

CONTRIBUTI ESTERNI

IL SISTEMA SANITARIO FRANCESE: ALCUNI APPUNTI DESCRITTIVI E ANALITICI

Jean-Olivier Mallet

*Ex-docente Dipartimento di Salute Pubblica,
Facoltà di Medicina, Università Tolosa 3 Paul-Sabatier*

PREMESSA

Nonostante una tradizionale vicinanza culturale tra “cugini latini”, il Sistema Sanitario Francese (SSF) suscita poca attenzione in Italia a differenza del National Health Service britannico per la sua caratteristica di sistema Beveridge, e del sistema sanitario statunitense per l'importanza del paese e la tipologia organizzativa, tutti e due molto più osservati, descritti ed analizzati.

1. ELEMENTI DI CONTESTO

Alcuni elementi di contesto permettono di inquadrare meglio l'organizzazione del sistema sanitario francese, soprattutto per le risorse quantitative che non le prestazioni, più complesse da valutare e dipendenti anche da fattori extra-sanitari.

Secondo i dati OCSE 2019, la spesa complessiva del SSF ammontava al 12% del PIL (con una spesa pubblica di circa 9%), mentre la spesa per abitante, a parità di potere d'acquisto, era stimata a 4.600 Euro (in USA 6.700, in Germania 5.400 e in Italia 3.800 Euro).

I dati demografici relativi ai professionisti sanitari mostrano una situazione di personale quantitativamente medio-alta, con un numero di medici pari a 339/100.000 abitanti, ma in calo a causa del *numerus clausus* (numero chiuso nell'accesso ai corsi di laurea) da tempo in atto anche in Francia. C'è una mancanza di infermieri, ma limitata: 1.136/100.000 abitanti. Per entrambe le professioni, si osserva però una ripartizione territoriale squilibrata, che ha generato una immigrazione di personale sanitario da altri paesi europei, ma soprattutto di medici "a laurea extracomunitaria". Il personale *no-core* è stato sempre più esternalizzato, ma il fenomeno tocca adesso anche il *core* dell'attività sanitaria (es. infermieri interinali): ne consegue una maggior difficoltà nella elaborazione dei dati statistici. In conclusione, senza valutare l'efficienza e l'efficacia del sistema, si può dire che il livello abbastanza alto della spesa sanitaria consente un numero di prestazioni che i Paesi del Sud Europa non si possono permettere.

2. LE COPERTURE ASSISTENZIALI DI BASE E "COMPLEMENTARI"

2.1 Tipologia di welfare

Nelle classificazioni dei modelli di protezione sociale e in particolare delle coperture assistenziali sanitarie, la Francia, accanto a Germania, Austria e Belgio, viene considerata un welfare sanitario di tipo "bismarckiano". Infatti negli anni 1945-47 viene introdotta la nuova Assicurazione Medica della Sicurezza Sociale (AMSS) che adotta questo modello, ovvero assicurazioni sociali obbligatorie su base professionale che coprono dipendenti assistiti e aventi diritto. Questa copertura poi si è estesa a categorie autonome e del mondo dell'agricoltura. Il versamento di contributi da parte dei dipendenti come da parte dei datori di lavoro legittimava una gestione paritaria delle parti sociali. Ma progressivamente due dei quattro rami della Sicurezza Sociale, le pensioni di base e la lotta alla disoccupazione, sono rimasti a carico delle professioni e a gestione paritaria, mentre la copertura di base per la malattia AMSS e le prestazioni familiari (come la lotta alla povertà) sono passate a un modello "universalistico" integrale o selettivo. A fine Novecento la copertura sanitaria di base viene progressivamente estesa al fuori delle professioni: così la copertura medica universale (CMU) e CMU-Complementare nel 1999 superano l'affiliazione per motivi lavorativi e

con la PUMA (protezione universale medica) nel 2016 l'adesione diventa individuale con la soppressione della nozione di *"aventi diritto"*. Parallelamente, all'interno dell'AMSS la gestione statale indiretta afferma la sua supremazia su quella paritaria con i decreti-legge del 1967 e del 1996. Nel 1991 la progressiva fiscalizzazione del prelievo CSG (contributo sociale generalizzato), come imposta di scopo, assicura una legittimità nuova al voto parlamentare orientativo dell'ONDAM (Obiettivo Nazionale di spesa dell'Assicurazione Malattia). L'ONDAM, creato e inserito nella neonata LFSS (Legge annuale di Finanziamento della Sicurezza Sociale, distinta dalla Legge annuale di Finanza dello Stato), marca il tentativo di consolidare le politiche di contenimento della spesa sanitaria pubblica (l'AMSS), che oggi corrisponde a circa l'80% della spesa complessiva. Attualmente la copertura di base AMSS copre il 99% della popolazione francese e finanzia circa il 90% della spesa ospedaliera, ma solo il 70% della spesa ambulatoriale, il 60% della farmaceutica e il 20% degli occhiali, delle protesi dentarie, delle audio-protesi e dei dispositivi medici.

2.2 Co-pagamento: assistenza di base e assicurazioni "complementari"

Le assicurazioni private sono classificate come complementari, sostitutive o supplementari. Le coperture complementari (circa 13% della spesa complessiva) rimborsano i tickets, alcune franchigie, alcune tasse forfettarie, il superamento delle tariffe convenzionate (settore medico 2), le spese sotto-rimborsate dall'AMSS, e possono fare contratti con gruppi di professionisti per regolarne i prezzi.

Se si includono i pazienti cronici con patologie a lunga durata (ALD) beneficiari della prestazione ALD, cioè rimborsati dall'AMSS al 100% su patologia specifica, e l'AME assicurazione medica di Stato per gli stranieri irregolari (100.000 persone all'anno), prestazione ridotta dalla legge sull'immigrazione del 2023, oggi il 96% degli assistiti è coperto da una assicurazione "complementare".

2.3 Le coperture assistenziali "complementari"

La principale assicurazione complementare pubblica è la Complementare Sociale Solidale (CSS) stabilita in base al reddito e gestita dall'AMSS. Ne beneficiano sette milioni

di residenti, cioè il 10% della popolazione francese. Accanto alla CSS pubblica, il 60% delle coperture private complementari sono mutue no-profit (finanziate dai contributi secondo il reddito professionale), un altro 30%, attualmente in crescita, è rappresentato dalle assicurazioni commerciali (finanziate dai premi in base al profilo di rischio individuale o collettivo) gestite da potenti multinazionali francesi o estere. Dopo le direttive europee del 2000 sulle assicurazioni, la logica commerciale si è estesa anche alle mutue no-profit. Infine, il 10% delle assicurazioni complementari sono di gestite da enti paritari aziendali.

Da tenere presente che dal 2016 per i dipendenti privati e dal 2023 per i dipendenti pubblici è stata introdotta una “*generalizzazione*” obbligatoria. Si tratta di contratti collettivi aziendali a scelta dai datori di lavoro e dai lavoratori, con un’eventuale preferenza per un “*contratto responsabile*”, che permette di beneficiare di detrazioni fiscali-sociali. Le coperture per altre categorie quali studenti, lavoratori autonomi, disoccupati e pensionati, rimangono a adesione individuale volontaria, che risulta più costosa e meno completa.

Le assicurazioni “complementari”, nate come assicurazioni individuali volontarie, spesso in concorrenza tra di loro, stanno diventando dunque assicurazioni aziendali collettive a scelta obbligatoria. Però la copertura che propongono rimane diseguale a secondo del profilo di rischio individuale o collettivo. Le assicurazioni “complementari” non possono escludere gli assicurati a rischio, ma applicano la selezione in base a differenze tariffarie in funzione dell’età, di precedenti di salute e dell’uso di Internet.

2.4 Il RAC ovvero la spesa out-of-pocket

Il RAC “*resto a carico dell’assistito*”, ovvero la spesa *out of the pocket* non intermediata, è in questo contesto molto più ridotto che in Italia. Riguarda il 7% della spesa sanitaria complessiva e comprende certe categorie di malati con patologie croniche gravi nonostante l’ALD o con patologie intercorrenti non rimborsate al 100% dall’ALD, gruppi di popolazione senza coperture complementari o con coperture mediocri e settori mal rimborsati dai finanziatori di base e complementari. La lotta per la riduzione dei RAC ha generato nel 2019 in questi settori (occhiali, audio-protesi, protesi dentarie, dispositivi medici) il cosiddetto “*100% salute*”, cioè tariffe senza RAC interamente a carico minore

dell'assicurazione di base AMSS e maggiore a carico delle assicurazioni complementari diventate in questi settori quasi "sostitutive".

2.5 Due livelli di coperture assistenziali in evoluzione

Nel sistema francese assistiamo a un fenomeno paradossale:

- da una parte, la copertura pubblica di base, che prima era costituita da assicurazioni sociali, si è "deprofessionalizzata" in una assistenza universalistica (anche se selettiva, a discapito gli stranieri irregolari): il finanziamento attraverso il Contributo Sociale Generalizzato (CSG) imposta di scopo e la competenza parlamentare (di fatto governativa) attraverso l'ONDAM/LFSS segnano e legittimano questa evoluzione.
- D'altra parte, la copertura "complementare" privata (ad eccezione della Complementare Salute Solidale per il 10% meno abbiente) si è estesa, ma soprattutto "professionalizzata" (da individuale facoltativa ad aziendale collettiva obbligatoria per i dipendenti del privato e poi del pubblico) in un contesto ibrido di mercato assicurativo in rapida concentrazione e di regolazione statale crescente. Un fenomeno paradossale oppure una articolazione nuova tra obiettivi assistenziali e logiche finanziarie lucrative?

3. "LA MÉDECINE DE VILLE" (OPPOSTA ALLA MEDICINA OSPEDALIERA)

3.1 Organizzazione della sanità ambulatoriale

Al contrario di un sistema "beveridgiano", la Francia, da paese ex-bismarckiano, mette da decenni in rapporto finanziatori pubblici (con una presenza non trascurabile di finanziatori privati "complementari") con erogatori di prestazioni per lo più privati (cliniche private, ospedali no-profit, laboratori di biologia e di diagnostica per immagini, ambulatori libero-professionali).

Infatti, la maggior parte dell'attività medico ambulatoriale (a parte le "consultations externes" presso l'ospedale e i Centri Sanitari) si svolge in ambulatori libero professionali, così come per altre professioni sul territorio (infermieri, fisioterapisti, ecc.)

e laboratori di biologia e radiologia: se il finanziamento maggiore è pubblico e viene dall'AMSS, l'esercizio maggiore è privato-convenzionato.

Tra i medici ambulatoriali, la ripartizione tra "generalisti" e specialisti è quasi uguale. Ma i primi lavorano di più in gruppo, mentre gli specialisti devono spesso investire in apparecchiature costose. Per il 75% circa, il loro pagamento avviene oggi a notula ("*paiement à l'acte*"), mentre prima avveniva secondo una assistenza indiretta (il paziente paga l'onorario "*avance de frais*" e si fa rimborsare dalla sua Cassa mutua). Dal 2016 la parte AMSS della visita o dell'esame è pagata secondo la procedura del "*terzo pagante*". A questa remunerazione a notula, si aggiungono oggi diversi forfaits per i malati cronici, dei premi per medicina di gruppo e Maisons Pluriprofessionnelles de Santé MPS e degli incentivi per performance: Contrats d'Amélioration des Pratiques Individuelles CAPI e Rémunérations sur Objectifs de Santé Publique ROSP.

Dal 2004, la legge ha introdotto la figura del "medico curante" (quasi sempre un medico di medicina generale - MMG), di fatto *gatekeeper* in quanto permette l'accesso dei suoi pazienti ai "percorsi di cura coordinati", i PDTA-Piani Diagnostico-Terapeutico Assistenziali (con tickets ridotti). Ma il recente e massiccio emergere di carenza di medici, i cosiddetti "deserti medici", nelle zone rurali e nelle zone urbane disagiate, le *banlieues*, rende l'accesso diretto agli specialisti più costoso con tickets maggiorati, provocando uno spontaneo ricorso diretto al Pronto Soccorso o la rinuncia alle cure.

Fattori che portano ai "deserti medici" e alla rinuncia alle cure:

"Libertà" della medicina liberale	Numerus clausus	Fuga dall'ospedale pubblico verso il privato convenzionato	"Deserti medici"
Tickets maggiorati fuori PDTA percorsi di cura coordinati	Urgenze PS saturi (o telefonicamente filtrati)	Liste d'attesa per esami e visite (ospedale e ambulatori)	Rinuncia alle cure

Da un decennio, in queste zone di scarsa densità medica, sono state create le Case della Salute (Maisons Pluriprofessionnelles de Santé), dove i giovani medici libero-professionisti esercitano in settore tariffario 1 (a tariffe convenzionate tra l'AMSS e i sindacati medici maggioritari) con sovvenzioni integrative dell'AMSS e di enti locali e con un personale spesso dipendente dal gruppo. Queste MSP erano già 700 nel 2017. Per il

momento, le convenzioni con le Casse AMSS sono regionali e dunque non c'è ancora un modello nazionale standard. Oltre all'attività a prestazione delle MPS, molte hanno per obiettivo un'attività di salute pubblica (prevenzione medica e collettiva, coesione sociale territoriale, salute ambientale, ecc.), in cui esercitano un'azione di advocacy e di intervento presso gli enti locali.

3.2 La Carta della medicina libero-professionale (sindacato CSMF *Confédération des Syndicats Médicaux Français*, 1927)

La medicina ambulatoriale francese ha conosciuto tra la fine dell'Ottocento e l'inizio del Novecento una forte tensione tra un filone sociale, diventato poi minoritario, che ha però permesso la creazione di diversi Centri sanitari mutualistici, associativi e comunali e un filone libero-professionale diventato maggioritario dopo la Grande Guerra.

Nel 1927 i medici francesi hanno elaborato una Carta della medicina libero-professionale che all'indomani della Seconda Guerra Mondiale ha assunto valore legale di fronte all'AMSS. Cinque regole sono indicate come le "libertà" intrinseche all'esercizio libero professionale specifico della medicina francese, anche se l'AMSS rimane il principale contributore finanziandola con soldi pubblici. In particolare:

1. Il paziente ha libertà di scelta del medico.
2. Segreto professionale.
3. Libertà di prescrizione.
4. Libertà di "installazione" dell'ambulatorio per la medicina libero-professionista (questa libertà ancora vigente è stata oggetto di conflitto con lo Stato e l'AMSS per ridurre i "deserti medici", ma gli incentivi si sono rivelati inefficienti. Molti giovani medici "residenti" o specializzandi adottano su questo punto posizioni corporative, per evitare un obbligo temporaneo alla "installazione" in "zone deserte o sotto-servite")
5. Libertà tariffaria (o "*entente directe*"): intesa diretta tra medico e paziente. Fino alle convenzioni provinciali del 1960 e nazionale del 1971 vigeva questo principio, ma dal 1980 la creazione del settore tariffario 2 (tariffe libere con

“supplementi di onorari” discrezionali) lo ha reintrodotto per una parte dei medici.

Un tempo riferimenti corporativi sacri per certi sindacati dei MMG e specialisti libero-professionisti, queste libertà oggi sono state ridimensionate e ridotte nel processo normativo di inquadramento dell’attività medica libero-professionale ambulatoriale.

3.3 Organizzazione della medicina ambulatoriale

Questi principi definiti per configurare le nuove assicurazioni sociali sono stati richiamati in occasione della stipula delle convenzioni AMSS/sindacati medici provinciali fino al 1960 e poi nazionale dal 1971. La situazione attuale dal 1980 (introduzione di un secondo settore di esercizio a tariffa libera con supplementi di onorari rispetto alla tariffa convenzionata) è articolata in tre situazioni - “settori di esercizio” e rimanda ancora a quei principi, ma oggi con notevoli divergenze.

Settori tariffari in medicina ambulatoriale libero-professionale.

Settori esercizio	Settore 1 a tariffe convenzionate tra l’AMSS e i sindacati medici maggioritari	Settore 2 OPTAM OPzione Tariffaria Moderata con “supplementi di onorari” auto-regolati	Settore 2 a tariffe libere con “supplementi di onorari” discrezionali
Tariffe	Convenzione AMSS (es. il 70% terzo pagante, il 30% ticket: eventuale assicurazione complementare)	Il 50% attività settore 1, il 50% settore 2, ma $\geq 150\%$ convenzione (l’eventuale complementare rimborsa il ticket e, se favorevole, il superamento tariffario)	Libera fino al 200, 300, 400% della tariffa convenzionata settore 1 (l’eventuale complementare rimborsa il ticket e, se molto favorevole, parte o tutto il superamento tariffario)
Posizione assistenziale del medico	Contributi interamente pagati dalla Cassa AMSS	Pagamento parziale dei contributi dalla Cassa AMSS	Nessun pagamento dei contributi dalla Cassa AMSS
Ripartizione	MMG > 60% settore 1	Specialisti 50% settore 2, di cui 25% OPTAM	Specialisti 50% settore 2, di cui 25% No OPTAM

Questa differenziazione dei settori si aggiunge alla ripartizione dei “deserti medici” ed essa stessa non è distribuita uniformemente sul territorio. All’assenza assoluta di medici in certe zone disagiate si contrappone l’assenza relativa di medici del settore 1 in altre zone agiate. Le disuguaglianze territoriali nell’accesso alle cure sono una dimensione delle disuguaglianze sociali di salute.

3.4 *Formazione iniziale e continua dei medici*

Dagli anni 1970 il timore dei finanziatori pubblici e dello Stato che progressivamente li permea è stato quello dell’inflazione medica: troppi medici che prescrivono troppo. Da una parte la politica di controllo dei prescrittori da parte delle Casse AMSS è stata a lungo centrata sulla riduzione e l’appropriatezza dell’attività, così come l’organizzazione attorno a un *gate keeper* (medico curante dal 2004), mentre dall’altra si è puntato sulla limitazione dei flussi di medici in formazione, più ancora che non di altre professioni sanitarie. Il numero chiuso (*numerus clausus*: un concorso con quiz a fine del primo anno selezionava i pochi autorizzati a proseguire gli studi) è stato in vigore dal 1971 al 2021, anche se allargato a partire dal 2009, quando erano emersi i primi risultati deflattivi a media distanza. Da tempo sono stati reclutati cosiddetti medici “a laurea extracomunitaria” addirittura il 13% del personale medico, presente soprattutto nei piccoli ospedali pubblici periferici. Ma oggi con l’invecchiamento della popolazione e i “deserti medici” in molti territori, la prospettiva è tutt’altra. Una recente riforma cerca di integrare sin dall’inizio i diversi studi sanitari con progressive diramazioni (“passerelle”) per dare agli studenti una seconda chance. Parallelamente, dopo l’esame classificatorio (graduatoria) nazionale ECN a fine del sesto anno, i corsi per MMG (residenti) oggi di tre anni devono allinearsi alle specializzazioni di quattro anni. La formazione continua dei medici libero professionisti è gestita dagli organismi corporativi di categoria? mentre tutti (ospedalieri e liberi professionisti, ma anche ricercatori dell’INSERM, il CNR in sanità) dipendono spesso dalle ditte farmaceutiche.

3.5 *Una professione da riqualificare*

La medicina ambulatoriale francese è una professione con riferimenti culturali obsoleti, poi progressivamente inquadrata da una AMSS “statalizzata”, ma ancora con forti margini corporativi di difesa, permessi anche dalle risorse disponibili elevate malgrado le politiche di contenimento della spesa. E’ da sempre una attività prestazionale maggioritaria quasi-separata dalla salute pubblica e dalla prevenzione (salvo vaccini, centri sanitari, protezione materno-infantile, medicina scolastica, medicina del lavoro e alcune MPS Case della Salute orientate alla salute collettiva). Per anni il pagamento a notula ha favorito l’attività curativa a scapito di quella preventiva. L’orientamento recente va verso una attenzione alla salute pubblica se non alle disuguaglianze di salute. Ma la formazione iniziale del personale (e in certi casi l’azione degli Ordini, dei sindacati e delle società scientifiche) è ancora oggi sbilanciata verso le singole prestazioni. L’attenzione pubblica non è per il momento molto orientata verso un approccio preventivo-collettivo della salute, ma l’interesse crescente nei confronti della salute ambientale potrebbe cambiarla.



CONCLUDENDO, da questa breve panoramica sul SS, abbiamo escluso il settore ospedaliero, le politiche del farmaco, i dispositivi biomedici, il decentramento amministrativo nella centralizzazione francese *Agences Régionales de Santé*, la “democrazia sanitaria” (un tema controverso e significativo dal 2002), la dimensione europea (per es. acquisto di vaccini Covid-19) e internazionale (all’import come all’export: personale, pazienti, fornitori, assicurazioni, investitori) della salute. Ma, già attraverso i punti trattati, appare chiaro che la sanità francese è una realtà particolarmente complessa e stratificata ed è attraversata da idee e indirizzi diversi se non contrapposti:

1. quello solidale e universalistico della Sicurezza Sociale (sin dall’inizio fa della Francia un caso un po' a parte tra i paesi sostenuti da assicurazioni sociali professionali);
2. quello professionale, se non corporativo, della libera-professione medica e di altre professioni sanitarie;
3. quello associativo-volontario delle mutue no-profit, prima della loro banalizzazione e parallelamente dei Centri Sanitari nelle periferie popolari;
4. quello commerciale della farmacia, ma non solo;
5. quello più recente economico-gestionale del management nel settore ospedaliero.

Il concetto di “privatocrazia” mette a fuoco due elementi: la perdita tecnico-strategica progressiva da parte dei poteri pubblici della possibilità di osservare, analizzare e intervenire in un settore sempre più lasciato nelle mani di operatori privati e dei loro esperti e poi la perdita politica-democratica di capacità collettiva di portare nell’agenda e soprattutto nel dibattito pubblico la diagnosi dei problemi e le decisioni nel settore (che nel caso della sanità francese, dagli anni 1950 e particolarmente dai decreti-legge del 1967 sono rimaste materia specialistica, spesso opaca al dibattito politico pubblico, quasi assente dai programmi elettorali salvo proclami generici, un buon esempio di politica depoliticizzata nella tecnica e nell’etica).

Nel caso francese, si potrebbe forse parlare piuttosto di “stato-privatocrazia”, dove le politiche pubbliche promuovono certamente i cinque indirizzi elencati, ma con priorità asimmetriche, con obiettivi a comparti stagni e con metodi divergenti. Inoltre, attraverso tendenze contraddittorie, si opera una “privatizzazione subdola”, dove la mano pubblica orienta l’estensione del privato: un caso specifico di politica pubblica ordo-liberista. In un contesto di competitività globale, la maggior parte delle politiche di contenimento della spesa riguarda gli ospedali pubblici. La privatizzazione della maggior parte degli erogatori di prestazioni è il punto storico di partenza, non il risultato. Però il potere di regolazione dell’AMSS e della Stato su attori privati viene spesso usato nell’orientamento di “più mercato” (spesso oligopolistico, visti gli investimenti industriali e finanziari necessari), mentre nel settore propriamente pubblico (l’ospedale) viene introdotto un management di direttori e di consulenti esterni che lo allinea al modello aziendale con risultati organizzativi e culturali mai valutati ma quanto meno controversi. Nel caso francese, si potrebbe fare l’ipotesi che la privatocrazia passi anche attraverso gli alti dirigenti pubblici (col fenomeno delle porte girevoli: il cosiddetto pantouflage “con le pantofole” dall’amministrazione statale all’industria o alla banca e ritorno) sostenuta oggi dalla cultura aziendalista e finanziaria delle Grandes Ecoles che li forma.

Fonte: Ministère des Affaires Sociales, DREES direction de la recherche, des études, de l’évaluation et des statistiques, Comptes de la Santé 2021, Parigi.

BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE

- Cordelli Chiara. Privatocrazia. Perché privatizzare è un rischio per lo stato moderno. Mondadori, Milano 2022.
- https://www.legifrance.gouv.fr/dossierlegislatif/JORFDOLE000017759372/?detailType=EXPOSE_MOTIFS&detailld= (Legge del 2004 introducendo il medico curante e il percorso di cure coordinate)
- Patrick Hassenteufel: Les médecins face à l'Etat, Presses de Sciences Pò, 1997 (il libro contiene una analisi della Carta della Medicina liberale del 1927) <http://www.pressesdesciencespo.fr/fr/book/?GCOI=27246100512710>
- Pierre Dardot & Chrítian Laval. La nuova ragione del mondo, DeriveApprodi, 2019 (Il libro presenta una analisi del liberismo, non come Meno Stato, piú mercato, ma come un insieme di politiche, che mirano a dirigere l'azione pubblica verso un contesto favorevole al mercato spesso oligopolistico) <https://deriveapprodi.com/libro/la-nuova-ragione-del-mondo/>
- Pierre-André Juven, Frédéric Pierru, Fanny Vincent: la Casse du siècle, Ed. Raisons d'Agir, 2019
- Il libro descrive le strategie manageriali negli ospedali francesi e particolarmente il ruolo delle società di consulenza nella programmazione e attuazione delle politiche ospedaliere) <https://www.raisonsdagir-editions.org/catalogue/la-casse-du-siecle/>



"Per approfondire o commentare questo articolo scrivete a cs@marionegri.it invieremo le vostre considerazioni agli autori per una eventuale risposta e pubblicheremo sul sito gli interventi piú interessanti".