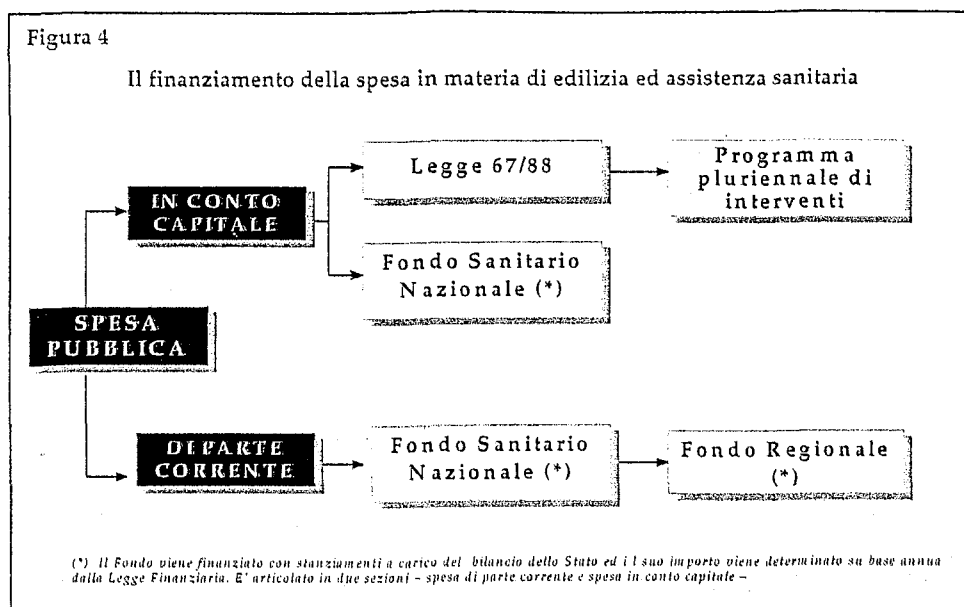


Il Fondo Sanitario Nazionale viene finanziato con stanziamenti a carico del bilancio dello Stato, il cui importo annuo è determinato dalla legge finanziaria, ed è articolato in due sezioni: fondi di parte corrente e fondi in conto capitale.



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>108</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>109</sup>;
- 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.

### 3.3 Le modalità di partecipazione del settore privato

#### 3.3.1 *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>110</sup> ;
- la costituzione di fondazioni di partecipazione<sup>111</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

<sup>108</sup> Cfr. Par. 3.3.1.

<sup>109</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.

<sup>110</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*.

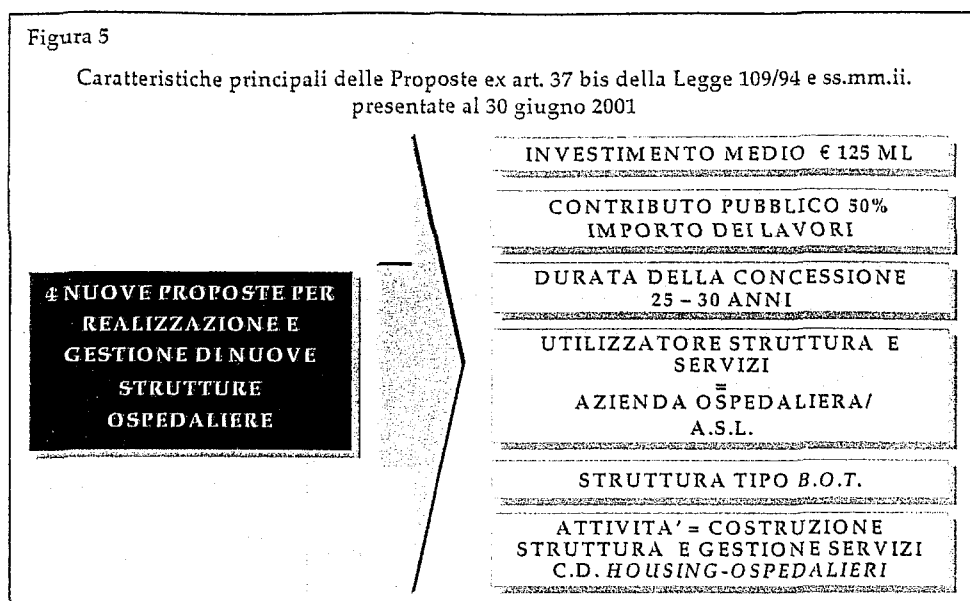
<sup>111</sup> Cfr. art. 90 della legge 388/00.

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.

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:

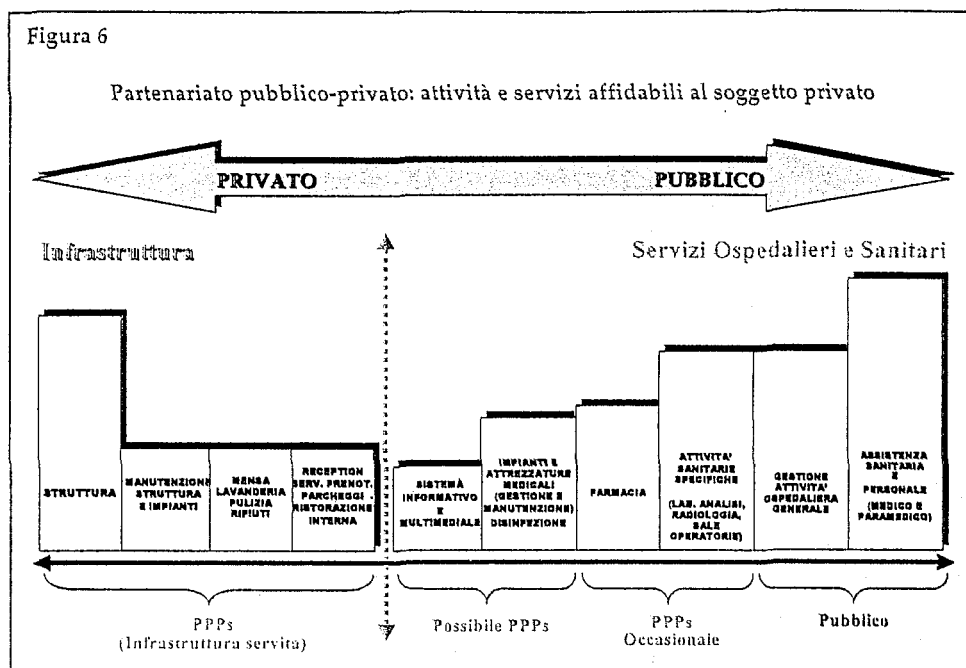
- un importo medio dell'investimento pari a 125 milioni di euro;
- la richiesta di un contributo pubblico che assume frequentemente l'ammontare massimo ammesso dalla legge 109/94;
- una durata media della gestione che oscilla tra i 25 ed i 30 anni;
- la coincidenza tra Amministrazione concedente e utilizzatore 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..



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.

### 3.3.2 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.

### 3.3.3 *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..

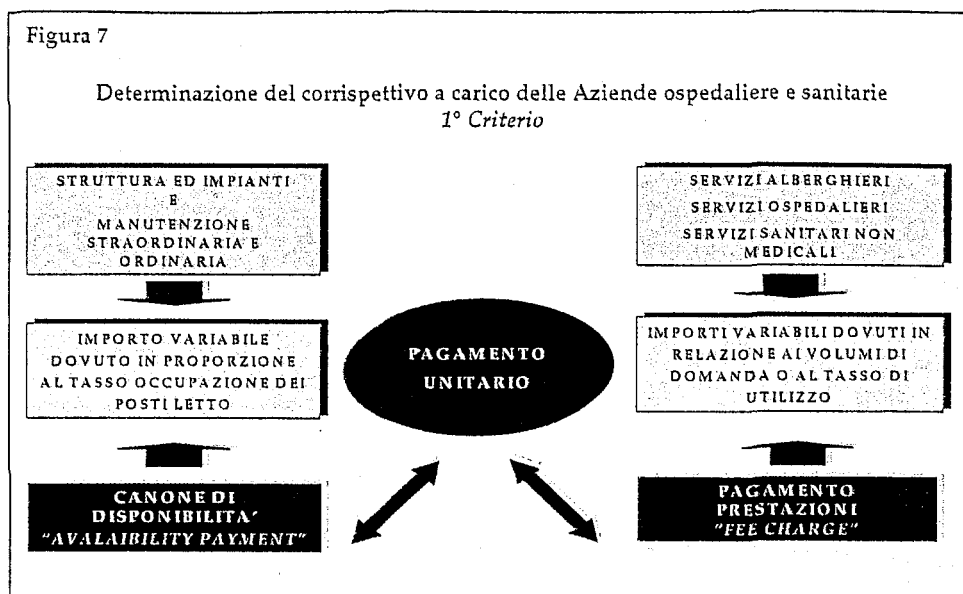
I criteri di determinazione del canone prefigurati nei casi esaminati possono essere ricondotti ad uno schema uniforme articolato in:

- *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:

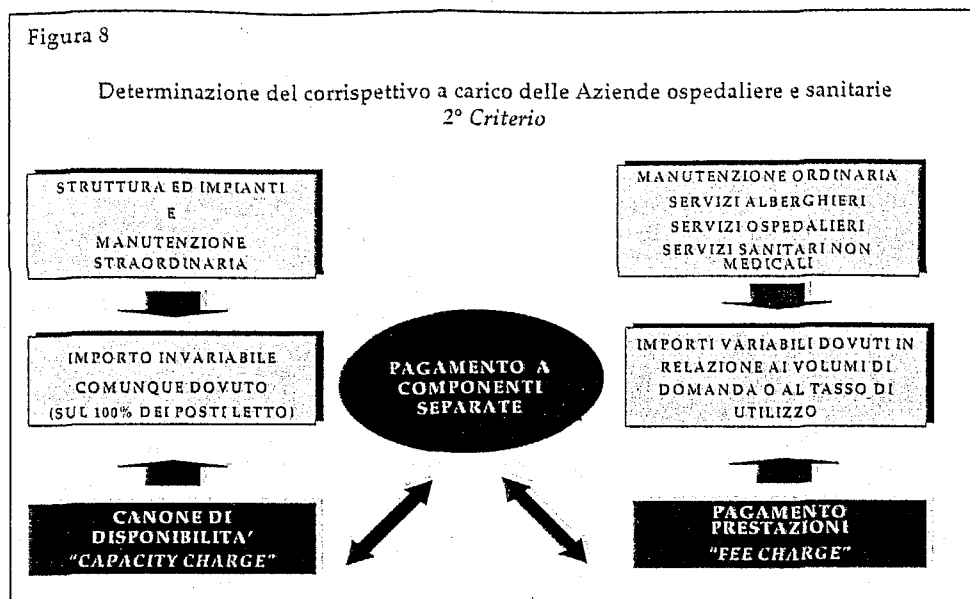
- un *availability payment*, in questo caso l'ammontare è determinato in funzione del tasso di occupazione dei posti letto "fruibili" ovvero dotati

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.

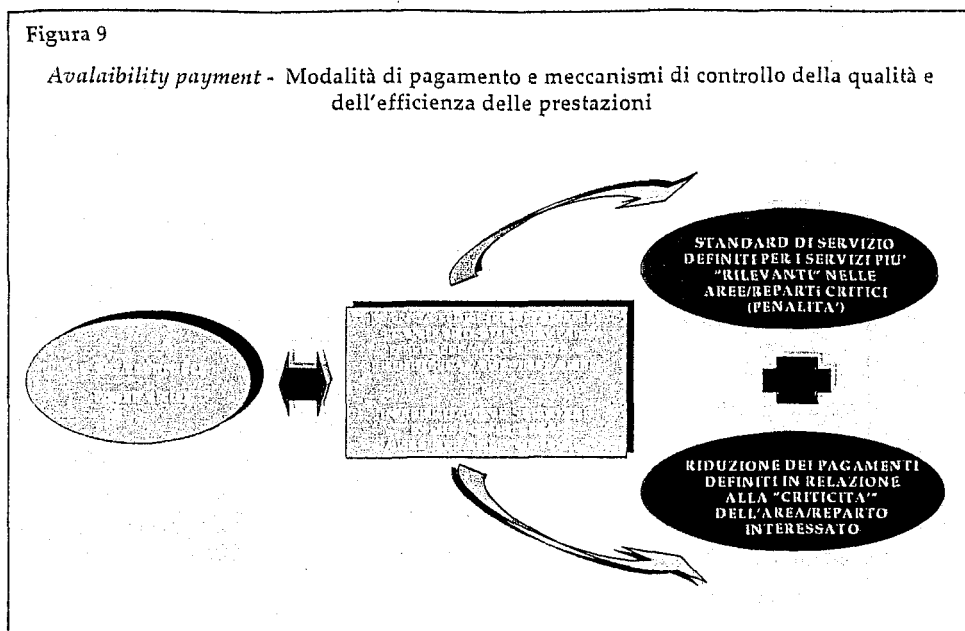


La scelta tra le due opzioni descritte, influenzando sulla ripartizione del rischio operativo e commerciale, da luogo a differenti modalità di pagamento che, a loro volta, comportano diversi obblighi di qualità e di efficienza delle prestazioni.

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.

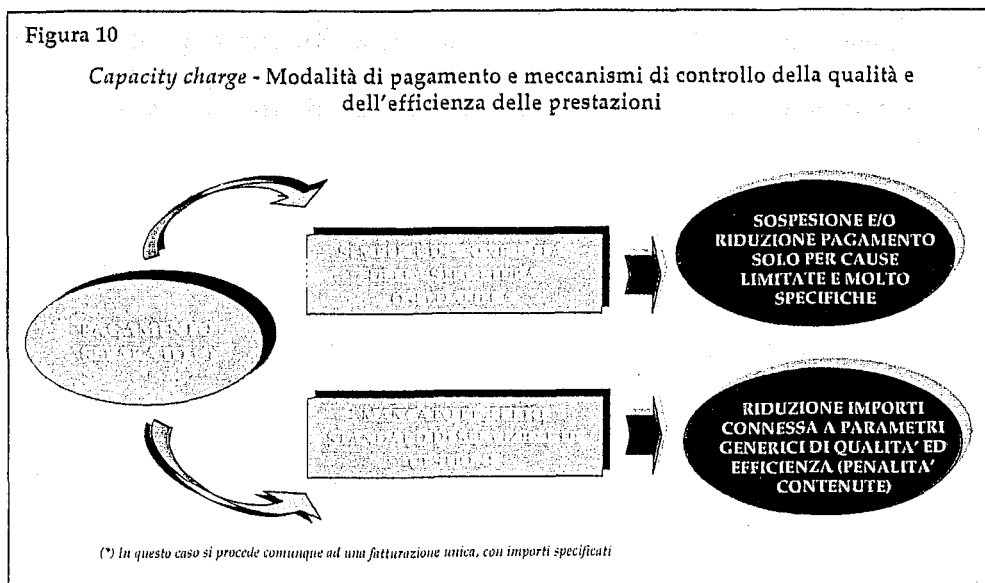
Secondo questa impostazione, a fronte di possibili interruzioni di servizio o di livelli di qualità e di efficienza dei servizi inferiori a quelli prefissati e che possono rendere indisponibili determinati aree o reparti vengono previste riduzioni degli importi complessivi dovuti ed una serie di penalità.





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.

### 3.3.4 *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>112</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>113</sup>; la seconda dovuta all'inquadramento fiscale del contributo come contributo in conto

<sup>112</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>113</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

esercizio<sup>114</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>115</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>116</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>114</sup> Cfr. Raccomandazione del 21 luglio 2001, n. 161 del Ministero delle finanze.

<sup>115</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>116</sup> Cfr. Par. 3.2.5.

### 3.3.5 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:

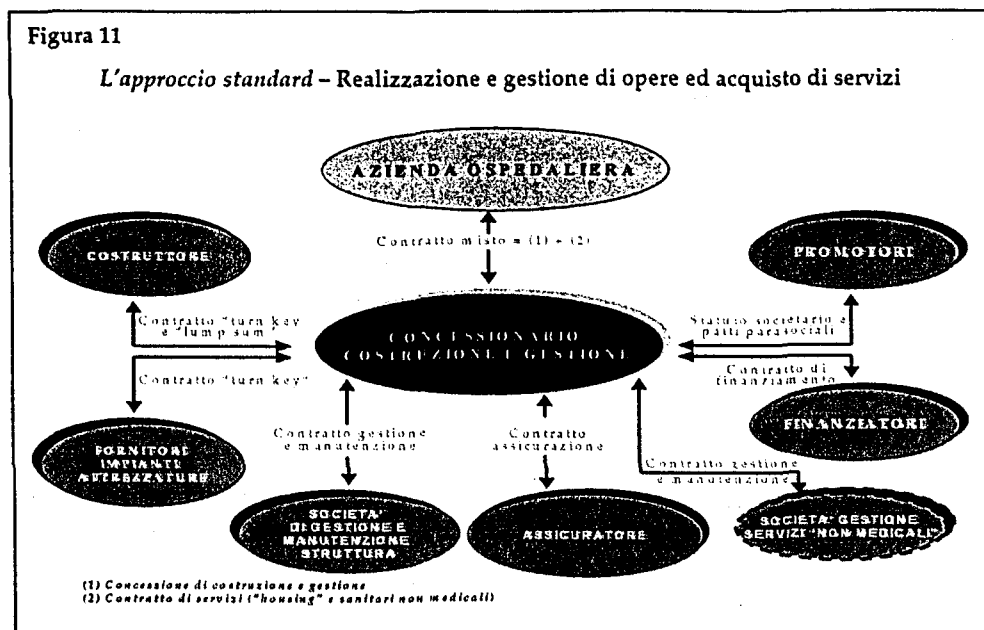
- una maggiore attenzione alla qualità dei servizi ospedalieri e di *housing* che migliorano il grado di fruibilità e di qualità della struttura;
- la possibilità di migliorare velocemente il livello di innovazione tecnologica di impianti ed attrezzature sanitarie aumentando lo standard delle prestazioni 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>117</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-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.

<sup>117</sup> Cfr. Par. 3.3.6

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.

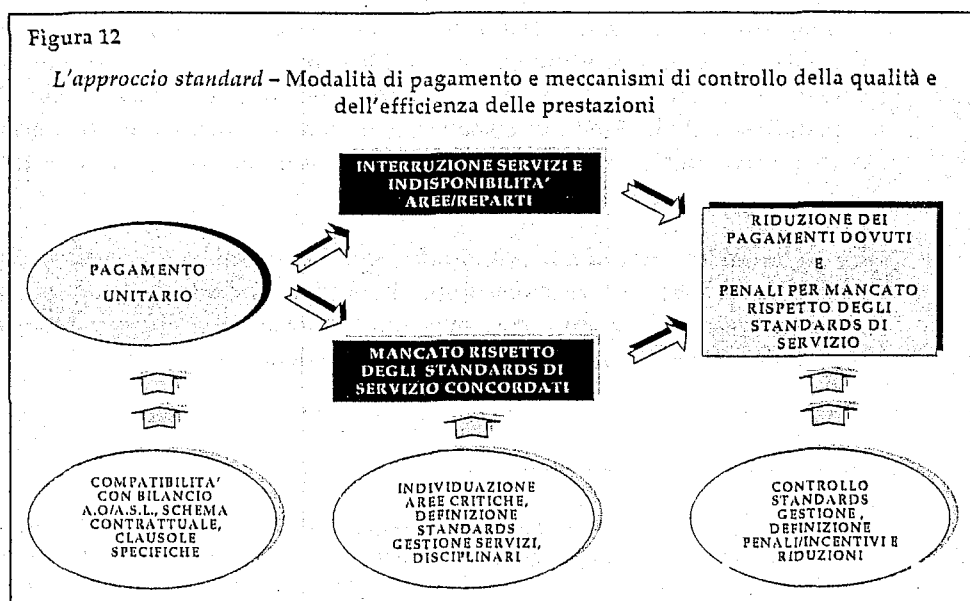


Per assumere un profilo "standard", alla base dell'approccio delineato, devono, inoltre, essere poste almeno le seguenti condizioni:

- 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>118</sup>;

<sup>118</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

- 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>119</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.



Secondo l'approccio descritto, il soggetto privato è, quindi, il diretto responsabile della fruibilità e del corretto funzionamento della struttura

*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>119</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 assicura 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 contenuto della spesa per l'amministrazione (cfr. Parte I-Capitolo 5-Le criticità e le ipotesi di soluzione).

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>120</sup>.

### 3.3.6 *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.

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

##### *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>120</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>121</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>122</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

<sup>121</sup> Cfr. Art. 19, comma 2, della legge 109/94.

<sup>122</sup> Comunicazione interpretativa della Commissione sulle concessioni nel diritto comunitario, Commissione delle Comunità Europee, Bruxelles 12 aprile 2000.