

# Sanità

Anno XI - n. 40  
Poste Italiane Sped. in A.P.  
D.L. 353/2003 conv. L. 46/2004,  
art. 1, c. 1, DCB Roma

Settimanale  
14-20 ottobre 2008  
www.24oresanita.com

Anteprima del documento di lavoro della commissione di studio dell'Assr sulle sperimentazioni gestionali

## Pubblico-privato, il primo bilancio

Chi investe oggi ha ancora pochi margini - In futuro servono più garanzie per il Ssn

**S**erve un faccia a faccia tra pubblico e privato per rimuovere gli ostacoli che frenano lo sviluppo delle sperimentazioni gestionali e delle partnership in campo sanitario, frenate dalla scarsa convenienza dell'attività per l'investitore. Per far sì che nessuna delle due parti ci rimetta bisogna però fissare regole tassative, introdurre sanzioni, blindare i contratti. Il consiglio è contenuto in un documento di lavoro prodotto nell'ambito della commissione sulle sperimentazioni gestionali istituita nell'ambito dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (all'epoca Assr).

SERVIZI A PAG. 2-5



### Modelli

**Lombardia al top nelle partnership «sicure»**

A PAG. 6-7

### All'estero

**Così fanno in Francia, Inghilterra e Australia**

PAG. 2

### LA PROPOSTA DEL MINISTERO

**Ai Lea tagli per 2 miliardi**

Tac, analisi, Rmn: paletti alla specialistica - Regioni in trincea

Il ministero scopre le carte sui nuovi Lea: tagli per 2 miliardi sulla specialistica (dalle Tac alle Rmn fino alle analisi), ma conferma di tutte le altre nuove prestazioni assicurate nella versione licenziata dal precedente Governo. Le Regioni non ci stanno: con le prestazioni trasferite al privato ci saranno meno ricavi per il Ssn.

A PAG. 9

### FEDERALISMO FISCALE



NELL'INSERTO

### CONVENZIONI

**Medici di famiglia al tavolo**

Sacconi alla Fimmg: «Serve un patto» - Milillo: «È tregua»

Le convenzioni possono ripartire e l'appuntamento dovrebbe essere il 23 ottobre. Ma i medici di famiglia, rassicurati dal ministro Sacconi sulla «rifondazione» della medicina generale, non abbassano la guardia e sono cauti sulle aperture del Co-

mitato di settore che ha modificato l'atto di indirizzo prevedendo tutti gli aumenti sul contratto nazionale: «Tregua, purché si cambi», hanno detto dal congresso della Fimmg di Cagliari.

A PAG. 25

«E io boccio l'informatore»

Generalisti insoddisfatti dell'informazione scientifica ricevuta dalle farmaceutiche. E scontenti anche degli informatori. Ecco la fotografia del Centro studi Fimmg.

A PAG. 26

L'intramoenia nel cassetto

C'erano 4 anni in più per l'edilizia e uno per l'intramoenia allargata nel primo testo del Dl 154/2008. Ma la materia è parlamentare e tutto è stato rinviato alle Camere.

A PAG. 8

### IN VETRINA

**Sdo 2007: ricoveri in calo del 4,2% Ma si riduce anche il day hospital**

Nel 2007 i ricoveri diminuiscono in media del 4,2% rispetto al 2006, ma a calare di più sono quelli in day hospital: -7% circa. Il quadro è quello tracciato dalle Sdo 2007, appena pubblicate dal ministero della Salute. Sul fronte delle prestazioni, parti e patologie cardiovascolari sono al primo posto. (Servizi a pag. 16-17)

▼ **Agenas: sicurezza, best practice sotto i riflettori**  
L'Agenas ha presentato a Roma le buone pratiche delle strutture sanitarie italiane nella gestione del rischio. Oltre 350 le esperienze raccolte. (Servizio a pag. 8)

▼ **Europa: ecco l'agenda sanitaria del commissario**  
Il commissario alla Salute Vassiliou ha presentato le prossime iniziative della Ue in campo sanitario. Tra le misure una direttiva sui trapianti. (Servizio a pag. 14)

▼ **Usa: anche le cure nella corsa alla Casa Bianca**  
La corsa per raggiungere la Casa Bianca dipenderà molto dalle proposte di riforma del sistema sanitario dei due candidati. (Servizio a pag. 14)

▼ **Aiom: dagli oncologi sfida su target e servizi**  
Gli oncologi italiani in congresso a Verona: nel mirino le terapie mirate sul bersaglio, l'alleanza medico-paziente e la sfida della riabilitazione. (Servizio a pag. 29)

## Il sogno di un Nobel

Il Nobel per la Medicina assegnato - ex aequo con il tedesco zur Hausen per le scoperte sul papillomavirus - agli scienziati Luc Montagnier e Françoise Barré-Sinoussi, identificatori dell'Hiv, evoca un doppio sogno. Il primo, tutto personale, dell'americano Robert Gallo che per anni ha conteso ai francesi la primogenitura della scoperta, è andato definitivamente in frantumi con l'ufficializzazione del premio di Stoccolma ai ricercatori del Pasteur.

Il secondo sogno, ben più importante, lo ha rilanciato con forza lo stesso Montagnier quando gli hanno comunicato la vittoria. «Il vaccino

terapeutico - ha detto - potrebbe essere pronto nel giro di quattro anni». Parole cruciali se pronunciate - da chi ha incassato il massimo riconoscimento internazionale per la medicina - in tempi bui per la battaglia contro il virus-zelig che ha già mietuto 25 milioni di vittime. Non si è ancora spenta infatti l'eco della sonora bocciatura, a fine agosto, del maxi-piano americano Piave per la sperimentazione di un vaccino preventivo contro l'Hiv. Le parole del Nobel Montagnier riaccendono la speranza. (B.Gob.)

A PAG. 15

### QUADERNO



IN ALLEGATO

### GUIDA ALLA LETTURA

Primo Piano	a pag. 2 - 7
Dal Governo	8 - 9
In Parlamento	11
Dibattiti	12 - 13
Dal mondo	14
Cronache	15
Speciale	16 - 17
Inserto	1 - VIII
Focus	18 - 19
Aziende/Territorio	20 - 24
- Mercati&News	23
Lavoro/Professione	25 - 31
- Fisco/Previdenza	27
- Medicinæ	29
- La Giurisprudenza	30 - 31

### A PAG. 18-19

**Carceri**

**Il passaggio della medicina penitenziaria alle Asl sta registrando pesanti ritardi attuativi**

### A PAG. 27

**Fisco**

**Niente Iva sui congressi organizzati nei Paesi Ue, ma l'esenzione non è sempre automatica**

### A PAG. 30

**Cassazione**

**L'inattività forzata imposta allo specialista per mancanza di locali adatti è mobbing e va risarcita**

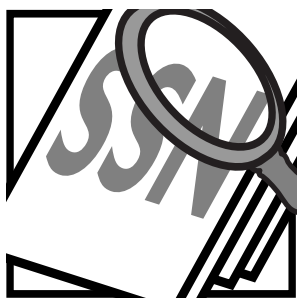
### Value Relations®



Non aspettare il momento giusto. **CREALO!**

Lavoriamo al vostro fianco per sviluppare **RELAZIONI DI VALORE**

www.valuerelations.it



SPERIMENTAZIONI GESTIONALI/ Cinque esperienze di partenariato sotto i riflettori

# Servizi efficienti a costi ridotti

## La formula più gettonata: società mista a capitale pubblico-privato

**D**a Cortina a Omegna, passando per Motta di Livenza, Mantova e Montecatone: cinque sperimentazioni gestionali di successo che, pur non suggerendo una ricetta unica per le collaborazioni tra soggetti pubblici e investitori privati, indicano la possibilità di ottenere servizi più efficienti con costi ridotti e una migliore governance dei processi sanitari.

Sono alcune delle esperienze più significative di partnership pubblico-privato su cui si sono accesi i riflettori della Commissione di studio in materia di sperimentazioni e innovazioni gestionali (Sig) istituita nel marzo 2001 presso l'Agenzia per i servizi sanitari regionali.

La formula più gettonata tra le cinque esperienze selezionate è quella della società mista, le cui caratteristiche sono state individuate dall'articolo 9-bis del Dlgs 502/92, che introduceva la possibilità per le Regioni di dar vita a società miste a capitale pubblico e privato al fine di dare attuazione alle sperimentazioni gestionali. E fissava dei paletti in relazione alla compagine societaria, alla definizione dei poteri degli organi della società e alla durata delle sperimentazioni.

Diversa, invece, la soluzione battuta nella sperimentazione gestionale "Fratelli Montecchi di Suzzara" dove il modello prescelto è quello della fondazione, previsto dall'articolo 90 della legge 388/2000. Si tratta, in questo caso, di una "fondazione di partecipazione" in cui la presenza del privato si sviluppa mediante apporti patrimoniali o patrimonialmente valutabili. Con un ampio coinvolgimento delle comunità locali nelle scelte e negli indirizzi di politica sanitaria nel territorio.

### Partnership in casa del Ssn: esperimenti sotto la lente

#### OSPEDALE CODIVILLA PUTTI DI CORTINA D'AMPEZZO

- Nell'ambito della società mista, a maggioranza pubblica, sono state delegate all'amministratore, di nomina privatistica, tutti i poteri inerenti alle funzioni gestionali. Gli obiettivi più qualificanti assegnati alla sperimentazione sono: introdurre un modello innovativo di organizzazione e migliorare l'efficienza economica qualitativa del servizio. Gli obiettivi sono stati raggiunti in brevissimo tempo. L'azienda ha incrementato notevolmente sia la capacità attrattiva extra regione sia i ricoveri a pagamento (+89% nell'anno 2005), sviluppando il fatturato senza gravare sul finanziamento regionale.
- I contratti di lavoro, di tipo sia pubblico sia privato, sono stati gestiti senza particolari conflitti. I dipendenti pubblici sono passati in poco più di un anno da 121 a 76 unità con corrispondente crescita dei dipendenti privati. Il risparmio conseguito sul costo del lavoro è pari a 12mila euro/anno per dipendente.
- È stata dimostrata una buona capacità di produrre reddito con un radicale cambio di rotta nel rapporto costi-ricavi rispetto alla precedente gestione pubblica.

#### OSPEDALE MADONNA DEL POPOLO DI OMEGNA

- Il socio privato è in minoranza con delega all'amministrazione delle attività e alla manutenzione ordinaria e straordinaria della struttura, che rimane di proprietà dell'Asl 14.
- La trasformazione da ospedale generale a ospedale di alta specializzazione ortopedica viene impostata dal privato mettendo in essere un originale modello gestionale nel quale al paziente è lasciata la libertà di scelta del medico e nel quale sono funzionalmente soppresse le unità operative sostituendole con articolazioni organizzative funzionali secondo una logica d'équipe per specialità dotata di un medico coordinatore.
- L'innovatività del modello gestionale introdotto ha generato un incremento di attività e di complessità della casistica trattata dal 2003 al

2005 con contemporanea riduzione della degenza media. Il fatturato complessivo è cresciuto del 26% circa, il limitato incremento del costo del personale è dovuto alla diminuita incidenza del personale pubblico, che presenta un costo unitario più elevato del privato (analogamente alla sperimentazione Codivilla Putti).

- È interessante notare una riduzione pari al 40% circa dell'uso dei farmaci (anno 2004 su 2003).
- Le tre principali voci di costo della produzione si incrementano pertanto del 10% contro un incremento della produzione del 21 per cento.

#### OSPEDALE RIABILITATIVO DI ALTA SPECIALIZZAZIONE SPA - MOTTA DI LIVENZA

- Il socio privato è in minoranza al 23% circa, con ampi poteri gestionali, ivi incluso la possibilità di svincolarsi dalle procedure di affidamento pubbliche per acquisti, servizi e lavori.
- La riconversione da ospedale generale a ospedale riabilitativo di alta specializzazione, dotato di 70 posti letto, ivi inclusi quelli di riabilitazione intensiva (3° livello), è avvenuta in tempi e con costi relativamente contenuti grazie allo svincolo dalle procedure di affidamento pubbliche e all'utilizzo di quelle privatistiche anche per la voce investimenti.
- Il miglioramento economico della gestione è dovuto, come nei precedenti casi, all'incremento di produttività (costo del lavoro su unità prodotte) nonché alle altre voci di costo quali il materiale sanitario (-40%) e i servizi acquisiti all'esterno (-48%).
- Le perdite di gestione si sono ridotte nei primi due anni per raggiungere l'utile nel terzo anno. La limitata velocità di riduzione del passivo è dovuta alla debole crescita della produzione imposta alla società dal soggetto pubblico, allo scopo di tenere sotto controllo la spesa complessiva sanitaria territoriale.

#### SPERIMENTAZIONE GESTIONALE "FRATELLI MONTECCHI DI SUZZARA"

- La riduzione dei posti letto per acuti e la parallela apertura dei posti letto di riabilitazio-

ne ortopedica, con relativa gestione, sono state impostate in collaborazione con i privati. È stata, a tale scopo, costituita una Fondazione di partecipazione alla quale partecipano i Comuni presenti nel territorio oltre che l'azienda ospedaliera Carlo Poma e l'associazione "Zuccati".

- La partecipazione delle comunità locali alla Fondazione consente di coinvolgerle nel governo dell'ospedale e, di conseguenza, di garantire una migliore percezione delle esigenze dei bisogni del territorio in termini di assistenza sviluppando nuove sinergie di integrazioni tra sanitario e sociale.
- La Fondazione acquisisce in uso la struttura ospedaliera dall'azienda ospedaliera e avvia una procedura di selezione pubblica per individuare il soggetto privato cui assegnare il contratto di concessione (durata 18 anni) per la gestione e l'adeguamento strutturale e tecnologico.
- La Fondazione costituisce organismi di vigilanza sulla concessione per verificare il rispetto degli obblighi contrattuali da parte del gestore e un comitato tecnico scientifico per valutare, sotto il profilo clinico, la gestione dei servizi sanitari e per proporre eventuali correttivi, in rapporto alle esigenze della popolazione e all'evoluzione della scienza medica.

#### SPERIMENTAZIONE GESTIONALE "MONTECATONE REHABILITATION INSTITUTE"

- La società mista ha convertito l'ospedale di Montecatone in ospedale di riabilitazione (che passa da 50 a 150 posti letto), ristrutturando il fabbricato di proprietà della società mista.
- L'attività gestionale da parte del privato ha comportato anche l'avviamento delle attività di chirurgia funzionale riabilitativa nonché la costituzione di una Onlus per la ricerca.
- Le modalità di acquisto di beni e servizi adottate sono quelle di una società esclusivamente privata, permettendosi di perseguire vantaggi economici molto interessanti.

### LE RICETTE DIFFUSE IN ALTRI PAESI

## Contratti standard, modello per gli accordi

**S**ono state una delle bandiere del governo Blair. Tanto da essere proposte come panacea di tutti i mali in tre settori chiave: salute, scuola e trasporti. Ma la storia delle partnership pubblico-privato (Ppp) è fatta di luci e ombre anche al di là dei confini nazionali. E non solo tra i sudditi di Sua Maestà: la messa a punto di ricette per incentivare l'iniziativa privata in alcuni comparti e migliorare l'efficienza di determinati servizi ha richiesto un lungo assestamento.

Alla fine, però, Regno Unito, Francia e Australia - sottolinea la bozza dello studio dell'Assr sulle collaborazioni pubblico-privato - sembrano aver trovato la quadratura del cerchio. Seguendo, pur con qualche distinguo, la stessa filosofia: governare la materia con contratti standard e regole puntuali cui devono attenersi i singoli progetti di partnership e affidare a strutture ad hoc la supervisione degli accordi.

**Partenariato in salsa inglese.** I primi tentativi di accordo pubblico-privato risalgono al 1992. Quando la Private finance initiative, che disciplinava l'acquisto di servizi a



#### Francia

La realizzazione delle collaborazioni pubblico-privato è accompagnata da un delicato lavoro di preparazione, il "dialogo competitivo", nel corso del quale l'autorità locale (Eps), crea un gruppo di lavoro dedicato che valuta tempi, costi e alternative al contratto di project financing. Un percorso che prevede il coinvolgimento dei privati (che sono anche candidati alla partnership) e che serve a mettere a punto una matrice dei rischi con indicazioni sulla negoziabilità della loro allocazione. Per progetti di grandi dimensioni si consiglia di selezionare 3 candidati, 5 per progetti più contenuti.

lungo termine a opera del pubblico, fece il suo debutto senza però riscuotere un forte interesse tra i potenziali investitori. Una debacle superata con la creazione di una società, la Partnerships Uk (Puk), che affianca i soggetti pubblici nella costituzione delle Ppp, e la messa a punto di linee guida e regole per i progetti di partenariato. Che devo-



#### Regno Unito

Il modello più in voga di Ppp nel Regno Unito è il Dbfo (Design-Build-Finance-Operate) in base al quale il privato progetta e costruisce un'opera finalizzata all'erogazione di un servizio pubblico, ne finanzia i costi e si occupa della gestione delle infrastrutture. Alla scadenza del contratto, il privato può conservare la proprietà della struttura o cederla al soggetto pubblico, che versa al primo dei fondi per coprire le spese di costruzione, l'uso dell'opera e i rischi sostenuti. Un altro modello è quello del "Local improvement finance trust" per incentivare il partenariato nello sviluppo di strutture di primary care.

no obbligatoriamente ricalcare un modello generale, il Dbfo (Design-build-finance-operate) con cui il privato progetta e costruisce un'opera connessa all'erogazione di un servizio pubblico assumendo l'onere della gestione degli elementi infrastrutturali. Il soggetto pubblico, non proprietario del bene, versa al privato denaro per coprire i costi e può

acquisire la proprietà della struttura alla scadenza del contratto.

**Project finance d'Oltralpe.** La svolta di là delle Alpi è scattata nel 2004, dopo l'approvazione del programma di investimenti ospedalieri del ministero della Salute e il recepimento di alcune direttive Ue sui contratti di partenariato. Così la Beh (Bail Emphytéotique Hospita-



#### Australia

La regolamentazione delle Ppp predisposta dallo Stato del Vittoria pone l'accento sulla natura del servizio, l'interesse pubblico e il rapporto tra qualità della prestazione e costi sostenuti. Nella maggioranza degli Stati australiani l'erogazione dei servizi pubblici è limitata solo ai servizi no-core: le Ppp sono off limits nell'amministrazione della giustizia, nell'insegnamento pubblico e nei servizi medici negli ospedali. I progetti di Ppp devono poi essere valutati anche in rapporto ai diritti del consumatore e confrontati con i costi e gli eventuali risvolti legati all'erogazione diretta del servizio da parte del soggetto pubblico.

lier), una sorta di project financing alla francese, ha cominciato a prendere piede nel Paese. Sotto la supervisione della Missione nazionale di appoggio all'investimento ospedaliero, una costola del dicastero della Sanità, che promuove, tra l'altro, la crescita delle Ppp nel settore. Una ricetta che beneficia di un quadro normativo articolato e si svilup-

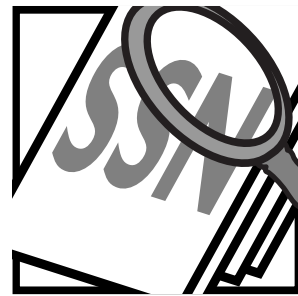
pa con un percorso a tappe, il "dialogo competitivo", che serve al pubblico per selezionare il migliore progetto di investimento e il privato più affidabile.

**Modello "Victoria".** È stato il primo a predisporre regole precise per le collaborazioni pubblico-privato. E così lo Stato di Vittoria, in Australia, ha fatto scuola, seguito dal resto del Paese. Un pacchetto di istruzioni, la "Partnerships Victoria", che detta gli ingredienti fondamentali per la migliore riuscita delle Ppp. Individuando tre aspetti cruciali per la scelta della formula: la natura del servizio, la questione del pubblico interesse e il rapporto qualità-costo. Perché non tutti i servizi possono essere "appaltati" ai privati. Ordine pubblico, amministrazione della giustizia, servizi medici negli ospedali sono esclusi dalle Ppp.

Niente modelli preferenziali, però. Anche se nel Vittoria sembrerebbe prendere piede la "cura" già adottata da Regno Unito e Francia: un contratto standard che i singoli progetti di partenariato saranno chiamati a inglobare.

Celestina Dominelli

SPERIMENTAZIONI GESTIONALI/ Analisi dell' Assr sulle collaborazioni pubblico-privato



# La partnership vuole regole

Patti sbilanciati: serve un ponte tra le parti - Trasparenza, cura vincente

È ora che pubblico e privato si mettano attorno a un tavolo per tirare assieme le fila delle partnership nel settore sanitario, rimuovere gli ostacoli e le diffidenze reciproche e far sì - in sostanza - che nessuna delle parti in gioco si ritrovi a rimetterci. Il consiglio - datato marzo 2007 - è contenuto in un documento di lavoro prodotto nell'ambito della commissione sulle sperimentazioni gestionali istituita nell'ambito dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (all'epoca Assr), che ha passato al setaccio le partnership in pista e tirato le fila di un percorso che resta "comme ci, comme ça" ("né carne, né pesce", per dirla all'italiana). Riflessioni che assumono ancora più sapore alla luce dello scivoloso dibattito sulla "privatizzazione" delle corsie pubbliche inefficienti acceso la settimana scorsa dal premier Berlusconi e focalizzato dal ministro del Welfare, Sacconi con un chiaro riferimento alle possibilità della finanza di progetto delineate con la Finanziaria 1988.

Non nel segno delle "privatizzazioni" ma senz'altro

Luci e ombre dell'esperienza su campo	
<b>GLI ASPETTI POSITIVI</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Le Ppp sono considerate una alternativa assistenziale interessante, che rende sinergi interessi pubblici e privati</li> <li>Le Ppp potrebbero servire a rimuovere la logica dei "tetti" alle prestazioni dando spazio all'appropriatezza</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Definire puntualmente l'allocazione dei rischi, condizione indispensabile per la bancabilità dei progetti</li> <li>Asl e Ao devono verificare anticipatamente la sostenibilità dei canoni da corrispondere al privato</li> <li>Va definito un chiaro indirizzo politico sulle opere da realizzare per garantire maggiori certezze al privato</li> </ul>
<b>LE CRITICITÀ RILEVANTI</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>La posizione minoritaria di legge riduce l'interesse dei privati a cimentarsi nel settore</li> <li>La contemporaneità dei due contratti - pubblico e privato - aumenta la complessità gestionale</li> <li>La durata triennale delle sperimentazioni non consente un adeguato rodaggio</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Considerare la Fondazione uno strumento interessante per le Ppp perché garantisce il coinvolgimento delle comunità locali e la creazione di comitati di vigilanza</li> <li>Valutare se e come superare la criticità relativa alla riserva di maggioranza per il soggetto pubblico</li> <li>Individuare regole e procedure da seguire rigidamente sia nella progettazione che nell'attuazione delle Ppp</li> <li>Adottare linee guida, contratti tipo, metodologie di valutazione omogenee come ausilio per le amministrazioni</li> <li>Organizzare una attività sistematica di monitoraggio delle Ppp per predisporre eventuali correttivi</li> </ul>
<b>LE ESIGENZE PER LA FINANZA DI PROGETTO</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Definire con chiarezza le esigenze pubbliche da soddisfare per evitare il rifacimento ripetuto dei progetti</li> <li>Definire puntualmente impegni e clausole contrattuali per evitare rinegoziazioni in corso d'opera (25-30 anni)</li> </ul>	

nell'ottica di un recupero di funzionalità ed efficienza delle strutture sanitarie l'analisi del gruppo di lavoro dell'Assr di cui proponiamo una sintesi in queste pagine, che evidenzia tra i tanti i due fondamentali ostacoli che contribuiscono a tarpare le ali alla crescita delle partnership. Nel mirino: la scarsa redditività, per il socio privato, delle sperimentazioni gestionali in atto (che stronca al privato la voglia di scommetterci su) e la brevità

delle sperimentazioni avviate, ovvero i tre anni di legge, pesantemente condizionati dalle complessità gestionali da risolvere prima che tutto giri a dovere.

Tra i rilievi avanzati all'assetto attuale, la logica dei "tetti" alle prestazioni erogate - additato come fattore di distorsione del livello assistenziale erogato - e lo scarso rilievo dato finora alla Fondazione come alternativa alla società mista pubblico/privata dotata di un quid essen-

ziale in più: la possibilità di coinvolgere le comunità locali e di istituire comitati di vigilanza e controllo indispensabili per i contratti a lungo termine.

Il consiglio snocciolato dagli esperti coinvolti nella review getta il cuore oltre l'ostacolo, ma fa riflettere: bisogna «rileggere la disciplina di settore» - scrivono - e superare le diverse criticità tra cui citano «la prevista necessaria riserva della maggioranza in capo al soggetto

pubblico». Consiglio da far tremare i polsi, specie dopo le recentissime dichiarazioni dei protagonisti del Welfare in tema di pubblico-privato (cfr. «Il Sole-24 Ore Sanità» n. 39/2007).

Tuttavia, presa visione degli aggiustamenti proposti dagli esperti per creare un ponte tra i due fronti, a colpire più di tutto è l'invito a saltare il fosso delle ideologie, adottando un approccio pragmatico capace di avvicinare i due mondi.

I consigli per l'uso: basare l'interazione tra i due pianeti sulla misura dei costi e la qualità dei servizi forniti, per dare assoluta trasparenza alla partnership; utilizzare conto economico e stato patrimoniale delle aziende sanitarie come metro di giudizio sull'utilizzo del denaro pubblico e dell'effettivo margine di miglioramento dei processi produttivi.

È a partire da questa base - dicono gli esperti - che gli istituti attualmente previsti e i relativi meccanismi di riequilibrio dei contratti potranno essere utilizzati, garantendo che nessuna delle due parti debba rimetterci, anche in presenza di accordi di lunga o lunghissima durata e anche se al privato si lascia un po' di spazio in più.

Il segreto per tutelare comunque gli interessi del pubblico sarà l'adozione di vincoli contrattuali tassativi su standard di qualità e quantità di prestazioni erogate e di un sistema di sanzioni che possono arrivare anche alla risoluzione di un rapporto che il privato a quel punto avrà tutto l'interesse a mantenere.

Sara Todaro

## I pareri, le esperienze e le doglianze dei protagonisti

Otto punti deboli per le società miste, cinque per le concessioni: in tutto tredici buoni spunti di riflessione su presente e futuro delle partnership pubblico-privato in sanità.

A suggerirli, i player pubblici e privati ascoltati dalla commissione dell'Assr sulle esperienze in materia. Tra gli auditi, rappresentanti della PA (es. le Regioni Lombardia e Piemonte, la Asl di Belluno), istituti di credito (es. Bei, Unicredit), player del settore sanitario (es. Technit, Humanitas) e associazioni (es. Abi, Ania, Confindustria).

Ecco, in sintesi, le problematiche emerse per tipo di partenariato.

**Ppp in società mista.** Riguarda in genere dell'affidamento di attività core (cura), tramite la quale il socio gestore (partecipazione max 49%) punta a consolidare la propria presenza nel mercato di settore.

1 **Selezione del partner privato:** per garantire la scelta di partner adeguati

servono trasparenza, par condicio, rispetto delle norme Ue.

2 **Durata triennale delle sperimentazioni:** impone la definizione del ruolo del privato post-sperimentazione;

3 **Governance societaria:** chiesto il superamento dell'azionariato minoritario privato; segnalati i patti parasociali che hanno consentito la delega di gestione mantenendo il potere di controllo del pubblico.

4 **Misurazione della qualità:** per la gestione trasferita al privato si esige in genere la rispondenza alle Vision 2000, ma andrebbero previste apposite clausole contrattuali in materia.

5 **Determinazione del valore dell'avviamento:** la valutazione del ramo da apportare alla società mista è una delle maggiori problematiche in assenza di valide modalità di misurazione dei risultati nel pubblico.

6 **Gestione finanziaria:** servirebbero meccanismi per garantire i termini di

pagamento da parte della Regione.

7 **Acquisto di servizi:** bisogna garantire la verifica di convenienza del contratto invitata del controllo della Corte dei Conti.

8 **Gestione del personale:** attualmente si prevede il passaggio a comando dei dipendenti al nuovo soggetto giuridico, con successiva facoltà di opzione del dipendente. Per superare la diffidenza dei professionisti verso il passaggio al privato si suggerisce la salvaguardia del trattamento previdenziale Inps, ritenuto più vantaggioso rispetto a quello privatistico (Impdap).

**Ppp su concessione di gestione e costruzione.** Prevedono in genere l'esecuzione e gestione dell'opera per le attività no core da parte di un privato (spesso raggruppamento di imprese in società di progetto). Le Fondazioni di partecipazione lanciate dalla Lombardia hanno previsto anche l'affidamento delle attività core.

1 **Rischi di progetto:** la loro adeguata allocazione va strutturata nell'ambito del contratto di concessione. Tra i più segnalati dai partner privati: i tempi pagamento; i contenziosi da parte dei non aggiudicatari delle gare; ritardi amministrativi; rischi "politici" (mutamenti nell'amministrazione regionale).

2 **Affidamento servizi e sostenibilità dei canoni:** i player privati ritengono che la redditività della concessione sia connessa alla più efficiente gestione dell'attività core (sanitaria) e ne chiedono l'affidamento. In caso contrario la PA dovrà verificare ex ante la sostenibilità del canone di disponibilità da versare al privato.

3 **Coinvolgimento del privato nella progettazione:** il grado di coinvolgimento varia in rapporto alla procedura scelta. Nel procedimento del promotore è il futuro concessionario a sviluppare il progetto, nella procedura prevista dal Codice dei contratti pubblici (Dlgs

163/2006, art. 144) può accadere che la PA metta in gara un progetto esecutivo (es. per i progetti finanziati ex art. 20 Finanziaria '88). Si chiede di individuare nel contesto della gara le modalità per far fronte alle diverse esigenze.

4 **Bancabilità e financial closing:** per la firma dei contratti di finanziamento (financial closing) gli istituti finanziari chiedono la completa definizione degli impegni e allocazione dei rischi, per questo sarebbe bene coinvolgerli fin dalle prime fasi del progetto. Tra le ipotesi avanzate: prevedere nei bandi la contestualità dei contratti (finanziamento-concessione), ovvero individuare un termine definito per il financial closing dall'aggiudicazione, pena la revoca della concessione.

5 **Valutazione della qualità delle prestazioni erogate dal privato:** chieste modalità standardizzate di misurazione e strutture contrattuali "ultrasensibili" per far fronte ad eventuali mutamenti della situazione oggettiva.

## Nascita e sviluppo della disciplina normativa sulle "sperimentazioni gestionali" in Sanità

### LEGGE N. 412/1991 (ART. 4)

- Introduce - con l'obiettivo di migliorare l'efficienza del sistema sanitario - l'istituto della "sperimentazione gestionale" ricomprendendovi anche forme di collaborazione su: modalità di pagamento, servizi e prestazioni fornite da singoli, istituzioni volontarie e di mutua assistenza, consorzi, società ecc., nel rispetto dei Lea e dei rispettivi finanziamenti
- Aprire le porte a forme di collaborazione tra aziende sanitarie pubbliche e privati (profit e non profit) senza però fornire specifiche definizioni delle sperimentazioni gestionali e delle procedure necessarie ad attivarle

### DLGS 502/1992 (ART. 9-BIS -EX ART. 11 DLGS 517/1993)

- Riprende la disciplina delle sperimentazioni riconducendole al processo di aziendalizzazione e imponendo ponendo l'obbligo di specificare le garanzie di supporto alle convenzioni attivate
- Sotto il profilo procedurale, per la realizzazione delle sperimentazioni si prescrive la realizzazione di società miste a capitale pubblico-privato e si pone un limite massimo del numero di sperimentazioni attivabili sul territorio nazionale: saranno massimo 9, omogeneamente distribuite e individuate dalla Stato-Regioni

### DLGS N. 229/1999 (ART. 10)

- Prevede il superamento del limite al numero delle possibili sedi di sperimentazione gestionale, potenziando anche il ruolo della Conferenza Stato-Regioni in materia, che viene chiamata a esercitare una potestà autorizzativa sui progetti proposti dalle Regioni
- Pur non escludendo altre forme di collaborazione, l'articolo 10 della "Riforma Bindi" disciplina specificamente le sperimentazioni attuate tramite la costituzione di società di capitali per lo svolgimento di compiti di tutela della salute, prevedendo che le Regioni - nell'elaborare il progetto - motivino le ragioni di convenienza per la loro creazione (economica, di miglioramento della qualità dell'assistenza ecc.) ed evidenzino i criteri di garanzia relativi all'assetto societario e alle caratteristiche dei soggetti privati coinvolti
- In particolare si modifica il comma 9-bis prevedendo che i soci privati siano scelti preferibilmente tra le organizzazioni non lucrative di utilità sociale (ex art. 10 Dlgs 460/97) e che non detengano quote maggioritarie

### LEGGE 388/2000 (FINANZIARIA 2001 - ART. 90)

- Per facilitare la diffusione delle sperimentazioni gestio-

nali, la norma prevede l'esenzione dalle imposte sui trasferimenti di beni a favore di fondazioni private effettuate nell'ambito delle sperimentazioni gestionali

### LEGGE 488/2001 (FINANZIARIA 2002 - ART. 52)

- La norma stabilisce che gli Irccs di diritto pubblico possono essere trasformati in via sperimentale in società per azioni o in fondazioni di diritto privato

### LEGGE 405/2001 (ART. 3)

- Regolamenta ulteriormente gli spetti procedurali ribaltando alcune delle scelte normative assunte in precedenza
- In particolare la norma assoggetta alla sola volontà regionale l'avvio delle sperimentazioni gestionali in campo sanitario, sopprimendo del tutto la prevista autorizzazione della Conferenza Stato-Regioni
- Si attribuisce alle Regioni e alle Province autonome il potere di adottare i programmi di sperimentazione gestionale, con l'unico vincolo di trasmetterne copia ai i ministeri competenti assieme a una relazione annuale sui risultati conseguiti

SPERIMENTAZIONI GESTIONALI/ Opportunità economica e sostenibilità finanziaria sono

# Il partenariato conviene se si

Quattro fasi essenziali: identificazione, valutazione, gestione e monitoraggio



Senza la valutazione preventiva dei rischi le partnership pubblico-privato (Ppp) non sono consigliabili. E la bozza di studio dell'Agenzia li spiega uno a uno (v. tabella in fondo alla pagina).

La valutazione dell'applicabilità e della convenienza delle varie forme di Ppp per la realizzazione di opere di edilizia sanitaria deve essere fondata su tre aspetti: valutazione della convenienza economica e della sostenibilità finanziaria da parte del concessionario del progetto; valutazione della convenienza economica e della sostenibilità finanziaria da parte dell'azienda sanitaria per la durata stimata del rapporto di collaborazione; ripartizione otti-

male dei rischi tra soggetto pubblico e soggetto privato, in linea con la capacità di ogni parte di gestire e sopportare i rischi, senza compromettere il bilancio economico complessivo del progetto.

Elemento essenziale per la valutazione dell'applicabilità delle Ppp è una valutazione accurata e approfondita e una verifica prima del confronto con il mercato da parte dell'azienda, della propria capacità di sostenere gli oneri che derivano dal rapporto contrattuale col privato e degli impatti sul bilancio dei recuperi di efficienza gestionale.

Ma altrettanto importante è ottenere un posizionamento ottimale dei rischi di progetto, per minimizzarne i costi, e assegna-

re a ciascuno in funzione del ruolo che ha, la responsabilità di controllare i rischi in base a competenze specifiche. La ripartizione del rischio potrà essere di tipo qualitativo o quantitativo in base alle competenze economico-finanziarie del soggetto pubblico.

L'«allocazione dei rischi di progetto» è una delle fasi del processo di risk management. Il project risk management è un processo continuo che può essere suddiviso in quattro fasi (v. tabella): identificazione del rischio; valutazione del rischio; gestione del rischio; monitoraggio e revisio-

ne del risk management.

Da queste fasi deriva la necessità di individuare la soluzione che abbia il miglior rapporto costi-benefici per l'azienda pubblica, con l'individuazione del prezzo più vantaggioso per la realizzazione e gestione del progetto con ipotesi alternative

## Le fasi da seguire

Fase 1	Fase 2	Fase 3
<b>Identificazione del rischio (risk identification):</b> è prevista l'individuazione di tutti gli eventi rilevanti che potrebbero costituire un rischio nella realizzazione del progetto sia pubblici che privati	<b>Valutazione del rischio (risk assessment):</b> si determina la probabilità di manifestazione dei rischi identificati e l'impatto che potrebbero generare sul progetto oltre che il momento in cui potrebbero manifestarsi	<b>Gestione del rischio (risk management):</b> si assegnano le responsabilità ai soggetti in base a contratti o meccanismi per ripartire le tipologie di rischio e gli strumenti per ridurre la probabilità

## Vademecum sulla tipologia e la responsabilità rispetto ai

Tipologia di rischio	Definizione	Allocazione			Tipologia di rischio	Definizione	Allocazione		
		Settore pubblico	Settore privato	Condiviso			Settore pubblico	Settore privato	Condiviso
<b>RISCHI DI PROGETTO</b>									
Incapacità di realizzazione	Incapacità di realizzare un progetto in grado di soddisfare e rappresentare le esigenze dell'azienda sanitaria		✓		Modifiche nella percentuale Iva	Modifiche nella percentuale Iva possono determinare incrementi nei costi del progetto	✓		
Sviluppo in itinere del progetto	I dettagli del progetto dovrebbero essere sviluppati all'interno di un programma condiviso. Un errore nella programmazione può causare costi aggiuntivi di progettazione e costruzione		✓		Altre modifiche di Iva	Modifiche nella legislazione Iva diverse dalla variazione di tasso	✓		
Modifiche nelle richieste/esigenze dell'azienda sanitaria	L'azienda sanitaria potrebbe richiedere cambiamenti al progetto, comportando costi aggiuntivi di progetto	✓			Insolvenza dell'appaltatore	In caso di insolvenza dell'appaltatore, possono determinarsi costi aggiuntivi nel sostituirlo e può causare un ritardo		✓	
Modifiche al progetto richieste dal soggetto gestore	Vi è il rischio che il gestore richieda modifiche al progetto implicando costi aggiuntivi di progetto		✓		Cattivo project management da parte della società di progetto	Vi è il rischio che una cattiva gestione del progetto possa causare costi aggiuntivi. A esempio, se i subappaltatori non sono ben coordinati, un subappaltatore potrebbe essere in ritardo per via di un incompleto lavoro di un altro		✓	
Modifiche al progetto richieste da specifici soggetti esterni, appartenenti al Ssn	Vi è il rischio che il progetto debba essere modificato a seguito di modifiche legislative o regolatorie specifiche del Ssn	✓			Azione sindacale da parte dei dipendenti dell'appaltatore o sub appaltatore	Un'azione sindacale può causare ritardi nella costruzione oltre che determinare costi aggiuntivi di gestione		✓	
Errore di costruzione	Interpretazione erranea del progetto o errori di edificazione secondo le specifiche durante la costruzione possono provocare costi aggiuntivi di progetto e costi aggiuntivi di costruzione		✓		Azione di dimostranti	L'azione di dimostranti contro lo sviluppo del progetto potrebbe determinare costi aggiuntivi come costi di sicurezza	✓		
<b>RISCHI DI COSTRUZIONE E SVILUPPO</b>									
Stima errata dei costi	I costi stimati di costruzione possono non essere corretti		✓		Errore nella stima dei tempi e dei costi di trasferimento da edifici esistenti	I costi stimati del trasferimento da edifici esistenti possono essere errati, possono anche esserci ritardi che produrranno successivamente maggiori costi. I rischi sono attribuibili al settore pubblico salvo i ritardi e i costi attribuibili all'operatore privato	✓		
Stima errata dei tempi	Il tempo stimato per completare la costruzione può divergere da quello stimato		✓		Errore nella stima dei tempi e dei costi per commissionare una nuova costruzione	La stima dei costi di commissione di una nuova costruzione possono non essere corretti, possono anche esserci ritardi che produrranno successivamente maggiori costi		✓	
Impreviste condizioni del terreno	Condizioni impreviste del terreno possono determinare una variazione nei costi stimati		✓		<b>RISCHI DI PERFORMANCE</b>				
Condizioni impreviste per l'ingombro dei complessi esistenti	Costi aggiuntivi risultanti dal fatto che il soggetto privato sia incapace di portare avanti le indagini necessarie prima di iniziare poiché i complessi/fabbricati sono al momento occupati	✓			Difetti latenti nella nuova costruzione	Difetti latenti nella nuova costruzione che richiedono riparazioni		✓	
Ritardi nell'entrata in possesso del terreno	Un ritardo nell'entrata in possesso del terreno può ritardare l'intero programma			✓	Cambiamenti nelle specifiche richieste dal concedente	Durante la fase di gestione, il concedente potrebbe richiedere cambiamenti nelle specifiche dei servizi	✓		
Responsabilità di mantenimento della sicurezza sul terreno	Furti o danneggiamenti ai materiali e strumentazione possono causare costi non previsti per riparare i danni oltre che determinare ritardi		✓		Performance dei sub appaltatori	Una scarsa capacità di gestione dei sub appaltatori può determinare uno scarso coordinamento e una performance scadente degli appaltatori. Questo può creare costi aggiuntivi di fornitura dei servizi		✓	
Responsabilità sul mantenimento del rispetto delle normative sulla sicurezza nel cantiere	Rispetto delle norme nazionali sulla costruzione, progettazione e gestione		✓		Insolvenza dell'appaltatore o dei sub appaltatori	In caso di insolvenza dell'appaltatore o dei sub appaltatori può emergere l'esigenza di prendere provvedimenti di emergenza. Ciò può creare costi aggiuntivi connessi con la sostituzione		✓	
Forza maggiore	Nei casi di forza maggiore possono incorrere costi aggiuntivi. Le strutture possono essere indisponibili			✓	Agitazione sindacale	Un'azione industriale da parte dello staff interessato nella fornitura dei servizi potrebbe determinare un incremento dei costi o uno scarso risultato gestionale		✓	
Conclusione per causa di forza maggiore	Vi è il rischio che un evento di forza maggiore possa implicare la non più realizzabilità del contratto			✓	Non soddisfazione degli standard prestazionali	Vi è il rischio che la gestione dei servizi non produca il livello di qualità previsto. Potrebbero esserci costi aggiuntivi per apportare correttivi e il gestore può incorrere in penalità finanziarie		✓	
Modifiche legislative e regolatorie non specifiche dell'ambito sanitario	Un cambiamento nella legislazione e regolazione non specifica dell'ambito sanitario può avere effetti durante la fase di costruzione, determinando un cambiamento di esigenze e variazione nei costi		✓		Disponibilità delle strutture	Esiste il rischio che parte o la totalità delle strutture non siano disponibili per l'uso che si era ipotizzato		✓	
Modifiche della tassazione	Modifiche nella tassazione possono determinare effetti sui costi del progetto		✓		Clausole di esclusione di responsabilità per alcuni eventi	Eventi di questo tipo possono ritardare o impedire l'esecuzione ottimale del contratto e causare spese aggiuntive			✓

legate all'assunzione delle responsabilità

# pesa l'azzardo

## Quale impatto sul debito pubblico

### Fase 4

**Monitoraggio e revisione del risk management:** si monitorano e si rivedono con strumenti adeguati di reporting i rischi identificati e se ne individuano nuovi eventuali che lo sviluppo del progetto genera

di intervento e finanziamento.

La ripartizione ottimale dei rischi nelle Ppp nell'edilizia sanitaria deve essere attentamente valutata perché si tratta di «opere fredde», cioè destinate a un uso diretto della pubblica amministrazione e il diritto di gestione comprende il trasferi-

mento della responsabilità della gestione e di tutti i rischi connessi al privato.

Infine, va calcolato l'impatto delle Ppp sul bilancio e sul debito pubblico. Nel 2004 la Ue ha indicato i criteri per il trattamento contabile nei conti nazionali di specifiche tipologie di Ppp. Eurostat indica che, in particolare nella Sanità, queste voci di bilancio non devono essere classificate come attivo patrimoniale pubblico, e quindi devono essere registrate fuori bilancio se si rispettano due condizioni: 1) il partner privato si assume il rischio di costruzione; 2) il partner privato si assume almeno uno di questi rischi: di disponibilità; di domanda.

P.D.B.

### I modelli

#### FORME ISTITUZIONALI

##### Società miste

La possibilità di rapporti di collaborazione pubblico-privato è stata introdotta con la legge 421/1991 che ha previsto le «sperimentazioni gestionali». Il Dlgs 502/1992 ha individuato le società miste come forma tipica di collaborazione pubblico-privato. Il Dlgs 229/1999 ha sostituito il potere della Stato-Regioni di programmare le sperimentazioni con quello di autorizzare i progetti che limita e vincola di più l'autonomia degli enti sanitari. Il nuovo assetto delle competenze Stato-Regioni in materia è indicato dalla legge 405/2001 che prevede per le Regioni il potere di adottare i programmi di sperimentazione che devono essere solo trasmessi in copia ai ministeri competenti con una relazione annuale sui risultati conseguiti

##### Fondazioni

Le Fondazioni come modello di collaborazione pubblico-privato per sperimentare progetti innovativi è prevista dalla legge 388/2000. Generalmente, nell'ambito dei singoli progetti si è fatto ricorso al modello della «Fondazione di partecipazione» che si caratterizza per l'apertura dell'ente Fondazione, il cui connotato tradizionale è dato dalla componente patrimoniale, verso altri soggetti, generalmente privati, che partecipano all'attività dell'ente con apporti patrimoniali o patrimonialmente valutabili

#### FORME CONTRATTUALI

##### Associazione in partecipazione

Non è un tipico strumento di Ppp per la sua natura giu-

ridica di contratto di scambio più che di contratto associativo, ma si presta a un rapporto di collaborazione pubblico-privato secondo l'articolo 2549 del codice civile che stabilisce che «con il contratto di associazione in partecipazione, l'associante attribuisce all'associato una partecipazione agli utili della sua impresa verso il corrispettivo di un determinato apporto». Il vantaggio è che consente all'ente pubblico, oltre che di realizzare, senza farsi carico direttamente dei relativi oneri, interventi di riqualificazione e di potenziamento delle proprie strutture e della propria attività, anche e soprattutto di trasferire totalmente all'associante il rischio relativo all'attività, partecipando agli utili nella misura concordata. L'appaltante può sviluppare le sue attività sanitarie evitando di acquisire ex novo i titoli abilitativi già in possesso dell'ente pubblico

##### Finanza di progetto

Il project financing o finanza di progetto (Pfi) è una delle Ppp più adottate. Il Pfi si attua attraverso lo strumento contrattuale della concessione di costruzione e gestione. L'intervento del privato (concessionario) riguarda di norma progettazione, realizzazione (nuova costruzione, ampliamento o ammodernamento della struttura ospedaliera opere civili, impianti tecnologici e attrezzature) e gestione dei servizi funzionali alla struttura (manutenzione ordinaria e straordinaria, servizi di supporto no-core). La strutturazione di operazioni di Ppp per la realizzazione di opere di edilizia sanitaria prevede, a fronte delle prestazioni fornite dal privato la corresponsione di corrispettivi da parte dell'azienda pubblica per tutta la durata della concessione

### rischi che si corrono nell'applicazione del partenariato

Tipologia di rischio	Definizione	Allocazione			Tipologia di rischio	Definizione	Allocazione		
		Settore pubblico	Settore privato	Condiviso			Settore pubblico	Settore privato	Condiviso
Forza maggiore	In caso di forza maggiore possono aversi dei costi aggiuntivi. Le strutture possono non essere disponibili			✓					
Sospensione per causa forza maggiore	Vi è il rischio che un evento di forza maggiore possa comportare per i partecipanti l'incapacità nel dare esecuzione al contratto			✓					
<b>RISCHI NEI COSTI DI GESTIONE</b>									
Errore nella stima dei costi di fornitura di servizi specifici previsti nel contratto	I costi di fornitura di questi servizi possono essere differenti da quelli previsti a seguito di cambiamenti inaspettati nei costi di approvvigionamento, lavoro, servizi o altre forniture		✓						
Cambiamenti legislativi o regolatori direttamente attinenti all'attività sanitaria	Specifici cambiamenti di carattere regolatorio o normativo attinenti all'attività sanitaria possono determinare costi aggiuntivi di costruzione, manutenzione, allestimento o del lavoro	✓							
Cambiamenti legislativi o regolatori non direttamente attinenti all'attività sanitaria	Cambiamenti nella normativa e nella regolamentazione non direttamente attinenti all'attività sanitaria possono determinare costi aggiuntivi di costruzione, manutenzione, allestimento o del lavoro			✓					
Cambiamenti nella tassazione	Il campo di applicazione e il livello di tassazione potrebbero avere effetti sui costi dei servizi di fornitura		✓						
Cambiamenti nell'Iva	Possono aumentare i costi dei servizi. Tuttavia mutamenti nell'Iva sono in genere rimborsati alle aziende sanitarie		✓						
Stima errata nei costi della fornitura dei servizi clinici	I costi di fornitura dei servizi clinici possono essere differenti da quelli previsti. Questi costi includono: personale, reclutamento, addestramento, attrezzature e approvvigionamenti	✓							
Stima errata dei costi di manutenzione	I costi di manutenzione degli edifici e impianti possono essere differenti da quelli stimati		✓						
Stima errata dei costi dell'energia utilizzata	Non raggiungimento degli obiettivi di efficienza nell'uso dell'energia o nel controllo dei costi dell'energia		✓						
Stima errata del costo del trasferimento del personale da un soggetto giuridico a un altro	I costi stimati di trasferimento del personale al nuovo datore di lavoro. Questi includono i costi di eventuali azioni legali			✓					
Stima errata dei costi di riqualificazione del personale che fornisce i servizi previsti in contratto	La stima dei costi di riqualificazione del personale durante la fase di gestione come costi di reclutamento o esubero può non essere corretta		✓						
<b>RISCHIO NELLA VARIABILITÀ DEI RICAVI</b>									
Assenza di performance dei servizi	Le aziende sanitarie riconoscono i corrispettivi solo per i servizi prestati secondo gli standard definiti		✓						
Bassa performance dei servizi	L'operatore vedrà decurtarsi i pagamenti per performance a causa della scadente performance dei servizi		✓						
Cambiamento nella dimensione delle risorse destinate all'erogazione di servizi sanitari	Vi è il rischio che le risorse allocate all'area vengano ridotte o incrementate. Nel caso in cui occorrono tali cambiamenti, vi può essere necessità di ridimensionare la fornitura dei servizi	✓							
					Cambiamenti nei volumi di domanda di servizi per i pazienti	Vi è il rischio che il volume della domanda di salute cambi, a causa di cambiamenti nella dimensione del bacino di utenza. Ciò può accadere a causa di (a esempio): un aumento inatteso della popolazione, che porta a un aumento della domanda; l'ingresso di un nuovo erogatore di servizi sanitari nel bacino di utenza che conduce a una diminuzione della domanda	✓		
					Cambiamenti inattesi della tecnologia sanitaria	Cambiamenti inattesi della tecnologia sanitaria possono condurre alla necessità di ridimensionare o riconfigurare l'erogazione dei servizi	✓		
					Cambiamenti inattesi dello stato di salute della popolazione appartenente al bacino d'utenza possono condurre a una riconfigurazione o ridimensionamento dell'offerta dei servizi	Variazioni inattese dello stato di salute della popolazione appartenente al bacino d'utenza possono condurre a una riconfigurazione o ridimensionamento dell'offerta dei servizi	✓		
					Aumenti inattesi e improvvisi nella domanda dovuti a causa di forza maggiore	Vi è un rischio di ampli e inattesi incrementi della domanda (per esempio dovuti a catastrofi naturali)	✓		
					Errata valutazione delle fonti accessorie di ricavo	Vi è il rischio che le fonti accessorie di ricavo, come parcheggi e servizi commerciali, producano meno o più reddito di quanto previsto		✓	
<b>RISCHI DI DEFAULT E ALTRI RISCHI DI PROGETTO</b>									
					Risoluzione del contratto dovuta al default del soggetto concedente	Il rischio di default (stato di insolvenza) del soggetto concedente che porti alla cessazione del contratto e a una compensazione al partner privato	✓		
					Default del concessionario con intervento diretto dei finanziatori	Il rischio che il concessionario o singoli erogatori di servizi entrino in default (stato di insolvenza) e i finanziatori entrino direttamente nella gestione del progetto, incrementando i costi rispetto a quelli concordati nel contratto			✓
					Default del concessionario con risoluzione del contratto	Il rischio che il concessionario entri in stato di default e che, nonostante l'intervento diretto dei finanziatori, non si sia potuta evitare la cessazione del contratto (fallimento del concessionario)		✓	
					Obsolescenza dell'asset	Gli immobili, i progetti, e la strumentazione possono diventare obsoleti nel corso del contratto		✓	
					Cambiamenti nella tecnologia	Cambiamenti tecnologici possono condurre l'azienda sanitaria a rivedere le specifiche relative all'output		✓	
					Controllo dei servizi clinici	L'azienda sanitaria mantiene il controllo dei servizi clinici, ciò significa che mantiene un significativo controllo sulla natura dei servizi erogati dall'operatore	✓		
					Controllo dei servizi erogati secondo il contratto di Pfi	L'operatore dovrebbe mantenere il controllo di questi servizi affidati in concessione			✓
					Stima non corretta dei costi per l'approvazione del progetto tecnico-architettonico	I costi stimati per una approvazione dettagliata del progetto sono errati, inclusi i costi di soddisfacimento di vincoli sulla progettazione non previsti		✓	
					Ritardi nell'approvazione del progetto	Un ritardo nell'autorizzazione del progetto può avere più ampi effetti sui costi del progetto nel suo complesso, così come una perdita di potenziali risparmi			✓
					Non corretta valorizzazione dell'area ceduta come corrispettivo in natura	Errore nella stima delle entrate derivanti dalla vendita dell'area		✓	