



*Comitato Interministeriale Programmazione Economica*  
Unità Tecnica Finanza di Progetto

**EDILIZIA SANITARIA**

***ANALISI DI SETTORE***

Estratto dalla relazione annuale dell'Unità tecnica Finanza di Progetto  
30 gennaio 2002

## SOMMARIO

|       |   |           |
|-------|---|-----------|
| 1     | I PRESUPPOSTI DELL' ANALISI DI SETTORE .....  | 3         |
| 2     | IL QUADRO NORMATIVO .....   | 3         |
| 2.1   | Le competenze di spesa per l'edilizia sanitaria .....   | 3         |
| 2.2   | L'esigenza di rinnovamento delle infrastrutture ed il nuovo modello di struttura ospedaliera .....                  | 5         |
| 2.3   | Le ulteriori misure di razionalizzazione della spesa sanitaria .....  | 9         |
| 2.3.1 | <i>Riduzione del numero di posti letto per acuti in regime ordinario .....</i>                                      | <i>10</i> |
| 2.3.2 | <i>Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza (L.E.A.).....</i>   | <i>10</i> |
| 2.4   | Le modalità di gestione delle strutture ospedaliere e del S.S.N.....  | 11        |
| 2.5   | Il bilancio delle Aziende ospedaliere e delle Aziende Sanitari Locali ..  | 14        |
| 2.5.1 | <i>La struttura di bilancio e la gestione economico-finanziaria.....</i>  | <i>14</i> |
| 2.5.2 | <i>La composizione dei costi e dei ricavi .....</i>   | <i>17</i> |
| 3     | LE MODALITÀ DI PARTECIPAZIONE DEL SETTORE PRIVATO .....   | 20        |
| 3.1   | Il modello di partenariato pubblico-privato proposto dagli operatori del mercato .....                              | 20        |
| 3.2   | Le tipologie di ricavo del modello.....   | 23        |
| 3.3   | Le modalità di determinazione e di pagamento del corrispettivo a carico delle Aziende ospedaliere e sanitarie ..... | 23        |
| 3.4   | Le criticità del modello proposto .....   | 27        |
| 3.5   | Un possibile approccio "standard" .....   | 29        |
| 3.6   | Le criticità dell'approccio standard.....   | 32        |
| 3.6.1 | <i>Il corrispettivo a carico delle Aziende ospedaliere e delle A.S.L. ....</i>                                      | <i>32</i> |
| 3.6.2 | <i>Le modalità di calcolo del "prezzo" ex art. 19 della legge 109/94 .....</i>                                      | <i>36</i> |
| 3.6.3 | <i>I flussi di pagamento e le garanzie .....</i>  | <i>37</i> |
| 3.6.4 | <i>La dismissione delle vecchie strutture.....</i>  | <i>38</i> |
| 3.6.5 | <i>Le procedure affidamento .....</i>   | <i>39</i> |
| 3.6.6 | <i>Il ruolo delle Aziende ospedaliere e della A.S.L. ed i processi di negoziazione....</i>                          | <i>41</i> |
| 4     | CONCLUSIONI .....   | 41        |

## 1 I PRESUPPOSTI DELL'ANALISI DI SETTORE

L'attività effettuata dall'UFP, con riferimento al settore sanitario, si è svolta ad un duplice livello:

- *istituzionale*, attraverso una serie di incontri, in sede tecnica, con il Ministero della sanità (Dipartimento della programmazione), con gli assessorati di Regioni, nonché con Aziende Sanitarie Locali (A.S.L.) del Centro e del Nord Italia, al fine di individuare, nell'attuale quadro giuridico in materia di sanità e di opere pubbliche, modalità e strumenti utili a definire un modello di PPP funzionale all'attuazione del disegno di riorganizzazione e ammodernamento della rete ospedaliera;
- *tecnico-operativo*, attraverso l'assistenza sollecitata dalle amministrazioni territoriali di settore - Aziende ospedaliere e sanitarie, Assessorati regionali - con riferimento a specifici progetti e programmi d'investimento, relativamente sia alla fase di impostazione delle iniziative che a quella di valutazione di proposte presentate dai soggetti promotori ai sensi dell'art. 37bis della legge 109/94 . I progetti esaminati riguardano, per la maggior parte, la dismissione di vecchi complessi ospedalieri e la loro ricostruzione *ex novo* in siti più idonei, con caratteristiche moderne di efficienza ed economia gestionale, piuttosto che interventi di ammodernamento di strutture obsolete.

## 2 IL QUADRO NORMATIVO

### 2.1 Le competenze di spesa per l'edilizia sanitaria

Le attuali competenze di spesa per la realizzazione dell'edilizia sanitaria pubblica sono allocate in capo ai Ministeri del tesoro, bilancio e programmazione economica e della sanità<sup>1</sup>, in funzione delle differenti tipologie di strutture sanitarie. Le principali fonti di finanziamento dell'edilizia sanitaria sono attualmente individuabili:

- nell'art. 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67 che autorizza la definizione ed il finanziamento di un Programma pluriennale di interventi in materia di ristrutturazione, ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico e realizzazione di residenze per anziani e persone non autosufficienti.

Il finanziamento iniziale previsto, pari a 15,5 miliardi di Euro, è stato elevato successivamente a 17,5 miliardi di euro, con l'art. 83 della legge 23 dicembre 2000, n. 388 (Legge Finanziaria 2001). Dei 2,1 miliardi di euro di risorse

---

<sup>1</sup> Oggi rispettivamente Ministro dell'economia e delle finanze e Ministero della salute.

aggiuntive disponibili, in realtà, solo 1,2 miliardi di euro riguardano, propriamente, il patrimonio sanitario indicato nel citato art. 20; le risorse residue, pari a 826 milioni di euro, sono finalizzate alla realizzazione delle strutture sanitarie per l'esercizio dell'attività intramuraria dei medici pubblici (*intramoenia*). Al finanziamento indicato si provvede con operazioni di mutuo a carico dello Stato nel limite del 95% della spesa ammissibile dei progetti approvati.<sup>2</sup>

Il Programma è stato attuato in due fasi successive:

- la prima fase, conclusasi nel 1996, fa riferimento alla realizzazione degli investimenti in strutture sanitarie come programmati ed approvati per il primo triennio di attuazione per un importo complessivo di 4,9 miliardi di euro;
- la seconda fase coincide con l'approvazione della delibera CIPE del 6 maggio 1998 con cui è stata definita la ripartizione regionale delle risorse residue disponibili ( 10,6 miliardi di euro); una quota di tali risorse è stata destinata agli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS), agli Istituti zooprofilattici, ai Policlinici universitari ed all'Istituto superiore di Sanità, nonché ad interventi in sicurezza e completamenti.

A fronte di tali disponibilità ripartite, al 30 luglio del 2001<sup>3</sup>, si rileva su 8,8 miliardi di euro di disponibilità nette, un'attribuzione di risorse per interventi compresi negli accordi di programma quadro<sup>4</sup> di settore stipulati pari a 5,3 miliardi di euro, di cui 972 milioni di euro per iniziative ammesse a finanziamento. Gli interventi contenuti negli accordi sono complessivamente 1.243, di cui 226 ammessi a finanziamento;

- nell'art. 2 del d. lgs. 28 luglio 2000, n. 254, che prevede la realizzazione di strutture destinate all'esercizio dell'attività libero professionale intramuraria dei medici pubblici, cui viene finalizzata una quota di finanziamenti a valere sulle risorse di cui all'art. 20 della legge 67/88 per un ammontare massimo di 929 milioni di euro;
- nell'art. 71 della legge 23 dicembre 1998, n. 448 (legge finanziaria 1999), che dispone la destinazione di 775 milioni di euro a cofinanziamento di interventi nel settore sanitario realizzati dalle Regioni. Tali disponibilità sono state

---

<sup>2</sup> La norma prevede che il finanziamento del rimanente 5% della spesa ammissibile sia posto a carico dei soggetti richiedenti.

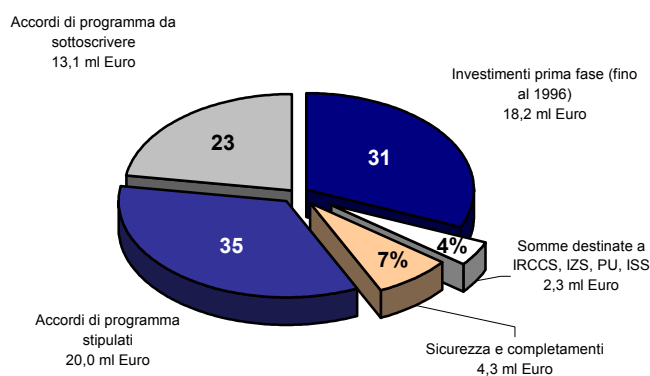
<sup>3</sup> Fonte: Ministero della sanità.

<sup>4</sup> Accordo di programma quadro: strumento di programmazione negoziata di cui all'art. 1, commi 201 e ss. della legge 23 dicembre 1996, n. 662. A norma dell'art. 1, commi 8 e 9, della citata legge 662/96, le Regioni possono integrare i Programmi di edilizia sanitaria di cui all'art. 20 della citata legge 67/88 in vista dell'attivazione di strutture sanitarie e dell'esercizio delle altre competenze indicate al comma 8 del medesimo articolo.

successivamente incrementate di ulteriori 465 milioni di euro con la legge finanziaria 2000, per la riqualificazione dei servizi sanitari delle aree metropolitane, soprattutto nel Mezzogiorno.

Il quadro di disponibilità descritto, per investimenti nel settore sanitario in generale ed ospedaliero in particolare, rappresenta l'attuale mercato di riferimento per i soggetti privati ed è caratterizzato da un dinamismo significativo: nel primo semestre 2001, il valore delle opere relative ai bandi pubblicati ammontava a 837 milioni di euro, confermando una tendenza di crescita sia nei termini di importo complessivo (+44% rispetto al primo semestre 2000) che nel segmento dei grandi appalti, ovvero per interventi con un valore superiore ai 15 milioni di euro (+109% rispetto all'analogo periodo 2000)<sup>5</sup>.

**FIGURA 1 - STATO DI ATTUAZIONE DEL PROGRAMMA ART.20 LEGGE 67/88 (AGGIORN.LUGLIO 2001)**



Fonte: Ministero della Sanità

## 2.2 L'esigenza di rinnovamento delle infrastrutture ed il nuovo modello di struttura ospedaliera

Negli ultimi anni si è affermata nei paesi industrializzati, parallelamente allo sviluppo delle conoscenze scientifiche e tecnologiche in campo bio-medico, una concezione profondamente mutata del sistema di assistenza sanitaria e del ruolo assegnato all'ospedale. Tale concezione è stata recepita e ribadita dalla specifica commissione,

<sup>5</sup> Fonte: Cresme su dati Servizio Appalti de Il Sole-24 Ore.

istituita presso il Ministero della sanità<sup>6</sup> e coordinata dall'architetto Renzo Piano, i cui lavori hanno portato alla definizione del nuovo modello di struttura ospedaliera.

In un contesto architettonico profondamente mutato rispetto anche al recente passato, la nuova impostazione funzionale e dimensionale conferisce sempre maggior rilievo alle strutture di *day hospital* e di *day surgery*, che consentono, rispetto al tradizionale ricovero in acuti per un numero crescente di patologie, l'erogazione delle prestazioni secondo *standard* di costo più efficienti e modalità più adeguate. Allo stesso modo, maggiore importanza viene conferita:

- alle strutture a bassa intensità di assistenza medica per riabilitazione e lungodegenza (*low care*), in cui si coniugano le esigenze sanitarie con quelle di *comfort* alberghiero;
- alla qualità del ricovero: lo *standard* ospedaliero previsto per le acuzie è di due posti letto, al massimo, per stanza.

Tali scelte sono confortate dai dati relativi ai ricoveri ed alle degenze ospedaliere in quanto:

- l'incidenza delle giornate di ricovero in *day hospital* sul totale dei ricoveri è variata dal 5,1% del 1995 al 10,2% del 1999;
- la degenza media dei ricoveri per acuti in regime ordinario è diminuita, nello stesso periodo, da 8,1 giornate a 7,0 giornate<sup>7</sup>.

Nonostante la tendenza rilevata, occorre sottolineare che il ricorso al ricovero ordinario è ancora elevato: al 31 dicembre 1999 quale media nazionale si rilevano circa 171 ricoveri ordinari su mille abitanti<sup>8</sup>, valore in diminuzione rispetto all'anno precedente, ma comunque al disopra dello *standard* di legge definito di 160 ricoveri per mille abitanti<sup>9</sup>.

Quanto indicato ha riflessi incisivi sui costi di gestione come evidenziato dai seguenti dati: un posto letto per acuti costa in media da 413 euro a 620 euro al giorno, a fronte di un costo medio di 156 euro/giorno di una struttura *low care*. E' ovvio come tale differenza sia da riportare, in via principale, ai maggiori costi di personale e di attrezzature specifiche, ma è indubbio che riflette anche maggiori costi operativi.

---

<sup>6</sup> Cfr. Decreto del Ministro della sanità del 12 dicembre 2000.

<sup>7</sup> Fonte: Ministero della sanità, Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero (pubbl. febbraio 2001)..

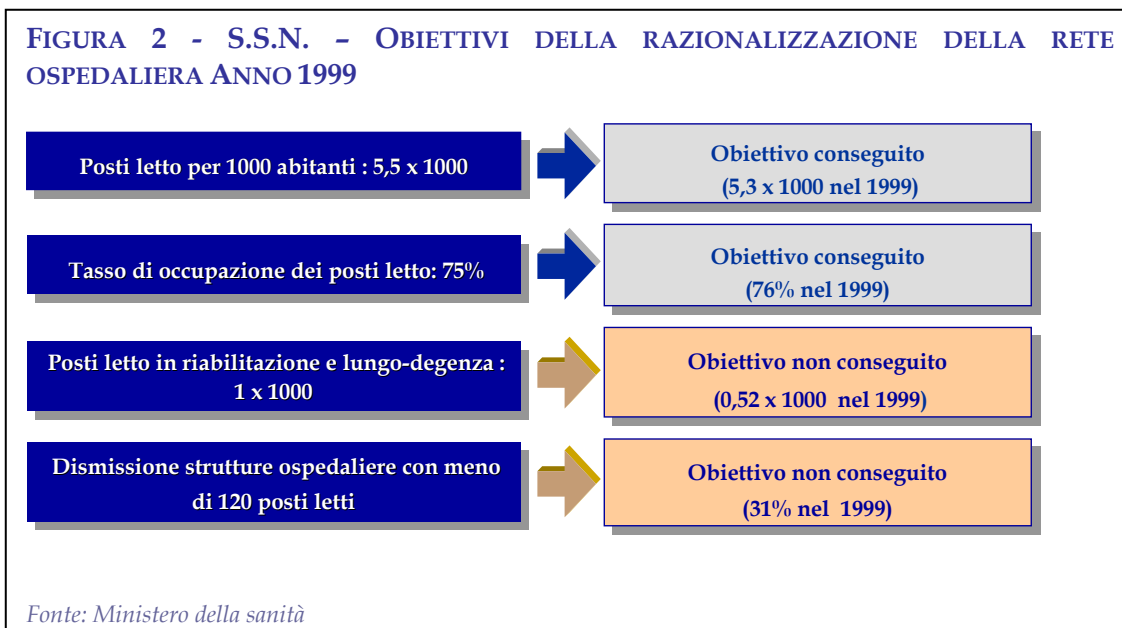
<sup>8</sup> Fonte: Ministero della sanità.

<sup>9</sup> Cfr. art.2, comma 5 della legge 28 dicembre 1995, n. 549 e ss.mm.ii..

La Relazione sullo stato sanitario del Paese, relativa all'anno 2000<sup>10</sup>, afferma che con la legge finanziaria del 1991 e successivamente con l'art. 4 del d.lgs del 30 dicembre 1992, n. 502 è stato avviato un processo di ristrutturazione della rete ospedaliera teso a promuovere "... una razionalizzazione dell'utilizzo delle risorse a parità di livello di qualità dei servizi offerti..." e che "... tale processo si esplica in trasformazioni di destinazione d'uso, accorpamenti e disattivazioni delle strutture esistenti, per allineare il sistema ospedaliero a un livello di maggior efficienza attraverso il progressivo raggiungimento dei seguenti parametri:

- *utilizzazione media annua dei posti letto a tasso non inferiore al 75%;*
- *dotazione complessiva di 5,5 posti letto per mille abitanti, di cui l'1 per mille riservato alla riabilitazione ed alla lungo-degenza<sup>11</sup>;*
- *riconversione degli ospedali con uno standard minimo inferiore ai 120 posti letto....".*

Il processo di razionalizzazione e ammodernamento definito dai provvedimenti in questione si basa quindi sostanzialmente su tre parametri quali: il livello di utilizzazione delle strutture, l'adeguatezza delle stesse rispetto ai fabbisogni sul territorio (dotazione/n. abitanti), la loro funzionalità operativa in rapporto alla dimensione.



<sup>10</sup> Fonte: Ministero della sanità, Relazione sullo stato sanitario del Paese anno 2000 (pubbl. maggio 2001)..

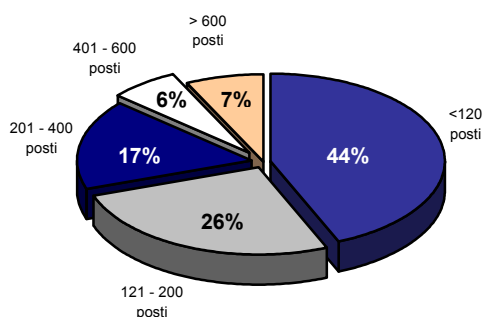
<sup>11</sup> Il DL 347/2001 convertito in legge n. 405 del 16/11/2001 ha ulteriormente ridotto il numero di posti letto da 5,5 a 5 per mille abitanti, di cui l'1 per mille, rimasto invariato, riservato alla riabilitazione ed alla degenza post-acuzie.

Un'analisi del patrimonio di edilizia sanitaria sulla base degli ultimi dati disponibili permette di rilevare che:

- con riferimento al secondo dei parametri citati, se, da una parte, il numero dei posti letto per mille abitanti è diminuito nel tempo fino ad assestarsi nel 1999 ad un valore di 5,3 posti letto (308.500 posti letto in valore assoluto), dall'altra, l'indicazione di riferimento di un letto per mille abitanti per la riabilitazione e la lungo-degenza è un valore ancora molto lontano dall'essere raggiunto: nel 1999 il parametro in questione ha un valore pari a 0,52;
- riguardo al terzo dei parametri, si rileva che dei 1.442 Istituti di cura accreditati presso il Sistema Sanitario Nazionale (S.S.N.), nel 1997<sup>12</sup>, solo il 6% era situato nella fascia gestionale dai 400 ai 600 posti letto, mentre ben il 44% risultava inferiore ai 120 posti. Nel 1999<sup>13</sup>, nonostante la situazione risulti lievemente migliorata, la percentuale degli ospedali sotto i 120 posti, dei 1.348 Istituti censiti, era scesa al 31,1%, evidenziando quindi la distanza ancora esistente dall'obiettivo di riconversione posto dallo Stato.

Spostando l'analisi sul grado di obsolescenza dell'edilizia sanitaria, la situazione delle strutture ospedaliere, a livello nazionale, evidenzia il seguente scenario: su 762 strutture ospedaliere pubbliche censite<sup>14</sup>, il 38% risulta costruito prima del 1940 (di questa quota il 10% risulta , addirittura, realizzato prima del 1800); il 32% fra il 1941 ed il 1970 e solo il 9% è stato realizzato nel corso dell'ultimo decennio.

**FIGURA 3 -DISTRIBUZIONE DEGLI ISTITUTI DI CURA PER NUMERO DEI POSTI LETTO - ANNO 1997**



Fonte: Ministero della sanità

<sup>12</sup> Per Istituti di Cura del Servizio Sanitario Nazionale si intendono gli Istituti pubblici (esclusi gli Istituti psichiatrici residuali) e le case di cura private accreditate. Fonte: ISTAT, Statistiche della sanità anno 1997 (pubbl. 2000)..

<sup>13</sup> Fonte: Ministero della sanità, Relazione sullo stato sanitario del Paese - anno 2000 (pubbl. maggio 2001)..

<sup>14</sup> Fonte: Ministero della sanità.

Tenuto conto dell'elevato livello di obsolescenza delle strutture sanitarie, per un numero crescente di ospedali, la chiusura e la ricostruzione in altra sede sembra essere, nel medio e lungo periodo, la soluzione più conveniente, sia per l'adeguamento ai moderni *standard* individuati per il S.S.N., sia per un recupero di efficienza nella gestione della struttura e dei servizi.

Conseguenza diretta del processo di razionalizzazione ed ammodernamento della rete ospedaliera, che si rileva nel breve periodo, sono i maggiori costi di investimento richiesti dalla realizzazione delle nuove strutture. Tali costi risultano più elevati rispetto alla media del recente passato in ragione:

- delle aumentate necessità di *comfort* dei pazienti, che richiedono, a parità di posti letto, strutture di dimensioni più elevate;
- dell'aumentato livello qualitativo e dell'elevata differenziazione delle prestazioni mediche offerte.

Sulla base delle stime effettuate dalla citata commissione ministeriale, il nuovo modello di struttura ospedaliera deve avere uno *standard* dimensionale pari ad almeno 100 - 120 mq. di superficie a posto-letto, cui corrisponde un costo unitario che si attesta in media su 362.000 euro. Questo a fronte di una situazione attuale in cui la superficie media ospedaliera a posto-letto è di 60-70 mq. cui corrisponde un costo medio stimato di 207.000-232.000 euro a posto-letto.

### 2.3 Le ulteriori misure di razionalizzazione della spesa sanitaria

Nel corso del secondo semestre 2001 sono state varate dal Governo, in accordo con le Regioni, ulteriori importanti misure tese a razionalizzare ed a qualificare la spesa sanitaria pubblica.

In particolare due sono le misure che hanno riguardato direttamente l'attività ospedaliera:

- la riduzione del numero di posti letto per mille abitanti da 5,5 a 5 per mille, di cui l'1 per mille, rimasto invariato, riservato alla riabilitazione ed alla longodegenza;
- la definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).

L'obiettivo si conferma quello dell' "appropriatezza" dell'assistenza sanitaria che, nelle strutture ospedaliere, si concretizza in una diminuzione a livello nazionale dei posti letto in regime ordinario, cui deve fare riscontro l'aumento dell'offerta di posti letto in strutture di ricovero alternative, più mirate e con livello di assistenza commisurato alle patologie trattate.

### 2.3.1 Riduzione del numero di posti letto per acuti in regime ordinario

Con riferimento alla riduzione del numero dei posti letto, le Regioni si sono già attivate per dare attuazione agli obiettivi programmatici del Governo. Ad esempio, il piano sanitario 2002-2004 della Regione Lombardia<sup>15</sup> riconferma il ruolo dell'ospedale come struttura polispecialistica ad alta tecnologia destinata al trattamento in *high care* degli acuti, ma prevede in parallelo la realizzazione di una rete di strutture intermedie sul territorio, a solo ciclo diurno, in parte da realizzarsi *ex-novo* ed in parte derivate dalla riconversione degli ospedali esistenti più piccoli. Per raggiungere l'obiettivo della riduzione dei posti letto in regime ordinario (4 per mille), da cui peraltro la Regione non è molto distante<sup>16</sup>, il piano regionale prevede l'attivazione di un nuovo posto letto per acuti in ragione di due eliminati, la conversione di posti letto da acuti a *day hospital*, sempre in ragione di 1 a 2, ed infine la conversione di 1.500 posti da acuti a lungo-degenza.

A livello nazionale la riduzione al 4 per mille interesserà, sulla base delle stime UFP, alcune migliaia di posti letto, che non verranno però tutti perduti: di questi, circa la metà dovranno essere trasformati in riabilitazione e lungo-degenza per arrivare al parametro dell'1 per mille. Inoltre, per ottemperare agli obiettivi di appropriatezza stabiliti dai livelli essenziali di assistenza sarà necessario prevedere la trasformazione di un cospicuo numero di posti letto da regime ordinario a "tutto in un giorno".

Di conseguenza, il ruolo dell'ospedale è destinato sempre più a mutare, confermando la tendenza rilevata verso il profilo di una struttura ad alta specializzazione, alto grado di assistenza e con una elevata rotazione nell'utilizzo (cui dovranno corrispondere ricoveri di non più di 3-4 giorni di durata, contro la media dei 7 attuali) modello cui tendono gli obiettivi programmatici dalla riforma sanitaria in poi.

### 2.3.2 Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza (L.E.A.)

Con la pubblicazione del DPCM del 30 novembre 2001, previo accordo della Conferenza Stato-Regioni, si è concluso l'iter della definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza (L.E.A.), ovvero del complesso di prestazioni garantite dal S.S.N. previste nelle norme istitutive del 1992<sup>17</sup>.

La normativa sui L.E.A., mirando al riordino della disciplina con l'obiettivo di razionalizzare la spesa pubblica in materia sanitaria secondo il criterio già ricordato dell' "appropriatezza" delle prestazioni erogate, individua tre categorie di prestazioni, ovvero:

- le prestazioni totalmente escluse dal S.S.N.;
- quelle parzialmente escluse in quanto erogabili solo dietro specifiche indicazioni cliniche;

---

<sup>15</sup> Approvato con DGR n. VII/6347 del 5.10.2001.

<sup>16</sup> Il piano sanitario riporta (dati 2001) una percentuale del 4,6 per mille di posti letto per acuti in regime ordinario.

<sup>17</sup> Cfr. art. 1 comma 2 del d.lgs. 502/92.

- quelle per le quali è inappropriato il ricovero in degenza ordinaria ospedaliera e che dovranno essere trasferite in strutture a minor livello di intensità di assistenza: *day hospital*, *day surgery* od ambulatorio; questa categoria contiene ben 43 prestazioni.

Questo ultimo elenco consente di avere una indicazione precisa sul volume delle prestazioni da de-ospedalizzare e sui conseguenti risparmi attesi: secondo l'indagine condotta dall'Agenzia per i servizi sanitari regionali<sup>18</sup> sui dati dell'anno 1999, i 43 DRG a più alto rischio di inappropriatazza contenuti nell'elenco hanno totalizzato nel complesso oltre tre milioni di ricoveri, pari al 25,8% dei ricoveri ospedalieri totali, ed almeno la metà delle prestazioni giudicate inappropriate sono fra le 60 più richieste a livello nazionale. Il trasferimento a strutture di ricovero giornaliero sarà necessariamente graduale: oggi queste prestazioni vengono trattate in *day hospital* per non più del 25% dei casi; l'obiettivo è di arrivare, a regime, al 75%. Questo comporterà, secondo le stime, un risparmio quantificabile in 1,04 miliardi di euro per il primo anno<sup>19</sup>.

Ne consegue quindi la necessità di riconvertire un cospicuo numero di posti letto da ordinari in ambulatoriali e diurni.

#### **2.4 Le modalità di gestione delle strutture ospedaliere e del S.S.N.**

La ricerca di formule gestionali che si muovano nell'ottica di incentivare forme alternative ed efficienti di PPP deve tenere adeguatamente in considerazione le peculiarità che connotano la disciplina del servizio sanitario pubblico.

Nell'assetto organizzativo attuale, delineato dal d.lgs n. 502/92, come da ultimo modificato dal d.lgs. n. 229/99, la Regione è l'amministrazione titolare del servizio pubblico di assistenza sanitaria. La A.S.L., di conseguenza, diviene l'ente di gestione del servizio di titolarità regionale<sup>20</sup>.

Per quanto riguarda l'erogazione delle prestazioni di assistenza specialistica e sociosanitaria, la Regione si avvale dei Presidi ospedalieri direttamente gestiti dalle A.S.L., delle Aziende ospedaliere, delle Aziende ospedaliere- universitarie, degli IRCSS "... nonché dei soggetti accreditati...".<sup>21</sup>

L'instaurazione del nesso organizzativo di "servizio pubblico" con i soggetti erogatori e la quantificazione delle prestazioni erogabili da ciascuno di essi sono il risultato di valutazioni programmatiche ed organizzative discrezionali dell'amministrazione titolare del servizio.

---

<sup>18</sup> Indagine Agenzia per i servizi sanitari regionali (Assr) sui LEA, pubbl. gennaio 2002.

<sup>19</sup> Fonte: Assr.

<sup>20</sup> Ai sensi dell'art. 2<sup>sexies</sup> del d.lgs. n. 502/92 le A.S.L. sono soggetti erogatori del servizio sanitario ad istituzione obbligatoria.

<sup>21</sup> Art. 8 *bis*, comma 1, del d.lgs. n. 502/92 come riformato dal d.lgs. n. 229/99

Preliminarmente all'individuazione dei soggetti erogatori del servizio pubblico è richiesta in via generale per operare, in regime tanto privatistico che di servizio pubblico, l'autorizzazione per la realizzazione di strutture sanitarie e sociosanitarie (ambulatoriali, diagnostiche, ospedaliere e residenziali) e per l'esercizio delle relative attività.<sup>22</sup> Tale autorizzazione si sostanzia in due tipi di provvedimenti distinti:

- *l'autorizzazione alla realizzazione di nuove strutture* destinate alle suddette attività - ivi compresi i casi di adattamento di strutture già esistenti o di loro diversa utilizzazione, nonché di ampliamento o trasformazione o trasferimento in altra sede di strutture già autorizzate - è subordinata all'autorizzazione rilasciata dal Comune che acquisisce la verifica di compatibilità da parte della Regione, attraverso il rilascio del nulla-osta a seguito alla valutazione sulla pertinenza dell'inclusione della nuova struttura nell'attuale sistema sanitario:
  - nei termini di tipologia e volumi delle potenziali prestazioni erogabili rispetto al fabbisogno;
  - sul piano della localizzazione territoriale, anche rispetto alle strutture già esistenti;
- *l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie e sociosanitarie* è subordinato al possesso dei requisiti "minimi" di cui al D.P.R. 14 gennaio 1997. La validità dell'autorizzazione è soggetta alla permanenza dei requisiti riconosciuti accertata attraverso verifiche periodiche.

L'individuazione da parte della Regione dei gestori del servizio pubblico e la costituzione del nesso organizzativo con i medesimi ha luogo, invece, a seguito di due distinti procedimenti: l'accreditamento<sup>23</sup> e l'accordo contrattuale.

I soggetti autorizzati che vogliono operare nell'ambito del S.S.N. possono presentare istanza di accreditamento alla Regione di appartenenza. La Regione, accertata la funzionalità della struttura rispetto agli indirizzi della propria programmazione, verifica la rispondenza ai requisiti di qualificazione -ulteriori e diversi rispetto a quelli necessari per l'autorizzazione sopra citata e definiti dalla medesima -, rilascia al richiedente l'attestato di "soggetto accreditato" ad esercitare per conto del S.S.N. e lo iscrive nell'elenco dei potenziali "fornitori" di prestazioni sanitarie e sociosanitarie.

Nel caso di richiesta da parte di nuove strutture o per l'avvio di nuove attività in strutture preesistenti, l'accreditamento può essere concesso, in via provvisoria, per il

---

<sup>22</sup> Art. 8 *ter* del d.lgs. n. 502/92.

<sup>23</sup> Art. 8 *quater* del d.lgs. n. 502/92 e ss. mm.ii..

tempo necessario alla verifica del volume di attività svolto e della qualità dei suoi risultati.<sup>24</sup>

La Regione e le A.S.L. concordano le modalità organizzative mediante *accordi* con i soggetti pubblici e *contratti* con quelli privati, relativamente ai servizi sanitari che questi potranno fornire.<sup>25</sup> Tenuto conto che la scelta è effettuata anche attraverso valutazioni comparative della qualità e dei costi, lo stato di soggetto accreditato non costituisce soltanto un necessario presupposto per la stipulazione degli accordi contrattuali, ma rende disponibili, in quanto ad esso connessi, tipologia, quantità e qualità delle specifiche attività per le quali si è accreditato.

Si realizza così a fronte di riconosciute condizioni di garanzia sulla fornitura di prestazioni sanitarie, la selezione dei soggetti erogatori.

Il rispetto degli accordi contrattuali e l'adeguatezza e la qualità dell'assistenza prestata è garantita da un sistema di monitoraggio e controllo definito dalla Regione, secondo criteri generali definiti con atto statale di indirizzo e coordinamento.

La remunerazione dei soggetti gestori è disciplinata negli accordi contrattuali, nei quali deve essere preventivato un "corrispettivo globale" a fronte delle attività concordate.

Per le prestazioni specialistiche e ospedaliere tale corrispettivo viene determinato sia sulla base di un costo *standard* di produzione, per le funzioni assistenziali non remunerabili a tariffa (c.d. "remunerazione extra tariffa"), che la Regione individua tra le attività indicate per legge, definendone il relativo compenso massimo,<sup>26</sup> sia sulla base di una tariffa per le prestazioni diverse dalle precedenti, in applicazione del sistema tariffario che ciascuna Regione adotta.<sup>27</sup>

La competenza alla stipula degli accordi contrattuali con le strutture o i professionisti accreditati è stabilita dalla Regione, alla quale è demandata "...l'indicazione delle responsabilità riservate alla Regione e di quelle attribuite alle A.S.L. nella definizione degli accordi contrattuali e nella verifica del loro rispetto ...".<sup>28</sup>

---

<sup>24</sup>L'eventuale verifica negativa comporta la sospensione automatica dell'accreditamento temporaneamente concesso (art. 8 *quater*, comma 7 del d.lgs. n. 502/92 e ss. mm.ii.).

<sup>25</sup>L'art. 8 *quinquies*, comma 2 del d.lgs. n. 502/92 e ss. mm.ii. distingue tra "accordi con le strutture pubbliche ed equiparate" e "contratti con quelle private e con i professionisti accreditati", ma in entrambi i casi la causa dell'atto è identica, ossia la costituzione e la regolazione del rapporto giuridico di servizio pubblico tra titolare e gestore.

<sup>26</sup> Il compenso massimo relativo alle funzioni assistenziali non remunerabili a tariffa è definito sulla base di criteri generali stabiliti con decreto del Ministro della sanità, sentita l'Agenzia per i servizi sanitari regionali (Assr), d'intesa con la Conferenza Stato-Regioni.

<sup>27</sup> Il sistema tariffario è adottato dalla Regione nel rispetto dei sistemi di classificazione delle tariffe massime e dei criteri generali individuati con decreto del ministro della sanità, sentita la Assr, d'intesa con la Conferenza Stato-Regioni.

<sup>28</sup> In questo modo l'art. 8 *quinquies* del d.lgs. n. 502/92 e ss. mm.ii. lascia alle regioni il potere di optare tra moduli di organizzazione del servizio con significativi margini di differenziazione.

E' altresì prevista la possibilità per le Regioni, nei limiti stabiliti con atto statale di indirizzo e coordinamento in materia, di effettuare accreditamenti in misura superiore rispetto al fabbisogno di assistenza sanitaria definito con la programmazione regionale, all'espresso fine di "... assicurare un'efficace competizione tra le strutture accreditate...", nonché di determinare criteri per la remunerazione di strutture che abbiano erogato "...volumi di prestazioni eccedenti il programma preventivo concordato...".<sup>29</sup>

Con la definizione del programma di attività nell'accordo contrattuale, la Regione (o la A.S.L.) non acquista una determinata quantità di prestazioni dalla struttura accreditata, ma abilita tale struttura ad erogare il servizio pubblico alla collettività, sia pure con il limite delle prestazioni pattuito - fatta salva la possibilità di definire un criterio di remunerazione anche delle eventuali prestazioni in eccesso.

La Regione (o la A.S.L.) si impegna a finanziare la struttura non per l'intero volume di attività contrattato, ma, a consuntivo, solo per le prestazioni effettivamente erogate agli utenti che ad essa si siano rivolti.<sup>30</sup>

Il volume definito nell'accordo rappresenta, pertanto, il tetto massimo - superabile a certe condizioni - dei servizi che la struttura si obbliga a fornire alla Regione (o alla A.S.L.) a fronte di un corrispettivo. E' quindi legittimazione di tale struttura ad operare in regime di servizio pubblico.<sup>31</sup>

## 2.5 Il bilancio delle Aziende ospedaliere e delle Aziende Sanitari Locali

### 2.5.1 La struttura di bilancio e la gestione economico-finanziaria

Per verificare la possibilità di introdurre nel quadro normativo e gestionale descritto forme di partenariato pubblico - privato, che prevedono la dilazione dei pagamenti alle imprese affidatarie durante l'arco di vita del progetto, piuttosto che una loro concentrazione nella fase realizzativa, è necessario analizzare la struttura di bilancio delle amministrazioni che hanno competenza diretta per la realizzazione e la gestione delle strutture ospedaliere.

Nel caso di specie occorre fare, quindi, riferimento sia alle Aziende ospedaliere che alle A.S.L.<sup>32</sup> al fine di verificare:

---

<sup>29</sup> Art. 8 *quater*, comma 3, lett. b) e art. 8 *quinquies*, comma 1, lett. d) del d.lgs. n. 502/92 e ss. mm.ii..

<sup>30</sup> Così, espressamente, l'art. 8 *quinquies*, comma 2, lett. d) del d.lgs. n. 502/1992 e ss. mm.ii..

<sup>31</sup> La struttura non opera cioè su richiesta della Regione (o della A.S.L.) ma rivolge la propria attività direttamente agli utenti, instaurando con gli stessi rapporti giuridici immediati, per l'erogazione di prestazioni finanziate in regime di servizio pubblico.

<sup>32</sup> Le A.S.L. gestiscono in via diretta le strutture ospedaliere definite, nella citata riforma sanitaria come Presidio ospedaliero, ai sensi dell'art. 4 comma 9 del d.lgs. 502/92.

- se la struttura di bilancio da queste adottata, nonché la composizione dei relativi costi e ricavi, consentano di prevedere pagamenti periodici in una prospettiva di medio-lungo periodo;
- quali siano le principali modalità di finanziamento della spesa corrente ed in conto capitale, nonché il grado di autonomia che tali amministrazioni hanno nella finalizzazione e nella gestione di tali risorse.

Per quanto riguarda la predisposizione del bilancio, il d.lgs 502/92 prevede che Aziende Ospedaliere ed A.S.L. si attengano, in generale, alle disposizioni del codice civile ed a norme specifiche dettate dalle singole Regioni<sup>33</sup>. Sempre ai sensi del citato decreto legislativo, tali disposizioni regionali prevedono obbligatoriamente che le stesse Aziende provvedano:

- alla redazione di un bilancio economico previsionale su base pluriennale ed un bilancio economico consuntivo su base annuale;
- all'adozione di una contabilità analitica per centri di costo e di responsabilità;
- a finalizzare la destinazione degli avanzi di esercizio e ad indicare le modalità di copertura di eventuali disavanzi d'esercizio;
- a definire un piano di valorizzazione del proprio patrimonio immobiliare anche attraverso dismissioni e conferimenti.

Al fine di conferire ai bilanci una struttura uniforme e maggiore omogeneità ai valori ivi iscritti, con decreto interministeriale sono stati definiti gli schemi generali secondo cui articolare e redarre i bilanci delle stesse Aziende. L'uniformità della struttura e l'omogeneità dei valori iscritti tende a rendere più agevole sia la trasmissione dei dati trimestrali sull'andamento della spesa sanitaria sia le rilevazioni comparative di costi, rendimenti e risultati di competenza dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali Sanità<sup>34</sup>.

Gli schemi in questione delineano la redazione di un bilancio civilistico articolato nei prospetti conto economico e stato patrimoniale, il cui grado di analiticità, oltre quello definito dal citato decreto interministeriale, può trovare ulteriore specificazione nelle normative regionali di attuazione.

---

<sup>33</sup> L'art. 5, comma 5, del d.lgs. 502/92 infatti dispone che le Regioni emanino norme specifiche per la gestione patrimoniale ed economico finanziaria dei soggetti pubblici in questione specificando che tali norme debbono essere "informate ai principi di cui al codice civile".

<sup>34</sup> Cfr. Art. 5, comma 6 d.lgs 502/92 e DM 20 ottobre 1994 recante "Schema di bilancio delle aziende sanitarie ed ospedaliere" e DM 3 settembre 1997 recante "Approvazione dello schema di bilancio degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico".

Sulla base dell'impostazione amministrativo-contabile descritta, sia le Aziende ospedaliere che le A.S.L., nel rispetto degli *standards* e degli obblighi imposti per l'erogazione dei servizi sanitari e socio-sanitari, sembrano essere dotate di una limitata autonomia nella gestione economico-finanziaria. Infatti:

- le Aziende ospedaliere sono obbligate al rispetto del vincolo del pareggio di bilancio, ma hanno discrezionalità nell'utilizzare eventuali avanzi di amministrazione - questi ultimi possono essere destinati a copertura di investimenti in conto capitale e/o di oneri di parte corrente, comprese eventuali forme di incentivazione del personale - e nella gestione finanziaria godono dell'autonomia propria delle società di capitali. Occorre, tuttavia, evidenziare che il mancato rispetto del vincolo di bilancio comporta la revoca dell'autonomia aziendale ed il commissariamento da parte della Regione;
- le A.S.L. sono obbligate ad una gestione improntata all'equilibrio tra costi e ricavi, ricomprendendo in questi ultimi i trasferimenti di risorse finanziarie a titolo di rimborso per l'erogazione dei servizi sanitari e socio - sanitari<sup>35</sup>. Per quanto riguarda la gestione finanziaria, le A.S.L. sono dotate di una limitata autonomia:
  - per il finanziamento di spese d'investimento, su autorizzazione regionale, possono ricorrere all'indebitamento sotto qualsiasi forma ma nel limite massimo del 15% del valore delle entrate correnti e purché ciò non comporti impegni per il rimborso dei debiti contratti con tempi superiori ai 10 anni;
  - per il finanziamento dell'attività possono, inoltre, richiedere un anticipo di tesoreria nel limite massimo di un dodicesimo del valore annuo dei ricavi iscritti nel bilancio preventivo annuale, comprensivi delle risorse trasferite.

In questo quadro occorre precisare che ai Presidi ospedalieri, per i quali all'interno del bilancio delle A.S.L. viene adottata una contabilità separata, si applicano i criteri di gestione previsti per le Aziende Ospedaliere.

Entrambe le Aziende godono di un maggior grado di autonomia nella gestione patrimoniale con particolare riferimento al patrimonio immobiliare. In proposito occorre però distinguere tra:

- beni immobili, utili al perseguimento dei propri fini istituzionali, che costituiscono patrimonio indisponibile e sono soggetti alla disciplina del secondo comma dell'art. 828 del codice civile;

---

<sup>35</sup> Cfr. Art.3, commi 1, *1bis*, *1ter*, ed art.4, commi 8 e 9, del d.lgs 502/92.

- beni immobili entrati nel patrimonio a seguito di atti di liberalità non destinati a funzioni istituzionali; le Aziende possono disporre di questi immobili secondo il regime della proprietà privata ferme restando le disposizioni del secondo comma dell'art. 830 del codice civile<sup>36</sup>. Gli atti di trasferimento a terzi di diritti reali su immobili sono assoggettati alla previa autorizzazione regionale.

## 2.5.2 La composizione dei costi e dei ricavi

L'analisi degli ultimi dati disponibili<sup>37</sup>sulle attività economiche e di gestione delle Aziende ospedaliere e delle A.S.L., evidenzia ulteriori elementi da tenere in considerazione ai fini della introduzione di forme di PPP In particolare dall'analisi svolta è emerso che:

- le voci di ricavo a maggior incidenza sul totale delle entrate per entrambe le Aziende sono rappresentate dai contributi in conto esercizio per l'erogazione dell'assistenza sanitaria nelle differenti forme previste (80-90% del totale dei ricavi annuali<sup>38</sup>). Tali contributi per le due Aziende assumono però diversa natura.

Nel caso delle *Aziende ospedaliere* la principale tipologia di entrate è rappresentata dai ricavi ex "*Diagnosis Related Group*" ("*DRG*"). Con l'art. 8-sexies del citato d.lgs 502/92, è stato infatti introdotto un nuovo meccanismo di pagamento delle prestazioni sanitarie dalle Regioni alle Aziende ospedaliere. Tale meccanismo si basa sul *costo standard di produzione delle prestazioni sanitarie*. Il relativo importo è determinato secondo la metodologia propria del DRG, le cui regole applicative sono definite nei Decreti del Ministro della sanità del 15 aprile 1994 e del 14 dicembre 1994 e ss.mm.ii.. Il nuovo meccanismo sostituisce il precedente parametro del giorno di degenza (cfr. "retta di degenza" di cui all'art. 32 della legge 12 febbraio 1968, n. 32).

Nel caso invece delle *A.S.L.*, la tipologia prevalente di entrate per la gestione diretta dei Presidi ospedalieri, pur basandosi anch'esse sul *costo standard di produzione delle prestazioni sanitarie*, è rappresentata da un importo fisso; in questo caso il citato decreto legislativo definisce il criterio generale della quota capitaria corretta in relazione alle caratteristiche della popolazione residente.

- nel caso delle A.S.L. l'incidenza maggiore, per quanto concerne le voci di costo, è assunta dal costo per il personale (in particolare medico, paramedico e tecnico - in media l'incidenza sul totale dei costi a bilancio oscilla dal 35 al

<sup>36</sup> Cfr art.5, commi da 1 a 5, del d.lgs 502/92.

<sup>37</sup> Cfr. Ministero della Salute – Sistema Informativo Sanitario - "*Attività gestionali ed economiche delle Unità Sanitarie Locali e delle Aziende Ospedaliere – Anno 1999*".

<sup>38</sup> I dati forniti fanno riferimento a nostre elaborazioni su dati di bilancio (il solo conto economico) delle Aziende ospedaliere e delle A.S.L. su base nazionale, resi disponibili per l'anno 1999 dal Sistema Informativo Sanitario mediante il sito Internet del Ministero della Salute – [www.sanita.interbusiness.it](http://www.sanita.interbusiness.it)

45%) e dal costo per l'erogazione dell'assistenza sanitaria (30-35% sul totale dei costi a bilancio). Altre voci di rilievo sono rappresentate dalle forniture sanitarie (10-15% sul totale dei costi a bilancio) e dai servizi di manutenzione ordinaria e di funzionamento (mensa, pulizie ecc.- 5-10%).

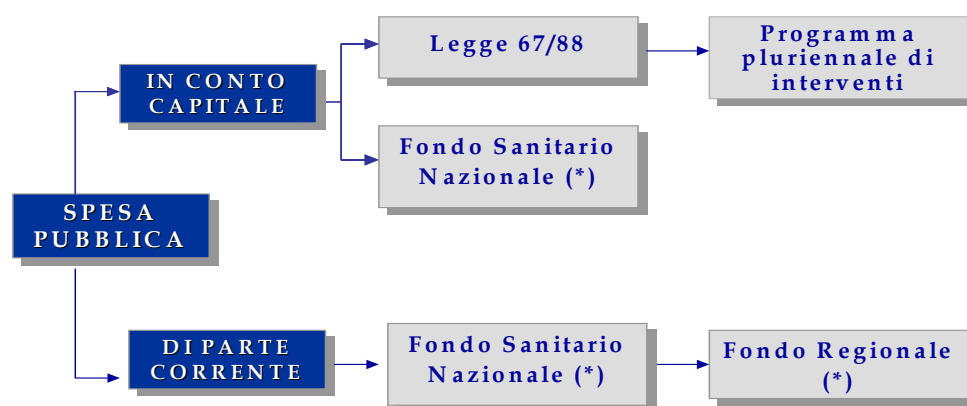
Nel caso delle Aziende e dei Presidi ospedalieri, la composizione dei costi descritta evidenzia una crescita dell'incidenza dei costi di personale (50-60%) e delle forniture sanitarie (15-20%) mentre il peso dei servizi di manutenzione e funzionamento diminuisce (5-6%).

Occorre però effettuare alcune precisazioni: i dati esposti sembrerebbero, infatti, rivelare una maggiore efficienza gestionale delle A.S.L. In realtà le elaborazioni, pur provenendo da schemi e voci di bilancio pressoché uniformi per le due Aziende, fanno riferimento a realtà operative molto differenti: i bilanci delle A.S.L. riflettono un'operatività generata da una gamma di servizi di assistenza sanitaria, in cui è ricompresa anche l'assistenza ospedaliera, più ampia di quella delle Aziende Ospedaliere. L'operatività di queste ultime, infatti, coincide con la sola attività ospedaliera tipicamente *labour intensive*.

Nei dati disponibili ed analizzati per le Aziende ospedaliere non è stato possibile individuare le spese di manutenzione straordinaria – che sembrano confluire nel bilancio delle A.S.L. in forma aggregata – né sono state rilevate voci di costo specifiche, tranne in alcuni casi, per quei servizi che possono migliorare l'efficienza dell'attività ospedaliera come ad esempio la gestione informatizzata delle attività medesime.

Per quanto riguarda le modalità di finanziamento dell'assistenza sanitaria, in entrambe i casi – Aziende ospedaliere ed A.S.L. – le risorse (*i.e.* contributi in conto esercizio)

**FIGURA 4 - IL FINANZIAMENTO DELLA SPESA IN MATERIA DI EDILIZIA ED ASSISTENZA SANITARIA**



(\*) Il Fondo viene finanziato con stanziamenti a carico del bilancio dello Stato ed il suo importo viene determinato su base annua dalla Legge Finanziaria. E' articolato in due sezioni - spesa di parte corrente e spesa in conto capitale -

provengono dal Fondo Sanitario Nazionale<sup>39</sup>, il cui funzionamento ha riflessi sulla definizione di forme di partenariato pubblico – privato.

Il Fondo Sanitario Nazionale viene finanziato con stanziamenti a carico del bilancio dello Stato, il cui importo annuo è determinato dalla legge finanziaria, ed è articolato in due sezioni: fondi di parte corrente e fondi in conto capitale.

Limitatamente alla parte corrente lo stanziamento annuale è determinato in base all'importo presunto dei contributi di malattia attribuiti alle Regioni.

La ripartizione e l'assegnazione delle risorse alle Regioni è effettuata dal CIPE su proposta del Ministro della Sanità sentita la Conferenza Stato-Regioni in base ad una quota capitaria definita su coefficienti parametrici. La ripartizione effettuata può essere rimodulata sullo stesso orizzonte temporale del Bilancio dello Stato (tre anni). La quota di parte corrente assegnata alle Regioni confluisce nel Fondo comune *ex art. 8* della legge 16 maggio 1970, n. 281, come parte indistinta ma è finalizzata esclusivamente al finanziamento delle attività sanitarie e non concorre alla determinazione del tetto massimo di indebitamento delle stesse.

Il quadro delineato evidenzia una situazione caratterizzata da una serie di elementi da valutare attentamente nella definizione forme di PPP tra i quali:

- l'orizzonte temporale di breve termine utilizzato per programmare la spesa per l'assistenza sanitaria e socio-sanitaria. La programmazione e l'assegnazione delle risorse ha un orizzonte temporale di tre anni che mal si concilia con impegni di medio-lungo termine; la natura di trasferimenti delle risorse assegnate ha riflessi sul livello di certezza dei pagamenti periodici e dilazionati;
- una peculiare articolazione della spesa per investimenti. Come già evidenziato nei conti economici analizzati, i costi delle attività di manutenzione straordinaria delle strutture non sono chiaramente evidenziati, elemento che fa supporre l'adozione di differenti modalità di gestione e di finanziamento. E' necessario, quindi, un ulteriore approfondimento che consenta anche di verificare le modalità di utilizzo e contabilizzazione di eventuali fondi già stanziati per la realizzazione /o la manutenzione delle strutture;
- la notevole incidenza dei costi del personale con particolare riguardo non solo al personale medico e paramedico ma anche tecnico; la possibilità di esternalizzare i servizi di *housing* (manutenzione e servizi alberghieri)<sup>40</sup> – nonché alcuni servizi sanitari non medicali – è connessa alla possibilità di recuperare i costi di personale che comunque vengono sostenuti dalle Aziende anche nel caso di affidamento esterno<sup>41</sup>;

---

<sup>39</sup> Cfr. art. 12 del d.lgs. 502/92.

<sup>40</sup> Cfr. Par. 3.3.1.

<sup>41</sup> In questo caso va verificata la possibilità di una ripartizione dei ricavi tra Aziende e soggetto privato definibili secondo fasce di volumi di attività. Tale verifica si rende opportuna, in modo particolare, per quei servizi che prevedono l'utilizzazione di personale paramedico e tecnico.

- una gestione economica e finanziaria caratterizzata da vincoli specifici che sottolineano l'esigenza della massima valorizzazione del patrimonio immobiliare – strutture sanitarie dimesse e immobili oggetto di donazioni – nonché di una più che attenta pianificazione finanziaria.

### 3 LE MODALITÀ DI PARTECIPAZIONE DEL SETTORE PRIVATO

#### 3.1 Il modello di partenariato pubblico-privato proposto dagli operatori del mercato

L'intervento del settore privato nel comparto ospedaliero si può configurare secondo differenti modalità ed in particolare attraverso:

- la costituzione di società per azioni a partecipazione maggioritaria dell'ente pubblico<sup>42</sup> ;
- la costituzione di fondazioni di partecipazione<sup>43</sup>;
- l'affidamento esterno di specifiche attività (*outsourcing*), avendo a riferimento sia la costruzione e manutenzione di strutture impianti ed attrezzature, sia la gestione di determinati servizi.

Nel corso della propria attività di assistenza, UFP ha avuto modo di esaminare una serie di progetti per la realizzazione e la gestione di strutture ospedaliere con il ricorso alla finanza di progetto. Sebbene i casi esaminati non siano numerosi, nel settore, con particolare riferimento alla realizzazione di nuove strutture ospedaliere, si registra comunque un significativo interesse, sia dell'amministrazione che dei soggetti privati, a definire modelli di PPP specifici.

I casi di procedure di affidamento che prevedono il ricorso alla finanza di progetto nel comparto ospedaliero sono significativamente aumentati nel corso dell'ultimo anno: 4 proposte presentate alla scadenza del 30 giugno 2001 con un importo medio dell'investimento rilevante (125 ml di euro) contro una proposta per ciascuno degli anni 1999 e 2000.

---

<sup>42</sup> cfr. art. 9bis della legge 502/92. Si ricorda in proposito che è stata avviata nel nostro paese una sperimentazione di nuovi modelli gestionali, prevista dall'art. 9-bis del d.lgs. 502/92 di riordino della disciplina in materia sanitaria, basata su forme innovative di collaborazione fra strutture del Servizio Sanitario Nazionale e soggetti privati per l'erogazione di prestazioni nell'ambito della prevenzione, cura e riabilitazione delle malattie e delle disabilità. Tale sperimentazione si attua concretamente attraverso la costituzione di società a capitale misto pubblico-privato ed il ricorso al *project financing*.

<sup>43</sup> Cfr. art. 90 della legge 388/00.

Nei casi esaminati, le amministrazioni sono ricorse prevalentemente all'applicazione della procedura di cui all'art. 37bis e ss. della legge 109/94 e le proposte risultano caratterizzate da una serie di elementi quali:

- un importo medio dell'investimento pari a 125 milioni di euro;
- la richiesta di un contributo pubblico che assume frequentemente l'ammontare massimo ammesso dalla legge 109/94;
- una durata media della gestione che oscilla tra i 25 ed i 30 anni;
- la coincidenza tra Amministrazione concedente e utilizzatore finale della struttura e dei servizi gestiti;
- una struttura contrattuale ed operativa improntata allo schema *Build Operate and Transfer - BOT* in cui il soggetto privato interviene:
  - nella costruzione (nell'ammodernamento o nell'ampliamento) della struttura ospedaliera (opere civili, impianti tecnologici ed attrezzature medicali);
  - nella gestione del complesso dei servizi funzionali alla gestione della struttura ospedaliera (c.d. *housing*), ad eccezione delle prestazioni mediche e della direzione sanitaria, che sono di stretta competenza delle Aziende, in quanto strutture di riferimento per il S.S.N..

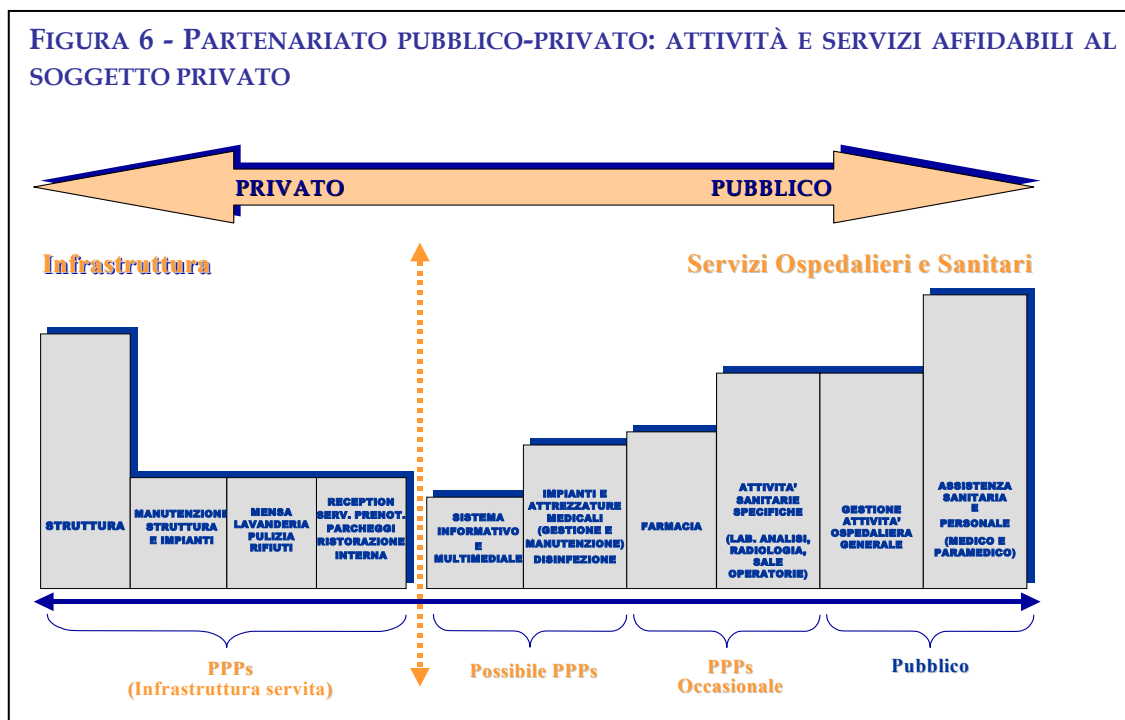
**FIGURA 5 - CARATTERISTICHE PRINCIPALI DELLE PROPOSTE EX ART. 37 BIS DELLA LEGGE 109/94 E SS.MM.II. PRESENTATE AL 30 GIUGNO 2001**



Il soggetto privato, nel modello in questione, assume l'onere della gestione del complesso dei servizi per il funzionamento della struttura e di parte dei servizi sanitari "non medicali". In particolare il complesso dei servizi gestiti comprende:

- la *manutenzione*, ordinaria e straordinaria, dell'edificio e degli impianti (centrali termiche, centrali frigorifero, condizionamento, impianti elettrici ed idraulici e impianti per i gas medicali);
- i *servizi alberghieri* (mensa per degenti e personale, pulizia struttura, smaltimento rifiuti, *reception* e servizio unico prenotazioni, parcheggi auto);
- i *servizi ospedalieri generali* (magazzino ospedaliero, sistemi informativi ospedalieri, sistemi multimediali di informazione, farmacia, disinfezione);
- i *servizi sanitari non medicali* (gestione e manutenzione delle attrezzature medicali di reparto - sale operatorie, radiologia, ecc. - fornitura materiali sanitari).

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 proposito si ricorda che nel nuovo modello di ospedale a tali spazi viene dedicato il 20% delle superfici coperte complessivamente disponibili.



Nel modello rilevato attraverso l'analisi delle proposte non vi è un affidamento esterno del complesso di prestazioni specialistiche erogate tramite il S.S.N.. Le A.S.L. e le Aziende ospedaliere gestiscono, allo stato attuale, le strutture sia utilizzando personale proprio (medico, paramedico e di servizio), sia mediante il ricorso ad affidamenti esterni a soggetti privati per alcuni dei servizi di *housing*. Il modello esaminato, improntato sullo schema *BOT*, non modifica sostanzialmente l'assetto gestionale della struttura ospedaliera, che già ricorre a forme di *outsourcing* dei propri servizi, ma è finalizzato a conseguire – attraverso la gestione di un unico contratto – una semplificazione amministrativa ed una migliore gestione complessiva, con conseguenti economie di scala.

Nel modello rimane, quindi, compito dell'A.S.L. e/o dell'Azienda ospedaliera controllare e monitorare le prestazioni che verranno fornite dal soggetto privato a seguito dell'affidamento.

### 3.2 Le tipologie di ricavo del modello

Nel modello di PPP proposto dal mercato, a fronte della realizzazione e della gestione delle strutture ospedaliere, vengono ipotizzate più tipologie di ricavo. Sulla base dei casi esaminati, la composizione del corrispettivo per lo sfruttamento economico della concessione di costruzione e gestione risulta composto da:

- un *canone annuale*, da corrispondere all'entrata in esercizio della nuova struttura, articolato in più componenti di natura fissa e/o variabile versato dalle Aziende ospedaliere e dalle A.S.L.. Questa componente del corrispettivo va a remunerare i servizi di gestione previsti (funzionamento struttura, ospedalieri e sanitari non medicali) ed a recuperare il costo dell'investimento iniziale. Il canone in questione può essere determinato e versato dalle Aziende ospedaliere e dalle A.S.L. secondo differenti criteri e modalità;
- le *tariffe per la gestione degli spazi commerciali e di servizio*; il corrispettivo, in questo caso, è rappresentato dai ricavi derivanti dalla locazione o dalla gestione diretta degli spazi commerciali e di sosta annessi alle strutture ospedaliere. Tale corrispettivo è connesso al volume ed alle tipologie di attività che caratterizzano la struttura stessa, ed è funzione delle modalità di gestione (tempi e tariffe) definiti e/o negoziati, di volta in volta, tra soggetto privato realizzatore/gestore ed Azienda. Per questa tipologia di ricavo, il rischio commerciale è totalmente a carico del realizzatore/gestore.

### 3.3 Le modalità di determinazione e di pagamento del corrispettivo a carico delle Aziende ospedaliere e sanitarie

Nel modello proposto la componente di corrispettivo a maggior rilevanza è rappresentata dal canone annuale pagato dalle Aziende ospedaliere e dalle A.S.L..

I criteri di determinazione del canone prefigurati nei casi esaminati possono essere ricondotti ad uno schema uniforme articolato in:

- una componente *fissa* che consiste nel corrispettivo dovuto a fronte della disponibilità della struttura. Tale componente è posta a copertura dei costi di costruzione e di manutenzione straordinaria - ed in alcuni casi anche ordinaria - e non è suscettibile di revisioni diverse da quelle indotte per l'adeguamento all'inflazione, se non per casi eccezionali o specifiche cause;
- una componente *variabile* che rappresenta il corrispettivo a fronte dei servizi prestati dal soggetto privato realizzatore/gestore ed è determinata in funzione del volume e della qualità delle prestazioni effettuate (*payment for usage, volume or demand*). La variabilità di questa componente viene, usualmente, limitata entro un *range* minimo e massimo ed è funzione del rischio d'impresa connesso alla erogazione dei servizi stessi (volume dei servizi erogati, qualità, tipologia prestazioni richieste).

Per la determinazione della componente fissa del canone sono applicati criteri differenti in funzione di diverse ripartizioni di rischio operativo e commerciale tra soggetto privato ed Aziende. I principali criteri cui far riferimento prefigurano:

- un *availability payment*, in questo caso l'ammontare è determinato in funzione del tasso di occupazione dei posti letto "fruibili" ovvero dotati di tutti quei servizi necessari per poter ricoverare il paziente - si intendono, in questo caso, tutti i servizi necessari alla fruibilità della struttura ed al ricovero del paziente: dalle pulizie, alla reception, alla gestione informatizzata delle cartelle cliniche.



Il criterio descritto consente la ripartizione del rischio commerciale ed operativo tra soggetto privato e Azienda, utilizzando come parametro di riferimento il tasso di occupazione “minimo garantito” dei posti letto, rispetto al quale definire/negoziare una fascia di variazione che ripartisca le perdite o gli introiti dovuti a minori/maggiori incassi generati da livelli di utilizzo diversi da quelli “minimi garantiti”;

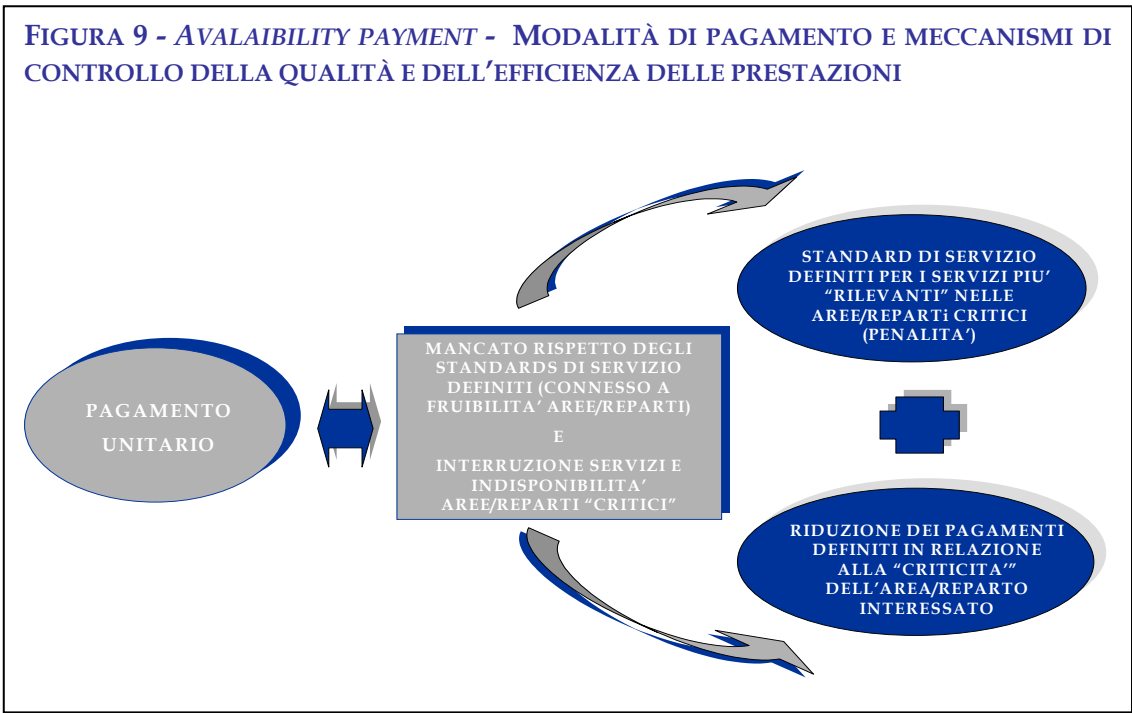
- un *capacity charge*, in questo secondo caso l’ammontare della componente assume un importo fisso e predeterminato che l’Azienda è chiamata a versare indipendentemente dal tasso di utilizzo della struttura e che, in molti dei casi esaminati, risulta non comprensivo degli importi relativi alla manutenzione straordinaria di immobili, impianti ed attrezzature. Il criterio in questione tende, quindi, ad allocare interamente il rischio commerciale ed operativo in capo alle Aziende.



La scelta tra le due opzioni descritte, influenzando sulla ripartizione del rischio operativo e commerciale, da luogo a differenti modalità di pagamento che, a loro volta, comportano diversi obblighi di qualità e di efficienza delle prestazioni.

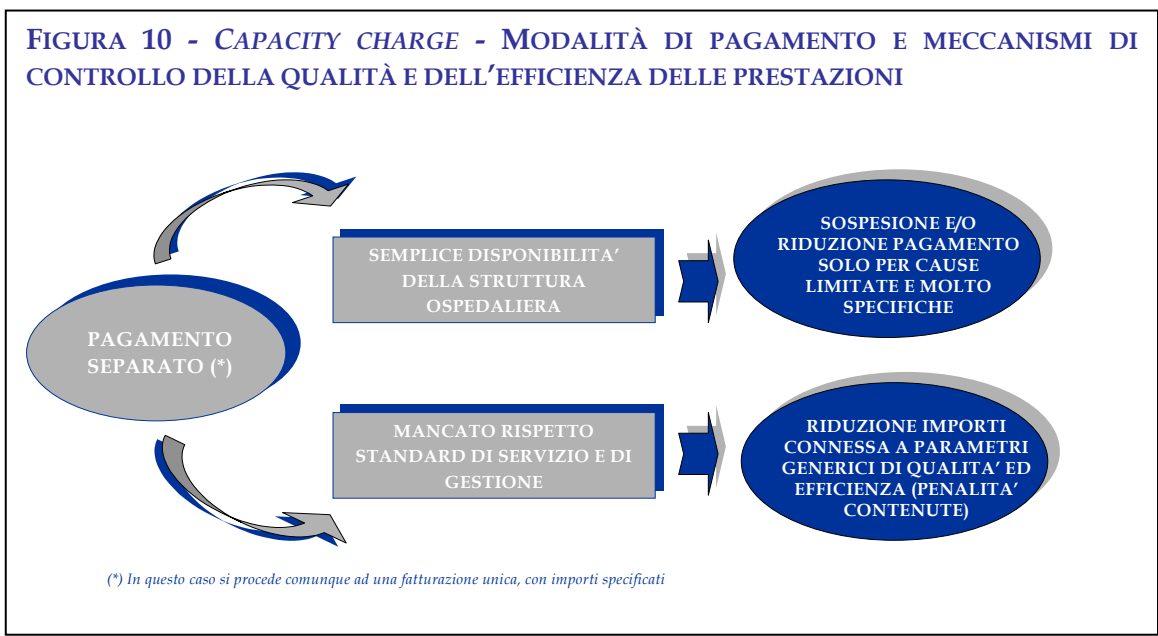
Nel caso in cui, nella determinazione del corrispettivo, si applichi il criterio dell’*“availability payment”*, le Aziende procedono ad un pagamento unitario la cui corresponsione risulta, di norma, vincolata alla fruibilità di aree e/o reparti ospedalieri specifici e, ma solo nella minoranza dei casi esaminati, ad uno specifico livello di qualità ed efficienza dei servizi.

Secondo questa impostazione, a fronte di possibili interruzioni di servizio o di livelli di qualità e di efficienza dei servizi inferiori a quelli prefissati e che possono rendere indisponibili determinati aree o reparti vengono previste riduzioni degli importi complessivi dovuti ed una serie di penalità.



Nell'ipotesi di applicazione del criterio del "capacity charge", invece, le Aziende procedono ad un pagamento "separato" delle due componenti in cui si articola il canone.

La corresponsione della componente fissa, in questo caso, è ritenuta comunque dovuta – se ne ipotizza la non corresponsione o la riduzione solo per cause molto specifiche e circoscritte – mentre la corresponsione della componente variabile viene connessa a parametri di qualità ed efficienza dei servizi, definiti in modo più o meno generico, che si traducono in penalità.



Le possibili indisponibilità della struttura o di singole aree e reparti, nonché il livello qualitativo della gestione secondo quest'approccio risultano quasi sempre scarsamente qualificate, potendo così dare luogo a contenziosi; allo stesso modo le penalità individuate non vengono definite in modo da costituire un'effettiva garanzia della qualità e dell'efficienza.

### 3.4 Le criticità del modello proposto

Il modello proposto dal mercato, sebbene rappresenti il forte interesse sia dei soggetti privati sia delle Aziende ospedaliere e delle A.S.L., risulta, tuttavia, caratterizzato da una serie di criticità da porre in relazione sia all'impostazione sia alla normativa in materia di lavori pubblici e di contabilità di stato. Tra le principali criticità possono essere segnalate le seguenti:

- la componente del canone derivante dalla prestazione di servizi ed i ricavi da attività commerciali, pur prevedendone uno scenario favorevole di crescita nel medio lungo periodo, non risultano, di per sé, sufficienti a recuperare il costo sostenuto per l'investimento relativo alla realizzazione ed alla gestione di una struttura, tecnologicamente e funzionalmente complessa, come quella ospedaliera. Tale difficoltà attribuisce, quindi, alla componente "disponibilità" del canone stesso il ruolo di fonte principale di rimborso e di remunerazione del capitale investito;
- l'incompatibilità del criterio del "capacity charge" con il quadro normativo in materia di lavori pubblici; la corresponsione "incondizionata" del corrispettivo per il funzionamento della struttura ospedaliera, da una parte non è coerente con l'alea commerciale che deve, comunque, caratterizzare un contratto di concessione di costruzione e gestione<sup>44</sup>, dall'altra non garantisce appieno un'effettiva qualità e l'efficienza delle attività e dei servizi di manutenzione;
- la richiesta di un contributo pubblico è sempre allineata al limite massimo consentito dalla legge quadro in materia di lavori pubblici; nonostante ciò i progetti, non sempre, evidenziano condizioni di equilibrio economico-finanziario. E' questo un aspetto che va posto in relazione, anche, all'ampiezza ed al grado di remuneratività del pacchetto "servizi" che caratterizza gli affidamenti ai soggetti privati. Con riferimento al contributo, vanno evidenziate, inoltre, due criticità specifiche: la prima connessa alle modalità di calcolo del contributo in base al dettato della legge 109/94<sup>45</sup>; la seconda dovuta

---

<sup>44</sup> Il contratto di concessione si distingue dall'appalto tradizionale quanto il Concessionario assume l'alea economica dell'intera operazione dal momento che la controprestazione a suo favore consiste "unicamente nel diritto di gestire funzionalmente e di sfruttare economicamente tutti i lavori realizzati", cfr. art. 19, comma 2, della legge 109/94 e successivo Par. 3.3.6.1.

<sup>45</sup> Cfr. L'art 19, comma 2bis, della Legge 109/94 commisura il calcolo del contributo all'importo dei lavori che non sembrerebbero comprendere anche le c.d. forniture, che nel caso di specie comprendono impianti ed attrezzature medicali che incidono in modo particolare sull'investimento complessivo - cfr. Par 3.3.6.2

all'inquadramento fiscale del contributo come contributo in conto esercizio<sup>46</sup> elemento che grava il contributo dell'imposizione IVA prevista per gli acquisti;

- la controparte commerciale del soggetto privato è rappresentata, in via prevalente, dalle Aziende ospedaliere e dalle A.S.L.<sup>47</sup>. Queste costituiscono, infatti, l'utilizzatore esclusivo delle strutture nonché l'acquirente/utente finale delle prestazioni realizzate. Questo elemento pone in evidenza almeno due aspetti critici: il primo connesso alla compatibilità del pagamento del canone, in costanza di gestione, da parte della stessa amministrazione aggiudicatrice; il secondo legato alla necessità che le Aziende, definiscano in modo approfondito, già in sede di programmazione, il quadro delle esigenze da soddisfare e gli obiettivi che intendono perseguire, non solo, nei termini realizzativi ma, anche e soprattutto, sul piano della gestione (qualità ed efficienza);
- una non adeguata valutazione da parte delle Aziende degli importi minimi e massimi che il canone da corrispondere può assumere sia come costo annuale cui dover fare fronte su un orizzonte temporale di medio-lungo periodo, sia come prezzo che si è disposti a pagare a fronte della qualità e dell'efficienza richiesta;
- una scarsa attenzione da parte dei soggetti privati alla gestione sia sul piano delle attività di manutenzione che nei termini di servizi effettuati. In molti dei casi esaminati, le attività di manutenzione straordinaria sono garantite per periodi inferiori all'arco di vigenza della concessione; le attività di manutenzione ordinaria non risultano sufficientemente qualificate per garantire la qualità affermata e/o giustificare i costi riportati al progetto; frequentemente, i progetti non sono comprensivi di disciplinari di gestione rispetto ai quali poter definire/negoziare con le Aziende gli "standards" qualitativi delle prestazioni ed i parametri di controllo degli stessi in costanza di gestione;
- la richiesta frequente da parte dei soggetti privati di garanzie reali sulla struttura ospedaliera, richiesta che, anche qualora compatibile con le norme che regolano il patrimonio indisponibile dell'Azienda o della A.S.L., spesso non è connessa alla bancabilità del progetto<sup>48</sup>;
- l'altrettanto frequente richiesta di garanzie collaterali alle A.S.L. se non alle Regioni, richiesta anche questa non compatibile con l'alea commerciale che caratterizza il contratto di concessione di costruzione e gestione.

---

<sup>46</sup> Cfr. Raccomandazione del 21 luglio 2001, n. 161 del Ministero delle finanze.

<sup>47</sup> Nei casi esaminati da UFP i ricavi derivanti dal corrispettivo pagato dalle Aziende rappresentano in media tra l'90 ed il 95% dei ricavi complessivi, mentre i c.d. ricavi da gestione di attività commerciali (ristorazione interna, parcheggio ecc.) rappresentano in media il 5-10% del totale.

<sup>48</sup> Cfr. Par. 3.2.5.

### 3.5 Un possibile approccio “standard”

I vantaggi che le Aziende ospedaliere e le A.S.L. possono conseguire mediante l’adozione di modelli di PPP per la realizzazione e la gestione di strutture ospedaliere dovrebbero coincidere, in via generale, con:

- una maggiore attenzione alla qualità dei servizi ospedalieri e di *housing* che migliorano il grado di fruibilità e di qualità della struttura;
- la possibilità di migliorare velocemente il livello di innovazione tecnologica di impianti ed attrezzature sanitarie aumentando lo standard delle prestazioni di assistenza;
- una maggiore adeguatezza delle strutture e dei servizi all’effettivo volume di prestazioni che gravano sulle stesse, soddisfacendo così anche la quota di domanda insoddisfatta o soddisfatta in tempi e modi non idonei rispetto alla gamma ed alla qualità delle prestazioni richieste e necessarie;
- il trasferimento al soggetto privato dei rischi di costruzione e di completamento delle strutture e dei rischi operativi che possono caratterizzare, in particolare, la gestione dei servizi di *housing*;
- un possibile “risparmio” economico e finanziario indotto dalla esternalizzazione di un complesso di servizi sulla base di costi e prezzi già prefigurati sul medio-lungo periodo; affidamenti di servizi che superano l’arco triennale o quinquennale possono contribuire a qualificare la spesa corrente delle Aziende garantendo probabilmente un maggiore livello di qualità ed efficienza;
- una semplificazione amministrativa derivante dalla gestione di un unico contratto con un unico soggetto (il concessionario) anziché il ricorso a molteplici contratti di fornitura.

In presenza di esigenze specifiche in termini di investimento iniziale necessario e di efficienza della gestione, i vantaggi sopra elencati sono conseguibili con il modello di partenariato proposto dal mercato purché possano essere eliminate, per quanto possibile, le criticità rilevate<sup>49</sup> provvedendo a definire un approccio *standard* per l’impostazione e lo sviluppo del PPP.

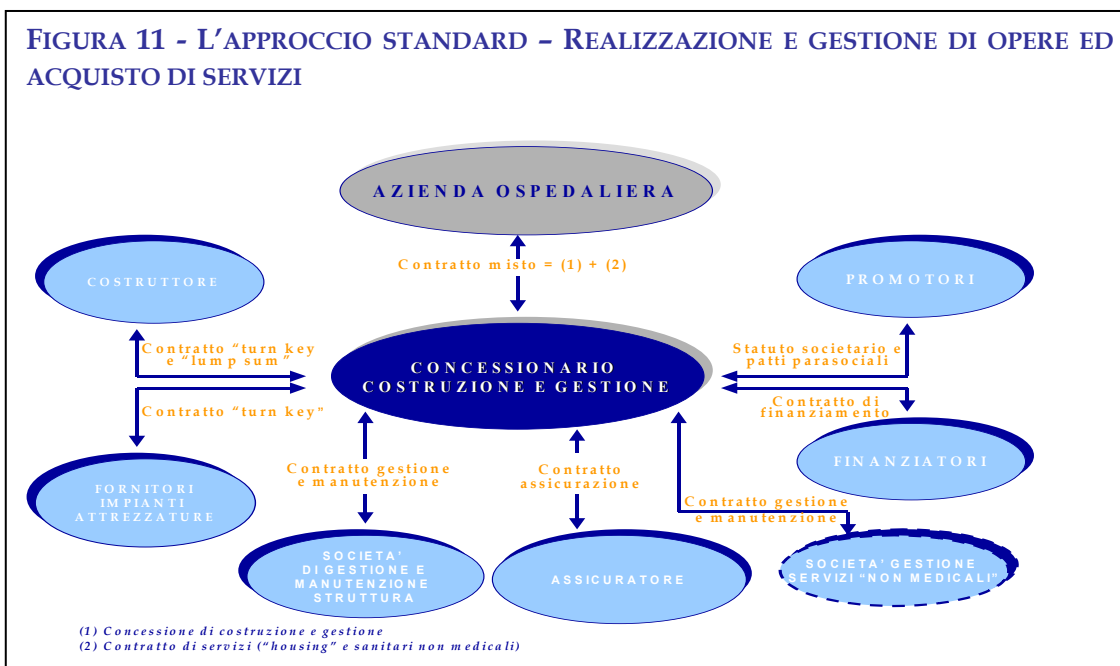
In considerazione dell’attuale quadro giuridico-amministrativo in materia sanitaria e di opere pubbliche nonché dell’attuale regime previsto per le attività sanitarie e socio-

---

<sup>49</sup> Cfr. Par. 3.3.6

sanitarie, l'approccio *standard* ipotizzabile per la definizione e lo sviluppo di modelli di PPP può essere rappresentato dall'affidamento di una concessione di realizzazione e gestione attraverso cui Aziende ospedaliere e A.S.L. si procurano, grazie ad un'unica procedura di evidenza pubblica, opere e servizi.

L'affidamento in particolare riguarderà la realizzazione delle strutture ospedaliere - comprensiva della manutenzione - la prestazione dei servizi necessari al suo funzionamento e la gestione delle attività commerciali previste all'interno della struttura.

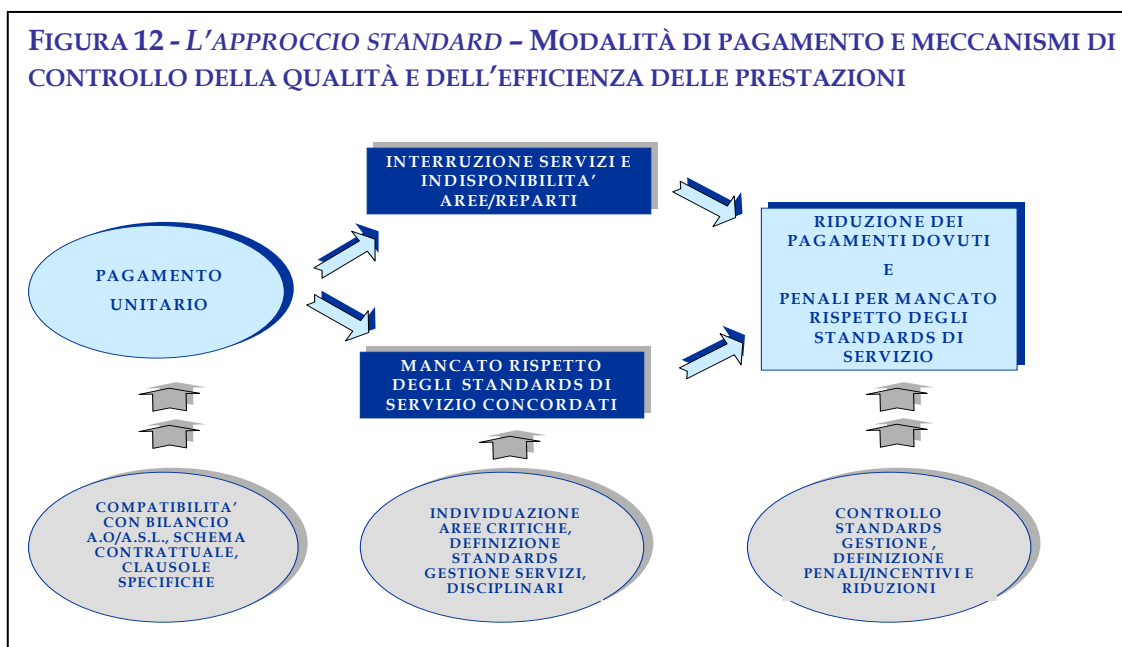


Per assumere un profilo *"standard"*, alla base dell'approccio delineato, devono, inoltre, essere poste almeno le seguenti condizioni:

- il contratto di realizzazione e gestione di opere e servizi dovrà essere del tipo "chiavi in mano" e "full service", con l'implicazione, appunto, del trasferimento del rischio di costruzione ed operativo sul concessionario e sulle imprese che realizzeranno lavori ed impianti e forniranno attrezzature e materiali;
- la *prestazione* che l'Azienda potrà richiedere al concessionario si dovrà articolare nelle seguenti componenti:
  - realizzazione di lavori di costruzione, ristrutturazione, manutenzione straordinaria delle strutture e degli impianti;
  - manutenzione ordinaria e gestione delle strutture, degli impianti e delle attrezzature necessarie al funzionamento delle stesse, ivi comprese quelle medicali;

- gestione di servizi alberghieri, ospedalieri e sanitari non medicali affidabili all'esterno<sup>50</sup>;
- la previsione della gestione di attività commerciali all'interno delle strutture (ristorazione, parcheggi ecc.) dovrà fare attenzione alla effettiva natura commerciale dei ricavi da queste derivanti<sup>51</sup>;
- per la strutturazione e la quantificazione del canone posto a carico dell'Azienda dovrà essere applicato il criterio dell'"availability payment";
- le modalità di corresponsione del canone dovranno disporre un pagamento unitario il cui effettivo versamento sia connesso alla qualità ed all'efficienza dei servizi ed alla piena fruibilità della struttura. La cadenza temporale dei versamenti assumerà una cadenza periodica (trimestrale, semestrale o annuale) allineata alla tempistica definita per il trasferimento delle risorse per l'assistenza sanitaria dalle Regioni alle Aziende;
- dovrà essere prevista la presenza di incentivi e penalizzazioni connessi ai tempi ed alla qualità della prestazione che l'Azienda - acquirente/utente del bene immobile e dei servizi "ausiliari" - richiederà al soggetto privato.

**FIGURA 12 - L'APPROCCIO STANDARD - MODALITÀ DI PAGAMENTO E MECCANISMI DI CONTROLLO DELLA QUALITÀ E DELL'EFFICIENZA DELLE PRESTAZIONI**



<sup>50</sup> Con riguardo ai servizi sanitari "medicali" deve farsi riferimento a quanto descritto in tema di gestione del S.S.N.- cfr. Par. 3.2.4.- che per tale tipo di servizi non consente di prescindere dal citato sistema di accreditamento. In base a quanto disposto dall'art. 8 *quater*, comma 4, lett. i) del d.lgs. 502/92 e ss.mm.ii., l'esternalizzazione dei servizi sanitari, direttamente connessi all'assistenza del paziente, è prevista "...esclusivamente verso soggetti accreditati in applicazione dei medesimi criteri o di criteri equivalenti a quelli adottati per i servizi interni alla struttura, secondo la relativa disciplina contenuta nell'atto di indirizzo e coordinamento... emanato ai sensi dell'art. 8 della legge 59/97...".

<sup>51</sup> La gestione di tali attività qualora venga anch'essa in qualche modo garantita dalla stazione appaltante può essere considerata quale "prezzo" ex art. 19, comma 2, della legge 109/94 che assicuri al concessionario di un'opera pubblica il perseguimento dell'equilibrio economico-finanziario dell'investimento e della connessa gestione. Tale impostazione è però conforme ad un'interpretazione flessibile del dettato del citato art. 19 ispirata ad un'accezione ampia del concetto di "prezzo" in funzione del contenimento della spesa per l'amministrazione (cfr. Parte I- Capitolo 5-Le criticità e le ipotesi di soluzione).

Secondo l'approccio descritto, il soggetto privato è, quindi, il diretto responsabile della fruibilità e del corretto funzionamento della struttura ospedaliera, senza per questo sostituirsi alle Aziende nella gestione dell'assistenza sanitaria.

A tale proposito, anche in una eventuale prospettiva di liberalizzazione parziale del S.S.N., si rende necessario valutare secondo quali modalità, ed in che misura, si debba prevedere la compartecipazione del privato al rischio di mercato che caratterizza i modelli di PPP<sup>52</sup>.

### 3.6 Le criticità dell'approccio standard

Relativamente all'approccio *standard*, ipotizzato sulla base del modello proposto dal mercato, l'UFP ha rilevato una serie di criticità rispetto all'attuale quadro giuridico-amministrativo in materia di opere pubbliche, di sanità e di contabilità pubblica.

#### 3.6.1 *Il corrispettivo a carico delle Aziende ospedaliere e delle A.S.L.*

##### 3.6.1.1 *La coerenza con l'istituto della concessione di costruzione e gestione*

Nell'approccio *standard* delineato e nel modello proposto dal mercato l'equilibrio economico-finanziario dell'investimento effettuato dal soggetto privato è raggiunto attraverso la corresponsione da parte delle Aziende ospedaliere e delle A.S.L., in costanza della fase gestionale, di un canone quale corrispettivo per i servizi e le prestazioni effettuate dal privato e da queste acquistate.

Come detto in precedenza, Aziende ospedaliere ed A.S.L. nello schema di *partnership* ipotizzato rappresentano l'effettiva controparte commerciale del soggetto privato in quanto costituiscono l'utilizzatore esclusivo delle strutture ospedaliere nonché l'acquirente/utente finale delle prestazioni.

---

<sup>52</sup> Il ricorso al *project financing* per la realizzazione di strutture ospedaliere è diffuso all'estero, soprattutto in Gran Bretagna, come parte dell'esperienza del *PFI*, in corso dal 1992 nel settore dei servizi pubblici. In tale ambito, il ricorso al *project financing*, rispetto agli appalti tradizionali, si verifica quando siano stati valutati i vantaggi in termini di qualità e rapporto costi - benefici (*value for money*); l'arco temporale oggetto dell'analisi comprende tutto il ciclo di vita dell'investimento, e non la sola costruzione. Le prestazioni sanitarie continuano ad essere fornite dal servizio sanitario (*National Health Service*), mentre al settore privato si affidano di norma la progettazione, la costruzione, la gestione dei servizi non sanitari ed il finanziamento dell'opera, senza alcun contributo da parte dell'ente concedente, il *National Health Service Trust*. Il recupero dell'investimento da parte del gestore avviene a seguito del pagamento di un canone da parte dell'*NHS Trust*, comprensivo dei corrispettivi relativi alla disponibilità della struttura e alla prestazione dei servizi richiesti contrattualmente. Nessun pagamento di corrispettivo avviene in via anticipata rispetto all'avvio dell'operatività della struttura; il pagamento è subordinato al rispetto delle condizioni contrattuali definite nei termini di volumi e qualità delle relative prestazioni.

Il ricorso al *PFI* nel settore ospedaliero è stato ritenuto molto vantaggioso soprattutto in relazione alla capacità del privato di rispettare i tempi ed i costi di costruzione e di garantire una gestione efficace, efficiente e tecnologicamente innovativa, recuperando in questo modo lo svantaggio economico derivante da un maggior costo dell'indebitamento rispetto al settore pubblico. In questa forma sono stati avviati dal governo inglese a partire dal 1997, nel solo settore ospedaliero (dati NHS), contratti di costruzione e gestione di 38 grandi ospedali, (di cui 18 in corso di costruzione), per un valore complessivo di 3,6 miliardi di sterline (11.200 miliardi di lire).

Tale impostazione trova un forte limite, nel quadro normativo vigente in materia di lavori pubblici secondo il quale il contratto di concessione di costruzione e gestione è caratterizzato dalla circostanza che *“la controprestazione a favore del concessionario consiste unicamente nel diritto di gestire funzionalmente e di sfruttare economicamente tutti i lavori realizzati”*<sup>53</sup>. Se ne deduce che il contratto di concessione di costruzione e gestione è caratterizzato dall’assunzione dell’alea commerciale dell’iniziativa in capo al concessionario, in mancanza della quale la fattispecie è equiparata ad un appalto tradizionale. Pertanto, il pagamento di canoni, durante la fase gestionale, può far venir meno il carattere distintivo della concessione e ricondurre l’intera operazione nell’alveo dell’aggiudicazione di un appalto tradizionale, a prescindere della procedura di aggiudicazione prescelta per l’affidamento dello stesso contratto.

Tale limite può trovare una mitigazione, anche se parziale e non risolutiva, nell’interpretazione fornita in sede comunitaria dalla Commissione delle Comunità europee in merito al contratto di concessione<sup>54</sup>. In considerazione di ciò potrebbe essere offerta un’interpretazione che, entro alcuni limiti, concili l’esigenza del concessionario di raggiungere l’equilibrio economico-finanziario dell’iniziativa anche mediante il percepimento di un canone nel rispetto delle caratteristiche proprie del contratto di concessione. Tale interpretazione si fonda su una serie di considerazioni quali:

- l’elemento distintivo della concessione di costruzione e gestione consiste nell’attribuzione del diritto di gestire l’opera come contropartita della sua costruzione. Il diritto di gestire può essere, inoltre, accompagnato da un prezzo;
- il diritto di gestire consente al concessionario di percepire proventi dall’utente – ad esempio, sotto forma di pedaggi o canoni – per un determinato periodo di tempo. Il concessionario non è, dunque, direttamente remunerato dall’amministrazione aggiudicatrice, ma ottiene da quest’ultima il diritto di percepire i proventi derivanti dall’uso dell’opera realizzata;
- l’alea della gestione è interamente trasferita al concessionario, in quanto esso si assume non soltanto i rischi inerenti le attività di costruzione, ma anche quelli connessi alla gestione e all’uso abituale dell’opera realizzata;
- qualsiasi forma di rimborso – ad esempio, attraverso il pagamento di canoni – che l’amministrazione volesse riconoscere al concessionario, dunque, non dovrà mai far venir meno l’alea connessa alla gestione dell’opera, perché altrimenti non vi sarebbe più l’elemento di rischio ed il contratto dovrebbe essere considerato un appalto tradizionale di lavori.

Peraltro, rientra sempre nella nozione di concessione l’ipotesi in cui l’amministrazione paga un prezzo in contropartita dei lavori effettuati, purché lo stesso non elimini il rischio inerente alla gestione. Pertanto, in presenza del rischio di gestione, legato all’investimento effettuato o ai capitali investiti - come nell’approccio *standard* ipotizzato-, sarebbe ammissibile il versamento di canoni, durante la fase gestionale, a

---

<sup>53</sup> Cfr. Art. 19, comma 2, della legge 109/94.

<sup>54</sup> Comunicazione interpretativa della Commissione sulle concessioni nel diritto comunitario, Commissione delle Comunità Europee, Bruxelles 12 aprile 2000.

fronte della constatazione che, nel caso di specie sono le stesse Aziende ad essere gli utenti del servizio in quanto il concessionario metterebbe a loro disposizione in via esclusiva la struttura ospedaliera, così che possano offrire il servizio ospedaliero alla comunità.

Nel quadro di questa interpretazione va evidenziato che i canoni versati dalle Aziende devono, comunque, essere strettamente connessi alla fruizione della struttura ospedaliera, in modo da non eliminare il rischio economico, caratteristica propria del contratto di concessione.

Si sottolinea, infine, che nel caso in cui i canoni fossero calcolati in modo tale che le Aziende debbano farsi carico in misura prevalente dell'alea legata alla gestione dell'opera, garantendo, ad esempio, il rimborso dei finanziamenti, anche in forma indiretta, l'elemento di rischio verrebbe, comunque, a mancare.

L'interpretazione qui suggerita elimina in via parziale il limite rilevato e si sottolinea come rappresenti, comunque una lettura estensiva del dettato dell'art.19, comma 2 della legge 109/94. Tale lettura, quantunque in piena aderenza con la definizione di contratto di concessione di costruzione e gestione fornito dall'art. 1 della direttiva comunitaria in materia di appalti pubblici di lavori, di cui la legge 109/94 è strumento di recepimento nell'ordinamento italiano può prestarsi, tuttavia, ad interpretazioni contrarie in funzione d'interpretazione restrittiva - letteraria - dello stesso articolo della legge quadro in materia di lavori pubblici.

Pertanto, non si può escludere che la prassi innovativa che si intraprenderebbe con l'approccio *standard* proposto, accogliendo la tesi proposta, possa essere oggetto di interpretazioni divergenti in sede giurisdizionale - unico organo cui compete l'interpretazione delle norme vigenti - o da parte della Corte dei conti, che potrebbe considerare eventuali pagamenti di canoni, da parte delle Aziende, come non dovuti ed equivalenti ad un danno erariale.

### 3.6.1.2 *La compatibilità con le esigenze di bilancio e di gestione delle Aziende ospedaliere e delle A.S.L.*

Altro elemento di forte criticità è rappresentato da una non adeguata valutazione da parte delle Aziende degli importi minimi e massimi che il canone può assumere nei termini:

- di costo annuale cui dover fare fronte, considerate le disponibilità annuali di bilancio e le modalità di trasferimento di fondi da parte delle Regioni;
- di prezzo che si è disposti a pagare a fronte della qualità e dell'efficienza richiesta per il funzionamento della struttura e per l'erogazione dei servizi.

E' questa una valutazione di estremo rilievo sia per giustificare in modo esaustivo le motivazioni alla base del ricorso al PPP piuttosto che procedere alla realizzazione e gestione diretta, sia per verificare i termini in cui si concretizza l'effettiva convenienza economica del ricorso al privato.

Quanto indicato sottolinea, in prospettiva, la necessità di un maggiore sforzo da parte delle Aziende in sede di programmazione degli interventi e delle risorse. Per valutare gli aspetti evidenziati è, infatti, opportuno lo sviluppo da parte delle Aziende, ma anche dell'Amministrazione in generale, di un'autonoma analisi di fattibilità economico-finanziaria dell'investimento per cui si prevede il coinvolgimento di risorse di mercato. Questo tipo di valutazione risulta, infatti, funzionale a:

- motivare la scelta effettuata nei termini non solo di minor spesa in conto capitale ma anche, e soprattutto, di maggiore qualificazione della spesa corrente nei termini di “valore aggiunto” acquistato con l'affidamento della gestione a terzi;
- individuare e circoscrivere l'oggetto dell'affidamento compatibilmente con il quadro dei servizi effettivamente esternalizzabili<sup>55</sup> e le condizioni di redditività più idonee ad attrarre risorse di mercato;
- individuare l'effettivo impegno finanziario che il PPP richiede sotto la forma sia di contributo sia di corrispettivo per le prestazioni effettuate (*i.e.* canone);
- definire il modello di PPP operativo ed economico-finanziario su cui valutare le possibili proposte/offerte del soggetto privato.

In questo quadro, ulteriore elemento di criticità è rappresentato dal grado di remuneratività che caratterizza il pacchetto “servizi” che viene affidato.

Una possibile soluzione a tale problematica può essere delineata tramite la individuazione di fonti alternative di ricavo e/o in corrispettivi incassati dall'Azienda ospedaliera o A.S.L. per spese d'investimento (impianti ed attrezzature) “trasferibili” insieme ai relativi costi dal bilancio dell'Azienda a quello del terzo realizzatore/gestore. Su questo piano possono, ad esempio assumere rilievo gli introiti derivanti dalle *prestazioni private integrative* svolte in ambito ospedaliero (ad es. *intramoenia*, solventi ed assicurazioni). Tale tipologia di ricavo potrebbe rappresentare una quota di rilievo dei corrispettivi, e verrebbe corrisposta a fronte di prestazioni connesse alla componente alberghiera del servizio.

Si precisa, infine, come lo sforzo per migliorare il profilo di redditività del pacchetto “servizi” vada effettuato nella direzione dei servizi funzionali alla gestione della struttura (ad esempio tutti i sistemi informatici) piuttosto che nell'incremento delle attività commerciali (ristorazione, sosta ecc.) il cui aumento da una parte, trova un limite fisiologico nella percentuale fissata per le superfici della struttura a queste

---

<sup>55</sup> In molto dei casi esaminati, le Aziende possono procedere all'esternalizzazione dei soli servizi alberghieri, se non solo di alcuni di questi, in quanto all'atto della definizione della *partnership* molti dei servizi in questione possono risultare già affidati e le scadenze dei relativi contratti non risultano compatibili con l'ipotesi di un nuovo affidamento a terzi.

dedicate e, dall'altra, non contribuisce a migliorare significativamente il profilo di bancabilità dei progetti.

### 3.6.2 Le modalità di calcolo del "prezzo" ex art. 19 della legge 109/94

Come evidenziato il modello proposto dal mercato è caratterizzato dalla costante richiesta di un contributo pubblico, così come anche nell'approccio *standard* ipotizzato può essere previsto un contributo per definire un profilo di redditività che garantisca l'equilibrio economico-finanziario dei progetti d'investimento.

Un forte limite alla identificazione ed allo sviluppo di forme di partenariato è da porre in relazione anche alle modalità di calcolo del contributo pubblico ex art. 19, comma 2 della legge 109/94.

La base di calcolo su cui commisurare la congruità del contributo nella specifica accezione della legge 109/94 coincide con *l'importo dei lavori*<sup>56</sup>; nei progetti in questione una quota rilevante dell'investimento è però rappresentata dal costo degli impianti e delle attrezzature medicali, che in base all'applicazione letterale delle norme di legge sembrerebbe non poter rientrare nella citata base di calcolo.

Nei casi esaminati da UFP le Aziende, ma anche i promotori, hanno commisurato il contributo pubblico sul valore complessivo, sia dei lavori che delle forniture, innalzando in tal modo il livello di contribuzione pubblica. Verosimilmente, l'impostazione seguita si fonda sulla considerazione, corretta da un punto di vista funzionale ed economico, che la realizzazione dell'iniziativa in oggetto sia, dal punto di vista giuridico, identificabile nell'affidamento di un contratto misto, nel cui alveo siano ricompresi lavori, forniture e servizi. In merito a questa impostazione si rende, però, necessario svolgere alcune considerazioni.

La legge 109/94 all'art. 2, comma 1, secondo capoverso specifica che *"nei contratti misti di lavori, forniture e servizi...si applicano le norme della presente legge qualora i lavori assumano rilievo economico superiore al 50 per cento."* (criterio della prevalenza). Scopo di tale previsione è quello d'identificare, in maniera univoca, il regime giuridico prevalente da applicare nell'ipotesi di contratti misti cui, almeno in via teorica, potrebbero applicarsi diverse previsioni di legge. Le iniziative in questione possono correttamente rientrare nell'alveo applicativo del citato art. 2.

La stessa legge, all'art. 19, comma 2, autorizza la corresponsione di un contributo pubblico al concessionario, in presenza di prezzi o tariffe amministrati, controllati o predeterminati, al fine di garantire l'equilibrio economico-finanziario degli investimenti e della connessa gestione. Tale importo – specifica la legge – non può, comunque, superare il *"50 per cento dell'importo totale dei lavori"*<sup>57</sup>. L'articolo citato,

---

<sup>56</sup> Cfr. art. 19 comma 2bis della legge 109/94.

<sup>57</sup> Tale previsione è coerente con la natura precipua del contratto di concessione che si distingue dall'appalto tradizionale in quanto il concessionario assume l'alea economica dell'intera operazione dal

tuttavia, non menziona, letteralmente, le forniture nel valore complessivo su cui calcolare la percentuale del 50% ai fini della determinazione dell'ammontare del contributo pubblico.

La concessione di costruzione e gestione per la realizzazione di una opera pubblica come l'ospedale, ha necessariamente natura di contratto misto, dal momento che, in termini funzionali, per qualificare un'opera come ospedaliera, accanto alla componente immobiliare non si può prescindere da tutta l'*universitas* mobiliare, che è collegata al manufatto da un evidente vincolo pertinenziale.

In altre parole, non si potrebbe parlare di struttura ospedaliera se oltre al manufatto non fossero forniti anche gli impianti e le apparecchiature mediche.

Tale interpretazione viene confermata dall'art. 817 del codice civile che definisce le pertinenze come quelle cose "*destinate in modo durevole a servizio*" di un'altra cosa. Il rapporto pertinenziale stabilito tra più cose influisce sulla circolazione delle pertinenze<sup>58</sup>, confermando come il bene principale e gli accessori siano considerati un tutt'uno<sup>59</sup>. Ne deriva che il valore delle forniture possa essere ricompreso nel calcolo totale dei lavori, essendo a questi pertinentziali.

Nonostante ciò, occorre sottolineare come il ragionamento esposto non rimuova completamente il limite rappresentato dall'art. 19, comma 2 della legge 109/94.

Il ragionamento esposto, infatti, pur rappresentando un'interpretazione del dettato dell'art. 19, comma 2 della legge 109/94, quantunque coerente con l'impostazione della stessa Legge e con una sua interpretazione sistematica, potrebbe, tuttavia, non essere condiviso dalla Corte dei conti<sup>60</sup>. Quest'ultima potrebbe, infatti, ritenere che il contributo pubblico debba essere calcolato in funzione del solo costo dei lavori, intesi in senso restrittivo, alla luce del criterio letterario, di rango prioritario, sancito dall'art. 12 delle preleggi al codice civile che stabilisce che "*nell'applicare una legge non si può attribuire alla stessa altro senso che quello fatto palese dal significato proprio delle parole.*". In tal senso, la Corte dei conti potrebbe ritenere che l'interesse finanziario dello Stato sia meglio tutelato da un'interpretazione letterale della norma che limiti il contributo pubblico ad una percentuale del costo dei soli lavori.

### 3.6.3 I flussi di pagamento e le garanzie

Su questo piano l'approccio *standard* evidenzia un ulteriore elemento di criticità relativamente alle garanzie che Aziende ospedaliere ed A.S.L. possono prestare come

---

momento che la controprestazione a suo favore consiste "*unicamente nel diritto di gestire funzionalmente e di sfruttare economicamente tutti i lavori realizzati*" (art.19, comma 2 della legge 109/94)..

<sup>58</sup> L'art. 818 del codice civile stabilisce che "*gli atti e i rapporti giuridici che hanno per oggetto la cosa principale comprendono anche le pertinenze*".

<sup>59</sup> Quest'interpretazione trova conferma anche nella giurisprudenza costante della Cassazione (Cass. n. 12153/90 e n. 10015/98) che ha riconosciuto il vincolo pertinenziale tra l'immobile e i macchinari ai fini della determinazione del valore, comprensivo sia dell'immobile che dei macchinari, da porre a base di gara nella vendita fallimentare.

<sup>60</sup> Non risulta che la Corte dei conti si sia ancora pronunciata espressamente sul punto.

soggetti “pagatori di ultima istanza” nel caso di illiquidità o insolvenza dell’Azienda ospedaliera o dell’A.S.L..

Ricordando, quanto già evidenziato sulla l’alea commerciale all’interno del contratto di concessione<sup>61</sup>, quello citato è, comunque, un aspetto critico connesso alla “bancabilità” dei progetti nei termini di:

- *struttura finanziaria*; il rapporto debito/capitale e l’ottimizzazione delle linee di finanziamento, così come il livello dei tassi d’interesse applicati a questi ultimi, sono funzione del rischio commerciale e finanziario che caratterizza il progetto e degli strumenti disponibili per mitigarli;
- *garanzie collaterali* su cui i finanziatori potranno contare; occorre approfondire le possibilità e vantaggi/svantaggi connessi ad un eventuale coinvolgimento dei soggetti pubblici a cui fa capo in ultima analisi la spesa sanitaria (principalmente le Regioni).

#### 3.6.4 *La dismissione delle vecchie strutture*

In molti dei casi esaminati da UFP, è stata prevista la cessione in conto contributo dell’immobile ospedaliero da dismettere o di altre proprietà pubbliche. Tale elemento presenta aspetti critici in ordine:

- alle modalità ed al momento di determinazione del valore dell’immobile di prevista cessione che sono connesse alle funzioni urbanistiche che questo sarà chiamato a svolgere;
- ai limiti che tale cessione trova nel corpo normativo della legge 109/94 in materia di natura e corresponsione del “prezzo” *ex art. 19, comma 2 della medesima legge.*

Su questo piano assume rilievo la valorizzazione del patrimonio immobiliare esistente cui, peraltro, Aziende ospedaliere ed A.S.L. sono chiamate ad effettuare per legge<sup>62</sup>: la cartolarizzazione dei proventi della valorizzazione del patrimonio potrebbe, infatti, liberare risorse da destinare a nuovi investimenti con maggiore flessibilità operativa in quanto “fondi propri” delle Aziende<sup>63</sup>.

---

<sup>61</sup> Cfr. Par. 3.3.6.1

<sup>62</sup> Cfr. Par. 3.2.4

<sup>63</sup> Cfr. Par. 3.2.5.

### 3.6.5 Le procedure affidamento

Le procedure di gara devono essere scelte in funzione dell'oggetto dell'affidamento; occorre perciò adottare soluzioni differenziate in base alla qualità delle prestazioni richieste all'affidatario.

Preliminarmente, ove l'amministrazione aggiudicatrice voglia realizzare una struttura che risponda alle caratteristiche necessarie per ottenere l'accreditamento, secondo le modalità precedentemente descritte, essa dovrà avere cura di verificare che la struttura da realizzare, rimodernare, ampliare o trasferire corrisponda al fabbisogno sanitario territoriale delineato nel Piano regionale sanitario. I requisiti richiesti a livello regionale per l'accreditamento forniranno perciò all'amministrazione aggiudicatrice sicuri parametri di valutazione delle proposte presentate nell'ambito di procedimenti ad iniziativa di promotori *ex art. 37bis* della legge 109/94 e ss. mm.ii. o ad iniziativa della stessa amministrazione *ex art. 19*, comma 2 della citata legge.

In mancanza di tali condizioni la nuova struttura sanitaria o quella risultante dall'ammodernamento o dall'ampliamento di una preesistente dovrà operare in regime privatistico.

Nel caso di realizzazione o ristrutturazione di strutture ospedaliere, l'oggetto dell'affidamento si sostanzia in prestazioni riconducibili sia alla categoria dei lavori che dei servizi. L'amministrazione appaltante (Azienda ospedaliera o A.S.L.) potrebbe perciò procedere all'aggiudicazione di un unico contratto misto nella forma della concessione di costruzione e gestione ovvero potrebbe esperire diverse procedure di gara, una sui lavori e l'altra sui servizi.

La prima soluzione, prefigurata nell'approccio *standard* ipotizzato, comporta innegabili vantaggi dal punto di vista della snellezza delle procedure, quindi di efficienza e di economicità dei mezzi giuridici, al fine di poter soddisfare in minor tempo la domanda di servizi sanitari più numerosi e più qualificati. L'amministrazione procede ad indire un' unica gara, secondo le disposizioni di cui alla legge n. 109/94 e ss.mm.ii. per l'affidamento della progettazione, del finanziamento e della realizzazione e gestione dell'infrastruttura a raggruppamenti di imprese in grado di assolvere al meglio tutte le prestazioni in cui si sostanzia la complessità dell'affidamento.

A tal fine gli aspiranti aggiudicatari saranno indotti a costituire un Raggruppamento Temporaneo d'Impresa, di cui facciano parte tutti quei soggetti i cui servizi siano necessari per la gestione di una struttura ospedaliera, consentendo all'amministrazione di valutare, *ex ante*, le garanzie e l'affidabilità dei candidati concessionari nella loro interezza. L'amministrazione potrà così selezionare raggruppamenti che comprendano tutti i servizi necessari per una gestione ottimale, piuttosto che doversi limitare a selezionare candidati che si riservino di stipulare i contratti di servizio solo in seguito all'aggiudicazione.

Ulteriore vantaggio di questo percorso è dato dalla possibilità di dare luogo ad una corretta allocazione dei rischi, tramite il reperimento contestuale dei finanziamenti dell'operazione, attraverso l'inserimento dei soggetti finanziatori nella compagine del raggruppamento temporaneo di imprese.

La disciplina da applicare nel caso di contratti misti di tal sorta è quella del tipo di attività che risulti prevalente. Al riguardo l'art. 3, comma 3 del d.lgs. n. 157/95 e ss. mm. ii., stabilisce che *"Nei contratti misti di lavori e servizi e nei contratti di servizi quando comprendano lavori accessori, si applicano le norme della legge 11 febbraio 1994 n. 109, e successive modificazioni qualora i lavori assumano un rilievo economico superiore al 50%"*.

Nonostante tale modello sia quello più rispondente alle finalità sottese ad operazioni di finanza di progetto, esso presenta una serie di criticità, dovute sostanzialmente all'attuale impianto della legge 109/94 e ss.mm.ii., che ne ostacolano l'attuazione a livello ottimale<sup>64</sup>.

La seconda alternativa per l'amministrazione aggiudicatrice è procedere a gare separate per l'affidamento dei lavori di realizzazione o ristrutturazione degli edifici da destinare a servizio sanitario e per l'affidamento dei servizi connessi.

Secondo questo modello l'amministrazione indice prima un appalto di lavori pubblici, secondo i modi di cui alla legge 109/94, ed, in un secondo tempo, procede ai sensi del d.lgs. n. 157/1995, per individuare i soggetti deputati alla gestione dei servizi connessi alla struttura sanitaria. Anche la componente finanziaria verrebbe reperita disgiuntamente, con la conseguente impossibilità di condividere i rischi di costruzione e gestione con gli enti finanziatori.

La fattispecie potrebbe essere altresì complicata dall'inserimento di prestazioni di fornitura di impianti e macchinari specialistici, i quali sono di solito acquisiti attraverso contratti di *leasing* sia operativo che finanziario, soggetti alla disciplina prevista dalla Direttiva 93/36/CEE (attuata nell'ordinamento italiano con d.lgs. 358/92), il cui art. 1, comma 1, lettera a) definisce appalti pubblici di forniture *"... i contratti aventi per oggetto l'acquisto, il leasing, la locazione, l'acquisto a riscatto con o senza opzione per l'acquisto di prodotti, conclusi per iscritto fra un fornitore..."* e un'amministrazione aggiudicatrice.

A tal proposito occorre tenere conto dell'eventualità che lo stesso fornitore dell'attrezzatura medica si occupi anche della manutenzione della stessa; in tal caso l'amministrazione dovrà procedere all'affidamento di un contratto misto, regolato dalla normativa relativa al tipo di prestazione prevalente per valore, in base all'art. 2 della Direttiva 92/50/CEE (che coordina le procedure di aggiudicazione degli appalti pubblici di servizi)<sup>65</sup>.

---

<sup>64</sup> Cfr. Parte I- Capitolo 5- *Le criticità e le ipotesi di soluzione*.

<sup>65</sup> La legge n. 109/94 e ss. mm.ii. all'art. 2, comma 1, si occupa altresì di stabilire la disciplina dei contratti misti di lavori forniture e servizi o di forniture o servizi, quando comprendano lavori accessori,

L'alternativa appena descritta, improntata all'affidamento disgiunto di appalti aventi oggetti differenti, quantunque riconosciuta dalla Commissione delle Comunità europee, come perfettamente in linea con le norme comunitarie in materia e già sperimentata in Italia non sembra tenere in giusto conto la natura unitaria di progetti volti alla realizzazione e alla gestione di un'opera pubblica.

Verrebbero infatti meno, in tal modo, i vantaggi connessi all'utilizzo di uno strumento unitario nei termini di minori formalità, tempi di realizzazione più brevi e corretta allocazione dei rischi.

### 3.6.6 Il ruolo delle Aziende ospedaliere e della A.S.L. ed i processi di negoziazione

L'introduzione di un unico soggetto gestore determina la necessità, da parte dell'Azienda, di modificare parzialmente la propria missione da soggetto erogatore delle prestazioni a controllore delle prestazioni erogate dal privato, sulla base delle pattuizioni contrattuali e degli *standard* di qualità definiti.

Se questo fatto richiede, da un lato, un cambiamento di tipo organizzativo, che ha degli indubbi riflessi sulla struttura delle Aziende ospedaliere e delle A.S.L., dall'altro può essere visto come un'opportunità per questi soggetti di concentrarsi esclusivamente sull'erogazione dei servizi medicali, ovvero il *core business* del servizio pubblico, lasciando i servizi generali e di *housing* alla responsabilità di un soggetto terzo qualificato.

## 4 CONCLUSIONI

In questo quadro, emerge, da un lato, l'urgenza con cui Aziende ospedaliere e le A.S.L. debbano apprestarsi a definire progetti di investimento, e dall'altro, la necessità di reperire risorse finanziarie aggiuntive necessarie a coprire i maggiori costi di realizzazione che il nuovo modello di ospedale comporta.

A fronte del quadro di risorse pubbliche precedentemente descritto, Aziende ospedaliere e A.S.L. sono chiamate a gestire un complesso programma di ammodernamento e razionalizzazione della rete ospedaliera (presidi e aziende) in tempi possibilmente ristretti garantendo contemporaneamente l'elevamento della qualità delle strutture e del servizio. Aumento dell'efficienza produttiva del servizio e miglioramento quali-quantitativo delle strutture, nel quadro delle caratteristiche dell'attuale patrimonio ospedaliero, evidenziano, in alcuni casi, l'insufficienza della dotazione finanziaria pubblica a copertura degli investimenti necessari, rendendo auspicabile il ricorso a forme di coinvolgimento del capitale privato.

---

prevedendo l'applicazione della normativa sui lavori qualora questi assumano un rilievo economico superiore al 50%, nell'economia dell'operazione nel suo complesso.

---

Un numero sempre crescente di Aziende ospedaliere e di A.S.L. guarda, pertanto, con interesse al coinvolgimento dei privati ed alla formula della finanza di progetto nella costruzione e gestione delle strutture, congiunte a forme di valorizzazione del patrimonio immobiliare dimesso.

Nella situazione delineatasi il mercato ha ritenuto di soddisfare le esigenze indicate con il modello di PPP descritto nei paragrafi precedenti.

Pur in considerazione della volontà del sistema ospedaliero di avviare celermente il processo di ammodernamento in questione e dell'assoluto interesse del mercato al partenariato con il soggetto pubblico sul piano della realizzazione e della gestione delle strutture, tale modello evidenzia alcune criticità di fondo che ne rendono alquanto incerta l'applicabilità a meno di ulteriori analisi e maggiori approfondimenti.

La criticità di maggior rilievo coincide con la sostanziale incompatibilità tra il quadro giuridico amministrativo che regola la realizzazione delle strutture e l'erogazione delle prestazioni socio-sanitarie ed il complesso di norme che regola l'affidamento della realizzazione delle opere pubbliche<sup>66</sup>: il modello proposto dal mercato trova forti limiti in relazione:

- ai limiti imposti al contributo pubblico concedibile;
- alla compatibilità con quadro giuridico in materia di opere pubbliche del pagamento di un canone da parte delle Aziende sanitarie e delle A.S.L., in quanto utilizzatrici finali della struttura realizzata e gestita dal soggetto privato;
- ai vincoli di bilancio economico e finanziario delle stazioni appaltanti (Aziende ospedaliere e A.S.L.);
- al sistema dei pagamenti vigente tra i soggetti competenti l'erogazione delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie;
- alla possibilità di individuare soggetti pubblici diversi dalla stazione appaltante in grado di offrire garanzie collaterali a copertura di rischi finanziari specifici (insolvenza e il liquidità) per migliorare il profilo di bancabilità dei progetti.

---

<sup>66</sup> Cfr. Parte I- Capitolo 5-*Le criticità e le ipotesi di soluzione.*