

Partenariato Pubblico Privato e Poliambulatori

Luigi Gaggeri (Consiglio Direttivo Settore Pubblica Amministrazione - AICQ Nazionale)

Riccardo Pellegatta (Presidente Fondazione del Collegio degli Ingegneri e Architetti di Milano)

Premessa

Nel Nostro Paese è stata privilegiata la CURA, gioco forza lasciando perlopiù in secondo piano la SALUTE ovvero le attività a carattere diagnostico e preventivo distribuite sul territorio.

Servono dunque progetti innovativi per strutture ambulatoriali mirate, polifunzionali, multidisciplinari, con servizi specialistici di prevenzione, di laboratorio, nonché servizi chirurgici in day hospital.

Per la riduzione del Debito Pubblico, occorrono subito urgenti politiche di sviluppo e nuovi investimenti, non soldi a pioggia presi a prestito.

La struttura sanitaria debilitata dai troppi tagli ha ceduto sotto il peso di un numero di pazienti non più gestibile.

La riduzione operata alla spesa sanitaria rischia gravi effetti economici, politici, sociali non ancora conosciuti, causando decessi per mancanza di spazi, personale e attrezzature.

In sintesi, emerge la necessità di investire in strutture sanitarie, ricerca ed istruzione: queste non sono certo da considerarsi spese ricorrenti, ma investimenti a medio termine necessari per l'intera Comunità di riferimento.

A ciò aggiungasi che il nostro enorme debito pubblico deve essere ridotto con politiche di sviluppo e nuovi investimenti, non con soldi a pioggia presi a prestito; questo ci impone di bloccare la vita sociale, purtroppo comprimendo l'economia pur di salvare vite umane.

Ed ancora effettuare investimenti nel settore produttivo dando alle imprese gli strumenti per superare la crisi: ad esempio sbloccare tutte le opere pubbliche già finanziate ed i debiti dello Stato, da trasferire subito in liquidità immediata con i più idonei strumenti finanziari (detrazione d'imposta, etc.).

La gestione della Sanità è sotto imputazione da quando è stata privilegiata la Cura, ovvero primariamente la costruzione di ospedali, pur di ottimo livello, capienza, e cure di primissimo ordine riconosciute a livello nazionale ed europeo, nostro orgoglio. Lasciando tuttavia in secondo piano la Salute, ovvero quell'insieme di attività a carattere diagnostico e preventivo distribuite sul territorio e riassunte nella figura del Medico di Famiglia. Prestazioni svolte in studi professionali generalmente di modeste dimensioni, operanti ad orari ridotti e giorni alterni, con aggravio di code di attesa, nei quali le visite vengono alternate in misura sbilanciata al rilascio di ricette,

rispetto invece a colloqui diretti da parte dei pazienti con il personale medico ed infermieristico, oggi il più delle volte assai frettolosi.

E poi sono giunti i tagli alla Sanità sopra accennati, sia per visione politica sia per obblighi di bilancio (es. patto di Stabilità) nel rispetto di norme europee che non sempre distinguono tra spese ed investimenti.

Ed ancora il conflitto tra Pubblico e Privato, che c'è e sempre ci sarà: ma gli Enti dovranno fare gioco forza coesistere e collaborare, a motivo della figura stessa del paziente, che non necessita solo di efficienza, ma anche di sollievo morale e messaggi di fiducia.

Premesso quanto sopra in tema di gestione Pubblica della Salute distribuita sul territorio, emerge subito la necessità di dare corso a progetti innovativi per la realizzazione di strutture ambulatoriali mirate, polifunzionali e multidisciplinari, dotate di servizi specialistici, di diagnostica, di prevenzione, di laboratorio e di servizi chirurgici in Day Hospital.

1 Introduzione

Vi sono Professioni di fatto tra loro compartimentate che non operano in rete, supportandosi e integrandosi l'una con l'altra. Particolare attenzione va rivolta alla logistica strutturale nei luoghi ove la medicina di base si pone a favore degli assistiti come primo strumento di prevenzione, a condizione però di avvalersi della contestuale presenza di altre diverse specialità mediche.

La crisi che ha colpito l'Europa ed in particolare il nostro Paese con la pandemia di COVID-19 e la conseguente recessione economica, richiede un'approfondita revisione dello stato e dell'evoluzione della professione.

Se da un lato occorre interrogarsi sulla trasformazione della domanda dei servizi professionali, dall'altra è necessario procedere alla riorganizzazione di dette attività e all'individuazione di strumenti che consentano di mantenere elevati i livelli di competitività.

Il contesto del Paese, in cui viviamo e operiamo, infatti, non più ristretto nei nostri confini nazionali, è stato caratterizzato dalla polverizzazione di molte delle nostre certezze e dall'annullamento degli schemi tradizionali in cui eravamo abituati a muoverci.

E' auspicabile quindi, che innanzitutto, le professioni sinora di fatto a dir poco tra loro compartimentate, possano invece fare rete, supportandosi e integrandosi l'una con l'altra, attraverso vere e proprie operazioni di trasferimento del Sapere da una all'altra disciplina; solo ad esempio, nella Medicina, molti progressi di carattere soprattutto diagnostico, ma anche curativo sono stati realizzati attraverso l'ausilio dell'Ingegneria.

Il presente articolo desidera porre una particolare attenzione alla logistica strutturale dei luoghi in cui la Medicina di base si pone a favore degli assistiti come primo strumento di prevenzione; diversamente senza di questo, il percorso sanitario funzionerebbe come uno stretto ingresso in

cui i più sono costretti a sostare senza avere i benefici di una tempestiva diagnostica.

In proposito, occorre soffermarsi sulla differenza tra “Sanità” (preventiva) e “Cura”. Solo una ben organizzata Medicina di base, a cominciare da una struttura logistica tale da permettere la contestuale presenza di diverse specialità mediche, può permettere al medico di base di divenire un vero organizzatore della “Sanità” intesa come monitoraggio della salute del paziente, il quale trova in questa struttura pubblica di base un’immediata diagnostica ed una conseguente e tempestiva “Cura” dei propri problemi presso le strutture ospedaliere.

2 Alcune esperienze europee relative alla collocazione organizzativo – ambientale della Medicina di base

Brevi cenni su alcune esperienze europee

Le **Case della Salute in Francia**, rappresentano non più punti di offerta frammentati, ma luoghi guida protagonisti di un’azione programmata e consapevole, basata sul principio che sia il personale delle Case stesse ad andare incontro ai cittadini, monitorandoli in modo sistemico e favorendoli quindi con un’accessibilità programmata a tutte le cure primarie ambulatoriali.

Proprio per queste caratteristiche, le Case della Salute, non soggette alla disordinata e tardiva domanda dei pazienti, ma al contrario, sensibili alla prevenzione dei problemi dei medesimi costituiscono, attraverso un monitoraggio programmato dei cittadini, la risposta più idonea se paragonata alla tradizionale assistenza dei pazienti ed in particolare di quelli cronici.

La Casa tipo della Salute, da un punto di vista organizzativo, mediamente al servizio di circa 20.000 – 30.000 pazienti, si avvale di numerosi medici di base e di un cospicuo numero di specialisti, situati in edifici di circa 2.000 – 3.000 metri quadri ciascuno, provvisti di attrezzature e strumentazioni diagnostiche di eccellenza.

Il **Sistema Sanitario di base del Regno Unito**, con oltre un milione di dipendenti, è sempre stato considerato una delle eccellenze europee in fatto di assistenza medica pubblica. Il Sistema inglese prevede che i medici di base possano esercitare la professione in ambulatori di gruppo autonomi, spesso strutturati come Centri Sanitari, in modo da poter indirizzare tempestivamente il paziente ad un medico specialista. In particolare, le attuali riforme inglesi, incoraggiano con incentivi diversi gli ambulatori di gruppo, al fine di poter attivare una sanità preventiva costituita da una tempestiva diagnostica e da una rapida assistenza per disturbi curabili in ambulatorio. Anche qui dunque, esiste una logistica relativa all’organizzazione dei locali messi a disposizione del medico di base di un certo rilievo, che non esiste nel nostro Paese.

2.1 Cosa è possibile attuare in Italia

Tenuto conto della situazione normativa italiana, occorre dapprima considerare le possibilità offerte dal riordino della disciplina vigente in materia di contratti pubblici e soprattutto quelli attinenti al Partenariato Pubblico Privato (PPP), nonché il recente disposto normativo per il rilancio, ovvero Sussidiarietà e Semplificazione. In particolare la necessità di integrare la P.A. con le Società Professionali sul territorio, di ridurre il continuo appesantimento del Sistema Regolatorio, di delegare a Professionisti abilitati compiti di verifica e controllo ex ante, di lasciare invece al Sistema Pubblico i controlli a campione ex post, basati su elementi sostanziali e non formali, di ridurre la tempistica delle procedure autorizzative ed altro ancora.

Il suggerimento che scaturisce dalle succitate esperienze europee ed in particolare dalle Case della Salute francesi, induce ad attuare soluzioni analoghe anche in Italia; tuttavia se si tiene presente la situazione normativa italiana, occorre prima considerare la possibilità offerta dal riordino della disciplina vigente in materia di contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture – in particolare quelli attinenti al PPP – nonché dal recente quadro normativo per il rilancio del Paese, vale a dire Sussidiarietà e Semplificazione. In particolare:

- rendere più semplice ed efficiente l'attività dei cittadini, dei Professionisti e delle Imprese riducendo le complicità burocratiche ed amministrative;
- promuovere l'integrazione tra la P.A. e la 'Società Professionale', alla quale attribuire nuove responsabilità di attestazione;
- intervenire sull'insostenibile continuo appesantimento del Sistema Regolatorio;
- introdurre meccanismi di gradualità proporzionata tra la complessità delle procedure e l'importanza degli interventi da realizzare;
- riformare la Conferenze dei Servizi e gli Sportelli Unici;
- introdurre procedure telematiche digitali chiare e realmente efficienti;
- delegare sempre più ai Professionisti compiti di verifica e di controllo ex-ante, lasciando al Sistema Pubblico controlli a campione ex-post basati su elementi sostanziali e non formali;
- eliminare le incertezze sull'interpretazione e sull'applicazione dell'apparato Normativo e Regolatorio, rendendo quest'ultimo più chiaro ed univoco;
- ridurre la tempistica delle procedure autorizzative, ora appesantite da eccessive lungaggini soprattutto in termini di tempo;
- agire sul comportamento delle Persone ancor prima che sullo spazio fisico;
- ripensare gli usi degli spazi, le distanze ed i tempi.

3 Le criticità connesse agli obiettivi

La spesa pubblica, gravata dai provvedimenti straordinari Covid-19, non può sobbarcarsi ulteriori oneri per la costruzione di poliambulatori sui modelli francesi delle Case della Salute, del Regno Unito od altri ancora. Occorre dunque ricorrere alla Sussidiarietà tecnico - finanziaria cosiddetta orizzontale, normata nel Partenariato Pubblico Privato (PPP) da una Convenzione sottoscritta tra le Parti previo analisi e valutazione dei rischi e loro assegnazione alla parte che può meglio gestirli. Tra i vari strumenti previsti, il Contratto di Disponibilità sembra quello che più sgrava la Stazione Appaltante dalla maggior parte dei rischi, assunti invece dal Privato a fronte di equi e logici benefici.

Occorre peraltro constatare che la sussidiarietà richiede oggi un'efficace riorganizzazione normativa, proprio per la prevenzione sanitaria almeno sotto il profilo logistico ambulatoriale di base. E ciò per dare una garanzia di sicurezza sociale che consenta un livello di cura decoroso e soprattutto affrancato dal bisogno.

Come è noto, la spesa pubblica ulteriormente aggravata dai provvedimenti resesi necessari dal COVID-19, versa in condizioni tali da rendere arduo un programma che comprenda un'ulteriore piano a favore della salute dei pazienti orientato sulla costruzione di poliambulatori, quali ad esempio i modelli francesi della Casa della Salute.

Non è possibile, infatti, poter contare su una sussidiarietà verticale a carico della finanza pubblica, in quanto quest'ultima è dominata da stringenti vincoli economici - finanziari.

Occorre dunque ricorrere ad una sussidiarietà cosiddetta orizzontale, costituita da un'integrazione tecnico economico – finanziaria Pubblico – Privata normata nel Partenariato Pubblico Privato (PPP), che presuppone nella convenzione tra le Parti un'analisi dei rischi e la loro assegnazione alla Parte che meglio può gestirli.

Tra i vari strumenti di PPP, il Contratto di Disponibilità, è quello che “sgrava” la Stazione Appaltante dalla massima parte dei rischi, assunti invece dal Privato, che però usufruisce di altri concreti benefici fra i quali la predisposizione della progettazione e il finanziamento da parte degli Istituti di Credito, a fronte di ipoteca sulle opere via via realizzate.

D'altro canto, la volontà dei cittadini di affrontare e risolvere le problematiche connesse alla Sanità di carattere preventivo, tempestivamente monitorata a favore dei pazienti negli ambulatori medici di base, è indubbiamente sentita da parte dei cittadini italiani, basta osservare le sempre più crescenti attività di volontariato presenti nel nostro Paese.

Tale operatività di volontariato, non va però confusa con il concetto di sussidiarietà orizzontale alla cui base è prevista una fondamentale partecipazione Pubblico - Privato.

E' pur vero che il ritornare, dopo tutto quello che si è detto e scritto in proposito di sussidiarietà orizzontale, può dare l'impressione di portare vasi a Samo.

Tuttavia occorre in proposito constatare che nonostante tutto questo, il problema della sussidiarietà sempre di più oggi, costituisce uno degli argomenti più assillanti e più complessi che richiedono un'urgente soluzione ai fini della difesa di valori umani e sociali, compromessi nel contesto attuale nella loro integrità, e, per i quali occorre predisporre tutte quelle provvidenze che consentano di favorire la possibilità di tutela sanitaria e sviluppo morale della Società.

Ma allo stato attuale, stante il fatto che la sussidiarietà richiede un'efficace riorganizzazione normativa, quale migliore occasione per un tempestivo e fattivo riordino della prevenzione sanitaria in Italia, almeno sotto il profilo logistico ambulatoriale di base. Quale miglior obiettivo il poter rendere concretamente fattibile la sussidiarietà orizzontale Pubblico Privato proprio in un momento in cui in tutto il mondo si cerca di dare alla convivenza umana una garanzia di sicurezza sociale che consenta un livello di vita decoroso, che salvaguardi l'individuo dagli eventi dannosi cui può essere soggetto e gli garantisca la libertà dal bisogno, la sicurezza e la libertà della vita.

4 L'ausilio del Contratto di Disponibilità per la realizzazione di poliambulatori medici di base

Il PPP appare dunque come strumento rilevante nell'ambito dei contratti pubblici per il perseguimento dei fini di Sanità Pubblica, attuata tramite Poliambulatori specialistici di base sia a carattere diagnostico, sia preventivo che curativo e di prima assistenza. Il Contratto di Disponibilità, all'interno di quelli messi a disposizione dal PPP, rappresenta lo strumento migliore per la costruzione di "Opere Freddo" migliorandone la qualità e riducendone i costi. E ciò a fronte di approfondito confronto tra i Contraenti che si propongono e delle garanzie - accertate - di capacità Tecnica, Amministrativa e Gestionale per tutta la durata ultra decennale del contratto.

Il tema del PPP appare sempre più non solo uno strumento attuale e rilevante nell'ambito dei contratti pubblici, ma bensì anche quale ausilio strategico per poter sviluppare le necessarie azioni ed interventi volti al sociale quali appunto il perseguimento della sanità pubblica attuata attraverso poliambulatori specialistici di base, a carattere diagnostico, preventivo e curativo per le prime assistenze.

Il Contratto di Disponibilità ha prodotto buoni risultati in termini di lotta agli sprechi e di minor burocrazie, e, rappresentando così un ruolo strategico per il cambiamento; per il Pubblico detto Contratto di Disponibilità costituisce il finanziamento dell'opera che consente alla Stazione Appaltante di poter rispettare il Patto di Stabilità; per il Privato, rappresenta un'opportunità finanziabile dagli Istituti di Credito.

Se per il nostro Paese, il problema è quello di ridurre la spesa pubblica e contestualmente provvedere a rinnovare in termini logistici e organizzativi il Sistema Sanitario di base, il Contratto di Disponibilità, all'interno dei contratti messi a disposizione del PPP, rappresenta lo strumento ideale per le costruzioni edili di "opere fredde" e costituisce la scelta contrattuale ottimale per il rinnovo nel nostro Paese del Servizio Sanitario di base, migliorandone la qualità e riducendone i costi.

4.1. PPP – art. 180 comma 1 Decreto legislativo 18 Aprile 2016 n. 50, s.m.i.

Riferimenti Normativi

Il contratto di Partenariato è un contratto a titolo oneroso (comma 1) che "può avere ad oggetto anche la progettazione di fattibilità tecnico ed economica e la progettazione definitiva delle opere e servizi connessi."

Il contenuto del contratto¹ è definito tra le Parti in modo che il recupero degli investimenti

¹ a) il contratto determina altresì le modalità di ripartizione dei rischi tra le Parti che nella fattispecie, possano comportare variazioni dei corrispettivi, così come nello stesso definite (comma 2 art. 188)

b) la realizzazione del complesso ambulatoriale – interconnesso e multispecialistico – oggetto di questo studio preliminare, NON comprende le attrezzature elettromedicali e quant'altro necessario all'attività stessa ivi svolta,

effettuati e dei costi sostenuti dall'operatore economico per eseguire il lavoro e prestare il servizio, dipenda dall'effettiva fornitura del servizio stesso o dall'utilizzabilità dell'opera, o dal volume dei servizi erogati, ed in ogni caso dal rispetto dei livelli di qualità contrattualizzati, valutati *ex ante*.

L'equilibrio economico finanziario costituisce il presupposto per la corretta collocazione dei rischi; ai soli fini del raggiungimento del predetto equilibrio, in sede di gara l'Amministrazione aggiudicatrice può stabilire anche un prezzo consistente in un contributo pubblico ovvero nella cessione di beni immobili che non assolvono più a funzioni di interesse pubblico.

Tra le diverse procedure di affidamento, vi è il Contratto di Disponibilità (art. 188, D. lgs. 50/2016 e s.m.i.) ritenuto maggiormente preferibile per l'edilizia pubblica ambulatoriale, in quanto il Privato, affidatario dell'appalto, se da un lato assume i rischi tecnico economico e finanziari della costruzione e della gestione tecnica dell'opera per il periodo di messa a disposizione dell'Amministrazione Pubblica, dall'altro con il Contratto di disponibilità il Privato si rende operativo attraverso l'opportunità di un investimento remunerativo, con un evidente snellimento procedurale.

Qualora poi il privato ritenesse di porsi quale "Proponente" e nel caso poi divenisse "Promotore" con tale Contratto e si aggiudicasse la realizzazione dell'opera, i tempi per la costruzione della medesima, con tale procedura, diverrebbero ancora più rapidi.

Infine, non ci si deve dimenticare che per un investimento edile di un euro sono correlati altri tre euro di indotto nell'ambito dell'economia del Paese².

5 Conclusioni

- *Necessità di realizzare Poliambulatori specializzati, multi-specialistici, con appositi spazi idonei riservati ai Visiting Professor, Stagisti, Sale riunioni, Tirocinanti in transito nelle città di riferimento. Ciò in stretto contatto con le strutture ambulatoriali di nuova realizzazione, innovate, connesse ed integrate.*
- *Attività pubblica finanziata in parte dalle prestazioni svolte, ma anche e soprattutto attingendo a finanziamenti nazionali e/o europei (es. Recovery Fund).*
- *Necessità di approfondire il comportamento delle persone, prima della definizione degli spazi fisici.*
- *Ripensare quindi le distanze, tempi adeguati e uso efficiente degli spazi.*
- *ambienti ristudiati in tema di convivenza, sicurezza e servizi.*

A conclusione di questo preliminare studio sulle necessità ormai stringenti di tutelare la salute sul

ma esclusivamente le opere edilizie ed impiantistiche annesse e collegate, che verranno realizzate come da progetto esecutivo, oggetto del contratto stesso.

² MADE Expo – "Linee Guida per il finanziamento delle costruzioni: la specifica tecnica UNI", 2011 – "Le problematiche del Mercato dal punto di vista delle Banche" Intervento di Raffaele Rinaldi, Responsabile Ufficio Crediti ABI

territorio, come qui sopra definita, possiamo riepilogare alcuni fondamentali così rappresentati:

- necessità di realizzare poliambulatori specializzati multispecialistici con appositi spazi medici riservati anche per i *visiting professor*, stagisti, tirocinanti in transito nella città di riferimento; in stretto contatto con le strutture ambulatoriali di nuova realizzazione, innovate, strettamente e reciprocamente connesse in modo coordinato ed integrato;
- attività pubblica finanziata in parte dalle prestazioni svolte, ma soprattutto nel contesto del PPP come definito nel predetto Decreto legislativo, più sopra ipotizzato quanto alle tipologie di insediamento sul territorio;
- necessità di lavorare ed approfondire concettualmente il comportamento delle persone, ancora prima dello spazio fisico;
- ripensare le distanze, tempi adeguati e l'uso degli spazi stessi;
- ambienti e strutture ristudiati in tema di convivenza sanitaria, sicurezza e servizi.

In definitiva, nel fervore di intenti e di iniziative volti ad assicurare ai cittadini il loro benessere fisico e la loro elevazione morale, si deve convenire che il potenziamento di una sussidiarietà orizzontale, fondata sull'applicazione del PPP per la realizzazione di poliambulatori specialistici di base, non può che richiamare all'attenzione, tutti coloro che pensosi di questo problema, vedono nella sussidiarietà orizzontale la soluzione per un migliore avvenire del nostro Paese.

Luigi Gaggeri e Riccardo Pellegatta

Milano, 15/02/2021