

Ministero delle finanze e dall'operatività delle nuove Agenzie per il Demanio, cui viene deputato il compito di gestione di tutto il patrimonio immobiliare dello Stato⁶⁷;

- i risultati di precedenti simili già introdotti nell'ordinamento nazionale, la legge di bilancio 2001, infatti, conferisce direttamente al Ministero degli affari esteri la facoltà di acquisire le proprie sedi all'estero con lo strumento del *leasing*⁶⁸.

Ai fini della scelta tra le soluzioni esaminate, si indica, infine, l'opportunità di verificare il modello di PPP descritto su alcuni casi pilota rispetto ai quali definire un'azione di revisione e/o "*fine tuning*" del modello.

⁶⁷ Cfr. Capo II, Sez I - III del d.lgs 300/99.

⁶⁸ Cfr. art. 22, comma 16, legge 23 dicembre 2000, n. 389.

3. IL SETTORE DELL'EDILIZIA SANITARIA

3.1 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.

3.2 Il quadro normativo

3.2.1 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 sanità⁶⁹, 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 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

⁶⁹ Oggi rispettivamente Ministro dell'economia e delle finanze e Ministero della salute.

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.⁷⁰

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 2001⁷¹, si rileva su 8,8 miliardi di euro di disponibilità nette, un'attribuzione di risorse per interventi compresi negli accordi di programma quadro⁷² 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;

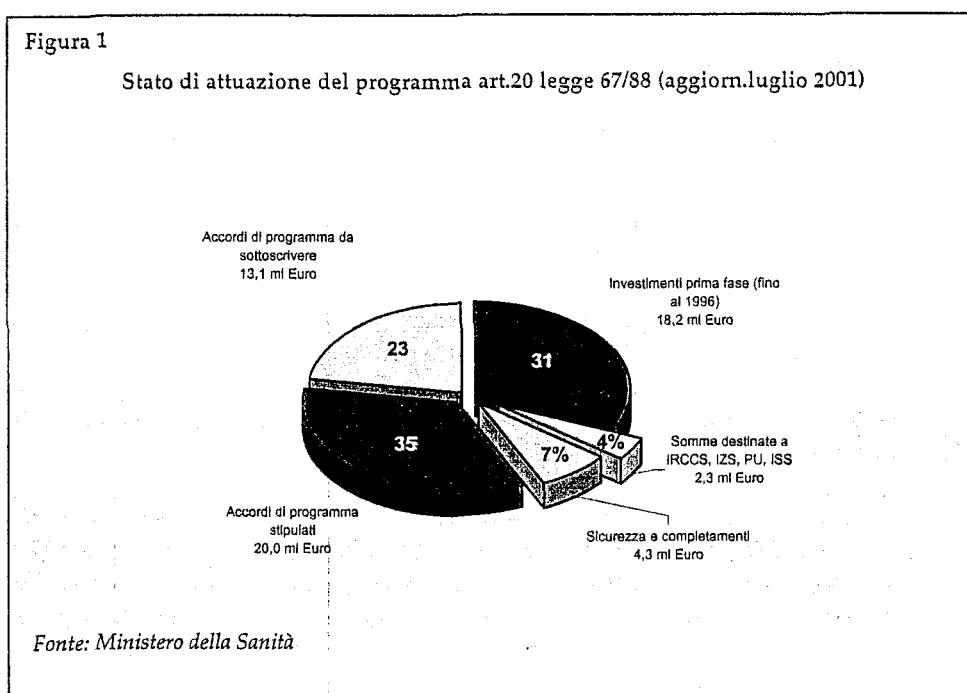
- nell'art. 2 del d. lgs. 28 luglio 2000, n. 254, che prevede la realizzazione di strutture destinate all'esercizio dell'attività libero professionale intramuraria dei medici pubblici, cui viene finalizzata una quota di finanziamenti a valere sulle risorse di cui all'art. 20 della legge 67/88 per un 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 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.

⁷⁰ La norma prevede che il finanziamento del rimanente 5% della spesa ammissibile sia posto a carico dei soggetti richiedenti.

⁷¹ Fonte: Ministero della sanità.

⁷² 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.

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)⁷³.



3.2.2 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, istituita presso il Ministero della sanità⁷⁴ 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,

⁷³ Fonte: Cresme su dati Servizio Appalti de Il Sole-24 Ore.

⁷⁴ Cfr. Decreto del Ministro della sanità del 12 dicembre 2000.

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 lungo-degenza (*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 giornate⁷⁵.

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 abitanti⁷⁶, valore in diminuzione rispetto all'anno precedente, ma comunque al disopra dello *standard* di legge definito di 160 ricoveri per mille abitanti⁷⁷.

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.

La Relazione sullo stato sanitario del Paese, relativa all'anno 2000⁷⁸, 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%;*

⁷⁵ Fonte: Ministero della sanità, Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero (pubbl. febbraio 2001)..

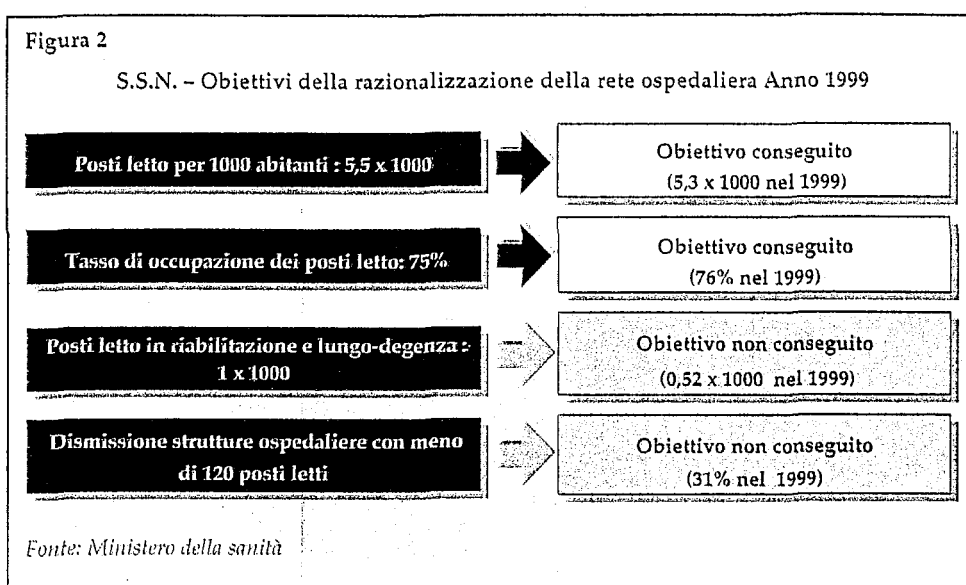
⁷⁶ Fonte: Ministero della sanità.

⁷⁷ Cfr. art.2, comma 5 della legge 28 dicembre 1995, n. 549 e ss.mm.ii..

⁷⁸ Fonte: Ministero della sanità, Relazione sullo stato sanitario del Paese anno 2000 (pubbl. maggio 2001)..

- dotazione complessiva di 5,5 posti letto per mille abitanti, di cui l'1 per mille riservato alla riabilitazione ed alla lungo-degenza⁷⁹;
- 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.



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

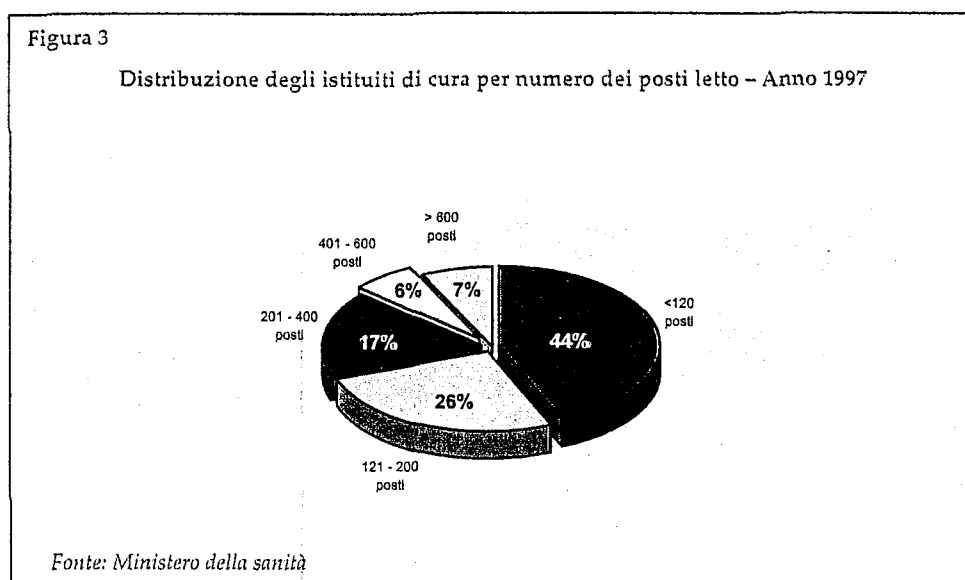
- con riferimento al secondo dei parametri citati, se, da una parte, il numero dei posti letto per mille abitanti è diminuito nel tempo fino ad assestarsi nel 1999 ad un valore di 5,3 posti letto (308.500 posti letto in valore assoluto), dall'altra, l'indicazione di riferimento di un letto per mille 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 1997⁸⁰, solo

⁷⁹ 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.

⁸⁰ 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)..

il 6% era situato nella fascia gestionale dai 400 ai 600 posti letto, mentre ben il 44% risultava inferiore ai 120 posti. Nel 1999⁸¹, 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 censite⁸², 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.



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:

⁸¹ Fonte: Ministero della sanità, Relazione sullo stato sanitario del Paese - anno 2000 (pubbl. maggio 2001)..

⁸² Fonte: Ministero della sanità.

- 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.

3.2.3 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 lungo-degenza;
- 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.

3.2.3.1 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 Lombardia⁸³ 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 distante⁸⁴, 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*,

⁸³ Approvato con DGR n. VII/6347 del 5.10.2001.

⁸⁴ Il piano sanitario riporta (dati 2001) una percentuale del 4,6 per mille di posti letto per acuti in regime ordinario.

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.

3.2.3.2 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 1992⁸⁵.

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;
- 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 regionali⁸⁶ sui dati dell'anno 1999, i 43 DRG a più alto rischio di inappropriata 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 giornaliere sarà necessariamente graduale:

⁸⁵ Cfr. art. 1 comma 2 del d.lgs. 502/92.

⁸⁶ Indagine Agenzia per i servizi sanitari regionali (Assr) sui LEA, pubbl. gennaio 2002.

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 anno⁸⁷.

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

3.2.4 *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 regionale⁸⁸.

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 ospedaliero- universitarie, degli IRCSS "... nonché dei soggetti accreditati..."⁸⁹

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.

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.⁹⁰ 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;

⁸⁷ Fonte: Assr.

⁸⁸ Ai sensi dell'art. 2sexies del d.lgs. n. 502/92 le A.S.L. sono soggetti erogatori del servizio sanitario ad istituzione obbligatoria.

⁸⁹ Art. 8 bis, comma 1, del d.lgs. n. 502/92 come riformato dal d.lgs. n. 229/99

⁹⁰ Art. 8 ter del d.lgs. n. 502/92.

- 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'accreditamento⁹¹ 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 tempo necessario alla verifica del volume di attività svolto e della qualità dei suoi risultati.⁹²

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.⁹³ 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.

⁹¹ Art. 8 *quater* del d.lgs. n. 502/92 e ss. mm.ii..

⁹² 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.).

⁹³ 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.

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,⁹⁴ sia sulla base di una tariffa per le prestazioni diverse dalle precedenti, in applicazione del sistema tariffario che ciascuna Regione adotta.⁹⁵

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 ...*".⁹⁶

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...*".⁹⁷

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.⁹⁸

Il volume definito nell'accordo rappresenta, pertanto, il tetto massimo - superabile a certe condizioni - dei servizi che la struttura si obbliga a fornire alla

⁹⁴ 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.

⁹⁵ 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.

⁹⁶ 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.

⁹⁷ 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..

⁹⁸ Così, espressamente, l'art. 8 *quinquies*, comma 2, lett. d) del d.lgs. n. 502/1992 e ss. mm.ii..

Regione (o alla A.S.L.) a fronte di un corrispettivo. E' quindi legittimazione di tale struttura ad operare in regime di servizio pubblico.⁹⁹

3.2.5 *Il bilancio delle Aziende ospedaliere e delle Aziende Sanitari Locali*

3.2.5.1 *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.¹⁰⁰ al fine di verificare:

- 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 Regioni¹⁰¹. 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.

⁹⁹ 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.

¹⁰⁰ 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.

¹⁰¹ 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".

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 Sanità¹⁰².

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.

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 - sanitari¹⁰³. 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.

¹⁰² 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".

¹⁰³ Cfr. Art.3, commi 1, 1bis, 1ter, ed art.4, commi 8 e 9, del d.lgs 502/92.

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;
- 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 civile¹⁰⁴. Gli atti di trasferimento a terzi di diritti reali su immobili sono assoggettati alla previa autorizzazione regionale.

3.2.5.2 *La composizione dei costi e dei ricavi*

L'analisi degli ultimi dati disponibili¹⁰⁵ 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 annuali¹⁰⁶). 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).

¹⁰⁴ Cfr art.5, commi da 1 a 5, del d.lgs 502/92.

¹⁰⁵ Cfr. Ministero della Salute – Sistema Informativo Sanitario - *"Attività gestionali ed economiche delle Unità Sanitarie Locali e delle Aziende Ospedaliere – Anno 1999"*.

¹⁰⁶ 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

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 45%) e dal costo per l'erogazione dell'assistenza sanitaria (30-35% sul totale dei costi a bilancio). Altre voci di rilievo sono rappresentate dalla 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) provengono dal Fondo Sanitario Nazionale¹⁰⁷, il cui funzionamento ha riflessi sulla definizione di forme di partenariato pubblico – privato.

¹⁰⁷ Cfr. art. 12 del d.lgs. 502/92.