

16 Il PPP per gli investimenti sanitari: il punto di vista degli operatori privati

di Veronica Vecchi

16.1 Introduzione

Il Partenariato Pubblico Privato (di seguito PPP) soprattutto con riferimento di contratti di *project finance* (di seguito PF) continua a rappresentare per Regioni e aziende sanitarie la risposta alla necessità di finanziamento dei nuovi investimenti, considerate le ormai scarsissime dotazioni per la spesa in conto capitale. Nonostante uno storico di quasi 50 progetti in corso di realizzazione e gestione e l'avvio nel corso del 2010/2011 di alcune importate operazioni, permangono alcune criticità che non favoriscono la performance complessiva dei contratti. Sono proprio queste criticità che hanno indotto alcune Regioni a frenarne l'applicazione (come per esempio il Veneto e il Friuli Venezia Giulia).

Nel corso degli anni il Rapporto OASI (Amatucci e Biondi 2001; Marsilio e Vecchi 2004; Lecci e Marsilio 2005; Amatucci e Lecci 2006; Amatucci, Germani e Vecchi 2007; Amatucci, Hellowell e Vecchi 2008; Amatucci, Favretto e Vecchi 2010) ha fornito analisi e spunti per stimolare una riflessione attenta sulle modalità per rendere più sostenibili questi contratti, soprattutto in termini di risposta alle specificità gestionali e organizzative e di impatto sugli equilibri di bilancio.

In particolare le criticità che sono state messe in evidenza nei Rapporti precedenti e che sembrano continuare a permanere possono essere ricondotte ad alcuni gap, quali:

- ▶ **gap di programmazione:** dovuto alla predisposizione di operazioni disallineate rispetto agli obiettivi di medio termine relativi alle modalità di risposta ai bisogni sanitari e all'organizzazione dell'offerta sul territorio;
- ▶ **gap di governance:** dovuto alle carenze nelle modalità attraverso cui le Regioni orientano le aziende sanitarie verso scelte di investimento coerenti con gli assetti programmati e sostenibili;
- ▶ **gap di fattibilità:** dovuto alla programmazione di operazioni non fattibili sul piano realizzativo, giuridico o economico e finanziario;

- ▶ gap di partnership: dovuto alla predisposizione di progetti secondo logiche tipiche dell'appalto che mal si coniugano con le esigenze del mercato relative alla strutturazione di operazioni di PF (un caso tipico è quello della non bancabilità); oppure alla predisposizione di progetti che non consentono di sfruttare appieno le potenzialità del PF (per esempio che allocano in modo sub ottimale i rischi all'operatore privato); oppure che determinano condizioni di equilibrio «sbilanciate» tra le parti;
- ▶ gap di selezione: dovuto a difficoltà da parte delle aziende sanitarie di selezionare i progetti migliori, che sappiano cioè bilanciare costo – trasferimento dei rischi – efficienza e qualità durante tutta la vita del contratto;
- ▶ gap di conoscenza: dovuto a carenza di competenze professionali da parte delle aziende sanitarie che tendono, conseguentemente, ad affidare a consulenti esterni la strutturazione dell'operazione, perdendo di vista il controllo complessivo sugli aspetti dell'operazione che dovranno essere gestiti dopo la fase di gara, con significativi impatti sull'organizzazione e gestione complessiva dell'azienda.

È evidente che tali gap, riconducibili sia all'azione del policy maker sia a quella del management delle aziende sanitarie, rendono critico e non adeguato l'utilizzo del PPP o del PF¹, per sua natura operazione complessa, non consentendo la valorizzazione dei suoi elementi di vantaggio e la neutralizzazione o minimizzazione di quelli di svantaggio. Inoltre, questi gap possono indurre gli operatori privati a comportamenti non adeguati e più lontani da un approccio di partnership.

È indubbio che il PPP/PF rappresenta, per le aziende sanitarie, uno strumento interessante, in quanto consente di far fronte a investimenti che non sarebbero realizzabili con gli strumenti contrattuali e finanziari e le conoscenze ordinarie.

Dall'altro lato, per gli operatori privati il PPP/PF rappresenta un mercato che garantisce la possibilità di stipulare contratti di lungo termine, che stabilizzano il fatturato e migliorano il vantaggio competitivo.

Una partnership di successo è resa possibile da un contratto che consente di far convergere queste due «forze»: se una delle due prevale, si generano condizioni di non sostenibilità. Ne rappresentano un esempio quei contratti molto

¹ Nel testo i termini PPP e PF sono utilizzati per riferirsi a contratti in cui l'azienda sanitaria affida a un pool di operatori privati la progettazione, il finanziamento, la costruzione di immobili sanitari o la fornitura di tecnologie e la loro gestione (unitamente spesso alla gestione di servizi accessori non sanitari). Il termine PPP è comunque più generale e si riferisce a una vasta gamma di contratti, tra cui quelli di *project finance* e quelli di leasing finanziario immobiliare (come specificato all'art.3 comma 15 ter del Codice dei Contratti). In relazione all'esperienza anglosassone, di cui si scriverà nel paragrafo 16.4, il testo utilizza sia il termine PPP sia la locuzione *Private Finance Initiative* (PFI), che indica sia la politica di finanziamento con capitali privati degli investimenti pubblici avviata al termine degli anni Ottanta, sia i contratti finanziati in *project financing*.

onerosi per le aziende sanitarie, nei quali prevale la forza dell'operatore privato, che possono generare situazioni di disavanzo tali da indurre le Regioni ad approvare finanziamenti straordinari, o, nei casi più estremi, a risolvere il contratto per motivi di pubblico interesse (ovvero di non sostenibilità economica e finanziaria dell'operazione) o a imporre tagli alle spese sanitarie essenziali (come è accaduto nel Regno Unito, Gaffney et al. 1999). D'altro canto, se prevale la forza dell'azienda sanitaria, per esempio attraverso la messa in gara di una struttura contrattuale e finanziaria lontana dalle logiche di mercato, l'effetto può essere la predisposizione di offerte sub ottimali, l'adozione di comportamenti opportunistici durante la gestione dei contratti o, nei casi più estremi, la non partecipazione alla gara da parte del mercato.

Nei precedenti Rapporti OASI è stata dedicata molta attenzione alla prospettiva pubblica in relazione alla strutturazione delle operazioni di PPP/PF, con particolare attenzione alla definizione e negoziazione del piano economico e finanziario e del rendimento atteso sul capitale privato investito (Amatucci, Germani e Vecchi 2007 e Amatucci, Hellowell e Vecchi 2008); alla definizione della struttura di pagamento (rapporto tra canoni di disponibilità e dei servizi) e alle analisi di convenienza (Amatucci, Favretto e Vecchi 2010). Inoltre, attenzione è stata dedicata al trasferimento dei rischi e agli impatti del PPP/PF sugli equilibri complessivi di bilancio delle aziende sanitarie (Vecchi 2008 a e b e Vecchi et al. 2010).

Per tali ragioni, questo capitolo viene dedicato al punto di vista degli operatori privati (§ 16.3), con l'obiettivo di contribuire a una miglior conoscenza reciproca, elemento che sicuramente può contribuire alla «chiusura» dei gap sopra citati. Poiché il tema del trasferimento dei rischi, come si leggerà assume rilevante centralità nelle risposte fornite, si ritiene che un livello più adeguato di informazioni sul loro effettivo trasferimento e quindi sulla performance dei contratti attualmente in gestione possa contribuire a sostenere scelte più adeguate, sia da parte degli operatori pubblici sia da parte di quelli privati. In assenza, pertanto, di analisi specifiche riferite all'esperienza italiana, si fornirà (§16.4) un excursus sui risultati, prevalentemente di tipo qualitativo, forniti dall'organo di controllo inglese (il National Audit Office – NAO).

16.2 Metodologia

Al fine di raccogliere il punto di vista degli operatori privati sono state condotte interviste sulla base di un questionario semi-strutturato a otto società operanti nel settore sanitario con esperienza di operazioni di PPP/PF².

² Gli intervistati sono i responsabili per le aziende in cui operano del settore Partnership Pubblico Privato o Investimenti complessi. Le aziende intervistate rappresentano un campione significativo degli operatori privati che operano nel settore del PPP sanitario, in quanto esse rappresentano i principali operatori di un mercato molto concentrato.

Box 16.1 Il questionario

1. PPP o modello tradizionale di finanziamento e realizzazione degli investimenti sanitari? Perché?
2. PPP «*all inclusive*» o «*light*»? Perché? Che cosa includere nel contratto?
3. Quali i vantaggi del PPP per l'azienda sanitaria?
4. Quali i vantaggi del PPP per il privato?
5. Quali le difficoltà del PPP per il privato?
6. Le esperienze di PPP realizzate in Italia sono complessivamente un successo o un insuccesso? Perché?
7. Le aziende sanitarie hanno risparmiato con il PPP (nell'accezione del *Value for Money*)?
8. Quali i suggerimenti per le aziende sanitarie che devono predisporre un contratto di PPP?

In particolare le società intervistate operano nelle seguenti settori: tecnologie, costruzioni, impianti e calore, finanza e *project management* e coordinamento di investimenti complessi. Sei di queste appartengono a gruppi internazionali; due società operano, invece, esclusivamente sul territorio nazionale.

Le interviste sono state condotte nei mesi di maggio e giugno 2011; le risposte sono state integralmente trascritte ma per motivi di privacy esse sono state analizzate e di seguito riportate in modo anonimo e aggregato.

Il questionario si compone di otto domande: alcune sono di carattere generale; altre sono definite con specifico riferimento ad alcuni dei temi affrontati nei precedenti Rapporti OASI dalla prospettiva dell'azienda sanitaria, come per esempio la strutturazione dei contratti, il *Value for Money*³ e il trasferimento dei rischi.

16.3 Le risposte degli operatori privati

PPP o modello tradizionale di finanziamento e realizzazione degli investimenti sanitari? Perché?

La risposta a questa domanda è stata unanime: gli operatori privati prediligono il PPP per la realizzazione degli investimenti sanitari. Da evidenziare comunque alcune diverse sfumature nelle loro risposte.

In particolare i punti evidenziati a favore del PPP sono:

³ Value for Money è quell'analisi che viene condotta per misurare, soprattutto ex ante, la convenienza del PPP/PF rispetto a modalità tradizionali di finanziamento e realizzazione delle opere pubbliche. In questa analisi particolare attenzione è rivolta alla valutazione (quantitativa e/o qualitativa) dei rischi trattenuti dal committente pubblico o trasferiti all'operatore privato (Amatucci e Vecchi, OASI 2010).

- ▶ stabilità dei flussi di cassa per gli operatori privati, grazie a contratti di medio e lungo termine che consentono di realizzare interventi di qualità, più customizzati sulle esigenze dell'azienda sanitaria;
- ▶ maggior qualità potenzialmente assicurata dal PPP al Committente (tecnologie impiegate; adeguatezza delle prestazioni in termini di efficienza ed efficacia; possibilità di applicazione di penali in caso di non adeguata performance dell'operatore che può avere un impatto sul ripagamento delle fonti di finanziamento; maggiori vincoli contrattuali e monitoraggio operato da una squadra di *project managers*) che è alla base del trasferimento del rischio; tale livello qualitativo sarebbe difficilmente conseguito con strumenti tradizionali e alle attuali condizioni manageriali nelle aziende sanitarie;
- ▶ maggior efficienza nella gestione dei costi su un arco temporale medio lungo;
- ▶ riduzione dell'incidenza degli investimenti sull'indebitamento pubblico (per la contabilizzazione *off balance sheet* del PPP).

Da sottolineare, poi, che una società ha indicato la maggior appropriatezza del PPP per interventi *green-field* (ovvero nuove realizzazioni). Infatti, nel caso di iniziative *brown-field* (ristrutturazioni, adeguamenti, ampliamenti), le sovrapposizioni con altri soggetti privati, che già operano all'interno delle strutture, soprattutto nella gestione dei servizi, ha generato criticità nell'esecuzione delle opere e nella fornitura di tecnologie, inficiando la corretta esecuzione delle stesse e il rispetto dei tempi di costruzione, con aggravio di costi per il privato.

In ogni caso, in modo unanime, è stata affermata la necessità di un forte *commitment* regionale e aziendale per la buona riuscita dell'investimento, indipendentemente dalla tipologia di finanziamento. Inoltre, in molti hanno affermato la bontà del PPP come contratto che lega operatori con diversi *expertise* per affrontare le complessità tipiche di un progetto di investimento sanitario, indipendentemente dal fatto che la fonte del finanziamento sia pubblica o privata.

PPP «all inclusive» o «light»? Perché? Che cosa includere nel contratto?

Prima di passare all'analisi del punto di vista degli operatori privati, è necessario illustrare il significato di «*all inclusive*» e «*light*». Nel primo caso, ci si riferisce a contratti di PPP in cui viene trasferita all'operatore privato la responsabilità non solo sugli elementi strettamente legati alla realizzazione dell'opera (progettazione, finanziamento, costruzione e manutenzioni di opere e impianti) ma anche su servizi accessori (mensa, pulizie, tecnologie, sterilizzazioni eccetera). Dall'altro lato, il contratto *light*, prevede il coinvolgimento dell'operatore privato solo su alcuni ambiti del progetto, quelli strettamente relativi alla realizzazione dell'opera e da essa influenzati (progettazione, finanziamento, costruzione, manutenzioni di opere e impianti, gestione calore) o alla fornitura e gestione delle tecnologie sanitarie.

Rispetto a questa domanda i punti di vista sono per certi aspetti divergenti, anche nell'ambito dello stesso settore di appartenenza degli operatori.

In sei casi è stato indicato il modello «*light*» come contratto preferibile. Ovvero, se si tratta di intervento infrastrutturale, meglio contratti focalizzati sull'opera realizzata e quindi che prevedano il coinvolgimento dell'operatore privato su progettazione, finanziamento, costruzione, manutenzioni e gestione calore, la cui performance è strettamente dipendente dalle modalità di costruzione. Anche nel caso di investimenti tecnologici sono preferiti contratti «*light*», focalizzati sul finanziamento, la fornitura, la gestione e l'upgrade dei macchinari, meglio se relativi alla struttura nel suo complesso, piuttosto che a singoli reparti/unità. In quest'ultimo caso, un operatore cita che sono state sperimentate sovrapposizioni con contratti già in essere o polverizzazioni contrattuali che non hanno consentito di perseguire l'adeguata efficienza.

In due casi è stata affermata la preferenza per contratti «*all inclusive*» che includono tutte le prestazioni che non interferiscono sui processi di cura. In questa prospettiva, si ritiene efficiente ed efficace anche l'inserimento nei contratti della gestione dei servizi diagnostici, in quanto l'operatore privato può garantire un maggior rendimento delle tecnologie (inteso in termini di tasso di utilizzo), fornendo anche personale specializzato con contratti più flessibili. Inoltre, è stato sottolineato che il modello «*all inclusive*» garantisce risparmi all'azienda sanitaria derivanti dalla possibilità di condurre una sola procedura di gara.

Indipendentemente dalla tipologia del contratto, all'unanimità sono stati evidenziati questi due elementi:

- ▶ necessità di prevedere canoni di disponibilità in grado di coprire il costo dell'investimento, del finanziamento e delle manutenzioni, sui quali applicare penali per la non disponibilità della struttura e conseguente quotazione di ciascun servizio accessorio in modo autonomo nell'ambito del canone per i servizi;
- ▶ non inserimento, nelle operazioni di PPP, di permuta immobiliari, attraverso le quali gli operatori privati possono recuperare parte delle fonti finanziarie necessarie per sviluppare l'investimento: questo, infatti, può generare inefficienze nel contratto e non garantisce il miglior prezzo all'amministrazione.

Quali i vantaggi del PPP per l'azienda sanitaria?

Alla domanda è stata data una risposta unanime, anche se con sfumature differenti. Sicuramente il trasferimento dei rischi è stato evidenziato come il principale vantaggio; ad esso, alcuni operatori, si sono riferiti in modo dettagliato in funzione del loro settore di appartenenza e delle loro esperienze.

In particolare, un operatore ha elencato una lunga lista di vantaggi, quali:

- ▶ soluzioni progettate su misura;
- ▶ pianificazione degli interventi, anche sulla base delle future tecnologie e innovazioni disponibili;
- ▶ miglior controllo della spesa;
- ▶ livelli di performance certi e definiti ex ante;
- ▶ efficienza nelle attività di monitoraggio e di gestione del contratto, grazie all'unicità dell'interlocutore;
- ▶ possibilità di dedicare le risorse interne solo alla gestione sanitaria.

Altri due operatori hanno messo in evidenza come la stabilità contrattuale offerta al privato dal PPP lo ponga nelle condizioni di affrontare rischi maggiori e quindi di mettere in campo tutte le risorse necessarie per «far funzionare il contratto».

È stato comunque anche evidenziato, in particolare da un operatore, che non vi è ad oggi nelle aziende sanitarie quella cultura necessaria per sfruttare appieno tutte le potenzialità che gli operatori privati e il trasferimento dei rischi offrono nell'ambito di un PPP. Se da un lato vi è, in genere, lo sviluppo di una adeguata cultura da parte del team aziendale che lavora alla strutturazione della gara, grazie anche al supporto di consulenti esterni; manca, dall'altro lato, una capitalizzazione di questo know how e il suo trasferimento ai soggetti che successivamente sono coinvolti nella gestione del contratto.

Quali i vantaggi del PPP per il privato?

Le risposte a questa domanda sono state convergenti su alcuni punti, riconducibili a:

- ▶ possibilità di operare nell'ambito di un contratto di medio lungo termine, che consente di definire in modo puntuale i rischi e quindi di gestirli e neutralizzarli e di garantire stabilità ai flussi di cassa;
- ▶ avviare rapporti di collaborazione strategica finalizzati a migliorare la catena del valore e la soddisfazione del cliente;
- ▶ acquisire un vantaggio competitivo;
- ▶ fidelizzare il cliente;
- ▶ sviluppare *know how*.

Quali le difficoltà del PPP per il privato?

Anche a questa domanda sono state date risposte convergenti. Tra le principali difficoltà per gli operatori privati sono state indicate le lacune nella programmazione delle operazioni e nella gestione della fase di gara da parte dell'azienda sanitaria, che comportano elevati investimenti di tempo e risorse

da parte degli operatori privati, con ricadute sui costi complessivi delle offerte. Inoltre, essi considerano il rischio cosiddetto politico, ovvero di cambiamento dei vertici regionali, aziendali o, nei casi più estremi, il commissariamento delle aziende, tra gli elementi più critici, per l'impatto che essi generano sul piano economico e finanziario del progetto, sui tempi di realizzazione dell'intervento e sui livelli qualitativi e quantitativi dei servizi da erogare. Ciò può comportare per il privato la necessità di maggiori investimenti di capitale, la riduzione delle marginalità previste, la contrazione o la posticipazione dei ritorni sull'investimento. Tra gli elementi di rischiosità del PPP sono state anche annoverate le elevate aspettative delle aziende sanitarie; le ridotte competenze del loro management o comunque la prevalenza di un approccio orientato all'input e non all'output e alla performance, che rende più difficoltosa la gestione e la negoziazione del contratto. In particolare, è stata evidenziata la non adeguatezza dei piani economici e finanziari prodotti dalle aziende sanitarie per la strutturazione della gara.

Inoltre, un operatore, lo stesso che ha evidenziato la necessità di un maggior investimento in conoscenze da parte delle aziende sanitarie, ha indicato la difficoltà che spesso molte aziende e gruppi internazionali hanno nel capitalizzare le conoscenze sviluppate e le esperienze maturate in precedenti operazioni.

Tra gli aspetti di criticità, evidenziati da molti, vi è il mercato finanziario italiano: essi ritengono che i soggetti finanziatori nazionali abbiano un approccio molto conservativo al PPP. La maggior parte degli operatori finanziari interviene dopo l'aggiudicazione dell'operazione, non apportando, quindi, valore nella fase di strutturazione finanziaria dell'offerta. Essi, inoltre, adottano un approccio più vicino al *corporate finance* piuttosto che al *project financing*, chiedendo cioè molte garanzie ai partner industriali. Un intervistato ha sottolineato che «gli operatori finanziari sono sempre una controparte della società di progetto e non un partner». Un altro, sempre su questo tema, ha affermato che «gli scenari di rischio, che le banche individuano durante la *due diligence* necessaria per decidere se e a quali condizioni finanziare il progetto, sono spesso lontani dalla realtà e derivano da una non conoscenza del settore». In molti, poi, ritengono che l'asseverazione da parte degli operatori finanziari del piano economico e finanziario ex lege, necessaria per partecipare alla gara di PPP/PF non aggiunga valore ai progetti, ma solo costi. Questi comportamenti sono anche accentuati da una bassa concorrenza tra gli operatori finanziari. Per tali ragioni alcuni degli intervistati hanno incluso nel loro gruppo industriale anche partner di tipo finanziario. Da notare che la risposta data dall'operatore finanziario intervistato su questo tema è allineata a quelle date dagli operatori industriali.

Le esperienze di PPP realizzate in Italia sono complessivamente un successo o un insuccesso? Perché?

La risposte a tale domanda convergono verso l'affermazione che il PPP è stato un importante traguardo per le aziende sanitarie e per certi aspetti un successo. Tra i principali risultati conseguiti, tutti gli operatori hanno evidenziato la possibilità offerta dal PPP di realizzare significativi investimenti secondo tempi e costi certi e, sul piano tecnologico, la possibilità di avere un partner con il quale pianificare l'adeguamento di macchinari e impianti sulla base della frontiera tecnologica attuale e futura. Alcuni hanno comunque messo in evidenza la necessità di definire in modo più strutturato, in fase di gara, gli iter progettuali e i relativi tempi, al fine di ridurre i costi di transazione nella fase tra l'aggiudicazione e l'avvio del cantiere; altri la necessità di rafforzare la fase di programmazione per creare quel necessario *commitment* utile a definire un progetto allineato agli obiettivi regionali di medio – lungo termine; altri la necessità di migliorare l'impostazione contrattuale e finanziaria delle iniziative a base di gara, al fine di sfruttare appieno le potenzialità del PPP ed evitare comportamenti distortivi da parte degli operatori o situazioni di selezione avversa nel mercato.

Le aziende sanitarie hanno risparmiato con il PPP (nell'accezione del Value for Money)?

Gli operatori privati, all'unanimità, ritengono che il PPP consenta di conseguire un risparmio nell'accezione del *Value for Money*. In altre parole concordano che ci sia stato un effettivo trasferimento dei rischi, tale da ridurre quei costi futuri che normalmente caratterizzano i contratti tradizionali di lavori e forniture. Alcuni hanno comunque sottolineato alcuni elementi di criticità che possono rendere difficile la valutazione del *Value for Money*:

- ▶ la difficoltà a far apprezzare (quantificare) alle aziende sanitarie i rischi che possono essere trasferiti, soprattutto nell'ambito di una valutazione ex ante, basata su simulazioni e stime;
- ▶ la difficoltà a far comprendere che il trasferimento dei rischi ha un prezzo, equiparabile al concetto di assicurazione, e che pertanto il maggior costo oggi consente di ridurre i costi futuri (causati, appunto, dalla manifestazione di rischi);
- ▶ la difficoltà di conseguire appieno il *Value for Money* a causa della strutturazione di contratti di PPP secondo logiche tipiche dell'appalto.

Altri hanno poi portato quali esempi di *Value for Money* i contratti di PPP avviati nel Regno Unito, dove il vantaggio economico per le aziende sanitarie è stato effettivamente misurato (cfr. § 16.4).

Quali i suggerimenti per le aziende sanitarie?

Tra i suggerimenti che gli operatori privati hanno dato alle aziende sanitarie questi i principali:

- ▶ investire in competenze, anche attraverso l'impiego di idonei consulenti sugli aspetti contrattuali, gestionali ed economico e finanziari, che sappiano soprattutto contribuire a valorizzare gli staff aziendali e non solo fornire documentazione e pareri;
- ▶ impostare le gare in modo da ridurre i costi di transazione, facilitando quindi la negoziazione tra i partner privati e la bancabilità dei contratti;
- ▶ definire in modo più puntuale i criteri di valutazione delle offerte, in modo da orientare il mercato verso quegli elementi ritenuti realmente strategici e a valore aggiunto; o, più in generale, renderli coerenti con le peculiarità dei progetti e con le richieste al mercato;
- ▶ analizzare i progetti di PPP già realizzati, in Italia e in Europa, in modo da apprendere dall'esperienze, anche quelle negative;
- ▶ ampliare la fase di dialogo tecnico in modo da individuare il punto di vista di tutti i possibili operatori e non solo di quelli vicini all'azienda sanitaria.

In Tabella 16.1 si sintetizzano i principali punti di vista degli operatori rispetto alle otto domande.

Tabella 16.1 **La sintesi dei punti di vista degli operatori**

Domande	Principali punti di sintesi
PPP o finanza tradizionale?	PPP per stabilità flussi di cassa per gli operatori privati; per possibilità di trasferire i rischi a un pool di operatori con competenze complementari e specialistiche; finanziamento <i>off balance sheet</i> .
PPP all inclusive o light?	Preferenza dominante per il modello light. Tuttavia, in entrambi i casi, necessità di strutturazione del canone di disponibilità a totale copertura del costo dell'investimento e delle manutenzioni.
Vantaggi per le aziende sanitarie	Innovazione, efficienza e qualità.
Vantaggi PPP per il privato	Fidelizzazione del cliente; stabilità dei contratti; valorizzazione delle sue competenze distintive.
Difficoltà per il privato	Rischio politico; aspettative distorte e ridotte competenze tra le aziende sanitarie; limiti del sistema finanziario italiano.
Il PPP in Italia un successo?	Sono stati raggiunti importanti risultati ma vi sono ancora molte sfide da superare (vd. Quali suggerimenti?).
Il PPP ha conseguito il Value for Money?	In molti casi il <i>Value for Money</i> è stato conseguito nonostante le gare impostate sino ad ora hanno spesso replicato un approccio di tipo tradizionale, in altre parole non hanno saputo sfruttare appieno le potenzialità del PPP.
Quali i suggerimenti?	Maggiori competenze, anche nella fase di gestione del contratto; maggiore programmazione; migliore strutturazione delle gare.

16.4 Trasferimento dei rischi e performance del PPP: le evidenze empiriche (limitate) dal Regno Unito

Indubbiamente il trasferimento dei rischi e il *Value for Money* sono state parole dominanti nelle interviste condotte. In assenza di specifici dati e analisi sull'esperienza italiana, può essere utile riportare e commentare le indagini condotte nel Regno Unito da alcune Istituzioni, tra cui il NAO, che ogni anno dedica al PPP rapporti specifici⁴. Nonostante vi sia un numero molto elevato di operazioni di PPP sanitario in gestione (159 sono i contratti in gestione in Inghilterra, Scozia, Galles e Irlanda del Nord, HM Treasury 2011) e il livello di *accountability* sia maggiore rispetto all'Italia, anche nel Regno Unito le valutazioni sul *Value for Money* e la performance sono limitate e assumono una dimensione prevalentemente di tipo qualitativo.

L'HM Treasury, nel 2003⁵, ha affermato che nell'88% dei PFI le opere sono state realizzate rispettando i tempi e i costi programmati; mentre, il 70% dei progetti non PFI sono stati realizzati in ritardo e nel 73% dei casi sono stati sperimentati costi maggiori. Queste considerazioni hanno avuto un impatto significativo nel calcolo del valore dei rischi potenzialmente trasferibili nell'ambito delle analisi di *Value for Money*, nonostante alcuni sostengano che tali dati siano infondati (è infatti quanto si legge dal *position paper* di Pollock et al. 2009, in risposta a una *public consultation* del Parlamento Inglese). Indipendentemente dalle fonti, il confronto tra gli aumenti di costo (al termine della fase di cantiere) dei contratti di PFI rispetto a quelli non PFI stipulati in UK può essere distorto dal fatto che nei primi la revisione dei costi avviene durante la fase di «*preferred bidder*» (portando quindi a un aumento del costo del contratto), quando il contraente pubblico negozia in via esclusiva con il consorzio che si è aggiudicato la procedura di gara (Lonsdale 2005). Pollock et al, (2009) fanno, inoltre, notare come l'analisi del rispetto dei tempi e dei costi debba tener conto del maggior costo pagato per trasferire questi rischi.

Uno studio più recente⁶ (NAO 2009) ha riportato che il 69% dei progetti PFI è stato realizzato nei tempi previsti e che il 65% ha rispettato i budget di spesa. Nel 30% dei casi l'aumento dei costi è stato inferiore al 5% e comunque nel 25% dei casi tale aumento è stato assorbito dal Committente pubblico. Sempre nello stesso studio risulta che tra i contratti non PFI, il 60% non ha subito aumenti di tempo e il 54% aumenti nei costi.

In relazione alla performance gestionale, alcuni dati interessanti sono riporta-

⁴ Non tutti i rapporti citati si riferiscono interamente al PPP sanitario; alcuni prendono in considerazione un campione più esteso di operazioni di PPP, nel quale comunque sono incluse operazioni di investimento sanitario.

⁵ La ricerca è stata condotta su un gruppo di 37 progetti, di cui 11 ospedali.

⁶ La ricerca è stata condotta su un gruppo di 114 progetti, di cui 34 ospedali.

ti in un altro studio del NAO (2007a). In una indagine sulla qualità delle manutenzioni condotta dal NAO su un gruppo di 19 ospedali impegnati nella gestione di contratti di PFI, la metà degli intervistati ha dichiarato che le penali applicate sono inadeguate per assicurare idonei livelli di performance; inoltre, particolari problemi sono stati registrati in relazione alle manutenzioni urgenti, ritenute, da due terzi degli intervistati, di qualità povera o molto povera. Ciononostante, 14 dei 19 ospedali intervistati hanno dichiarato che nel complesso i livelli di manutenzione garantiti nell'ambito dei contratti di PFI sono mediamente migliorati rispetto a quelli sperimentati in contratti tradizionali. Ulteriori dati risultano dalla ricerca condotta dal Building Research Establishment (NAO 2007b), che ha confrontato la qualità di otto ospedali realizzati attraverso operazioni di PPP contro quella di otto realizzati con procedure tradizionali: dal confronto non sono emerse significative differenze. Un rapporto più recente del NAO (2010) afferma, però, che i maggiori livelli di non soddisfazione tra i manager di 72 ospedali interessati dalla gestione di contratti di PFI sono relativi alla performance dei servizi di manutenzione: nel 20% dei casi la qualità del servizio è giudicata sotto il livello della sufficienza; più alta è invece la soddisfazione per i servizi non core di tipo soft (portierato, lavanderia, mensa). Indagini condotte, invece, tra gli utenti e i dipendenti mostrano come il livello di soddisfazione per la qualità dell'ambiente e dei servizi non cambi tra ospedali coinvolti in operazioni di PPP e ospedali non coinvolti. Sempre in relazione alla gestione (NAO 2010), risulta che le penali applicate siano state molto limitate, soprattutto per effetto di un sistema poco adeguato di monitoraggio (nel 36% dei casi la gestione e il monitoraggio giornaliero del contratto assorbono il tempo equivalente di una giornata uomo; negli altri casi il tempo dedicato è inferiore). Nel 53% dei casi, nel periodo 2008 – 2009, non sono state applicate penali; e, quando applicate, l'incidenza sull'*unitary charge*⁷ è stata molto bassa, tra lo 0,01% e il 5,18% (ovvero tra 200 e 650.000 sterline). Dalla ricerca emerge anche un'elevata variazione tra i progetti in relazione ai costi unitari relativi alla gestione dei servizi *soft*: il costo giornaliero dei pasti varia tra 3.16 e 12 sterline e il costo per pezzo della lavanderia tra 0.20 e 0.96 sterline.

Un altro elemento importante nel mantenimento del *Value for Money* è la gestione delle modifiche alle condizioni contrattuali. Esse sono, infatti, necessarie e inevitabili ma devono essere gestite in modo tale da garantire trasparenza, competitività delle condizioni applicate ed efficacia.

Le modifiche possono essere dettate da mutati assetti gestionali, organizzativi o nei livelli e modalità di cura; oppure, possono riguardare solo le condizioni economiche di erogazione dei servizi. In quest'ultimo caso i contratti inglesi, ma progressivamente anche quelli italiani, prevedono clausole di *market test* (solo con riferimento ai servizi *non core* di tipo *soft*) che consentono alle

⁷ *L'unitary charge* è il canone di disponibilità.

parti contrattuali (pubbliche e private) di verificare e conseguentemente adeguare le condizioni economiche del servizio a quelle prevalenti sul mercato, attraverso una procedura di *benchmarking* o *market test*⁸. Nonostante i dati disponibili siano molto limitati, da indagini⁹ condotte dal NAO (2007b) risulta che il *market test* applicato ai contratti di PPP nel settore sanitario ha portato a una variazione dei canoni per i servizi compresa tra il -2% e il + 6% e che le procedure sono state lunghe e onerose (la durata media registrata è compresa tra i 9 e i 25 mesi). In relazione alle modifiche vere e proprie ai servizi previsti nei contratti (NAO 2008¹⁰), solo nel 29% dei casi sono state applicate procedure di tipo competitivo; mentre nel 27% dei casi, esse sono avvenute attraverso negoziazioni dirette con l'operatore privato senza applicazione delle procedure competitive, pur se previste. Dallo studio del 2010 riferito a 72 ospedali emerge, invece, che nel 74% dei casi le modifiche sono state gestite attraverso procedure competitive.

In relazione alle rinegoziazioni non va trascurato quanto emerge dalla ricerca di Dudkin e Valila (2005), che hanno evidenziato, per un campione di 25 contratti di PFI in sanità, che i costi di transazione, per il pubblico e per il privato, sono risultati pari a circa l'8% del costo dell'investimento. Ovviamente si tratta di costi che, con ogni probabilità, sono ricaduti interamente sulla controparte pubblica, anche quelli inizialmente sostenuti dal privato.

16.5 Riflessioni e conclusioni

Le opinioni degli operatori confermano i *gap* citati nell'introduzione e definiti sulla base dell'osservazione delle dinamiche del mercato, illustrate, in precedenza, anche nell'ambito dei Rapporti OASI. In particolare, attenzione è stata posta, da un lato, sui *gap* di programmazione e *governance* che determinano un rischio di tipo politico, inducendo alcuni operatori a non partecipare alle gare e quindi, conseguentemente, causando un restringimento dell'arena competitiva. Dall'altro lato, l'enfasi posta sulle competenze delle aziende sanitarie evidenzia l'esistenza di un *gap* di conoscenze, che genera o rafforza i *gap* di fattibilità, partnership e selezione.

Conseguentemente, è utile evidenziare la necessità di definire una programmazione più chiara degli investimenti e sistemi di *governance* adeguati, che creino le condizioni per la predisposizione di operazioni di PPP più efficienti, tali, cioè, da non interiorizzare un prezzo per la remunerazione del cosiddetto rischio politico, a favore degli operatori privati.

⁸ Nella pratica anglosassone il benchmark è una verifica informale delle condizioni di mercato; mentre, il market test, è una verifica formale tramite procedura di gara.

⁹ L'indagine è stata condotta su un gruppo di 6 ospedali.

¹⁰ Lo studio si riferisce a 70 progetti, di cui 19 ospedali.

Inoltre, l'eliminazione del gap di conoscenze può consentire importanti vantaggi in relazione alla fattibilità delle operazioni di PPP, alle condizioni della partnership e all'efficienza ed efficacia complessiva degli investimenti. Sicuramente l'impiego da parte delle aziende sanitarie di consulenti, sia nella fase di impostazione della gara, sia nella successiva di gestione, può rappresentare un importante supporto. A tal proposito va, però, sottolineato come l'utilizzo di consulenti non consenta sempre quella capitalizzazione delle esperienze necessaria per migliorare le conoscenze e sviluppare le competenze. Perciò, un ruolo rilevante può essere rappresentato da strutture tecniche di supporto o gruppi di lavoro trasversali, anche se con alcune precisazioni:

- ▶ meglio prediligere unità miste, formate da professionisti specializzati e da «*champion*¹¹» in forza alle aziende sanitarie, che meglio conoscono le esigenze e le criticità di queste ultime;
- ▶ meglio ipotizzare un ruolo di supporto di queste unità piuttosto che di sostituzione al team di lavoro interno all'azienda sanitaria.

Un'adeguata dotazione di competenze manageriali rappresenta la *conditio sine qua non* per supportare il passaggio delle aziende sanitarie da stazioni appaltanti, che acquistano servizi e prestazioni, a «buyer sofisticati», ruolo che risulta più coerente a contratti articolati, complessi e di lungo termine quali i PPP. In altre parole, la possibilità di strutturare, avviare e gestire contratti bilanciati di PPP deriva dalla capacità dei committenti pubblici di stimolare un approccio innovativo e customizzato degli operatori privati, rendendo possibile quella valorizzazione delle potenzialità del PPP (il trasferimento dei rischi, soprattutto) che è stata evidenziata da molti operatori privati.

Ed è proprio sul trasferimento dei rischi che il PPP giocherà la sua sfida nei prossimi anni. Infatti, da un punto di vista finanziario (in termini strettamente di costo del finanziamento) esso è più oneroso rispetto a soluzioni alternative dirette di tipo regionale o aziendale. Oggi, a spingerne la diffusione, sono state alcune condizioni: riduzione delle risorse per investimenti in conto capitale; programmazione regionale spesso farraginoso; spinte al contenimento dell'indebitamento. Se anche in Italia passerà il modello di contabilizzazione dei contratti di PPP basato sul modello del «controllo» piuttosto che su quello «rischio – rendimento», secondo l'impostazione fornita dallo IAS 17 e dal criterio IPSAS ED 45 (EPEC 2010), come già avvenuto per esempio nel Regno Unito (DoH 2009), allora la scelta tra il PPP e un sistema tradizionale di finanziamento, realizzazione e gestione degli investimenti avverrà in un conte-

¹¹ Il termine *champion* è utilizzato per riferirsi a quei soggetti che hanno maturato esperienze, conoscenze e competenze tali da diventare un punto di riferimento per i colleghi, della stesse azienda o di altre del settore.

sto di neutralità contabile. In relazione, comunque, alle specifiche norme di funzionamento delle aziende sanitarie italiane, anche se con alcune differenti applicazioni in funzione del contesto regionale, va considerata che questa neutralità contabile non sarà sufficiente per garantire scelte di investimento basate esclusivamente sui principi del *value for money* e della convenienza (*affordability*), permanendo, infatti, il limite sostanziale all'indebitamento a livello aziendale.

L'analisi delle indagini condotte dal NAO hanno comunque messo in evidenza come il trasferimento dei rischi nell'ambito del PPP sia difficile da valutare e comunque non possa essere dato per scontato.

Le maggiori competenze sembrano, inoltre, essere necessarie per ridurre l'asimmetria informativa e quindi per migliorare la negoziazione dei contratti, sia prima della loro aggiudicazione, sia durante la loro gestione.

Inoltre, si ritiene che debba essere assolutamente accantonata l'idea, ben diffusa invece nella realtà, sia tra gli operatori privati (come è emerso anche dalle interviste) sia tra quelli pubblici, che il maggior sforzo amministrativo e gestionale iniziale per stipulare un contratto di PPP possa essere più che controbilanciato dal fatto che le aziende sanitarie non dovranno impostare e gestire, nei successivi venti o trent'anni, altre procedure di gara, con significativi risparmi di tempo e di denaro. Infatti, come si è potuto verificare dalle indagini condotte nel Regno Unito, la performance del PPP dipende dalla capacità di monitoraggio e gestione dei contratti, che potrebbe forse essere ben più onerosa rispetto alla preparazione o gestione di gare tradizionali. *Market test* e *benchmarking* sono, infatti, essenziali per evitare che contratti di lunga durata contribuiscano a generare situazioni anticoncorrenziali e posizioni dominanti nel mercato da parte di pochi operatori. Infatti, la stabilità contrattuale garantita dai contratti di PPP deve generare valore per entrambe le controparti e non solo per una di esse.

A distanza di circa 10 anni dall'introduzione in Italia dei contratti di PPP/PF per il finanziamento e la realizzazione degli investimenti sanitari esiste ancora un gap informativo rilevante, spesso generato da bassi livelli di *accountability*, che non consente, a parere di chi scrive, a *policy makers* e manager pubblici, ma anche agli operatori privati, di gestire in modo razionale il processo decisionale. In particolare, nonostante siano operativi più di 50 contratti, non esistono studi circa il trasferimento dei rischi e il *Value for Money*. Questa situazione, peraltro, alimenta ulteriormente i gap individuati. A fronte della necessità di trovare un bilanciamento tra riduzione dei disavanzi e mantenimento della qualità dei servizi e tra riduzione del debito e adeguamento infrastrutturale e tecnologico è doveroso valutare il valore generato o distrutto dai contratti di PPP e da soluzioni di finanza privata e l'eventuale risposta che essi potranno dare alle sfide che Regioni e aziende sanitarie si trovano a fronteggiare.

Bibliografia

- Amatucci, F. e Biondi, Y. (2001), «Project finance nel settore sanitario italiano: esperienze e modalità di applicazione», in Anessi Pessina, E. e Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: rapporto OASI 2001*, Milano, EGEA.
- Amatucci, F. e Lecci, F. (2006), «Le operazioni di partnership finanziaria pubblico-privato in sanità: un'analisi critica», in Anessi Pessina, E. e Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: rapporto OASI 2006*, Milano, EGEA.
- Amatucci, F., Germani, A. e Vecchi, V. (2007), «Il project finance in sanità: un'analisi delle caratteristiche economico e finanziarie» in Anessi Pessina, E. e Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: rapporto OASI 2007*, Milano, EGEA.
- Amatucci, F., Hellowell, M. e Vecchi, V. (2008), «Il project finance: quali lezioni dalle esperienze internazionali?» in Anessi Pessina, E. e Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: rapporto OASI 2008*, Milano, EGEA.
- Amatucci, F., Favretto, F. e Vecchi, V. (2010), «Il finanziamento degli investimenti sanitari: il partenariato pubblico privato “su misura”» in Anessi Pessina, E. e Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: rapporto OASI 2010*, Milano, EGEA.
- Department of Health (2009), *Accounting for PFI under IFRS*, www.doh.gov.uk.
- Dudkin, G. e Väilä, T. (2005), «Transaction costs in public-private partnerships: a first look at the evidence», *EIB Economic and Financial Report 2005/03*, Luxemburg, European Investment Bank.
- EPEC (2010) *Eurostat treatment of PPP: purposes, methodologies and recent trends*, <http://www.eib.org/epec/>.
- Gaffney, G., Pollock, A., Price, D. e Shaoul, J. (1999), «NHS capital expenditure and the private finance initiative – expansion or contraction?», *British Medical Journal*, 310, pp. 48-51.
- Lecci, F. e Marsilio, M. (2005), «Il leasing nelle aziende sanitarie», in Anessi Pessina, E. e Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: rapporto OASI 2005*, Milano, EGEA.
- HM Treasury (2003), *PFI: meeting the investment challenge*, Londra, The Stationary Office.
- HM Treasury, *Signed PFI project list, updated at march 2011*, http://www.hm-treasury.gov.uk/ppp_pfi_stats.htm
- Lonsdale, C. (2005), «Risk Transfer and the UK Private Finance Initiative: A Theoretical Analysis», *Policy and Politics*, 2, pp. 231-249.
- Marsilio, M. e Vecchi, V. (2004), «Il finanziamento degli investimenti in sanità», in Anessi Pessina, E. e Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: rapporto OASI 2004*, Milano, EGEA.

- National Audit Office (2007a), The operational record of the first wave of PFI hospitals, rapporto riservato non pubblicato.
- National Audit Office (2007b), Benchmarking and market testing the ongoing services components of PFI projects, www.nao.org.uk.
- National Audit Office (2008), Making changes in operational PFI projects, www.nao.org.uk.
- National Audit Office (2010), The performance and management of hospital PFI contracts, www.nao.org.uk
- Pollock, A., Hellowell, M., Price, D. e Liebe, M. (2009), Memorandum about Private Finance Projects and off-balance sheet debt – in answer to the the Economic Affairs Committee consultation, <http://www.parliament.the-stationery-office.co.uk/pa/ld200910/ldselect/ldeconaf/63/09111003.htm>
- Vecchi, V. (2008a), «Project finance e investimenti sanitari: chi guadagna?», *Economia & Management*, 5, pp.83-100.
- Vecchi V. (2008b), «Il project finance e gli impatti generali sul rischio generale dell'azienda sanitaria», *Mecosan*, 65, pp 139-154.
- Vecchi, V., Hellowell, M. e Longo, F. (2010), «Are Italian healthcare organisations paying too much for their public private partnerships?» *Public Money and Management*, 30(2), pp. 125-132.