

Una Fondazione per l'Ospedale Civile di Brescia: le problematiche economico-finanziarie

"Uno degli errori di fondo della concezione dominante della sanità è che essa è vista solo come un costo mentre è in gran parte un investimento ad alto rendimento ed un grande tema di sviluppo".

(Marco Vitale 1994)

Prof. Guido Broich
Prof. Marco Vitale

Brescia, 26 maggio 2004

INDICE

1. Premessa pag. 3
 2. Fattibilità formale pag. 4
 3. Analisi della situazione economico e finanziaria pag. 5
 - 3.1. Ospedale Civile di Brescia pag. 5
 - 3.1.1. Conto economico pag. 6
 - 3.1.2. Stato patrimoniale pag. 8
 - 3.1.3. Analisi finanziaria pag. 10
 - 3.1.4. Analisi dei flussi pag. 11
 - 3.1.5. Analisi degli indici pag. 12
 - 3.2. Istituto Humanitas Mirasole e Cliniche Gavazzeni pag. 13
 - 3.2.1. Conto economico pag. 13
 - 3.2.2. Stato patrimoniale pag. 15
 - 3.2.3. Analisi finanziaria pag. 17
 - 3.2.4. Analisi dei flussi pag. 18
 - 3.2.5. Analisi degli indici pag. 19
 4. Spazi di funzionamento e migliorie pag. 20
 - 4.1. Confronto tra la struttura pubblica in esame e le strutture private pag. 20
 - 4.2. Spazi di intervento pag. 21
 5. Conclusioni pag. 23
 6. Analisi Comparativa tabelle Analitiche pag. 29
- ALLEGATI pag. 29

1. PREMESSA

Gli Spedali Civili di Brescia sono stati sempre percepiti come un punto d'eccellenza operativa per la città di Brescia, oltre che di riferimento per la salute dei suoi cittadini; come un centro produttivo che arricchiva la città.

Questo profilo d'eccellenza si è andato, negli ultimi tempi, come conseguenza del sistema, offuscando anche se non pochi sono i punti e gli aspetti di eccellenza, che ancora lo contraddistinguono. Allo stato attuale, anche se il deficit economico è coperto dalla Regione, mancano gli stimoli a migliorare, il che giustifica qualche preoccupazione sulle capacità future dell'Ospedale di esprimere tutte le sue potenzialità.

Tale mancanza di stimoli deriva direttamente dal sistema generale attuale, poco atto a favorire autonomia, soluzioni innovative locali, e ricerca di temi di sviluppo nella sanità.

Proprio per la peculiarità della città di Brescia e della storia della struttura ospedaliera, tale autonomia è fondamentale per mantenere, ed in parte recuperare, l'eccellenza per la quale l'Ospedale era noto, e che rappresenta un valore anche economico e culturale per la città.

Tali obiettivi (autonomia ed eccellenza) sono perseguibili proprio reinserendo la struttura organicamente nel complesso tessuto sociale e produttivo della città, tramite una forte autonomia, strumentale agli obiettivi veri di qualità, efficienza, efficacia, sviluppo.

La pressione della crescita della domanda di salute, che muta gli equilibri non solo economici del sistema sanitario insieme alle sempre più articolate e complesse articolazioni dell'offerta sanitaria, non può essere governata centralisticamente (a prescindere dal fatto che questo centralismo sia a livello nazionale od a livello regionale) e necessita di strumenti e regole che sappiano meglio rispondere alle domande e realtà sociali diversificate presenti nel territorio.

Va in questo senso l'individuare e fissare regole specifiche e parametri di riferimento e di responsabilità, che però non devono diventare vincoli e barriere insormontabili, ma al contrario, essere guida di una organizzazione più flessibile, che consenta di attivare risorse aggiuntive capaci di rispondere alle specifiche esigenze di una determinata realtà.

Come ha sostenuto più volte l'Assessore Borsani, la Regione Lombardia ha individuato questa flessibilità nello strumento delle Fondazioni, che, con il concorso delle autonomie locali, del sociale non profit e di quanti abbiano ragionevole interesse, possono concorrere a realizzare e a gestire realtà importanti di una comunità. In tal modo, nello spirito della Regione, le Fondazioni sono anche un'opportunità per gli enti locali di compartecipare alla programmazione ed alla gestione delle principali realtà sanitarie insite nel loro territorio.

Certamente per l'Ospedale bresciano, in cui una tradizione di eccellenza sanitaria si coniuga ad una storica propensione cittadina alla "Buona Gestione" ed alla partecipazione attiva della società civile nelle opere assistenziali e sanitarie, "investire in sanità" non significa attendersi un dividendo monetario, ma un dividendo sociale, e ciò dovrebbe suscitare interesse nelle componenti più significative e lungimiranti del tessuto cittadino.

2. FATTIBILITA' FORMALE

I. In base al D.L. 502 art. 9 relativo alla sperimentazione gestionale, recepito nel Piano Sanitario Regionale 2002-2004, e delle L.L.R.R. 24.03.2003 n. 3 e 20.02.2004 n. 101, è possibile il conferimento da parte della Regione di un'Azienda Ospedaliera a una Fondazione di partecipazione pubblico - privata di diritto privato a presenza maggioritaria pubblica. In tal caso è prevista la possibilità che la Regione contribuisca - a titolo di avvio - per un periodo predeterminato ed a termine alla copertura del deficit operativo.

Resta ferma inoltre una seconda possibilità, e precisamente che la Regione conferisca invece, ai soli fini di funzionamento, le attività ospedaliere ad una Fondazione costituita separatamente, concedendo in comodato il bene immobile del quale mantiene comunque la proprietà, e trasferendovi le funzioni sanitarie. (Modello Policlinico - ICP di Milano).

II. La Fondazione è di diritto privato e di per sé potrebbe pertanto accendere rapporti di lavoro di diritto privato.

Nella trasformazione delle IPAB della Regione Lombardia in Fondazioni (unico esempio finora dell'applicazione del punto I.) la Regione ha imposto alle Fondazioni il mantenimento dello stato giuridico pubblico del rapporto di lavoro, vanificando quindi uno dei punti qualificanti per il miglior funzionamento delle Fondazioni stesse.

Per quanto riguarda gli acquisti di beni e servizi non è chiaro, allo stato attuale delle cose, come le Fondazioni debbano comportarsi, essendo presenti normative solo per le Società di Capitale a capitale misto. La normativa vigente prevede, per tali società, l'obbligo dell'acquisto di beni e servizi con evidenza pubblica qualora la maggioranza del capitale sia pubblica.

Per le Fondazioni, una prima lettura tende ad assimilarle a tali società miste. Non avendo la Fondazione dei Soci di capitale, è per altro dubbia l'applicabilità di suddetta norma, non essendo possibile individuare la maggioranza di capitale, ma solo la maggioranza di rappresentanza. Si può anche sostenere la non applicabilità dell'obbligo di evidenza pubblica in mancanza di una specifica normativa, stante l'inquadramento statutario nell'ambito privatistico.

Allo stato attuale comunque le Fondazioni ex IPAB della Regione, a maggiore rappresentanza pubblica, accedono all'acquisto di beni e servizi con evidenza pubblica per importi superiori alla soglia europea di 200.000 E.

In conclusione è fondamentale che la Fondazione sia costituita senza ulteriori vincoli aggiuntivi riguardanti lo stato giuridico del personale che deve essere caratterizzato da carattere privatistico. Naturalmente il passaggio al contratto di diritto privato sarà graduale entrando in vigore per i nuovi assunti, mentre il personale in carico al momento della trasformazione, conserverà tutti i suoi diritti e probabilmente avrà una facilità di opzione per l'uno o l'altro regime. E' necessaria anche un'approfondita valutazione ed interpretazione dell'applicabilità dell'obbligo di evidenza pubblica nell'acquisto di beni e servizi nel caso di Fondazioni di diritto privato a maggioranza di rappresentatività pubblica per gli acquisti di entità superiore a 200.000 E.

3. ANALISI DELLA SITUAZIONE ECONOMICA / FINANZIARIA

Sono stati confrontati i dati relativi all'Azienda Ospedaliera Spedali Civili di Brescia e di una realtà privata, Humanitas Mirasole S.p.A. e le Cliniche Gavazzeni S.p.A.

I dati sono stati presi per la struttura pubblica dal bilancio d'esercizio 2002 recepito con delibera regionale 16206 del 30 gennaio 2004, e per le strutture private dai bilanci pubblici relativi all'anno 2002.

Le strutture di paragone sono state scelte in quanto strutture accreditate e per tanto soggiacenti nella loro struttura di reddito alle stesse normative della struttura pubblica e, in quanto trattandosi di due strutture ben affermate come erogatori di prestazioni sanitarie di ampio spettro, sembrano sostanzialmente confrontabili con la struttura pubblica bresciana.

Naturalmente un raffronto tra strutture sanitarie non può ridursi ad un semplice confronto di bilancio. Bisognerebbe partire dalla qualità della sanità, dalla complessità delle prestazioni, dal grado di soddisfazione sanitaria ed alberghiera dei soggetti posti a raffronto, dalla componente di ricerca, se esistente. Ma mancando di dati affidabili, omogenei, sistematici di questo tipo, non ci resta che concentrarci sui dati economici, tentando di estrarre dagli stessi almeno alcune indicazioni fondamentali.

3.1. Ospedale Civile di Brescia

Sono stati analizzati i dati contenuti nel bilancio consuntivo del 2002, che riporta anche i dati del 2001, dell'Azienda Ospedaliera Spedali Civili di Brescia costituita dai seguenti Ospedali:

- Civile di Brescia
- Ospedale dei bambini Umberto I° di Brescia
- Ospedale di Fasano del Garda
- Ospedale di Montichiari
- Ospedale di Gardone V.T.

Più in particolare abbiamo analizzato il Conto economico del solo Ospedale di Brescia per gli anni 2001, 2002 mentre, per quanto riguarda lo stato patrimoniale, abbiamo potuto analizzare solamente lo stato patrimoniale relativo all'intera azienda giacché nei bilanci analizzati non sono riportati gli stati patrimoniali dei singoli presidi ospedalieri.

3.1.1. Conto Economico

OSPEDALE CIVILE DI BRESCIA

CONTO ECONOMICO (valori in €/000)

	2001		2002		var. %
Ricavi per prestazioni sanitarie	236.668	80,6%	244.317	81,0%	3,7%
Proventi e ricavi diversi	6.457	2,6%	4.626	1,7%	-28,4%
Concorsi e recuperi per attività tipiche	2.188	0,8%	2.133	0,8%	-2,6%
Compartecipazione alle spese per prestazioni sanitarie	5.856	2,2%	6.113	2,3%	4,4%
Costi capitalizzati	10.140	3,8%	11.340	4,2%	11,8%
Valore della produzione	280.310	100,0%	288.628	100,0%	3,3%
Acquisti d'esercizio	(74.058)	-28,4%	(81.872)	-30,5%	10,6%
Variazione rimanenze	5.626	2,2%	(1.234)	-0,6%	-121,8%
Acquisti per servizi	(50.530)	-18,4%	(48.762)	-18,5%	-1,5%
Manutenzioni e riparazioni	(8.588)	-3,7%	(12.446)	-4,6%	29,6%
Godimento beni di terzi	(2.008)	-0,8%	(1.770)	-0,7%	-11,9%
Oneri diversi di gestione	(2.225)	-0,8%	(3.420)	-1,3%	53,7%
Svalutazione crediti		0,0%		0,0%	
Accantonamenti tipici	(684)	-0,3%	(142)	-0,1%	-79,5%
Totale costi d'acquisto	(133.489)	-61,3%	(160.546)	-65,1%	12,8%
Primo Margine	126.821	48,7%	117.883	43,9%	-7,0%
Costo del lavoro					
- Sanitario	(127.068)	-48,8%	(125.776)	-46,8%	-1,0%
- Professionale	(580)	-0,2%	(628)	-0,2%	6,6%
- Tecnico	(31.610)	-12,1%	(31.736)	-11,8%	0,4%
- Amministrativo	(11.187)	-4,3%	(11.361)	-4,2%	1,6%
Totale costo lavoro	(170.465)	-66,6%	(169.502)	-63,1%	-0,6%
Margine Operativo Lordo (EBITDA)	(43.644)	-18,8%	(51.619)	-19,2%	18,3%
Ammortamenti immobilizzi immateriali	(365)	-0,1%	(581)	-0,2%	59,2%
Ammortamenti fabbricati		0,0%	(2.015)	-0,8%	
Ammortamenti immobilizzi materiali	(8.775)	-3,8%	(8.744)	-3,3%	-10,5%
Totale ammortamenti	(9.140)	-3,9%	(11.340)	-4,2%	11,8%
Reddito Operativo (Ebit)	(52.784)	-20,7%	(62.959)	-23,4%	17,1%
Interessi passivi	(536)	-0,2%	(567)	-0,2%	5,8%
Risultato pre-componenti straordinari	(53.320)	-20,9%	(63.526)	-23,7%	17,0%
Plusvalenze	1.336	0,6%	4.706	1,8%	252,2%
Soppravvenienze attive	436	0,2%	242	0,1%	-44,4%
Gestione straordinaria	1.771	0,7%	4.947	1,8%	178,3%
Risultato ante imposte	(51.549)	-20,2%	(58.579)	-21,8%	11,8%
Imposte e tasse	(12.614)	-4,8%	(12.722)	-4,7%	0,9%
Risultato ante contributo in conto esercizio	(64.163)	-26,0%	(71.301)	-26,5%	8,4%
Contributi in conto esercizio	41.578	16,0%	71.301	26,6%	71,5%
Risultato netto	(22.585)	-9,1%	0	0,0%	-100,0%

Il **valore della produzione** passa da 260 mil.E del 2001 a 268 mil.E del 2002. Si rileva quindi una sostanziale stabilità nel biennio esaminato, conseguenza anche dei tetti ai ricavi posti dalla Regione.

I **costi d'acquisto** passano dai 133 mil.E (pari al 51% del valore della produzione) del 2001 a 151 mil.E (pari al 56,1%) del 2002. Si evidenzia l'incremento rilevante registrato nel 2002 (+12,9% pari a 18 mil.E) determinato soprattutto dalla crescita negli acquisti d'esercizio (+10,6% per 8 mil.E), nelle manutenzioni e riparazioni (+29,6% per 2 mil.E) e nella variazione delle rimanenze per 6 mil.E.

Il **costo del lavoro** dipendente, come percentuale sul valore della produzione, risulta in calo nel periodo analizzato, esso passa infatti dal 65,6% del 2001 al 63,1% del 2002. Dai documenti a disposizione non si riesce ad analizzare l'andamento, ed il relativo peso, dei costi concernenti le consulenze e le prestazioni professionali da personale non dipendente, che come in precedenza riportato ricoprono un ruolo importante nelle strutture ospedaliere.

Gli **ammortamenti** sono pressoché costanti nel periodo analizzato attestandosi a circa 11 mil.E

Gli **oneri finanziari** si attestano nel 2002, come percentuale sul valore della produzione, al 0,2% (pari a 0,6 mil.E) registrando, rispetto all'anno precedente un incremento del 5,8% Il costo medio dell'esposizione finanziaria nel 2001 è pari al 2,1% e nel 2002 al 2,4%.

La **gestione straordinaria** registra un risultato positivo rilevante nel 2002 (4,7 mil.E) a seguito della realizzazione di plusvalenze da cessioni di aree fabbricabili (Rezzato e Travagliato) e di terreni agricoli (Rezzato, Verziano, Travagliato e Azzano Mella).

Le **imposte e tasse** pesano mediamente, nel periodo analizzato, per il 4,7-4,8% del valore della produzione e nel 2002 sono state pari a circa 13 mil.E . Gli importi si riferiscono all'IRPEG per l'applicazione della Circolare del Ministero delle Finanze n. 244 del 28/12/1999 (che prevede l'imposizione IRPEG anche sugli immobili strumentali all'attività istituzionale) e l'imposta (nella misura del 18,50%) applicata alle plusvalenze da alienazioni patrimoniali, nonché l'IRAP.

Il **risultato della gestione ante contributo regionale in conto esercizio** è negativo nei due periodi analizzati per 65 mil.E (pari al 25% del valore della produzione) nel 2001, per 71 mil.E (pari al 26,6%) nel 2002.

I **contributi in conto esercizio** erogati dalla Regione sono stati pari a 41,5 mil.E nel 2001, a 71 mil.E nel 2002; conseguentemente il **risultato netto** è stato negativo nel 2001 per 23,5 mil.E, pari a zero nel 2002.

Nei due anni analizzati si evidenzia una sostanziale stabilità nei ricavi, mentre riguardo ai costi si è registrato nel 2002 un incremento che ha determinato un peggioramento del risultato pre-componenti straordinari del 17% per circa 10 mil.E, parzialmente ridotto solo a seguito della realizzazione delle plusvalenze da alienazioni (4,7 mil.E).¹

¹ Attualmente il meccanismo dei pagamenti da parte della Regione funziona come segue:

La Regione, stabilita la quota del Fondo Sanitario da destinare alle spese sanitarie propriamente dette, fissa una quota capitaria. Ogni Azienda Sanitaria Locale riceve una budget calcolato di massima su tale quota, moltiplicata per il numero dei soggetti residenti. Da questo fondo viene separata una parte da destinare alle prestazioni ospedaliere di degenza e ambulatoriali, erogate attraverso le strutture accreditate. Teoricamente la ASL dovrebbe negoziare con le singole strutture accreditate del proprio territorio un tetto di spesa, in pratica tale tetto viene negoziato direttamente e stabilito dalla Regione. La Azienda Ospedaliera verrà poi pagata, tramite l'ASL, per le prestazioni ambulatoriali e di degenza erogate, fino al raggiungimento di tale tetto. Fatturato ulteriore, prodotto tramite maggiori prestazioni, non verrà remunerato.

Nella pratica pertanto la Regione assegna ad ogni Azienda Ospedaliera un tetto di spesa possibile. Se l'Azienda non eroga prestazioni sufficienti e non raggiunge il tetto, il ricavo cala, se ne eroga di più, lavora senza corrispettivo. Va tenuto presente che parallelamente la Regione controlla direttamente i bilanci delle Aziende Ospedaliere, in cui i

3.1.2. Stato patrimoniale

AZIENDA OSPEDALIERA SPEDALI CIVILI DI BRESCIA

STATO PATRIMONIALE (valori in €.000)

ATTIVO	2001	%	2002	%
Cassa e Banche attive	157	0,0%	91	0,0%
Crediti commerciali	51.280	15,2%	40.025	11,8%
- Vs clienti	54.692	16,2%	43.437	12,8%
Crediti non commerciali	86.635	25,7%	86.137	25,4%
- Vs Regione	426	0,1%	228	0,1%
- Aziende sanitarie pubbliche	60.483	17,9%	66.391	19,6%
- Altri	25.230	7,5%	18.938	5,6%
- Tributarî (acconto imposte)	476	0,1%	580	0,2%
Totale crediti	137.915	40,9%	126.162	37,2%
Rimanenze	11.419	3,4%	11.349	3,3%
Risconti attivi	4.792	1,4%	3.326	1,0%
TOTALE ATTIVO CIRCOLANTE	154.283	45,7%	140.927	41,6%
Totale Immobilizzazioni finanziarie	-	0,0%	-	0,0%
Immobilizzazioni immateriali nette	2.049	0,8%	2.553	0,8%
Fornitori c.to anticipo acquisto Immob. Mat.	33.631	10,0%	45.850	13,5%
Terreni e fabbricati	-	0,0%	-	0,0%
Immobilizzazioni materiali	147.332	43,7%	149.574	44,1%
Totale Immobilizzazioni tecniche	183.012	54,3%	197.978	58,4%
TOTALE ATTIVO FISSO	183.012	54,3%	197.978	58,4%
TOTALE ATTIVO	337.295	100,0%	338.905	100,0%
PASSIVO				
Debiti vs. fornitori	107.752	32%	100.776	30%
Debiti commerciali	107.752	32%	100.776	30%
Debiti non commerciali	97.532	29%	115.418	34%
- Verso Erario	8.639	3%	9.017	3%
- Verso Istituti Previdenziali	5.199	2%	2.923	1%
- Verso Regione	8.410	2%	22.145	7%
- Aziende Sanitarie pubbliche	12.363	4%	13.447	4%
- Altri debiti	62.961	19%	67.886	20%
Debiti finanziari a breve	24.803	7%	22.872	7%
Verso Istituto Tesoriere	24.803	7%	22.872	7%
Ratei e risconti passivi	3.062	1%	2.293	1%
TOTALE PASSIVO A BREVE	233.149	69%	241.359	71%
Fondo Integrativo pensionistico	3.671	1%	3.671	1%
Fondo premio operosità medici Sumai	2.268	1%	2.411	1%
Mutui	951	0%	676	0%
Debiti ante 1998		0%		0%
TOTALE PASSIVITA'	240.039	71%	248.118	73%
Fondo di dotazione	(18.535)	-6%	(18.535)	-6%
Contributi in conto capitale	166.061	49%	159.837	47%
Riserve	22.942	7%	22.699	7%
Perdite esercizi precedenti	(39.586)	-12%	(73.214)	-22%
Risultato d'esercizio	(33.626)	-10%	0	0%
TOTALE PATRIMONIO NETTO	97.256	29%	90.788	27%
TOTALE PASSIVO E NETTO	337.295	100%	338.905	100%

Come già detto lo stato patrimoniale disponibile, e quindi analizzato, si riferisce all'intera Azienda Ospedaliera e riguarda gli anni 2001 e 2002.

costi superano i ricavi, e – avendo bloccato i ricavi – pone la propria attenzione principalmente ai costi, che devono essere ridotti secondo linee specificamente stabilite per ogni singola voce dalla Regione stessa. Il risultato è una sostanziale compressione delle prestazioni, per ridurre le spese.

Il dato saliente, comune ad entrambi gli anni analizzati, è senz'altro il forte squilibrio tra l'attivo a breve termine (crediti, rimanenze e risconti attivi) ed i debiti a breve termine che determina una situazione debitoria netta a breve pari a -79 mil.E nel 2001 e pari a -101 mil.E nel 2002. In particolare si evidenzia nel 2002 una riduzione dei crediti, soprattutto nella parte "commerciale" ed un aumento dei debiti a breve "non commerciali" che passano da 97 mil.E del 2001 a 115 mil.E del 2002; più in dettaglio i debiti verso la Regione da 8,4 mil.E passano a 22 mil.E.

E' tipico dell'amministrazione pubblica italiana di non provvedere tempestivamente ai pagamenti dovuti ai vari soggetti che erogano servizi. Con questo metodo l'amministrazione pubblica tiene in stato finanziariamente precario i soggetti produttori ed erogatori (a prescindere dalla loro natura pubblica e privata), rende difficile la loro programmazione e quindi il miglioramento di produttività, gonfia i costi e contribuisce ad aumentare i deficit pubblici.

Dai dati a disposizione non c'è dato sapere la natura esatta dei debiti e dei crediti, soprattutto con riferimento a voci "residuali" definite "Altri", per altro di consistente ammontare (nel 2002 gli "altri crediti" ammontano a 19 mil.E, mentre gli "altri debiti" a 68 mil.E). Un approfondimento su tali voci è quindi indispensabile per comprenderne a fondo la natura e di conseguenza meglio interpretare la struttura patrimoniale dell'Azienda analizzata.

Certamente si evidenzia un'insufficiente dotazione finanziaria, soprattutto a motivo delle consistenti perdite gestionali annuali (non interamente coperte nel 2001) che assorbono consistenti risorse finanziarie. I flussi di cassa generati dalla gestione operativa (prima quindi del contributo regionale in conto esercizio) sono, infatti, nel 2002 negativi per 63 mil.E.

I pagamenti a fornitori sono molto lunghi (237 gg nel 2001 e 205 gg nel 2002) fatto che senza dubbio ha un immediato riflesso sul conto economico in termini di maggiori costi d'acquisto, quanto meno pari al costo finanziario sostenuto dai fornitori (che ad una prima approssimazione può essere quantificato intorno a 1,5 mil.E), oltre ad essere un fattore dannoso per il ciclo economico e per il tessuto economico cittadino.

E' evidente la necessità di approfondimenti sulla struttura patrimoniale e sulla natura specifica di ogni posizione creditoria e debitoria ma è altrettanto certo che in sede di costituzione della Fondazione dovrà essere perfezionato un accordo con la Regione per l'azzeramento della situazione debitoria pregressa complessiva.

3.1.3. Analisi finanziaria

AZIENDA OSPEDALIERA SPEDALI CIVILI DI BRESCIA

ANALISI FINANZIARIA (valori in €/000)

		Posizione Finanziaria Netta			
		2001	%	2002	%
Banche attive		167		81	
Debiti ve. banche c/c		(24.883)		(22.872)	
Banche passiva e factoring		0			
Posizione Finanziaria a breve		(24.848)	98,3%	(22.781)	97,1%
Banche M/L termine		(861)	3,7%	(878)	2,9%
Posizione Finanziaria netta		(25.887)	100,0%	(23.467)	100,0%
	Variazione			2.140	
Gestione finanziaria		(635)		(657)	
Tasso di interesse medio		2,1%		2,4%	

		Capitale Investito Netto		
		2001	2002	var.%
Crediti commerciali		61.260	40.026	-21,8%
Rimanenze		11.418	11.348	-0,6%
Totale crediti		82.888	61.374	-18,1%
Debiti ve. fornitori		107.762	100.776	-6,6%
Totale debiti		107.762	100.776	-6,6%
Crediti - Debiti commerciali		(46.883)	(40.402)	9,7%
Differenza			4.348	
Altri crediti		65.536	65.137	-0,6%
Altri debiti		87.632	116.416	18,3%
Crediti - Debiti altri		(19.887)	(28.281)	18,7%
Differenza			18.384	
Ratale riacconti attivi		4.782	3.325	-30,6%
Ratale riacconti passivi		3.052	2.283	-26,1%
Crediti - Debiti riacconti		1.730	1.043	-40,3%
Differenza			687	
Capitale Circolante Netto		(84.229)	(77.861)	43,2%
	Variazione		(23.431)	
Immobiliazioni immateriali nette		2.048	2.663	24,6%
Immobiliazioni materiali		160.863	186.424	16,0%
Immobiliazioni finanziaria		-	-	
Fondo TFR e altri fondi		(5.838)	(5.062)	2,4%
Capitale investito immobilizzato		177.973	181.888	8,4%
	Variazione		14.623	
Capitale Investito Netto		122.633	114.244	-7,0%
Posizione finanziaria a breve		(24.545)	(22.781)	-7,6%
Posizione M/L termine		(861)	(878)	-28,8%
Debiti finanziari		(25.887)	(23.467)	-8,4%
Patrimonio Netto		(87.288)	(89.788)	-8,7%
Copertura		(122.633)	(114.244)	-7,0%

3.1.4. Analisi dei flussi

AZIENDA OSPEDALIERA SPEDALI CIVILI DI BRESCIA

Analisi dei flussi

	2001	2002
MARGINE OPERATIVO LORDO	(43.836)	(61.818)
Variazione Capitale Circolante Commerciale		4.348
variazione Capitale Circolante altro		16.364
Variazione Capitale Circ. Ratai		587
Variazione Capitale Circolante Netto		21.299
Variazioni immobilizzazioni		(25.308)
Variazioni immobilizzazioni finanziaria		
Variazione Immobiliz.		(25.308)
Variazione fondo TFR e TFM		143
Variazione fondi rischi		
Variazione Fondi		143
Gestione finanziaria		(687)
Componenti straordinari		4.847
Imposte a base		(12.722)
Flussi di cassa della gestione operativa		(82.884)
Contributo regione in c/clo esercizio		71.391
Variazione Patrimonio Netto		(6.457)
Totale flussi di cassa		2.149
Variazione della posizione finanziaria netta		2.149

3.1.5. Analisi degli indici

AZIENDA OSPEDALIERA SPEDALI CIVILI DI BRESCIA

ANALISI DEGLI INDICI

	2001	2002
ROE	-24,2%	0,0%
ROI	-43,8%	-66,1%
Copertura		
A) Patrimonio Netto	87.266	80.788
B) Attivo fisso netto	183.012	187.878
A/B	53,1%	45,9%
Solida		
A) Patrimonio Netto	87.266	80.788
B) Totale passivo e netto	337.288	338.808
A/B	28,0%	26,0%
Patrimonializzazione		
A) Posizione finanziaria netta	(26.887)	(23.467)
B) Patrimonio Netto	87.266	80.788
A/B	0,28	0,28
Solvibilità		
A) Posizione finanziaria netta	(26.887)	(23.467)
B) Ebt	(63.776)	(52.888)
A/B	0,48	0,37
Solvibilità a breve		
A) Attività a breve	164.283	140.827
B) Passività a breve	233.148	241.308
A/B	0,88	0,58
Tesoreria (scad. test)		
A) Attività a breve meno rimanenze	142.864	128.678
B) Passività a breve	233.148	241.308
A/B	0,81	0,54
Equilibrio		
Patrimonio Netto	87.266	80.788
Debiti M.A. termine	881	676
- Attivo fisso netto	(183.012)	(187.878)
A)	(84.808)	(106.814)
B) Attività a breve	164.283	140.827
A/B	(0,55)	(0,74)
Giorni medi incasso		
A) Crediti vs. clienti	61.280	40.026
B) Fatturato netto	238.668	244.317
C) Fatturato netto + IVA	282.803	283.180
A/C * 360	88,2	49,8
Giorni medi pagamento		
A) Debiti vs. fornitori	107.782	100.776
B) Acquisti con pagamento differito	138.420	148.268
C) Acquisti con pagamento differito + IVA	166.104	178.123
A/C * 360	236,8	206,4
Giorni medi magazzino		
A) Magazzino	11.418	11.348
B) Fatturato	238.668	244.317
A/B * 360	17,2	17,0

3.2. Istituto Humanitas Mirasole e Cliniche Gavazzeni

Sono stati analizzati i dati contenuti nel bilancio consuntivo del 2002 delle due strutture ad organizzazione autonoma.²

3.2.1 Conto Economico

CONTO ECONOMICO (valori in €000)

	HUMANITAS MIRASOLE			CLINICHE GAVAZZENI		
	2001	2002	var. %	2001	2002	var. %
Ricavi per prestazioni sanitarie	115.846	128.558	11,1%	41.577	43.187	3,1%
Proventi e ricavi diversi	5.188	5.847	4,4%	585	487	-4,5%
Variazione delle prestazioni sanitarie in corso	12	322	2587,8%	(57)	42	-182,7%
Valore della produzione	123.167	138.187	10,6%	42.494	43.738	3,1%
Acquisti d'esercizio	(21.270)	(24.017)	-12,8%	(5.053)	(8.155)	-13,7%
Variazione rimanenze	(77)	18	-124,0%	(215)	(45)	-78,2%
Acquisti per servizi	(34.445)	(38.553)	-14,1%	(10.255)	(11.331)	-10,8%
Manutenzioni e riparazioni	0	0	0,0%	0	0	0,0%
Godimento beni di terzi	(5.843)	(7.258)	-5,3%	(814)	(1.453)	-81,1%
Oneri diversi di gestione	(7.375)	(8.455)	-7,0%	(2.457)	(2.411)	-5,5%
Svalutazione crediti	(253)	(81)	-87,7%	0	0	0,0%
Accantonamenti per rischi	(52)	(52)	0,0%	0	0	0,0%
Totale costi d'acquisto	(79.488)	(89.888)	-14,3%	(21.828)	(24.437)	-11,4%
Primo Margine	62.888	65.815	4,6%	20.476	19.298	-5,7%
Costo del lavoro	(31.545)	(34.188)	-7,4%	(12.750)	(13.738)	-7,7%
Totale costo lavoro	(31.545)	(34.188)	-7,4%	(12.750)	(13.738)	-7,7%
Margine Operativo Lordo (EBITDA)	29.382	21.415	-27,1%	7.726	5.560	-27,8%
Ammortamenti immobilizzi immateriali	(482)	(752)	-55,0%	(977)	(880)	9,7%
Ammortamenti immobilizzi materiali	(4.545)	(5.050)	-11,1%	(1.151)	(1.231)	-7,0%
Totale ammortamenti	(5.027)	(5.802)	-15,8%	(1.827)	(1.710)	6,2%
Utile Operativo (EBE)	18.321	15.358	-16,2%	5.900	3.850	-35,4%
Proventi / (Oneri) finanziari	425	105	-75,4%	(184)	257	-237,5%
Risultato pre-componenti straordinari	18.248	16.882	-7,5%	5.816	4.107	-30,2%
Oneri straordinari	(115)	(505)	-325,2%	0	(564)	-100,0%
Accantonamenti per rischi	(5.418)	(5.300)	1,8%	(2.501)	(2.123)	-15,1%
Plusvalenze e proventi straordinari	1.050	1.225	16,2%	153	857	464,8%
Gestione straordinaria	(4.483)	(5.575)	-24,3%	(2.348)	(1.489)	-35,8%
Risultato ante imposte	11.789	10.113	-14,2%	3.468	2.618	-23,0%
Imposte correnti	(5.535)	(4.885)	-10,1%	(1.507)	(1.831)	-21,1%
Variazione imposte differite	572	330	-50,0%	(40)	0	-100,0%
Risultato netto	6.827	4.893	-29,0%	1.921	787	-58,8%
Contributi in conto esercizio	0	0	0,0%	0	0	0,0%
Risultato netto	6.827	4.893	-29,0%	1.921	787	-58,8%

Il **valore della produzione** dell'Humanitas passa da 123 mil.E a 136 mil.E con un incremento nel 2002 pari al 10,6%; quello delle Cliniche Gavazzeni passa da 42 mil.E del 2001 a 43,7 mil.E del 2002 con una crescita pari al 3,1%, indicando sostanzialmente che le strutture hanno sfruttato completamente le potenzialità di crescita concesse dalla struttura di pagamento regionale.

² Preferiamo questa terminologia alla terminologia corrente di "strutture private". Infatti tutti gli ospedali convenzionati hanno sul fronte dei corrispettivi della prestazione lo stesso trattamento dallo stesso cliente. L'unica differenza vera rispetto a quelle ad organizzazione vincolata è che le c.d. private godono di una vera ampia autonomia nella organizzazione del lavoro e nella gestione dei costi e dei fattori che incidono sulla produttività, e nelle possibilità di utilizzare appieno le loro strutture produttive con prestazioni aggiuntive rispetto a quelle rese al Servizio Sanitario Regionale

I **costi d'acquisto** dell'Humanitas passano da 70,5 mil.E del 2001 a 80,5 mil.E del 2002 con un incremento quindi del 14%, superiore alla crescita del valore della produzione di cui al punto precedente, l'incidenza percentuale degli stessi sul valore della produzione passa da 57,2% del 2001 al 59,2% del 2002. Una crescita maggiore nei costi d'acquisto si rileva per le Cliniche Gavazzeni, infatti i costi, passando da 21,9 mil.E del 2001 a 24,4 mil.E del 2002, crescono dell'11,4% rispetto ad una crescita del valore della produzione pari al 3,1%. L'incidenza dei costi d'acquisto sul valore della produzione passa dal 51,7% del 2001 al 55,9% del 2002, attestandosi su valori percentuali più bassi rispetto all'Humanitas. E' probabile che questi trend evidenzino una crescente esternalizzazione di certi servizi.

Il **costo del lavoro**, relativamente all'Humanitas passa da 31,8 mil.E del 2001 a 34,2 mil.E del 2002 con un incremento del 7,4%, inferiore perciò alla crescita registrata nel valore della produzione (pari al 10,6%). L'incidenza percentuale sul valore della produzione passa dal 25,9% al 25,1% manifestando una migliore produttività del fattore lavoro nel 2002 rispetto al 2001. Le Cliniche Gavazzeni hanno registrato un costo del lavoro nel 2002 pari a 13,7 mil.E con un incremento rispetto all'anno precedente del 7,7%. L'incidenza percentuale sul valore della produzione passa dal 30,1% del 2001 al 31,4% del 2002 con un trend opposto a quello dell'Humanitas. Sottolineiamo che nel 2002 l'incidenza del costo del lavoro all'Ospedale civile era del 63,1%. Si tratta di una differenza eclatante e che rappresenta il punto centrale del raffronto. Anche se un'analisi più approfondita potrà portare ad un contenimento di questa differenza, essa è talmente grande da non poter essere annullata da eventuali approfondimenti.

Gli **ammortamenti** registrano un'incidenza percentuale analoga per le due strutture analizzate: 4,3% nel 2002 per l'Humanitas e 3,9% per le Cliniche Gavazzeni. Entrambe le strutture registrano nel 2002 ammortamenti in crescita (+15,9% per l'Humanitas e + 5,2% per le Cliniche Gavazzeni) segno degli investimenti tecnici effettuati. Anche questo è un punto rilevante nel raffronto con gli Ospedali Civili.

Gli **oneri finanziari** sono pressoché assenti in entrambe le strutture, nel 2002 la gestione finanziaria ha saldo positivo ad evidenza della buona ed equilibrata struttura finanziaria delle due realtà analizzate.

La **gestione straordinaria** è caratterizzata per entrambe le strutture dai consistenti accantonamenti al fondo rischi (6,3 mil.E per l'Humanitas e 2,1 mil.E per le Cliniche Gavazzeni nel 2002) conseguenti alle previsioni prudenziali relative al rischio di abbattimenti tariffari legati al superamento dei tetti di spesa programmati dalla Regione Lombardia, infatti le prestazioni sono valorizzate nei ricavi a DRG pieni.

Le **imposte e tasse** pesano mediamente, nel periodo analizzato, per il 3,6% per l'Humanitas ed il 4,4% del valore della produzione per le Cliniche Gavazzeni.

Il **risultato netto** è positivo per entrambe le strutture, in particolare nel 2002 l'Humanitas registra un utile netto pari a 5,5 mil.E (4,1% del valore della produzione), mentre le Cliniche Gavazzeni registrano un utile netto di 0,7 mil.E (pari all'1,6% del valore della produzione).

3.2.2. Stato patrimoniale

STATO PATRIMONIALE (valori in €/000)

	HUMANITAS MIRASOLE				CLINICHE GAVAZZENI			
	2001	%	2002	%	2001	%	2002	%
ATTIVO								
Cassa e Banche attive	13.297	16,7%	687	0,7%	13.422	48,8%	8.844	26,2%
Cred. I/I commerciali	34.467	48,8%	66.466	81,9%	8.617	22,8%	12.331	44,7%
- Va. clienti	28.713	38,2%	48.466	60,2%	4.416	10,3%	10.016	36,3%
Cred. I/I non commerciali		0,0%		0,0%	-	0,0%	-	0,0%
Totale cred. I/I	34.467	48,8%	66.466	81,9%	8.617	22,8%	12.331	44,7%
Rimanenze	2.766	3,8%	3.128	3,8%	893	2,1%	843	3,4%
Attività finanziarie non immobiliari	8.299	10,9%	-	0,0%		0,0%	-	0,0%
Risconti attivi	1.397	1,9%	1.383	1,6%	199	0,5%	46	0,2%
TOTALE ATTIVO CIRCOLANTE	59.868	72,2%	69.662	87,5%	29.942	72,8%	29.982	73,6%
Partecipazioni	11.266	13,4%	13.617	16,4%		0,0%		0,0%
Altre	103	0,1%	103	0,1%	0	0,0%	0	0,0%
Totale immobilizzazioni finanziarie	11.369	13,5%	13.720	16,5%	0	0,0%	0	0,0%
Immobilizzazioni immateriali nette	1.133	1,3%	2.186	2,6%	2.670	6,3%	2.470	6,0%
Terrani e fabbricati	126	0,2%	160	0,2%		0,0%		0,0%
Immobilizzazioni materiali	10.763	12,8%	12.644	14,3%	6.221	18,1%	4.630	17,6%
Totale immobilizzazioni tecniche	12.989	14,1%	15.181	18,9%	7.892	22,4%	7.399	28,5%
TOTALE ATTIVO FISSO	25.412	29,8%	28.111	32,5%	7.892	22,4%	7.399	28,5%
TOTALE ATTIVO	84.380	100,0%	97.773	100,0%	28.834	100,0%	27.382	100,0%
PASSIVO								
Debiti vs. fornitori	26.816	30,7%	30.002	33,0%	6.266	21%	7.106	26%
Altri debiti commerciali	643	1,0%	1.664	1,7%	676	2%	646	2%
- Accounti	3	0,0%	2	0,0%		0%		0%
- Va. controllate collegate e consociate	640	1,0%	1.662	1,7%	676	2%	646	2%
- Altri	0	0,0%	0	0,0%		0%		0%
Debiti commerciali	28.768	31,7%	31.668	36,2%	8.831	31%	7.782	28%
Debiti non commerciali	12.466	14,8%	7.781	8,2%	3.218	11%	3.286	12%
- Tributarie	6.802	7,0%	1.201	1,3%	406	1%	768	3%
- Verso istituti Previdenziali	1.104	1,3%	1.261	1,4%	640	2%	604	2%
- Fondi imposta	0	0,0%	0	0,0%	468	2%	677	2%
- Altri debiti	6.448	6,0%	6.288	6,8%	1.778	6%	1.316	6%
Debiti Finanziaria breve	0	0,0%	8.914	10,1%	688	2%	418	2%
Risconti passivi	0	0,0%	23	0,0%	86	0%	139	0%
TOTALE PASSIVO A BREVE	38.223	46,0%	48.386	54,0%	12.898	44%	11.883	42%
Fondo riacquisioni	6.676	10,0%	10.414	11,6%	4.182	18%	4.666	17%
Fondo TFR	4.136	4,8%	6.227	6,8%	3.016	10%	3.266	12%
Mutui	0	0,0%	0	0,0%	630	2%	116	0%
TOTALE PASSIVITA'	62.235	81,9%	64.828	71,4%	29.948	71%	18.835	71%
Capitale sociale	13.640	16,4%	13.640	16,4%	1.661	6%	1.661	6%
Riserva sovrapprezzo azioni	11.686	13,8%	6.261	7,0%	2.828	10%	2.828	11%
Riserve	0	0,0%	0	0,0%	2.088	7%	2.740	10%
Risultato d'esercizio	6.687	7,8%	6.646	6,2%	1.688	6%	684	3%
TOTALE PATRIMONIO NETTO	32.132	38,1%	28.335	29,8%	8.235	29%	8.224	29%
TOTALE PASSIVO E NETTO	84.380	100,0%	97.773	100,0%	28.834	100%	27.382	100%

Lo stato patrimoniale dei due ospedali analizzati rappresenta una situazione patrimoniale e finanziaria equilibrata in entrambi i casi.

Le posizioni finanziarie nette sono pari nel 2002 a -8,4 mil.E per l'Humanitas e + 6,4 mil.E per le Cliniche Gavazzeni. Il dato dell'Humanitas è comunque da ritenere, in virtù della buona capitalizzazione della Società, di tutta tranquillità, infatti il Patrimonio Netto nel 2002 è pari a 25,6 mil.E.

Equilibrato è anche il rapporto tra attività correnti e passività correnti (pari a 1,25 per l'Humanitas e 1,75 per le Cliniche Gavazzeni): le attività a breve termine, sostanzialmente crediti verso la Regione, coprono ampiamente i debiti a breve termine, rappresentati essenzialmente dai debiti verso i fornitori.

Si segnala per altro l'allungamento dei termini di incasso dei crediti (principalmente la Regione Lombardia), infatti in entrambe le strutture il 2002 registra un dato in peggioramento (130 gg per l'Humanitas nel 2002 contro i 90 gg del 2001, mentre per le Cliniche Gavazzeni i gg medi di incasso passano da 48 gg del 2001 agli 87 gg del 2002).

I fornitori vengono mediamente pagati nel 2002 dall'Humanitas a 113 gg (sostanzialmente come nel 2001) e dalle Cliniche Gavazzeni a 89 gg (contro i 116 dell'anno precedente).

I flussi di cassa della gestione operativa sono per entrambi gli Ospedali negativi (-9,5 mil.E per l'Humanitas e -5 mil.E per le Cliniche Gavazzeni) a seguito soprattutto dell'assorbimento, in entrambi i casi, di risorse finanziarie dall'allungamento nei tempi di incasso dei crediti.

Nel 2002 entrambe le Società hanno distribuito dividendi ai Soci (12 mil.E l'Humanitas e 1 mil.E le Cliniche Gavazzeni).

Buono è il grado di capitalizzazione delle Società, entrambe dotate di sufficienti risorse di capitale proprio.

3.2.3. Analisi finanziaria

Posizione Finanziaria Netta	HUMANITAS MIRASOLE				CLINICHE GAVAZZENI			
	2001	%	2002	%	2001	%	2002	%
Banche attive	13.207		687		13.422		5.844	
Debiti vs. banche c/c	0		(8.014)		(655)		(415)	
Posizione finanziaria a breve	13.207	100,0%	(8.418)	100,0%	12.868	104,3%	6.628	101,8%
Banche M/L termine	0	0,0%	0	0,0%	(638)	-4,3%	(116)	-1,8%
Posizione finanziaria netta	13.207	100,0%	(8.418)	100,0%	12.328	100,0%	8.414	100,0%
Variazioni			(21.523)				(6.812)	
Gestione finanziaria	0		0		(184)		257	
Tasso di interesse medio	0,3%		0,3%		-1,8%		4,2%	

Capitale Investito Netto	HUMANITAS MIRASOLE			CLINICHE GAVAZZENI		
	2001	2002	var. %	2001	2002	var. %
Crediti commerciali	34.467	66.456	61,0%	5.617	12.331	88,2%
Rimanenze	2.766	3.125	12,2%	803	843	4,4%
Totale crediti	37.242	69.581	67,3%	7.420	13.274	78,9%
Debiti commerciali	26.768	31.655	18,0%	6.831	7.762	-13,2%
Totale debiti	26.768	31.655	18,0%	6.831	7.762	-13,2%
Crediti - Debiti commerciali	10.483	37.926	167,8%	(1.812)	6.822	-486,3%
Differenza		(18.642)			(7.934)	
Altri crediti	-	-	-	-	-	-
Attività finanziaria non immobilizzata	8.200	-	-100,0%	-	-	-
Altri debiti	12.466	7.761	-37,8%	3.216	3.266	2,1%
Crediti - Debiti altri	(3.266)	(7.761)	139,8%	(3.216)	(3.266)	2,1%
Differenza		4.828			88	
Risconti riconti attivi	1.307	1.353	4,3%	100	46	-80,0%
Risconti riconti passivi	8	23	168,3%	86	130	37,6%
Crediti - Debiti risconti	1.299	1.349	3,2%	6	(84)	-1403,0%
Differenza		(42)			81	
Capitale Circolante Netto	6.628	29.883	141,4%	(4.722)	2.161	-146,5%
Variazioni		12.066			6.874	
Immobilizzazioni immateriali nette	1.133	2.186	84,1%	2.670	2.470	-7,6%
Immobilizzazioni materiali	10.811	12.883	18,1%	6.221	4.630	-7,6%
Immobilizzazioni finanziarie	11.368	13.820	22,4%	0	0	0,0%
Fondo TFR e altri fondi	(13.013)	(16.541)	20,2%	(7.207)	(7.640)	8,8%
Capitale investito immobilizzato	10.308	13.478	29,5%	886	(641)	-178,9%
Variazioni		3.071			(1.226)	
Capitale Investito Netto	18.826	34.964	79,8%	(4.936)	1.819	-139,8%
Posizione finanziaria a breve	13.207	(8.415)	-163,7%	12.866	6.626	-48,2%
Posizione M/L termine	0	0		(638)	(116)	
Debiti finanziari	13.207	(8.418)	-163,7%	12.328	8.414	-48,9%
Patrimonio Netto	(32.132)	(26.838)	-20,2%	(6.286)	(6.924)	-3,2%
Caperture	(18.826)	(34.964)	79,8%	4.936	(1.819)	-139,8%

3.2.4. Analisi dei flussi

Analisi dei flussi	HUMANITAS MIRABOLE		CLINICHE GAVAZZENI	
	2001	2002	2001	2002
MARGINE OPERATIVO LORDO	29.862	21.418	7.716	6.689
Variazione Capitale Circolante Commerciale		(15.642)		(7.034)
variazione Capitale Circolante altro		4.625		59
Variazione Capitale Circ. Ratei		(42)		81
Variazione Capitale Circolante Netto		(12.965)		(8.874)
Variazioni immobilizzazioni		(6.861)		(1.120)
Variazione immobilizzazioni finanziaria		(2.551)		0
Variazione Immobiliz. .		(11.832)		(1.120)
Variazione fondo TFR e altri fondi		2.526		534
Variazione Fondi		2.526		534
Gestione Finanziaria		186		287
Componenti straordinari		(6.878)		(1.489)
Imposte e tasse		(4.688)		(1.831)
Flussi di cassa dalle gestioni operative		(8.552)		(4.884)
Contributo regione in c/c esercizio		0		0
Variazione Patrimonio Netto		(12.041)		(866)
Totale Flussi di cassa		(21.823)		(6.112)
Variazione della posizione finanziaria netta		(21.823)		(6.112)

3.2.5. Analisi degli indici

	HUMANITAS MIRASOLE		CLINICHE GAVAZZENI	
	2001	2002	2001	2002
ROE	20,6%	21,6%	18,3%	8,5%
ROI	83,6%	46,8%	-160,8%	238,8%
Copertura				
A) Patrimonio Netto	32.132	26.636	8.266	8.024
B) Attivo fisso netto	23.412	28.111	7.682	7.300
A/B	137,2%	88,1%	106,9%	108,8%
Solidità				
A) Patrimonio Netto	32.132	26.636	8.266	8.024
B) Totale passivo a netto	84.356	88.663	28.834	27.652
A/B	38,1%	29,9%	28,7%	28,1%
Patrimonio a lungo termine				
A) Posizione finanziaria netta	13.207	(5.416)	12.326	5.414
B) Patrimonio Netto	32.132	26.636	8.266	8.024
A/B	- 4,1	2,3	- 1,4	0,6
Solvibilità				
A) Posizione finanziaria netta	13.207	(5.416)	12.326	5.414
B) Ebit	16.621	16.666	6.066	3.646
A/B	- 8,3	3,4	- 2,2	- 1,7
Solvibilità a breve				
A) Attività a breve	50.866	50.662	20.842	20.262
B) Passività a breve	38.223	48.366	12.806	11.663
A/B	1,3	1,2	1,4	1,7
Temperie (acid test)				
A) Attività a breve meno rimanenze	66.171	67.426	20.038	18.318
B) Passività a breve	38.223	48.366	12.806	11.663
A/B	1,4	1,1	1,6	1,7
Equilibrio				
Patrimonio Netto	32.132.101	26.637.663	8.266	8.024
Debiti ML termine	0	0	630	116
- Attivo fisso netto	(23.412.116)	(28.111.363)	(7.682)	(7.300)
A)	8.718.866	(3.473.710)	827	638
B) Attività a breve	50.866.826	50.661.838	20.842	20.262
A/B	0,14	(0,05)	0,04	0,04
Giorni medi incasso				
A) Crediti vs. clienti	34.466.678	66.466.061	6.617	12.331
B) Fatturato netto	116.846.447	128.867.718	41.677	43.187
C) Fatturato netto + IVA	140.334.626	166.866.263	48.882	61.636
A/C * 365	88,8	128,8	47,7	88,8
Giorni medi pagamento				
A) Debiti vs. fornitori	26.816.411	30.001.862	8.266	7.106
B) Acquisti con pagamento differito	70.036.836	80.404.883	21.711	24.381
C) Acquisti con pagamento differito + IVA	84.044.326	86.466.672	26.063	28.270
A/C * 365	112,8	113,6	116,7	88,8
Giorni medi magazzino				
A) Magazzino	2.766.236	3.126.302	803	843
B) Fatturato	116.846.447	128.867.718	41.677	43.187
A/B * 365	8,7	8,8	7,8	8,8

4. SPAZI DI INTERVENTO E MIGLIORIE

4.1. Confronto tra la struttura pubblica in esame e le strutture ad organizzazione autonoma

Ribadiamo che è nostra opinione che in un regime di Sanità Pubblica, come è il Sistema Sanitario Nazionale, in cui sempre e comunque si lavora con denaro pubblico, la distinzione delle strutture in "Pubblica" e "Privata" in base alla struttura della proprietà sia fuorviante. Entrambe le realtà sanitarie infatti, seppur una di proprietà privata, l'altra di proprietà pubblica, lavorano in un sistema normativo uniforme e con fondi messi a disposizione dallo Stato, derivati da una fiscalità generale, e non da forme di assicurazione personale e privata. Le strutture analizzate, al di là ed oltre la generica distinzione tra strutture pubbliche e private, dovrebbero più correttamente essere definite e distinte in base alla propria specifica autonomia gestionale; in base a ciò avremo:

- organizzazioni dotate di reale autonomia gestionale (quelle non sottoposte al Diritto Amministrativo e Pubblico, definite come private)
- organizzazioni senza autonomia gestionale (quelle sottoposte ai vincoli del Diritto Amministrativo ed alla struttura dei rapporti del personale di tipo pubblico, definite come pubbliche)

Per parlare di strutture private, propriamente dette, dovremmo rivolgerci alle Cliniche non convenzionate od accreditate. E' fondamentale tenere presente questa precisazione "semantica" primo, per giustificare il confronto, che avviene tra strutture operanti nello stesso sistema di offerta di prestazione sanitaria, secondo per non creare confusione. L' analisi va pertanto letta tenendo presente questa specificazione.

Vediamo che la risorsa produttiva principale, il numero dei letti occupabili, vede per l'ospedale di Brescia 1623 letti accreditati ed utilizzati contro i 467 dell'Humanitas e i 150 delle Cliniche Gavazzeni. L' attività ambulatoriale è sostanzialmente di supporto alla degenza, trattandosi di strutture per acuti, e di minore incidenza sia nel consumo delle risorse che nei ricavi.

Il ricavato per posto letto è di (E/000) 165 per Brescia, e 292 sia per l'Humanitas che Gavazzeni, con un ricavo identico per le due strutture ad organizzazione autonoma che, come noto, fanno capo alla stessa proprietà.

Se si esamina invece il ricavo per giornate di degenza risultano E 595 per il Civile di Brescia, E 1148 per l'Humanitas e E 1046 per Gavazzeni.

Da questi dati si evince una netta migliore gestione, in termini di rotazione ed effettiva occupazione, dei posti letto a disposizione delle strutture ad organizzazione autonoma rispetto all'Ospedale Civile di Brescia. Sulla rotazione dei posti letto nell'Ospedale di Brescia possono sicuramente influire le più lunghe degenze che un ospedale pubblico può trovarsi a dover gestire quale servizio pubblico di assistenza sociale impropria; per altro non si è in grado per ora di valutare l'entità del fenomeno, anche se riteniamo che esso non sia tale da alterare significativamente i dati sulla rotazione dei letti.

Passando all'esame dei costi, calcolati sul valore della produzione, vediamo che il costo complessivo per gli acquisti di beni e servizi risulta incidere in modo sostanzialmente uniforme nelle strutture (dal 56% al 59%). Invece il costo del lavoro incide per il 63% nell'Ospedale di Brescia contro un 25% Humanitas e 31% Gavazzeni e abbiamo già sottolineato che si tratta di una differenza eclatante.

Esaminando i costi per posto letto risulta che nelle strutture ad organizzazione autonoma prevale la spesa per beni e servizi, quando invece la struttura pubblica spende di più per il costo del lavoro: costo del lavoro per posto letto: Brescia E 104.000, Humanitas E 73.000 e Gavazzeni E 92.000; acquisto beni e servizi : Brescia E 93.000, Humanitas E 172.000 e Gavazzeni E 163.000.

Incidentalmente si segnala un costo del lavoro per posto letto relativamente elevato nelle cliniche Gavazzeni contro un'incidenza del costo del lavoro sul valore della produzione complessiva la metà della struttura pubblica. La minore incidenza complessiva deriva evidentemente da una produttività pressoché doppia per giornata di degenza delle Cliniche Gavazzeni.

Questi dati riportano naturalmente l'analisi alla qualità del servizio offerto, che è riconducibile essenzialmente al gradimento soggettivo percepito (con principale riferimento ai servizi alberghieri) ed alla qualità della prestazione medica.

Non siamo in grado di esprimere giudizi su tali variabili e non ci risulta che le stesse vengano sistematicamente rilevate, come dovrebbe essere, con procedure sufficientemente standardizzate da essere paragonabili e rese pubbliche. Certamente riteniamo che le stesse variabili dovrebbero essere costantemente monitorate e misurate e che questo dovrebbe essere uno dei compiti primari dell'amministrazione regionale. Le prime, relative al gradimento soggettivo percepito, attraverso specifici studi che abbiano a riferimento le c.d. "carte dei servizi", visto che ci sono, andrebbero meglio utilizzate. Le seconde, relative alla qualità della prestazione medica, attraverso la rilevazione sistematica di indicatori di rientri, complicità e peso medio delle prestazioni.

E' senz'altro interessante notare che le due strutture private hanno un costo per dipendente del 33% superiore a quello della struttura pubblica (E 40.000 contro E 30.000). Dunque i dipendenti sono in numero minore, lavorano più efficacemente, ma lavorano anche di più.

Il risultato complessivo della gestione si concretizza in una perdita d'esercizio del 27% del valore della produzione per la struttura ospedaliera di Brescia contro un attivo del 4,1% dell'Humanitas e dell'1,6% delle Cliniche Gavazzeni.

Nell'insieme si vede pertanto che la struttura pubblica paga un maggior numero di persone individualmente meno retribuite e spende meno per i beni e servizi erogati agli utenti, quando invece la struttura ad organizzazione autonoma tende a spendere decisamente di più per i beni e servizi e meno per il personale, invertendo il rapporto costo del lavoro su costo beni e servizi, che è di 1,1 nel pubblico contro 0,4 e 0,6 rispettivamente delle strutture Humanitas e Gavazzeni.

Vediamo infatti che ove Brescia occupa 3,5 persone per posto letto, l'Humanitas ne occupa 1,8 e le Gavazzeni 2,3.

Va sottolineato che la riduzione del costo del lavoro non va certo ricondotto a una minore reddito del dipendente, che risulta infatti del 33% superiore a quello della struttura pubblica, ma ad una maggiore produttività individuale che permette l'utilizzo pieno dei dipendenti evidentemente fortemente sottoutilizzati o maleutilizzati nella struttura pubblica.

4.2. Spazi di intervento

Da un primo esame risultano possibilità di maggiore produttività nei reparti chiave esaminati che varia dal 10 al 30%, per importi nell'ordine delle unità di milioni di E. Tale maggiore produttività resta ovviamente bloccata dal pagamento "a tetto" da parte del Sistema Sanitario Nazionale, meccanismo che - essendo applicato a tutte le strutture ospedaliere regionali, siano esse "di base" o "di eccellenza", in modo uguale, serve più a mantenere in vita le strutture mediocri che a stimolare la creazione di strutture di eccellenza di grande attrattiva e con potenzialità di sviluppo.

Resta infatti uno dei problemi principali per una corretta strutturazione dei ricavi di ogni Ospedale, introdurre sistemi di incentivazione e di "meritocrazia" anche per le strutture come tali. Erogare ad Ospedali periferici e minori allo stesso modo e secondo gli stessi parametri come ai Centri di eccellenza stimola la mediocrità e disincentiva se non blocca qualunque specializzazione.

Questo punto è sicuramente di primaria importanza nella eventuale trattativa con la Regione, se si mira, come si dovrebbe, non solo ad un ospedale che assicura la normale assistenza sanitaria

ma che coltiva nel suo seno attività di eccellenza, capaci di diventare fattori di sviluppo culturale ed economico per la città.

Parimenti devono essere messe in opera azioni volte a migliorare l'efficienza di funzionamento, agendo sulla struttura dei costi e sulla dispersione delle risorse dovute a deficit organizzativi interni, problemi derivati da strutture edilizie non ottimizzate per i flussi operativi sanitari, struttura del personale da esaminare e forme di acquisto beni e servizi non sempre competitive.

Questo può essere raggiunto attraverso le seguenti azioni:

1. In molte specialità esistono duplicazioni nei reparti con evidenti divergenze di resa operativa (tempi di degenza, case mix, risorse consumate etc). E' necessario uniformare tali modalità operative, anche mettendo in comune le risorse ove utile. Nei casi in cui questo non comporta un'allineamento dei diversi reparti su valori operativi migliori, bisogna considerare eventuali accorpamenti.

2. Le risorse materiali e umane devono essere viste in una logica di sistema e non per reparto, abbattendo le barriere tradizionali di gestione, per causa delle quali è regola comune che un reparto in momentanea crisi di risorse non riceve aiuto automatico da un reparto adiacente in momentaneo eccesso. Questo comporta che spesso letti rimangono vuoti e non vengono occupati da pazienti in attesa di altro reparto, magari della stessa specialità!

3. Interventi sulle strutture edilizie mirate non solo alla formale soddisfazione dei requisiti regionali, ma soprattutto a favorire un migliore flusso operativo interno in un quadro di ergonomia operativa.

4. Dai dati a disposizione emerge una distribuzione del personale sui rapporti di ruolo a tempo e forma consulenziale poco corrispondente alla realtà (numero consulenti 0,5%). Questo indica che a livello di controllo di gestione o di processi di controllo di gestione interni esistono ampie aree oscure e pertanto migliorabili. Il reporting è falsato dalla cattiva impostazione pubblica di suddivisione dei costi, poco utile ad un reale controllo.

Non è allo stato attuale (basato sulla documentazione pubblicata, come bilanci etc) possibile una migliore analisi dei costi del personale e delle consulenze che richiede invece un'approfondita analisi documentale ed informazione più utili e trasparenti.

5. CONCLUSIONI

La struttura degli Ospedali Civili di Brescia riserva sicuramente la possibilità di aumento dei ricavi e, aiutato dalla trasformazione giuridica dei rapporti, di forti incrementi di produttività. Tra aumento della produttività e miglioramento della struttura dei costi a parità di spesa si può ritenere che a regime sia possibile raggiungere un recupero complessivo di efficienza nell'ordine del 30% del valore globale del bilancio. Tali interventi non sono però immediatamente realizzabili, ma possono derivare solo da una serie di operazioni, tra cui il cambiamento dello stato giuridico è solo il primo, da seguire con forti interventi gestionali e organizzativi. Da questo deriva la necessità di incidere profondamente nei processi produttivi dell'ospedale stesso e nei costi d'esercizio.

Di fronte alla sostanziale staticità del fatturato possibile nei confronti del SSN per le prestazioni tariffate è evidente che gli interventi di risanamento sul fronte del valore della produzione si possono concretizzare nella:

1. offerta di servizi al di fuori del sistema SSN (attività a favore di privati);
2. erogazione di prestazioni ad altissima specializzazione non tariffate (funzioni) da concordare annualmente con la regione;
3. proventi derivati dalle attività intellettuali di ricerca, brevetti e diritti.

Il principale fattore di maggiore reddito è costituito dalle prestazioni ad alta specializzazione, per cui, negli accordi di costituzione della fondazione, dovrà trovare spazio il preciso impegno di disponibilità della regione ad investire in queste attività.

Questo fattore è ulteriormente favorito dalla presenza nella struttura della Università e corrisponde inoltre alla primaria finalità di riqualificazione scientifica e medica dell'Istituto attualmente compresso dalla mancanza di incentivi economici in tal senso, favorendo un circolo virtuoso in cui la maggior qualificazione è al contempo garante della corretta gestione, come è giusto che sia.

Sul fronte dei costi è evidente che il primario problema è costituito dall'eccessiva quantità di personale, per giunta pagato in modo peggiore.

Tale situazione rispecchia la tipica mentalità antica in cui l'impiego pubblico è più fonte di occupazione che di produzione di beni e servizi in modo efficiente.

E' significativo segnalare che di fronte ad una perdita che ammonta al 27% del ricavo esiste un maggior costo del personale (media organizzazione autonoma: 28%, pubblico: 63%) del 35%: il solo ridurre tale valore a differenza ragionevole permetterebbe l'assorbimento della perdita d'esercizio, liberando risorse da investire nello sviluppo qualitativo.

Si ritiene pertanto necessario:

1. Trovare un inquadramento giuridico della struttura che le permetta di operare in regime effettivo di diritto privato.
2. Individuare un processo di transizione graduale del personale dal ruolo pubblico al rapporto di lavoro privatistico, bloccando immediatamente le assunzioni in ruolo a favore di nuovi contratti di diritto privato e offrendo significativi incentivi al personale già in ruolo che dovesse optare per il nuovo rapporto privato.
3. Negoziare con la Regione ai sensi della legge 101 del 2004 una copertura del disavanzo e/o un riconoscimento di un maggiore ricavo per un periodo da specificare, a riduzione progressiva.
4. Negoziare con la Regione un tetto dei ricavi maggiore di quello previsto per le strutture sanitarie in generale, a fronte di prestazioni di eccellenza.
5. Trovare in sede di costituzione della Fondazione partners atti al finanziamento degli investimenti strutturali necessari ad un funzionamento economicamente più valido, che dovranno essere oggetto di attenta analisi, non potendo realisticamente ravvisare nella capacità economica dell'azienda, ed in tempi utili al risanamento del bilancio, la fonte di finanziamento. Si precisa che le riforme strutturali edilizie finora previste vanno solo nella direzione della conformità ai requisiti di accreditamento regionali, e non appaiono valutati sotto il profilo della miglioria di funzionamento al fine di recupero di produttività.

Concludendo si ritiene che gli spazi non solo normativi ma economico - finanziari ed organizzativi per dar vita ad una Fondazione autonoma esistano e che in linea di massima non ci siano ostacoli assoluti alla Fondazione, per la quale realizzazione è necessario un approfondito studio documentale dell'esistente, la ricerca di partners privati e la ricerca di un consenso sociale e politico forte, tenendo conto che la Fondazione permetterebbe - tramite il suo diverso stato giuridico ed organizzativo - comunque una gestione economicamente più efficace e strategicamente più proficua.

Essa va vista come percorso di crescita tramite un'innovazione sperimentale, e non semplicemente come uno scarico di oneri da parte della Regione.

L'apporto di capitali esterni, aventi natura di investimento sociale, deve servire ad interventi strutturali finalizzati al recupero di eccellenza ed efficienza, e non visto come mera copertura dei deficit accumulati o come ricerca di un "dividendo monetario" che non ci può essere.

Il consenso deve essere espresso dalla popolazione, dalle rappresentanze non politiche della popolazione, dal mondo economico, produttivo culturale e sindacale e dal livello politico in via spontanea o "stimolato" dalle forze sociali di cui sopra.

Il progetto andrà presentato come forma sperimentale ed innovativa ad ampio consenso e al di fuori delle attuali logiche di contrapposizione aprioristiche.

La strategia di fondo del risanamento deve certamente tenere in primo luogo conto che l'Ospedale del Servizio Sanitario deve assolvere alla sua tradizionale funzione di centro sanitario di massa, in cui la popolazione possa trovare assistenza per i propri bisogni di salute.

Ma una struttura importante, un centro di alta specializzazione immerso in una realtà cittadina vivace e propositiva, sede di insegnamento universitario, deve fungere anche da centro di aggregazione di eccellenza e di innovazione. Valorizzando specifiche eccellenze può diventare un soggetto trainante per lo sviluppo culturale, economico ed occupazionale per la città.

Per ottenere questo deve contribuire alla ricerca con proprie specifiche funzioni, sia direttamente che in collaborazione con altri centri di ricerca sanitaria e farmaceutica nazionale ed internazionale. Reparti di alta specializzazione, non più compressi da tetti di fatturato che ne mortificano la produttività, ma se mai controllati in una corretta spesa, possono produrre risultati tali da entrare a pieno titolo nella produzione scientifica mondiale. La produzione scientifica, misurata con metodi internazionalmente riconosciuti, deve entrare nella valutazione oggettiva dei reparti e dei loro dirigenti, esattamente come i parametri di risultato della cura.

L'Ospedale deve inoltre collaborare con l'Università sui temi di ricerca e didattica e deve diventare un punto di riferimento per una corretta formazione sanitaria della popolazione, aiutandola a riconoscere e difendersi da comportamenti impropri sia per la salute dei cittadini che per la finanza pubblica. L'Ospedale è uno strumento formidabile per distribuire conoscenza nella popolazione e solo tale conoscenza può veramente proteggere da maghi e imbonitori da una parte e da comportamenti errati e fuorvianti manipolati dai grandi centri di potere dalle implicazioni inquietanti dall'altra. -

Per raggiungere questo il funzionamento dell'Ospedale deve essere liberato però da concetti ragioneristici di tetti di spesa uguali per tutti, un sistema che remunera l'ospedale di paese alla stessa stregua del grande centro di eccellenza. Deve subire un controllo severissimo di corretta e onesta spesa, una valutazione dei risultati clinici e scientifici imparziale ed una verifica della funzione di educazione, di creazione di cultura continua, ma non deve essere reso asfittico da limiti alla produzione di prestazioni sanitarie e deve poter liberamente accedere a fonti di finanziamento aggiuntive e finalizzate per precisi assi di attività ad alta specializzazione. Deve insomma sfuggire alla logica dell'appiattimento che, rendendo uguali tutte le strutture, uccide le migliori e non rende certo eccellenti quelle da chiudere.

In questo modo l'Ospedale può diventare uno dei soggetti attivi, propositivi e vivi della realtà cittadina, superando l'immagine nefasta e sbagliata di "consumatore di risorse". Può agire da centro di aggregazione, di lavoro, di stimolo alla innovazione tecnologica e scientifica oltre che di formazione culturale e di creazione di un rapporto corretto dei cittadini con la salute. Rendere il cittadino sempre più parte attiva e sempre meno suddito è infatti il miglior (se non unico!) modo per combattere spese e prestazioni inutili, che tanto peso hanno nella spesa sanitaria.

Alla fine dobbiamo però affrontare un problema solo apparentemente separato dall'aspetto economico-organizzativo, che è invece fondamentale e senza la cui soluzione non è possibile pensare ad una soluzione efficace: il problema della Governance.

Ostacolo principale alla buona gestione della cosa pubblica, lo abbiamo visto in tutti i campi, e con particolare evidenza in quello sanitario, è il modo in cui viene costruito il vertice decisionale e il suo modo di funzionare. Per evitare gli errori del passato bisogna soprattutto studiarne la storia, e dai comitati di gestione di antica memoria fino ad oggi, ogni forma assembleare di gestione ha finito di diventare preda di appetiti politici, vanificando ogni aspetto di buona

gestione che erano presenti, anche nella cosa pubblica, nel passato. La soluzione spiccia, di sostituire il Consiglio di Amministrazione con un Direttore Generale monocratico, è nata certamente dalla consapevolezza della ingestibilità di tali consigli, ma è una abdicazione ad un corretto processo di Governance e di partecipazione di tutti gli interessi nella gestione della cosa pubblica.

Possiamo riassumere i requisiti che sotto questo profilo riteniamo fondamentali per la riuscita del progetto, come segue:

A. La Fondazione deve avere la più ampia Autonomia gestionale e amministrativa con il coinvolgimento di Comune, Regione, Associazioni volontaristiche del Territorio, eventuali altri interessi giustamente emergenti, oltre alle Fondazioni Bancarie e in generale dei soggetti economici della città che possono contribuire alla gestione. Potrebbe essere interessante, in via sperimentale, assicurare anche ai dipendenti dell'Ospedale, debitamente organizzati secondo i metodi suggeriti anche dalla UE, una partecipazione alla fondazione ed una rappresentanza nel consiglio di amministrazione.

Tale autonomia che deve essere accompagnata da pari responsabilità, è fondamentale rispetto alla situazione attuale, ove da una parte la Regione coprendo i debiti (come in realtà fa, anche se non lo chiama più "Fondo di Riequilibrio" ma "sbilancio programmato") toglie forza alla necessità di buona gestione, e dall'altra la stessa Regione, stimolata dalla non sempre chiara capacità di autogestione della periferia, si ingerisce profondamente nella gestione stessa, dovendo tutte le delibere che non siano di più che quotidiana gestione, essere sottoposte al vaglio Regionale. In tal modo, oltre alle perdite di tempo ovvie, l'Ospedale è più "parte di sistema" che "realtà locale".

Ovviamente non sarebbe corretto e utile creare una struttura ignara della realtà sanitaria lombarda e nazionale, ma essa deve poter rispondere puntualmente alle richieste e sfruttare le opportunità locali. Un monitoraggio ragionieristico puro da parte di una forza centrale, crea, per una realtà complessa e unica nelle sue caratteristiche, un grave problema. Il controllo deve esserci, ma di sistema, di indirizzi fondamentali e di risultato, non sul quotidiano.

Infine proprio per una migliore gestione e recupero di eccellenza sanitaria, è fondamentale che la struttura sappia proporsi, almeno in alcune unità, come punto di riferimento anche al di fuori della Regione e - alla luce delle prossime aperture nella Unione Europea - a livello comunitario tramite un processo di eccellenza competitiva e di attrazione.

A Brescia l'Ospedale opera in un tessuto sociale attento ed economicamente forte, diverso da altre realtà nazionali e lombarde. Vi sono pertanto caratteristiche peculiari che richiedono, per essere sfruttate a fondo, tale ampia autonomia, ma che dovrebbe poter assicurare anche una gestione attenta e responsabile, certo migliore dell'attuale.

B. La Fondazione deve avere uno schema di Governo simile alle grandi aziende private, finalizzato al risultato inteso sia come risultato qualitativo che economico, e non alle strutture pubbliche, interessate principalmente agli equilibri delle percentuali di consenso.

Allo stato attuale vediamo che lo schema delle fondazioni derivate da una struttura pubblica (IPAB, IRCCS) prevede un consiglio di amministrazione di nomina politica, che a sua volta nomina un Direttore Generale. I Consiglieri restano su base sostanzialmente paritetica con funzioni cosiddette di "indirizzo". Questo anche alla luce del fatto che nel pubblico si tende a separare le funzioni "politiche", deresponsabilizzate, da quelle "gestionali", responsabili legalmente. Le proposte finora emerse non appaiono condivisibili a priori, ma necessitano di ulteriore approfondimento. Esse infatti nella sostanza ricalcano l'usuale schema dimostratosi inefficace in passato, senza introdurre elementi sostanziali di novità.

L'esperienza derivata da tali consigli nei cosiddetti Comitati di Gestione delle vecchie USL, è stata un'esperienza fallimentare. La composizione dei comitati, fatta di persone avulse da ogni esperienza gestionale, ma attente alle percentuali di rappresentanza, unita alla totale deresponsabilizzazione degli stessi nei confronti dei risultati, ha portato ad una sostanziale

situazione di stallo e blocco del sistema. Questo anche per le continue ingerenze nell'operato del Direttore Generale su argomenti di ordinaria amministrazione.

Si ritiene pertanto che la struttura di Governance debba ricalcare nella sostanza quella delle migliori Aziende private.

Il Consiglio di Amministrazione prende in sostanza il posto dell'Assemblea dei Soci, e la Società viene gestita attraverso un Amministratore Delegato che risponde al Consiglio ed opera attraverso un Direttore Generale che risponde all'Amministratore Delegato sia pure nell'ambito delle sue precise ma non autonome deleghe. In tale schema Amministratore Delegato e Direttore Generale sono e devono essere elementi tecnici di alta qualificazione, coordinati e complementari:

1. deve essere costituito un sistema di controllo effettivo, ove la funzione di controllo ed indirizzo sia svolta da persone capaci di comprendere i problemi della struttura, dare indicazioni strategiche corrette e agire di conseguenza, in piena autonomia professionale, anche se in linea con le indicazioni generali date a livello politico - amministrativo. Deve essere evitata la deresponsabilizzazione degli organi decisionali;

2. la funzione di gestione giornaliera deve essere affidata a soggetto dedicato, nella figura di un Direttore Generale, nominato dal Consiglio di Amministrazione. Tale nomina deve essere fatta sulla base di reali capacità professionali e di esperienza, e non secondo la solita logica di patronaggio politico. Il Direttore Generale avrà ampia autonomia nella gestione ordinaria, ma dovrà rapportarsi al Consigliere Delegato per le decisioni straordinarie, i rapporti con strutture esterne, le nomine delle funzioni apicali, le operazioni di acquisto di beni e servizi al di sopra della soglia europea. Esso risponde al Consigliere Delegato e riferisce, se chiamato, al Consiglio.

Il Direttore dovrà essere una figura forte del suo ruolo, possibilmente derivante da realtà, anche non sanitarie, in cui ha accumulato esperienza di gestione diretta. Esso deve avere ampia autonomia per tutto quanto riguarda la struttura stessa. Esso dovrà essere capace da un lato di assumersi tutte le responsabilità del ruolo, riconoscendo nel contempo quando elementi specifici escono dalla "politica interna" della Fondazione e chiamare allora l'Amministratore Delegato ad intervenire;

3. il Consiglio di Amministrazione dovrà esprimere un Amministratore Delegato, che sappia fare da raccordo tra l'elemento esclusivamente professionale della gestione quotidiana, il Direttore Generale, e il Consiglio. Tale Amministratore deve avere capacità professionali del ramo, per seguire, con il Direttore Generale, l'andamento della Fondazione e porre rapidamente in essere decisioni di maggiore livello senza dover ogni volta passare attraverso il processo formale delle convocazioni assembleari e del conseguente rischio di "paralisi politica". Allo stesso momento deve raccordarsi con gli elementi del Consiglio e assumersi la responsabilità di selezionare quelle decisioni, che non rientrano nelle direttive generali strategiche date dal Consiglio, e portarle a livello di vaglio collettivo. Il Consigliere Delegato risponde direttamente al Consiglio di Amministrazione al quale appartiene con diritto di voto, e dal quale potrà essere revocato secondo la legge ordinaria.

Il Consigliere Delegato dovrà avere conoscenze tecniche anche nel campo sanitario per potersi rapportare a livello non solo operativo ma strategico con realtà importanti, come quelle politiche di Regione e Comune, Tecniche come l'Assessorato, altre strutture sanitarie e l'Università, di interesse sociale come Associazioni e Fondazioni Bancarie, solo per nominarne alcune in via esemplificativa. Deve avere capacità di gestione strategica, con una personalità professionale tale da resistere alle pressioni collaterali e schermare il direttore in modo assoluto da tali ingerenze, permettendogli di lavorare indisturbato;

4. le Delibere di ordinaria amministrazione verranno emesse dal solo Direttore Generale, le delibere di competenza strategica e generale (contratti con Regione, Comune, Fondazioni, Università etc, ristrutturazioni, delibere di importo sopra la

soglia europea di 200.000Euro), come le assunzioni delle cariche Dirigenziali di livello apicale, sono emesse dall'Amministratore Delegato, sentito il Direttore Generale. Spetterà all'esame dettagliato, in occasione della stesura dello statuto fissare gli esatti limiti dei poteri, ma il concetto di governance come su espresso deve essere rispettato;

f

5. il Consiglio di Amministrazione operi solo attraverso il Piano di Organizzazione Aziendale, i budget, i bilanci, i piani di investimenti, il monitoraggio (secondo il modello dell'"Aufsichtsrat" tedesco, recentemente recepito anche nella nostra legislazione societaria) etc., dando mandato all'Amministratore Delegato, che partecipa alla stesura, ad applicarlo, e non entri nella gestione diretta della struttura. In questo modo i Consiglieri potranno anche essere di nomina politica senza il rischio di trasformare l'Ospedale in un campo di battaglia di interessi variamente vestiti.

E' evidente che questo sistema - come qualunque altro - non potrà funzionare per decreti, leggi e norme. Deve funzionare posandosi sulla capacità professionale e sulla disponibilità di assumersi responsabilità diretta da parte degli enti partecipanti alla Fondazione e dei soggetti incaricati del "management" ai vari livelli. Questo premette che le parti politiche e di interesse sappiano rinunciare - diciamolo chiaramente - a quella parte non istituzionale, che porta a ingerenze nella gestione diretta e a scelte delle figure apicali su base diverse da quelle professionali. La via maestra per perseguire questo non facile obiettivo sarà la assoluta trasparenza, l'ampia "accountability". In tal senso la Fondazione, una volta all'anno, darà vita ad un'assemblea aperta a tutta la cittadinanza nella quale sarà data ampia e puntuale rendicontazione delle attività svolte e dei risultati raggiunti.

Il sistema pertanto potrà funzionare solo se recupera e conferma una tradizione di "buona amministrazione" che è esistita nella storia sicuramente in più realtà (basta pensare all'Ospedale Maggiore di Milano nei secoli scorsi) ed anche nella struttura bresciana. Esso necessita pertanto di una "territorialità" compatibile. Brescia ha tutti i requisiti territoriali e di tradizione per poter essere un laboratorio di successo per questo progetto, selezionando professionisti e non *clientes*, per capacità e non per fede politica.

E' evidente che il sistema si rapporta profondamente alle tradizioni gestionali ed alle realtà locali. Non è detto che la soluzione proposta per Brescia sia valida per tutte le realtà sanitarie. Anzi: proprio il volere "perequare" e livellare tutti gli Ospedali, sottoponendogli alla stessa legge e regola, è fonte di livellamento verso il basso. La sperimentazione Bresciana può in tal senso diventare un laboratorio eccellente per un cammino verso una struttura a rete di Ospedali di eccellenza (vera!) supportata da strutture di minore intensità scientifica da una rete eccellente di trasporti dei malati, e da un nuovo più civile rapporto tra "politica" e città.

ALLEGATI

PROJECT FINANCING 2002

Abbiamo esaminato l'operazione di Project Financing realizzata nel 2002 dall'Ospedale di Brescia e riassunta nelle sue principali caratteristiche nella scheda che segue.

Siamo giunti alla conclusione che questa operazione non è propriamente un project financing bensì una operazione più assimilabile ad un leasing o comunque ad un indebitamento a lungo termine (18 anni e 10 mesi) per un importo complessivo che, secondo i calcoli dell'Azienda, è compreso tra 58 e 86 mil.E, con un esborso annuo compreso tra i 3 mil.E ed i 4,6 mil.E, che la definizione di project financing consente di non iscrivere a bilancio tra i debiti.

Generalmente si definisce come project financing³ un'operazione di finanziamento nella quale una determinata iniziativa d'investimento, in genere realizzata da parte di più promotori attraverso la costituzione di una specifica società di progetto, viene valutata dagli azionisti che la finanziano *principalmente* per le sue capacità di generare ricavi e dove i flussi di cassa connessi alla gestione costituiscono la fonte primaria per il servizio del debito e la remunerazione del capitale di rischio.

Nell'operazione qui esaminata il servizio del debito e la remunerazione del capitale investito sono principalmente coperti dal canone fisso che l'Ospedale paga (2,4 mil. annui + euribor 6 mesi con un minimo del 3,75%) mentre la parte che deriva dai flussi di cassa dell'investimento è costituita dalla parte variabile del canone che l'Ospedale paga in relazione al tasso di occupazione dei posti letto (con un minimo di 0,3 mil.E ed un massimo di 0,8 mil.E) e dai flussi di cassa derivanti dalla gestione del bar e dell'emporio di cui non abbiamo evidenza dalla documentazione esaminata (delibera di approvazione del contratto e contratto stesso). In sostanza non s'intravede in quest'operazione la partecipazione al rischio d'impresa da parte del promotore/aggiudicatario dell'operazione stessa.

Di particolare rilievo appare anche il diritto di superficie concesso all'affidatario per l'intera durata dell'operazione, che si configura come una garanzia reale che l'Ospedale concede a fronte degli impegni assunti.

Segnaliamo che, dalla lettura del contratto, recepito dall'Azienda Ospedaliera con propria delibera, abbiamo rilevato una incongruenza nel calcolo dell'adeguamento del canone fisso (si veda il punto A. della scheda riepilogativa nelle pagine seguenti). In particolare si ritiene errato il conteggio per cui ad ogni variazione di $\frac{1}{4}$ di punto percentuale del tasso base si applica una variazione del canone (in più o in meno) di un importo forfetario di euro 55.000; la variazione sarebbe in questo caso pari al 2,3% del canone fisso.

L'Ospedale di Brescia ha in corso lo studio per un'altra operazione definita di Project Financing per un importo, desunto dalla stampa locale tra i 250 ed i 300 mil.E, a proposito del quale, per mancanza di informazioni al riguardo non possiamo esprimere una valutazione.

3: Gianfranco Imperatori : "La finanza di progetto – una tecnica, una cultura, una politica" pag.42 – Milano, il Sole 24 Ore – 2003

In allegato abbiamo riportato una presentazione della Bovis Lend Lease tratta dal sito internet istituzionale della stessa Società.

SCHEDA RIEPILOGATIVA DELL'OPERAZIONE PROJECT FINANCING 2002

Data contratto: 21 marzo 2002

Data delibera di approvazione: 08 aprile 2002

Inizio lavori: 08 gennaio 2003

Fine prevista dei lavori: 26 luglio 2005

Aggiudicatario del progetto: Bovis Lend Lease Ltd

Società progetto (Affidatario): Catalyst Brescia con sede legale a Milano, Via Parini, 9

Valore economico convenzionale investimento iniziale: 37.995.734 E (inclusa iva 20%)

Valore convenzionale intervento complessivo: 24.583.348 E (esclusa iva)

di cui: Edifici civili ed assimilati 12.243.127 E (esclusa iva)

Impianti tecnologici 8.828.314 E (esclusa iva)

Forniture (arredi) 1.394.434 E (esclusa iva)

Servizi tecnici 2.117.473 E (esclusa iva)

Oggetto

1. Progettazione definitiva ed esecutiva, nonché la realizzazione delle opere di ristrutturazione, con adeguamento ai requisiti strutturali e tecnologici previsti dalla vigente normativa, del fabbricato esistente tra scala 3 e scala 5 dell'Ospedale Centrale con sopraelevazione per un ulteriore piano dell'edificio attualmente composto da 6 piani, nonché l'ampliamento tramite sopraelevazione per sette piani del corpo adiacente già esistente ed attualmente limitato ad una parte interrata ed al piano terra, con installazione e messa in funzione di tutta l'impiantistica necessaria a rendere fruibili ed utilizzabili i locali facenti parte degli edifici di nuova costruzione. E' inoltre compresa la fornitura degli arredi. Le funzioni da ospitarsi nei settori previsti nell'intervento sono le seguenti:

1° piano: bar - emporio - biblioteca - uffici, ambulatori e studi medici

2° piano: Servizio di riabilitazione e Rieducazione funzionale - Degenze protette (Brachiterapia, Medicina Nucleare)

3° piano: Oncologia Medica con Day-Hospital e degenze

4° piano: Ematologia con Day-Hospital e degenze

5° piano: Degenze per attività di libera professione intra-moenia

6° piano: Degenze per attività di libera professione intra-moenia

7° piano: Vani tecnici per collocazione parti impiantistiche

2. Servizio di gestione del bar - emporio, con la fornitura dell'arredo, delle necessarie attrezzature e delle attività conseguenti, durante i normali orari di apertura degli esercizi commerciali, nel rispetto della normativa vigente e comunque almeno per 10 ore consecutive giornaliere per tutti i giorni di calendario.

3. Concessione all'affidatario del diritto di superficie su tutta la parte del terreno interessata al progetto per il periodo compreso tra la data di approvazione del Progetto Esecutivo da parte dell'Azienda, con contestuale redazione di idoneo verbale di consegna, e la data di conclusione della concessione. Allo scadere del termine del diritto di superficie, la proprietà delle opere costruite verrà automaticamente trasferita all'Azienda. Fino al termine della concessione l'Azienda avrà la detenzione, a titolo di comodato, di quanto costruito dall'affidatario.

Durata della concessione

18 anni e 10 mesi decorrenti dalla data di inizio della realizzazione delle opere. A decorrere dalla fine dell'ottavo anno l'azienda avrà l'insindacabile facoltà di recedere anticipatamente dal contratto pagando il corrispettivo che verrà determinato di comune accordo tra le parti, tenendo, comunque, conto del previsto ammortamento dell'investimento effettuato dall'affidatario.

Corrispettivo

32 canoni semestrali così determinati:

A) Canone fisso annuale

Euro 2.391.461,65 da calcolarsi con tasso euribor a 6 mesi al tasso minimo del 3,75% e con un massimo pari al 7,25%. Per ogni incremento del tasso di base di $\frac{1}{4}$ di punto percentuale, o frazione arrotondata per eccesso al quarto di punto superiore, l'importo del canone fisso verrà aumentato o diminuito, a seconda dei casi, di un importo forfetario di euro 55.000.

B) Canone variabile

1° rata pari a 275.000 E. Successivamente la rata è variabile in relazione all'oscillazione del tasso di occupazione dei posti letto compresi nei settori oggetto di intervento, in misura pari al +/- 10% rispetto al tasso medio di riferimento cui corrisponde l'importo di 516.457 E. E' prevista la variazione di un importo pari a 25.823 E per ogni punto percentuale o frazione da approssimarsi alla unità più vicina, fino ad un minimo di 258.228 E ed ad un massimo di 774.685 E. Al di sotto del -10% rispetto al tasso medio di riferimento la quota variabile non è dovuta.

I canoni di cui sopra sono soggetti ad adeguamento su base ISTAT secondo la seguente relazione:

$$\bullet \text{ Tariffa corrente} = \text{Tariffa iniziale} \times R$$

$$R = C_n / C_o$$

Dove C_n è l'indice Istat riferito all'indice del mese precedente all'anno di applicazione e C_o è l'indice Istat corrispondente a quello rilevato al 31/12/2000.

Il coefficiente R non potrà in ogni caso avere un valore inferiore a 1,015, corrispondente ad un tasso medio di inflazione annuo pari all'1,5%.

Il pagamento dei canoni decorre dalla prima scadenza semestrale successiva al collaudo.

L'azienda ospedaliera ha ipotizzato un onere di spesa complessivo presunto che può variare da un minimo di 58.176.475 E ad un massimo di 86.426.321 E calcolando per la delibera un valore complessivo medio di 72.302.898 E.

In delibera si precisa che l'importo dei canoni sarà capitalizzato nel conto "Immobilizzazioni in corso ed acconti" (voce delle immobilizzazioni materiali) e che a tali uscite si farà fronte mediante gli introiti derivanti dal potenziamento delle attività sanitarie, anche in regime di libera professione, nei settori interessati dall'intervento.

Analisi Comparativa - Tabelle