

Documento per la consultazione (approvato l'11 marzo 1999)

**PROPOSTE PER LA DEFINIZIONE DI CRITERI
PER LA DETERMINAZIONE DEI PREZZI DELLE FORNITURE
DI GAS NATURALE AI COMPLESSI OSPEDALIERI
IN ESITO ALL'ISTRUTTORIA CONOSCITIVA
SUL CASO OSPEDALE S. MARTINO DI GENOVA
E CLINICHE UNIVERSITARIE CONVENZIONATE**

Ai sensi dell'articolo 2, commi 14 e 32, e dell'articolo 3, commi 3 e 7, della legge 14 novembre 1995, n. 481

Il presente documento per la consultazione illustra le proposte che l'Autorità per l'energia elettrica e il gas formula ai fini della definizione di criteri per la determinazione dei prezzi per le forniture di gas ai complessi ospedalieri come individuati al punto 1) recante Determinazione del costo standard (Cst), comma 4, del provvedimento del Comitato interministeriale dei prezzi 2 luglio 1987, n. 22/87, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale, Serie generale, n. 153 del 3 luglio 1987. Le proposte vengono presentate al fine dell'emanazione di un provvedimento della medesima Autorità, ai sensi dell'articolo 2, commi 14 e 32 e dell'articolo 3, commi 1 e 7, della legge 14 novembre 1995, n. 481. Il documento per la consultazione viene diffuso per offrire l'opportunità a tutti i soggetti interessati di formulare osservazioni e suggerimenti prima che l'Autorità proceda alla definizione di provvedimenti in materia.

I soggetti interessati sono invitati a far pervenire all'Autorità, per iscritto, entro il 5 maggio 1999, osservazioni e suggerimenti sulle proposte per la revisione dei prezzi delle forniture ai complessi ospedalieri delineate nel presente documento.

1. Introduzione

L'Azienda ospedaliera Ospedale S. Martino di Genova e Cliniche universitarie convenzionate, (di seguito: Ospedale S. Martino), con sede legale in largo Rosanna Benzi, n. 10, 16132 Genova, ha segnalato all'Autorità per l'energia elettrica e il gas (di seguito: l'Autorità) che il prezzo applicato alle forniture di gas metano per uso ospedaliero al netto delle imposte è penalizzante in relazione alle sue caratteristiche di consumo, in quanto equiparabili a quelle di industrie di medie dimensioni, il cui esborso è nettamente inferiore.

L'Ospedale S. Martino ha pertanto richiesto che venissero riesaminate le condizioni applicate al fine di una equiparazione con i prezzi applicati agli utenti industriali con caratteristiche di prelievo equivalenti.

Il prezzo pagato dall'Ospedale S. Martino viene definito nel contratto di fornitura di gas con l'Azienda Mediterranea Gas Acqua di Genova (di seguito: Amga), con sede legale in via SS. Giacomo e Filippo, n. 7, 16132 Genova. Il contratto riflette i prezzi di fornitura ai complessi ospedalieri definiti tra la società Snam Spa (di seguito: Snam) e le associazioni dei distributori Anci, Anigas, Assogas e Federgasacqua; l'ultimo accordo è del 14 ottobre 1996.

Ai sensi del combinato disposto dell'articolo 2, commi 14 e 32 della legge 14 novembre 1995, n. 481 (di seguito legge n. 481/95) sono trasferite all'Autorità tutte le funzioni amministrative esercitate da organi statali e da altri enti e amministrazioni pubbliche, anche a ordinamento autonomo, relative alle sue attribuzioni.

Tra le suddette funzioni, con le specificazioni di cui all'articolo 3, commi 1 e 7 della legge n. 481/95, rientrano quelle previste dalle delibere del Comitato interministeriale per la programmazione economica (di seguito: Cipe) 26 giugno 1974 e 20 settembre 1974 che assegnano al Comitato interministeriale dei prezzi (di seguito: Cip) le funzioni di controllo e al Cipe le funzioni di intervento rispetto ai prezzi del gas naturale.

Ritenendo, sulla base della documentazione fornita dall'Ospedale S. Martino, che il caso costituisca presupposto per interventi formali ai sensi dei citati articolo 2, commi 14 e 32 e articolo 3, commi 1 e 7 della legge n. 481/95, l'Autorità con delibera 31 luglio 1997, n. 87/97 ha avviato una istruttoria conoscitiva i cui esiti sono illustrati nel presente documento per la consultazione.

2. Il contesto giuridico di riferimento

2.1 Aspetti sostanziali

Al fine di individuare i dati giuridici necessari alla valutazione dei comportamenti di cui sopra, è necessario tenere presente che l'Ospedale S. Martino, come altri complessi ospedalieri e strutture di ricovero con consumi superiori a 300.000 mc per anno, acquista gas a prezzi sottoposti al regime di sorveglianza sancito dalla delibera del Cipe 20 settembre 1974.

La delibera Cipe stabilisce che tali prezzi debbano essere "preferibilmente concordati con le organizzazioni più rappresentative degli utenti". I prezzi applicati agli utenti industriali, anch'essi soggetti al regime di sorveglianza, vengono infatti stabiliti nelle contrattazioni collettive tra Snam, Confindustria e Confapi in rappresentanza dei consumatori industriali. L'ultimo accordo è dell'11 novembre 1997. Tuttavia, diversamente da

quanto previsto dalla delibera Cipe, i prezzi di fornitura praticati alle utenze ospedaliere vengono decisi nella trattativa tra Snam, Anci, Anigas, Assogas e Federgasacqua, in assenza di interlocutori rappresentativi degli interessi dei complessi ospedalieri e in regime di monopolio di fatto dell'offerta.

I prezzi di fornitura del gas metano ai complessi ospedalieri con consumi superiori a 300.000 mc per anno si distinguono da quelli applicati alle strutture di ricovero con consumi inferiori a detto livello; questi sono amministrati nell'ambito delle tariffe per usi civili, secondo quanto stabilito dai provvedimenti del Cip concernenti il cosiddetto "metodo" per la determinazione e la revisione delle tariffe del gas distribuito a mezzo rete urbana. La soglia di passaggio tra l'applicazione dei due regimi di prezzo è diminuita nel corso degli anni '80. Fino al 1983 le vendite di gas per usi ospedalieri erano soggette esclusivamente a regime tariffario amministrato per usi civili. Con il provvedimento Cip 30 giugno 1983, n. 17/1983 pubblicato nella Gazzetta Ufficiale, Serie generale n. 180 del 2 luglio 1983 i complessi ospedalieri con consumi superiori a 500.000 mc per anno sono stati svincolati dall'applicazione del metodo tariffario e sottoposti al regime di sorveglianza dei prezzi previsto dalla delibera Cipe. Nel 1985 sono fuoriusciti dal metodo anche i complessi ospedalieri con consumi superiori a 400.000 mc per anno (provvedimento Cip 24 ottobre 1985, n. 42/1985 pubblicato nella Gazzetta Ufficiale, Serie generale n. 253 del 26 ottobre 1985) e, da ultimo, a partire dal 1987 anche i complessi ospedalieri con consumi superiori a 300.000 mc per anno (provvedimento Cip 2 luglio 1987, n. 22/1987 pubblicato nella Gazzetta Ufficiale, Serie generale n. 153 del 3 luglio 1987, di seguito: provvedimento Cip n. 22/87). Vi è infine da evidenziare che nel caso dei consumatori industriali, questo stesso provvedimento fissa in 200.000 mc per anno il limite inferiore della fornitura per il passaggio dal regime tariffario amministrato per usi civili al regime sorvegliato.

2.2 Aspetti istituzionali

All'Autorità ai sensi dell'articolo 2, comma 12, lettere m) e n) è attribuita la funzione di valutare "reclami, istanze e segnalazioni presentate dagli utenti o dai consumatori, singoli o associati..." e la funzione di verificare "la congruità delle misure adottate dai soggetti esercenti il servizio al fine di assicurare la parità di trattamento degli utenti...".

La delibera Cipe 26 giugno 1974 ha stabilito che, al fine di riordinare la disciplina dei prezzi riguardanti anche le fonti di energia il Cip provveda a fissare, con proprie deliberazioni, i prezzi del gas (industriale, naturale e tecnico) distribuito a mezzo rete per usi domestici, artigianali e industriali e del gas naturale e tecnico compresso in bombole. Nel punto II) della delibera 26 giugno 1974 il Cipe ha stabilito che il Cip provveda, nell'ambito del più generale compito di sorveglianza dell'andamento dei prezzi, a seguire l'evoluzione dei prezzi di altri settori procedendo anche alle richieste di informazioni e ispezioni e a indagini, previste dalla normativa vigente; possa anche svolgere - ove necessario - opportune consultazioni

con gli operatori dei settori interessati e formuli al Cipe eventuali proposte di misure d'intervento.

Nella sopracitata delibera, il Cipe si è riservato di deliberare in un secondo momento circa la disciplina del prezzo del metano. Ciò è avvenuto con la delibera Cipe 20 settembre 1974 nella quale è stato previsto di assoggettare il gas naturale (metano) al regime dei prezzi sorvegliati, secondo le modalità previste dal punto II) della delibera Cipe 26 giugno 1974, e di affidare al Cipe il compito di sorvegliare affinché i prezzi del metano, preferibilmente concordati con le organizzazioni più rappresentative degli utenti, rispondano al criterio di una loro evoluzione coerente al quadro degli indirizzi nazionali di politica energetica volti, tra l'altro, ad attenuare le distorsioni tra gli utilizzatori di diverse fonti energetiche; siano compatibili con le politiche seguite per i prodotti assoggettati alla disciplina amministrativa dei prezzi e assicurino per gli usi civili, la salvaguardia del potere di acquisto dei ceti meno abbienti.

Come anticipato in premessa, l'articolo 2, comma 14, della legge n. 481/95 sancisce che a ciascuna Autorità sono trasferite le funzioni amministrative esercitate da organi statali e da altri enti pubblici, anche a ordinamento autonomo, relative alle sue attribuzioni. L'articolo 2, comma 32, della legge n. 481/95 prevede che entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della sopraddezza legge cessano le competenze esercitate in materia dal Cipe.

L'articolo 3, comma 1, della legge n. 481/95 dispone inoltre che sono trasferite all'Autorità, dalla data di emanazione del regolamento concernente l'organizzazione ed il funzionamento dell'Autorità per l'energia elettrica e il gas, le funzioni in materia di energia elettrica e gas del soppresso Cip attribuite dall'articolo 5, comma 2, lettera b) del decreto del Presidente della Repubblica 20 aprile 1994, n. 373 al Ministro dell'industria, del commercio e dell'artigianato.

Il trasferimento delle funzioni sopradette è avvenuto con l'emanazione della deliberazione dell'Autorità 11 dicembre 1996, n. 5/96, pubblicata nella Gazzetta Ufficiale, Serie generale, n. 93 del 22 aprile 1997, con la quale è stato adottato il regolamento concernente l'organizzazione ed il funzionamento dell'Autorità per l'energia elettrica e il gas.

Tra queste funzioni del Cip rientra anche quella relativa alla fissazione del limite di fornitura espresso in mc per anno per esentare particolari tipologie di utenza dal regime amministrato sulla base del metodo per la determinazione e la revisione delle tariffe del gas distribuito a mezzo rete urbana.

L'articolo 3, comma 7, della legge n. 481/95 stabilisce infine che i provvedimenti adottati dal Cip in materia di energia elettrica e gas

conservano piena validità ed efficacia, salvo diversa modifica o abrogazione disposta dall'Autorità.

3. Svolgimento dell'istruttoria conoscitiva

Ai fini della conduzione dell'istruttoria conoscitiva avviata con la delibera dell'Autorità 31 luglio 1997, n. 87/97, gli uffici dell'Autorità hanno richiesto informazioni e hanno svolto approfondimenti e incontri con i rappresentanti dell'Ospedale S. Martino in data 6 aprile 1998, dell'Amga in data 8 aprile 1998, e della Snam, sempre in data 8 aprile 1998.

Nel corso dell'istruttoria, l'Ospedale S. Martino ha fornito documentazione da cui si può ricavare che il trattamento riservato all'Ospedale S. Martino per il prezzo di fornitura di gas, definito dall'accordo tra Snam, Anci, Anigas, Assogas e Federgasacqua, risulta decisamente meno vantaggioso rispetto al prezzo praticato a utenti industriali con caratteristiche equivalenti di prelievo, come previsto negli accordi tra Snam, Confindustria e Confapi. In particolare, il livello di consumo e il diagramma di prelievo dell'Ospedale S. Martino, per l'elevato grado di utilizzo della capacità impegnata, consentirebbero di ottenere il prezzo praticato per la cosiddetta "tariffa binomia per alta utilizzazione". In questa ipotesi il prezzo medio di fornitura (prima delle tasse) con i consumi verificati nel 1997 sarebbe stato uguale a 286,3 lire/mc rispetto a 379,3 lire/mc effettivamente applicate, determinando, per il solo effetto del prezzo, un risparmio totale nell'anno pari a circa 550 milioni di lire.

Negli incontri con gli uffici dell'Autorità, Snam ha asserito che il prezzo della fornitura alle utenze ospedaliere viene determinato con riferimento a parametri medi caratteristici delle forniture all'insieme dei complessi ospedalieri che, quindi, non riflettono necessariamente le condizioni di alcuni ospedali con un maggior grado di utilizzo della capacità impegnata. Amga, azienda fornitrice dell'Ospedale S. Martino, ha sostenuto che i complessi ospedalieri presentano in generale costi medi superiori rispetto alle forniture industriali, dovuti ai maggiori costi di allacciamento e alla necessità di fornire maggiori garanzie di continuità del servizio. Inoltre, sia Snam che Amga hanno affermato che i costi di fornitura dei complessi ospedalieri sono mediamente superiori per via dei maggiori oneri finanziari causati da una minore frequenza di fatturazione nonché da pagamenti in molti casi ritardati.

Al fine di approfondire le ragioni della mancanza di un coinvolgimento dei complessi ospedalieri nella contrattazione del prezzo di fornitura a loro applicato, in data 8 maggio 1998 è stato anche effettuato un incontro tra uffici dell'Autorità e rappresentanti del Ministero della sanità. L'incontro ha confermato un elevato grado di decentramento del servizio sanitario in Italia e la difficoltà di fare riferimento a soggetti rappresentativi della categoria dei complessi ospedalieri per la trattativa a livello nazionale del prezzo del gas metano. Circa il 20 % dei complessi ospedalieri privati fanno capo alle

due associazioni Aiop (Associazione italiana ospedalità privata) e Aris (Associazione religiosa istituti socio – sanitari); ma in termini di dimensioni e potenzialità di consumo, i complessi ospedalieri di gran lunga più importanti sono quelli pubblici. Le modalità organizzative e di funzionamento dei complessi ospedalieri sono stabiliti dalle amministrazioni regionali nell'ambito delle proprie competenze.

Considerando che il prezzo riservato all'Ospedale S. Martino rientra nel quadro dei prezzi di fornitura alle utenze ospedaliere stipulato nell'accordo tra Snam, Anci, Anigas, Assogas e Federgasacqua, un esame della problematica specifica a tale ospedale non può prescindere da una verifica più generale rivolta all'intera categoria dei complessi ospedalieri. Al fine di verificare le effettive condizioni di prelievo di gas da parte dei singoli ospedali e le relative condizioni di fornitura, nel mese di agosto 1998 gli uffici dell'Autorità hanno avviato una *Indagine sulla distribuzione di gas nelle strutture di ricovero nel 1997* (di seguito: l'Indagine dell'Autorità) attraverso un questionario inviato ai soggetti esercenti il servizio di distribuzione del gas; tale Indagine ha coperto l'88 % dei complessi ospedalieri con consumi superiori a 300.000 mc per anno.

4. Esito dell'istruttoria conoscitiva

L'Indagine dell'Autorità ha permesso di rilevare che le caratteristiche di consumo dei complessi ospedalieri presentano una fortissima variabilità sia in termini di forniture totali che di distribuzione mensile delle forniture, tale da rendere impropria l'approssimazione con valori mediati su tutti i complessi ospedalieri; i principali risultati dell'Indagine dell'Autorità sono riportati nella tabella 1. In particolare, nel 1997 le forniture variavano tra valori minimi, in alcuni casi anche inferiori a 300.000 mc, e un valore massimo di 8,4 milioni di mc; analogamente i coefficienti di utilizzo variavano tra un minimo di 0,36 e un massimo di 0,77. Il consumo medio nel 1997 di tutti i complessi ospedalieri rilevati era pari a 978 mila mc e il valore medio del coefficiente di utilizzazione¹ era pari a 0,56 (0,63 se ponderato con i consumi). I dati raccolti evidenziano una correlazione tra coefficiente di utilizzazione e consumo annuo (figura 1); l'estensione della linea di regressione a livelli di consumo inferiori a 300.000 mc indica un calo del coefficiente di utilizzazione a valori che si mantengono comunque superiori a 0,5.

4.1 Costi di fornitura

Dall'Indagine dell'Autorità non sono emerse evidenze che supportino l'esistenza di maggiori costi per la fornitura dei complessi ospedalieri rispetto a quelli per la fornitura ai clienti industriali in termini di: a) garanzia

¹ Il coefficiente di utilizzazione indica il grado di sfruttamento delle infrastrutture di rete ed è definito come il rapporto tra il volume annuo prelevato e quello teoricamente prelevabile in base all'impegno giornaliero ottimale. Questo è definito come il livello di impegno di prelievo che rende minimo l'esborso annuo dell'utente in termini di quota fissa (dovuta anche in caso di mancato prelievo) e di penalità incorse per il relativo superamento.

di continuità delle forniture e b) oneri finanziari generati in relazione alla fatturazione.

a) *Garanzia di continuità delle forniture*

La necessità di garantire la continuità del servizio assume una valenza particolare per i complessi ospedalieri, in quanto collegata con la tutela della salute dei ricoverati. Problemi di continuità delle forniture derivano essenzialmente dal blocco delle apparecchiature del gruppo di riduzione e misura, dovuto a malfunzionamento o a sovrappressione, e dall'intasamento dei filtri posti a monte di ciascuna linea del gruppo. Le reti magliate tipiche delle distribuzioni cittadine a bassa pressione sono generalmente alimentate da più gruppi di riduzione finale con più linee e, quindi, la probabilità di interruzione delle forniture a bassa pressione è assai ridotta. Quando la portata oraria richiesta non è troppo elevata le utenze ospedaliere vengono normalmente allacciate alle reti cittadine a bassa pressione e non sono necessari ulteriori accorgimenti per garantire la continuità della fornitura. Diversa è la situazione quando la portata oraria è elevata. In questo caso l'allacciamento viene generalmente effettuato sulla rete di media pressione e si rende necessaria l'installazione di un gruppo di riduzione e misura in entrata all'ospedale. È consuetudine attrezzare il gruppo di riduzione e misura con due o più linee al fine principale di garantire la fornitura durante un eventuale blocco di una delle linee e in modo da evitare interruzioni del servizio di distribuzione durante la manutenzione ordinaria.

Dall'Indagine dell'Autorità è emerso che appena il 10% dei complessi ospedalieri è servito direttamente dalla rete cittadina a bassa pressione, mentre il rimanente 90 % è alimentato a media pressione attraverso gruppi di riduzione e misura. Di questi quasi il 20% hanno un gruppo in entrata all'ospedale dotato di una sola linea e quindi insufficiente per garantire la continuità delle forniture in caso di blocco della linea. Di norma i distributori utilizzano gruppi di riduzione e misura con due o più linee per le forniture agli utenti industriali, in conformità con il contratto che garantisce la regolarità e sicurezza delle forniture.

b) *Oneri finanziari generati in relazione alla fatturazione*

Nella quasi totalità dei complessi ospedalieri rilevati i consumi vengono fatturati con una frequenza mensile del tutto analoga a quella praticata alle imprese industriali. Eventuali oneri finanziari aggiuntivi per ritardati pagamenti da parte dei complessi ospedalieri vengono gestiti dalle aziende di distribuzione nell'ambito della normale amministrazione dei rapporti con gli utenti mediante la corresponsione dei relativi interessi di mora. Ne risulta che gli oneri finanziari generati dal processo di fatturazione non dovrebbero essere significativamente diversi tra ospedali e utenti industriali.

4.2 Prezzi di fornitura

I prezzi di fornitura (al netto delle imposte) calcolati per i complessi ospedalieri in applicazione dell'accordo tra Snam, Anci, Anigas, Assogas e Federgasacqua del 14 ottobre 1996 sono compresi tra 377 e 425 lire/mc, con un valore medio ponderato sulla base del gas venduto di 401 lire/mc. I prezzi risultanti nell'ipotesi di assimilazione dei complessi ospedalieri a utenti industriali sulla base dell'accordo tra Snam, Confindustria e Confapi dell'11 novembre 1997 sono compresi tra un minimo di 271 lire/mc e un massimo di 353 lire/mc. Tali risultati evidenziano una degressività molto maggiore per i prezzi applicati agli utenti industriali rispetto ai complessi ospedalieri: riduzione tra il prezzo massimo e minimo del 23 % contro l'11 %.

Dal confronto dei risultati ottenuti per i singoli ospedali emerge che i complessi ospedalieri pagano mediamente un prezzo maggiorato di 92 lire/mc rispetto a utenti industriali con caratteristiche di consumo equivalente. La maggiorazione varia in funzione dell'entità di consumo e della curva di prelievo, da un minimo di 71,5 lire/mc a un massimo di 126 lire/mc. Il valore medio della maggiorazione ponderato sulle vendite complessive risulta pari a 93,3 lire/mc, ovvero il 23 % del prezzo finale praticato al netto delle tasse. Esteso alle forniture ospedaliere nel loro complesso, tale maggiorazione determina una imposizione a carico del settore ospedaliero di circa 45 miliardi di lire.

L'accordo tra Snam, Anci, Anigas, Assogas e Federgasacqua del 14 ottobre 1996 prevede l'applicazione di una "tariffa monomia" per gli utenti industriali con consumi annui inferiori a 500 mila mc allacciati alla rete urbana, disegnata per utenti caratterizzati da prelievi irregolari e difficilmente programmabili. I complessi ospedalieri censiti in questa fascia di consumo hanno un coefficiente di utilizzazione medio ponderato con i consumi pari a 0,55, e quindi relativamente regolare. Agli ospedali l'accordo tra Snam, Anci, Anigas, Assogas e Federgasacqua riserva un prezzo pari a 425 lire/mc. Nell'ipotesi di applicare invece il prezzo industriale corrispondente alla "tariffa industriale binomia" dell'accordo tra Snam, Confindustria e Confapi dell'11 novembre 1997, il prezzo medio risultante calerebbe a 326 lire/mc, ovvero di 99 lire/mc.

4.3 Margine di distribuzione

Il margine di distribuzione è incluso nel prezzo di fornitura che i complessi ospedalieri devono riconoscere al distributore ed è a carico dei complessi ospedalieri, mentre nel caso delle forniture industriali il margine di distribuzione riconosciuto ai distributori è a carico di Snam e si configura, quindi, come uno sconto di Snam a favore delle industrie. A parità di caratteristiche di prelievo, il servizio di distribuzione è sostanzialmente identico per i complessi ospedalieri e per le utenze industriali. Invece, dai risultati dell'Indagine emerge un corrispettivo a fronte del servizio reso significativamente superiore per i complessi ospedalieri. In particolare, il

marginale di distribuzione applicato ai complessi ospedalieri varia tra 42,4 e 89,8 lire/mc, con un valore medio ponderato sulle forniture di 66,0 lire/mc.

Applicando i termini per il calcolo del margine di distribuzione per gli utenti industriali definiti nell'accordo tra Snam, Confindustria e Confapi dell'11 novembre 1997, risulta un margine variabile tra 16,4 e 74,2 lire/mc con un valore medio ponderato sulle forniture di 28,8 lire/mc. La maggiorazione applicata ai complessi ospedalieri rispetto agli utenti industriali varia tra 15,7 e 63,9 lire/mc con un valore medio ponderato sulle forniture pari a 37,2 lire/mc. Nell'ipotesi di equiparare a utenti industriali con "tariffa binomia ad alta utilizzazione" i complessi ospedalieri con prelievi annui inferiori a 500 mila mc e coefficiente di utilizzazione maggiore di 0,5 la maggiorazione per questi ospedali risulta pari a 57,4 lire/mc.

5. Valutazione giuridica

In conclusione, i prezzi di fornitura ai complessi ospedalieri previsti nell'accordo contrattuale tra Snam, Anci, Anigas, Assogas e Federgasacqua, presentano la specificità, non riscontrabile per altre categorie di consumatori, di un prezzo deciso unilateralmente dai distributori finali insieme al fornitore della materia prima, l'uno operante in regime di monopolio di fatto, gli altri in regime di esclusiva, con evidente pregiudizio degli interessi degli utenti.

I prezzi del gas ai complessi ospedalieri vengono determinati con riferimento a parametri medi che non appaiono riflettere la variabilità delle condizioni di fornitura caratteristiche dei complessi ospedalieri in termini di consumo annuo e grado di utilizzo della capacità impegnata. I prezzi alle utenze ospedaliere risultano sempre superiori a quelli per le forniture di tipo industriale, senza che siano riscontrabili differenze apprezzabili in termini di costo di fornitura da parte delle aziende distributrici. I margini di distribuzione riconosciuti ai distributori a carico dei complessi ospedalieri assumono valori che non trovano riscontro nei margini molto inferiori riconosciuti da Snam per forniture a utenze industriali allacciate alla rete cittadina. Peraltro, l'attuale regime per il riconoscimento del margine di distribuzione ai distributori si configurerebbe come un vero e proprio sconto che Snam pratica agli utenti industriali ma non agli utenti ospedalieri a parità di servizio reso.

Pertanto, l'attuale regime di prezzi per le forniture di gas alle utenze ospedaliere con consumi superiori ai 300.000 mc per anno non rifletterebbe né il principio stabilito dall'articolo 2, comma 12, lettera c) della legge n. 481/95 relativamente all'aderenza dei prezzi a un criterio di costo, né l'articolo 2, comma 12, lettera n), relativamente alla parità di trattamento degli utenti. Inoltre, non vi sarebbero motivazioni per escludere dal regime di sorveglianza i complessi ospedalieri con una soglia di consumo superiore a 200.000 mc per anno e inferiore o uguale a 300.000 mc per anno così come stabilito dal provvedimento Cip n. 22/87 per i consumatori industriali.

L'attuale regime dei prezzi non risponde, infine, allo spirito della già citata delibera Cipe 20 settembre 1974, che auspica il coinvolgimento di rappresentanze degli utenti nella contrattazione tra le parti.

Punto di discussione 1: Vi sono motivazioni che sconsigliano la riduzione della soglia per il passaggio delle utenze ospedaliere al regime di prezzi sorvegliati da 300.000 mc per anno a 200.000 mc per anno?

6. Prospettive per interventi di competenza dell'Autorità

Ai sensi del combinato disposto dell'articolo 2, commi 14 e 32, e dell'articolo 3, commi 1 e 7, della legge n. 481/95, l'Autorità intende adottare provvedimenti finalizzati a esentare dal regime amministrato i complessi ospedalieri con un consumo annuo superiore a 200.000 mc e inferiore o uguale a 300.000 mc e a definire i criteri da porre alla base dell'attuale e dei futuri accordi contrattuali relativi ai prezzi per tutti i complessi ospedalieri con consumi superiori a 200.000 mc per anno.

6.1 Criteri generali definiti dalla legge n. 481/95

L'articolo 1 della legge n. 481/95 individua tra le finalità di ordine generale quelle di “garantire la promozione della concorrenza; [...] il sistema tariffario deve [...] armonizzare gli obiettivi economico-finanziari dei soggetti esercenti il servizio con gli obiettivi generali di carattere sociale, di tutela ambientale e di uso efficiente delle risorse”.

Ai sensi dell'articolo 2, comma 12, lettera c) della medesima legge, l'Autorità controlla il “rispetto dei principi della concorrenza e della trasparenza, anche in riferimento alle singole voci di costo, anche al fine di prevedere l'obbligo di prestare il servizio in condizioni di eguaglianza, in modo che tutte le ragionevoli esigenze degli utenti siano soddisfatte, ivi comprese quelle degli anziani e dei disabili, garantendo altresì il rispetto dell'ambiente, la sicurezza degli impianti e la salute degli addetti”.

In relazione alle suddette finalità, l'Autorità, in generale, ai sensi dell'articolo 2, comma 12 lettera m), della legge 481/95 “valuta reclami, istanze e segnalazioni presentate dagli utenti o dai consumatori, singoli o associati” e ai sensi dell'articolo 2, comma 12, lettera n) della legge n. 481/95, “verifica la congruità delle misure adottate dai soggetti esercenti il servizio al fine di assicurare la parità di trattamento tra gli utenti”.

6.2 Capacità dei complessi ospedalieri di contrattare le forniture di gas naturale

Va rilevato che i singoli complessi ospedalieri hanno tutto l'interesse a trovare le condizioni di fornitura più favorevoli sul mercato del gas naturale, anche in funzione del peso significativo dell'energia sulle loro spese di funzionamento.

L'istruttoria conoscitiva ha evidenziato che oltre 100 ospedali (circa il 20 % del totale) hanno avuto nel 1997 un consumo superiore a 1000 tonnellate equivalenti di petrolio solo di gas naturale, ed erano pertanto obbligati dall'articolo 19, comma 1 della legge 9 gennaio 1991, n. 10 (di seguito: legge n. 10/91) a "comunicare al Ministero dell'industria, del commercio e dell'artigianato il nominativo del tecnico responsabile per la conservazione e l'uso razionale dell'energia", entro il 30 aprile di ogni anno. Considerando che gli ospedali consumano, oltre al gas naturale, anche energia elettrica in quantità molto significativa e altre fonti di energia, si può ritenere che almeno a un terzo e forse alla metà dei complessi ospedalieri viene riconosciuta la capacità e affidata la responsabilità di individuare "le azioni, gli interventi, le procedure e quant'altro necessario per promuovere l'uso razionale dell'energia [...] in funzione anche dei parametri economici e degli usi energetici finali" (articolo 19, comma 3 della legge n. 10/91). L'istruttoria conoscitiva in oggetto è stata attivata in base alla segnalazione dell'Ospedale S. Martino, promossa dal tecnico responsabile per la conservazione e l'uso razionale dell'energia dello stesso ospedale, impegnato nella ricerca di soluzioni atte a ridurre le spese per i consumi di energia.

Nell'ambito dell'istruttoria conoscitiva è stato rilevato che almeno 10 complessi ospedalieri hanno consumi annui che nel 1997, un anno peraltro caratterizzato da un inverno relativamente mite, erano superiori a 5 milioni di mc. A tali complessi ospedalieri dovrebbe essere riconosciuta la capacità di acquistare gas naturale sul mercato libero nel non distante futuro. La direttiva 98/30/CE del Parlamento europeo e del Consiglio del 22 giugno 1998 relativa a norme comuni per il mercato interno del gas naturale (di seguito: direttiva europea 98/30/CE) stabilisce che la soglia di idoneità per accedere al mercato libero del gas naturale debba essere ridotta a 5 milioni di mc dieci anni dopo l'entrata in vigore della direttiva (articolo 18, paragrafi 2 e 6). Gli Stati membri sono liberi di aumentare tale soglia solo qualora essa porti a un grado di apertura maggiore del 30 % e purché la modifica della soglia sia effettuata "in modo equilibrato, senza creare svantaggi specifici per taluni tipi o classi di clienti idonei, ma tenendo conto delle strutture di mercato esistenti" (articolo 18, paragrafo 5 della direttiva europea 98/30/CE).

Almeno i maggiori complessi ospedalieri hanno o potrebbero avere la capacità e la convenienza a definire condizioni più razionali e favorevoli di fornitura dell'energia ed effettuare le più opportune scelte in merito all'utilizzo o meno del gas naturale nei loro impianti in funzione delle

condizioni sul mercato. Pertanto, anche ai fini della liberalizzazione del mercato del gas, appare opportuno mantenere per i complessi ospedalieri un regime di prezzo che si presti alla libera contrattazione sul mercato in linea con i tempi definiti dal recepimento e dall'attuazione della direttiva europea 98/30/CE nell'ordinamento legislativo e normativo nazionale.

Punto di discussione 2: Si ritiene che i complessi ospedalieri abbiano la capacità di contrattare le migliori condizioni di fornitura del gas naturale?

7. Proposte per la definizione di criteri per la determinazione dei prezzi di fornitura del gas naturale ai complessi ospedalieri

Tenuto conto degli esiti dell'istruttoria conoscitiva e delle valutazioni di cui sopra, l'Autorità propone che nella fornitura di gas per uso ospedaliero venga fatto salvo il principio della libera contrattazione tra le parti. L'Autorità in considerazione delle funzioni ad essa attribuite, ai sensi dell'articolo 2, commi 14 e 32 e dell'articolo 3, commi 1 e 7, della legge n. 481/95, prevede di adottare un provvedimento che:

- a) escluda dalla determinazione e revisione amministrativa delle tariffe del gas distribuito a mezzo rete urbana tutti i complessi ospedalieri con forniture di gas naturale superiori a 200.000 mc per anno;
- b) assicuri che nel processo di contrattazione siano rispettati i principi stabiliti dalla delibera Cipe 20 settembre 1974, evitando ogni forma di discriminazione tra utenze ospedaliere e utenze industriali con analoghe caratteristiche di prelievo, con particolare riferimento a: prezzo di vendita del gas naturale, margine di distribuzione e qualità del servizio;
- c) garantisca, nell'ambito di tale processo di contrattazione, aderenza ai principi di rispondenza al costo effettivamente sostenuto, e di trasparenza in riferimento alle specifiche componenti di costo;
- d) individui modalità di verifica di congruità delle misure adottate e di corretta applicazione dei criteri proposti.

La soglia di cui alla lettera a) e i criteri di cui alla lettera b) potranno essere soggetti a modifiche tenuto conto del procedimento di revisione dell'ordinamento tariffario avviato dall'Autorità con delibera 23 aprile 1998, n. 40/98 e dei provvedimenti di recepimento e attuazione della direttiva europea 98/30/CE.

Punto di discussione 3: Esistono criteri alternativi applicabili in tempi brevi per la determinazione del prezzo del gas per i complessi ospedalieri che possono essere adottati nell'ambito degli accordi contrattuali tra Snam, Anci, Anigas, Assogas e Federgasacqua o al di fuori di questi?

Tabella 1 **Principali risultati dell'Indagine sulla distribuzione di gas nelle strutture di ricovero nel 1997¹**

	Massimo	Minimo	Media semplice	Media ponderata
Consumo totale annuo (mc)	8372628	187371	978046	-
Coefficiente di utilizzazione ²	0,77	0,36	0,56	0,63
Prezzo di fornitura ³ (Lire/mc)				
- utenze ospedaliere	424,7	377,3	413,4	400,9
- utenze industriali	353,3	270,5	321,0	307,6
Margine di distribuzione ⁴ (Lire/mc)				
- utenze ospedaliere	89,8	42,4	78,4	66,0
- utenze industriali	74,2	16,4	40,3	28,8
Maggiorazione ospedaliera ⁵ (Lire/mc)				
- prezzo di fornitura	125,6	71,5	92,4	93,3
- margine di distribuzione	63,9	15,7	38,0	37,2

1. Valori riferiti a 423 complessi ospedalieri.

2. Il coefficiente di utilizzazione rappresenta il grado di sfruttamento delle infrastrutture di rete ed è implicitamente definito nella procedura di calcolo del prezzo stabilita negli accordi tra Snam e Confindustria e tra Snam e Confapi dell'11 novembre 1997. In particolare, viene determinato come il rapporto tra il volume annuo prelevato e quello teoricamente prelevabile in base all'impegno giornaliero ottimale, definito come il livello di impegno di prelievo che rende minimo l'esborso annuo dell'utente in termini di quota fissa (dovuta anche in caso di mancato prelievo) e di penalità incorse per il relativo superamento. Nel caso delle utenze ospedaliere in esame, in mancanza di misurazioni giornaliere, l'impegno ottimale è stato determinato seguendo la prassi usata anche per le utenze industriali, in base al quarto dei dodici valori mensili del prelievo giornaliero medio mensile ordinati in progressione decrescente.

3. Il prezzo delle forniture per le utenze ospedaliere è quello definito nell'accordo tra Snam, Anci, Anig, Assogas e Federgasacqua del 14 ottobre 1996: Contratto per la somministrazione di gas naturale ad aziende distributrici; B) Condizioni economiche e tariffarie, punto B.3. Il prezzo per le forniture alle utenze industriali è quello definito negli accordi tra Snam e Confindustria e tra Snam e Confapi dell'11 novembre 1997. I prezzi sono al netto delle imposte.

4. I margini di distribuzione sono definiti nell'accordo tra Snam, Anci, Anig, Assogas e Federgasacqua del 14 ottobre 1996: Contratto per la somministrazione di gas naturale ad aziende distributrici. Il margine di distribuzione per le utenze ospedaliere è la "quota di copertura dei costi specifici" definita al punto R.13 del Regolamento applicativo. Il margine di distribuzione per le utenze industriali è il margine definito al punto B.2.3 delle Condizioni economiche e tariffarie.

5. La maggiorazione è calcolata come differenza tra i prezzi e, rispettivamente, i margini di distribuzione praticati alle utenze ospedaliere e industriali. Le maggiorazioni massime e minime sono riferite a singole utenze e non corrispondono pertanto alla differenza tra i valori massimi e minimi dell'insieme degli ospedali.

Figura 1 Correlazione tra coefficiente di utilizzazione e consumo totale annuo

