

2 Le esperienze internazionali

La ricerca di modelli di collaborazione fra soggetti pubblici, privati e privati no-profit è un fenomeno comune a molti paesi europei e si caratterizza dall'esigenza di sperimentare nuove combinazioni delle modalità di organizzazione dell'offerta per migliorare i livelli di efficienza ed efficacia dei servizi sanitari. In questo contesto il settore privato sta assumendo un ruolo crescente perché viene considerato portatore di quelle competenze di carattere professionale e gestionale in grado di ridurre il fabbisogno finanziario pubblico e di realizzare riduzioni nei costi di produzione attraverso l'adozione di formule organizzative più funzionali.

Sulla base di tali evidenze la Commissione ha condotto una ricerca sulle iniziative realizzate in altri paesi, dando priorità a quelli che presentano un assetto istituzionale simile al nostro: sistema sanitario universale, finanziamento pubblico e gestione delle strutture di offerta prevalentemente pubblica.

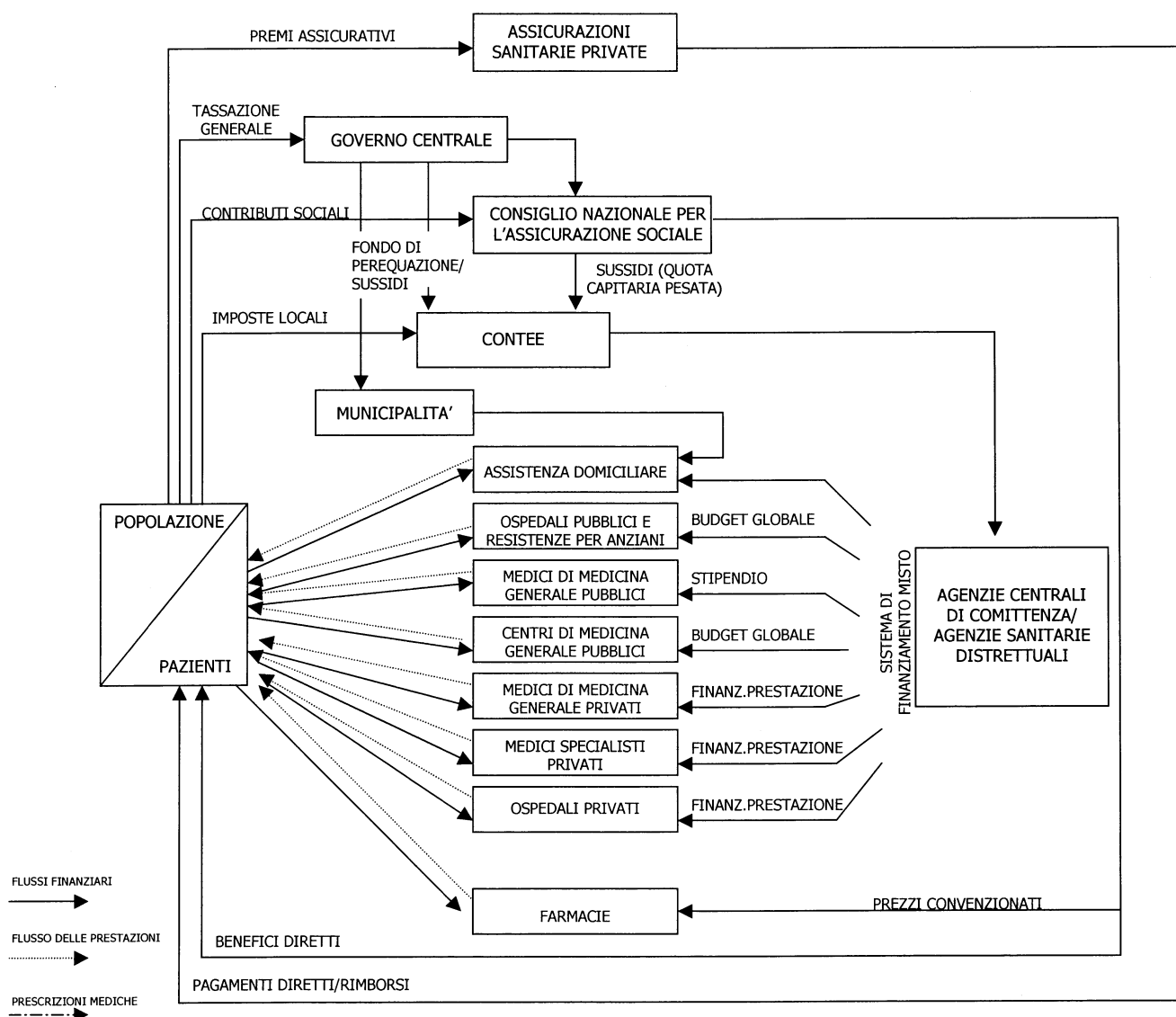
Questa sezione è dedicata, in particolare, alle esperienze realizzate in Svezia e nel Regno Unito, due paesi in cui all'inizio degli anni '90 è stata effettuata una riforma che ha portato alla separazione fra committenti ed erogatori pubblici per dare vita ai quasi-mercati. Tale riforma ha prodotto importanti cambiamenti dal lato dell'offerta, consentendo alle strutture pubbliche di acquisire una maggiore autonomia gestionale e aprendo la strada, anche se con modalità e sfumature diverse, a forme di collaborazione fra soggetti pubblici e privati.

Al fine di individuare indicazioni e spunti di interesse riportiamo per la Svezia un'esperienza riguardante la cessione di una struttura ospedaliera pubblica ad un soggetto privato e per il Regno Unito l'iniziativa ormai consolidata relativa alla finanza di progetto (Project Finance Iniziative - PFI).

Il caso svedese

Il sistema sanitario svedese è organizzato su tre livelli: il primo livello (stato) ha il compito di assicurare la funzionalità del sistema in accordo ai principi fondamentali che ne stanno alla base (universalità, solidarietà ed equità), il secondo livello (contea) assume la responsabilità di organizzare e gestire i servizi sanitari ed il terzo (municipalità) si occupa dell'assistenza agli anziani ed ai disabili (figura 1).

Figura 1 – Organizzazione sistema sanitario svedese



Il finanziamento del sistema è prevalentemente pubblico (84% della spesa sanitaria complessiva) ed è realizzato in via principale con il prelievo di imposte locali a cui si aggiungono trasferimenti statali con finalità di carattere perequativo. Una quota residua della popolazione (1%) possiede un'assicurazione sanitaria privata attraverso cui vengono coperte meno del 2% delle spese sanitarie totali. Dal lato dell'offerta le strutture ospedaliere sono di proprietà essenzialmente pubblica (90% del totale dei posti letto), mentre l'attività ambulatoriale è erogata da un mix di operatori pubblici e privati.

Box.1 – Svezia: selezione indicatori sistema sanitario

| | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 |
|-------------------------------------|------|------|------|------|
| Spesa sanitaria pro capite (\$ PPP) | 1622 | 1716 | 1770 | 1748 |
| % Spesa sanitaria totale/PIL | 8,1 | 8,4 | 8,1 | 7,9 |
| % Spesa sanitaria pubblica | 85,2 | 84,8 | 84,3 | 83,8 |

I cambiamenti introdotti con la riforma degli anni 1992-1994 hanno prodotto un progressivo sviluppo dell'offerta di servizi sanitari erogati da privati (for profit e non profit) ed una maggiore autonomia per le strutture pubbliche, anche se con livelli diversi nelle contee.

Il caso che descriviamo riguarda, in particolare, la Contea di Stoccolma; ha suscitato molto scalpore nel paese perché è stato il primo esempio di collaborazione pubblico/privato realizzato attraverso la cessione di un ospedale pubblico dotato del dipartimento di emergenza ed urgenza ad un operatore privato. L'iniziativa parte nel 1994 quando la Contea, impegnata nella ristrutturazione della rete di offerta ospedaliera cittadina, decide di trasformare lo status giuridico di un importante ospedale generale, situato al centro di Stoccolma, St. Göran Hospital (240 posti letto con un bacino di utenza pari a circa 300.000 abitanti), da ente pubblico a società di capitali, mantenendo comunque la proprietà esclusiva del capitale sociale. Al personale operante nella struttura viene data la possibilità di scegliere se continuare a lavorare nella nuova società o di passare alle dipendenze dirette della Contea: la maggioranza assoluta sceglie di rimanere nella struttura ospedaliera con un nuovo contratto di diritto privato. L'obiettivo perseguito dalla Contea attraverso la trasformazione giuridica dell'ospedale è quello di dare vita ad una struttura più flessibile ed innovativa, attraverso l'utilizzo di strumenti di gestione tipicamente privatistici. Nel 1999, la nuova coalizione di centro destra che governa la Contea, prende in considerazione la possibilità di cedere parte delle quote societarie ad un soggetto privato. In poco tempo un gruppo svedese, la Capio AB, multinazionale con interessi in diversi paesi europei tra cui la Norvegia, la Danimarca, la Svizzera ed il Regno Unito, presenta un'offerta particolarmente vantaggiosa per rilevare la maggioranza del St. Göran. Alla fine la Contea decide di concludere un contratto con cui vengono cedute tutte le quote meno una alla Capio AB, la quale si impegna a:

- rilevare tutta l'attrezzatura dell'ospedale;
- assumere tutti i 1450 dipendenti (compresi medici ed infermieri);
- stipulare un contratto di affitto con un'agenzia della Contea proprietaria dell'immobile in cui ha sede l'ospedale, rimasto di proprietà pubblica al fine di prevenire un diverso utilizzo da parte dell'operatore privato;
- stipulare un accordo per l'erogazione di una definita gamma di servizi sanitari per la popolazione svedese (tra cui la medicina generale, la chirurgia generale, l'ortopedia, la ginecologia e, naturalmente, le prestazioni di emergenza ed urgenza).

Da parte della Contea di Stoccolma le motivazioni che hanno spinto verso questa iniziativa possono essere sintetizzate nei seguenti punti:

- rimuovere il monopolio pubblico nella gestione dell'offerta dei servizi sanitari per incrementare la qualità e l'efficienza operativa;
- trasferire il rischio dell'aumento continuo dei costi sanitari al settore privato (la Capio AB viene rimborsata in base a pre-determinate tariffe DRG);
- creare un contesto più concorrenziale per indurre anche le altre strutture pubbliche a migliorare le proprie performance e diventare quindi più competitivi.

Nell'ottobre 2000 la Capio AB si è quotata alla borsa di Stoccolma, dando l'opzione ai propri dipendenti di acquistare fino al 5,9% delle azioni societarie. Ad oggi la gestione da parte sua ha garantito il raggiungimento di risparmi pari a circa il 7-12% rispetto agli altri ospedali pubblici che presentano una casistica simile e sulla base dei positivi risultati realizzati nel periodo sperimentale durato tre anni (1999-2001), la Contea ha deciso di rinnovare il contratto per ulteriori 4 anni.

La *privatizzazione* del St. Göran Hospital, d'altra parte, non ha ricevuto unanime supporto. In particolare il governo centrale (guidato dai social-democratici) ha emanato una legge nel 2001 che proibisce il trasferimento della gestione di ospedali pubblici dotati di dipartimento di emergenza ed urgenza a soggetti privati. Sebbene la legittimità di questa legge sia ancora controversa perché entra in un'area di competenza della Contea, l'iniziativa del St. Göran non ne è interessata perché la sua applicazione riguarda solo i nuovi accordi che saranno stipulati a partire da gennaio 2001, mentre restano esclusi quelli antecedenti.

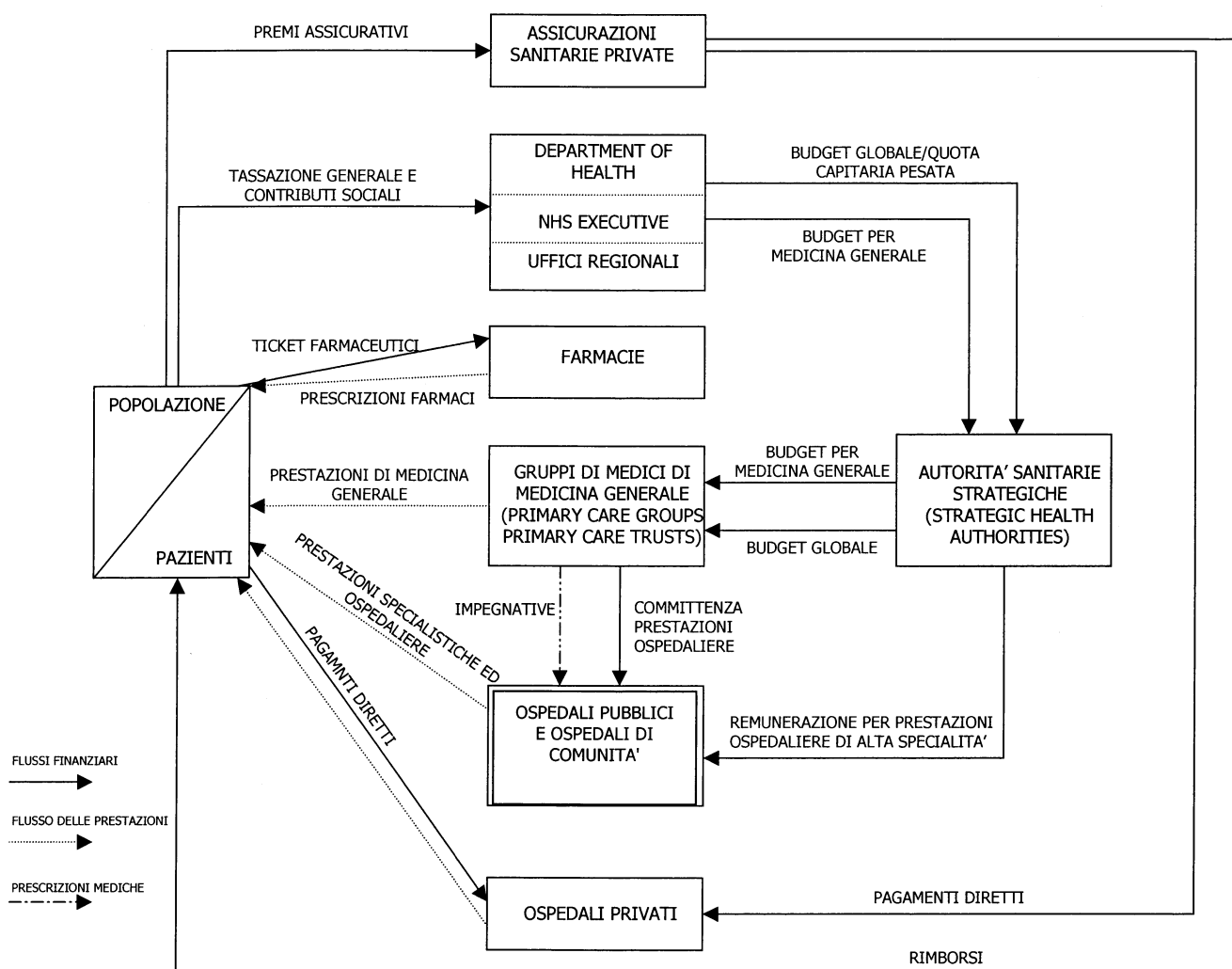
Nonostante l'esperienza del St. Göran sia ancora troppo breve per poterne valutare compiutamente gli effetti, gli osservatori hanno evidenziato quelli che potrebbero essere nel medio/lungo periodo gli aspetti più critici dell'iniziativa:

- le implicazioni derivanti dalla proprietà azionaria da parte dei dipendenti dell'ospedale (conflitto di interessi);
- la garanzia continua di un servizio sanitario appropriato, basato sulle reali condizioni cliniche dei pazienti e non sulla pura convenienza economica;
- la possibilità che la proprietà passi a gruppi stranieri o ad aziende farmaceutiche;
- le crescenti differenze nell'offerta ospedaliera delle aree rurali e urbane, dove si concentrano gli interessi del settore privato, quale possibile minaccia alla solidarietà sociale alla base del sistema sanitario svedese.

Il caso del Regno Unito

Il sistema sanitario del Regno Unito vede un ruolo dominante del settore pubblico, sia dal lato del finanziamento che dal lato dell'offerta dei servizi sanitari (figura 2). L'85% della spesa sanitaria complessiva è finanziata attraverso risorse pubbliche derivanti in via prioritaria dalla tassazione generale. Il 10% della popolazione possiede una assicurazione privata attraverso cui sono coperte appena il 4% delle spese sanitarie complessive. Gli ospedali sono di proprietà prevalentemente pubblica ma godono di una certa autonomia (Trust). Il 7% dei letti per acuti è gestito da strutture private che erogano prestazioni essenzialmente ai soggetti assicurati o a quelli che le pagano direttamente.

Figura 2 – Organizzazione sistema sanitario inglese (NHS)



Nel 2002 il governo ha dato un forte impulso al settore sanitario prevedendo di incrementare le risorse ad esso destinate ad un tasso pari al 7,4% annuo nei prossimi 5 anni, con l'intenzione di arrivare a raggiungere un rapporto fra spesa sanitaria complessiva e prodotto interno lordo pari al 9,4%.

Box.2 – Regno Unito: selezione indicatori sistema sanitario

| | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 |
|-------------------------------------|------|------|------|------|------|------|
| Spesa sanitaria pro capite (\$ PPP) | 1315 | 1422 | 1481 | 1527 | 1666 | 1763 |
| % Spesa sanitaria totale/PIL | 7,0 | 7,0 | 6,8 | 6,8 | 7,1 | 7,3 |
| % Spesa sanitaria pubblica | 83,9 | 82,9 | 79,9 | 79,9 | 80,1 | 81,0 |

La disponibilità di nuove risorse ha dato l'avvio ad importanti iniziative per rispondere alle aspettative della popolazione e fra queste, alcuni cenni meritano il progetto di collaborazione con il settore privato nell'erogazione diretta dei servizi sanitari attraverso la costituzione di "Centri di diagnosi e cura per interventi di elezione" (Diagnosis and Treatment Centres), e la proposta di trasformazione dei Trust in fondazioni (NHS Foundation Trust).

Con i *Diagnosis and Treatment Centres* (DTC) il governo prevede di incrementare la capacità produttiva del NHS al fine di ridurre in tempi ragionevoli le lunghe liste di attesa che pesano sul servizio sanitario. La caratteristica più interessante di questa iniziativa è il ruolo che verrà dato ai soggetti privati (anche provenienti da altri paesi europei) a cui il governo intende appaltare, in via prioritaria, l'attivazione e gestione dei nuovi centri.

Il progetto riguardante la trasformazione dei Trust in fondazioni rientra, invece, in un più ampio processo di riforma del sistema sanitario destinato a ridurre il ruolo del governo centrale per dare maggiore spazio alle comunità locali. Le norme che regolamenteranno i NHS Foundation Trust sono attualmente allo studio (entro la metà del 2004 dovrebbero essere disponibili), ma gli elementi essenziali che caratterizzeranno questi nuovi soggetti giuridici sono già stati resi noti:

- le NHS Foundation Trust saranno organizzazioni indipendenti di interesse pubblico e senza fini di lucro, modellate sull'esempio delle società cooperative;
- la proprietà delle strutture passerà dal governo centrale a quello locale, che diventerà responsabile diretto della gestione dei servizi alla comunità di riferimento;
- l'organo principale di governo (Board of Governors) sarà composto da una maggioranza di soggetti nominati dalla comunità locale, a cui si affiancheranno rappresentanti dei medici di medicina generale (primary care groups) e rappresentanti del personale dipendente;
- le strutture immobiliari essenziali avranno un vincolo di destinazione per prevenire eventuali "privatizzazioni" o utilizzi diversi.

La sperimentazione delle NHS Foundation Trust partirà a luglio 2003 ed inizialmente sarà riservata alle strutture che attualmente presentano livelli di performance migliori (3 stelle nel sistema di valutazione dell'NHS), mentre in un secondo tempo sarà allargata a tutte le strutture che presenteranno la richiesta e risponderanno a determinati requisiti di operatività.

L'evoluzione di queste due recenti iniziative lanciate nel Regno Unito sarà oggetto di grande interesse anche per il nostro paese, soprattutto per gli effetti che potranno produrre nelle modalità di organizzazione e gestione dell'offerta di servizi sanitari.

Tra le iniziative di collaborazione pubblico/privato che appaiono invece ormai consolidate in questo paese troviamo le Project Finance Iniziative (PFI), sviluppate con l'intento di incoraggiare il settore privato ad investire nell'ambito pubblico e di migliorare la qualità degli investimenti rispetto alle tradizionali modalità di appalto (public procurement).

Gli schemi di PFI vengono introdotti a partire dal 1992 dal governo conservatore con un clamoroso annuncio in cui si dichiara che tutti i nuovi investimenti di ammontare superiore ai 10 milioni di sterline devono essere "testati" attraverso lo schema del project financing. Nonostante la grande enfasi data all'iniziativa, la risposta del settore privato nei primi cinque anni è molto tiepida. Nel 1997 il nuovo governo laburista, condividendo l'utilità dello strumento, decide di rivedere le modalità di attuazione e gestione delle PFI emanando un atto in cui vengono sostanzialmente modificati gli aspetti che rappresentano ancora un ostacolo allo sviluppo di queste iniziative. Essenziale in questo senso è stata la successiva pubblicazione di un documento da parte del

Ministero del Tesoro (*A Step by Step Guide to the PFI Procurement Process*) per ridurre i tempi ed i costi delle procedure di realizzazione degli schemi di project financing. Nello stesso anno il Ministero della Sanità costituisce un gruppo di lavoro ad hoc (NHS Capital Prioritisation Advisory Group – CPAG) con il compito di formulare raccomandazioni sulle modalità di valutazione degli investimenti di dimensioni rilevanti, sia finanziati attraverso risorse pubbliche che private. Nel 1999, infine, il NHS Executive pubblica una nuova guida sulle iniziative di Project Financing (*Public Private Partnerships in the National Health Service: the Private Finance Initiative*) contenente esempi pratici e suggerimenti concreti su come sviluppare efficacemente gli schemi di finanza di progetto.

Il susseguirsi di provvedimenti attuati per dare impulso alle iniziative di project financing hanno iniziato a produrre effetti consistenti a partire dalla fine degli anni '90: a metà del 2000 erano stati conclusi gli accordi riguardanti 22 grandi progetti di costruzione di nuovi ospedali di questi, 18 finanziati attraverso gli schemi di project financing, per un valore complessivo di 1460 milioni di sterline. Lo schema prevalentemente adottato per le Project Finance Initiative è il cosiddetto DBFO (design, build, finance, operate) che copre la progettazione, il finanziamento, la costruzione e la gestione/manutenzione delle strutture ospedaliere, con l'esclusione di forme che prevedono l'assunzione diretta della gestione dei servizi sanitari rivolti alla persona.

Nel corso degli anni i progetti di collaborazione pubblico/privato realizzati attraverso le Project Finance Initiative hanno suscitato molte critiche sulla effettiva validità del modello nel settore sanitario, tanto che alcuni studiosi hanno rinominato queste iniziative con il termine "Private Management Initiative", volendo sottolineare come l'elemento centrale in questi progetti non fosse l'apporto di capitali privati di rischio, bensì la gestione dei servizi ausiliari connessi all'erogazione delle prestazioni sanitarie. In effetti, mentre all'inizio l'obiettivo prioritario perseguito è stato senza dubbio il reperimento di risorse finanziarie (fuori bilancio) per realizzare nuovi investimenti, successivamente gli schemi di project financing sono stati sponsorizzati perché considerati in grado di garantire una maggiore qualità ed efficienza nell'erogazione dei servizi sanitari, in quanto, l'integrazione delle fasi di progettazione, costruzione e gestione avrebbero determinato un incentivo fondamentale alla realizzazione di strutture altamente innovative.

Sulla base dei risultati delle analisi e delle valutazioni elaborate da diverse parti sulle iniziative fino ad oggi realizzate attraverso gli schemi di project financing, emergono le seguenti criticità:

- rispetto alle modalità tradizionali di investimento i risparmi effettivamente conseguiti sono stati marginali (intorno al 3%) e condizionati in modo sensibile dalle assunzioni sottostanti in termini di rischio e tasso di sconto, pertanto tali iniziative sembrano essersi diffuse soprattutto per la mancanza di concrete alternative (*the only game in town*) al reperimento di finanziamenti necessari ad effettuare i nuovi investimenti piuttosto che per la loro oggettiva convenienza;
- i costi di transazione hanno inciso in modo rilevante (superiore in media al 3% dei risparmi ottenuti) sui progetti considerati, però le numerose iniziative adottate nel corso degli anni per migliorare le procedure e standardizzare i contratti dovrebbero permettere una diminuzione di questi costi ed una riduzione dei tempi di realizzazione;
- non sono stati registrati significativi miglioramenti nella progettazione delle strutture ospedaliere;
- la possibilità di adottare gli schemi solo per la costruzione delle strutture e la gestione dei servizi ausiliari (manutenzione, pulizia, mensa, ecc.), escludendo quelli diretti alla cura della persona che rappresentano quasi il 70% dei costi complessivi di gestione, appare un limite notevole alla realizzazione di risparmi attribuibili ad una maggiore efficienza operativa;
- il flusso di uscite future a carico dei soggetti pubblici per sostenere tali progetti nel tempo, non sembra essere stato sufficientemente pesato, soprattutto in relazione ai vincoli impliciti che essi comportano rispetto all'erogazione di prestazioni sanitarie alternative.

Le Project Finance Initiative, come abbiamo visto, sono state oggetto di approfondite analisi che hanno suscitato un vivace dibattito, tutt'ora in atto, nel Regno Unito. Al di là delle considerazioni positive e negative emerse, comunque, è indubbio che l'intenso esame a cui sono state sottoposte

ha permesso di mettere a disposizione una grande quantità di materiale utile anche per altri paesi, tra cui l'Italia, che hanno intrapreso tali progetti.