

8 Gli impatti del PPP nel ridisegno dell'offerta ospedaliera: esiti, determinanti, prospettive¹

di Giulia Cappellaro, Francesco Longo, Alberto Ricci, Veronica Vecchi²

8.1 Introduzione e obiettivi di ricerca

Negli ultimi quindici anni il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) italiano ha spesso fatto ricorso alle partnership pubblico-privato (PPP) al fine di rinnovare il capitale infrastrutturale e tecnologico. Con il termine PPP si definiscono contratti di lunga durata, attraverso cui un gruppo di operatori privati si assume la responsabilità di progettare, finanziare (anche solo in parte), realizzare o ristrutturare una struttura sanitaria più o meno complessa e di gestirne alcuni servizi, prevalentemente di tipo *no core* (Vecchi e Cusumano, 2012). A livello internazionale sono molti i Paesi che hanno fatto ricorso al PPP per ammodernare la rete sanitaria, attraverso modelli di diverso tipo (Thomson e McKee, 2004; Waring *et al.*, 2013). Il modello più utilizzato per gli investimenti sanitari, specialmente in Europa, Canada e Australia è il DBFO (*design, build, finance and operate*), basato su una struttura finanziaria di *project finance*, la cui remunerazione è legata al pagamento di un canone di disponibilità da parte dell'azienda sanitaria. In Italia, due sono i modelli di PPP dominanti: la concessione di costruzione e gestione, con remunerazione dell'investimento attraverso un sostanzioso contributo pubblico e il pagamento di un canone, molto spesso legato alla gestione

¹ Gli autori ringraziano tutti gli interlocutori aziendali che hanno contribuito a questo progetto. In maniera particolare, in ordine cronologico di intervista: Alessandro Caviglia (Infrastrutture Lombarde), Daniela Carraro e Paolo Fattori (ULSS 4 Alto Vicentino), Gabriele Brotto e Simone Bilato (ULSS 8 Asolo), Giovanni Pavesi e Gabriele Toniolo (ULSS 17 Bassa Padovana), Roberto Gusinu, Alberto Ajello, Fabio Nocentini e Silvia Zett (Regione Toscana), Loredana Luzzi e Arcadio Banfi (AO "G. Salvini" di Garbagnate), Marco Trivelli, Maria Pia Fabi e Carlo Maria Badi (AO Niguarda), Domenico Mantoan (Regione Veneto). Si ringrazia Francesco Polo per il supporto nella raccolta e nell'analisi dei dati. Si ringraziano i colleghi Fabio Amatucci e Niccolò Cusumano per i suggerimenti e gli spunti forniti al protocollo di ricerca.

² Benché il capitolo sia frutto di un comune lavoro di ricerca, i paragrafi 8.1, 8.2, 8.4.4 sono da attribuire a Veronica Vecchi; il par. 8.3 a Giulia Cappellaro; i parr. 8.4.1, 8.4.2 e 8.4.3 ad Alberto Ricci; il par. 8.5 a Francesco Longo.

di servizi accessori inseriti nel contratto; le sperimentazioni gestionali, attraverso cui sono stati coinvolti operatori economici nella gestione di servizi sanitari³. Queste ultime non sono oggetto di analisi e discussione di questo capitolo, essendo già state analizzate in precedenza (Cappellaro, Longo e Ricci, 2012). Focalizzandoci sul primo modello, le più recenti rilevazioni (Amatucci, Cusumano e Vecchi, 2014) indicano un totale di 63 contratti aggiudicati di PPP – nella forma di concessione e leasing immobiliare in costruendo – in essere in 13 regioni, per un valore complessivo dell’investimento pari a 5,083 miliardi di Euro.

Il massiccio ricorso al PPP rende fondamentale la comprensione delle logiche e dei meccanismi che ne stanno alla base e degli effetti generati, sia a livello di azienda sanitaria che di sistema. Una corposa letteratura ha prodotto evidenze sui risultati gestionali ed economico-finanziari di questa forma di partnership, suggerendo numerosi punti di attenzione (cfr. *infra* richiami alla letteratura di riferimento). Risulta meno indagato, invece, se e in che modo il PPP impatti sulla coerente attuazione delle politiche sanitarie e sulla capacità dell’investimento di ridisegnare la dotazione infrastrutturale coerentemente ai bisogni dei cittadini nel medio – lungo periodo. In questo contesto, il presente capitolo intende rispondere alle seguenti domande:

- a. Qual è stata la porzione di rete ospedaliera radicalmente rinnovata grazie alle operazioni di PPP negli ultimi dieci anni?
- b. Qual è stato l’impatto distintivo del ricorso allo strumento del PPP nel processo di ridisegno dell’offerta ospedaliera, con riferimento ai processi di (a) ricalibratura della dotazione strutturale e (b) riorganizzazione interna dei servizi sanitari e accessori?
- c. Quali sono i punti più critici del processo di costruzione e di gestione e quali suggerimenti di *policy* ne derivano?

8.2 Richiami alla letteratura di riferimento

Da oltre 20 anni, il PPP viene utilizzato a livello globale per la realizzazione di investimenti sanitari complessi, secondo schemi contrattuali che cambiano in funzione dei diversi sistemi giuridici e sanitari. Tuttavia, il modello di riferimento per molti Paesi, come per l’Italia, è quello inglese, sia per la numerosità di contratti di PPP avviati, sia per il fatto che il PPP rappresenta per gli anglosassoni una chiara scelta di *policy* (Amatucci, Hellowell, Vecchi, 2008).

La rilevanza del tema è testimoniata anche da una copiosa letteratura scienti-

³ In base e secondo le modalità di cui all’articolo 9 bis del D.Lgs. 502/92 (Sperimentazioni Gestionali).

fica internazionale prodotta dal 1990 (Torchia *et al.* 2015, Roehrich *et al.* 2014) che si è focalizzata su alcune dimensioni critiche, tra cui: i benefici micro e macro economici del PPP (Spackman, 2002); il costo e la convenienza del PPP rispetto a modelli tradizionali (Pollock *et al.*, 2011; Hellowell, 2014); l'effettivo livello di trasferimento del rischio all'operatore privato (Lonsdale, 2005; Hellowell & Pollock, 2009); la sostenibilità dei contratti nel lungo termine, influenzata non solo dal costo ma anche dalla rigidità dei contratti (Shaoul *et al.*, 2011; Hellowell e Vecchi, 2015).

Nello specifico sono invece pochi i contributi scientifici che hanno prodotto evidenze generate dall'analisi approfondita di contratti di PPP, questo anche per le difficoltà ad accedere alla documentazione e ad analizzare in modo approfondito le complesse dinamiche sottostanti all'evoluzione dei progetti e al rapporto pubblico-privato. Gli studi più ricchi si riferiscono al Regno Unito, grazie al *Freedom of Information Act*, che ha consentito a molti ricercatori di accedere ai dati delle operazioni in essere, e grazie, inoltre, a una grande sensibilità della stampa sul tema e alla disponibilità di puntuali rapporti del *National Audit Office*, delle Commissioni Parlamentari e del Ministero della Sanità.

Rispetto all'esperienza anglosassone e con riferimento ai contratti in gestione, tra i punti di forza è stata evidenziata la capacità del PPP di realizzare rilevanti reti infrastrutturali nel rispetto dei tempi e dei costi (McKee *et al.*, 2006); tra i punti di debolezza, la critica sostenibilità economica e la rigidità dei contratti, come indicato sopra.

In relazione alla non sostenibilità, l'incidenza sui bilanci delle aziende sanitarie dei canoni di disponibilità, legati alla remunerazione dell'investimento e pertanto costo nei fatti fisso, genera rigidità e disavanzi che in alcuni casi si è tradotta in tagli alla spesa sanitaria (Gaffney *et al.*, 1999; Hellowell e Pollock, 2010; Shaoul *et al.*, 2011; Hellowell, 2011). Il *National Audit Office* (2014) ha evidenziato che le aziende sanitarie del NHS (*National Health Service*) che hanno mostrato critiche performance economico-finanziarie nell'anno fiscale 2013/2014 sono proprio quelle con un'incidenza più elevata del canone di disponibilità sui ricavi complessivi. La causa di questa situazione va rintracciata non solo nella dimensione degli investimenti realizzati, ma anche nel maggior costo del capitale privato (Vecchi *et al.*, 2013), nelle erronee stime relative al *Value for Money* e alla sostenibilità dell'investimento (Hellowell e Vecchi, 2015), nel significativo aumento del costo dell'investimento durante la fase di negoziazione con il *preferred bidder* (Shaoul *et al.*, 2008).

Con riferimento alla rigidità dei contratti (Blanken e Dewulf, 2010), le principali criticità sono relative alle difficoltà di adattare il progetto alla continua evoluzione del contesto e della domanda e offerta sanitaria. La soluzione individuata dal governo inglese con PF 2 (quale evoluzione della *Private Finance Initiative*) è lo snellimento dei contratti, limitando il numero di servizi inclusi ai soli servizi cosiddetti *hard* correlati all'infrastruttura, ovvero manutenzioni e gestio-

ne energetica (HM Treasury, 2012); altri servizi c.d. *soft* (pulizia, mensa, ecc), valutati attraverso *benchmark* e *market* test, non hanno garantito la necessaria flessibilità (NAO, 2007).

La gestione flessibile del contratto di PPP risulta difficile a causa dell'asimmetria nelle competenze tra committente pubblico e operatore privato (Bloomfield 2006), a causa della complessità e l'onerosità del coordinamento (Vince e Niven, 2005) e a causa di clausole che rendono difficile e onerosa la rinegoziazione del finanziamento (Hellowell e Vecchi 2015). Tuttavia, va fatto notare che trasferire all'operatore privato il rischio di tale flessibilità potrebbe non rendere più bancabili i contratti di PPP; tra l'altro, infatti, il trend post crisi economica e post Basilea III è il “*de-risking*” dei progetti (Hellowell *et al.* 2014). Inoltre, non bisogna dimenticare che il modello di PPP utilizzato fino ad oggi, almeno in Europa, non è altro che un contratto di durata di approvvigionamento della disponibilità di un investimento complesso: non si tratta di una vera partnership con piena condivisione del rischio imprenditoriale.

8.3 Oggetto di studio e metodologia

8.3.1 Oggetto di studio

Oggetto di studio della presente analisi sono le esperienze di PPP attivate e operative sul territorio nazionale in ambito sanitario, principalmente nella forma della concessione di costruzione e gestione⁴. Al fine di analizzare quale sia stato l'impatto del PPP sulla possibilità di rispondere coerentemente ai bisogni pubblici di salute così come definiti dalle programmazioni di sistema, il fenomeno è stato indagato sia in termini di processo (aspetti più critici della relazione tra pubblico e privato, osservabili soprattutto a livello aziendale) che di risultati (esiti delle partnership, osservabili a livello nazionale, regionale e aziendale).

Il concetto di “rispondenza al pubblico interesse” è per sua natura difficilmente identificabile. I documenti formali di pianificazione delle politiche sanitarie (es. piani sanitari regionali, piani ospedalieri) possono fornire alcune prime importanti indicazioni. Tuttavia, più che l'aderenza rigida alle pianificazioni sanitarie rese esplicite, la ricerca ha adottato un approccio innovativo, ricostruendo, secondo una logica esplorativa, programmi non necessariamente formalizzati in documenti ufficiali, processi decisionali e dinamiche relazionali informali dei *policy maker*, previsioni e suggerimenti dei *key player*. Nella sezione seguente si descrive il processo di ricerca seguito.

⁴ Il leasing immobiliare è stato utilizzato in modo sporadico per la realizzazione di investimenti sanitari; inoltre, è una forma molto debole di PPP basata sull'istituto giuridico dell'appalto (Vecchi e Hellowell 2012).

8.3.2 Disegno di ricerca

La ricerca si è basata su un approccio *mixed method* (Creswell, 2003), che ha previsto una prima fase di ricerca quantitativa, seguita in una seconda fase di carotaggio qualitativo di casi rappresentativi a livello aziendale.

Nella prima fase è stata svolta una analisi quantitativa descrittiva al fine di rispondere alla prima domanda di ricerca, ovvero quale sia stata la porzione di rete ospedaliera radicalmente rinnovata tramite operazioni di PPP (tutte concessioni di costruzione e gestione, salvo in un caso) tra il 2004 e il 2014. Sono stati presi in considerazione gli investimenti di importo complessivo superiore ai 30 milioni di Euro relativamente a (a) le costruzioni di nuovi ospedali, (b) le ristrutturazioni radicali e le ricostruzioni *in loco* classificate dal Ministero della Salute come “nuove costruzioni” al fine dei finanziamenti *ex art. 20 L.67/88*, (c) le costruzioni di nuovi padiglioni che si configurano come ampliamenti di ospedali già esistenti⁵. Per poter calcolare la percentuale di rete di offerta rinnovata con operazioni di PPP rispetto al totale, sono stati censiti, con analoghi criteri metodologici, anche i nuovi ospedali realizzati con procedure di appalto tradizionale. Per questi ultimi non è stato possibile reperire sistematicamente affidabili informazioni sui precisi valori dell'investimento.

La scelta metodologica di concentrarsi sulle nuove costruzioni si ricollega alla convinzione di autorevoli commentatori che, a loro volta basandosi sulla letteratura internazionale, ritengono poco efficace una strategia di investimento basata sulle ristrutturazioni invece che sulla costruzione di nuovi nosocomi (Colombo e Mauri, 2010). È comunque da ammettere che il rinnovamento della rete ospedaliera non dipende solo dalla costruzione di nuove strutture, ma anche dalla ristrutturazione mirata e/o progressiva delle stesse, per importi inferiori rispetto ai 30 milioni di Euro considerati per l'inclusione nell'analisi. Inoltre, la modernizzazione della rete è espressa anche da operazioni che non si traducono nella realizzazione di nuovi posti letto pubblici⁶ o di posti letto *tout court*⁷. Infine, i processi di obsolescenza e rinnovamento della rete ospedaliera, influenzati da una molteplicità di fattori, hanno durata più che decennale, che la finestra di osservazione della presente analisi non restituisce in maniera del tutto adeguata. Evidenziati tali limiti, riteniamo che l'analisi abbia comunque inquadrato la portata del fenomeno a livello nazionale e permesso l'identificazione dei casi rile-

⁵ Riguardo alle tempistiche dell'operazione, sono stati censiti gli ospedali che hanno trasferito o riattivato i reparti tra il 01/01/2004 e luglio 2015. Nelle analisi quantitative dirette a rilevare la porzione di offerta ospedaliera rinnovata tramite PPP, per esigenze di omogeneità con i database ministeriali (aggiornati al 2014), è stato escluso l'ospedale di Garbagnate, trasferito nei primi mesi del 2015.

⁶ È necessario valutare anche la rilevanza degli ospedali privati accreditati nella rete di offerta regionale.

⁷ Si pensi all'appalto per il Polo chirurgico dell'AO Malpighi di Bologna o al PPP per la centrale di cogenerazione dell'AO S.M. della Misericordia di Udine.

vanti, approfonditi nella successiva fase di ricerca. Le fonti dati dell'analisi quantitativa sono così riassumibili: (i) i database e gli indirizzi del Ministero della Salute; (ii) i dati sulle aggiudicazioni di PPP aggiornate dal X Rapporto Finlombarda (2012); (iii) le operazioni registrate dalla recente letteratura nazionale (Amatucci, Cusumano e Vecchi, 2014); (iv) informazioni tratte dai siti internet delle aziende e dei quotidiani nazionali e locali; (v) dati forniti direttamente dalle Aziende.

Nella seconda fase, che ha costituito la parte centrale dell'analisi, lo studio ha applicato il metodo dell'analisi dei casi multipli (Yin, 2013). Tale metodo è particolarmente adatto nel rispondere a domande di ricerca che prevedano la spiegazione/descrizione dettagliata di processi aziendali e di outcome difficilmente misurabili. Ciò è tanto più valido in realtà aziendali complesse a causa della presenza di categorie professionali, di logiche istituzionali plurime e di molteplici *stakeholder*, come nel caso delle aziende sanitarie pubbliche che ricorrono ad un PPP.

L'analisi dei casi è stata condotta a due livelli: livello regionale e livello aziendale. In entrambi i livelli lo studio ha raccolto dati attraverso le tecniche dell'analisi documentale e delle interviste semi-strutturate.

Per indagare il ruolo del livello regionale, lo studio si è concentrato sulle tre regioni italiane che hanno fatto maggiormente ricorso allo strumento del PPP: Lombardia, Veneto e Toscana. In ciascuna regione, innanzitutto, sono stati raccolti materiali utili per ricostruire le politiche sanitarie regionali in cui i progetti oggi giunti alla fase di gestione si sono inseriti: (i) Delibere Regionali dirette a disciplinare l'utilizzo dello strumento; (ii) Piani (Socio) Sanitari Regionali; (iii) Accordi di Programma Integrativi per il settore degli investimenti sanitari. Inoltre, sono state condotte 6 interviste semi strutturate con dirigenti di livello regionale, di cui quattro in forze alla Regione Toscana⁸.

A livello aziendale, la ricerca, visto il taglio esplorativo, ha identificato il campione dei casi da analizzare secondo il criterio della "massima diversificazione". In particolare, i criteri applicati per i casi sono stati: (i) fase di avanzamento; (ii) caratteristiche dimensionali; (iii) equa distribuzione geografica nelle tre regioni di studio. I casi hanno quindi analizzato sia ospedali entrati nella fase di gestione da meno di un anno al momento delle interviste, sia ospedali operativi da quasi otto anni; dotati da un minimo di 385 PL ad un massimo di 1.066; collocati in zone rurali, suburbane, urbane e metropolitane nelle tre regioni di studio. Per il quadro dettagliato di tali caratteristiche degli ospedali approfonditi attraverso caso studio e a tutti quelli ultimati negli ultimi dieci anni grazie a PPP, si può fare riferimento alla Tabella 8.4.

⁸ Le quattro interviste presso la Regione Toscana hanno indagato, oltre alle politiche regionali, l'esperienza maturata attraverso il monitoraggio del SIOR (Sistema Integrato Ospedali Regionali). Il SIOR rappresenta l'unica esperienza di grande portata economica e gestionale avviata in Toscana negli ultimi anni.

Tabella 8.1 **Profilo dei casi analizzati: tipo di procedura e principali servizi inclusi nel contratto**

Denominazione ospedale/i	Categoria procedura	Principali servizi accessori inclusi nel contratto di PPP
Ospedale "Guido Salvini" di Garbagnate (MI)	Art. 143/144 D.lgs 163/2006 Concessione su progetto preliminare pubblico	Gestione calore ed energia, gestione rifiuti, lavanolo, manutenzione ordinaria e straordinaria struttura, pulizie, ristorazione; <i>Servizio una tantum:</i> trasloco dal vecchio al nuovo edificio. <i>Servizi commerciali (previsti):</i> bar, edicola, parcheggio, minimarket, parrucchiere, fiorista, eventuali altri.
Ospedale "Ca' Granda Niguarda" di Milano	Art. 19/20 L. Merloni (oggi art. 143/144 D.lgs. 163/06) Concessione su progetto preliminare pubblico	Gestione calore ed energia, gestione accessi veicoli, gestione rifiuti, guardaroba, informatica distribuita, lavanolo, logistica, manutenzione ordinaria e straordinaria struttura, pulizie, ristorazione; <i>Servizi commerciali:</i> gestione spazi galleria commerciale, parcheggio, distributori automatici, spazi pubblicitari (non attivato).
Nuovo Ospedale di Santorso – Alto Vicentino	Art. 153 D.Lgs. 163/2006. Concessione su studio di fattibilità pubblico	Gestione calore ed energia, facchinaggio, fornitura acqua e depurazione, gestione parco automezzi, gestione rifiuti, lavanolo, logistica, manutenzione ordinaria e straordinaria struttura, portineria, pulizie, ristorazione, service di laboratorio, servizio cassa/CUP; <i>Servizi commerciali:</i> bar, edicola, parcheggio, distributori automatici, spazi pubblicitari, eventuali altri compatibili con l'attività sanitaria.
Ospedale "San Giacomo Apostolo" di Castelfranco e Ospedale "San Valentino" di Montebelluna	Art. 37 bis L. Merloni (oggi art. 153 D.lgs 163/2006)	Gestione calore ed energia, gestione rifiuti, lavanolo, manutenzione e rinnovamento tecnologico, manutenzione ordinaria e straordinaria struttura, pulizie, ristorazione, servizio energia, sterilizzazione, vigilanza. <i>Servizi commerciali:</i> bar, distributori automatici, edicola, emporio, fioraio, parcheggi.
Nuovo Polo ospedaliero unico per Acuti ULSS 17 "Bassa Padovana"	Art. 143/144 D.lgs 163/2006– Concessione su progetto preliminare pubblico	Gestione calore ed energia, fornitura e manutenzione elettromedicali, informatica distribuita, lavanolo, manutenzione ordinaria e straordinaria struttura, portineria, pulizie, ristorazione, servizio cassa/CUP, sterilizzazione, telefonia, vigilanza. <i>Servizi commerciali:</i> bar, distributori automatici, edicola, parrucchiere, fioraio, eventuali altri compatibili con l'attività sanitaria.
Ospedale S. Luca di Lucca, Nuovo Ospedale S. Jacopo Pistoia, Nuovo Ospedale di Prato	Art. 37 bis L. Merloni (oggi art. 153 D.lgs 163/2006)	Gestione rifiuti, lavanolo, manutenzione ordinaria e straordinaria struttura, pulizie, trasporto meccanizzato, ristorazione, sterilizzazione, servizi per la libera professione intramoenia. <i>Servizi commerciali:</i> bar, edicola, parcheggio, altri eventuali servizi autorizzati dalla Direzione Sanitaria

Fonti: interviste; bandi di gara.

Il campione finale è costituito da sei casi di PPP che hanno interessato nove ospedali attualmente in funzione. Tali casi sono: Sistema Integrato Ospedali Regionali SIOR⁹ (Ospedale S. Luca di Lucca, Nuovo Ospedale S. Jacopo Pistoia, Nuovo Ospedale di Prato); Nuovo Ospedale di Santorso (Vicenza); Ospedale S. Giacomo di Castelfranco e Nuovo Ospedale S. Valentino di Montebelluna (Treviso); Nuovo Ospedale Unico per acuti di Este – Monselice (Padova); Ospedale Ca' Granda Niguarda di Milano e Ospedale G. Salvini di Garbagnate (Milano). Le procedure e i servizi inclusi nel contratto di PPP relativamente ai casi analizzati sono presentati nella Tabella 8.1.

Per quanto concerne le interviste semi-strutturate, per ogni caso analizzato è stato intervistato il Responsabile Unico del Procedimento (RUP), e, ove le due figure non fossero coincidenti¹⁰, il responsabile dell'Ufficio Tecnico – patrimoniale aziendale, ad eccezione di un caso, il SIOR. Inoltre, in 4 casi (Thiene, Monselice, Milano – Niguarda e Garbagnate) è stato intervistato il Direttore Generale dell'Azienda. Infine, in un caso (Castelfranco – Montebelluna) è stato intervistato un funzionario della Unità Operativa finanzia di progetto. La Tabella 8.2 mostra un riepilogo d'insieme di tutte le interviste effettuate.

Per quanto riguarda l'analisi documentale, sono stati presi a riferimento le seguenti fonti, se disponibili: (i) capitolati di gara; (ii) delibere di aggiudicazione; (iii) linee guida per la progettazione; (iv) brochure aziendali di presentazione dei nuovi ospedali; (v) bilanci di esercizio delle società di progetto.

L'analisi si è sviluppata su due dimensioni, sia a livello regionale che aziendale: (i) analisi degli aspetti di esito, ulteriormente differenziati sulla base degli impatti sull'adeguamento della dotazione infrastrutturale e degli impatti sulla riorganizzazione dei servizi sanitari e non sanitari; (ii) analisi degli aspetti di processo relativi alla fase di costruzione e gestione. La stessa traccia di intervista semi-strutturata è stata proposta sia agli interlocutori regionali che a quelli aziendali, con le naturali differenziazioni: nel caso dei primi, maggiore attenzione alla dimensione degli impatti complessivi sulla rete di offerta sanitaria; nel caso dei secondi, maggiore approfondimento a specifici aspetti della relazione tra parte pubblica e parte privata nel singolo contesto.

Il seguente paragrafo presenta i risultati dello studio, a partire dall'analisi quantitativa, per poi approfondire i risultati dell'analisi di casi.

⁹ L'operazione collegata al SIOR prevede, a regime, l'attivazione di un quarto ospedale, denominato "delle Apuane", che unifichi i precedenti presidi di Massa e di Carrara. Tuttavia, quest'ultimo presidio non è ancora operativo a luglio 2015 ed è stato pertanto escluso dall'analisi.

¹⁰ Nei PPP lombardi Infrastrutture Lombarde ha svolto le funzioni di RUP.

Tabella 8.2 **Lista intervistati, suddivisa per regione**

Livello analisi	Ente di appartenenza	Incarico	PPP di riferimento
Lombardia			
Regionale	Infrastrutture Lombarde (controllata 100% Regione Lombardia)	Dirigente area progettazione sanitaria	Ospedale di Garbagnate e Ospedale Niguarda Cà Granda
Aziendale	AO Salvini Garbagnate	Direttore Amministrativo	Ospedale di Garbagnate
		Responsabile USC Tecnico patrimoniale	
	AO Niguarda Cà Granda	Direttore Generale	Ospedale Niguarda Cà Granda
		Direttore ed ex direttore della Gestione e Concessione Logistica Nuovo Ospedale	
Veneto			
Regionale	Regione Veneto	Direttore Area Sanità e Sociale	Nuovo Ospedale di Santorso, Osp.di Castelfranco e Montebelluna, Nuovo Osp. Unico di Este-Monselice
Aziendale	ULSS 4 Alto Vicentino	Direttore Generale	Nuovo Ospedale di Santorso
		Direttore dipartimento tecnico-informatico	
	ULSS 8 Asolo	Direttore UO servizio tecnico (RUP di progetto)	Osp.di Castelfranco e Montebelluna
		Funzionario UO Finanza di progetto	
ULSS 17 Bassa Padovana	Direttore Generale	Nuovo Osp. Unico di Este-Monselice	
	Responsabile coordinamento Ospedale Unico (RUP di progetto)		
Toscana			
Regionale	Regione Toscana	Responsabile settore pianificazione e organizzazione investimenti in sanità	SIOR (Ospedale S. Luca di Lucca, Nuovo Ospedale S. Jacopo Pistoia, Nuovo Ospedale di Prato)
	Regione Toscana	Funzionario settore pianificazione e organizzazione investimenti in sanità	
	Regione Toscana	Responsabile programmazione negoziata progetto nuovi ospedali	
	Regione Toscana	Collaboratore settore pianificazione e organizzazione investimenti in sanità	

8.4 Risultati dell'analisi

8.4.1 L'impatto del PPP sulla dotazione ospedaliera nazionale

Nel periodo 2004-2015 la rete ospedaliera pubblica italiana ha visto l'entrata in funzione di 19 stabilimenti¹¹ costruiti, considerevolmente ampliati o ristrutturati in maniera radicale attraverso il PPP¹² (Tabella 8.3). In 11 casi si tratta di ospedali gestiti direttamente dalle ASL e nei restanti 8 dalle Aziende Ospedaliere. A livello nazionale, questi ospedali hanno comportato un investimento totale collegato al PPP pari a 2 miliardi di Euro per la realizzazione di 8.915 posti letto (PL), corrispondente a 228.513 € per PL. Gli ospedali realizzati con PPP e già operativi sono concentrati in quattro regioni: Lombardia e il Veneto rappresentano rispettivamente il 38% e il 35% dell'investimento¹³ nazionale, seguite da Toscana (18%) ed Emilia Romagna (9%).

Prendendo a riferimento il conteggio dei PL pubblici¹⁴ a livello nazionale al 2014 (154.743), gli ospedali realizzati con PPP tra 2004 e 2014 equivalgono al 5,4%¹⁵ della dotazione strutturale. Per avere un termine di confronto, al 2014 risultano 9.087 PL in 30 nuovi ospedali¹⁶ realizzati attraverso appalti tradizionali dal 2004 in poi: tale dato equivale al 5,9% della dotazione pubblica complessiva. A livello nazionale, il ricorso ai due strumenti appare quantitativamente sovrapponibile. Nel complesso, il SSN ha rinnovato l'11,3% della propria capacità di offerta. Emergono però forti eterogeneità regionali sia nel ricorso al PPP, sia nel numero di PL rinnovati.

La Tabella 8.4 riporta il numero di nuove strutture realizzate attraverso i due strumenti censiti nello studio e la relativa incidenza sul totale dell'offerta sanita-

¹¹ Adottando la terminologia del ministero della Salute, intendiamo qui come stabilimento (o sub-struttura, o struttura interna) ogni ospedale situato ad un indirizzo fisico proprio. Più stabilimenti a gestione diretta delle Asl o delle AO possono essere funzionalmente accorpati in "presidi unici" che vengono definiti "strutture". I PPP censiti riguardano 17 strutture (gli stabilimenti di Venezia e Mestre e di Asolo e Montebelluna sono stati accorpati in presidi unici dalle rispettive ULSS; i primi due sono inclusi in un'unica operazione di PPP).

¹² Il conteggio esclude le strutture sanitarie realizzate attraverso il tradizionale appalto di lavori, con gli edifici destinati ai servizi di supporto costruiti attraverso un PPP. È il caso di una parte dell'ospedale S. Maria della Misericordia di Udine e dell'ospedale S. Giuseppe di Empoli (FI). Queste strutture e i relativi posti letto sono stati conteggiati tra gli appalti.

¹³ Inteso come *Capital expenditure (Capex)*.

¹⁴ Da intendere come situati in stabilimenti ospedalieri classificati come pubblici dal Rapporto SDO del Ministero della Salute.

¹⁵ Il conteggio non include l'ospedale di Garbagante, operativo dal 2015, e il Nuovo ospedale di Sassuolo, inaugurato nel 2005 e tuttora gestito da una società mista pubblico-privato. Includendo nel conteggio quest'ultimo, la quota di rete rinnovata grazie al PPP sale al 5,5%.

¹⁶ Per completezza, sono stati inclusi nel conteggio alcuni ospedali di nuova costruzione il cui valore dell'investimento dichiarato dalle aziende è poco inferiore ai 30 milioni di euro: l'ospedale di Porretta (AUSL Bo) e il PO S. Alfonso di S. Agata dei Goti (ASL Benevento).

Tabella 8.3 Profilo degli stabilimenti ospedalieri di nuova costruzione, realizzati grazie a PPP, entrati in fase di gestione nel periodo 2004-2015

Denominazione struttura	Azienda concedente	Regione	Anno operatività	Investimento complessivo legato al PPP (Min/€) (*)	Obiettivo operazione	PL 2014
Osp. di Vimercate	AO Desio e Vimercate	Lombardia	2010	120	Trasferimento	479
Osp. di Legnano	AO Osp. Civile di Legnano	Lombardia	2010	140	Trasferimento	584
Osp. S. Anna di Como	AO S. Anna – Como	Lombardia	2010	158	Trasferimento	528
Ospedale Papa Giovanni XXIII di Bergamo	AO Papa Giovanni XXIII	Lombardia	2013	31	Trasferimento	159 ¹
Osp. Ca' Granda Niguarda di Milano	AO Ospedale Ca' Granda Niguarda	Lombardia	2014	214	Ristrutturazione radicale in loco	1.066
Osp. di Garbagnate	AO G. Salvini – Garbagnate	Lombardia	2015	113	Trasferimento	499 ²
Nuovo Ospedale di Santorso – Alto Vicentino	Az. ULSS 4 – Alto Vicentino	Veneto	2013	114	Trasferimento e accorpamento presidi	415
Osp. S. Giacomo di Castelfranco ("C") e Osp. S. Valentino di Montebelluna ("M")	Az. ULSS 8 – Asolo	Veneto	2007 C 2014 M	124	Ristrutturazione e ampliamento (C.); Ricostruzione in loco (M)	672
Osp. dell'Angelo di Mestre	Az. ULSS 12 – Veneziana	Veneto	2008	180	Trasferimento	560(**)
Osp. Civile Venezia nuovo padiglione Jona	Az. ULSS 12 – Veneziana	Veneto	2014	47	Ricostruzione in loco	192(**)
Nuovo Polo osp. unico per Acuti ULSS 17	Az. ULSS 17 – Bassa Padovana	Veneto	2014	142	Trasferimento e accorpamento presidi	447(**)
Osp. Borgo Trento – Polo chirurgico Confortini	AOU Verona	Veneto	2010	117	Ampliamento	578(**)
Osp. di Vaio (Fidenza)	AUSL di Parma	Emilia Romagna	2004	10(**)	Trasferimento	213(**)
Nuovo Osp. Civ. S. Agostino – Estense di Modena	AUSL di Modena	Emilia Romagna	2005	34	Trasferimento e accorpamento presidi	454(**)
Arcispedale S. Anna di Ferrara	AOU di Ferrara	Emilia Romagna	2012	137	Trasferimento	723
Osp. S. Luca di Lucca	SIOR – AUSL Lucca	Toscana	2014		Trasferimento	385
Nuovo Osp. S. Jacopo Pistoia	SIOR – AUSL Pistoia	Toscana	2013	359 ³	Trasferimento	404
Nuovo Osp. di Prato	SIOR – AUSL Prato	Toscana	2013		Trasferimento	557
TOTALE ITALIA				2.040	/	8.915

(1) Il nuovo ospedale di Bergamo è stato realizzato principalmente grazie ad un appalto (85% del valore dell'investimento complessivo) e si è fatto ricorso al PPP per opere di completamento diffuse (impiantistica e servizi accessori). I PL rinnovati grazie a PPP sul totale della dotazione strutturale al 2014 sono stati calcolati in proporzione al valore dell'investimento tramite concessione.

(2) Posti letto previsti a regime nel 2015. (3) Il dato include l'ospedale delle Apuane di Massa Carrara non ancora entrato in funzione.

Fonti: Open data Ministero della Salute (indirizzario strutture e posti letto 2014); Cusumano e Vecchi, 2012; bilanci delle società concessionarie; Avvisi Aggiudicazione; i dati esprimono il valore dell'aggiudicato al netto IVA (*)

Il valore fa riferimento esclusivamente al contratto di Concessione di Costruzione e Gestione, l'intervento per la realizzazione dell'intero ospedale è di 48 milioni. (**)

Tabella 8.4 **Nuovi ospedali realizzati tra 2004 e 2014 e relativa incidenza sulla rete ospedaliera pubblica al 2014.**

Regione	Nuovi ospedali pubblici realizzati con PPP	Nuovi ospedali pubblici realizzati con appalto	% PL in nuovi ospedali realizzati con PPP su totale PL pubblici	% PL in nuovi ospedali realizzati con appalto su totale PL pubblici	% PL in nuovi ospedali (appalto + PPP) su PL pubblici
Piemonte		4		10,5%	10,5%
Lombardia	5	5	11,5%	8,8%	20,3%
Veneto	7		19,2%		19,2%
Friuli VG		2		10,9%	10,9%
Liguria		2		4,0%	4,0%
EMR	3	3	9,9%	4,9%	14,8%
Toscana	3	2	13,1%	6,5%	19,5%
Umbria		4		45,2%	45,2%
Marche		1		6,1%	6,1%
Lazio		1		2,9%	2,9%
Campania		2		6,0%	6,0%
Puglia		1		2,4%	2,4%
Sicilia		3		4,9%	4,9%
Sardegna		1		3,7%	3,7%
ITALIA	18	30	5,4%	5,9%	11,3%

Fonti: elaborazione degli autori su dati Ministero della Salute (indirizzario strutture e posti letto 2014; Accordi di programma Stato – Regioni per il settore Sanità – destinazione investimenti ex art.20 L.67/88); comunicazioni aziendali. Il Nuovo Ospedale di Bergamo è conteggiato sia nella colonna del PPP che in quella dell'appalto, ma i PL sono stati suddivisi in base alle quote di investimento relative a ciascuno dei due strumenti.

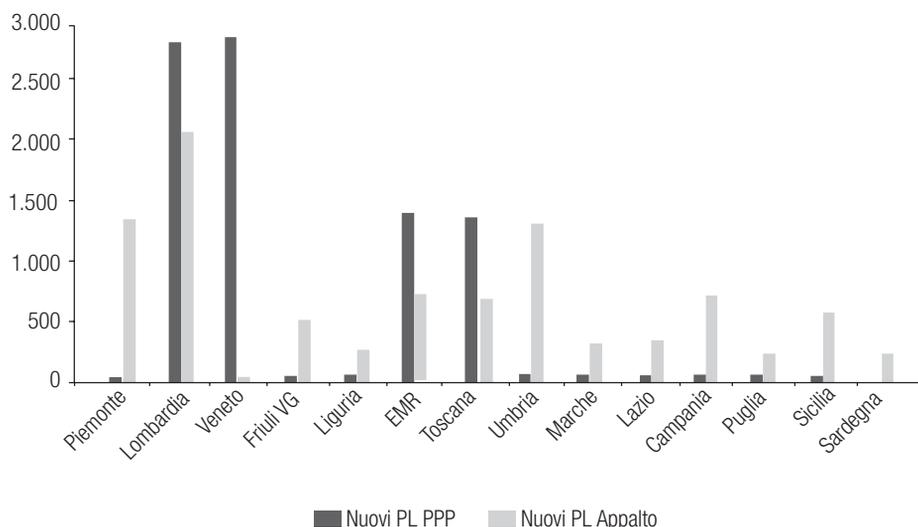
ria pubblica nazionale e regionale, in termini di posti letto. La Figura 8.1 rappresenta invece il numero di posti letto in nuovi ospedali.

È macroscopico il dato per cui, su 47¹⁷ nuovi ospedali, solo 8, tutti realizzati con appalto, si trovano nelle regioni del Centro-Sud¹⁸, con percentuali di incidenza sulla dotazione strutturale pubblica che arrivano al massimo al 6%. Le quattro regioni che hanno avviato PPP, anche per ragioni dimensionali, presentano il maggior numero di PL in nuovi ospedali pubblici: sono le uniche a superare la soglia dei 2.000 posti letto. Lombardia e Veneto hanno rinnovato la loro rete nell'ultimo decennio per una quota vicina al 20%, quasi doppia rispetto al dato nazionale; diversi ospedali sono entrati in fase di gestione negli ultimi cin-

¹⁷ Qui l'ospedale di Bergamo è ovviamente conteggiato una sola volta e ciò spiega la discrepanza con la somma delle prime due colonne della Tabella 8.4.

¹⁸ Sud, Isole e Lazio.

Figura 8.1 **Numero di PL in ospedali di nuova costruzione (2004-2014), per regione e strumento (2014)**



Fonti: elaborazione degli autori su dati Ministero della Salute (indirizzario strutture e posti letto 2014; Accordi di programma Stato – regioni per il settore Sanità – destinazione investimenti ex art.20 L.67/88); comunicazioni aziendali.

que anni (cfr. Tabella 8.3). La Lombardia ha fatto ricorso sia al PPP (2.816 PL, 11,5% della dotazione strutturale pubblica) sia all'appalto (2.160; 8,8%), mentre il Veneto solo alle *partnership* (2.864; 19,2%). Emilia Romagna e Toscana hanno utilizzato prevalentemente lo strumento del PPP, realizzando, rispettivamente, 1.390 PL pari al 9,9% e 1.346 PL pari al 13,6% della dotazione pubblica. Da segnalare che in entrambi i contesti ulteriori significative operazioni¹⁹ sono prossime alla conclusione. Emilia Romagna e Veneto, rispettivamente in uno e due casi, hanno impiegato il PPP per accorpate stabilimenti ospedalieri oltre che per il loro trasferimento, ampliamento o ricostruzione. Tutte le restanti regioni, invece, hanno finora optato solo per l'appalto tradizionale²⁰.

Da notare, infine, che la dimensione media degli ospedali realizzati attraverso PPP risulta superiore a quella degli stabilimenti costruiti o rinnovati grazie ad appalto: 468 contro 304. La Lombardia presenta i nuovi ospedali con la maggio-

¹⁹ Si pensi, rispettivamente, all'appalto per il Polo cardio – pneumo – toracico dell'AO Malpighi di Bologna e al PPP per l'ospedale delle Apuane.

²⁰ Tra queste si ricordano Piemonte e Umbria, che hanno concluso operazioni per circa 1.300 posti letto, distribuiti, in entrambi i casi, su quattro strutture. In Umbria, grazie alla nuova sede dell'AO S. Maria della Misericordia di Perugia (759 PL) e di altri tre presidi minori, i PL realizzati in nuovi ospedali corrispondono al 47% della dotazione di PL pubblici.

re dimensione media sia considerando il PPP (563 PL) che l'appalto (432); all'opposto, la dimensione media dei PPP veneti (409), mentre Emilia Romagna e Toscana presentano valori comparabili per quanto riguarda il PPP (463,449) ma non per quanto riguarda l'appalto (232, 333). Anche a fronte dell'uso combinato dei due strumenti del PPP e dell'appalto, il primo viene usato per gli ospedali più grandi e il secondo per quelli più piccoli.

8.4.2 Aspetti di esito

Risultati di adeguamento della dotazione infrastrutturale

Un primo rilevante risultato del ricorso al PPP, evidenziato in modo unanime, è la possibilità di realizzare l'investimento in tempi certi, difficilmente conseguibili quando il finanziamento avviene con fondi statali *ex art. 20* della L. 67/88, i cui tempi di allocazione sono di difficile pianificazione. Perché nei casi analizzati "non si poteva aspettare" il finanziamento pubblico e si è preferito avviare un contratto complesso sul lato del coordinamento e oneroso dal punto di vista economico? Gli intervistati hanno motivato in vario modo la necessità di rinnovare in tempi il più possibile ristretti la rete ospedaliera.

- ▶ L'esigenza di adeguare la struttura ai nuovi parametri antisismici e/o anti-incendio (*motivazioni di sicurezza*).
- ▶ L'urgenza di concentrare le degenze e le sale operatorie, disperse nella vecchia struttura a padiglioni, per migliorare la funzionalità, l'efficienza e la sicurezza dell'ospedale (*motivazioni funzionali*).
- ▶ La necessità di ultimare la costruzione dell'"hub" della rete per poi, in seguito o al più in parallelo, rimodulare i presidi "spoke". Logicamente, rendere disponibile un nuovo ospedale in cui concentrare l'attività per acuti è il presupposto per avviare la riconversione dei vecchi ospedali in strutture ambulatoriali o di lungodegenza (*motivazioni strategiche e di clinical competence*);
- ▶ La volontà di sfruttare una "finestra politica", in cui vari portatori d'interesse (Regione, Azienda, Comuni, forze politiche, professionisti) hanno trovato un accordo sulle modalità di revisione della rete. In due casi, il management aziendale ha affermato che il punto più critico del processo non è la costruzione del nuovo ospedale, ma la chiusura di una o più strutture obsolete. La prima, però, è requisito fondamentale della seconda, non solo sul piano funzionale (come illustrato sopra) ma anche politico. Se si consegna alla collettività un'infrastruttura visibilmente e oggettivamente più funzionale in tempi ragionevoli, si può disporre del consenso politico-amministrativo necessario per completare la revisione dell'offerta; inclusi i passaggi che incontrano forti opposizioni politiche, localistiche, sindacali o di categoria (*motivazioni "politiche"*).
- ▶ La necessità di rinnovare la struttura dal punto di vista infrastrutturale e, di

conseguenza, sul piano tecnologico e organizzativo, in modo da sostenere la concorrenza dei privati accreditati della zona (*motivazioni competitive*).

- La volontà, condivisa da livello politico e management, di garantire l'accesso a infrastrutture rinnovate anche in contesti extraurbani. In tali zone, la qualità dell'offerta sanitaria è di fatto legata alla funzionalità di un solo ospedale pubblico di riferimento (*motivazioni legate all'equità di accesso e al contenimento della mobilità passiva*).

A completamento del punto precedente, i casi analizzati confermano quanto evidenziato in letteratura e nelle esperienze internazionali, ovvero che lo strumento del PPP favorisce il rispetto dei tempi e dei costi previsti di costruzione. La tassonomia sopra esposta rappresenta, quindi, sia le motivazioni alla base del ricorso allo strumento, sia un aspetto di esito. In alcuni casi, naturalmente, si tratta di una ragionevole percezione degli intervistati (ad esempio, riguardo all'incremento della propria competitività rispetto alle strutture private); in altri, di oggettivi risultati (ad esempio, il disporre di strutture che rispettano le attuali norme di sicurezza).

Sul piano della sostanziale capacità di portare a termine l'opera senza ritardi e rilevanti maggiori costi, va evidenziato che, anche a prescindere dai casi analizzati, spesso intervengono atti aggiuntivi e modificativi che generano un aumento dei costi del progetto in PPP rispetto all'iniziale valore pianificato (Cusumano e Vecchi, 2012). In realtà questo fenomeno non è molto diverso da quanto accaduto nel Regno Unito durante la negoziazione con il cosiddetto "*preferred bidder*", momento in cui i costi sono aumentati considerevolmente, e peraltro in una fase in cui la negoziazione si è svolta in un contesto di monopolio sostanziale (Londsale, 2005). Da segnalare, inoltre, che nel caso del nuovo ospedale delle Apuane, incluso nell'operazione SIOR ma non ancora operativo a luglio 2015 e quindi non approfondito, si è verificato uno scostamento sostanziale dei tempi di consegna dell'ospedale, per cause non imputabili al concessionario.

Due intervistati, un referente aziendale e uno regionale, affermano che il PPP resta sempre e comunque un'opzione finanziaria di *second best*, in quanto più onerosa rispetto a modelli tradizionali (utilizzo di risorse proprie o ottenute attraverso mutuo). Questa considerazione deriva comunque da un'analisi comparata non sistemica tra i due approcci, che, quindi, non considera il costo opportunità dell'utilizzo di risorse pubbliche o i potenziali benefici gestionali del PPP che possono impattare successivamente in modo positivo sul conto economico. Questo anche in considerazione del fatto che in Italia le analisi di *Value for Money* assumono un valore più formale che sostanziale e non vi sono indicazioni metodologiche chiare.

In tutte le realtà regionali e aziendali analizzate, gli aspetti del PPP che riguardano la dotazione sanitaria sono decisi dall'azienda concedente, sulla base della programmazione regionale: localizzazione della struttura, numero e tipologia di posti letto e delle sale operatorie e dotazioni tecnologiche.

In tutte e tre le regioni analizzate, dai documenti strategici o dalle interviste, emerge la volontà di strutturare i nuovi ospedali secondo i principi e le indicazioni tecniche della Commissione Ministeriale Veronesi – Piano – Rossi, incaricata di proporre un “Nuovo Ospedale Modello” (ASSR, 2003). In quest'ultimo caso, il livello nazionale ha messo a disposizione un archetipo culturalmente molto forte e versatile. Tale modello fornisce alcuni indirizzi concettuali e standard costruttivi percepiti come molto solidi, utili alle aziende sanitarie per calare le indicazioni di programmazione sanitaria negli studi di fattibilità o nella progettazione preliminare dell'opera, a seconda della tipologia di gara scelta per selezionare la controparte del PPP.

Gli spazi di manovra progettuali del privato sono diversi, seppure comunque limitati alle indicazioni e ai parametri pubblici, nel caso in cui la gara sia indetta sulla base di uno studio di fattibilità (art. 153 del Codice dei Contratti) o sulla base di un progetto preliminare (art. 143/144 del Codice dei Contratti). Anche per quanto riguarda la componente commerciale l'estensione è decisa dalla parte pubblica; in un solo caso le metrature sono state negoziate tra l'Azienda e la società concessionaria e gli spazi commerciali sono stati ampliati. Sulla scelta delle funzioni commerciali da inserire e delle modalità gestionali (per esempio, organizzazione della ristorazione per gli utenti e i dipendenti), l'operatore privato ha maggior autonomia.

Il tema della qualità edilizia è molto difficile da valutare. Tuttavia, nella maggior parte dei casi gli intervistati (sia i responsabili degli uffici tecnici che i direttori generali) riconoscono una buona qualità progettuale e costruttiva; anche se vi sono stati alcuni casi critici, che avrebbero potenzialmente generato un danno significativo per l'azienda sanitaria, certamente ben maggiore rispetto al valore delle penali previste. Tuttavia, i rispondenti hanno confermato che la responsabilità della manutenzione ordinaria e straordinaria della struttura e della gestione energetica a carico della società di progetto per più di 20 anni risulta un incentivo efficace per progettare e costruire strutture di qualità ed efficienti.

Un ulteriore punto riguarda la possibilità di rinnovare e mantenere nel tempo la dotazione infrastrutturale e tecnologica. Tutti i contratti di PPP prevedono valori predeterminati per la manutenzione programmata degli edifici durante l'intera vita della concessione; in due casi, è previsto un canone ad hoc per il mantenimento delle attrezzature biomedicali. A prescindere dalle possibili criticità nella gestione del rischio tecnologico, il PPP può diventare un mezzo per “blindare”

livelli predefiniti di ammodernamento tecnologico e le risorse necessarie (Amatucci, Cusumano, Vecchi, 2014), permettendo quindi di svincolarsi dalle dinamiche dei trasferimenti regionali e dai vincoli contabili che spesso non consentono di avere strutture e tecnologie adeguate, che possono generare mobilità passiva e perdita di risorse umane strategiche di tipo sanitario.

Tuttavia, gli intervistati hanno evidenziato l'importanza di specificare attentamente le specifiche tecnologie da inserire e quando la prima fornitura è accompagnata dai successivi rinnovi è stata evidenziata la necessità di porre in essere meccanismi di coordinamento trasparenti e flessibili per valutare le tecnologie da sostituire.

Esulano, nella maggior parte dei casi, dai contratti di PPP gli interventi di riconversione o comunque la valorizzazione economica delle strutture liberate dalla realizzazione dei nuovi presidi, questo per evitare di inserire troppi elementi di rischio nel contratto che sarebbero stati fuori dal controllo del concessionario. In alcuni casi, tuttavia, la riconversione in poliambulatorio o in centro servizi amministrativi è stata complementare al trasferimento dell'ospedale e gestita dall'azienda sanitaria.

Impatti sulla riorganizzazione dei servizi sanitari e non sanitari

La descrizione dell'impatto del PPP sui servizi sanitari e non sanitari è molto complessa e vorrebbe probabilmente una trattazione *ad hoc*. Di seguito, si elencano alcuni degli aspetti più salienti e strettamente legati alla revisione dell'offerta che sono emersi in maniera ricorrente come conseguenza del PPP.

Le nuove infrastrutture sono un'occasione per ridefinire il modello organizzativo secondo i parametri (più o meno stringenti) dell'"intensità di cura". Come già scritto, il committente pubblico, in fase di gara, fornisce chiare indicazioni rispetto al "contenitore fisico" dei servizi sulla base delle proprie necessità di riorganizzazione. In diversi casi, la nuova struttura ha visto l'accorpamento di alcune Unità Organizzative e servizi di supporto, come i laboratori. In altri casi, è stato possibile introdurre vere e proprie innovazioni nell'organizzazione sanitaria, come per esempio un'area dedicata ai ricoveri medici generalisti di breve durata (1-4 giornate), pensata per ridurre l'accesso improprio all'area chirurgica. Sul versante amministrativo, in un caso è stata avviata una radicale riduzione degli spazi dedicati alla conservazione dei documenti cartacei, con la conseguente occasione per de-materializzare gli archivi. Come nei parametri strettamente edilizi e nella previsione della dotazione sanitaria, anche nell'organizzazione degli spazi interni il ruolo del privato è di mero esecutore, o al massimo di consulente. In definitiva, il PPP offre lo stimolo, le risorse e poi in breve tempo la cornice materiale per l'innovazione organizzativa. In quattro casi su sei il management si è detto soddisfatto delle ricadute della nuova struttura; in uno non si è

espresso, mentre in uno si è parlato di “occasione persa”: il nuovo ospedale ha ripresentato la stessa struttura organizzativa trasferendosi dalla vecchia alla nuova sede.

Un caso peculiare è quello dei servizi di supporto che, in realtà, costituiscono vere e proprie fasi del percorso di cura all'interno della struttura: radiologia, laboratorio, ma anche centro prenotazioni e sterilizzazione degli strumenti chirurgici. Anche al di là delle eventuali responsabilità per inadempimento contrattuale, il privato può interferire in maniera rilevante con le attività sanitarie (si pensi all'impatto sulle liste d'attesa, nel caso del CUP, o sulla durata delle degenze, negli altri casi). Pertanto, in questi casi, può essere problematico gestire l'allocazione dei rischi tra pubblico e privato, perché molte sono le aree di influenza della gestione privata sulla performance sanitaria, di chiara responsabilità pubblica.

Per gli altri servizi di tipo hard (manutenzioni) e di tipo soft – alberghieri (pulizie, mensa, lavanolo, ecc.), invece, gli impatti specifici del ricorso al PPP sulle modalità di erogazione dei servizi non emergono in maniera netta.

Gli intervistati sono d'accordo che il PPP, potenzialmente, può favorire l'intercambio informativo tra progettista, costruttore e gestori dei servizi; soprattutto per quanto riguarda quelli di manutenzione e di fornitura energetica, in cui il livello qualitativo dipende dalle scelte progettuali ed è fondamentale per erogare servizi in condizioni di efficienza. Tuttavia, questi meccanismi di coordinamento non sono automatici: essi si innescano se la società di progetto individua una figura al suo interno con chiare responsabilità di coordinamento e di *project management*, se i rapporti tra gli operatori privati (soci e non soci della società di progetto) sono trasparenti e lineari e se vi è un sistema chiaro e condiviso di monitoraggio. Spesso però il responsabile della concessione è solo una mera interfaccia contrattuale, non riuscendo quindi a rappresentare un vero e proprio “*contract manager*”.

Gli intervistati hanno evidenziato che il fatto di avere un unico interlocutore e un unico contratto rappresenta un punto di vantaggio soprattutto per ridurre il numero delle gare e dei contenziosi amministrativi. Inoltre, durante la successiva gestione dei servizi, la risoluzione rapida delle possibili controversie è nell'interesse comune della funzionalità complessiva dell'ospedale nel lungo periodo. Tuttavia, questa visione non tiene conto dei tanti casi che, invece, hanno visto tempi di negoziazione molto lunghi per arrivare alla stesura di atti modificativi o integrativi del contratto di concessione, in molti casi con livelli di asimmetria informativa preoccupanti in termini di pubblico interesse e trasparenza.

Infatti, il management di almeno tre progetti afferma che è molto laborioso superare la concezione di PPP come “sommatoria di appalti”, in cui ciascun operatore economico coinvolto nella concessione tende, prima di tutto, a evitare gli inadempimenti che riguardano i propri servizi più che la funzionalità della strut-

tura complessivamente estesa. Questo conferma la necessità di un incisivo coordinamento da parte del committente pubblico e quindi costi che non erano stati previsti. Sul punto, peraltro, la letteratura ha valutato che i costi di coordinamento di un contratto di PPP possono raggiungere anche il 10% del valore dell'investimento (Valila e Dudkin, 2005). Anche a questo proposito valgono le considerazioni sulla “cultura appaltista” che ha finora caratterizzato queste operazioni (cfr. *supra*, “Risultati di adeguamento della dotazione infrastrutturale”).

Collegato al tema del coordinamento, un altro elemento dibattuto è l'effetto dell'inclusione nella concessione di servizi di supporto molto eterogenei, per periodi anche superiori ai 20 anni. In un caso, il management aziendale ha sottolineato i vantaggi collegati a una relazione di lungo periodo con gli stessi fornitori, con significativi effetti in termini di contenimento dei comportamenti opportunistici. Tuttavia, si tratta di una visione che non trova conferma negli altri intervistati, che hanno mostrato preoccupazione rispetto all'ampio perimetro di questi contratti. La principale criticità deriva dall'imperfezione dei capitolati di gestione, i quali hanno richiesto un imponente lavoro di rifinitura e di negoziazione prima dell'avvio della gestione. Inoltre, la preoccupazione deriva anche dalla difficile applicazione delle regole di *benchmark test* (in Italia il *market test* non è mai stato applicato), specialmente in un contesto di *spending review* e di serrato controllo sul mero costo di fornitura dei servizi.

Un ultimo impatto del PPP deriva dalla possibilità del privato di integrare i propri ricavi gestendo e/o affittando degli spazi commerciali. I manager intervistati ribadiscono che tali voci di ricavo non superano, di norma, il 5% dei proventi totali del concessionario. Nella maggior parte dei casi si tratta esclusivamente degli spazi dedicati alla ristorazione, all'edicola e alla parafarmacia. In un caso, è stata realizzata una vera e propria galleria commerciale. Spesso questi servizi hanno generato problemi di natura politica, come in alcuni casi la gestione del parcheggio, le cui tariffe erano state inserite inizialmente a livelli ritenuti politicamente non accettabili, specie in quei contesti in cui i cittadini utilizzavano i vecchi parcheggi gratuitamente o raggiungevano le strutture con i mezzi pubblici perché localizzate nei centri abitati. In alcuni casi, le previsioni di redditività delle strutture commerciali sono state sovrastimate dalle Aziende, generando problemi di mantenimento dell'equilibrio economico-finanziario. Tale evidenza, però, non ha pretese di generalizzabilità, essendo influenzata dalle dinamiche negoziali dei singoli contesti.

8.4.3 Aspetti di processo

La seguente sezione vuole indagare gli aspetti di processo, relativi alla fase di costruzione e poi di gestione, ritenuti particolarmente critici dagli interessati per il buon esito del PPP. In alcuni casi, si tratta di fasi o meccanismi della relazione

tra le due parti sui quali non emerge una “*best option*” condivisa tra gli intervistati, sui quali, quindi, può essere particolarmente utile una riflessione per impostare ulteriori approfondimenti.

Come naturale, il ruolo del livello regionale nella strutturazione delle singole operazioni varia a seconda del Sistema Sanitario regionale. In Lombardia si è colto un approccio caratterizzato da una più incisiva guida regionale, esercitata da una tecnostuttura (Infrastrutture Lombarde) che svolge il ruolo di RUP e supporta le aziende ospedaliere fino al collaudo. In Veneto la programmazione regionale definisce e monitora i punti chiave dell’operazione (caratteristiche dell’offerta sanitaria in *fieri* e risorse coinvolte) ma affida alle aziende sanitarie la responsabilità di realizzare la gara e di gestire l’esecuzione del contratto. Infine, la Toscana sembra aver fatto riferimento al modello dell’“area vasta” nella scelta di realizzare quattro strutture sanitarie attraverso un unico contratto gestito da un nuovo soggetto istituzionale “intermedio” (il SIOR).

Nella maggior parte dei casi oggetto di intervista (sei su nove) la procedura di scelta del partner ha previsto l’avvio della gara sulla base di uno studio di fattibilità, seppur molto accurato, mentre in tre casi la parte pubblica ha predisposto una vera e propria progettazione. In generale, le interviste evidenziano in modo pressoché unanime la necessità che l’Azienda definisca chiari e vincolanti indirizzi per la progettazione e realizzazione, anche per agevolare la fase di monitoraggio della costruzione. Tra l’altro, documenti tecnici di gara che specificano i parametri costruttivi ritenuti fondamentali (ad esempio, le caratteristiche di certi materiali e delle fondazioni) consentono una forma altrettanto efficace di controllo preventivo sulla qualità e sulla coerenza dell’infrastruttura rispetto ai *desiderata* dell’azienda sanitaria. Ciò permette, tra l’altro, di accentuare la competizione tra i privati sul piano del prezzo e delle varianti migliorative. Tuttavia, questa logica risente molto della “cultura appaltista” dominante tra le amministrazioni italiane: infatti, l’istituto giuridico della concessione dovrebbe prevedere che il concedente fissi “*output specification*”, lasciando al privato la responsabilità di compiere le scelte tecniche più adeguate per garantire tali standard funzionali e di servizio.

In un caso, il management aziendale evidenzia, invece, anche i vantaggi di un bando di gara basato solo su ampie linee guida per la progettazione, che fissi la dotazione sanitaria e le caratteristiche edilizie di massima, ma che dia maggiori margini di manovra all’operatore privato per la formulazione di proprie proposte progettuali innovative (in particolare: sviluppo planimetrico, suddivisione spazi, scelte impiantistiche).

Indipendentemente dai “margin di libertà” lasciati ai privati nella progettazione, tutti gli intervistati sottolineano l’importanza di scelte costruttive coerenti con la pianificazione sanitaria di lungo periodo e improntate alla flessibilità (come accennato da McKee *et al.*, 2006). Un rischio percepito da tutti è quello di vincolare ingenti risorse a un’infrastruttura che potrebbe, nel tempo, non es-

sere più funzionale. Tuttavia, questo rischio esiste anche nel caso di appalto tradizionale, pur non trovando immediato riscontro numerico nei bilanci delle Aziende. Nel caso del PPP, invece, il costo dell'investimento è indubbiamente esplicitato su base annua attraverso il canone di disponibilità, che comunque, va detto, non tiene conto del valore complessivo dell'investimento, che nella maggior parte dei casi è stato coperto anche con imponenti contributi in conto capitale (Cusumano e Vecchi, 2012).

Al fine di ridurre il rischio di inadeguatezza dell'investimento nel medio – lungo termine, sono state adottate alcune misure da parte delle Aziende, di seguito illustrate.

- ▶ I posti letto e gli spazi dedicati alle degenze sono stati definiti in modo prudenziale rispetto ai parametri di dotazione ospedaliera per acuti in vigore al momento dell'avvio della procedura (ad esempio, in un caso, sono stati previsti 2,5 PL rispetto agli attuali 3 PL per 1.000 abitanti). Già oggi, del resto, i nuovi ospedali riservano agli spazi di degenza solo il 25-30% delle metrature.
- ▶ È stata richiesta una progettazione che ha puntato a garantire l'uniformità delle caratteristiche strutturali portanti dell'edificio con la flessibilità della struttura interna. Ciò consente di trasferire in maniera agevole le Unità Operative e/o di riconvertire gli spazi (ad esempio, da attività per acuti a spazi per non acuti).
- ▶ In un caso, il canone corrisposto al concessionario è agganciato in minima parte ai ricavi dell'ospedale. Tale soluzione rende il "rischio di domanda" condiviso tra Azienda e concessionario, responsabilizzando quest'ultimo anche su eventuali disservizi ripetuti che comportino una "fuga" di pazienti dall'ospedale. Si tratta di una scelta isolata, non solo a livello nazionale ma anche internazionale, in quanto trasferisce all'operatore privato degli elementi di rischio che sono nei fatti fuori dal controllo dello stesso.

Tutti gli intervistati sottolineano che, rispetto alla fase di costruzione, la gestione dei servizi presenta le maggiori criticità, proprio per la presenza di capitolati imprecisi, come scritto, e per la necessità di avviare complessi sistemi di coordinamento di tutti i servizi. Una seconda difficoltà è la mancanza di professionalità adeguate, sia nelle Aziende sanitarie che tra gli operatori privati. Una terza, la mancanza di sistemi informativi integrati per il monitoraggio delle attività svolte dal concessionario, in grado di rappresentare adeguatamente e tempestivamente le performance gestionali.

Infine, non vi sono stati casi particolarmente problematici circa la gestione di personale non sanitario prima coinvolto nei servizi affidati al concessionario nell'ambito del contratto di PPP. Infatti, nella maggior parte dei casi si tratta di servizi già esternalizzati. In un solo caso, vi è stata la necessità di gestire il distacco, tramite l'istituto del comando. Dopo le iniziali resistenze sindacali, la

soluzione è stata accettata dalla maggior parte del personale coinvolto. Un'ulteriore criticità segnalata dal management aziendale è la necessità di salvaguardare i livelli occupazionali quando il concessionario acquisisce la gestione di un servizio precedentemente appaltato.

8.4.4 Prospettive e suggerimenti di sviluppo

Sia a livello regionale che aziendale, è opinione comune che il PPP resterà a lungo uno strumento molto diffuso per rinnovare la rete ospedaliera del Paese. La principale e prevedibile ragione è la scarsità di fondi pubblici disponibili per l'edilizia sanitaria. Il PPP permette un "effetto leva": rende disponibili le risorse mancanti per il rinnovamento (e la successiva manutenzione) delle strutture, assicurando tempi di gestione degli interventi coerenti con le esigenze aziendali e la programmazione regionale. A questo proposito, diversi intervistati ritengono che nei prossimi anni vi sarà una estensione delle PPP anche a investimenti di minore importo, ad esempio per quanto riguarda le tecnologie (Amatucci, Cusumano e Vecchi, 2014), ma anche con riferimento ai processi di ridisegno delle reti di strutture intermedie e territoriali. Come raccomandato dal Piano Sanitario Nazionale 2011-2013 e dal Patto per la Salute 2010-2012, diversi sistemi regionali stanno affrontando diffuse dinamiche di riconversione dei piccoli presidi per acuti in strutture intermedie per pazienti post-acuti o strutture territoriali che aggregano una variegata gamma di servizi sanitari e socio-sanitari, come le Case della Salute (Del Vecchio, Prenestini e Rappini, 2014). Questi interventi "diffusi" di adeguamento strutturale richiedono l'utilizzo di fondi che in questo momento non possono essere assicurati, per lo meno nei tempi necessari, da parte delle casse pubbliche.

L'analisi ha chiaramente confermato che il PPP non ha comportato una perdita di controllo sulle scelte strategiche di programmazione sanitaria, ma è stato soprattutto uno strumento per canalizzare risorse finanziarie aggiuntive. Anzi, le interviste, specialmente ai responsabili del procedimento, hanno messo in evidenza come la gestione della concessione sia stata nella maggior parte dei casi impostata in modo del tutto simile a quanto avviene tradizionalmente in un appalto. Questo approccio, da un lato, rappresenta un elemento di forza per assicurare che il progetto rispecchi i desiderata aziendali; dall'altro lato, però, mette in evidenza la forte contraddizione di voler allocare rischi all'operatore economico senza trasferire margini di autonomia, pur nel rispetto di chiari obiettivi di risultato. In effetti, come è già stato sottolineato (Cusumano e Vecchi, 2012), in Italia il PPP non rappresenta una *policy*; esso è stato utilizzato secondo logiche *bottom-up* per mettere a sistema capitali pubblici e privati da parte di aziende sanitarie che non avevano né la visione né le competenze per poter approcciare il PPP in modo differente.

Tra gli elementi di maggior preoccupazione sono emersi il costo e la rigidità di questi contratti. Il PPP, al netto degli extra rendimenti dovuti alla concentrazione del mercato (Colla *et al.*, 2015), ora noti non solo in Italia ma anche all'estero e che dovranno stimolare l'introduzione di misure volte da un lato a stimolare la competizione e dall'altro a incrementare le competenze delle aziende pubbliche, porta a una chiara esplicitazione contabile di tutti i costi legati al progetto: il costo del capitale privato rispetto al costo di quello pubblico, considerato pari a zero nel caso di contributi ministeriali o pari a pochi punti percentuali nel caso di ricorso a finanziamenti della Cassa Depositi e Prestiti garantiti dallo Stato; il costo del trasferimento dei rischi, che normalmente non trova alcun termine di confronto nel caso di procedure tradizionali, in considerazione del fatto che non è mai stato creato un sistema di raccolta dei maggiori costi generati da modifiche progettuali durante e dopo la costruzione.

Strettamente connessa al costo e alla rigidità del contratto è la scelta dei servizi da inserire in esso. Fino ad oggi questa scelta è stata prevalentemente condizionata dall'emulazione (Cusumano e Vecchi, 2012) piuttosto che da attente considerazioni di ottimizzazione del rapporto costo-beneficio. Oggi, un numero crescente di contratti in gestione ha messo in evidenza l'inadeguatezza e al tempo stesso la rigidità e le difficoltà di rinegoziare capitolati di servizio scritti molti anni prima. Inoltre, la necessità di ottimizzazione dei costi di gestione impone un diverso approccio al mercato, al fine di stimolare una maggior concorrenza, flessibilità e innovazione, che, come documentato dalla letteratura e dall'esperienza, difficilmente si possono conseguire con un contratto di PPP complesso. Inoltre, ormai è stato "sdoganato" il concetto che la remunerazione dell'investimento deve avvenire attraverso un canone di disponibilità e non mediante lo sfruttamento economico di servizi non *core* nell'ambito delle opere pubbliche a carattere sociale, finalizzate all'erogazione di servizi prevalentemente remunerati a fiscalità generale la cui gestione rimane pubblica o prevalentemente pubblica.

In questo senso è interessante anche considerare le recenti indicazioni del Governo inglese nell'ambito della nuova politica sull'utilizzo di capitali privati per la realizzazione di investimenti pubblici, la cosiddetta Private Finance 2 (PF2), secondo le quali i servizi sono suddivisi in tre tipologie (HM Treasury, 2012).

- ▶ Servizi da includere nei contratti di PPP: manutenzioni programmate; gestione impianti energetici e sistema di monitoraggio delle performance.
- ▶ Servizi che possono essere inseriti e soggetti a valutazione, tra cui: piccole riparazioni; manutenzioni e interventi straordinari.
- ▶ Servizi da non includere nei contratti: mensa, pulizie, lavanolo, fornitura energia e acqua, assicurazioni, gestione sistema IT, fornitura e gestione delle tecnologie sanitarie, gestione del sistema di prenotazioni.

È evidente che gli anglosassoni hanno messo in pratica le lezioni apprese relative alla difficoltà di adeguare la gestione dei servizi pur in presenza di *benchmark/market test*, ovvero quei meccanismi contrattuali che consentono di, rispettivamente, aggiornare il costo dei servizi ai valori di mercato, o di selezionare nuovi operatori e quindi modificare anche eventualmente le modalità di gestione.

Seppur non in modo così netto, la bozza di convenzione standard predisposta dalla Ragioneria Generale dello Stato in collaborazione con altre Istituzioni va in questa direzione, avendo interiorizzato il concetto di “PPP light” (Cusumano e Vecchi, 2012).

Un ultimo elemento emerso dall’analisi è la necessità di non disperdere le economie di esperienza accumulate nei contesti aziendali e regionali. Alcune soluzioni di governance e gestione delle *partnership* si sono affinate con gli anni: tra queste, anche la scelta dei servizi da includere nei contratti. Quasi tutti gli interlocutori sottolineano la necessità di tavoli di confronto a livello regionale e anche nazionale, soprattutto in questo frangente in cui molte strutture sono entrate in fase di gestione. L’urgenza di condividere l’esperienza accumulata a livello locale è dovuta anche al progressivo pensionamento del personale degli uffici tecnici, con un turnover bloccato o minimo.

8.5 Conclusioni

La letteratura internazionale e nazionale e le esperienze dei *practitioner*, analizzate in questo capitolo, ci forniscono sufficienti evidenze per poter sistematizzare gli attuali vantaggi e criticità del PPP nel SSN.

Tra i vantaggi, apprezziamo la possibilità di accedere a risorse finanziarie più rapidamente rispetto alle incertezze nei tempi e alla volatilità degli importi dei finanziamenti pubblici a fondo perduto. Lo stesso mutuo rappresenta una forma meno rischiosa e quindi meno onerosa, ma poco accessibile a causa degli stringenti limiti di indebitamento. Se l’operazione è strutturata in modo da essere “bancabile” e il concessionario riesce ad ottenere il finanziamento (c.d. “*financial close*”), la costruzione dell’opera prosegue, di norma, secondo le scadenze programmate, perché il concessionario ha tutto l’interesse di completare l’opera e quindi di essere remunerato. Ciò facilita l’attuazione di processi di trasformazione strategica che richiedono sempre la negoziazione di pacchetti di contributi e ricompense con gli *stakeholder* rilevanti: si pensi, ad esempio, al delicato rapporto con le collettività locali, con le organizzazioni sindacali, con i professionisti. Il coinvolgimento di tali attori e le fisiologiche negoziazioni che spesso ne seguono devono avvenire all’interno di orizzonti temporali credibili, oltre che coerenti con i processi di *change management*.

Queste dinamiche spiegano, almeno in parte, i risultati dell'analisi quantitativa riportata al par. 8.4.1: negli ultimi dieci anni, la metà dei posti letto dei nuovi ospedali realizzati in Italia è frutto di operazioni di PPP. Si tratta di quasi 9.000 PL in 19 nuovi stabilimenti, pari al 5,4% della dotazione ospedaliera pubblica del SSN, considerando gli ultimi dati disponibili (2014). Gli ospedali ultimati grazie al PPP sono concentrati in quattro regioni, storicamente aperte all'innovazione, dotate di sufficienti risorse finanziarie e di competenze tecniche affinate con l'esperienza, sebbene spesso tuttora "disperse" nelle aziende e nelle istituzioni regionali (cfr. *infra*). Le economie di esperienza, naturalmente, valgono anche per i potenziali concessionari. Questi ultimi tendono a consolidare la loro presenza in contesti regionali conosciuti, in cui possono contare su interlocutori affidabili (PA, finanziatori, partner imprenditoriali, fornitori e sub-appaltatori).

Oltre al sostanziale contributo al rafforzamento delle infrastrutture sanitarie di alcune aree del Paese, la ricerca ci restituisce altri tre importanti punti di forza delle partnership, emersi dall'analisi dei casi. Questi elementi si traducono in altrettanti impatti positivi sul processo di rinnovamento dell'offerta ospedaliera.

- ▶ La robusta regia pubblica sul lato della committenza determinata dalla preparazione di progetti preliminari alla gara per l'avvio della partnership ha garantito ad oggi il pieno rispetto della pianificazione infrastrutturale regionale, la quale viene di norma superata in meglio, prevedendo, talvolta, ulteriori futuri cali degli indici di dotazione strutturale.
- ▶ L'unicità del contratto di costruzione e gestione di alcuni servizi, in particolare quelli di gestione energetica e di manutenzione, a fronte di importi annuali forfettari, incentiva la costruzione di edifici di buona qualità.
- ▶ Il contratto di concessione, se ben strutturato relativamente alla parte di costituzione dello *stock* e di rinnovo tecnologico, riesce a pianificare nel lungo periodo il livello di sostituzione e di sviluppo tecnologico desiderato, svincolandosi nei fatti dalla volatilità del finanziamento e della regolazione pubblica.

Tra le criticità constatiamo la relativa onerosità delle iniziative di PPP, sia per il costo del capitale che per il costo dell'investimento. In relazione al costo del capitale, esso è pagato a cifre molto superiori rispetto al ricorso diretto da parte del pubblico, anche se dobbiamo sempre considerare che in termini economici si confrontano due elementi con profilo di rischio differente. In relazione al costo dell'investimento, esso può risultare più elevato a causa dello scarso livello di competizione nelle gare, alle quali raramente partecipano molte cordate robuste. Anche le PPP registrano delle varianti con oneri aggiuntivi per le pubbliche amministrazioni, in corso d'opera o di gestione, ma con una frequenza che appare inferiore rispetto a quanto avviene negli appalti classici.

Molto critica è la gestione dei successivi contratti di servizio per lunghi periodi (es. 20 anni), da un lato per la loro rigidità che si contrappone al dinami-

smo ambientale del settore, dall'altro perché spesso la ripartizione dei ricavi ha favorito il costruttore e i finanziatori, lasciando scarse marginalità ai produttori di servizi. Inoltre, raramente i consorzi di imprese riescono a costruire dei meccanismi di coordinamento efficaci tali da garantire unitarietà nella gestione dell'ospedale: nei fatti, spesso ci si trova di fronte ad una serie di contratti gestiti in parallelo.

La strutturazione delle PPP è un processo molto complesso, che richiede *know how* specifico: al momento, solo le regioni tecnicamente e politicamente più mature stanno usando questo strumento, in particolare per i presidi più grandi. Al momento, il Paese e il suo SSN non ha un meccanismo per accumulare e concentrare le competenze maturate con le diverse esperienze di PPP già intraprese, da valorizzare nelle future iniziative.

È interessante notare, tra l'altro, che gli interlocutori regionali e aziendali, all'interno di una stesso SSR, tendono a riportare esperienze, percezioni e prospettive simili; a cambiare sono, entro certi limiti, gli approcci complessivi alla governance dello strumento (cfr. par. 8.4.3). Alla luce di queste consapevolezze è possibile elaborare alcune raccomandazioni, sia di *policy* che di *management*.

I contratti di PPP per la realizzazione o rinnovamento della rete ospedaliera, centrale e/o periferica, o anche più semplicemente per la fornitura e gestione di tecnologie, rappresentano un elemento fondamentale, non solo per apportare capitali, ma anche *know how* e innovazione. È facilmente prevedibile che, alla luce delle ristrettezze della finanza pubblica, soprattutto sul lato del conto capitale, le forme di PPP continueranno ad avere un ruolo rilevante. Per questo motivo è necessario che le aziende non vengano lasciate a sperimentare in modo autonomo l'utilizzo di questi contratti. Questo, tuttavia, non significa ricorrere a rigide prescrizioni normative, che nel nostro ordinamento spesso si limitano a dettare le procedure. Sarebbe piuttosto auspicabile la creazione di un centro o, meglio, una rete di competenze che sappia monitorare e analizzare i contratti e mettere a sistema le migliori conoscenze sviluppate, dagli operatori pubblici e privati e dalle istituzioni accademiche, per produrre linee guida *evidence based*, modelli di riferimento e manualistica. La prospettiva non è quella della regolazione ma del *knowledge transfer*, dello scambio continuo e della modellizzazione e diffusione dei saperi. L'accumulazione e la diffusione di competenze potrebbe anche migliorare le capacità negoziali delle PA, insegnando loro a sollecitare di più e meglio il mercato anche a livello internazionale, per determinare arene competitive più popolate e quindi per ottenere potenzialmente prezzi più favorevoli, che possano in parte mitigare l'extracosto del PPP rispetto a operazioni tradizionali, il cui effettivo e complessivo costo però non è sempre facile da ricostruire. Per questo motivo, spesso, si parla di *optimism bias* rispetto alla soluzione tradizionale. Inoltre, in un quadro norma-

tivo sempre più complesso, è auspicabile anche un miglior coordinamento sulle regole, tra cui anche quelle contabili e fiscali, per dare certezza alle aziende sanitarie e agli operatori economici.

L'accumulo delle competenze dovrebbe rendere standard l'esclusione dai contratti di PPP dei servizi non legati al *facility management* (pulizia, lavanderia, SI, ecc.), limitandosi quindi solo a energia e manutenzione, così come ci insegna l'esperienza del SSN qui analizzata e come è definito dalla *policy* inglese. Questo significa aumentare la quota di canone di disponibilità a fronte però di una maggior trasparenza e flessibilità, evitando, quindi, di inquinare i costi degli altri servizi con impropri oneri finanziari legati in realtà alla costruzione degli edifici.

Questa maggiore chiarezza finanziaria dovrebbe rendere più esplicito il costo dell'investimento e le valutazioni *ex ante* della sua sostenibilità, considerando i possibili contributi pubblici parziali in conto capitale e i risparmi gestionali attesi grazie all'ammodernamento infrastrutturale.

Nel frattempo, le direzioni delle aziende sanitarie devono considerare che il PPP non è un modello rigido "*one fits all*". Esso, piuttosto, è la vera occasione per "customizzare" un contratto (perimetro, livello di allocazione delle responsabilità, modalità di pagamento) in base alle specifiche esigenze aziendali; tenendo comunque presente che c'è un mercato, fuori dall'azienda, con regole e meccanismi di funzionamento che non possono essere ignorati, affinché la partecipazione alle gare sia adeguata a garantire competizione, innovazione e generazione di valore (*value for money*). Spesso, invece, le dinamiche di mercato non sono conosciute e pertanto le richieste iniziali di parte pubblica sono spesso irrealistiche e difficilmente sostenibili da parte delle imprese fornitrici. Conseguentemente, le offerte da parte del mercato sono guidate da comportamenti di azzardo morale basati sulla consapevolezza che le aziende pubbliche saranno pronte a rinegoziare i contratti per garantirne l'implementazione. D'altra parte, il mercato degli operatori privati sta facendo importanti sforzi per individuare le modalità più adeguate per offrire innovazione alle aziende sanitarie nel rispetto dei principi del *value for money*.

Pertanto, è auspicabile che le aziende sanitarie sappiano dialogare con il mercato, utilizzando al meglio gli strumenti offerti dalle nuove direttive comunitarie, come il dialogo tecnico e il dialogo competitivo, ovvero forme di confronto tra PA e imprese per costruire i capitolati di gara in modo che essi siano in grado di conoscere e intercettare le migliori *value proposition* presenti sul mercato.

Infine, anche le procedure a iniziativa privata che sono presenti del nostro ordinamento, sia per la concessione di costruzione e gestione che per la concessione di servizi, possono rappresentare un valido strumento di innovazione, a patto che vengano utilizzate in modo quanto più trasparente possibile.

Bibliografia

- Amatucci F., Cusumano N., Vecchi V. (2014), «Il PPP per gli investimenti sanitari: stato dell'arte, lezioni apprese e prospettive di sviluppo» in CER GAS (a cura di), *Rapporto OASI 2014*, Milano, EGEA.
- Blanken A. e Dewulf G. P. M. R. (2010), «PPPs in Health: Static or Dynamic?», *Australian Journal of Public Administration*, 69:1 pp. 35–47.
- Bloomfield, P. (2006), «The Challenging Business of Long-Term Public–Private Partnerships: Reflections on Local Experience», *Public Administration Review*, 66(3), pp. 400–411.
- Cappellaro G., Longo F., e Ricci A. (2012). «Le Sperimentazioni Gestionali nel SSN: rilevazione nazionale e analisi dei modelli emergenti», in E. Anessi-Pessina e E. Cantù (a cura di), *Rapporto OASI 2012*, Milano, EGEA.
- Colombo L., Mauri M. (2010). «Realizzare un ospedale per il XXI secolo», in AAVV (a cura di), *L'ospedale tra presente e futuro*, Milano, EGEA.
- Creswell J. (2003), *Research Design. Qualitative, Quantitative and Mixed Methods Approaches*: Sage Publications.
- Dudkin G., Valila T. (2005), *Transaction costs in PPPs: a first look at the evidence*, Economic Financial Report 2005/03.
- Gaffney D., Pollock A.M., Price D., Shaoul J. (1999), «The private finance initiative: PFI in the NHS. Is there an economic case?», *BMJ* 319, pp. 116-9.
- Hellowell M. (2011), «NHS cuts and PFI», *British Medical Journal*, 343: d6681.
- Hellowell, M. (2013), «PFI redux? Assessing a new model for financing hospitals», *Health policy*, 113(1), 77-85.
- Hellowell, M. e Pollock, A. (2009), «The Private Financing of NHS Hospitals: Politics, Policy and Practice», *Journal of the Institute of Economic Affairs*, 29:1 pp.13–19.
- Hellowell M. e Pollock A. (2010), «Do PPPs in social infrastructure enhance the public interest?», *Australian Journal of Public Administration*, 69(S1), pp. 23-34.
- Vecchi, V., Hellowell, M e Gatti, S., (2013), «Does the private sector receive an excessive return from investments in health care infrastructure projects? Evidence from the UK», *Health Policy*, 110 (1-2), pp. 243-270.
- Hellowell M., Vecchi V., Caselli S. (2014), «Return of the state? An appraisal of policies to enhance access to credit for infrastructure-based public private partnerships», *Public Money and Management*, 35:1, pp. 71-78.
- Hellowell M., Vecchi V. (2015), «The Non-Incremental Road to Disaster? A Comparative Policy Analysis of Agency Problems in the Commissioning of Infrastructure Projects in the UK and Italy», *Journal of Comparative Policy Analysis*.
- HM Treasury (2012), *A new approach to public private partnerships*, disponibile

- on line https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/205112/pf2_infrastructure_new_approach_to_public_private_partnerships_051212.pdf.
- Lonsdale C. (2005), «Risk transfer and the UK private finance initiative: a theoretical analysis», *Policy & Politics* 33, 231-249.
- McKee M., Edwards N. e Atun R. (2006) «Public Private–Partnerships for Hospitals», *Bulletin of the World Health Organisation*, 84:1 pp. 890–5.
- National Audit Office (2007), *Benchmarking and market testing the ongoing services component of PFI projects*, disponibile on line <http://www.nao.org.uk/report/benchmarking-and-market-testing-the-ongoing-services-component-of-pfi-projects/#>
- Pollock A., Price D., Liebe M., (2011). «PFI and NHS austerity: PFI ring-fencing priorities investor returns over patient care», *British Medical Journal* 342, 417-419.
- Roehrich J. K., Lewis M. A., e George G. (2014), «Are PPPs a healthy option? A systematic literature review», *Social Science & Medicine* 113, pp. 110-119.
- Shaoul J., Stafford A., Stapleton P. (2008), «The cost of using private finance to build, finance and operate hospitals», *Public Money & Management* 28(2): 101-108.
- Shaoul, J., Stafford, A., e Stapleton, P. (2011), «NHS capital investment and PFI: from central responsibility to local affordability», *Financial Accountability & Management*, 27(1), 1-17.
- Spackman, M. (2002), «Public–private partnerships: lessons from the British approach», *Economic Systems*, 26(3), 283–301
- Thomson S., Mossialos E. McKee M. Nolte E. e Allin S. (2004), *Health and health systems in the new member states of the European Union* Institut des Sciences de la Santé, Paris, France.
- Torchia M., Calabrò A. e Morner M. (2015) «Public–Private Partnerships in the Health Care Sector: A systematic review of the literature», *Public Management Review*, 17:2, 236-261.
- Vecchi V., Cusumano N. (2012), «Il Partenariato Pubblico Privato ‘light’ e ‘limited profit’ al crocevia tra sostenibilità, bancabilità e vincoli finanziari», in E. Cantù (a cura di) *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2012*, Milano, Egea.
- Waring J., Bishop S., Currie G. (2013), «A Contingent Approach to the Organization and Management of Public–Private Partnerships: an Empirical Study of English Health Care», *Public Administration Review*, 73(2), pp. 313–326.
- Yin, R.K. (2013), *Case Study Research: Design and Methods*, 5th edition, Thousand Oaks, Sage Publications.