

12 Il PPP per gli investimenti sanitari: stato dell'arte, lezioni apprese e scenari di sviluppo

di Fabio Amatucci, Niccolò Cusumano e Veronica Vecchi¹

12.1 Introduzione

La necessità di rendere la spesa sanitaria, sottoposta a rigidi vincoli di bilancio, più efficiente e di far fronte a una domanda complessa e diversificata ha spinto molte aziende sanitarie, negli ultimi anni, all'uso di contratti di partnership pubblico privato (PPP).

In alcune Regioni d'Italia, la concessione di costruzione e gestione, finanziata spesso in *project financing*, è stata utilizzata per il rinnovamento della rete ospedaliera. Tuttavia, allo stato attuale, il fabbisogno emergente più diffuso è legato alla necessità di innovare e aggiornare il parco tecnologico e di individuare modalità più efficienti ed efficaci di gestione dei servizi, trasferendo all'operatore privato l'onere dell'investimento iniziale, il rischio degli interventi eventualmente necessari alla corretta erogazione dei servizi e un rischio di performance e disponibilità del servizio.

I principali fabbisogni di investimento riguardano:

- ▶ l'efficientamento energetico delle strutture, con interventi su impianti e manufatti, e l'erogazione di servizi manutentivi e servizi energetici;
- ▶ la fornitura di tecnologie elettromedicali, unitamente alla realizzazione (e relativa progettazione) delle necessarie opere impiantistiche e civili di adeguamento, al fine di ospitare le attrezzature, nonché la gestione delle attrezzature medesime, oltre all'eventuale upgrade tecnologico ed erogazione delle prestazioni diagnostico – sanitarie.

¹ Sono attribuiti a Veronica Vecchi i §§ 12.1, 12.2, 12.5, 12.6. Sono attribuiti a Niccolò Cusumano i §§ 12.3 e 12.4. È attribuito a Fabio Amatucci il § 12.3.1. Questo capitolo è stato realizzato anche grazie ai molti contributi raccolti nell'ambito della seconda edizione della *Public & Private Factory* di SDA Bocconi, coordinata da Veronica Vecchi e sponsorizzata da DLA Piper studio legale, Fresenius Healthcare Group, Medipass, Philips, Vamed e Siram.

Con riferimento a questi due ambiti, è da segnalare un particolare fermento da parte degli operatori privati verso l'utilizzo della concessione di servizi, in particolare secondo la formulazione proposta dall'art. 278 del Regolamento Attuativo del Codice dei Contratti (DPR 207/2010), che estende la proposta con promotore della concessione di costruzione e gestione (concessione di lavori) anche alla concessione di servizi, spostando, quindi, l'impulso all'avvio di un contratto di PPP dall'azienda sanitaria all'operatore privato.

Obiettivo di questo capitolo è proporre alcune riflessioni sull'utilizzo del PPP da parte delle aziende sanitarie, con riferimento agli investimenti in edilizia sanitaria, in tecnologie e di efficientamento energetico. Rilevante attenzione sarà posta al PPP per gli investimenti e la gestione delle tecnologie.

In particolare, dopo un primo inquadramento delle principali forme contrattuali e delle maggiori novità anche rispetto al Rapporto OASI 2012 (Cusumano e Vecchi 2012) (§12.2), si analizzano i trend della spesa per le tre categorie rilevanti di investimento e lo stato dell'arte dei contratti di PPP per gli investimenti in edilizia sanitaria (§12.3), molti dei quali, ora, in fase di gestione e, quindi, rispetto ai quali è possibile mettere in evidenza le principali criticità riscontrate, al fine di stimolare un processo di capitalizzazione e divulgazione delle lezioni apprese (§12.5). Sempre con questo obiettivo, nel §12.4 si discutono alcuni casi di PPP relativi alle due categorie emergenti di fabbisogno di investimenti, le tecnologie e l'efficientamento energetico.

I casi selezionati rappresentano delle esemplificazioni critiche (secondo le categorie di Flyvbjerg, 2006) utili a formulare deduzioni logiche e a comprendere le diverse caratteristiche che un contratto di PPP può assumere quando applicato al settore delle tecnologie sanitarie. In particolare, esse sono utili per comprendere punti di forza e ambiti di miglioramento, fornendo così alcuni orientamenti alle aziende sanitarie chiamate a strutturare contratti complessi e di durata per realizzare investimenti e gestire servizi.

12.2 Il PPP per gli investimenti e i servizi sanitari: tipologie contrattuali, allocazione dei rischi e convenienza

12.2.1 Le forme contrattuali del PPP

Il PPP non costituisce un istituto giuridico, quanto, una «nozione descrittiva» che si riferisce a modelli di relazioni stabili tra soggetti pubblici e privati nell'ambito di un'attività a rilevanza pubblica².

² L'art. 3 comma 15 ter del Codice dei Contratti definisce il PPP come «contratti aventi per oggetto una o più prestazioni quali la progettazione, la costruzione, la gestione o la manutenzione di un'opera pubblica o di pubblica utilità, oppure la fornitura di un servizio, compreso in ogni caso il finanziamento totale o parziale a carico di privati, anche in forme diverse, di tali prestazioni, con allocazione dei rischi ai sensi delle prescrizioni e degli indirizzi comunitari vigenti».

Gli elementi che caratterizzano un contratto di PPP sono (Commissione Europea 2004³):

1. durata temporale tendenzialmente più lunga rispetto a quella dell'appalto tradizionale;
2. allocazione dei rischi tra partner pubblico e partner privato;
3. pagamento dell'operatore privato legato alla performance.

Prescindendo dalla natura giuridica dei vari contratti (generalmente riconducibili all'istituto dell'appalto o della concessione), nella prassi internazionale i PPP possono essere ricondotti alle fattispecie riassunte nella tabella seguente (Tabella 12.1), in cui sono illustrati in modo sintetico anche le durate medie, gli ambiti di applicazione, i rischi potenzialmente trasferibili e il sistema di remunerazione della controparte privata.

Erroneamente, si tende a far coincidere il PPP con l'istituto giuridico della concessione, con la definizione che ne dà Eurostat⁴ e con il *project financing*⁵. Innanzitutto, le forme di PPP sono molteplici e non esiste una corrispondenza biunivoca tra contratto di PPP e istituto giuridico. In alcuni casi, i contratti di PPP possono essere strutturati ricorrendo all'istituto dell'appalto, in altri casi, ricorrendo a quello della concessione⁶.

In secondo luogo, il termine PPP ai sensi di Eurostat (2013)⁷ fa riferimento, generalmente, a concessioni in cui il principale pagatore è l'Amministrazione Pubblica e, pertanto, venendo meno o essendo ridotto il rischio di domanda, tipico dell'istituto concessorio, è necessario verificare la sussistenza di altri rischi (quali quello di costruzione e disponibilità) in capo all'operatore privato affinché l'amministrazione concedente possa contabilizzare il contratto in spesa corrente. Pertanto, l'allocazione dei rischi, secondo le indicazioni di Eurostat, è rile-

³ COM(2004) 327 final.

⁴ Manuale Eurostat ESA-10.

⁵ A sua volta erroneamente identificato con la procedura della «finanza di progetto» stabilita dal D.lgs 163/2006 art. 153.

⁶ L'appalto, pur comportando particolari tipi di rischio espressamente regolamentati, rimane un contratto non aleatorio. Nell'appalto, la natura dell'obbligazione assunta dall'appaltatore è, infatti, di risultato. Il rischio imprenditoriale si configura prima della stipula del contratto e può riguardare la partecipazione alla gara.

Nella concessione, il concessionario si accolla per intero il «rischio economico» dell'impresa. E questo rischio comprende la possibilità che i ricavi siano inferiori a quelli previsti. Il concessionario, dunque, assume su di sé il rischio dell'insuccesso economico dell'impresa e dell'eventuale mancato ritorno o remunerazione del capitale investito per la costruzione dell'opera o per la gestione del servizio.

Per quel che concerne la remunerazione del privato in un appalto, esso ha diritto a un corrispettivo, mentre in una concessione ha il diritto a sfruttare economicamente l'infrastruttura o il servizio.

⁷ In base al Manuale Eurostat ESA10 (2013), tre sono i rischi rilevanti di un contratto di PPP: domanda, costruzione e disponibilità

Tabella 12.1 I contratti di PPP e le forme di coinvolgimento del privato

Contratti di PPP	Istituto giuridico	Durata del contratto	Ambiti di applicazione	Rischi trasferiti al privato	Sistema di remunerazione	Ambiti di coinvolgimento dell'operatore privato							
						Costruzione o realizzazione di opere edili	Fornitura tecnologie	Finanziamento	Mantenimento e/o rinnovo	Gestione di servizi non sanitari	Gestione di servizi sanitari	Gestione di servizi sanitari (diagnostici)	
Appalto integrato (Design & Build)	Appalto integrato	Breve (2-5 anni)	Edilizia	In parte costruzione	Pagamento a SAL	✓	✓						
Leasing immobiliare in costruendo	Appalto	Medio – lungo (10-20 anni)	Edilizia	Costruzione e disponibilità del finanziamento	Costruzione a SAL; Finanziatore con canoni	✓	✓	✓	✓*				
Leasing strumentale	Appalto misto di forniture e servizi	Medio (5-10 anni)	Tecnologie	Disponibilità e performance della tecnologia	Canoni		✓	✓	✓				
Service-gestione e manutenzione (Operation & Maintenance)	Appalto misto di lavori, fornitore e servizi o concessione di servizi	Medio (5-10 anni)	Gestione di tecnologie Impianti ed energia	Disponibilità e performance del servizio (domanda del servizio in rari casi)	Canone di disponibilità; DRG (in caso di gestione tecnologie	✓	✓	✓	✓			✓**	
Costruzione, finanziamento e gestione (Design, Build, Finance and Operate – DBFO)	Concessione di costruzione e gestione (Contratto di disponibilità)	Lungo (20-30 anni)	Edilizia, tecnologie e servizi	Disponibilità della struttura e performance dei servizi	Canoni di disponibilità Canoni per servizi (Contributo a fondo perduto)		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

✓ = Componente che può essere inclusa

*Nel leasing immobiliare in costruendo l'inserimento della manutenzione potrebbe consentire una contabilizzazione solo sulla parte corrente, anche se i vincoli posti dallo IAS 17 sono molto stringenti e pertanto si preferisce contabilizzare il canone come il servizio di un debito

**Nel caso di tecnologie sanitarie

Fonte: elaborazione degli autori

vante soprattutto da un punto di vista contabile. Più in generale, è possibile ricondurre a queste tre categorie di rischio anche altre sottocategorie, che vanno adeguatamente esplicitate ai fini di una corretta strutturazione del contratto.

Infine, il *project financing* è una delle possibili forme di finanziamento di un contratto di PPP, spesso associato a una concessione di costruzione e gestione.

Di seguito si affrontano due tematiche rilevanti nell'applicazione di modelli di PPP agli investimenti sanitari: la definizione dei rischi, alla luce della nuova Direttiva sulle Concessioni (23/2014/EU); la diseconomia fiscale, dovuta prevalentemente all'imposta sul valore aggiunto (IVA). Come si scriverà, si tratta di due elementi che rendono critica l'applicazione del PPP agli investimenti sanitari, perlomeno secondo le logiche tradizionali spesso utilizzate sino a ora.

12.2.2 Il rischio operativo nella nuova direttiva sulle concessioni

Il 2014 si è aperto con una grande novità: la nuova direttiva comunitaria sulle concessioni elimina il concetto di rischio di disponibilità, fino a oggi considerato una delle principali giustificazioni per poter applicare l'istituto concessorio agli investimenti o ai servizi (prevalentemente *non core*) sanitari, o, più in generale, ai contratti a tariffazione sull'amministrazione, e introduce la nozione di rischio operativo.

A parere di chi scrive, l'obiettivo del legislatore comunitario è di evidenziare in modo marcato la necessità di introdurre un'alea imprenditoriale collegata alla dimensione operativa della gestione anche nel caso di operazioni a tariffazione sull'amministrazione.

La Direttiva ribadisce e rafforza, quindi, il concetto del trasferimento del rischio economico al concessionario. Se in un appalto, infatti, il titolare del contratto ha diritto a un corrispettivo per le prestazioni svolte, in una concessione esso acquisisce il diritto a sfruttare economicamente i lavori/servizi oggetto del contratto. La caratteristica principale di una concessione è, infatti, l'assunzione da parte del concessionario di un rischio operativo di natura economica, che comporta la possibilità di non riuscire a recuperare gli investimenti effettuati e a coprire i costi sostenuti per erogare i servizi oggetto del contratto in condizioni operative normali.

Tale rischio, in passato, è stato temperato attraverso forme di garanzia pubblica, quali ricavi minimi pari al servizio del debito (dato dalla somma di quota capitale – ovvero l'investimento – e quota interessi). Oppure, con specifico riferimento alle operazioni di concessione di costruzione e gestione per la realizzazione di investimenti in edilizia sanitaria, è stato previsto un canone di disponibilità residuale, ovvero un canone di disponibilità finalizzato solo alla copertura dell'investimento al netto del contributo a fondo perduto e del costo del capitale, a cui non si applicano penali, in quanto queste sono applicate ai canoni per i servizi.

La nuova direttiva, al contrario, stabilisce che non sono coerenti con l'istituto della concessione garanzie di importo *pari o superiore agli investimenti effettuati e ai costi che l'operatore economico deve sostenere in relazione all'esecuzione del contratto*⁸. È evidente che, in presenza delle garanzie appena descritte, il rischio operativo di natura economica sembra essere del tutto assente.

L'erogazione di garanzie pubbliche può generare situazioni di azzardo morale che possono indurre comportamenti distorsivi sul mercato (Hellowell *et al.*, 2014) sia dei soggetti finanziatori, sia degli operatori. I primi, se assistiti da garanzie troppo marcate, non avranno più nessun incentivo a finanziare esclusivamente i progetti migliori, definiti dagli operatori più innovativi e competitivi. I secondi non avranno più interesse a fornire soluzioni migliori rispetto ai *competitor* (specie in contesti a elevato rischio corruttivo). La conseguenza di queste distorsioni potrebbe anche essere l'uscita dal mercato degli operatori più competitivi, specie in un Paese dove il livello di corruzione è molto elevato e, quindi, dove gli operatori meno competitivi sono quelli più «abituati» a questi meccanismi per sopravvivere.

Riprendendo il concetto di rischio operativo, la direttiva lo descrive come rischio di esposizione alle fluttuazioni del mercato, che possono essere legate alla domanda del servizio e/o all'offerta, ovvero all'inadeguatezza dell'opera o dei servizi alle esigenze del mercato o del committente/concedente.

È evidente che la componente domanda ha un peso maggiore sul rischio operativo. Se la remunerazione dell'investimento e dei costi operativi dipende dai ricavi generati da un servizio a tariffazione, in un contesto in cui la domanda non è rigida (ovvero può oscillare e modificarsi nel tempo) la concessione è sottoposta a un rischio di tipo imprenditoriale. Infatti, la domanda potrebbe ridursi nel caso in cui il servizio non fosse adeguato alle esigenze espresse dagli utenti.

Tuttavia, questa fattispecie sembra essere molto improbabile quando il PPP è utilizzato per realizzare investimenti nell'ambito di aziende sanitarie, oppure limitata a investimenti residuali, quali un parcheggio per l'utenza oppure talune tecnologie sanitarie, rispetto cui generalmente esistono forme di controllo della domanda da parte del regolatore (ASL o Regione) o, comunque, per le quali l'andamento della domanda è stabile nel tempo.

In ambito sanitario ne consegue che il rischio operativo debba essere legato alla dimensione dell'offerta del servizio e, quindi, alla fase di gestione, più che dell'investimento iniziale. In Italia, in passato, le operazioni di PPP – coerentemente all'impostazione lavorista del Codice dei Contratti, nonché a un assetto di mercato che vede prevalere le imprese di costruzione (Cusumano e Vecchi, 2012) – hanno privilegiato la realizzazione dell'infrastruttura sulla gestione.

⁸ Considerando 18 Dir 23/2014/EU.

Pertanto, in questo ambito il rischio operativo dovrebbe consistere nel rischio che:

- ▶ l'opera corredata di tecnologie non sia adeguata a sostenere, nel tempo, il target di quantità e la qualità delle attività che l'azienda sanitaria deve svolgere all'interno della struttura;
- ▶ le tecnologie e il loro aggiornamento non siano adeguati a garantire la performance del servizio (per esempio energetico o diagnostico – sanitario).

Si tratta di un concetto che va ben oltre il rischio di disponibilità il cui focus è sempre stato l'efficienza ed efficacia del servizio erogato dal concessionario (quindi intesi come output del contratto): per esempio, la manutenzione dell'opera o tecnologia, o la disponibilità di un immobile mantenuto, riscaldato e raffreddato.

Tuttavia, molto spesso i canoni di disponibilità sono stati separati dai canoni delle prestazioni di *facility management* (manutenzioni e servizi energetici), quotate in modo separato e con la previsione di penali riferite allo specifico servizio, secondo la logica dell'appalto tradizionale. La dimensione gestionale è sempre stata strutturata come sommatoria di servizi che tradizionalmente venivano esternalizzati a diversi operatori e che, nell'ambito di una concessione, sono stati ricondotti sotto il cappello di un contratto di concessione⁹.

Il rischio operativo si spinge oltre e sembra guardare all'efficienza ed efficacia del servizio che l'azienda sanitaria potrà erogare (in una logica di *outcome*) grazie all'efficienza ed efficacia delle prestazioni dell'operatore privato.

Certamente, non bisognerà compiere l'errore del passato di inserire nel contratto di concessione molti servizi con il solo scopo di creare fittiziamente un rischio operativo nella sostanza inesistente. È bene, infatti, ricordare che, nel caso della sanità, i servizi *non core* sono stati utilizzati per «mascherare» il costo dell'investimento tra i costi dei servizi storicamente affidati all'esterno, tra cui mensa, pulizie, sanificazione, gestione dei rifiuti.

Al fine di operazionalizzare il trasferimento del rischio operativo nella concessione, è fondamentale la stima del canone che l'amministrazione deve corrispondere oppure delle altre forme di corrispettivo previste dal contratto. Esse dovrebbero essere stabilite in modo tale da perseguire il perfetto equilibrio economico e finanziario, condizione che si manifesta quando il Valore Attuale Netto dei flussi di cassa dell'azionista (FCFE) è uguale a zero e quando il Tasso Interno di Rendimento sempre calcolato su FCFE è uguale al costo atteso del capitale (*equity/mezzi propri*) investito.

Se il concessionario è in grado di gestire in modo più efficiente ed efficace il

⁹ Vedere Cusumano e Vecchi (2012) per una discussione delle principali motivazioni alla base di questo approccio.

Box 12.1 Tassonomia dei rischi

Di seguito si propongono, pertanto, alcune fattispecie di rischi che, singolarmente o nel loro insieme, potrebbero rappresentare una declinazione del rischio operativo

1. **Rischio che i costi realizzativi siano superiori a quelli previsti.** A tal proposito, è necessario verificare in modo approfondito che il valore dell'investimento contenuto nel piano economico e finanziario (PEF) non abbia marginalità tali da rendere questo rischio sostanzialmente nullo. Si tratta di una situazione, peraltro, molto frequente quando a base di gara, si pone il quadro economico determinato sulla base dei generosi tariffari regionali, in situazioni di oligopolio di mercato.
2. **Rischio del rispetto dei tempi di costruzione.** In questo caso prevedere penali, formulate secondo le logiche appaltistiche, in caso di ritardo di consegna dell'opera potrebbe non essere adeguatamente incentivante. Meglio sarebbe, invece, concepire una durata unica della concessione e non ripartita nelle fasi temporali di progettazione definitiva, esecutiva, lavori e gestione. La penale sarebbe, in primis, il minor periodo a disposizione per gestione del servizio e, quindi, per incassare i correlati proventi destinati a remunerare l'investimento. In ogni caso, sarebbe importante rafforzare questa penale automatica con penali molto serie finalizzate a promuovere un comportamento responsabile del concessionario nelle attività di progettazione e costruzione.
3. **Rischio di installazione della tecnologia** nel sito indicato dall'amministrazione, che potrebbe richiedere la realizzazione di eventuali lavori su opere e impianti, che devono essere realizzati nel rispetto dei tempi stabiliti per l'entrata in funzione delle apparecchiature, nonché secondo i costi previsti nel budget dell'offerta.
4. **Rischio che l'operatore privato non possa accedere al mercato finanziario ai costi previsti** in sede di offerta. Comporta che l'approvvigionamento di denaro per sostenere l'investimento sia difficoltoso o avvenga a costi talmente elevati da compromettere la redditività dell'operazione nel suo complesso e, quindi, la remunerazione del rischio imprenditoriale al tasso atteso. È importante che l'amministrazione verifichi che il piano economico e finanziario sia stato formulato con valori di costo del capitale allineati al mercato (si veda *infra*). Se il costo fosse sovrastimato, non solo per effetto della previsione di un tasso di interesse eccessivamente prudentiale, ma anche di costi sommersi relativi alla struttura finanziaria nel suo complesso, il rischio finanziario sarebbe solo teorico.
5. **Rischio di aggiornamento tecnologico.** Il canone corrisposto dall'azienda sanitaria non è sufficiente a coprire eventuali aggiornamenti tecnologici che si rendessero necessari per garantire determinati livelli prestazionali.
6. **Rischio che l'usura tecnica dell'investimento possa essere più veloce rispetto agli standard** e che, pertanto, vi sia la necessità di sostenere maggiori costi operativi di manutenzione o maggiori interventi di manutenzione straordinaria. Sarebbe opportuno, quando possibile (specie nel caso in cui oggetto del contratto siano tecnologie), che la durata della concessione fosse più lunga della vita utile del bene tecnologico, per esempio tra i 10 e i 15 anni, nel caso di tecnologie sanitarie. Questo, ovviamente, sottoporrebbe l'operatore al rischio di aggiornamento tecnologico nell'ambito di un determinato canone di disponibilità e dati determinati requisiti tecnologici prestazionali (il cosiddetto *banding*).

rischio operativo, allora la sua remunerazione sul capitale investito sarà maggiore di quella media di mercato assunta a riferimento; nel caso in cui non lo fosse, allora la remunerazione e la restituzione del suo capitale e, eventualmente, di quello di debito e la copertura dei costi di gestione potrebbero essere compromessi.

Tali valutazioni sono, spesso, difficili da effettuare, dato il contesto di forte asimmetria informativa tra operatori pubblici e privati. Inoltre, non giova all'im-

plementazione di questo meccanismo di stima del canone di disponibilità la scarsa competizione nel mercato. Infatti, l'equilibrio economico e finanziario non deve essere teorico e, pertanto, vi è la necessità di definire un piano economico e finanziario a valori che potrebbero essere conseguiti nel caso di una gara con un buon grado di competizione sul rapporto costo-qualità. Se vi fossero eccessive marginalità nella stima dei costi di costruzione, fornitura o gestione, è evidente che il rischio operativo sarebbe fortemente ridimensionato.

È opportuno, comunque, che il canone corrisposto dall'azienda copra almeno in via preventiva i costi di gestione e il servizio del debito, altrimenti il progetto potrebbe non risultare bancabile e, quindi, la concessione non implementabile. Non è da escludere la possibilità che una parte dell'investimento sia destinata a soddisfare la domanda generata dal SSN, mentre un'altra possa essere destinata alla domanda privata. Tuttavia, in questi casi è necessario prestare attenzione al fatto che il canone o, eventualmente, i corrispettivi (in caso di pagamento dell'operatore a tariffe ambulatoriali o DRG) pagati per la componente «pubblica» dell'investimento, non lascino marginalità tali da ridurre il rischio di domanda associato alla componente privata.

Questa nuova formulazione della direttiva sulle concessioni porterà, molto probabilmente, anche a una rivisitazione dei criteri di Eurostat e, più in generale, ridurrà i margini di applicazione dell'istituto della concessione, imponendo, quindi, un più ampio ricorso all'appalto come istituto giuridico alla base di un contratto di PPP.

12.2.3 Il costo dell'IVA e la non convenienza del PPP

Il Rapporto OASI 2012 (Cusumano e Vecchi, 2012) aveva messo in evidenza come la convenienza di un contratto di PPP, specie con riferimento a una concessione di costruzione e gestione, fosse fortemente compromessa dalla fiscalità, ovvero il costo non recuperabile dato dal differenziale IVA tra appalto e concessione. Oltre a ciò, va anche considerato che la maggiore onerosità del PPP dipende anche da un differenziale rilevante tra il costo del capitale pubblico e quello privato, che oggi ammonta a circa il 4%.

Se quest'ultimo differenziale è un fattore esogeno e, quindi, difficilmente influenzabile nel breve termine (anche perché conseguenza della nuova regolamentazione bancaria Basilea 3) sicuramente la diseconomia fiscale IVA potrebbe essere azzerata nel caso in cui il governo decidesse di promuovere l'utilizzo di queste forme di PPP. In caso contrario, il rischio è che questi contratti vengano, comunque, realizzati da parte delle aziende sanitarie in mancanza dei necessari fondi con la conseguenza di maggiori costi sui bilanci aziendali a fronte di un incremento del flusso fiscale nelle casse dello Stato.

Per comprendere l'entità di tale diseconomia fiscale, si può far riferimento a un caso reale di un investimento in edilizia sanitaria del valore di 55 milioni di

euro al netto di IVA. Considerando un contratto di concessione di costruzione e gestione minimo, quindi con una componente di costruzione e una di manutenzione e con finanziamento in *project financing*, il costo complessivo dell'operazione, come somma attualizzata (al costo del capitale pubblico) dei canoni di disponibilità al lordo di IVA (su cui si applica una aliquota ordinaria, attualmente del 22%), ammonta a 101 milioni di euro, per 20 anni di gestione. Un ipotetico investimento tradizionale, finanziato con un mutuo con tasso annuo del 5% (comunque prudenziale rispetto ai tassi attuali applicati da Cassa Depositi e Prestiti per un finanziamento ordinario a tasso fisso) e con un contratto di manutenzione, avrebbe un costo attualizzato al lordo di IVA pari a 83 milioni di euro. Su base annua (quindi senza applicare alcuna attualizzazione) la differenza tra i due contratti ammonterebbe a 2,5 milioni di euro. Infatti, l'aliquota IVA prevalente sugli investimenti è quella ridotta (10%) e sui soli servizi di manutenzione si applica l'aliquota IVA ordinaria. Complessivamente, la differenza di 18 milioni di euro è dovuta quasi totalmente (17 milioni di euro) al differenziale di IVA tra concessione e modello tradizionale. Eliminando la diseconomia fiscale IVA, il PPP risulterebbe più oneroso di circa 1 milione di euro su tutta la durata del contratto. Si tratta di un valore che potrebbe essere facilmente «assorbito» o giustificato con il concetto di trasferimento del rischio al concessionario.

Va anche considerato che, quando i PPP beneficiano di contributi a fondo perduto, la diseconomia IVA si riduce per il fatto che il canone di disponibilità è di entità inferiore e sul contributo a fondo perduto corrisposto dall'azienda è applicata l'aliquota IVA ridotta, ovvero la stessa riferita agli investimenti.

Nella maggior parte dei casi, le aziende sanitarie realizzano l'esistenza di questo maggior costo durante la fase di gestione, proprio quando l'impatto dell'IVA sui bilanci diventa dato di fatto. Per questo motivo, in alcuni casi, le aziende cercano di «spezzare» il canone di disponibilità in due parti, una a rimborso dell'investimento e una dei costi di gestione, al fine di poter beneficiare del diverso trattamento IVA, al 10%, nel primo caso, e al 22%, nel secondo. In alcuni casi, l'agenzia delle Entrate ha dato parere favorevole a questo trattamento. Tuttavia, va evidenziato che questo approccio svilisce il concetto di disponibilità e la parte di canone finalizzata a ripagare l'investimento è molto più simile a un canone di *leasing*, con lo svantaggio che un finanziamento in *project financing* è ben più oneroso.

12.3 Il gap di investimenti e il ricorso a contratti di PPP

Uno dei motivi principali per cui si ricorre al PPP è la possibilità di colmare il cosiddetto «gap infrastrutturale» (Greve and Hodge 2013). Se questo gap è stato misurato in modo estensivo per lo *stock* di infrastrutture logistiche, come porti, aeroporti e strade, molto meno è stato fatto per comprendere la dotazione infrastrutturale ottimale (in particolare del parco tecnologico) dei sistemi sanitari.

Questo è dovuto al fatto che la spesa per investimenti rappresenta solo una frazione rispetto alla spesa sanitaria totale, soprattutto se confrontata con quella per farmaci.

Per cercare di stabilire se sia presente in Italia un gap di investimenti sanitari, si è fatto riferimento ai dati OECD riguardo alla dotazione di grandi apparecchiature diagnostiche e alla *gross fixed capital formation*, confrontando i dati relativi all'Italia con quelli degli altri Paesi presenti nel database¹⁰.

È bene notare che entrambi gli indicatori non permettono di valutare efficienza, efficacia e appropriatezza degli investimenti. Inoltre, essi non forniscono indicazioni su modalità di gestione né di finanziamento. Maggiori informazioni, specie sulla dotazione di apparecchiature, saranno disponibili una volta terminata l'indagine conoscitiva nazionale condotta dal Ministero della Salute¹¹, volta non solo a verificare la dotazione, ma anche le modalità di acquisizione, attivazione e gestione di questi macchinari.

Per quel che riguarda la dotazione di apparecchiature diagnostiche, si è proceduto a calcolare la distanza, nel periodo 2007-2012, tra il Paese (in un panel di 28 Stati¹²) che riporta il valore più elevato, in termini di numero di apparecchiature diagnostiche¹³ per milione di abitanti, e il dato italiano (si veda la Figura 12.1). Nel caso, per esempio, della risonanza magnetica, il valore più elevato è quello dell'Italia stessa, che risulta, perciò, avere la miglior dotazione di questa particolare apparecchiatura. Per questo motivo, la distanza misurata è pari a zero nel periodo considerato. Maggiore è la distanza, maggiore è il gap dal Paese che riporta la migliore dotazione.

Per analizzare il valore complessivo degli investimenti, non solo tecnologici, si fa riferimento all'indicatore sulla *gross fixed capital formation*. Tale indicatore è definito da OECD, Eurostat, WHO (2011) come *the total value of the fixed assets that health providers have acquired during the accounting period (less the value of the disposals of assets) and that are used repeatedly or continuously for more than one year in the production of health services*. Esso considera le seguenti classi di *asset*:

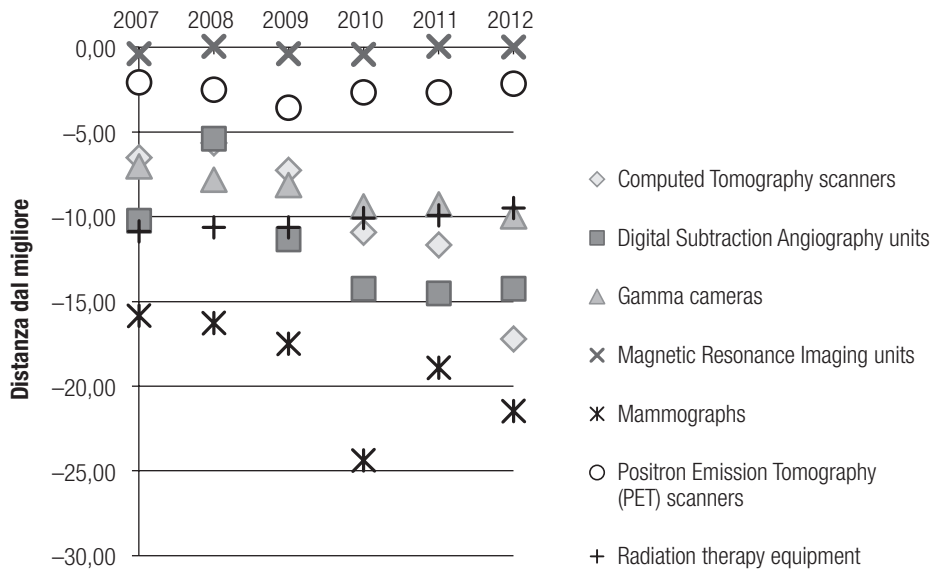
¹⁰ Australia; Austria; Canada; Cile; Repubblica Ceca; Danimarca; Estonia; Finlandia; Francia; Grecia; Ungheria; Islanda; Irlanda; Israele; Italia; Corea; Lussemburgo; Messico; Olanda; Nuova Zelanda; Polonia; Portogallo; Slovacchia; Slovenia; Spagna; Svizzera; Turchia; UK. Sono stati esclusi i dati di USA e Giappone, in quanto *outlier*.

¹¹ L'indagine riguarda tomografi assiali computerizzati e a risonanza magnetica, sistemi per tomoterapia, mammografi, acceleratori lineari, TAC per simulazione per radioterapia, sistemi TAC/PET, gamma camere computerizzate, sistemi di TAC/Gamma Camera, sistemi per angiografia digitale, ciclotroni, sistemi per radiochirurgia, apparecchiature per terapia oncologica a ultrasuoni, sistemi di navigazione chirurgica, sistemi robotizzati per chirurgia endoscopica, litotrittori extracorporei acquistati e installati a partire dal 1 gennaio 2008 al 31 maggio 2011 e dal 1 agosto al 31 dicembre 2011.

¹² Non sono stati considerati Giappone e Stati Uniti per presenza non costante dei dati in tutti gli anni e perché, laddove presenti, costituiscono un *outlier*.

¹³ I valori riguardano l'interno sistema sanitario (pubblico e privato).

Figura 12.1 **Gap di dotazione tecnologica italiano (numero di apparecchiature ogni milione di abitanti, distanza del valore italiano dal valore più alto registrato tra i paesi OECD)**



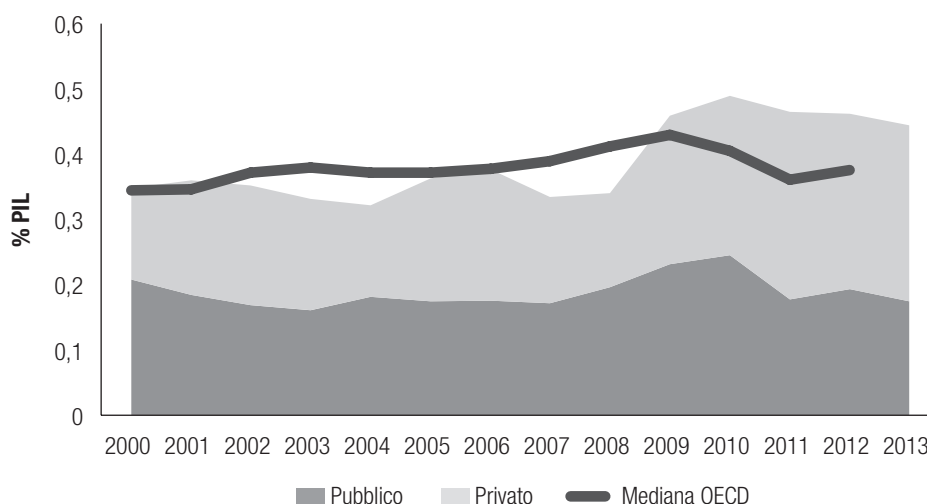
Fonte: elaborazione degli autori su dati OECD

- **Infrastrutture:** vengono conteggiate le nuove costruzioni e acquisizioni di immobili, nonché le manutenzioni straordinarie che migliorano significativamente, ingrandiscono o allungano la vita utile dell'immobile;
- **Macchinari e attrezzature:** attrezzature sanitarie, attrezzature per il trasporto; attrezzature ICT; altri macchinari e attrezzature;
- **Immobilizzazioni immateriali:** brevetti e altri prodotti coperti da titoli di proprietà intellettuale; software e database; altri prodotti.

L'indicatore distingue gli *asset* sulla base della proprietà legale del bene. Per esempio, un'attrezzatura noleggiata dalla PA viene conteggiata come un investimento privato e non pubblico, in quanto, formalmente, è di proprietà privata. Il *leasing* finanziario e le costruzioni realizzate in concessione costituiscono un'eccezione a questa regola e sono conteggiate in capo al futuro proprietario. I beni acquistati attraverso *leasing* operativo non sono, invece, conteggiati, in quanto il proprietario, la società di *leasing*, non è un *health care provider*.

La Figura 12.2 rappresenta la *gross fixed capital formation* nel periodo 2000-2013, espressa in percentuale sul PIL. Essa mostra che gli investimenti realizzati in Italia sono in linea con la mediana dei Paesi OECD e che, anzi, negli ultimi tre

Figura 12.2 **Gross fixed capital formation pubblica e privata in Italia e confronto con la mediana dei Paesi OECD 2000-2013 (% PIL)**



Fonte: elaborazione degli autori su dati OECD

anni siano stati leggermente superiori¹⁴. I nuovi investimenti nel 2013 erano pari allo 0,5% del PIL, circa 6,9 miliardi di euro (di cui 2,7 miliardi pubblici), corrispondente al 5% della spesa sanitaria totale (pubblica e privata).

È interessante notare come, nel 2000, gli investimenti pubblici rappresentassero il 60% del totale, mentre 13 anni dopo il rapporto si sia esattamente invertito. Come si può spiegare questo fenomeno, posto che, nel nostro Paese, la spesa sanitaria privata rappresenta solo il 19% del totale? Due le possibili spiegazioni:

1. maggior rigidità della spesa per investimenti da parte delle aziende sanitarie pubbliche, rispetto a cui esistono vincoli di bilancio e modalità di programmazione, autorizzazione e allocazione dei fondi talvolta molto lunghi;
2. ricorso crescente a forme di PPP, per cui il privato mette a disposizione del pubblico *asset* che vengono rilevati dal sistema statistico come «privati».

Questa seconda ipotesi troverebbe conferma analizzando i dati SIOPE raccolti dalla Ragioneria Generale dello Stato. Nel 2013, la sola spesa per noleggi, *leasing* operativo e altre forme di godimento di beni ammontava a circa 1

¹⁴ Vista la dinamica del PIL, si potrebbe ritenere che, restando costanti gli investimenti, di fronte a una diminuzione del numeratore corrisponda un aumento della percentuale. Tuttavia, stando ai dati OECD, l'aumento è avvenuto anche in termini assoluti: se nel 2000 il nostro Paese investiva circa 4 miliardi di euro, nel 2013 si era passati, infatti, a 6,9, con un picco di 7,5 nel 2010.

miliardo di euro, mentre quella per investimenti (comprensivi gli interessi sui mutui) a 2,3 miliardi. Nel 2008 (primo anno per cui sono disponibili i dati SIOPE), il primo aggregato valeva 777 milioni di euro, mentre il secondo 3,2 miliardi.

Sempre utilizzando i dati SIOPE, se si guarda alla sola spesa riconducibile alle tecnologie e allargandola anche alle manutenzioni e materiali di consumo, è possibile notare come, nel 2013, essa ammontasse a circa 5 miliardi di euro, con un aumento dell'11,4% rispetto al 2008. Se si considera la sola voce investimenti¹⁵ (che pesa per circa il 37% del totale nel 2013), essi sono aumentati del 2,6% a fronte di un aumento del 23,3% delle spese per manutenzioni e del 14,5% dei materiali di consumo.

Un aumento contenuto degli investimenti potrebbe non essere di per sé negativo, se la curva dei prezzi delle tecnologie sanitarie fosse simile a quella di altri settori. Non sono disponibili al riguardo dati precisi e anche la letteratura porta a risultati contrastanti (Fan & Savedoff, 2014), tuttavia l'aumento della spesa per manutenzioni potrebbe far pensare a un parco macchine che va incontro a una rapida obsolescenza.

Per quel che concerne, infine, la spesa relativa al riscaldamento degli immobili, essa è aumentata tra il 2008 e il 2013 del 57% (corrispondente a una CAGR del 7% annua), a fronte di un aumento del prezzo del gas naturale¹⁶ del 22%. Confrontando questi dati con quelli relativi all'energia elettrica, nello stesso periodo le aziende sanitarie e ospedaliere hanno visto aumentare la propria spesa del 37,96%¹⁷. Questo dato è, però, in linea con l'aumento del prezzo dell'elettricità, cresciuto anch'esso del 37%. Un aumento delle spese per consumi superiore alla crescita del prezzo della materia prima, in assenza di un'espansione rilevante dei volumi riscaldati, potrebbe essere indice o di inefficienza dei contratti, oppure della rapida obsolescenza degli impianti.

Il finanziamento con capitali privati è, tuttavia, solo un primo passo. Per una riqualificazione della spesa occorre trovare soluzioni che consentano una migliore allocazione dei rischi, in primis di performance e *upgrade* tecnologico, che facciano leva sulle competenze gestionali, la maggior flessibilità e potenziale efficienza del privato. Beninteso, un'allocazione dei rischi di questo tipo richiede la predisposizione di un sistema adeguato di incentivi e lo sviluppo di un mercato concorrenziale di gestori.

Per questo motivo, la semplice analisi dei dati di spesa non è sufficiente e si

¹⁵ Sono state calcolate, come investimenti, oltre alle spese per l'acquisizione di attrezzature sanitarie e scientifiche, anche i canoni di *leasing* operativo, finanziario, noleggi e altre forme di godimento di beni di terzi.

¹⁶ Fonte Eurostat, prezzi per consumatori domestici con consumi superiori a 200 GJ annui, comprensivi di tasse e accise.

¹⁷ Fonte Eurostat, prezzi per consumatori domestici con consumi superiori a 15.000 kWh annui, comprensivi di tasse e oneri di sistema.

rende necessario investigare anche le forme di affidamento, le forme e le condizioni contrattuali adottate. Tale analisi è, tuttavia, molto difficile, soprattutto per le tecnologie, dato l'elevato numero di bandi pubblicati ogni anno e l'incompletezza delle banche dati disponibili. Si pone, inoltre, un tema di qualificazione del contratto, per cui sempre più spesso contratti di fornitura contengono una quota di servizi e viceversa.

Da una prima analisi dei bandi pubblicati su TED e sul portale della trasparenza dell'AVCP per codice CPV¹⁸, tra il 2009 e il 2014 solo 12 bandi (per un valore complessivo di 127,8 milioni di euro, pari a un valore mediano di circa 6 milioni di euro a contratto, per una durata mediana di 71 mesi) relativi all'acquisizione di tomografi e altre apparecchiature di *imaging* si sono configurati come contratti che non prevedessero la sola manutenzione e assistenza, ma anche la gestione del servizio e, quindi, riconducibili a modelli di PPP. Inoltre, delle 12 gare prese in considerazione sono disponibili gli avvisi di aggiudicazione solo in nove casi. Questo ha permesso di verificare il numero di offerte e le percentuali di ribasso. Sei gare su nove hanno visto presentate una/due offerte con ribassi molto contenuti (intorno al 2%). Le tre gare che hanno visto una partecipazione più elevata (quattro e sette offerte) hanno, invece, registrato ribassi maggiori. È importante notare, quindi, che gli operatori in grado di fornire simili servizi siano ancora pochi. Analizzando il settore dialisi, su 808 bandi pubblicati tra il 2011 e il 2013, solo nove contengono anche l'elemento di gestione del servizio sanitario, mentre, negli altri casi, il privato si «limitava» a prestare la manutenzione.

In relazione al trasferimento del rischio tecnologico alla controparte privata nell'ambito dei contratti di PPP sopra analizzati, a oggi non è possibile riportare dei dati precisi. Normalmente, poiché la durata di questi contratti è limitata (5–9 anni), anche in considerazione del fatto che la maggior parte di essi è strutturata attraverso l'istituto giuridico dell'appalto, è presumibile che essi non prevedano l'upgrade tecnologico, coprendo solo un solo ciclo di vita della tecnologia.

In sintesi, dall'analisi dei dati è possibile concludere che:

1. L'Italia presenta una dotazione tecnologica e una formazione lorda di capitale fisso in linea con gli altri Paesi OECD; non è, tuttavia, possibile stabilire se questo livello di investimenti sia gestito in modo efficiente e sia adeguato a garantire l'aggiornamento tecnologico necessario al sistema;
2. il privato contribuisce in modo crescente agli investimenti, tuttavia il suo ruolo è più quello di finanziatore e manutentore che di gestore dei servizi correlati agli investimenti.

¹⁸ Common Procurement Vocabulary. Il servizio di *imaging* è rappresentato dal codice 85150000-5 e si distingue dai contratti di fornitura di attrezzature correlate (per esempio, tomografi) con codifiche 33100000-1 e seguenti, o, ancora, da contratti di manutenzione 51413000-0, 51420000-2, 51430000-5.

12.3.1 Gli investimenti in edilizia sanitaria con il PPP

In relazione all'edilizia sanitaria, il PPP ha contribuito significativamente nell'ultimo decennio all'ammodernamento della rete ospedaliera. Lo strumento contrattuale più utilizzato è stato la concessione di costruzione e gestione (il cosiddetto modello DBFO, utilizzando il glossario della Tabella 12.1), avente per oggetto la realizzazione, l'ampliamento, la ristrutturazione della struttura ospedaliera, la realizzazione di strutture di supporto (strutture alberghiere, parcheggi, padiglioni per mensa, ecc.), e tecnologiche (impianti fotovoltaici, centrali termiche), che interessino la componente infrastrutturale (sono, quindi, escluse le forniture di apparecchiature e grandi attrezzature e le operazioni che riguardino la sola gestione dei servizi di manutenzione). Con l'introduzione dell'istituto del *leasing* immobiliare in costruendo nel nostro ordinamento, nel 2006, alcune aziende sanitarie hanno fatto ricorso anche a questo strumento. Tuttavia, la concessione rimane la forma contrattuale più ampiamente utilizzata, come evidenziato anche dalla Tabella 12.2. Ciò non deriva solo dalla diversa maturità giuridica dei due istituti, ma anche dal fatto che il *leasing* presenta diverse criticità di applicazione, specie in relazione agli investimenti di importo significativo (Vecchi 2012), come, peraltro, mostrato dai dati della Tabella 12.2.

Le iniziative di concessione di costruzione e gestione censite sono 128, per un importo complessivo pari a 7,9 miliardi di euro; il *leasing* immobiliare in costruendo, invece, conta 14 iniziative, per un importo totale di 276 milioni di euro.

Tabella 12.2 Valore complessivo delle iniziative in concessione e leasing

Anni	Contratti di concessione di costruzione e gestione		
	Iniziative avviate	Importo totale (milioni euro)	Importo medio (milioni euro)
2002-2010	98	5.769,0	58,9
2011	7	1.236,0	176,6
2012	11	92,8	8,4
2013	12	813,8	67,8
Totale concessioni	128	7.911,6	61,8
Anni	Contratti di leasing immobiliare in costruendo		
	Iniziative avviate	Importo totale (milioni)	Importo medio (milioni)
2008-2010	8	208,2	26,0
2011	2	18,4	9,2
2012	2	26,6	13,3
2013	2	23,4	11,7
Totale leasing	14	276,6	19,8

Fonte: elaborazione degli autori su dati di Finlombarda; Unità Tecnica Finanza di Progetto; Osservatorio Nazionale Project Financing a cura di Cresme Europa Servizi; GURI; GUCE; bollettini regionali

Se il numero di iniziative intraprese negli anni può fornire utili indicazioni in merito alle scelte decisionali dei vertici aziendali, riguardo ai diversi strumenti, risulta interessante sottolineare alcuni aspetti.

Innanzitutto, nonostante un'esperienza ormai consolidata nel settore sanitario, risulta ancora molto elevato il tasso di mortalità delle iniziative. A oggi, le iniziative aggiudicate e, quindi, i contratti di PPP attivi (di concessione di costruzione e gestione e di *leasing* immobiliare in costruendo) risultano essere 63¹⁹ (Tabella 12.3).

Da segnalare, inoltre, sono alcune procedure in corso, per un valore complessivo pari a circa 1,85 miliardi di euro (Tabella 12.4). In due casi (Ospedale di Chieti; Ospedale di Padova) l'operazione ha per oggetto la valutazione di una proposta presentata da soggetti privati, ai sensi dell'articolo 153, comma 19.

Tuttavia, se i dati analizzati in precedenza sembrano mostrare una certa vivacità nell'utilizzo di contratti di PPP, tanto da far rientrare l'Italia tra i Paesi che, a livello internazionale, hanno maggiormente utilizzato queste forme contrattuali per gli investimenti in edilizia sanitaria, è opportuno sottolineare alcuni punti di attenzione, quali:

Tabella 12.3 **Contratti di Concessione e Leasing per Regione**

Regione	Numero Progetti	Valore investimento	Valore investimento medio
Lombardia	18	1.426.291.547,00	79.238.419,28
Veneto	9	1.216.184.392,00	135.131.599,11
Toscana	4	661.377.271,00	165.344.317,75
Calabria	3	363.894.157,00	121.298.052,33
Trentino	1	300.000.000,00	300.000.000,00
Emilia Romagna	10	285.502.153,57	28.550.215,36
Campania	3	267.485.336,00	89.161.778,67
Piemonte	6	254.141.872,00	42.356.978,67
Sardegna	2	132.294.818,00	66.147.409,00
Basilicata	3	96.979.664,94	32.326.554,98
Friuli Venezia Giulia	2	74.175.894,00	37.087.947,00
Marche	1	3.356.970,00	3.356.970,00
Sicilia	1	1.942.065,00	1.942.065,00
TOTALE	63	5.083.626.140,51	80.692.478,42

Fonte: elaborazione degli autori su dati di Finlombarda; Unità Tecnica Finanza di Progetto; Osservatorio Nazionale Project Financing a cura di Cresme Europa Servizi; GURI; GUCE; bollettini regionali

¹⁹ In realtà le iniziative aggiudicate sono molto più numerose; ma un numero significativo di iniziative è stato sospeso, interrotto, revocato, per diverse motivazioni.

Tabella 12.4 **Le iniziative in gara**

Stazione appaltante	Anno	Stato avanzamento	Importo
AUSL 2 Lanciano-Vasto-Chieti	2014	Proposta privato	200.000.000,00
A.O. S.Elia – Caltanissetta	2011	In valutazione	2.592.236,00
ASP Catania	2014	In gara	378.121,00
Infrastrutture Lombarde SpA	2013	In gara	450.000.000,00
EX AUSL n.4 Terni	2013	In gara	54.980.341,00
IRCSS Policlinico San Matteo di Pavia	2013	In gara	25.461.013,00
ASP Ragusa	2013	In gara	6.240.000,00
ASP Ragusa	2013	In gara	15.000.000,00
Azienda Sanitaria Locale di Rieti	2013	In gara	299.000,00
ASL 5 Spezzino	2013	In gara	971.858,80
Infrastrutture Lombarde SpA	2013	In valutazione	450.000.000,00
AO Desio e Vimercate	2014	In valutazione	5.243.138,00
AO Padova	2014	Proposta privato	643.000.000,00
Totale			1.854.165.707,80

Fonte: elaborazione degli autori su dati di Finlombarda; Unità Tecnica Finanza di Progetto; Osservatorio Nazionale Project Financing a cura di Cresme Europa Servizi; GURI; GUCE; bollettini regionali

- ▶ le iniziative di PPP abbandonate o annullate, nelle diverse fasi della procedura (anche ad aggiudicazione avvenuta);
- ▶ gli investimenti in programmazione, molti dei quali basati sull'utilizzo di strumenti di tipo tradizionale (quali l'appalto di lavori o l'appalto integrato).

Con riguardo al primo punto, senza entrare nel merito delle singole operazioni (alcune delle quali in fase di procedimento giudiziario), è sufficiente ricordare che le operazioni abbandonate risultano a oggi 29, per un importo complessivo pari a 982 milioni di euro. Di queste, circa la metà è stata annullata nel corso degli ultimi due anni e le cause principali vanno rinvenute in a) differenti valutazioni dei vertici aziendali o cambio dei vertici aziendali (34% dei casi); b) problemi di natura giuridico-amministrativa, con presenza anche di ricorsi (21% dei casi); mancata aggiudicazione (11% dei casi); modifica della procedura e individuazione di una nuova procedura (34% dei casi).

In relazione agli interventi presenti nei piani di investimento delle aziende sanitarie (e nei programmi regionali di assegnazione dei fondi), a oggi sono in programmazione circa 54 operazioni di investimento, per un importo totale pari a circa 2,4 miliardi di euro. Dall'analisi dei programmi regionali e dalla lettura degli accordi di programma emerge come lo strumento ipotizzato per la realizzazione degli investimenti sia l'appalto di opera pubbliche (finanziato prevalentemente attraverso i fondi ex all'art. 20 della legge 67/88), spesso accompagnato

dalla valorizzazione o cessione immobiliare delle vecchie strutture ospedaliere. Questo trend è confermato dall'analisi delle gare d'appalto di lavori: solo nel corso del 2013 sono stati appaltati lavori per realizzazione, ristrutturazione, ampliamento, ammodernamento di strutture sanitarie e innovazione tecnologica per 2,4 miliardi di euro.

12.4 Il PPP per le tecnologie: lezioni apprese dall'analisi di alcuni casi

In questa sezione saranno presentati cinque casi, tre italiani – relativi alle aziende ospedaliere di Desio e Vimercate, Bolognini di Seriate e S. Maria della Misericordia di Udine – e due internazionali – Leeds Teaching Hospital e Hospital Universitario y Politécnico La Fe di Valencia. La scelta dei casi internazionali è dettata dal fatto che, in Italia, stando alle analisi degli autori e al confronto con gli operatori del settore, sono assenti contratti che contengano l'aggiornamento tecnologico.

12.4.1 Descrizione dei casi

CASO 1 – Hospital Universitario y Politécnico La Fe di Valencia

L'Hospital Universitario La Fe y Politecnico di Valencia, con 1.000 posti letto e 6.000 dipendenti (di cui 300 del solo reparto di diagnostica), è uno degli ospedali più grandi della Spagna. Costruito nel 1968, l'ospedale è stato recentemente sottoposto un importante programma di riqualificazione.

La Direzione sanitaria, nel 2010, ha dato, attraverso un contratto di tipo Managed Equipment Service, la gestione a un unico fornitore del 90% del parco tecnologico esistente di *imaging* radiologica e di medicina nucleare, e la fornitura di nuovi macchinari.

Il contratto prevede il finanziamento degli investimenti in nuove apparecchiature da parte del gestore privato in cambio di un canone annuo fisso da corrispondere durante i 96 mesi di durata del contratto. Tale canone deve coprire anche le spese di manutenzione *full risk* e di *refresh* tecnologico di alcune parti hardware (come monitor e *workstation*). Il contratto prevede, inoltre, forme di supporto aggiuntivo in termini di formazione del personale e ricerca e sviluppo (5% del valore del contratto) di nuovi strumenti clinico-diagnostici.

L'obiettivo dell'azienda ospedaliera è, innanzitutto, quello di semplificare la gestione del proprio parco macchine e l'acquisizione di apparecchiature sostitutive e nuove. Attraverso un unico contratto di durata novennale, il partner privato sarebbe stato l'unico operatore a presidiare gli aspetti manutentivi senza dover ricorrere a una molteplicità di contratti diversi, nonché a finanziare gli acquisti di macchinari nuovi. Il Direttore del Dipartimento di diagnostica voleva, inoltre, ridefinire i processi di gestione dei pazienti e far leva sulle competenze del privato.

Un secondo obiettivo è la riduzione del 20% dei costi legati all'*imaging*, grazie a un miglior uso della strumentazione.

Il contratto, infine, ha l'obiettivo di ripartire il rischio di cosiddetto «salto tecnologico», per cui i costi sono ripartiti tra l'operatore privato e l'azienda ospedaliera secondo parametri previsti dal contratto.

CASO 2 – La gestione del servizio di Risonanza Magnetica Nucleare dell'AO di Desio e Vimercate

L'Azienda Ospedaliera, non disponendo di risorse sufficienti a sostenere il costo *upfront* per acquisto e installazione della nuova risonanza magnetica, ha scelto di affidare, attraverso una procedura aperta, un contratto di service per la gestione dell'attività diagnostica per 96 mesi, con decorrenza dalla data di effettuazione del primo esame di Risonanza Magnetica Nucleare.

Il fornitore provvede, quindi, a installare e mantenere a proprie spese il macchinario, effettuare gli esami con proprio personale tecnico, medico e infermieristico ed è remunerato, per ogni esame svolto, sulla base del tariffario regionale in vigore al momento dell'erogazione delle prestazioni, al netto dello sconto offerto in sede di gara.

L'AO si impegna, dal canto suo, a garantire un determinato numero di esami all'anno entro il *range* di variazione consentito dal Codice dei Contratti (+/- 20% delle quantità previste dal contratto stimate in 6.000 esami annui).

L'aggiudicazione è avvenuta sulla base non di un prezzo di fornitura, bensì dello sconto applicabile al nomenclatore tariffario regionale in vigore. Si tratta, perciò, di una vera e propria esternalizzazione del servizio. In capo all'AO restano:

1. la gestione delle agende, l'accettazione, la riscossione dei ticket e la consegna dei referti, in modo da mantenere uno stretto controllo sul volume di produzione e coordinare al meglio l'attività con i processi interni all'ente;
2. la definizione dei protocolli diagnostici, al fine di garantire la qualità dell'esame.

Nel caso in cui l'Ente avesse deciso di realizzare direttamente l'investimento, avrebbe dovuto attivare diversi contratti, con il conseguente appesantimento amministrativo e allungamento dei tempi di aggiudicazione e difficoltà di coordinamento. Inoltre, avendo posto a carico del fornitore anche il personale per operare il servizio, l'Ente non deve preoccuparsi del reclutamento e consente al fornitore di ottimizzare la propria attività.

La possibilità di poter controllare interamente il proprio processo produttivo è un forte incentivo per il fornitore, in quanto gli consente di controllare i costi, eliminando, quindi, un fattore di incertezza. Questo potrebbe essere interpretato come un'intermediazione impropria di manodopera tuttavia, trattandosi di

un'esternalizzazione del servizio, poiché il fornitore si fa carico del rischio di disponibilità, non si ricade in tale fattispecie.

Le criticità per il fornitore sono, da un lato, non avere la garanzia di un prezzo determinato, in quanto si fa riferimento alla tariffa applicata al momento dell'esame, dall'altro lato, un rischio finanziario perché la remunerazione avviene solo una volta che si iniziano a erogare le prestazioni, quindi molti mesi dopo l'avvenuta aggiudicazione del contratto.

CASO 3 – Leeds Teaching Hospital

Le strutture ospedaliere erano vecchie e necessitavano di ingenti investimenti di ammodernamento, tra cui la realizzazione di un nuovo centro oncologico. Il *Trust* (il corrispondente dell'azienda ospedaliera) ha deciso di ricorrere al PPP, avviando una delle prime forme di partnership nel SSN inglese, ponendosi tre obiettivi:

1. Rifacimento e *upgrade* degli edifici;
2. Rinnovamento del parco tecnologico;
3. Miglioramento e potenziamento dell'offerta di servizi, mantenendo, al contempo, l'equilibrio economico-finanziario nel medio-lungo periodo.

Il bando di gara è stato pubblicato nel 2001 ed è stato frutto di un anno di studio di fattibilità. L'aggiudicazione è avvenuta nel 2003, il *financial close* nel 2004, la costruzione del nuovo centro oncologico si è conclusa nel 2007, con l'edificio entrato in piena operatività nel 2008.

L'investimento totale dell'operazione è stato di 220 milioni di euro, 15 dei quali per le tecnologie oncologiche, e 1-2 milioni per altre forniture e arredi.

L'operazione di PPP si articola in due contratti: il primo, della durata di 30 anni, ha, a oggetto, la concessione di costruzione e gestione degli edifici (manutenzione e fornitura calore, esclusi i servizi «*soft*», come le pulizie e il portierato). Il secondo, di 15 anni, riguarda la fornitura e gestione delle tecnologie (cosiddetto MES, *managed equipment service*), con un investimento iniziale, sostenuto dal privato, di 18 milioni di euro, per un canone di 7,8 milioni di euro annui nel 2013.

Entrambi i contratti sono siglati con lo stesso soggetto, la SPV, Saint James Oncology SPC Ltd. Tuttavia, la controparte operativa nella gestione *day-to-day* avviene con i *subcontractor* dei diversi fornitori dei servizi, come Medipass.

È questa una differenza rispetto all'Italia, dove la Pubblica Amministrazione si può interfacciare formalmente solo con il contraente principale e non con i subcontraenti, se non in modo informale.

Un'altra caratteristica del contratto è la separazione tra attrezzature mediche e altre attrezzature/arredi. In realtà, *ex post*, la decisione di includere anche queste ultime forniture è apparsa erronea, non comportando, allo stato dei fatti, un sostanziale beneficio in termini di *value for money*.

CASO 4 – La realizzazione della centrale tecnologica dell’Azienda Ospedaliera S. Maria della Misericordia di Udine

Il progetto di centrale tecnologica nasce per alimentare il nuovo ospedale Santa Maria della Misericordia di Udine, inserendosi in un generale processo di razionalizzazione delle strutture esistenti, al fine di ottimizzare la produzione e distribuzione del calore/raffrescamento nell’area. La centrale tecnologica a regime alimenterà non solo la struttura ospedaliera, ma, sfruttando l’energia prodotta in eccesso, anche una rete di teleriscaldamento che servirà l’università e alcuni edifici comunali e cittadini.

L’idea di recuperare l’energia non utilizzata dall’ospedale per alimentare una rete di teleriscaldamento nasce all’Università degli studi di Udine nel 2005; l’anno successivo viene siglato un accordo di programma tra AO e università, che, nel 2008, si traduce in un bando di gara per un progetto preliminare corredato dal piano economico e finanziario.

Oggetto del contratto è la realizzazione e gestione della centrale tecnologica e della rete di teleriscaldamento, oltre alla realizzazione e gestione di un centro servizi laboratori. Durante la fase di costruzione sarebbe stata, inoltre, affidata al concessionario la fornitura di calore/raffrescamento degli impianti in essere.

Le offerte sono state valutate secondo il criterio dell’offerta economicamente più vantaggiosa, in cui la componente prezzo (17/100 punti) chiedeva di esprimere:

- ▶ un ribasso sul canone annuo di gestione transitoria;
- ▶ un ribasso sul canone annuo di gestione;
- ▶ un ribasso sul contributo in conto capitale da parte dell’AO (24 milioni di euro posti a base di gara, ribassati a 22 milioni in sede di aggiudicazione).

Nel 2009, il contratto di concessione di durata trentennale (2009-2039, di cui 3-4 anni di lavori/progettazione e 26 di gestione) è stato aggiudicato a una cordata guidata da Siram Spa, che nella costituenda Società di Progetto, ATON, rileva il 99,7% del capitale. Fatto, questo, inusuale nel panorama italiano, in cui il costruttore solitamente ha un peso rilevante soprattutto nella fase di costruzione.

Dalla consegna del cantiere, in soli tre anni si sono conclusi i lavori, con una compressione notevole dei tempi rispetto a un appalto standard. Una criticità che si è verificata, tuttavia, è che, terminati i lavori, c’è stato un «rilassamento» dato dal raggiungimento del primo importante traguardo. Questa fase in realtà è molto delicata perché deve essere predisposta la documentazione tecnico-amministrativa per l’acquisizione delle autorizzazioni, nulla-osta, titoli abilitativi che consentano l’effettivo utilizzo delle strutture.

Sebbene i lavori si siano conclusi a fine 2012, a distanza di quasi un anno il centro laboratori non è ancora agibile. È, quindi, importante disciplinare nel

bando o nel contratto anche queste tempistiche a cui solitamente si dà meno importanza focalizzando l'attenzione sulla realizzazione dei lavori.

Nel caso in esame non è stato previsto un canone di disponibilità. Il canone annuo è il risultato della sommatoria dei servizi manutentivi e di fornitura calore/raffrescamento da parte del concessionario e comprende anche la remunerazione del capitale investito.

Se nel 2010 l'AO spendeva per i servizi in oggetto complessivamente 9,5 milioni di euro l'anno, è previsto che, al termine della concessione, i canoni salgano a un totale di 25 milioni di euro.

CASO 5 – La gestione del reparto di nefrologia e dialisi dell'AO Bolognini di Seriate

L'AO Bolognini di Seriate, fondata nel 1998, gestisce, oltre a un reparto ospedaliero, cinque centri di assistenza limitata (CAL) sul territorio per 52 posti letto complessivi (diventati, successivamente, 55).

La gestione del servizio di nefrologia e dialisi, storicamente, era in perdita (€ 321.169,00 nel 2003). In larga parte si tratta di costi fissi (di cui il 63% per il personale), che l'AO non riusciva a ottimizzare. Era, inoltre, necessario intraprendere una serie di investimenti per allestire il CAL di Lovere con nove posti letto tecnici e la ristrutturazione degli altri quattro; rinnovare un parco tecnologico ormai vecchio; migliorare la qualità del servizio per cui l'AO si trovava in difficoltà.

Il modello di PPP adottato è quello della sperimentazione gestionale sotto forma di associazione in partecipazione. Il percorso di PPP si è articolato in due fasi, una prima sperimentale in associazione con una ONLUS selezionata direttamente dall'AO. La seconda fase ha visto, invece, l'apertura al mercato per la selezione del gestore.

La seconda fase, iniziata nel 2010, ha visto la selezione del partner attraverso una gara pubblica. L'oggetto della gara è la gestione, per nove anni, delle attività ambulatoriali di diagnostica e *follow-up*, alla dialisi e alla degenza.

L'U.O di Nefrologia e Dialisi è gestita attraverso un'associazione in partecipazione con il partner privato, che avrebbe introitato i ricavi da DRG e contemporaneamente corrisposto all'AO un canone annuo, più una compartecipazione agli utili. Il gestore avrebbe dovuto, inoltre, provvedere alla costruzione del nuovo reparto di nefrologia nella nuova sede dell'AO che si andava realizzando e di un nuovo CAL a Sarnico.

La scelta dell'AO è stata, in questo caso, quella di non restringere il mercato, non ponendo vincoli particolari di partecipazione: i soggetti ammissibili erano tutti quelli dell'art. 34 del D.lgs 163/2006 più le ONLUS e le fondazioni; i requisiti di partecipazione specifici erano ridotti alla richiesta di aver gestito nel triennio precedente almeno un servizio sanitario; il fatturato complessivo (sebbene dal capitolato speciale non sia perfettamente chiaro se riferito al servizio in oggetto o al fatturato aziendale) di 15 milioni.

Inoltre, il privato deve impegnarsi a mantenere i livelli occupazionali e investire almeno il 2% dei ricavi annui in acquisto di apparecchiature tecnologiche. A fronte di un canone periodico e di prezzi di trasferimento interni (vigente tariffario regionale scontato del 10%), l'AO di Seriate cede al concessionario alcuni servizi funzionali per il mantenimento della degenza (per esempio, la guardia medica) e continua ad acquistare i servizi che alla nefrologia vengono richiesti dalle altre strutture aziendali (consulenza, dialisi per pazienti in altre unità operative, ecc.).

Il risultato all'aggiudicazione, da un punto di vista economico, ha comportato un aumento del canone annuo che l'aggiudicatario versa all'AO dai 280.000 €, posti a base di gara, ai 720.000 € aggiudicati, e un'offerta migliorativa sulla partecipazione agli utili derivanti dalla gestione portata dal 50% a base di gara al 78% dall'aggiudicatario.

Il personale costituito da otto medici, cinquanta infermieri, quattro capo sala, e gli OSS, attualmente è assunto, in parte, con contratto di sanità pubblica e, in parte, di sanità privata. I dipendenti pubblici dell'AO sono «distaccati» al privato che ne assume la gestione, mantenendo gli obblighi del Contratto Pubblico della Sanità. Il pagamento dei compensi è effettuato dall'AO con rimborso da parte della Fondazione. Il nuovo personale sanitario e amministrativo è assunto direttamente dal privato con contratto AIOP. Una delle principali criticità risiede nel confronto con livelli salariali e benefit tra operatori assunti con contratto pubblico e quelli con contratto privatistico.

Sotto un profilo di qualità del servizio, in questo caso, l'accreditamento dell'attività di nefrologia e dialisi è stato trasferito al gestore privato, che deve attenersi, perciò, agli standard e ai controlli sugli enti accreditati esercitati dalla Regione.

La Tabella 12.5 presenta un quadro sinottico dei diversi casi relativamente all'oggetto del contratto, alla modalità contrattuale, alla durata, al valore del contratto e alla modalità di pagamento.

Riguardo alla tipologia contrattuale, è bene puntualizzare che un contratto *managed equipment service* – MES corrisponde al contratto di O&M – fornitura, manutenzione e gestione, come illustrato nel §12.2.1. Nel caso di Valencia, tuttavia, esso è un contratto a sé stante, mentre, nel caso di Leeds, esso si inserisce all'interno di una concessione per il finanziamento, realizzazione e gestione del nuovo centro oncologico. È interessante notare, inoltre, come quest'ultimo abbia una durata diversa rispetto al contratto generale: 15 anni contro i 30 della concessione complessiva in cui si inserisce. Esso sarà, quindi, oggetto di affidamento separato una volta terminato da parte del concessionario.

Per quel che concerne le modalità di pagamento, nei due casi lombardi è a singola prestazione (diagnostica nel caso di Vimercate, di dialisi/nefrologica nel caso di Seriate), per cui è corrisposto al privato la tariffa corrispondente. Nel

Tabella 12.5 **Quadro sinottico dei casi aziendali presentati**

Contratto	Valencia	Vimercate	Leeds	Udine	Seriate
Oggetto	Fornitura e manutenzione parco tecnologico del dipartimento di radiologia e medicina nucleare	Gestione servizio risonanza magnetica	Equipaggiamento del nuovo centro oncologico	Costruzione e centrale tecnologica, gestione calore e costruzione laboratori e centri servizi	Gestione servizio nefrologia e dialisi
Tipologia	Appalto di servizio e fornitura (MES)	Appalto di servizio	Appalto di servizio e fornitura (MES)*	Concessione	Sperimentazione gestionale
Durata (anni)	8	8	15	30	9
Valore (M €)	31,4	9,6	117	24 contributo iniziale + 542 canone (stima)	63
Modalità pagamento	Canone indicizzato	A prestazione	Canone indicizzato	Canone indicizzato	A prestazione

* All'interno di un contratto di concessione di 30 anni per la realizzazione e gestione del nuovo centro oncologico.

caso di Vimercate è stato posto a base di gara il nomenclatore tariffario vigente e come risultato della gara l'azienda corrisponde la tariffa scontata; mentre nel caso di Seriate, in cui l'offerta era migliorativa di un canone annuo incondizionato che l'aggiudicatario corrisponde all'azienda ospedaliera, in cambio della gestione del servizio e alla percentuale di compartecipazione agli utili, l'importo versato al privato è pari alle tariffe previste dal nomenclatore. Negli altri casi è previsto il pagamento di un canone da parte dell'azienda ospedaliera al fornitore. Il canone è indicizzato a parametri definiti dal contratto. Il vantaggio, in questo caso, è garantire la certezza della spesa.

Box 12.2 L'affidamento di subcontratti a terzi da parte del concessionario privato

Per quel che riguarda in generale l'affidamento a terzi da parte del concessionario privato, il Codice dei Contratti disciplina soltanto l'esternalizzazione di subcontratti aventi per oggetto i lavori, distinguendo due casi:

1. Se tali subcontratti sono affidati nell'ambito di concessioni di servizi l'articolo 32 c.1 lettera f stabilisce che i lavori sopra soglia comunitaria debbano essere affidati tramite gara;
2. Se tali subcontratti sono affidati nell'ambito di concessioni di lavori l'articolo 32, c.1 lettera b rimanda all'art 142 c.4 che stabilisce obblighi in materia di pubblicità (rimandando all'art. 149) e dove compatibili di rispettare i "termini delle procedure, requisiti generali e qualificazione degli operatori economici, subappalto, progettazione, collaudo, piani di sicurezza". In capo al concedente l'art. 149 pone degli obblighi di vigilanza e non la facoltà di autorizzare subcontratti.

L'affidamento dei servizi non è menzionato espressamente nel Codice dei Contratti, si ritiene però che si applichi la stessa disciplina dei lavori. L'affidamento dei lavori/servizi a un socio del progetto non è considerato un'esternalizzazione (vedi artt. 149, 156 e 253 del Codice), parimenti a quanto accade tra i membri di un'ATI.

Nella Tabella 12.6 si propone una prima articolazione dei casi, utilizzando lo *spectrum* proposto nel § 12.2. In particolare, essa consente di vedere quali attività sono nella responsabilità della controparte privata. Occorre puntualizzare che il caso di Seriate, in quanto sperimentazione gestionale, rappresenti una forma di PPP istituzionale e non contrattuale come negli altri casi, poiché il titolare del contratto è un soggetto a partecipazione mista pubblico-privata. La scelta di includere tale esempio deriva, da un lato, dal fatto che, come riportato nel § 12.3, sono pochissimi i contratti in Italia di gestione del servizio dialisi. Dall'altro lato, dal fatto che, prescindendo dalla natura giuridica, fornisce spunti di riflessione interessanti sugli ambiti e modalità di coinvolgimento del privato.

È interessante notare come tutti i casi, indipendentemente dalla forma giuridica del contratto, prevedano il finanziamento dell'investimento iniziale da parte del privato. Sono sempre previste la manutenzione e l'upgrade tecnologico, sebbene, come mostra la Tabella 12.6 assumano diverse connotazioni a seconda dei casi.

Per quel che riguarda la gestione del servizio, essa è presente esclusivamente nei casi italiani di Vimercate e Seriate. È interessante notare come, nei due ospedali lombardi, il privato sia chiamato a gestire il servizio sanitario (erogazione di servizi diagnostici e di dialisi) impiegando il proprio personale insieme a dipendenti pubblici distaccati. Il contratto rimane di titolarità dell'azienda ospedaliera che è rimborsata del costo del personale distaccato. Il caso di Seriate rappresenta certamente la scelta più «estrema», poiché il privato gestisce l'intero reparto di nefrologia oltre al servizio di dialisi.

Il grado di rischio esternalizzato al privato, come si è affermato nel § 12.2, costituisce l'elemento sostanziale di un contratto di PPP ed è ciò che lo distingue da una «semplice» fornitura. Nell'ordinare i casi, si è scelto di considerare il gra-

Tabella 12.6 **Ambiti di coinvolgimento dei privati nei casi presentati**

Ambito coinvolgimento privato	Costruzione o realizzazione opere edili	Fornitura tecnologie	Finanziamento	Manutenzione	Rinnovo tecnologico	Gestione servizi sanitari
Valencia		✓	✓	✓	✓	
Vimercate	*1	*2	✓	✓	✓	✓
Leeds	*3	✓	✓	✓	✓	
Udine	✓	*4	✓	✓	✓	
Seriate	✓	✓	✓	✓	✓	✓

1 Il contratto prevede l'adeguamento dei locali, tuttavia l'aspetto prevalente era la gestione del servizio.

2 In questo si preferisce non parlare di fornitura, in quanto il privato resta proprietario dell'apparecchiatura e, di fatto, svolge un servizio esternalizzato di diagnostica all'interno della struttura ospedaliera.

3 Il contratto MES si inserisce all'interno di una concessione che prevede anche la costruzione, tuttavia il caso analizzato considera soltanto l'aspetto tecnologico.

4 Oggetto del contratto non sono i prodotti quanto la realizzazione di investimenti e la gestione di servizio.

do di coinvolgimento dell'operatore privato e non il valore del contratto e la sua durata (si vedano la Tabella 12.6 e la Tabella 12.7). Inoltre, quest'ordine non rispecchia necessariamente il livello di rischiosità del contratto. Se si considera il caso di Seriate, in cui l'operatore privato gestisce il servizio di dialisi, esso ha un minore rischio finanziario e di domanda rispetto al caso di Udine, in cui l'operatore privato è coinvolto solo nella gestione energetica. Infatti, nel caso di Seriate gli investimenti iniziali sono limitati e non presenta un oggettivo rischio di domanda, poiché è previsto un livello minimo garantito di prestazioni²⁰. Tale rischio è, tuttavia, superiore rispetto al caso di Vimercate, in quanto il gestore è esposto al rischio di un calo del 40% del tasso di occupazione media annuale dei posti letto. Superata questa soglia, è consentito al gestore di recedere. La Tabella 12.7 presenta, invece, gli aspetti di gestione delle tecnologie. Come si è scritto sopra, in tutti i casi i privati sono chiamati a sostenere l'investimento *upfront* in nuove tecnologie. I contratti di durata prevedono in varia misura sia la manutenzione, sia l'upgrade tecnologico. La manutenzione degli impianti richiesta è sempre di tipo *full risk*²¹.

È bene distinguere, però, i casi come Leeds e Valencia, in cui la manutenzione è l'oggetto del contratto, dai casi in cui l'oggetto è la gestione del servizio sanitario o non sanitario (calore nel caso di Udine). Nei primi, il fornitore è valutato sulla capacità di mantenere l'*uptime* stabilito²², nei secondi tale

Tabella 12.7 **La gestione della tecnologia**

Caso	Valencia	Vimercate	Leeds	Udine	Seriate
Manutenzione	<i>Full risk</i>	<i>Full risk</i>	<i>Full risk</i> + obbligo sostituzione a carico fornitore se performance inferiore a certi livelli stabiliti	<i>Full risk</i>	<i>Full risk</i>
Upgrade	<i>Refresh</i> di alcuni hardware (monitor e workstation)	<i>Refresh + replacement</i> a discrezione del gestore	<i>Refresh + replacement</i> secondo bande tecnologiche	A discrezione del gestore	Obbligo di investire 2% ricavi annui in upgrade apparecchiature
Performance	96% <i>uptime</i>	na	95%-98% <i>uptime</i>	na	Standard accreditamento
Proprietà a fine contratto	Azienda ospedaliera	Fornitore	Azienda ospedaliera	Azienda ospedaliera	Azienda sanitaria

²⁰ Il gestore ha la possibilità di rinegoziare il contratto nel caso in cui il tasso di ospedalizzazione rispetto ai posti letto accreditati sia inferiore al 60% per più di un anno.

²¹ Il contratto *full-risk* prevede la manutenzione sia preventiva/programmata, sia la manutenzione correttiva in caso di guasti

²² L'intervallo di tempo in cui un singolo apparato o un intero sistema è o è stato ininterrottamente acceso e correttamente funzionante.

misura è indiretta, in quanto il privato non si impegna sul funzionamento dell'apparecchiatura, quanto sulla messa a disposizione del servizio richiesto nelle modalità richieste. Nel caso di Udine, il servizio calore prevede che il gestore mantenga una certa temperatura all'interno degli edifici ed è su questo che è valutato.

Un considerazione simile può essere riferita all'*upgrade* tecnologico. Nei casi di Leeds e Valencia, l'*upgrade* tecnologico è oggetto del contratto. Nel caso di Vimercate, il capitolato chiede l'aggiornamento del software, ma non dell'hardware. Ma, poiché è l'intero servizio di diagnostica a essere esternalizzato, si dovrebbe generare un interesse per il gestore a procedere all'*upgrade* per ridurre, per esempio, il costo unitario per esame, i tempi di risposta e, più in generale, per migliorare le prestazioni al fine di aumentare il numero di esami (e, quindi, i suoi ricavi, essendo remunerato a prestazione). Lo stesso discorso vale per Seriate, sebbene, in questo caso, il capitolato vincoli il gestore a investire almeno il 2% dei ricavi per l'acquisto/aggiornamento delle apparecchiature.

Come si è avuto modo di affermare in precedenza, il gestore del servizio sarà tanto più incentivato a sostituire le tecnologie quanto più il contratto supererà la vita utile delle stesse. Nel caso inglese, infatti, il contratto, essendo di 15 anni, di fatto copre due cicli tecnologici.

Fatte queste considerazioni, occorre riflettere sulle modalità con cui si definiscono contrattualmente le sostituzioni. Il caso di Leeds è interessante soprattutto per il sistema di *banding* tecnologico.

Ogni macchinario fa parte di una banda definita dal contratto. Il sistema di bande è approvato dal trust e aggiornato annualmente attraverso un processo che vede coinvolti la direzione amministrativa, il personale sanitario e l'operatore privato. Ogni banda comprende diversi modelli di macchinari di diversi produttori. Il processo di definizione della banda è duplice e richiede, da un lato, la formulazione dei principi guida che le regolano, il secondo nell'individuare quali dispositivi vi rientrano. Il sistema a bande è un meccanismo di flessibilità contrattuale perché consente sia di scegliere all'interno della stessa banda macchinari diversi, sia di modificare eventualmente, in funzione dell'evoluzione del fabbisogno, la banda di riferimento al momento del rinnovo. In questo caso, la negoziazione può portare a compensare l'utilizzo di macchinari di banda superiore, quindi più costosi, in determinate aree, con macchinari di banda inferiore in altre aree, consentendo di mantenere inalterato il canone.

Il momento di individuazione delle tecnologie da inserire in una banda non è molto dissimile da quel che avviene in un appalto tradizionale: vengono, infatti richiesti dei preventivi, si organizzano delle visite, vengono forniti dei chiarimenti. L'amministrazione non è, quindi, deresponsabilizzata nel processo di rinnovo tecnologico, anzi sono richieste competenze e professionalità molto specifiche e aggiornate.

12.5 Lezioni apprese dalla gestione dei contratti di concessione di costruzione e gestione

In questi ultimi anni sono entrati in gestione alcuni importanti progetti di investimento di edilizia sanitaria realizzati con schemi di PPP, in particolare attraverso concessioni di costruzione e gestione, come è stato evidenziato nel § 12.3.1. Utile, pertanto, è fare una riflessione sulle principali problematiche che alcune aziende stanno sperimentando, per sostenere un processo di capitalizzazione delle conoscenze utili a guidare la strutturazione di nuove operazioni.

Le principali criticità qui discusse rappresentano una generalizzazione di quanto è stato rilevato in alcune operazioni, che non possono essere esplicitate, in quanto sono in corso iniziative di negoziazione con le controparti private²³.

In generale, è possibile affermare, come evidenziato da molte aziende sanitarie concedenti, che il principale beneficio del contratto di PPP sia stato il rispetto dei tempi di realizzazione o, comunque, una maggior disponibilità dell'operatore privato a risolvere le criticità durante la fase di costruzione. Questo perché la remunerazione dell'investimento è subordinata al collaudo e all'entrata in funzione della struttura. Ovviamente, va sempre ricordato che questo effetto potrebbe essere ancora maggiore in assenza del contributo a fondo perduto, generalmente erogato a stato avanzamento lavori.

Una delle principali criticità che stanno emergendo durante la fase di gestione è riconducibile alla non completezza dei capitolati per i servizi, non adeguati a garantire livelli prestazionali allineati alle esigenze delle aziende. Questo per due principali ordini di motivi: da un lato, i capitolati non sono stati redatti in modo dettagliato, in quanto l'attenzione è sempre stata posta sulla costruzione durante la fase di preparazione della gara, offerta e negoziazione. Dall'altro lato, il periodo temporale intercorso dalla redazione del capitolato all'entrata in gestione della struttura è molto significativo, cinque anni o talvolta di più.

Tra l'altro, negli ultimi anni, sia per effetto delle gare centralizzate (anche a livello locale o regionale), sia per effetto della *spending review*, che ha portato la maggior parte delle regioni a individuare *benchmark* di riferimento per l'esternalizzazione dei servizi, i costi di approvvigionamento si sono ridotti o, comunque, esistono parametri trasparenti di riferimento, che hanno messo in evidenza la maggior onerosità dei servizi non sanitari inseriti all'interno delle operazioni di PPP, spesso per il fatto che in essi si cela una parte delle marginalità finalizzate alla remunerazione dell'investimento.

La rinegoziazione di questi contratti si è rivelata, spesso, molto difficile sia perché rappresentano una fonte importante di remunerazione per il concessionario, anche alla luce del fatto che gli operatori privati sono in grado, spesso, di

²³ Alcuni casi e situazioni specifiche sono stati discussi nell'ambito della seconda edizione della *Public & Private Factory* di SDA Bocconi.

estrarre maggior valore nelle negoziazioni con i subfornitori rispetto alle aziende sanitarie; sia perché, spesso, le banche pongono vincoli molto stringenti e costi elevati per la rimodulazione dei piani economico-finanziari. In un caso è stato segnalato che gli istituti di credito hanno osteggiato la sostituzione del subfornitore, ritenuto non adeguato dall'azienda sanitaria, in quanto non rispettava i parametri target nella sostituzione delle tecnologie.

Questo comportamento è spiegabile con il fatto che i margini generati dal servizio specifico contribuiscono in modo significativo alla copertura del servizio del debito. Per ridurre il rischio finanziario del progetto, probabilmente anche in modo formale e non esperto, il *pool* dei finanziatori ha imposto alla società di progetto una multinazionale per la gestione del servizio, in quanto ritenuta più strutturata e patrimonializzata. Conseguentemente, si è generato uno sbilanciamento nei poteri negoziali e la società di progetto non è riuscita a imporre al gestore del servizio le richieste dell'azienda, questo anche per la già citata incompletezza del capitolato e del contratto.

L'inadeguatezza di questi capitolati è anche riconducibile al fatto che essi spesso prevedono penali determinate secondo le logiche tipiche dell'appalto e non della concessione. In molti casi, il sistema delle penali è assolutamente inadeguato a garantire livelli di servizio adeguati. Questo, peraltro, come già evidenziato anche nel Regno Unito (Vecchi, 2011).

Altro elemento rilevante, spesso rilevato, emerge dal confronto tra il piano economico e finanziario allegato alla concessione e i bilanci delle società di progetto. Si evidenziano maggiori costi finanziari di quelli effettivi, specie durante la fase di costruzione. Infatti, come è stato scritto (§12.2.1), il finanziamento in *project financing* è strutturato, nella realtà, secondo modalità ibride, mentre, nel piano economico e finanziario, allegato al contratto e, quindi, approvato dall'azienda, sono inseriti tutti i costi tipici di questo sistema di finanziamento. Di frequente, i maggiori costi dichiarati rispetto a quelli sostenuti sono correlati a linee di finanziamento non utilizzate (quali la linea IVA o i finanziamenti ponte) e, quindi, alla capitalizzazione degli oneri finanziari. Infatti, durante la fase di costruzione, l'investimento è sostenuto con risorse proprie dei costruttori (il cosiddetto modello *corporate financing*). Questo genera maggiori marginalità che potrebbero consentire un'anticipazione della distribuzione dei dividendi e, quindi, maggior tassi di rendimento sul capitale investito.

Sempre sul fronte finanziario, in alcuni casi i tassi di interesse effettivi sul debito sono stati inferiori a quelli previsti come conseguenza della presenza di linee di finanziamento della Banca Europea per gli Investimenti. Dall'altro lato, va notato come, in altri casi, la bancabilità del progetto fosse compromessa dal fatto che i tassi stimati nel piano economico-finanziario fossero sottostimati rispetto alle condizioni di mercato, specie quando tra l'aggiudicazione della gara e il *financial close* (la stipula del contratto di finanziamento) si è inserito il *credit crunch*, che ha portato a un incremento dei tassi di interesse sul debito.

Altro elemento che ha destato molte preoccupazioni sono le marginalità che il concessionario è stato in grado di conseguire durante la fase di costruzione, sia per effetto del fatto che nelle operazioni di PPP vi è minor concorrenza rispetto a quella conseguibile con un appalto tradizionale e, quindi, una minor tensione competitiva sui costi di costruzione e di fornitura; sia per il maggior potere negoziale dei grandi operatori, soci delle società di progetto, sui piccoli operatori locali spesso coinvolti come subappaltatori.

Le criticità qui esposte consentono di mettere in evidenza i seguenti punti di attenzione:

1. preferire modelli di PPP *light* rispetto a contratti caratterizzati da molti servizi non sanitari;
2. strutturare piani economici e finanziari più coerenti rispetto alle modalità effettive di finanziamento dei progetti;
3. determinare i canoni di disponibilità sulla base di valori di investimento che interiorizzino già margini di costruzione e gestione più ridotti per effetto del maggior potere contrattuale delle società di progetto o, comunque, del fatto che i prezziari ufficiali sono spesso sovrastimati rispetto alle predominanti condizioni di mercato;
4. ricorrere a modalità *open book*, che consentano una maggior trasparenza dei costi tra concessionario e concedente, e, quindi, un vantaggio reciproco nella logica della partnership.

12.6 Conclusioni

Questo capitolo ha analizzato lo stato dell'arte dei contratti di PPP in Italia, con l'obiettivo di consolidare e diffondere la necessaria conoscenza per sostenere i processi decisionali delle aziende sanitarie. Il potenziale del PPP per qualificare e rendere più flessibile la spesa sanitaria è molto ampio. I casi analizzati ne sono un esempio. Tuttavia, la sua complessità, in un contesto di asimmetria informativa, richiede lo sviluppo di solide competenze per la strutturazione e gestione di questi contratti, affinché possano generare valore condiviso, pubblico e privato, secondo principi di *value for money* e sostenibilità di medio lungo termine. I tagli alla formazione e alle consulenze (anche quelle qualificate) non giovano certo a sostenere un processo razionale di utilizzo del PPP, con l'effetto che il rischio di non convenienza e non sostenibilità (rilevato spesso *ex post*, durante la gestione) è molto elevato, anche perché sempre di più questi contratti, specie quelli per le tecnologie, rappresentano una risposta alle esigenze gestionali e finanziarie delle aziende. Tuttavia, in Italia il PPP continua a essere utilizzato in modo contingente. È il «ripiego» al fatto che non vi sono sufficienti risorse da destinare agli investimenti, formalmente (per i vincoli di riduzione della spesa

per investimenti) o sostanzialmente. Dall'altro lato, vi è una forte spinta, da parte del mercato degli operatori, verso questi contratti, proprio perché in molti casi sono visti come unica possibilità per mantenere i livelli di fatturato, crollati a seguito della crisi e dei tagli alla spesa pubblica per investimenti.

Il diritto di prelazione garantito dalla nostra normativa ai promotori privati, prima nella concessione di costruzione e gestione e, ora, anche nella concessione di servizi, stimola gli operatori a presentare proposte ad aziende che spesso non hanno le competenze al loro interno per negoziare con la controparte. In molti casi, queste proposte non si trasformano in contratti, ma il processo decisionale è spesso lungo, farraginoso e politicizzato. Questo, peraltro, aumenta la percezione del rischio istituzionale e regolatorio del nostro Paese, con l'effetto di allontanare i migliori operatori, anche quelli esteri.

Dopo più di dieci anni di sperimentazioni, sarebbe utile un riordino del PPP e, soprattutto, una sua istituzionalizzazione. Servirebbe, cioè, un quadro normativo ad hoc, ispirato alle direttive comunitarie e non costituito da istituti e procedure disegnate prevalentemente per gli appalti di lavori (si veda il codice dei contratti); un *commitment* da parte del *policy maker* nazionale finalizzato a non «discriminare» fiscalmente il PPP e a chiarirne e riordinarne le normative specifiche di settore (contabilizzazione, fiscalità); un sistema serio di certificazione delle competenze che consenta alle aziende di far riferimento a professionalità capaci di strutturare e gestire i contratti di PPP e dei centri di competenza a livello regionale con ruolo di supporto tecnico, *capacity building*, raccordo con il mercato (Vecchi *et al.*, 2015).

Bibliografia

- Commissione Europea (2004), *Libro verde sulle partnership di tipo pubblico-privato e sul diritto comunitario degli appalti pubblici e delle concessioni*, COM(2004) 327.
- Eurostat (2013), *Manual on Government Deficit and Debt – Implementation of ESA95 – 2013 edition*. European Commission.
- Fan V.Y., Savedoff D.W. (2014), «The health financing transition: A conceptual framework and empirical evidence», *Social Science & Medicine*, 105, 112-121.
- Flyvbjerg B. (2006), «Five Misunderstandings About Case-Study Research», *Qualitative Inquiry*, 12(2): 219-245.
- Greve C. and Hodge G. (2013), *Rethinking Public-Private Partnerships: Strategies for Turbulent Times*, Abingdon: Routledge.
- Hellowell M., Vecchi V., Caselli S. (in corso di pubblicazione), «Return of the state? An appraisal of policies to enhance access to credit for infrastructure-based public private partnerships». *Public Money and Management*.

- OECD, Eurostat, WHO (2011), *A System of Health Accounts*, OECD Publishing.
- Vecchi V., Airoidi M., Caselli S. (in corso di pubblicazione), «Closing PPP's gaps in Italy: from legal microsurgery to managerial flow», in Brusoni M., Farr-Warthon B., Farr-Warthon R., Vecchi V. (Eds), *Managerial Flow and the Implementation of Local Development Policies*. Abingdon: Routledge.
- Vecchi V., Cusumano N. (2012), «Il Partenariato Pubblico Privato 'light' e 'limited profit' al crocevia tra sostenibilità, bancabilità e vincoli finanziari», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di) *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: rapporto OASI 2012*, Milano, Egea.
- Vecchi V. (2012), «Il partenariato pubblico privato per la realizzazione delle opere pubbliche e la gestione dei servizi: un approccio di management», in Del Fante C., Monaco F., Proia F. (a cura di) *Partenariato Pubblico Privato e sviluppo degli investimenti territoriali*, Venezia, Marsilio Editore.
- Vecchi V. (2011), «Il *project financing* per gli investimenti sanitario – il punto di vista degli operatori privati», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: rapporto OASI 2011*, Milano, Egea.