturale, in capo ai diversi soggetti in gioco (amministrazioni pubbliche, imprese e istituzioni finanziarie), spesso incapaci di cogliere appieno e, di conseguenza, governare la complessità e il cambio di prospettiva propri della finanza di progetto:

- all'interno delle aziende sanitarie non sempre si è sviluppata un'attenta programmazione e valutazione delle opere da realizzare, soprattutto, in relazione alle modalità realizzative. Nelle procedure con promotore (il 37 per cento del totale), raramente si è riscontrato un reale studio di fattibilità dell'operazione, demandando al settore privato non solo la progettazione dell'opera, ma anche l'individuazione dell'architettura strategica e gestionale dell'iniziativa (nel 70 per cento dei casi) e di tutti gli elementi di natura economico-finanziaria (75 per cento);
- le imprese private, a loro volta, non sempre sono state in grado di presentare proposte valide e attendibili, in grado di richiamare la fiducia delle aziende sanitarie e di eventuali investitori di capitale di rischio. Spesso le proposte sono state preparate frettolosamente, per rispettare le scadenze normative, in attesa di perfezionarle in caso di aggiudicazione. Inoltre, nella quasi totalità delle operazioni, è presente un forte contributo da parte delle aziende sanitarie, spesso anche come percentuale dei ricavi gestionali, scaricando di fatto i rischi di mercato sulle stesse;
- gli istituti di credito, infine, sono risultati in buona misura ancora legati alla tradizionale logica del finanziamento d'impresa, basato sulle garanzie e sulla solidità patrimoniale del soggetto da finanziare, senza cogliere appieno l'essenza del finanziamento per progetti, che impone l'analisi della validità nel tempo del progetto stesso.

Se non si riesce, da questo punto di vista, a tracciare un segno di discontinuità, è

alto il rischio, da parte di tutti i soggetti coinvolti, di porre eccessiva enfasi sui profili tecnici (costruzione di un impianto giuridico adeguato, predisposizione di un piano economico-finanziario valido) necessari ma strumentali, trascurando invece quelli sostanziali, che permettono e garantiscono il successo delle operazioni di partnership.

Le esperienze di successo analizzate mostrano, infatti, come l'elevato livello di integrazione dei diversi soggetti, inteso come l'incontro di competenze e capacità gestionali e finanziarie, l'aperta e dialettica collaborazione tra imprese private e amministrazioni pubbliche, permettano di realizzare progetti a elevata complessità non solo tecnica, ma soprattutto contrattuale ed economica (77 per cento dei casi).

La valutazione delle operazioni realizzate conferma come il pieno sfruttamento delle opportunità legate al ricorso a strumenti di partnership richieda il soddisfacimento di alcune condizioni di fondo. Innanzitutto, le *aziende sanitarie devono dotarsi di profili professionali adeguati per valutare attentamente* le caratteristiche delle operazioni da realizzare, e soprattutto l'economicità e la sostenibilità nel lungo periodo. In secondo luogo, è necessaria una valutazione ponderata degli assetti di *governance*, basata sul corretto equilibrio tra le diverse parti coinvolte, sulla ripartizione dei rischi tra i diversi attori, sull'integrazione di interessi spesso contrapposti, su logiche di scambio e di collaborazione tra aziende sanitarie pubbliche e operatori privati. In terzo luogo, l'analisi empirica mostra come un fattore critico di successo, comune a tutte le operazioni effettuate, sia legato al *pieno coinvolgimento*, fin dalle prime fasi, di tutti gli attori interessati: la convocazione e la gestione di incontri, la promozione e conclusione delle intese necessarie, la forte attività di comunicazione e negoziazione permettono di cercare le condizioni favorevoli necessarie all'iniziativa; questa attività avviene generalmente attraverso la previsione di specifici organi (55 per cento dei casi), oppure attraverso incontri, dibattiti, momenti di confronto (44 per cento dei casi). Tuttavia, si è riscontrato come il ricorso a operazioni di partnership finanziaria trovi giustificazione non tanto nella ricerca di fonti di finanziamento per la realizzazione delle strutture, quanto nella ripartizione dei rischi, nel coinvolgimento di competenze e professionalità di alto livello, nella condivisione di conoscenze scientifiche e tecnologiche avanzate, nella flessibilità gestionale e nella capacità progettuale apportate dal settore privato. In assenza di questi elementi risulterebbe più conveniente il ricorso alle procedure di appalto tradizionali e andrebbero ridiscusse le politiche di razionamento del credito a favore delle aziende sanitarie.

In conclusione, dall'analisi è emerso come il coinvolgimento del settore privato nella realizzazione di progetti infrastrutturali secondo gli schemi analizzati rappresenti un fattore positivo a condizione che:

- venga dedicata maggiore attenzione, da parte delle aziende sanitarie, alla pro-

grammazione degli interventi da realizzare e alla preparazione di adeguati e approfonditi studi di fattibilità;

- siano previsti momenti di confronto e di coinvolgimento sia delle differenti professionalità che andranno a operare nella struttura, sia delle componenti locali;
- vi sia la concreta disponibilità, da parte delle imprese private e degli istituti di credito, a momenti di aperta collaborazione con le aziende sanitarie, per la costruzione di operazioni basate su un'equa ripartizione dei rischi tra le parti coinvolte, su margini di remunerazione coerenti con il rischio assunto e le condizioni prevalenti sul mercato, sulla piena assunzione, con professionalità non sempre riscontrata, delle proprie responsabilità realizzative e gestionali;
- vengano, infine, correttamente percepiti i rischi connessi a operazioni di questo tipo, primo fra tutti un incremento della spesa a carico di generazioni future e i risvolti spesso non in linea con la programmazione regionale e, in quanto tali, difficili da governare.

## Bibliografia

- Amatucci F. (2004) «La funzione finanza nelle aziende sanitarie», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2004*, Milano, Egea.
- Amatucci F., Manfredi F. (2005), «La riconfigurazione dei processi decisionali nel processo di esternalizzazione/partnership dei servizi pubblici», *Atti Convegno AIDEA*.
- Amatucci F., Marsilio M. (2005), «L'innovazione finanziaria per gli investimenti delle aziende sanitarie», *Mecosan*, n. 54, pp. 29-44.
- Giliberti A., Calvetta B. (2004), «Il project financing nella sanità», *Sanità Pubblica e Privata*, n. 4.
- Jommi C. (2004) (a cura di), *Il sistema di finanziamento delle aziende sanitarie pubbliche*, Milano, Egea.
- Lecci F., Marsilio M. (2005), «Il leasing nelle aziende sanitarie», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2005*, Milano, Egea.
- Longo F. (2005), *Governance dei network di pubblico interesse*, Milano, Egea.
- Marsilio M., Vecchi V. (2004) «Il finanziamento degli investimenti in sanità», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2004*, Milano, Egea.
- Zaninotto L. (2005), *Definizione e contenuti essenziali del project financing*, [www.infopieffe.it](http://www.infopieffe.it).