

FINANZA INNOVATIVA IN SANITA' LE ESPERIENZE IN ATTO ED UN CONFRONTO A LIVELLO EUROPEO

*Marco Meneguzzo Università Roma Tor Vergata Università Svizzera Italiana
Cristian Matraia FInlombarda spa Milano*

Tratto da rapporto CEIS sanità Università Roma Tor Vergata

In parallelo alla modifica dello scenario economico e sociale italiano ed alla ricerca di nuove soluzioni per il finanziamento delle infrastrutture, è emerso negli ultimi anni un nuovo filone di studi interdisciplinari orientato ad approfondire il tema della finanza innovativa nell'ambito delle aziende e delle amministrazioni pubbliche .

Il dibattito teorico è stato influenzato in maniera determinante dal diffondersi di operazioni di finanza innovativa, dapprima a livello statale per la presenza di maggiore know how tecnico e successivamente a livello regionale e locale.

In particolare a livello centrale si ricordano le operazioni di cartolarizzazione degli enti previdenziali e l'attivazione della task force specializzata sulla finanza di progetto a fine anni 90 presso il Ministero della Economia e Finanze.

Piu interessanti e diffuse su tutto il territorio nazionale sono le operazioni di finanza innovativa promosse dalle Regioni, che hanno assunto un ruolo di leadership nel ricorso al credito sui mercati internazionali (emissioni obbligazionarie, EMTN), in alcuni casi per finanziare i deficit dei sistemi sanitari regionali e degli Enti locali.

Rispetto a questi ultimi un confronto sistematico delle diverse esperienze è stato effettuato all'interno del programma di modernizzazione avviato dal Dipartimento della Funzione pubblica (programma cantieri) all'interno del Laboratorio sulla finanza innovativa (www.cantieripa.it/laboratoriofinanzainnovativa)

L'applicazione delle logiche e degli strumenti si è poi spostata dagli enti territoriali di vario livello ad altre amministrazioni pubbliche, in primo luogo le aziende sanitarie ed ospedaliere a cui si sono affiancate le Università e gli aziende per la gestione della edilizia residenziale pubblica (gli ex IACP) .

Alla fine degli anni '90, il settore sanitario pubblico, dimostrava infatti, una relativa arretratezza nell'utilizzo delle modalità innovative di finanziamento, quali emissioni obbligazionarie e finanza di progetto. La riduzione del ruolo dell'amministrazione statale nel finanziamento delle strutture sanitarie ha comportato lo sviluppo di strumenti di innovazione istituzionale e finanziaria quali finanza di progetto e più in generale tutti quegli strumenti volti ad attribuire un ruolo significativo al settore privato nei processi di finanziamento degli investimenti pubblici. (per una ricognizione delle esperienze di gestione finanziaria fino dagli enti ospedalieri alle USL si veda Meneguzzo 1999)

Nella figura successiva si sono evidenziate le principali aree in cui si è sviluppata la innovazione finanziaria nelle aziende sanitarie pubbliche .

A differenza degli Enti locali minor sviluppo hanno sicuramente avuto l'indebitamento a medio lungo termine, anche per i vincoli posti (tetto alla spesa per interessi passivi collegato alle entrate proprie) e l'emissione obbligazionaria; rispetto a questa ultima a fronte dei circa 10 miliardi di € di BOC (Comuni) e BOP (Province) non ci sono esperienze in atto nelle ASL. Queste ultime si sono concentrate sul ricorso al leasing, che è prassi in atto fin dall'inizio degli anni 80, sulla finanza di progetto e sulla cartolarizzazione immobiliare ; in molti casi le aziende sanitarie hanno svolto il ruolo di clienti di operazioni guidate e condotte dalle Regioni, come verrà piu avanti illustrato .

Ruolo marginale nella funzione finanziaria delle aziende sanitarie è stato svolto dalle politiche di gestione attiva della liquidità, che cominciano solo ora ad affacciarsi sulla scena con l'esperienza pilota della **Azienda sanitaria unica della regione Marche** che sta rinegoziando tutti i contratti di tesoreria attiva e passiva, dalla gestione e valorizzazione del patrimonio, dal rafforzamento delle politiche di fund raising e dalla offerta di servizi sul mercato a privati paganti, che crea sicuramente liquidità con indotto nettamente positivo sulla programmazione e gestione finanziaria



Il contributo intende illustrare lo sviluppo della funzione finanziaria e le nuove politiche di investimento adottate dalle regioni e dalle diverse aziende sanitarie a fronte di un contesto di progressiva e continua riduzione della disponibilità di risorse finanziarie. Sarà a tal fine offerto un contributo alla sistematizzazione delle diverse esperienze di finanza innovativa attuate o in sperimentazione da parte delle diverse aziende sanitarie, con particolare interesse alle esperienze di finanza di progetto e **partenariato pubblico privato**, facendo particolare riferimento a due importanti osservatori in atto nella realtà italiana rappresentati da :

- **il nucleo di valutazione e verifica degli investimenti pubblici del Ministero della Salute**, che ha organizzato due importanti eventi (2002 e 2003) di ricognizione delle esperienze in atto;
- **la finanziaria regionale della regione Lombardia FINLOMBARDA**, che oltre a promuovere e gestire direttamente operazioni di finanza di progetto nel settore sanitario a partire dal 1999, svolge attraverso eventi e convegni una rilevante funzione di sistematizzazione delle prassi diffuse nelle diverse Regioni.

Saranno inoltre esposte alcune considerazioni critiche sull'errata applicazione delle tecniche e degli strumenti di finanza innovativa nel settore sanitario.

1. LE STRATEGIE REGIONALI

Il passaggio alla contabilità economico-patrimoniale e l'avvio dei processi di budget e dei sistemi di contabilità analitica, hanno permesso di porre una maggiore attenzione sulla gestione delle risorse finanziarie a disposizione delle aziende sanitarie.

Parallelamente allo sviluppo di un controllo di economicità sulle risorse finanziarie delle aziende sanitarie, è stata posta l'attenzione sulle possibili risorse finanziarie attivabili al fine di favorire nuovi investimenti in strutture e tecnologie sanitarie.

Tale tema assume particolare interesse, nel periodo attuale che vede il passaggio ad un sistema di "federalismo fiscale", anche per quanto riguarda le risorse in conto capitale¹. Il cambiamento istituzionale e nei meccanismi di finanziamento del settore sanitario, comporta infatti, un elevato rischio di riduzione di risorse pubbliche da destinare alle tecnologie e agli immobili, con conseguenze negative sul gap tecnologico tra sistema sanitario nazionale e sistemi sanitari internazionali. Per dare una idea del problema, è possibile ricordare come alla fine del 2003, l'indebitamento delle regioni a statuto ordinario, **ammontava a 26,7 miliardi di euro, di cui 9,9 ascrivibile alla copertura della spesa sanitaria**. Al contempo, vi è una sottostima strutturale delle risorse necessario per garantire i livelli essenziali di assistenza (LEA), che viene quantificato in circa 3,9 miliardi di euro.

In tutti i paesi avanzati sono in programma numerosi interventi di ammodernamento e razionalizzazione della rete ospedaliera, da eseguire nel più breve tempo possibile e tali da garantire al contempo l'elevamento della qualità delle strutture e del servizio. Le strutture ospedaliere, sono oggetto di un ripensamento in nome della centralità del paziente e devono puntare ad elevati contenuti di comfort e tecnologia.

I diversi paesi mostrano però un'eguale situazione di insufficienza nella dotazione finanziaria pubblica a copertura degli investimenti necessari (Francia, Italia, Spagna e Portogallo) rendendo necessario uno sviluppo della strategia e della gestione finanziaria.

È stato stimato che gli investimenti nelle strutture sanitarie nei paesi europei rappresenteranno tra il 2 ed il 4% del totale annuo delle spese per il settore sanitario (Wooton 2002).

L'ammontare di investimenti necessari assume un valore dunque consistente (in Italia le spese per il sistema sanitario rappresentano il 6,2% del PIL), considerato anche che ad esempio in Italia, un posto letto costa agli standard attuali, in media 200.000 – 250.000 euro, mentre la dimensione ottimale di un ospedale da affidare in concessione ai privati è attorno ai 500 letti. (Germani 2003)

Project financing, leasing, factoring, sponsorizzazione, public private partnership, emissioni obbligazionarie e cartolarizzazione diventano, pertanto, strumenti necessari ai manager delle aziende sanitarie al fine di favorire gli investimenti in nuove strutture e tecnologie sanitarie ed incrementare la qualità delle prestazioni sanitarie offerte.

Due sono le strategie o linee di azione condotte dalle aziende sanitarie al fine di sostenere gli investimenti aziendali di medio e lungo periodo.

La prima strategia si concentra sulla **valorizzazione del patrimonio, disponibile e**

¹ Le principali fonti di finanziamento dell'edilizia sanitaria sono costituite da:

- a) art. 20 della legge 11 Marzo 1998, n. 67 che autorizza la definizione ed il finanziamento di un programma pluriennale di interventi in materia di ristrutturazione, ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario italiano;
- b) art. 71 della legge 23 dicembre 1998, n. 448 che destina 775 milioni di euro a con finanziamento di interventi nel settore sanitario realizzati dalle Regioni.

indisponibile, delle aziende sanitarie ed è stata attuata facendo ricorso a cessione di immobili, cartolarizzazione o ipotizzando l'utilizzo di fondi immobiliari con apporto pubblico. Nel corso degli ultimi anni, lo sfruttamento dei margini di manovra esistenti è stato reso possibile anche dal perfezionamento del quadro normativo relativamente a strumenti quali cartolarizzazione e fondi immobiliari.

Rientra in questa linea di azione, inoltre, anche il finanziamento degli investimenti attraverso la riduzione dei costi e gli incrementi dei ricavi. Tale strategia è stata adottata dalla **Regione Lazio** ed è stata allo studio della Regione Emilia Romagna, dalla Regione Liguria, dalla Regione Puglia e della Regione Lombardia.

La regione Lazio, è stata la prima Regione ha sperimentare l'utilizzo della securitization nel settore sanitario. Già nel 2001, attraverso la società Cartesio² S.r.l. la regione ha effettuato una cartolarizzazione di futuri trasferimenti dello stato alla Regione, a copertura del deficit sanitario, realizzando una emissione obbligazionaria suddivisa in due tranches da 250 M€ ciascuna.

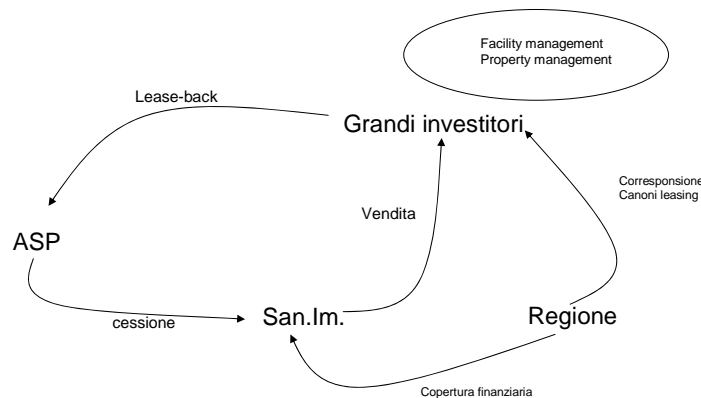
Successivamente, a distanza di due anni, la Regione Lazio ha provveduto a cartolarizzare crediti derivanti da canoni di locazione finanziaria originati dalla società San Im. S.p.A. con emissione di titoli da parte della società veicolo Cartesio S.r.l.

Più nel dettaglio tramite legge regionale, è stata resa possibile l'alienazione da parte delle aziende sanitarie di beni facenti parte del patrimonio immobiliare indisponibile, con il vincolo che tale patrimonio sia concesso in locazione finanziaria alle aziende venditrici e con l'opzione di riacquisto al termine della locazione finanziaria. Successivamente, San. Im. ha provveduto a acquistare delle Asl i 56 ospedali presenti nel territorio regionale, stipulando contestualmente contratti di locazione finanziaria con le medesime Asl cedenti. Grazie ai flussi ricavati dall'operazione di cartolarizzazione e lease back, la Regione ha potuto ridurre il suo indebitamento, da 4,6 miliardi a 3,5 con positivo effetto sulla struttura delle spese, grazie anche alla riduzione degli oneri passivi. Tuttavia, l'operazione ha avuto rilevanti effetti anche sulla spesa in conto corrente della Regione, rendendo maggiormente rigida la struttura del bilancio. Sul bilancio della regione Lazio, graverà infatti per un periodo di 30 anni un impegno annuale di circa 100 milioni di euro. (si veda figura successiva Cuccurullo 2002)

Una terza operazione di cartolarizzazione è stata realizzata nel 2003 nella Regione Sicilia. In questo caso la Regione non ha assunto il ruolo di originator, dato che la cartolarizzazione ha riguardato crediti sanitari vantati dalle aziende sanitarie locali e ospedaliere nei confronti della Regione stessa. In questo caso, l'emissione obbligazionaria è stata di circa 655 M€ ed ha avuto un rating pari ad A-.

² Con l'articolo 8 della legge n.16 del 3 Agosto 2001, la regione Lazio è stata autorizzata alla costituzione di una società a prevalente capitale regionale denominata "SAN IM. Spa" quale strumento per immettere liquidità nel sistema delle aziende e risanare parte del deficit accumulato nella gestione sanitaria. La società è stata costituita in forma di società per azioni, La regione secondo la legge deve detenere il capitale azionario di tale società in misura non inferiore al 99% del capitale azionario (circa 5,16 milioni di euro), riservando la rimanente quota azionaria a società i cui organismi di amministrazione e vigilanza siano costituiti da componenti dei quali più della metà sono nominati o designati dalla Regione.

Cartolarizzazione del Patrimonio immobiliare strumentale (Regione Lazio)



Fonte C. Cuccurullo 2002

Il grande vantaggio di questa strategia è la possibilità di liberare risorse da destinare a nuovi investimenti con maggiore flessibilità operativa rispetto all'indebitamento in quanto si tratta di "fondi propri" delle aziende. Nel caso italiano, alcune regioni, hanno utilizzato la cartolarizzazione causa l'obbligo di copertura dei disavanzi e l'impossibilità di attivare la leva fiscale.

*A livello internazionale, un interessante caso di **valorizzazione immobiliare** è quella allo studio dello stato francese. Lo Stato francese sta infatti esaminando la possibilità di costituire un fondo immobiliare con partecipazione pubblico-privata al fine di valorizzare e finanziare gli asset sanitari pubblici.*

Allo stesso tempo, lo stato francese ha allo studio la realizzazione di una società con investitori e società immobiliari interessate, con l'obiettivo di acquisire tutti gli asset degli ospedali pubblici, realizzare nuovi investimenti e valorizzare gli immobili.

Interessante, nel campo della valorizzazione degli immobili è poi l'esperienza svedese della Contea di Stoccolma, la quale ha acquistato tutte le strutture sanitarie pubbliche e private, dando in gestione il facility management a Locum, una società controllata al 100% dalla Contea. Si tratta di un'operazione che risponde alla logica del sale and lease back.

Gli immobili sono poi dati in locazione agli ospedali dietro il pagamento di un canone di locazione in linea con i prezzi di mercato, garantendo una continuità nell'erogazione delle prestazioni sanitarie.

La strategia di valorizzazione del patrimonio, viene condotta anche a livello di azienda e in combinazione con tecniche di finanza di progetto o di collaborazione pubblico privata al fine di aumentare i cash flow disponibili dalla gestione dei progetti e di rendere fattibile operazioni di realizzazione di nuove strutture sanitarie.

La seconda strategia o linea di azione si rivolge **all'utilizzo di capitali privati, tramite prestito, altre forme di finanziamento e collaborazioni pubblico-privata**. Una prima forma di finanziamento degli investimenti adottata dalle aziende sanitarie

è quella dell'anticipazione di tesoreria³. L'oggetto del finanziamento, in tale caso è tipicamente l'acquisto di nuove apparecchiature tecnologiche o la realizzazione di piccoli interventi strutturali.

Maggiormente diffuso risulta essere il ricorso a capitali esterni nella forma dei mutui⁴ o emissioni obbligazionarie. In tal caso è però necessario precisare che sono fissati dei limiti in tema di indebitamento, che se da un lato servono a tutela e garanzie del sistema, dall'altro limitano l'autonomia aziendale e le scelte decisionali delle aziende sanitarie.

Per quanto attiene all'indebitamento tramite emissioni obbligazionarie, alcune regioni italiane, hanno fatto ricorso a tale strumento per reperire risorse necessarie ai propri programmi di investimento, tuttavia si è ancora molto lontani dalla sofisticazione finanziaria di alcuni paesi e dall'introduzione di project bonds, ossia emissioni obbligazionari il cui rimborso è garantito dagli introiti tariffari legati alla realizzazione delle infrastrutture finanziate grazie alle stesse (Meneguzzo, 1999).

Nel 2001, la Regione Toscana, ha avviato una emissione obbligazionaria per un importo di 26 M€ , destinando il ricavato delle emissioni al potenziamento delle strutture sanitarie. Nel caso specifico le risorse sono state destinate all'acquisizione di macchinari tecnologicamente avanzati, in modo da potenziare il servizio e ridurre le liste d'attesa.

Altre regioni, di contro, hanno fatto utilizzo dei Bor per la copertura dei disavanzi consistenti della gestione sanitaria, con un impatto significativo sulla tenuta degli equilibri dei bilanci regionali.

Non sono invece state sperimentate, almeno nel contesto italiano, esperienze di obbligazioni gestite dalle Regioni per conto di un pool di aziende ospedaliere (Boccia,1995) oppure di emissioni obbligazionarie abbinate ad operazioni di finanza di progetto per la realizzazione di strutture sanitarie.

Nel Regno Unito, di contro, circa la metà dei project finance nel settore sanitario è finanziato con emissioni obbligazionarie, sperimentando la formula PAYG.

Fonte di finanziamento peculiare è quella derivante dalla Banca Europea degli Investimenti (BEI). La BEI nel corso degli ultimi anni ha finanziato numerosi progetti nel settore sanitario:

³ L'anticipazione di tesoreria può essere concessa sino a un dodicesimo dell'ammontare annuo dei ricavi iscritti nel bilancio preventivo annuale. Si veda l'articolo 2. sexies lettera g) del decreto legislativo 229 del 1999.

⁴ Il decreto legislativo 229 del 1999 (art. 2 comma 2 sexies, lettere g), pone alcune limitazioni nella contrazione dei mutui da parte delle aziende sanitarie. In particolare è stabilito che:

- la regione deve autorizzare l'azienda alla contrazione del mutuo;
- l'importo finanziato non deve superare il 15% delle entrate proprie correnti;
- la durata del finanziamento non deve essere superiore a 10 anni.

Tabella 1: Progetti finanziati nel settore sanitario dalla BEI

Stato	Numero progetti	% sul totale	Valore investimenti	% sul totale
Austria	6	11,3%	270.000.000	7,0%
Finlandia	2	3,8%	180.000.000	4,7%
Francia	6	11,3%	885.000.000	22,9%
Germania	28	52,8%	1.740.080.686	45,1%
Grecia	1	1,9%	70.000.000	1,8%
Italia	1	1,9%	16.629.912	0,4%
Spagna	4	7,5%	191.484.206	5,0%
Svezia	1	1,9%	109.289.617	2,8%
Regno Unito	4	7,5%	396.490.873	10,3%
Totale	53	100%	3.858.975.294	100%

Fonte: rielaborazioni su dati Bei (2004)

La Banca Europea per gli Investimenti, per missione aziendale, finanzia solo progetti economicamente validi, che perseguono gli obiettivi dello sviluppo regionale e le priorità fissate dall'Unione Europea, tra cui giova ricordare l'occupazione generata dai progetti.

Anche il leasing, ha registrato in questi anni, una buona diffusione, dovuta soprattutto all'utilizzo di tale strumento per il finanziamento di nuovi impianti e strumenti tecnologici, quali ad esempio quelli per la diagnostica, beni strumentali, automezzi e hardware. **Alcune aziende sanitarie quali ad esempio quelle di Macerata, Varese, Messina, Venezia, Latina, Roma, Genova e Milano**, hanno in passato fatto ricorso a forme di leasing per finanziare i propri investimenti. Attualmente le **aziende sanitarie di Carbonia e Collegno**, stanno utilizzando il leasing operativo per acquisire TAC.

In Italia, negli ultimi anni, alcune aziende ospedaliere hanno studiato la possibilità di ricorrere a **leasing immobiliare** per realizzare parte delle loro strutture, con tempi di realizzo certi e flessibilità nella definizione dei canoni. Tuttavia problemi di tipo giuridico e la necessità di dover applicare la legge sui lavori pubblici, hanno di fatto spostato le strategie delle aziende verso il project finance o verso le collaborazioni pubblico-private. Certamente, l'utilizzo del leasing non è inoltre, facilitato, a causa dell'impatto generato sul rispetto del patto di stabilità interno.

Il leasing, ha trovato invece applicazione nella **forma del lease back**, come strumento per fare cassa e risolvere almeno temporaneamente i problemi finanziari del debito sanitario.

La linea di azione che ha però conosciuto maggiore diffusione, soprattutto nell'ultimo triennio è quella relativa alla ricerca di fonti innovative di finanziamento tramite una maggiore collaborazione tra settore sanitario e settore delle imprese private. Il principale obiettivo nell'utilizzo della finanza di progetto e delle PPP nel settore sanitario è quello di ridurre i tempi necessari per la realizzazione delle infrastrutture e di raggiungere un miglioramento in termini qualitativi dei servizi offerti.

Per altri studiosi, l'obiettivo implicito del coinvolgimento dei capitali privati, è invece rappresentato dall'ottenimento della cosiddetta "finanza sostitutiva", vale a dire di non far gravare sul bilancio delle pubbliche amministrazioni, l'onere della spesa in conto capitale per la costruzione delle infrastrutture. Grazie al partenariato pubblico-privato l'azienda sanitaria ottiene di fatto, una dilazione dei pagamenti alle imprese affidatarie durante l'arco di vita del progetto.

Nel modello inglese di finanza di progetto **PFI private finance iniziative** l'operatore

privato, progetta, costruisce, finanzia e gestisce reparti ospedalieri o interi ospedali, per un periodo di 30-60 anni, durante il quale l'azienda sanitaria si vincola ad acquistare tali servizi, retribuendo l'investitore mediante il pagamento di una tariffa periodica per tutta la durata. Questo schema di finanziamento, potrebbe essere facilmente paragonato ad un mutuo o più semplicemente ancora ad un leasing finanziario o operativo trentennale.

Il settore sanitario, per sua natura, si caratterizza per complessità dei progetti e per la dimensione elevata degli investimenti in gioco. È evidente che la peculiarità delle opere da realizzare, qualificabili come "opere fredde" o a bassa rilevanza imprenditoriale determina la necessità di una contribuzione pubblica. Nel settore sanitario, infatti, i ricavi per i servizi commerciali e non clinici gestiti dai privati sono di per sé insufficienti a generare ritorni economici idonei a ripagare interamente le risorse impiegate per la realizzazione delle strutture. Per stimolare il coinvolgimento dei capitali privati, considerate le esternalità positive che la realizzazione dell'opera genera, è necessario pertanto erogare un contributo pubblico.

Nel caso del PFI o del PPP la collaborazione pubblico privata, porta però a condividere rischi, responsabilità e parte dei ricavi derivanti dagli investimenti comuni, per ottenere risparmi sui costi ed una migliore allocazione delle risorse finanziarie.

In relazione alla collaborazione pubblico-privata, le esperienze nazionali più interessanti mostrano un passaggio graduale da un modello "leggero" di sola esternalizzazione dei servizi o di esclusivo global service, peraltro diffuso da diversi anni, ad un modello "evoluto" in cui la collaborazione prevede la realizzazione o ammodernamento della struttura congiuntamente alla gestione della stessa e di alcuni servizi non medicali (mensa, riscaldamento, elaborazione dati, ecc.).

2 FINANZA DI PROGETTO E PARTENARIATO PUBBLICO PRIVATO NEL SETTORE SANITARIO

Nonostante in Italia, le diverse aziende sanitarie stiano sperimentando ed utilizzando strumenti di finanza innovativa, il livello di autonomia dal punto di vista finanziario e delle politiche di finanziamento risulta limitato.

Le aziende sanitarie, sono di fatto, finanziate dalla Regione (circa l'80-90%), che rappresenta l'amministrazione titolare del servizio pubblico di assistenza sanitaria, ciò preclude la possibilità di attuare delle politiche di incremento delle entrate e determina la separazione tra gestione finanziaria dedicata all'attività operativa e gestione finanziaria collegata ai processi di investimento (Rebora, Meneguzzo; 1990).

Le aziende ospedaliere, sono obbligate al rispetto dei vincoli di pareggio di bilancio, ma hanno discrezionalità nell'utilizzo degli eventuali avanzi di amministrazione (a copertura di investimenti in conto capitale e/o di oneri di parte corrente).

Il mancato rispetto dei vincoli di bilancio comporta però la revoca dell'autonomia aziendale e il commissariamento da parte della Regione. Di contro, sussistono anche dei limiti all'indebitamento e alla realizzazione di nuove strutture sanitarie.

A livello regionale, di contro, pur esistendo dei vincoli alla contrazione di debito, alcune leggi nazionali, hanno derogato consentendo l'esclusione degli oneri per sanare deficit sanitari dai limiti regionali all'indebitamento.

Le aziende sanitarie, dispongono di maggiore autonomia nell'ambito della gestione patrimoniale, ma anche in questo caso per la vendita o dismissione di un immobile disponibile, è necessaria un'autorizzazione regionale.

La gestione finanziaria per le aziende sanitarie ha acquistato importanza strategica,

nel ricorso al project finance e nella gestione dei contratti sottoscritti con i concessionari privati. A fronte della realizzazione e della gestione delle strutture ospedaliere, l'azienda sanitaria, deve corrispondere risorse finanziarie nelle forme di:

- un contributo in conto investimenti per la realizzazione della struttura sanitaria, considerato che nella maggior parte dei casi i ricavi da attività commerciali, non sono di per sé sufficienti a ripagare il costo sostenuto per l'investimento dal privato;
- un canone annuale, articolato in componenti di natura fissa (per la disponibilità dell'infrastruttura) e componenti di natura variabile (per i servizi non sanitari erogati dal concessionario);

Diviene fondamentale per le aziende sanitarie ottimizzare e programmare meglio l'uso delle risorse a propria disposizione, considerato l'irrigidimento delle spese di bilancio che l'azienda sanitaria si trova a dover gestire a seguito di un'operazione di finanza di progetto. Al contempo le aziende sanitarie devono essere in grado di determinare esattamente quale livello di contributo pubblico garantisca condizioni di equilibrio economico-finanziario al concessionario privato, esaminando la remunerazione per il privato rispetto a ciascun servizio.

Molte aziende, non disponendo di strutture adeguate, hanno fatto ricorso a consulenti e specialisti esterni al fine di effettuare valutazioni di convenienza del ricorso alla finanza di progetto. Di contro sarebbe necessario sviluppare un'abitudine a scelte di tipo make or buy, di esternalizzazione o di finanza di progetto, conducendo le necessarie valutazioni di convenienza economico-finanziaria. Tali tipi di valutazione, risultano infatti funzionali a motivare la scelta del ricorso alla finanza di progetto nei termini di minor spesa in conto capitale e di maggiore qualificazione della spesa corrente.

La valutazione della convenienza dell'opzione PFI richiede di prendere in considerazione i seguenti elementi:

- il contributo a fondo perduto;
- il valore attuale netto dei canoni corrisposti al concessionario per la gestione dei servizi;
- i rischi trasferiti al concessionario privato;
- i risparmi gestionali conseguenti alla gestione privata (costi cessanti)

Occorre pertanto compiere pertanto un'attenta valutazione degli importi minimi e massimi che i canoni per servizi possono assumere, sia come costo annuale cui occorre far fronte su un orizzonte di medio-lungo periodo, che come risorse per migliorare la qualità e l'efficienza della struttura sanitaria.

Vanno di conseguenza segnalate criticità ed implicazioni della sostenibilità delle diverse soluzioni di collaborazione pubblico privata, al fine di permettere ai soggetti coinvolti di trovare una adeguata remunerazione delle loro risorse. Nel considerare le operazioni di finanza di progetto, occorre prendere in considerazione anche i risparmi gestionali che saranno conseguiti, a seguito della realizzazione delle nuove strutture sanitarie.

Interessanti in tal senso sono i risultati di una **ricerca di Finlombarda** sulla percentuale di contribuzione del settore pubblico negli schemi di finanza di progetto del settore sanitario. Da questa ricerca, emerge che più del 50% dei progetti prevede un contributo pubblico superiore al 50% del valore dell'investimento. Le prossime ricerche dovrebbero focalizzarsi sulla percentuale di costi sostenuti dall'azienda sanitaria per il contratto di PFI, rispetto ai costi totali dell'azienda sanitaria. Se si considera ad esempio il caso **dell'Ulss n. 8 di Asolo**, nettamente evidente è la rigidità di bilancio che verrà a crearsi a seguito della convenzione sottoscritta. Circa il 30% delle risorse annuali di bilancio, saranno destinate al soggetto privato. Se a tale somma si aggiungono le spese sostenute per il personale,

la rigidità di bilancio assume dimensioni consistenti.

3. LE ESPERIENZE NEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

L'esame dell'esperienza di applicazione della finanza innovativa nel settore sanitario italiano, mostra la presenza di due livelli di azione

- **livello di gruppo**, laddove le regioni intervengano con operazioni di cartolarizzazione, realizzazione di fondi immobiliari o emissioni obbligazionarie. Tali strumenti, presuppongono infatti il raggiungimento di una massa critica, ottenibile solo a livello regionale.
- **livello aziendale**, laddove le aziende cerchino di applicare strumenti quali il project finance, il leasing o l'indebitamento presso il sistema finanziario.

A livello di gruppo le strategie delle regioni, si sono focalizzate soprattutto sulla valorizzazione del patrimonio immobiliare del servizio sanitario e sulla cessione degli asset considerati non più strategici. Alcune regioni, hanno cercato di aumentare i redditi ricavati dagli immobili in proprio possesso tramite una migliore gestione, altre hanno messo a punto programmi di dismissione di immobili disponibili al fine di ricavare le risorse necessarie per nuovi investimenti in strutture sanitarie e tecnologie, altre ancora, non avendo a disposizione altre leve per il finanziamento e non avendo patrimonio disponibile da cedere, hanno realizzato o hanno tentato operazioni di sale and lease back delle strutture sanitarie.

La ricerca di mezzi innovativi per la valorizzazione ed il finanziamento delle infrastrutture, ha condotto alcune regioni allo studio di soluzioni analoghe a quelle di **Infrastrutture Spa**.

A livello aziendale, l'applicazione delle tecniche di finanza innovativa è avvenuta in modo quasi uniforme in tutto il territorio italiano ed è stata semplificata dalla preesistenza di alcune condizioni.

Esaminando ad esempio, il modello italiano di project finance nel settore sanitario, risulta evidente, infatti, come lo stesso rappresenti un'evoluzione di strategie gestionali di esternalizzazione condotte dalle diverse aziende sanitarie nel corso dell'ultimo decennio.

Le aziende ospedaliere italiane, da anni, gestiscono le strutture sia utilizzando personale proprio, sia mediante il ricorso ad affidamenti esterni a soggetti privati per alcuni servizi ((si pensi al caso degli ospedali di Castelfranco e Montebelluna).

Dal punto di vista gestionale l'applicazione della finanza di progetto nel settore sanitario, non ha modificato in maniera sostanziale l'assetto gestionale delle strutture ospedaliere. Le stesse infatti, come si è detto, ricorrono da tempo a forme di *outsourcing* dei propri servizi.(per un quadro delle esperienze di outsourcing nel settore sanitario si veda successiva elaborazione di M. Festuccia predisposta all'interno di una ricerca condotta dalla Università Roma Tor Vergata)

Figura 3 le esperienze di outsourcing nel SSN



Elaborazione di M. Festuccia Università Roma Tor Vergata 2003

Tuttavia, l'applicazione della finanza di progetto permette, rispetto alla semplice esternalizzazione, di ottenere una semplificazione amministrativa ed una migliore gestione complessiva grazie al raggruppamento di tali esternalizzazioni in un unico contratto e grazie dunque alle economie di scala che ne derivano.

Il modello italiano, infatti, prevede l'intervento di soggetti privati, nella costruzione o ristrutturazione della struttura ospedaliera (opere, impianti e attrezzature) e nella gestione dei servizi funzionali alla struttura ospedaliera.

I servizi che il privato gestisce e a fronte dei quali l'azienda paga un canone, sono così articolati:

- *la manutenzione ordinaria e straordinaria dell'edificio e degli impianti (centrali termiche, centrali frigorifero, condizionamento, impianti elettrici, idraulici e per gas medicali);*
- *i servizi alberghieri (mensa per degenti e personale, pulizia della 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, diagnostica per immagini- , 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

Le prestazioni mediche e della direzione sanitaria rimangono invece di stretta competenza delle aziende sanitarie. Forme di collaborazioni pubblico private più avanzate che prevedono l'affidamento al privato dei servizi medicali, sono al momento praticate unicamente per alcune strutture di tipo riabilitativo.

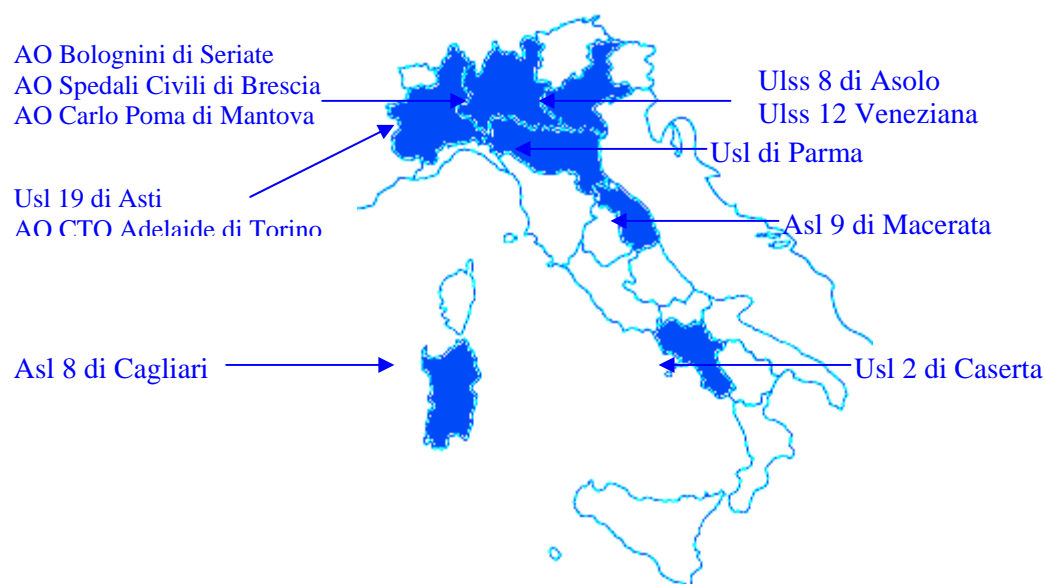
Negli ultimi anni, si è assistito in Italia ad una crescita lenta ma costante dei progetti programmati ed avviati con la finanza di progetto.

Attualmente, secondo i dati rilevati dall'**Osservatorio sul project finance in sanità di Finlombarda, sono stati censiti 49 interventi** per un ammontare complessivo di investimenti di circa **2,996 miliardi di euro**.

11 di questi interventi rilevati, per un ammontare di circa 572 milioni di euro, hanno già raggiunto la fase di aggiudicazione. Rispetto a tali interventi, occorre precisare che 3 di essi sono di modesta dimensione e non riguardano la realizzazione di strutture ospedaliere bensì di strutture di supporto, quali centrali per la produzione di energia elettrica, sistema di rete fonia-dati, parcheggi.

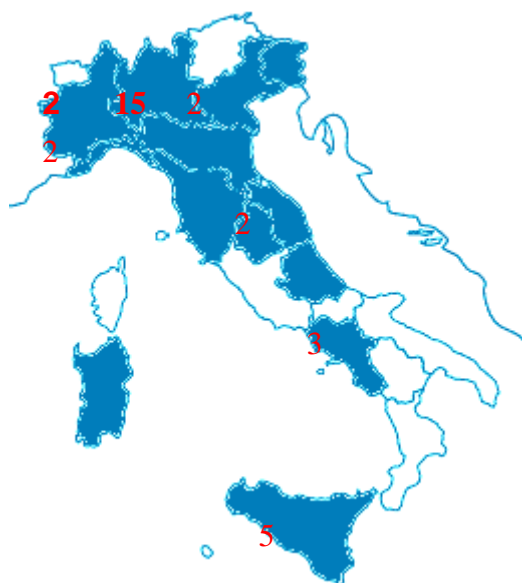
I più significativi interventi avviati sono localizzati nella Regione Veneto e riguardano la costruzione del nuovo ospedale di Mestre (180 milioni di euro) e la ristrutturazione ed il completamento degli ospedali di Castelfranco Veneto e Montebelluna (122 milioni di euro).

Figura 1: Progetti di partenariato pubblico privato aggiudicati in Italia (Finlombarda, 2004)



Gli altri interventi di dimensioni rilevanti, sono quelli relativi all'Usl n.2 di Caserta volto alla realizzazione del nuovo presidio di Aversa (113 milioni di euro) e all'Asl n.8 di Cagliari che realizzerà per mezzo della finanza di progetto il nuovo presidio ospedaliero Microcitemico (60,6 milioni di euro).

Figura 2: Regioni che presentano interventi di partenariato pubblico privato (Finlombarda,2004)



Per quanto riguarda gli interventi in corso, eccetto alcune regioni, che hanno cercato di risolvere il problema del finanziamento delle strutture sanitarie con altre modalità (emissioni obbligazionarie o indebitamento) la maggior parte delle regioni italiane, mostra numerosi interventi programmati o in gara. Al momento attuale, risultano in corso di realizzazione 38 iniziative per un ammontare di investimenti pari a 2.423 M€. Altre regioni come ad esempio la Regione Valle d'Aosta, hanno deciso dopo diverse valutazioni di abbandonare la tecnica della finanza di progetto a favore di altre modalità di finanziamento.

4 LA PUBLIC PRIVATE PARTNERSHIP : ESPERIENZE IN ATTO A LIVELLO EUROPEO, PROSPETTIVE E NODI CRITICI

Negli ultimi anni si è assistito a livello internazionale ad una proliferazione di forme di collaborazione pubblico-privato definite nel linguaggio internazionale "PPPs" (Public Private Partnerships) e che prevedono la realizzazione e la gestione delle strutture sanitarie.

Il crescente interesse per le collaborazioni pubblico private è inoltre, dimostrato dalla recente approvazione da parte dell'Unione Europea del libro verde sul partenariato pubblico privato e alla decisione Eurostat sul trattamento contabile delle PPP.

L'applicazione delle tecniche, non ha registrato un'applicazione omogenea, ma quasi tutti i paesi dell'Europa stanno sperimentando forme di collaborazione pubblico privata nel settore sanitario, data la necessità comune di ammodernamento e riqualificazione delle strutture ospedaliere e sanitarie. Esaminando le diverse forme di finanziamento dei programmi di realizzazione delle nuove strutture sanitarie, si passa da un netto predominio, del ricorso a forme di project finance, come ad esempio nel caso del Regno Unito, ad una quasi totale assenza del capitale privato, come in Germania.

Molti paesi, hanno lanciato progetti pilota e hanno costituito task force per il supporto della finanza di progetto al fine di favorire l'adozione delle tecniche di collaborazione pubblico privata.

Il Regno Unito, rappresenta il primo paese che ha sperimentato l'utilizzo di schemi di finanza privata (**Private Finance Initiative**) per il finanziamento, la realizzazione e la gestione delle strutture del servizio sanitario nazionale. Il ricorso al PFI, è stato avviato nel corso del 1992 dal governo conservatore inglese, a seguito dell'abolizione del divieto di utilizzo delle risorse private nel finanziamento dei servizi pubblici. La presenza di vincoli posti sull'indebitamento pubblico e la necessità di risorse finanziarie da dedicare all'ammodernamento delle strutture ed alla realizzazione di nuovi ospedali, hanno accelerato il processo di utilizzo e diffusione delle tecniche di collaborazione pubblico-privata.

A partire dal 1997, il governo inglese ha avviato nel settore sanitario la costruzione di grandi ospedali sperimentando diversi modelli di finanziamento delle infrastrutture pubbliche tramite il ricorso a capitali privati (PFI) e successivamente tramite partnership pubblico-privata.

In tale Stato, il ricorso alla finanza di progetto nel settore della pubblica amministrazione è stato caratterizzato dalla diffusione di un Know how specialistico per la strutturazione di operazioni di PFI e per la valutazione dei vantaggi in termini di qualità e rapporto costi-benefici (*value for money*).

I primi 14 ospedali annunciati nel 1997 hanno dato origine alla first wave per un valore complessivo di 1,3 miliardi di sterline. Successivamente sono stati realizzati 12 progetti (1,86 miliardi di sterline) nella seconda ondata e 6 nella terza ondata. I progetti, lanciati nel 2000, 2001 e nel 2002 hanno preso il nome di forth, fifth and sixth wave che allo stato attuale sono in fase di valutazione e di aggiudicazione. Per quanto riguarda i progetti realizzati, a Giugno del 2003 risultavano aggiudicati 33 progetti per un valore di investimento pari a circa 7.500 M€.

Il nuovo piano di investimenti, programmato dal ministero della Sanità inglese prevede invece, la realizzazione di 100 nuovi ospedali entro il 2010 per un investimento totale di 10,5 miliardi di euro.

Nel modello inglese le prestazioni sanitarie continuano ad essere offerte dal servizio sanitario, mentre al settore privato vengono affidate la progettazione e costruzione della struttura sanitaria e la gestione dei servizi non sanitari. Il recupero dell'investimento da parte del gestore avviene per mezzo del pagamento di un canone da parte del NHS trust, comprensivo dei corrispettivi relativi alla disponibilità della struttura e alle prestazioni dei servizi. Il pagamento è subordinato al rispetto delle condizioni contrattuali definite in termini di volumi e qualità delle prestazioni.

Il posizionamento dei diversi paesi rispetto al modello di collaborazione pubblico-privata è vario, soprattutto in relazione all'inclusione o meno dei servizi sanitari nella PPP.

In Spagna, ad esempio, le diverse Comunità autonome stanno sperimentando diversi modelli di finanziamento con capitali privati, adottando modelli di funding sempre più innovativi.

La regione di Valencia è stata la prima a sperimentare un modello di collaborazione pubblico privata per il finanziamento, la costruzione e la gestione di tutte le attività, incluse quelle sanitarie del nuovo ospedale di Alzira (61 M€). La struttura, realizzata in un anno e mezzo e completamente gestita dai privati per un periodo di 10 anni, eroga tutti i servizi sanitari dietro la corresponsione di una quota di finanziamento pro-capite di circa 200€ annui. Tale modello ha ottenuto nel 2000 e nel 2001 un riconoscimento come miglior ospedale spagnolo (IASIST) ed è stato poi esteso dalla stessa Comunidad ad altre esperienze quali ad esempio Torre Vieja.

Contemporaneamente, altre Comunità, come quella di Madrid (ma la Comunità di

Catalogna aveva studiato un simile modello), hanno in programma la realizzazione di nuove strutture sanitarie e la gestione delle stesse tramite finanza di progetto. Il programma di investimento prevede la costruzione di 8 nuovi ospedali per un investimento totale di 800 M€. In questo caso il modello non prevede l'affidamento dei servizi clinici e sanitari.

Il Portogallo mostra invece una coesistenza dei modelli di finanziamento pubblici tradizionali, con un modello di collaborazione pubblico privata. Il finanziamento e la realizzazione delle nuove strutture ospedaliere è di competenza del Ministero della Sanità e le aziende sono caratterizzate da una limitata autonomia finanziaria, anche se attualmente è in corso un processo di aziendalizzazione del sistema sanitario e di utilizzo dei Drg come sistema di finanziamento delle prestazioni sanitarie.

Il Portogallo, ha adottato due anni fa il modello del partenariato pubblico privato, costituendo una task force dedicata allo sviluppo delle PPP nel settore sanitario (*parcerias saude*). Attualmente il Portogallo, ha in gara il progetto di realizzazione del nuovo ospedale di Loures per un importo di investimento di 120 milioni di euro.

Al contempo, sono stati programmati altri 9 progetti da realizzare con tale modello, per un importo di investimenti complessivo (considerando solo il costo delle infrastrutture) di circa 800 milioni di euro.

Tabella 2: Progetti di partenariato pubblico privato nel settore sanitario (Finlombarda, 2004)

Paese	Programmati	In gara	Aggiudicati	Totale
Regno Unito	13	17	33	63
Italia	9	29	11	49
Australia		4	10	14
Canada		2	2	4
Portogallo	9	1	0	10
Spagna	8	0	2	10

Fonte: Finlombarda (2004)

Il modello del Portogallo è peculiare perché associa alla gestione delle infrastrutture la gestione dei servizi clinici. Tale modello è però coerente con il processo di aziendalizzazione in corso nel sistema sanitario privato. Nel nuovo modello sanitario, gli ospedali, pur continuando ad appartenere allo stato, possono essere gestiti dai privati. Il primo esempio di tale nuovo modello è l'ospedale Fernando Fonseca di Sintra.

Il modello prevede due società di progetto, una dedicata alla gestione dell'infrastruttura (infrac) con durata 30 anni e una società dedicata alla gestione dei servizi clinici (clinco) con durata 10 anni. In tal modo, laddove le prestazioni sanitarie non raggiungano gli standard prefissati, diviene più semplice rinegoziare i contratti o cambiare gestore.

Lo Stato francese, non ha ancora realizzato interventi di finanza di progetto, tuttavia ha recentemente varato una legge sulla finanza di progetto che dovrebbe incentivare il finanziamento degli investimenti in edilizia sanitaria da parte degli investitori privati. Il governo francese, ha annunciato nel 2002 la sua intenzione di costruire nuovi ospedali e ristrutturare quelli esistenti **ricorrendo in parte alla collaborazione pubblico privata. Si tratta di 932 progetti programmati** per un costo totale intorno a 10,2 miliardi di euro. Nel corso del 2003 sono stati annunciati 8 progetti pilota che faranno ricorso alla finanza di progetto e che sono allo studio della cassa depositi e prestiti francese.

Attualmente progetti pilota che sono in realizzazione con forme di collaborazione

pubblico privata sono quelli dell'ospedale di *Caen* (92M€) e del centro ospedaliero *Sud Francilien* a Sud di Parigi.

In Germania, paese che non ha una lunga tradizione nell'esperienza e nell'applicazione della finanza di progetto e nelle collaborazioni pubblico private, gli ospedali pubblici sono stati progressivamente trasformati in strutture private, al fine di introdurre maggiore flessibilità ed efficienza gestionale. La gestione dell'ospedale è stata infatti affidata a società private che si occupano dell'erogazione delle prestazioni sanitarie e di tutti i servizi non core. Nella gran parte degli ospedali pubblici la maggior parte dei servizi non core è stata esternalizzata, ottenendo significativi miglioramenti in termini di efficienza.

In Austria, l'applicazione delle tecniche di PPP è avvenuta per la realizzazione di un nuovo centro di radioterapia a *Krems* (22M€), centro per la cura di 1.200 pazienti ogni anno. È stato realizzato, inoltre, anche l'ospedale di Linz.

Per concludere il quadro europeo sull'applicazione della finanza di progetto e delle collaborazioni pubblico-private nel settore sanitario, è necessario ricordare che anche altri paesi stanno sperimentando la tecnica della finanza di progetto e delle collaborazioni pubblico private al settore sanitario. **I più attivi in tal senso sembrano essere i paesi dell'Europa Orientale.** La Repubblica Ceca ha ad esempio realizzato con tali tecniche l'ospedale di Motol. La Polonia, ha invece aggiudicato il progetto dell'ospedale di Zyrardów e la Romania ha attualmente in corso una gara (ospedale di Timisoara). Nei paesi del Nord Europa, di contro, Norvegia e Finlandia non hanno ancora realizzato alcun progetto, ma hanno in corso le gare per gli ospedali di Trondheim e di Folkhälsan.

L'analisi della diffusione della finanza di progetto, nei diversi paesi europei, dimostra dunque come l'utilizzo delle tecniche di collaborazione pubblico-privata in Italia, si trovi attualmente ad uno stadio molto avanzato, se comparato ad altri paesi europei (Spagna, Francia e Germania).

L'applicazione della finanza di progetto e delle collaborazioni pubblico private, è stata accompagnata da un intenso dibattito politico e tecnico sui vantaggi e svantaggi delle tecniche. Tal dibattito si è focalizzato sugli effetti della collaborazione pubblico-privata sull'intero sistema e sulla gestione finanziaria della singola azienda sanitaria. Con la collaborazione pubblico privata, si attua, infatti, un meccanismo per cui il costo della realizzazione della struttura sanitaria viene distribuita lungo tutta la durata della concessione. Si tratta quindi di una strategia utilizzata dalle aziende sanitarie al fine di aggirare in parte, il vincolo di durata di 10 anni per le operazioni di indebitamento capitale.

Numerosi sono stati gli studi realizzati al fine di comparare il ricorso alla finanza di progetto, o più in generale alle collaborazioni pubblico private, rispetto ai tradizionali sistemi di realizzazione dei lavori pubblici (appalto tradizionale). Tali studi condotti da commissioni governative, da istituti di ricerca e da società di consulenza hanno evidenziato le maggiori criticità che vengono generate dall'applicazione dei modelli di PPP nella realizzazione di strutture sanitarie.

La principale criticità del modello di collaborazione tra pubblico e privati riguarda la creazione di una situazione di rigidità di bilancio e di limitata flessibilità nella gestione delle risorse e del servizio. Il costo annuale cui dovranno far fronte le aziende che decidono di ricorrere alla finanza di progetto, deve essere pertanto attentamente vagliato, considerando anche le disponibilità annuali di bilancio e le modalità di trasferimento dei fondi da parte delle Regioni. **La strutturazione delle operazioni di finanza di progetto e il ricorso alle consulenze**, nel caso inglese, ha infatti, inciso in genere per una cifra che oscilla **dal 2 al 4% del progetto**. A ciò bisogna

aggiungere i costi degli staff pubblici interessati e i costi dovuti ai lunghi iter negoziali. I maggiori costi sostenuti con il PFI obbligano talvolta le strutture ospedaliere a contenere le spese di gestione dei servizi clinici, al fine di poter sostenere economicamente i canoni annui da corrispondere al concessionario.

Le possibilità di manovra delle aziende, sono infatti, ridotte alla parte di bilancio destinata ai servizi clinici, su cui l'azienda può cercare di contenere i costi o aumentare le entrate; sono almeno 10 gli ospedali che hanno realizzato progetti con la PPP e che stanno fronteggiando debiti per circa 40 milioni di sterline. (The Observer, 15/03/04)

Scelte finanziarie errate o affrettate, possono pertanto incidere in maniera negativa sulla qualità e sul livello del servizio pubblico offerto.

L'esperienza del PFI nel Regno Unito non permette comunque di esprimere valutazioni oggettive sulla convenienza della tecnica o sul miglioramento dell'efficienza della spesa pubblica, considerato che i progetti sinora realizzati sono alla fase iniziale della loro vita (5-7 anni). Tuttavia, il governo e gli esponenti del mondo accademico sono ora abbastanza preoccupati sui costi intergenerazionali che i contratti siglati comporteranno.

Studi condotti da società di consulenza (Value for Money Drivers in the Private Finance Initiative) dimostrano, tramite l'analisi di 29 progetti, un risparmio di circa il 17% dei progetti finanziari con Pfi rispetto ai progetti finanziati con fondi pubblici. Il risparmio può essere attribuito in larga parte al trasferimento dei rischi in capo ai privati, anche se il calcolo della convenienza viene influenzato in maniera determinante dalla scelta del tasso di sconto.

In una ricerca pubblicata nello scorso anno⁵, il National Audit Office concludeva che la Private Finance Initiative aveva drasticamente migliorato il rispetto dei budgets di costruzione e dei tempi di consegna delle opere pubbliche. Nel campione considerato, il 22% delle iniziative in regime di PFI aveva mostrato incrementi nei costi di costruzione, contro il 73% degli appalti tradizionali. Rispetto ai tempi di consegna, nel caso delle iniziative di PFI, si erano verificati ritardi nel 24% dei casi rispetto al 70% degli appalti tradizionali. Altri studi hanno dimostrato l'assenza di vantaggi comparati dal punto di vista finanziario del PFI rispetto all'indebitamento di lungo periodo attuato nei tradizionali sistemi di finanziamento. Tali studi, hanno evidenziato, inoltre, la necessità di fornire garanzie pubbliche per consentire ai concessionari privati stessi di accedere al debito, annullando in gran parte il trasferimento dei rischi.

Uno dei vantaggi che viene solitamente riportato, è invece la configurazione della finanza di progetto quale operazione *off balance sheet*. In realtà però tale vantaggio si concreta solo in parte nel caso delle collaborazioni pubblico private. Infatti, la corresponsione di canoni e di eventuali contributi, determina comunque un impatto sul bilancio. Inoltre, secondo le regole di contabilizzazione Eurostat, Non spetta certamente agli autori tracciare un bilancio dell'esperienza della PFI e del più ampio concetto di *Public Private Partnership* nel Regno Unito. Certamente, occorre precisare che il programma PFI, non ha determinato nei diversi paesi esaminati l'abbandono delle tradizionali procedure di appalto che continuano ad essere seguite, laddove l'amministrazione non ritenga che la partecipazione dei privati possa apportare significativi benefici.

Nel medio termine, le strutture sanitarie, sembrano evolvere verso un modello di PPP, con il trasferimento di parte del rischio e di contributi dalla pubblica amministrazione alla società di progetto. Inoltre, si sta tentando di sviluppare una maggiore collaborazione tra pubblico e privato, come nel caso dei **NHS LIFT**, in cui

⁵ Cfr. National Audit Office, "PFI construction performance", 05/02/2003

viene realizzata una joint venture tra medici, dipartimento della sanità e privati. In questo modello i medici assumeranno in capo a loro circa il 20% della società e dei conseguenti rischi.

BIBLIOGRAFIA

1. Amatucci F., *Applicabilità del modello del project finance in Sanità*, in MECOSAN n. 27, 1998.
2. Amatucci F. *il project finance nelle aziende pubbliche* EGEA Milano 2002
3. Boccia F., *I buoni obbligazionari comunali*, Il sole 24 ore, 1995
4. Boccia F Nigro M. *La finanza innovativa. BOC, BOR, BOP e swap* Il Sole 24 ore 2000
5. Comitato Interministeriale per la Programmazione Economica, *Unità tecnica di finanza di progetto, Relazione sull'attività del periodo luglio 2000-dicembre 2001*.
6. Dexia Crediop, *Le cartolarizzazioni del settore pubblico italiano*, Public Finance, n.2, 7-8, 2004
7. Ernst&Young, *Progress and Prospects: Healthcare PFI a survey*, 2002
8. Finlombarda *Le modalità di finanziamento dell'edilizia sanitaria nei principali sistemi sanitari europei* FINLOMBARDA spa 2003
9. Meneguzzo M. (a cura di), *Strategie e gestione delle reti di aziende sanitarie*, Egea 1996.
10. Meneguzzo M. *Dal piano straordinario poliennale alla finanza di progetto. Modalità innovative di finanziamento degli investimenti nelle ASL in AA.VV Autonomia regionale e sistema sanitario* Università Studi di Torino Quaderno n 39 1999
11. Meneguzzo M., (a cura di) *Manuale di finanza innovativa per le amministrazioni pubbliche* Rubettino editore 2003
12. Ministero della salute *Il partenariato pubblico privato nella realizzazione e gestione di strutture sanitarie opportunità e problemi* atti del Workshop di Lamezia Terme 2002 a cura del nucleo di valutazione e verifica degli investimenti pubblici
13. National Audit Office, *PFI construction performance*, 05/02/2003
14. Pollock, A.M., Shaoul, J., Rowland, D., Player, S. (2001), *Public Services and the private sector: a response to IPPR*, Catalyst Working paper, November 2001, London.
15. Wootton Ian, *Public private partnerships: the prognosis for health*, in The Global PPP directory 2002, London, 2002