

**EUROGROUP CONSULTING ALLIANCE**

*E*

*CRS – CONOSCENZA RICERCA SVILUPPO*

*PER*



**Uno studio sui tempi per la realizzazione  
delle opere pubbliche in sanità nel Piemonte**

—

**una proposta innovativa dalla realtà  
irlandese**

Convegno di Roma, febbraio 2010

## — Premessa

- Nell'ambito dei contratti di appalto pubblici, e delle recenti innovazioni di legge sia a livello di comunità europea (Direttive CE 17 e 18/2004) che a livello nazionale (codice appalti D. Lgs. 12.4.2006 n.163, D.Lgs 152/2008), rimangono comunque degli elementi che creano difficoltà e dilazioni nel completamento dei lavori (in particolare la costruzione e la ristrutturazione di nuovi ospedali) non compatibili con i bisogni crescenti della popolazione.
- ARESS, l'agenzia responsabile dei Servizi di Sanità in Piemonte, in collaborazione con la Direzione generale della ASL di Torino, avendo individuato un benchmark europeo nella esperienza in corso nella sanità irlandese (ambito paragonabile con la regione Piemonte, paese aderente alla CE, con esperienze innovative in corso negli appalti pubblici in sanità) ci ha incaricato di analizzare la situazione per proporre delle soluzioni innovative che, nel rispetto della legislazione locale, possano aiutare a ridurre le tempistiche e le difficoltà tuttora presenti nella gestione di processi di appalti pubblici.
- In questo senso, questa relazione sintetizza i risultati dello studio (condotto alla fine del 2008) che aveva **l'obiettivo di analizzare la realtà attuale del Piemonte, prendendo in considerazione le esperienze recenti irlandesi e proponendo delle soluzioni innovative e suggerimenti per il miglioramento delle procedure attuali.**

## — Indice del documento

La descrizione dei risultati del progetto, indicati alla pagina precedente, si articola nel presente documento secondo i punti di seguito riportati:

1. Gli elementi di contesto e la definizione degli scenari perseguibili.
2. Alcuni elementi di benchmark su “buone prassi” italiane concordate.
3. L’analisi dei principali punti critici della procedura “tradizionale” di gestione degli appalti e la definizione delle aree di miglioramento e delle modalità di realizzazione.
4. La descrizione di sistemi innovativi di gestione degli appalti in sanità, sulla base dall’esperienza in corso in Irlanda, e definendo come tali sistemi potrebbero essere applicati in Italia.

## Punti critici rilevati

Sulla base delle analisi svolte, abbiamo rilevato che per l'esecuzione di opere di strutture sanitarie, sono ad oggi prevedibili le tempistiche seguenti:

Tempi	Italia		Irlanda (processo "tradizionale")	
	teoria	pratica	teoria	pratica
1-Concezione e pianificazione del progetto	Imprevedibile (da 1 a 10 anni)		2,5 anni	10 anni (in media, tutto incluso)
2-Processo pre-costruzione	2 anni e 9 mesi	> 10 anni		
3-Fase di costruzione	3 anni		2,5-3 anni	

Dalle analisi condotte, le cause principali di ritardo in Piemonte sono imputabili a quanto segue:

- 1.A) Lentezza nella definizione e la condivisione dei bisogni
- 1.B) Risorse finanziarie disponibili non conciliabili con i bisogni (vedere 1A & 2C)
- 2.A) Frequenza dei ricorsi contro l'aggiudicazione del progetto e l'appaltatore
- 2.B) Lentezza e blocchi nelle fasi di autorizzazione
- 2.C) Interruzioni nei flussi di finanziamento: finanziamento e priorità politiche delle tempistiche nelle fasi intermedie
- 3.A) Potere contrattuale favorevole al costruttore

## Il benchmark in Italia: principali evidenze

Queste sembrano essere le considerazioni più rilevanti sui casi analizzati (8 ospedali in Lombardia ed in Piemonte, sulla base di dati forniti dal Ministero salute – art. 20, in allegato alcuni dettagli sulle analisi svolte):

- La dimensione non sembra essere necessariamente un “driver” di ritardo
- La “mina” ricorso, almeno per i casi analizzati, non sembra essere distruttiva
- Gli elementi di criticità più significativi sono: insufficienti accordi preliminari, varianti per modifiche funzionali e fallimento degli appaltatori
- È significativo da questo punto di vista che i due casi lombardi presentano una gestione attenta della programmazione e progettazione, uno (Bergamo) con un processo progettuale articolato e l’altro (Como) con l’integrazione della progettazione nella gara esecutiva
- Lo selezione sul prezzo spesso apre la strada ad affidamenti ad appaltatori a rischio di fallimento
- Le stime di avanzamento risultano poco significative

## Situazione attuale / processo tradizionale : prassi operative correnti e criticità

La iniziale rassegna dei principali elementi di criticità mostra come la difficoltà di mantenimento degli standard di processo è riferibile principalmente alle modalità di gestione ed organizzazione e solo secondariamente all'articolazione del processo:



# Situazione attuale: prassi operative correnti e criticità

Nel diagramma che segue gli elementi di criticità sono stati posizionati rispetto alle varie fasi del processo:



## — Primi suggerimenti di tipo generale (1/2):

Dal confronto fra le procedure italiane e quelle irlandesi, riguardo ai processi tradizionali degli appalti pubblici, è possibile evidenziare alcune prime raccomandazioni di alto livello:

1. Nominare il prima possibile un project manager con competenze mediche, totalmente dedicato, cui il responsabile del procedimento potrà fare riferimento per le valutazioni tecniche e un “design team” composto da varie competenze tecniche (medici per assistenza di base e per assistenza complementare, infermieri, logistica, ecc.). Inoltre:
  - Condurre delle riunioni formali periodicamente (Stati avanzamento lavori)
  - Utilizzare quanto possibile “formati standard”.
2. Anticipare il più possibile le attività di progetto (fattibilità e progetto preliminare): questo può permettere una definizione migliore delle condizioni dell'appalto e anche accorciare le fasi del Progetto Definitivo e del Progetto Esecutivo.
3. Prendere in considerazione le necessità tecniche molto prima (durante la fase di studio di fattibilità) per permettere di andare sul mercato il più presto possibile, anticipando la scelta di tecnologie e risparmiando tempo durante la fase di attribuzione dell'appalto.
4. Centralizzare le esperienze e competenze per l'appalto (es. modello di servizi condivisi) per massimizzare i vantaggi di una centralizzazione della committenza dei servizi sanitari regionali.



## Primi suggerimenti di tipo generale (2/2)

.....Segue

5. Non accettare modifiche in corso d'opera di alcun genere (eccetto quelle determinate dall'introduzione di nuove normative, vincolanti per la committenza) dopo il progetto Esecutivo.

6. Anticipare i controlli con le varie autorità già in fase preliminare:

- In particolare i controlli ambientali
- Coinvolgere i rappresentanti delle varie autorità locali nella Fase Preliminare

7. La fase di avvio del progetto dovrebbe essere regolamentata da una stringente supervisione degli aspetti di programmazione sanitaria (flussi di pazienti, valutazione epidemiologiche) per assicurare l'allineamento fra i programmi di sanità regionali e nazionali. A questo fine, è raccomandato di incrementare il più possibile il flusso di informazione tra le diverse autorità.

8. Analizzare le alternative per i processi di appalto (appalti pubblici aperti, dialogo competitivo, ristretto, accelerato). Il processo per la gestione dell'appalto dovrebbe essere deciso il prima possibile durante la procedura.

## Sintesi del quadro giuridico di riferimento

Al fine di inquadrare l'attuabilità tecnico-giuridica delle alternative procedurali perseguibili, è stato svolto uno studio del quadro normativo di riferimento.

Dall'analisi del recente quadro normativo comunitario e nazionale emerge in sintesi che:

- Le Direttive CE 17 e 18/2004 hanno introdotto alcune novità procedurali (definizione della concessione di servizi, introduzione di: centrali d'acquisto, dell'accordo quadro, del dialogo competitivo, di sistemi d'acquisto elettronici).
- In Italia, il Codice dei contratti (D.Legs.163/2006 e successive modifiche, fra cui in particolare il D.lgs. 152/2008) oltre a recepire le innovazioni comunitarie, hanno introdotto una serie di novità ed elementi attuativi (maggiore numero di casi per le procedure negoziate, affidamento diretto all'appaltatore anche delle opere complementari, semplificazione per le procedure di affidamento sotto soglia, possibilità di utilizzare il leasing finanziario).
- L'art. 4 del Codice dei contratti disciplina anche la divisione di competenze tra Stato e Regioni, e gli ambiti di autonomia legislativa delle Regioni.
- Alcune Regioni hanno già provveduto ad emanare una propria normativa (Campania, Abruzzo, Veneto, Toscana, Sardegna, Liguria, .....
- La Corte Costituzionale si è espressa sull'illegittimità costituzionale di alcuni commi del Codice dei contratti (commi 2, 3, 8 e 9 dell'art. 84 relativi alla composizione della commissione giudicatrice) e sull'illegittimità costituzionale di taluni articoli delle Leggi regionali, in particolare delle Regioni Campania ed Abruzzo.

## Una soluzione innovativa in corso di utilizzo in Irlanda (c.d. co-location)

Al fine di sopperire ad alcune delle criticità indicate in precedenza per la procedura tradizionale, e che permangono, in buona sostanza, anche nella prassi irlandese, in tale Paese è stato recentemente avviato un programma di realizzazione di 6 nuovi siti ospedalieri, per un totale di circa 1200 posti letto, con una procedura in cui in parte è stato adottato il dialogo competitivo, ma soprattutto la realizzazione dell'opera prevede che la gestione della stessa (in tutto o in parte) sia affidata al privato che la realizza.

In questo senso, è stata definita di “co-location”, poichè una parte dell'area delle nuove realizzazioni (ad esempio, una nuova sala operatoria, i servizi di laboratorio, alcuni servizi specialistici, la farmacia, ma anche i parcheggi e la mensa) è locata al privato, ma può essere utilizzata anche dal gestore pubblico, come meglio illustrato nelle pagine che seguono.

Successivamente, sono state studiate e proposte una serie di indicazioni che derivano dal considerare come questo principio di innovazione potrebbe essere introdotto in Piemonte.

## — Cosa intendiamo con co-location nel contesto del Servizio Sanitario irlandese?

- ...“co-location” in generale si riferisce all’installazione di una struttura privata di assistenza sanitaria e di una struttura pubblica l’una accanto all’altra sullo stesso campus, con accordi contrattuali che governano il loro rapporto.
- Il programma di co-location in Irlanda riguarda 6 campus ospedalieri pubblici.
- Approssimativamente 1200 letti (per patologie gravi) aggiuntivi verranno forniti in 6 “full-service”, auto-sufficienti, basati su ospedali privati
- I partner privati pagano una “concession fee” per contratti di affitto di 65 anni
- I partner privati devono garantire un servizio protetto per il settore pubblico e concedere degli sconti significativi su tutti i servizi acquistati
- Devono anche partecipare alla ricerca, alla formazione e alla raccolta di dati sulla sanità pubblica (diversamente dagli ospedali privati tradizionali)

## Background del Programma di co-location in Irlanda

E' nato come risposta a molti problemi identici con processo tradizionale come in Piemonte

•Ideato per:

- Fornire una capacità di cura altamente specializzata
- Renderla operativa rapidamente
- Farlo in modo di liberare “value for money”
- Evitare quanto più l'esposizione al rischio con il settore privato sia finanziario che operativo
- Aggiungere competenza, senza aggiungere assunzioni e libro paga dell'amministrazione finanziaria
- Incrementare la gradazione e la sub-specializzazione su maggiori siti ospedalieri offrendo una formazione sub-specializzata – creare Centri di Eccellenza

## Il Programma di co-location irlandese sta muovendo i primi passi, ma alcune lezioni ne stanno già emergendo

- Investire tutto il tempo necessario inizialmente sulla specificazione dei requisiti (cioè sull'asserzione chiara, in termini di servizi, di quello che l'Amministrazione intende acquistare).
- Utilizzare un processo di Dialogo Competitivo per ottenere un valore reale dagli offerenti (cioè, non si tratta semplicemente di un concorso sul prezzo).
- Anticipare, e dedicarsi ad una politica sulla sanità più ampia o ad aspetti del servizio che possano avere un impatto sul programma (cioè disciplinare il controllo qualità, il ruolo della Ricerca e Formazione, l'Amministrazione sui siti pubblici dove sono disponibili servizi privati) .
- Essere il più espliciti possibile per il mercato riguardo alle necessità accertate della domanda (socio-demografiche, patologiche, d'igiene pubblica) con riguardo alla fornitura anticipata.

## Opzioni di acquisto prescritte dalla CE

- Aperte
- Limitate
- Dialogo competitivo
- Negoziate

### Tipologia di Contratti per Team di Progettazione:

- Design Build (DB)
- Design Build Operate (DBO)
- Design Build Operate Manage (DBOM)
- Design Build Operate Manage Finance (DBOMF)
- Private
- National Treatment Purchase Fund (NTPF)
- “Co-Location”

N.B. anche le Autorità italiane si dichiarano favorevoli all'introduzione del dialogo competitivo e di procedure negoziate (vedasi relazione annuale del Presidente dell'Autorità di Vigilanza sui Contratti pubblici, 25 giugno 2009, che a pag 4 dice “ è necessario trasformare il sistema dai contratti pubblici in un vero e proprio mercato efficiente e concorrenziale, sviluppando, in particolare, pratiche di Partenariato Pubblico e Privato, di dialogo competitivo e adeguate tecniche di finanza di progetto”).

## — Conclusione

In sintesi, dagli elementi raccolti è possibile concludere quanto segue:

- Esistono alcuni elementi di miglioramento alle procedure di appalto pubblico che potrebbero essere realizzate anche in Piemonte e che sono descritte nel corpo del presente documento.
- Il confronto con alcune buone prassi simili e recenti ha fornito alcuni elementi di supporto alla realizzabilità di tali miglioramenti.
- Sarebbe opportuno inserire il cambiamento in un contesto anche di nuova normativa regionale, che preveda i nuovi istituti, già introdotti sia a livello di CE sia a livello nazionale.
- Il confronto con la prassi irlandese evidenzia che comunque, pur ottimizzando tutti i miglioramenti realizzabili, resta un limite minimo di limitata efficienza del processo pubblico attuale (“incomprimibilità al di sotto dei 10 anni”, specie per ospedali di grandi dimensioni).
- L’avvio di processi innovativi come quello della co-location, già avviato in Irlanda, risulta applicabile, pur con alcune cautele, anche alla realtà piemontese.



## — Allegato 1

L'analisi di alcuni recenti progetti di realizzazione di ospedali in Piemonte e Lombardia

## Il benchmark in italia: le variabili considerate

- Sulla base dei dati fornitici del Ministero della Salute (programmazione ed art. 20 – monitoraggio-per la rilevazione dell'effettivo) sono stati rilevati i seguenti elementi:
  - Sono stati selezionati 8 casi significativi recenti e/o ancora in corso in Italia, di cui due in Piemonte (per confronto)
  - Su tali casi si sono rilevate:
    - Per i dati di programmazione (previsionale):
      - La data di progetto appaltabile
      - La data di apertura cantiere
        - Il tempo intercorrente tra le due è la durata prevista per la cantierizzazione
      - La data di fine lavori
        - Il tempo intercorrente fra le due è la durata prevista dei lavori
    - Per i dati di monitoraggio (stima dell'effettivo):
      - La data di decreto di finanziamento
      - La data di apertura cantiere
        - Il tempo intercorrente fra le due è la durata stimata cantierizzazione
      - La data di fine lavori
        - Il tempo intercorrente fra le due è durata stimata dei lavori
- Nella lettura delle informazioni esposte, occorre tenere presente che i dati elementari utilizzati, stante le loro modalità di rilevazione, possono presentare livelli di affidabilità parziale.
- Allo stesso tempo, va sottolineato che le modalità di rilevazione sono comunque costanti per tutti i casi esaminati con effetti ridotti quindi sulla loro confrontabilità.
- Per i casi del Piemonte riportati, comunque mancanti di informazioni rilevanti, si è in ogni caso cercato d'integrare i dati disponibili con quelli ricavabili da altre fonti.

## Analisi di alcuni progetti di nuove costruzioni (sulla base dei dati ex-art. 20 Min.salute, non verificati sulla base dell'effettiva realizzazione dell'opera)

Ente responsabile	Titolo dell'intervento	Ospedale	Importo Complessivo previsto	Data progetto appaltabile prevista	Data Inizio Lavori prevista	Data Fine Lavori prevista	Data decreto Ministero della Salute	Data apertura cantiere effettiva	Ultimazione lavori prevista	Durata prevista aggiudicazione+Durata prevista cantierizzazione	Durata prevista realizzo	Durata stimata cantierizzazione	Durata stimata realizzo	Elapsed (Anni)	Elapsed / Durata stimata realizzo
LOMBARDIA	4-AZ.OSP. OSPEDALI RIUNITI - REALIZZAZIONE NUOVO OSPEDALE DI BERGAMO (IN LOCALITA' TRUCCA)	Bergamo Riuniti	340.200.000	19/12/03	03/10/05	12/10/08	23/12/03	23/05/05	15/10/08	1,8	3,0	1,4	3,4	2,6	76%
LOMBARDIA	5-AZ.OSP. NIGUARDA CA GRANDA - RIQUALIFICAZIONE DELL'OSPEDALE NIGUARDA CA GRANDA	Milano Niguarda	266.300.530	24/06/04	07/12/06	10/11/13	28/07/04	03/03/07	07/03/15	2,5	6,9	2,6	8,0	0,8	10%
LOMBARDIA	7-AZ.OSP. S.ANNA - COSTRUZIONE DEL NUOVO OSPEDALE DI COMO	Como S.Anna	170.000.000	27/10/05	06/11/06	06/01/09	23/11/05	15/12/06	14/02/09	1,0	2,2	1,1	2,2	1,0	47%
LOMBARDIA	IAI-12-NUOVO OSPEDALE DI LEGNANO. REVOCA CONTRIBUTO DGR 49306/2000	Legnano	155.921.000	19/07/04	08/03/06	25/04/09	26/08/04	08/03/06	25/04/09	1,6	3,1	1,5	3,1	1,8	57%
PIEMONTE	44-A.S.L. 18 - P.O. DI ALBA-BRA REALIZZAZIONE DEL NUOVO PRESIDIO OSPEDALIERO.	Bra	145.000.000	na	05/12/05	na	21/07/05	05/12/05	03/06/10			0,4	4,5	2,0	45%
LOMBARDIA	IAI-13-REALIZZAZIONE NUOVO COMPLESSO OSPEDALIERO DI VIMERCATE. DISMISSIONE VECCHIO OSPEDALE DI VIMERCATE	Vimercate	140.150.000	03/12/04	18/09/06	18/01/09	22/12/04	30/11/06	01/03/09	1,8	2,3	1,9	2,3	1,1	47%
PIEMONTE	30-A.S.L. 12 - NUOVO P.O. DI BIELLA - REALIZ.NUOVO P.O. IN REGIONE VILLANETTO PONDERANO IN SOSTITUZIONE ATTUALE NOSOCOMIO LOCALIZ.IN AREA CENTRALE DELLA CITTA DI BIELLA.	Biella	134.345.929	23/11/00	27/03/02	30/10/07	22/12/00	23/07/02	30/06/10	1,3	5,6	1,6	7,9	5,4	68%

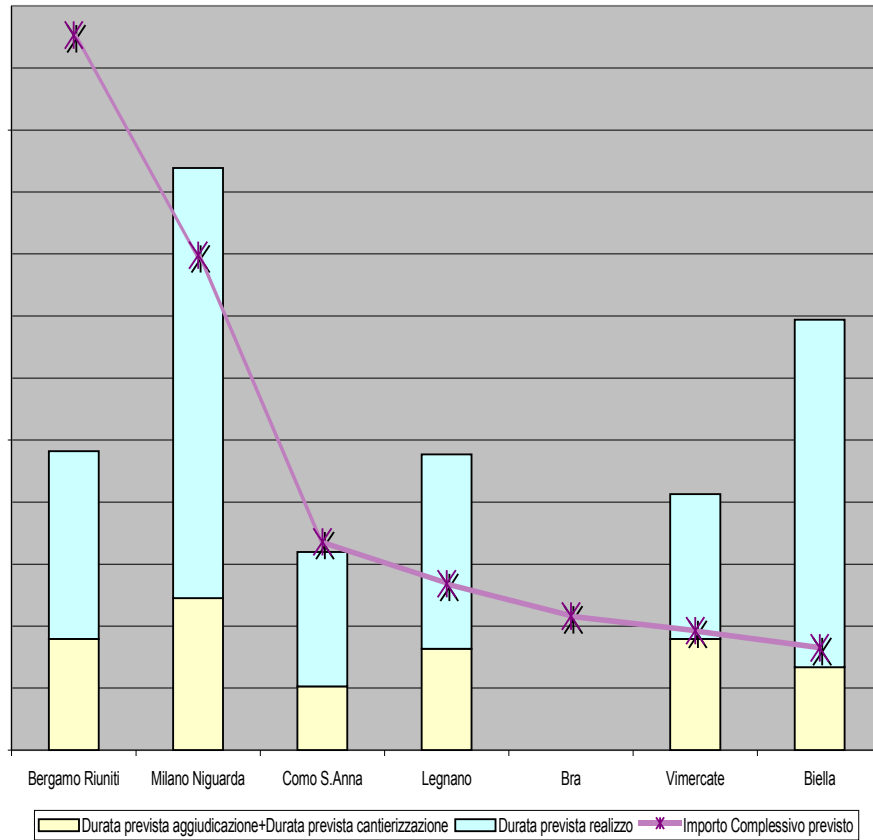
Fonte: Elaborazione EC su dati Ministero della Salute. Biella e Bra: Date integrate con dati aziendali.

## Analisi di alcuni progetti di nuove costruzioni

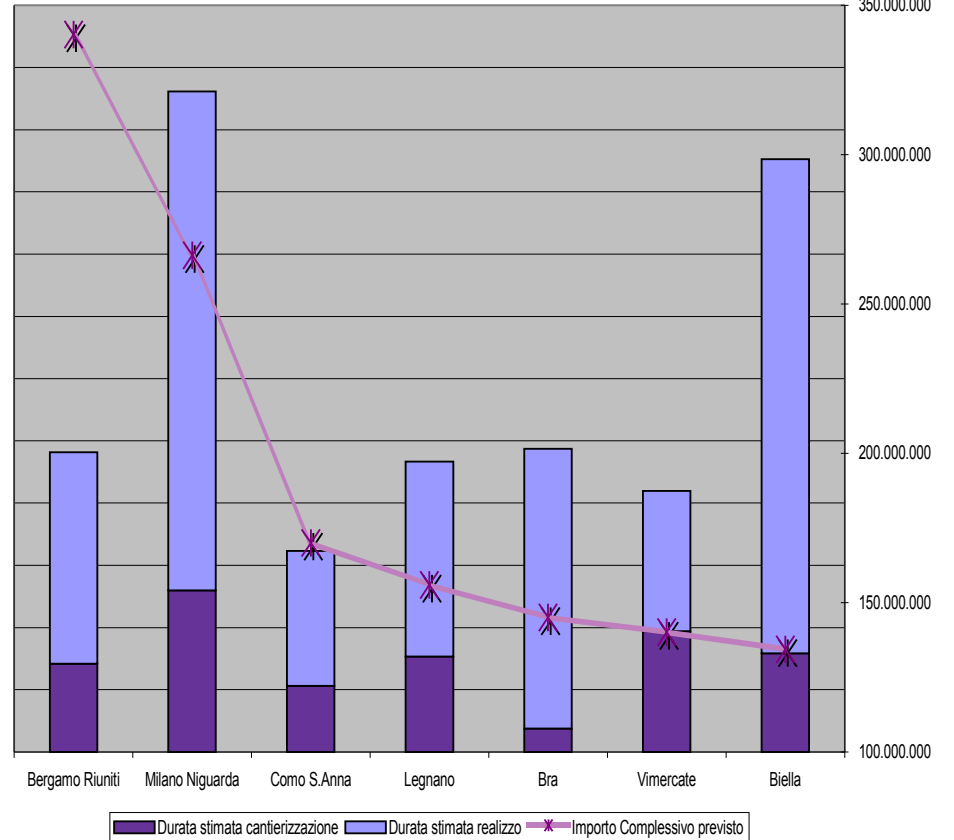
- Nel grafico che segue sono evidenziati i dati temporali (Istogramma) e finanziari (Linea) dei diversi interventi
- Esso relaziona quindi il valore dell'intervento, che può essere considerato un'approssimazione della sua complessità, ed i tempi realizzativi
- Pur tenendo presente i limiti dei dati in precedenza evidenziati, si può evidenziare che:
  - La dimensione non sembra implicare necessariamente tempi realizzativi lunghi. I cantieri lombardi, con l'eccezione di Niguarda, evidenziano stime realizzative inferiori ai 4 anni, che nella realtà sono risultate relativamente più lunghe;
  - Bergamo e Como mostrano in particolare una "efficienza" realizzativa significativa;
  - Biella, invece, mostra tempi realizzativi relativamente maggiori dovuti principalmente a cause esogene all'Amministrazione (ricorsi e fallimenti imprese).
- Si è quindi ritenuto utile operare un approfondimento su questi casi per avere elementi esplicativi di maggior dettaglio.

# Analisi di alcuni progetti di nuove costruzioni

MESI



EURO



## — Allegato 2

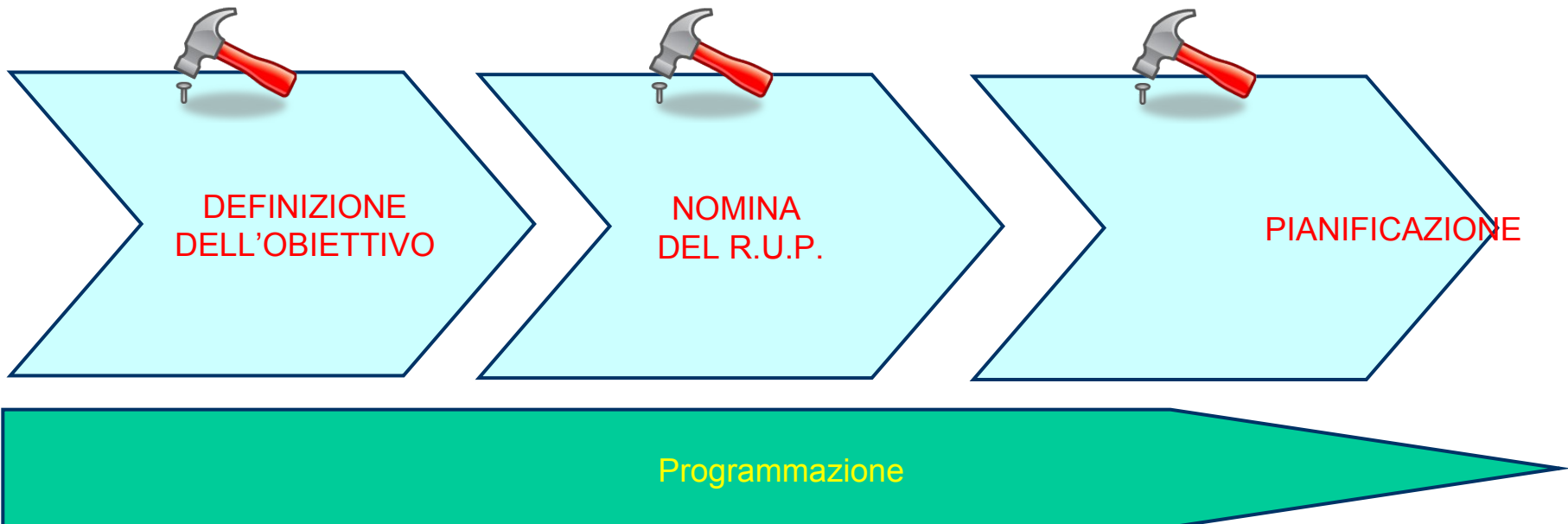
# Gli interventi proposti sul processo tradizionale

## Gli interventi proposti sul processo e sugli elementi abilitanti

- Sistema di Knowledge Management
- Verifica di fattibilità integrata nella Pianificazione Regionale
- Analisi delle esigenze con il supporto di esperti esterni
- Integrazione degli Enti esterni nel processo

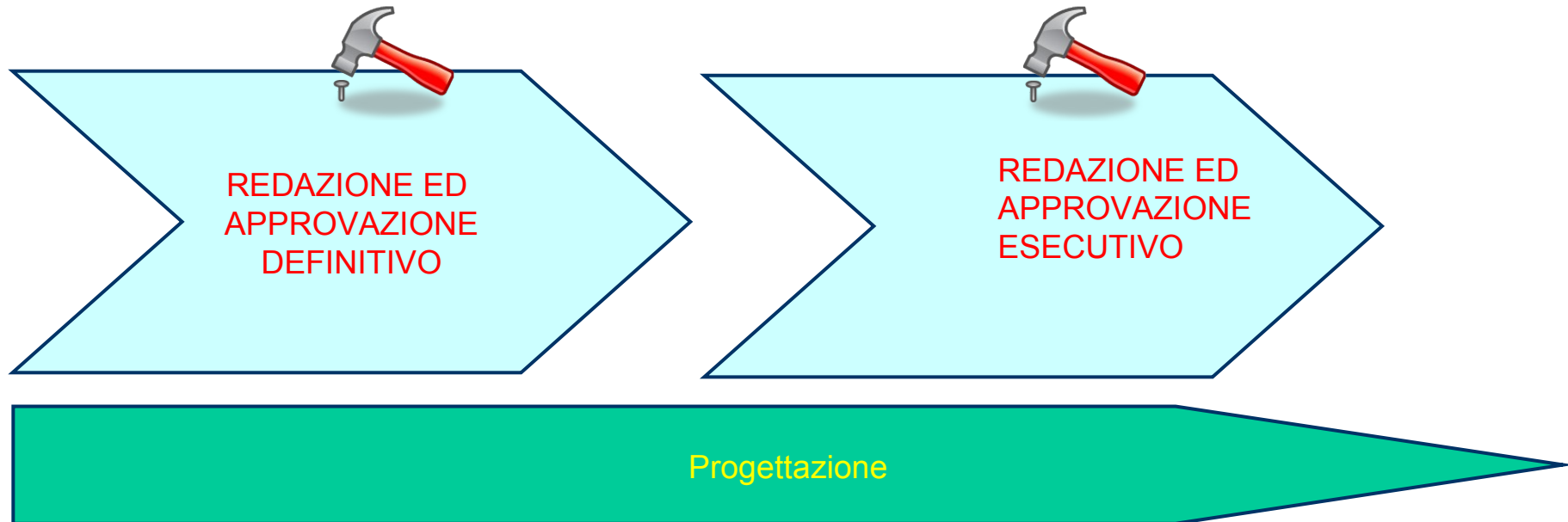
- “Albo” dei Project Manager con formazione ed aggiornamento esperienze e selezione anticipata del R.U.P.

- Definizione organizzativa (PM, design team, control team)
- Masterplan di progetto
- Ampliamento contenuti progettuali
- Sondaggio operatori
- Definizione strategia di procurement integrativa
- Avvio “Task force” interistituzionale
- Conferenza di servizi preliminare
- Anticipazione verifiche
- Anticipazione potenziali ricorsi



## Gli interventi proposti sul processo e sugli elementi abilitanti

- Sistema di Knowledge Management
- Programmazione di dettaglio della fase
- Verifica e valutazioni periodiche di avanzamento
- Validazione in progress con Assessorato
- Avvio fasi senza approvazione
- Definizione milestone
- Eventuale accelerazione tempi gara



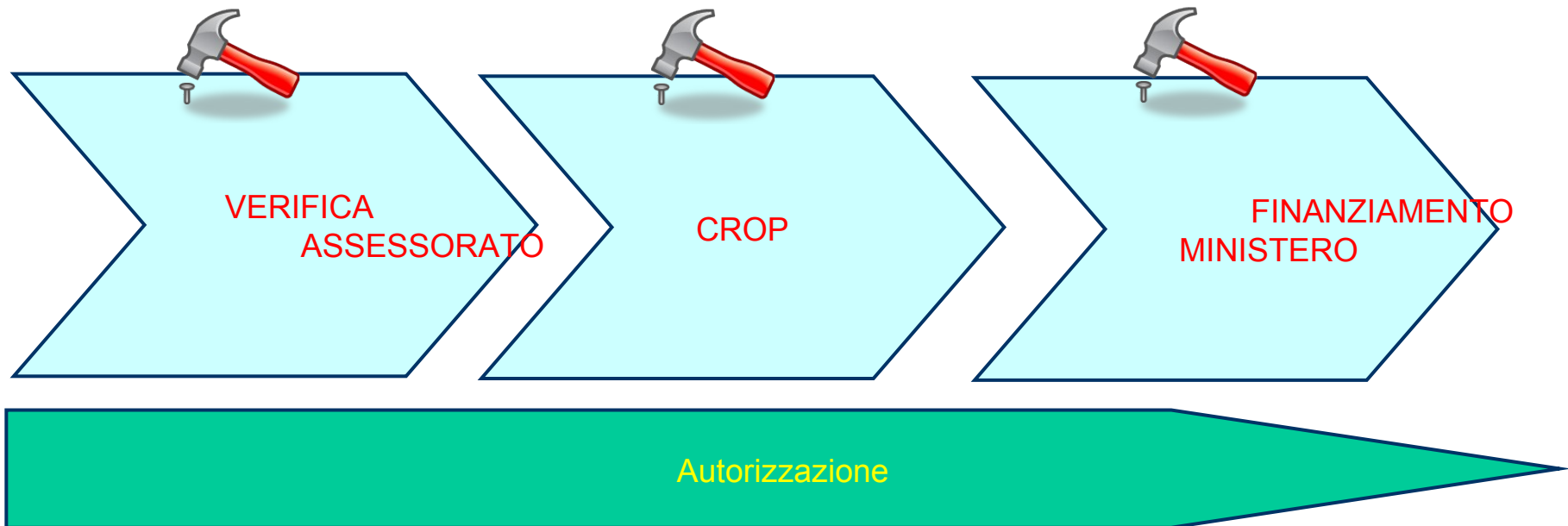


## Gli interventi proposti sul processo e sugli elementi abilitanti

- Validazione finale conseguenza di validazione in progress

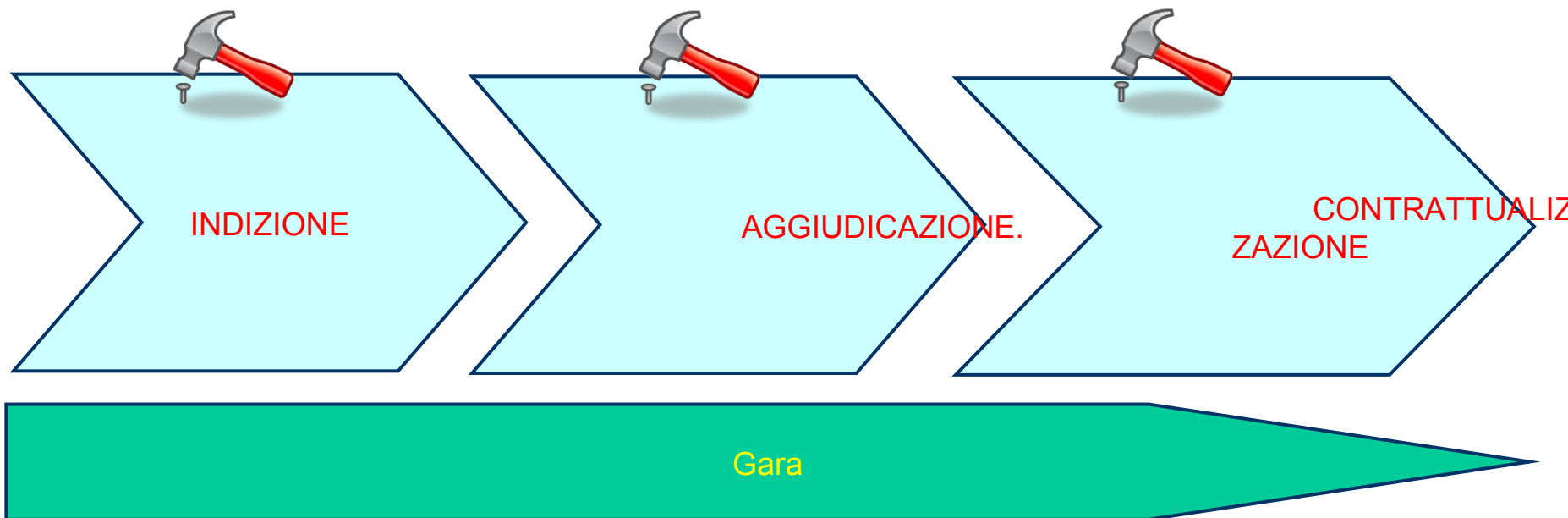
- Accelerazione parere (Se ritenuto necessario) o eliminazione

- Anticipazione elaborazione documentazione
- “Expediting” (seguire con particolare attenzione al fine di accelerare il più possibile) le procedure con il Ministero



## Gli interventi proposti sul processo e sugli elementi abilitanti

- Sistema di Knowledge Management con contrattualistica integrativa
- Copertura finanziaria con ribasso
- Anticipazione potenziali ricorsi
- Eventuale accelerazione tempi gara

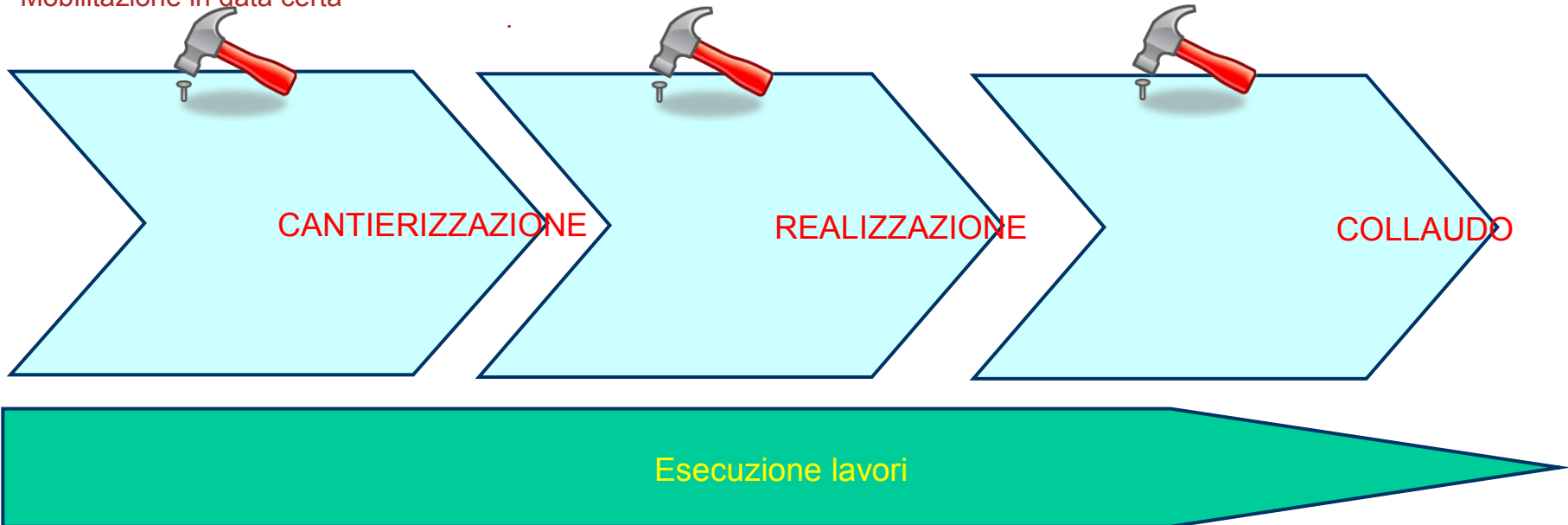


# Gli interventi proposti sul processo e sugli elementi abilitanti

- Sistema di Knowledge Management
- Organizzazione controllo di progetto
- Pianificazione operativa di dettaglio
- Pianificazione finanziaria di dettaglio
- Mobilitazione in data certa

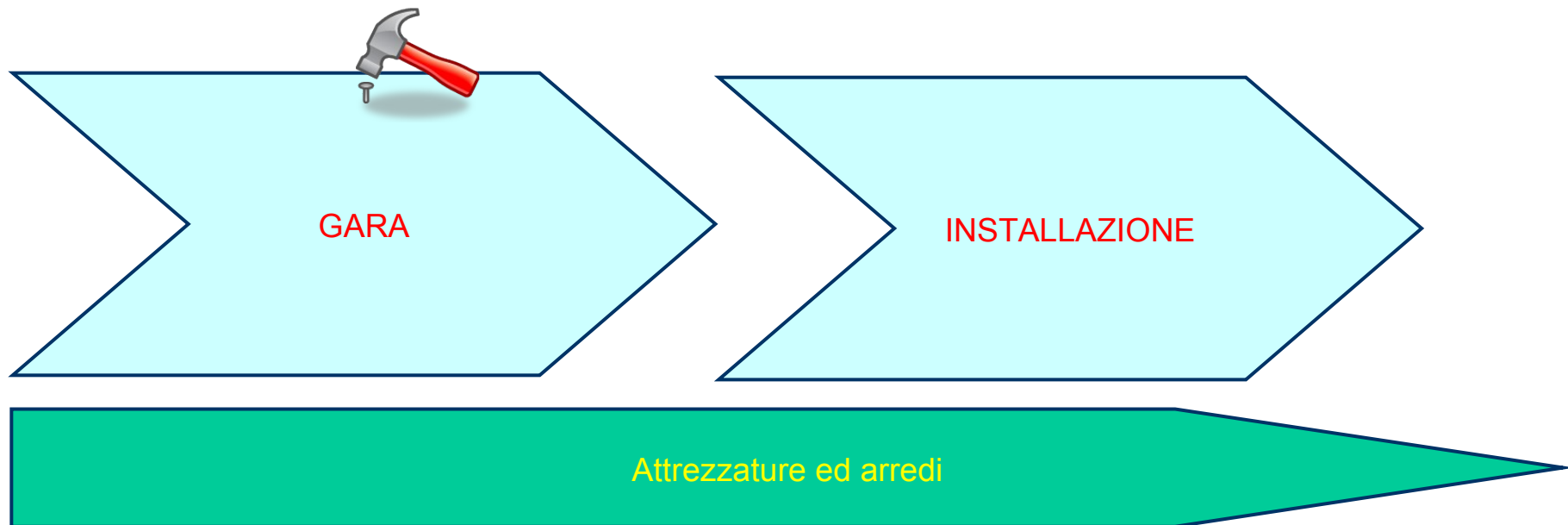
- Gestione proattiva (Expediting) forniture
- Verifiche ispettive
- Aggiornamento e preinformativa enti autorizzatori
- Preistruttoria per erogazione quota finanziamento
- Verifica avanzamento e ripianificazione operativa e finanziaria

- Contrattualizzazione della programmazione del collaudo



## Gli interventi proposti sul processo e sugli elementi abilitanti

- Integrazione in gara esecuzione con medesimo RUP
- Anticipazione specifiche attrezzature sanitarie
- Utilizzo marketplace ove possibile



## Gli interventi proposti sul processo e sugli elementi abilitanti

- Pratiche elettroniche ed identificazione anticipata referenti
- Inserire a carico appaltatore in gara. Eventuale ruolo di facilitazione dell'Amministrazione via network

