

DELIBERAZIONE N. VII/18575 DEL 5 AGOSTO 2004

Oggetto: LINEE GUIDA PER L'ATTIVAZIONE DI COLLABORAZIONI TRA AZIENDE SANITARIE PUBBLICHE E SOGGETTI PRIVATI.

LA GIUNTA REGIONALE

PREMESSO CHE:

- I dd.lgs. nn. 502/1992 e 517/1993, come modificati ed integrati dal successivo d.lgs. n. 229/99, stabiliscono che spettano alle Regioni le funzioni legislative ed amministrative in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera, definendo inoltre l'azienda sanitaria come dotata di personalità giuridica pubblica ed autonomia imprenditoriale;
- la l.r. n. 31/97 di riordino del Servizio Sanitario Regionale definisce le Aziende Sanitarie Locali e le Aziende Ospedaliere come enti dotati di personalità giuridica pubblica, autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica ed in particolare:
 - l'art. 1, comma 3, che stabilisce che la Regione eserciti funzioni di legislazione e programmazione, di indirizzo, di coordinamento, di controllo e di supporto nei confronti delle Aziende Sanitarie e degli altri soggetti esercenti attività sanitarie;
- la d.g.r. n. VI/42718 del 29.04.99 recante "Criteri in ordine al reperimento di nuove risorse per il settore sanità della Regione Lombardia", fornisce indicazioni ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali e delle Aziende Ospedaliere ed ai Legali Rappresentanti degli IRCCS pubblici che intendono avviare progetti sperimentali finalizzati al reperimento di nuove risorse;

VISTI:

- la legge n. 412 del 30.12.1991, art. 4 comma 6, la quale prevede che "in deroga alla normativa vigente e nel rispetto dei livelli uniformi di assistenza e dei rispettivi finanziamenti, sono consentite sperimentazioni gestionali, ivi comprese quelle riguardanti modalità di pagamento e di remunerazione dei servizi, quelle riguardanti servizi e prestazioni forniti dai soggetti singoli, istituzioni ed associazioni volontarie di mutua assistenza aventi personalità giuridica, consorzi e società di servizi", come peraltro confermato dal successivo atto n. 1284 del 26.7.2001 della Conferenza Stato-Regioni;
- il d.lgs. n. 502/92 e s.m.i. ed in particolare l'art.9 bis, contenente indicazioni disciplinanti lo strumento della "sperimentazione gestionale", prevedendo, in particolare, la preventiva autorizzazione della Conferenza Stato-Regioni su tutti i programmi di sperimentazione di forme di collaborazione tra strutture del SSN e soggetti privati, attraverso nuovi modelli gestionali, tra cui la costituzione di società miste a capitale pubblico e privato, sottolineando, inoltre, che, al di fuori dei programmi di sperimentazione, come previsti e disciplinati dall'articolo in oggetto, è fatto divieto alle aziende del SSN di costituire società di capitali aventi per oggetto sociale lo svolgimento di compiti diretti di tutela della salute;

CONSIDERATO che la l.c. n. 3 del 18.10.2001, ha modificato il titolo V della parte seconda della Costituzione, prevedendo, all'art. 3, che lo stato ha legislazione esclusiva nella definizione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il livello nazionale, mentre è materia a legislazione concorrente la "tutela della salute";

VISTA la legge n. 405 del 16.11.2001, con la quale è previsto che:

- la materia di cui all'art. 9-bis del d.lgs. n. 502/92 e successive modifiche ed integrazioni, non costituisce principio fondamentale, ai sensi dell'art. 117 della Costituzione come novellato dalla l.c. 3/01;
- l'art. 9-bis, sia modificato prevedendo il passaggio della competenza autorizzatoria delle sperimentazioni gestionali, dalla Conferenza Stato-Regioni, alle Regioni;
- le Regioni trasmettano ai Ministeri della Salute, dell'Economia e delle Finanze, nonché alla Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento degli Affari Generali, copia dei programmi di sperimentazioni, aventi ad oggetto nuovi modelli gestionali, adottati sulla base dell'art. 9-bis del d.lgs. n. 502/92. Dovrà inoltre essere trasmessa annualmente una relazione sui risultati conseguiti con la sperimentazione;

TENUTO CONTO delle indicazioni contenute nelle Leggi Finanziarie n. 388 del 23.12.2000 e n. 488 del 28.12.2001, volte ad incentivare, in vario modo, l'attivazione di collaborazioni tra soggetti pubblici e privati;

VISTO il Piano Sanitario Nazionale 2003-2005, approvato con decreto del Presidente della Repubblica del 23.5.2003, nel quale, tra i vari progetti-obiettivo previsti, diversi contemplano la possibilità e l'opportunità di sperimentare forme di collaborazione con soggetti privati, ovvero:

- il progetto 2.2. "Promuovere una rete integrata di servizi sanitari e sociali per l'assistenza ai malati cronici, agli anziani ed ai disabili", prevede quale azioni la sperimentazione di nuove modalità di organizzazione dei servizi anche ricorrendo a collaborazioni con il privato, per affrontare il problema della non-autosufficienza;
- il progetto 2.4. "Potenziare i fattori di sviluppo della sanità" pone, quale obiettivo strategico da perseguire, un alleggerimento delle strutture pubbliche e del relativo personale dai vincoli e dalle procedure burocratiche che limitano le capacità gestionali e ne rallentano l'innovazione, consentendo loro una gestione imprenditoriale finalizzata anche all'autofinanziamento;
- il progetto 2.6. "Promuovere l'eccellenza e riqualificare le strutture ospedaliere" prevede il sostegno alle Regioni nel loro programma di ridisegno della rete ospedaliera, con la finalità da un lato, di convertire la funzione di alcuni ospedali minori e di attivare l'ospedalità a domicilio, e dall'altro, realizzare centri avanzati di Eccellenza;
- il progetto 2.8. "Promuovere la ricerca biomedica e biotecnologica e quella sui servizi sanitari" prevede la promozione delle collaborazioni tra Istituzioni pubbliche e private nel campo della ricerca anche al fine di individuare nuovi procedimenti e modalità organizzative nell'assistenza e nell'erogazione dei servizi sanitari;

CONSIDERATO che il Piano Socio Sanitario Regionale 2002-2004, approvato con d.c.r. n. VII/462 del 13.03.2002 riserva una certa attenzione all'attivazione di iniziative di collaborazione tra aziende sanitarie pubbliche e soggetti privati, in considerazione della necessità rilevata:

- di introdurre forme innovative di organizzazione e gestione dei servizi;
- di ammodernare la rete dei servizi pubblici;
- di adeguare gli spazi e la logistica;
- di sviluppare in modo sistematico e continuativo: i processi di innovazione tecnologica, tramite la riconversione di parte della spesa corrente in spesa in conto capitale; la ricerca di forme innovative di finanziamento di investimenti; la collaborazione tra pubblico e privato;

TENUTO CONTO altresì che il Piano Socio-Sanitario Regionale 2002-2004, individua, quale possibile evoluzione della forma giuridica delle aziende sanitarie pubbliche, la

fondazione, strumento con il quale coinvolgere anche le comunità locali nel governo degli ospedali pubblici, indicando, quale una delle possibili soluzioni quella della fondazione in partecipazione (i cui principi generali sono declinati dal Titolo II Capo II Codice Civile agli artt. 14 – 35 e successivamente ripresi in modo più specifico per la Fondazione di Partecipazione dal DPR n. 361/2000);

VISTA la l.r. n. 3 del 24.3.2003, art. 4, comma 7, laddove si precisa che “la trasformazione di azienda ospedaliera in fondazione può riguardare l’intera azienda o parte di essa, garantendo, negli organi di indirizzo, la presenza maggioritaria di membri designati da soggetti pubblici. In caso di costituzione di fondazione si prevede, inoltre, l’applicazione delle procedure previste dall’art. 9 bis del d.lgs. n. 502/92 come modificato ed integrato”;

VISTA altresì la l.r. n. 2 del 16.2.2004, art. 3, la quale ha inserito di seguito al comma 7 dell’art. 4 della l.r. n. 3/2003 succitata, il comma 7-bis recante “Il Consiglio Regionale nei limiti delle risorse disponibili, può finanziare piani di ristrutturazione ed ottimizzazione gestionale presentati dai membri fondatori della fondazione nella misura massima corrispondente al disavanzo dell’Azienda trasformata o afferita, quale accertato al momento della trasformazione o conferimento, e per il periodo di durata del piano stesso, teso al recupero degli equilibri economici ed operativi”;

RICHIAMATA la d.g.r. n. VII/13306 del 13.6.2003 recante “Piano Pluriennale degli investimenti in Sanità. Determinazioni per la realizzazione degli interventi prioritari di Edilizia Sanitaria e per l’adeguamento ai requisiti di accreditamento”, con la quale sono individuati vari interventi da realizzarsi sia per la ristrutturazione e l’adeguamento ai requisiti di sicurezza ed accreditamento, che per la realizzazione di nuove strutture ospedaliere, prevedendo, tra l’altro, la possibilità di finanziare gli investimenti detti, tramite l’utilizzo di forme di collaborazione tra soggetti pubblici e privati;

CONSIDERATO che la d.g.r. n. VII/13306/03 citata prevede che alle sperimentazioni gestionali finalizzate ad investimenti per l’adeguamento e la messa in sicurezza delle strutture, si applichino, per quanto riguarda l’aspetto “accreditamento”, le regole di trasformazione di posti letto previste dallo stesso PSSR 2002-2004, secondo il meccanismo della “riqualificazione delle unità di offerta”, per il quale: all’attivazione di un posto letto ordinario per acuti in una determinata specialità deve corrispondere la dismissione di posti letti ordinari per acuti in altre specialità; all’attivazione di un posto letto di day hospital deve corrispondere la dismissione di due posti letto di degenza ordinaria;

CONSIDERATO altresì che per la realizzazione dei nuovi ospedali individuati dalla d.g.r. n. VII/13306/03, per i quali:

1. vi è l’utilizzo di risorse pubbliche per almeno il 40% del costo dell’intervento;
 2. si prevede l’impiego degli strumenti disciplinati dagli artt. 19 e 37-bis della legge n. 109/94 e successive modifiche ed integrazioni;
 3. non è prevista l’esternalizzazione di attività sanitaria;
- gli obblighi procedurali previsti dal presente atto sono da considerarsi assolti dalla valutazione del progetto preliminare effettuata da parte del Consiglio Regionale dei Lavori Pubblici, dall’ASL competente per territorio nonché dall’approvazione dello stesso con decreto del Direttore Generale della D.G. Sanità;

RICHIAMATA la d.g.r. n. VII/13796 del 25.7.2003 che consente l’autorizzazione, l’accreditamento e la messa a contratto di nuove attività in ambito ambulatoriale, se inserite in progetti di collaborazione pubblico/privato ed aventi ad oggetto attività ad alto contenuto tecnologico ed innovativo;

RITENUTO di dover procedere all'aggiornamento delle indicazioni a suo tempo fornite con la d.g.r. n. VI/42718/99, in considerazione delle esperienze attivate e delle modificazioni legislative e programmatiche intervenute sia a livello nazionale che regionale;

PRESO ATTO che in relazione all'incarico attribuito a Finlombarda S.p.A. con decreto del Direttore Generale n.8942 del 17.04.2001 la stessa ha sviluppato, tra le altre attività, uno studio avente ad oggetto il "Public-private partnership nel settore dell'edilizia sanitaria", il quale fornisce indicazioni e strumenti utili alle aziende sanitarie per valutazioni inerenti l'utilizzo degli strumenti di concessione di costruzione e gestione (ex art. 19-20, l. 109/94 e successive modifiche ed integrazioni) e di project financing (ex art. 37-bis, legge n. 109/94 e successive modifiche ed integrazioni) e che la D.G. Sanità mette a disposizione delle aziende che vorranno attivare gli strumenti detti;

CONSIDERATO che le indicazioni contenute nell'allegato 1 "Linee Guida per l'attivazione di collaborazioni tra Aziende Sanitarie Pubbliche e soggetti privati" – quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento - sono volte a fornire alle aziende sanitarie linee di indirizzo per l'attivazione di collaborazioni con soggetti privati e per la sperimentazione di nuovi modelli gestionali, demandando tuttavia a livello aziendale la valutazione dell'opportunità di attivazione delle medesime collaborazioni, la scelta dello strumento giuridico maggiormente idoneo al raggiungimento degli obiettivi prefissati, nonché alla successiva adozione dei provvedimenti necessari all'attivazione dell'esperienza, in considerazione dell'autonomia organizzativa e gestionale che caratterizza le aziende sanitarie;

CONSIDERATO altresì che l'attivazione delle esperienze di collaborazioni pubblico-privato dovrà in ogni caso garantire il perseguimento dei fini istituzionali delle aziende sanitarie coinvolte; in tal senso i progetti predisposti dalle aziende proponenti dovranno evidenziare le motivazioni che hanno indotto alla scelta della collaborazione con soggetti privati, in termini di opportunità e convenienza, la salvaguardia dell'interesse pubblico, la tutela della qualità del servizio ed il rispetto delle norme sul procedimento di scelta dei soggetti con i quali realizzare dette esperienze, secondo principi di imparzialità e trasparenza;

CONSIDERATO che saranno oggetto di specifica autorizzazione regionale le sperimentazioni gestionali, intendendosi per tali le esperienze aventi ad oggetto la gestione mista dell'attività di diagnosi e cura rivolta alla persona e, quelle collaborazioni tra aziende sanitarie pubbliche e soggetti privati finalizzate a sperimentare soluzioni particolarmente innovative dal punto di vista finanziario e/o gestionale e/o tecnologico.

CONSIDERATO pertanto di non sottoporre a specifica autorizzazione regionale collaborazioni tra soggetti pubblici e privati da attivarsi tramite l'utilizzo di schemi e strumenti giuridici già collaudati ed espressamente disciplinati dall'ordinamento giuridico vigente (es. appalto di servizi no core, quali i servizi di ristorazione e lavanolo);

RITENUTO di poter dare continuità all'iter autorizzativo previsto dalla citata d.g.r. n. VI/42718/99, prevedendo che le singole iniziative proposte dalle aziende sanitarie siano oggetto di autorizzazione regionale - secondo quanto indicato nell'allegato 1 - previa predisposizione da parte delle Aziende Sanitarie di adeguata proposta progettuale, nonché confronto con le OO.SS. in sede locale e con le OO.SS. regionali; confronti con le parti sociali da realizzarsi, sia nella fase di assunzione dei relativi provvedimenti, sia in quella di verifica dei risultati attesi;

PRESO ATTO che:

- la valutazione, da parte regionale, delle iniziative di collaborazione oggetto di successiva autorizzazione, è finalizzata a valutare la congruità e la coerenza delle esperienze proposte con la programmazione sanitaria regionale e le linee di indirizzo conferite, nonché integrare funzionalmente le singole sperimentazioni in un'ottica di pianificazione generale;
- ogni iniziativa di collaborazione pubblico-privato dovrà essere coerente con le regole di sistema e perseguire l'equilibrio economico dello stesso; i benefici perseguiti con l'attivazione di dette esperienze dovranno essere a vantaggio sia della singola Azienda proponente che dell'intero sistema sanitario regionale;
- le iniziative di collaborazione pubblico-privato dovranno essere coerenti con i principi comunitari in tema di concorrenza e di trasparenza;

PRESO ATTO altresì dei confronti realizzati tra la Direzione Generale Sanità e le OOSS in data 18.12.2003, 12.1.2004, 24.2.2004, 18.5.2004 e 21.7.2004, aventi ad oggetto le “Linee Guida per l’attivazione di collaborazioni tra Aziende Sanitarie Pubbliche e soggetti privati”;

VALUTATA l’esigenza, secondo la tempistica e le modalità previste dalla d.g.r. n. VII/13306/03:

- a) di adeguare le strutture e le tecnologie delle aziende sanitarie ai requisiti di sicurezza ed accreditamento di cui alla normativa nazionale e regionale;
- b) di attivare forme organizzative e gestionali innovative;
- c) di utilizzare il patrimonio delle aziende sanitarie oggi inutilizzato;
- d) di valorizzare il patrimonio di proprietà aziendale, ai fini del miglioramento della qualità delle prestazioni e del servizio reso all’utente e delle condizioni di lavoro degli operatori sanitari;

PRESO ATTO che l’esito dei confronti realizzati con le Organizzazioni Sindacali, è stato riportato nel paragrafo 5 recante “Iter autorizzativo delle collaborazioni pubblico-privato e delle sperimentazioni gestionali” dell’allegato 1;

RITENUTO quindi approvare il documento, allegato 1 “Linee Guida per l’attivazione di collaborazioni tra Aziende Sanitarie Pubbliche e soggetti privati”, quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento ;

RITENUTO di istituire, con successivo provvedimento:

- una Commissione di monitoraggio, verifica e controllo delle sperimentazioni gestionali e collaborazioni pubblico-privato attivate dal 1999 ad oggi, che dovrà vedere coinvolte le parti istituzionali e sociali, la cui composizione e modalità di attivazione verranno successivamente definiti, finalizzata a valutare i progetti sperimentali avviati, al fine di verificare se vi è stato miglioramento dei servizi a livello locale, l’interesse per l’Azienda Sanitaria in termini di efficienza, qualità ed economicità dei servizi resi, di know how apportato e degli effetti prodotti sul personale coinvolto;
- un organismo tecnico in grado di svolgere le funzioni di “soggetto terzo” nella valutazione di merito ed in particolare degli aspetti economico finanziari, delle singole proposte delle Aziende Sanitarie, al quale possano riferirsi sia le Aziende interessate che la Commissione sopra indicata;

RITENUTO altresì di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul BURL e sul sito web della Regione Lombardia;

VAGLIATE ed ASSUNTE come proprie le predette valutazioni;

A voti unanimi espressi nelle forme di legge

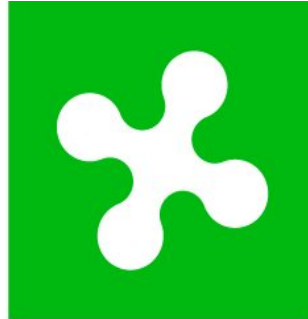
DELIBERA

Per tutte le motivazioni espresse in premessa che qui s'intendono integralmente riportate:

1. **di approvare** il documento allegato 1 - parte integrante e sostanziale del presente provvedimento - quali linee di indirizzo per l'attivazione di collaborazioni con soggetti privati e per la sperimentazione di nuovi modelli gestionali, stante l'autonomia organizzativa e gestionale che caratterizza le aziende sanitarie;
2. **di stabilire** che saranno oggetto di specifica autorizzazione regionale le sperimentazioni gestionali, intendendosi per tali le esperienze aventi ad oggetto la gestione mista dell'attività di diagnosi e cura rivolta alla persona e, quelle collaborazioni tra aziende sanitarie pubbliche e soggetti privati finalizzate a sperimentare soluzioni particolarmente innovative dal punto di vista finanziario e/o gestionale e/o tecnologico;
3. **di stabilire** pertanto di non sottoporre a specifica autorizzazione regionale quelle collaborazioni tra soggetti pubblici e privati da attivarsi tramite l'utilizzo di schemi e strumenti giuridici già collaudati ed espressamente disciplinati dall'ordinamento giuridico vigente (es. appalto di servizi no core, quali i servizi di ristorazione e lavanolo);
4. **di stabilire** che le singole proposte progettuali, oggetto di autorizzazione regionale secondo le indicazioni contenute nel documento allegato 1 siano proposte alla Regione Lombardia – D.G. Sanità dalle aziende sanitarie, previa predisposizione di adeguata proposta progettuale e confronto con le OO.SS. - confronto realizzato secondo le modalità meglio precisate nel documento allegato 1-;
5. **di stabilire** che le proposte progettuali aventi ad oggetto la collaborazione con soggetti di diritto privato perseguano prioritariamente - secondo la tempistica e le modalità previste dalla d.g.r. n. VII/13306/2003 - l'esigenza di:
 - a) di adeguare le strutture e le tecnologie delle aziende sanitarie ai requisiti di sicurezza ed accreditamento di cui alla normativa nazionale e regionale;
 - b) di attivare forme organizzative e gestionali innovative;
 - c) di utilizzare il patrimonio delle aziende sanitarie oggi inutilizzato;
 - d) di valorizzare il patrimonio di proprietà aziendale, ai fini del miglioramento della qualità delle prestazioni e del servizio reso all'utente e delle condizioni di lavoro degli operatori sanitari;
6. **di stabilire** altresì che per la realizzazione dei nuovi ospedali individuati dalla d.g.r. n. VII/13306/03, per i quali:
 - vi è l'utilizzo di risorse pubbliche per almeno il 40% del costo dell'intervento;
 - si prevede l'impiego degli strumenti disciplinati dagli artt. 19 e 37-bis della legge n. 109/94 e successive modifiche ed integrazioni;
 - non è prevista l'esternalizzazione di attività sanitaria;

- gli obblighi procedurali previsti dal presente atto sono da considerarsi assolti dalla valutazione del progetto preliminare effettuata da parte del Consiglio Regionale dei Lavori Pubblici, dall'ASL competente per territorio nonché dall'approvazione dello stesso con decreto del Direttore Generale della D.G. Sanità;
7. **di stabilire** inoltre che ogni iniziativa di collaborazione pubblico-privato dovrà essere coerente con le regole di sistema e perseguire l'equilibrio economico dello stesso; i benefici perseguiti con l'attivazione di dette esperienze dovranno essere a vantaggio sia della singola Azienda proponente che dell'intero sistema sanitario regionale e dovrà altresì essere coerenti con i principi comunitari in tema di concorrenza e di trasparenza;
 8. **di istituire**, con successivo provvedimento:
 - una Commissione di monitoraggio, verifica e controllo delle sperimentazioni gestionali e collaborazioni pubblico-privato in atto per una compiuta valutazione dei progetti sperimentali attivati, al fine di verificare se vi è stato miglioramento dei servizi a livello locale; l'interesse per l'Azienda Sanitaria in termini di efficienza, qualità ed economicità dei servizi resi; del know how apportato e degli effetti prodotti sul personale coinvolto, che dovrà vedere coinvolte le parti istituzionali e sociali;
 - un organismo tecnico in grado di svolgere le funzioni di "soggetto terzo" nella valutazione di merito ed in particolare degli aspetti economico finanziari, delle singole proposte delle Aziende Sanitarie, al quale possano riferirsi sia le Aziende interessate che la Commissione sopra indicata;
 9. **di disporre** la pubblicazione del presente provvedimento sul BURL e sul sito web della Regione Lombardia.

IL SEGRETARIO



Regione Lombardia

Sanità

***LINEE GUIDA PER
L'ATTIVAZIONE DI COLLABORAZIONI
TRA AZIENDE SANITARIE PUBBLICHE
E SOGGETTI PRIVATI***

<p>LINEE GUIDA PER L'ATTIVAZIONE DI COLLABORAZIONI TRA AZIENDE SANITARIE PUBBLICHE E SOGGETTI PRIVATI</p>
--

1	IL QUADRO NORMATIVO.....	3
1.1	EVOLUZIONE DEL QUADRO NORMATIVO NAZIONALE	3
1.2	EVOLUZIONE DEL QUADRO NORMATIVO REGIONALE	5
2	IL QUADRO PROGRAMMATICO DI RIFERIMENTO.....	7
2.1	IL PIANO SANITARIO NAZIONALE 2003-2005	7
2.2	LA PROGRAMMAZIONE REGIONALE.....	8
2.2.1	<i>La d.g.r. VII/13306 del 13/6/2003: il Piano Pluriennale degli Investimenti in Sanità.....</i>	<i>10</i>
2.2.2	<i>Le collaborazioni pubblico-privato e la normativa in tema di accreditamento.....</i>	<i>10</i>
3	GLI OBIETTIVI.....	11
4	GLI STRUMENTI UTILIZZABILI PER LA COLLABORAZIONE CON I SOGGETTI PRIVATI.....	13
4.1	LA SOCIETÀ MISTA.....	13
4.2	LA FONDAZIONE DI PARTECIPAZIONE	15
4.3	CREAZIONE DI ORGANISMI CONSORTILI	19
4.4	L'ASSOCIAZIONE IN PARTECIPAZIONE.....	19
4.5	IL PROJECT FINANCE.....	21
4.5.1	<i>Premessa.....</i>	<i>21</i>
4.5.2	<i>Il contratto di concessione</i>	<i>25</i>
4.5.3	<i>Le procedure di affidamento della concessione</i>	<i>27</i>
4.6	I CONTRATTI DI CONCESSIONE DI SPAZI PUBBLICITARI E DI SPONSORIZZAZIONE	28
4.6.1	<i>Obiettivi e vantaggi perseguibili.....</i>	<i>29</i>
4.6.2	<i>La sponsorizzazione: interazione possibile tra pubblico e privato. ...</i>	<i>30</i>
5	ITER AUTORIZZATIVO DELLE COLLABORAZIONI PUBBLICO – PRIVATO E DELLE SPERIMENTAZIONI GESTIONALI.....	33
6	COMMISSIONE DI MONITORAGGIO ED ORGANISMO TECNICO DI VALUTAZIONE DELLE COLLABORAZIONI PUBBLICO PRIVATO	37

1 IL QUADRO NORMATIVO

1.1 Evoluzione del quadro normativo nazionale

L'esigenza di testare nuove soluzioni rivolte al perseguimento di un maggior livello di efficienza oltre che efficacia, ed economicità nell'erogazione delle prestazioni sanitarie, porta alla sperimentazione di nuovi modelli per la gestione dei servizi sanitari ed alla previsione dell'istituto delle "sperimentazioni gestionali".

Il primo riferimento presente nella legislazione nazionale è l'art.4 comma 6 della L. n. 412 del 30.12.1991, ripreso in toto dalla Conferenza Stato –Regioni nel corso del 2001 (atto n.1284 del 26.7.2001).Esso prevede che "in deroga alla normativa vigente e nel rispetto dei livelli uniformi di assistenza e dei rispettivi finanziamenti, sono consentite sperimentazioni gestionali, ivi comprese quelle riguardanti modalità di pagamento e di remunerazione dei servizi, quelle riguardanti servizi e prestazioni forniti dai soggetti singoli, istituzioni ed associazioni volontarie di mutua assistenza aventi personalità giuridica, consorzi e società di servizi". Norma di estrema rilevanza per la validazione delle molteplici iniziative attivabili.

Segue in termini temporali il d.lgs. n. 502/1992 il quale contempla, all'art. 9, la possibilità, da parte delle Regioni, di prevedere, nell'ambito della programmazione regionale, forme di assistenza differenziate, nonché le sperimentazioni gestionali di cui all'art. 4 comma 6 della L. n. 412/1991, regolamentandone l'attuazione e fissando gli ambiti rimessi all'unità sanitaria locale. E' attribuito alla Conferenza Stato-Regioni il compito della verifica annuale dei risultati conseguiti, sia sul piano economico, che su quello della qualità dei servizi. Al termine del primo triennio di sperimentazione , sulla base dei risultati conseguiti, il Governo e le Regioni adottano i provvedimenti conseguenti.

Nel 1993, il d.lgs. n. 517/1993 con l' art.11, di modifica del d.lgs. del 1992, inserisce un nuovo articolo, il 9-bis – Sperimentazioni Gestionali – con il quale viene ripreso l'art. 4, comma 6 della L. n. 412/1991, ed in parte l'art. 9 del d.lgs. n. 502/1992, prevedendo l'individuazione da parte della Conferenza Stato-Regioni di nove aziende, equamente ripartite nelle circoscrizioni del Nord, Centro e Sud, in cui effettuare le predette sperimentazioni. Le sperimentazioni potranno essere realizzate, sia tramite la sottoscrizione di convenzioni, che tramite la costituzione di società miste a capitale pubblico privato.

Nel giugno del 1999, l'impianto del decreto del 1992 , è completamente rivisitato a seguito dell'introduzione del d.lgs. n. 229/99, il quale, sostituendo, con l'art. 10, il precedente art. 9-bis, regola in maniera piuttosto vincolante lo strumento "sperimentazione gestionale": si prevede, infatti, la preventiva autorizzazione della conferenza Stato-Regioni su tutti i programmi di sperimentazione di forme di collaborazione tra strutture del SSN e soggetti privati, attraverso nuovi modelli gestionali, tra cui la costituzione di società miste a capitale pubblico e privato. Il programma di sperimentazione deve essere proposto dalle Regioni, motivandone le ragioni ¹ed evidenziando elementi di garanzia riferiti a particolari criteri². La

¹ Ragioni di convenienza economica del progetto gestionale, di miglioramento della qualità dell'assistenza e di coerenza con le previsioni del Piano sanitario regionale.

² a) privilegiare nell'area del settore privato il coinvolgimento delle organizzazioni non lucrative di utilità sociale individuate dall'articolo 10 del decreto legislativo 4 dicembre 1997, n. 460; b) fissare limiti percentuali alla partecipazione di organismi privati in misura non superiore al quarantanove per cento; c) prevedere forme idonee di limitazione alla facoltà di cessione della propria quota sociale nei confronti dei soggetti privati che partecipano alle sperimentazioni; d) disciplinare le forme di risoluzione del rapporto contrattuale con privati che partecipano alla sperimentazione in caso di gravi inadempienze agli

Conferenza Stato Regioni verifica annualmente i risultati conseguiti, sia sul piano economico, che su quello della qualità dei servizi, anche per le forme di collaborazione con soggetti privati aventi ad oggetto la gestione di compiti diretti di tutela della salute. Al termine del primo triennio di sperimentazione, sulla base dei risultati conseguiti, il Governo e le Regioni dovranno adottare i provvedimenti conseguenti.

Si sottolinea che al di fuori dei programmi di sperimentazione, come previsti e disciplinati dall'articolo in oggetto, è fatto divieto alle aziende del SSN di costituire società di capitali aventi per oggetto sociale lo svolgimento di compiti diretti di tutela della salute.

Nell'ambito delle Finanziarie del 2000 e del 2001 sono contenute indicazioni volte ad incentivare, in vario modo, l'attivazione di collaborazioni tra soggetti pubblici e privati.

La L. n. 388 del 23.12.2000, all'art. 90 prevede l'esenzione da imposte, *sino al 31.12.2001*, del trasferimento di beni, anche di immobili e di aziende, a favore di fondazioni di diritto privato e di enti pubblici, effettuato nell'ambito di sperimentazioni gestionali previste dall'articolo 4, comma 6, della legge 30.12.1991, n. 412, nonché dall'articolo 9-bis del decreto legislativo 30.12.1992, n. 502, e successive modificazioni.³

La l. N. 488 del 28.12.2001, all'art. 28, prevede la possibilità, da parte del Governo su proposta dei Ministri dell'economia e delle finanze e per la funzione pubblica, di concerto con il Ministro interessato, di procedere alla trasformazione, in via sperimentale degli IRCCS, in fondazioni di diritto privato, ovvero società per azioni, sentite le Regioni interessate, e ferma restando la natura pubblica degli istituti medesimi, di cui all'articolo 1 del d.lgs. 30.6.1993, n. 269. Previsione confermata dall'art. 42 della legge 16.1.2003, n. 3 di delega al Governo per la trasformazione degli IRCCS in fondazioni e che ha trovato concreta applicazione con il d.lgs. 16.10.2003, n. 288 recante "Riordino della disciplina degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, a norma dell'art. 42, comma 1, legge del 16.01.2003, n. 3".

L'art. 29 della L. n. 488/01 prevede, inoltre, che le pubbliche amministrazioni nonché gli enti finanziati direttamente o indirettamente a carico del bilancio dello Stato possano, anche in deroga alle vigenti disposizioni: a) acquistare sul mercato i servizi, originariamente prodotti al proprio interno, a condizione di ottenere conseguenti economie di gestione; b) costituire, nel rispetto delle condizioni di economicità di cui alla lettera a), soggetti di diritto privato ai quali affidare lo svolgimento di servizi, svolti in precedenza; c) attribuire a soggetti di diritto privato

obblighi contrattuali o di accertate esposizioni debitorie nei confronti di terzi; e) definire partitamente i compiti, le funzioni e i rispettivi obblighi di tutti i soggetti pubblici e privati che partecipano alla sperimentazione gestionale, avendo cura di escludere in particolare il ricorso a forme contrattuali, di appalto o subappalto, nei confronti di terzi estranei alla convenzione di sperimentazione, per la fornitura di opere e servizi direttamente connesse all'assistenza alla persona; f) individuare forme e modalità di pronta attuazione per la risoluzione della convenzione di sperimentazione e scioglimento degli organi societari in caso di mancato raggiungimento del risultato della avviata sperimentazione.

³ Sino al 31 dicembre 2001 il trasferimento di beni, anche di immobili e di aziende, a favore di fondazioni di diritto privato e di enti pubblici, ivi compresi gli enti disciplinati dal decreto legislativo 4 dicembre 1997, n. 460, e successive modificazioni, effettuato nell'ambito delle sperimentazioni gestionali previste dall'articolo 4, comma 6, della legge 30 dicembre 1991, n. 412, nonché dall'articolo 9-bis del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, limitatamente agli atti sottoposti a registrazione durante il periodo di durata della sperimentazione, nonché il trasferimento disposto nell'ambito degli accordi e forme associative di cui all'articolo 10 del decreto legislativo 20 ottobre 1998, n. 368, non dà luogo, ai fini delle imposte sui redditi, a realizzo o distribuzione di plusvalenze, ricavi e minusvalenze, compreso il valore di avviamento, non costituisce presupposto per la tassazione di sopravvenienze attive nei confronti del cessionario, non è soggetto ad alcuna imposta sui trasferimenti né comporta obbligo di affrancare riserve e fondi in sospensione d'imposta.

già esistenti, attraverso gara pubblica, ovvero con adesione alle convenzioni stipulate ai sensi dell'articolo 26 della Legge 23.12.1999, n. 488, e successive modificazioni, e dell'art. 59 della legge 23.12.2000, n. 388, lo svolgimento dei servizi di cui alla lettera b).

Da segnalare, infine, l'impatto dei seguenti provvedimenti sul contesto di riferimento nazionale:

- **P'accordo Stato-Regioni dell'8.8.2001**, in tema di finanziamento del Sistema Sanitario Nazionale,
- la modifica al titolo V della parte seconda della Costituzione, approvata con la **L.c. n. 3 del 18.10.2001**, la quale all'art. 3 ha "chiarito" che, lo stato ha legislazione esclusiva nella definizione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il livello nazionale, mentre è materia a legislazione concorrente la "tutela della salute";
- **la L. n. 405 del 16.11.2001** con la quale, tra le altre misure adottate in tema di spesa sanitaria, si sancisce che "la materia di cui all'art. 9-bis del d.lgs. n. 502/92, come modificato ed integrato, non costituisce principio fondamentale", ai sensi dell'art. 117 della Costituzione, prevedendosi, inoltre, che l'art. 9-bis sia modificato in modo tale da attribuire alle Regioni la competenza autorizzatoria in tema di sperimentazione gestionale. Alle Regioni di conseguenza compete la trasmissione ai Ministeri della Salute e dell'Economia e delle Finanze, nonché alla Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento Affari Generali, di copia dei programmi attivati. E' prevista, inoltre, la trasmissione di una relazione sui risultati conseguiti con la sperimentazione, sia sul piano economico, che su quello della qualità dei servizi.

Ad oggi, pertanto, la competenza in tema di autorizzazioni delle sperimentazioni gestionali spetta alle Regioni, le quali potranno sia tenere in debita considerazione le indicazioni fornite dall'art. 9-bis come modificato ed integrato, nonché i chiarimenti di seguito forniti dalla Conferenza Stato-Regioni nel febbraio 2000, sia procedere ad una propria regolamentazione della materia, nel rispetto della legislazione vigente.

1.2 Evoluzione del quadro normativo regionale

Regione Lombardia, con la **legge n. 31 dell'11.7.1997**, come modificata ed integrata, ha ridisegnato l'assetto del sistema sanitario regionale, disciplinando la natura e gli organi delle aziende sanitarie, l'organizzazione delle stesse, le attività da svolgere, ribadendo che esse sono dotate di personalità giuridica pubblica, autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica, nell'ambito degli indirizzi programmatici della Regione. Sono state inoltre previste e individuate le regole di funzionamento del sistema sanitario e le modalità per il monitoraggio dell'attività svolta all'interno del sistema stesso. In particolare, i principi cardine su cui si fonda il sistema sanitario lombardo (la libertà di scelta del cittadino, la parità fra gli erogatori di diritto privato e quelli di diritto pubblico e la separazione fra i soggetti acquirenti di prestazioni sanitarie e gli erogatori), sono alla base della facoltà dei soggetti pubblici del SSR di attivare collaborazioni con soggetti privati.

La **d.g.r. n. VI/42718 del 29.4.1999** recante “Criteri in ordine al reperimento di nuove risorse per il settore sanità della Regione Lombardia”⁴, ha definito la procedura per l’attivazione di esperienze di collaborazione tra le aziende sanitarie pubbliche ed i soggetti privati, gli obiettivi e le finalità perseguibili dalle Aziende e dal sistema sanitario regionale, individuando una gamma di strumenti giuridici⁵, idonei alla realizzazione di collaborazioni pubblico/privato, fornendo un’elencazione esemplificativa, e non esaustiva degli stessi, nonché delle relative caratteristiche, sì da consentire ai soggetti interessati di identificare la soluzione più idonea per l’attivazione della collaborazione.

⁴ Con la citata d.g.r.VI/42718 si auspica l’individuazione di nuovi modelli organizzativi, che consentano una maggiore flessibilità operativa e gestionale al fine di aumentare l’efficienza, tenendo conto della peculiarità del servizio sanitario pubblico; servizio pubblico che deve sempre perseguire i propri fini istituzionali, e motivare adeguatamente le proprie scelte, in termini di opportunità e convenienza, garantendo la qualità del servizio e rispettando le norme sul procedimento di scelta dei soggetti con i quali realizzare forme societarie, secondo principi di imparzialità e trasparenza. Nell’ambito del medesimo provvedimento è individuato inoltre un preciso iter amministrativo per l’attivazione di operazioni di sperimentazioni gestionali/collaborazioni pubblico-privato.

⁵ L’appalto di servizi (ex d.lgs.157/95); la concessione di costruzione e gestione (ex art.19 l.109/94); il project financing (ex artt.37-bis e seguenti l.109/94); la concessione di committenza integrata; gli accordi di sponsorizzazione e di collaborazione; la società mista

2 IL QUADRO PROGRAMMATICO DI RIFERIMENTO

2.1 Il Piano Sanitario Nazionale 2003-2005

Con decreto del Presidente della Repubblica del 23.5.2003, è stato approvato il documento contenente gli obiettivi da raggiungere per attuare la garanzia costituzionale del diritto alla salute degli altri diritti sociali e civili in ambito sanitario, varato in uno scenario profondamente modificato, nel quale il compito del Ministero della Salute è passato da “pianificazione e governo della sanità” a “garanzia della salute” di ogni cittadino. I provvedimenti normativi citati hanno consacrato il decentramento dei poteri dallo Stato alle Regioni, verso una graduale ma reale devoluzione improntata al principio della sussidiarietà, intesa quale partecipazione di diversi soggetti alla gestione dei servizi, partendo da quelli più vicini ai cittadini.

Il documento si pone pertanto quale atto d’indirizzo e di linea culturale, coerentemente con il ruolo assunto dal Ministero della Salute, in quanto secondo le premesse di cui sopra sarà potere delle Regioni definire gli aspetti operativi specifici del progetto, determinando tempi e metodi per il conseguimento degli obiettivi.

In quest’ottica il documento chiarisce che la stessa efficacia del Piano dipenderà dall’attuazione di una produttiva cooperazione fra i diversi livelli di responsabilità, e per quanto di competenza, comuni e province, anche per l’adozione di soluzioni organizzative e gestionali innovative ed efficaci.

E’ importante osservare come nei vari progetti citati dal Piano Sanitario Nazionale, in più parti venga ripresa la possibilità e l’opportunità di sperimentare forme di collaborazione con soggetti privati, così:

- il progetto 2.2. avente ad oggetto la promozione di una rete integrata di servizi sanitari e sociali per l’assistenza ai malati cronici, agli anziani ed ai disabili, prevede, quale azione, la sperimentazione di nuove modalità di organizzazione dei servizi anche ricorrendo a collaborazioni con il privato, per affrontare il problema della non-autosufficienza;
- il progetto 2.4. avente ad oggetto il potenziamento dei fattori di sviluppo della sanità, pone quale obiettivo strategico da perseguire un alleggerimento delle strutture pubbliche e del relativo personale dai vincoli e dalle procedure burocratiche che limitano le capacità gestionali e ne rallentano l’innovazione, consentendo loro una gestione imprenditoriale finalizzata anche all’autofinanziamento;
- il progetto 2.6. avente ad oggetto la promozione dell’eccellenza e riqualificare le strutture ospedaliere, prevede il sostegno alle Regioni nel loro programma di ridisegno della rete ospedaliera, con la finalità da un lato di convertire la funzione di alcuni ospedali minori e di attivare l’ospedalità a domicilio e dall’altro realizzare centri avanzati di Eccellenza.

Da rilevare infine è l’opportunità evidenziata nell’ambito del progetto 2.8 di promuovere le collaborazioni tra Istituzioni pubbliche e private nel campo della ricerca anche al fine di individuare nuovi procedimenti e modalità organizzative nell’assistenza e nell’erogazione dei servizi sanitari.

2.2 La programmazione regionale

Il **programma regionale di sviluppo della VII^a legislatura**, approvato con d.c.r. VII/39 del 10.10.2000, nell'ambito dell'obiettivo di "Miglioramento della rete delle strutture sanitarie" prevede, quali interventi sulla rete dei servizi:

1. la realizzazione di opere di adeguamento strutturale, affinché le strutture sanitarie possano essere rese conformi alla normativa in tema di sicurezza ed accreditamento, nonché effettuare interventi che consentano di innovare il patrimonio ospedaliero;
2. l'attuazione di interventi realizzativi di nuovi insediamenti strutturali e/o di nuove modalità di erogazione dei servizi.

Si precisa che per lo svolgimento di siffatte azioni è possibile presupporre lo studio di modalità alternative di finanziamento, stante la limitatezza delle risorse economiche disponibili, modalità che utilizzino gli strumenti di collaborazione pubblico/privato già previsti dalla d.g.r. n. VI/42718/99. Inoltre, la necessità di ottimizzazione della spesa sanitaria, l'evoluzione delle tecniche di diagnosi e cura richiedono interventi sia sulle strutture deputate all'erogazione di prestazioni che sui modelli organizzativi.

Il **DPEFR 2003-2005**, approvato con d.c.r. n. VII/620 del 22.10.2002, riprendendo le indicazioni del PRS, prevede quale azione per l'attuazione del Piano Socio Sanitario Regionale, la riorganizzazione della rete ospedaliera e della rete emergenza urgenza secondo le indicazioni contenute nel Piano, anche attraverso la definizione del Secondo Accordo di Programma Quadro in tema di edilizia sanitaria. In particolare individua i seguenti obiettivi specifici "Riorganizzazione della rete sanitaria", "Realizzazione di nuovi ospedali e messa in sicurezza delle strutture sanitarie" e "Sostegno all'innovazione tecnologica".

Più puntualmente il **DPEFR 2004-2006**, approvato con d.c.r. VII/915 del 25.11.2003, prevede nell'ambito dei "Servizi alla persona":

- lo sviluppo della l.r. 31/97, recependo in particolare alcuni contenuti del PSSR, quali ad esempio le collaborazioni pubblico-privato, le fondazioni, introducendo oltremodo soluzioni organizzative innovative;
- la costruzione di nuovi ospedali, privilegiando modalità innovative di realizzazione e l'apertura di tutti i cantieri degli interventi di ristrutturazione e adeguamento ai requisiti di accreditamento;
- la trasformazione in fondazioni di alcune strutture ospedaliere significative anche tenendo conto del ruolo degli Enti locali.

Il "**Piano Socio Sanitario Regionale 2002-2004**" - PSSR, approvato con d.c.r. n. VII/462 del 13.3.2002, costituisce un punto di riferimento fondamentale per valutare la coerenza degli atti programmatici aziendali con la programmazione regionale, con particolare riguardo alle iniziative volte a sperimentare nuovi modelli gestionali, ovvero implementare certi strumenti in determinati contesti.

Il documento approvato nel marzo 2002 riserva una certa attenzione all'apertura ad iniziative di collaborazione tra aziende sanitarie pubbliche e soggetti privati, in considerazione della necessità rilevata di introdurre forme innovative di organizzazione e gestione dei servizi.

Così per *le ASL* si auspica la realizzazione di forme di collaborazione e aggregazione che possano favorire la messa in comune di servizi di supporto, la capacità negoziale

e la possibilità di sperimentare, tramite specifici progetti, forme di esternalizzazione di alcune prestazioni socio-sanitarie e sociali fornite dalle stesse aziende che prevedano il coinvolgimento di soggetti erogatori istituzionali (AO e strutture private accreditate) o di nuovi soggetti. In tal modo le ASL, tramite l'esternalizzazione delle attività dirette all'erogazione dei servizi socio-sanitari, potranno concentrarsi sul governo della domanda e sugli insostituibili compiti di vigilanza e controllo.

Dal lato dell'offerta d'assistenza ospedaliera, l'analisi dell'assetto della rete delle strutture di offerta presenti sul territorio, contestualmente alle tendenze epidemiologiche rilevate, inducono ad individuare, quale linea d'intervento, **la riqualificazione della rete ospedaliera**, al fine di articolare razionalmente l'offerta specialistica ospedaliera sul territorio, riorganizzare la rete emergenza urgenza, anche in considerazione dell'evoluzione dei sistemi e delle modalità di cura. L'articolazione auspicata per la rete di assistenza di offerta ospedaliera è la seguente:

- **strutture ospedaliere per acuti di medie dimensioni, plurispecialistiche ed ad alta tecnologia** che offrano servizi di cura di intensa ed alta assistenza, di particolare qualità e modernamente organizzate. E' prevista anche la costruzione di nuovi ospedali, modernamente progettati e realizzati, in sostituzione di presidi ospedalieri esistenti e considerati obsoleti, con la contemporanea azione di riqualificazione urbanistica delle aree su cui attualmente insistono presidi ospedalieri le cui condizioni strutturali e di conservazione non consigliano di avviare ristrutturazioni perché troppo onerose e non risolutive;
- **strutture intermedie** in grado di assicurare prestazioni di diagnosi e cura di minor intensità assistenziale, anche con ricovero diurno. Dovranno assicurare una presenza maggiormente diffusa sul territorio evitando dimensioni eccessive, garantendo un ruolo di cerniera tra i medici di medicina generale e l'assistenza ospedaliera e prevedendo ricoveri diurni di tipo medico e chirurgico e attività di specialistica ambulatoriale. Questo consentirà di fare ulteriori significativi progressi nella riduzione dei tempi di attesa e nell'offerta di servizi necessari alla popolazione, pur garantendo l'adeguatezza e la qualità delle prestazioni rese, in quanto dovranno essere comunque funzionalmente e organizzativamente collegate con un presidio ospedaliero sede di DEA o EAS.
Tali strutture, rispetto alle tradizionali strutture ospedaliere, rappresentano un ulteriore elemento di diversificazione nella rete ospedaliera che può costituire un'ulteriore opportunità per la riconversione di piccoli ospedali.
- **attivare progetti sperimentali di gestione domiciliare del paziente**, in alcune aree di assistenza ospedaliera (medicina generale e pediatria), attuando una graduale conversione di posti letto di degenza ordinaria in posti domiciliari equivalenti.

In considerazione delle analisi condotte, il Piano Socio Sanitario Regionale approvato, individua quali azioni da intraprendere per l'innovazione del sistema degli ospedali, di cui la Regione è proprietaria, le seguenti:

- investimenti del patrimonio umano, sviluppando professionalità e competenza;
- investimenti in tecnologie sanitarie;
- adeguamento degli spazi e della logistica.

L'entità degli investimenti richiesti per l'ammodernamento della rete dei servizi pubblici è, tuttavia, conseguibile, non solo con investimenti pubblici diretti, ma dipende anche dalla capacità di attrarre altri investimenti. E' necessario, di conseguenza, disporre di progetti in grado di trovare interlocutori interessati al finanziamento, sia a livello nazionale che internazionale, tra soggetti sia pubblici che privati (profit e non profit).

Le esigenze scaturenti dagli adeguamenti di spazi e logistica, nonché la necessità di sviluppare in modo sistematico e continuativo i processi di innovazione tecnologica portano, in particolare, a favorire tre importanti politiche: - la riconversione di parte della spesa corrente in spesa in conto capitale; - la ricerca di forme innovative di finanziamento di investimenti; - la collaborazione tra pubblico e privato.

2.2.1 La d.g.r. n. VII/13306 del 13.6.2003: il Piano Pluriennale degli Investimenti in Sanità

Le analisi del patrimonio strumentale effettuate nel corso del 2002 e del 2001 hanno reso possibili determinazioni in materia; infatti, la Giunta Regionale, con d.g.r. n. VII/13306 del 13.6.2003, ha approvato un Piano Pluriennale degli investimenti in Sanità, nel quale è stata inserita la previsione di interventi sia di ristrutturazione e adeguamento ai requisiti previsti dalla normativa sulla sicurezza e da quella sull'accreditamento, che di realizzazione di nuove strutture ospedaliere, rilevando la necessità di utilizzare forme di collaborazione tra soggetti pubblici e privati per il finanziamento degli investimenti detti.

E' stato previsto che alle sperimentazioni gestionali aventi quali finalità investimenti per l'adeguamento e la messa in sicurezza delle strutture, si applichino, per quanto riguarda l'aspetto "accreditamento", le regole di trasformazione di posti letto previste dal Piano Socio-Sanitario Regionale⁶.

2.2.2 Le collaborazioni pubblico-privato e la normativa in tema di accreditamento

In considerazione delle indicazioni contenute nel Piano Socio Sanitario Regionale 2002-2004, la Giunta Regionale con d.g.r. n. VII/9491 del 21.6.2002, ha confermato il blocco dei posti letto in regime di accreditamento oggetto di contratto; con provvedimenti successivi sono stati individuati i margini di utilizzo delle collaborazioni tra soggetti pubblici e privati. Con le seguenti deliberazioni di Giunta Regionale, si è precisato quanto segue:

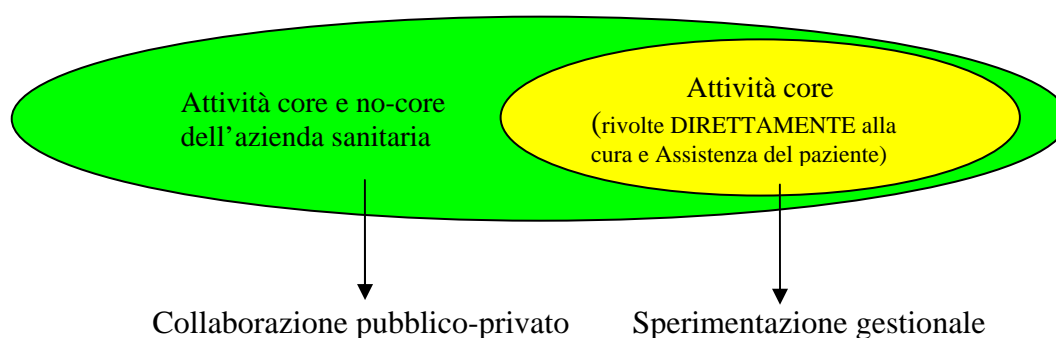
- Deliberazione di Giunta Regionale n. VII/13306 del 13.6.2003: alle sperimentazioni gestionali finalizzate ad investimenti per l'adeguamento e la messa in sicurezza delle strutture, si applicano, per quanto riguarda l'aspetto "accreditamento", le regole di trasformazione di posti letto previste dallo stesso Piano Socio Sanitario Regionale 2002-2004, (vedi nota 6 a piè pagina);
- Deliberazione di Giunta Regionale n. VII/13796 del 25.7.2003: si consente l'autorizzazione, l'accREDITamento e la messa a contratto di nuove attività in ambito ambulatoriale, se inserite in progetti di collaborazioni pubblico/privato ed aventi ad oggetto attività ad alto contenuto tecnologico ed innovativo.

⁶ Il meccanismo della "riqualificazione delle unità di offerta" prevede che: all'attivazione di un posto letto ordinario per acuti in una determinata specialità deve corrispondere la dismissione di posti letti ordinari per acuti in altre specialità; all'attivazione di un posto letto di day hospital deve corrispondere la dismissione di due posti letto di degenza ordinaria. L'adeguamento dei posti letto ai requisiti di accreditamento può avvenire anche attraverso la cessione onerosa di posti letto fra soggetti erogatori, previa verifica del dimensionamento di posti letto a livello provinciale

3 GLI OBIETTIVI

La definizione di specifici obiettivi ovvero di una serie di motivazioni che dovrebbero sottostare all'attivazione di collaborazioni tra aziende sanitarie pubbliche e soggetti privati è piuttosto problematica, in quanto spesso si tratta di una soluzione che le aziende sanitarie decidono di adottare sulla base di articolate considerazioni inerenti l'assetto aziendale, l'assetto territoriale nel quale l'azienda si colloca, le esigenze espresse dall'utenza, le soluzioni alternative percorribili, l'assetto programmatico di riferimento, le regole di funzionamento del sistema sanitario regionale. E' possibile tuttavia individuare alcune delle motivazioni che, in via teorica, possono indurre all'attivazione di dette esperienze.

Preliminarmente è necessario chiarire la terminologia utilizzata nella trattazione dell'argomento, precisando che la collaborazione tra soggetti pubblici e soggetti privati viene diversamente denominata in base all'oggetto dell'esperienza. Oggetto che può essere il diretto esercizio di attività sanitarie con assunzione della relativa titolarità, oppure la gestione di tutte quelle attività genericamente definite no-core, e di supporto all'attività sanitaria. Infatti, mentre è possibile genericamente riferirsi alla collaborazione tra soggetti pubblici e soggetti privati sia nel caso in cui oggetto della collaborazione sia attività sanitaria ovvero attività non sanitaria, nel caso specifico in cui l'esperienza ha per oggetto l'attività sanitaria si tratta di sperimentazione gestionale.



Obiettivi perseguibili dalle collaborazioni pubblico privato sono:

- il miglioramento dei servizi resi all'utenza;
- l'adeguamento delle strutture ai requisiti previsti dalla normativa sull'accreditamento e sulla sicurezza;
- innovazione ed adeguamento tecnologico;
- la sperimentazione di nuove formule gestionali, affinché l'azienda sanitaria possa concentrare i propri sforzi sul miglioramento dell'outcome;
- il corretto utilizzo del personale, favorendo la concentrazione del personale esistente e soprattutto del personale dirigente sul "core business";
- il reperimento di risorse finanziarie;
- il mantenimento di strutture erogatrici sul territorio;
- riduzione dei costi;
- trasferimento del rischio "d'impresa";
- maggiore integrazione tra sanità e assistenza, salvaguardando le fasce deboli della popolazione, come gli anziani.

Sinteticamente, si tratta di ricercare tramite nuove formule il miglioramento dell'efficacia, dell'efficienza e dell'economicità della prestazione sanitaria resa all'utenza.

Lo strumento della collaborazione pubblico – privato, ovvero della sperimentazione gestionale secondo l'accezione precisata, potrà essere utilizzato anche per l'attivazione di progetti di eccellenza scientifica che comportano consistenti investimenti ed un certo livello e tipologia di know-now scientifico. E' possibile, infatti, in questo modo prevedere lo sfruttamento delle risorse già disponibili presso le strutture sanitarie pubbliche, integrate da risorse private (sia in termini di risorse umane, tecnologie, risorse finanziarie) per l'attivazione di tecnologie e modelli di cura, altrimenti non utilizzabili, in considerazione, soprattutto, degli stringenti vincoli finanziari.

4 GLI STRUMENTI UTILIZZABILI PER LA COLLABORAZIONE CON I SOGGETTI PRIVATI

L'attivazione di forme sperimentali di collaborazione tra soggetti di diritto pubblico e diritto privato, finalizzate al perseguimento delle finalità su indicate, può essere realizzata tramite svariati strumenti giuridici contemplati dall'ordinamento vigente. Può essere utile effettuare una disamina, non esaustiva, degli strumenti più consoni alla collaborazione pubblico privato.

E' possibile prevedere un coinvolgimento in termini complessivi dell'ente pubblico, tramite la creazione di:

- una società mista;
- una fondazione;
- un'associazione in partecipazione;

oppure il ricorso al contributo esterno del soggetto di diritto privato attraverso:

- l'appalto di servizi;
- la concessione di costruzione e di gestione;
- il project financing;
- la concessione di "committenza integrata";
- gli accordi di sponsorizzazione e di collaborazione.

Rispetto ad alcuni degli strumenti indicati si riporta una breve descrizione.

4.1 La Società Mista

La società mista, costituita, per lo più, in forma di società per azioni, tra enti pubblici ed uno o più soggetti privati, apportatori di capitali, di tecnologie, di organizzazione di know-how gestionale, rappresenta uno degli strumenti di collaborazione pubblico/privato.

Le peculiarità dello strumento di tipo privatistico, consentono di affiancare agli obiettivi tipicamente pubblici dell'ente che partecipa (coincidenti con il suo ruolo istituzionale), la disponibilità di mezzi, procedure e modelli gestionali tipicamente imprenditoriali, per una più efficiente, efficace ed economica gestione del servizio. L'ente pubblico, presente nella compagine sociale (tramite il mantenimento o meno della maggioranza del capitale sociale), nomina amministratori e sindaci, e ciò consente allo stesso di indirizzare l'attività della società verso il perseguimento degli obiettivi pubblici, peculiari dell'ente coinvolto, oltrechè di vigilare sulla tipologia di servizi resi all'utenza.

Pertanto, il soggetto pubblico, azionista della società costituitasi, non può completamente estraniarsi dall'attività di gestione, e la sua partecipazione diviene particolarmente rilevante nel caso di soggetti erogatori di servizi alla persona, quali le aziende sanitarie. Si rimarca, infatti, che il settore sanitario, per le caratteristiche che lo contraddistinguono, e nella fattispecie:

- informazione imperfetta (per la quale il paziente non ha adeguate conoscenze e competenza in merito);
- barriere all'entrata (specifici requisiti per l'erogazione di prestazioni sanitarie, quale garanzia ai pazienti di una certa competenza professionale e di una certa qualità delle prestazioni);

- presenza di soggetti terzi-paganti (a differenza di ogni altro mercato il paziente è indotto a valutare in modo relativo i costi dei servizi che acquista, in quanto sopportati dallo stesso in modo forfetario);
- capacità dell'offerta di indurre la domanda (ovvero capacità del medico [offerta] di interferire nella formazione della domanda, fornendo o consigliando servizi in misura differente da quanto il paziente avrebbe scelto se dotato di quelle conoscenze proprie degli addetti al settore)

non può essere trattato alla stregua di qualsiasi altro settore: risulta necessaria la salvaguardia delle finalità pubbliche, attraverso l'attività di controllo del soggetto pubblico ed al contempo, il supporto di professionalità private.

L'istituto della società mista finalizzata alla sperimentazione di nuovi modelli gestionali, quali forme di collaborazione tra strutture del Servizio Sanitario Nazionale e soggetti privati, è espressamente contemplato dal d.lgs. n. 502/92 art. 9-bis, come modificato ed integrato, recante in particolare una serie di indicazioni - elementi di garanzia, volti a tutelare l'interesse pubblicistico.

La legislazione disciplinante lo strumento giuridico della "società mista", tuttavia non sembra soddisfare pienamente le problematiche operative che l'utilizzo dello stesso in particolari settori implica. La legislazione a cui correntemente ci si riferisce per la disciplina della materia è quella nel tempo emanata per le società miste costituite per l'erogazione di servizi pubblici locali (solitamente ricondotti a Comuni e province). Tuttavia si ritiene che, stante il vuoto legislativo, per la disciplina dello strumento nell'ambito della sanità, sia possibile in via analogica, utilizzare le stesse prescrizioni formulate nel tempo per gli enti locali.

Nulla tuttavia è stabilito rispetto alle modalità di scelta del socio privato di minoranza e alle modalità di affidamento del servizio da parte dell'ente "promotore" alla società mista (sia essa a maggioranza o minoranza pubblica). Sicuramente l'assenza di precise indicazioni consente un certo margine di azione, ma la giurisprudenza amministrativa e la dottrina, sono sostanzialmente concordi nel ritenere che la scelta del socio privato chiamato a svolgere attività o servizi in favore dell'amministrazione deve avvenire attraverso procedure concorsuali, a garanzia della trasparenza e della imparzialità della Pubblica Amministrazione.⁷ Quindi, la scelta non può essere rimessa a semplici giudizi soggettivi unilaterali, ma va esternata all'esito di una valutazione comparativa adeguatamente motivata, idonea ad evidenziare che la scelta stessa è caduta su un soggetto piuttosto che su altri, nel rispetto del principio di concorrenza e trasparenza dell'azione amministrativa, al fine di assicurare la migliore funzionalità del servizio, anche in termini di economicità. Dunque, anche la scelta del socio privato minoritario deve essere realizzata tramite apposita procedura concorrenziale⁸.

Per quanto concerne le modalità di affidamento del servizio, l'esigenza perseguita, tramite l'utilizzo di strumenti di tipo privatistico, di maggior efficienza ed economicità nella gestione di particolari servizi, potrebbe indurre l'ente pubblico "promotore", all'affidamento diretto della gestione del servizio, una volta espletata la procedura ad evidenza pubblica per la selezione del socio privato.

⁷ Consiglio di Stato sez.V, 05.04.1998 n.435 in Sole 24 ore del 29.06.98 n.176.

⁸ Consiglio di Stato, sez.V,19.02.1998, n.192, in Giornale di Dir. Amm.vo, n.5/1998, pag. 423

Ciò comporterebbe l'affidamento diretto e privilegiato del servizio alla società appositamente costituita, il cui oggetto sociale consiste appunto nello svolgimento dell'attività economica in cui il servizio pubblico si concreta.

Questo sistema di affidamento appare, tuttavia, in contrasto con la normativa comunitaria ed i suoi principi di concorrenza e della par condicio tra i privati interessati alla gestione del servizio, così come afferma, anche, una ormai consolidata giurisprudenza della Corte di Giustizia CEE.

E' possibile schematizzare le differenti fasi di costituzione della società mista, stante la necessità dell'approvazione della proposta progettuale da parte della Giunta Regionale.



E' bene evidenziare che nella definizione della proposta progettuale, l'azienda sanitaria dovrà prestare particolare attenzione alle modalità di partecipazione alla società, alla disciplina delle relazioni con quest'ultima, alla durata del rapporto, alle modalità di accreditamento, se necessario, della società, alla disciplina dei rapporti finanziari, alla regolamentazione delle posizioni di comando del personale dipendente dell'azienda sanitaria nella società, al recepimento nello statuto della società dei patti parasociali.

4.2 La Fondazione di partecipazione

La fondazione⁹ di partecipazione è un istituto giuridico di diritto privato, costituente un nuovo modello di gestione di iniziative nel settore non profit. Si tratta, infatti, di un istituto senza scopo di lucro, avente quale finalità il perseguimento di interessi di pubblica utilità, al pari di quanto perseguito istituzionalmente dalle strutture di origine. E' possibile aderirvi apportando denaro, beni materiali o immateriali, professionalità o servizi. Si tratta di un istituto che trova riscontro in differenti norme e che trova il proprio fondamento di legittimità nel DPR n. 361/2000.

I provvedimenti legislativi che indicano, quale possibile scelta organizzativa quella della Fondazione di partecipazione, richiedono che, la compresenza del pubblico e del privato sia realizzata, riservando alla parte pubblica forti poteri di controllo, e

⁹ Le Associazioni e le fondazioni sono disciplinate nel Titolo II Capo II Codice Civile agli artt. 14 - 35

permettendo nel contempo che la partecipazione dei soggetti privati si realizzi anche nella designazione dei soggetti costituenti gli organi collegiali.

Si tratta di uno strumento nel quale è sintetizzato l' "elemento patrimoniale" tipico della fondazione e quello "personale" tipico dell'associazione. Potrebbe essere qualificata quale impresa non lucrativa, in quanto trattasi di struttura organizzata e continuativa nel tempo, non destinata tuttavia alla distribuzione di utili.

A titolo di esempio si riportano gli organi che caratterizzano la Fondazione di partecipazione:

- Presidente;
- Consiglio di indirizzo;
- Consiglio di gestione/Amministrazione (ed eventuale individuazione della figura del Direttore Generale);
- Comitato tecnico scientifico;
- Collegio dei revisori;
- Organi o definizione delle modalità di rappresentanza delle differenti tipologie di soci aggregabili alla Fondazione.

Gli enti pubblici ed i privati possono partecipare all'iniziativa come fondatori o aderirvi successivamente, senza bisogno di modificare lo statuto, ed hanno diritto di nominare i loro rappresentanti nel Consiglio di Amministrazione, secondo le indicazioni dello statuto.

La struttura tipo della fondazione di partecipazione prevede infatti diverse categorie di soci (fondatori, aderenti e sostenitori ecc.) e ciò consente di articolare l'organizzazione in modo flessibile e funzionale agli obiettivi dell'ente.

Un organo di sorveglianza, composto esclusivamente dai rappresentanti degli enti pubblici partecipanti, controlla l'aderenza dell'operato della fondazione alla legge, allo statuto ed al pubblico interesse, ed ha ampi poteri potendo arrivare fino a censurare gli atti valutati contrari agli scopi istituzionali della fondazione.

L'analisi dello strumento giuridico della Fondazione di partecipazione non può prescindere dalle indicazioni fornite all'uopo dal Piano Socio Sanitario Regionale 2002-2004, in quanto detto strumento è stato proposto quale mezzo utilizzabile per superare l'attuale configurazione delle aziende riferite essenzialmente alla Regione, e coinvolgere, tramite adeguate modalità, anche le comunità locali nel governo degli ospedali pubblici così da sviluppare nuove forme che sappiano coniugare responsabilità locale e responsabilità regionale, in una dialettica che sia in grado di rafforzare l'autonomia delle aziende e la responsabilità sui risultati.

E' proposta la realizzazione di fondazioni ospedaliere che vedano coinvolta la Regione e l'espressione pubblica, non profit e privata delle comunità locali.

Il modello proposto prevede che le fondazioni siano responsabili delle linee strategiche delle aziende delegando completamente la gestione al direttore ed al collegio di direzione che è chiamato a rispondere dei risultati raggiunti.

Il meccanismo è basato su due elementi caratterizzanti:

- la definizione delle responsabilità delle fondazioni sulle linee strategiche di fondo, sullo sviluppo di attività e sull'equilibrio economico;
- l'individuazione di organi di gestione forti in grado di gestire in modo manageriale l'ospedale.

E' prevista la trasformazione di aziende ospedaliere in fondazioni in un numero limitati di casi da individuarsi attraverso sperimentazioni gestionali autorizzate dalla Regione che consentano il conseguimento dei benefici gestionali indicati, la salvaguardia della mission pubblica, la provenienza pubblica della maggioranza dei componenti del consiglio di amministrazione, il mantenimento delle garanzie

contrattuali, economiche e giuridiche in essere nei confronti dei dipendenti ai sensi dell'art. 31 del d.lgs. 30 marzo 2001, n. 165 "Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche"¹⁰, la possibilità di partecipazione dei lavoratori dipendenti e degli enti locali ed il mantenimento da parte della Regione del patrimonio pubblico.

La **l.r. n. 3 del 24.3.2003, art. 4, comma 7**, ha previsto che, "la trasformazione di azienda ospedaliera in Fondazione o la costituzione di una fondazione può riguardare l'intera azienda o parte di essa, garantendo, negli organi di indirizzo, la presenza maggioritaria di membri designati da soggetti pubblici. In caso di costituzione di fondazioni si applicano le procedure previste dall'art. 9-bis del d.lgs. n. 502/92 e successive modifiche ed integrazioni".

La successiva **l.r. n. 2 del 16.2.2004, art. 3**, ha previsto di inserire di seguito al comma 7 dell'art. 4 della l.r. n. 3/2003 succitato, il seguente: comma 7-bis "Il Consiglio Regionale nei limiti delle risorse disponibili, può finanziare piani di ristrutturazione ed ottimizzazione gestionale presentati dai membri fondatori della fondazione nella misura massima corrispondente al disavanzo dell'Azienda trasformata o afferita, quale accertato al momento della trasformazione o conferimento, e per il periodo di durata del piano stesso, teso al recupero degli equilibri economici ed operativi.

Lo svolgimento dell'attività d'impresa necessaria per il conseguimento delle proprie finalità, non sarà svolta direttamente dalla stessa Fondazione, ma tramite strutture commerciali detenute o meno dalla Fondazione.

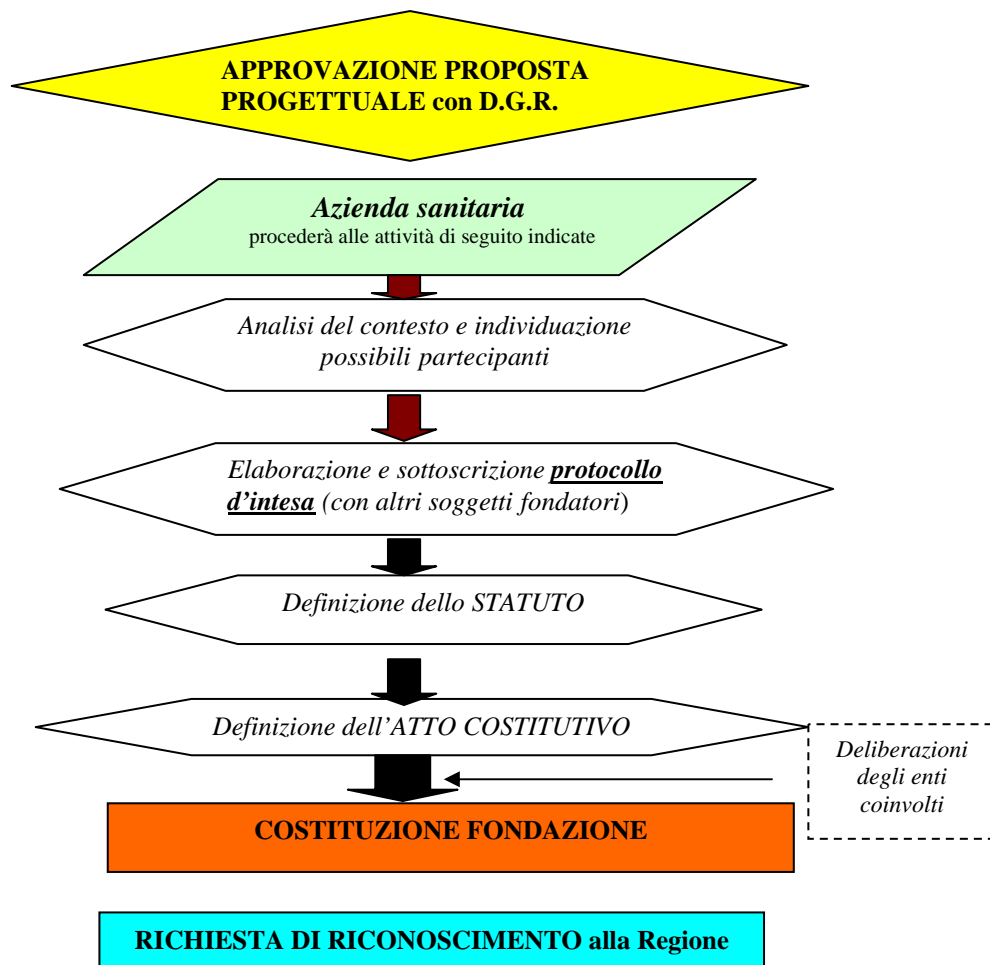
La Fondazione, per sua natura, non è un istituto "a termine"; la procedura autorizzativa per la costituzione della Fondazione ricalca quella prevista per le sperimentazioni gestionali ma questo aspetto non può avere alcun riflesso sulla durata della Fondazione. L'autorizzazione regionale alla costituzione può prevedere modalità e tempi di verifica dei risultati. L'attività di controllo è esplicitata dal livello regionale ai sensi dell'art. 25 del codice civile.

Nell'ambito dell'autonomia statutaria la Fondazione potrà prevedere le norme relative all'estinzione dell'ente ed alla devoluzione del patrimonio.

Nella definizione della proposta progettuale avente ad oggetto la costituzione della fondazione, particolare attenzione dovrà essere prestata dall'azienda sanitaria alla definizione degli aspetti inerenti le modalità di partecipazione alla fondazione, alla disciplina delle relazioni tra fondazione ed azienda sanitaria, alle modalità di accreditamento, se necessario, della fondazione, alla disciplina dei rapporti finanziari tra azienda sanitaria e fondazione, alla regolamentazione delle posizioni di comando del personale dipendente dell'azienda sanitaria nella fondazione.

Si ritiene utile esemplificare il percorso procedurale per la costituzione della Fondazione.

¹⁰ l'art. 31 del d.lgs. n. 165/2001 così recita "Fatte salve le disposizioni speciali, nel caso di trasferimento o conferimento di attività, svolte da pubbliche amministrazioni, enti pubblici o loro aziende o strutture, ad altri soggetti, pubblici o privati, al personale che passa alle dipendenze di tali soggetti si applicano l'articolo 2112 del codice civile e si osservano le procedure di informazione e di consultazione di cui all'articolo 47, commi da 1 a 4, della legge 29 dicembre 1990, n. 428".



4.3 Creazione di organismi consortili

Il consorzio è definito quale organizzazione comune, fra più soggetti, di uno o più servizi. La struttura che lo caratterizza è tipicamente imprenditoriale e lo scopo perseguito è il risparmio di costi, ovvero la produzione comune di attività e servizi, realizzata in regime di non concorrenza, al fine di aumentare la redditività dei singoli consorziati. Per la disciplina specifica dello strumento di rinvia a quanto previsto dal d.lgs. n. 267/2000, art. 31.¹¹

Il Piano Socio Sanitario Regionale 2002-2004, ha tra l'altro contemplato quale modalità organizzativa per l'erogazione di determinati servizi, il consorzio, precisando che "è favorita la creazione di organismi consortili o altre forme di aggregazione tra le Aziende ospedaliere pubbliche per renderle più competitive attraverso una più forte capacità negoziale, la messa in comune di molti servizi di supporto, la non duplicazione delle unità di offerta".

4.4 L'Associazione in Partecipazione

La possibilità di sperimentare, tramite le collaborazioni pubblico privato, strumenti giuridici contemplati dall'ordinamento vigente nell'ambito sanitario, consente di introdurre, nel ventaglio degli strumenti utilizzabili il contratto di associazione in partecipazione, disciplinato dagli articoli 2549 e seguenti del Codice Civile. E' definito "contratto con cui una persona (associante) attribuisce ad un'altra persona (associato) una partecipazione agli utili della sua impresa verso il corrispettivo di un determinato apporto" (art. 2249 c.c.). E' un contratto consensuale, non formale oneroso e può essere a tempo indeterminato¹².

E' prevista la seguente ripartizione di compiti e ruoli:

1. **associante**: gestisce l'impresa o l'affare, attribuisce all'associato una partecipazione agli utili della sua impresa verso il corrispettivo di un determinato apporto, è il soggetto responsabile di diritti ed obbligazioni nei confronti di terzi (artt. 2549-2551-2552 c.c.);
2. **associato**: esercita il controllo sull'impresa, secondo le modalità precisate nel contratto, ha comunque diritto al rendiconto dell'affare compiuto o a quello annuale della gestione se questa si protrae per più di un anno; salvo diverso

¹¹ Art. 31. Consorzi:

1. Gli enti locali per la gestione associata di uno o più servizi e l'esercizio associato di funzioni possono costituire un consorzio secondo le norme previste per le aziende speciali di cui all'articolo 114, in quanto compatibili. Al consorzio possono partecipare altri enti pubblici, quando siano a ciò autorizzati, secondo le leggi alle quali sono soggetti.

2. A tal fine i rispettivi consigli approvano a maggioranza assoluta dei componenti una convenzione ai sensi dell'articolo 30, unitamente allo statuto del consorzio.

3. In particolare la convenzione deve disciplinare le nomine e le competenze degli organi consortili coerentemente a quanto disposto dai commi 8, 9 e 10 dell'articolo 50 e dell'articolo 42, comma 2 lettera m), e prevedere la trasmissione, agli enti aderenti, degli atti fondamentali del consorzio; lo statuto, in conformità alla convenzione, deve disciplinare l'organizzazione, la nomina e le funzioni degli organi consortili.

4. Salvo quanto previsto dalla convenzione e dallo statuto per i consorzi, ai quali partecipano a mezzo dei rispettivi rappresentanti legali anche enti diversi dagli enti locali, l'assemblea del consorzio è composta dai rappresentanti degli enti associati nella persona del sindaco, del presidente o di un loro delegato, ciascuno con responsabilità pari alla quota di partecipazione fissata dalla convenzione e dallo statuto.

5. L'assemblea elegge il consiglio di amministrazione e ne approva gli atti fondamentali previsti dallo statuto.

6. Tra gli stessi enti locali non può essere costituito più di un consorzio.

7. In caso di rilevante interesse pubblico, la legge dello Stato può prevedere la costituzione di consorzi obbligatori per l'esercizio di determinate funzioni e servizi. La stessa legge ne demanda l'attuazione alle leggi regionali.

8. Ai consorzi che gestiscono attività aventi rilevanza economica e imprenditoriale e ai consorzi creati per la gestione dei servizi sociali se previsto nello statuto, si applicano le norme previste per le aziende speciali.

¹² Fonte: Dizionari Simone

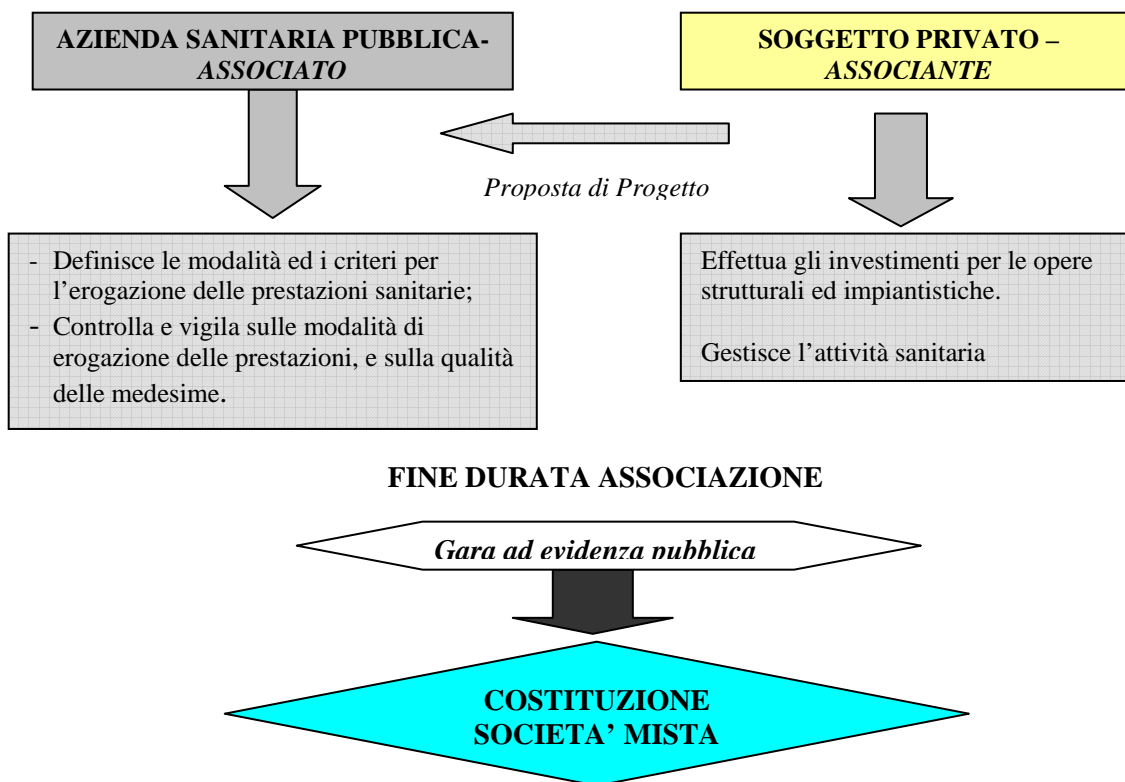
patto contrario partecipa alle perdite nella stessa misura in cui partecipa agli utili, ma le perdite che colpiscono l'associato non possono superare il valore del suo apporto. (artt. 2552-2553 c.c.)

Dalle iniziative sinora attivate si rileva che il ruolo di associante è solitamente assunto dal soggetto privato, il quale si pone quale proponente dell'iniziativa progettuale all'azienda sanitaria pubblica, che assume pertanto il ruolo di associato, a cui compete la supervisione dell'attività gestionale dell'associante, secondo criteri ed indicatori concordati, contemplati in maniera esplicita nel contratto. E' auspicabile prevedere nell'articolato del contratto la non partecipazione dell'associato (azienda sanitaria pubblica) alle perdite derivanti dall'attività "d'impresa" e la partecipazione agli utili sulla base degli apporti dello stesso, ovvero secondo quanto concordato tra le parti.

Nella definizione della proposta progettuale da parte dell'azienda sanitaria, avente ad oggetto la costituzione dell'associazione in partecipazione, particolare attenzione dovrà essere prestata dall'azienda sanitaria nella definizione degli aspetti inerenti le modalità di partecipazione dell'azienda sanitaria all'associazione, nella disciplina delle relazioni tra associazione ed azienda sanitaria, modalità di accreditamento, se necessario, dell'associazione, disciplina dei rapporti finanziari tra azienda sanitaria ed associazione, regolamentazione delle posizioni di comando del personale dipendente dell'azienda sanitaria nell'associazione.

Lo strumento descritto è da prediligersi nei casi di sperimentazione gestionale avente ad oggetto la gestione dell'attività sanitaria.

Si ritiene utile schematizzare le peculiarità dello strumento descritto, rinviando alla normativa e alla giurisprudenza presente in merito, per ulteriori approfondimenti.



4.5 Il Project Finance

4.5.1 Premessa

Al fine di esemplificare le caratteristiche della tecnica del project finance, si riprende la definizione data nel 1987 dal Nevitt: il *project finance* è una “operazione di finanziamento di una specifica iniziativa economica, che è realizzata tramite una società costituita ad hoc ed in cui i flussi di cassa previsti dalla gestione costituiscono la fonte primaria per il servizio del debito.”

Parafrasando la definizione, infatti, emergono le principali caratteristiche della tecnica di che trattasi:

- “i flussi di cassa previsti dalla gestione costituiscono la fonte primaria per il servizio del debito”: in altre parole, la valutazione della capacità di rimborso del debito è basata sulle previsioni di reddito dell’iniziativa finanziata e non sull’affidabilità economico-patrimoniale dei promotori;
- una “specifica iniziativa economica, [...] è realizzata tramite una società costituita ad hoc”: l’iniziativa viene, dunque isolata dal patrimonio dei promotori, realizzando il principio del *ring fence*, mediante la creazione di una struttura giuridica distinta, chiamata *società veicolo* o *società di progetto* (mutuando la terminologia anglosassone: *Special Purpose Vehicle* – *SPV*, o *Project Co.*), che genera una netta separazione dei beni patrimoniali destinati alla realizzazione del progetto e dei rapporti contrattuali da esso originati. Questo conferisce al progetto chiarezza ed autonomia giuridica, tutelando sia i creditori dell’iniziativa progettuale sia i creditori dei singoli promotori;
- la previsione di una “società costituita ad hoc”, consente inoltre di isolare i rischi specifici relativi al progetto con il *trasferimento* degli stessi alla società veicolo; l’allocazione ottimale delle responsabilità e dei rischi tra operatori pubblici e privati dovrà essere definita in funzione delle competenze specifiche delle parti coinvolte: il *risk sharing* (trasferimento dei rischi, appunto) deve permettere un bilanciamento ottimale tra rischi trasferiti e costo del trasferimento in capo all’operatore privato.

Quest’ultima caratteristica, in particolare, riveste una rilevante importanza ai fini della comprensione dello strumento: il coinvolgimento degli operatori privati nel finanziamento e nella gestione delle infrastrutture pubbliche può comportare maggiori oneri rispetto al finanziamento mediante finanza diretta, derivanti dalla complessa strutturazione giuridica ed economico-finanziaria dell’operazione di realizzazione dell’investimento. Ma questi maggiori costi impliciti devono trovare un bilanciamento compensativo nella maggiore efficienza e nel *know how* specialistico che il privato può apportare nella fase di *gestione*, nonché nella sua capacità di sostenere e gestire i rischi di progetto trasferiti dal soggetto pubblico.

La scelta del project finance per il finanziamento delle opere pubbliche viene dunque sì dettata dalla necessità di ridurre l’esborso finanziario pubblico ma deve consentire al contempo di aumentare l’efficienza/efficacia nella realizzazione e gestione delle opere pubbliche rispetto alla gestione diretta da parte del soggetto pubblico.

L’utilizzo del *project finance* per il finanziamento degli investimenti pubblici, nell’accezione esemplificata nella definizione di cui sopra, il cd. *project finance puro*, risulta di non facile applicazione, data la natura e le peculiarità che contraddistinguono le infrastrutture pubbliche.

Al fine di esemplificare tale aspetto, risulta necessario distinguere gli investimenti pubblici secondo due variabili principali:

- *entità dei flussi di cassa*, che determina la profittabilità dell'investimento e la rilevanza imprenditoriale dello stesso, e che viene a dipendere dalla tipologia di *tariffazione* dell'opera;
- *rischio associato al progetto*, che viene a dipendere dal differente grado di certezza dei flussi di cassa stimati e dai comportamenti della pubblica amministrazione concedente,

ed in funzione delle differenti *modalità di tariffazione* delle opere stesse.

Sulla base di tale ultimo aspetto, si opera la distinzione tra *opere con applicazione di tariffe sull'utente* e *opere con applicazione di tariffe sulla Pubblica Amministrazione* (quali appunto le opere di edilizia sanitaria).

Nel primo caso, ovvero opere con applicazione di tariffe sull'utente, l'investimento infrastrutturale viene sostenuto grazie alle tariffe pagate dagli utenti fruitori del servizio. Il livello delle tariffe dipende generalmente dalla quantità di servizio e dalle modalità di fruizione dello stesso. Nel caso in cui la tariffa sia fissata ad un livello sufficiente a coprire i costi dell'investimento e di gestione, si ha un'*opera cd. calda*.

In caso contrario, ovvero in cui la tariffa sia determinata sotto costo, non in grado di garantire la copertura dell'investimento effettuato ed il rimborso dei finanziamenti contratti per la realizzazione dell'intervento, si ha un'*opera cd. tiepida*.

Nel secondo caso ovvero di opere con applicazione di tariffe sulla Pubblica Amministrazione, è quest'ultima che, tramite risorse provenienti dalla fiscalità generale o dai contributi, copre l'investimento effettuato (*opere cd. fredde*).

PFI e
PPP

In funzione delle differenti tipologie di opere infrastrutturali, lo strumento del *project finance puro*, applicabile esclusivamente alle opere che abbiamo definito *calde*, lascia il posto a forme di collaborazione pubblico-privato intese in modo più ampio e definite nella terminologia anglosassone Public-Private Partnership (PPP): trattasi di forme di cooperazione in cui *risorse e competenze* pubbliche e private si integrano per *realizzare e gestire* opere infrastrutturali in funzione delle diverse responsabilità, e che consentono di attivare gli investimenti pubblici riducendo al minimo il livello di contribuzione finanziaria da parte della P.A. ed il livello di rischio sostenuto dalla stessa, al fine di garantire un ottimale bilanciamento degli interessi pubblici e privati coinvolti.

Nelle collaborazioni pubblico-privato, l'intervento pubblico può essere esplicito secondo differenti modalità, agendo sulle due leve a disposizione, ovvero riduzione del rischio e aumento della redditività, ma deve essere tale da consentire l'implementazione del servizio reso attraverso il coinvolgimento degli operatori privati.

L'intervento pubblico in ogni caso *non snatura*, come è stato osservato da più parti¹³, lo strumento della finanza di progetto, come pure non pregiudica la possibilità di trasferire al settore privato gran parte dei rischi e dei costi relativi all'opera da realizzare, purché l'intervento sia *residuale* ed effettuato con determinate modalità.

Oggetto
dell'opera
zione PFI

Nel caso dell'edilizia sanitaria, l'intervento del soggetto privato, infatti, riguarda la costruzione (ammodernamento, ampliamento o realizzazione ex novo) della struttura ospedaliera (opere civili, impianti tecnologici e attrezzature medicali) e la gestione dei servizi funzionali alla struttura ospedaliera (*housing*).

¹³ Cfr. Tamburi-Salvato, Privatizzare con il project finance.

I servizi che il privato solitamente viene chiamato a gestire a fronte dei quali l'azienda paga un canone possono essere:

- manutenzione ordinaria e straordinaria dell'edificio e degli impianti (centrali termiche, centrali frigorifero, condizionamento, impianti elettrici, idraulici e per gas medicali);
- servizi di supporto no-core (mensa per degenti e personale, pulizia della struttura, smaltimento rifiuti, reception e portineria, servizio unico prenotazioni, parcheggi auto);
- servizi a supporto dell'attività sanitaria (fornitura e manutenzione della strumentazione medica - sale operatorie, diagnostica per immagini, laboratorio - magazzino ospedaliero, farmacia, disinfezione).

Il coinvolgimento del privato può riguardare, infatti, ad un primo livello, la costruzione e successiva manutenzione della struttura e degli impianti. Aumentando il raggio di attività erogate dal privato, e quindi anche la possibilità dello stesso di rientrare dall'investimento effettuato, può essere esternalizzata la gestione delle attività di supporto non sanitarie e la gestione delle attività funzionali all'attività sanitaria.

Dalla definizione del pacchetto di servizi di cui il privato è chiamato ad assumersi la gestione, viene a dipendere il profilo di rischio dell'operazione¹⁴ e la struttura di finanziamento del progetto di intervento.

Canoni La strutturazione delle operazioni di PPP nel settore dell'edilizia sanitaria, richiede la corresponsione da parte dell'azienda sanitaria di *canoni* legati alla disponibilità della struttura, alla qualità/quantità dei servizi forniti; gli schemi di PFI inglesi individuano in particolare:

- un canone legato alla *disponibilità degli edifici*,
- un canone legato alla *qualità ed ai volumi dei servizi forniti*.

Canoni – per la *disponibilità delle strutture* e degli *impianti* e per i *servizi forniti* – che devono trovare copertura all'interno del bilancio delle aziende, senza compromettere il rispetto delle condizioni di *economicità* nella gestione della struttura sanitaria, affinché vi siano le condizioni di fattibilità delle operazioni in una logica di PPP.

Sebbene le public-private partnership rappresentino tecnicamente delle forme innovative di finanziamento *off-balance sheet* dei progetti di intervento pubblici, risulta necessaria la *verifica ex-ante* da parte delle aziende dell'impatto sul bilancio e della capacità della stessa di sostenere da un punto di vista economico e finanziario l'investimento.

In questa logica, il finanziamento dei progetti di intervento relativi al settore sanitario deve essere infatti ricercato dalle aziende nell'economia complessiva delle operazioni che si vanno a strutturare, attraverso il *recupero di margini di efficienza gestionale* e la *valorizzazione e sviluppo immobiliare delle aree disponibili*, quali fonti di *autofinanziamento* del progetto.

Le collaborazioni pubblico-privato rappresentano tecniche innovative di finanziamento *fuori bilancio* dei progetti di intervento delle aziende sanitarie, consentendo di superare i vincoli posti dalla normativa vigente all'indebitamento

¹⁴ L'effettivo trasferimento del rischio in capo al privato dipenderà dalla effettiva responsabilizzazione del gestore privato, strettamente correlata alla definizione di un adeguato meccanismo di pagamento.

delle aziende in termini di *importi finanziabili* e di *durata*¹⁵. La collaborazione con il soggetto privato dovrà essere ricercata non solo al fine di reperire risorse finanziarie per la realizzazione dell'intervento, ma anche in funzione delle *competenze specifiche* degli operatori privati coinvolti, con la finalità di garantire il conseguimento di efficienze nella gestione in funzione del *know-how gestionale*.

Particolare attenzione deve infatti essere posta alla *fase di gestione* dell'opera e dei servizi: il coinvolgimento del privato nella gestione dell'opera e dei relativi servizi dovrà consentire la realizzazione di risparmi gestionali, grazie alla sua maggior flessibilità ed efficienza in virtù delle competenze specifiche degli operatori privati, nella logica di una *ottimale allocazione delle responsabilità e dei rischi* tra operatori privati e pubblici

*Recupero
efficienza
gestionale*

La realizzazione di nuove infrastrutture ospedaliere richiede dunque un impegno vincolante e un forte *commitment* da parte dell'azienda per ammortizzare l'investimento attraverso il *recupero di margini di efficienza gestionale*, che possono derivare da:

- La realizzazione di strutture dotate di layout più razionali consente soluzioni organizzativo gestionali tali da generare significativi risparmi nei costi di gestione, come per esempio il passaggio a forme organizzative di tipo *dipartimentale*, superando il criterio di tipo funzionale. L'organizzazione dipartimentale/divisionale permette, infatti, di riorganizzare le attività secondo il criterio dell'omogeneità delle aree funzionali e della condivisione delle risorse;
- esternalizzazione dei servizi di supporto no-core, con la conseguente possibilità per l'azienda sanitaria di focalizzarsi sulla gestione delle attività core. L'outsourcing dovrà essere accompagnato da adeguati strumenti di controllo e monitoraggio della qualità dei servizi, che, anche se non diretti alla cura della persona, incidono su tali processi;
- gestione ottimizzante e razionale dei posti letto in linea con gli obiettivi sanitari nazionali e regionali, con una contrazione degli stessi a vantaggio del potenziamento di attività in regime di day hospital/day surgery;
- integrazione gestionale di più presidi, anche afferenti ad aziende sanitarie differenti, con la concentrazione delle attività sanitarie in un'unica soluzione localizzata.

La valutazione dei potenziali risparmi gestionali derivanti dall'esternalizzazione dei servizi no-core deve essere effettuata attraverso un'analisi approfondita volta a valutare la convenienza economica e gestionale attraverso analisi *make-or-buy* dei servizi, che nella situazione pre-intervento potranno essere:

- gestiti internamente all'azienda sanitaria (gestione di tipo *make*);
- già affidati all'esterno (gestione di tipo *buy*);
- gestiti in modalità mista (gestione di tipo *make&buy*).

¹⁵ L'art. 2 del D.Lgs. 502/1992, al comma 2-sexies, lettera g), infatti, dopo aver riaffermato il generale divieto di indebitamento delle aziende sanitarie, demanda alla competenza legislativa regionale la disciplina della facoltà attribuita alle stesse:

- di ottenere anticipazioni da parte del tesoriere fino ad un dodicesimo dell'ammontare annuo dei ricavi iscritti nel bilancio preventivo,
- di contrarre mutui o di accedere ad altre forme di credito comunque di durata non superiore a 10 anni per il finanziamento delle spese di investimento – previa autorizzazione regionale – fino ad un ammontare complessivo delle relative rate, per capitale ed interessi, non superiore al 15% delle entrate proprie correnti previste nel bilancio annuale di competenza.

e che consenta di valorizzare le economie e/o le diseconomie in relazione ai costi cessanti ed emergenti per ogni tipologia di servizio.

Se la gestione pre-intervento è di tipo *make* (gestione interna del servizio), l'outsourcing del servizio deve consentire il venir meno dei costi relativo al personale addetto e dovrebbe generare una riduzione complessiva dei costi in virtù della miglior gestione da parte del soggetto privato ed in funzione delle caratteristiche organizzativo-gestionali della nuova struttura. .

Se la gestione pre-intervento già prevede l'outsourcing del servizio, attraverso singoli contratti di appalto, la realizzazione dell'intervento dovrebbe determinare una contrazione dei costi, in virtù della razionalizzazione gestionale indotta dalla nuova struttura e in virtù dell'affidamento dei differenti contratti in essere a un unico gestore.

Spesso la scelta dell'opzione buy è rafforzata dalla possibilità di ottenere maggiori standard qualitativi dal coinvolgimento del privato, a patto che l'azienda sappia mettere in atto un sistema di monitoraggio della performance e di valutazione della stessa, a cui collegare anche il meccanismo di remunerazione.

Nella valutazione degli aspetti economico-finanziari relativi all'outsourcing e alla collaborazione pubblico-privato, particolare attenzione dovrà essere posta all'analisi degli aspetti fiscali, in particolar modo nella *valutazione comparativa* tra l'ipotesi di finanza diretta e gestione interna dei servizi e l'ipotesi di *project finance* con l'affidamento della gestione degli stessi

La valorizzazione del patrimonio immobiliare non strumentale, in particolar modo in relazione ai interventi di edilizia sanitaria relativi a grandi strutture ospedaliere e a interventi di riorganizzazione/concentrazione di differenti presidi, richiede il pieno sfruttamento economico (tramite alienazione, affitto, concessione di diritti di superficie) di tutti i "*surplus asset*"¹⁶ che caratterizzano la proprietà aziendale, che possono generare risorse finanziarie da poter utilizzare per gli investimenti in infrastrutture funzionali all'attività istituzionale.

Il patrimonio immobiliare che diventa non strumentale può costituire una fonte di risorse per lo sviluppo di investimenti infrastrutturali finanziati con la formula del project finance o più in generale con le collaborazioni pubblico privato.

4.5.2 *Il contratto di concessione*

La necessità di reperire risorse finanziarie attraverso il coinvolgimento di soggetti privati derivante dall'esigenza delle aziende sanitarie di ammodernamento del patrimonio infrastrutturale esistente, ha incentivato il ricorso allo strumento della concessione di costruzione e gestione, ora previsto e disciplinato dalla L. n. 109/94 e ss.mm.ii.¹⁷

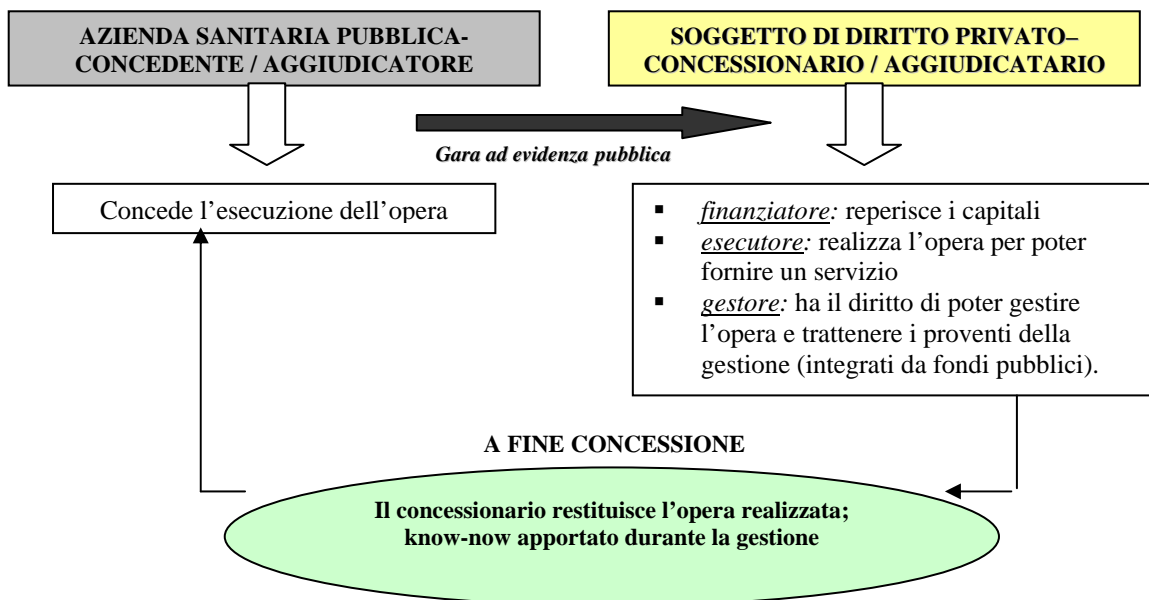
Il contratto di concessione prevede, quindi, la possibilità di gestione dell'opera realizzata, da parte del concessionario, quale controprestazione a favore dello stesso. Si prevede, altresì, che il soggetto concedente qualora necessario, possa assicurare il

¹⁶ I surplus asset sono quelli non funzionali, o non più funzionali a seguito della disponibilità di nuove strutture, all'erogazione delle prestazioni sanitarie.

¹⁷ L'art. 19 della citata legge, come novellato dalla l.n.166/2002 contempla, infatti, al comma 2, tra i sistemi di realizzazione dei lavori pubblici, la concessione, definendola quale "*contratto concluso in forma scritta fra un imprenditore ed una amministrazione aggiudicatrice, avente ad oggetto la progettazione definitiva, la progettazione esecutiva e l'esecuzione dei lavori pubblici, o di pubblica utilità, e di lavori ad esso strutturalmente e direttamente collegati, nonché la loro gestione funzionale ed economica*".

perseguimento dell'equilibrio economico-finanziario degli investimenti effettuati e della connessa gestione dell'opera, (in considerazione della qualità del servizio da prestare), tramite un prezzo, da stabilirsi in sede di gara.¹⁸ che verrebbe ad integrare la controprestazione a favore del concessionario¹⁹

Si rappresenta di seguito schematicamente lo strumento descritto.



¹⁸ il soggetto concedente assicura al concessionario il perseguimento dell'equilibrio economico-finanziario degli investimenti e della connessa gestione in relazione alla qualità del servizio da prestare, anche mediante un prezzo, stabilito in sede di gara.

¹⁹ Particolarmente interessante risulta essere la previsione, introdotta con la legge 166/2002, per la quale "a titolo di prezzo, i soggetti aggiudicatori possono cedere in proprietà o diritto di godimento beni immobili nella propria disponibilità, o allo scopo espropriati, la cui utilizzazione sia strumentale o connessa all'opera da affidare in concessione, nonché beni immobili che non assolvono più a funzioni di interesse pubblico, già indicati nel programma di cui all'articolo 14, ad esclusione degli immobili ricompresi nel patrimonio da dismettere ai sensi del decreto-legge 25 settembre 2001, n. 351, convertito, con modificazioni, dalla legge 23 novembre 2001, n. 410". Ciò consente di contemplare ed inserire nell'operazione di concessione anche beni immobili, la cui valorizzazione da parte del soggetto aggiudicatario sia ritenuta opportuna da parte dell'azienda sanitaria, quale "prezzo" atto a consentire il perseguimento dell'equilibrio economico finanziario dell'operazione di concessione, ovvero l'ammortamento dell'investimento realizzato.

L'alea economico-finanziaria della gestione dell'opera rimane, a carico del concessionario anche nel caso in cui vengano affidate in concessione "opere destinate alla utilizzazione diretta della pubblica amministrazione, in quanto funzionali alla gestione di servizi pubblici." (art.19 co.2 ter l. 109). Con simile previsione si amplia, il novero delle opere oggetto del contratto di concessione, ma si subordina l'affidamento in concessione alla condizione che resti al concessionario l'alea economico-finanziaria della gestione ed è ipotizzabile che la controprestazione per la concessione, non consistendo nella gestione dell'opera realizzata, possa essere rappresentata da un canone.

Al fine di agevolare l'utilizzo dello strumento nel senso di consentire il recupero dell'investimento, al soggetto concessionario, la novella dell'agosto 2002 (l.166/2002) stabilisce che la concessione possa avere una durata anche superiore a trenta anni, tenendo conto del rendimento della concessione stessa, della percentuale del prezzo di cui al comma 2 dell'art.19 sull'importo totale dei lavori, e dei rischi connessi alle modifiche delle condizioni del mercato. Il limite trentennale, decorre dall'aggiudicazione al concessionario, e comprende la progettazione, la costruzione e la gestione. Nel fissare la durata della concessione, perciò, l'amministrazione deve tener conto degli elementi indicati dalla legge.

La costante attenzione, nei rapporti contrattuali tra concedente e concessionario, all'equilibrio economico-finanziario dell'investimento in concessione, già emersa dalle disposizioni relative al contributo pubblico, e da quelle appena citate, relative alla fissazione della durata della concessione, è rafforzata dalla previsione secondo cui "i presupposti e le condizioni di base che determinano l'equilibrio economico-finanziario degli investimenti e della connessa gestione, costituiscono parte integrante del contratto. Le variazioni apportate da parte dell'amministrazione a tali presupposti..., qualora determinino una modifica dell'equilibrio del piano comportano la sua necessaria revisione da attuarsi mediante rideterminazione delle nuove condizioni di equilibrio, anche tramite la proroga dei termini di scadenza delle concessioni; in mancanza di predetta revisione, il concessionario può recedere dal contratto."

E' da rilevare inoltre la precisazione fatta nell'ultimo periodo del comma 2, per la quale, nonostante la concessione abbia solitamente per oggetto "la progettazione definitiva, la progettazione esecutiva e l'esecuzione dei lavori pubblici", "qualora il soggetto concedente disponga di progettazione definitiva o esecutiva, l'oggetto della concessione, quanto alle prestazioni progettuali, può essere circoscritto alla revisione della progettazione e al suo completamento da parte del concessionario".

4.5.3 Le procedure di affidamento della concessione²⁰

L'affidamento al privato del contratto di concessione di costruzione e gestione può avvenire secondo due diverse procedure:

(a) procedura ex art. 20 e ss. della L. n. 109/94 (cd. project finance ad iniziativa pubblica)

(b) procedura ex art.37-bis e ss. della L. n. 109/94 (cd. project finance ad iniziativa privata).

Figura 1 – Procedura ex art. 19: PF ad iniziativa pubblica

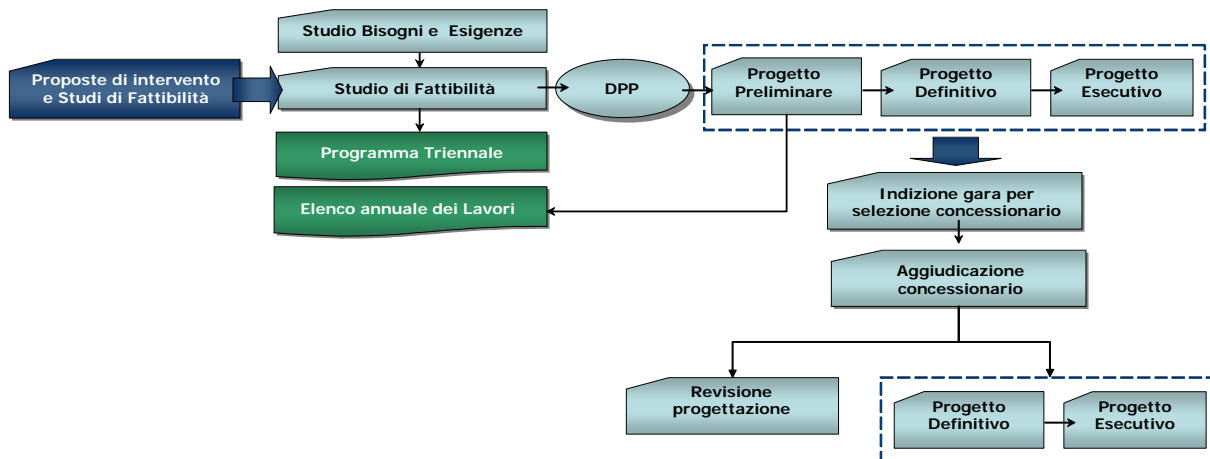
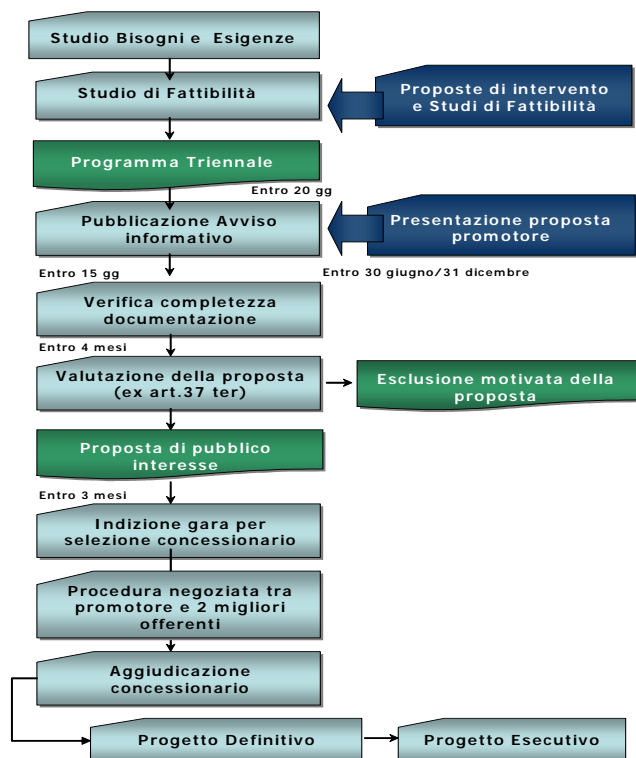


Figura 2 – La procedura ex art. 37-bis e ss., L. n. 109/94 e ss.mm.ii.



²⁰ Per gli approfondimenti si veda: "Public Private Partnership nel settore dell'edilizia sanitaria – Finlombarda – Gennaio 2003

4.6 I contratti di concessione di spazi pubblicitari e di sponsorizzazione

La sanità, quella pubblica in particolare, costituisce un settore interessante e ricco di opportunità per coloro che vogliono promuovere i propri prodotti e servizi, in quanto settore sinora poco esplorato dalla comunicazione commerciale e crocevia di utenti ed operatori vari.

Gli investimenti crescenti nel settore pubblicitario, l'utilizzo di messaggi promozionali informati ai criteri di gradevolezza, e convenienza del servizio per il consumatore, la presenza di una rete ospedaliera potenzialmente capace di attirare investitori di una certa caratura, giustificano la scelta di introdurre anche nel settore sanitario i contratti di cui in oggetto.

Si ritiene pertanto opportuno inserire nella gamma degli strumenti utilizzabili dalle aziende sanitarie per realizzare maggiore flessibilità operativa e gestionale, tramite il recupero di efficacia, efficienza ed economicità, i contratti di concessione di spazi pubblicitari ed i contratti di sponsorizzazione. L'applicazione di detti strumenti nel contesto sanitario, tuttavia, potrà essere realizzata a condizione che non sia compromessa l'autonomia, l'immagine dell'azienda sanitaria e la sua libertà d'iniziativa.

In particolare gli strumenti di cui trattasi trovano fondamento a livello nazionale:

- nell'art. 43 della L. n. 449 del 27.12.1997, comma 1 e 2²¹
- nell'art. 30 della L. n. 488 del 23.12.1999²².
- nell'art. 45 della L.n. 3 del 16.1.2003²³

Inoltre, il Piano Sanitario Nazionale 2003-2005 approvato con DPR del 23.5.2003 prevede quale progetto strategico destinato ad orientare l'attività del SSN, verso lo sviluppo di un sistema di comunicazione ed informazione sugli stili di vita sani e la prevenzione sanitaria, il progetto-obiettivo 2.9 "Promuovere gli stili di vita salutari, la prevenzione e la comunicazione pubblica sulla salute", con il quale è riconosciuta "la necessità di coinvolgere soggetti plurimi, pubblici e privati, in comuni imprese ed iniziative di comunicazione ed informazione sulla salute e la sanità". Previsione che consente di armonizzare le esigenze delle istituzioni che pur avvertendo la necessità

²¹ **Art.43** (Contratti di sponsorizzazione ed accordi di collaborazione, convenzioni con soggetti pubblici o privati, contributi dell'utenza per i servizi pubblici non essenziali e misure di incentivazione della produttività)

1. Al fine di favorire l'innovazione dell'organizzazione amministrativa e di realizzare maggiori economie, nonché una migliore qualità dei servizi prestati, le pubbliche amministrazioni possono stipulare contratti di sponsorizzazione ed accordi di collaborazione con soggetti privati ed associazioni, senza fini di lucro, costituite con atto notarile.

2. Le iniziative di cui al comma 1 devono essere dirette al perseguimento di interessi pubblici, devono escludere forme di conflitto di interesse tra l'attività pubblica e quella privata e devono comportare risparmi di spesa rispetto agli stanziamenti disposti.

²² **Art. 30.** (Patto di stabilità interno).

All'articolo 28 della legge 23 dicembre 1998, n. 448, dopo il comma 2, e' inserito il seguente:

" 2-bis. Tra le specifiche misure da adottare in relazione a quanto previsto dal comma 2 gli enti, nella loro autonomia, possono provvedere in particolare a:

c) sviluppare le iniziative per la stipula di contratti di sponsorizzazione, accordi e convenzioni previsti dall'articolo 43 della legge 27 dicembre 1997, n. 449, allo scopo di realizzare maggiori economie nella gestione.

²³ **Art. 45.** (Partecipazione finanziaria dei privati in materia sanitaria)

1. Per la realizzazione della comunicazione istituzionale in materia sanitaria il Ministero della salute può avvalersi anche della partecipazione finanziaria di qualificate aziende private operanti nei settori commerciali ed economici nonché nel settore della comunicazione e dell'informazione, assicurando alle medesime gli effetti derivanti, in termini di ritorno di immagine, dal loro coinvolgimento nelle peculiari tematiche di utilità sociale dirette alla promozione della salute.

2. Per la realizzazione della comunicazione istituzionale in materia sanitaria, di cui al comma 1, si applicano le disposizioni della legge 7 giugno 2000, n. 150.

3. Con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, da adottare ai sensi dell'articolo 17, comma 3, della legge 23 agosto 1988, n. 400, sono disciplinati i criteri, le forme, le condizioni e le modalità della partecipazione di cui al comma 1, assicurando prioritariamente l'inesistenza di situazioni di conflitto di interessi, diretto o indiretto, tra i soggetti privati finanziatori e le finalità e il contenuto della comunicazione istituzionale di cui al medesimo comma 1

di una maggiore visibilità della propria mission difficilmente riescono a reperire le risorse in tal senso necessarie, e quelle delle aziende private con marchi noti al pubblico, alla ricerca di strumenti che consentano loro di differenziarsi sul mercato in cui operano e, al tempo stesso, di rispondere alla crescente domanda dei cittadini di assunzione di responsabilità sociali.

4.6.1 Obiettivi e vantaggi perseguibili

L'obiettivo preminente riconducibile all'utilizzazione dei contratti di concessione di spazi pubblicitari e dei contratti di sponsorizzazione, è favorire l'innovazione dell'organizzazione amministrativa, reperire risorse dal settore privato, implementare la qualità dei servizi prestati, garantendo il perseguimento degli interessi pubblici e la non sussistenza di conflitti di interesse tra l'attività pubblica e quella privata, avvicinando contestualmente il mondo delle imprese al settore non profit delle Aziende sanitarie pubbliche.

I vantaggi perseguibili dalle aziende sanitarie, con l'attivazione dei contratti di concessione di spazi pubblicitari e dei contratti di sponsorizzazione, sono sintetizzabili in:

- ❑ permanenza più gradevole per operatori/utenti;
- ❑ educazione alla salute (tramite la pubblicità istituzionale);
- ❑ attivazione di convenzioni a favore di operatori/utenti;
- ❑ attivazioni di programmi di Cause Related Marketing (attività commerciale in cui imprese e amministrazione pubblica formano una partnership al fine di promuovere un'immagine, un prodotto o un servizio traendone reciprocamente beneficio secondo le rispettive finalità istituzionali);
- ❑ nessun onere per l'azienda sanitaria né rischio d'impresa;
- ❑ maggiori entrate proprie;
- ❑ attrazione sponsor/concessionari/inserzionisti nazionali/regionali e locali;
- ❑ contatto diretto con le imprese nella fase di devolution sanitaria.

E' evidente che la scelta di ricorrere a strumenti aventi ad oggetto la cessione di spazi pubblicitari o le sponsorizzazioni, dovrà sicuramente trovare spazio in un progetto complessivo di comunicazione integrata predisposto dal management aziendale, stante che gli stessi non possono essere considerati quali meri atti a valenza amministrativa. Pertanto nella formulazione del Piano di Comunicazione aziendale, aggiornato annualmente e coerente con la programmazione regionale, l'azienda sanitaria dovrà inserire le iniziative che intende realizzare utilizzando spazi pubblicitari al suo interno, ovvero sponsorizzazioni, fatti salvi gli specifici progetti "esecutivi" delle proposte inserite nel Piano di Comunicazione.

Sarà il Direttore Generale dell'azienda sanitaria direttamente responsabile della realizzazione dell'intero programma di comunicazione e dei singoli progetti, nonché delle relative modalità di verifica dell'iniziativa, anche se non è esclusa la presenza di una "interfaccia" del progetto, al fine di agevolare l'esecuzione del programma, quale potrebbe essere il referente della comunicazione aziendale.

Nella predisposizione dei progetti di comunicazione si ritiene che le Aziende Sanitarie possano opportunamente inserire, quali forme contrattuali meglio adattabili al contesto sanitario, la concessione di spazi per pubblicità tabellare e la sponsorizzazione, in quanto si presentano l'una come la soluzione operativa più

semplice, l'altra come quella più flessibile in ordine a finalizzazioni particolari nel processo di umanizzazione/normalizzazione dei "luoghi di cura".

4.6.2 La sponsorizzazione: interazione possibile tra pubblico e privato.

I contratti di sponsorizzazione sono contratti con i quali il soggetto sponsorizzato (sponsee) si obbliga a fornire, nell'ambito di proprie iniziative destinate al pubblico o alla fruizione generalizzata (es. servizi) prestazioni accessorie di veicolazione di un segno distintivo di un soggetto (sponsor), il quale si obbliga a pagare un corrispettivo (in denaro o prodotti o servizi) nella previsione che il pubblico, partecipando emotivamente all'iniziativa, associ all'iniziativa la figura dello sponsor e che da tale associazione lo sponsor medesimo consegua un beneficio di immagine.

Si tratta di contratti atipici, finalizzati al generale miglioramento dei servizi, secondo il dettato della legge che li prevede (art. 43 L. n. 449/1997), che le Amministrazioni Pubbliche potranno eventualmente formalizzare anche con contenuti differenziati.

Le sponsorizzazioni si configurano come lo strumento ideale per consentire un coinvolgimento "organico" dei soggetti privati nello sviluppo del sistema progettuale e di ricerca facente capo al Servizio Sanitario Regionale, attraverso una sostanziale razionalizzazione degli investimenti dei soggetti, imprenditoriali e non, intenzionati a immettere risorse nel sistema ottenendone in cambio un ritorno in termini di *goodwill*.

Le Aziende sanitarie pubbliche possono, quindi, ricorrere ai contratti di sponsorizzazione al fine di sostenere specifici progetti di ricerca, sviluppare e realizzare eventi particolari o campagne informative, migliorare i profili gestionali e qualitativi di particolari servizi (anche complementari a quelli sanitari), attivare convenzioni a favore di utenti e dipendenti.

In relazione a quest'ultima finalizzazione, le Aziende sanitarie pubbliche possono ricorrere alle sponsorizzazioni per il miglioramento di attività gestionali anche non strettamente connesse all'ambito sanitario (ad es. per iniziative riguardanti le risorse umane, per i servizi complementari rivolti all'utenza, ecc.), comunque nella prospettiva di risparmiare risorse.

La caratteristica della sponsorizzazione rispetto alla pubblicità tradizionale (compresa quella tabellare) è data dall'uso in via indiretta del messaggio pubblicitario: infatti, mentre attraverso la pubblicità in senso stretto si reclamizza in via immediata il prodotto o il marchio che costituisce oggetto diretto ed esclusivo dell'attività promozionale, con la sponsorizzazione invece il messaggio pubblicitario viene ad essere inserito in un diverso ed autonomo evento, utilizzato per valorizzare ed accrescere la conoscenza del prodotto o l'immagine dell'impresa sponsorizzata.

Il contratto di sponsorizzazione, ha infatti come suo contenuto strutturale essenziale la definizione di una serie di obblighi volti a garantire la veicolazione "in forma specifica" del segno distintivo dello sponsor.

Tale particolare rapporto contrattuale consente, peraltro, di associare forme di comunicazione pubblicitaria efficace ad eventi, iniziative e progetti che, per loro natura, non avrebbero elementi di attrattiva specifica per un pubblico di osservatori e che, invece, mediante la sponsorizzazione assumono ruolo di "veicoli di immagine" dello sponsor.

L'impostazione della relazione tra le aziende sanitarie ed i potenziali sponsor deve tenere conto delle peculiarità del contratto di sponsorizzazione, per il quale sono ipotizzabili almeno due percorsi procedurali volti all'individuazione dell'altro contraente da parte delle Aziende sanitarie pubbliche:

- a) *il recepimento di iniziative spontanee rappresentate dagli stessi sponsor con progetti specifici, idee-progetto, iniziative di collaborazione e partnership;*
- b) *la sollecitazione a manifestazioni di interesse alla sponsorizzazione, finalizzate a produrre processi selettivi di offerte e proposte, anche in relazione a particolari eventi.*

I contratti di sponsorizzazione non rientrano nella sfera di applicazione della disciplina in materia di appalti pubblici di servizi, a fronte della loro singolare qualificazione (contratti attivi, caratterizzati da un rapporto in cui larga parte delle obbligazioni è a vantaggio dello sponsor, configurabile come “parte forte” nel negozio) e dell’effettiva impossibilità di assimilarli a contratti di appalto o di concessione in senso proprio.

Da tale assetto di fondo deriva la possibilità di gestire i contratti secondo due canali relazionali, anch’essi atipici:

1. con riferimento diretto alle proposte dello sponsor o con individuazione diretta dello stesso, in relazione a presumibili elementi di rilevanza economica della attività dello stesso e, quindi, del potenziale investimento nella sponsorizzazione;
2. con ricerca di proposte di più sponsor, sollecitata con avvisi o bandi o comunicazioni in grado di garantire la sostanziale coerenza della procedura con i principi dell’evidenza pubblica dell’attività contrattuale delle Aziende.

Le potenzialità offerte ora dalla normativa richiedono tuttavia uno sforzo rilevante, da parte delle Aziende interessate, essendo le procedure per la stipulazione di contratti di sponsorizzazione assimilabili all’evidenza pubblica.

E’ auspicabile l’individuazione degli sponsor attraverso avviso annuale del piano di comunicazione, al fine di raccogliere le proposte in ordine ad eventi, manifestazioni e altro. Il “bando” dovrà privilegiare gli aspetti “di merito”, contenutistici, rispetto a quelli tipicamente procedurali “amministrativo-burocratici”. Si consiglia di effettuare tale pubblicazione entro il mese di settembre dell’anno precedente a quello degli eventi, al fine di consentire alle aziende private la pianificazione dell’iniziativa.

Contenuto del bando di gara

Il possibile schema di bando potrà contenere oltre gli elementi di base previsti per qualsiasi genere di bando redatto da un ente pubblico, la finalizzazione della sponsorizzazione (es. miglioramento servizi, ecc.) e la traduzione di siffatta finalità (finanziamento, beni, servizi) nel rapporto tra Azienda e sponsor, i potenziali vantaggi per lo sponsor (partecipazione al gruppo di lavoro con l’Azienda, platea potenziale, bacino di diffusione del messaggio pubblicitario, goodwill, pride, etc.), la puntualizzazione sul numero e sulla tipologia di eventi comunicativi-informativi volti a far circolare i marchi in modo congiunto per pubblicizzare il progetto e presentarne i risultati sia transitori che definitivi, il ruolo dell’Azienda (sponsee) ed il ruolo del soggetto proponente (sponsor), con evidenziazione dei principali obblighi rispetto all’iniziativa od al progetto oggetto della sponsorizzazione, con particolare riferimento a:

1. impegni generali dell’Azienda per la veicolazione del marchio/nome/logo dello sponsor;
2. definizione degli impegni (generali) dello sponsor relativi alla sponsorizzazione (finanziamento, messa disposizione di beni o di servizi);

Contenuto del contratto

E’ possibile enucleare alcuni contenuti essenziali del contratto di sponsorizzazione che le Aziende Sanitarie dovranno valutare con attenzione, stante l’autonomia negoziale delle medesime. Sarà pertanto opportuno:

- esplicitare la duplice finalizzazione della sponsorizzazione: a) per lo sponsor (solitamente un'impresa privata), relativa alla pubblicizzazione del segno distintivo da esso messo a disposizione dello sponsee; b) per lo sponsee (solitamente ente pubblico), relativa al miglioramento dei servizi ed all'economizzazione delle risorse disponibili;
- la definizione degli obblighi delle parti;
- gli impegni economici ed eventuali clausole accessorie in capo allo sponsor;
- obblighi dello sponsee, in relazione alla veicolazione del segno distintivo dello sponsor, con riferimento all'iniziativa od al progetto sostenuta o supportato dalla sponsorizzazione, ed eventuali clausole relative alla gestione dei marchi e dei loghi dello sponsor con riguardo alla disciplina dei marchi (dettagliare tempi, modalità, eventi e impegni dello sponsee nel far circolare i marchi abbinati);
- clausole regolamentative dell'eventuale esclusiva generale (lo sponsor ha l'esclusiva d'immagine in relazione all'iniziativa sponsorizzata) o commerciale (a fronte di un'iniziativa sostenibile da più sponsorizzazioni, per ciascuna categoria commerciale ammessa è concesso spazio di veicolazione pubblicitaria ad un solo sponsor);
- clausole relative alla risoluzione del contratto ed ai profili di responsabilità;
- i referenti responsabili di progetto per ambedue le parti.

Particolare attenzione deve essere peraltro posta alla definizione del dato economico, traduttivo del valore della sponsorizzazione (enucleabile a oggi dalle Aziende sanitarie pubbliche sulla base di esperienze similari o di indagini di mercato), la cui composizione è riferibile ad un budget preliminare comprensivo:

- a) delle somme da investire nella progettualità, iniziativa, ricerca e relative voci (numero e tipologia degli impianti, tempi d'installazione, personale dedicato, monitoraggio del gradimento iniziativa etc.);
- b) della gestione della fiscalità relativa;
- c) delle somme da utilizzare nelle attività di veicolazione pubblicitaria del segno distintivo dello sponsor.

Utilizzo delle sponsorizzazioni da parte delle ASL in relazione alla sperimentazione clinica controllata in medicina generale ed in pediatria di libera scelta.

La sponsorizzazione è individuata dal D.M. Sanità 10 maggio 2001 come strumento ordinario per sostenere lo sviluppo di sperimentazioni sul territorio di determinati farmaci, avvalendosi dei medici di medicina generale (MMG) e dei pediatri di libera scelta (PLS).

In tale prospettiva ed in piena attuazione dei criteri operativi dettati dallo stesso decreto le Aziende Sanitarie Locali (quali intermediari istituzionali nei confronti degli sponsor, in quanto all'art. 3 si legge "non é consentito agli sperimentatori intrattenere rapporti economici diretti con lo sponsor; ogni eventuale rapporto di natura economica relativa agli sperimentatori deve essere intrattenuto dalla ASL che deve provvedere alla stipula della convenzione") sono chiamate a razionalizzare le proposte di sperimentazione clinica controllata associate a sponsorizzazioni, qualificando esattamente il rapporto rispetto ad iniziative similari non regolamentate (ad es. ricerche finalizzate: al punto 3.1.6 del decreto si legge "sarà compito dell'ASL sorvegliare che le attività di sperimentazione clinica controllata, come

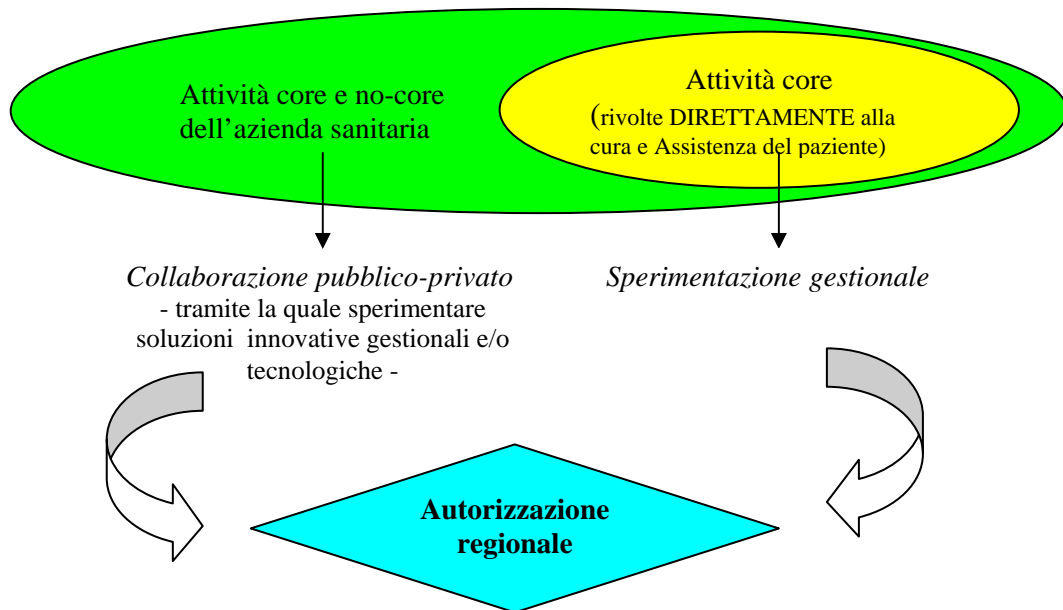
singoli progetti e nel loro complesso, siano coerenti e non interferiscano con le priorità di assistenza, formazione, ricerca della ASL”).

5 ITER AUTORIZZATIVO DELLE COLLABORAZIONI PUBBLICO – PRIVATO E DELLE SPERIMENTAZIONI GESTIONALI

Come specificato nei paragrafi precedenti, nell’insieme delle collaborazioni pubblico-privato è stato evidenziato il “sottoinsieme” delle sperimentazioni gestionali che si contraddistinguono per avere ad oggetto la gestione mista dell’attività di diagnosi e cura rivolta alla persona. Per esemplificare: avremo una collaborazione pubblico-privato nel caso di costituzione di società mista per la gestione dei servizi di supporto non sanitari (es: pulizie, lavanderie...) mentre nel caso in cui si tratti di gestire attività diagnostica o sanitaria saremo nel campo delle sperimentazioni gestionali.

Oggetto dell'autorizzazione regionale

Oggetto di specifica autorizzazione regionale sono pertanto le sperimentazioni gestionali, nell’accezione sopra precisata e, quelle collaborazioni tra aziende sanitarie pubbliche e soggetti privati finalizzate a sperimentare soluzioni particolarmente innovative dal punto di vista gestionale e/o tecnologico.



L’attivazione, infatti, di collaborazioni tra soggetti pubblici e privati tramite l’utilizzo di schemi e strumenti giuridici già collaudati ed espressamente disciplinati dall’ordinamento giuridico vigente non saranno oggetto di specifica autorizzazione regionale; in tale ambito rientrano ad esempio gli appalti di servizi no core quali il servizio di lavanolo e ristorazione.

Resta oltremodo valido, quanto indicato dalla l.r. n. 32 del 20.12.2002, in tema di spese per investimenti e quanto di seguito precisato con la nota prot. 49467 del 23.9.2003.

Coinvolgimento delle OO.SS.

In relazione al coinvolgimento delle Organizzazioni Sindacali nell'iter autorizzativo previsto per le sperimentazioni gestionali e collaborazioni pubblico-privato, si conferma il metodo di confronto preventivo sulle iniziative previsto dalla d.g.r. n. VI/42718/99, precisando tuttavia che saranno oggetto di confronto con le OO.SS.:

- tutti i progetti di collaborazione pubblico-privato che hanno come oggetto l'attività sanitaria (core e di supporto al core),
- ad eccezione delle procedure di appalto di attività non sanitarie, che utilizzano strumenti giuridici già collaudati ed espressamente disciplinati dall'ordinamento giuridico vigente, che non saranno oggetto di specifica autorizzazione regionale ma comunque di confronto a livello locale con le OO.SS. titolate di categoria;
- in particolare saranno oggetto di autorizzazione i progetti dell'area no core che per le dimensioni proposte e l'eventuale integrazione gestionale di più servizi evidenzino soluzioni fortemente innovative.

Le singole proposte progettuali – secondo le accezioni sopra descritte - devono essere il risultato delle procedure di concertazione in sede locale tra le OO. SS. territoriali di categoria ed aziendali ed i Direttori Generali, nonché oggetto di valutazione e verifica in sede regionale tra le OO.SS. di categoria e la Direzione Generale Sanità.

Le modalità di coinvolgimento delle OOSS sono dettate dalla normativa vigente e dalle previsioni dei CCNL.

In relazione alle modifiche normative introdotte dalla L. n. 405/2001, in termini di competenza autorizzatoria delle sperimentazioni gestionali, si evidenziano di seguito i passaggi procedurali e l'iter amministrativo previsto per l'avvio di esperienze di collaborazione pubblico-privato che richiedono l'autorizzazione regionale.

Indicazioni inerenti i contenuti delle proposte di progetto

La proposta di progetto che l'Azienda Sanitaria pubblica predisporrà per l'autorizzazione dovrà:

- riguardare progetti specifici contenuti negli strumenti di programmazione aziendale;
- contenere l'evidenza documentale della verificata impossibilità di disporre delle risorse finanziarie non altrimenti reperibili;
- prevedere che le prestazioni erogate attraverso la sperimentazione gestionale/collaborazione pubblico-privato rientrano nei livelli essenziali di assistenza o comunque sono tali da essere compatibili con gli obiettivi della programmazione regionale e nazionale;
- definire le modalità di attuazione, i tempi ed i modi di verifica delle azioni previste per la realizzazione del progetto;
- prevedere che l'apporto del capitale privato non deve in nessun caso comportare il venir meno delle responsabilità di governo e della mission dell'Azienda pubblica;
- precisare che il patrimonio immobiliare e l'attività messi a disposizione della sperimentazione, da parte dell'Azienda Sanitaria pubblica, al termine della stessa, rientrano nella piena disponibilità della struttura pubblica e non può esserne consentita la cessione al soggetto privato;
- prevedere che per la costituzione di società mista, o di ogni altra forma giuridica analoga, siano fissati preventivamente limiti percentuali, non modificabili, alla partecipazione di privati, in misura non superiore al 49%;
- definire esplicite clausole di continuità della posizione giuridica e del trattamento economico in godimento previsto dal CCNL della Sanità pubblica del 19/4/2004,

così come previsto dall'art. 1, comma 2, per il personale in servizio coinvolto. Al personale assunto dal nuovo soggetto successivamente all'avvio della sperimentazione, in sede di contrattazione decentrata è stabilita l'applicazione del contratto in essere o di contratti compatibili ed omogenei con quello applicato al personale già in servizio.

Iter autorizzativo

- 1) Elaborazione della proposta di progetto ²⁴recante le caratteristiche dell'iniziativa attivabile, in stretta correlazione alla programmazione aziendale e a quella regionale;
- 2) confronto con le Organizzazioni Sindacali in sede locale secondo le indicazioni succitate;
- 3) eventuali integrazioni della proposta di progetto come esito del confronto di cui al punto 2;
- 4) approvazione dell'elaborato progettuale da parte dell'Azienda Sanitaria, con proprio atto deliberativo;
- 5) presentazione della proposta progettuale alla Direzione Generale Sanità, (corredata di atto deliberativo aziendale e verbale dell'avvenuto confronto con le OO.SS in sede locale) per la valutazione della coerenza con la programmazione regionale e la convenienza in termini di sistema;
- 6) istruttoria interna alla D.G. Sanità: eventuale richiesta di integrazioni, modificazioni, chiarimenti.
- 7) confronto con le Organizzazioni Sindacali in sede regionale;

²⁴ In aggiunta alle indicazioni sopra riportate rispetto ai contenuti della proposta di progetto, si riportano di seguito gli altri elementi essenziali della medesima:

OGGETTO SPECIFICO;

RISULTATI ATTESI, con riferimento alla qualità dell'assistenza, alla convenienza economica dell'operazione ed alla coerenza con la programmazione regionale e aziendale;

BREVE SINTESI DEL PROGETTO, evidenziare le motivazioni della scelta, gli elementi di innovatività, lo strumento giuridico individuato.

CONTESTO: realtà aziendale, tipologia della struttura sanitaria e modello organizzativo adottato (articolazione in dipartimenti, in aree omogenee, in unità operative), modello funzionale patrimonio non strumentale di proprietà, analisi della situazione territoriale (ambito in cui è collocata la struttura), obiettivi aziendali: assegnati dalla Regione, stabiliti nei piani aziendali.

ASPETTI SANITARI: analisi dei dati demografici ed epidemiologici, analisi della domanda e dell'offerta dei servizi sanitari inerenti l'oggetto della collaborazione, analisi delle attività svolte dalla struttura.

ASPETTI TECNICO-PROGETTUALI: aspetti distributivi e funzionali, dotazione impiantistica, attrezzature, arredi, sistema informatico

ASPETTI URBANISTICO AMBIENTALI: aspetti legati ad eventuali: varianti urbanistiche, procedura di valutazione dell'Impatto Ambientale, accessibilità e viabilità interna impatto ambientale;

ASPETTI GIURIDICO-AMMINISTRATIVI: esplicitazione dello strumento giuridico individuato, motivazione della scelta ed esplicitazione dei benefici attesi; Valutazione comparativa dello strumento organizzativo prescelto rispetto ad altre opzioni possibili, incluse quelle previste dalla normativa vigente e altre forme di collaborazione pubblico-privato; durata della collaborazione e condizioni per la sua conclusione; criteri di scelta del partner, ed apporto atteso dal medesimo (know-how gestionale, know-how specialistico professionale, finanziario); valutazione delle competenze e delle professionalità maturate dal partner, ovvero indicazione dei requisiti richiesti in termini di competenze, professionalità, e patrimonio del partner con segnalazione di eventuali rapporti diretti con il SSR;

RISORSE UMANE: indicazione delle modalità di utilizzazione e/o riconversione del personale coinvolto, ovvero reperimento di altro personale;

ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI: fonti di finanziamento previste, iniziali e durante la durata del progetto; destinazione degli utili e modalità di copertura delle perdite ;piano degli investimenti e piano degli ammortamenti; situazione economica attuale della struttura sanitaria; analisi della situazione economica prospettica (comparazione dei risultati economici della gestione in atto e dei risultati economici della gestione in sperimentazione); produttività dei fattori e delle risorse impiegate; analisi di sostenibilità finanziaria dell'operazione per l'Azienda coinvolta; identificazione, valutazione e ripartizione dei rischi in capo all'Azienda sanitaria e al partner; analisi comparativa con altre modalità di realizzazione del progetto (es: Finanza diretta)

FATTIBILITÀ: analisi dei punti critici e di forza del progetto, evidenziando i principali rischi imprenditoriali e la loro distribuzione fra i soggetti. In particolare si dovrà considerare la stima dell'impatto della presumibile evoluzione del volume dell'attività e della tipologia dell'attività prevista sui ricavi programmati, nonché dell'entità degli investimenti previsti per la durata del progetto;

TEMPI Indicare il cronogramma del progetto, precisando le fasi temporali di attuazione del progetto;

INDICATORI: selezionare un set di indicatori specifici (quantitativi, qualitativi ed economico-finanziari) rilevatori delle diverse fasi del progetto, al fine di permetterne il costante monitoraggio e valutazione dei risultati previsti.

Contenuti, quelli sopra citati, integrabili a seconda dello strumento giuridico individuato.

- 8) approvazione della proposta progettuale con deliberazione di Giunta Regionale.

Con la notifica del provvedimento di Giunta che autorizza la sperimentazione gestionale si ha l'effettivo avvio delle attività progettuali. La data dell'effettivo avvio della sperimentazione gestionale può essere subordinata all'ottenimento dell'accreditamento da parte del soggetto/i autorizzato/i dal provvedimento regionale alla presentazione dell'istanza (o della voltura).

L'avvio dell'esperienza dovrà avvenire entro 1 anno dall'avvenuta autorizzazione regionale; tale termine potrà essere prorogato per una sola volta e su richiesta adeguatamente motivata dell'azienda proponente. La mancata attivazione delle azioni necessarie all'avvio dell'esperienza entro il termine di cui sopra, implica il decadimento dell'autorizzazione regionale alla sperimentazione della proposta progettuale.

Responsabile del progetto L'azienda deve nominare il responsabile della collaborazione/sperimentazione gestionale (project leader), individuato di concerto con il partner di progetto. Il responsabile della sperimentazione gestionale è tenuto all'invio della relazione periodica semestrale sullo stato di avanzamento della sperimentazione alla DG Sanità, UO Programmazione, con le modalità ed i contenuti dalla stessa indicata.

Certificazione risultati Il Direttore Generale dell'azienda sanitaria certifica i risultati conseguiti dalla sperimentazione gestionale in termini di:

- efficacia ed efficienza gestionale ed economica effettuando confronti fra la situazione pre sperimentazione e quella post;
- mix di servizi attivati;
- tempi di realizzazione con l'evidenziazione delle eventuali criticità riscontrate;
- gradimento degli utenti e del personale coinvolto.

Chiusura del progetto Nel caso in cui si verificano le seguenti condizioni:

- a) la collaborazione/sperimentazione non viene attivata (es: bandi di gara deserti, mutamento oggettivo delle condizioni sostanziali che hanno motivato la proposta progettuale);
- b) la collaborazione/sperimentazione, seppur avviata, non giunge a termine per il venir meno di condizioni previste nel progetto, ivi compreso il venir meno delle condizioni di economicità indicate nella proposta progettuale;
- c) la collaborazione/sperimentazione giunge a termine ma con risultati negativi rispetto agli obiettivi fissati dal progetto.

Il responsabile della collaborazione/sperimentazione, motu proprio o su istanza del Direttore Generale dell'azienda o della Regione, redige una relazione in cui vengono evidenziate le condizioni verificatesi e le motivazioni delle stesse, proponendo al Direttore Generale dell'azienda l'adozione di apposito provvedimento che attesti la decisione di chiusura della collaborazione/sperimentazione. Il provvedimento, sottoposto alla verifica del collegio sindacale, viene inviato alla Direzione Generale Sanità. Decorsi 60 giorni dalla ricezione del provvedimento senza che sia intervenuto un ulteriore atto regionale, la collaborazione/sperimentazione si intende conclusa. Il termine indicato può essere interrotto, per esigenze istruttorie, una sola volta per non più di 40 giorni.

6 COMMISSIONE DI MONITORAGGIO ED ORGANISMO TECNICO DI VALUTAZIONE DELLE COLLABORAZIONI PUBBLICO PRIVATO

In relazione all'esigenza di promuovere e sostenere iniziative in grado di produrre un reale miglioramento nella qualità dei servizi ed un migliore utilizzo del patrimonio, tramite un'oculata attività di monitoraggio e controllo è costituito:

- una Commissione di monitoraggio, verifica e controllo delle sperimentazioni gestionali e collaborazioni pubblico privato in atto per una compiuta valutazione dei progetti sperimentali attivati, al fine di verificare se vi è stato miglioramento dei servizi a livello locale, l'interesse per l'Azienda Sanitaria in termini di efficienza, qualità ed economicità dei servizi resi, del know how apportato e degli effetti prodotti sul personale coinvolto, che dovrà vedere coinvolte le parti istituzionali e sociali;
- un organismo tecnico in grado di svolgere le funzioni di "soggetto terzo" nella valutazione di merito delle singole proposte delle Aziende Sanitarie, al quale possano riferirsi sia le Aziende interessate che la Commissione sopra indicata.