

Le grandi
aziende
bresciane

Uno sguardo sulla grande e complessa macchina della più importante realtà sanitaria del territorio

Negli Spedali Civili bresciani 71 mila e 500 ricoveri all'anno

Gli “Spedali Civili”, da sempre e semplicemente l’Ospedale della città, sono una realtà aziendale complessa, sia per dimensioni sia per l’attività svolta.

Gli Spedali Civili comprendono anche l’Ospedale dei bambini e quelli di Montichiari, di Gardone Val Trompia, il Centro di riabilitazione cardiologica di Fasano del Garda, il Dipartimento di salute mentale ed infine i Poliambulatori territoriali. La capacità è di 2.254 posti letto ordinari e 239 day hospital (utilizzati 1.652 posti letto ordinari e 207 day hospital), con 71.500 ricoveri all’anno per 496 mila giornate di degenza. Sono

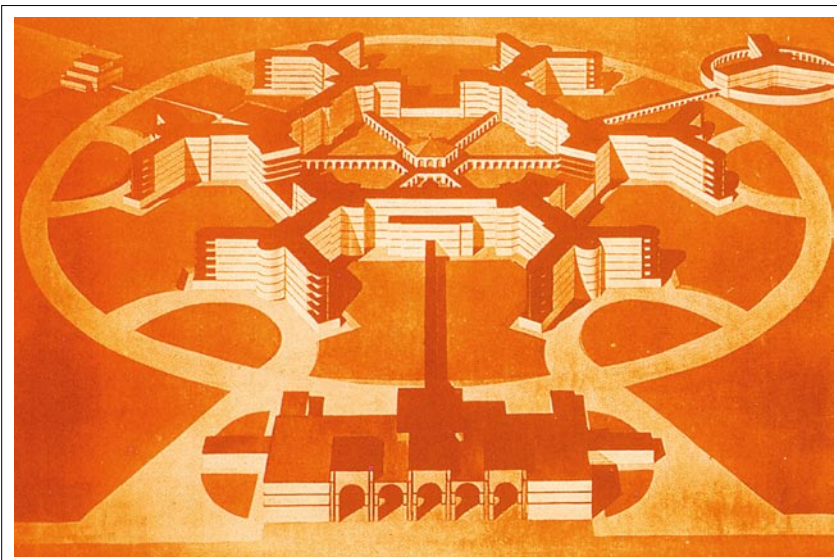
di **Francesca Cavalli**

occupati ben seimila dipendenti. Fanno riferimento ad una utenza di circa un milione di abitanti con percentuali elevate di pazienti provenienti da altre regioni, particolarmente per le specialità e le terapie intensive.

L’attività istituzionale ha natura pubblica, ma, oltre ai tradizionali compiti assistenziali, gli Spedali Civili svolgono anche attività didattiche e di ricerca clinica nell’ambito della convenzione con la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell’Università degli Studi di Brescia. Il “Civile”, come hanno abbreviato i sempre concreti bresciani, è divenuto

una azienda ospedaliera di rilievo nazionale dopo la trasformazione dei servizi di assistenza sanitaria dalla riforma del 1978. Non più, dunque opera misericordiosa ed assistenziale, o ente ospedaliero o “erogatore”, come lo definisce il direttore generale dott. Lucio Mastromatteo, ma azienda vera e propria, con tutti i problemi ed i benefici connessi. Con le leggi di riordino della disciplina in materia sanitaria si è passati da una situazione nella quale il diritto alla salute veniva riconosciuto nell’ambito di un sistema centralistico e burocratico, assicurato a prescindere dalla spesa che esso





Il progetto originario degli anni Trenta

comportava, ad un regime fondato sulla capacità di spesa del bilancio pubblico, sul decentramento dell'attività programmatoria ed operativa, sull'autonomia, la responsabilizzazione regionale ed infine sulla competizione di mercato a livello delle strutture sanitarie locali.

Pur nel rispetto dell'autonomia delle aziende, la Giunta Regionale della Lombardia ha provveduto a fornire periodicamente indicazioni circa l'organizzazione interna delle aziende, al fine di garantire una certa coerenza tra gli assetti aziendali e la tipologia di attività svolta. Le strategie di politica sanitaria, la programmazione e la progettualità di medio e breve periodo rientrano nella competenza degli organi regionali.

A seguito della *devolution* dallo Stato alle Regioni, sostanzialmente, del finanziamento e dell'organizzazione dei servizi sanitari, si è determinato un profondo cambiamento dei criteri di allocazione dei fondi statali a favore delle regioni, passati dall'automatico rimborso "ex post" della spesa storica, alla definizione "ex ante" del finanziamento, in relazione ai residenti nelle singole Regioni ed ai Piani Sanitari Nazionali. Ne è derivato un più efficiente uso delle risorse ed una accresciuta qualità dell'offerta.

Gli ospedali oggi sono remunerati in base alla quantità e alla qualità delle prestazioni sanitarie erogate.

Questo "processo di aziendalizzazione" ha portato alla piena autonomia patrimoniale, organizzativa e gestionale attuata attraverso modelli organizzativi tipici dell'impresa privata. Ciò ha richiesto, nella misura del possibile, anche il coinvolgimento diretto della classe medica nella programmazione e nella gestione quotidiana dei reparti e dei servizi di supporto, diagnostico-terapeutici, arricchendo la professionalità posseduta con competenze manageriali. Appositi organi interni all'Ospedale ne favoriscono il ruolo attivo sulla base del principio che i costi fissi, molto elevati, vanno combinati con i costi variabili, in modo da aumentare prestazioni specialistiche prodotte, oppure di migliorarne la qualità, o valore aggiunto, nella consapevolezza della propria funzione gestionale oltre che professionale, con la possibilità di prendere decisioni diagnostiche-terapeutiche che comportano un costo minore a parità di efficacia. Man mano è andato a delinearsi un sistema di tipo imprenditoriale in cui la struttura ospedaliera è vincolata a fornire servizi valutati non solo in termini quantitativi ma anche

qualitativi; la qualità è perseguita a tutti i livelli e da tutti gli attori. Perciò si parla di qualità organizzativa (uso delle risorse, struttura organizzativa e processi decisionali interni all'azienda), qualità tecnica (livello d'applicazione delle conoscenze scientifiche, delle abilità professionali e delle tecnologie disponibili) e qualità percepita o *customer satisfaction* (comfort, igiene, trattamento alberghiero, disponibilità, accoglienza, cortesia, rispetto del paziente, tempi di attesa...).

Così la sopravvivenza della struttura ospedaliera dipenderà dalla sua capacità di attrarre pazienti: infatti, maggiore sarà la domanda di prestazioni, tanto maggiore sarà la quota di risorse attribuite alla struttura. Vero stimolo al raggiungimento di alti obiettivi d'efficienza ed efficacia, anche alla luce della piena libertà di scelta che il cittadino opererà optando per un determinato ospedale, ritenuto più confacente ai propri bisogni.

Il dott. Lucio Mastromatteo da otto anni è alla testa degli "Spedali Civili": nei primi mesi, sottolinea il Direttore Generale, si riesce solo a comprendere il funzionamento dei meccanismi interni consolidati, ad individuarne sia i punti di forza che quelli di criticità, per approdare alla definizione e alla stesura d'un progetto di riorganizzazione e ristrutturazione da attuare a medio/ lungo termine. Non si può, infatti, pensare di poter attuare una trasformazione profonda nel breve periodo in una organizzazione complessa come quella ospedaliera. Facile intuire che i cambiamenti sono stati numerosi e rivoluzionari, "copernicani" come li definisce il dott. Mastromatteo, ed hanno investito ogni livello e ogni attore.

Si è passati dalla contabilità finanziaria, "a entrate e uscite", alla contabilità economico patrimoniale, "a costi e ricavi", senza poter più contare sugli interventi "a piè di lista" da parte della Regione, come avveniva

invece in passato e com'è previsto oggi solo per l'Ospedale Pediatrico "Bambin Gesù" di Roma, attraverso uno stanziamento *ad hoc* stabilito ogni anno nella Legge Finanziaria.

Oggi si inizia a parlare di redazione del "bilancio sociale", obiettivo ancora lontano ma da realizzare nel futuro. Si è passati da rapporti di pubblico impiego, con tutte le garanzie conseguenti, a rapporti di lavoro privatistico per il personale dirigente, ovviamente senza venir meno alla natura pubblica della prestazione. Oggi le controversie vengono risolte davanti al giudice del lavoro. Il personale dirigente, come avviene per i *managers* delle aziende private, percepisce un compenso in parte fisso ed in parte variabile: quest'ultimo dipende dalla valutazione fatta da un apposito *team*, tanto del lavoro svolto unitamente alla propria *équipe* quanto di quello proprio del singolo componente le *équipes* che viene valutato in base alle caratteristiche e capacità personali.

I rapporti di lavoro sotto il livello della dirigenza invece sono ancora di natura pubblica.

La figura del Direttore Generale dell'ospedale, accorpendo notevoli responsabilità e funzioni, è molto simile a quella del direttore di una azienda privata: egli ha tutti i poteri della gestione. Con decreti la Direzione Generale della Sanità ogni anno definisce gli obiettivi attribuiti a ciascun Direttore, per poter adeguatamente ed oggettivamente valutare, tramite un sistema di indicatori e modalità di verifica connessi agli obiettivi individuati, l'operato dello stesso dirigente. Ad esempio, uno degli indicatori utilizzati è il budget annuale mediante il quale viene assegnato un certo obiettivo economico da perseguire con un predeterminato livello di costi, riconosciuto congruo per ogni tipologia di ospedale.

Gli eventuali maggiori costi devono essere immediatamente giustificati



Lucio Mastromatteo

e, se necessario, vanno specificati i necessari correttivi. Sono previste sanzioni a carico del Direttore Generale fino alla revoca della nomina, nei casi particolarmente gravi.

Egli è l'interlocutore di tutti gli attori coinvolti nella gestione dell'Ospedale (medici, infermieri, cuochi, ecc...), con tutti i problemi che ne derivano anche a livello sindacale; gli attori, ovviamente, devono rispondere del loro operato al Direttore Generale.

Ma in che cosa consiste l'autonomia dell'Azienda Ospedaliera? La gestione è quella di una funzione pubblica, da perseguire con strumenti e modalità privatistici.

L'azienda pubblica viene impegnata ad impadronirsi di strumenti tipici dell'azienda privata per meglio realizzare le proprie finalità di pubblico interesse tenendo conto che viene ad agire non in un mercato libero bensì in un mercato così detto "imperfetto". Perché a fronte di costi certi e di difficile manovrabilità (i contratti del personale sono gestiti a livello nazionale e regionale) i ricavi sono determinati dalla mano pubblica, a mezzo di tariffe che possono variare di anno in anno.

Secondo la normativa, la Regione

stanziava preventivamente il fondo di bilancio per l'assistenza sanitaria, ripartendolo poi tra le varie strutture ospedaliere e le aziende sanitarie locali - ASL - che percepiscono un corrispettivo in relazione alle attività assistenziali, ambulatoriali e riabilitative prestate per alcune funzioni di particolare specificità, quali, ad esempio, le prestazioni dell'emergenza ed urgenza.

Quindi il principio "più si vende più si guadagna" è valido anche per l'azienda ospedaliera, ovviamente entro il tetto previsto dalla Regione. Ne deriva una competizione a livello nazionale tra le strutture per accaparrarsi i "clienti" ma anche tra le aziende ospedaliere di ogni regione. Il bilancio dell'Ospedale, stante così la composizione degli elementi costitutivi, non può essere in utile, salvo qualche plusvalenza realizzata dalla vendita di immobili non utilizzati per fini istituzionali. Pertanto poco rimane da reinvestire nell'Azienda, in ampliamenti, ristrutturazioni e nuove tecnologie.

Il patrimonio dell'Ospedale destinato ai fini istituzionali è costituito da beni indisponibili e solo i beni "estranei" alla finalità pubblica possono essere venduti per far fronte ad investimenti. Ci si augura che a breve sia oggetto di valutazione da parte delle Regioni la possibilità di disporre liberamente di questo patrimonio per far fronte alle sempre maggiori necessità finanziarie, poiché sono disponibili risorse sempre minori, anche di carattere ordinario. *E qui entra in gioco l'autonomia dell'Azienda.* Premesso che il patrimonio immobiliare dell'Ospedale è costituito massimamente da beni indisponibili, gli investimenti di una certa entità possono essere finanziati ricorrendo a strumenti alternativi a quelli tradizionali, come da recente regolamentazione (L. 109/94, L. 166/02). In particolare è stata prevista la collaborazione tra aziende sanitarie pubbliche e soggetti

privati con il “*project financing*”, nato nei Paesi anglosassoni quale strumento di finanza innovativa, che consente il finanziamento di opere di pubblica utilità sulla base della valenza tecnico-economica del progetto stesso piuttosto che sulla capacità autonoma di indebitamento dei promotori dell’iniziativa. Ciò limita l’apporto di fondi pubblici e permette di raggiungere maggiore efficienza grazie al coinvolgimento del privato nella fase di realizzazione e di gestione delle opere.

Il progetto viene valutato dai finanziatori principalmente per la sua capacità di generare flussi di cassa che costituiscono la fonte primaria sia per il rimborso del prestito che per la remunerazione del capitale di rischio.

L’aspetto peculiare del *project* è la possibilità di renderlo un’entità giuridicamente autonoma ed indipendente con la creazione di una “Società di progetto”, di nuova costituzione, beneficiaria delle risorse finanziarie necessarie alla realizzazione del *project*, la cui esclusiva finalità è la realizzazione e la gestione dello stesso. In tal modo si semplifica notevolmente il problema di valutazione complessiva del progetto da parte dei finanziatori e degli azionisti di riferimento.

La fase di gestione dell’opera è elemento di primaria importanza, al pari della sua costruzione: solo una gestione efficace genera i flussi di cassa per soddisfare banche ed azionisti. Infatti le principali garanzie connesse all’operazione sono di natura contrattuale piuttosto che reale. Il “montaggio” dell’operazione è caratterizzato da un importante processo di negoziazione tra i diversi soggetti coinvolti (promotori, istituti finanziatori, costruttori, consulenti, soci), avente durata variabile e volto alla ripartizione dei rischi dell’iniziativa tra i partecipanti.

Il “Civile” di Brescia è pioniere nell’utilizzo di questo nuovo strumento che ha portato alla ristrutturazione



Lo stemma quattrocentesco dell’Ospedale di Brescia

Il “Civile” nella storia

- 1427 Il Consiglio della città di Brescia delibera la costituzione dell’Ospedale Maggiore cittadino, *HOSPITALE UNUM MAGNUM ET UNIVERSALE*, iniziativa unica e ambiziosa nell’Italia Settentrionale.
- 1447 26 marzo, viene posta la prima pietra della nuova costruzione nel pieno centro della città.
- 1520 costituzione dell’Ospedale degli Incurabili, per il ricovero dei malati considerati, per la medicina e la superstizione, incurabili.
- 1548 una deliberazione dei due nosocomi riserva l’Ospedale Maggiore all’accoglienza di soli uomini, siano essi degenti curabili o incurabili, unitamente agli infanti esposti, mentre l’Ospedale degli Incurabili, denominato in seguito “delle Donne”, è destinato ai ricoveri femminili.
- 1797 il Governo Provvisorio Bresciano dichiara Ospedali Nazionali i due nosocomi, ripristinandone il patrimonio immobiliare, ma appropriandosi della gestione amministrativa e della direzione sanitaria. Viene inoltre istituita una sezione da adibire ad infermeria per i pazzi.
- 1800 viene istituita la prima sala maternità, sino ad allora dominio della famiglia e della levatrice. La conduzione dell’intero complesso è affidata ad un organico sottodimensionato composto da quattro medici ed un chirurgo, pur registrando

migliaia di ricoveri l’anno e ospitando anche il brefotrofo e, a partire dal 1833, il reparto maternità “sloggiato” dall’Ospedale delle Donne. La situazione diviene insostenibile, soprattutto per l’inadeguatezza dell’edificio di San Luca.



Documento papale, a favore dell’*Hospitale Magnum*, del 1455

- 1844** l'Ospedale Maggiore viene trasferito nella zona di S. Domenico, che confina con l'Ospedale delle Donne. La divisione tra i due ospedali è solo amministrativa.
- 1897** le donne vengono trasferite nella nuova ampliata struttura dell'Ospedale Maggiore in S. Domenico, dando vita agli Spedali Civili.
- 1902** viene aperto l'Ospedale dei Bambini, fra le vie Gramsci e Vittorio Emanuele II.
- 1911** i malati di mente trovano collocazione in un manicomio provinciale lungo Viale Duca degli Abruzzi.
- 1929** l'Ingegnere bresciano Angelo Bordoni viene incaricato di elaborare alcuni progetti per la nuova sede ospedaliera, da edificare a nord della città, dove già si trovano l'ospedale per i malati infettivi, il S. Antonino, una dependance dell'Ospedale dei bambini, oltre ad una clinica privata.
- 1938** viene posata la prima pietra del nuovo Ospedale; il progetto, tra i più moderni d'Europa, a pianta stellare, prevede ogni reparto in un unico blocco, articolato su cinque piani fuori terra, elevati poi a sei o sette, a seconda dei settori. Inserito in un'area di 168.000 mq, costituito da 14 reparti, l'ospedale ha capienza per 1.430 letti. L'assistenza infermieristica è affidata alle Suore Ancelle della Carità.
- 1950** inaugurazione del primo padiglione dell'Ospedale, dopo una interruzione forzata dovuta allo scoppio della Seconda Guerra Mondiale.
- 1953** prende vita l'intero ospedale e viene chiusa la vecchia sede di S. Domenico.
- 1972** si inaugura il Policlinico Satellite, il nuovo grande blocco ospedaliero che ospita nuovi reparti e un più funzionale Pronto Soccorso; si configura come un'ala di completamento della struttura esistente, alta dieci piani, per 432 letti originari e organicamente collegata al nucleo già esistente.
- 1976** viene aperto il nuovo padiglione per i malati infettivi, prima ospitati presso il S. Antonino divenuto ormai inadeguato, con 150 posti letto, adiacente alla sede centrale del Civile.

La nuova sede dell'Ospedale rivoluziona il quadro urbanistico di Brescia. Innanzitutto viene aperta la galleria Tito Speri di collegamento fra il centro della città e la zona di espansione settentrionale; successivamente, in zona, vengono create la seconda sede dell'Ospedale pediatrico "Umberto I", alcune Facoltà dell'Università statale, prima fra tutte quella di Medicina, e due nuove cliniche private.

L'assetto dell'Ospedale Civile, uno dei più grandi d'Italia, con i suoi 1.950 letti, resta in continuo divenire, tanto ricco della sua storia quanto di efficienza attuale e di prospettive d'avanguardia per il futuro.



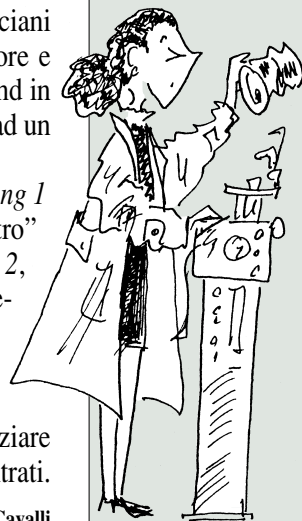
La cura dei neonati, impegno fondamentale dell'Ospedale Maggiore, in un dipinto di proprietà degli Spedali Civili di Brescia.



Un'infermeria della sede ottocentesca

dell'ala est e dell'ala ovest dell'ospedale e alla costruzione di un nuovo edificio di sei piani per un totale di circa ventimila metri quadrati tra nuova realizzazione e ristrutturazione del vecchio fabbricato e con un impegno economico di circa trentotto milioni di euro di investimento. È il primo intervento di "project finance" operativo nel settore della sanità pubblica in Italia, concluso il 25 luglio 2005, e nel quale sono stati coinvolti numerosi soggetti: Bovis Lend Lease Ltd, socio promotore della proposta presentata all'Azienda Ospedaliera; Catalyst Brescia s.r.l., "Società di Progetto" costituita dai promotori per la realizzazione del progetto e la successiva gestione (Bovis Lend Lease Ltd, Elettrobeton Costruzioni Generali Spa e ABP Nocivelli); Dresdner Kleinwort Wasserstein Bank, che ha finanziato l'80% del progetto, in diverse *tranches*; altri finanziatori privati per la copertura finanziaria del restante 20% del progetto. Alla luce degli ottimi risultati conseguiti con il "project financing 1", il dott. Mastromatteo ha già presentato un nuovo ambizioso progetto di ristrutturazione e riqualificazione dell'intero complesso edilizio Spedali Civili, noto come "project financing 2" con una spesa di circa 300 milioni di euro in tre lotti, i cui attori saranno Bovis Lend Lease Ltd e la ditta di costruttori bresciani PISA srl, in qualità di promotore e costruttore, e la Bank of Scotland in qualità di finanziatore insieme ad un "pool" di banche italiane. L'esperienza del *project financing 1* a Brescia, dunque, ha un "altro" futuro, con l'avvio del *project 2*, che ha avuto il "via libera" definitivo dalla Giunta regionale, almeno per l'avvio della prima fase, che prevede interventi volti a ristrutturare e a potenziare anche presidi ospedalieri decentrati.

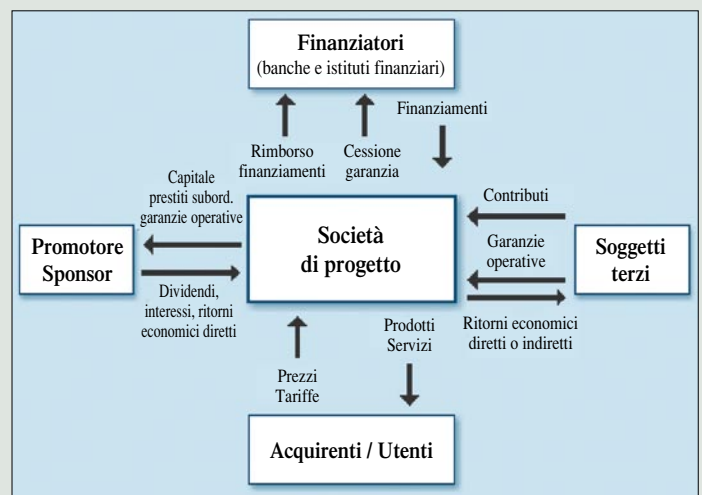
Francesca Cavalli
Dottore in Economia



Il Project financing

L'operazione nacque dal Piano strategico triennale 1999/2001 degli Spedali Civili per realizzare nuovi volumi richiesti per l'accreditamento (sorta di certificazione di qualità obbligatoria per l'erogazione delle prestazioni sanitarie ed assistenziali): si prevedeva la ristrutturazione e l'ampliamento dell'ala ovest dell'Ospedale, con ipotesi di collaborazione con terzi eventualmente interessati a produrre investimenti nella struttura e partecipazione ai proventi. A fine giugno 2000 perveniva all'Azienda la prima proposta di un gruppo promotore (Bovis Lend Lease Ltd e Soci) interessato alla concessione per la costruzione dell'opera con gestione diretta del bar-emporio, da collocarsi nell'ambito del nuovo edificio. Nel corso della negoziazione si è modificata la proposta iniziale, aggiungendo la realizzazione di un piano da destinarsi ad attività libero-professionali. La proposta finale prevedeva l'impegno dei promotori a realizzare, e a gestire in regime di concessione,

le opere di ristrutturazione nonché a prestare tutti i servizi previsti dal progetto, tra cui la gestione diretta del bar-emporio da parte del Concessionario. Contestualmente alla stipula della convenzione, per tutta la sua durata, l'Azienda costituiva a favore dell'affidatario un diritto di superficie sull'area interessata all'intervento. I corrispettivi della gestione sono da attribuirsi parte in misura fissa e parte in misura variabile; quest'ultima è da calcolarsi sulla base del tasso medio di occupazione dei posti letto di tutti i settori coinvolti nell'intervento di ristrutturazione: per ogni punto percentuale (o frazione) in più o in meno rispetto alla percentuale di riferimento, la parte variabile del corrispettivo si intende automaticamente aumentata o diminuita per un importo prestabilito, fino ad un massimo di +/- 10 punti percentuali. Il finanziatore privato recupera, perciò, i costi dell'investimento nell'arco della vita della concessione ovvero trae remunerazione dall'ospedale, che pagherà un canone per il periodo

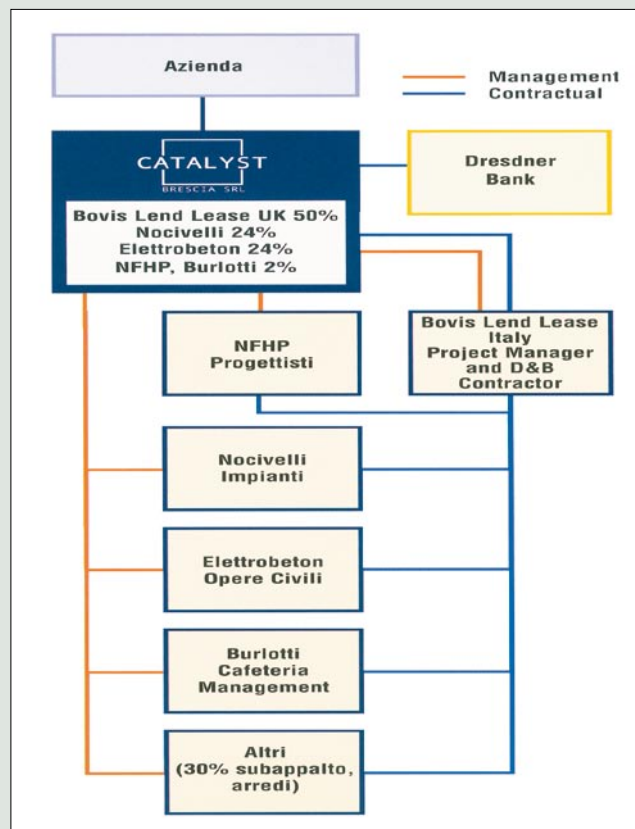




di validità della concessione alla fine del quale tornerà in possesso dell'intero stabile. Tale canone si basa sul calcolo in precedenza indicato.

La Convenzione ha durata di 21 anni, con facoltà per l'Azienda di recesso anticipato a partire dall'ottavo anno. I vantaggi derivanti dal *project financing* sono rappresentati dalla realizzazione delle opere con rischi ed oneri di costruzione a carico dell'affidatario, in un arco di tempo contenuto, e con possibilità di incrementare il volume delle attività sanitarie istituzionali, anche in regime di libera professione intra-moenia, rispondendo tempestivamente ai bisogni manifestati dall'utenza.

L'alternativa, rappresentata dalla stipula di un mutuo, avrebbe trovato ostacoli nei vincoli della vigente normativa (durata, ammontare complessivo delle rate, impossibilità preventiva di formulazione del piano finanziario, ecc.), senza alcuna garanzia sui tempi di realizzazione nonché sulla qualità dell'opera, con prevedibile aggravio dei costi finali. L'onere di spesa complessivo gravante sull'Azienda viene diluito in un arco temporale ragionevole, e stando alle proiezioni effettuate, dovrebbe essere interamente coperto dai flussi di cassa generati dal potenziamento delle attività sanitarie anche in libera professione, ubicate nelle strutture dell'ospedale.



Ovviamente i finanziatori hanno concesso le risorse necessarie dietro corresponsione di un tasso di interesse. I promotori hanno realizzato l'opera accollandosi interamente i rischi connessi alla costruzione stessa, consegnando l'opera finita, di ottima qualità sia per materiali impiegati sia per finiture.

La banca finanziatrice è intervenuta direttamente nella trattativa con rap-

porti diretti tendenti alla valutazione del complesso ospedaliero nella sua capacità di produrre reddito. Ma è anche stato approfondito l'esame del "management" dirigente sia negli assetti amministrativi (direzione generale) che tecnici (ingegneri, medici coinvolti e personale di supporto...).

F.C.