

# Programmazione, progettazione e realizzazione delle strutture edilizie

*Roberto Palumbo, Università di Roma La Sapienza*

## **Premessa**

L'ospedale, nell'accezione di "struttura edilizia funzionalmente e tecnologicamente complessa", pone la oggettiva necessità di una sua puntuale correlazione con le altre aree tematiche trattate in questo volume in modo da individuare e rendere sempre più espliciti i rapporti fra problemi e soluzioni, bisogni ed aspettative, obiettivi e strumenti.

Questo comporta alcune preliminari considerazioni.

L'ospedale non può continuare ad essere considerato - in termini edilizi e tecnologici - come un corpo separato, prodotto di un sapere tecnico e pertanto del tutto autonomo, ma, identificato come sottosistema del "sistema società", dovrebbe registrarne costantemente e puntualmente le linee di tendenza evolutive.

Questa tesi è confermata dal fatto che la morfologia edilizia dell'ospedale è andata nel tempo continuamente modificandosi: tali cambiamenti però non sono mai stati contestuali e della stessa portata del fenomeno che li ha prodotti.

Al registrarsi di determinate trasformazioni della società, l'edilizia ospedaliera ha risposto introducendo al suo interno delle modificazioni: alcune sono state numerose, rapide, ma di ridotte dimensioni, e quindi anche poco percettibili; altre, di converso, sono state meno numerose, più lente, più radicali e quindi maggiormente tangibili, dando infine origine alle depredate "tipologie", del tutto riconoscibili e purtroppo consolidate (o meglio cristallizzate) nel tempo.

Le prime si sono verificate quasi sempre "a ridosso" del fenomeno che le ha determinate e, quindi, in qualche misura, hanno rappresentato la necessità di una nuova configurazione che la struttura edilizia doveva assumere per adeguarsi - probabilmente contro la sua stessa volontà - ad ulteriori e diversificate esigenze; le seconde si sono invece realizzate con un ritardo molto più sensibile, traducendosi in schemi distributivi e tipologici che non solo non erano già più rispondenti alle esigenze espresse, ma che si sono poi lungamente ed acriticamente consolidati costituendo una sorta di vincolo (la tipologia, appunto) che, nei fatti, ha impedito qualunque successiva trasformazione.

In ogni caso, anche se con doppia velocità, la struttura ospedaliera ha sempre inseguito e con molto ritardo - anticipato mai - le modificazioni sociali che via via si andavano registrando.

Una trasformazione, comunque, che è stata più dettata dal fatto che l'ospedale ha dovuto subire le nuove regole di una società che nel suo complesso si modificava, piuttosto che anticiparla (e forse supportarla) attraverso più aderenti spazi e volumetrie suggeriti dall'evoluzione delle tecnologie diagnostiche e terapeutiche.

Da qui, l'esigenza che recuperi il ritardo e che si configuri finalmente, non certo come ospedale del futuro, quanto invece almeno come ospedale di oggi, concretamente ancorato alla sua specifica realtà.

Questo obiettivo - nei soli aspetti edilizi e tecnologici - apre un ventaglio di problematiche, sottolinea una gamma di "nodi mai risolti" che qui di seguito si prova sinteticamente ad ordinare.

Un nodo è il mancato e conflittuale rapporto fra chi deve realizzare l'ospedale: la committenza, il progettista, l'impresa. L'altro nodo infine è la cronica carenza di finanziamenti pubblici, le modalità di erogazione, l'arcaicità di tutto il sistema di distribuzione delle risorse in c/c.

Il primo nodo riguarda appunto i compiti che la "committenza" non ha mai saputo, o voluto, svolgere; attiene alle responsabilità (e connivenze) del "progettista"; coinvolge la stessa "impresa di costruzioni" che ha sempre svolto un ruolo di miope resistenza piegando a proprio favore le incapacità della committenza e del progettista.

Un rapporto a tre, caratterizzato da una alta conflittualità determinata da un comune basso profilo culturale. (cfr. C.Clemente, M.Fagnoni, C.Tonelli: "Committenza, progettista, impresa: una comune strategia per la qualità del prodotto" - Dottorato di ricerca, Università La Sapienza - Roma- Dip. ITACA)

Il risultato: carenza di programmazione degli interventi, dissaldatura fra programmazione e progettazione, mancanza di progetti effettivamente cantierabili, scarsa qualità del prodotto.

Il prezzo pagato dalla comunità: ospedali nati obsoleti, costi alle stelle, tempi misurati in decenni.

## **1. La committenza**

Il "prodotto- ospedale" è espressione finale di un processo, lungo, complesso e articolato, nel corso del quale, dopo essere stati a monte prefissati (committenza) con puntualità obiettivi e requisiti, vanno costantemente monitorati e ricalibrati (progettista) tutti i parametri che garantiscono la qualità complessiva dell'opera.

Definire concretamente le esigenze, individuare le "prestazioni qualificanti", rendere "quantificabili" gli obiettivi, rappresentano, quindi, le prime operazioni (indispensabili) per innescare il processo di definizione del progetto, perseguendo il fine della qualità del prodotto.

In questo quadro, riveste un ruolo fondamentale la committenza -per le responsabilità nella gestione complessiva del processo di attuazione dell'intervento ospedaliero- qualora fosse in grado di rendere prima attuabile, poi fruibile e quindi gestibile tale prodotto.

Fra le cause della inadeguatezza della progettazione ospedaliera va individuato con la dovuta sottolineatura il ruolo della committenza e del contesto politico, culturale e scientifico nel quale essa si trova ad operare; essa ha molto spesso eluso i propri compiti, soprattutto per la mancanza di una cultura della fattibilità nei suoi aspetti politici (programmazione) e nei suoi aspetti tecnici (progettazione).

Nel nostro contesto, come si registra dai risultati dei programmi di intervento relativi all'edilizia ospedaliera (con particolare riferimento ai cosiddetti programmi straordinari, che sono stati espressione di una "logica aggiuntiva di azioni mancate") la committenza ha dimostrato e dimostra di essere:

- inefficace nella fase di programmazione ,momento fondante per poter tradurre in "progetto" le opzioni politiche;
- assente nella fase del coordinamento delle procedure e della gestione di tutto il processo;
- incerta in particolare per quanto attiene il controllo dei tempi e dei costi di intervento.

## **2. La progettazione**

Disfunzioni che fanno emergere con maggiore evidenza anche i limiti del progettista e le distorsioni del rapporto che conseguentemente si instaura con il committente.

Un rapporto che, caratterizzato frequentemente da una reciproca disistima, vede:

- da una parte, l'incapacità della committenza di esprimere concrete opzioni politiche, di tradurle in obiettivi strategici, di definire e quantificare le esigenze da trasferire al progettista e di gestire il processo, in funzione della qualità del prodotto;
- dall'altra, un'attività progettuale meramente tecnico-esecutiva, che rinnega la necessaria capacità critica che, oggi, il progettista -come operatore all'interno di un processo ampio e articolato- deve obbligatoriamente possedere, in quanto interlocutore privilegiato nella delicata fase di traduzione delle "strategie" in "soluzioni tecniche".

In questo senso, dalle esperienze già maturate nell'ambito dei programmi di intervento relativi all'edilizia ospedaliera, si può rilevare che:

- la progettazione ha dovuto generalmente supplire e/o sostituirsi alle funzioni programmatiche della committenza, soprattutto con riferimento ad interventi complessi;
- la relativa documentazione tecnica prodotta -lungi dall'essere considerata un investimento- è stata utilizzata solo come strumento per acquisire una promessa di finanziamento.

## **3. L'impresa**

Questo è il terzo dei partner che dovrebbero garantire la qualità del prodotto.

Si è già detto che non è realmente un partner, anzi è un ulteriore elemento di conflittualità che si inserisce, con astuzia, fra i due contendenti su richiamati: aggiudicandosi le gare con proibitivi ribassi d'asta valutati più sulla conoscenza del mercato che non su quella del progetto da realizzare, lucrando su più o meno espliciti subappalti, sfruttando carenze progettuali e croniche inefficienze delle P.A.

Un ruolo ben diverso da quello atteso: costante innovazione tecnologica, adozione di nuovi materiali, un aggiornato know-how impiantistico, concrete proposte per ottimizzare i costi di manutenzione e gestione.

Fino a che ognuno dei tre soggetti non avrà recuperato il proprio ruolo e la conseguente credibilità, fintanto che -a seguito di questo- non sarà eliminata l'attuale, incontenibile, conflittualità, fino a che non sarà individuato un comune terreno di confronto caratterizzato dal coniugare la cultura della "progettazione" con quella della "realizzazione", i soggetti non saranno mai partner ed il loro prodotto sarà ancora deludente in termini di funzionalità, di tecnologia, di qualità tecnica e, perché no, qualità morfologica.

Ora, su questa strada da battere necessariamente se si vuole -tra l'altro- dialogare con soggetti europei, alcuni segnali sono stati posti ed alcune esperienze sono già maturate.

Nell'ambito del processo edilizio e relativamente al delicato momento di passaggio dalla programmazione alla progettazione, un'importante innovazione è stata introdotta dal quadro normativo istituzionale (legge quadro di riforma dei LL.PP., attualmente "Merloni ter"), attraverso l'obbligatorietà di elaborare un "documento preliminare" e di redigere un primo stadio di progettazione: il "progetto preliminare".

Questo livello di elaborazione -che vede la committenza chiamata direttamente in causa- deve essere finalizzato, in particolare, a definire:

- le ragioni della scelta della soluzione prospettata e l'utilità dell'intervento;
- la fattibilità amministrativa e tecnica;
- i costi dell'intervento.

È inoltre la sede naturale per partecipare al dialogo che si dovrebbe instaurare tra le competenze interessate alla risoluzione della molteplicità dei problemi e per valutare concretamente la loro soluzione a garanzia della prosecuzione "certa" dell'iter tecnico amministrativo.

Tale compito spetta evidentemente, alla committenza e costituisce, per le sue valenze anche tecniche ed economiche, la prima e naturale sede di confronto tra il progettista e la committenza.

L'innovazione procedurale determinata dall'introduzione del progetto preliminare, come obbligatorio stadio di approfondimento, è individuabile anche nelle ricadute che comporta -a ritroso- sulla fase di programmazione degli interventi ospedalieri: per programmare un nuovo ospedale o intervenire su quelli esistenti (per redigere il programma triennale), è obbligatorio che ne sia stato svolto, accertato e verificato il relativo progetto preliminare, che ne sia quindi

accertata l'utilità e che ne sia verificata concretamente la fattibilità, sotto i diversi profili: funzionale, tecnologico, economico, tecnico-amministrativo.

È nel progetto preliminare che vengono introdotti gli elementi di controllo degli aspetti qualitativi dell'intervento progettuale, determinando l'entità dell'intervento in termini funzionali, dimensionali, tecnologico-prestazionali e, quindi, economici e verificandone nel complesso la fattibilità.

È in questa fase che si valuta la convenienza economica complessiva dell'intervento: si può decidere, ad esempio, nel caso di un intervento previsto come ristrutturazione di un presidio esistente, di optare -qualora tale ipotesi non fosse adeguatamente supportata in termini di costo/beneficio- per una nuova edificazione, rimettendo anche in discussione le linee programmatiche fin qui avanzate.

La pluralità degli obiettivi insiti nel "documento e progetto preliminare", le elaborazioni richieste che li sottintendono, le metodiche necessarie allo svolgimento, costituiscono- di fatto- un'importante occasione per garantire (e verificare) la qualità da richiedere alla struttura ospedaliera.

I compiti della committenza non si esauriscono -come anticipato- nella sola fase di programmazione e nel delicato momento di passaggio dalla programmazione alla progettazione.

Per garantire la qualità dell'intervento, deve anche selezionare la più adeguata struttura progettuale, superando il consueto (e ormai logoro) rapporto tra domanda e offerta, frutto anch'esso di una incultura in base alla quale la committenza considera il progettista non come partner ma come controparte.

Innanzitutto, la prolungata mancanza (fino all'emanazione della legge quadro e successive modifiche e integrazioni) di criteri e modalità per selezionare un progettista sulla base di una gara, ha collocato il nostro paese in una posizione isolata e marginale rispetto alla maggior parte del contesto europeo sottolineando, ancora una volta, la scarsa attenzione rivolta alla qualità del prodotto edilizio (sotto il profilo tecnologico e morfologico) mai valutato in termini di interesse collettivo.

L'introduzione, attraverso specifica normativa, di regole e modalità nella fase di pre-qualificazione del progetto, nella pubblicità delle gare, nell'estensione delle stesse su base comunitaria, nell'introduzione della procedura concorsuale per gradi successivi, ecc. hanno creato alcune delle condizioni che potrebbero consentire alla committenza una corretta gestione del processo attuativo della struttura ospedaliera.

Il trasferimento di tali opportunità su un piano operativo risulta, purtroppo, ancora di difficile realizzazione.

Analizzando i recenti bandi di concorsi di progettazione ospedaliera si rileva, infatti, che la committenza esige, in termini fiscali, esclusivamente garanzie di ordine quantitativo (tempi di elaborazione, ribassi sulle notule professionali, fidejussioni, ecc.), piuttosto che la certezza della qualità del prodotto architettonico (funzionalità, flessibilità, fruibilità, facilità ed economicità di gestione, ecc.).

Ne emerge una spiacevole considerazione: la committenza generalmente ricerca un progettista alla propria altezza, con cui condividere strategie di corto respiro e mediocri obiettivi negandosi a vicenda stima e fiducia necessarie per portare a termine operazioni di evidente complessità e sicuramente al di sopra della loro competenza.

Di converso - sulla base di un completo briefing messo a disposizione dal committente in cui vengano definiti, con chiarezza e puntualità, i requisiti specifici e qualificanti del progetto ospedaliero da elaborare- le modalità di affidamento della progettazione dovrebbero sfruttare:

- da un lato l'opportunità di applicare la procedura dei concorsi (di progettazione o di idee) per garantirsi la qualità morfologica;

- dall'altro la oggettiva necessità di individuare la gamma delle competenze -articolate ed approfondite- che sono oggi irrinunciabili per dialogare con la committenza e con l'impresa lungo tutto il processo di progettazione e realizzazione.

Gli aspetti qualificanti del briefing- lungi dall'essere una "nota informativa" di larga massima o una acritica lista di ambienti da prevedere (come, purtroppo, frequentemente, viene interpretato)- sono frutto di un'elaborazione che richiede la partecipazione attiva di tutti i soggetti interessati all'attuazione dell'intervento ospedaliero, attraverso anche il controllo della coerenza delle diverse opzioni e della loro traducibilità in soluzioni tecniche (cfr. A. Giovenale: "Il progetto preliminare nell'edilizia ospedaliera", Ed. Kappa, Roma, 1998).

La sua utilità, come strumento della committenza, deve essere estesa, in termini di contenuti, ad identificare risorse, ruoli, tempi prevedibili di attuazione, in modo da costituire -nei fatti- il primo strumento con cui si propone, seleziona e controlla la qualità del progetto.

Rimane, comunque, il problema della cronica mancanza di progetti "esecutivi" (terzo e ultimo stadio della progettazione previsto dalla normativa) che si traduce da sempre in varianti in corso d'opera, forti discordanze tra preventivi e consuntivi, ritardi nella realizzazione e/o sospensioni dei lavori, riserve dell'impresa, ecc.

In realtà le disfunzioni succitate non derivano dal progetto esecutivo: lo schema di regolamento attuativo della legge Merloni, attualmente in fase di revisione finale, prevede un nuovo regime di responsabilità e cioè l'obbligatorietà di validare e certificare il progetto esecutivo, in particolare per quanto attiene la completezza, adeguatezza, chiarezza degli elaborati progettuali: (grafici, descrittivi e tecnico-economici).

Il problema risiede nella mancanza della corretta traduzione dell'esecutivo in "progetto cantierabile": un elaborato da produrre di concerto con l'impresa che richiede, da parte del progettista, una specifica cultura della realizzazione, la capacità di interfacciarsi appunto con l'impresa e da parte di quest'ultima un atteggiamento propositivo e non di sterile arroccamento a difesa degli utili che derivano dalle varianti in corso d'opera.

L'incapacità di dialogo fra progettista ed impresa è anche il risultato delle scarsissime occasioni che oggi la normativa consente per farli lavorare fianco a fianco.

Fra queste la possibilità di ricorrere all'appalto concorso, formula prevista per opere complesse o ad elevata componente tecnologica, la cui progettazione richiede il possesso di competenze particolari o la scelta tra soluzioni tecniche alternative; tale ipotesi è comunque in parte ostacolata da una normativa che impone la richiesta al Ministero dei LL.PP. di uno specifico parere che autorizzi il ricorso a tale procedura.

Invece, un'importante innovazione procedurale, relativa ai "sistemi di realizzazione dei LL.PP." -se intelligentemente applicata- offre interessanti spunti di collaborazione fra progettista ed impresa, per elaborare di concerto un "cantierabile", per ridurre i tempi nella fase di esecuzione dell'ospedale.

In particolare, attraverso la già citata ultima versione della legge quadro di riforma dei lavori pubblici, è consentito l'appalto integrato e cioè di progettazione esecutiva e realizzazione, nel caso in cui, nei lavori da eseguire, la componente impiantistica o tecnologica incida per più del cinquanta per cento sul valore dell'opera.

In un quadro procedurale, tipicamente italiano, negli ultimi tempi caratterizzato da una forte tendenza a separare nettamente la fase di progettazione da quella di costruzione, attraverso questa modalità è permesso appaltare alcune tipologie di opere, affidando i lavori già al termine della progettazione definitiva e consentire pertanto di elaborare il "cantierabile" di concerto e soprattutto in un diverso contesto operativo.

Ciò potrebbe significare che, anche per l'ospedale, sia possibile ricorrere a tale procedura; infatti la componente impiantistica e tecnologica incide in misura decisamente superiore alla soglia del cinquanta per cento.

Inoltre, ove questa soglia non fosse raggiunta in termini di costo di costruzione, si potrebbe pervenire al risultato valutando - in un modo sicuramente più corretto ed aderente alla realtà- il problema in termini di life cycle costing: calcolando, cioè, non il solo costo di realizzazione ma considerando anche, per un periodo predeterminato, i costi di gestione e manutenzione (ordinaria e straordinaria) come dovrebbe fare ogni committenza accorta che si preoccupa anche di valutare a priori, mettendole preventivamente a bilancio, le spese correnti.

In questo caso, fra gli elementi da valutare, insieme al costo, c'è quello dell'"offerta economicamente più vantaggiosa" che comprende, tra gli altri, il costo di gestione, il valore tecnico ed estetico dell'opera da realizzare recuperando anche il parametro "qualità dell'immagine architettonica", tradizionalmente così troppo sottinteso, da risultare per diverse tipologie di opere, come quella ospedaliera, completamente assente.

#### **4. I finanziamenti**

I vincoli derivanti dalla entità e dalle modalità di erogazione dei finanziamenti, che hanno negativamente contraddistinto da sempre la produzione edilizia ospedaliera, impongono uno stretto legame tra la logica dei flussi finanziari e la programmazione e progettazione ospedaliera.

Un legame che la committenza, ovviamente, ed il progettista -per la riuscita stessa del progetto- non possono non considerare.

La modalità di erogazione dei finanziamenti "per tranches" ha inciso notevolmente sulla (in) cultura della programmazione e su quella della progettazione.

Tale prassi realizzativa richiede che le singole parti siano, una volta realizzate, immediatamente fruibili, autonomamente pronte all'uso.

Elemento fondamentale diventa, quindi, che già in fase di programmazione siano previste tali modalità, legate ai finanziamenti, in modo che anche la progettazione preliminare possa essere impostata nell'ottica di una realizzazione per parti successive, autonome e fruibili, nell'ambito però di un disegno unitario.

Naturalmente ciò comporta: un forte impegno della committenza soprattutto per quanto attiene l'operatività dei programmi; una rilevante capacità da parte del progettista e del gruppo di lavoro nell'individuare, già in fase preliminare all'interno di un organico disegno complessivo, le variabili organizzativo-funzionali, architettoniche, strutturali, impiantistiche, economiche, gestionali per definire concretamente parti autonome e fruibili della struttura ospedaliera oggetto di intervento, secondo priorità predeterminate.

Il vero nodo comunque rimane quello della scarsità dei finanziamenti pubblici in c/c e sorprende sinceramente come manager accorti continuino a contare ancora su risorse statali e su modalità "a fondo perduto" che oggi sono francamente anacronistiche.

In questo contesto, ancor più caratterizzato da risorse sempre più ridotte da destinare a investimenti in conto capitale, se la committenza fosse in grado di avanzare proposte credibili e concrete, può non risultare difficile costruire specifici progetti finanziari che vedano:

- un modo radicalmente diverso nella erogazione dei finanziamenti pubblici:

sono infatti da valutare seriamente e con il necessario spirito critico le modalità di finanziamento fin qui adottate secondo la logica dell'art.20 della legge finanziaria 88 e degli altri programmi speciali (AIDS, malati terminali, ecc.); piuttosto che somme "a fondo perduto" distribuite con logiche incomprensibili e tempi imprevedibili e che in quanto "a fondo perduto" non vengono del tutto utilizzate ed in qualche caso anche sprecate, sarebbe molto meglio sulla base di esperienze positive già maturate in alcune Regioni (cfr. il FRISL in Lombardia) creare un "fondo di rotazione" che per la sua stessa natura responsabilizza la committenza, accelera le procedure, offre certezze.

- l'intervento di capitali privati:

l'esigenza di attivare misure tendenti a favorire il coinvolgimento di capitali privati scaturisce dalla oggettiva valutazione che i famosi 30.000 miliardi promessi nell'88 non sono ancora stati spesi (per la incapacità di gran parte delle P.A.) e comunque non sono sufficienti per ristrutturare il parco ospedaliero; altri finanziamenti non sono in vista e

comunque, lo si ripete, è oggi anacronistico pretendere che lo Stato eroghi a fondo perdute somme che le Aziende debbono poter acquisire autonomamente attraverso la validità delle progettazioni e la credibilità delle programmazioni.

- l'alienazione e/o permuta del patrimonio immobiliare dismesso:

la pubblica amministrazione deve ricordare che da tempo - ed in particolare con le ultime leggi finanziarie - è stata richiesta l'alienazione e/o permuta del patrimonio immobiliare - anche di pregio - sotto utilizzato o del tutto inutilizzato; la legge quadro dei LL.PP. consente inoltre di offrirlo in permuta alle imprese a parziale rimborso delle spese per le nuove realizzazioni.

Ovviamente tale patrimonio immobiliare - che da spreco diventerebbe risorsa - non può essere svenduto all'asta - come purtroppo si sta facendo - ma deve essere prima adeguatamente tutelato e valorizzato in modo da apportare una adeguata quota dei finanziamenti necessari. (cfr. T.Ferrante: "Scene da un patrimonio", Dottorato di ricerca - Università La Sapienza - Roma - Dip. ITACA)

- una intelligente riorganizzazione funzionale e ristrutturazione tecnologica del parco ospedaliero:

un vasto patrimonio edilizio ed artistico di ospedali da riutilizzare e tutelare, talvolta da valorizzare come risorse storico-culturali piuttosto che ricorrere alla "scorciatoia" (che poi tale non è) della edificazione ex novo.

In questo settore esistono consolidate competenze e modalità per intervenire con intelligenza nel coniugare la necessaria introduzione di nuove tecnologie con la salvaguardia delle preesistenti architetture, molte volte di pregio.

Fantasticare un piano per nuovi ospedali, mandando in pensione gran parte di quelli esistenti, significa far credere di risolvere con la bacchetta magica e con un solo colpo tutti i problemi dimenticando l'esperienza della Finanziaria '88.

Niente di più falso: non si può pensare, con troppa superficialità, nè di "rottamare" nè, con altrettanta irresponsabilità, di ripercorrere una strada come quella dell'art. 20. Bisogna concretamente fare i conti con la realtà ed accingerci a ristrutturare gli ospedali esistenti secondo un approccio di gran lunga diverso da quello, molto approssimativo, finora adottato.

Alcune interessanti esperienze del Nord Europa ci segnalano che il nodo del problema sia da ricercare nelle modalità da selezionare per intervenire efficacemente nei casi di ristrutturazione.

Si tratta di complesse operazioni, per le quali, dovendo necessariamente intervenire per "comparti", si è seguita una coerente e rigorosa ottica di una ristrutturazione globale nel quadro di una puntuale programmazione.

È il rovesciamento della logica tradizionale, consolidata nel nostro contesto, orientata ad intervenire sulle strutture ospedaliere esistenti attraverso ristrutturazioni "a pelle di leopardo", viste come risposta tampone ad una costante emergenza.

- la gestione "esterna" dei servizi non strettamente sanitari

- l'affitto (e non l'acquisto) di costose attrezzature diagnostiche e terapeutiche:

a fronte della ridicola percentuale di investimenti in tecnologie denunciata anche dalla Confindustria, si registra di converso la tendenza, in Nord Europa e in Nord America, di abbandonare la strada dell'acquisto a favore appunto dell'affitto che garantisce un continuo rinnovo delle tecnologie ed una qualificata ed affidabile assistenza.

- l'affidamento all'esterno delle analisi di laboratorio a strutture che, in relazione alla loro dimensione, garantiscono un continuo rinnovo delle sofisticate attrezzature, costi competitivi ed assoluta attendibilità dei risultati.

Tale, forse disordinata, articolazione di iniziative può trovare una sua organicità in un ben calibrato project financing, formula che prevede il conferimento da parte dell'ente pubblico ad una società di operatori economici (costruttori e gestori dell'iniziativa) della concessione a realizzare e gestire l'opera per un certo numero di anni, la cui principale fonte di rimborso del finanziamento è rappresentata unicamente dal flusso di cassa dell'iniziativa; anche qui, a differenza degli altri paesi europei, tale modalità non è ancora consolidata e quindi viene scarsamente e solo "casualmente" utilizzata.

Tali resistenze, oltre che essere dovute ad una scarsa cultura del management, sono anche giustificate dal fatto che il settore delle opere pubbliche solo recentemente (attraverso l'ultima versione della legge quadro) ha permesso una maggiore apertura nei confronti del coinvolgimento dei privati, come possibili costruttori e gestori di un'opera, attraverso l'appalto in concessione, espletabile sulla base di un progetto definitivo.

Le poche esperienze, che alla data odierna si registrano, dimostrano che comunque esiste, in tale formula, la possibilità di incidere ed in maniera significativa.

Per concludere questa nota e riprendendo quanto accennato in premessa. Gli operatori sanitari ed il management delle ASL non possono continuare a "subire" l'ospedale così come, per successive stratificazioni, si è andato configurando; nè possono, nei loro continui confronti su come rendere la sanità più aderente alle aspettative della utenza, delegare il tema dell'edilizia ospedaliera ai tecnici "addetti ai lavori".

È necessario invece individuare i reciproci rapporti di causa/effetto, ritrovare puntuali interconnessioni fra gli obiettivi e gli strumenti che consentono di raggiungerli, rendere l'ospedale sempre più immagine coerente dell'assetto organizzativo raggiunto.

Tutto questo significa, in altri termini, che l'ospedale - proprio in quanto sottosistema - deve essere strutturato come prodotto di più saperi (fra loro disciplinarmente anche distanti) che coerentemente e organicamente interagiscono.