REGIONE DEL VENETO

giunta regionale

9^ legislatura

Struttura amministrativa competente:
Segreteria per la Sanità

			P	A
Presidente	Luca	Zaia	X	
Vicepresidente	Marino	Zorzato	X	
Assessori	Renato	Chisso	X	
	Roberto	Ciambetti	X	
	Luca	Coletto	X	
	Maurizio	Conte	X	
	Marialuisa	Coppola	X	
	Elena	Donazzan	X	
	Marino	Finozzi		X
	Massimo	Giorgetti	X	
	Franco	Manzato		X
	Remo	Sernagiotto	X	
	Daniele	Stival	X	

Segretario Mario Caramel

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 1131 **del** 12 GIU. 2012

OGGETTO: Riavvio dell'iter per la realizzazione del nuovo ospedale di Padova in attuazione della DGR n. 1367 del 3 agosto 2011. Determinazioni.

NOTE PER LA TRASPARENZA:

In esecuzione della deliberazioni n. 1367 del 3 agosto 2011 si procede alla definizione di alcuni contenuti dell' Accordo di programma inerente l'iter realizzativo del nuovo Ospedale di Padova.

Il Presidente, Dr. Luca Zaia, riferisce quanto segue.

Con deliberazione n. 1367 del 3 agosto 2011 la Giunta regionale ha riavviato l'iter per la realizzazione del nuovo Ospedale di Padova prendendo atto delle conclusioni illustrate nel documento, allegato sub "A" a detta delibera, denominato "Piano di fattibilità per il nuovo ospedale di Padova".

Tale documento ha preso in considerazione tre possibili soluzioni alternative, che sono le seguenti:

1. il mantenimento della struttura esistente;
2. la ristrutturazione e razionalizzazione dell'ospedale esistente;
3. la realizzazione di un nuovo ospedale in un nuovo sito, in sostituzione della struttura attuale.

Sempre con la deliberazione n. 1367/2011, la Giunta regionale del Veneto ha approvato tra le possibili soluzioni alternative elencate precedentemente, "La realizzazione di un nuovo ospedale in un nuovo sito, in sostituzione della struttura attuale".

Superata quindi la soluzione "PATAVIUM" di cui alla DGR n. 3918 del 16 dicembre 2008, si stabiliva di sottoporre il suddetto documento all'esame degli Enti sottoscrittori dell'accordo, di cui alla DGR n. 903 del 23/03/2010, stipulato il 23 marzo 2010, accordo denominato "*Procedure per la realizzazione del Nuovo Polo della Salute di Padova – documento relativo all'iter procedurale* ".

Tali Enti sottoscrittori dell'accordo 23 marzo 2010 sono, la Regione del Veneto, l'Azienda Ospedaliera di Padova, l'Università degli Studi di Padova, il Comune di Padova, la Provincia di Padova e l'I.R.C.C.S. Istituto Oncologico Veneto.

In data 26 ottobre 2011 si riunivano i legali rappresentanti di detti Enti sottoscrittori dell'accordo 23 marzo 2010 i quali all'unanimità assumevano le seguenti decisioni:

a) riavvio dell'iter realizzativo del nuovo Ospedale di Padova secondo la soluzione prescelta dalla Giunta Regionale con atto n. 1367 del 3 agosto 2011;

b) individuazione dell'Accordo di Programma come strumento per la definizione dei "passaggi" attraverso i quali si articolerà la realizzazione del progetto, Accordo di programma col quale si devono definire, a titolo indicativo e non esaustivo, i seguenti principali obiettivi e contenuti:

b.1) individuazione, con analisi costi/benefici, dell'area prescelta per la realizzazione del nuovo ospedale;

b.2) definizione, tramite studio di fattibilità, del valore dell'investimento;

b.3) individuazione delle fonti di finanziamento e dello strumento giuridico prescelto per la realizzazione della struttura (es. concessione di lavori pubblici);

b.4) individuazione del soggetto che fungerà da stazione appaltante;

b.5) decisione sulla destinazione e sulla valorizzazione della struttura esistente;

b.6) previsione delle variazioni degli strumenti urbanistici necessarie per l'attuazione dell'accordo;

b.7) definizione dell'iter e del cronoprogramma per la realizzazione dell'opera;

b.8) individuazione, per ogni soggetto firmatario dell'Accordo di programma, delle azioni da realizzare e relativi impegni sia singoli che congiunti.

c) costituzione del Gruppo di Lavoro Tecnico, incaricato del supporto agli Enti sottoscrittori per la definizione della bozza di Accordo di programma, secondo la seguente composizione:
- Regione del Veneto: dott. Tiziano Baggio, Segretario Generale della Programmazione;
- Regione del Veneto: dott. Domenico Mantoan, Segretario regionale per la Sanità;
- Comune di Padova: dott. Giuseppe Contino, Segretario Generale;
- Provincia di Padova: dott. Giorgio Carollo, Gabinetto del Presidente;
- Azienda Ospedaliera di Padova: dott. Adriano Cestrone, Direttore Generale;
- I.R.C.C.S. I.O.V.: Prof. Pier Carlo Muzzio, Direttore Generale;
- Università degli Studi di Padova: dott. Giuseppe Barbieri, Direttore Amministrativo.

A seguito di varie riunioni ed approfondimenti, detto Gruppo di Lavoro Tecnico, supportato dal Comitato Scientifico, istituto con DGR n. 2765 del 16 novembre 2010, integrato con specifiche professionalità come da DGR n. 2544 del 29 dicembre 2011, al fine di dar corso alle decisioni assunte dagli Enti sottoscrittori, ha elaborato un documento che integra il *Piano di fattibilità del nuovo ospedale di Padova di cui alla DGR n. 1367/2011*; tale atto denominato "*Documento integrativo al piano di fattibilità del nuovo ospedale di Padova approvato con DGRV n. 1367 del 03/08/2011*" *(Allegato A)*, si articola nei seguenti punti, secondo le indicazioni di cui al punto b) sopra riportato:

b.1) individuazione dell'area; è stato nominato un gruppo operativo ristretto cui è stata assegnata l'analisi di fattibilità urbanistica allo scopo di determinare l'area più idonea a ricevere il nuovo polo ospedaliero patavino, sulla base dei parametri indicati dal Piano di fattibilità per il nuovo ospedale di Padova allegato alla DGRV n. 1367. L'area indicata è quella di Padova Ovest, peraltro già individuata dal Piano di Assetto del Territorio Intercomunale come area a destinazione ospedaliera

b.2) stima di massima dell'intervento: il medesimo gruppo operativo ha provveduto all'analisi dei costi di realizzazione ed ha proposto di aggiornare il costo stimato di 600 milioni di Euro per la costruzione del Nuovo Ospedale di Padova, riportato nell'allegato A della citata D.G.R.V. n. 1367/2011, con i valori derivanti dall'esproprio dell'area per Euro 27 milioni, e per Euro 19 milioni per ulteriori costi per le opere di urbanizzazione interne all'area; quindi la stima complessiva per la realizzazione del Nuovo Ospedale è aggiornata a 646 milioni di Euro;

b.3) individuazione delle fonti di finanziamento e dello strumento giuridico prescelto per la realizzazione della struttura: è stato elaborato un documento di carattere generale sul partenariato pubblico privato con riferimento alle forme contrattuali e finanziarie nella realizzazione degli investimenti nel settore sanitario;

1131 12 GIU. 2012

b.5) destinazione e valorizzazione della struttura esistente: il gruppo operativo ristretto, nel corso dell'analisi dei costi di realizzazione dell'intervento ha peraltro operato un primo approfondimento anche in relazione alle possibili alienazioni patrimoniali del complesso ospedaliero esistente, con riferimento alle attuali proprietà e tenuto altresì conto dell'attuale valore di mercato; in esito a detto approfondimento risultano possibili alienazioni per circa complessivi 45 milioni di Euro.

Per quanto concerne infine i punti b.4), b.6), b.7) e b.8), anche in ragione della specificità dei loro contenuti che richiedono un percorso procedimentale più avanzato, si è ritenuto che l'attuazione degli stessi debba essere preceduta da un incontro tra gli Enti sottoscrittori per le conseguenti decisioni circa le modalità di prosecuzione della procedura.

In data 12 giugno 2012 si sono riuniti i legali rappresentanti di tali Enti sottoscrittori che, all'unanimità, hanno assunto le seguenti determinazioni, come riportate nel verbale, **allegato A** della presente deliberazione:

1) l'approvazione del "*Documento integrativo al piano di fattibilità del nuovo ospedale di Padova approvato con DGRV n. 1367 del 03/08/2011*", **allegato B** alla presente, concernente i punti b.1) individuazione dell'area, b.2) stima di massima dell'intervento, b.3) individuazione delle fonti di finanziamento e dello strumento giuridico prescelto per la realizzazione della struttura, b.5) destinazione e valorizzazione della struttura esistente, della bozza di Accordo di Programma;

2) l'affidamento al Gruppo di Lavoro, previsto nel documento "Procedure per la realizzazione del nuovo polo della salute di Padova - documento relativo all'iter procedurale" composto da Regione del Veneto, Azienda Ospedaliera di Padova, Università degli Studi di Padova, Comune di Padova, Provincia di Padova ed Istituto Oncologico Veneto, della definizione di una bozza di accordo di programma, effettuando con particolare attenzione i necessari approfondimenti in relazione alle fonti di finanziamento ed allo strumento giuridico prescelto per la realizzazione della struttura (punto b.3) nonché per quanto riguarda la destinazione delle attuali strutture ospedaliere (punto b.5), come sviluppati nell'allegato A alla presente.
Inoltre dovrà definire i seguenti punti:

b.4) individuazione del soggetto che fungerà da stazione appaltante;

b.6) previsione delle variazioni degli strumenti urbanistici necessarie per l'attuazione dell'accordo;

b.7) definizione dell'iter e del cronoprogramma per la realizzazione dell'opera;

b.8) individuazione, per ogni soggetto firmatario dell'Accordo di programma, delle azioni da realizzare e relativi impegni sia singoli che congiunti.

3) di avviare, in conseguenza del presente atto, la modifica della dotazione ospedaliera dell'Azienda Ospedaliera di Padova di cui alla DGR n. 1697 del 5 giugno 2007; modifica che in coerenza con la Legislazione regionale vigente sarà a cura della Segretaria regionale per la Sanità.

Il Presidente ricorda che con la citata deliberazione n. 1367 del 3 agosto 2011 erano state affrontate anche le seguenti due questioni:

- quanto alla necessaria assistenza tecnico-legale per la realizzazione dell'opera, l'Avvocatura regionale era stata incaricata della verifica dell'operatività del contratto stipulato, a seguita di pubblica gara, il 2 ottobre 2009, con scadenza ad ottobre 2014, con lo Studio Legale Tributario Associato in associazione con DLA PIPER, con sede in Milano; ciò alla luce del ricorso della Regione pendente al TAR avverso alla Deliberazione n. 4 del 14 gennaio 2010 dell'Autorità per la Vigilanza sui Contratti Pubblici di Lavori, Servizi e Forniture;

- quanto alla proposta, pervenuta al protocollo regionale n. prot. 53839 in data 29 gennaio 2010 e mai riscontrata, di studio di fattibilità, di inserimento nella programmazione di opere ai sensi dell'art. 153, comma 19, decreto legislativo 12 aprile 2006, n. 163, relativa alla realizzazione del Nuovo Polo della Salute

di Padova, il Segretario regionale per la Sanità era stato incaricato di verificare la posizione della Regione verso il Proponente a fronte del superamento della soluzione "PATAVIUM" operato con il "Piano di fattibilità per il nuovo ospedale di Padova" di cui alla DGR n.1367/2011.

Tali due questioni sono state risolte come segue:

- per quanto riguarda il contratto stipulato il 2 ottobre 2009 con lo Studio Legale Tributario Associato in associazione con DLA PIPER, si ritiene, di potersi avvalere di tale consulenza stante la pendenza del sopra menzionato ricorso proposto dalla Regione al TAR Veneto: con il presente atto si ritiene inoltre di conferire mandato alla Segreteria regionale per la Sanità di coordinare, anche per il tramite delle strutture regionali competenti, l'assunzione degli atti amministrativi e gestionali ritenuti utili al fine di riattivare il contratto in essere;

- per quanto riguarda la citata proposta n. prot. 53839 in data 29 gennaio 2010, in data 27 febbraio 2012, con nota n. prot. 91815, il Segretario regionale per la Sanità informava il Proponente dell'iniziativa assunta dalla Giunta regionale con DGR n.1367/2011 e del conseguente aggiornamento del quadro normativo di riferimento. Il Proponente con nota del 7 maggio 2012, pervenuta al protocollo regionale con n. prot. 218421 in data 11 maggio 2012, dichiarava "di rinunciare alla propria proposta per mezzo di studio di fattibilità precedentemente presentata in data 29 gennaio 2010 al protocollo n. 53839."

Si evidenzia infine che in data 30 marzo 2012, è pervenuta alla Regione una "Proposta di inserimento nella programmazione triennale di opere – ai sensi dell'art. 153 comma 19 del D.Lgs. 12 aprile 2006, n. 163 - relativa alla realizzazione del Nuovo Ospedale di Padova" da parte di Finanza e Progetti S.p.A..

In base alla disciplina vigente di cui al decreto legislativo 12 aprile 2006, n. 163 "*Codice dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture in attuazione delle direttive 2004/17/CE e 2004/18/CE*", trattasi di una proposta trasmessa ai sensi dell'articolo 153, comma 19, del suddetto decreto, che consente agli operatori economici di presentare alle amministrazioni proposte relative alla realizzazione in concessione di lavori pubblici o di lavori di pubblica utilità non presenti nella programmazione triennale oppure negli strumenti di programmazione approvati dall'amministrazione al fine di poterli inserire, ove considerati di pubblico interesse, nella suddetta programmazione. A tal fine l'amministrazione ha tre mesi di tempo per valutare detto pubblico interesse.

In considerazione a quanto sopra si riportano, di seguito, le modalità per l'avvio della valutazione di pubblico interesse della citata proposta:

a) in attesa della definizione del punto dell'accordo *"b.4) individuazione del soggetto che fungerà da stazione appaltante"*, Regione Veneto e Azienda Ospedaliera di Padova fungeranno congiuntamente da Amministrazione deputata alla valutazione del pubblico interesse ex articolo 153, comma 19, del D.Lgs. 12 aprile 2006, n. 163

b) l'incarico per l'istruttoria della valutazione del pubblico interesse è affidato ad una Commissione congiunta Regione Veneto e Azienda Ospedaliera di Padova, che esamina la proposta ai sensi dell'articolo 153, comma 19, del decreto legislativo n. 163/2006;

c) tale Commissione congiunta è istituita dal Segretario regionale per la Sanità, sentito il Direttore generale dell'Azienda Ospedaliera di Padova, che provvede alla convocazione della sua prima riunione;

d) il pubblico interesse dovrà essere definito facendo specifico riferimento al "Piano di fattibilità per il nuovo ospedale di Padova" di cui alla DGR n.1367/2011 come integrato col presente atto, al Patto per la Salute 2010 – 2012, sottoscritto in data 3 dicembre 2009 ed al Piano socio sanitario regionale per il triennio 2012/2014, di cui al p.d.l. approvato con il provvedimento DDL n. 15 del 26 luglio 2011 secondo le modalità

del sopra citato comma 19 dell'art. 153 del D.Lgs. 163/2006 e con il limite di inserimento del progetto preliminare nella programmazione dei lavori pubblici ai sensi dell'art 128 comma 6 del D.Lgs. 163/2006;

e) l'avvio della valutazione del pubblico interesse della proposta con decorrenza dei termini dalla pubblicazione del presente atto;

Il relatore conclude la propria relazione e propone all'approvazione della Giunta Regionale il seguente provvedimento.

LA GIUNTA REGIONALE

- Udito il Relatore, incaricato dell'istruzione dell'argomento in questione ai sensi dell'art. 53, 4° comma dello Statuto, il quale dà atto che la Struttura competente ha attestato l'avvenuta regolare istruttoria della pratica, anche in ordine alla compatibilità con la legislazione regionale e statale;
- Visto il D.Lgs. 12 aprile 2006, n. 163 e ss.mm.ii.;
- Vista l'Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano concernente il nuovo Patto per la salute per gli anni 2010-2012;
- Viste le DD.G.R. n. 1697 del 5 giugno 2007, n. 3918 del 16 dicembre 2008, n. 903 del 23 marzo 2010, n. 2765 del 16 novembre 2010,n. 15/DDL del 26 luglio 2011, n. 1367 del 3 agosto 2011, n. 2544 del 29 dicembre 2011.

DELIBERA

1. di prendere atto di quanto evidenziato nelle premesse che costituiscono parte integrante del presente provvedimento;
2. di prendere atto dei contenuti del verbale, di cui all'**allegato A** della presente deliberazione, condividendone le determinazioni;
3. di approvare il "*Documento integrativo al piano di fattibilità del nuovo ospedale di Padova approvato con DGRV n. 1367 del 03/08/2011*", **allegato B** alla presente, sottoscritto all'unanimità in data 12 giugno 2012 dai legali rappresentanti di Regione del Veneto, Azienda Ospedaliera di Padova, Università degli Studi di Padova, Comune di Padova, Provincia di Padova e I.R.C.C.S. Istituto Oncologico Veneto, concernente i punti b.1) individuazione dell'area, b.2) stima di massima dell'intervento, b.3) individuazione delle fonti di finanziamento e dello strumento giuridico prescelto per la realizzazione della struttura, b.5) destinazione e valorizzazione della struttura esistente, della bozza di Accordo di Programma;
4. di conferire incarico al Gruppo di Lavoro previsto nel documento "Procedure per la realizzazione del nuovo polo della salute di Padova - documento relativo all'iter procedurale" composto da Regione del Veneto, Azienda Ospedaliera di Padova, Università degli Studi di Padova, Comune di Padova, Provincia di Padova ed Istituto Oncologico Veneto, di dar corso alla completa definizione di una bozza di accordo di programma;
5. di conferire incarico al Segretario regionale per la Sanità di avviare la modifica della dotazione ospedaliera dell'Azienda Ospedaliera di Padova di cui alla DGR n. 1697 del 5 giugno 2007;

6. di individuare nella Regione del Veneto e nell'Azienda Ospedaliera di Padova i soggetti che, in attesa della definizione del punto dell'accordo *"b.4) individuazione del soggetto che fungerà da stazione appaltante"*, fungeranno congiuntamente, tramite una commissione istituita ad hoc, da Amministrazione deputata alla valutazione del pubblico interesse ex articolo 153, comma 19, del D.Lgs. 12 aprile 2006, n. 163, con riferimento alla "Proposta di inserimento nella programmazione triennale di opere – *omissis* – relativa alla realizzazione del Nuovo Ospedale di Padova" pervenuta alla Regione in data 30 marzo u.s.;
7. di conferire incarico al Segretario regionale per la Sanità di istituire, sentito il Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliera di Padova, la Commissione congiunta fra Regione Veneto e Azienda Ospedaliera di Padova , che avrà l'incarico di effettuare l'istruttoria della valutazione del pubblico interesse esaminando la proposta ai sensi dell'articolo 153, comma 19, del decreto legislativo n. 163/2006, sopra citata, e provvedere alla convocazione della sua prima riunione;
8. di stabilire che, riguardo la valutazione della sopra citata proposta, il termine entro cui l'Amministrazione regionale dovrà esprimersi riguardo il suo pubblico interesse, decorrerà dalla data di pubblicazione del presente atto nel B.U.R.;
9. di dare indicazione alla Commissione congiunta incaricata della valutazione di pubblico interesse, di far riferimento nel corso dell'istruttoria, principalmente dei seguenti atti: "Piano di fattibilità per il nuovo ospedale di Padova" di cui alla DGR n.1367/2011 come integrato col presente atto; Patto per la Salute 2010 – 2012, sottoscritto in data 3 dicembre 2009; Piano socio sanitario regionale per il triennio 2012/2014, di cui al p.d.l. approvato con il provvedimento DDL n. 15 del 26 luglio 2011;
10. di conferire mandato alla Segreteria regionale per la Sanità di coordinare, con le strutture regionali competenti, l'assunzione di ogni atto amministrativo e gestionale ritenuto utile al fine di riattivare le procedure per la realizzazione del nuovo ospedale di Padova;
11. di pubblicare la presente deliberazione nel Bollettino Ufficiale della Regione.

Sottoposto a votazione, il provvedimento è approvato con voti unanimi e palesi.

IL SEGRETARIO
F.to Avv. Mario Caramel

IL PRESIDENTE
F.to Dott. Luca Zaia

GIUNTA REGIONALE DEL VENETO
Copia conforme all'originale
conservato agli atti ad uso amministrativo
Venezia, 18 GIU. 2012
p. Il Segretario
Maria Clara Martignon

1131 12 GIU. 2012

VERBALE DI INCONTRO
(Nuovo Ospedale di Padova)

Oggi in data 12 giugno 2012, alle ore 9:30, presso la sede della Giunta Regionale del Veneto a Palazzo Balbi – Sala Pedenin, si sono riuniti, a seguito convocazione con nota n. prot. 262501 del 6 giugno 2012 a firma del Presidente della Giunta regionale, i rappresentanti degli Enti sottoscrittori dell'accordo (di seguito "Enti sottoscrittori") denominato "Procedure per la realizzazione del nuovo polo della salute di Padova documento relativo all'iter procedurale", sottoscritto in data 23 marzo 2010 ed approvato con DGR 903/2010.

All'incontro sono presenti:

Ente sottoscrittore	Titolare	Delegato	P	A
Università degli Studi di Padova	Giuseppe Zaccaria		X	
Azienda Ospedaliera di Padova	Adriano Cestrone		X	
I.R.C.C.S. Istituto Oncologico Veneto	Pier Carlo Muzzio		X	
Provincia di Padova	Barbara Degani		X	
Comune di Padova	Flavio Zanonato		X	
Regione del Veneto	Luca Zaia		X	

Partecipano all'incontro per la Regione del Veneto, chiamati dal Presidente della Giunta della Regione Veneto, dott. Luca Zaia, anche i Sigg., dott. Tiziano Baggio, Segretario Generale della Programmazione, avv. Mario Caramel, Segretario della Giunta Regionale, dott. Francesco Dotta, Dirigente Direzione Controlli e Governo SSR. Assenti giustificati i Sigg. dott. Luca Coletto, Assessore alla Sanità, dr. Domenico Mantoan, Segretario per la Sanità.
Il Presidente nomina quale verbalizzante il dott. Francesco Dotta.

Il Presidente illustra quanto segue.

Con deliberazione n. 1367 del 3 agosto 2011 la Giunta regionale ha riavviato l'iter per la realizzazione del nuovo Ospedale di Padova prendendo atto delle conclusioni illustrate nel documento, allegato sub "A" a detta delibera, denominato "Piano di fattibilità per il nuovo ospedale di Padova".

Tale documento ha preso in considerazione tre possibili soluzioni alternative, che sono le seguenti:

1. il mantenimento della struttura esistente;
2. la ristrutturazione e razionalizzazione dell'ospedale esistente;
3. la realizzazione di un nuovo ospedale in un nuovo sito, in sostituzione della struttura attuale.

Sempre con la deliberazione n. 1367/2011, la Giunta regionale del Veneto ha approvato tra le possibili soluzioni alternative elencate precedentemente, "La realizzazione di un nuovo ospedale in un nuovo sito, in sostituzione della struttura attuale".

Superata quindi la soluzione "PATAVIUM" di cui alla DGR n. 3918 del 16 dicembre 2008, si stabiliva di sottoporre il suddetto documento all'esame degli Enti sottoscrittori dell'accordo, di cui alla DGR n. 903 del 23/03/2010, stipulato il 23 marzo 2010, accordo denominato "Procedure per la realizzazione del Nuovo Polo della Salute di Padova – documento relativo all'iter procedurale".

Tali Enti sottoscrittori dell'accordo 23 marzo 2010 sono, la Regione del Veneto, l'Azienda Ospedaliera di Padova, l'Università degli Studi di Padova, il Comune di Padova, la Provincia di Padova e l'I.R.C.C.S. Istituto Oncologico Veneto.

In data 26 ottobre 2011 si riunivano i legali rappresentanti di detti Enti sottoscrittori dell'accordo 23 marzo 2010 i quali all'unanimità assumevano le seguenti decisioni:
a) riavvio dell'iter realizzativo del nuovo Ospedale di Padova secondo la soluzione prescelta dalla Giunta Regionale con atto n. 1367 del 3 agosto 2011;

b) individuazione dell'Accordo di Programma come strumento per la definizione dei "passaggi" attraverso i quali si articolerà la realizzazione del progetto, Accordo di programma col quale si devono definire, a titolo indicativo e non esaustivo, i seguenti principali obiettivi e contenuti:
b.1) individuazione, con analisi costi/benefici, dell'area prescelta per la realizzazione del nuovo ospedale;
b.2) definizione, tramite studio di fattibilità, del valore dell'investimento;
b.3) individuazione delle fonti di finanziamento e dello strumento giuridico prescelto per la realizzazione della struttura (es. concessione di lavori pubblici);
b.4) individuazione del soggetto che fungerà da stazione appaltante;
b.5) decisione sulla destinazione e sulla valorizzazione della struttura esistente;
b.6) previsione delle variazioni degli strumenti urbanistici necessarie per l'attuazione dell'accordo;
b.7) definizione dell'iter e del cronoprogramma per la realizzazione dell'opera;
b.8) individuazione, per ogni soggetto firmatario dell'Accordo di programma, delle azioni da realizzare e relativi impegni sia singoli che congiunti;

c) costituzione del Gruppo di Lavoro Tecnico, incaricato del supporto agli Enti sottoscrittori per la definizione della bozza di Accordo di programma, secondo la seguente composizione:
- Regione del Veneto: Dott. Tiziano Baggio, Segretario Generale della Programmazione;
- Regione del Veneto: Dott. Domenico Mantoan, Segretario regionale per la Sanità;
- Comune di Padova: Dott. Giuseppe Contino, Segretario Generale;
- Provincia di Padova: Dott. Giorgio Carollo, Gabinetto del Presidente;
- Azienda Ospedaliera di Padova: Dott. Adriano Cestrone, Direttore Generale;
- I.R.C.C.S. I.O.V.: Prof. Pier Carlo Muzzio, Direttore Generale;
- Università degli Studi di Padova: Dott. Giuseppe Barbieri, Direttore Amministrativo.

A seguito di varie riunioni ed approfondimenti, detto Gruppo di Lavoro Tecnico, supportato dal Comitato Scientifico, istituto con DGR n. 2765 del 16 novembre 2010, integrato con specifiche professionalità come da DGR n. 2544 del 29 dicembre 2011, al fine di dar corso alle decisioni assunte dagli Enti sottoscrittori, ha elaborato un documento che integra il Piano di fattibilità del nuovo ospedale di Padova di cui alla DGR n. 1367/2011; tale atto denominato "Documento integrativo al piano di fattibilità del nuovo ospedale di Padova approvato con DGRV n. 1367 del 03/08/2011", si articola nei seguenti punti, secondo le indicazioni di cui al punto b) sopra riportato:

b.1) individuazione dell'area; è stato nominato un gruppo operativo ristretto cui è stata assegnata l'analisi di fattibilità urbanistica allo scopo di determinare l'area più idonea a ricevere il nuovo polo ospedaliero patavino, sulla base dei parametri indicati dal Piano di fattibilità per il nuovo ospedale di Padova allegato alla DGRV n. 1367. L'area indicata è quella di Padova Ovest, peraltro già individuata dal Piano di Assetto del Territorio Intercomunale come area a destinazione ospedaliera

b.2) stima di massima dell'intervento: il medesimo gruppo operativo ha provveduto all'analisi dei costi di realizzazione ed ha proposto di aggiornare il costo stimato di 600 milioni di Euro per la costruzione del Nuovo Ospedale di Padova, riportato nell'allegato A della citata D.G.R.V. n. 1367/2011, con i valori derivanti dall'esproprio dell'area per Euro 27 milioni, e per Euro 19 milioni per ulteriori costi per le opere di urbanizzazione interne all'area; quindi la stima complessiva per la realizzazione del Nuovo Ospedale è aggiornata a 646 milioni di Euro;

b.3) individuazione delle fonti di finanziamento e dello strumento giuridico prescelto per la realizzazione della struttura: è stato elaborato un documento di carattere generale sul partenariato pubblico privato con riferimento alle forme contrattuali e finanziarie nella realizzazione degli investimenti nel settore sanitario;

b.5) destinazione e valorizzazione della struttura esistente: il gruppo operativo ristretto, nel corso dell'analisi dei costi di realizzazione dell'intervento ha peraltro operato un primo approfondimento anche in relazione alle possibili alienazioni patrimoniali del complesso ospedaliero esistente, con riferimento alle attuali proprietà e tenuto altresì conto dell'attuale valore di mercato; in esito a detto approfondimento risulta possibile l'alienazione di parte dei volumi dell'Azienda Ospedaliera per circa complessivi 45 milioni di Euro.

Per quanto concerne infine i punti b.4), b.6), b.7) e b.8), anche in ragione della specificità dei loro contenuti che richiedono un percorso procedimentale più avanzato, si è ritenuto che l'attuazione degli stessi debba essere preceduta da un incontro tra gli Enti sottoscrittori per le conseguenti decisioni circa le modalità di prosecuzione della procedura.

Intervengono:

- il Sindaco Zanonato chiedendo chiarimenti, sia in merito all'individuazione della Stazione Appaltante, sia relativamente al ruolo del promotore nelle procedure di project financing;
- il Prof. Zaccaria ribadendo l'importanza di adottare la finanza di progetto quale strumento preferibile per contenere il rischio di contenzioso e quindi ridurre i tempi.

A tutte le richieste di chiarimenti rispondono in maniera esaustiva l'avv. Caramel ed il dott. Baggio.

Udita la relazione del Presidente e i sopra riportati interventi, i rappresentanti degli Enti sottoscrittori presenti concordano, all'unanimità, quanto segue:

1) l'approvazione del "Documento integrativo al piano di fattibilità del nuovo ospedale di Padova approvato con DGRV n. 1367 del 03/08/2011", allegato alla presente, concernente i punti b.1) individuazione dell'area, b.2) stima di massima dell'intervento, b.3) individuazione delle fonti di finanziamento e dello strumento giuridico prescelto per la realizzazione della struttura, b.5) destinazione e valorizzazione della struttura esistente, della bozza di Accordo di Programma;

2) l'affidamento al Gruppo di Lavoro, previsto nel documento "Procedure per la realizzazione del nuovo polo della salute di Padova - documento relativo all'iter procedurale" composto da Regione del Veneto, Azienda Ospedaliera di Padova, Università degli Studi di Padova, Comune di Padova, Provincia di Padova ed Istituto Oncologico Veneto; della definizione di una bozza di accordo di programma, effettuando con particolare attenzione i necessari approfondimenti in relazione alle fonti di finanziamento ed allo strumento giuridico prescelto per la realizzazione della struttura (punto b.3) nonché per quanto riguarda la destinazione delle attuali strutture ospedaliere (punto b.5), come sviluppati nell'allegato A alla presente; inoltre dovrà definire i seguenti punti:

b.4) individuazione del soggetto che fungerà da stazione appaltante;

b.6) previsione delle variazioni degli strumenti urbanistici necessarie per l'attuazione dell'accordo;

b.7) definizione dell'iter e del cronoprogramma per la realizzazione dell'opera;

b.8) individuazione, per ogni soggetto firmatario dell'Accordo di programma, delle azioni da realizzare e relativi impegni sia singoli che congiunti.

Venezia 12 giugno 2012

Il Verbalizzante

Francesco Dalle

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
Dott. Francesco Dotta

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

ALLEGATO B pag 1/33

ALLA DGR N. 1131 del 12 GIU. 2012

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);

3) superficie complessiva netta 1000 x 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 ne con l'esistente ospedale ne 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 mc/125.000 mq = 6,4 mc/mq.

Lo standard di superficie scoperta/p.l. è paria a 125.000/1.000 = 125 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 mc/540.000 mq = 1,5 mc/mq.

Lo standard di superficie scoperta/p.l. è pari a 540.000/1.000 = 540 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

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 DGR n. 1131 del 12 GIU. 2012

Per contro il parametro dimensionale dell'area Brusegana-Ospedale dei Colli anche considerando il potenziale utilizzo delle aree oggetto di cessione nell'ambito dei P.U.A. e 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 B
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

interesse pubblico e che nel Piano di Assetto del Territorio Intercomunale (PATI) 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.

In sintesi, si può ritenere che il costo stimato nell'allegato "*A*" della D.G.R.V. 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 divisori 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 Giustinianeo 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

attribuzione di un indice di edificabilità in linea con le aree contermini, cioè pari a 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

Pag 13/33

ALLA DGR N. 1131 del 12 GIU. 2012

TABELLA CALCOLO SUPERFICI EDIFICATE LUNGO VIA S. MASSIMO

EDIFICIO	PIANO	SUP MQ DI PIANO LORDI
EDIFICIO 20 ORTOPEDIA	TERRA	2059
	PRIMO	1796
	SECONDO	1542
	TERZO	940
	QUARTO	940
	QUINTO	118
	TOT	7395
EDIFICIO 19 - SERVIZI DEL PERSONALE	SEMINTERRATO	1854
	TERRA	1522
	PRIMO	1200
	SECONDO	1201
	TERZO	193
	QUARTO	51
	TOT	6021
EDIFICIO 18 -EX CASA SUORE SERV. PSIC	TERRA	1447
	PRIMO	1410
	SECONDO	824
	TERZO	519
	QUARTO	986
	TOT	5186
EDIFICIO 15 - UFFICI AMMINISTRATIVI	TERRA	1569
	PRIMO E AMMEZZATO	1328
	SECONDO	1195
	TOT	4192
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 DITTE ESTERNE	TERRA	142
	TERRA	244
	TOT	386
GARAGE	TERRA TOT	39
	TOTALE GENERALE	26408

SUP LOTTO	20000
SUP COPERTA	8546

ALLEGATO B

ALLA DGR N. _____ del

1131 12 GIU. 2012

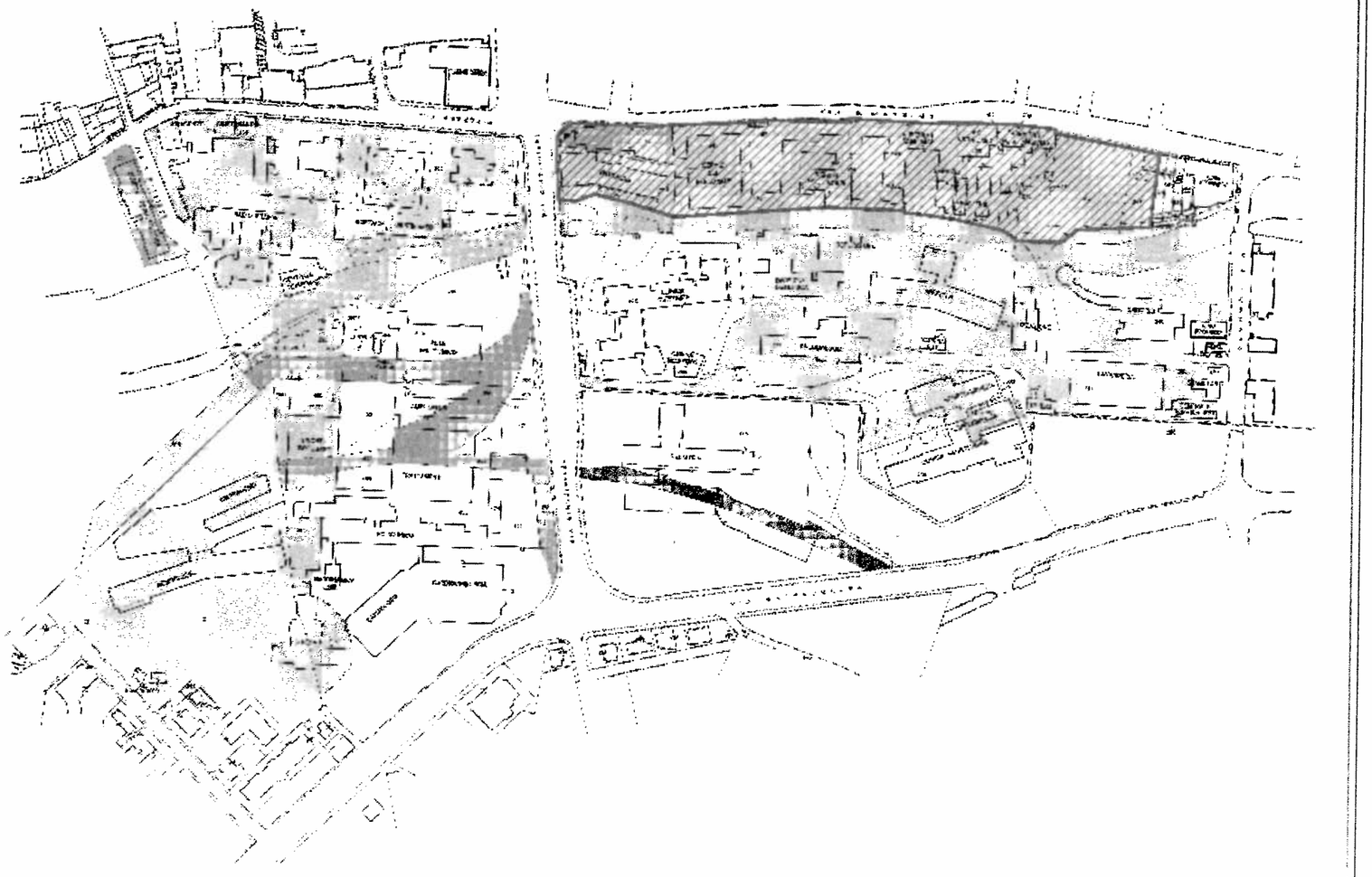
pag 14/33

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

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

PLANIMETRIA CATASTALE
VISUALIZZAZIONE ESTRATTO S.C.T.

3



LEGENDA

- AZIENDA OSPEDALIERA
- DEMANIO
- DEMANIO / UNIVERSITA'
- [illegible]
- VARIOUS

AREA POTENZIALMENTE OGGETTO DI ALIENAZIONE PATRIMONIALE

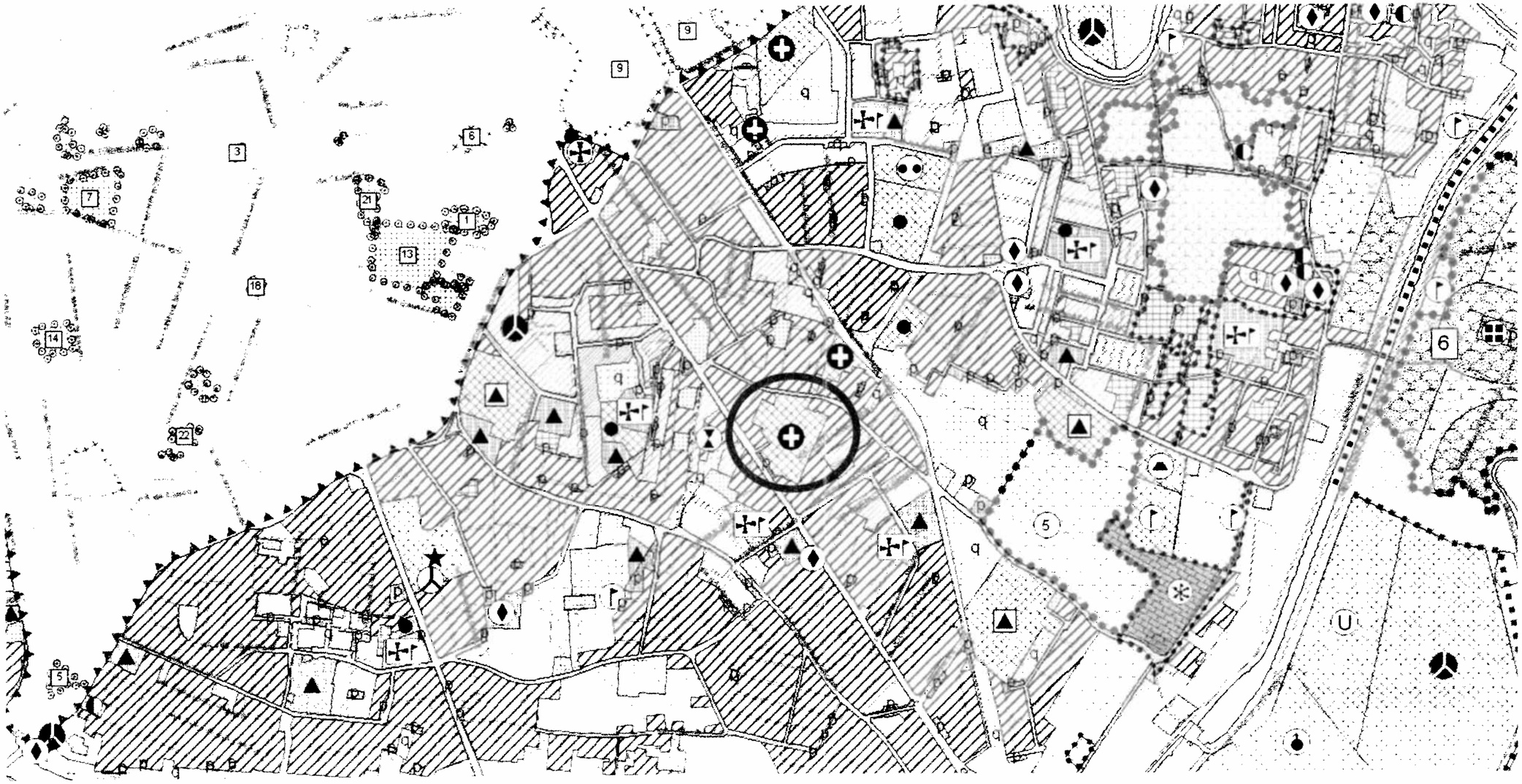
PLANIMETRIA CATASTALE DELL'AZIENDA OSPEDALIERA

ALLEGATO B

ALLA DGR N. 1131 del 12 GIU. 2012

pag 15/33

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

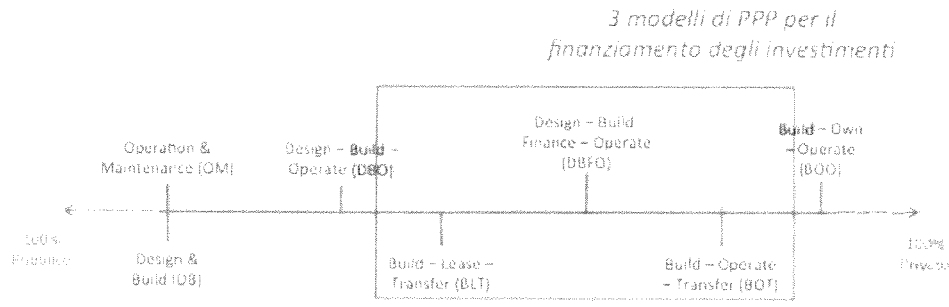
funzionale all'erogazione di servizi a titolarità pubblica (opere cosiddette a tariffazione sulla PA);

- 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 impiagate 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.

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.

REGIONE DEL VENETO Giunta regionale CONTROLLI DIREZIONE SSR

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 "reivestimento" 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 committment 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.

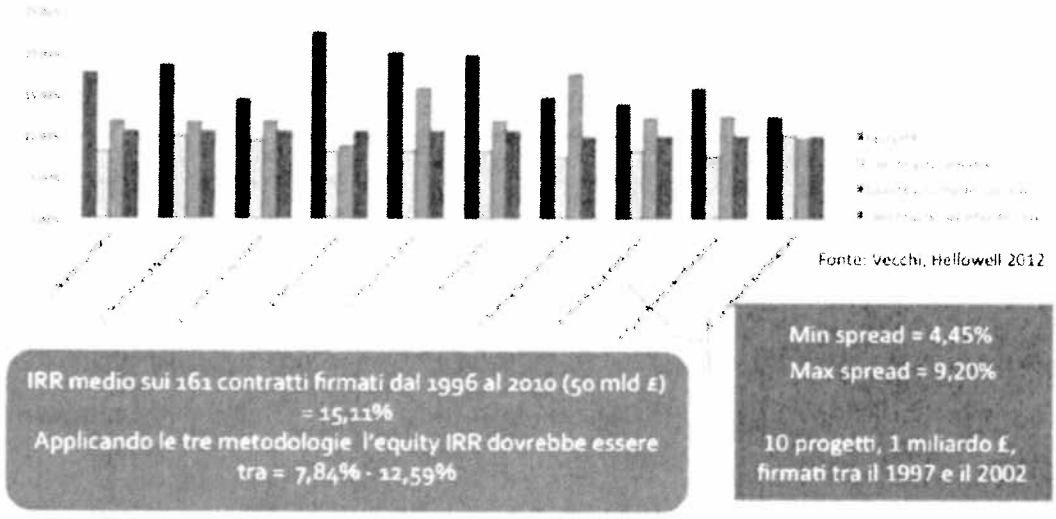
Il costo dell'equity

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 prudenziale, 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

PPP sanitario nel Regno Unito rispetto a TIR benchamarking calcolati applicando tre diverse metodologie basate sulla teoria del capital asset pricing model (CAPM): *ortodox, opportunistic e hurdle rate* (Hellowell e Vecchi 2012; Vecchi e Hellowell 2012; Vecchi, Hellowell e Gatti 2012).

Figura 4 – extra rendimenti nelle operazioni di PPP inglesi



Fonte: Vecchi, Hellowell IRSPM 2012

Opzioni procedurali

Dato il quadro sopra esposto le procedure giuridiche utilizzabili per i vari modelli di PPP sono illustrate in figura 3. In essa si fa riferimento a quelle previste dal Codice dei Contratti, anche se si ricorda l'opportunità, anche per la maggior flessibilità che ne potrebbe derivare e "customizzazione" rispetto alle peculiarità del progetto, di inquadrare la procedura nella direttiva comunitaria (2004/18/EC).

Figura 3 – opzioni procedurali

Tipologia di contratto di PPP	Modelli finanziari	Istituto giuridico	Riferimento normativo
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 12 GIU. 2012

Elementi di confronto	DBFO (concessione PF e contratto di disponibilità)	BLT (leasing)
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
Certezza del finanziamento	Critica	Alta
Diseconomia fiscale rispetto all'appalto	Presente (IVA 21% sul canone di disponibilità)	Nessuna
Legalità	A rischio la trasparenza del finaziamento	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 –

REGIONE DEL VENETO Giunta Regionale SEZIONE CONTROLLO GOVERNO SSR

Private Finance Initiative – è stato introdotto nel pieno del New Public Managment). 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 riteute 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 qui 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

però le migliori condizioni per la SPV non sono le migliori condizioni per l'azienda sanitaria. Infatti, la SPV cercherà di massimizzare il ritorno sull'investimento, a scapito della qualità e dell'innovazione. Ciò ovviamente è ancora più vero in situazioni di contratti imperfetti e di carenze manageriali nelle amministrazioni che rendono l'applicazione e il monitoraggio dei contratti spesso inefficiente.

I vantaggi del canone di disponibilità e del contratto leggero

Il canone di disponibilità (sia che si tratti di operazione di concessione, finanziata in project financing o in corporate finance, sia che si tratta di contratto di disponibilità) deve dunque rappresentare la principale forma di remunerazione per una operazione a tariffazione sulla PA, anche perché in questa tipologia di opere vi sono ridotte possibilità di sviluppo di attività di tipo commerciale.

Ciò consente, dunque, alle amministrazioni di gestire attraverso contratti separati, di breve termine, i servizi non core (pulizie, mensa, eccetera). Questi servizi sono spesso gestiti da piccole imprese, talvolta appartenenti al terzo settore. Il loro inserimento nell'ambito di operazioni complesse di PPP rischierebbe di esporre questi fornitori a condizioni di subfornitura poco vantaggiose, con il rischio di danneggiare e impoverire il tessuto economico e produttivo locale.

Tra le altre cose contratti più semplici sono più facilmente strutturabili e gestibili da parte delle amministrazioni. Spesso si dice che inserendo tutti i servizi in una sola operazione l'amministrazione può beneficiare di risparmi derivanti dal minor numero di gare da istruire. Questa è solo una miopia: infatti, i costi di transazione derivanti da un contratto complesso sono ben maggiori dei costi di strutturazione e gestione di molte piccole gare/contratti. Tra l'altro, va detto che nella maggior parte dei casi il mercato del PPP è caratterizzato da condizioni di oligopolio, che talvolta, soprattutto per quanto riguarda i servizi non core, può portare a bassi livelli di convenienza (intesa come rapporto qualità/prezzo). Questa bassa performance nei servizi non core, ha portato, come scritto sopra, il Governo britannico a preferire forme di PPP leggere.

Altro elemento che consente di preferire i contratti di PPP leggeri è la possibilità di gestire in modo più semplice e trasparente eventuali situazioni di rinegoziazione, che, diversamente a quanto si possa pensare sono fisiologiche e

quindi molto frequenti. Infatti, in presenza di un canone di disponibilità si potrà agire su di questo per ribilanciare situazioni di disequilibrio. Nel caso in cui il canone di disponibilità sia "annacquato" nei canoni per i servizi non core risulterà ben più complessa e poco trasparente la negoziazione. Va, peraltro, ricordato che questi servizi non core sono soggetti a rapidi mutamenti (sia nei volumi che nei livelli di qualità): si pensi, per esempio alla gestione dei pasti in in un ospedale.

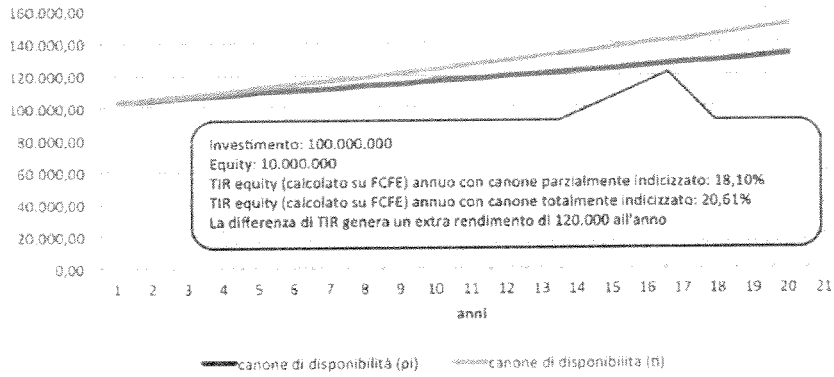
Inoltre, quando il canone di disponibilità è "annacquato" nei canoni per i servizi si possono verificare situazioni di non adeguata valutazione del rendimento atteso.

Infatti, i canoni per i servizi sono rivisti ogni anno in funzione dell'andamento dell'inflazione (nella maggior parte dei casi essi sono totalmente indicizzati). Essi rappresentano la fonte principale per la società di progetto per remunerare costi, sia quelli che si muovono in funzione dell'inflazione sia quelli fissi e stabili (come dovrebbe essere il servizio del debito, specie quando strutturato sulla base del tasso fisso). Ciò crea un accumulo di redditività nella coda del contratto che, per effetto del principio dell'attualizzazione dei flussi di cassa, principio alla base del VAN (valore attuale netto) e del TIR (tasso interno di rendimento) usati per la valutazione di convenienza, non vengono adeguatamente considerati.

Perciò, è importante, quando si struttura un operazione di PPP a tariffazione sulla PA, che le amministrazioni predispongano un piano economico e finanziario di massima attraverso il quale individuare il giusto livello di indicizzazione all'inflazione del canone di disponibilità.

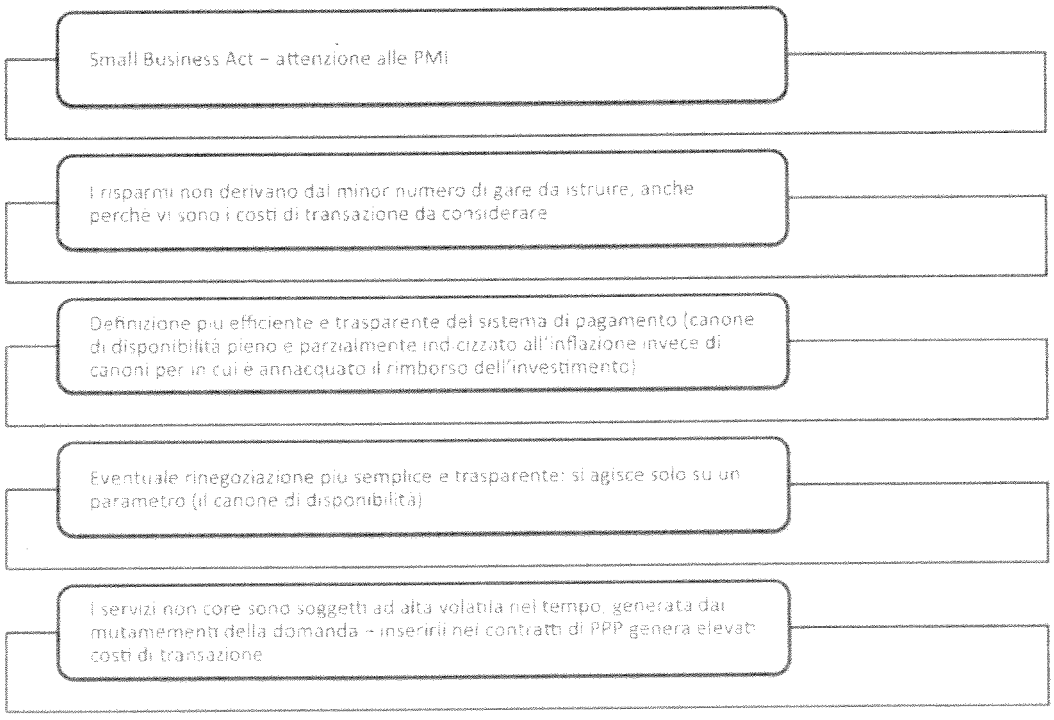
La figura 7 mostra un esempio di canone di disponibilità totalmente indicizzato all'inflazione (indicato con la sigla ti) e di canone parzialmente indicizzato all'inflazione (pi). La figura mostra come nel tempo si crei un differenziale di redditività che si traduce in un incremento "quasi impercettibile" del TIR nell'ipotesi di canone totalmente indicizzata all'inflazione.

Figura 7: extra redditività generata da un erroneo adeguamento all'inflazione del canone di disponibilità



Fonte: elaborazione dell'autore

Figura 8: i vantaggi del contratto light e del canone di disponibilità



Fonte: elaborazione dell'autore

L'equilibrio economico e finanziario

Nell'ambito di una operazione di PPP è fondamentale verificare l'equilibrio economico e finanziario e la bancabilità delle operazioni, senza in ogni caso intaccare il principio di allocazione dei rischi, di cui si scriverà successivamente.

REGIONE DEL VENETO Giunta regionale DIREZIONE CONTROLLI E GOVERNO SSR

In figura 9 si riassumo in principali elementi fondanti alla base delle valutazioni economico e finanziarie. In una operazione di PPP contribuiscono all'equilibrio economico e finanziario i seguenti elementi:

1) canone di disponibilità e adeguato livello di indicizzazione;
2) durata dell'operazione;
3) eventuale contributo in conto lavori;
4) eventuale cessione di immobili (art. 143 comma 5);
5) eventuale cessione dello sfruttamento economico di opere accessorie o di altre opere (art 143 comma 4).

In relazione alla durata va detto che sebbene vi sia la possibilità di stipulare contratti della durata di 30 o in casi eccezionali di più anni, è bene ricordare che la scelta della durata deve essere compatibile con le maturity dei finanziamenti offerti dal mercato. In questo momento durate superiori ai 20 anni non sono offerte dagli operatori, e difficilmente anche dalla Cassa Depositi e Prestiti nella sua offerta ai concessionari. Nel caso in cui si opti per durate dei contratti di PPP superiori ai 20 anni è bene inserire una revisione, dopo la chiusura del contratto di finanziamento, dei canoni di disponibilità, al fine di evitare un eccessivo rendimento per gli investitori di equity.

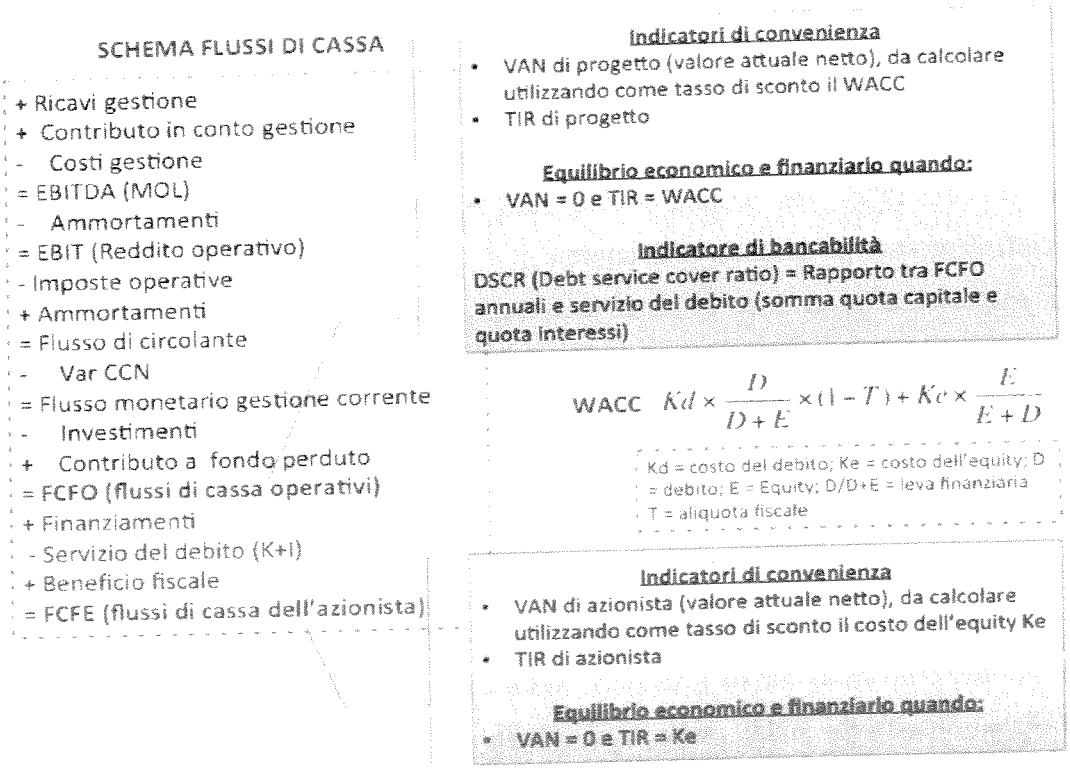
In relazione al contributo in conto lavori va precisato che la sua compensazione con il pagamento delle imposte da parte dell'operatore durante la costruzione (art. 18 della legge 12 novembre 2011, n. 183) è possibile solo nei casi di infrastrutture a rete (stradali e ferroviarie) e pertanto attualmente non applicabile agli investimenti sanitari.

In relazione alla cessione della proprietà di immobili va prestata attenzione al reale valore di questi immobili e comunque va tenuto in considerazione, specie se gli immobili sono ceduti al termine della fase di costruzione (perché le attività vengono trasferite nella nuova struttura), il maggior fabbisogno finanziario durane la fase di realizzazione (per il finanziamento dell'intero investimento) e quindi l'impatto sulla struttura finanziaria dei proventi derivanti dalla cessione o dalla valorizzazione degli immobili ceduti. La cessione generalmente libera risorse finanziarie che danno luogo a una rinegoziazione del debito (rimborso anticipato) ed eventualmente anche dell'equity, con un miglioramento

complessivo dei cover ratio dell'operazione. La cessione di immobili attraverso l'operazione di PPP generalmente aumenta il profilo di rischio dell'operazione. Nel caso in cui si optasse per il conferimento di immobili d cui non è possibile valutare il valore effettivo di mercato al momento della cessione, è possibile prevedere clausole contrattuali che restituiscano all'amministrazione o che impongano un reinvestimento nel progetto delle maggiori risorse liberate dall'alienazione.

In relazione allo sfruttamento economico di opere accessorie/addizionali va evidenziata la necessaria cautela nella valutazione dell'effettivo impatto sulla struttura dei ricavi complessivi dell'operazione e sul rischio di domanda, da cui spesso deriva un minor comfort da parte dei soggetti finanizatori.

Figura 9 – schema per la valutazione delle operazioni di PPP



Fonte: elaborazione dell'autore

Allocazione dei rischi e value for money

Elemento cruciale nelle operazioni di PPP è il trasferimento dei rischio agli operatori privati. Si tratta di una opportunità che va colta indipendentemente

alle modalità di contabilizzazione dell'operazione. A tal proposito, Eurostat impone che per la contabilizzazione off-balance sheet dell'investimento due siano i rischi da trasferire all'operatore privato per le opere a tariffazione sulla PA: quello di costruzione e quello di disponibilità. Si tratta di rischi che al loro interno contengono molti altri rischi, per esempio quello di progettazione e quello finanziario. Va però detto che i trasferimento effettivo del rischio implica la necessità non solo di strutturare una procedura di gara e un contratto efficiente, esso richiede anche una adeguata implementazione del contratto e la definizione di penali effettivamente incentivanti.

Dall'allocazione del rischio dipende il value for money dell'operazione. Infatti, il differenziale medio tra il costo di un operazione finanziata a fiscalità generale o attraverso indebitamento pubblico e quello di una operazione di PPP è circa il 4% (NAO 2012). A questo maggior costo del PPP si aggiunge i maggiori costi di transazione (circa l'8%, Dudkin e Valila 2005) e la diseconomia fiscale IVA. Infatti, in un contratto di PPP (project finance, contratto di disponibilità, leasing operativo) l'IVA applicata sui canoni corrisposti dalle amministrazioni è pari al 21%, in quanto il canone è relativo alla prestazione di un servizio (di disponibilità). L'IVA invece sui costi di costruzione è il 10% e la stessa aliquota IVA è applicata ai canoni delle operazioni di leasing finanziario.

Va ricordato che nel Regno Unito HMTreasury ha introdotto un forte incentivo fiscale per indurre le amministrazioni a ricorrere al PPP: il totale recupero dell'IVA rispetto alle operazioni tradizionali.

Da questi elementi è possibile definire un maggior costo del PPP rispetto a operazioni tradizionali di circa il 23%, che dovrà essere recuperato attraverso una miglior allocazione dei rischi all'operatore privato al fine di dimostrarne il value for money.

Sarà quindi opportuno, procedere a una attenta valutazione dei rischi rimasti a carico delle amministrazioni in operazioni di investimento tradizionali, ma anche dei rischi che ci si attendeva venissero trasferiti nelle operazioni di PPP realizzate al fine di individuare le modalità opportune per garantire un effettivo ed efficace trasferimento dei rischi, attraverso adeguate clausole contrattuali e modelli di gestione del contratto.

ALLEGATO B

ALLA DGR N. 1131 del 12 GIU. 2012

pag 33/33

Punti di attenzione

Di seguito si sintetizzano alcuni punti di attenzione utili a supportare il processo decisionale:

1) modello di PPP (light o comprensivo di tutti i servizi non core – embedded/bundled)
2) struttura finanziaria e modalità per garantire l'equilibrio economico e finanziario (livello dei canoni, contributo, cessione di immobili)
3) procedura di gara – aperta o ristretta, eventuale dialogo tecnico o competitivo
4) livello di progettazione da porre a base di gara
5) analisi dei rischi trasferibili e loro quantificazione ai fini della valutazione di value for money
6) definizione di una matrice dei rischi che rappresenti il punto di riferimento per la stesura dell'articolato contrattuale, con particolare attenzione alle penali
7) definizione dell'adeguato livello di canone di disponibilità e dell'adeguato meccanismo di indicizzazione
8) definizione di un cap ai rendimenti dell'equity
9) valutazione di eventuali soluzioni per ridurre l'impatto dei costi di transazione e dell'incidenza dell'IVA sul canone di disponibilità
10) valutazione dell'interesse di eventuale investitori sociali per ridurre il costo della raccolta
11) individuazione dei requisiti del gruppo di lavoro al fine di assicurare un adeguato presidio tecnico della fase di istruttoria dell'operazione e della gara.