

# 19 Strategie di gestione e valorizzazione del patrimonio immobiliare delle Aziende del SSN

*di Niccolò Cusumano, Alessandro Furnari, Veronica Vecchi e Fabio Amatucci<sup>1</sup>*

## 19.1 Introduzione

La gestione sostenibile del patrimonio immobiliare rappresenta una delle questioni più critiche per le aziende pubbliche, comprese quelle sanitarie, sia per l'impatto economico dei costi connessi alla sua gestione, sia per le implicazioni operative relative alla sua capacità, attuale e futura, di sostenere l'erogazione di servizi di qualità. A queste considerazioni si devono aggiungere anche quelle ambientali, ormai imprescindibili nel contesto attuale.

Ogni anno il SSN spende circa 5,7 miliardi di euro per gestire il patrimonio, esclusa la spesa per tecnologie. Si tratta di spese «vive», ma a quanto ammonta la spesa dovuta a un cattivo utilizzo/sottoutilizzo del patrimonio? Quali spese sarebbero evitabili o comprimibili, attraverso una migliore manutenzione degli immobili? Quanto influisce il patrimonio sulla produttività del personale e sull'ottimizzazione dei percorsi dei pazienti? Il patrimonio può costituire un vincolo sulla capacità di innovazione tecnologica, impedendo, ad esempio, di installare nuove tecnologie per vincoli strutturali? Quali sono gli impatti sulla salubrità degli ambienti e quindi sulla salute dei pazienti in un contesto in cui, secondo i dati dell'Istituto Superiore di Sanità, le infezioni correlate all'assistenza colpiscono ogni anno circa il 5-8% dei pazienti ricoverati in Italia<sup>2</sup>? E infine quanto il patrimonio vincola il passaggio da ospedale a territorio?

Per rispondere a queste domande è necessario disporre di dati, nonché di standard di riferimento che aiutino a definire politiche e strategie di gestione del patrimonio. Le informazioni disponibili a oggi sono frammentarie e, laddove presenti, riportano al massimo le consistenze immobiliari. Non si dispone di

---

<sup>1</sup> Sebbene il lavoro sia frutto di un lavoro congiunto degli autori, il § 19.1 è da attribuire a Veronica Vecchi e Niccolò Cusumano; i §§ 19.2 e 19.3 a Niccolò Cusumano, Alessandro Furnari e Fabio Amatucci, il § 19.4 e il § 19.5 a Veronica Vecchi.

<sup>2</sup> <https://www.epicentro.iss.it/infezioni-correlate/epidemiologia>

vere fonti informative aggregate relativamente a investimenti, stato manutentivo o all'ubicazione stessa dei servizi.

All'infuori di Lombardia, Veneto, Emilia-Romagna e Toscana, negli ultimi vent'anni non si è riusciti, anche in presenza di finanziamenti, a investire in modo significativo sul rinnovamento delle reti di cura ospedaliera e ancora meno sul territorio. La realizzazione di nuovi presidi ospedalieri non è stata quasi mai accompagnata dalla razionalizzazione dell'offerta esistente. Da notare, inoltre, come tali investimenti siano stati realizzati pressoché interamente ricorrendo al partenariato pubblico privato (PPP).

Oggi, anche sotto la spinta delle politiche ambientali ed energetiche, a livello europeo e nazionale (una sintesi è rappresentata in Figura 19.1), il patrimonio della sanità è chiamato in gioco. La Strategia per la Riqualficazione Energetica del Patrimonio Immobiliare Nazionale (STREPIN) fissa per il settore sanità (inclusivo anche di quella privata) un target annuo di riqualficazione di 1,9 milioni di metri quadri (il 4% del patrimonio). Il PNRR destina 1,6 miliardi ad interventi per la sicurezza e 4 per l'ammodernamento tecnologico degli ospedali. Un intervento che si limitasse alla sola «riqualificazione», e che non fosse posto in relazione con gli interventi sulla rete territoriale di assistenza e la telemedicina, perderebbe l'occasione di generare virtuosi «effetti moltiplicativi» che possano contribuire a rendere maggiormente coerente il patrimonio funzionale con fabbisogni di salute, configurazioni e setting assistenziali emergenti.

L'effetto moltiplicativo potrebbe essere conseguito attraverso un meccanismo di «leva», in altre parole utilizzando parte delle risorse del PNRR in logica «*matching fund*» con i capitali privati, che oggi in Italia hanno raggiunto un picco storico in termini di accumulo di risparmio privato, risparmio che resta in larga misura liquido, depositato sui conti correnti bancari anziché investito. Fenomeno che trova diverse spiegazioni, tra cui la mancanza di investimenti «produttivi» che offrano un profilo di rischio e rendimento adeguato. In questo senso il PPP può essere un veicolo per canalizzare il risparmio privato superando i gap attuali. Il Codice dei Contratti, le Direttive comunitarie e il corpus di *soft law* offrono diverse opportunità procedurali e contrattuali per strutturare contratti di PPP e le conoscenze ora sono molto più strutturate per utilizzare in modo virtuoso queste soluzioni, superando le criticità del passato.

Il capitolo ha l'obiettivo di stimolare ulteriormente il policy maker a livello nazionale e regionale sulla necessità e urgenza di adottare misure per porre concretamente in essere le indicazioni contenute nella STREPIN e sulla necessità di dotarsi di un sistema informativo adeguato. Il capitolo offre, quindi, un quadro puntuale sullo stato del patrimonio immobiliare delle aziende sanitarie italiane e alcune considerazioni strategiche volte a guidare l'azione, sfruttando, da un lato, le politiche espansive e, dall'altro, contribuendo al loro sviluppo. Agire sul patrimonio immobiliare pubblico rappresenta una politica di lungo

Figura 19.1 **Riqualificazione del patrimonio edilizio e interventi di policy a sostegno**



Fonte: rielaborazione degli autori

termine, i cui benefici ricadono non solo sul Servizio Sanitario Nazionale, ma anche sull'intero sistema economico e sociale.

In quest'ottica, il capitolo è strutturato sul seguente impianto logico: il § 19.2 descrive l'oggetto di analisi, gli obiettivi di ricerca e la metodologia applicata; il § 19.3 presenta i principali risultati del lavoro, facendo riferimento a consistenza, vetustà, stato manutentivo e gestione del patrimonio immobiliare delle Aziende del SSN; il § 19.4 introduce e propone un nuovo approccio al partenariato pubblico privato in modo che possa essere funzionale a conseguire obiettivi strategici di riqualificazione e valorizzazione del patrimonio immobiliare; il § 19.5 delinea alcune riflessioni conclusive per guidare le scelte di policy.

## 19.2 Oggetto, obiettivi di ricerca e metodologia applicata

L'analisi svolta offre una fotografia organica del patrimonio funzionale all'erogazione di servizi sanitari. In particolare, essa:

- ▶ mappa le caratteristiche del patrimonio immobiliare attualmente in dote alle aziende sanitarie pubbliche italiane, identificandone tipologia, destinazione strategica, vetustà e stato manutentivo, offrendo un quadro organico del patrimonio funzionale all'erogazione di servizi sanitari;
- ▶ propone una stima del fabbisogno di investimenti e di scenari con costi para-

metrici per valutare costi-benefici (non solo economici, ma anche ambientali e sociali) tra manutenzione, realizzazione di nuove opere e dismissione o riconversione del patrimonio;

- ▶ valuta se e quanto il fabbisogno di investimenti espresso, oltre che il patrimonio in dote alle aziende, sia coerente con le esigenze connesse ai modelli assistenziali emergenti;
- ▶ analizza come far leva sulle risorse finanziarie e sulle competenze del mercato in un'ottica di collaborazione pubblico-privato, sfruttando appieno le possibilità offerte dal Codice dei Contratti e da iniziative europee quali InvestEU<sup>3</sup>; a tal fine, il capitolo presenta una riflessione su come i capitali privati possano essere impiegati in modo strategico e non solo per conseguire addizionalità finanziaria (il cosiddetto *matching fund* che ha rappresentato il principale rationale in passato al ricorso a strumenti di concessione/PPP), con particolare riferimento alle Case della Comunità, quale linea di investimento urgente e oggetto di finanziamento, seppur non sufficiente rispetto ai fabbisogni, da parte del PNRR.

Da un punto di vista metodologico, la ricerca si fonda su due metodologie:

- a) analisi di dati da fonti primarie per la ricognizione del patrimonio immobiliare delle Aziende Sanitarie italiane, attraverso l'utilizzo del database «Immobili Enti del Servizio Sanitario Nazionale» e il relativo «Rapporto sui beni immobili delle Amministrazioni Pubbliche 2017», messi a disposizione dal Dipartimento del Tesoro; nonché un carotaggio puntuale sui siti aziendali (sezione amministrazione trasparente), per verificare e aggiornare le informazioni ed espandere la base informativa;
- b) interviste semi-strutturate ai responsabili dell'edilizia sanitaria regionale che operano nelle principali regioni italiane, per comprendere le politiche e le azioni in atto e quindi per elaborare alcune considerazioni strategiche.

### 19.3 Risultati delle analisi

Il paragrafo presenta i principali risultati dell'attività di ricerca. In particolare, esso si compone di due differenti parti dedicate alle caratteristiche strutturali del patrimonio delle aziende del SSN: (i) la consistenza e vetustà (par. 19.3.1) e (ii) lo stato manutentivo in cui versa (par. 19.3.2).

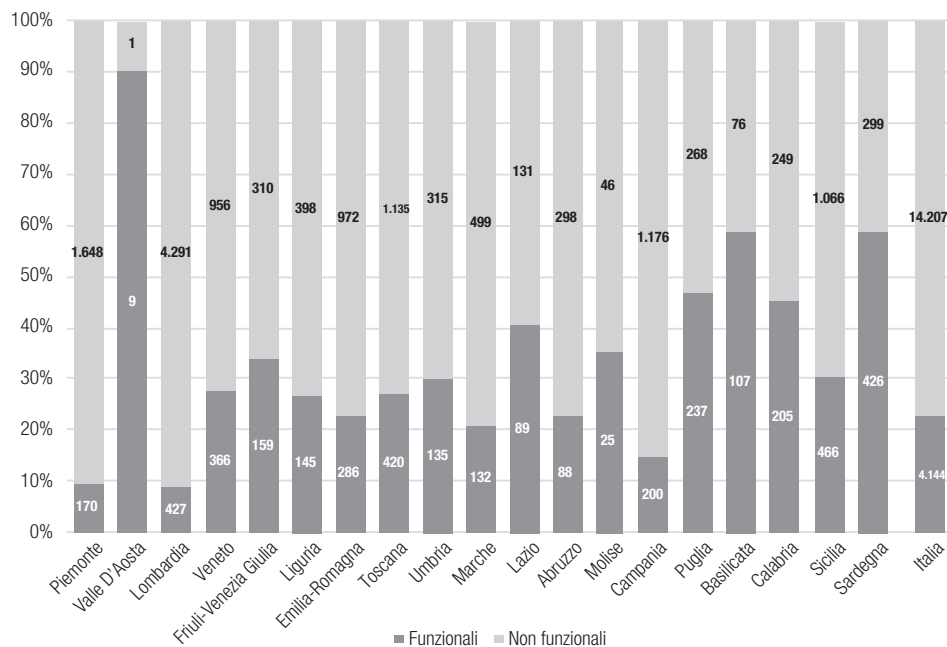
<sup>3</sup> Iniziativa europea che mira a mobilitare 372 miliardi di euro in investimenti pubblici e privati, l'iniziativa offre inoltre un servizio di advisory tecnica.

### 19.3.1 Consistenza e vetustà del patrimonio

Il patrimonio edilizio di proprietà delle Aziende del SSN è complessivamente composto da 18.351 unità immobiliari, distinte in «funzionali» (4.144; 22,6%) e «non funzionali» (14.207; 77,4%)<sup>4</sup> all'erogazione di prestazioni sanitarie (Figura 19.2). La proporzione tra unità funzionali e non funzionali è molto variabile nei diversi SSR: in alcuni casi le prime rappresentano più della metà del patrimonio (es. Valle d'Aosta, 90,0%; Sardegna, 58,8%; Basilicata, 58,5%), in altri una quota modesta (Lombardia, 9,1%; Piemonte, 9,4%).

Se si considerano le superfici invece delle unità immobiliari, i metri quadri degli immobili destinati ad attività assistenziale rappresentano una quota significativa del patrimonio nel suo complesso (17,3 mln di m<sup>2</sup>; 61,7% – Figura 19.3). In questo caso, la variabilità interregionale appare più contenuta, con

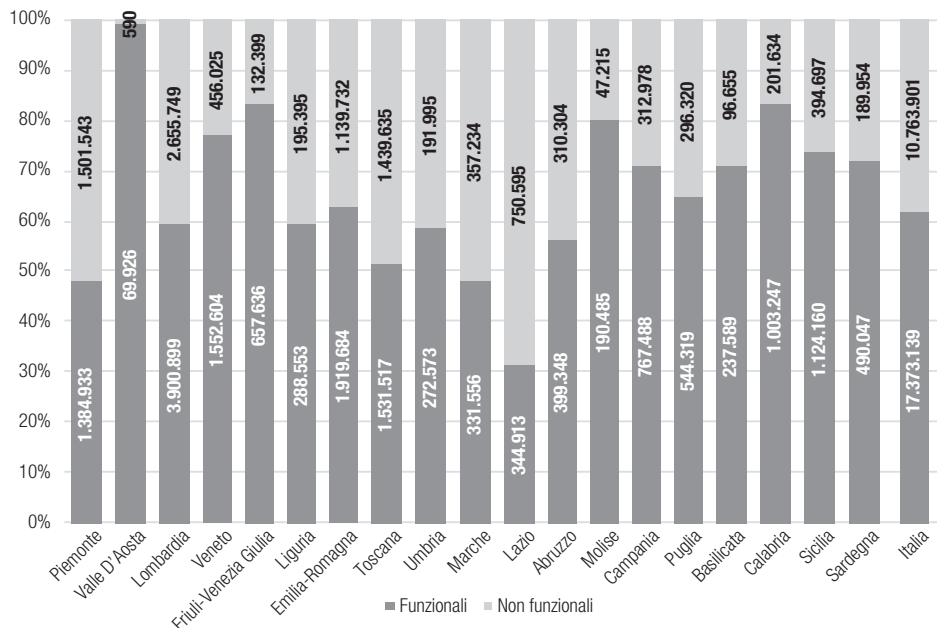
Figura 19.2 **Consistenza del patrimonio delle Aziende del SSN: numero di unità immobiliari di proprietà e distinzione per «funzionalità», per regione (2017)**



Fonte: elaborazioni su dati Ministero dell'Economia e delle Finanze (2020)

<sup>4</sup> Nello specifico, il patrimonio non funzionale è soprattutto composto da abitazioni (5.119; 36,0% del patrimonio non funzionale), uffici (1.827; 12,9%), magazzini e locali di deposito (1.315; 9,3%), fabbricati destinati ad attività produttiva di natura industriale, artigianale o agricola (1.143; 8,0%), cantine e rimesse (1.131; 8,0%).

Figura 19.3 **Consistenza del patrimonio delle Aziende del SSN: metri quadri relativi alle unità immobiliari di proprietà e distinzione per «funzionalità», per regione (2017)**



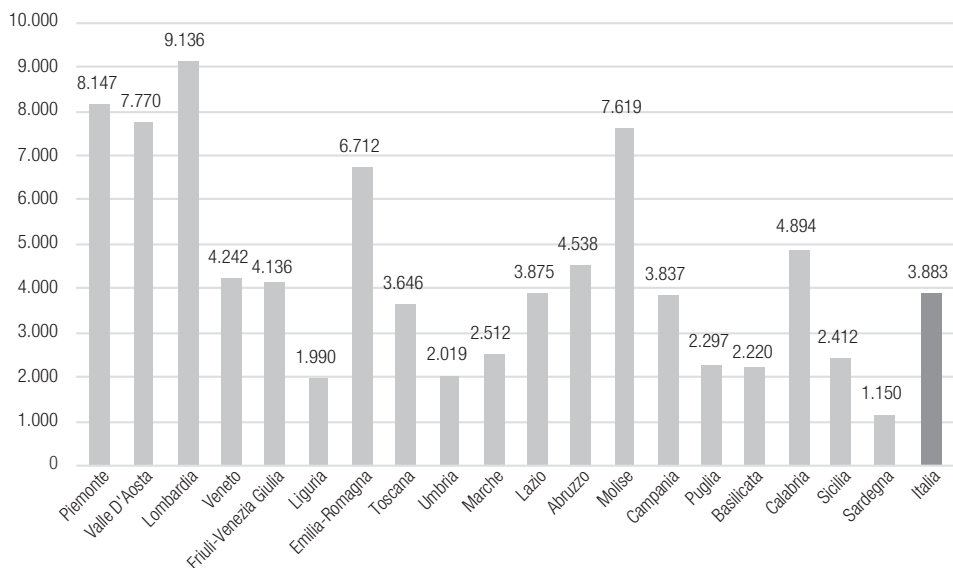
Fonte: elaborazioni su dati Ministero dell'Economia e delle Finanze (2020)

valori percentuali che, ad eccezione del Lazio (31,5%), oscillano tra il 48% di Piemonte e Marche e il 99% della Valle d'Aosta. Guardando alle superfici del patrimonio non funzionale, oltre la metà (6,2 mln; 57,8%) dei 10,7 mln di metri quadri considerati è destinata ad attività commerciale o di altra natura all'interno di complessi immobiliari in cui vengono erogate prestazioni sanitarie.

Approfondendo il solo patrimonio funzionale, la Figura 19.4 mostra, per regione, il taglio medio delle unità immobiliari destinato ad attività assistenziale. A livello nazionale, il dimensionamento medio è pari a 3.883 m<sup>2</sup>; Lombardia (9.136 m<sup>2</sup>) e Piemonte (8.147 m<sup>2</sup>) sono le regioni che fanno registrare i valori più elevati. Questo dato segnala la tendenza di queste ultime a concentrare l'erogazione di attività sanitaria in poli dimensionalmente più ampi rispetto a quanto osservato negli altri contesti regionali.

Non sembrano emergere, quindi, modelli dominanti di organizzazione dei servizi determinati dalle strutture che li accolgono, a dimostrazione che la risposta ai bisogni di cura espressi dalla popolazione sia funzione soprattutto delle dotazioni di personale e tecnologiche, anziché edili in senso stretto. La natura stessa di servizio consente, infatti, di adattarsi flessibilmente allo spazio fisico in cui è erogato, anche se ciò non deve portare a un sistemico disinvestimento sul patrimonio.

Figura 19.4 **Metri quadri per unità immobiliare destinata ad attività istituzionale e assistenziale**

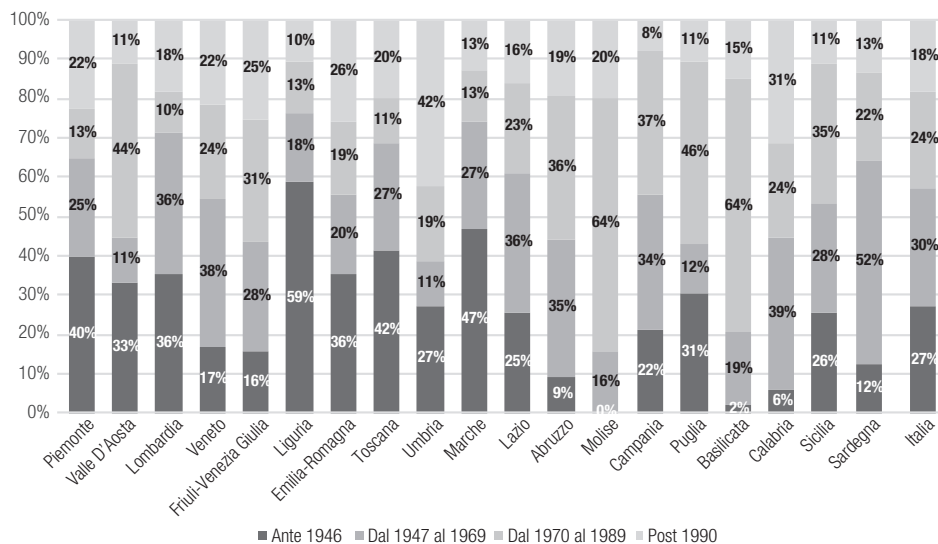


Fonte: elaborazioni su dati Ministero dell'Economia e delle Finanze (2020)

La Figura 19.5 fornisce poi una rappresentazione plastica della vetustà delle strutture in cui vengono erogati i servizi sanitari. A livello nazionale, l'82% delle costruzioni è stato realizzato prima del 1990, il 58% prima del 1970. La prima delle due percentuali è particolarmente rilevante se si considera che è con la L.10/1991 che si comincia a disciplinare in modo significativo l'uso razionale dell'energia. Anche in questo caso si osserva una certa eterogeneità interregionale, con SSR che vantano una quota di costruzioni realizzate dopo il 1990 decisamente superiore alla media nazionale (Umbria, 42%<sup>5</sup>; Calabria, 31%) e altri in cui la parte preponderante delle unità immobiliari è stata realizzata prima del 1946 (Liguria, 59%; Marche, 47%).

Risulta infine interessante verificare la modalità di gestione operativa degli immobili e del loro impiego. In questa direzione, un'utile indicazione può essere fornita dal saldo netto di gestione dei fitti, che mette in relazione la locazione del patrimonio non funzionale e l'eventuale ricorso a patrimonio immobiliare di terzi per l'erogazione di servizi sanitari. Anche su questo fronte, le evidenze quantitative suggeriscono una certa casualità delle scelte operate e l'apparente assenza di gestione sistematica e strategica degli asset di proprietà. A dati 2017, infatti, la gestione complessiva del patrimonio delle Aziende del SSN ha fatto

<sup>5</sup> In conseguenza probabilmente del terremoto del 1997.

Figura 19.5 **Vetustà del patrimonio delle Aziende del SSN (unità immobiliari)**

Fonte: elaborazioni su dati Ministero dell'Economia e delle Finanze (2020)

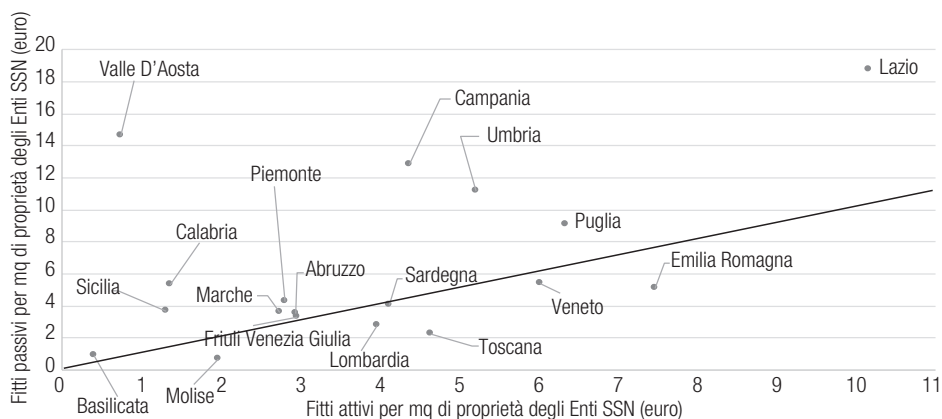
registrare un saldo netto negativo e pari a  $-2,4 \text{ €/m}^2$  (per un totale di  $-68 \text{ mln}$  di euro – Figura 19.6). Nei fatti, in nessuna regione si registra un saldo netto positivo. A dati 2019 si osserva un consistente miglioramento ( $+23\%$ ,  $-52 \text{ mln}$  – dati non riportati in Figura), alla luce del saldo positivo fatto registrare da Lombardia e Veneto, che tuttavia non risolve le criticità legate alla gestione operativa degli immobili osservate nel 2017.

### 19.3.2 Lo stato manutentivo e la gestione del patrimonio

Lo stato in cui versa un'entità immobiliare è fisiologicamente commisurato all'uso previsto e risente inevitabilmente di una progressiva obsolescenza, che può sfociare in condizioni di grave degrado se non addirittura non conformità alle norme quando non si provveda ad adeguare le condizioni strutturali all'evoluzione dei requisiti tecnici e funzionali occorsi nel tempo. L'attività manutentiva, con le sue componenti ordinaria e straordinaria o incrementativa rappresenta dunque un elemento saliente sia per il mantenimento del patrimonio, al fine di ritardarne lo stato di degrado, sia per garantire la sua adeguatezza nel tempo. Dati i forti vincoli di bilancio, si può affermare che siano rari gli interventi di manutenzione predittiva, volti, appunto, a contrastare l'obsolescenza e quindi a ridurre le esigenze di imponenti interventi di manutenzione straordinaria.

Le rappresentazioni che seguono offrono una fotografia, per regione, dell'in-



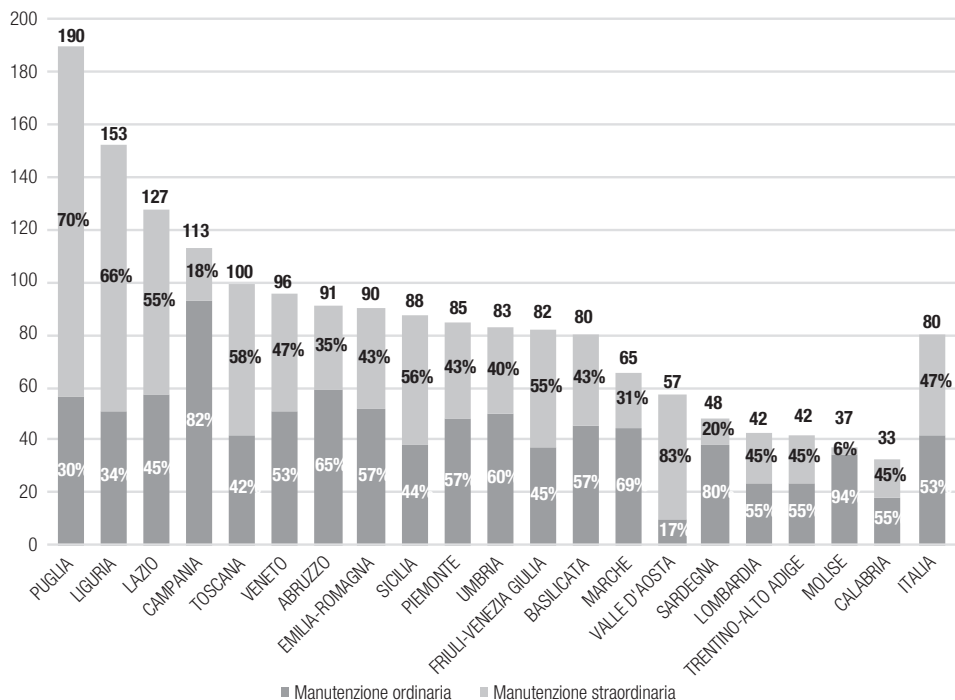
Figura 19.6 **Fitti attivi e fitti passivi per metro quadro a confronto (2017)**

Fonte: elaborazioni su dati Conti Economici regionali (2017) e Ministero dell'Economia e delle Finanze

tensità manutentiva, intesa come risorse allocate sul patrimonio edilizio di proprietà delle Aziende, il cui valore complessivo, a livello nazionale, è di circa 1,4 mld di euro all'anno nel triennio 2017-2019, di cui 733 mln di componente ordinaria e 660mln di straordinaria.

La Figura 19.7 evidenzia la spesa media al m<sup>2</sup> di competenza degli esercizi 2017-2019 sostenuta dai SSR, distinguendo tra componente ordinaria e straordinaria con riferimento alle poste di bilancio strettamente legate alle unità immobiliari (fabbricati, impianti e macchinari). Nella rappresentazione i valori sono riferiti al solo patrimonio funzionale: si tratta di una stima prudenziale, che consente di mostrare il valore massimo attribuibile all'intensità manutentiva per spazi destinati all'erogazione di servizi sanitari senza considerare le unità del patrimonio non funzionale, in virtù dell'impossibilità di isolare la puntuale destinazione dell'intervento manutentivo. Nonostante questi limiti di analisi, la Figura 19.7 riporta per la prima volta una rappresentazione comparativa sul tema e consente di proporre alcune riflessioni sul comportamento dei diversi SSR. A livello nazionale, si registra un valore medio di 80 €/m<sup>2</sup>, quasi equamente suddiviso tra componente ordinaria (42 €/m<sup>2</sup>; 53%) e straordinaria (38 €/m<sup>2</sup>; 47%). A livello interregionale, si osserva una discreta variabilità, con cinque regioni che superano o raggiungono i 100 €/m<sup>2</sup> (Puglia, Liguria, Lazio, Campania e Toscana) e altrettante che invece non raggiungono i 50 €/m<sup>2</sup> (Sardegna, Lombardia, Trentino Alto-Adige, Molise e Calabria). La componente ordinaria rappresenta diffusamente almeno la metà degli importi considerati, con unica eccezione rappresentata dalla Valle d'Aosta (17%). Valori percentuali particolarmente elevati si registrano in Campania (82%) e Molise (94%), che rappresentano comunque due realtà profondamente diverse: a differenza del Molise, infatti, in Campania si osserva un'intensità manutentiva ordinaria

Figura 19.7 **Manutenzione ordinaria e straordinaria per fabbricati, impianti e macchinari per metro quadrato delle unità immobiliari «funzionali» (media 2017-2019 – in €/mq)**



Fonte: elaborazioni su dati SIOPE (2020)

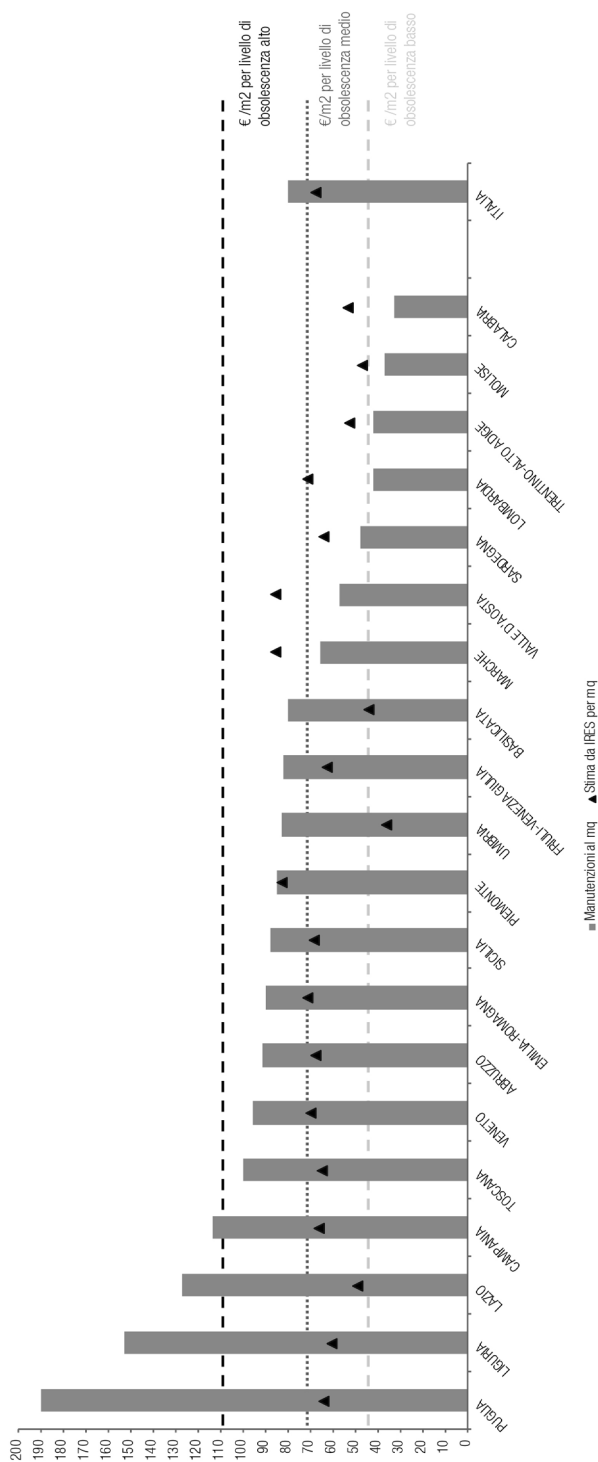
particolarmente elevata anche in termini assoluti (93 €/m<sup>2</sup>, unica regione a superare i 60 €/m<sup>2</sup>).

I valori appena descritti acquisiscono ulteriore valenza interpretativa se confrontati con stime parametriche standardizzate su aspetti e requisiti tecnico-strutturali. La Figura 19.8 e la Figura 19.9 mostrano il posizionamento dei singoli SSR rispetto al fabbisogno standard stimato a partire da dati IRES (2018). La prima delle due figure mostra i valori normalizzati per m<sup>2</sup>, mentre la seconda i valori assoluti del triennio 2017-2019.

Le linee tratteggiate della Figura 19.8 rappresentano le soglie identificate da IRES per qualificare l'obsolescenza delle unità immobiliari a partire dalla loro età convenzionale<sup>6</sup>: in caso di unità con un livello di obsolescenza alto, è stimato un costo medio annuo complessivo di manutenzione pari a 100 €/m<sup>2</sup> (linea

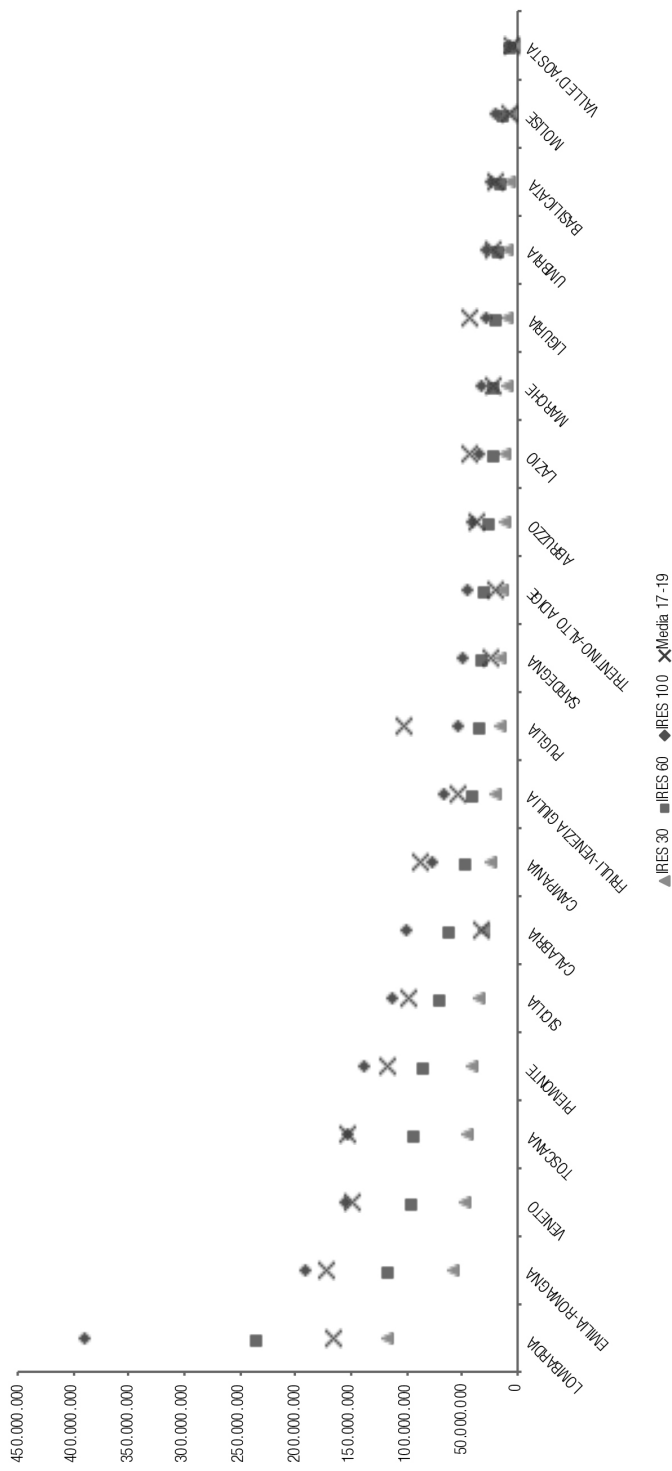
<sup>6</sup> In particolare, sono identificati tre distinti livelli di obsolescenza: (i) alto, con età convenzionale saturata al 70-100%; (ii) medio, con età convenzionale saturata al 40-70%; (iii) basso, con età convenzionale saturata al 0-40%.

Figura 19.8 **Manutenzione (ordinaria e straordinaria) per fabbricati, impianti e macchinari per metro quadrato delle unità immobiliari «funzionali» rispetto ai valori parametrici standard di fabbisogno**



Fonte: elaborazioni su dati SIOPE (2020) e IRES (2018)

**Figura 19.9 Manutenzione (ordinaria e straordinaria) di fabbricati, impianti e macchinari: confronto tra valori parametrici standard di fabbisogno e valori effettivi (assoluti)**



Fonte: elaborazioni su dati SIOPE (2020) e IRES (2018)

tratteggiata nera della Figura); a livelli di obsolescenza medi corrisponde un costo medio annuo stimato di 60 €/m<sup>2</sup> (linea tratteggia in grigio scuro); a livelli di obsolescenza modesti corrisponde un costo medio annuo di 30 €/m<sup>2</sup> (linea tratteggiata in grigio chiaro). La barra dell'istogramma rappresenta il valore in €/m<sup>2</sup> osservato con riferimento al triennio 2017-2019, mentre il triangolo blu rappresenta il fabbisogno stimato a partire dalla composizione effettiva, in termini di età, del patrimonio destinato ad attività istituzionale dei diversi SSR<sup>7</sup>. A livello nazionale è possibile notare come l'intensità manutentiva media si collochi nell'intervallo di valori identificato da IRES (2018) e che la distanza tra valore medio osservato (80 €/m<sup>2</sup>) e fabbisogno stimato (67 €/m<sup>2</sup>) sia tutto sommato modesta (+19%). Questo apparente allineamento è in realtà frutto di effetti compensativi interregionali. Si osserva infatti una certa variabilità a livello regionale, con l'emersione di alcuni elementi degni di nota:

- ▶ la quasi totalità delle regioni registra un valore medio nel triennio 2017-2019 contenuto all'interno della «forbice» rappresentata dalle stime massime e minime prese come riferimento. Fanno eccezione alcune regioni che superano il valore massimo di 100 €/m<sup>2</sup>: Puglia (190 €/m<sup>2</sup>), Liguria (153 €/m<sup>2</sup>), Lazio (127 €/m<sup>2</sup>), Campania (113 €/m<sup>2</sup>);
- ▶ da contraltare a quanto appena evidenziato, nessuna regione registra valori al di sotto della soglia minima di 30 €/m<sup>2</sup>, sebbene Calabria (33 €/m<sup>2</sup>) e Molise (37 €/m<sup>2</sup>) si avvicinino significativamente a tale valore;
- ▶ un blocco consistente di regioni registra un'intensità manutentiva significativamente maggiore o strutturalmente superiore al fabbisogno standard regionale. Nel primo caso si trovano Puglia, Liguria, Lazio, Umbria, in cui si registra una differenza percentuale tra valore osservato e valore stimato superiore a 100; nel secondo Basilicata, Campania, Toscana, Veneto, Abruzzo, Friuli-Venezia Giulia, Sicilia, Emilia-Romagna, con una differenza percentuale compresa tra 27% e 83%;
- ▶ un secondo blocco meno numeroso di regioni, invece, registra un'intensità manutentiva nel triennio 2017-2019 inferiore al fabbisogno (Trentino Alto Adige, Molise, Marche, Sardegna, Valle d'Aosta, Calabria, Lombardia);
- ▶ in valore assoluto (Figura 19.9), gli «eccessi» non rappresentano cifre particolarmente elevate, mentre sono decisamente più rilevanti i casi in cui il

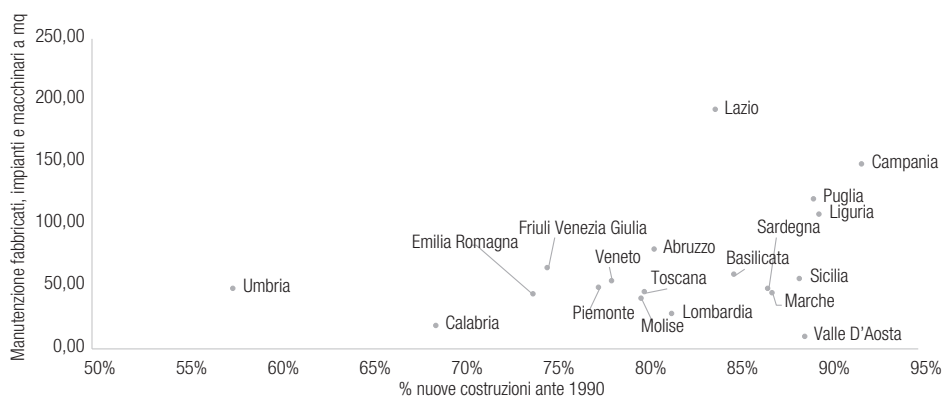
<sup>7</sup> La stima è stata realizzata applicando le stime del costo medio annuo per manutenzione di IRES (2018) all'età del patrimonio effettivamente osservato nei diversi contesti regionali, immaginando una vita convenzionale utile pari a 90 anni: ai m<sup>2</sup> facenti parte unità immobiliari realizzate prima del 1961 (numero intero più vicino al 1954, anno di riferimento per la stima) è stato applicato il valore di costo stimato più elevato (100 €/m<sup>2</sup>); a quelli di unità realizzate tra 1961 e 1981, il valore «medio» (60 €/m<sup>2</sup>); alle costruzioni più recenti, realizzate dal 1981, il valore più modesto (30 €/m<sup>2</sup>). Applicando tali valori al dimensionamento del patrimonio è dunque stato possibile definire una stima del fabbisogno standard per ciascun SSR.

valore osservato è prossimo al valore soglia massimo in alcune regioni di grandi dimensioni (Emilia-Romagna, Veneto, Toscana).

Anche in questo caso è, dunque, possibile sostenere una certa eterogeneità di approccio nei diversi SSR, con scelte di impiego di risorse non sempre strettamente collegate all'effettivo fabbisogno espresso dal patrimonio di riferimento.

In maniera più dettagliata, a riprova di quanto appena osservato, la Figura 19.10 mostra la relazione lineare tra costi sostenuti per la sola componente ordinaria della manutenzione su fabbricati, impianti e macchinari e vetustà del patrimonio: come si è detto in apertura di paragrafo, a una maggiore erosione di vita utile convenzionale del bene immobile dovrebbe corrispondere un'intensità manutentiva maggiore, per rispondere al fisiologico degrado che ne deriva. L'assenza di relazione tra le due dimensioni permette, invece, di evidenziare una estrema varietà e possibile casualità delle scelte d'impiego delle risorse.

Figura 19.10 **Relazione tra oneri sostenuti per manutenzione ordinaria e vetustà del patrimonio (2017)**



Fonte: elaborazioni su dati SIOPE e Conti Economici regionali e Ministero dell'Economia e delle Finanze (2020)

#### 19.4 Verso una gestione strategica del patrimonio, il ruolo del privato

La vetustà del patrimonio sanitario italiano e l'esigenza di adeguarlo per sostenere la risposta, da un lato, a mutate esigenze di organizzazione dei servizi e, dall'altro, a nuovi standard di sicurezza e ambientali, richiede la definizione di piani di investimento di medio termine, basati su robuste valutazioni di convenienza utili a verificare quanto sia opportuno sostituire continui e frammentati interventi di manutenzione straordinaria con più rilevanti interventi di riqua-

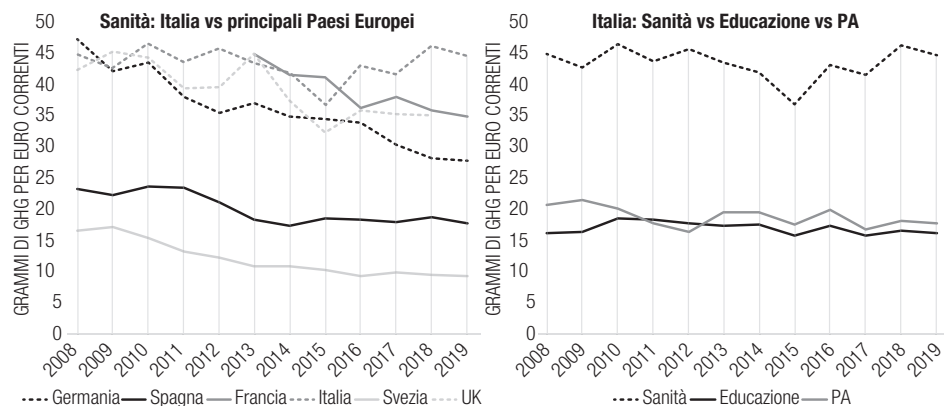
lificazione della rete, anche accompagnati da percorsi di dismissione. Questi piani di investimento non possono non considerare il coinvolgimento dei capitali privati, per tre ordini di motivi: i) le risorse pubbliche comunque disponibili e/o attivabili non sarebbero sufficienti; ii) il coinvolgimento del mercato attraverso logiche di PPP può generare importanti benefici che vanno oltre la mera addizionalità finanziaria; iii) gli investimenti sanitari, per la loro portata, devono servire non solo per rispondere a politiche sanitarie ma debbono anche sostenere il conseguimento di altri obiettivi, tra cui lo sviluppo del PIL e il raggiungimento dei target ambientali.

Con riferimento a quest'ultimo punto, è interessante notare come gli immobili sanitari siano tra i più energivori del sistema pubblico di offerta dei servizi e l'Italia sia il fanalino di coda in Europa per quanto riguarda le emissioni inquinanti derivanti dagli immobili, come riportato in Figura 19.11.

Gli interventi di efficientamento energetico sono uno degli ambiti dove, per esempio, l'utilizzo dei capitali privati attraverso modelli di PPP è ormai consolidato.

Nelle realtà più avanzate e con maggiori disponibilità liquide private, i capitali privati potrebbero anche provenire dal sistema bancario attraverso una raccolta dedicata presso i risparmiatori. Secondo un recente studio condotto da CENSIS-AIPB, il 53,1% dei clienti del *private banking* dichiara di volere investire per generare valore sul proprio territorio, mentre il 40,5% ammette il desiderio di investire per finanziare direttamente la pubblica amministrazione. Sempre secondo lo stesso studio, il 57,9% dei clienti ad alto reddito reputa necessario e strategico investire nelle infrastrutture (economiche e sociali) del paese.

Figura 19.11 **Il consumo energetico del patrimonio: settore sanitario, confronto internazionale (figura di sinistra) e per settori di attività di natura pubblica, in Italia (figura di destra)**



Fonte: elaborazione degli autori su dati Eurostat (2020)

Una raccolta dedicata presso i cittadini-risparmiatori potrebbe consentire di abbattere il costo del capitale, da un lato, ma anche di migliorare l'accettazione sociale del progetto: infatti, il cittadino beneficerebbe sia di un rendimento sociale (in termini di spazi e di servizi), ma anche di un rendimento finanziario. In tal caso, sarebbe auspicabile l'attivazione di un *crowd-funding* a livello di pacchetto progettuale su scala regionale.

Sebbene il Rapporto OASI abbia offerto nel corso degli anni svariate analisi e considerazioni in relazione all'utilizzo dei capitali privati, il nuovo contesto caratterizzato, per la prima volta dopo molti anni, da una politica d'investimento espansiva, la potenziale disponibilità di ingenti risorse finanziarie e i cospicui fabbisogni di investimento per ripensare e potenziare l'offerta dei servizi richiedono una riflessione, anche fondata sull'esperienza maturata, di come i capitali possano essere utilizzati in modo più strategico e meno contingente da parte delle Aziende Sanitarie. In questo paragrafo si offrono, dunque, alcuni spunti di riflessione sulla nuova postura che dovrebbe guidare la scelta di utilizzare modelli di PPP, sia in modo più generale sia con specifico riferimento a Case e Ospedali di Comunità.

#### **19.4.1 Un nuovo razionale per il PPP: non solo strumento di matching fund**

La necessità di un maggior coinvolgimento del settore privato non dovrebbe derivare, come in passato, solo da considerazioni di tipo macroeconomico, ovvero dalla mera possibilità di generare addizionalità finanziaria e realizzare investimenti che non configurano debito pubblico (*off-balance sheet*), ma anche da fattori di tipo microeconomico, legati alla potenziale maggior efficienza e produttività del settore privato, grazie anche a meccanismi di incentivazione contrattuale, che oggi trovano fondamento nell'istituto giuridico della concessione. Infatti, tra i principali vantaggi documentati del PPP vi è la possibilità di trasferire in modo efficiente il rischio legato alla realizzazione dell'investimento in tempi e costi certi, che rappresenta un elemento imprescindibile per l'attuazione del PNRR, ma anche per offrire risposte adeguate in modo tempestivo ai territori. In particolare, poiché l'operatore economico può incassare i ricavi (canone di disponibilità, generalmente, per il settore sanitario) solo al termine della fase di investimento, esso ha un forte incentivo a realizzare l'investimento in tempi molto più celeri rispetto a un appalto tradizionale e nel rispetto dei costi preventivati.

Il PPP, oltre ai rischi legati alla fase di costruzione/investimento, consente di trasferire anche i rischi legati alla gestione dei manufatti, con l'obiettivo di assicurare che vengano svolte tutte le attività di manutenzione predittiva e straordinaria volte non solo ad assicurare la necessaria qualità per la gestione delle



attività socio-assistenziali, ma anche per restituire, al termine del contratto, i manufatti in perfetto stato di funzionamento alle aziende sanitarie.

Il PPP permette, inoltre, di responsabilizzare l'operatore economico sulla sostenibilità complessiva del progetto (costruzione, gestione e mantenimento in modo funzionale alle esigenze degli edifici), al fine di assicurare che i ricavi del progetto (il canone di disponibilità) siano in grado di coprire i costi di gestione e i costi di investimento, al netto di un eventuale contributo a fondo perduto.

In generale, il PPP permette di generare anche maggiori innovazioni in relazione a soluzioni progettuali capaci di conseguire obiettivi di sostenibilità ambientale, anche secondo logiche di *circular economy*, proprio per il sistema di incentivi contrattuali su cui si basa. Infatti, si tratta di innovazioni di processo che seppure possano essere realizzate con meccanismi di appalto tradizionale, proprio per i rischi che sono ad esse associate e per il grado di sofisticazione che richiedono, possono essere più facilmente sviluppate, almeno in fase iniziale e sperimentale, in seno a contratti di PPP.

Questi obiettivi di tipo microeconomico sono legati a incentivi; in assenza di adeguati incentivi, i modelli di PPP saranno inefficienti e consentiranno di generare solo addizionalità finanziaria con benefici significativamente inferiori (e quindi costi maggiori) per la società. Ma è proprio da una concettualizzazione più strategica e ambiziosa del PPP che ne deriva la sua convenienza. L'appalto tradizionale non solo non prevede un sistema di incentivi adeguato per orientare l'operatore economico verso il raggiungimento di obiettivi di tipo strategico, ma soprattutto si basa sul cosiddetto meccanismo *unbundled*, ovvero la separazione della componente dell'investimento dalla componente della gestione, che non consente, in presenza di risorse e competenze limitate di project management nelle Amministrazioni pubbliche, di ottimizzare la fase della costruzione con l'obiettivo di generare maggiori efficienze e qualità in fase di gestione. Inoltre, a causa degli stanziamenti di budget pubblico scarsamente prevedibili e di una preferenza generalizzata della classe politica a investire risorse per la costruzione di nuovi investimenti, piuttosto che sul mantenimento delle infrastrutture esistenti, il modello di investimento tradizionale non consente di "stanziare e congelare" – ossia mantenere fisse nel tempo – le risorse sulla manutenzione (i cosiddetti *lifecycle cost*). Oggi rispetto al passato la Direttiva Concessioni (CE 23/2014), che rappresenta il riferimento giuridico dei contratti di PPP, chiarisce la necessità di allocare all'operatore economico il cosiddetto rischio operativo; pertanto, un nuovo approccio al PPP deve passare attraverso la costruzione di contratti caratterizzati dalla definizione di un sistema ambizioso di parametri di risultato legati a meccanismi di decurtazione nel caso questi risultati non siano conseguiti. Ciò in passato non accadeva e nella maggior parte dei casi i contratti di PPP stipulati erano dei meri contratti "ombrello" di tradizionali contratti di appalto (per progettazione, costruzione e gestione).

### 19.4.2 Un nuovo approccio al PPP: “horses for courses”

Il modello di PPP che consente di rispondere e superare le criticità emerse e di rispondere anche al mutato quadro normativo di riferimento è di tipo *light* (Vecchi *et al.*, 2020), ovvero un contratto più circoscritto che deve essere sartorializzato rispetto alle diverse esigenze (siano esse legate al patrimonio immobiliare, alle tecnologie o a taluni servizi). Da qui la locuzione «*horses for courses*», ovvero scegliere il «cavallo giusto per la corsa». Con riferimento al patrimonio immobiliare, il PPP *light* si focalizza sull’involucro, assicurandone la piena disponibilità e fruibilità, lasciando flessibilità nella gestione dei servizi sia sanitari, sia non sanitari; questi ultimi possono seguire la logica dell’appalto tradizionale governato dall’azienda sanitaria. Per l’installazione e gestione delle tecnologie critiche e funzionali ad assicurare all’azienda sanitaria la capacità di operare in modo efficace e alla frontiera tecnologica, si può optare anche per contratti di PPP tecnologici, separati e affidati con procedure differenti. Le principali caratteristiche del PPP *light* sono:

- ▶ contratto essenziale: progettazione, costruzione e gestione del *facility management* (manutenzioni, calore, verde, eventualmente pulizie, ovvero solo e soltanto servizi che sono funzionali ad assicurare la disponibilità degli spazi)
- ▶ pagamento:
  - ◀ contributo a fondo perduto (max 49%, il cui ammontare, entro questo limite, può anche essere incrementato in fase di esecuzione del contratto, come modifica contrattuale)
  - ◀ canone di disponibilità, articolato in sotto parti (componente investimento – iva 10% – e componente servizi – iva 22%) a cui applicare decurtazioni, e solo parzialmente legato all’inflazione
- ▶ durata: generalmente non oltre 20 anni di gestione
- ▶ decurtazioni vs penali: le decurtazioni colpiscono la performance e non fattori di input/processo e possono quindi essere legate anche al valore della produzione perso in caso di non disponibilità.

La Tabella 19.1 delinea i tratti di differenza tra il vecchio modello di PPP e il PPP *light*.

Il PPP può trovare applicazione, per quanto riguarda il patrimonio immobiliare, sia per la realizzazione di Case e Ospedali della Comunità, sia per la realizzazione di interventi di efficientamento energetico o per la realizzazione/ristrutturazione/rifunzionalizzazione di ospedali base o di I/II livello, o ancora per la realizzazione di poli per ospitare servizi da dedicare a bacini di utenza espressivi di specifici bisogni sanitari. Poi, ovviamente, il PPP può essere applicato anche alle tecnologie, consentendo di spostare il focus dall’investimento al servizio, ma questo tipo di applicazione non è oggetto del presente capitolo.

Tabella 19.1 I contratti PPP: confronto tra «vecchio modello» e «light model»

Caratteristiche contratti PPP	Vecchio Modello	Modello Light
<b>Rischio di ritardo</b>	Abbastanza elevato, penali simili a quelle degli appalti; nessun incentivo a terminare i lavori nei tempi	Ridotto, in caso di ritardo la perdita per l'OE sarà elevata (riduzione automatica della gestione, con minori ricavi)
<b>Rischio di disponibilità</b>	Molto basso, in quanto le penali applicate ai servizi sono quelle tipiche dell'appalto tradizionale	Sistema articolato di decurtazioni; in caso la disponibilità scenda sotto livelli minimi sarà compromesso il rendimento sul capitale investito
<b>Allocazione dei rischi</b>	Bassa	Alta, rimangono in capo al Concedente (AS) solo: modifiche richieste PA, Forza maggiore, modifiche normative
<b>Flessibilità</b>	Bassa, maggior parte dei servizi non-core affidati al Concessionario	Alta, solo manutenzioni e gestione energia affidata all'OE; tutti gli altri servizi possono essere gestiti con appalti separati
<b>Gestione tecnologie</b>	Spesso inserita nei contratti con svariate problematiche (vedi Ulss Marca Trevigiana) e con capitolati identici a quelli di appalto	L'Alta tecnologia può essere gestita con un contratto di PPP tecnologico ad hoc, da coordinare eventualmente con il PPP edile
<b>Trasparenza</b>	Bassa, per la complessità del contratto	Alta, contratto leggero con minori prestazioni incluse
<b>Potenziale complessità in caso di rinegoziazione</b>	Alta, perché parte dell'investimento è remunerato attraverso un mark-up sui servizi	Bassa, la componente del canone di disponibilità è ben identificata
<b>Rendimento</b>	Molto elevato e sovradimensionato	Coerente con il livello di rischio assunto dall'OE e soggetto a possibili riduzioni in caso di sotto-performance gestionali
<b>Inflazione</b>	Tutti i canoni, compreso la componente dell'investimento, sono indicizzati all'inflazione, con rischio di incremento effettivo del rendimento per il Concessionario (vedi Schiavonia)	Solo la componente dei servizi manutentivi ed energetici è indicizzata all'inflazione, la componente per la remunerazione dell'investimento è fissa (al netto di decurtazioni); questo assicura che non vi siano elementi di extra rendimento esterni al PEF e certezza dell'impatto sul bilancio del canone di disponibilità; inoltre, riduce il rischio di eventuali rinegoziazioni

Fonte: elaborazione degli autori

Tuttavia, poiché il successo di questi contratti dipende dalla «sartorializzazione» del PPP rispetto ai fabbisogni e agli obiettivi, proprio per evitare gli errori del passato, ma anche per la necessità di allineare il mercato rispetto a questi obiettivi strategici, l'avvio di procedure di PPP potrebbe essere anticipata da interlocuzioni preliminari di mercato (ex art. 66), al fine di comprendere le possibili soluzioni e la capacità di assunzione del rischio degli operatori di mercato, specie rispetto a fabbisogni più complessi.

Da questo punto di vista, vale la pena mettere in evidenza l'importanza della pipeline dei progetti da realizzare in PPP. Infatti, quando si presenta al mercato un piano certo di investimenti, da realizzare in tempi certi, il mercato non solo

si mobilerà con maggior interesse e, per certi aspetti, fiducia, ma sarà possibile anche ridurre i costi di transazione legati alla strutturazione dei contratti, per il semplice motivo che gli investimenti necessari per la strutturazione dei contratti, per l'analisi dei rischi, per le transazioni finanziarie saranno spalmati su un numero più significativo di progetti.

Da un punto di vista procedurale, anche con l'obiettivo di accelerare i tempi di realizzazione degli interventi e di richiedere soluzioni al mercato rispetto ai fabbisogni, l'opzione che si è dimostrata più efficiente ed efficace negli ultimi anni è la concessione a iniziativa privata (ex art 183 comma 15 del D.lgs. 50/2016), sollecitata da un avviso, come suggerito dall'ANAC (Delibera n. 219/2021). La pubblicazione dell'avviso (ex art. 66) ha l'obiettivo di stimolare una maggior concorrenza tra gli operatori economici (i proponenti) in fase di presentazione di proposte, e consente di mettere a confronto e valutare diverse soluzioni progettuali, realizzative e gestionali, e di stimolare un maggior grado di innovazione da parte del mercato. L'avviso deve contenere alcuni elementi minimi ed essenziali per mettere gli operatori nelle condizioni di presentare proposte coerenti con i desiderata dell'amministrazione. Questa procedura consente alle amministrazioni di valutare le soluzioni secondo logiche comparative, scegliere i progetti più fattibili e tra l'altro anche di migliorarli nell'ambito di un confronto con i proponenti. Successivamente, sarà espletata la gara, a cui i promotori (gli OE la cui proposta è stata ritenuta più fattibile tra le altre) sono obbligati a partecipare. Questa procedura, proprio per la sua flessibilità e per la possibilità di realizzare un confronto costruttivo con il mercato in fase di valutazione delle proposte, non solo consente alle amministrazioni di meglio esercitare il ruolo di committenza, ma anche di evitare che le gare vadano deserte o di aggiudicare contratti che potrebbero generare situazioni di azzardo morale, che si verificano più frequentemente quando l'intersezione tra progetto e Piano Economico e Finanziario, concepiti dalle Amministrazioni nell'ambito di procedure di aggiudicazione più tradizionali, aprono spazi di non fattibilità.

### **19.4.3 Il PPP per Case della Comunità e Ospedali di Comunità**

In ottica di PNRR e di riconfigurazione dell'offerta di servizi in chiave territoriale, il PPP potrebbe trovare applicazione nella realizzazione di Case oppure Ospedali di Comunità secondo diversi modelli, a seconda delle esigenze e del contesto.

In particolare, il PPP consente alle Regioni di assicurare la copertura finanziaria di un pacchetto di progettualità più ampio rispetto alle dotazioni finanziarie disponibili a valere sul PNRR, oltre che di assicurare rapidità nella realizzazione degli investimenti, specie dei più complessi come si scriverà di seguito. Come messo in evidenza sopra, è tuttavia auspicabile la definizione di un portafoglio complessivo di investimenti, da realizzare nei prossimi anni,

rispetto al quale considerare differenti strategie finanziarie e di valorizzazione/rifunzionalizzazione del patrimonio, valutando tutte le opzioni possibili nella panopia delle soluzioni di sviluppo degli investimenti, tra cui anche l'accreditamento. Questa pianificazione strategica deve tenere conto anche della dimensione del servizio, in virtù del fatto che contratti di PPP possono anche riguardare investimenti tecnologici per l'erogazione di servizi oppure, con riferimento alle Case della Comunità, la gestione dei servizi, sia di base che integrativi.

Tabella 19.2 **Modelli di realizzazione e gestione delle Case della Comunità**

Grado di coinvolgimento del mercato	Basso					Alto
	Sistema appalti		PPP			Accreditamento
Investimento	In house		In house + privato	In house	In house + privato	Privato
Gestione servizi core	In house		In house + privato	In house	In house + privato	Privato

Facendo un focus solo sulle Case della Comunità, l'applicazione del PPP, che come scritto sopra trova la sua ragione d'essere e la sua convenienza quando il contratto trasferisce rischi significativi all'operatore economico, può porre problemi di appropriatezza se applicato al singolo investimento, specie se non complesso e specie se si tratta di una nuova costruzione (progetto *greenfield*), le cui complessità realizzative sono generalmente limitate. Di conseguenza, al fine di beneficiare delle opportunità del PPP, si ritiene che esso possa essere utilizzato nelle seguenti circostanze:

- 1) realizzazione di un pacchetto di Case della Comunità (rete territoriale delle Case della Comunità), cosicché, crescendo il volume degli investimenti, aumenti sia il rischio di disponibilità che il rischio di costruzione; pertanto, il PPP consentirebbe all'azienda sanitaria di realizzare un pacchetto di interventi in tempi sfidanti;
- 2) il PPP potrebbe, poi, rappresentare la scelta ottimale e certamente preferibile rispetto a un appalto tradizionale, anche nel caso in cui vi fossero tutte le risorse finanziarie disponibili, per la realizzazione di una Casa della Comunità, o di più case, nell'ambito di un progetto complessivo di riqualificazione (anche urbana) e razionalizzazione dei servizi su una rete di strutture, con eventuali ristrutturazioni di spazi liberati; più in particolare:
  - nel caso in cui la realizzazione di Case della Comunità avvenga in contesti urbani e nell'ambito di riqualificazioni edili/urbane, il progetto potrebbe ospitare anche spazi da adibire ad attività di tipo commerciale o terziario, ma anche a centri diurni per anziani o altre fragilità; in questi

casi il profilo di rischio (anche di domanda) per l'OE aumenterebbe e in generale ci sarebbe l'opportunità di concentrare su un unico spazio più servizi per la comunità, anche in accordo con altre amministrazioni pubbliche;

- nel caso in cui la Casa della Comunità venga realizzata nell'ambito di strutture esistenti, ci sarebbe la necessità di riqualificazione architettonica (sia nella struttura ospitante le funzioni sia nella struttura che queste funzioni lasciano) e di importanti riqualificazioni energetiche, con possibilità di realizzare edifici più sostenibili anche secondo logiche di circolarità e riduzione dell'impatto ambientale.

Pertanto, in linea generale, il PPP potrebbe essere utilizzato per quei progetti a maggior intensità di capitali e più complessi, in modo da dispiegare in modo più capillare sul territorio le risorse del PNRR.

Il PPP, non necessariamente co-finanziato dal PNRR, potrebbe favorire anche il potenziamento e l'introduzione di soluzioni innovative per quanto attiene i servizi, espandendo la gamma dei servizi gestibili nell'ambito delle Case della Comunità. A titolo di esempio, potrebbero essere inclusi servizi di presa in carico dei pazienti a domicilio o per la gestione di servizi di assistenza/teleassistenza. L'estensione del perimetro del PPP a questi servizi richiede il coinvolgimento degli erogatori accreditati.

## 19.5 Considerazioni strategiche conclusive

Il capitolo ha offerto, per la prima volta, un'analisi estremamente granulare dello stato del patrimonio delle aziende sanitarie italiane, da cui è possibile articolare alcune considerazioni di natura strategica, la cui urgenza impone l'avvio di misure tempestive, anche in considerazione dello specifico momento storico.

L'analisi offre una fotografia caratterizzata da significative differenze a livello nazionale, i cui tratti comuni sono ascrivibili alla vetustà del patrimonio e la mancanza di correlazione tra dimensioni fisico-tecnica ed economica del patrimonio. In altre parole, le risorse dedicate alle manutenzioni non sembrano dipendere dallo stato effettivo del patrimonio, di cui in ogni caso è difficile disporre di informazioni di dettaglio. Dalle interviste effettuate con alcuni referenti regionali<sup>8</sup>, emerge come negli ultimi anni il DM 70, nonché la rinnovata attenzione alla prevenzione antisismica e antincendio in seguito al DPCM 24 Dicembre 2018, abbiano guidato la programmazione degli investimenti in edilizia ospedaliera.

<sup>8</sup> In particolare, si ringraziano Paolo Fattori di Regione Veneto, Alessandro Caviglia di Regione Lombardia, Lucrezia Le Rose di Regione Lazio, Luigi Riccio di Regione Campania.

L'adozione del PNRR ha portato all'attenzione la necessità di ripensare alla rete di offerta in chiave territoriale, stanziando anche ingenti risorse per finanziare questa trasformazione. Sotto il profilo ambientale il Piano recepisce il principio trasversale del «non arrecare un danno significativo» (*do not significant harm principle*), che internalizza per la prima volta in un programma di investimento pubblico degli standard di condotta responsabile, e che costituisce una condizione per la finanziabilità degli investimenti cementando il forte orientamento del piano stesso verso il contrasto al cambiamento climatico, all'uso sostenibile delle risorse e protezione della biodiversità.

Con riferimento a quest'ultimo punto, l'analisi ha messo in evidenza che il grande assente nella gestione del patrimonio immobiliare della sanità pubblica è stato l'ambiente. Considerato che gli investimenti responsabili da un punto di vista ambientale si traducono in un risparmio di risorse (grazie al contenimento, ad esempio, dei consumi energetici), è chiaro che si sia privilegiato un risparmio di breve periodo, anziché la ricerca di efficienza ed economicità. Dimensione quest'ultima tradizionale dell'economia aziendale e che ricomprende la componente economica del concetto di «sostenibilità» a cui è necessario affiancare anche quella ambientale oltre che sociale.

È interessante notare come oggi tutte le grandi aziende private abbiano iniziato ad investire risorse, anche dietro la pressione degli investitori, per la riduzione delle emissioni di tipo *scope* 1, 2, 3<sup>9</sup>. Le politiche e le strategie ambientali che considerano il patrimonio immobiliare non sembrano parlarsi con quelle settoriali e il risultato, come evidenziato, è che la sanità italiana risulta essere tra le più inefficienti sotto il profilo energetico in Europa.

Appare evidente, quindi, come sia necessario adottare un approccio realmente strategico che consenta di superare la *path dependence* che ha fin qui caratterizzato la gestione del patrimonio. Tale approccio deve essere, quindi, finalizzato a:

- a) ripensare la rete per supportare l'implementazione dei nuovi modelli di assistenza, anche in considerazione dell'emergere di modelli ibridi di assistenza in presenza e a distanza;
- b) sfruttare pienamente e rapidamente le risorse disponibili e la politica espansiva in atto, avviando interventi di riqualificazione, costruzione, valorizzazione e alienazione del patrimonio;
- c) rendere la sanità pubblica veicolo per contribuire agli obiettivi comunitari di decarbonizzazione;

<sup>9</sup> Le emissioni Scope 1 sono quelle derivanti da fonti di proprietà (es: i combustibili fossili usati per riscaldare gli edifici); quelle Scope 2 sono connesse all'energia acquistata, anzitutto ai fini dei consumi elettrici (si tratta dunque di combustibili bruciati da terzi); quelle Scope 3 sono connesse all'attività dell'azienda che non rientrano nello Scope 1 e nello Scope 2 (es: le emissioni relative alla mobilità dei dipendenti, alla catena di fornitura, all'utilizzo dei beni prodotti, ecc.).



d) ottimizzare l'utilizzo delle risorse, bilanciando esigenze strategiche, operative e finanziarie a livello regionale e aziendale.

In quest'ottica il patrimonio immobiliare deve ritornare ad assumere centralità strategica nelle politiche regionali e aziendali, con piani implementabili in tempi rapidi, sia per le ricadute sui modelli di assistenza che sulle dinamiche economico-finanziarie. Questo può essere fatto partendo da un serio investimento di ricognizione e di diagnosi del patrimonio che, incrociato con gli obiettivi strategici regionali e aziendali, porti a piani di sviluppo declinati in interventi puntuali definiti attingendo all'intero spettro delle soluzioni contrattuali e finanziarie. Al fine di massimizzare l'impiego delle risorse, ma anche di attirare i capitali privati, risulta imprescindibile accompagnare il piano degli investimenti con una matrice di finanziabilità, che consenta, anche in modo indicativo, di definire le fonti di copertura dei vari interventi e l'ordine di priorità degli investimenti.

Alcune Regioni, hanno già avviato una mappatura del patrimonio al fine di alimentare un piano degli interventi coerentemente con le necessità. Tuttavia, il rischio è che la pianificazione sia guidata dalle risorse ora disponibili e che pertanto non possano essere disegnati piani ambiziosi di investimento, perché le risorse potrebbero essere frammentate su tanti interventi o concentrate su pochi, con il risultato, in ogni caso, di non avviare e completare un piano ambizioso di rinnovamento del patrimonio. In questo senso, sarebbe strategico il coinvolgimento dei capitali privati, attraverso contratti di PPP, da mobilitare, in logica integrativa, non solo per generare addizionalità finanziaria, ma anche per assicurare tempi rapidi di intervento e innovazione nelle soluzioni realizzative.

È quindi necessario attivare un rapido cambio di rotta che consenta alle aziende sanitarie di passare da logiche di mera conservazione del patrimonio a logiche di valorizzazione. Più in generale serve il coraggio di avviare progetti che non necessariamente devono impattare sul bilancio aziendale in modo allineato alla spesa storica, perché altrimenti il cambiamento non sarà mai possibile. Interiorizzare nelle scelte di investimento la dimensione socio-assistenziale, economica e ambientale richiede l'adozione di logiche di valutazione che si spostano dal mero risparmio di breve termine (*Value for Money*) per lasciare spazio a criteri cosiddetti di *Value for Society*. Le aziende sanitarie sono un attore del sistema economico e sociale e come tale devono essere responsabilizzate, al pari delle altre aziende, per gli impatti, positivi o negativi, che generano nell'ecosistema in cui operano. Non perché erogano uno dei beni più importanti per la società devono essere indenni da altri ragionamenti. Da questo punto di vista, è utile anche considerare l'impatto che una mole significativa di investimenti può generare sul PIL del Paese e vale la pena considerare il rapporto tra incremento del PIL, incremento del gettito fiscale e, quindi, potenzialmente una maggiore quantità di risorse disponibili per la sanità.

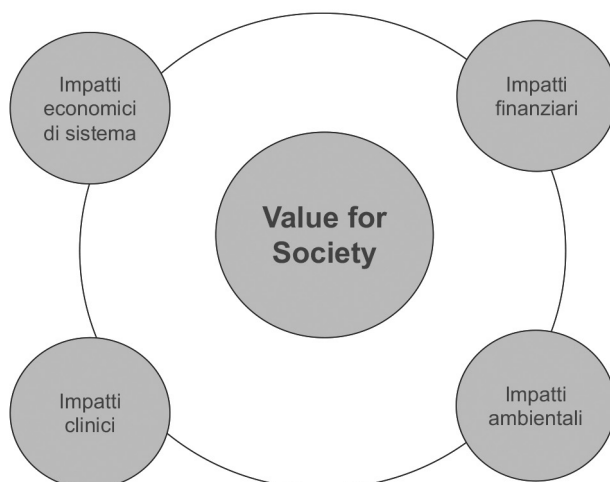


Queste considerazioni mettono in evidenza come sia urgente e prioritario per le aziende sanitarie adottare una visione da «*buyer sofisticato*» nell'implementazione dei piani di riqualificazione del patrimonio immobiliare. Da questo punto di vista i piani di investimento dovrebbero essere sostenuti da logiche decisionali (e quindi da successive metriche di rendicontazione) capaci di tenere assieme diverse dimensioni: quella clinica (legata alla missione dell'azienda), quella ambientale (legata agli impatti sull'ecosistema ambientale e sulle risorse), quella finanziaria (legata alla sostenibilità finanziaria delle scelte, in logica *life cycle*, considerando quindi la vita temporale degli investimenti e non solo il breve periodo), quella economica (legata agli impatti su PIL, ma anche sulla capacità del sistema paese di innovare, dato il ruolo della sanità come *big buyer*). Integrate, queste dimensioni, determinano il paradigma del *Value for Society* che appare allineato alle teorie contemporanee della *Corporate Social Responsibility* (per quanto riguarda la dimensione d'impresa dell'azienda sanitaria) e della *New Public Governance* (per quanto riguarda la dimensione pubblica dell'azienda sanitaria).

Il tema della sostenibilità non solo finanziaria delle scelte di investimento impone anche una diversa postura per quanto riguarda il patrimonio non funzionale.

Molto di questo patrimonio non solo è vetusto ma è una vera e propria passività, non solo per la sanità ma anche per l'intera collettività. Abbracciando logiche di *Value for Society*, è impensabile che questo patrimonio possa essere una cosiddetta *cash cow*, ovvero che sia in grado di liberare risorse, perlomeno

Figura 19.12 Il paradigma del «*Value for Society*»



Fonte: elaborazione degli autori

nel suo stato attuale e nel contesto in cui si trova. Intervenire su questo patrimonio richiede l'utilizzo di strategie ispirate alla *network governance*, basate su alleanze tra istituzioni pubbliche e private, in cui lo scopo del sistema degli attori pubblici è quello di mettere a disposizione *asset* per contribuire a una rigenerazione del territorio, economica e sociale, e dove le aspettative finanziarie non possono che essere dettate da criteri di pazienza, esattamente come avviene per gli investitori filantropici o di impatto che sono appunto considerati investitori pazienti. Solo in questo modo quella che è nei fatti una *liability* nello stato patrimoniale d'azienda può diventare un *asset* per la società.

La strategia di intervento deve considerare poi le modalità di attuazione, che significa fare scelte di governance e organizzative in modo da assicurare non solo la rapidità di intervento ma anche la qualità degli interventi (contratti e modalità di selezione). Seppure chi scrive sia fortemente a favore di un *empowerment* delle aziende sanitarie, è indubbio che sia importante preferire modelli di centralizzazione, senza però mettere in secondo piano le aziende sanitarie e sostituirsi ad esse. Un possibile schema di governance potrebbe prevedere la creazione di una unità a livello regionale, anche nell'ambito delle centrali di committenza già chiamate a operare su acquisti di beni e servizi, altamente specializzata che possa supportare le aziende sanitarie nell'esecuzione della strategia regionale a livello locale. Non si tratterebbe di scegliere il modello della gara centralizzata, ma piuttosto il ruolo dell'unità regionale potrebbe essere quella di hub di competenze, chiamata a:

1. definire (i) linee guida operative, per velocizzare e coordinare le progettualità e introdurre innovazioni, (ii) format contrattuali e di gara e (iii) valutazioni;
2. offrire supporto per verifiche normative;
3. assicurare il superamento di colli di bottiglia e più in generale tempi di autorizzazione/approvazione rapidi;
4. mettere a punto soluzioni/tipologie contrattuali per mobilitare capitali privati;
5. realizzare il monitoraggio e favorire il consolidamento di conoscenza di sistema;
6. essere antenna nei confronti del mercato (utilizzo dell'art. 66 D.lgs. 50/2016 per la pipeline di progetti potenziali).

Infine, appare urgente investire in competenze dedicate anche a livello aziendale, sfruttando anche le opportunità offerte dal PNRR. Non si tratta però di investire solo in profili prettamente tecnici e nemmeno pensare di avere figure di «super RUP». La complessità dei progetti richiede un forte presidio degli aspetti tecnici, procedurali, economico-finanziari e giuridici; queste sono competenze che non ha una sola persona; dovrebbero, invece, essere presenti in un

team guidato da un manager, dotato di competenze sia di leadership, che di project management e negoziali, per saper utilizzare al meglio il quadro normativo e dialogare con i vari stakeholder coinvolti nel processo, in primis l'hub regionale e il mercato.

In sintesi, la *roadmap* strategica qui delineata si articola su diversi ambiti, pianificazione strategica e finanziaria degli investimenti, definizione di hub di competenze a livello regionale, rafforzamento delle competenze a livello aziendale e definizione di meccanismi di coordinamento che assicurino rapidità ed efficacia degli interventi. È un progetto ambizioso, anche in considerazione della necessità di compiere scelte guidate da logiche di *Value for Society*, del tutto nuove per la PA italiana. Il tempo in cui viviamo richiede l'adozione di una postura ambiziosa, che guardi alle future generazioni. Il PNRR non è solo una dote finanziaria, ma una politica ambiziosa che chiede alle Amministrazioni di diventare investitori di lungo termine, di governare i tempi, superare la paura della firma, agire da catalizzatori e non da meri esecutori di appalti. Il patrimonio immobiliare sanitario è certamente un *asset* da ripensare e valorizzare con la prospettiva dell'investimento olistico di lungo termine.

## 19.6 Bibliografia

- CENSIS – AIPB (2020), *Investire nel futuro dell'Italia oltre il Covid-19: Perché il private banking può essere decisivo per il benessere collettivo*, disponibile online <https://www.aipb.it/sites/default/files/all/2020-12/III%20RAPPORTO%20AIPB-CENSIS.pdf>
- Dipartimento del Tesoro (2020), Open data Immobili PA, disponibile online [http://www.dt.mef.gov.it/it/attivita\\_istituzionali/patrimonio\\_publico/censimento\\_immobili\\_publici/open\\_data\\_immobili/dati\\_immobili\\_2017.html](http://www.dt.mef.gov.it/it/attivita_istituzionali/patrimonio_publico/censimento_immobili_publici/open_data_immobili/dati_immobili_2017.html)
- Perino G., Sileno S., Tresalli G. (2018), *Ospedali: costi teorici di costruzione e manutenzione 2017*, Contributo di ricerca 263/2018, IRES Piemonte.
- SIOPE (2021), Open data Operazioni degli Enti Pubblici, disponibile online <https://www.siope.it/Siope/dispatchHome;jsessionid=HmepcUHdiJFVOxo1EyF5ydsFrDh8wZz682vak4QS.ccad4955fd2eaf2111b469d5b77c0d6>
- Vecchi V., Casalini F., Cusumano N., Leone V.M. (2020). «PPP in Health Care—Trending Toward a Light Model: Evidence From Italy», *Public Works Management & Policy*, 25(3): 244-258. doi: 10.1177/1087724X20913297