

# PPP in sanità. Dagli investimenti in conto capitale ai risultati

Veronica Vecchi\*

## 1. Il ruolo della partnership pubblico-privato in sanità

Il Partenariato Pubblico-Privato (**PPP**) rappresenta una leva sempre più strategica per il settore sanitario, soprattutto in un'epoca in cui la generazione di valore pubblico (*public value*) – di cui la sanità è un pilastro essenziale – non può più prescindere dalla collaborazione con il mercato, considerate la scarsa disponibilità di risorse pubbliche ma soprattutto la necessità di ricorrere all'expertise e alle competenze del settore privato per raggiungere obiettivi strategici a beneficio della collettività. Tuttavia, affinché la partnership sia una soluzione effettiva, è necessario che diventi un obiettivo strategico di sistema e non lo sforzo di qualche manager eroico. Altrimenti non si svilupperanno mai le necessarie competenze e sofisticazioni necessarie a far evolvere i modelli e a renderli rispondenti alle esigenze del SSN.

Il termine “PPP” racchiude in sé diverse forme di collaborazione pubblico-privato, che si sono evolute nel tempo, anche adattandosi ai vari contesti normativi e regolatori. Questo capitolo adotta il framework presentato in Vecchi *et al.* (2022a), che classifica le partnership pubblico-privato in base al livello istituzionale in cui operano: **macro**, **meso** o

**micro**. Questo contributo si focalizza sulle collaborazioni a livello micro, poiché sono quelle di maggior interesse per il *management sanitario*, in quanto consentono di ottimizzare l'uso delle risorse, migliorare l'efficienza, promuovere l'innovazione nei servizi, ampliare l'accesso alle cure e garantire una più alta qualità assistenziale.

## 2. Le partnership a livello micro

A livello micro, la collaborazione tra settore pubblico e privato può assumere diverse forme, a seconda dell'oggetto della partnership. L'oggetto impone anche la scelta del modello giuridico.

Nel contesto europeo, il *Green Paper* della Commissione Europea del 2004 definisce il PPP come un contratto di lungo periodo che prevede un investimento significativo di capitali privati, pagamenti legati alla performance e, quindi, un'allocazione del rischio agli investitori privati (European Commission, 2004). Questa definizione è stata peraltro ripresa dal legislatore nel Codice n. 36/2023 (art. 174).

Da un punto di vista giuridico, in Europa esistono due principali quadri normativi applicabili: il contratto di appalto (Direttiva UE n. 24/2014) e il contratto di concessione (Direttiva UE n. 23/2014).

La differenza fondamentale tra le due fattispecie risiede nella distribuzione

## S O M M A R I O

1. Il ruolo della partnership pubblico-privato in sanità
2. Le partnership a livello micro
3. Contratti *value-based* per l'acquisto di dispositivi medici

\* Veronica Vecchi, Full Professor SDA Bocconi.

del “rischio operativo” a carico dell’operatore economico (Vecchi *et al.*, 2021)<sup>1</sup>. Questo rischio si riferisce alla possibilità che l’operatore economico non riesca a recuperare l’investimento o i costi sostenuti per l’esecuzione del contratto. Dal punto di vista strettamente legale, quindi, un contratto di PPP rientra nel quadro normativo della concessione, poiché il trasferimento del rischio dall’ente pubblico all’operatore privato rappresenta un suo principio cardine. Tuttavia contratti di tipo *value-based*, volti all’acquisizione di forniture (farmaci, device), benché allochino un rischio equiparabile a quello operativo, non possono essere configurati come concessioni ma come appalti, in quanto non esiste la concessione di forniture.

Negli ultimi anni il ricorso al PPP è cresciuto in modo significativo anche come conseguenza del consolidamento della proposta a iniziativa privata (la cosiddetta procedura Finanza di Progetto – ex art. 193 Codice Contratti 36), utilizzata per oltre l’80% dei progetti (in valore) che implicano investimenti (fonte: Invest in It Lab SDA Bocconi).

In sanità il PPP è stato inizialmente associato soprattutto alla costruzione, ristrutturazione e gestione di ospedali. Questo approccio, noto anche come

*accommodation model* nei Paesi anglosassoni, è stato concepito come una vera e propria politica nell’ambito delle riforme del *New Public Management*, con l’obiettivo di finanziare grandi investimenti in un contesto di pressione fiscale. Ben presto, il modello è stato adottato anche in Europa – in particolare in Francia, Spagna, Portogallo e Italia – e successivamente in Africa, America Latina ed Europa dell’Est. L’approccio è stato poi esteso anche alle attrezzature mediche attraverso i contratti di Managed Equipment Services (MES), in cui il fornitore si occupa della fornitura, gestione e manutenzione di tecnologie mediche in cambio di un pagamento a cadenza periodica.

Oggi, il PPP sta assumendo un ruolo sempre più rilevante anche nella fornitura di servizi; sia servizi di supporto clinico, come la diagnostica per immagini e i laboratori di analisi, sia servizi complementari e di supporto (non clinici), come i servizi di pulizia e sanificazione degli ambienti, la ristorazione e la gestione logistica.

Negli ultimi anni stanno anche emergendo modelli contrattuali basati sul valore (*value-based contracts*), in cui gli erogatori di servizi sanitari (pubblici o privati) remunerano i fornitori (di dispositivi e/o farmaci) in base ai risultati ottenuti, trasferendo parte del rischio clinico. I pagamenti sono spesso legati a parametri specifici, come la riduzione della durata dei ricoveri ospedalieri, la diminuzione dei tassi di riammissione o la minore incidenza di complicazioni. Il pagamento legato al valore, come meccanismo di *risk-sharing*, è associato spesso a bundle contrattuali che segnano il passaggio da un acquisto di beni all’acquisto di soluzioni, che consentono ai fornitori una maggiore assunzione di responsabilità per l’esito clinico.

<sup>1</sup> Il rischio operativo è definito dal Considerando 18 della Direttiva UE (24/2014): “La caratteristica principale di una concessione, il diritto di sfruttare i lavori o i servizi, implica sempre il trasferimento al concessionario di un rischio operativo di natura economica che comporta la possibilità di non recuperare gli investimenti effettuati e i costi sostenuti per la gestione dei lavori o dei servizi aggiudicati in condizioni operative normali, anche se una parte del rischio rimane all’amministrazione aggiudicatrice o all’ente aggiudicatore. [...] si dovrebbe chiarire che alcuni accordi che sono remunerati esclusivamente da un’amministrazione aggiudicatrice o da un ente aggiudicatore dovrebbero essere qualificati come concessioni quando il recupero degli investimenti e dei costi sostenuti dall’operatore per l’esecuzione dell’opera o la fornitura del servizio dipende dall’effettiva domanda o fornitura del servizio o del bene”.

## 2.1. Il PPP per la costruzione e la gestione degli ospedali

In origine, l'uso del PPP per la costruzione di strutture ospedaliere ha seguito principalmente il modello **DBFMO**, nato dall'esperienza anglosassone. Nel modello DBFMO, una società di scopo (*special purpose vehicle* o SPV) è responsabile della progettazione (D), costruzione (B), finanziamento (F), manutenzione (M) e gestione operativa (O) di una serie di servizi non essenziali e riceve una tariffa da parte dell'ospedale, che è legata al raggiungimento di determinati indicatori di disponibilità dell'infrastruttura – c.d. canone di disponibilità (*availability charge* o *fee*).

Più di recente, la tendenza è stata quella di rendere i contratti DBFMO più “leggieri”, includendo solo i servizi “hard” non essenziali, cioè quelli direttamente collegati alla disponibilità della struttura (es. la manutenzione e la gestione energetica), mentre i servizi “soft” non essenziali (es. la ristorazione e la lavandaia) non sono inclusi nel contratto (Vecchi *et al.*, 2018).

Oltre ai Paesi anglosassoni, il modello DBFM(O) è stato adottato anche in diversi Paesi europei, tra cui Italia, Francia, Svezia, Spagna e Portogallo – vd. **Box 1** sul ruolo del PPP nel contesto italiano. Uno dei vantaggi principali del PPP è la possibilità di integrar-

### Box 1 – Il PPP per gli investimenti edili (nuovi ospedali o ristrutturazioni)

In Italia, il PPP è stato ampiamente utilizzato per la costruzione e la riqualificazione degli ospedali. Il caso italiano è particolarmente interessante perché, dalla sua introduzione negli anni Duemila, il PPP ha subito un'evoluzione significativa. Inizialmente, il ricorso al PPP era dettato da ragioni macroeconomiche, principalmente per supplire alla carenza di fondi pubblici. Sebbene la normativa nazionale non incentivasse a sufficienza o non garantisse un'adeguata allocazione del rischio ai concessionari privati, questi contratti hanno ottenuto risultati migliori rispetto all'appalto tradizionale, specialmente in termini di rispetto dei tempi e dei costi di realizzazione (Vecchi *et al.*, 2022b).

Successivamente, è stato adottato un modello più snello di PPP (*PPP light*) con lo scopo di garantire una maggiore flessibilità nella gestione dei contratti. Il modello del *PPP light* non comprendeva i servizi non essenziali (es. servizi di ristorazione o servizi di pulizia), che potevano però essere acquistati separatamente attraverso accordi quadro centralizzati, che dal 2014 sono diventati obbligatori. Inoltre, il modello *light* prevedeva che la remunerazione dell'investimento fosse legata al pagamento di un canone di disponibilità. Sebbene questo modello abbia reso il PPP un'opzione più sostenibile per i bilanci della sanità pubblica, spesso si continua a preferire modelli di finanziamento tradizionali, senza considerare la dimensione intergenerazionale delle loro scelte finanziarie e l'opportunità di gestione dei rischi. L'equità intergenerazionale si basa sul principio che chi beneficia di un investimento dovrebbe contribuire alla copertura del suo costo: finanziare gli investimenti con l'utilizzo di stanziamenti sui bilanci di breve termine sposta sulle generazioni presenti il costo di un investimento di cui anche le generazioni future beneficiano. In relazione all'allocazione dei rischi, le evidenze dimostrano che il PPP consente di realizzare investimenti con tempi molto più veloci dell'appalto, proprio per il forte incentivo del concessionario di arrivare rapidamente al collaudo, data da cui può iniziare a incassare i corrispettivi. Molto spesso le valutazioni comparate tra appalto e PPP, che oggi dovrebbero essere compiute sulla scorta dell'art. 175, comma 2, non tengono conto della reale probabilità di attivazione dei diversi modelli di finanziamento. La preferenza dell'opzione pubblica ha spesso portato all'accumulazione di importanti ritardi nella capacità di dare risposte ai territori.

Un progetto flagship in Italia è la realizzazione del Nuovo Gaslini di Genova: da un punto di vista contrattuale esso racchiude le principali lezioni apprese nel corso di un ventennio di adozione del PPP in Italia. Il meccanismo di pagamento è articolato in un canone di disponibilità flat, senza rivalutazione all'inflazione, e canoni per i servizi manutentivi (full e semi full risk, questi ultimi per i padiglioni oggetto di ristrutturazione) e per i servizi energetici. Il sistema di decurtazioni è stato studiato partendo dai rischi che generalmente rimangono a carico della PA nei contratti di global service e consente di allocare il rischio operativo al concessionario.

L'analisi di convenienza ha messo in evidenza che il costo del PPP è equiparabile a quello di un teorico appalto (non possibile comunque per mancanza di risorse pubbliche), considerando il profilo dei rischi trattenuti nel modello tradizionale in modo prudenziale.

re capitali pubblici limitati con quelli privati al fine di assicurare la rapida realizzazione di investimenti.

### 2.2. Il PPP per l'erogazione di servizi clinici

In Europa, esistono anche esempi del cosiddetto “modello clinico”, che prevede il coinvolgimento del settore privato nell'erogazione di servizi clinici (Acerte *et al.*, 2011). In questo modello l'operatore economico è responsabile della progettazione, del finanziamento e della costruzione dell'ospedale, oltre alla gestione dei servizi clinici e non clinici, assumendosi, in tutto o in parte, anche il rischio di domanda. Le fonti di ricavo per il gestore privato possono derivare da una tariffa per capita (come nel caso dell'ospedale di Alzira in Spagna), da una tariffa per i servizi erogati (per esempio basata sui DRG – Diagnosis-Related Groups) o da un canone di disponibilità. Il coinvolgimento del settore privato nell'erogazione dei servizi clinici è particolarmente diffuso nei Paesi e nelle regioni con limitata capacità di sviluppare un sistema sanitario pubblico, come in molte economie emergenti. Tuttavia, può essere applicato anche per potenziare unità altamente specializzate all'interno di ospedali pubblici già esistenti, per esempio per la cura di patologie cardiache o oncologiche. Il ricorso al PPP per l'erogazione di servizi clinici specifici è sempre più guidato dall'esigenza di far fronte alle difficoltà di assunzione e quindi di presidiare una domanda in crescita sia per volume sia per complessità. Di conseguenza, il PPP sta assumendo un ruolo chiave nella costruzione e gestione di strutture per lungodegenza e strutture residenziali ospedaliero (*long-term care*), così come nella gestione di reparti ospedalieri specifici.

Esso si distingue dal sistema di accreditamento, ampiamente adottato in Europa, che consente ai privati di operare come soggetti indipendenti all'interno del sistema sanitario pubblico, ricevendo rimborsi dai budget sanitari pubblici. Differentemente dall'accreditamento, un PPP lascia nel perimetro del SSN la gestione di un servizio e consente un maggiore controllo sulle caratteristiche della struttura, sui servizi erogati e, soprattutto, sui livelli di performance.

### 2.3. Il PPP per investimenti tecnologici

Quando il PPP viene applicato alle apparecchiature mediche, si parla di **MES (Managed Equipment Services)**, un modello contrattuale tra una struttura sanitaria e un operatore privato (tipicamente un produttore di apparecchiature mediche o un fornitore indipendente) per la fornitura, installazione, gestione, manutenzione e aggiornamento delle apparecchiature mediche. I contratti MES sono utilizzati principalmente per tecnologie diagnostiche, laboratori di analisi chimiche e sistemi informatici. Laddove necessario, possono includere anche la fornitura di materiali di consumo e/o l'esecuzione dei lavori per l'installazione delle apparecchiature (Vecchi *et al.*, 2018). Oltre alla gestione delle nuove apparecchiature installate, i contratti MES possono prevedere anche l'intervento dell'operatore privato per la manutenzione, gestione e aggiornamento delle tecnologie già esistenti, secondo un piano di investimenti concordato tra le parti. Il meccanismo di pagamento più utilizzato è il canone di disponibilità; ma in alcuni casi il fornitore può essere remunerato in base a una tariffa: questo crea un incentivo per l'operatore a ottimizzare l'uso delle apparecchiature, ad aumentare l'effi-

cienza degli interventi e a raggiungere i livelli di performance stabiliti, contribuendo al raggiungimento di obiettivi chiave per l'ente sanitario (Vecchi *et al.*, 2018). Quando i MES includono solo l'installazione di nuove e poche tecnologie, è difficile strutturarli come contratti di concessione, per assenza del rischio operativo. Quando, invece, gli obiettivi del PPP diventano strategici e l'operatore economico è in grado di offrire una partnership tecnologica, assumendosi una porzione di rischio tecnologico, allora il PPP può essere fondato in una concessione. Ovviamente ciò ha senso soprattutto per strutture a forte vocazione di ricerca. Al momento in cui si scrive, è in pubblicazione un avviso per ricevere proposte a iniziativa privata (ex art. 193) per l'allestimento tecnologico del nuovo Gaslini che ha individuato i seguenti ambiti come rilevanti ai fini della strutturazione delle proposte:

*Sono apprezzati i seguenti elementi: soluzioni innovative sartorializzate per le esigenze dell'Istituto e per assicurarne la sua eccellenza in termini di cura e ricerca scientifica; applicazione di sistemi di banding tecnologico; vendor independence adeguata; flessibilità e capacità di adeguare il rischio operativo nel corso del tempo; sistema di pagamento basato anche su logiche di valore e in generale con un sistema adeguato di indicatori di performance (tarati sul risultato e non sull'output); partnership scientifica.*

Negli ultimi anni, di fronte alla crescente difficoltà dei sistemi sanitari pubblici nell'attrarre e trattenere medici e infermieri – una carenza che incide sulle liste d'attesa –, i contratti MES si sono ampliati fino a includere anche il personale sanitario. Questo cambiamento ha comportato una revisione del meccanismo di pagamento: si è passati dal paga-

mento di un canone di disponibilità a una struttura tariffaria in cui i rendimenti dell'investitore sono legati a obiettivi di performance, come la riduzione dei tempi di attesa. Questo tipo di contratti viene utilizzato per la gestione di servizi diagnostici, radioterapia, medicina nucleare e altre terapie specialistiche.

Modelli contrattuali simili ai MES sono stati applicati anche in altri ambiti, come la logistica ospedaliera e la sterilizzazione degli strumenti chirurgici, in cui investimenti tecnologici di entità moderata, spesso basati su soluzioni IT, contribuiscono a migliorare l'efficienza e la qualità dei servizi.

L'applicazione del PPP a questi ambiti di servizio consente di conseguire vantaggi tangibili, in quanto legati al meccanismo di pagamento, che deve essere legato a KPI di risultato e non di output o processo, per esempio:

- % di riduzione degli scaduti e delle scorte per i servizi di logistica;
- target elevati (95-99%) di consegne corrette (per tempi, integrità, ma senza distinguere sulle cause perché al destinatario interessa la consegna corretta, che è il valore);
- target elevati (99,9%) di utilizzabilità dei kit sterilizzati, con opzione di applicare decurtazioni più significative quando il kit è usato per interventi di particolare complessità.

Questi sono solo esempi per mettere in evidenza come un PPP applicato a un servizio deve includere indicatori di performance a cui legare il pagamento che siano mirati a risolvere le criticità e che siano focalizzati quindi sui risultati attesi (Box 2).

La frontiera di queste forme di PPP, già sperimentate anche per la realizza-

**Box 2 – Esempio. PPP per la logistica dei dispositivi medici – Bologna, Italia**

Questo contratto di PPP riguarda l'introduzione e la gestione di strumenti per l'automazione e la digitalizzazione dei processi in due ospedali pubblici di Bologna, con l'obiettivo di:

1. migliorare la tracciabilità dei dispositivi medici monouso e impiantabili fino al livello del singolo paziente;
2. ridurre il carico logistico e amministrativo per i professionisti sanitari.

Il contratto ha una durata di 15 anni e prevede un investimento di capitale pari a 6 milioni di euro.

**Meccanismo di pagamento e trasferimento del rischio**

- Il corrispettivo annuo riconosciuto all'operatore economico ammonta a 3.224.000 € e copre sia i costi di investimento sia quelli di gestione.
- Durante la fase di investimento è prevista una tariffa transitoria ridotta, che aumenta progressivamente con l'attuazione degli investimenti.
- Inoltre, l'80% del corrispettivo è indicizzato all'inflazione così da tener conto dell'aumento dei costi di gestione e dei dividendi.

Per garantire che l'operatore economico fornisca prestazioni di qualità e gestisca efficacemente il rischio, il meccanismo di pagamento prevede decurtazioni in caso di mancato raggiungimento di determinati indicatori di performance (KPI). I KPI utilizzati sono i seguenti:

- tracciabilità dei dispositivi medici gestiti, con l'obiettivo di raggiungere un tasso di copertura del 100% dei dispositivi medici entro 4 anni;
- disponibilità delle liste di reintegro dello stock, garantendo così che gli stock siano sempre aggiornati;
- riduzione degli sprechi, minimizzando il numero di dispositivi medici scaduti;
- rotazione delle scorte, migliorando la gestione dell'inventario con un adeguato turnover;
- ottimizzazione del magazzino delle sale operatorie per garantire un'organizzazione efficiente delle scorte;
- disponibilità operativa dei sistemi automatici di rilevazione RFIDA.

Un'analisi di sensibilità ha dimostrato che una riduzione annua del 2% della tariffa di disponibilità (equivalente a un indice di performance del 98%) comporterebbe un valore attuale netto negativo di 250.000 €, dimostrando così la rilevanza del rischio finanziario per il progetto.

**Benefici conseguiti: risparmi sui costi**

La struttura degli indicatori di performance consente la generazione di risparmi pari a:

- 2-4 milioni di euro all'anno grazie alla riduzione degli sprechi di dispositivi medici (risparmi cash);
- 1,7 milioni di euro all'anno grazie all'ottimizzazione del tempo del personale (risparmi non-cash).

Fonte: Autore

zione e gestione della Piattaforma di Telemedicina nell'ambito del PNRR, sarà l'applicazione a soluzioni di AI. Un altro ambito di applicazione è l'efficienza energetica, in particolare attraverso i contratti di prestazione energetica (Energy Performance Contracting o EPC). In questo caso, l'investimento per interventi di riqualificazione energetica viene ripagato attraverso i rispar-

mi energetici ottenuti. Spesso, i contratti EPC prevedono significativi interventi infrastrutturali, con il risparmio energetico che si combina a canoni di disponibilità e a contributi a fondo perduto a parziale copertura dell'investimento per garantire l'adeguato ritorno dell'investimento (Box 3).

La Tab. 1 offre una sintesi dei principali modelli di PPP.

**Box 3 – PPP o EPC?**

Uno degli elementi più importanti da comprendere è riferito al fatto che nel contesto italiano, soprattutto nel Codice 50 del 2016, vi è stata una sovrapposizione tra disciplina dei contratti pubblici (che deve seguire le direttive appalti e concessioni) e disciplina contabile, in particolare le regole Eurostat per la definizione del deficit e debito pubblico. Infatti, il Codice 50 incorporava la definizione dei "PPP" di matrice Eurostat – e quindi contabile. Tra l'altro, va detto che Eurostat utilizza un glossario tutto suo basato sulla distinzione, risalente alla matrice internazionale della World Bank, tra concessione (contratto a tariffazione sull'utenza) e PPP (contratti a tariffazione sull'utenza).

Il Codice 36 del 2023, in vigore, interiorizza una definizione più ampia di PPP, discendente dal *Green Book* della Commissione Europea, ma soprattutto chiarisce che le regole Eurostat si riferiscono a questioni puramente contabili, estranee al Codice. In altre parole, è possibile concludere un contratto di concessione che debba essere contabilizzato on balance, perché – semmai – si prevede un contributo pubblico superiore al 50%.

D'altra parte, la contabilizzazione on-off balance sheet va oltre il binomio (i) allocazione del rischio di costruzione e di domanda e/o disponibilità e (ii) contributo pubblico inferiore al 49%, ingredienti inclusi nel Codice 50. Motivo per cui Ragioneria Generale dello Stato, che tra gli altri ha l'obiettivo di governare e controllare i livelli di debito pubblico, già nel lontano 2014 ha avviato un tavolo multistakeholder per definire quella che oggi è nota come bozza di convenzione di Ragioneria Generale dello Stato (RGS) e ANAC, che è stata approvata nel 2020, dopo un lungo confronto e una consultazione pubblica.

Oggi questo documento, che nasceva per fornire non un documento obbligatorio ma un canovaccio per assicurare che i contatti di PPP a tariffazione sulla PA fossero più allineati alle regole Eurostat, è diventato uno strumento molto utile perché definisce una buona base di partenza per la sartorializzazione dei contatti di PPP. Esso assicura non solo – potenzialmente – che il contratto sia contabilizzato off balance sheet ma anche una robusta allocazione del rischio tra le parti, che è essenziale in considerazione del fatto che la matrice giuridica del PPP è la concessione.

Più recentemente, e sulla scorta dell'esperienza del contratto di PPP, le istituzioni nazionali coordinate da RGS hanno prodotto un documento simile ma focalizzato sui contratti di EPC, anch'essi oggetto di regole Eurostat precise che sono state ampiamente descritte nel manuale EPEC/Eurostat del 2018. EPEC è la task force della BEI dedicata al PPP. Va precisato che le linee guida ANAC/RGS e quelle di EPEC sono classificabili come soft law. Possono essere seguite, possono ispirare ragionamenti, ma non sono obbligatorie e soprattutto vanno comprese, contestualizzate e non applicate tel quel senza comprenderne il rationale (da dove vengono e perché sono state scritte).

L'EPC, come definito dall'articolo 200 del Codice dei Contratti, è un contratto in cui la remunerazione dell'operatore economico dipende dai risparmi energetici effettivamente conseguiti. Il Codice infatti scrive: "... i ricavi di gestione dell'operatore economico sono determinati e pagati in funzione del livello di miglioramento dell'efficienza energetica...". Da un punto di vista di soft law, la bozza di contratto standard RGS/ANAC sull'EPC e la sua relazione illustrativa, partendo dalla definizione del Codice, evidenzia già all'art. 3, comma 6 (oggetto del contratto), che uno degli elementi peculiari (ma non il solo) che rendono il contratto di EPC off balance, secondo il manuale Eurostat/EPEC, è il principio di equivalenza secondo cui la somma dei risparmi, quantificati a un valore energetico congruo, deve essere superiore alla somma tra contributo pubblico e corrispettivi. Ma il manuale RGS/ANAC è proprio finalizzato a fornire indicazioni volte a far in modo che i contratti di PPP e EPC possano essere contabilizzati off balance sheet.

Tuttavia, nei fatti, la gran parte degli interventi energetici nel settore pubblico coinvolge strutture complesse e vetuste – ospedali, scuole, complessi multi-edificio, patrimoni diffusi – e richiede investimenti che vanno ben oltre le sole misure di efficientamento. In questi casi i risparmi non possono tecnicamente coprire la totalità del valore dell'investimento e dei servizi di gestione. La realtà è che quasi nessun progetto complesso è un EPC "puro": si tratta, invece, di PPP che includono una componente di efficientamento energetico. Confondere le due categorie (PPP ed EPC) porta inevitabilmente a forzature interpretative e ad applicare criteri non pertinenti. Inoltre, la soluzione off balance sheet non è necessariamente sinonimo di interesse pubblico e fattibilità. In questo momento storico esiste, per esempio, l'opportunità di utilizzare il Conto Termico 3.0 che consente di coprire, magari anche in congiunzione con le risorse RepowerEU, una quota significativa di investimento. Rinunciare al Conto Termico, che consente di espandere gli interventi di riqualificazione, solo perché si ritiene che il limite del 49% e dell'equivalenza siano obbligatori, è sbagliato. Non solo non sono obbligatori ma semmai è più di interesse pubblico sfruttare le disponibilità del Conto Termico piuttosto che limitarne l'uso per prediligere una eventuale soluzione off balance. Anzi, da questo punto di vista, vale proprio la pena esplicitare che la matrice Eurostat è di tipo rischio-rendimento e tutte le azioni che la PA mette in campo per "controllare" il progetto, tra cui la possibilità di beneficiare magari del 50% degli extra risparmi energetici (elementi idealmente riconducibili a un maggior interesse pubblico), sono fatali per la contabilizzazione, determinandone una riclassificazione a debito.

(segue)

## • MATERIALI PER LA RICERCA E L'APPROFONDIMENTO

### Raccomandazioni

- Quando l'obiettivo della PA è effettuare interventi di riqualificazione immobiliare e impiantistica anche (e non solo) con investimenti di efficientamento energetico, è possibile strutturare il contratto come un PPP ai sensi dell'art. 174, con elementi di EPC, dove la componente di risparmio garantito può essere trattata come un indicatore di performance.
- In questi casi non può valere l'equivalenza, e la volontà di ricercare una soluzione off balance sheet impone di far riferimento al manuale EPEC per contratti di PPP, al manuale Eurostat e alla bozza di convenzione standard per contratti di PPP.
- In questi casi, se l'obiettivo è sfruttare al massimo le opportunità di contribuzione pubblica, come quella del Conto Termico, è importante che il contratto di PPP preveda una struttura robusta di allocazione dei rischi affinché possa essere qualificato come concessione, ma sarà contabilizzato on balance con una contribuzione pubblica a fondo perduto superiore al 49%. In tali casi l'interesse pubblico non sarà il trattamento off balance, ma la realizzazione di significativi investimenti on time e on budget.
- Se la strada scelta è il PPP, è necessario che venga chiarito come incidono i nuovi investimenti e che grado di rinnovamento essi sono in grado di generare rispetto ai vecchi asset, ricordando la necessità di un PPP di incrementare il valore degli asset originari almeno per un 50%.
- Il fatto di strutturare un contatto di PPP non preclude la possibilità di incorporare i CAM dei contratti di EPC, anzi allargare l'asticella sull'innovazione introducendo elementi di non obbligatorietà normativa è senz'altro un valore aggiunto e un elemento da valutare positivamente.
- Con il Correttivo, le PA sono stimolate a una maggior trasparenza nella gestione delle proposte a iniziativa privata. In particolare, si sta facendo molto uso degli avvisi e delle comunicazioni associate alle programmazioni. È in questa sede che le PA dovrebbero chiarire che tipo di intervento si aspettano: un puro EPC oppure un contratto più ampio di PPP. E sempre in questa sede dovrebbero essere esplicite rispetto alle aspettative e ciò che reputano di valore aggiunto. Infatti, enunciare i desiderata è molto utile per assicurare, poi, una robusta e trasparente valutazione comparata delle proposte.

**Tab. 1** – Sintesi dei principali contratti di PPP utilizzati in Europa

Tipo di PPP	Focus	Perimetro del contratto	Pagamento	Obiettivo	Altro
PPP per investimenti e servizi	Investimenti	DBFMO con una tendenza verso un modello "light" – DBFM (senza servizi non clinici)	Canone di disponibilità Spesso, con un contributo a fondo perduto	On time On budget Vantaggi macroeconomici	Applicazione delle regole Eurostat
	Apparecchiature mediche e tecnologie	Contratti MES	Canone di disponibilità	Aggiornamento/ innovazione tecnologica in un contesto di fabbisogno di capitale	
	Servizi non sanitari e tecnologici	Sanificazione/ sterilizzazione Logistica Efficienza energetica	Canone di servizio	Ottimizzazione dei costi Raggiungimento di risultati di efficienza e qualità in contesti di scarsità di risorse (per esempio, riduzione della carica batterica)	

(segue)

Tipo di PPP	Focus	Perimetro del contratto	Pagamento	Obiettivo	Altro
<b>PPP per servizi clinici</b>	Investimenti + servizi clinici	"Modello clinico" Gestione di un reparto ospedaliero specifico	Tariffa per capita, tariffa DRG o canone di disponibilità  Possibilità di applicare pagamenti basati sui risultati	Ampliare la copertura sanitaria in contesti di fallimento di mercato e di necessità di maggiore capacità d'intervento da parte del settore pubblico	Utilizzato raramente in Europa secondo il modello clinico. Più diffuso e potenzialmente interessante per la gestione di reparti
	Soluzioni diagnostiche	Erogazione di servizi diagnostici o terapie specifiche	Principalmente a tariffa	Riduzione della lista d'attesa, riduzione della mobilità passiva dei pazienti	
	Altri servizi sanitari a bassa complessità	Costruzione e gestione di strutture per l'assistenza a lungo termine	Principalmente a tariffa  Possibilità di applicare pagamenti basati sui risultati	Ottimizzazione dei costi e in-sourcing della capacità produttiva del settore privato in contesti di scarsità di risorse operative	

Fonte: Autore

### 3. Contratti *value-based* per l'acquisto di dispositivi medici

Il sistema degli acquisti, tradizionalmente dominato da un approccio burocratico-amministrativo orientato alla compliance normativa, sta mostrando un interessante fermento professionale verso logiche di valore. Il cambiamento parte da alcune centrali di committenza regionali, soprattutto le più evolute, che negli anni hanno acquisito una profonda conoscenza delle dinamiche di mercato e possono quindi aprirsi con maggiore fiducia a processi innovativi. Il Value-Based Procurement (VBP), nato sull'onda della Value-Based Health Care, sposta il focus dell'acquisto dalla mera specifica tecnica e dal prezzo alle logiche di valore – clinico e/o organizzativo – lungo l'intero ciclo di vita del contratto.

A oggi sono circa quattordici le gare realizzate secondo queste logiche, con ESTAR, la centrale di committenza della Regione Toscana, che ha assunto un ruolo di leadership. Altre sperimentazioni sono state condotte anche da Intercant-ER, Aria e Consip. Queste esperienze delineano una traiettoria chiara: le centrali di committenza stanno evolvendo da semplici buyer a veri e propri "hub di competenza", capaci di dialogare con la programmazione regionale e con il mercato, di cogliere le esigenze dei clinici e degli stakeholder – come le associazioni di pazienti – valorizzando reti, patrimonio informativo e conoscenze maturate negli anni. A rendere possibile questo cambiamento è anche la ricerca, da parte dei professionisti delle centrali e delle aziende sanitarie, di nuove sfide intellettuali e professionali.

Sebbene oggi prevalga ancora l'approccio payment by result e payback, e quindi meccanismi di tipo *risk-sharing*, sta emergendo sempre più la dimensione del processo collaborativo che costruisce valore. Per evitare che questa innovazione di cui il SSN ha bisogno rimanga isolata a qualche sperimentazione realizzata da qualche eroico buyer, a causa della difficoltà di definire le baseline, creare sistemi di raccolta dell'esito o individuare l'indicatore più appropriato su cui basare il pagamento – tutti fattori che impongono oneri amministrativi abbastanza elevati e che potrebbero scoraggiare la possibilità di trasformare questo approccio in mainstream – serve adottare una visione meno transazionale e più strategica al VBP.

Per rispondere a questa sfida, l'Osservatorio MASAN di SDA Bocconi, lavorando con le principali centrali di committenza regionali, con alcune aziende sanitarie e con gli operatori di mercato, ha definito un approccio al VBP in chiave di processo, evolutivo e adattivo, che pone al centro il dialogo con gli stakeholder e l'apprendimento graduale. “Evolutivo”, perché richiede passi incrementali; “adattivo”, perché deve poter funzionare in contesti territoriali e merceologici diversi. L'approccio pone il dialogo con gli stakeholder e la co-progettazione delle soluzioni al centro del processo di creazione di valore, che è per sua natura concetto cangiante. Quindi, il focus non è solo il monitoraggio del dato clinico e il pagamento legato all'outcome, ma la condivisione di ciò che crea valore e come lo si può creare all'interno delle organizzazioni. Il pagamento a risultato può rappresentare un acceleratore per introdurre innovazioni tecno-

logiche e condividere rischi, anche attraverso sistemi di monitoraggio *ad hoc*. Una volta che l'evidenza si consolida, l'acquisto può rientrare nel mainstream con regole più semplici. Adottare logiche di payment by result su soluzioni ormai consolidate non ha molto senso a meno che non siano voluti step iniziali per creare confidenza, allenare le competenze e ridurre la percezione del rischio.

Affinché però un approccio VBP diventi davvero mainstream – diffuso e non limitato a pochi casi pionieristici – è necessario agire su alcune condizioni abilitanti: rafforzare le competenze strategiche dei buyer pubblici, favorendo percorsi formativi di tipo manageriale trasformationali; integrare i sistemi informativi per il monitoraggio e la misurazione dei risultati, anche grazie alle soluzioni di intelligenza artificiale; e rendere più flessibili i meccanismi di budgeting e rendicontazione, così da permettere di investire oggi per generare benefici futuri. Serve infine un cambiamento culturale nelle direzioni strategiche aziendali, che devono riconoscere nel procurement non solo una funzione amministrativa, ma una leva di innovazione e di creazione di valore per il SSN. È questa la condizione per trasformare il VBP da sperimentazione coraggiosa a pratica consolidata: un approccio flessibile, adattivo e collaborativo, capace di generare valore per i cittadini e di rafforzare la sostenibilità del sistema sanitario. Infine, è necessario proseguire con iniziative volte a sperimentare e condividere i risultati, per favorire un'adozione trasversale, flessibile e adattiva del VBP e una maggior fiducia tra tutti gli stakeholder del sistema.

# BIBLIOGRAFIA

Acerete B., Stafford A., & Stapleton P. (2011). Spanish healthcare Public Private Partnerships: the 'Alzira model'. *Critical Perspectives on Accounting*, 22: 533-549.

Vecchi V., Casalini F., & Cusumano N. (2022a). *Public-Private Collaborations for Long-Term Investments*. Edward Elgar Publishing. -- <https://econpapers.repec.org/bookchap/elgeebook/21190.htm>.

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

*Economic Policy*, 38(2): 385-401. DOI: 10.1093/oxrep/grac006.

Vecchi V., Casalini F., Cusumano N., & Leone V. M. (2021). Public-Private Partnerships for Infrastructure and Service Delivery: An Introduction. In: V. Vecchi, F. Casalini, N. Cusumano, & V. M. Leone (Eds.). *Public Private Partnerships: Principles for Sustainable Contracts* (pp. 1-17). Springer International Publishing. DOI: 10.1007/978-3-030-65435-1\_1.

Vecchi V., Hellowell M., & Cusumano N. (Eds.) (2018). *Public-Private Partnerships in Health*. Springer International Publishing. DOI: 10.1007/978-3-319-69563-1.