

LE APPLICAZIONI DEL PROJECT FINANCE NEL SETTORE SANITARIO: STATO DELL'ARTE E PROSPETTIVE DI UTILIZZO IN ITALIA^(*)

Stefano Gatti – Università Bocconi

Alberto Germani – Unità Tecnica per la Finanza di Progetto – CIPE

1. Premessa

Il Decreto Legislativo 502/92 di riordino del Servizio Sanitario Nazionale e le norme che si sono ad esso succedute hanno posto l'accento sulla razionalizzazione e riqualificazione della spesa pubblica nel settore della sanità.

Tale razionalizzazione prevede, fra gli altri obiettivi, una riorganizzazione profonda del sistema alla luce di una mutata concezione dell'assistenza sanitaria e del ruolo assegnato alle strutture preposte alla tutela della salute¹.

In particolare per gli ospedali, la nuova impostazione funzionale prevede un ricorso sempre più limitato alla struttura per acuti in regime ordinario, a cui fa riscontro un maggior rilievo dato alle strutture di *day hospital* e *day surgery* che consentono, per un numero crescente di patologie, l'erogazione di prestazioni più efficienti e più adeguate rispetto al ricovero tradizionale.

La segmentazione delle prestazioni conferisce all'ospedale un ruolo di struttura ad alta tecnologia per il trattamento degli acuti a breve permanenza (3-4 giorni al massimo) e per la cura di alcune patologie particolari. In parallelo, si afferma per situazioni specifiche una rete di strutture complementari a minor intensità di assistenza ed alternative al ricovero in ospedale: lungodegenza, riabilitazione, *hospice*, RSA (ricoveri sanitari assistiti) ne sono alcuni esempi.

Gli obiettivi programmatici che l'attuale normativa si pone sono una diretta conseguenza di questa impostazione e possono essere sintetizzati nei seguenti:

- utilizzazione media annua dei posti letto non inferiore al 75%;
- dotazione di posti letto per acuti in regime ordinario pari a 5 per mille abitanti, di cui l'1 per mille riservato ai trattamenti in lungodegenza e riabilitazione;
- istituzione dei LEA (Livelli Essenziali di Assistenza) e trasferimento di alcune importanti patologie per le quali è "inappropriato" il ricovero verso strutture più idonee di tipo ambulatoriale;
- chiusura o riconversione delle strutture con meno di 120 posti letto.

Il mutato quadro regolamentare apre anche in Italia una visione delle prestazioni sanitarie non più ancorate a uno stretto regime di tipo pubblicistico. L'ospedale viene concepito come una struttura ricettiva con tratti spiccatamente imprenditoriali in cui il ruolo di

^(*) Gli autori ringraziano Giancarlo Forestieri, Marco Onado, Paolo Mottura, Andrea Sironi e due anonimi referees per la revisione del testo e i suggerimenti proposti. La responsabilità di quanto scritto ricade comunque sugli scriventi.

¹ La letteratura sull'argomento è piuttosto ampia sia a livello nazionale che a livello internazionale. Sull'introduzione dei principi di gestione imprenditoriale nel servizio sanitario si vedano tra gli altri Bergamaschi (1) e (2) (2000), Anessi Pessina e Cantù (2001) e Drummond, Stoddart e Torrance (1988).

guida e direzione sanitaria rimane di competenza dell'Azienda sanitaria come struttura di riferimento per il S.S.N. ma nella quale i privati possono intervenire efficacemente per la costruzione o l'ammodernamento delle strutture immobiliari e per la prestazione dei servizi ospedalieri e di quelli di natura commerciale.

E' quindi evidente che concepire l'ospedale come una struttura in grado di generare flussi di ricavo nel tempo può consentire l'applicazione di tecniche di finanza di progetto anche in un settore a forte valenza sociale.

L'obiettivo di questo articolo è quello di porre in evidenza non tanto le caratteristiche della tecnica di *project finance* – che il lettore può approfondire grazie all'ormai ampia letteratura disponibile sull'argomento² – quanto le condizioni utili per la sua proficua applicazione a iniziative molto particolari quali quelle in ambito ospedaliero.

La trattazione farà sempre riferimento al contesto istituzionale italiano. Il taglio della discussione è di tipo tecnico: assume quindi la prospettiva di uno sponsor-concessionario, di una Pubblica Amministrazione concedente o di una banca advisor o arranger che debba valutare la sostenibilità economico-finanziaria dell'iniziativa anche se non si prescinde dall'ovvia presentazione degli aspetti normativi sottostanti. Qualora l'esperienza finora maturata in Italia non fosse sufficiente, le considerazioni si riferiranno al modello della Gran Bretagna, il paese in Europa nel quale le applicazioni del *project finance* alle *Public/Private Partnerships (PPP's)* sono maggiormente consolidate. Esula peraltro dagli obiettivi di questo lavoro l'analisi dei riflessi contabili sul bilancio pubblico dell'utilizzo del *project finance*.

La struttura del lavoro è la seguente. Dopo un'introduzione che presenta alcuni dati statistici relativi alla situazione ospedaliera in Italia, viene presentato nel paragrafo 3 lo schema di *Build, Operate and Transfer* sottostante all'intervento dei partner privati per la realizzazione e la gestione di strutture ospedaliere. Il paragrafo 4 identifica i possibili vantaggi che la Pubblica Amministrazione può trarre dall'utilizzo del modello di gestione proposto e le precondizioni che essa deve assicurare per consentire ai privati di conferire capitale per la partecipazione a iniziative in ambito sanitario. Il paragrafo 5 si sofferma sulla precondizione essenziale all'intervento dei privati, cioè la remuneratività delle tariffe corrisposte per la fruizione della struttura ospedaliera; verranno prese in esame le fonti di ricavo sfruttabili dal privato in ambito ospedaliero. I paragrafi 6, 7 ed 8, infine, concludono presentando alcuni dei problemi ancora aperti in Italia in tema di applicazione delle tecniche di finanza di progetto negli ospedali.

2. Le tendenze in atto nel panorama ospedaliero italiano

Le indicazioni contenute nella premessa circa gli obiettivi programmatici della normativa di riordino del SSN trovano evidenza nelle statistiche pubblicate dal Ministero della Salute sulle schede di dimissioni ospedaliere (SDO) per gli anni 1999 e 2000³ mostrano in Italia una tendenza stabile alla diminuzione del ricovero ospedaliero per acuti in regime ordinario, a cui fa riscontro ad un sempre più frequente ricorso alle strutture alternative di ricovero (*day hospital, day surgery, lungodegenza, riabilitazione*). I dati si possono così sintetizzare:

² Per un primo inquadramento del tema, il lettore può utilmente riferirsi a Brealey, Cooper e Habib (1996); per un'analisi più approfondita delle tecniche di finanza strutturata si vedano Gatti (1999), Imperatori (1995) e Fabozzi e Nevitt (1996).

³ Si veda Ministero della Salute (1999) e (2000).

- Riduzione delle giornate di ricovero ospedaliero da 88 milioni del 1998 a 82,4 milioni del 2000;
- Riduzione delle giornate di degenza media per acuti ordinari, da 7,6 (anno 1996) a 6,9 (anno 2000);
- Aumento delle giornate in day hospital su totale della degenza ordinaria, da 5,7% (anno 1996) a 11,8% (anno 2000);
- Leggero incremento delle giornate di ricovero alternativo sul totale ricoveri ospedalieri dal 19,8% (anno 1999) al 20% (anno 2000).

A tali dati, che confermano una tendenza in atto nel panorama europeo, fa riscontro una situazione infrastrutturale ancora notevolmente arretrata. Esaminando infatti i dati sugli immobili ospedalieri pubblicati dal Ministero della Salute, si ricava che il 70% degli 813 ospedali pubblici italiani in attività ha più di trent'anni di vita, e di questi ben 126 sono stati costruiti prima del 1900. Di questi, circa il 30% è costituito da piccoli ospedali sotto i 120 posti letto ancora in attività.

Ugualmente carente è la situazione per quanto riguarda le strutture di lungodegenza e riabilitazione, per le quali si riscontra, in aggiunta, un deficit nell'offerta, che risulta complessivamente inadeguata. Infatti, nel 1999 il numero di posti letto per 1.000 abitanti era di 0,52, inferiore all'1 per mille indicato come obiettivo dal D. lgs. 502/92.

Il ricorso a strutture alternative al ricovero ordinario, nei casi in cui ciò si giustifica, è dettato anche da criteri di economicità della spesa sanitaria. In effetti, il costo medio di una giornata di degenza per queste strutture è di circa la metà di quello ospedaliero: pur considerando l'elevata varianza tra i diversi ospedali rispetto al valore medio per l'anno 2000 di 510 euro⁴, si intuisce quali risparmi gestionali è possibile conseguire attraverso il ricorso sistematico al ricovero nella struttura più adeguata.

Si può concludere che, a fronte di una evoluzione nella domanda di salute che incontra, in accordo con gli obiettivi fissati dalla normativa, i più recenti criteri in termini di appropriatezza delle cure, vi sia un'offerta ancora strutturalmente inadeguata e complessivamente non efficiente.

3. Il rapporto tra partner pubblico e privati nell'ambito della realizzazione e gestione di strutture ospedaliere

In risposta alla carenza infrastrutturale delineata, è possibile ipotizzare il ricorso alla finanza di progetto e la successiva finanziabilità dell'iniziativa su basi *project* quando l'oggetto dell'intervento sia la realizzazione e gestione di un investimento per un definito periodo di tempo. Il progetto deve consentire al privato di ripagare i costi di costruzione e avviamento dell'impianto attraverso il flusso dei ricavi provenienti dalla successiva gestione.

In Italia, le ipotesi possibili e più ricorrenti⁵ in questo ultimo biennio, sono due ed entrambe riconducibili a schemi BOT (*Build, operate and Transfer*) di costruzione, gestione e

⁴ Si veda ASSR - Agenzia per i servizi sanitari regionali (2002), *Bilanci delle aziende ospedaliere per l'anno 2000* (Il Sole-24 Ore Sanità, dicembre 2002).

⁵ Oltre a quelli citati nel testo, esistono ovviamente altri schemi possibili, fra cui si possono ricordare:

1. la costituzione di società per azioni a partecipazione maggioritaria dell'ente pubblico, prevista dalla *sperimentazione di nuovi modelli gestionali*, ai sensi dell'art. 9-bis del d.lgs. 502/92;

successivo trasferimento dell'infrastruttura all'Ente concedente al termine della concessione:

1. La concessione di costruzione e gestione, prevista dall'art. 19 della legge 109/94 e successive modificazioni (Legge Merloni-ter);
2. La realizzazione di lavori pubblici con la procedura del promotore, stabilita dall'art. 37-bis della stessa legge.

Per semplicità le considerazioni seguenti faranno riferimento al caso della costruzione *ex-novo* ed alla gestione di un ospedale, il caso forse più significativo tra quelli apparsi di recente sul mercato italiano, ma sono direttamente estendibili anche ad altre tipologie strutturali (RSA, lungodegenza e riabilitazione, *hospice*) e ad altri tipi di intervento (ad esempio gli ampliamenti).

In entrambi i casi prima indicati l'oggetto del rapporto tra Pubblica Amministrazione e partner privato è l'affidamento di una concessione di lavori pubblici⁶, con la differenza che nel primo caso il progetto preliminare è già nella disponibilità dell'Amministrazione che decide di porlo a base di gara, eventualmente richiedendo delle modifiche ed integrazioni ai concorrenti, nel secondo caso il progetto preliminare è predisposto dal promotore ed è parte integrante della proposta che lo stesso sottomete all'Amministrazione concedente. Secondo il modello BOT a norma dell'art. 19 o 37-bis, il soggetto privato può intervenire:

- nella costruzione *ex-novo* o nell'ammodernamento della struttura ospedaliera (opere civili, impianti ed attrezzature medicali);
- nella gestione dei servizi, ad esclusione delle prestazioni mediche e della direzione sanitaria della struttura ospedaliera, che sono di stretta competenza dell'Azienda sanitaria, in quanto struttura di riferimento per il S.S.N.;
- nella dismissione della vecchia struttura, eventualità ricorrente in forma opzionale nel caso di costruzioni *ex-novo*.

Costruzione o ammodernamento della struttura. Consiste nella progettazione preliminare (se in regime di 37-bis), definitiva, esecutiva, la messa a cantiere delle opere civili, la fornitura di impianti (cucine, dispense, riscaldamento e condizionamento, disinfezione, sistema informativo ospedaliero HIS - *Hospital Information System*, magazzino ospedaliero), la fornitura di attrezzature mediche specifiche (sale operatorie, radiologia, medicina nucleare).

-
2. la costituzione di fondazioni di partecipazione, ai sensi dell'art. 90 della legge 388/00;
 3. l'affidamento esterno di specifiche attività e servizi (*outsourcing*), ovvero della manutenzione e della gestione del "contenitore" ospedaliero (*global service*).

Tali schemi, pur praticabili e riconducibili al contesto più generale di *partnership* pubblico - privato, non possedendo in tutto od in parte le caratteristiche distintive del *project financing* non vengono considerati nell'ambito di questo articolo.

⁶ Le caratteristiche della concessione, oggi definite all'art. 19 comma 2 della Legge, sono state recentemente oggetto di modifiche con l'approvazione del collegato infrastrutturale alla legge finanziaria 2002 (Legge 1 agosto 2002 n.166). Nel seguito dell'articolo vengono richiamate le novità più significative contenute nel collegato in materia di concessioni e *project financing*.

La progettazione di norma segue l'indicazione di alcuni standard forniti dal committente: numero di posti letto e loro ripartizione per tipo di servizio (*day hospital, intensive care, ecc.*) tipologia di camera standard (ad un letto, a due letti), rispetto di parametri dimensionali (mq/posto letto, superfici per attività ospedaliera, degenze, circolazione, servizi).

Gestione dei servizi e manutenzione del complesso ospedaliero. Il soggetto privato, nel modello BOT, assume la gestione dei cosiddetti servizi alberghieri e di quelli ospedalieri "non medicali". In termini generali e salve le precisazioni successive si tratta della manutenzione ordinaria e straordinaria dell'edificio, dei servizi alberghieri ed ospedalieri generali; della pulizia, del servizio di mensa ed eventualmente anche della manutenzione delle attrezzature specialistiche di reparto (sale operatorie, radiologia, ecc.).

Al complesso di servizi elencati, viene affiancata, secondo volumi e modalità differenti nei singoli casi, anche la gestione di spazi commerciali ricavabili nella struttura. In effetti, nel caso di nuovi ospedali, la moderna concezione architettonica e progettuale prevede lo sviluppo della struttura intorno ad una "street", un asse di comunicazione che ha la funzione di facilitare la mobilità degli utenti all'interno dell'ospedale ed eventualmente un inserimento nella viabilità esterna all'ospedale. In questa concezione è facile ricavare alcuni spazi commerciali che vengono gestiti dal concessionario, previo accordo con il concedente, normalmente attraverso la locazione.

Oltre alla gestione degli spazi commerciali, possono senz'altro essere affidati al partner privato i servizi accessori relazionabili indirettamente al funzionamento della struttura: gestione dei parcheggi esterni, degli spazi pubblicitari ricavabili internamente alla struttura o nelle sue pertinenze, gestione delle aree dedicate alla convegnistica.

Con maggiore dettaglio, la gestione del complesso (cd. "housing") prevede solitamente le seguenti attività:

1. Manutenzioni

- manutenzione opere civili (strutture in cemento armato, carpenteria metallica, murature, pavimentazioni stradali e viabilità, eliporto)
- manutenzione ed esercizio impianti (centrale termica, centrale frigorifera ed unità di trattamento aria, impianti elettrici, idraulici, impianti di gas medicali)

2. Servizi alberghieri

- gestione mensa per degenti, personale medico e paramedico, dispensa;
- servizio pulizie, gestione pulito - sporco sanitario (rifiuti ospedalieri);
- *reception*, servizio unico prenotazioni
- gestione parcheggio auto

3. Servizi ospedalieri generali

- Magazzino ospedaliero
- Sistemi informativi ospedalieri (*Hospital Information System*, cartella clinica informatizzata, immagini radiologiche con pacs - *integrated imaging solutions*)
- Sistemi multimediali di informazione
- Farmacia
- Disinfezione, con relativi impianti di controllo

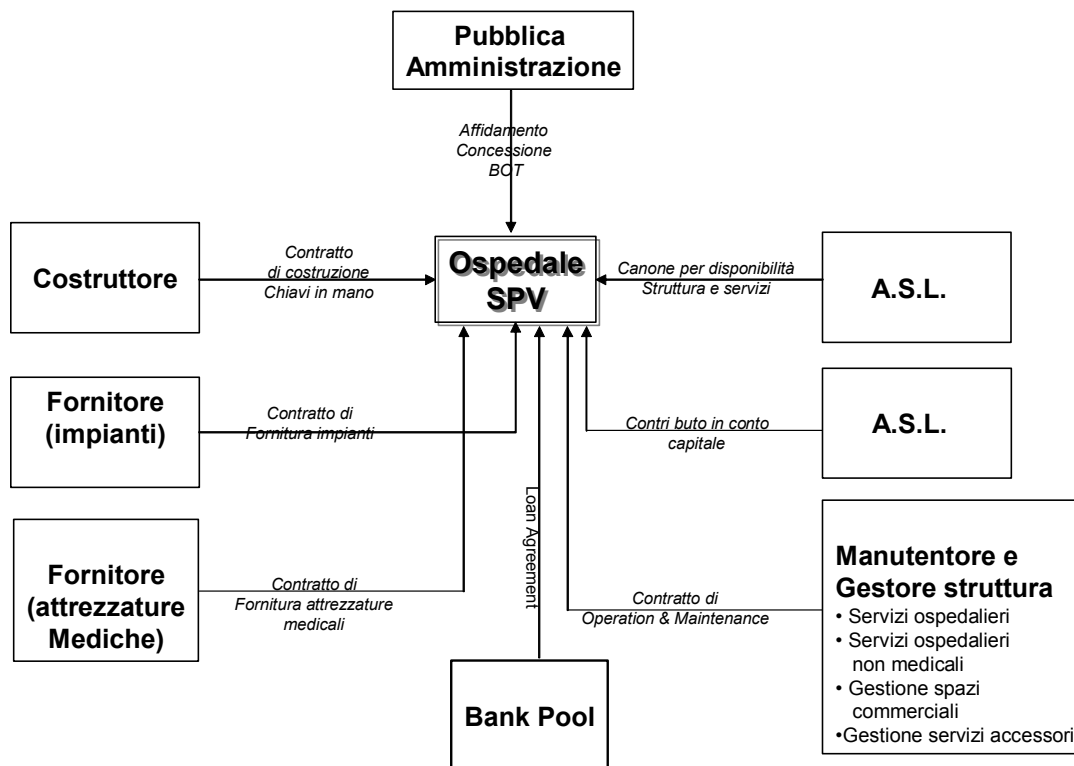
4. Servizi sanitari non medicali

- Gestione e manutenzione di impianti ed apparecchiature medicali (sale operatorie, radiologia, medicina nucleare, laboratori di analisi)
- Fornitura materiali sanitari

Di norma, i primi tre gruppi di attività sono contemplati nei contratti o nelle proposte di concessione ospedaliera apparsi ad oggi sul mercato italiano; il quarto gruppo può essere o meno previsto, in dipendenza dei contratti di fornitura per le attrezzature mediche stipulati dall'Azienda ospedaliera.

Riassumendo, la realizzazione e la gestione di una struttura ospedaliera attraverso l'intervento di partner privati secondo tecniche di *project finance* assume la configurazione tipo presentata nella figura 1.

Figura 1: la struttura di un'operazione BOT in ambito ospedaliero



4. L'utilizzo del *project finance* in sanità: i vantaggi per la Pubblica Amministrazione e le condizioni propedeutiche all'intervento del capitale privato

Facendo riferimento a quanto visto a proposito della divisione di ruoli e competenze tra operatore pubblico e soggetto privato, i vantaggi che possono essere ottenuti dalla Pubblica Amministrazione nel ricorso al *project financing* di una struttura ospedaliera sono diversi ma tutti piuttosto evidenti (vedi tabella 1).

Tabella 1: i vantaggi per la Pubblica Amministrazione e le precondizioni per l'intervento del capitale privato

Vantaggi per la PP.AA	Precondizioni di accesso
<ul style="list-style-type: none"> • Accelerazione dei tempi di realizzazione del complesso ospedaliero 	<ul style="list-style-type: none"> • Progetto già inserito nel piano triennale delle opere pubbliche o in altro documento di programmazione
<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilità di servizi medicali di qualità costante e predeterminata 	<ul style="list-style-type: none"> • Puntuale definizione degli impegni richiesti al concessionario
<ul style="list-style-type: none"> • Separazione tra Direzione Sanitaria e servizi ospedalieri medicali e servizi di housing e commerciali 	<ul style="list-style-type: none"> • Efficace processo di <i>risk analysis</i> e <i>risk allocation</i> tra parte pubblica e parte privata
<ul style="list-style-type: none"> • Semplificazione amministrativa nella gestione dei contratti 	<ul style="list-style-type: none"> • Impegni della PP.AA. al rispetto della tempistica concordata con il soggetto privato
	<ul style="list-style-type: none"> • Assicurazione dell'equilibrio economico e finanziario dell'iniziativa (quantificazione del contributo e dei canoni periodici riconosciuti al soggetto privato)

Oltre al vantaggio più generale di liberazione di risorse finanziarie in capo al soggetto pubblico con possibilità di destinarle ad altri progetti, sanitari e non, il primo elemento positivo attiene alla probabile *accelerazione dei tempi di costruzione* rispetto all'appalto tradizionale. Ciò è largamente dipendente dalla attuale disponibilità di un progetto preliminare cantierabile, dallo stato del percorso amministrativo dell'opera, dalla disponibilità delle aree. In generale, le stime degli operatori del settore concordano su un periodo massimo di 6,5 anni con riguardo al lasso di tempo intercorrente fra la ricezione della proposta da parte dell'Amministrazione ed il collaudo dell'opera finita nel caso di adozione della procedura *37-bis*⁷.

In effetti, le stime indicate trovano conforto nell'esperienza del Regno Unito: ad esempio, nel caso di Worcestershire Royal Hospital (costruzione di un ospedale *ex-novo* da 450 posti), il tempo effettivo di realizzazione, a partire dalla firma del contratto alla consegna dell'opera finita, incluso il trasferimento di trecento pazienti dalla vecchia struttura, è stato pari a 36 mesi.

Il secondo vantaggio risiede nella *disponibilità di una struttura ospedaliera e di servizi non medicali di qualità predeterminata e costante per tutta la durata della concessione* e nella possibilità da parte dell'Amministrazione di pagare per l'effettiva disponibilità degli stessi. A fronte di questi vantaggi, peraltro, l'Azienda sanitaria è chiamata ad esercitare un maggior potere di controllo sui servizi resi dal privato affinché il contratto possa funzionare adeguatamente: come si vedrà più avanti, la verifica degli standard definiti contrattualmente è la condizione necessaria per l'erogazione dei canoni al gestore privato.

⁷ La stima di 6,5 anni per la costruzione di un ospedale nuovo di 600 posti è così ripartita: 1,5 anni per la fase di valutazione della proposta, gara ed aggiudicazione della concessione, 1 anno per la fase di progettazione definitiva ed iter autorizzativo e permessi, 3,5 anni per la fase di costruzione ed infine 6 mesi per il collaudo.

Ulteriori vantaggi per la Pubblica Amministrazione si riferiscono a una separazione più netta fra i servizi ospedalieri prettamente medicali e i servizi di *housing*, con possibilità da parte dell'Azienda sanitaria ed ospedaliera di dedicarsi esclusivamente ai primi, lasciando i secondi alla responsabilità di una gestione imprenditoriale esperta. Inoltre, l'Azienda sanitaria ed ospedaliera risulta meno coinvolta nella gestione amministrativa dei contratti di appalto di fornitura e servizi. Nel caso del *project financing* si ha a che fare generalmente con un unico contratto, rispetto ai molti della gestione tradizionale.

A fronte di questi vantaggi e affinché un raggruppamento di imprese private possa proporsi come concessionario di realizzazione e gestione di un complesso ospedaliero è evidentemente necessario il rispetto di una serie di condizioni propedeutiche in grado di rendere il progetto fattibile ed appetibile per l'investimento privato.

Molti degli elementi che verranno di seguito indicati devono essere analizzati ed opportunamente approfonditi dall'Amministrazione concedente *prima* di sollecitare il mercato dei privati, al fine di valutare l'effettiva convenienza, in termini tecnici ed economici, dell'operazione in *project financing* rispetto alle tradizionali forme di appalto⁸. La sede naturale di tali approfondimenti è costituita dallo *studio di fattibilità*, propedeutico all'inserimento dell'iniziativa nel piano triennale dell'Amministrazione⁹, documento in cui sono contenute tutte le valutazioni e tutti i riferimenti tecnici, giuridico-amministrativi ed economico-finanziari per convincere da un lato l'Amministrazione della bontà della scelta di ricorrere o meno al *project financing*, dall'altro per indirizzare il privato nell'impostazione della proposta in modo il più possibile conforme alle scelte e a quanto desiderato dall'Amministrazione concedente.

Nel dettaglio, le condizioni propedeutiche per garantire l'intervento del capitale privato vengono analizzate di seguito.

Inserimento dell'iniziativa nel quadro programmatico dell'Ente concedente e verifica della conformità urbanistica. Il progetto deve essere inserito nel piano triennale od in un altro documento di programmazione¹⁰, e devono essere per quanto possibile evitati i rischi amministrativi di condizioni sospensive in corso di approvazione per non conformità urbanistiche o carenze autorizzative. La responsabilità del buon esito dell'iter di approvazione dell'opera ricade di norma sull'Ente pubblico, che deve avere preventivamente definito l'oggetto dell'intervento, la sua localizzazione, gli aspetti di

⁸ In Gran Bretagna è previsto, come parte integrante dello studio di fattibilità di ogni intervento in *project financing* il cosiddetto *Public Sector Comparator (PSC)*, ovvero la valutazione comparata in termini economico - finanziari fra la realizzazione in finanza di progetto ed il *procurement* tradizionale. Si veda al riguardo Norsa (1998).

⁹ Documento obbligatorio per interventi sopra ai 20 miliardi di lire (l'importo è stato convertito nell'equivalente in euro) ai sensi dell'art. 4 della legge 144/99 e dell'art. 3 comma 4 del DM LL.PP. 21.06.2000.

¹⁰ Si ricorda in proposito che l'art. 37-*bis* della Legge prevede espressamente che le proposte sottoposte alle Amministrazioni devono essere relative alla realizzazione di lavori pubblici o lavori di pubblica utilità, inseriti nella programmazione triennale di cui all'articolo 14 comma 2, ovvero negli strumenti di programmazione formalmente approvati dall'amministrazione aggiudicatrice sulla base della normativa vigente.

inserimento nel territorio (viabilità, accessi, agibilità rispetto al bacino di utenza servito, ecc.)

Definizione puntuale delle caratteristiche della concessione. Durata, impegni reciproci, caratteristiche del servizio e della gestione, standard di qualità e controllo delle prestazioni, modalità di erogazione dei pagamenti da parte dell'ente concedente, restituzione dell'immobile a fine concessione, garanzie prestate nelle varie fasi, sono solo alcuni degli aspetti che dovranno essere compiutamente definiti nel contratto di concessione e negli allegati: bozza di convenzione, disciplinare tecnico di gestione, piano economico - finanziario ed altri;

Rigoroso processo di allocazione dei rischi. Un progetto finanziato secondo logica di *project financing* non può prescindere da una corretta individuazione dei rischi e da una equa allocazione degli stessi (*risk allocation*) fra parte pubblica e parte privata.

L'elemento del rischio per il privato è inserito in maniera organica nel concetto di concessione di costruzione e gestione, di cui il *project financing* è un caso di specie.

Tale aspetto, presente anche nella normativa comunitaria, impone che il privato concessionario si assuma una quota di rischio dell'operazione. Non è accettabile una proposta in finanza di progetto in cui il concessionario venga ad esempio remunerato a tariffa fissa, indipendente dall'erogazione e dall'effettivo utilizzo del servizio, accollando all'Ente concedente il cosiddetto *rischio di mercato*, oppure una proposta in cui si scarichino sulla parte pubblica gli oneri conseguenti a imprevisti tecnici e costruttivi occorsi nella realizzazione dell'opera.

Viene pertanto definita, nella *risk allocation*, la ripartizione dei rischi dell'operazione fra parte privata e pubblica. La *best practice* che si riscontra in campo internazionale è quella di caricare un rischio specifico alla parte che lo può sostenere a costi minori, senza cioè far gravare sulla collettività, sotto forma di aumento delle tariffe per i servizi resi, il costo di una sbagliata o impropria allocazione dei rischi.

Conseguentemente a questo principio, alla parte privata vengono assegnati i rischi connessi alla costruzione ed alla gestione dell'infrastruttura (rischio tecnico - costruttivo, rispetto dei tempi, disponibilità della struttura, qualità e continuità dei servizi erogati, ecc.) mentre alla parte pubblica sono assegnati i rischi di natura amministrativa e legislativa (autorizzazioni e concessioni, certezza dei pagamenti, stabilità normativa).

Lo studio dell'allocazione dei rischi di un contratto di specie è un'operazione molto complessa e richiede grande attenzione, in quanto vincola entrambe le parti nella mutua ripartizione di oneri e responsabilità che governano l'attività dell'Ente concedente e del privato costruttore/gestore durante il periodo di vigenza della concessione.

Da tale ripartizione discende conseguentemente il sistema di garanzie e penali che vengono stabilite in sede contrattuale e che impattano direttamente sull'attività del privato e sul flusso dei ricavi attesi: ad esempio, un'*underperformance* del concessionario/gestore nella fase di costruzione o nella prestazione dei servizi genera di riflesso l'applicazione di una penale a suo danno, così come un ritardo nell'ottenimento dei permessi o l'introduzione di una normativa fiscale più restrittiva può dar luogo al diritto di revisione del piano economico - finanziario a suo vantaggio.

Garanzia di rispetto della tempistica prevista, soprattutto nella fase di costruzione. In questo caso devono essere garantiti dalla Pubblica Amministrazione i tempi di consegna

del vecchio ospedale nel caso, per esempio, di riconversione o di ristrutturazione. In ipotesi di costruzione di un nuovo edificio, si rende importante la messa a disposizione delle aree per la costruzione. Deve essere inoltre assicurata l'agibilità delle aree di cantiere per tutto il periodo della costruzione.

Remuneratività del servizio per il concessionario. Si tratta di un tema centrale nell'intervento di capitale privato nella realizzazione di infrastrutture a valenza sociale. Un'iniziativa di *project finance* si giustifica infatti solo a condizione che i flussi di ricavo derivati dalla gestione della struttura siano in grado di ripagare i costi di costruzione, i costi operativi, il servizio del debito richiesto per la realizzazione e i dividendi agli sponsor dell'iniziativa. La crucialità del flusso dei ricavi e le particolarità di esso nell'ambito del settore ospedaliero richiedono un apposito approfondimento nel paragrafo successivo.

5. Le modalità di remunerazione per il concessionario privato

Il partner privato-concessionario trae il corrispettivo per la realizzazione delle strutture e per la loro gestione (vedi tabella 2):

1. da un contributo in conto lavori;
2. da un canone annuale;
3. dal corrispettivo per la gestione di spazi commerciali e di servizio.

Tabella 2: le componenti che concorrono alla remunerazione del partner privato

	Tipologia di introito	Fonte e composizione dell'introito
Modalità di remunerazione del soggetto privato	• Contributo in conto capitale	Erogato da ASL con obiettivo di assicurare l'equilibrio economico-finanziario al partner privato
	• Canone annuo	Erogato da ASL. Il canone remunera: <ol style="list-style-type: none"> 1. la disponibilità della struttura ospedaliera (<i>availability</i>) 2. la qualità delle prestazioni erogate (<i>service</i>) 3. il volume delle prestazioni offerte (<i>service</i>)
	• Tariffe e canoni	Pagate direttamente dai locatori privati. Derivano: <ol style="list-style-type: none"> 1. dalla gestione di spazi accessori all'ospedale (es. parcheggi) 2. dalla locazione di spazi commerciali

Il contributo in conto lavori ed il canone annuale (punti 1 e 2) sono erogati al concessionario dalle Aziende ospedaliere e/o dalle ASL; le tariffe per la gestione degli spazi commerciali (punto 3) sono invece incassate dal concessionario direttamente dai privati locatori degli spazi o gestori dei servizi.

Una corretta definizione di queste componenti di ricavo è spesso decisiva al fine del raggiungimento di una mutua soddisfazione del soggetto pubblico e del partner privato; a ben riflettere, la remuneratività della struttura ospedaliera per il privato è la condizione essenziale per poter discutere di *project finance* in ambito sanitario.

Contributo in conto lavori. L'art. 19 comma 2-bis della legge Merloni aveva inizialmente stabilito di commisurare il contributo pubblico, in valore assoluto, fino a un massimo del 50% del valore degli investimenti (lavori e forniture)¹¹, e di corrispondere tale contributo al collaudo dell'opera, usualmente in un'unica soluzione.

Va osservato peraltro che, a seguito dell'approvazione del collegato infrastrutturale alla legge finanziaria 2002 (legge 166/02), il limite del 50% di contributo a carico dello Stato è stato rimosso, avendo la Pubblica Amministrazione preso atto che alcuni investimenti in opere pubbliche, quali quelle usualmente definite "fredde"¹² a cui il settore ospedaliero appartiene, non remunerano sufficientemente il privato se non in presenza di una quota superiore al 50% di contribuzione pubblica.

In ogni caso, prescindendo anche dal mutato quadro normativo, l'esperienza dei primi progetti di *project financing* nel settore ospedaliero in corso di attuazione in Italia ha messo in evidenza come la quota in conto capitale coperta da fondi pubblici è scesa raramente al di sotto del 40% del totale investimenti.

Canone annuale. Si tratta della componente centrale nella progettazione di un intervento di edilizia ospedaliera attuato in *project finance*, oggetto di lunga negoziazione tra partner pubblico e concessionario privato. Il canone viene corrisposto all'entrata in esercizio della nuova struttura ed è articolato in più componenti di natura fissa e/o variabile. Nel caso inglese di uso del *project finance* nell'ambito delle PPP's (*public-private partnerships*), al quale si ispirano le scarse evidenze empiriche attualmente verificabili in Italia, l'Ente pubblico committente (il *NHS Trust*) non anticipa alcun pagamento fino a quando la struttura non è entrata in esercizio. Da quel momento, il pagamento è commisurato unicamente alle prestazioni svolte ed è usualmente composto dalle seguenti tre voci:

- una quota di disponibilità della struttura (*availability payment*), pari a circa il 55-60% del canone, legata alla disponibilità della superficie utile dell'ospedale (*by floor space*);
- una quota (*service fee*) correlata al livello di qualità delle prestazioni erogate rispetto ad un *benchmark* stabilito contrattualmente. Tale quota è pari in media al 35% del canone;

¹¹ In particolare, la norma citata prevedeva che, qualora nella gestione fossero previsti prezzi o tariffe amministrati, controllati o predeterminati, il soggetto concedente doveva assicurare al concessionario il perseguimento dell'equilibrio economico - finanziario degli investimenti e della connessa gestione in relazione alla qualità del servizio da prestare, anche mediante un prezzo, stabilito in sede di gara, che comunque non poteva superare il 50% dell'importo totale dei lavori, da corrispondersi a collaudo effettuato in un'unica rata o in più rate annuali, costanti o variabili. La riforma introdotta dalla legge 166 ha modificato la dicitura originaria, eliminando tra l'altro i vincoli del tetto massimo del contributo pubblico e della erogazione a collaudo.

Nel caso degli ospedali, data la modesta quota dei ricavi traibili dai servizi alberghieri e di *housing*, è inevitabile che la parte pubblica si faccia carico, oltre che di una parte del costo dell'immobile, anche di una parte dei costi di gestione e manutenzione della struttura.

¹² Tale termine è usato in contrapposizione alle opere "calde", nelle quali invece gli utenti finali sono i diretti beneficiari delle prestazioni, ed il flusso di ricavi è garantito dal pagamento di tariffe direttamente riscosse dall'utenza (es. pedaggi autostradali, bollette di distribuzione idrica, ticket di parcheggio, ecc.).

- una quota (*volume fee*) proporzionale al volume delle prestazioni erogate (*payment for usage, volume or demand*), pari a circa il 5-10% del canone.

Si osservi che la componente preponderante del canone annuo è costituito dal pagamento per la disponibilità della struttura. In effetti, il gettito dei ricavi derivanti dalla prestazione di servizi e da attività commerciali, sia pure in presenza nell'ospedale di spazi sempre maggiori dedicati ad attività di tipo privato, non sono sufficienti a ripagare l'investitore privato del costo sostenuto per l'investimento per la realizzazione e gestione di una struttura, tecnologicamente e funzionalmente complessa quale quella ospedaliera.

In accordo con le analisi economico - finanziarie sin qui sviluppate nel settore ospedaliero, si assume pertanto la quota di disponibilità come la fonte principale di rimborso e di remunerazione del capitale investito da parte del soggetto privato.

Un'ulteriore precisazione è che le prime due voci che compongono il canone non sono invariabili per il periodo di durata della concessione, ma sono soggette ad un sistema di valutazione che, partendo dal livello di prestazione offerta, attraverso un conteggio delle penalità (c.d. *penalty points*) in caso di indisponibilità della struttura o di prestazioni insufficienti porta a riduzioni (c.d. *performance deductions*) sull'importo pieno delle quote di canone. In questo modo al privato gestore viene trasferita una parte di rischio d'impresa connesso al mantenimento in efficienza della struttura costruita (a cui è legato il rischio di costruzione e manutenzione) ed all'erogazione dei servizi (rischio sulla qualità delle prestazioni).

Anche la terza voce è variabile, proporzionale al volume delle prestazioni offerte; in questo modo viene trasferita al privato una quota del "rischio di mercato" del progetto, nel senso che un livello insufficiente di riempimento dell'ospedale porta ad un minore volume di prestazioni necessarie, e dunque erogate dal privato e ad esso pagate.

In alcuni casi si sono cumulate le ultime due voci nel *service fee*; il canone è risultato quindi strutturato in due componenti:

- *Availability fee*: legato alla disponibilità della struttura, soggetto all'*availability deduction*;
- *Service fee*: legato alla prestazione dei servizi, soggetto alla *performance deduction*.

Nel corso delle prime esperienze in Gran Bretagna si sono riscontrati alcuni inconvenienti legati alla separazione del canone in due o più voci distinte, causati essenzialmente da due fattori:

- la necessità di reinventare ogni volta un contratto ad hoc per il singolo progetto, conseguente all'impossibilità di replicare il sistema di *penalty points* su progetti differenti;
- il rischio che il *provider*, una volta terminata la costruzione, sia debolmente interessato alla gestione e miri soprattutto al recupero dell'investimento immobiliare effettuato, attraverso la percezione dell'intero canone di disponibilità.

Per questo motivo, il meccanismo che prevede il pagamento del canone in più voci distinte non è oggi quasi più utilizzato in Gran Bretagna. Si preferisce cumulare il pagamento del

canone in un'unica quota, rimanendo bene inteso che la composizione e l'origine delle voci rimane immutata.

In tale quota viene compresa sia la parte di disponibilità della struttura (cd. servizi hardware) e le relative deduzioni per indisponibilità di parti di essa, sia i servizi erogati e le relative penalità per standard non rispondenti ai livelli contrattuali. Le prestazioni afferenti alle due categorie non vengono considerate separatamente, ma rientrano in una valutazione complessiva di *performance points* sulla base della quale viene valutata (e remunerata) la gestione del privato.

In Italia le proposte finora pervenute dai privati hanno evidenziato una sostanziale preferenza verso la distinzione del canone nelle due componenti, disponibilità della struttura e servizi erogati, cumulando in quest'ultima voce la qualità e la quantità delle prestazioni. Il canone di disponibilità, analogamente al caso inglese, è generalmente superiore a quello per i servizi, ed è calibrato sulla parte di investimento a carico del privato, ovvero per la parte non coperta da contributo pubblico. Esistono però significative eccezioni, rappresentate da richieste di canone unico omnicomprensivo di struttura e servizi: in questo caso sul costo di ogni singolo servizio viene ricaricata la quota di investimento nell'infrastruttura.

Quanto ai servizi prestati, la totalità casi osservati ha riguardato l'affidamento al concessionario delle manutenzioni e dei servizi tecnici di struttura, e nella maggioranza dei casi anche i servizi alberghieri e 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 ad 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.

Il limite in tutti i casi è stato l'esercizio delle attività mediche, in cui l'Azienda sanitaria ha esercitato la competenza esclusiva.

Tariffe per la gestione degli spazi commerciali e di servizio. Il corrispettivo, in questo caso, è rappresentato dal volume di ricavi derivante dalla locazione o dalla gestione diretta degli spazi commerciali e di sosta annessi alle strutture ospedaliere. Tale corrispettivo è inoltre funzione delle modalità di gestione (tempi e tariffe) imposti o negoziati, di volta in volta, tra il concessionario e l'Ente sanitario. Per questa tipologia di ricavo, il rischio commerciale è totalmente a carico del concessionario.

Le prime esperienze in Italia hanno evidenziato come il gettito derivante da questa voce sia stimato prudenzialmente al ribasso per un massimo del 10% del totale ricavi, anche per l'elevata alea di incertezza che caratterizza questa posta. Nella maggioranza dei casi analizzati, in questa voce sono comprese sia prestazioni di supporto all'attività ospedaliera (ad esempio la gestione da parte del privato degli spazi dedicati all'*intramoenia*, oppure delle camere a pagamento), sia prestazioni di natura strettamente commerciale (gestione bar, ristorante, mensa, negozi, ecc.); in un caso è stata inserita fra le voci di ricavo la gestione degli spazi pubblicitari interni all'ospedale ed alle aree di parcheggio.

In futuro, si auspica che la possibilità di nuove forme di ricavi "privati", per attività sia strettamente ospedaliere che di altra natura, possano integrare in misura sempre maggiore i ricavi del concessionario, in modo da far calare in modo corrispondente il canone pubblico a carico dell'Ente pubblico. Questo fatto, ben lungi dal costituire una

“privatizzazione” della sanità (l’attività medica ospedaliera rimane interamente ed in via esclusiva sotto la responsabilità pubblica), non può che migliorare il profilo dei conti pubblici ed aumentare la “vivibilità” dell’ospedale in termini di servizi forniti all’utenza.

6. Alcuni problemi aperti nel contesto istituzionale italiano

Nel corso delle pagine precedenti, l’analisi si è concentrata sugli aspetti meno incerti dell’applicazione della tecnica di *project finance* al comparto ospedaliero ed ha fatto riferimento sia alle particolarità del sistema italiano sia ai modelli sperimentati nel contesto inglese. In questo paragrafo si vogliono invece mettere in evidenza alcuni degli aspetti problematici che creano ancora difficoltà ad un pieno utilizzo della finanza di progetto nel contesto del settore sanitario in Italia.

Al di là di quanto chiarito nei paragrafi seguenti, va sottolineato preliminarmente il problema dell’approccio piuttosto incerto con il quale la Pubblica Amministrazione si avvicina ai modelli di *partnership* pubblico - privato per la costruzione e gestione di un’infrastruttura in campo sanitario. Si tratta evidentemente di un problema culturale comune ad altre tipologie di *project finance* pubblico-privato: è bene infatti che gli Enti concedenti e gli organi competenti regionali siano bene edotti sulle difficoltà che tale modello propone, soprattutto in relazione alla compatibilità con la normativa nazionale vigente ed ai meccanismi attualmente in uso per il trasferimento dei fondi in conto capitale ed in conto esercizio.

Tali difficoltà sono comuni a tutte le opere cosiddette “fredde”, ovvero quelle in cui l’Ente pubblico si sostituisce all’utente finale nel pagamento dei servizi (le prestazioni ospedaliere nella generalità dei casi sono pagate direttamente con i fondi del SSN), e costituiscono il motivo principale per cui, a differenza di altri paesi europei, la finanza di progetto ha trovato in Italia sino ad oggi scarsa applicazione pratica in campo sanitario.

6.1. Contribuzione pubblica in conto capitale ed in conto esercizio

L’esperienza acquisita sui primi progetti di BOT in campo sanitario in Italia ha messo in luce la difficoltà, da parte del privato, di recuperare dai canoni di gestione e dai ricavi di tipo privato gli investimenti effettuati in conto capitale per la costruzione o per il semplice ammodernamento della struttura.

Ciò è comprensibile se si tiene conto dell’alto volume di investimenti necessario per la realizzazione di strutture, quali quelle ospedaliere, caratterizzate da un elevato contenuto tecnologico, da una forte intensità di gestione e da una rapida obsolescenza per quanto riguarda le principali attrezzature. Lo è ancora di più se si considerano le caratteristiche del “nuovo modello di ospedale” così come delineato nel Decreto del Ministero della Sanità del 12 dicembre 2000:

- Struttura ad alto contenuto tecnologico;
- Elevata differenziazione e specializzazione delle prestazioni mediche offerte;
- Elevato livello qualitativo e di comfort delle prestazioni “alberghiere”: standard di 1-2 posti letto per camera;
- Dimensione gestionale “ottimale”, con un numero di posti letto compreso fra 400 e 650;
- Standard dimensionale di almeno 100 -120 mq. di superficie a posto letto;

- Condizioni di contorno, quali la disponibilità di spazi commerciali, parcheggi, verde urbano.

In mancanza di un sufficiente volume di ricavi, è necessario pertanto attingere – come si è già osservato nel paragrafo 4 – ad un contributo pubblico in conto “prezzo” sfruttando le possibilità offerte dalla Legge Merloni-ter. Anche se il tetto massimo del 50% dell’importo totale dei lavori è stato rimosso dalla più recente normativa, la disponibilità effettiva dell’Amministrazione pubblica a contribuire può non essere sufficiente a colmare il fabbisogno in conto capitale dell’investimento, specie per le strutture ospedaliere di dimensioni più grandi. Il contributo in conto prezzo non è quindi un elemento decisivo ai fini di rendere bancabile un’operazione di *project finance* ospedaliero.

Per quanto attiene ai ricavi propriamente detti, come si è notato nel paragrafo 4 essi sono in parte assicurati dal contratto di concessione con l’Azienda ospedaliera o ASL, e sono relativi alla fornitura del complesso di servizi non medicali pattuiti, in parte sono riscossi direttamente dai clienti privati e sono relativi a prestazioni alberghiere, commerciali od altro. L’esperienza finora maturata indica che questa seconda voce è una frazione non consistente del totale ricavi annui, potendo arrivare al massimo al 10%, in casi eccezionali forse al 15% circa; raramente si può ad oggi prevedere di più.

Pertanto, anche in conto esercizio il pagamento coperto con i fondi pubblici del SSN che l’Ente concedente versa sotto forma di canone annuale è la voce principale di introiti per il soggetto privato.

E’ necessario a questo punto individuare fonti alternative di ricavo che possano essere rimosse dal privato od eventualmente, qualora quest’ultimo non fosse titolato ad incassarle direttamente, dall’Azienda ospedaliera o ASL per suo conto. Si possono citare, a titolo di esempio, gli introiti derivanti dalle *prestazioni private integrative* svolte in ambito ospedaliero (ad es. *intramoenia*, solventi¹³ ed assicurazioni). Al privato andrebbe riconosciuta la quota relativa alla componente alberghiera del servizio (ad esempio, stanze a pagamento, gestione degli ambulatori, servizi aggiuntivi, ecc.) mentre l’azienda ospedaliera tratterebbe per sé la quota di corrispettivo per le prestazioni mediche. Considerato il peso sempre crescente che assumerà il sistema assicurativo come integrazione del sistema sanitario nazionale, in prospettiva il gettito proveniente da tali prestazioni potrebbe rappresentare una quota non secondaria dei ricavi complessivamente maturati dal concessionario.

Un discorso a parte merita il sistema dei DRG. La riforma del SSN attuata con il d.lgs. 502/92 ha introdotto un nuovo sistema di pagamento delle prestazioni sanitarie a carico delle Regioni nei confronti delle Aziende ospedaliere, basato sul sistema dei DRG (“*Diagnosis Related Group*”). Le Aziende sono remunerate non più sulla base dei giorni di degenza, come in passato, ma sulla base dell’erogazione effettiva delle prestazioni. Per ciascuna delle prestazioni coperte dal Servizio sanitario nazionale l’Azienda percepisce un ricavo che è pari al costo standard medio di erogazione della prestazione, calcolato sulla base del costo dei fattori di produzione (personale medico, paramedico, macchinari, attrezzature e struttura) specifici per quella prestazione.

¹³ Vengono così chiamati gli utenti che usufruiscono di prestazioni aggiuntive a pagamento (es. camere singole).

All'interno del DRG vi è pertanto una quota a copertura del costo di utilizzo delle attrezzature e degli impianti, che nel caso di affidamento a privati della gestione dell'ospedale riguarderebbe direttamente il concessionario, a condizione che vi sia la possibilità da parte dell'Azienda ospedaliera e della ASL di assicurare materialmente a quest'ultimo il trasferimento dei fondi. Il riconoscimento al privato della quota del DRG di sua competenza può essere anche una forma per incentivare il miglioramento della performance del gestore ed associarlo nel "rischio" legato alle prestazioni fornite dall'ospedale. Gli operatori privati in Italia si sono dimostrati in realtà piuttosto scettici su questa forma di remunerazione, obiettando che un gestore dell'*housing* ospedaliero non ha il potere per controllare il complesso delle prestazioni mediche, da cui deriva direttamente il gettito dei DRG e che è di competenza esclusiva dell'Azienda pubblica. Tale obiezione è solo parzialmente condivisibile, in quanto una buona parte dell'*appeal* esercitato dall'ospedale verso gli utenti risiede nella qualità dei servizi erogati (si pensi ad esempio all'efficienza ed alla qualità delle attrezzature installate) di cui la parte privata è responsabile. Pertanto, anche la gestione operata dal privato gioca un ruolo importante nel successo dell'ospedale nei confronti della clientela.

6.2. Bancabilità delle iniziative

Per essere "bancabile", il modello di partnership pubblico-privato descritto in precedenza deve dare le necessarie garanzie relativamente alla certezza dei flussi di pagamento dei canoni annuali a carico delle Aziende sanitarie. I problemi che si riscontrano a tal proposito sono due:

- l'orizzonte temporale degli impegni economici assunti dall'Azienda ospedaliera deve essere compatibile con la durata della concessione. Spesso invece si assiste ad una assunzione di impegni da parte dell'Ente pubblico nel breve periodo (2 - 3 anni), lasciando nell'incertezza il privato ed i suoi finanziatori per il tempo restante, che come visto può essere anche piuttosto lungo, essendo queste concessioni generalmente assestate sul limite dei trent'anni;
- nel caso di insolvenza dell'Azienda ospedaliera o dell'ASL che ha assunto gli impegni verso il privato, la Regione deve sostituirsi nell'onorare il pagamento dei canoni al concessionario, e dunque deve poter fornire un adeguato sistema di garanzie a copertura in tal senso.

E' inoltre importante che i modi ed i tempi di pagamento assicurati dalle Aziende siano compatibili con le necessità del privato ed, in primo luogo, che siano coerenti con il piano di rientro dei finanziamenti contratti dal concessionario e concordati con le banche finanziatrici. Questo aspetto assume rilevanza tenuto conto dei vincoli di bilancio e dei sistemi di pagamento che normalmente caratterizzano le Aziende ospedaliere e sanitarie, ed è, alla luce dei recenti dati sui tempi di pagamento delle ASL, non proprio confortante¹⁵.

¹⁵ Secondo un'indagine condotta da Assobiomedica, il tempo medio di pagamento delle Aziende sanitarie ed ospedaliere italiane nel corso del 2001 ai fornitori privati è stato di 267 giorni. La direttiva comunitaria 35/2000/Ce che verrà recepita dall'ordinamento nazionale entro il corrente anno 2002 stabilisce un tempo massimo di 30 giorni data fattura per l'incasso.

6.3. Alienazione delle vecchie strutture

Nel caso di costruzione di una struttura *ex-novo* potrebbe essere prevista la cessione in conto contributo dell'immobile ospedaliero da dismettere. Affinché tale disposizione abbia efficacia è necessario verificare che:

- sia possibile l'alienazione dell'immobile, ovvero questo non sia parte del patrimonio indisponibile dell'Ente;
- nel momento della cessione l'Ente concedente assicuri la variazione di destinazione d'uso dell'immobile, per poter renderla compatibile con gli usi che il privato intende farne. Tale modifica necessita normalmente di una conferenza di servizi da effettuarsi con gli enti interessati, principalmente con il Comune di appartenenza che deve garantire tale variazione;
- la valutazione economica del bene in dismissione sia congrua in relazione alla mutata destinazione d'uso;
- L'operazione di trasferimento del bene al privato sia effettuata tenendo presenti i tempi di entrata a regime della nuova struttura.

Si segnala inoltre che tale cessione, un tempo resa difficile da una lettura non univoca della legge Merloni in materia di alienazione di immobili pubblici quale sostitutivo del contributo pubblico, è stata ora esplicitamente prevista dalla legge 166, che ha sancito la possibilità che le Amministrazioni trasferiscano al privato concessionario, a pagamento parziale o totale del "prezzo" a loro carico, la proprietà od altro diritto di godimento di beni immobili di loro proprietà che non assolvono più alla funzione di interesse pubblico.

6.4. Esistenza di contratti in corso

In un contratto di costruzione e gestione finanziato su basi *project* si è visto come il concessionario sia l'affidatario dei servizi ospedalieri, attraverso i quali viene garantito il ripagamento degli investimenti effettuati in fase di costruzione. Tale meccanismo, per poter essere attuato, deve risultare compatibile con la situazione dei contratti di fornitura in essere al momento della stipula della concessione. Per alcune categorie di intervento, ad esempio per le costruzioni *ex-novo* di strutture ospedaliere, questo aspetto è inesistente, non essendovi normalmente alcun contratto od affidamento di servizi vigente al momento della costruzione. Per altre invece, quali gli ampliamenti o le ristrutturazioni, la situazione dei contratti in essere può risultare vincolante ai fini dell'affidamento dei servizi ad un nuovo soggetto privato.

Occorre pertanto che le Aziende analizzino la situazione al momento dell'affidamento della concessione, stabilendo caso per caso e per ogni singolo contratto in essere, in dipendenza anche della sua durata residua, quale sia la cosa più conveniente da fare. Un aspetto particolarmente critico, ad esempio, è il caso in cui l'Azienda eserciti direttamente con proprio personale alcuni servizi; in questo caso si deve ipotizzare che tale personale passi alle dipendenze del gestore privato, con la conseguente modifica del regime contrattuale che non sempre risulta agevole.

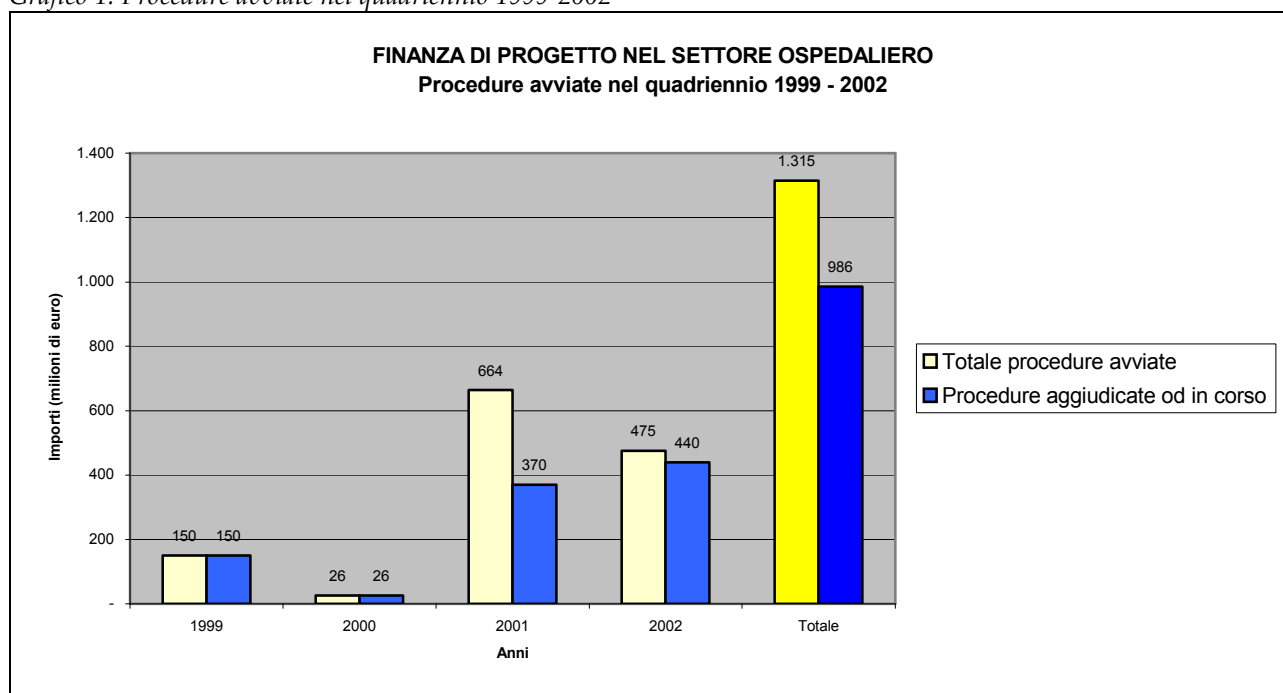
7. Il mercato del PF nel settore ospedaliero in Italia

A cinque anni dalla revisione della legislazione sui lavori pubblici e dell'entrata in vigore della Merloni-ter si può tentare di trarre un primo bilancio dell'impatto che tale novità normativa ha avuto sul mercato delle opere sanitarie sulla base dei dati disponibili.

A tale proposito va premesso che, non esistendo in Italia al momento una sistematica rilevazione delle iniziative proposte, approvate ed entrate in fase operativa¹⁶, si è deciso di far riferimento, per la base dati, ad una elaborazione operata dagli Autori di dati rilevati da diverse fonti informative¹⁷.

Il quadro complessivo che ne emerge è che il ricorso alla finanza di progetto in Italia nella costruzione *ex-novo* o nell'ammodernamento di strutture ospedaliere è ancora agli esordi; i dati tuttavia mostrano un trend di crescita costante. All'aprile 2002, le statistiche pubblicate ad esempio dall'Agenzia per i servizi sanitari regionali (ASSR), riportavano un totale di 11 operazioni con ricorso alla finanza di progetto per la costruzione e gestione di strutture sanitarie ed ospedaliere, con una media di circa 40 milioni di euro ad operazione.

Grafico 1: Procedure avviate nel quadriennio 1999-2002



Fonte: elaborazione degli Autori su dati di ricerca

I dati raccolti dagli Autori hanno evidenziato che, complessivamente, nel quadriennio 1999 - 2002 risultavano avviate in finanza di progetto 20 iniziative progettuali fra ospedali

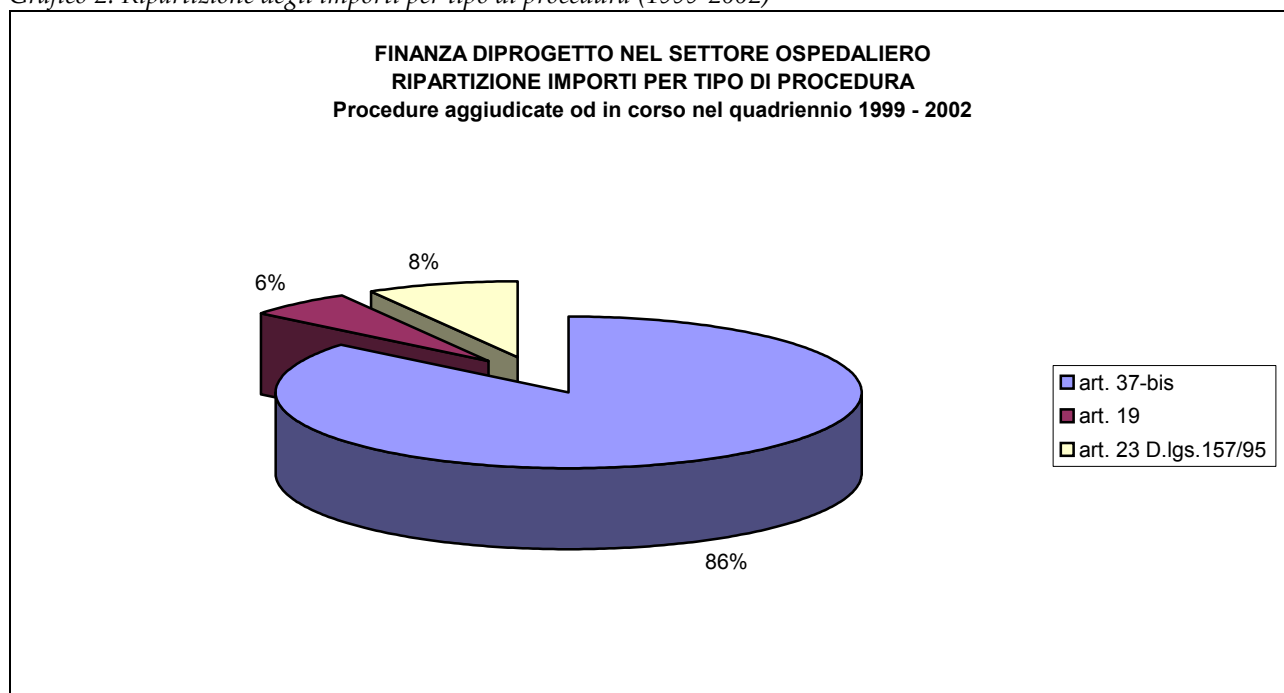
¹⁶ Si ricorda che l'obbligo di dare pubblicità agli avvisi indicativi con cui le Amministrazioni sollecitano le proposte ai sensi della procedura ex art. 37-bis è stato introdotto solo con la legge 166/2002. In precedenza, l'unica rilevazione sistematica possibile era sui bandi di gara (art. 37-quater), a cui però accedono un numero statisticamente molto ridotto di iniziative. Inoltre, non vi nessuna comunicazione pubblica della avvenuta conclusione positiva o meno del procedimento.

¹⁷ Tra le diverse fonti si citano: ASSR (Azienda servizi sanitari regionali), Osservatorio degli appalti a cura dell'Oice, pubblicazione avvisi a mezzo stampa.

ed RSA, per un controvalore di circa 1.300 milioni di euro (vedi grafico 1). Di queste, al 31 dicembre 2002 risultavano aggiudicate od in corso di procedura 14 iniziative, per un investimento complessivo di 985 milioni di euro. La mortalità risulta essere pertanto, in termini di valore, intorno al 25% del totale delle procedure iniziate. Tale dato può considerarsi accettabile se si pensa alla difficoltà che le procedure in finanza di progetto hanno sin qui avuto in Italia e alla peculiare caratteristica del settore sanitario, caratterizzato da elevati investimenti in un regime di opere "fredde", che non rende agevole una loro applicazione *tout-court*.

I dati confermano una quasi esclusiva preferenza verso il ricorso all'art. 37-bis, prescelto dalle amministrazioni nell'86% dei casi, ed un orientamento al ricorso alla finanza di progetto nel caso di nuove costruzioni, che hanno rappresentato da sole più del 50% dei casi. L'evidenza raccolta quindi conferma il generalizzato ricorso alla procedura del promotore come conseguenza dell'interesse delle pubbliche amministrazioni verso le proposte avanzate dai privati, delle quali si può valutare l'originalità progettuale e l'organizzazione in fase di gestione. Meno interessante, secondo i dati, è l'opzione dell'art. 19 cioè dei progetti "fatti in casa" e successivamente proposti ai privati (vedi grafico 2).

Grafico 2: Ripartizione degli importi per tipo di procedura (1999-2002)



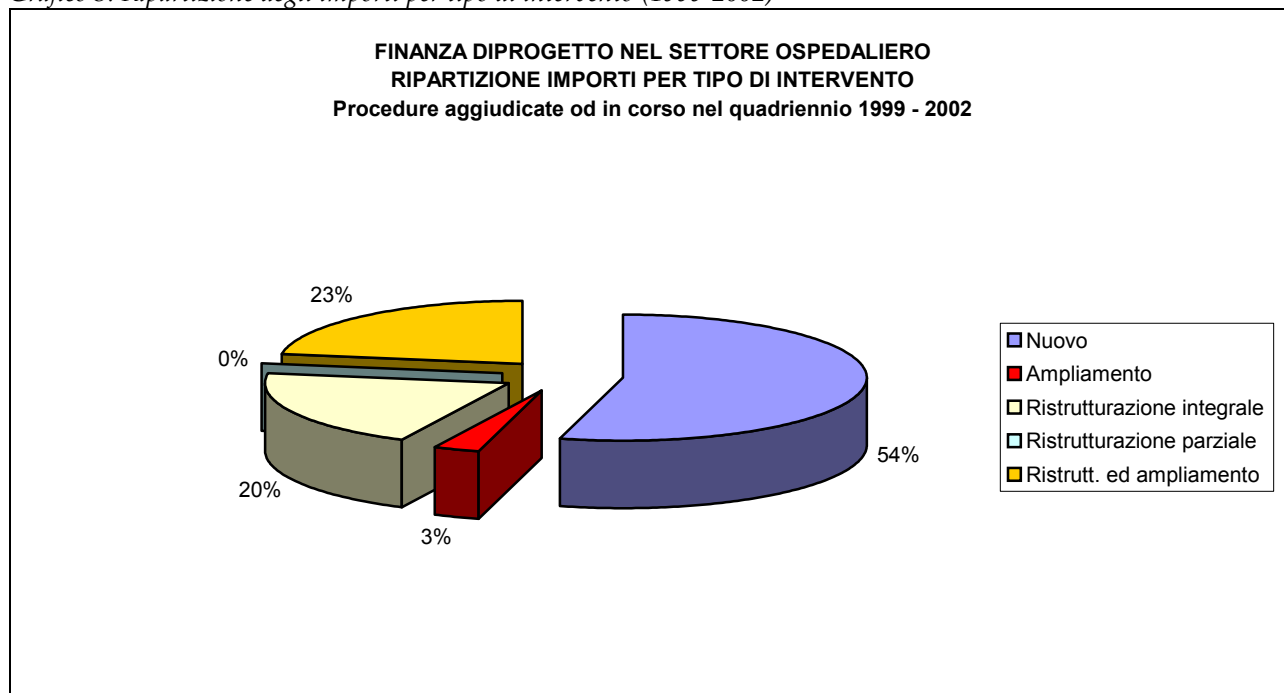
Fonte: elaborazione degli Autori su dati di ricerca

Nel caso della preferenza accordata alla tipologia progettuale di nuova costruzione, evidentemente la realizzazione *ex-novo* rappresenta la situazione meno vincolante per un privato che si candida alla gestione integrale della struttura, libero da situazioni pregresse quali quelle che si trovano in strutture già avviate e funzionanti (vedi grafico 3).

Delle 14 iniziative in essere alla fine del 2002, 12 sono relative ad ospedali e 2 ad RSA. La media degli investimenti per gli ospedali è di circa 80 milioni di euro a progetto, a

conferma della rilevanza in termini economici del singolo intervento, e di 8 milioni di euro per le RSA. Il costo medio del posto letto per le 12 iniziative ospedaliere è di circa 211.000 euro, in linea con i costi di investimento medi nazionali per questa tipologia di struttura.

Grafico 3: Ripartizione degli importi per tipo di intervento (1999-2002)



Fonte: elaborazione degli Autori su dati di ricerca

Le concessioni che alla fine del 2002 risultano aggiudicate, sulla base dei dati raccolti dagli Autori, sono in totale tre, tutte relative ad interventi nel settore ospedaliero, per un controvalore degli investimenti pari a 267 milioni di euro e con un totale di nuovi posti letto superiore a 1.000. Nel corso del 2003, inoltre, sono stati già annunciati due interventi in finanza di progetto su ospedali per complessivi 370 milioni di euro, ed altri due sono in fase avanzata di studio.

Concludendo, il mercato in Italia sta uscendo dalla fase di *start-up* per entrare in una dimensione statisticamente rilevante. Va inoltre ribadito che non vi sono allo stato attuale iniziative già avviate alla fase di cantierizzazione.

8. Conclusioni

E' ragionevole ipotizzare che alcuni dei progetti censiti dagli autori non completeranno l'iter realizzativo con la finanza di progetto, sostituita da procedure più tradizionali. La vivacità del mercato, messa in luce dai dati è comunque un segnale incoraggiante ed un buon viatico per il futuro.

Resta la validità delle considerazioni che sono alla base del ricorso al *project financing* come opzione reale nella costruzione e gestione di strutture sanitarie, e che si possono sintetizzare nella necessità di dare corso ad alcune inderogabili attuazioni.

La prima considerazione è la necessità di attuare cospicui investimenti in conto capitale. L'articolo 20 della legge 67/88 stanziava 30.000 miliardi per l'ammodernamento della rete ospedaliera italiana, successivamente diventati 34.000 miliardi¹⁸; una cospicua parte di questi importi, a più di dieci anni dall'avvio del programma, è stata spesa, una parte è prevista negli accordi di programma quadro fra Stato e Regioni ma la sensazione è che, nel complesso, le risorse finanziarie complessivamente stanziate non saranno probabilmente sufficienti a raggiungere gli obiettivi proposti.

La seconda considerazione è relativa alla necessità di pervenire ad una efficiente allocazione della spesa pubblica sanitaria, il che implica la necessità di razionalizzare la rete ospedaliera italiana secondo i più moderni concetti di appropriatezza delle cure. Si è visto come il problema non è di spendere tanto o di spendere poco, ma è piuttosto quello di spendere bene, dove il *bene* è posto in relazione ai servizi, sanitari e non che devono essere erogati a ciascun paziente per quella specifica patologia.

Le considerazioni illustrate implicano, come conseguenza, la necessità di trovare formule costruttive e gestionali alternative. Occorre pertanto superare, in un'ottica di miglioramento della qualità delle prestazioni erogate al cittadino e di aumento dell'efficienza della spesa pubblica, la logica del "tutto pubblico", ovvero del tradizionale modello di ospedale con investimento a totale carico dello Stato.

A fronte dei vincoli imposti alla crescita della spesa pubblica, il *project finance* può costituire una possibile valida opzione, per le considerazioni svolte nel presente articolo e che brevemente si richiamano:

- Accelerazione e certezza dei tempi;
- Efficienza nei costi di costruzione/operativi;
- Coinvolgimento del partner privato nel risultato, con una corretta ripartizione dei rischi (*risk allocation*) fra parte pubblica e parte privata;
- Pagamento del privato attraverso meccanismi di penalità/incentivi per minimizzare il rischio di *underperformance*. Si paga solo per quello che si riceve (*take and pay*);
- Liberazione di risorse economiche a vantaggio di altri progetti;
- Garanzia dettata dal contratto dell'ottenimento di servizi di qualità predeterminata e costante per tutta la durata della concessione;
- Riqualficazione delle attività della ASL/A.O.: impegno esclusivo sulle attività medicali e di controllo;
- Sostituzione della gestione di più contratti con un interlocutore unico per i servizi di *housing*.

E' naturale chiedersi a questo punto se vi sia un riscontro oggettivo, derivante dai casi fin qui realizzati in finanza di progetto, di tali vantaggi rispetto ad altri sistemi realizzativi, ovvero l'appalto tradizionale.

In considerazione dello stato di avanzamento ancora iniziale dei progetti, in Italia tale riscontro non è possibile, se non per via induttiva. Nel caso dell'ospedale di Mestre¹⁹, ad esempio, l'amministrazione ha condotto sulla proposta del promotore un'analisi di tipo

¹⁸ Cfr. art. 83 della legge 23 dicembre 2000, n. 388 (Legge finanziaria 2001).

¹⁹ Il Nuovo ospedale di Mestre, la cui proposta è stata sollecitata dalla ULSS 12 Veneziana nel giugno 2000, è stato aggiudicato al concessionario con procedura ex art. 37-bis nell'ottobre del 2002.

VFM (*Value For Money*) considerando il costo globale della proposta e raffrontandolo con il costo di costruzione e gestione, per lo stesso numero di anni, che sarebbe stato sostenuto se il progetto fosse stato realizzato internamente. Ne è emersa la convenienza della opzione in *project financing*.

Le statistiche del NHS inglese accreditano alle strutture ospedaliere realizzate in *project financing* un risparmio complessivo dell'ordine del 10 - 15%, tale da suggerire al governo inglese l'avvio, a partire dal 1997, di un programma di realizzazioni in concessione di costruzione e gestione per 38 grandi ospedali (di cui 18 in corso di costruzione) per un valore complessivo di 3,6 miliardi di sterline (5,8 miliardi di euro)²⁰.

In conclusione, l'adozione del *project financing* per la costruzione di strutture sanitarie ed ospedaliere nei casi in cui ne ricorrano le condizioni di attuazione, può costituire una valida alternativa al tradizionale modello di gestione pubblica ed, attraverso il realizzarsi di meccanismi di efficientamento, contribuire al miglioramento della spesa a carico del Servizio sanitario nazionale.

²⁰ Dati NHS (*National Health Service*).

Bibliografia

- Achard P., *Economia ed organizzazione delle imprese sanitarie*, Milano, Franco Angeli, 1999
- ASSR - Agenzia per i servizi sanitari regionali, *Bilanci delle aziende ospedaliere per l'anno 2000*, in *Il Sole-24 Ore Sanità*, dicembre 2002.
- Amatucci F., *Il Project Finance nelle aziende pubbliche*, Egea 2002
- Anessi Pessina E., Cantù E., *L'aziendalizzazione della sanità - Rapporto Oasi 2001*, Milano, Egea, 2001.
- Arosio F., Borri G., *I sistemi di finanziamento ospedaliero e nella riabilitazione*, Milano, Franco Angeli, 2001
- Atti del Convegno, *PFI - Private Finance Initiative - Come fare finanza di progetto per le infrastrutture*, Milano, giugno 1997
- Atti del 3° Congresso nazionale degli operatori uffici tecnici delle Aziende sanitarie ed ospedaliere, *Tecnologia e Sanità*, Rieti, ottobre 2002
- Baldi M., De Marzo G., *Il project financing nei lavori pubblici*, IPSOA, 2001
- Bergamaschi M. (1) (a cura di), *Economia e gestione delle aziende dei servizi sanitari*, Milano, Egea, 2000
- Bergamaschi M. (2), *L'organizzazione nelle aziende sanitarie*, Milano, McGraw Hill, 2000
- Brealey R.A., Cooper I.A., Habib M.A., *Using project finance to fund infrastructure investments*, in "Journal of Applied Corporate Finance", vol.9, n.3, 1996
- Bruzzi S., *Finanziamento e gestione delle aziende ospedaliere*, Milano, Giuffrè, 1997
- Boeri T., Cohen R., *Analisi dei progetti di investimento. Teoria e applicazioni per il Project Financing*, Milano, Egea, 1998
- Cappellini G., Gatti S., *Il settore del project finance in Italia - Situazione attuale e prospettive future*, in "Economia e Management", n.6, 1997
- De Masi C., Massi A., *Finanziamento privato delle opere pubbliche e progettazione*, in "Giornale di diritto amministrativo", n.2, 1999.
- De Sury P.; Miscali M. (a cura di), *"Il project finance - Principi guida per la realizzazione delle opere pubbliche"*, Milano, EGEA, 1995.
- Draetta U., Vaccà C., *Il project financing: caratteristiche e modelli contrattuali*, Milano, Egea, 1997.
- Drummond M, Stoddart G, Torrance G., *Methods for the economic valuation of health care programmes*, Oxford, Oxford University Press, 1988.
- Fabozzi F.; Nevitt P.K., *Project Financing*, London, Euromoney, 1996.
- Fiorentini G., *I servizi sanitari in Italia*, Bologna, Il Mulino, 2001
- Fox J., Tott N., *The PFI Handbook*, Jordan Publishing Ltd, 2000
- Gatti S., *Manuale del project finance*, Roma, Bancaria Editrice, 1999
- Giordano F. (a cura di), *Il project finance per le opere pubbliche in Italia*, Roma, Ecosfera, 1993.

Gorelli C., Piacentini P.M., Rostirolla P., *Il project financing e il finanziamento delle opere pubbliche. La pubblica amministrazione, le banche e la partecipazione del capitale privato*, Roma, Bancaria Editrice, 1995.

Imperatori G., *Il project financing – Una tecnica, una cultura, una politica*, Milano, Il Sole 24 Ore Libri, 1995.

Ministero della Salute, *Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero*, Roma, 1999

Ministero della Salute, *Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero*, Roma, 2000.

International Finance Corporation, *Financing private infrastructure*, Washington D.C., 1996.

Norsa A., *Riflessioni sul project financing – L'esperienza britannica e l'applicabilità in Italia*, in "L'ufficio tecnico", aprile 1998.

Tabarrini A., Tabarrini L., *Le nuove norme in materia di lavori pubblici - Commento alla Merloni Ter*, Rimini, Maggioli, 1999.

Tinsley R., *Advanced project financing*, Euromoney Books, 2000

Unità Tecnica Finanza di Progetto, *Relazione annuale*, 2001