

ALLEGATO B Dgr n. 1131 DEL 12 GIUGNO 2012

**“DOCUMENTO INTEGRATIVO AL PIANO DI FATTIBILITA’ DEL NUOVO
OSPEDALE DI PADOVA APPROVATO CON DGRV N. 1367 DEL 03/08/2011”**

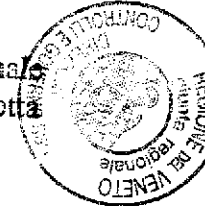
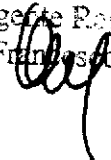
- **ANALISI DELLE AREE (b.1*)** **pg 1**

- **VERIFICA DEI COSTI DI REALIZZAZIONE
DELL’OPERA (b.2*)** **pg 7**

- **VALUTAZIONE DELLE POTENZIALI
ALIENAZIONI PATRIMONIALI (b.5*)** **pg 9**

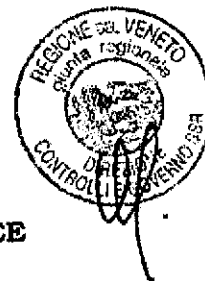
- **IL PARTENARIATO PUBBLICO PRIVATO:
FORME CONTRATTUALI E FINANZIARIE PER LA
REALIZZAZIONE DEGLI INVESTIMENTI
SANITARI (b.3*)** **pg 16**

Il Dirigente Regionale
Dot. Francesco Dotta



* Identificativi dei contenuti dell’Accordo di Programma individuati nella riunione degli Enti sottoscrittori del 26 ottobre 2011.

ALLEGATO B
ALLA DGR N. 1131 del 12 GIU. 2012 pag. 1/33



NUOVO OSPEDALE POLICLINICO DI PADOVA - ANALISI DELLE AREE

In data 26 gennaio 2012, presso la Segreteria Generale della Programmazione si è riunito il Comitato Scientifico cui all'articolo 5 della legge regionale n. 10/1991 (convocato con nota prot. 34345/2011), quale organismo di supporto al Gruppo di Lavoro Tecnico istituito con l'accordo sottoscritto in data 23 marzo 2010 avente ad oggetto "Procedure per la realizzazione del nuovo Polo della Salute di Padova" tra Regione del Veneto, Azienda Ospedaliera di Padova, Università degli Studi di Padova, Comune di Padova, Provincia di Padova ed Istituto Oncologico Veneto, approvato con DGR n. 903 del 23 marzo 2010.

Preso atto che con deliberazione n. 1367 del 3 agosto 2011 la Giunta regionale ha riavviato l'iter per la realizzazione del nuovo Ospedale Policlinico di Padova, sulla base del Piano di fattibilità di cui all'allegato A del citato provvedimento, il Comitato Scientifico ha consegnato al Gruppo Tecnico di Lavoro, appositamente individuato in tale sede, la documentazione relativa all'argomento in questione, al fine di operare una prima analisi di fattibilità urbanistica delle due proposte di aree potenzialmente idonee a ricevere il nuovo polo ospedaliero.

In data 1 febbraio, ore 9.30, presso la Direzione regionale Affari Legislativi si è riunito tale Gruppo Tecnico di Lavoro che ha provveduto all'analisi relativamente alle ipotesi di dimensionamento del nuovo Ospedale Policlinico di Padova, sulla base dei seguenti elementi :

- a) il modello teorico del nuovo Ospedale di Padova definito dalla DGRV n. 1367 del 3.08.2011, dovrebbe sostituire le attuali cliniche universitarie, il Monoblocco e il Policlinico universitario dell'attuale Ospedale di Padova; tali funzioni occupano una superficie scoperta di circa 172.000 mq con un volume di circa 800.000 mc e con un indice edilizio pari a 4,6 mc/mq; va precisato che la superficie indicata non comprende i parcheggi e pertanto l'analisi verrà condotta al netto di detto standard;
- b) nel "Piano di fattibilità per il nuovo ospedale di Padova" allegato alla DGRV n. 1367 di cui sopra, sono riportati i seguenti parametri:
 - 1) numero di posti letto 970 (arrotondati a 1000);
 - 2) standard di riferimento per la superficie netta almeno 200 mq/p.l. (150 per diagnosi e cura + 50 per ricerca e formazione);

ALLEGATO 8

ALLA DGR N. 1131 del

12 GIU. 2012 ^{pag. 2/33}



3) superficie complessiva netta $1000 \times 200 = 200.000$ mq.

Tali superfici, ipotizzando un'altezza media minima dei locali pari a 4m (l'altezza media è determinata dall'interasse dell'interpiano: 3,5 m di luce netta + 0,25 m x 2 per la struttura del solaio), determinano una volumetria complessiva per il nuovo complesso ospedaliero ipotizzato pari a 800.000 mc (simile all'attuale Ospedale di Padova)

c) la Regione del Veneto, nella realizzazione di nuovi ospedali, ha applicato uno standard relativo alla superficie scoperta variabile da un minimo di 300 mq/p.l. fino a 500 mq/p.l.. Si riportano gli esempi del nuovo ospedale di Mestre (390 mq/p.l.), dell'ospedale di Este-Monselice (550 mq/p.l.) e dell'ospedale dell'Alto Vicentino (400 mq/p.l.);

Il Gruppo Tecnico esamina quindi la documentazione consegnata relativamente alle due aree:

a) area individuata dalla Provincia di Padova con proposta n. 258 del 2.01.2012 (area Brusegana-Ospedale dei Colli);

b) area individuata dal Comune di Padova (denominata Padova Ovest).

Nel corso del suddetto incontro viene inoltre preso atto che il Comune di Padova ha già approvato due Progetti Urbanistici Attuativi (P.U.A.) che interessano l'area privata posta a nord di quella di proprietà della Provincia in zona Brusegana-Ospedale dei Colli (DCC 73 del 18.07.2011 e DCC 41 del 23.05.2011). Viene pertanto richiesta l'integrazione della documentazione relativa a detti P.U.A..

Nel corso del successivo incontro del Gruppo Tecnico, tenutosi in data 9 febbraio 2012 vengono acquisite le Delibere di Consiglio Comunale di Padova n. 2011/0041 del 23.05.2011 e n. 2011/0073 del 18.07.2011 trasmesse dal Comune per via telematica relative ai Piani Urbanistici Attuativi dell'area privata confinante posta a nord della proprietà della Provincia.

Sul punto va rilevato che nella zona di perequazione integrata, come quella di specie, in relazione alle nuove costruzioni è prevista una cessione di superficie a favore del Comune non inferiore al 70 % da destinare, per un massimo del 10% (dieci per cento) ad edilizia residenziale pubblica e per la rimanente parte a servizi.

Sulla scorta delle analisi precedenti e della nuova documentazione pervenuta vengono effettuate le seguenti considerazioni relativamente alle due aree:

ALLEGATO B

ALLA DGR N. 1131 del 12 GIU. 2012 ^{pag. 3/33}

a) area Brusegana-Ospedale dei Colli

Nella ipotesi presentata dalla Provincia vengono quantificate le seguenti superfici:

- area libera di proprietà della Provincia circa 125.000 mq (già destinata ad area ospedaliera dall'originario Piano regolatore del comune di Padova e confermata dall'attuale Piano di Assetto del Territorio - PAT);
- area di proprietà privata circa 55.000 mq (soggetta a P.U.A. già approvati e parzialmente da cedere al Comune, come sopra specificato);
- area con destinazione parcheggio circa 39.000 mq.

Tra le aree libere di cui sopra (proprietà della Provincia + area privata) e il parcheggio, è frapposto l'esistente l'Ospedale Psichiatrico Brusegana (120.000 mq), struttura sottoposta a vincolo ambientale e archeologico, di proprietà dell'azienda ULSS n. 16 di Padova, utilizzato per attività sanitarie territoriali.

L'area parcheggio, a sua volta, è posta a sud rispetto all'ospedale, oltre la Via dei Colli, quindi non in continuità né con l'esistente ospedale né tanto meno, con l'area libera (proprietà della Provincia+aree private) di cui sopra.

Sulla scorta dell'indagine istruttoria, si riscontra quindi che l'area effettivamente edificabile risulta essere quella di proprietà della Provincia, con una superficie di 125.000 mq. (da valutare se sia possibile utilizzare anche la parte residua dell'area ceduta al comune per effetto del PUA ed eventualmente l'adiacente parte relativa all'ex ospedale psichiatrico di proprietà dell'ULSS 16 ove sussistono tuttavia dei vincoli di cui al decreto legislativo n. 42/2004 che limitano fortemente gli interventi edilizi).

Dalle ipotesi formulate sulla volumetria totale del nuovo complesso ospedaliero, con riferimento alla sola area di proprietà della Provincia, ne deriva un indice edilizio pari a $800.000 \text{ mc} / 125.000 \text{ mq} = 6,4 \text{ mc/mq}$.

Lo standard di superficie scoperta/p.l. è pari a $125.000 / 1.000 = 125 \text{ mq/p.l.}$

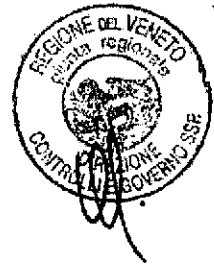
Ulteriori considerazioni:

Trattasi di una area influenzata dall'accessibilità che potrà avvenire dall'attuale snodo sulla Via dei Colli gravato da forti problemi di traffico.

L'area è posta a ridosso del sistema delle tangenziali ed a questo collegabile attraverso opere di accessibilità, per garantire l'ingresso all'area stessa a Corso Australia; trattasi di opere che vanno a ridurre la superficie utilizzabile per la realizzazione del nuovo complesso ospedaliero.

In relazione alla mobilità pubblica, si tratta di un'area già garantita da un sistema di mezzi pubblici.

L'accessibilità dalla eventuale prevista stazione SFMR è gravata dalle difficili opere da realizzare per l'attraversamento di Corso Australia.



b) area Padova Ovest

L'area ha una estensione di circa 540.000 mq di proprietà privata.

Il Comune ha destinato tale area (già vincolata a servizi nell'originario Piano Regolatore) dopo una specifica analisi urbanistica basata sulla metodologia del confronto multi criteri; tale analisi (allegata alla documentazione presentata) prende in considerazione 4 ipotetiche aree idonee alla realizzazione del polo ospedaliero, mediante una griglia di valutazione di 8 aspetti (1. Aria, 2. Idrografia, 3. Suolo e sottosuolo, 4. Paesaggio, 5. Pianificazione, 6. accessibilità, 7. Prossimità alle funzioni urbane, 8. Caratteristiche funzionali del luogo).

Si tratta di quattro aree che il Comune ha analizzato in quanto ritenute idonee alla realizzazione di un eventuale polo ospedaliero per l'ampiezza della superficie, superiore ai 500.000 mq.

L'esito dell'analisi ha permesso di inserire l'area Padova ovest nel nuovo Piano di Assetto del Territorio (PAT)

Dalle ipotesi formulate circa la volumetria totale del nuovo complesso ospedaliero ne deriva un indice edilizio pari a $800.000 \text{ mc} / 540.000 \text{ mq} = 1,5 \text{ mc/mq}$.

Lo standard di superficie scoperta/p.l. è pari a $540.000 / 1.000 = 540 \text{ mq/p.l.}$

Ulteriori considerazioni:

Si tratta di un'area di proprietà privata, per cui la realizzazione del Polo ospedaliero richiede l'espropriazione dei terreni.

L'area è soggetta a problematiche di carattere idraulico e per buona parte a ristagno idrico; problemi affrontati ed in via di risoluzione tramite il canale scolmatore in fase di realizzazione da parte del Consorzio Bacchiglione Brenta.

In relazione alla mobilità, l'area è posta a ridosso del sistema delle tangenziali ed a questo collegabile mediante una relativa modifica agli svincoli già esistenti e di connessione con l'area dello stadio; da questo collegamento facilmente si raggiunge il casello autostradale di Padova Ovest e mediante l'anello delle tangenziali esistente la viabilità che collega sia il centro della città che i comuni limitrofi. Se il sistema delle tangenziali può agevolmente collegare la parte sud della città con il nuovo polo ospedaliero, il completamento del cosiddetto "Arco di Giano" già in buona parte realizzato con la costruzione dei due nuovi ponti che uniscono la parte nord della città con il Centro Storico e la zona direzionale, consentirà di rendere facilmente collegabile tutto il sistema urbano centrale ed est-ovest con il nuovo ospedale e soprattutto in modo rapido il vecchio ed il nuovo complesso ospedaliero. Per quanto riguarda il collegamento con il sistema della mobilità pubblica, questo è garantito dal sistema ferroviario, che può realizzare una fermata lungo le due linee ferroviarie esistenti che delimitano l'area, il potenziamento e la riorganizzazione delle corse

ALLEGATO 3

ALLA DGR N. ~~1131~~ del 12 GIU. 2012

pag 5/35

degli autobus urbani ed extraurbani, ma in particolare la possibilità di realizzare un nuovo tronco della linea "metrobus" che senza stravolgere il sistema della viabilità esistente ma riorganizzando le funzioni della stessa, consentirà di collegare la stazione ferroviaria con la nuova area ospedaliera ed i parcheggi scambiatori già esistenti nella zona Padova ovest.

Conclusioni:

L'istruttoria effettuata in relazione alle due aree sopra evidenziate offre un primo parametro di riscontro oggettivo che si realizza nel confronto tra gli indici di edificabilità di tali aree, anche con riferimento a quello dell'attuale ospedale di Padova.

Dall'analisi svolta, infatti, l'indice di edificabilità, costituito dal rapporto fra il volume potenzialmente edificabile sul lotto e la superficie del lotto stesso, risulta essere pari a 4,6 mc/mq per l'attuale ospedale patavino; 6,4 mc/mq per l'area di Brusegana-Ospedale dei Colli; 1,5 mc/mq per l'area di Padova ovest.

L'evidente differenziazione dei suddetti indici è quindi risultata fondativa, per il gruppo di lavoro, nel ritenere l'area di Padova Ovest come quella maggiormente idonea a contenere l'intervento in questione rispetto all'area di Brusegana che, in quanto ben più limitata nella sua estensione, anche confrontata con la situazione dell'attuale ospedale di Padova, richiederebbe concentrazioni edilizie ben maggiori di quelle già attualmente esistenti.

Inoltre, il parametro dimensionale dell'area di Padova Ovest, attestato su una disponibilità di circa 540.000 mq di area, assume particolare rilievo ove l'opera prevista sia considerata anche in prospettiva futura, potendovi assicurare un suo ulteriore ed eventuale sviluppo nel tempo.

Nonostante l'onere economico derivante dai necessari espropri non sia trascurabile, né trascurato, occorre evidenziare che la notevole dimensione dell'area Padova Ovest, nella sua prospettazione attuale, offre fin da subito una ampia gamma di soluzioni progettuali anche in relazione alla quantità di spazio da destinare alle attrezzature, al verde, ai parcheggi ed a tutti i servizi che afferiscono all'opera stessa; inoltre, l'evenienza che in futuro possano essere promossi ulteriori interventi a favore di strutture integrate di vario genere (formazione, ricerca, residenziale di assistenza, riabilitativo o altro), rende detta area particolarmente apprezzabile, anche alla luce di eventuali (ma possibili) successivi ampliamenti realizzabili sui terreni circostanti.

ALLEGATO

3

ALLA D.C. n. 1131 del

12 GIU 2012
18/6/12



Per contro il parametro dimensionale dell'area Brusegana-Ospedale dei Colli, considerando il potenziale utilizzo delle aree oggetto di cessione nell'ambito dei P.U.A. dei volumi già edificati dell'ex ospedale psichiatrico, pone pesanti limitazioni progettuali e praticamente esclude la possibilità di futuri sviluppi.

La dimensione assume altresì particolare rilevanza anche rispetto agli standard fino ad ora applicati per la realizzazione dei recenti ospedali veneti, la cui superficie scoperta varia tra circa 300 mq per posto letto fino a circa 500 mq per posto letto; in tal senso, infatti, le aree analizzate hanno evidenziato una disponibilità di 125 mq per posto letto per Brusegana rispetto a 540 mq per posto letto dell'area Padova Ovest .

Infine, una breve considerazione va riservata agli aspetti infrastrutturali delle due aree.

Nonostante entrambe siano collocate a ridosso del sistema delle tangenziali e dispongano di un sistema di comunicazione in relazione alla viabilità ed alla rete dei trasporti parzialmente adeguato, va rilevato che la necessità di reperire spazi adeguati a garantire un'accessibilità funzionale e sicura, determina una riduzione della superficie territoriale disponibile, con ovvia maggiore incisività per l'area di minori dimensioni.

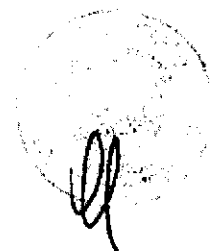
Inoltre, se nel caso di Padova Ovest, l'area risulta inserita in una logica di pianificazione infrastrutturale in parte già realizzata, per quanto concerne l'area di Brusegana-Ospedale dei Colli, gli imprescindibili interventi viabilistici di raccordo e di accesso rilevano non solo, come già evidenziato, ai fini della riduzione della superficie disponibile ma sono altresì condizionati dallo stato di fatto del contesto urbanistico esistente.

Allegati tecnici acquisiti dalla commissione:

- estratti P.U.A. approvati
- estratti catastali.

Venezia, 23 marzo 2012

ALLEGATO 5
ALLA DGR N. 1131 del 12 GIU. 2012 pag 7/33



NUOVO OSPEDALE POLICLINICO DI PADOVA

VERIFICA COSTI DI REALIZZAZIONE - ANALISI ALIENAZIONI PATRIMONIALI

In data 27 marzo 2012, presso la sede della Giunta regionale - Palazzo Balbi, si sono riuniti congiuntamente, su convocazione del Segretario Generale della Programmazione (nota prot. 1.3.928.9/2012), il Gruppo di Lavoro per la definizione delle "Procedure per la realizzazione del nuovo Polo della Salute di Padova" ed il Comitato Scientifico integrato, per discutere i seguenti argomenti all'ordine del giorno:

1. individuazione dell'area prescelta per la realizzazione del nuovo Ospedale di Padova;
2. pianificazione e sviluppo successivi obiettivi;

Dopo la questione dell'individuazione dell'area sulla scorta dell'indagine istruttoria condotta dai tecnici del Gruppo Operativo ristretto, è stato richiesto agli stessi di approfondire i seguenti argomenti:

1. verifica dei costi di realizzazione dell'opera anche in considerazione dell'individuazione dell'area;
2. valutazione delle potenziali alienazioni patrimoniali delle strutture ospedaliere esistenti, conseguenti alla realizzazione dell'opera.

Il Gruppo Operativo ristretto ha pertanto provveduto all'approfondimento degli argomenti richiesti i cui esiti sono di seguito evidenziati.

VERIFICA DEI COSTI DI REALIZZAZIONE DELL'OPERA

Relativamente alla verifica del costo stimato dell'opera, è stato effettuato un approfondimento degli aspetti economici riportati nell'allegato "A" della D.G.R.V. n. 1367 del 3 agosto 2011 "Piano di fattibilità per il nuovo Ospedale di Padova".

I costi riportati nel citato allegato "A" per la realizzazione dell'opera sono sostanzialmente confermati; a questi vanno aggiunti i costi per l'acquisizione del terreno, assodato che le aree interessate dovranno essere oggetto di esproprio, e quelli relativi alla realizzazione delle opere di urbanizzazione interne all'area (viabilità di accesso ed interna, parcheggi, reti tecnologiche di adduzione e smaltimento, ecc.); in concreto, tutte quelle opere di stretta pertinenza della Stazione Appaltante, interne, come detto, al lotto stesso.

Per quanto riguarda il costo dell'area, è stato tenuto in considerazione che già nell'attuale Piano Regolatore Generale (PRG) la stessa è destinata a servizi di

ALLEGATO 3

ALLA DGR N. 1131 del 12 GIU. 2012



interesse pubblico e che nel Piano di Assetto del Territorio Intercomunale recentemente approvato, l'area stessa viene destinata a servizi ospedalieri: si tratta pertanto di area destinata a standard, per la quale si potrà provvedere ad una valutazione di massima per quanto concerne il valore degli espropri.

Informalmente contattati, gli uffici del Comune di Padova, che seguono le procedure espropriative per le opere di competenza comunale, hanno indicato un valore di esproprio delle aree variabile tra 40 e 50 euro/mq.

Si ritiene opportuno, in via cautelativa, assumere quale parametro di riferimento il valore di 50 €/mq, ricomprendendo anche il valore dell'eventuale IVA se dovuta. Da ciò se ne deduce che per l'area in questione, pari a circa 540.000 mq, la spesa per espropri è di 27 milioni di euro.

In questo contesto merita sottolineare che tutto il percorso amministrativo che verrà attuato per la realizzazione del nuovo ospedale, dovrà tenere in debita considerazione la procedura espropriativa, soprattutto per quanto attiene gli aspetti di notifica e/o informazione ai proprietari delle aree interessate, degli atti amministrativi che verranno di volta in volta assunti. Questo per evitare che errori formali nel procedimento di espropriazione possano dar luogo ad impugnative e contenziosi.

Per quanto riguarda, invece, le opere di urbanizzazione interne all'area di sedime, esse assumono valori non facilmente rilevabili da esperienze analoghe, atteso che non vi sono, in Italia, ospedali di recente costruzione con queste dimensioni e tipologia.

Anche la viabilità distributiva interna, le reti tecnologiche di adduzione dell'acqua e di smaltimento dei reflui, le reti elettriche e del gas, dal punto di consegna, presentano indubbiamente, almeno nella quantità, valori non omogenei con interventi recenti o comunque, sempre in termini di quantità, non espressamente misurate.

La stessa problematica afferisce per i parcheggi e le aree a verde che incidono in maniera rilevante rispetto ai parametri degli ospedali recentemente realizzati nel Veneto.

In relazione alla dimensione del problema, appare opportuno, pertanto, seguire la logica dell'incremento dei costi di urbanizzazione dell'area incidente sul costo teorico di costruzione (senza considerare le variazioni in corso d'opera); in tal senso si ipotizza un 5% in più rispetto ai valori per metro quadrato esposti nel citato allegato A (tabella 1 - Stima costi di realizzazione ospedale), da parametrare sul costo di costruzione quota ospedale e quota università.

Ciò comporta che agli oneri di euro 300 milioni imputati alla quota ospedale, vanno aggiunti circa 15 milioni (il 5%) di incremento, per un totale di 315 milioni di euro; mentre, l'incremento per la quota università, quantificata in 80 milioni, è pari a 4 milioni, per un totale di 84 milioni di euro.

ALLEGATO 3

ALLA DGR N. 1131 del 12 GIU. 2012 ^{orig. 4/33}

In sintesi, si può ritenere che il costo stimato nell'allegato "A" della D.G.R. n. 1367/2011 possa essere aggiornato dei valori conseguenti all'individuazione dell'area ed esattamente per € 27 milioni per espropri ed € 19 milioni per le opere di urbanizzazione interna all'area di sedime dell'ospedale, per un costo supplementare complessivo pari a 46 milioni di euro.

VALUTAZIONE DELLE POTENZIALI ALIENAZIONI PATRIMONIALI

La valutazione delle potenziali alienazioni patrimoniali, conseguenti alla realizzazione della nuova opera, parte dall'analisi delle strutture ospedaliere destinate a confluire nel nuovo policlinico, secondo le indicazioni della D.G.R.V. n. 1367 del 03.08.2011.

Tale provvedimento, nel proporre un progetto di riorganizzazione e concentrazione dei servizi, ha identificato, quale struttura esistente interessata a tale riorganizzazione, l'Azienda Ospedaliera di Padova, non prendendo, invece, in considerazione le altre strutture ospedaliere cittadine, cioè l'Istituto Oncologico Veneto (I.O.V.) e l'ospedale S. Antonio.

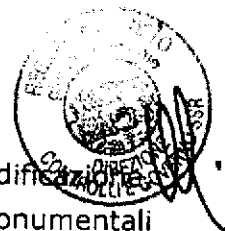
Come si esporrà di seguito, tuttavia, l'analisi delle caratteristiche intrinseche delle aree in cui ha sede l'Azienda Ospedaliera, effettuata allo scopo di verificare l'oggettiva alienabilità ed appetibilità delle stesse, ha evidenziato alcune problematiche ed ha richiesto, conseguentemente, una valutazione più ampia sia in relazione ai possibili trasferimenti che alle conseguenti potenziali alienazioni patrimoniali, coinvolgendo una delle due strutture cittadine in origine esclusa dall'iniziativa: il S. Antonio.

Nello specifico, l'individuazione dell'area dell'Azienda Ospedaliera sulla mappa catastale evidenzia già di per sé la frammentazione della proprietà fondiaria, distinta tra: Azienda Ospedaliera, Demanio Statale, Demanio Statale ed Università, Università, Comune di Padova.

La presenza di diversi soggetti proprietari pone un primo problema all'alienazione delle aree; mentre un secondo e rilevante problema deriva dal fatto che parte di tali aree appartengono al Demanio dello Stato, la cui vendita non può essere disposta dalla Regione ed i cui proventi sarebbero comunque di competenza statale.

Il compendio immobiliare dell'Azienda Ospedaliera, come rappresentato nell'allegata mappa catastale, può essere distinto in quattro quadranti, identificando come assi divisorii Via Giustiniani ed il canale demaniale "San Massimo" ora interrato.

Il quadrante posto a sud-est, per buona parte di proprietà demaniale, è edificato a ridosso della cinta muraria patavina, della quale è chiaramente individuabile il bastione sotto i padiglioni di neurochirurgia e neuroradiologia. L'ipotesi



di dismissione degli edifici non sembra lasciare molti spazi ad una futura edificazione in quanto, il giusto rispetto delle mura storiche, i vincoli paesaggistici e monumentali presenti, fanno propendere per una riqualificazione ambientale di tali aree con ampie fasce di rispetto inedificabili.

Il quadrante posto a sud-ovest è costituito dal monoblocco e dall'attuale policlinico e rappresenta la parte edificata in miglior stato di conservazione, in cui sono stati attuati anche recenti interventi di ristrutturazione. Anche questa parte, per più della metà, risulta di proprietà demaniale.

Il quadrante posto a nord-ovest è costituito dall'ospedale Giustiniano e dalle sue adiacenze che costituiscono la parte più storica del compendio. Su questi edifici, interamente di proprietà dell'Azienda Ospedaliera, sono presenti vincoli di natura monumentale che di fatto si traducono in pesanti limitazioni sulla destinazione d'uso futura dei suddetti edifici.

Infine il quadrante posto a nord-est, costituito da edifici destinati per lo più ad attività amministrative oltre ai servizi psichiatrici, posto in buona parte sul fronte strada di Via S. Massimo, quasi interamente di proprietà dell'Azienda Ospedaliera, costituisce l'unica porzione di edificato che presenta una potenziale vocazione ad altre destinazioni d'uso e quindi meritevole di valutazione ai fini di una possibile alienazione patrimoniale.

Dalle considerazioni sopra riportate emerge che quasi tutto il compendio immobiliare che costituisce l'Azienda Ospedaliera di Padova, ad esclusione come detto degli edifici posti a ridosso di Via S. Massimo, non presenta diffusi aspetti di appetibilità in termini di valorizzazione patrimoniale; anzi, permangono forti dubbi sulla possibilità di vendita di buona parte delle citate aree per le motivazioni dianzi riportate.

Ciò premesso, in considerazione delle suddette problematiche circa l'alienabilità dell'azienda ospedaliera o di parte di essa, il gruppo di lavoro ha ritenuto opportuno ampliare l'analisi sulle possibili alienazioni anche con riferimento alle altre realtà ospedaliere, non considerate dalla citata D.G.R.V. n. 1367/2011.

In particolare, la disamina ha riguardato l'ospedale di S. Antonio ipotizzando un trasferimento dell'attività in parte nel monoblocco e in parte nel nuovo Policlinico, una volta realizzato; tale opzione è stata valutata positivamente in quanto l'ospedale S. Antonio, collocato su un'area di circa 28.000 mq., è di proprietà dell'Azienda ULSS di Padova e non è sottoposto a specifici vincoli; di conseguenza, una sua alienazione potrebbe risultare di minore complessità rispetto a quella dell'azienda ospedaliera.

Per quanto riguarda lo IOV, invece, si tratta di una struttura sanitaria altamente specializzata, fornita di dotazioni di eccellenza, sia sotto il profilo dei servizi che della strumentazione tecnica; l'analisi svolta in relazione agli aspetti sanitari consente di ritenere impraticabile e non appropriato un eventuale intervento di dismissione, in considerazione dell'elevata specificità dell'attività svolta dall'istituto che affianca alle

prestazioni di ricovero e cura un'intensa attività di ricerca nel campo biomedico ed in quello dell'erogazione e gestione di particolari servizi sanitari. Inoltre, anche sotto il profilo urbanistico, le soluzioni storico-architettoniche dell'edificio conferiscono una particolare identità al contesto circostante anche dal punto di vista della sua valorizzazione territoriale, da escludere interventi diversi dal suo mantenimento.

ANALISI DEL PROBABILE VALORE DI MERCATO DELLE AREE DA ALIENARE

Considerato quanto sopra esposto, l'esame per la determinazione del valore degli edifici e delle aree sottoponibili ad alienazione riguarda:

1. Edifici dell'Azienda Ospedaliera di Padova posti lungo il fronte di Via S. Massimo;
2. Ospedale S. Antonio, previo trasferimento delle attività ospedaliere di quest'ultimo nei padiglioni del monoblocco e del policlinico una volta dismessi;

Va premesso che la valutazione avviene in un momento storico caratterizzato da una particolare criticità derivante dalla forte contrazione del mercato immobiliare che vede i prezzi delle compravendite fortemente ridotti e una carenza di liquidità e di crisi del mercato creditizio.

1. Edifici dell'Azienda Ospedaliera di Padova posti lungo il fronte di Via S. Massimo

Per la determinazione del valore degli edifici di Via S. Massimo, si è fatto riferimento al valore delle superfici già edificate da ristrutturare, non essendo ipotizzabile una completa demolizione e ricostruzione con variazione degli indici di edificabilità.

Il valore che viene assunto, in linea con gli attuali prezzi di mercato della zona, varia indicativamente da 1200 €/mq a 1400 €/mq.

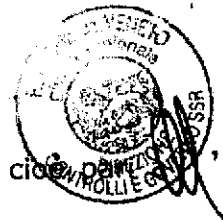
Assumendo come parametro di riferimento intermedio i 1300 €/mq, si ha un valore complessivo pari a:

sup. edificata 26.400 mq x 1300 €/mq = 34.320.000 € (circa 35 milioni di euro).

2. Ospedale S. Antonio

Per la determinazione del valore dell'area dell'Ospedale S. Antonio si è presa in considerazione la vendita dell'area, previa variazione della destinazione d'uso, con

ALLEGATO B
ALLA DGR N. 1131 del 12 ^{230 12/33} GIU. 2012



attribuzione di un indice di edificabilità in linea con le aree contermini, cioè 2mc/mq .

Il valore che viene assunto per metro cubo edificabile, in linea con gli attuali prezzi di mercato della zona, varia da 150 €/mc a 200 €/mc per aree libere; considerato che nel caso di specie sussistono edifici da demolire, è stato considerato un valore di riferimento pari a 175 €/mc, da cui pertanto risulta un importo complessivo di:

sup. fond. 28.000 mq x 2 mc/mq x 175 €/mc = 9.800.000 euro (circa 10 milioni di euro)

Ribadito, pertanto, che i valori sopra esposti sono riferibili alla data odierna e che sono pertanto suscettibili di ulteriori oscillazioni nel tempo, per quanto riguarda le valutazioni effettuate si desume che il probabile ricavo dalla vendita delle aree/edifici da dismettere ai fini della realizzazione del nuovo ospedale, secondo l'analisi sopraesposta, sia di circa 45 milioni di euro, riferibili agli edifici di Via S. Massimo e all'ospedale S. Antonio.

Allegati tecnici:

- *Tabella calcolo superfici edificate lungo Via S. Massimo*
- *Planimetria catastale dell'Azienda Ospedaliera*
- *Estratto PRG dell'Area Ospedale S. Antonio*

Venezia, 16 aprile 2012

ALLEGATO 8

ALLA DGR N. 1131 del

pag 13/33

12 GIU. 2012

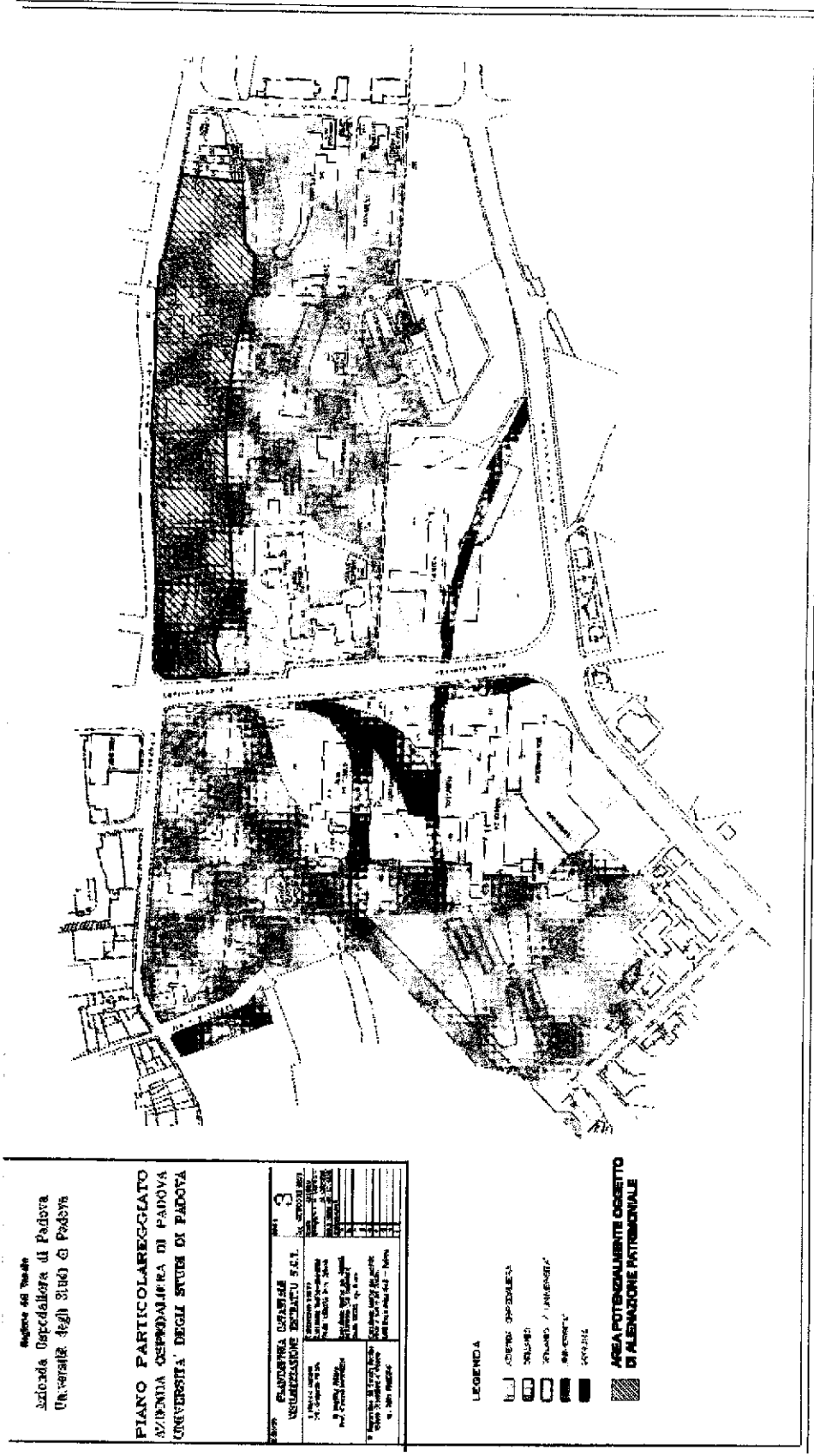
TABELLA CALCOLO SUPERFICI EDIFICATE LUNGO VIA S. MASSIMO

EDIFICIO	PIANO	SUP MQ DI PIANO LORDI
EDIFICIO 20 ORTOPEDIA	TERRA	2000
	PRIMO	1798
	SECONDO	1529
	TERZO	640
	QUARTO	640
	QUINTO	118
	TOT	7325
EDIFICIO 18 - SERVIZI DEL PERSONALE	SEMINTERRATO	1054
	TERRA	1322
	PRIMO	1200
	SECONDO	1201
	QUARTO	51
	TOT	6828
EDIFICIO 18 - EX CASA SUORE SERV. PSIC	TERRA	1447
	PRIMO	1410
	SECONDO	824
	QUARTO	619
	TOT	5100
EDIFICIO 15 - UFFICI AMMINISTRATIVI	TERRA	1000
	PRIMO E AMMEZZATO	1328
	SECONDO	1892
	TOT	4199
EDIFICIO 14 - CASETTE	TERRA	990
	PRIMO E AMMEZZATO	990
	SECONDO	903
	TOT	2883
EDIFICIO 14 - CASETTE	TERRA	102
	PRIMO E AMMEZZATO	102
	SECONDO	102
	TOT	306
EDIFICIO 13 - MAGAZZINO OTTE ESTERNE	TERRA	142
	TERRA	244
	TOT	386
GARAGE	TERRA	58
	TOT	58
TOTALE GENERALE		25408
SUP LOTTO		21000
SUP COPERTA		8546



ALLEGATO B
 ALLA DGR N. 1131 del 12 GIU. 2012

pag. 14 / 33



Regione del Veneto
 Azienda Ospedaliera di Padova
 Università degli Studi di Padova

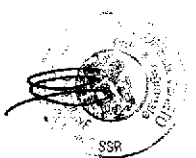
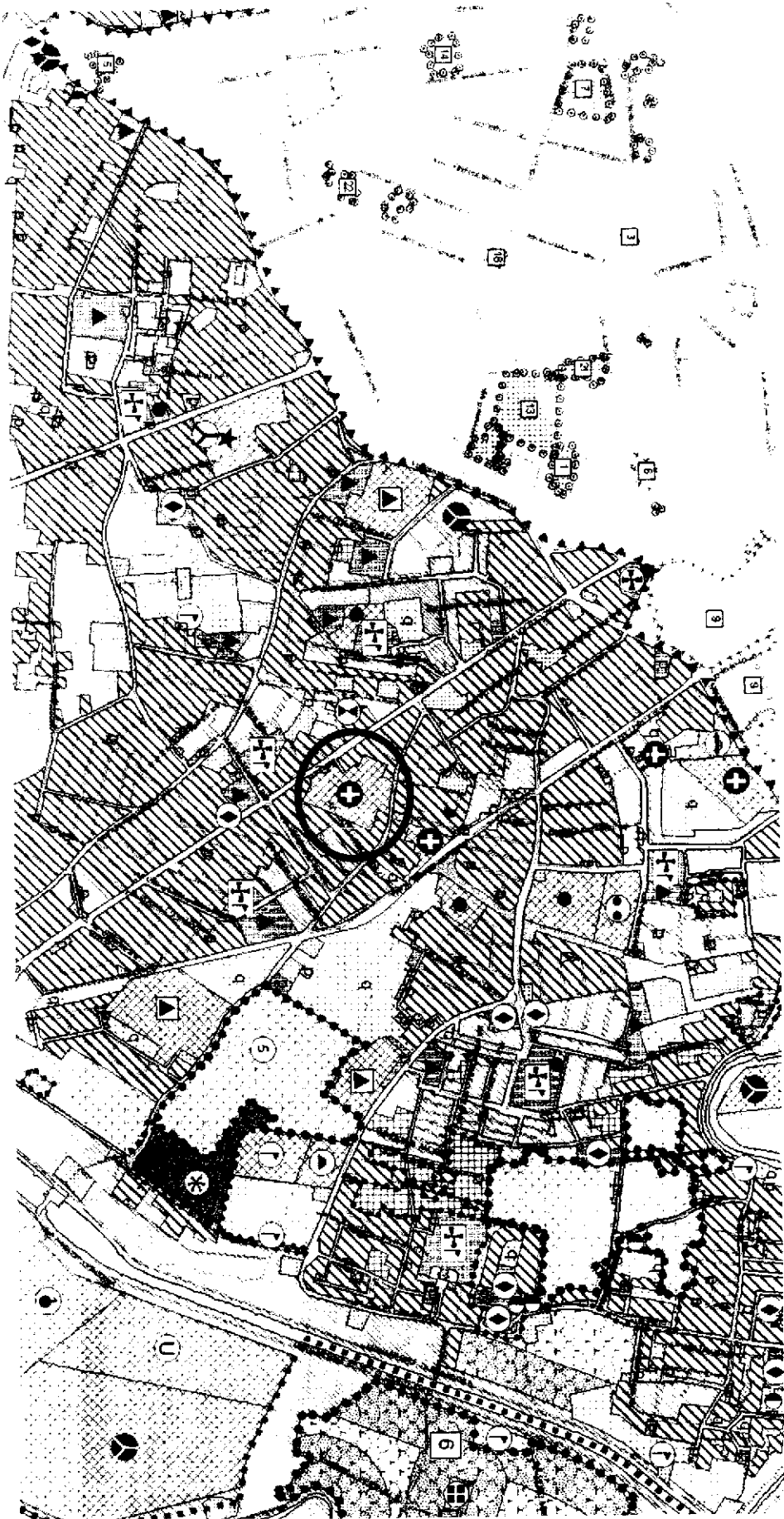
**PIANO PARTICOLAREGGIATO
 AZIENDA OSPEDALIERA DI PADOVA
 UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PADOVA**

PROGETTO PLANIMETRIA CATASTALE AZIENDA OSPEDALIERA DI PADOVA UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PADOVA		FOGLIO 3
PRODOTTO DA STUDIO ARCHITETTICO UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PADOVA		SCALE 1:1000
PRODOTTO DA STUDIO ARCHITETTICO UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PADOVA		PRODOTTO DA STUDIO ARCHITETTICO UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PADOVA
PRODOTTO DA STUDIO ARCHITETTICO UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PADOVA		PRODOTTO DA STUDIO ARCHITETTICO UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PADOVA

- LEGENDA**
- [Symbol] AREA POTENZIALMENTE OGGETTO DI ALENAGIONE PATRIMONIALE
 - [Symbol] AREA POTENZIALMENTE OGGETTO DI ALENAGIONE PATRIMONIALE
 - [Symbol] AREA POTENZIALMENTE OGGETTO DI ALENAGIONE PATRIMONIALE
 - [Symbol] AREA POTENZIALMENTE OGGETTO DI ALENAGIONE PATRIMONIALE
 - [Symbol] AREA POTENZIALMENTE OGGETTO DI ALENAGIONE PATRIMONIALE
 - [Symbol] AREA POTENZIALMENTE OGGETTO DI ALENAGIONE PATRIMONIALE
 - [Symbol] AREA POTENZIALMENTE OGGETTO DI ALENAGIONE PATRIMONIALE
 - [Symbol] AREA POTENZIALMENTE OGGETTO DI ALENAGIONE PATRIMONIALE

PLANIMETRIA CATASTALE DELL'AZIENDA OSPEDALIERA

PIANO REGOLATORE GENERALE





**Il partenariato pubblico privato: forme contrattuali e finanziarie per la
realizzazione degli investimenti sanitari**

Veronica Vecchi

I contratti di PPP

I modelli di PPP che possono essere applicati alla realizzazione di investimenti pubblici sono molteplici. L'esperienza internazionale (UK, Francia, Spagna, Canada) ma anche quella nazionale, da questo punto di vista, possono fornire sicuramente spunti interessanti finalizzati a individuare la forma contrattuale e finanziaria più adeguata e soprattutto a interiorizzare nel processo decisionale le evidenze emerse dall'analisi dei processi di selezione e di gestione dei contratti.

Il PPP è un contratto che prevede un'allocazione di responsabilità tra operatori pubblici e privati. In funzione dell'oggetto del PPP si possono avere differenti forme contrattuali. Le più utilizzate in Italia e in Europa sono:

- design & build (DB), che affida all'operatore privato la progettazione e costruzione di un'opera, con finanziamento a carico dell'amministrazione pubblica (si tratta del contratto noto anche con il termine appalto integrato chiavi in mano);
- operation & maintenance (O&M), che affida all'operatore privato la sola gestione di un servizio pubblico (tra i contratti di O&M rientrano quelli di global service);
- design, build & operate (DBO), che affida all'operatore privato la progettazione e costruzione di un'opera e la gestione del servizio a essa correlato, con finanziamento a carico dell'amministrazione pubblica;
- build, lease and transfer (BLT), che affida a un pool di operatori (industriali e finanziari) la [progettazione], il finanziamento in leasing, la costruzione di un'opera [ed eventuale la sua manutenzione]; al termine del contratto è previsto il trasferimento della piena proprietà dell'opera all'amministrazione;
- design, build, finance and operate (BBFO), che affida all'operatore privato la progettazione, finanziamento, costruzione e gestione di un'opera

funzionale all'erogazione di servizi a titolarità pubblica (opere cosiddette a tariffazione sulla PA);

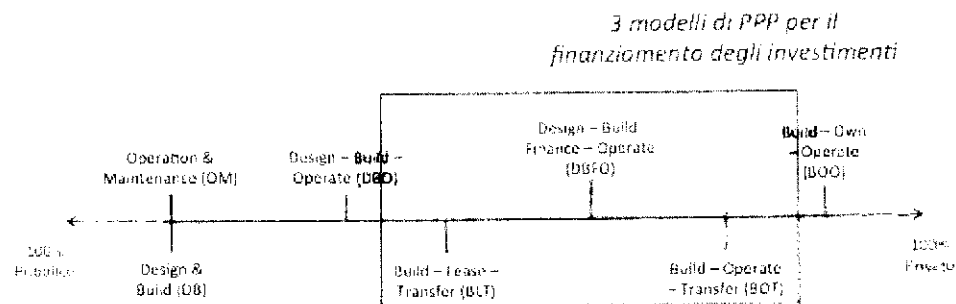
- build, operate and transfer (BOT), che affida all'operatore privato la progettazione, finanziamento, costruzione di un'opera e la gestione del servizio correlato (opere cosiddette a tariffazione sull'utenza), i cui ricavi contribuiscono totalmente o in parte alla copertura dei costi (di gestione e di investimento) e alla remunerazione dei capitali investiti.

Volendo collocare queste cinque forme contrattuali su un asse immaginario di allocazione delle responsabilità tra pubblico e privato (Figura 1), a sinistra si trovano i contratti con minori rischi a carico del privato, come quello di DB e O&M, e mano a mano ci si muove verso destra (e quindi mano a mano aumentano le responsabilità e rischi a carico degli operatori privati) si trovano i contratti di DBO; BLT; DBFO e BOT. Un contratto non analizzato sopra è quello di BOO (build own operate) che è stato utilizzato (nel contesto internazionale) come modalità di privatizzazione di alcuni servizi. In ogni caso sono possibili anche altre forme contrattuali di PPP che combinano in modo diverso le responsabilità/rischi del committente pubblico e dell'operatore privato.

Le tre forme di PPP che vengono generalmente impiegate a livello nazionale e internazionale (con alcune varianti e specificità per il finanziamento (totale o parziale) con capitali privati delle opere pubbliche sono i seguenti: BLT, DBFO e BOT. In particolare BLT e DBFO trasferiscono all'operatore privato i rischi di progettazione, costruzione e disponibilità. Il BOT oltre a questi rischi trasferisce anche (totalmente o in parte) quello di domanda. In alcuni contesti e casi sono stati applicati modelli di PPP che prevedono il coinvolgimento dell'operatore privato anche nella gestione dei servizi non commerciali (e pertanto finanziati a fiscalità generale - come sanità ed educazione), trasferendo pertanto il rischio di domanda e di performance all'operatore privato, generalmente remunerato sulla base di una quota capitaria. Si tratta di forme di Integrated PPP: in sanità, il modello di riferimento per questa modalità di collaborazione a forte coinvolgimento dell'operatore privato è l'ospedale di Alzira, in Spagna.



Figura 1 – I principali contratti di PPP e l’allocazione delle responsabilità e dei rischi tra pubblico e privato



Fonte: Vecchi 2011

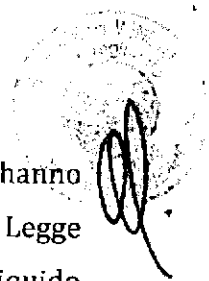
Gli strumenti di finanziamento del PPP

Con riferimento al finanziamento di un investimento nell’ambito di contratti di PPP tre sono gli strumenti utilizzabili da parte degli operatori privati:

- project financing
- leasing finanziario/operativo
- finanziamento strutturato

Il project financing è una particolare modalità di finanziamento di un progetto di investimento che prevede che questo sia inglobato in un veicolo societario (la cosiddetta SPV – special purpose vehicle o società di progetto) che ha come unico obiettivo la realizzazione e gestione del progetto stesso. La SPV raccoglie i fondi, principalmente capitali di debito e stipula contratti chiavi in mano con operatori specializzati chiamati a progettare, realizzare e gestire l’opera o i servizi ad essa connessi. La SPV è quindi uno snodo di contratti che consentono di isolare il progetto e di “schermarlo” dai rischi operativi. Ciò rende il progetto finanziabile, talvolta anche su base non recourse (sebbene ciò sia poco frequente in Italia, dove nella maggior parte dei casi vengono strutturate operazioni semi o full recourse e quindi più vicino alle logiche del finanziamento corporate), con elevata leva finanziaria che riduce conseguentemente il fabbisogno del più oneroso capitale di rischio. Da ciò ne deriva che la costituzione della società di progetto rappresenta sicuramente conditio sine qua non per il finanziamento in project financing di un investimento.

ALLEGATO B
ALLA DGR N. 1131 del 12 GIU. 2012 pag. 19/33



Le recenti modifiche al Codice dei Contratti introdotte dal Governo Monti hanno "riattivato" lo strumento del project bond, già previsto sin dai temi della Legge Merloni, ma concretamente non applicabile. Se il project bond, titolo più liquido del tradizionale mutuo, potrebbe ridurre il costo della raccolta, va detto che la sua strutturazione potrebbe implicare costi di strutturazione molto elevati. Essi potrebbero comunque apparire, specie nel caso degli investimenti sanitari, una modalità interessante, soprattutto per il limitato rischio di domanda tipico di questi progetti. In ogni caso la possibilità di collocazione di questi titoli richiede un re-risking nella fase di sviluppo e costruzione, che potrebbe trovare significative difficoltà nel nostro Paese, caratterizzato da una bassa propensione al rischio degli operatori finanziari.

Il leasing rappresenta, invece, il finanziamento di un progetto con impiego totale di debito. Poiché l'amministrazione è la controparte della società di leasing, il costo del finanziamento è quotato in riferimento al merito di credito pubblico. Ciò, accompagnato al fatto che il finanziamento a un soggetto pubblico impone un minor accantonamento di capitale di vigilanza da parte del soggetto finanziatore, riduce il costo del capitale rispetto a un'operazione di project finance. Il contratto di leasing può essere di tipo finanziario o di tipo operativo: solo nel secondo caso è assicurato un adeguato livello di trasferimento del rischio all'operatore privato.

Un finanziamento strutturato è generalmente un finanziamento di medio - lungo termine definito sulla base delle specifiche caratteristiche del progetto. Seppur project financing e leasing rappresentino una sottocategoria del finanziamento strutturato, a esso ci si riferisce quando un operatore privato (singolarmente o in ATI) raccoglie capitali di debito per finanziare un'operazione di PPP. Nella maggior parte dei casi, il capitale di debito non finanzia più del 50% del valore dell'iniziativa progettuale e il costo del capitale è quotato in riferimento al merito di credito dell'operatore privato.

In figura 2 si mostra, a titolo indicativo, i diversi parametri per il calcolo dei tassi di interesse nelle tre modalità di finanziamento.

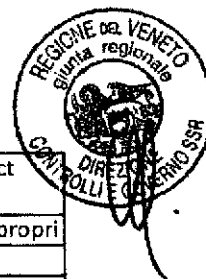


Figura 2 - parametri per il calcolo dei tassi di interesse

	finanziamento leasing	finanziamento corporate	finanziamento project financing
fonti	100% debito	50% debito - 50% mezzi propri	80% debito - 20% mezzi propri
controparte	PA	ATI - operatore privato	SPV
tasso	7%	WACC fc	WACC pf

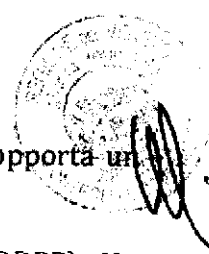
Calcolo WACC finanziamento corporate				
	leva	tasso	tasso netto imposte	tasso ponderato
Debito	50%	8,00%	5,80%	2,90%
Mezzi propri	50%	9,00%	9,00%	4,50%
WACC				7,40%

Calcolo WACC finanziamento project financing				
	leva	tasso	tasso netto imposte	tasso ponderato
Debito	85%	8,50%	6,16%	5,24%
Mezzi propri	15%	12%	12%	1,80%
WACC				7,04%

Fonte: elaborazione dell'autore

Infine, merita un cenno il forte interesse che sta crescendo verso gli investimenti a impatto sociale attraverso *social bond* e *equity blended value*, rispettivamente strumenti di debito e di equity. Si tratta di strumenti che si rivolgono a investitori sociali, che riconoscono nel progetto forti connotati di tipo sociale e che pertanto sono disposti a ridurre il rendimento minimo richiesto, che viene compensato con un ritorno di tipo sociale. Nel caso della sanità il ritorno sociale derivante da minori costi finanziari è legato al minor impatto dell'investimento sul bilancio regionale, che consente dunque di liberare risorse da reinvestire in un miglioramento della qualità delle cure o in maggiori aggiornamenti tecnologici. E' importante creare un collegamento diretto tra investimento di tipo sociale e il "reinvestimento" delle risorse liberate al fine di rendere possibile agli investitori una chiara valutazione della dimensione sociale.

L'impiego di capitali privati può prevedere anche un co-finanziamento pubblico, che può essere garantito attraverso due forme: conferimento di patrimonio immobiliare e contributi a fondo perduto, di cui si scrive in seguito nella sezione dedicata all'equilibrio economico e finanziario. Va detto che l'erogazione di contributi a fondo perduto in misura superiore al 50% del costo dell'investimento potrebbe comportare la classificazione dell'investimento on balance sheet per l'amministrazione. Più complesso è il trattamento di un eventuale contributo erogato nella forma del trasferimento di proprietà di un



immobile da alienare, in quanto in questo caso il soggetto privato sopporta un rischio di mercato relativo al valore estraibile dall'alienazione.

Un ultimo cenno va fatto al ruolo di Cassa Depositi e Prestiti (CDDPP). Un eventuale intervento di CDDPP potrebbe essere valutato dall'Amministrazione già in fase di strutturazione della gara: si tratterebbe di un commitment dato dalla Cassa stessa al progetto che si dovrà successivamente tradurre in una vera e propria disponibilità a finanziare il Concessionario, sulla base di una due diligence effettuata da Cassa assieme al pool delle banche finanziatrici. In ogni caso va specificato che Cassa interviene alle stesse condizioni applicate dal mercato, al fine di evitare situazioni di crowding out degli operatori privati o distorsioni nel mercato. Pertanto Cassa investe a condizioni di pari passu.

Il costo dell'equity

Nelle operazioni di PPP va prestata attenzione alla corretta quotazione del costo dell'equity. In Italia, infatti, l'equity deriva principalmente dagli operatori industriali (i costruttori per esempio), i quali tendono a quotare il loro ritorno non immediatamente sull'equity ma sui margini dell'operazione di costruzione o di gestione. Questo è visibile dal differenziale di rendimenti espliciti sull'equity tra le operazioni di PPP italiane e quelle anglosassoni (Vecchi e Hellowell, 2008). La non adeguata quotazione dell'equity rende difficile l'avvio di un mercato secondario dell'equity, fondamentale per consentire di liberare risorse da reinvestire in altri progetti.

In ogni caso, non può non essere trascurata la necessità per le amministrazioni, specie in operazioni a basso rischio sistemico (come quelle sanitarie, dove il rischio di domanda, di inflazione e di valore residuale sono molto limitati), di definire una regolamentazione ai ritorni sull'investimento, attraverso un cap al TIR equity. Molti sono gli studi che dimostrano come l'elevato rendimento dell'equity determini un eccessivo costo delle operazioni per le amministrazioni. Il National Audit Office (2012) ha mostrato, secondo un calcolo molto prudentiale, come gli elevati ritorni sull'equity nelle operazioni di PPP in sanità nel Regno Unito abbiano determinato un maggior costo del 1,5% - 2,2% annuo delle unitary charge (i canoni corrisposti dalle aziende sanitarie alle società di progetto). In figura 4 si mostra il differenziale tra i TIR (IRR) di 10 operazioni di



BOT	Project financing	Concessione con SPV	Art. 153 e/o 143
	Corporate financing	Concessione con ATI	Art. 153 e/o 143
DBFO	Project financing	Concessione con SPV Contratto di disponibilità	Art. 160 ter + Art. 153 e/o 143
	Corporate financing	Concessione con ATI Contratto di disponibilità	Art. 160 ter + Art. 153 e/o 143
BLT	Leasing finanziario	Concessione con ATI (non esplicitamente previsto dal D.lgs 163/06)	Art. 153 e/o 143
		Appalto	Art. 160 bis

Fonte: elaborazione dell'autore

In figura 4 di seguito si delinea un confronto tra le due principali forme di PPP per gli investimenti sanitari: DBFO (concessione, in project finance e contratto di disponibilità) e BLT.

Figura 4: confronto DBFO e BLT

ALLEGATO B
ALLA DGR N. 1131 del

pag 24/33
12 GIU. 2012



Tempi procedurali (dalla pubblicazione all'aggiudicazione)	Circa 1 anno	Circa 1 anno
Progetto a base di gara	Meglio preliminare (ex art. 143) Studio di fattibilità (ex art. 153) Capitolato prestazionale (ex art. 160 ter)	Meglio preliminare (ex art. 160 bis)
Maturità del mercato	Talvolta critica – la struttura dell'operazione è spesso domanita dai costruttori	Talvolta critica – per l'allocazione dei rischi all'ATI
Potenzialità di allocazione dei rischi	Alta e certa	Alta e certa (con contratto unico)
Costo del finanziamento	Alto	Competitivo con il costo del debito pubblico
Cartezza del finanziamento	Critica	Alta
Diseconomia fiscale rispetto all'appalto	Presente (IVA 21% sul canone di disponibilità)	Nessuna
Legalità	A rischio la trasparenza del finanziamento	Alta
Concorrenza	Media (nelle gare nel Nord anche 4/6 cordate)	Bassa (per ridotto numero di operatori finanziari)
Trasferimento del diritto di superficie	Obbligatorio	Obbligatorio

Fonte: elaborazione dell'autore

Indicazioni per la strutturazione di operazioni di PPP in sanità

Concessione e contratto di disponibilità

In Italia, le operazioni di PPP sono state nella maggior parte dei casi realizzate attraverso concessioni di costruzione e gestione, finanziate con strutture semi - recourse di project financing. Contratti di leasing (prevalentemente full risk e quindi operativi) sono stati utilizzati nelle operazioni di tipo tecnologico.

Nel nostro ordinamento, il finanziamento in project financing di un'opera è stato incardinato, nella concessione di costruzione e gestione, partendo dal presupposto che fossero i flussi di cassa del progetto (derivanti dallo sfruttamento dell'opera) a ripagare l'investimento. Questo modello, anche per effetto dell'emulazione delle esperienze anglosassoni, ha portato a ritenere che fosse necessario affidare all'operatore privato (la società di progetto) la gestione di una vasta gamma di servizi non core, oltre ovviamente alla progettazione e costruzione. Inserire una vasta gamma di servizi non core nei contratti di project finance a tariffazione sulla PA (sanità) è tendenzialmente sbagliato o comunque non è conveniente, per una serie di ragioni che si analizzeranno di seguito.

Nel Regno Unito, la scelta di inserire molti servizi non core in questi contratti derivava dalla volontà di utilizzare il PPP anche come forma di quasi - privatizzazione dei servizi pubblici o comunque perché si riteneva che il privato fosse capace di realizzare livelli di efficienza maggiori (da ricordare che il PFI -

ALLEGATO B

ALLA DGR N. 1131 del 12 GIU. 2012

pag 25/33



Private Finance Initiative - è stato introdotto nel pieno del New Public Management). Recentemente, sulla scorta dei risultati (poco confortanti) derivanti dall'analisi dei livelli di performance degli operatori privati nelle operazioni di PFI (vedere figure 5 e 6), e dell'affermazione del modello Eurostat di contabilizzazione degli investimenti basato sul principio del risk&reward, il Regno Unito sta passando a modelli di PPP "leggeri" (vedere box 1 sotto).

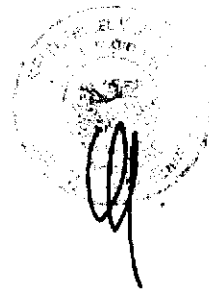
Questo modello sembra ora trovare una sua dignità nel codice dei contratti. Infatti, tra le novità legislative introdotte dal Governo Monti, vi è il contratto di disponibilità (art. 3 comma 15 bis-1 art. 160 ter). Si tratta di un contratto di cui non è stata definita la natura (e ciò forse è un vantaggio - Leone 2012 - in quanto lascia maggiori flessibilità applicative ispirate alla direttiva comunitaria), ma che "istituzionalizza" il canone di disponibilità, come modalità principale di remunerazione dell'operatore privato.

Un elemento importante, che non è stato previsto dall'art. 160 ter (che parla solo di capitolato prestazionale) è il livello di progettazione da porre a base di gara. Sarebbe auspicabile, proprio perché si tratta di opere a diretto utilizzo della PA, che quest'ultima predisponga il progetto preliminare, per orientare in modo adeguato il mercato nella definizione dell'offerta. Ciò potrebbe, peraltro, anche ridurre i costi di transazione derivanti da una negoziazione con il miglior offerente finalizzata a migliorare le caratteristiche progettuali.

Per questa ragione, nel caso di un'operazione di project finance basata su concessione, sarebbe preferibile optare per la procedura ex art. 143 del Codice dei Contratti.

Va comunque specificato che il contratto di disponibilità, proprio come una concessione, non necessariamente è finanziato in project financing. Esso potrebbe essere finanziato anche in corporate financing o perché no attraverso lo strumento del leasing (operativo), che comunque potrebbe scontare importanti difficoltà di raccolta in Italia, dovuta alla dimensione molto ridotta delle società di leasing. Questo limite potrebbe essere superato se il finanziamento fosse direttamente strutturato dalle banche.

Figure 5 e 6: la performance delle operazioni di PPP in sanità nel Regno Unito



	HM Treasury 2003		NAO 2009	
	PFI	Non PFI	PFI	Non PFI
Rispetto dei costi	88%	27%	65%	54%
Rispetto dei tempi	88%	30%	69%	60%
Manutenzioni	Su 19 ospedali, nella metà dei casi le penali sono inadeguate a garantire performance; in 2/3 dei casi le manutenzioni urgenti sono ritenute di scarsa qualità; in 14 casi le manutenzioni complessivamente sono migliorate. Intervista a 72 manager di ospedali coinvolti in operazioni di PFI: 20% manutenzione insufficiente.			
Qualità delle strutture	Il Building Research Establishment ha valutato che la qualità realizzativa su 8 ospedali realizzati in PFI e 8 non in PFI è pressochè identica.			
Penali	Intervista a 72 manager di ospedali coinvolti in operazioni di PFI: 36% il sistema delle penali è inadeguato 53% dei casi non sono state applicate penali (2008 – 2009) Mediamente le penali applicate sono basse (200 e 650.000 £)			

Fonte: Vecchi 2011, NAO 2010 e 2011

Box 1 – caratteristiche del contratto light

Contratto di PPP per operazioni a tariffazione sulla PA leggero

Un contratto di project finance dovrebbe pertanto contenere: progettazione, finanziamento, costruzione e gestione riferita solo a quei servizi la cui efficienza può essere influenzata dalla qualità della progettazione e costruzione (e quindi, per esempio, manutenzioni complessive e gestione del calore).

La remunerazione dell'operatore privato dovrebbe pertanto avvenire sulla base di un canone di disponibilità, corrisposto dall'amministrazione solo nel caso di piena funzionalità e fruibilità dell'opera. Tale canone dovrebbe coprire: costo dell'investimento, costi delle manutenzioni, remunerazione dei capitali investiti (debito ed equity). Una tariffa a parte potrebbe essere definita per la gestione del calore e per gli altri servizi che eventualmente si intende affidare all'operatore privato. In generale sarebbe opportuno inserire nel contratto di PPP solo quei servizi la cui performance dipende dalla qualità progettuale e realizzativa (manutenzioni e gestione calore). In relazione alle tecnologie, sarebbe opportuno che queste venissero strutturate attraverso procedure e contratti ad hoc, finalizzate a stimolare l'effettiva capacità di innovazione degli operatori. Infatti, spesso avviene, che i fornitori di tecnologie non partecipino alle gare di PPP, offrendo solo la loro disponibilità di massima alla SPV in fase di gara, la quale si riserva, dopo l'aggiudicazione di rivolgersi a coloro che offrono le migliori condizioni. Frequentemente