

Osservatorio Sanità Privata Accreditata 2021-2022

Il potenziale spazio per i privati accreditati per l'implementazione di Next Generation EU

Report di ricerca – *versione finale**

A cura di Michela Bobini, Claudio Buongiorno Sottoriva, Niccolò Cusumano, Francesco Longo, Alberto Ricci, Veronica Vecchi

CERGAS, SDA Bocconi

() Si ringraziano le realtà che hanno sostenuto incondizionatamente la realizzazione del presente Rapporto di ricerca: AIOP, AIOP Lombardia, Assolombarda, Confindustria Lombardia, Fondazione Sanità Futura, Società Scientifica della Riabilitazione.*



Indice

1. Premessa.....	p. 3
2. Introduzione, obiettivi di ricerca e struttura del documento.....	p. 3
3. Una panoramica del PNRR e della Missione 6 – Salute.....	p. 5
4. Il ruolo del privato accreditato nel SSN: aree di particolare rilevanza.....	p. 19
5. Gli strumenti per le collaborazioni pubblico-privato e le possibilità di finanziamento del PNRR.....	p. 25
6. Le opportunità imprenditoriali derivanti dalla Missione Salute.....	p. 32
7. Sintesi e considerazioni conclusive.....	p. 40
8. APPENDICE: incentivi nazionali.....	p. 43



1. Premessa

Dal 2004, il CERGAS dell'Università Bocconi cura l'Osservatorio sull'Assistenza Sanitaria Privata Accreditata (d'ora in avanti, OSPA) finalizzato a sviluppare un monitoraggio permanente dell'offerta di assistenza sanitaria privata accreditata in Italia. Oltre a un aggiornamento costante delle dinamiche di settore OSPA si propone di analizzare una o più tematiche specifiche destinate a influire in maniera rilevante sugli scenari strategici degli erogatori privati accreditati.

2. Introduzione, obiettivi di ricerca e struttura del documento¹

L'emergenza Covid-19, nelle sue diverse fasi, ha confermato ed evidenziato punti di forza e debolezza del SSN italiano². Tra i punti di forza, sono emerse le straordinarie capacità di risposta dei sistemi ospedalieri, in grado di riconvertire in poche settimane il 30-40% dei posti letto regionali per fronteggiare una patologia sconosciuta. Professionisti e manager di tutte le componenti del SSN hanno dato prova di grande dedizione e spirito di adattamento. Tra i punti di debolezza, la pandemia ha evidenziato il sotto-finanziamento del SSN, che a sua volta, negli anni, ha limitato il rinnovamento infrastrutturale e il rafforzamento del personale, ormai caratterizzato da elevata età media e particolarmente esiguo nella componente infermieristica. Le risorse ridotte, oltre alla complessità della governance del SSN, nell'ultimo decennio hanno rallentato la strutturazione di un'offerta di servizi territoriali più organica, coordinata e proattiva; una rete di offerta che ha evidenziato le proprie carenze anche nei primi mesi della campagna vaccinale. Carenze poi sostanzialmente risolte grazie all'intervento esteso e incisivo del livello nazionale, attraverso la Struttura Commissariale³.

Per far fronte alle drammatiche conseguenze della pandemia e rilanciare lo sviluppo economico degli stati membri, nell'ambito della programmazione di Bilancio 2021-27, la Commissione Europea ha lanciato il programma "Next Generation EU" (NGEU), sostenuto da uno stanziamento di circa 750 miliardi di euro. Di questi, una componente significativa, 191,5 miliardi, saranno destinati al nostro Paese. Quasi sedici miliardi saranno investiti nella "Missione 6 Salute"⁴ del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (d'ora in avanti, PNRR).

¹ Il capitolo è a cura di Alberto Ricci.

² Per approfondimenti si rimanda ai capp. 1 e 4 del Rapporto OASI 2020 e del Rapporto OASI 2021.

³ Per approfondimenti si rimanda al cap. 8 del Rapporto OASI 2021 che indaga la governance della crisi sanitaria tra livello nazionale, regionale e aziendale.

⁴ <http://www.politicheeuropee.gov.it/it/comunicazione/approfondimenti/pnrr-approfondimento/>



Sette miliardi saranno destinati al rafforzamento dell'assistenza territoriale di prossimità e alla telemedicina, mentre i restanti 8,6 al rafforzamento del sistema ospedaliero, alla digitalizzazione, all'innovazione e alla ricerca. In termini assoluti, si tratta di entità significative, pari a oltre il 30% delle risorse in conto capitale investite nel SSN tra 2000 e 2017 (47 miliardi)⁵. In pratica, nei prossimi cinque anni, la capacità di investimento media del SSN osservata nell'ultimo ventennio verrà raddoppiata. Tra la fine del 2021 e l'inizio del 2022, è entrata nel vivo la fase di pianificazione degli interventi del PNRR, che vede una complessa governance multilivello con poteri e responsabilità ripartiti tra Stato e singole Regioni.

In questo contesto, il presente documento intende approfondire il ruolo potenziale che la sanità privata accreditata può rivestire nell'implementazione del PNRR.

Il contributo del privato accreditato è innanzitutto importante sul versante di un ridisegno efficace dell'offerta sanitaria. Sul piano strutturale, come verrà dettagliato nel seguito del documento, il 60% degli ambulatori e laboratori sono privati accreditati, e percentuali elevate riguardano anche molte specialità ospedaliere, a livello nazionale e locale. Inoltre, a livello micro-organizzativo, per fronteggiare la pandemia molti privati accreditati hanno introdotto molteplici innovazioni di processo, soprattutto nell'ambito della telemedicina, ma anche della riorganizzazione dei ruoli professionali, della comunicazione, dei meccanismi di coordinamento interno riguardanti le *operations*, la ricerca e l'assistenza. Infine, il privato accreditato, grazie alla maggiore autonomia e flessibilità organizzativa, può rappresentare un partner di grande interesse per i sistemi regionali e le aziende pubbliche, in grado di offrire rapidamente competenze e capacità di offerta complementari a quelle pubbliche. Un primo sotto-obiettivo di ricerca è dunque quello di comprendere quali siano le aree dell'offerta sanitaria in cui l'offerta del privato è più ricca in termini quantitativi e qualitativi e dunque quali siano le collaborazioni con il pubblico più realistiche e promettenti.

Comprendere le potenzialità del ruolo del privato ha inoltre una valenza di tipo economico-sociale. In un Paese con un debito pubblico che nel 2021 ha raggiunto il 156% del prodotto interno lordo, è essenziale che gli investimenti del PNRR generino crescita e occupazione.

⁵ Viesti G. (2020), Gli investimenti pubblici nella sanità italiana 2000-2017: una forte riduzione con crescenti disparità territoriali, disponibile online: <https://www.eticaeconomia.it/gli-investimenti-pubblici-nella-sanita-italiana2000-2017-una-forse-riduzione-con-crescenti-disparita-territoriali/>



Uno secondo obiettivo dell'approfondimento è dunque quello di delineare le opportunità imprenditoriali aperte dal Piano. Oltre alla crescita di valore aggiunto e reddito, lo sviluppo delle imprese del settore può contribuire a due priorità dello stesso PNRR, vale a dire parità di genere (la sanità è un grande vettore di impiego femminile ad alta qualifica⁶) e miglioramento delle competenze e delle prospettive occupazionali dei giovani.

Il documento è strutturato come segue. Il capitolo 3 fornisce una panoramica del PNRR dettagliandone la governance, la destinazione dei fondi, le tempistiche e i passi implementativi più prossimi, dedicando particolare spazio alla Missione 6 - Salute. Il capitolo, inoltre, presenta una lettura complessiva degli elementi caratterizzanti e degli spazi di indeterminazione della Missione Salute. Il capitolo 4 inquadra il ruolo attuale del privato accreditato nel SNN, evidenziando le aree di particolare rilevanza. Il capitolo 5, dopo un richiamo alle diverse forme di collaborazione pubblico-privato per la realizzazione di investimenti, analizza le opportunità di finanziamento delineate dal PNRR, richiamando anche incentivi e opportunità già previste dalla normativa nazionale⁷. Il capitolo 6 suggerisce alcune opportunità imprenditoriali legate all'implementazione del Piano con specifico riferimento alla Missione 6 – Salute e al mondo della sanità accreditata. Infine, il capitolo 7 raccoglie alcune considerazioni conclusive.

3. Una panoramica del PNRR e della Missione 6 – Salute⁸

3.1. Inquadramento del Piano: fonti e destinazioni delle risorse

Il NGEU non è solamente un ammontare cospicuo di risorse, ma piuttosto uno strumento programmatico di ripresa economica attraverso cui l'Europa intende dare forma ai pilastri cardine della propria visione strategica per il futuro: transizione ecologica, trasformazione digitale, coesione sociale, territoriale e di genere, crescita sostenibile ed inclusiva, politiche di sostegno per le nuove generazioni, salute e resilienza istituzionale.

⁶ Petracca F., Ricci A. (2017), Inquadramento economico del settore sanitario: la Lombardia nel confronto italiano ed europeo, pp. 12-14, disponibile online https://cergas.unibocconi.eu/sites/default/files/files/Report-finale_Life-Sciences_Servizi-sanitari_27_06.pdf

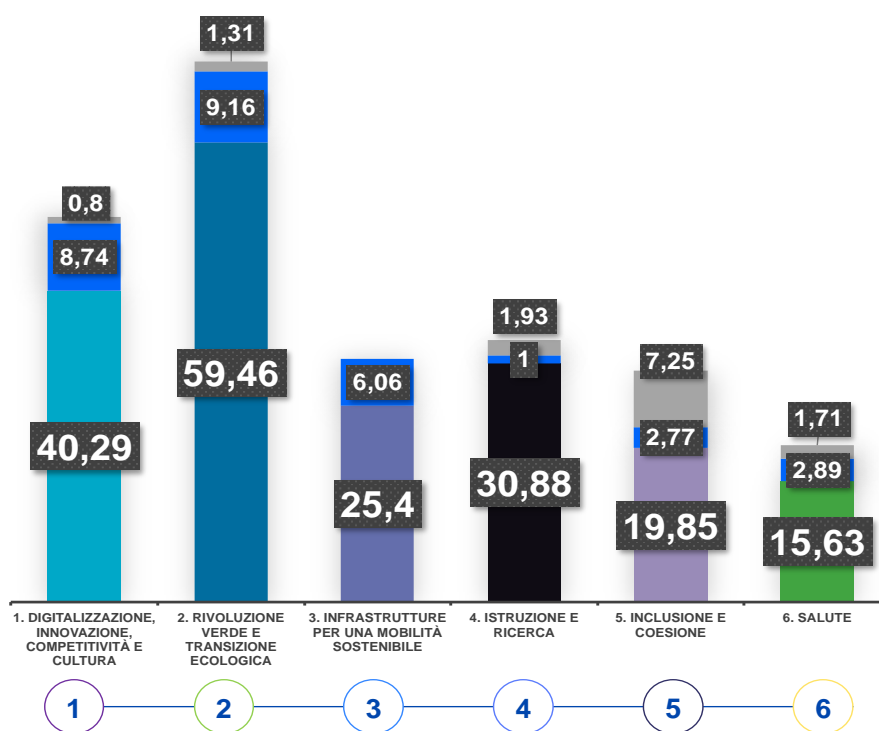
⁷ Per approfondimenti degli incentivi nazionali, si rimanda all'appendice.

⁸ Il capitolo è a cura di Michela Bobini, Claudio Buongiorno Sottoriva e Alberto Ricci.



Il nostro Paese ha fatto propri questi i principi fondamentali attraverso l'elaborazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza che prevede l'impiego di 191,5 miliardi di euro⁹, ovvero l'ammontare massimo che l'Italia può richiedere nell'ambito del NGEU, suddivisi in 68,9 miliardi di sovvenzioni a fondo perduto e 122,6 miliardi di prestiti. A queste risorse vanno poi sommate quelle rese disponibili dal programma di finanziamento REACT-EU (13 miliardi di euro), pensate per il brevissimo periodo, perché, secondo normative europea, sono da impiegare negli anni 2021-2023. Infine, ci sono le risorse derivanti dalla programmazione nazionale aggiuntiva: il c.d. fondo complementare, che ammonta a 30,64 miliardi di euro. La disponibilità complessiva collegata in maniera indiretta al Piano risulta quindi di 235,14 miliardi di euro. Il Piano si articola in sei Missioni e tra queste, la Missione 6, è quella dedicata alla sanità, a cui vengono assegnati 15,63 miliardi (Figura 1), che salgono a 20,22 se si considerano le risorse europee e nazionali di carattere complementare.

Figura 1. Risorse del PNRR allocate per missione (mld di Euro). Totale: 191,5 miliardi di Euro



Fonte: elaborazione degli autori

⁹ I dati del paragrafo sono ricavati dal sito ufficiale del PNRR ("Italia Domani", <https://italiadomani.gov.it/it/home.html>, ultimo accesso 14/01/22) e dal sito dedicato alla Missione Salute dello stesso PNRR (<https://www.pnrr.salute.gov.it/portale/pnrrsalute/homePNRRSalute.jsp> - ultimo accesso 10/05/22). In particolare, i dati sul finanziamento di componenti, interventi e sub-interventi sono ricavati dal Decreto del Ministro della Salute del 01/04/22 su "Ripartizione degli interventi e sub-interventi di investimento del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)".

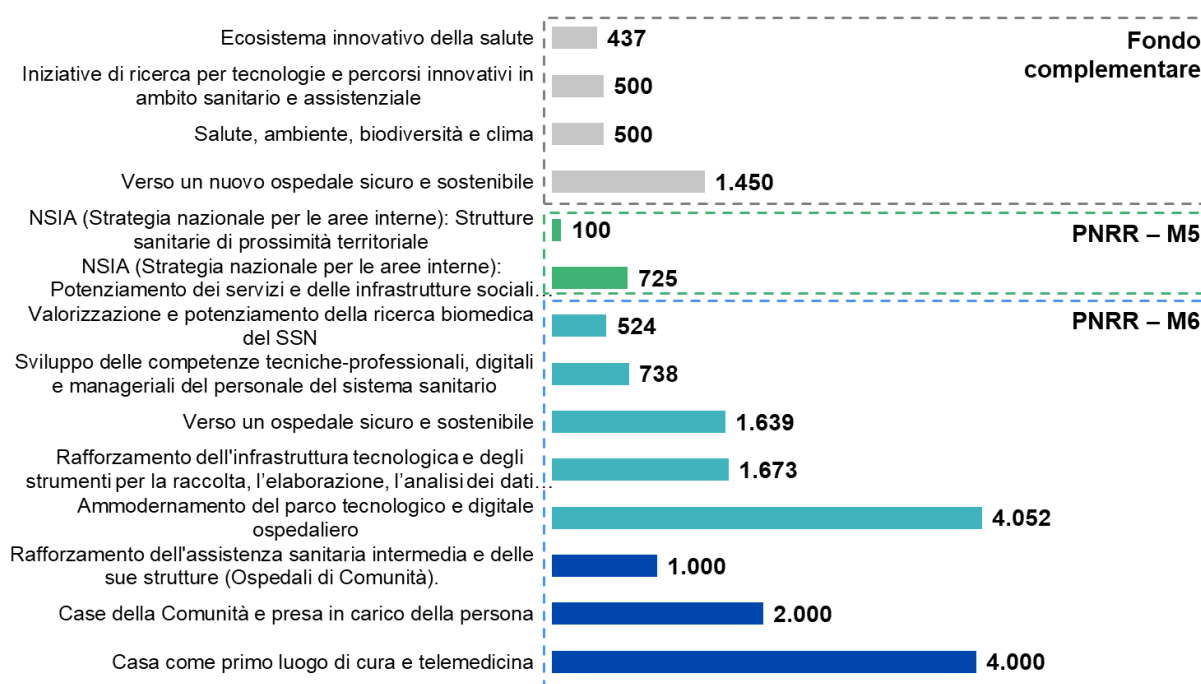
3.2. Inquadramento, governance e implementazione della Missione 6 - Salute

La Missione 6 si articola in due componenti principali, rappresentate in Figura 2. La prima componente, in celeste scuro nel grafico, si focalizza sul potenziamento dell'assistenza territoriale e prevede complessivamente 7 miliardi di risorse. Essa prevede sia la creazione di nuove strutture come Ospedali di Comunità e Case della Comunità, ma anche il rafforzamento dell'assistenza domiciliare, delle Centrali Operative Territoriali (COT) e della telemedicina. La seconda componente, in celeste chiaro, prevede 8,6 miliardi di investimenti ha molteplici destinazioni: oltre la metà è destinata al rinnovamento infrastrutturale e tecnologico degli ospedali, ma considerevoli risorse sono indirizzate al rafforzamento delle infrastrutture digitali nazionali (in primis il FSE) e allo sviluppo del capitale umano del SSN attraverso ricerca e formazione. Una lettura più approfondita degli interventi delle due componenti è riportata nei paragrafi 3.4 e 3.5.

È prevista inoltre la compresenza di un fondo complementare (Figura 2, in grigio), finanziato dallo Stato italiano, che integrerà o finanzia integralmente investimenti per salute, ambiente e clima, per la sicurezza e la sostenibilità degli ospedali, per iniziative di ricerca focalizzate su ecosistemi, tecnologie e percorsi innovativi in ambito sanitario e assistenziale. Si segnala, infine, che anche alcuni stanziamenti della Missione 5 (in verde) presentano stretti legami con i temi di salute.



Figura 2. Ammontare dei fondi del PNRR (milioni di €) della Missione 6 - Salute e dei fondi, nella Missione 5, con collegamento diretto a temi di salute. Sono inclusi, separatamente, anche i fondi del fondo complementare relativi alla Missione 6.



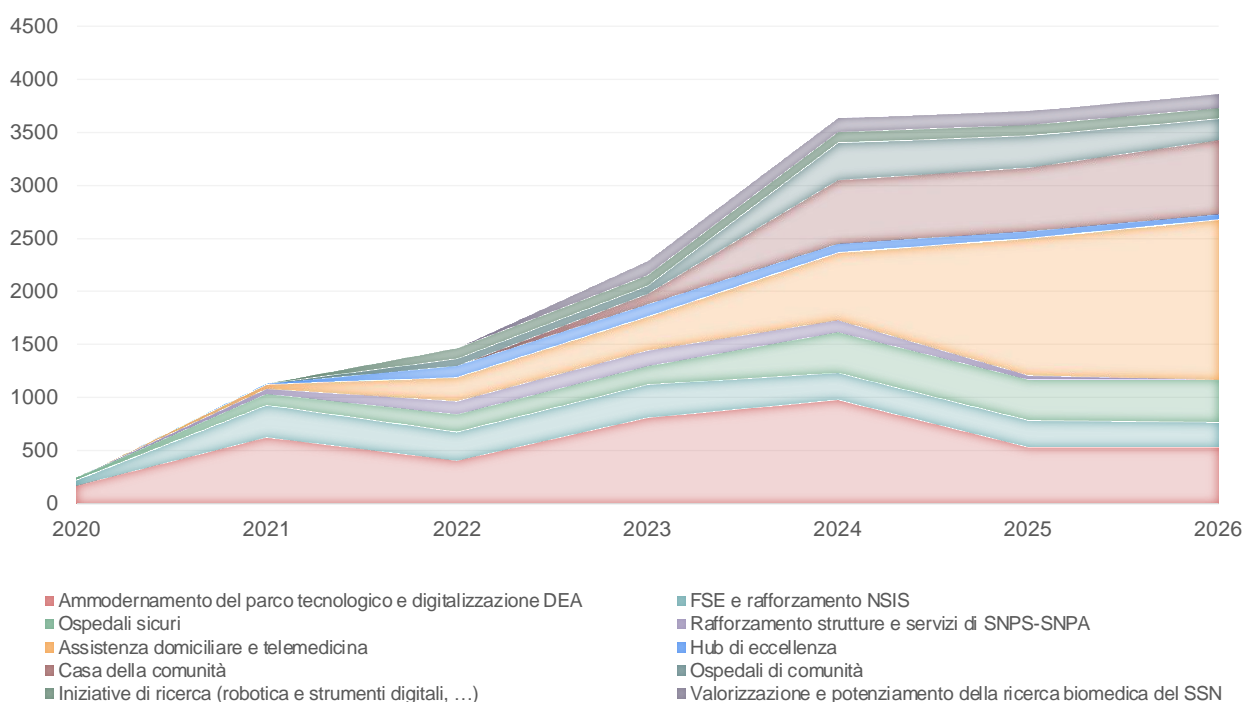
Fonte: elaborazione degli autori

La maggior parte dei fondi sarà di responsabilità del solo Ministero della Salute, in particolare gli investimenti della componente 2 e quelli del Piano Complementare di entrambe le missioni. Fanno eccezione le iniziative di ricerca in ambito sanitario di responsabilità del Ministero dell'Istruzione, Università e Ricerca (MIUR). AGENAS sarà invece il tramite del Ministero della Salute per gli investimenti inclusi nel PNRR nella componente 1 della Missione 6 (CdC, ADI, OsCo).

In aggiunta, il modello di governance per l'attuazione del PNRR e quindi l'utilizzo del EU Next Generation Fund per il Servizio Sanitario Nazionale deve tenere di conto di almeno due fattori. Il primo riguarda la forte dinamica di decentramento che vede protagoniste le Regioni, le quali svolgono un ruolo attivo ed incisivo di capogruppo del sistema delle aziende sanitarie del SSR. Inoltre, proprio sul piano regionale, sebbene negli anni si siano raggiunti numerosi punti di convergenza, permangono forti eterogeneità in termini di assetti istituzionali e organizzativi, produttività, mix professionali, performance finanziarie, sanitarie (di attività e di esito) e di competenze manageriali accumulate che potenzialmente potrebbero impattare negativamente nel raggiungimento degli obiettivi definiti dal PNRR se

non attentamente considerate e valorizzate. Inoltre è necessario considerare che il finanziamento europeo impone un orizzonte temporale relativamente breve: i fondi che arriveranno dall'Europa dovranno infatti essere spesi entro 5 anni (Figura 3), anche se la maggior parte dei fondi è prevista per le annualità 2024-2026.

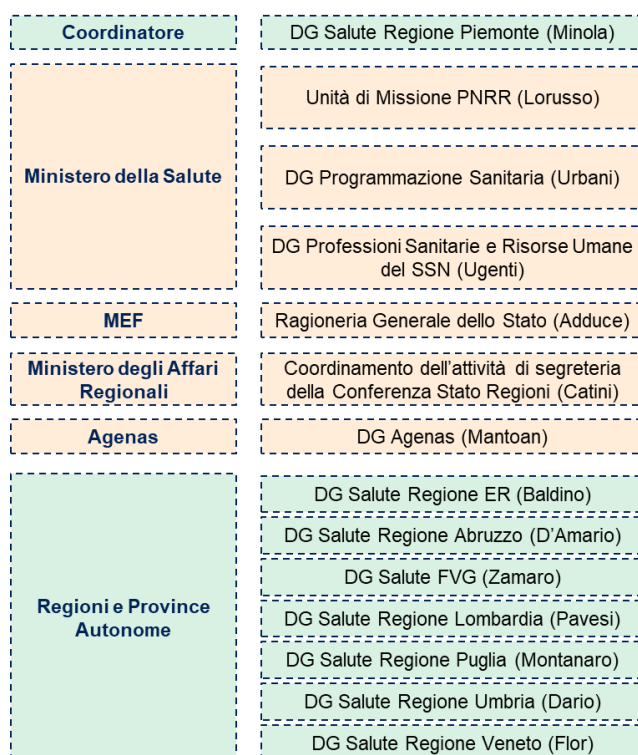
Figura 3. Fondi PNRR erogati annualmente (milioni di €): cronoprogramma



Fonte: elaborazione degli autori

Coerentemente con l'erogazione dei fondi, gli obiettivi e i traguardi di riforma e riorganizzazione si concentrano nei primi anni del piano (2021-2023), mentre i traguardi di output e verifica dell'implementazione effettiva si concentrano negli ultimi anni del Piano (2024-2026). Questo comporta non solo che i progetti e le riforme da finanziare debbano essere convincenti agli occhi della Commissione, ma appare evidente la necessità di definire una progettazione esecutiva per ogni misura, costruire pianificazioni regionali, attuare le politiche nelle singole aziende sanitarie locali, cercando di creare convergenze e apprendimento di sistema, in modo che anche i contesti regionali più deboli siano parte di un processo di *bench-learning* progettuale e attuativo.

Figura 4 - Componenti della cabina di regia del Patto per la Salute



La governance delle risorse in ambito sanitario prevede il coordinamento di attori nazionali e regionali, coinvolgendo tutta la filiera istituzionale. In particolare, la cabina di regia del Patto per la Salute (Figura 4) sarà competente anche per la supervisione dell'implementazione dei progetti del PNRR in ambito sanitario. La cabina di regia ha il compito di coordinare l'implementazione, coordinare le attività tecniche e monitorare la realizzazione dei risultati previsti, proporre l'istituzione di gruppi di lavoro tecnici e validarne i risultati, assicurare il coordinamento tecnico per le riforme e gli

investimenti in ambito sanitario e infine proporre un documento tecnico per l'aggiornamento del Patto per il triennio 2022-2025.

Allo stato attuale, la cabina di regia ha il compito di definire, all'interno dell'impianto generale del PNRR, una direzione strategica più puntuale, dettagliando le linee guida e le visioni attuative per ogni macro-obiettivo. In un secondo momento, ogni Regione produrrà un piano contenente le indicazioni programmatiche per il proprio territorio rispetto i macro-obiettivi evidenziati dal PNRR. Nella stesura del piano regionale, vi dovrà essere coinvolgimento e concertazione bidirezionale tra Regione e aziende sanitarie. Di conseguenza, coerentemente con quanto emerge dal PNRR, la governance del processo attuativo dovrà essere multilivello su tutta la filiera del sistema, con un importante lavoro di supporto e coordinamento da parte del livello centrale.

3.3. Missione 6 Salute: logiche e ambiti di investimento

Come già sottolineato nell'introduzione di questo documento, il SSN dovrà investire, con il PNRR, un ammontare significativo di risorse, in un orizzonte temporale ristretto. In questo contesto già sfidante, gli investimenti del PNRR dovranno necessariamente promuovere anche la efficienza della sanità pubblica italiana, nonché favorire lo sviluppo di filiere

produttive floride e in grado di competere sui mercati internazionali. Questi ulteriori obiettivi sono, appunto, *necessari* se si considerano la situazione di elevato indebitamento, invecchiamento demografico e scarsa crescita economica che hanno caratterizzato l'Italia negli ultimi anni. A questo occorre aggiungere che, nonostante in tempi di pandemia la spesa sanitaria abbia vissuto una decisa espansione, nei prossimi anni il Governo prevede un finanziamento del SSN sostanzialmente stabile in termini assoluti¹⁰ ma decrescente in termini relativi, se rapportato al PIL. In effetti, Il Documento di Economia e Finanza (DEF) 2022, approvato in Consiglio dei Ministri a inizio aprile 2022, permette di stimare un'incidenza della spesa sanitaria pubblica sul PIL che, dopo aver raggiunto il 7,2% nel 2021 per effetto dei finanziamenti emergenziali e della crisi economica, scende progressivamente fino al 6,2% nel 2024, tornando ai valori pre-pandemia, al di sotto dei principali Paesi europei¹¹. Nel complesso, è molto improbabile immaginare aumenti significativi e stabili di spesa corrente a favore del settore sanitario. Il grande rischio che corre il SSN è dunque quello di ritrovarsi con una dotazione infrastrutturale rinnovata, con tecnologie più moderne, ma senza il personale e le risorse finanziarie per sfruttarne appieno le potenzialità.

Dati questi presupposti, le risorse del PNRR, stanziare in conto capitale, devono quindi essere strumento di riorganizzazione, riallocazione di risorse e personale, ridisegno dei processi di front e back office, il tutto in un'ottica di migliore costo/efficacia della spesa corrente.

3.4. I fondi destinati all'assistenza territoriale

Alla prima componente della Missione 6 denominata "Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale" sono dedicati 7 miliardi di euro. In questa componente è, innanzitutto, prevista la definizione di un nuovo modello organizzativo della rete di assistenza sanitaria territoriale. Si tratta del c.d. "DM 71", perché idealmente si tratterebbe della riproposizione, in chiave territoriale, del DM n.70 del 2015, che, come noto aveva definito "standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera". In particolare, è prevista da un lato l'identificazione di standard strutturali,

¹⁰ Secondo le previsioni la spesa sanitaria dovrebbe toccare i 131,7 miliardi di Euro nel 2022 (cfr. Documento di Economia e Finanza 2022 – aprile 2022, p. 220), superando i 127,8 miliardi del consuntivo 2021 (*ibidem*, p. 217). Esaurita, auspicabilmente, la fase emergenziale, il Fondo sanitario nazionale si assesterà sui 129 miliardi del 2024-25 (*ibidem*, p. 220).

¹¹ Francia e Germania, prima della pandemia, registravano un'incidenza della spesa sanitaria pubblica sul PIL superiore al 9%, mentre il Regno Unito si collocava attorno al 7,5%.



tecnologici e organizzativi validi per tutti i Sistemi Sanitari Regionali, dall'altro la definizione di un nuovo assetto istituzionale per la prevenzione in ambito sanitario, ambientale e climatico, in linea con il concetto di *One Health*. La prima bozza del DM 71 è stata anticipata nell'estate 2021, mentre il documento definitivo è stato licenziato con Delibera del consiglio dei Ministri nell'aprile 2022, dopo diversi tentativi di approvarlo in Conferenza Stato-Regioni¹². Tale documento, oltre a una modellistica per la stratificazione della popolazione, delinea le funzioni, i *setting* di offerta e gli standard organizzativi del distretto in una prospettiva di medio-lungo periodo. Il distretto, caratterizzato da un bacino di utenza di circa 100.000 abitanti, sarà imperniato sulla presenza di 2 Case della Comunità (CdC) "Hub" e di un numero variabile di CdC "Spoke". La CdC Hub, aperta 7 giorni su 7, rappresenterà il punto di riferimento per le aggregazioni della medicina generale e per un'ampia gamma di servizi specialistici; sul lato organizzativo, vedrà la presenza di 7-11 infermieri di Famiglia o Comunità e di 5-8 unità di personale di supporto. Oltre alle CdC, il distretto prevede la presenza di almeno un Ospedale di Comunità (OsCo), una Centrale Operativa Territoriale (COT), una Unità Speciale di Continuità Assistenziale (USCA), un Hospice. Il forte ruolo del distretto con la presenza simultanea di CdC, COT e OsCo propone un modello già abbastanza diffuso in alcune aree del Paese, soprattutto in Veneto, Emilia-Romagna e Toscana.

Per quanto riguarda gli stanziamenti del PNRR, la quota maggiore di risorse è riservata all'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), con 4 miliardi di euro. L'investimento maggiore (2,7 mld €) è per l'aumento dei pazienti serviti da ADI, con la spesa che, caso unico nell'ambito della Missione 6, è di fatto di *natura corrente*, perché le risorse serviranno ad esempio per il personale che erogherà i servizi ADI. In termini formali, questa spesa è stata considerata alla pari di un investimento per avviare e strutturare il servizio; in effetti, bisogna annotare che essa dovrà poi trovare spazio negli stanziamenti di bilancio ordinari per gli anni a partire dal 2027. La restante parte delle risorse servirà per dotarsi di strumenti di telemedicina (1 Mld €) e per istituire le COT. Per la realizzazione di 1.350 Casa della Comunità è previsto lo stanziamento di 2 miliardi di euro, mentre 400 Ospedali di Comunità (OsCo) saranno finanziati con 1 miliardo. La Tabella 1 riporta uno schema riepilogativo sul quadro dell'offerta attuale di CdC, COT, ADI e OsCo, ricavata grazie alle ricognizioni

¹² Delibera sostitutiva dell'intesa della Conferenza Stato-regioni, relativa allo schema di decreto del Ministro della salute, concernente il regolamento recante «Modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale». (Atto 22A02656).



condotte dall'Osservatorio OASI nel 2021¹³. La tabella riporta poi sia l'offerta aggiuntiva finanziata dagli investimenti del PNRR, sia l'offerta "a regime" prevista dal DM 71. L'ultima colonna riporta invece la stima dei costi annui del personale che saranno collegati al funzionamento delle strutture di offerta previste dal PNRR. La tabella permette, da un lato, di delineare il quadro complessivo delle strutture territoriali previste dalla programmazione sanitaria nazionale di medio termine (5-8 anni). Dall'altro lato, evidenzia alcuni spazi di indeterminatezza di tale programmazione.

- *Livelli-obiettivo di offerta e finanziamento del PNRR.* La versione del DM 71 approvata dal Consiglio dei ministri non riporta uno standard di offerta per le CdC Spoke. Si tratta di un ambito di indeterminatezza atteso, perché sia l'offerta attuale sia il fabbisogno di strutture territoriali di piccole dimensioni cambia notevolmente da regione a regione. Tuttavia, almeno per le CdC, questa scelta rende poco confrontabili i nuovi standard con l'incremento di offerta finanziato dal PNRR¹⁴. Su altri setting, invece, è chiaro che le risorse per l'adeguamento dell'offerta dovranno provenire da altre fonti. Ad esempio, nel PNRR non è previsto alcun finanziamento per rafforzare la rete degli Hospice, che ad oggi presenta una dotazione di posti letto inferiore di quella indicata nel DM 71¹⁵. Su ADI, OSCO e COT i finanziamenti del PNRR dovrebbero consentire all'offerta attuale di svilupparsi fino a raggiungere l'offerta delineata dal DM 71 (Tabella 1).
- *Eterogeneità interregionale nell'offerta attuale di strutture territoriali.* Gli standard e gli investimenti del PNRR dovranno confrontarsi con un'offerta SSN molto diversificata tra regione e regione, almeno sotto tre aspetti: l'attuale offerta di strutture "intermedie" (OSCO, CdC) e servizi territoriali (COT, ADI); la numerosità degli ambulatori pubblici in rapporto alla popolazione e all'estensione territoriale; la numerosità degli ambulatori privati accreditati¹⁶. Il primo aspetto influirà sulla destinazione dei finanziamenti: in alcune regioni, come l'Emilia Romagna, una quota

¹³ In particolare, il lettore può fare riferimento al cap. 12 per un approfondimento sulle COT, al cap. 13 per un'analisi sulla diffusione degli OsCo, e al cap. 14 per un censimento delle Case della Salute e un approfondimento dei relativi modelli di servizio.

¹⁴ È comunque probabile che l'incremento di offerta finanziato dalle risorse europee nel periodo 2022-2026 rappresentino solo una parte delle strutture previste a regime dalla bozza di DM 71. Al 2026, sommando strutture già operative e finanziate, il SSN potrebbe essere dotato di quasi 2.000 Case della Comunità, a fronte di un'offerta-obiettivo di 1.200-1.500 CdC Hub e – si presume – di almeno altrettante Spoke.

¹⁵ Il DM 71 prevede 8-10 PL ogni 100.000 ab. secondo i dati dell'annuario statistico del SSN (anno 2019), l'offerta nazionale è di 6 PL ogni 100.000 ab.

¹⁶ Per un approfondimento sulle reti di offerta territoriali regionali si rimanda al capitolo 4.1.



consistente dei fondi potrà essere destinata all'ulteriore potenziamento dell'offerta territoriale esistente, sotto forma di ristrutturazioni, manutenzioni straordinarie e ampliamenti, avendo cura di non aumentare la frammentazione della rete. In generale, in molte regioni del Centro-Nord (con l'eccezione della Lombardia), la numerosità degli ambulatori pubblici potrà fornire la base di personale e servizi per popolare l'offerta delle Case della Comunità che saranno, almeno parte, costruite ex novo. In altre regioni, soprattutto al Sud, la sfida sarà quella di dotarsi *ex novo* di una rete di strutture intermedie e servizi per la continuità assistenziale a partire da un'offerta territoriale molto frammentata e caratterizzata da un'incidenza molto elevata di servizi ambulatoriali privati accreditati, con cui dovrà essere avviato un percorso di integrazione più incisivo.

- *Copertura finanziaria del fabbisogno addizionale di personale.* Il punto della diversità delle reti regionali introduce la principale criticità per la prima componente: la possibilità di assumere il personale aggiuntivo, soprattutto infermieristico, necessario a garantire il pieno funzionamento di tutte le nuove – o rinnovate - strutture territoriali. È nota la carenza di infermieri del SSN italiano rispetto agli altri Paesi europei: alla vigilia della pandemia il sistema sanitario italiano disponeva di poco più di 332.000 unità, pari a 5,6 infermieri ogni 1.000 abitanti, contro una media OCSE di 8,8. Le schede tecniche del PNRR prevedono massicci ingressi di personale infermieristico nel periodo 2021-27, che a regime dovrebbe superare le 400.000 unità (p. 669). Una quota considerevole di questi ingressi (17.132 s circa 70.000) dovrebbero essere destinati ai nuovi setting di offerta previsti dal PNRR, con un assorbimento di risorse totale di quasi 2,1 miliardi, in gran parte riferibile ad ADI e OSCO (Tabella 1). Solo una quota minoritaria (745 milioni) di tali costi annui addizionali del personale trovano una copertura certa in provvedimenti già approvati o in previsioni di maggiore spesa; la quota maggioritaria delle risorse (1,3 miliardi) devono derivare da maggiori risparmi derivanti da rilevanti riduzioni degli accessi al PS in codice bianco o verde (-40%), dei ricoveri inappropriati e della spesa farmaceutica. In tale cornice di incertezza si inseriscono i dubbi delle regioni, soprattutto quelle del Mezzogiorno, che sono meno dotate di personale infermieristico e temono di non poter garantire l'operatività delle nuove strutture territoriali.



Tabella 1. Schema riepilogativo su offerta attuale e prospettica e costi sorgenti di CdC, COT e OsCo.

Strumento	Offerta attuale (OASI 2021) e incidenza su standard DM 71	Nuova offerta finanziata dal PNRR*, da realizzare entro il 2026	Offerta a regime: standard della bozza «DM71» di aprile 2022**	Stima dei costi annui addizionali del personale – PNRR M6c1***
Casa della Comunità	553 (46-37% della dotazione di CdC Hub)	1.350	1.200-1.500 <i>hub</i> + altrettante <i>spoke</i> ?	94,5 milioni
Centrale operativa territoriale	30-60? (5-10%)	600	600	15,5 milioni
Assistenza Domiciliare Integrata	6% over65 (15 ore/anno)	10% over65	10% over65	1.600 milioni
Ospedale di comunità	177 (30%)	400	600	239 milioni

*Ministero della Salute – Attuazione delle misure del PNRR

**Bozza di DM 71 sottoposta alla Conferenza Stato-Regioni del 30 marzo 2022

***Schede tecniche del PNRR, p. 670.

Fonte: elaborazione degli autori

I documenti nazionali, pur rappresentando un passo senza precedenti in termini di allineamento degli standard di offerta, lasciano ampi margini di manovra a livello implementativo regionale e locale. Rispetto all’assistenza territoriale e al disegno complessivo delineato dalla Missione 6, i contratti istituzionali di sviluppo, che le Regioni firmeranno con lo Stato Centrale, dovranno essere non solo coordinati con le altre misure (sia della Missione Salute che delle altre Missioni – si veda ad es. la M5 relativamente ai servizi sociali) ma anche contestualizzati nell’ottica di una riforma profonda dei servizi sociali, sociosanitari e sanitari. Al di là della numerosità delle strutture fisiche, sarà fondamentale dettagliare responsabilità, obiettivi e target di riferimento degli interventi regionali, per fare in modo che i processi erogativi ne escano realmente ridisegnati.

3.5. I fondi destinati a innovazione, digitalizzazione e ricerca

Alla seconda componente della Missione 6, denominata “Innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale”, sono dedicati 8,63 miliardi di euro.

Accanto ai programmi di investimento, anche la Componente 2 prevede un processo di riforma: il riordino degli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS), per i quali



si propone una maggiore focalizzazione sulle attività di ricerca, sulla capacità di attirare fondi, sulla interconnessione tra Istituti e con il resto della rete e su una maggiore differenziazione per attività svolta. Per quanto riguarda l'impiego delle risorse, invece, lo stanziamento più corposo (4,05 mld €) riguarda l'ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero pubblico: acquisto di nuove apparecchiature (per sostituire quelle con età superiore ai 5 anni), digitalizzazione dei DEA, aumento di posti letto delle aree intensive e semi-intensive. Se da un lato sono necessari investimenti mirati, dall'altro si corre il rischio concreto di dispersione dei fondi o di utilizzo per *setting* poco utilizzati. Si faccia riferimento nel primo caso all'ipotesi di sostituzione 1 a 1 della dotazione di grandi apparecchiature esistenti, il cui utilizzo medio dovrebbe invece essere aumentato con una generale razionalizzazione verso i valori medi europei; mentre per il secondo caso si consideri l'investimento in posti letto di terapia intensiva, che prima della pandemia erano saturati a livelli molto inferiori rispetto a tutte le altre specialità e, *unicum* per il SSN, che erano aumentati dal 2010 al 2019, in tempi di marcata razionalizzazione e riduzione della capacità di offerta ospedaliera¹⁷. Oltre a questi investimenti, la rete ospedaliera pubblicherà investimenti di 1,6 miliardi di euro per la messa in sicurezza antisismica, ragionevole in ottica di risk-management, lasciando il rinnovo delle strutture esistenti o la costruzione di nuove ad altri tipi di finanziamento.

In collegamento con la componente territoriale, si prevedono 1,4 miliardi di euro per la definitiva implementazione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), che deve essere considerato come condizione necessaria ma non sufficiente per la presa in carico continuativa dei pazienti cronici. Ulteriori 0,29 miliardi di euro sono dedicati:

- al potenziamento dell'infrastruttura tecnologica - Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS);
- al miglioramento della raccolta, del processo e della produzione di dati NSIS a livello locale;
- allo sviluppo di strumenti di analisi avanzata per la programmazione sanitaria;
- alla creazione di una piattaforma nazionale dove domanda ed offerta di servizi di telemedicina forniti da soggetti accreditati possa incontrarsi.

¹⁷ Buongiorno C., Furnari A., Ricci A. (2021). Configurazione dell'offerta ospedaliera nazionale: dinamiche evolutive e rimodulazioni delle principali specialità medico-chirurgiche, in CERGAS (a cura di), Rapporto OASI 2021, EGEA, Milano.



Il secondo ambito riguarda la formazione, la ricerca scientifica e il trasferimento tecnologico e contiene investimenti per 1,26 miliardi di euro. Un primo obiettivo (0,5 mld) riguarda il potenziamento del sistema della ricerca biomedica in Italia, rafforzando la capacità di risposta dei centri di eccellenza nel settore delle patologie rare e favorendo il trasferimento tecnologico tra ricerca e imprese, finanziando:

- progetti Proof of Concept (PoC) volti a ridurre il gap fra i risultati del settore della ricerca scientifica e quello dell'applicazione per scopi industriali, attraverso la predisposizione di prototipi per la commercializzazione e la mitigazione dei rischi potenziali - derivanti da eventuali brevetti, licenze o barriere all'entrata – che potrebbero scoraggiare gli investitori di mercato (in totale 0,1 mld €);
- programmi di ricerca o progetti nel campo delle malattie rare e dei tumori rari (0,05 mld €);
- programmi di ricerca su malattie altamente invalidanti (0,16 mld €).

Altri 0,74 miliardi sono invece dedicati al rafforzamento della formazione in medicina di base, all'introduzione di un piano straordinario di formazione sulle infezioni ospedaliere e al rafforzamento delle competenze manageriali e digitali del personale sanitario, attraverso l'attivazione di borse di studio ad hoc, progetti formativi, contratti di formazione aggiuntivi.

3.6. Gli step implementativi del PNRR: uno sguardo alla situazione 2022

A maggio 2022, l'implementazione del PNRR procede sostanzialmente secondo il cronoprogramma previsto.

Gli step regolatori ("riforme") attesi per la prima metà dell'anno sono stati tecnicamente completati o sono a livello di bozza avanzata, anche se il processo di approvazione formale si è rivelato talvolta difficoltoso.

- I già analizzati "Modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale" sono stati approvati con Delibera del Consiglio dei Ministri del 21 aprile dopo alcune settimane di mancato accordo in Conferenza Stato-Regioni, a causa dell'opposizione della Regione Campania. Il completamento del milestone europeo era infatti previsto entro il secondo trimestre del 2022.
- La riforma degli IRCCS è oggetto di legge-Delega: l'11 febbraio 2022, su proposta del Ministro della Salute Roberto Speranza, il Consiglio dei Ministri ha approvato un



disegno di legge che delega il governo al riordino della disciplina degli Istituti. Tra le misure previste, una procedura di riconoscimento e conferma maggiormente basata su criteri oggettivi, ma con tempi più dilazionati (due anni invece di quattro). Inoltre, si prevede l'aumento dei poteri di vigilanza al Ministero, l'attenuazione del rigido regime di incompatibilità che a oggi caratterizza i direttori scientifici degli Istituti, la maggiore integrazione tra le regioni. Si punta, inoltre, a facilitare i brevetti di ricerca. Per questa riforma il *milestone* europeo è fissato a fine 2022.

I principali step programmatici che preludono alle attività di investimento appaiono sono stati completati o sono in stato di buon avanzamento. Di sotto una sintetica rassegna dei principali processi implementativi in corso.

- Con riferimento alla Componente 1, tutte le regioni tra febbraio e marzo 2022 hanno individuato la localizzazione di CdC, COT e OSCO. Alcune regioni hanno formalizzato gli elenchi con apposita DGR, altre hanno solo trasmesso la lista ad AGENAS. Il successivo passaggio, da completare entro giugno, sarà l'approvazione dei relativi Contratti Inter-istituzionali di Sviluppo (CIS) tra le regioni e il Ministero della salute e l'assegnazione dei Codici Unici di Progetto (CUP). Con riferimento alle COT, sempre entro metà 2022, sono previsti l'assegnazione di CUP per il rafforzamento dell'interconnessione aziendale e per un progetto pilota che fornisca strumenti di intelligenza artificiale per l'assistenza primaria. In parallelo, il Ministero della Salute ha approvato il documento recante le linee guida per il modello digitale dell'assistenza domiciliare. Si attende ora il parere delle Regioni, con l'approvazione formale del documento da completare entro giugno.
- Con riferimento alla Componente 2, a livello di enti centrali, sono stati pubblicati da CONSIP i bandi riguardanti una PPP la piattaforma nazionale di telemedicina, l'affidamento di servizi applicativi e di supporto in ambito sanità digitale (sistemi informativi gestionali e servizi al cittadino), e una serie di avvisi di pre-informazione o bandi riguardanti la fornitura di grandi apparecchiature. Lo stesso Ministero della Salute ha pubblicato i bandi per il finanziamento dei progetti di ricerca in ambito Proof of Concept, Malattie Rare, Malattie Croniche non trasmissibili¹⁸.

¹⁸ Per approfondimenti si rimanda al sito del PNRR – Salute e in particolare alla sezione “bandi e avvisi”.



4. Il ruolo del privato accreditato nel SSN: aree di particolare rilevanza¹⁹

Il presente paragrafo intende presentare, con un taglio necessariamente sintetico, il ruolo del privato accreditato nel quadro del Servizio Sanitario Nazionale. Lo scopo è identificare quelle aree in cui, in virtù della presenza molto rilevante di ospedali e ambulatori accreditati, le collaborazioni pubblico-privato appaiono da un lato quasi inevitabili e, dall'altro, possono rappresentare concrete opportunità di sviluppo per l'intero sistema.

Analizzando i dati messi a disposizione dal Ministero della Salute, la Tabella 2 mostra l'incidenza percentuale del privato accreditato nelle diverse reti (ambulatoriale, ospedaliera, residenziale); inoltre, riporta la quota totale di spesa sanitaria SSN destinata alla remunerazioni di prestazioni acquisite da privato accreditato. Al 2019, a livello nazionale, il privato accreditato gestiva il 60% degli ambulatori e laboratori, il 30% dei posti letto ospedalieri e l'83% delle strutture residenziali extra-ospedaliere. Il dato di spesa si assestava poco al di sotto del 18%²⁰. Il dato di spesa 2020 segnala un'incidenza privata in leggero calo al 17%, con un decremento della spesa sanitaria accreditata procapite che è stato dell'1%. Da sottolineare la diminuzione della spesa procapite per prestazioni ospedaliere da privati accreditati, calata del 5%, e solo parzialmente compensata da un aumento di spesa nel comparto territoriale²¹.

In generale, spiccano le differenze interregionali: la presenza privata, sia sul versante ospedaliero, che territoriale, ma anche in termini di spesa, è più rilevante in Lombardia, Lazio e in quattro regioni del Mezzogiorno (Molise, Campania, Puglia, Sicilia). La presenza nel segmento residenziale è invece particolarmente elevata in tutto il Paese. Infine, da notare il consistente calo di incidenza della spesa per prestazioni da privato registrato in Lombardia tra 2019 e 2020. Il fenomeno, probabilmente, è da ricondurre alla forte diminuzione di attività in segmenti tradizionalmente molto presidiati da privato (chirurgia e riabilitazione – vedi *infra*).

¹⁹ Il capitolo è a cura di Alberto Ricci.

²⁰ La discrepanza tra il ruolo nella rete di offerta e quello in termini di spesa non deve stupire il lettore: i parametri delle prime tre colonne sono di tipo strutturale e non riflettono né i volumi, né la complessità o la remunerazione delle prestazioni erogate. Inoltre il denominatore della spesa SSN include voci quali l'assistenza protesica e l'assistenza farmaceutica, che si configurano come fornitura di beni al cittadino e che rendono strutturalmente non confrontabili i parametri di struttura e di spesa presentati in tabella.

²¹ Per un dettaglio dei dati di spesa sanitaria regionale si rimanda al cap. 3 del Rapporto OASI 2021.



Tabella 2. Incidenza % del privato accreditato nelle diverse reti (ambulatoriale, ospedaliera, residenziale) e sul totale della spesa SSN: confronto interregionale

Regione	% Ambulatori e laboratori privati accreditati 2019	% Posti letto ospedalieri privati accreditati 2019	% Strutture residenziali private accreditate 2019	% Spesa SSN per prestazioni da privati accreditati, 2019	% Spesa SSN per prestazioni da privati accreditati, 2020
Piemonte	21,8%	28,5%	88,9%	16,5%	15,6%
Valle d'Aosta	75,0%	15,7%	95,0%	6,8%	5,8%
Lombardia	61,2%	37,7%	88,3%	26,2%	23,3%
PA Bolzano	43,1%	9,3%	89,4%	7,5%	7,5%
PA Trento	56,9%	33,3%	81,0%	11,4%	10,6%
Veneto	49,5%	19,6%	87,9%	15,0%	14,3%
Friuli VG	40,4%	11,3%	62,6%	8,6%	9,1%
Liguria	19,2%	16,9%	88,2%	11,3%	11,2%
Emilia Romagna	37,0%	24,4%	86,5%	14,9%	13,8%
Toscana	35,3%	17,5%	70,6%	11,2%	10,6%
Umbria	26,5%	8,7%	65,8%	9,7%	9,7%
Marche	66,5%	17,2%	68,6%	12,8%	13,3%
Lazio	71,2%	51,7%	78,8%	25,8%	26,5%
Abruzzo	48,8%	22,6%	71,8%	13,9%	12,9%
Molise	74,5%	49,5%	91,3%	20,5%	21,9%
Campania	84,0%	36,2%	58,4%	20,8%	20,4%
Puglia	63,3%	35,8%	94,3%	20,8%	19,4%
Basilicata	37,3%	2,2%	68,1%	11,6%	11,4%
Calabria	58,6%	33,0%	85,6%	14,3%	14,5%
Sicilia	79,8%	34,1%	62,1%	20,3%	19,5%
Sardegna	56,5%	16,8%	85,9%	12,0%	11,5%
ITALIA	60,3%	30,4%	83,2%	17,8%	17,0%

Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute, Annuario statistico, Open data PL e reportistica Ufficio 6 Dip. Programmazione sanitaria.

Una prima evidenza ricavabile dalla tabella è che il privato accreditato, almeno in vaste aree del Paese, si è sviluppato in maniera particolarmente rilevante nei setting territoriali, quelli più cruciali per rispondere in maniera proattiva alle sfide dell'invecchiamento, della cronicità e della fragilità. Si tratta di una considerazione rilevante nel momento in cui proprio sul territorio vengono indirizzati almeno 7 miliardi della componente M6C1 del PNRR e nei mesi in cui, attraverso il DM 71, sono in fase di elaborazione i nuovi standard organizzativi del distretto.



La continuazione dell'analisi approfondirà alcuni profili di specializzazione e concentrazione che contraddistinguono il privato accreditato, nelle sue componenti prettamente sanitarie (ambulatoriale e ospedaliera), a livello nazionale e nelle nove regioni italiane più popolate, che raccolgono l'80% dei residenti e l'87% dei posti letto privati accreditati. L'analisi prenderà in considerazione soprattutto dati di struttura, più stabili nel tempo e sono meno sensibili ai cambiamenti di casistica dovuti alla pandemia: nello specifico, numerosità dei punti fisici di erogazione, dimensione in termini di posti letto, accreditamento di specifiche discipline ospedaliere, presenza di pronto soccorso in ospedali privati accreditati, riconoscimento dello status di IRCCS.

4.1. Il profilo del privato accreditato nella rete ambulatoriale

In ambito ambulatoriale, uno di temi attualmente più rilevanti e più trasversalmente toccati dalle misure del PNRR e dal "DM 71" (cfr. par. 3.4) è quello della configurazione della rete. In linea generale, la struttura dei punti erogativi dovrebbe essere coerente sia con la consistenza che con la distribuzione della popolazione²². La tendenza è quella a una concentrazione delle strutture ambulatoriali, *in primis* attraverso strumenti come le Case della Comunità, dirette a rafforzare l'integrazione di prossimità tra i professionisti e a costituire un riferimento unitario per i pazienti.

È vero, allo stesso tempo, che l'aggregazione delle *facility* trova un limite nelle esigenze di capillarità del servizio: si pensi alle comunità delle aree decentrate, ma anche alle possibili diseconomie di scala. Oltre alla configurazione fisica della rete, è quindi altrettanto importante lo sviluppo di legami funzionali tra i nodi. L'integrazione funzionale crea i presupposti per la continuità assistenziale tra i diversi punti erogativi, e più in generale, permette il coordinamento nelle attività necessarie a rispondere ai bisogni della popolazione. Ovviamente gli strumenti di coordinamento funzionale cambiano a seconda della natura giuridica dell'erogatore, e in questa direzione ha senso indagare il profilo istituzionale degli ambulatori che operano per il SSN.

La Tabella 3 riporta il profilo della rete territoriale nelle principali regioni italiane. Oltre al conteggio degli ambulatori e laboratori SSN, con il dettaglio e l'incidenza percentuale della

²² Si vedano, ad esempio, i bacini di utenza delle Case della Comunità, differenti a seconda della localizzazione in area urbana o rurale.



componente di diritto privato, la tabella riporta il numero di *facility* territoriali del SSN ai residenti. Infine, riporta il valore della densità abitativa: al crescere di quest'ultima, è ragionevole attendersi crescenti livelli di concentrazione della rete, vale a dire, un minor numero di punti erogativi in rapporto alla popolazione.

Tabella 3. Profilo della rete di ambulatori e laboratori SSN delle principali regioni italiane, in relazione a popolazione e densità abitativa, 2019

Regione	Nr ambulatori e laboratori SSN	di cui, nr ambulatori e laboratori privati accreditati	% Ambulatori e laboratori privati accreditati	Ambulatori e laboratori SSN /00000 ab.	Densità abitativa (ab/kmq)
Piemonte	390	85	21,8%	9	169,8
Lombardia	652	399	61,2%	6,5	420,2
Veneto	442	219	49,5%	9,1	266
Emilia Romagna	516	191	37,0%	11,6	198,9
Toscana	550	194	35,3%	14,9	160,6
Lazio	781	556	71,2%	13,6	334
Campania	1.418	1.191	84,0%	24,8	417,8
Puglia	683	432	63,3%	17,3	202,3
Sicilia	1.442	1.151	79,8%	29,6	188,7
ITALIA	8.798	5.305	60,3%	14,8	197,4

Fonte: elaborazione OASI su dati Ministero della Salute – Annuario statistico del SSN 2019 e ISTAT.

La tabella mostra un primo gruppo di regioni, tutte del Nord, con una densità abitativa variabile, che abbinano a un numero di ambulatori e laboratori più ridotto o sostanzialmente in linea con la media nazionale a una percentuale di incidenza del privato accreditato inferiore al dato italiano. Si tratta di Piemonte, Emilia Romagna, Veneto, Toscana. Sempre in relazione al dato nazionale, elevate percentuali di strutture ambulatoriali private e ridotta o contenuta frammentazione della rete contraddistinguono Lombardia e Lazio, due regioni ad alta urbanizzazione. Infine, le regioni del Mezzogiorno, in particolare Campania e Sicilia, presentano un'elevata frammentazione della rete e una quota del privato largamente prevalente. Si noti che Puglia e Sicilia presentano densità abitative pressoché in linea con il dato nazionale, mentre la Campania è la seconda regione italiana per urbanizzazione.

4.2. Il profilo del privato accreditato nella rete ospedaliera

In ambito ospedaliero, tra le tematiche più dibattute e più interessate dai provvedimenti regolatori (in primo luogo il DM 70/2015), abbiamo alcune questioni tra loro legate: la



dimensione degli stabilimenti ospedalieri, la loro vocazione erogativa in termini di specialità, la partecipazione alla rete regionale dell'emergenza-urgenza, la creazione di poli ospedalieri ad alta specializzazione come IRCCS e sedi universitarie. La Tabella 4, oltre all'incidenza del privato accreditato sul totale dei posti letto regionali, riporta il profilo del privato stesso in relazione ai questi temi di politica sanitaria.

Tabella 4. Ruolo degli ospedali accreditati nella rete SSN delle principali regioni italiane, 2019

Regione	% Posti letto ospedalieri privati accreditati	Principali specialità con quote PL privati >40%	Dimensione mediana ospedali privati, PL	Nr ospedali privati >400 PL	% Servizi di emergenza urgenza in ospedali privati su totale SSN	Nr IRCCS e policlinici privati accreditati
Piemonte	28,5%	RIA	90	0	2,2%	1
Lombardia	37,7%	RIA, ORT, CARD	122	4	28,0%	14
Veneto	19,6%	RIA	107	1	6,5%	2
Emilia Romagna	24,4%	RIA	86	0	2,1%	1
Toscana	17,5%	RIA	66	0	0,0%	1
Lazio	51,7%	RIA, CHG, MG, ORT, GN&OST	94	3	28,0%	7
Campania	36,2%	RIA, CHG, GN&OST	90	0	8,8%	1
Puglia	35,8%	RIA, CARD	73	3	11,1%	1
Sicilia	34,1%	RIA, CHG, ORT	70	0	3,2%	2
ITALIA	30,4%	RIA	88	12	10,0%	31

Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute, Open data PL

Anche in relazione alla rete ospedaliera, la tabella evidenzia tre gruppi di regioni. Nel primo *cluster* di regioni centro-settentrionali, la rete ospedaliera privata è composta prevalentemente da strutture di dimensioni piuttosto ridotte (Veneto) o molto ridotte (Piemonte, Toscana, Emilia Romagna), nella maggior parte dei casi senza servizi di emergenza. Le grandi strutture ospedaliere private al di sopra dei 400 PL sono pressoché assenti. La presenza degli IRCCS privati è relativamente limitata (5)²³. Tra le sei specialità a maggiore diffusione²⁴, la quota privata supera il 40% solo con riferimento alla riabilitazione.

²³ Alcuni di essi, come la Fondazione Piemonte per l'oncologia e l'IRST di Meldola, sono in realtà enti frutto di collaborazioni pubblico-privato.

²⁴ Medicina Generale (MG), Riabilitazione (RIA), Chirurgia Generale (CHG), Ortopedia (ORT), Ostetricia e Ginecologia (OST & GN), Cardiologia (CARD). Assieme considerate rappresentano il 56% dei PL totali del SSN e il 66% dei PL privati accreditati.



Emerge una specializzazione produttiva marcata: in Piemonte, l'area riabilitativa e lungodegenziale²⁵ rappresenta il 71% dei posti letto privati, in Emilia Romagna e Toscana è pari al 43%, in Veneto al 35%. In quest'ultima regione, una seconda chiara vocazione produttiva del privato è quella della psichiatria, specialità che rappresenta il 14% dei posti letto privati, mentre in Toscana ed Emilia è l'ortopedia a raggiungere rispettivamente il 13% e il 18% dei PL.

Il secondo gruppo di regioni, specularmente a quanto osservato per l'area ambulatoriale, è costituito da Lombardia e Lazio. La rete ospedaliera privata è composta prevalentemente da strutture di dimensioni ridotte (Lombardia) o molto ridotte (Lazio). Tuttavia, in entrambe le regioni sono presenti diversi grandi ospedali al di sopra dei 400 PL e oltre un quarto delle strutture è integrata nella rete dell'emergenza urgenza. Un altro elemento caratterizzante è il numero di IRCCS e ospedali universitari, che è elevato in entrambe le regioni: assieme considerate, rappresentano circa i 2/3 del totale nazionale. Con riferimento alle specialità a maggiore diffusione, nel Lazio la quota privata supera il 40% in tutte e sei le principali specialità. In Lombardia, la soglia è superata in Ortopedia, Cardiologia e Riabilitazione. Il privato, che è molto più presente rispetto al precedente *cluster*, è dunque rilevante in un gran numero di discipline e presidia in maniera importante anche l'area medica (soprattutto cardiologica) e quella dell'urgenza.

Il terzo gruppo di regioni è localizzato nel Mezzogiorno ed è formato da Campania, Sicilia e Puglia, benché quest'ultima abbia alcune caratteristiche che la inquadrano come regione "ponte" rispetto al precedente gruppo. In tali regioni la rete ospedaliera privata è composta prevalentemente da strutture di dimensioni molto ridotte, sotto i 100 PL. Solo in Puglia si registrano tre strutture sopra i 400 PL. La partecipazione alla rete dell'emergenza urgenza, come anche la presenza di IRCCS e ospedali universitari, è limitata. Anche queste regioni presentano una quota privata di PL superiore al 40% in riabilitazione, ma rispetto al Nord la dotazione non acuta è molto più ridotta. Inoltre, in Campania il ruolo del privato appare molto rilevante in chirurgia generale e ginecologia, in Puglia spicca la cardiologia e in Sicilia nuovamente la chirurgia generale e l'ortopedia.

²⁵ Nel conteggio sono inclusi i codici specialità: 28, 56, 60, 75.



5. Gli strumenti per le collaborazioni pubblico-privato e le possibilità di finanziamento del PNRR²⁶

Il PNRR rappresenta non solo un budget disponibile per la realizzazione di investimenti ma *in primis* una ambiziosa politica di investimento di lungo termine. Lo stesso programma europeo Next Generation Europe, del resto, è volto a realizzare investimenti con valore intergenerazionale (o valore pubblico latamente inteso), anche attraverso forme di collaborazione pubblico-privato, che rappresentano il propulsore per far fronte alle sfide globali (declinate dai *Sustainable Development Goals*²⁷ dell'ONU, d'ora in avanti SDGs) e più in generale dello sviluppo sociale ed economico e della tutela ambientale.

Ben prima della formalizzazione degli SDGs, che rappresentano una istituzionalizzazione del cosiddetto valore pubblico, e della diffusione di logiche di investimento che perseguono criteri ambientali, sociali e di governance²⁸ o della teorizzazione dello *Shared Value Creation* (Porter & Kramer, 2011²⁹), Jørgensen & Bozeman (2007, p. 373³⁰) scrivevano che *“il valore pubblico non è prerogativa esclusiva del settore pubblico, né il settore pubblico rappresenta l'unico insieme di istituzioni che ha l'obbligo di generale valore pubblico, [anche se chiaramente] ha un ruolo speciale come garante dei valori pubblici”*.

5.1. Le collaborazioni pubblico-privato: framework interpretativo

L'utilizzo della parola partnership o collaborazione pubblico-privato può ingenerare incertezze interpretative. Essa è molto spesso riferita a contratti di durata per la costruzione e gestione di infrastrutture (Hodge & Greve, 2017³¹). In realtà, quest'ultima rappresenta solo una specifica forma di collaborazione. La collaborazione pubblico-privato ha un significato più ampio e, anzi, esistono diverse forme di collaborazione, che possono essere lette attraverso due schemi interpretativi.

²⁶ Il capitolo è a cura di Niccolò Cusumano e Veronica Vecchi.

²⁷ Si tratta di 17 obiettivi strategici globali, fra loro interconnessi, per raggiungere pace e prosperità sostenibile a livello globale: <https://sdgs.un.org/goals>.

²⁸ Meglio conosciute secondo l'acronimo inglese ESG - environmental, social, governance – secondo cui il conseguimento di risultati economici non deve compromettere l'ambiente e la società grazie a modelli di governance basati su etica, trasparenza e anticipazione/gestione dei rischi.

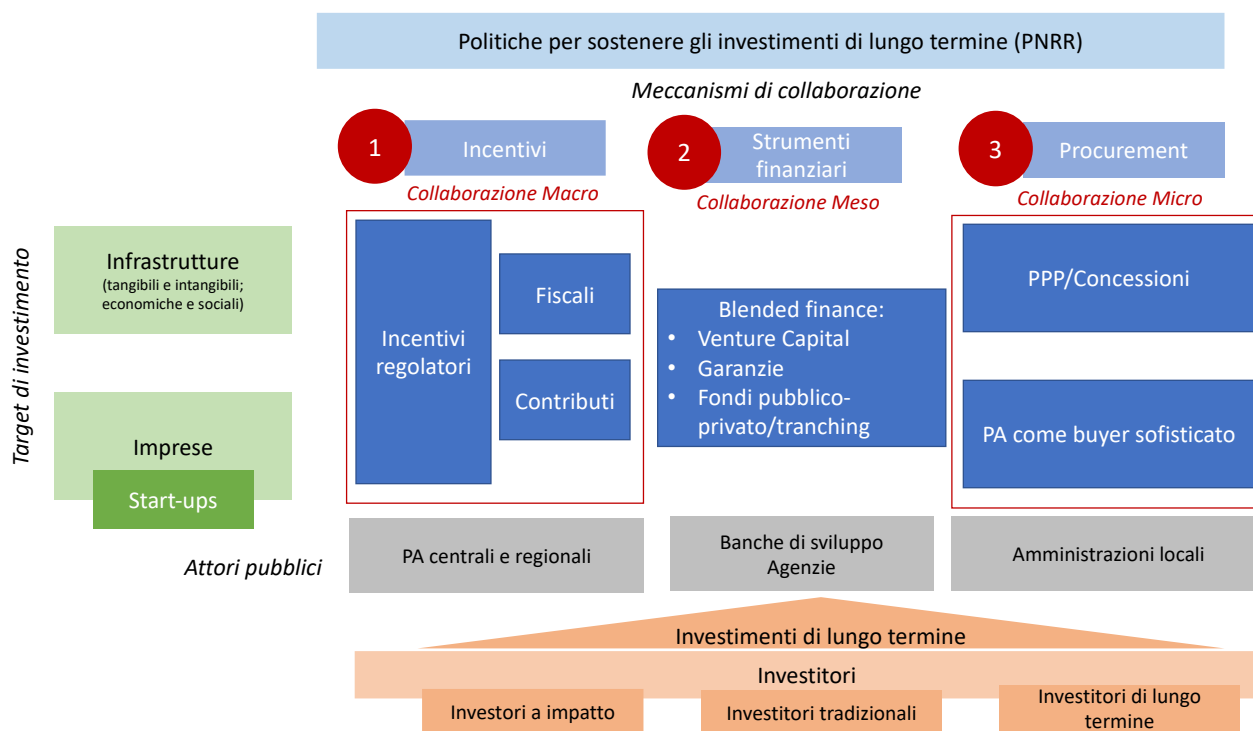
²⁹ Porter, M., & Kramer, M. (2011). Creating Shared Value: How to Reinvent Capitalism and Unleash a Wave of Innovation and Growth. *Harvard Business Review*, 62–77.

³⁰ Jørgensen, T. B., & Bozeman, B. (2007). Public values: An inventory. *Administration & society*, 39(3), 354-381.

³¹ Hodge, G. A., & Greve, C. (2017). On public-private partnership performance: A contemporary review. *Public Works Management & Policy*, 22(1), 55-78.

Nel contesto del PNRR è utile fare riferimento a uno secondo schema interpretativo (Vecchi, Casalini & Cusumano 2022³²) che consente di comprendere le forme di collaborazioni con specifico riferimento alla mobilitazione di capitali privati per la realizzazione di investimenti di lungo termine, ovvero quegli investimenti in asset strategici per la società e l'economia, come per esempio la ricerca, la transizione ecologica, la sanità, l'educazione, le infrastrutture eccetera, che possono essere di competenza pubblica o privata. La Figura 5 articola le collaborazioni pubblico-privato per evidenziare come queste siano strategiche per realizzare investimenti di lungo termine, sia quelli in infrastrutture (tangibili e intangibili, economiche e sociali), sia quelli di impresa e quindi per sostenere sia gli investitori più tradizionali, benché sempre di più orientati a logiche di investimento di tipo ESG, sia quelli di lungo termine veri e propri (come assicurazioni, fondi pensione, fondi sovrani e anche di impatto).

Figura 5. Le collaborazioni pubblico privato per sostenere gli investimenti di lungo termine



Fonte: Vecchi, Casalini e Cusumano (2022)³³

³² Vecchi V., Casalini F., Cusumano N. (2022 forthcoming). Investigating the performance of PPP in major healthcare infrastructure projects: the role of policy, institutions, and contracts. *Oxford Review of Economic Policy*.

³³ Vecchi V., Casalini F., Cusumano N. (2022 forthcoming). Una PA reattiva: generare valore per la società con le collaborazioni pubblico-privato, in *Reactiveness. Lezioni dalla Pandemia per il Cambiamento della Pubblica Amministrazione*, di Valotti G. a cura di, EGEA: Milano.

A *livello macro*, in generale, si instaurano collaborazioni/partnership informali o interazioni finalizzate alla creazione o all'implementazione di una policy. A questo livello possiamo trovare le attività di lobbying (transazionali o relazionali) svolte dalle imprese, dalle organizzazioni no profit o dalle loro associazioni volte a influenzare l'attività di *policy making*. È proprio con l'obiettivo di stimolare il mercato verso la co-produzione di valore pubblico (sociale e ambientale), che la collaborazione a livello macro può sostanziarsi anche attraverso incentivi regolatori (ad es. certificati bianchi), la concessione di incentivi fiscali (ad es. Transizione 4.0, ecobonus e sismabonus) o contributi a fondo perduto (ad es. conto energia termico).

In questo senso, vanno lette, inoltre, le iniziative di Corporate Social Responsibility (CSR). Ovvero, le sfide della società possono rappresentare un'area di business e profitto per le imprese. La capacità delle imprese di individuare soluzioni a tali sfide può rappresentare una forma di *impact investing*, consentendo di ottimizzare o bilanciare ritorno economico e sociale. Effettivamente, negli anni più recenti si sta assistendo a un cambio di passo molto significativo da parte delle imprese e degli investitori, per i quali la società non è più solamente terreno verso cui orientare azioni filantropiche volontarie finanziate con budget importanti ma comunque limitati, che costituiscono spesso anche uno strumento di lobbying. In maniera più avanzata, la società e le sfide sociali (tra cui in primis il cambiamento climatico) stanno diventando parti fondanti della strategia ibrida di impresa. Questo tipo di orientamento strategico delle imprese rappresenta una chiara forma di "partnership" informale verso il perseguimento di obiettivi di policy.

A *livello meso*, troviamo quelle forme di collaborazione che, pur caratterizzate da un diverso grado di intensità, danno luogo a un perimetro nel quale attori pubblici e privati mettono a sistema risorse finanziarie e non, per contribuire a un obiettivo condiviso. A questo livello possiamo trovare, da un lato, vere e proprie partnership istituzionalizzate, quali le società miste (che rappresentano una istituzionalizzazione della collaborazione mediante la creazione di un veicolo societario) o le fondazioni miste; e dall'altro, programmi – di sviluppo, ricerca & innovazione, educazione, cooperazione – che rappresentano il tentativo di diversi attori, pubblici e privati (a titolo di esempio associazioni di categoria, imprese, enti di ricerca), di individuare obiettivi specifici congiunti rispetto ai quali mobilitare risorse o anche solo indirizzare azioni. Infine, sempre a livello meso, si possono trovare

programmi di *blended finance*³⁴, messi a punto e gestiti da banche di sviluppo (per esempio la Banca Europea per gli Investimenti o Cassa Depositi e Prestiti), che offrono strumenti di finanziamento volti a mobilitare (in una logica di *crowd-in* – attrazione nel sistema) di capitali privati, facendo leva su capitali pubblici, per esempio quelli del PNRR o dei fondi strutturali. Gli strumenti di *blended finance* sono prevalentemente finalizzati a chiudere il gap di investimento in infrastrutture e piccole e medie imprese. Esempi sono programmi di garanzia, co-garanzia e contro garanzia per sostenere l'accesso al credito delle imprese, specie le PMI, oppure per sostenere specifiche categorie di investimento (es. fondo per l'efficienza energetica che offre garanzie e finanziamenti a tasso agevolato); oppure programmi di *venture capital* pubblico-privato per supportare la nascita e lo sviluppo di start-up; oppure, più in generale, fondi pubblico-privato, basati su logiche di “tranching”, ovvero strati di capitali con diversi gradi di rischio sopportati, volti a mobilitare gli investitori istituzionali verso investimenti (a lungo termine) più rischiosi, dove gli investitori pubblici investono capitali negli “strati” più rischiosi del fondo (equity o debito mezzanino).

A *livello micro*, la collaborazione/partnership pubblico privato assume la forma di un rapporto sinallagmatico³⁵ tra una autorità pubblica e un soggetto privato. In questo contesto si collocano appalti, concessioni/PPP e i contratti tra un'azienda sanitaria e una struttura privata accreditata. Gli appalti e concessioni sono entrambi contratti a titolo oneroso. Nei primi le Amministrazioni acquistano in cambio di un corrispettivo un bene, un servizio o un determinato insieme di lavori. Nelle seconde, a differenza dei primi, il privato realizza o potenzia un'infrastruttura e/o gestisce un servizio, ottenendo una remunerazione generalmente legata alla disponibilità e/o alla performance generata. Il pagamento può assumere la forma di un canone di disponibilità o di una tariffa per la prestazione, entrambi pagati dalla pubblica amministrazione, ad es. dall'azienda sanitaria. Nell'ambito dei contratti di PPP sono possibili anche pagamenti diretti (*out of pocket*) effettuati dagli utilizzatori, anche se fino ad oggi il pagamento da parte della PA ha rappresentato la forma pressoché dominante. Negli ultimi anni, proprio come conseguenza della diffusione e consolidamento di modelli di investimento a impatto, sono stati sperimentati contratti di tipo *outcome-based*, ovvero contratti che responsabilizzano l'operatore economico verso la generazione di risultati sociali. Oltre alle casistiche appena descritte, occorre, ricordare un

³⁴ Secondo la definizione OCSE, si tratta di programmi diretti a raccogliere capitali sia pubblici sia privati, per contribuire allo sviluppo sostenibile, ma allo stesso tempo, in grado di garantire un ritorno economico. Per approfondimenti: <https://www.oecd.org/dac/financing-sustainable-development/blended-finance-principles/>

³⁵ Contratto a prestazioni corrispettive.



ulteriore strumento a disposizione che è quello dell'accreditamento e sono state già sperimentate soluzioni di PPP associate all'accreditamento.

La collaborazione a livello micro è quella più rilevante per le amministrazioni a livello locale in quanto consente di conseguire un duplice risultato: la PA, agendo come *buyer* sofisticato, attraverso un approccio strategico al *procurement*, da un lato, è in grado di migliorare il livello dei servizi ai cittadini e alla società e, dall'altro, può stimolare innovazione, produttività, efficienza e allineamento a obiettivi strategici nel settore privato.

5.2. I fondi comunitari: PNRR, fondi strutturali e altri incentivi nazionali

Fatte queste premesse, si passano ad analizzare le opportunità offerte dal PNRR e dalla programmazione dei fondi strutturali 2021-2027, oltre che eventuali altri incentivi nazionali potenzialmente accessibili alle associate AIOP.

Il PNRR, come introdotto nel capitolo 3, si articola in sei missioni che riflettono altrettanti settori prioritari di intervento e obiettivi. Ogni missione si articola in riforme e investimenti, raggruppati in "componenti", per un totale di 63 riforme e 134 investimenti. Il piano vale 191,5 miliardi di euro a cui si aggiungono circa 30 miliardi di euro di fondo complementare. Il 40% di queste risorse è destinato al Sud.

Ad ogni investimento e riforma sono associati obiettivi e traguardi intermedi (c.d. *milestone*) per monitorarne lo stato di avanzamento a cui far corrispondere, semestralmente, le richieste di finanziamento alla Commissione Europea. La valutazione sul raggiungimento di quanto concordato è effettuata sulla base di indicatori e fonti di verifica stabiliti nei cosiddetti *operational arrangements* approvati a dicembre 2021. Questo atto ha carattere vincolante, così come vincolante è il Piano approvato, la cui rettifica, a norma del Regolamento europeo 241/2020, avviene presentando una proposta di modifica alla Commissione che la valuta e la sottomette al Consiglio Europeo per approvazione. È bene sottolineare, infatti, che il PNRR è finanziato da uno programma a gestione diretta della Commissione, per cui i margini di manovra del beneficiario, lo Stato italiano, sono ridotti. Occorre, infine, ricordare che le risorse del PNRR sono soggette alla disciplina sugli aiuti di stato³⁶.

³⁶ Vedi considerando 8 Reg. 241/2021/UE "anche gli investimenti privati potrebbero essere incentivati attraverso regimi di investimento pubblico, compresi strumenti finanziari, sovvenzioni e altri strumenti, purché siano rispettate le norme in materia di aiuti di Stato"



Nella Tabella 5 sono sintetizzati i possibili ambiti di interesse presenti nel PNRR. La tabella riporta il codice di investimento (M=missione, C=componente), il nome della misura, e una valutazione sull'opportunità di attivazione da parte della sanità privata, con relativo commento. Si rimanda all'appendice per un approfondimento ulteriore sui meccanismi incentivanti disponibili. È bene sottolineare, in primo luogo, che la valutazione di percorribilità rispetto a un percorso incentivante dipende dalla documentazione pubblicamente disponibile alla data in cui si scrive. In secondo luogo, l'impossibilità di beneficiare di un determinato meccanismo incentivante PNRR non esclude che la Regione, in virtù di trasferimenti di fondi comunitari, non possa decidere di attivare risorse in ogni caso destinate alla sanità, a soggetti diversi. I fondi comunitari operano secondo un principio di addizionalità, per cui non dovrebbero sostituirsi a fondi nazionali. Lo stesso Consiglio Europeo, nella raccomandazione specifica per paese 1/2021 ha raccomandato all'Italia di «*preservare gli investimenti finanziati a livello nazionale*». È auspicabile quindi un confronto a livello regionale e nazionale per comprendere come le maggiori risorse per investimenti di origine comunitaria possano “liberare” fondi nazionali con diversa destinazione d'uso / beneficiario.

Tabella 5. Investimenti PNRR di potenziale interesse per gli associati AIOP

CODICE	INVESTIMENTO	ATTIVABILE	COMMENTO
M1.C2.3.1.4	Sanità Connessa	NO	Portare la connettività ad almeno 1 Gbit/s a circa 12.300 <i>strutture sanitarie pubbliche</i> (fonte: target M1C2-18, operational arrangements)
M1.C2.1	Transizione 4.0	SI	Vedi tabella in appendice
M2.C3.2.1	Ecobonus e Sismabonus fino al 110% per l'efficienza energetica e la sicurezza degli edifici	SI	Ecobonus 50% o 65% Sismabonus 50% Vedi tabella in appendice
M5.C3.1.2	Strutture sanitarie di prossimità territoriale	NO	Contributo agli investimenti privati diretto alle <i>farmacie rurali</i> situate in comuni sotto i 3.000 abitanti affinché rafforzino il loro ruolo di erogatori di servizi sanitari (fonte: prima Relazione al Parlamento sullo stato di attuazione del PNRR, Dicembre 2021)
M6.C1.1.1	Case della Comunità	SI	Attivabile attraverso meccanismi di PPP
M6.C1.1.3	Ospedali di comunità	SI	Attivabile attraverso meccanismi di PPP
M6.C2.1.1.2	Grandi apparecchiature	NO	Attraverso il flusso informativo dedicato alle grandi attrezzature disponibili presso il MdS, è stato effettuato un primo screening del numero e del livello di obsolescenza delle attrezzature ospedaliere, nonché una valutazione per individuare il fabbisogno complessivo di nuove grandi attrezzature sanitarie in 3.133 unità da acquistare in sostituzione di tecnologie

			obsolete o fuori uso (oltre 5 anni). (fonte: target M6C2-6, operational arrangements) Gli investimenti saranno attivati attraverso delle procedure di gara (convenzione Consip) (fonte: target M6C2-7, operational arrangements)
M6.C2.1.2	Ristrutturazione e adeguamento antisismico	NO	Gli interventi sono considerati nell'ambito di un programma pluriennale [piani triennali di investimento INAIL ex DI 30 dicembre 2019 n.162] finalizzato al rinnovo e ammodernamento dell'assetto fisico e tecnologico del patrimonio immobiliare sanitario pubblico (fonte: target M6C2-10, operational arrangements). A fronte di 1,6 miliardi di stanziamento totale, 1 miliardo è a copertura di progetti già in essere. Le risorse saranno erogate attraverso accordi di programma ex art. 20 L. 67/88 (fonte: prima Relazione al Parlamento sullo stato di attuazione del PNRR, Dicembre 2021)

Il PNRR non è l'unica politica di finanziamento europea attiva nel nostro Paese. Le risorse per la coesione a valere sui cosiddetti Fondi Strutturali e di Investimento Europei (fondi SIE) rappresentano un canale importante di finanziamento, specie nelle regioni del Mezzogiorno. Nel periodo 2021-2027 i programmi nazionali e regionali a valere sul Fondo Europeo di Sviluppo Regionale (FESR) e sul Fondo Sociale Europeo Plus (FSE+) prevedono un budget complessivo di circa 74 miliardi di euro, tra fondi europei e cofinanziamento nazionale. La bozza di Accordo di Partenariato, il documento cardine della programmazione, inviata il 16 dicembre 2021 a Bruxelles per l'approvazione da parte della Commissione, destina circa 3,3 miliardi di euro di risorse europee (a cui aggiungere la quota nazionale) del FESR e 14,2 miliardi del FSE+ a misure per promuovere occupazione, educazione e inclusione sociale. Risorse che possono finanziare, tra le altre, la realizzazione di infrastrutture per la sanità, l'acquisto di attrezzature sanitarie, beni mobili per la salute, servizi e investimenti per la digitalizzazione delle cure, iniziative per migliorare l'accesso alle cure. A questi si aggiungono 8,5 miliardi di euro per finanziare la transizione verde, tra cui misure per promuovere l'efficientamento energetico di edifici come ospedali e case di cura. Tali opportunità saranno declinate nei prossimi mesi all'interno dei programmi nazionali e regionali in corso di approvazione alla data in cui si scrive. È bene sottolineare che circa il 60% delle risorse è destinato alle regioni del Mezzogiorno.

Si ricorda, infine, che sono disponibili dei programmi di incentivazione nazionale: certificati bianchi, conto energia termico, fondo per l'efficienza energetica, bonus facciate. Per il dettaglio di tali misure si rimanda alla tabella in appendice. Come si può notare molte di queste misure riguardano l'efficientamento energetico degli edifici. In questo senso la

Sanità, privata e pubblica, così come gli altri settori economici sarà chiamata nei prossimi a contribuire al raggiungimento della neutralità climatica.

Tale obiettivo è già recepito dal DM 70 per cui negli «Standard organizzativi, strutturali e tecnologici generali» si prevede che «ogni struttura, tenendo anche conto del suo interfacciamento con la componente impiantistica e con le attrezzature, ha l'obbligo del rispetto [di] graduale sostenibilità energetico-ambientale in termini di riduzione dei consumi energetici». Secondo la Strategia Per La Riquilificazione Energetica Del Parco Immobiliare Nazionale (STREPIN), approvata a Marzo 2021 *“sarà necessario valutare l'introduzione di strumenti ancora più incisivi nel breve termine”* per promuovere la riqualificazione energetica nel settore terziario. A tal fine *“potrà essere valutato un approccio basato sull'introduzione di obblighi di riqualificazione energetica nelle finestre di opportunità, adeguatamente supportati da incentivi e meccanismi di promozione”*. *“Sarà inoltre valutata la promozione degli interventi di demolizione e ricostruzione nei casi in cui il retrofit (ammodernamento) non sia economicamente vantaggioso”*. Si ritiene quindi, che in tal senso si possano presentare delle finestre di opportunità nei prossimi anni.

6. Le opportunità imprenditoriali derivanti dalla Missione Salute³⁷

Il paragrafo precedente ha delineato le opportunità di investimento collegate ai fondi previsti dal PNRR, oppure, da incentivi già presenti nel sistema. Questo paragrafo riflette, invece, su alcune possibilità imprenditoriali derivanti dalla Missione Salute. Alcune di queste opportunità sono legate o possono legarsi a linee di finanziamento specifiche previste dal Piano. Altre, invece, derivano dal dinamismo di sistema conseguente a riforme e investimenti operati dal pubblico.

Per esigenze di schematicità, le opportunità possono scaturire da tre principali linee di azione che i privati possono intraprendere.

- i. Erogazione di specifici servizi finanziati dal PNRR
- ii. Integrazione funzionale o strutturale con *setting* previsti dal PNRR gestiti dal pubblico
- iii. Gestione di nuovi *setting* e servizi dedicati all'integrazione e alla continuità assistenziale, previsti dal PNRR.

³⁷ Il presente capitolo è a cura di Alberto Ricci e Francesco Longo, salvo il par. 6.4 che è a cura di Niccolò Cusumano e Veronica Vecchi.



6.1. Erogazione di specifici servizi finanziati dal PNRR

Nei prossimi cinque anni, il PNRR prevede 2,7 miliardi di Euro per il finanziamento corrente dell'Assistenza Domiciliare Integrata. Anche nell'ambito della telemedicina, fino al 2026, potrebbero aprirsi alcune opportunità di finanziamento per specifiche progettualità innovative (cfr. par. 3.4).

Con riferimento all'ADI, non sono disponibili mappature nazionali sull'incidenza degli erogatori accreditati. Tuttavia, sulla base dei dati regionali disponibili, la presenza del privato (for profit e not for profit) si presume elevata³⁸. In questo ambito, è quindi probabile, nei prossimi anni, un ampliamento dei budget per l'attività dei privati accreditati; espansione prima sostenuta dai fondi europei fino al 2026, e poi, presumibilmente, con altre risorse pubbliche. L'ambiziosa ottica dichiarata dal PNRR, del resto, è di coprire il 10% degli over65. Ad oggi, risulta coperto il 6% delle persone rientranti nella categoria, ma per un quantitativo molto ridotto di ore annuali, appena 18. I margini di espansione del servizio appaiono dunque ampi e molto probabilmente al di sopra delle capacità di risposta del pubblico, finanziarie e anche organizzative.

Un ragionamento analogo può essere proposto per la telemedicina: in questo ambito, il finanziamento di un miliardo supporterà progetti che avranno probabilmente una quota di costi di investimento (software, formazione) e una quota di costi correnti "di avviamento" (es. personale dedicato). Rispetto all'ADI, i requisiti di accesso ai fondi appaiono già da oggi più specifici. Saranno finanziati progetti di telemedicina proposti dalle Regioni, coerenti con le linee guida nazionali, integrabili con il Fascicolo Sanitario Elettronico. I progetti dovranno interessare più regioni, nell'ottica di armonizzare i SSR, in coerenza con gli obiettivi nazionali di programmazione sanitaria.

6.2. Integrazione funzionale o strutturale con setting previsti dal PNRR gestiti dal pubblico

Anche in aree senza finanziamento specifico di parte corrente si intravedono alcune opportunità derivanti dall'integrazione strutturale o funzionale con il pubblico. Tali opportunità prescindono anche dal fatto che i privati possano essere i destinatari di finanziamenti in conto capitale.

³⁸ La pagina Open Data di Regione Lombardia riporta l'elenco degli operatori ADI. Il conteggio è di 265 realtà private, di cui 104 ONLUS, che affiancano solo 25 realtà pubbliche.



Le Case della Comunità, che in gran parte saranno a gestione pubblica e intendono offrire un'ampia gamma di servizi, potrebbero beneficiare della competenza dei centri privati accreditati in aree come la riabilitazione, la psichiatria, o la cardiologia (cfr. par. 4.2); aree in cui l'offerta privata è, almeno in diversi territori, maggioritaria oltre che dotata di elevato profilo qualitativo. Alcune collaborazioni, in questo senso, sono già operative³⁹. In certi casi, schemi simili potrebbero nascere all'interno di OsCo: ad esempio, per la gestione di un modulo a vocazione specialistica; oppure, nell'ambito di un servizio ADI erogato da un ente pubblico, che potrebbe coinvolgere anche professionisti dipendenti di centri privati.

Erogare visite o trattamenti all'interno dei nuovi *setting* o servizi pubblici previsti dal PNRR può sostenere la stabilizzazione dei volumi di attività, con maggiori garanzie sulla saturazione della capacità produttiva dei privati. Indirizzare i pazienti che provengono dall'ospedale verso un OSCO o una CdC rispettivamente per un ricovero sub-acuto o per il follow up può aumentare l'appropriatezza, la prossimità e la continuità delle cure, generando un incremento della qualità effettiva e percepita. L'integrazione strutturale potrebbe favorire dinamiche di mutuo apprendimento con il pubblico su aspetti gestionali e clinici. La maggiore integrazione con i soggetti pubblici dovrebbe contribuire alla legittimazione del privato come fornitore di servizi di pubblica utilità in contesti a volte poco favorevoli a un approccio sussidiario. Infine, il presidio dei processi di cura in ambito SSN potrebbe aiutare a intercettare quote di bisogno che non trovano risposta nei circuiti pubblici. In tali casi, si aprirebbero possibilità di offrire alcuni servizi in solvenza integrativi rispetto a quelli erogati con fondi pubblici.

Forme di integrazione non strutturali ma funzionali potrebbero generare simili vantaggi: ad esempio, si pensi a un ospedale riabilitativo che collabori con la COT di un grande ospedale pubblico o di una ASL, con la conseguente condivisione di protocolli e strumenti di governo clinico, con uno stabile flusso di pazienti tale da assicurare la saturazione della capacità produttiva del ricevente, e con indubbi vantaggi per il paziente e la sua famiglia.

6.3. Gestione da parte dei privati accreditati di nuovi setting per la continuità assistenziale previsti dal PNRR

Almeno nelle regioni con una presenza privata accreditata particolarmente rilevante, come Lazio e Lombardia, le possibilità di collaborazione con il pubblico sono sulla carta molto

³⁹ Si veda il caso dell'ambulatorio di prevenzione cardiovascolare della Fondazione Don Gnocchi all'interno della Casa della Salute di Parma: <https://www.dongnocchi.it/@strutture/centro-s-maria-ai-servi/servizi/ambulatorio-prevenzione-cardiovascolare>.



ampie e diversificate. In alcuni casi, potranno essere anche i privati a organizzare le progettualità di integrazione dei soggetti erogatori del territorio. Ad esempio, un grande poliambulatorio privato potrebbe evolversi in Casa della Comunità, mentre un ospedale per acuti di dimensioni rilevanti potrebbe gestire un OsCo o una COT per i propri pazienti fragili e cronici complessi. Queste progettualità potrebbero includere una componente di investimento infrastrutturale combinato tra risorse pubbliche del PNRR e privato, magari utilizzando i classici strumenti giuridici del PPP, come la concessione di costruzione e gestione; oppure, accedendo ai fondi europei da impiegare in conto capitale per apportare i necessari adeguamenti infrastrutturali su edifici di proprietà privata.

In questi casi, che presumibilmente saranno abbastanza circoscritti, il pubblico potrà fare leva sulle capacità di rapido ri-orientamento produttivo e organizzativo dell'offerta proprie del privato. Fatta salva l'elaborazione degli obiettivi di massima, riservata al pubblico, il privato potrà partecipare attivamente alla co-progettazione di iniziative specifiche nella rete complessiva dei servizi del SSR. Il privato accreditato sarà coinvolto in iniziative di investimento, innovazione e sperimentazione di nuovi modelli di servizio, che riguardano non solo singole prestazioni, ma il governo di ampie porzioni dei percorsi di cura, con le relative opportunità e responsabilità. Il consolidamento del ruolo pivotale del privato, che diventa pienamente inserito tra i soggetti integratori dei servizi, rappresenta il tratto fondamentale collegata a questa terza linea di azione. Il prossimo paragrafo entra maggiormente nel dettaglio nelle possibilità di avviare una collaborazione pubblico-privato strutturata avente ad oggetto i due principali setting strutturali introdotti dal PNRR, le Case e gli ospedali di Comunità. La Tabella 6 sintetizza le opportunità per il privato derivanti dalla Missione 6 del PNRR, riconducibili alle tre linee di azione sopra sviluppate.



Tabella 6. Opportunità per il privato derivanti dalla Missione Salute del PNRR

Opportunità	Erogazione di specifici servizi finanziati da PNRR (ADI)	Integrazione con i setting e i servizi PNRR gestiti dal pubblico (es. CdC, COT)	Gestione di setting PNRR (es. OSCO, CdC)
Disponibilità di fondi aggiuntivi in conto esercizio	X		
Stabilizzazione - graduale sviluppo attività in regime SSN grazie all'integrazione con i processi di cura del pubblico		X	X
Aumento funzionalità operations interne		X	X
Aumento qualità effettiva e percepita dal paziente		X	X
Offerta di alcuni servizi in solvenza complementari ai servizi SSN	X	X	X
Mutuo apprendimento su aspetti gestionali e clinici		X	
Aumento legittimazione nel sistema	X	X	X
Maturazione di un ruolo pivotale			X

6.4. Il PPP per le Case e gli Ospedali di comunità

Come si è evidenziato nel paragrafo precedente e nel paragrafo 5.2, le misure che riguardano la realizzazione di Case e Ospedali di comunità potrebbero essere accessibili a operatori privati attraverso modelli di PPP, a seconda delle esigenze e del contesto di riferimento. In tale ottica non vigono preclusioni dal punto di vista normativo e regolamentare, sarà però compito delle Regioni in qualità di soggetti attuatori (e per loro tramite le aziende sanitarie), declinare l'utilizzo di tale strumento.

Si ritiene che il PPP possa consentire 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. A tal fine, 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 o ri-funionalizzazione del patrimonio. In questo senso le regioni dovranno valutare tutte le opzioni possibili nella panoplia delle soluzioni di sviluppo degli investimenti, tra cui si inserisce 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.

Una possibile schematizzazione dei modelli di PPP applicabili prende a riferimento due dimensioni. La prima dimensione è la tipologia di prestazioni sanitarie erogate all'interno della struttura: esclusivamente di tipo "istituzionale" oppure anche a finalità "commerciale", quindi a totale carico del cittadino/assicurato. La seconda dimensione è la titolarità della struttura che può essere pubblica o privata.

La prima dimensione rileva per alcune ragioni: le entrate disponibili per il finanziamento degli investimenti, la titolarità dell'accreditamento e il relativo accordo contrattuale e infine, la rilevanza dell'operazione ai fini dell'applicazione delle regole relative agli aiuti di stato in caso di contributo pubblico. La seconda dimensione rileva ovviamente sul contenuto del progetto, sull'entità dell'investimento necessario e del rischio connesso nonché, nel caso di infrastruttura pubblica, sulle modalità di affidamento del contratto sotto il profilo, ad esempio, dei requisiti di qualificazione.

Le operazioni di PPP potrebbero riguardare sia strutture esistenti (*brownfield*) da riqualificare, sia di nuova realizzazione (*greenfield*). A tal fine è bene sottolineare che dei 2 miliardi di euro disponibili per la realizzazione di Case della Comunità, 1,6 miliardi deve essere destinato alla realizzazione di nuovi edifici efficienti dal punto di vista energetico⁴⁰. Tutti gli interventi devono essere conformi, inoltre, al principio del "non arrecare un danno significativo" ("*do not significant harm*" o DSNH) che richiederà l'applicazione di soluzioni progettuali esigenti sotto il profilo dei consumi energetici e di risorse idriche, l'applicazione di tecniche costruttive che minimizzino le emissioni di polveri e sonore, l'utilizzo di materiali sostenibili.

Tornando ai modelli di partenariato, nel caso in cui l'infrastruttura fosse pubblica e di nuova realizzazione, si potrà ricorrere alle procedure previste dall'articolo 180 e seguenti del Codice dei Contratti, per cui di base si sottoscriverà una concessione per la costruzione (nel caso siano previsti i lavori) e gestione dell'infrastruttura. L'accreditamento potrà essere sia in capo all'Azienda Sanitaria concedente, oppure al concessionario, che in ogni caso deve essere autorizzato a svolgere l'attività. In questo caso l'accordo contrattuale è costituito dal contratto di concessione. La remunerazione della attività può avvenire sulla

⁴⁰ Nuovi edifici con una domanda energetica primaria inferiore di almeno il 20 % rispetto al requisito degli edifici a energia quasi zero.



base del tariffario regionale, con eventuale corresponsione di un canone di disponibilità per la remunerazione degli investimenti laddove i ricavi da prestazioni non fossero sufficienti.

Nel caso di infrastruttura privata lo schema di collaborazione segue il modello consolidato di accreditamento con sottoscrizione di accordo contrattuale, che potrebbe anche prevedere l'erogazione di un contributo a fondo perduto in conto capitale (sovvenzione). La concessione di forme di sovvenzione, nel caso di svolgimento di attività di carattere commerciale, può essere rilevante ai fini della disciplina sugli aiuti di stato. Garanzie e credito agevolato sono misure generalmente finanziate dai fondi strutturali e rivolte a piccole e medie imprese.

Figura 6: I modelli di PPP



Fonte: elaborazione degli autori

Il caso degli Ospedali di Comunità si presta a un modello di accreditamento tradizionale, mentre per le Case di Comunità, specie se realizzate in ambito non urbano, potrebbe essere più percorribile un modello PPP a seconda degli orientamenti espressi dalle singole Regioni.

Facendo un focus solo sulle Case della Comunità, l'applicazione del PPP trova la sua ragione d'essere e la sua convenienza quando il contratto trasferisce rischi significativi all'operatore economico. Il PPP può dunque 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:

- 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;
- 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 di 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'operatore economico 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 CdC 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.



7. Sintesi e considerazioni conclusive⁴¹

Dopo anni di insufficiente finanziamento, sia di parte corrente sia in conto capitale, la lunga stagione pandemica ha comportato un aumento della spesa sanitaria emergenziale (+5% nel 2020 rispetto al 2019), soprattutto in termini di beni e personale. Tuttavia, perlomeno nel confronto 19-20, la spesa per prestazioni acquisite dai privati accreditati ha registrato una leggera diminuzione assoluta (-1%), trainata dall'ambito ospedaliero (-5%)⁴². Molte strutture private hanno fornito un rilevante contributo nel corso della pandemia⁴³, ma il calo dei ricoveri programmati (-24%)⁴⁴ ha investito soprattutto le attività chirurgiche e riabilitative che rappresentano una quota molto rilevante dell'offerta privata accreditata (cfr. paragrafo 4.2). Nel biennio 2020-2021, un deficit primario delle finanzia pubbliche di oltre 200 miliardi, unito alla contrazione dell'economia, ha portato il rapporto debito-PIL a sfiorare il 160%, livelli mai sperimentati nella storia repubblicana. Tali livelli di debito andranno contenuti e ridotti progressivamente e i documenti programmatici del governo già delineano l'interruzione della fase espansiva della spesa nel giro di 2-3 anni⁴⁵. La crisi demografica, che sta riducendo velocemente la forza lavoro e i contribuenti del Paese, e il peso della spesa pensionistica, sono ulteriori tasselli che spingono a escludere aumenti significativi e stabili della spesa pubblica in generale e della spesa sanitaria in particolare; anche se quest'ultima si presenta sotto-finanziata nel panorama internazionale.

In questo contesto, il PNRR rappresenta indubbiamente un passaggio epocale e un'opportunità unica sia per il sistema economico, sia per il SSN italiano. Si profila un corposo programma di riforme e investimenti, che oltrepassa i 190 miliardi al netto dei fondi complementari, di cui 15,6 riservati espressamente al sistema sanitario, come dettagliato nel **capitolo 3**. In particolare, la Missione 6 - Salute prevede, da un lato, 7 miliardi di potenziamento dell'assistenza territoriale tramite la creazione di nuove strutture (come Ospedali di Comunità e Case della Comunità), il rafforzamento dell'assistenza domiciliare e lo sviluppo della telemedicina. Dall'altro lato, 8,6 miliardi sono destinati al rinnovamento

⁴¹ Il capitolo è a cura di Francesco Longo e Alberto Ricci.

⁴² Per i dati di spesa sanitaria, si rimanda al cap. 3 del Rapporto OASI 2021.

⁴³ Per un'analisi del ruolo svolto dai privati nel corso della pandemia Covid-19, si rimanda al cap. 4 del Rapporto OASI 2020.

⁴⁴ AGENAS, portale Covid-19,

<https://www.agenas.gov.it/covid19/web/index.php?r=site%2Fprestnonerogate&q1=ITA&q2=4&q3=S.M2A>

⁴⁵ Sui temi previsionali di finanza pubblica l riferimento è il già citato documento programmatico di bilancio 2022.



infrastrutturale e tecnologico degli ospedali e al rafforzamento del capitale umano del SSN attraverso il potenziamento della ricerca e della formazione.

Quale ruolo potranno rivestire gli erogatori della sanità privata accreditata nell'implementazione del PNRR? Quali sono le principali opportunità imprenditoriali che si aprono?

Una chiara evidenza che emerge dal **capitolo 4** che analizza il profilo del privato accreditato Rapporto è la sua rilevanza nel segmento di offerta territoriale. A livello nazionale, oltre il 60% di ambulatori e laboratori sono privati accreditati, con punte del 70% nel Lazio e di oltre l'80% in Campania e Sicilia. È dunque irrealistico ridisegnare l'assistenza territoriale di queste regioni senza il coinvolgimento del privato accreditato. Anche in altri ambiti il privato accreditato rappresenta una quota insostituibile dell'offerta: in tutto il Paese, nelle attività riabilitative, al Mezzogiorno, in molte discipline ospedaliere chirurgiche, nel Lazio e in Lombardia, in quasi tutti i principali ambiti di offerta ospedalieri e territoriali, senza dimenticare la ricerca.

Allo stesso modo, appare irragionevole applicare gli stessi approcci di programmazione sanitaria a realtà diversissime in termini di densità abitativa e frammentazione dell'offerta. Le regioni de Mezzogiorno sono caratterizzate da un'elevata numerosità di ambulatori e laboratori in rapporto alla popolazione e alla densità di quest'ultima: un ridisegno complessivo della rete di offerta comporterà, molto probabilmente, significative aggregazioni di settore. Le strutture ospedaliere private in alcune regioni hanno piccole dimensioni e una focalizzazione spesso chirurgica (Campania, Sicilia, Toscana), in altri casi svolgono in maniera preponderante attività riabilitativa (Piemonte), in altre regioni ancora la presenza nelle specialità mediche e nel circuito dell'emergenza urgenza è rilevante (Lombardia, Lazio, Puglia). Di conseguenza, al variare del contesto regionale, saranno fisiologicamente più o meno realistiche le possibilità del privato ospedaliero di integrarsi con i nuovi setting territoriali di offerta, che, come visto, saranno diretti alla presa in carico della cronicità nei suoi vari livelli.

Al momento della chiusura di questo report, le Regioni hanno concluso la fase di individuazione dei punti erogativi dei nuovi setting, da identificare, al momento, tra le *facilities* pubbliche. Questo non esclude che in futuro si possa avere un coinvolgimento del privato accreditato nella gestione dei servizi. In tale senso, il **capitolo 5** riporta una rassegna



delle principali forme di collaborazione pubblico-privato per gli investimenti e l'innovazione in sanità. Inoltre, la Missione 2 prevede gli incentivi Ecobonus, Sismabonus e Transizione 4.0 potenzialmente accessibili a tutto il settore produttivo, che si aggiungono ad incentivi nazionali già in essere, come come dettagliato nello stesso **capitolo 5** e nell'**Appendice**.

Le opportunità però non sono solo legate alla copertura diretta di spese in conto capitale. Come dettagliato nel **capitolo 6**, è previsto un aumento delle risorse destinate all'ADI (2,7 miliardi in 5 anni) e anche alcune progettualità di telemedicina potrebbero trovare copertura. Inoltre, la profonda modifica della rete di offerta, che presumibilmente avverrà, introdurrà un notevole dinamismo nel settore che potrà aprire opportunità per gli attori più proattivi, anche in aree senza finanziamento specifico di parte corrente. Ad esempio, molto probabilmente si apriranno possibilità di integrazione strutturale o funzionale con il pubblico. Le Case della Comunità, che in gran parte saranno a gestione pubblica e intendono offrire un'ampia gamma di servizi, potrebbero beneficiare della competenza dei centri privati accreditati in aree come la riabilitazione, la psichiatria, o la cardiologia (cfr. par. 4.2). Erogare visite o trattamenti all'interno dei nuovi *setting* o servizi pubblici previsti dal PNRR potrebbe sostenere la stabilizzazione e la programmazione dei volumi di attività in regime SSN. Si potrebbero avviare dinamiche di mutuo apprendimento con il pubblico su aspetti gestionali e clinici, favorire una maggiore legittimazione del privato come fornitore di servizi di pubblica utilità. Infine, potrebbe svilupparsi la possibilità di intercettare quote di bisogno che non trovano risposta nei circuiti SSN. Forme di integrazione non strutturali ma funzionali, come quelle tra una COT di un grande ospedale pubblico con un ospedale riabilitativo, potrebbero generare simili vantaggi.

In alcuni casi, presumibilmente circoscritti, potranno essere anche i privati a organizzare le progettualità di integrazione dei soggetti erogatori del territorio. Ad esempio, un grande poliambulatorio privato potrebbe evolversi in Casa della Comunità, mentre un ospedale per acuti di dimensioni rilevanti potrebbe gestire un OsCo o una COT per i propri pazienti fragili e cronici complessi. A prescindere dall'eventuale finanziamento in conto capitale di provenienza PNRR sulla Missione 6, il consolidamento del ruolo pivotale del privato rappresenterebbe l'opportunità peculiare collegata alla gestione dei *setting* per la continuità delle cure previsti dal PNRR.



8. APPENDICE: incentivi nazionali

	Misura	Descrizione	Cumulabilità
Efficienza energetica ⁴⁶	<i>Certificati bianchi</i> ⁴⁷	<p>Titoli riconosciuti a progetti che dimostrano il conseguimento di risparmi energetici addizionali rispetto ai consumi iniziali (c.d. baseline). Non sono ammessi al meccanismo i progetti di efficienza energetica predisposti per l'adeguamento a vincoli normativi o a prescrizioni di natura amministrativa, fatto salvo il caso in cui si impieghino soluzioni progettuali energeticamente più efficienti rispetto a quelle individuate dai vincoli o prescrizioni suddetti, e che generino risparmi addizionali. I titoli vengono rilasciati a seconda della tipologia di intervento (nuova installazione o sostituzione) per un periodo che va generalmente dai 5 ai 10 anni.</p> <p>I certificati sono rilasciati a ESCO, o che hanno nominato un Energy Manager o sono in possesso di un sistema di gestione dell'energia certificato in conformità alla norma ISO 50001. Essendo i certificati bianchi dei titoli scambiati a mercato il loro valore varia nel tempo.</p>	<p>I certificati bianchi non possono essere cumulati con altri incentivi, comunque denominati, a carico delle tariffe dell'energia elettrica e del gas e con altri incentivi statali, destinati ai medesimi progetti. Non sono quindi cumulabili con:</p> <ol style="list-style-type: none"> le detrazioni fiscali; i finanziamenti statali concessi in conto capitale; il credito di imposta per l'acquisto di macchinari e attrezzature i Programmi Europei gestiti direttamente dal Ministero dello Sviluppo Economico in quanto il Soggetto erogatore dei finanziamenti e pertanto ricadono nella fattispecie "altri incentivi statali" <p>I certificati bianchi sono invece cumulabili con:</p> <ol style="list-style-type: none"> gli incentivi riconosciuti ed erogati su base regionale, locale e comunitario per interventi di efficientamento energetico fino al 100% delle spese ammissibili secondo le regole di cumulabilità di tali meccanismi. il superammortamento sui beni strumentali e iperammortamento su investimenti innovativi, finanziamento attraverso lo strumento "Beni strumentali – Nuova Sabatini", in tal caso il numero di Certificati Bianchi rilasciati sarà pari al 50% dei titoli conseguiti mediante l'intervento di efficienza energetica fondi di garanzia fondi di rotazione contributi in conto interesse
	<i>Conto termico 2.0</i> ⁴⁸	<p>Incentivo che copre fino al 65% della spesa per:</p> <ul style="list-style-type: none"> sostituzione di impianti di climatizzazione con impianti a pompa di calore (fino a 2.000kW); sostituzione di impianti di climatizzazione con impianti di generazione a 	<p>Vedi regole certificati bianchi</p>

⁴⁶ [Incentivi per l'efficienza energetica | Ministero della Transizione Ecologica \(mite.gov.it\)](#)

⁴⁷ [COSA SONO \(gse.it\)](#)

⁴⁸ [Conto Termico \(gse.it\)](#)



		<p>biomassa (fino a 2.000kW);</p> <ul style="list-style-type: none"> • installazione di collettori solari termici (fino a 2.500 mq); • sostituzione di scaldacqua elettrici con scaldacqua a pompa di calore; • sostituzione di impianti di climatizzazione con nuovi sistemi ibridi (caldaie a condensazione + pompa di calore) <p>L'incentivo copre anche la diagnosi energetica fino a 18.000€ (per edifici E3 – ospedali case di cura).</p> <p>Il soggetto che richiede l'incentivo deve essere proprietario dell'immobile su cui viene effettuato l'intervento oppure affittuario o averne la disponibilità ad altro titolo.</p>	
	<i>Ecobonus</i> ⁴⁹	<p>Detrazione fiscale nella misura del 50% o del 65% degli interventi ammessi ai fini della riqualificazione energetica di immobili, posseduti a qualsiasi titolo già esistenti, nel limite di spesa previsti ed è ripartita in dieci quote annuali di pari importo. Il bonus è attivabile anche da soggetti titolari di reddito di impresa. È possibile effettuare una cessione del credito di imposta o ottenere uno sconto in fattura.</p>	<p>L'incentivo non è cumulabile con altre agevolazioni previste per i medesimi interventi da altre disposizioni di legge nazionali. Può essere cumulato con altre agevolazioni nazionali a condizione che queste non coprano lo stesso intervento e che quindi siano distintamente contabilizzate le spese riferite ai due diversi interventi e siano rispettati gli adempimenti specificamente previsti in relazione a ciascuna agevolazione.</p> <p>L'incentivo può essere cumulato, invece, con incentivi regionali o locali. Tuttavia, occorre prima verificare che le norme che regolano questi incentivi non prevedano l'incompatibilità tra le due agevolazioni e, quindi, la non cumulabilità. Se compatibili, le detrazioni possono comunque essere richieste per la parte di spesa eccedente gli incentivi concessi dagli enti territoriali.</p>
	<i>Fondo per l'efficienza energetica</i> ⁵⁰	<p>Finanzia progetti d'investimento per l'efficienza energetica volti alla realizzazione di interventi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • di miglioramento dell'efficienza energetica dei processi e dei servizi, ivi inclusi gli edifici in cui viene esercitata l'attività economica; • di installazione o potenziamento di reti o 	<p>Le agevolazioni sono cumulabili con altri aiuti di stato (comunitari, nazionali e regionali) nel limite del regolamento di riferimento: artt. 38 [30% del valore dell'investimento in efficienza energetica, fino al 50% per le piccole imprese, 40% per le medie imprese] e 46 [teleriscaldamento] del GBER e regime de minimis [200.000€ nel triennio a PMI].</p>

⁴⁹ [Detrazioni fiscali - ENEA - Dipartimento Unità per l'efficienza energetica](#)

⁵⁰ [Cos'è il Fondo Nazionale per l'Efficienza Energetica - Invitalia](#)

		<p>impianti per il teleriscaldamento e per il teleraffrescamento efficienti;</p> <p>Il sostegno avviene mediante:</p> <ul style="list-style-type: none"> • garanzia: è prevista per le Imprese e le ESCO su singole operazioni di finanziamento (comprehensive di capitale ed interessi) e copre fino all'80% dei costi agevolabili per importi da 150.000 a 2.500.000 euro. Durata massima di 15 anni. • finanziamento a tasso agevolato dello 0.25%: per le Imprese e le ESCO a copertura di un massimo del 70% dei costi agevolabili per importi compresi tra 250.000 e 4.000.000 euro. Durata massima 10 anni, oltre a un periodo di utilizzo e preammortamento commisurato alla durata dello specifico progetto facente parte del programma di sviluppo e, comunque, non superiore a 3 anni. 	
Riqualificazione edilizia	<i>Bonus facciate</i> ⁵¹	<p>Detrazione fiscale nella misura del 90% delle spese sostenute degli interventi ammessi ai fini della riqualificazione energetica di immobili, posseduti a qualsiasi titolo già esistenti, a condizione che siano localizzati nelle zone A e B, come individuate dal decreto ministeriale n. 1444/1968, o in quelle a queste assimilabili in base alla normativa regionale e ai regolamenti edilizi comunali [centri storici]. La detrazione è ripartita in dieci quote annuali di pari importo. Il bonus è attivabile anche da soggetti titolari di reddito di impresa. È possibile effettuare una cessione del credito di imposta o ottenere uno sconto in fattura.</p>	Vedi regole ecobonus
	<i>Sisma Bonus</i> ⁵²	<p>Detrazione fiscale nella misura del 50% degli interventi ammessi per realizzare interventi antisismici, con particolare riguardo all'esecuzione delle opere per la messa in sicurezza statica degli edifici, posseduti a qualsiasi titolo già esistenti, per una spesa</p>	Vedi regole ecobonus

⁵¹ [Aree tematiche - Bonus facciate - Agenzia delle Entrate \(agenziaentrate.gov.it\)](http://www.agenziaentrate.gov.it)

⁵² [Aree tematiche - Sisma bonus - Agenzia delle Entrate \(agenziaentrate.gov.it\)](http://www.agenziaentrate.gov.it)

		<p>massima di 96.000€ per unità immobiliare ed è ripartita in cinque quote annuali di pari importo. Il bonus è attivabile anche da soggetti titolari di reddito di impresa. È possibile effettuare una cessione del credito di imposta o ottenere uno sconto in fattura.</p> <p>Si può usufruire di una maggiore detrazione a) quando dalla realizzazione degli interventi deriva una riduzione del rischio sismico, che determini il passaggio ad una classe di rischio inferiore, la detrazione spetta nella misura del 70% delle spese sostenute; b) se dall'intervento deriva il passaggio a due classi di rischio inferiori, la detrazione spetta nella misura dell'80% delle spese sostenute.</p> <p>Gli interventi consistenti nella demolizione e ricostruzione di edifici adibiti ad attività produttive sono ammessi alle maggiori detrazioni previste per gli interventi antisismici qualora concretizzino un intervento di ristrutturazione edilizia e non un intervento di nuova costruzione e se rispettano tutte le condizioni previste dalla norma agevolativa.</p>	
Investimento in tecnologie	<i>Transizione 4.0</i> ⁵³	<p>Credito d'imposta per investimenti in beni strumentali nuovi: per l'acquisto di beni strumentali materiali tecnologicamente avanzati, c.d. allegato A legge 11 dicembre 2016, n. 232, così come chiarito dalla circolare MISE 1 marzo 2019, n. 48610, che comprendono:</p> <ul style="list-style-type: none"> • apparecchiature per la diagnostica per immagini • apparecchiature per la radioterapia e la radiochirurgia • robot e sistemi robotizzati impiegati nel settore medico per scopi interventistici, terapeutici e riabilitativi • sistemi automatizzati da laboratorio • software 	È cumulabile con altre agevolazioni che abbiano ad oggetto i medesimi costi, a condizione che tale cumulo, tenuto conto anche della non concorrenza alla formazione del reddito e della base imponibile dell'imposta regionale sulle attività produttive, non porti al superamento del costo sostenuto, ovvero sia l'ammontare complessivo dei costi ammissibili di competenza del periodo di imposta per il quale il richiedente intende avvalersi del credito di imposta.

⁵³ [Credito d'imposta beni strumentali \(mise.gov.it\)](http://mise.gov.it)



		<p>Per il 2022 l'agevolazione prevede il riconoscimento di un credito di imposta pari al:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 40% del costo per la quota di investimenti fino a 2,5 milioni di euro • 20% del costo per la quota di investimenti oltre i 2,5 milioni di euro e fino al limite di costi complessivamente ammissibili pari a 10 milioni di euro • 10% del costo per la quota di investimenti tra i 10 milioni di euro e fino al limite di costi complessivamente ammissibili pari a 20 milioni di euro. <p>Per i beni materiali beni strumentali immateriali tecnologicamente avanzati funzionali ai processi di trasformazione 4.0 (allegato b) è riconosciuto il 20% del costo nel limite massimo dei costi ammissibili pari a 1 milione di Euro. Si considerano agevolabili anche le spese per servizi sostenute mediante soluzioni di cloud computing per la quota imputabile per competenza.</p>	
--	--	--	--

