



**UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PADOVA**  
**DIPARTIMENTO DI SCIENZE ECONOMICHE ED AZIENDALI**  
**"M.FANNO"**

**CORSO DI LAUREA IN ECONOMIA**

**PROVA FINALE**

**"MISURAZIONE DELLE PERFORMANCE E STRUMENTI DI FINANZIA-  
MENTO IN AMBITO SANITARIO: IL *BENCHMARKING* E IL  
*PROJECT FINANCE*"**

**RELATORE:**

**CH.MO PROF. PUGLIESE AMEDEO**

**LAUREANDO: MONTE GABRIELE**

**MATRICOLA N. 1088880**

**ANNO ACCADEMICO 2017 – 2018**

## Indice

---

### **“MISURAZIONE DELLE PERFORMANCE E STRUMENTI DI FINANZIAMENTO IN AMBITO SANITARIO: IL *BENCHMARKING* E IL *PROJECT FINANCE*”**

<b>Introduzione</b>	pag. 4
<b>Capitolo 1 – Gli strumenti di programmazione e controllo nella PA</b>	pag. 6
<b>1.1 – Definizione e sistemi di controllo del rischio</b>	pag. 6
<b>1.2 – Il <i>benchmarking</i></b>	pag. 7
1.2.1 – <i>Benchmarking</i> : che cos'è	pag. 7
1.2.2 – Logica di <i>benchmarking</i> mediante analisi dei bilanci: possibilità e limiti	pag. 9
<b>1.3 – Gli strumenti di valutazione di un progetto d'investimento: il         <i>project finance</i></b>	pag. 11
1.3.1 – Il fabbisogno finanziario nelle aziende pubbliche	pag. 12
1.3.2 – Diagnostica e audit finanziario	pag. 14
1.3.3 – L'analisi di fattibilità economico-finanziaria	pag. 16
<b>Capitolo 2 – Le peculiarità contabili e amministrative del settore sanitario</b>	pag. 21
<b>2.1 – L'evoluzione della prassi contabile nelle aziende sanitarie</b>	pag. 21
<b>2.2 – Il <i>benchmarking</i> nella sanità pubblica</b>	pag. 23
2.2.1 – <i>Benchmarking</i> : il processo	pag. 25
2.2.2 – Dal ciclo PDCA al ciclo CAPD	pag. 27

2.2.3 – L’impiego degli indici nella fase <i>check</i>	pag. 29
<b>2.3 – L’applicazione del <i>project finance</i> nel settore sanitario</b>	pag. 32
2.3.1 – Struttura del modello di <i>project finance</i>	pag.. 33
2.3.2 – Condizioni di applicabilità	pag. 35
<b>Capitolo 3 – Il <i>benchmarking</i> e <i>project finance</i> in azione: due casi rappresentativi</b>	pag. 37
<b>3.1 – Il confronto di performance economico-finanziarie tra aziende sanitarie: l’esperienza della Regione Toscana</b>	pag. 37
<b>3.2 – Il contributo di diversi soggetti nelle operazioni di <i>project finance</i>: il nuovo complesso ospedaliero di Fidenza</b>	pag. 38
3.2.1 – Contenuti del progetto e l’operazione di <i>project finance</i>	pag. 39
3.2.2 – <i>Iter</i> procedurale e aspetti contrattuali	pag. 40
3.2.3 – Conclusioni	pag. 41
<b>Bibliografia</b>	pag. 43

(totale parole: 12.727)

## INTRODUZIONE

---

Le principali difficoltà che, ormai da svariati anni, la pubblica amministrazione è costretta ad affrontare riguardano indubbiamente le performance e i fondi di finanziamento degli enti locali.

Le prime si rivelano scarse a causa dei lacunosi e carenti strumenti di gestione interni, che, il più delle volte, risultano in un dispendioso utilizzo di risorse economiche e in una lenta e inefficiente amministrazione, che può coinvolgere l'emissione dei servizi per cui tale opera pubblica è sorta, così come l'organizzazione delle funzioni aziendali e della forza lavoro. Questa realtà porta inevitabilmente a perdite e insoddisfazione, sia interna sia esterna, costringendo il management al risanamento dell'attività svolta al fine di evitare gravi ripercussioni per l'azienda stessa e, di conseguenza, per le casse dello Stato.

Spesso tali inefficienze sono dovute all'implementazione di strategie e tecniche gestionali obsolete e poco performanti, che impediscono all'attività di crescere e di stare al passo con la concorrenza. È, dunque, fondamentale implementare degli strumenti che siano in grado di superare gli ostacoli che invadono sempre di più la PA, in modo tale da riposizionarsi sul mercato e da ottenere i consensi degli utenti (cittadini) che, piano piano, stanno diminuendo.

I secondi, infine, risultano notoriamente scarsi, da un lato, a causa della crisi che ha indebolito in maniera notevole l'assetto finanziario dello Stato, dall'altro, a causa dell'inefficiente sistema burocratico nazionale. La carenza di fondi finanziari costituisce invece un importante pericolo per la pubblica amministrazione, in particolar modo nell'ambito sanitario, le cui attività ricoprono, indubbiamente, una grossa percentuale della spesa pubblica, ma non sufficiente a sopperire a tutte le esigenze dei servizi sanitari. A fronte di ciò, risulta specialmente ostico - dal punto di vista finanziario - dare avvio a lavori di ristrutturazione, manutenzione e costruzione di strutture ospedaliere, se non ricorrendo a sistemi di finanziamento alternativi.

Il fine di questo elaborato sarà quello di analizzare due particolari strumenti di misurazione e miglioramento delle performance e di finanziamento che, negli ultimi anni, hanno innalzato il livello di efficienza del management e dell'erogazione dei servizi in ambito sanitario.

Il *benchmarking*, utilizzato per la misurazione delle performance e l'implementazione di nuove tecniche gestionali più efficienti e socialmente apprezzabili.

Come afferma Stefano Baraldi (2005, p. 3), negli ultimi anni, “i sistemi deputati a misurare le performance nelle organizzazioni complesse sono stati oggetto di un interesse senza precedenti e, verosimilmente, destinato a non esaurirsi in tempi brevi”.

Da ciò si evince che le aziende hanno intuito l'importanza dei sistemi di misurazione: è necessario selezionarli in maniera razionale – facendo in modo che non si manifesti quell'insoddisfazione spesso derivante dall'utilizzo di approcci tradizionali al *performance measurement* (Baraldi) – e sfruttarli al meglio per competere all'interno del mercato di appartenenza, specialmente con il progressivo avanzare del gradimento all'interno della comunità per il settore privato, che si sta gradualmente sostituendo a molte iniziative pubbliche.

Un'organizzazione viene considerata “performante” qualora si dimostri in grado di raggiungere gli obiettivi per cui si è costituita (Lawrence, Lorsch, 1969; Cyert, March, 1963).

Attraverso i meccanismi di confronto e della reingegnerizzazione, verrà dimostrato come il *benchmarking* possa essere un potente strumento in grado di migliorare l'assetto organizzativo, non solo nel settore privato (dove risulta essere più utilizzato), bensì anche in quello pubblico, in particolar modo nella sanità.

Il *project finance*, altrimenti definito “finanza di progetto”, utilizzato come tecnica alternativa di finanziamento per la costruzione e ristrutturazione di strutture pubbliche (complessi ospedalieri in particolare), che prevede la compartecipazione del settore pubblico e del settore privato.

Un articolo pubblicato sul Quotidiano Sanità (2015) afferma che una ricerca elaborata dalla Fiaso, con il supporto scientifico del CREA Sanità dell'Università Tor Vergata di Roma, sui sistemi di finanziamento regionali delle aziende sanitarie e ospedaliere ha riportato una grave negligenza nell'allocazione delle risorse, che il più delle volte risulta essere sproporzionata ai fabbisogni sanitari del territorio e ai costi di produzione dei servizi offerti.

L'obiettivo del *project finance*, dunque, consiste nello sfruttare fonti di finanziamento più solide e sicure rispetto alle Regioni e allo Stato: può essere un'efficace iniziativa, soprattutto nel caso di rimodernamento delle strutture, anche per migliorare le condizioni degli utenti e dei lavoratori.

In questo elaborato verrà illustrata in maniera precisa l'implementazione di questi due strumenti nella pubblica sanità, per poi elencare i benefici che essi apportano al sistema gestionale e i limiti che li caratterizzano. Verranno, inoltre, evidenziate le peculiarità che li rendono più efficaci rispetto agli strumenti gestionali tradizionali.

## CAPITOLO I

### Gli strumenti di programmazione e controllo nella PA

---

#### 1.1 – Definizione e sistemi di controllo del rischio

Concesso questo breve *incipit* al presente elaborato, per trattare un tema così specifico quale la valutazione delle performance e gli strumenti di finanziamento in ambito pubblico, è doveroso iniziare soffermandosi sulle basi su cui poggiano tali discipline.

Per dare una definizione semplice ma incisiva della pubblica amministrazione, si può fare riferimento agli studi di Sabino Cassese e Guido Corso, secondo i quali “non c’è gesto, per semplice che sia, che non ci metta a contatto con **servizi** erogati o controllati dalla PA”. Già “dopo la sveglia”, infatti, “usiamo luce e acqua, accendiamo il gas per il caffè, magari ascoltando uno dei programmi Rai” (Cammelli, 2014; p. 7). E, ovviamente, le attività pubbliche non si limitano alla sola erogazione di tali servizi, bensì anche al loro supporto e all’osservanza di regole tecniche.

Come spiega Marco Cammelli nelle sue pubblicazioni, la PA in Italia si può raggruppare in tre macro-aree:

1. *Amministrazione statale*, il cui elemento principale e tradizionale è costituito da ministeri, vale a dire da insiemi di apparati organizzati in forma piramidale affidati ad un titolare di estrazione politica (ministro);
2. *Governo locale*, cioè le “autonomie territoriali” (Regioni, Province, Comuni);
3. *Amministrazione per enti*, ossia enti pubblici (nazionali e locali), organismi che si occupano di specifici compiti e che per questo hanno una certa autonomia, organizzativa e funzionale.

Sarà proprio l’ultimo punto il soggetto di questo elaborato. Più nello specifico, verrà poi esaminata la pubblica sanità in quanto ente pubblico, con un particolare focus sulle performance aziendali e sugli strumenti economico-finanziari utilizzati nella gestione delle attività.

Nel settore pubblico, infatti, sono necessari strumenti di gestione della contabilità efficienti ed innovativi. Le importanti criticità che lo caratterizzano ne rendono difficoltoso il progresso: il rischio è quello di ancorarsi in uno stato di disagio e insoddisfazione (sia interna sia esterna), che inevitabilmente porterà al sopravvento del settore privato, il quale, gradualmente, si sta sostituendo a numerose iniziative pubbliche.

Si tratta, dunque, di eseguire un'accurata analisi delle difficoltà generali, per poi segmentarle ed esaminarle singolarmente, al fine di trovare le soluzioni più efficaci ad ogni singola problematica.

Ci sono due macro-temi che hanno particolare rilievo in questo contesto: le performance economico-finanziarie e le modalità di finanziamento. Sarà compito di questo elaborato evidenziarne le lacune e analizzare due possibili soluzioni.

## **1.2 – Il *benchmarking***

Tra gli strumenti principali utilizzati nella valutazione delle performance aziendali, il *benchmarking* assume un ruolo particolarmente importante. Essendo una metodologia relativamente giovane, risulta, seppur in fase di crescita, anche poco conosciuta, soprattutto nel settore pubblico, ambito in cui notoriamente, per carenza di fondi e finanziamenti, le funzioni di ricerca e sviluppo sono poco presenti.

Risalente ai primi anni ottanta, fu attuato per la prima volta dalla *Xerox Corporation*, una delle più grandi aziende produttrici di stampanti e fotocopiatrici, per necessità di miglioramento nel settore della logistica<sup>1</sup>. Visto il suo particolare successo, fu poi adottato gradualmente da altre aziende, specialmente all'interno del settore privato.

Ma in cosa consiste lo strumento del *benchmarking*? E in che modo può tornare utile nella Pa?

### **1.2.1 – *Benchmarking*: che cos'è**

“Il *benchmarking* è un procedimento sistematico e continuo per confrontare i processi di un'organizzazione con quelli d'altre organizzazioni eccellenti presenti sul mercato e trovare il modo di trasferire le soluzioni migliori nel proprio contesto competitivo” (Marchitto, 2001; p. 34).

Si tratta di un processo orientato alla **prevenzione**, che determina delle modifiche operative con l'obiettivo finale di ottenere migliori prestazioni e vantaggi competitivi. “(...) è un processo di scoperta e un'esperienza di apprendimento; richiede l'osservazione delle migliori prassi esistenti e la previsione delle prestazioni future” (Camp, 1989).

---

<sup>1</sup> Fu *Robert C. Camp*, allora direttore responsabile della logistica della *Xerox Corporation*, a vedersi attribuita la paternità del *benchmarking* per i risultati ottenuti nella teorizzazione ed istituzionalizzazione del metodo. Nel 1979, durante un periodo di crisi derivante da una spietata concorrenza, si approfondì l'esame dei costi delle varie unità produttive, confrontando dei prodotti selezionati le cui caratteristiche e capacità furono messe a confronto con quelle delle aziende concorrenti, smontando ed esaminando i componenti meccanici. “Si stava attuando, seppur allo stato embrionale, una specie di *benchmarking*” (Marchitto, 2001; p. 51)

La prevenzione – intesa come una serie di azioni atte ad anticipare ed evitare il verificarsi di un determinato evento che possa intaccare la stabilità economica – è un concetto poco studiato nella Pa. È più ricorrente, invece, la cultura del rimedio, ossia quel complesso di attività atte a trovare una soluzione ad un evento sfavorevole già verificatosi (Marchitto, 2001).

Il semplice confronto di dati e prestazioni che non sia preceduto da un'analisi su come tali dati e prestazioni sono stati prodotti è troppo riduttivo per essere considerato *benchmarking*. Da qui, la prevenzione: è necessaria una fase di autodiagnosi, ovvero cercare a priori le cause che possono portare al verificarsi di un certo evento.

Successivamente, attraverso il confronto con il mercato, il *benchmarking* fornisce all'azienda la conoscenza e i giusti strumenti per il miglioramento della propria competitività. Tuttavia, per il suo corretto funzionamento, è necessario che ricorrano congiuntamente tre elementi fondamentali: *mercato, concorrenti e competitività*.

Poiché stiamo analizzando il settore pubblico, come prima cosa è necessario accertarsi che questi elementi siano presenti nella Pa.

Non ci sono dubbi sull'esistenza del mercato: tutte le pubbliche amministrazioni operano in funzione di clienti (cittadini). I suoi elementi caratterizzanti sono, appunto:

- l'esistenza di clienti (cittadini destinatari dei vari servizi);
- l'esistenza di risposte positive o negative in relazione alla qualità dei servizi forniti.

La competitività, invece, sta attraversando un processo di crescita continuo: possono operare in Italia amministrazioni pubbliche di paesi partner dell'Europa e privati (ibidem).

Confermata la sussistenza delle condizioni testé menzionate, è doveroso sottolineare la maggior difficoltà nell'attuazione del *benchmarking* nella Pa rispetto al settore privato.

Nelle sue pubblicazioni, Umberto Bocchino elenca una serie di fattori che giocano contro l'introduzione del *benchmarking* nella PA:

- sistemi di gestione burocratici e non sensibili;
- politiche non orientate al mercato;
- problemi dimensionali e di complessità abbinati ad un'organizzazione estesa e centralizzata;
- utilizzo della tecnologia informatica disorganica e spesso arretrata;
- assenza di chiarezza negli obiettivi e nella soddisfazione del cliente;
- cultura di gruppo e mancanza di gestione individuale, di responsabilità e reale attenzione alle esigenze del contribuente/utente.



Gli ostacoli da superare sono molti, ma il fine del *benchmarking* dev'essere più forte delle limitazioni: è necessario “individuare le inefficienze insite nei processi e nella fornitura di servizi (*prestazioni*), al fine di ottenere la creazione di valori necessari per riposizionare continuamente le PA ai livelli richiesti dal mercato” (Marchitto, 2001; p. 37). Inefficienze che si esplicano in lentezza ed eccessiva burocratizzazione dei processi, punti di debolezza che si traducono in disservizio e insoddisfazione dei cittadini, oltre che in evidenti costi aggiuntivi per la collettività (Bocchino, 1995).

Un altro limite della Pa è la mancanza della capacità di osservare l'ambiente esterno. Limite che può essere facilmente superato attraverso il *benchmarking*, che costringe ad una continua osservazione dei cambiamenti che la circondano (non solo in ambito pubblico, ma anche in ambito privato).

In definitiva, esistono grandi spazi di miglioramento: l'introduzione del *benchmarking* può non solo portare al miglioramento di servizi e procedure, ma anche creare nuovi sistemi di gratificazione e incentivazione delle persone che operano all'interno delle strutture pubbliche, riqualificando ed elevando le competenze delle stesse (Marchitto, 2001).

### **1.2.2 – Logica di *benchmarking* mediante analisi dei bilanci: possibilità e limiti**

Il principale obiettivo del *benchmarking*, come già sottolineato precedentemente, è quello di permettere a più organizzazioni che svolgono processi simili di confrontarsi, con continuità e sistematicità, sui risultati conseguiti, attraverso un insieme concordato di misure. In questo modo, è possibile individuare i differenziali di risultato rispetto alle organizzazioni che presentano la performance di maggiore successo, e focalizzare la tipologia e l'entità dei punti di debolezza della gestione in cui cercare il miglioramento della propria performance.

L'implementazione del *benchmarking*, tuttavia, non è immediata. Non si tratta, infatti, di uno strumento a senso unico: il processo richiede la partecipazione di più soggetti. In particolare, è necessario che più organizzazioni si accordino per individuare in primo luogo su quali processi chiave impostare l'analisi di confronto. Successivamente alla definizione delle modalità con cui i dati e le misure debbano essere rilevate, queste dovranno essere unanimemente accettate dalle organizzazioni (Boccaccio et al., 2005).

È importante sottolineare che l'attendibilità dei confronti poggia “sulla presenza di un sistema di rilevazione contabile condiviso con l'applicazione degli stessi principi contabili, che garantisca sempre di più l'uniformità nel trattamento delle informazioni e nell'elaborazione dei dati per la contabilità generale”. Una più consapevole redazione del bi-

lancio d'esercizio può consentire, appunto, di aumentare il grado di attendibilità delle voci. Il principio a cui fanno riferimento i criteri di omogenea redazione viene definito *omogeneità formale*, che deve necessariamente completarsi con l'*omogeneità sostanziale*, attinente alla corretta applicazione di principi valutativi, l'*attendibilità* e la *completezza*, relative alla presenza nei documenti esaminati di tutti i valori utili per svolgere le elaborazioni ed i confronti (Invernizzi e Molteni, 1990; Terzani, 1996).

Analizzati questi aspetti formali, possiamo procedere facendo una distinzione tra due metodologie di *benchmarking* differenti<sup>2</sup>:

- *process benchmarking*: l'oggetto di confronto è la sequenza di attività di un processo aziendale simile secondo una logica di apprendimento basato sulle *best practices* – ossia quelle scelte gestionali che hanno mostrato risultati superiori – e implementazione mediante “reingegnerizzazione del processo”;
- *data benchmarking*: l'oggetto di confronto è la performance aziendale, di un processo o di una funzione.

Nel caso di valutazione comparativa della performance aziendale, “si tratta di confrontare, sulla base di un set di indicatori condiviso, le diverse dimensioni di performance sintetiche desumibili ed eventualmente attribuire dei punteggi per giungere ad una valutazione quantitativa sintetica per ogni azienda” (Boccaccio et al., 2005).

Attraverso il percorso definito dal *data benchmarking*, un obiettivo perseguibile è quello di guardare “all'esterno e in avanti”, superando la prospettiva tradizionale dell'osservazione “all'interno e all'indietro”. In sostanza, si tratta di fare un confronto con l'esterno, in modo da poter individuare e verificare in modo immediato gli spazi di miglioramento e di valutare le soluzioni adottate da altre organizzazioni, abbandonando la logica della valutazione del trend e dei risultati passati. Questo processo può, potenzialmente, portare a risultati d'eccellenza (ibidem).

Un ultimo aspetto relativo al *data benchmarking* riguarda la possibilità di un monitoraggio a livello regionale delle performance complessive di sistema e di ogni singola azienda per una duplice finalità: da un lato, di governo della sanità regionale, dall'altro, di valutazione del management delle aziende. Questo strumento può tornare estremamente utile per le singole aziende, avendo queste la possibilità di accedere ad una “banca dati” in continuo aggiornamento da cui reperire informazioni sull'ambiente esterno.

---

<sup>2</sup> Sulla distinzione tra *process benchmarking* e *data benchmarking*, si vedano FOOT J. (1998), MADG e CURRY (2003), BALL, BOWERMAN e HAWKSWORTH (2000).

Nel capitolo successivo è presente un focus sul funzionamento del *benchmarking* in ambito sanitario.

### **1.3 – Gli strumenti di valutazione di un progetto d’investimento: il *project finance***

Un punto di debolezza delle aziende pubbliche risiede sicuramente nella carenza di fondi d’investimento. Questo grande limite si traduce in un disagio generalizzato, che colpisce non solo l’opportunità degli enti di crescere e di consolidare la loro posizione sul mercato, ma anche il benessere dei dipendenti e la loro integrazione all’interno del contesto lavorativo.

In ottica risolutiva, è necessario innanzitutto sottolineare la difficoltà nell’elaborazione di un piano efficace per risanare l’assetto finanziario. Il processo di reperimento delle risorse, infatti, risulta essere molto diverso rispetto al settore privato, il quale è aperto non solo alla raccolta di fondi da parte di singoli investitori esterni interessati alla partecipazione agli utili, ma anche al finanziamento presso il mercato di rischio. In ambito pubblico, il sistema è differente.

In questo elaborato, verrà studiato il *project finance* come particolare strumento di finanziamento per le opere pubbliche, e verranno evidenziati i possibili benefici che questo può apportare alla gestione degli enti locali.

Possiamo definire il sopracitato come “un’operazione di finanziamento che inverte lo schema logico classico relativo alle modalità di concessione di un prestito”<sup>3</sup>. “La filosofia sottostante (...) è rappresentata dal coinvolgimento di soggetti privati per la realizzazione di opere pubbliche”. È, dunque, una tecnica utile anche all’amministrazione pubblica per reperire capitale da destinare alle spese di investimento, vista la scarsità di fondi pubblici (Amatucci, 2002).

In estrema sintesi, possiamo definire l’obiettivo del *project finance* all’interno del settore pubblico come l’integrazione di risorse proprie col fine di realizzare un’opera pubblica e fornire alla collettività un servizio migliorato rispetto al passato<sup>4</sup>. Si sottolinea, dunque, l’ambivalenza tra processo d’investimento e di finanziamento. La finanza di progetto, infatti, non solo si presenta come una forma di co-finanziamento tra pubblico e privato, bensì anche come un investimento per la pubblica amministrazione stessa, in quanto questa mette a dispo-

---

<sup>3</sup> Le prime forme di *project finance* risalgono agli Stati Uniti: il *project finance* trae, infatti, le proprie origini dai *production payment financing* - tecnica in base alla quale una banca concede un prestito a fronte della garanzia costituita da determinate riserve di petrolio o di minerali - utilizzati nello sfruttamento dei giacimenti petroliferi del Texas (Bozeman, 1991).

<sup>4</sup> Nevitt definisce, nel 1987, tale strumento come “un’operazione di finanziamento di una particolare unità economica nella quale un finanziatore è soddisfatto di considerare, sin dallo stato iniziale, il flusso di cassa e gli utili dell’unità economica in oggetto come la sorgente di fondi che consentirà il rimborso del prestito e le attività dell’unità economica come garanzia collaterale del prestito”.

sizione le proprie risorse per un'iniziativa sviluppata nel proprio interesse da parte di soggetti terzi.

Prima di indagare più a fondo su questo aspetto, e dunque sul funzionamento del *project finance*, iniziamo a studiare la struttura finanziaria aziendale per una corretta valutazione sulla convenienza di un progetto di finanziamento.

### **1.3.1 - Il fabbisogno finanziario nelle aziende pubbliche**

Come accennato precedentemente, il sistema gestionale della pubblica amministrazione soffre di una carenza di risorse finanziarie, che rischia di compromettere l'equilibrio del sistema aziendale. È necessario, dunque, che l'equilibrio finanziario sia costantemente perseguito anche nel breve termine.

Inoltre, il rischio di incorrere in problemi di liquidità può essere serio in mancanza di una corretta previsione sulla dinamica di costi e ricavi e della valutazione di medio-lungo termine dei progetti di investimento.

La principale difficoltà legata a questo aspetto riguarda, appunto, il finanziamento di tali progetti: non solo a causa della scarsità dei fondi, ma anche per via degli eccessivi costi di ricerca e applicazione di un piano d'investimento adeguato.

Per questo motivo, ai compiti di *gestione delle risorse finanziarie*, si stanno sempre più affiancando quelli di *strategia finanziaria*. Distinguiamo, dunque, alcune macro-aree riguardanti il contenuto delle politiche finanziarie delle aziende pubbliche<sup>5</sup>:

1. *Individuazione del fabbisogno finanziario*: “l'analisi del fabbisogno rappresenta il punto di partenza di ogni analisi finanziaria: è importante conoscere la situazione reale dell'ente, per poi individuare le priorità strategiche e le operazioni da realizzare”;
2. *Gestione della liquidità*: “capacità di far fronte, continuamente, alle obbligazioni assunte. (...) Una gestione finanziaria efficiente deve prevedere un'adeguata programmazione finanziaria, verificando costantemente la correlazione qualitativa tra classi di investimenti (impieghi) e classi di finanziamento (fonti)”;
3. *Audit finanziario*, che presenta un duplice fine: accertare che la gestione finanziaria venga svolta secondo i programmi effettuati e apportare eventuali modifiche;
4. *Strategia di rapporti istituzionali*, come la capacità di negoziazione coi soggetti che apportano le risorse;

---

<sup>5</sup> Sui contenuti che caratterizzano la strategia finanziaria dell'ente locale, si veda Meneguzzo e Rebora (1992) e Falini (2000).

5. *Modalità innovative di finanziamento*, tra cui, per l'appunto, il *project finance* (Amatucci, 2002; pp. 50-54).

Questa visione riguarda una concezione di finanza aziendale innovativa, che si occupa di problematiche sia relative al finanziamento che all'impiego efficiente di risorse (Meneguzzo, 2001).

Riprendendo l'esempio fornito da Fabio Amatucci, per delineare brevemente il processo di generazione del fabbisogno finanziario, torna utile analizzare un particolare indicatore. Si tratta del cosiddetto "capitale circolante netto" (CCN), più in particolare il CCN della *gestione caratteristica* – dato dalla differenza tra l'attivo corrente e il passivo corrente della gestione caratteristica – in quanto consente di quantificare gli investimenti (a breve) richiesti dalla gestione caratteristica coperti dai finanziamenti cui la stessa gestione dà vita. Le sue variazioni, inoltre, segnalano se la gestione caratteristica ha generato o assorbito risorse. Una riduzione del CCN costituisce una fonte, un suo aumento un impiego.

Si osservino le seguenti tabelle:

Fig. 1: **Stati Patrimoniali con capitale circolante positivo (a) e negativo (b)**

Attività correnti	Passività correnti
Capitale circolante (+)	Passività non correnti
Attività non correnti	

Attività correnti	Passività correnti
Attività non correnti	Capitale circolante (-)
	Passività non correnti

Il capitale circolante netto può "essere paragonato ad una spugna, che dilatandosi assorbe liquidità, senza peraltro offrire benefici di ritorno, mentre quando si contrae libera risorse, che possono essere utilizzate per il finanziamento di attività redditizie" (Dallocchio, 1995).

Possiamo dunque concludere che il fabbisogno finanziario di un'azienda viene generato per effetto:

- dell'acquisto di fattori produttivi;
- delle dinamiche finanziarie proprie del ciclo produttivo (disponibilità liquide, crediti di finanziamento);
- della gestione non corrente dell'azienda (investimenti/disinvestimenti, finanziamenti/rimborsi, operazioni finanziarie).

Passiamo dunque allo studio dell'analisi finanziaria.

### 1.3.2 – Diagnostica e audit finanziario

Per un'efficiente impostazione della struttura finanziaria, è necessario eseguire un attento studio su determinati elementi reddituali e patrimoniali e indagare su possibili escamotages al fine di ottimizzare la gestione economico-finanziaria interna. A questo scopo, può tornare utile il cosiddetto *audit* finanziario, che si può definire come la valutazione della capacità di un particolare ente di mantenere un equilibrio nel tempo, attraverso il costante monitoraggio della struttura finanziaria. Questa analisi può tornare estremamente utile in ambito pubblico, se si considerano la complessità e le criticità della finanza pubblica.

Tra le varie tecniche valutative, ha particolare rilevanza l'utilizzo degli indici di bilancio, definiti come rapporti tra grandezze economiche, patrimoniali e finanziarie (Pavarani, 2001). Questi forniscono indubbiamente delle indicazioni significative per gli analisti; tuttavia, visti gli innumerevoli indici che negli anni sono stati studiati, verranno qui evidenziati soltanto alcuni valori rilevanti per la verifica del rispetto delle condizioni di equilibrio finanziario<sup>6</sup>.

*a. Indicatori di struttura finanziaria:* forniscono indicazioni sulla situazione generale dell'azienda pubblica.

Il seguente indice esprime il grado di dipendenza finanziaria da altri enti e si trova con il quoziente qui riportato:

$$\frac{\text{entrate da trasferimenti correnti}}{\text{entrate correnti}}$$

---

<sup>6</sup> Sarà, di seguito, riportato l'esempio di AMATUCCI F. (2002, p. 96).

Nel settore pubblico, quando si parla di entrate correnti si fa riferimento a quegli introiti rappresentati da tutte le risorse messe a disposizione dell'ente per il finanziamento di spese di gestione ed erogazione dei servizi. Derivano, dunque, dal pagamento da parte dei cittadini di tributi e altre imposte o da trasferimenti (si veda il numeratore) da parte di enti pubblici.

Risulta importante, inoltre, l'analisi del seguente rapporto:

$$\frac{\text{entrate extratributarie}}{\text{entrate correnti}}$$

che spiega la quota parte delle entrate correnti derivanti dal corrispettivo dei servizi erogati ai cittadini e dalla gestione patrimoniale e imprenditoriale dell'ente (si noti che il numeratore "entrate extratributarie" comprende poste quali proventi da servizi pubblici, dei beni patrimoniali e utili netti di aziende partecipate e controllate: sono fonti di finanziamento non direttamente collegabili alla riscossione di tributi).

*b. Indicatori di liquidità o equilibrio finanziario di breve periodo:* forniscono informazioni sulla capacità dell'azienda di soddisfare le obbligazioni finanziarie nel breve periodo.

Si ponga particolare attenzione al seguente indice di disponibilità:

$$\frac{\text{entrate correnti}}{\text{spese correnti}}$$

indispensabile per verificare la capacità dell'ente di far fronte ai pagamenti, evidenzia il grado di equilibrio finanziario della gestione nel periodo preso in esame. Un valore ottimale sarà superiore all'unità: sarà così possibile generare risorse aggiuntive da destinare a nuovi investimenti.

Non meno importanti sono gli indici di durata ed efficienza: una gestione finanziaria equilibrata dipende anche dal tipo di politiche attuate nei confronti della clientela, che risulta influenzata dalle tempistiche di riscossione del credito.

$$\frac{\text{credito verso utenti}}{\text{accertamenti giornalieri}}$$

Il tempo medio di incasso mette in luce il tempo che intercorre – in media – dalla nascita del diritto di riscuotere all’effettiva riscossione. Risulta, dunque, essere un buon indicatore del fabbisogno finanziario.

Tuttavia, l’analisi della posizione creditoria non è sufficiente ad accertare la capacità dell’ente di far fronte ad un investimento. È indispensabile, infatti, rapportare questi indici all’attitudine a saldare i propri debiti. A tal fine, risulta rilevante il seguente indicatore.

$$\frac{\text{debiti verso fornitori}}{\text{acquisti giornalieri}}$$

Numero di giorni che mediamente intercorre tra la fornitura e il pagamento della stessa: fornisce indicazioni sul “potere contrattuale” dell’azienda nei confronti dei suoi fornitori.

Attraverso l’analisi degli indicatori sopra menzionati, il *financial management* ha modo di valutare i margini di manovra per la scelta ottimale degli strumenti di investimento. A titolo di esempio, come riporta Amatucci, “un valore del quoziente di disponibilità (entrate correnti/spese correnti) prossimo all’unità (...) lascia pochi margini per operazioni che incidono fortemente sulla spesa corrente (quindi *leasing*, ma anche mutui ed emissioni obbligazionarie), inducendo l’azienda pubblica a orientarsi, invece, verso operazioni di *project finance*”.

### **1.3.3 – L’analisi di fattibilità economico-finanziaria**

La realizzazione di operazioni di *project finance* non è immediata. Essa presuppone un’attenta analisi su numerosi fattori che possono influenzare la convenienza nell’applicazione del progetto. Lo studio di questi fattori si può sintetizzare in un *business plan* in cui vengono valutate le condizioni favorevoli e sfavorevoli del contesto applicativo, con annesse eventuali ipotesi alternative alla finanza di progetto. Elementi fondamentali di studio sono sicuramente la configurazione di strumenti alternativi di finanziamento e la valutazione degli impatti che essi hanno sul progetto, in particolar modo sui costi e sui ricavi, come anche l’identificazione di eventuali rischi che possono ostacolarne la realizzazione.

Analizzati gli strumenti rilevanti e le tecniche valutative della struttura finanziaria, è doveroso, dunque, valutare la fattibilità economico-finanziaria del progetto, ossia la capacità dell’ente di attuare nuove forme di finanziamento. In particolare, l’analisi economica di un’operazione di *project finance* consiste nel valutare la redditività del progetto. Per fare ciò, è necessario studiare e mettere a confronto i costi e i ricavi della gestione caratteristica



dell'investimento. Questi ultimi, in particolare, devono essere in grado di garantire il rimborso del debito e il pagamento degli interessi.

In quest'ottica, assume importanza l'analisi finanziaria, "al fine di stabilire le modalità di finanziamento più idonee alle caratteristiche economiche dell'iniziativa, avendo riguardo in particolare al rapporto tra capitale proprio e capitale di debito che il progetto può sopportare e alla correlazione temporale tra i flussi economici e finanziari" (Amatucci, 2002).

Una delle tecniche più efficaci per la scelta ottimale delle tipologie di progetti di investimento riguarda l'analisi dei flussi di cassa, che confronta la ricchezza generata dal progetto e i costi sostenuti per la sua realizzazione.

L'assunto di base risiede nell'effettuare ipotesi e stime in merito a spese, costi e ricavi basate su analisi reddituali e patrimoniali previsionali per il computo dei flussi, rilevabili successivamente attraverso il metodo diretto e quello indiretto. Per semplicità, verrà qui analizzato il metodo diretto.

Il metodo diretto consiste nel calcolare la differenza tra le entrate e le uscite monetarie di un progetto, partendo dal valore dei ricavi e dei costi attesi e sottraendo dai primi i crediti operativi e dai secondi i debiti e le voci di bilancio che non danno luogo a uscite di cassa (come ammortamenti e accantonamenti). Si vedano le seguenti tabelle (ibidem).

**Tabella 1.1: Individuazione entrate e uscite operative**

---

+	Ricavi del periodo
-	Crediti operativi del periodo (dilazioni di pagamento concesse)
+	Incassi relativi a ricavi di periodi precedenti
=	Entrate del periodo
+	Investimenti
+	Costi di esercizio del periodo
-	Debiti operativi del periodo
+	Pagamenti relativi a costi di periodi precedenti
-	Costi non monetari
=	Uscite del periodo

---

**Tabella 1.2: Flusso di cassa**

---

+	Entrate del periodo
-	Uscite del periodo
=	Flusso di cassa netto

---

Una volta calcolato il flusso di cassa netto, nel momento in cui si verifica la convenienza dell'investimento, si inseriranno le entrate (maggiorate dei versamenti di capitale di rischio dei soci e delle erogazioni dei finanziatori) e le uscite (maggiorate dei pagamenti di interessi e dividendi, nonché rimborsi del debito) determinate dal progetto d'investimento. In questo modo, il flusso di cassa ottenuto terrà conto anche della fase di realizzazione del progetto.

Successivamente, risulta utile studiare anche alcuni indicatori di valutazione del progetto, come quelli di convenienza economica e di fattibilità finanziaria.

### **Convenienza economica**

I principali indicatori sono: il periodo di recupero (*pay back*), il valore attuale netto (VAN) e il tasso interno di rendimento (TIR).

*Periodo di recupero*: rappresenta il numero – o frazioni – di periodi necessari affinché i flussi di cassa positivi del progetto eguolino i flussi di cassa negativi.

$$\sum_{t=1}^n FCP_t = \sum_{t=1}^n FCN_t$$

Il periodo di recupero è l'istante  $t^*$  in cui l'uguaglianza è soddisfatta.

Questa metodologia è particolarmente utile nella valutazione di un singolo progetto; può risultare, tuttavia, fuorviante, nella scelta tra più investimenti.

*Valore attuale netto*: somma algebrica di tutti i flussi di cassa attualizzati generati dal progetto considerato, rappresentante la ricchezza incrementale generata da tale progetto epressa come se fosse immediatamente disponibile (Chiovaro, 2016).

$$VAN = \sum_{t=1}^n \frac{FC_t}{(1+k)^t}$$

Dato  $k$  il tasso di attualizzazione e  $n$  la durata complessiva del progetto, si può concludere che il VAN fornisce un'indicazione sul valore creato o distrutto da esso nel momento della valutazione. Risulterà conveniente accettare il piano d'investimento qualora il VAN sia positivo: l'investimento sarà così in grado di generare ritorni superiori alle risorse impiegate nel progetto.

Un limite importante di questo indicatore risiede nel livello di redditività di ciascun progetto, che non è possibile conoscere, in quanto il risultato che si ottiene non corrisponde ad

un tasso di rendimento, bensì ad un valore assoluto. L'unica informazione ottenibile da questo approccio è la convenienza nell'attuazione di un progetto.

*Tasso interno di rendimento*: tasso che rende nullo il valore attuale netto dei flussi di cassa del progetto.

$$VAN = 0 = \sum \frac{F_t(E)}{(1+k)^t} - \sum \frac{F_t(U)}{(1+k)^t}$$

In particolare, esprime – in media – il tasso di rendimento dei flussi di cassa di un investimento. Come si evince dalla formula, il TIR eguaglia il valore attuale dei flussi di cassa attesi in entrata ( $F_t(E)$ ) al valore attuale dei flussi di cassa attesi in uscita ( $F_t(U)$ ).

Anche questo indice torna utile nel calcolo della convenienza di un investimento, ma risulta più accurato rispetto a quelli precedentemente menzionati, in quanto considera i flussi monetari e la loro distribuzione temporale. Il vantaggio è dunque quello di poter determinare con esattezza la redditività delle alternative di investimento (Amatucci, 2002).

Si confronta il tasso di rendimento interno con un tasso di rendimento soglia, il costo medio del capitale (WACC): i progetti vengono accettati se presentano un tasso superiore al WACC.

### **Fattibilità finanziaria**

Ciò che si ha precedentemente analizzato riguarda la convenienza da parte dei promotori alla realizzazione del progetto, ma non la capacità di rimborsare e remunerare il capitale di rischio. Sarà, dunque, compito degli istituti di credito valutare l'attitudine del progetto a generare flussi di cassa sufficienti a rimborsare il debito comprensivo dei relativi interessi dovuti: si parla di fattibilità finanziaria.

Gli strumenti necessari a tal fine sono i cosiddetti indici di copertura del debito, che forniscono indicazioni sulla capacità dei flussi di cassa di un progetto di soddisfare gli interessi dei finanziatori. Annessi a questi strumenti, troviamo gli indicatori che “esprimono la redditività degli azionisti, ovvero la remunerazione del capitale azionario” (ibidem).

*Debt Service Cover Ratio (DSCR)*, rapporto di copertura annuale del servizio del debito: rappresenta la capacità dei flussi di cassa di ricoprire la rata di ammortamento del finanziamento:

$$DSCR_t = \frac{FC_t}{(I_t + C_t)}; \quad 1 \leq t \leq N$$

$I_t$  = interessi da rimborsare al tempo  $t$

$C_t$  = capitale da rimborsare al tempo  $t$

$I_t+C_t$  = servizio del debito al tempo  $t$

Un valore accettabile dell'indice sarà maggiore o uguale a 1, e in ogni caso tanto maggiore quanto minori sono le garanzie contrattuali sui ricavi. È ammissibile un valore inferiore ad 1 nella fase di avvio del progetto, in quanto è prevedibile un congelamento del servizio del debito.

*Loan Life Cover Ratio (LLCR)*, indice di copertura del progetto: anche in questo caso sarà accettabile un valore uguale o superiore ad 1.

$$\frac{\text{valore attuale flussi di cassa netti}}{\text{debito residuo}}$$

Infine, è necessario sottolineare che questi indicatori non possono essere sempre attendibili: sono spesso presenti dei fattori di incertezza. Sarà compito dell'analisi di sensitività esaminare gli indici e calcolare i vari scostamenti dovuti a mutamenti di singoli elementi.

Un esempio può risiedere nell'attitudine di un indice a variare in misura notevole conseguentemente ad una piccola variazione di un particolare fattore.

Tuttavia, ciò che gli analisti devono tenere in seria considerazione riguarda gli scostamenti causati da fattori di rischio del progetto. La loro valutazione e ripartizione tra i diversi soggetti è condizione essenziale per il successo dell'applicazione del *project finance*.

Tipici esempi di elementi di rischio sono i fattori di carattere macroeconomico, come variazioni impreviste di tassi di inflazione, di interesse o di cambio, che possono causare notevoli perdite nei flussi di cassa. Non sono, tuttavia, esclusi i rischi di natura politica e ambientale, che possono limitare o contribuire alla riuscita di un progetto.

## CAPITOLO II

### Le peculiarità contabili e amministrative del settore sanitario

---

#### 2.1 – L’evoluzione della prassi contabile nelle aziende sanitarie

Avendo discusso sulle logiche gestionali in ambito pubblico, merita un particolare focus lo studio dell’assetto economico-finanziario del settore della pubblica sanità. La peculiarità di questo settore risiede nella sua scarsa capacità di adattarsi al contesto competitivo: col passare degli anni, come accennato nel precedente capitolo, il settore privato si sta gradualmente estendendo. I servizi che un tempo erano di esclusiva erogazione pubblica stanno, col tempo, subendo un processo di privatizzazione. Tra questi, rientrano sicuramente le prestazioni mediche.

Patrizia Nebiolo (2007) sostiene, infatti, che “la necessità di sviluppare un sistema di controllo focalizzato sulla performance delle aziende sanitarie è correlata al consolidarsi delle logiche di gestione privatistiche”. Ciò che si evince da questa riflessione consiste in un mutamento di applicazione delle discipline contabili all’interno del servizio sanitario nazionale. Quest’ultimo, continua la dottoressa Nebiolo, ha “ormai abbandonato la logica del mero adempimento normativo a favore di quella fondata sull’efficienza nella produzione dei servizi pubblici e sulla relativa qualità degli stessi”.

Questo necessario cambiamento deriva non solo dalla privatizzazione, ma anche dalle esigenze manifestate dalla comunità.

Al fine di contrastare l’avanzare dei privati ed allinearsi alla concorrenza, sono stati introdotti nel settore sanitario dei sistemi di controllo più efficienti: il controllo di gestione<sup>7</sup>, gli strumenti di *budget*<sup>8</sup> e gli indicatori di performance.

Si pensava, in particolare, che questi ultimi potessero tornare molto utili in termini di monitoraggio e valutazione degli obiettivi, attuati in stretta connessione con la definizione del *budget*, specialmente qualora fossero in grado di garantire alcuni caratteri fondamentali, quali:

- *reliability*, riproducibilità, “che si verifica quando osservatori diversi (...) o lo stesso osservatore in tempi diversi (...) attribuiscono alla misura lo stesso valore o valori simili, a fronte dello stesso fenomeno”;

---

<sup>7</sup> Nebiolo (2007) lo definisce come “il sistema operativo tramite il quale si governa e si orienta l’azione di un’azienda verso i propri obiettivi”. Si tratta di esplicitare gli obiettivi dell’azienda e le singole aree di responsabilità in cui essa è suddivisa, “evidenziando se e in quale misura i risultati effettivi della gestione coincidano con i risultati attesi”. In caso di discordanza, si individuano i correttivi.

<sup>8</sup> “Strumento di pianificazione espresso in termini quantitativi, solitamente monetari, riferito a un periodo di tempo determinato (...) e articolato per centri di responsabilità” (Nebiolo, 2007).

- *validity*, accuratezza e attendibilità della misura;
- sensibilità, in grado di captare possibili variazioni del fenomeno;
- specificità, ossia la capacità di misurare esclusivamente il fenomeno in esame, senza interferenze dall'esterno;
- tempestività, ossia “la prontezza nel rilevare i cambiamenti del fenomeno” (Nebiolo, 2007).

Tuttavia, non essendo tali indicatori esenti da limiti, si è cercato di introdurre, negli anni, anche altri strumenti innovativi di stampo “privatistico”. Gli indicatori di performance consegnano misurazioni attraverso l'uso di valori finanziari provenienti dalla gestione dell'impresa. In particolare, l'analisi di *budgeting* è basata sulla valutazione e sul contenimento dei costi.

In quest'ottica, si consideri, ad esempio, l'*activity-based costing* (ABC), definibile come un “sistema di misurazione dei costi basato sull'assunto che i prodotti, i servizi, i clienti consumano le attività del processo produttivo, e queste ultime, utilizzando i vari fattori produttivi, generano i costi” (Arcari, 2014; p. 69). Consiste in un modello evoluto della misurazione dei costi basata sui centri di costo.

Attraverso questo modello, il *management* è in grado di attribuire ad ogni singolo processo aziendale dei costi, imputati attraverso i cosiddetti *resource driver* – coefficienti di ripartizione – alle loro attività di riferimento e, successivamente, attraverso gli *activity driver*, ai singoli prodotti.

I vantaggi di questo strumento riguardano “la capacità di influenzare i comportamenti organizzativi in conformità con gli obiettivi dell'impresa, in un'ottica di ottimizzazione progressiva dei processi<sup>9</sup>. (...) la metodologia *activity-based costing* dovrebbe fornire un valido supporto al management per orientare gli interventi di riduzione dei costi, al fine di evitare i tagli indiscriminati<sup>10</sup>” (ibidem).

Il forte limite di questo sistema, tuttavia, risiede nella complessità del processo: questo richiede l'impiego di tecnologie informatiche sofisticate, un importante anello debole delle aziende sanitarie, che ogni giorno lottano contro la concorrenza (anche) a causa degli scarsi fondi d'investimento.

Può ricorrere, dunque, in aiuto un modello alternativo, di cui si è già discusso: il *benchmarking*. Nebiolo (2007) afferma, infatti, che “nell'utilizzo di un sistema di indicatori per la valutazione della performance aziendale, è rilevante, oltre alla loro coerente definizione e alla

---

<sup>9</sup> Si veda anche Iannelli (1993) e Turney (1989).

<sup>10</sup> Si veda anche Shank & Govindarajan (2012).

loro corretta rilevazione, individuare un idoneo sistema di valutazione degli esiti della loro misurazione”. Sugli assunti citati nel capitolo precedente, si può sfruttare questo strumento al fine di analizzare le *best practices* e le idee più innovative (non solo in termini di strategie contabili, ma anche di servizi erogabili), per poi applicarle all’interno della propria realtà.

Tuttavia, la ricerca di nuove soluzioni ad un assetto amministrativo carente presuppone dei costi. Nella pubblica sanità, essendo molto scarsi i fondi disponibili<sup>11</sup>, c’è il costante rischio di indebitarsi a causa degli scarsi finanziamenti regionali. In questo modo, lo Stato rinuncia al progresso e le aziende sanitarie si ancorano in una condizione di instabilità e precarietà.

Inoltre, il crescente divario tra domanda di tutela della salute e risorse economiche-offerta di servizi si traduce in un aumento della spesa sanitaria, e, di conseguenza, in difficoltà del suo finanziamento: “le politiche di contenimento della spesa, in un settore ad alta intensità di personale, tendono a penalizzare in misura rilevante le spese per investimento. (...) il finanziamento pubblico disponibile risulta insufficiente a garantire un adeguato sviluppo qualitativo e tecnologico”. Questa condizione critica induce a ricercare soluzioni alternative, che prevedono forme di collaborazione con il settore privato (Amatucci, 2002; p. 229).

Da questa esigenza, ha assunto sempre maggior valore il già citato *project finance*.

Analizziamo con ordine i due strumenti.

## **2.2 – Il *benchmarking* nella sanità pubblica**

Il motivo per cui il *benchmarking* relativo ai dati economico-finanziari dovrebbe svilupparsi anche in ambito pubblico risiede nella necessità di perseguire obiettivi di cambiamento e innovazione.

Il *benchmarking* può rivelarsi particolarmente utile in ottica di ottimizzazione della dinamica gestionale della sanità pubblica, per la quale può fornire indicazioni essenziali e indispensabili. Le aziende sanitarie possono beneficiare di informazioni trasversali che permettono loro di confrontarsi con altre realtà, per conoscere ed imparare ad attuare soluzioni innovative adottate da altre istituzioni operanti nello stesso settore (Boccaccio et al., 2005).

È sovente notare – a titolo di esempio – una certa disparità tra valore e volume delle effettive prestazioni erogate e ricavi iscritti in bilancio, che converge in un’alterazione dell’equilibrio economico. Relativamente a questi problemi di natura contabile, non è suffi-

---

<sup>11</sup> C’è una continua rotazione di risorse: i proventi riescono con difficoltà a coprire gli ingenti costi richiesti dalla sanità in termini di personale qualificato e strumenti (medicali e non) onerosi. La costituzione di riserve e fondi risulta essere un compito particolarmente arduo.

ciente valutare le modalità di gestione dell'azienda per il risanamento dell'assetto interno; risulta bensì necessario indagare sui risultati ottenuti, sulle decisioni strategiche, le scelte adottate dalla direzione e il loro impatto sul corretto funzionamento economico, al fine di istruire al meglio il management sulla guida dell'azienda.

Per una corretta valutazione delle performance, è necessario focalizzare l'attenzione sullo studio della dinamica dei costi, della struttura delle fonti di finanziamento e della tipologia di impieghi: si tratta di seguire dei principi normativi assimilabili a quelli delle imprese private. Solo attraverso una redazione del bilancio d'esercizio che dia rappresentazione chiara, corretta e veritiera del risultato economico e della situazione patrimoniale e finanziaria dell'azienda si può raggiungere quell'equilibrio interno che, spesso, risulta essere assente nella pubblica amministrazione<sup>12</sup> (Boccaccio et al., 2005).

All'interno dell'assetto economico, si ricorda che il *benchmarking* è definibile come quel processo di analisi degli indicatori di successo da utilizzare per ottenere la crescita dell'azienda e il miglioramento della qualità dei prodotti. Secondo i principali studiosi, è una tecnica di management che consiste in attività di valutazione strutturata e permanente, avente lo scopo di confrontare i prodotti/processi della propria azienda con i leader di mercato.

Il processo di *benchmarking*, dunque, nel settore economico-finanziario della pubblica sanità, è in grado di identificare le aree migliorabili e di stimolare il cambiamento, suggerendo strategie per conseguire un miglioramento delle performance.

In quest'ottica, gli elementi fondamentali da analizzare sono i seguenti (Serpelloni e Simeoni, 2005):

- prodotti e servizi, in particolare le loro caratteristiche e le funzioni;
- processi aziendali, ossia la base per il miglioramento e la reingegnerizzazione dei processi;
- misure di performance, ovvero gli obiettivi da perseguire per il successo dell'azienda.

Nella sanità, molto più che negli altri settori pubblici, negli ultimi anni in particolare si sono sviluppate le c.d. pratiche del *total quality management* (TQM), che consistono nella continua ricerca del perfezionamento della gestione e dei servizi erogati. Per questo motivo,

---

<sup>12</sup> Si ricordano, in particolare, i principi civilistici generali di chiarezza, veridicità e correttezza del bilancio, ed i principi specifici di prudenza, competenza, continuazione di attività, continuità dei criteri di valutazione ed iscrizione di utili realizzati.



risulta palese come il settore sanitario possa trovare terreno fertile per le pratiche di *benchmarking*, che apporta numerosi benefici in merito alle seguenti funzioni:

- la definizione delle strategie più efficienti;
- la reingegnerizzazione dei processi aziendali;
- le attività di *problem solving*;
- lo sviluppo del cambiamento.

Concentriamoci, dunque, sulle tipologie di *benchmarking* e sulla sua attualizzazione.

### **2.2.1 – Benchmarking: il processo**

Quando si parla di *benchmarking*, viene spontaneo pensare ad un confronto. Questo paragone, tuttavia, risulta riduttivo. Fare *benchmarking* va oltre a questo concetto: l'obiettivo di fondo è quello di ottimizzare l'assetto gestionale ed organizzativo interno, le funzioni e le attività aziendali, l'efficienza amministrativa e burocratica. Un mero confronto con l'ambiente esterno, senza eseguire un percorso di autodiagnosi, rischia di far perdere di vista lo scopo principale: il risanamento interno.

Per questo motivo, le informazioni provenienti dall'esterno vengono immagazzinate, riordinate e catalogate in maniera tale da risultare di facile comprensione attraverso i *benchmark*.

Possiamo definire questi ultimi come dei “segnalatori di livello” che fungono da riferimento all'azienda per la valutazione di informazioni. È possibile distinguere questi indicatori in due tipologie (Serpelloni e Simeoni, 2005):

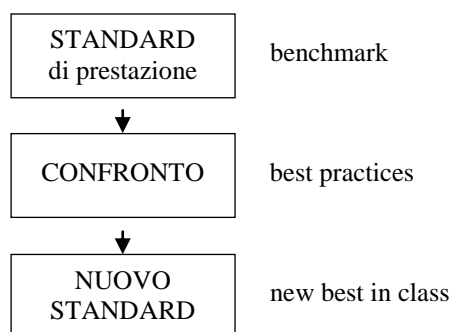
- quantitativi: tempo, peso, costo, ecc.;
- qualitativi: qualità dei servizi erogati, delle prestazioni.

Per valutare in maniera adeguata i dati ottenuti attraverso il processo, è necessario che i citati indicatori siano standardizzati. In questo modo, saranno di facile lettura da tutti i soggetti partecipanti al confronto.

Successivamente, attraverso l'elaborazione dei dati, si potranno individuare le prassi migliori e il nuovo standard di riferimento – *new best in class* – per l'attuazione delle future scelte strategiche.

Di seguito viene riportato uno schema sintetico sul processo di *benchmarking* (Fig. 2.1).

Fig. 2.1: Il processo generale di *benchmarking* (Serpelloni e Simeoni, 2005)



A questo punto, è doveroso elencare le varie tipologie di *benchmarking* attuabili in base alle modalità e all'oggetto di confronto (Martini, 1998):

- benchmarking **interno**: il confronto avviene tra unità operative della stessa azienda;
- benchmarking **competitivo** (strategico o esterno): il confronto avviene tra aziende concorrenti;
- benchmarking **funzionale**: il confronto riguarda processi simili ma in settori diversi;
- benchmarking **generico**: il confronto riguarda processi diversi da quelli oggetto d'indagine al fine di trarne indicazioni generali di procedura.

In questa sede, si fa riferimento al *benchmarking* competitivo. La filosofia sottostante a questo modello, secondo gli studi di Camp (1989), è articolata in quattro fasi:

- conoscere le proprie attività operative;
- conoscere le imprese leader o concorrenti;
- incorporare il meglio;
- raggiungere la superiorità.

Conoscere se stessi è fondamentale per la buona riuscita del processo. È importante avere chiari fin da subito gli obiettivi da perseguire per evitare un inutile dispendio di risorse che non verrebbero mai recuperate. L'individuazione di inefficienze aiuta l'azienda a perfezionare il proprio posizionamento competitivo, al fine di apportare miglioramenti che possono scaturire dalla rilevazione ed eliminazione di attività senza valore aggiunto, superflue, ripetute o duplicate e di prassi che tendono a rallentare eccessivamente l'*iter* aziendale (Marchitto, 2001).

Non meno importante risulta, ovviamente, la conoscenza dell'ambiente esterno, al fine di trovare le strategie migliori per collocarsi in una posizione di superiorità all'interno del

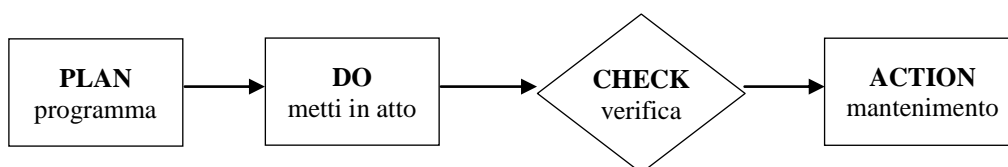
contesto competitivo. L'obiettivo non è sbaragliare la concorrenza, bensì imparare da essa e riuscire a dominarla.

Passiamo dunque allo studio di due modelli applicativi.

### 2.2.2 – Dal ciclo PDCA al ciclo CAPD

Quanto discusso precedentemente può essere sintetizzato in un modello schematico, denominato PDCA (*plan, do, check, action*), proposto da Watson (1995). Si noti la figura sottostante.

Fig. 2.2: **Ciclo PDCA**



Il ciclo qui rappresentato è il modello tradizionale: confrontarsi con l'ambiente esterno, elaborare le informazioni, attualizzare il progetto di risanamento e verificarne l'efficacia. È interessante, tuttavia, evidenziare due ulteriori processi fondamentali: il miglioramento e l'azione correttiva. Ad una prima lettura, le differenze sembrano inconsistenti. Tuttavia, sono sufficientemente sostanziali da spingerci ad esaminare i due cicli separatamente.

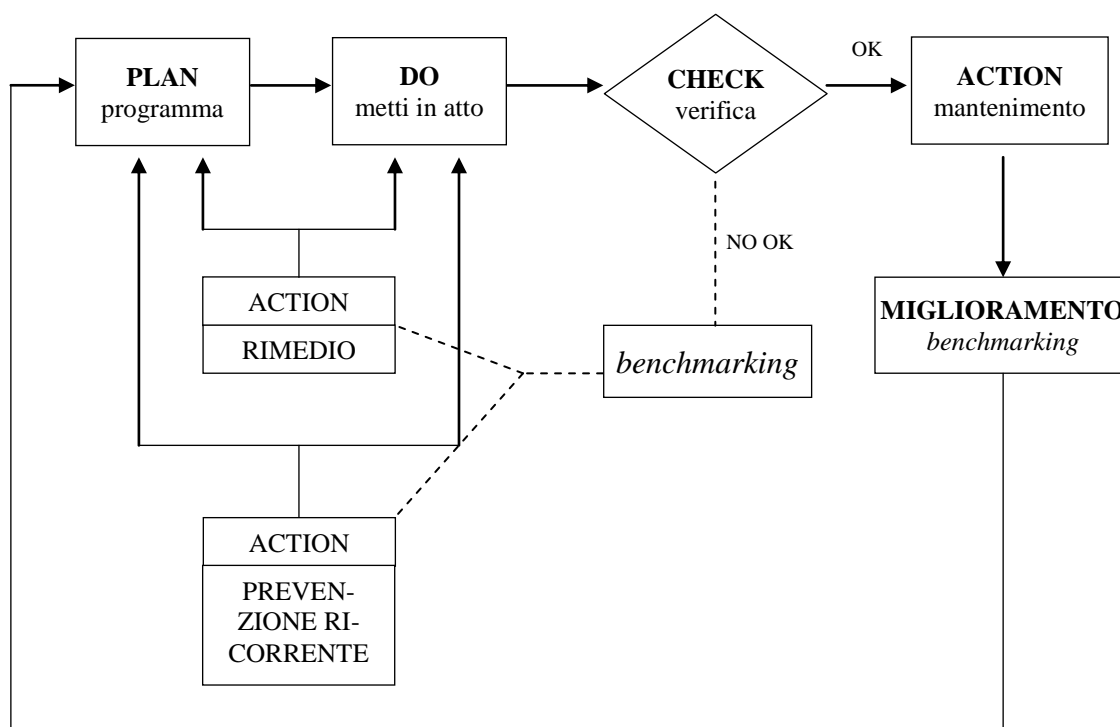
Come riporta Marchitto (2001), il ciclo di miglioramento può essere messo in atto a fronte di determinati risultati che si sono stabilizzati, al fine di aumentare il livello di soddisfazione generale e di allinearsi a, o addirittura superare, le performance espresse dalla concorrenza.

Passando al ciclo d'azione correttiva, invece, si evidenziano due componenti in particolare: il rimedio e la prevenzione ricorrente. Lo scopo di queste azioni consiste nel correggere o modificare ciò che è stato eseguito male (o non è stato eseguito) durante la fase di *plan* e/o *do*.

Il rimedio è la prima azione da attuare per ristabilire i risultati prefissati nella fase di *plan*. Successivamente, si passa alla prevenzione ricorrente, la quale identifica le cause che hanno impedito il raggiungimento degli obiettivi (Galgano, 1997).

Non è preclusa un'attuazione di processi di *benchmarking* sul ciclo d'azione correttiva stesso: può essere, infatti, utile indagare sulle tipologie di rimedio e di azioni di prevenzione ricorrente attuate da altre amministrazioni in circostanze analoghe. La figura sottostante può chiarirne il funzionamento.

Fig. 2.3: **Ciclo PDCA e *benchmarking*** (Marchitto, 2001)



Ciò che rende particolarmente lacunoso questo ciclo è l'assenza di un fattore fondamentale per l'attuazione di un processo di risanamento, di cui già discusso precedentemente: l'autodiagnosi. Si tratta di un approccio poco praticato nell'ambito della PA, ma essenziale per la buona riuscita del processo di *benchmarking*. Solo attraverso questa fase, infatti, è possibile ricercare le cause che condizionano il miglioramento.

Da questa considerazione, si può ricondurre il modello tradizionale di *benchmarking* ad uno più evoluto, strutturato secondo tre cicli, cosiddetti CAPD (*check-action, plan, do*):

### 1. Il momento diagnostico

**CA:** diagnosticare i punti deboli del ciclo precedente che hanno impedito il raggiungimento dei risultati desiderati e definire i "fattori critici di successo" (Martini, 1998) da migliorare e per cui ricorrere a progetti di *benchmarking*;

### 2. Il momento progettuale

**P:** pianificare le attività di *benchmarking* secondo i fattori scelti al punto precedente;

### 3. Il momento realizzativo

**D:** mettere in atto i risultati;

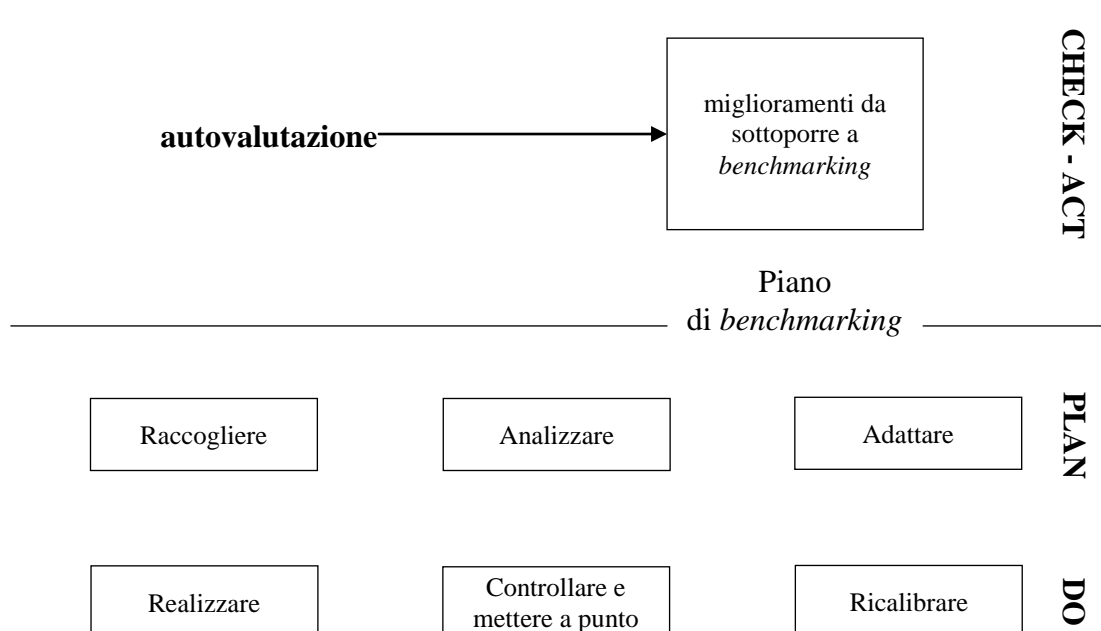
**CA:** verificare che l'obiettivo sia stato raggiunto.

Si veda la Fig. 2.4.

La sostanziale differenza di questo ciclo rispetto a quello tradizionale sta nel diverso ordine delle fasi di *benchmarking*: il processo di autovalutazione avviene nell'anno n+1 rispetto all'esercizio in cui si sono messi in atto i risultati, ma è propedeutico alle azioni *plan* e *do*. In questo modo è possibile analizzare la situazione gestionale complessiva di partenza evidenziando le aree di forza e di debolezza: potranno dunque scaturire eventuali cambiamenti su basi più solide (Marchitto, 2001).

L'anticipazione della fase *check* permette, inoltre, di risparmiare notevoli risorse, dando modo di verificare fin da subito se le soluzioni studiate potranno avere successo.

Fig. 2.4: **Ciclo CAPD** (ibidem)



### 2.2.3 – L'impiego degli indici nella fase *check*

Come appena accennato, è fondamentale rendere la fase *check* propedeutica alla fase *plan* e *do*, con lo scopo di individuare chiaramente le cause che rendono necessario l'avvio di un processo di *benchmarking*. Tuttavia, la sua utilità non si esaurisce in questo fine.

Il rischio dell'implementazione delle *new best practices* consiste nell'errata - o addirittura assente - valutazione delle performance immediatamente successive all'applicazione del *benchmarking*. Limite piuttosto rilevante nel sistema tradizionale, ma che, come accennato precedentemente, risulta corretto con il ciclo CAPD.

La fase di verifica dei risultati è necessaria a rendere l'ente consapevole delle scelte prese in ottica di perfezionamento delle performance. L'assenza di una valutazione a posteriori implica un'importante negligenza nel corretto svolgimento del processo e nel raggiungimento dell'obiettivo, che può portare ad un peggioramento dell'assetto finanziario in caso di fallimento dell'operazione.

È pertanto necessario che la fase *check* non solo preceda la progettazione e l'applicazione del piano di ricerca, ma che segua in maniera immediata l'intero processo esecutivo. A tal fine, risulta utile eseguire una valutazione dei servizi erogati, dell'assetto amministrativo e di quello finanziario.

Una possibile modalità che possa permettere di raggiungere questo obiettivo è sicuramente l'analisi di determinati indicatori. In questa sede, si farà riferimento agli indici di bilancio come valutazione della struttura patrimoniale e reddituale dell'azienda.

Come accennato precedentemente, uno degli obiettivi perseguibili dal *benchmarking* risiede sicuramente nel raggiungimento di un equilibrio economico: è necessario conseguire un fatturato che superi i costi sostenuti per la sua realizzazione, e che copra quelli impiegati nella fase di progettazione e implementazione del processo di *benchmarking*. Tuttavia, in ambito sanitario è necessario contestualizzare questa definizione, tenendo in considerazione la tipologia di azienda in esame.

La *mission* dell'azienda sanitaria sarà erogare servizi di qualità migliore rispetto alla situazione precedente al cambiamento, non garantire un compenso al soggetto economico (Boccaccio et al., 2005).

Di conseguenza, si può affermare che l'equilibrio della gestione si ritiene raggiunto nel momento in cui i ricavi eguagliano i costi sostenuti per il loro svolgimento, non avendo le imprese sociali scopo di lucro.

Indicatori di particolare rilievo per la valutazione dell'equilibrio economico rispetto all'area sanitaria possono essere i seguenti (ibidem):

- **incidenza sul valore della produzione del risultato operativo (I.R.O.):** rapporto tra margine sanitario netto (risultato operativo) e valore della produzione;
- **indice di compensazione:** rapporto tra saldo della mobilità attiva e mobilità passiva e totale dei costi della produzione;

- **incidenza sul risultato ante-sterilizzazione**<sup>13</sup>: rapporto tra risultato economico ante sterilizzazioni e valore della produzione;
- **return on investment (R.O.I.)**: rapporto tra margine sanitario netto e capitale investito (solo con riferimento alle Aziende Ospedaliere).

Di seguito, una breve descrizione di tali indicatori.

### **1. I.R.O.**

Esprime la capacità della gestione sanitaria di contenere i costi della produzione entro i limiti delle remunerazioni assegnate (ASL) o i contributi tariffari connessi all'attività erogata (AO).

### **2. Indice di compensazione**

Esprime l'attrazione o la fuga di risorse, in termini percentuali, sul totale dei costi della produzione.

### **3. Incidenza sul risultato ante-sterilizzazioni**

Esprime la capacità del management di realizzare l'attività aziendale sostenendo costi in equilibrio con il complesso delle risorse disponibili. Il risultato economico ante-sterilizzazioni considera l'effetto delle gestioni non caratteristiche e delle imposte sul risultato complessivo aziendale ante-sterilizzazioni.

### **4. R.O.I.**

Esprime l'efficienza con cui è utilizzato il capitale investito nell'azienda.

L'esigenza delle AO di mantenersi a livelli di eccellenza nell'offerta sanitaria e di garantire adeguate strutture di ricerca rende necessario l'attuarsi di continui investimenti: per questo motivo è di fondamentale utilità l'analisi di tale indice.

$$ROI = \frac{\text{utile netto}}{\text{capitale investito}} \cdot 100$$

---

<sup>13</sup> Le sterilizzazioni sono quei costi sui quali la direzione aziendale non ha potere decisionale esclusivo.

L'analisi di questi indicatori fungerà, successivamente, come fase propedeutica di *check* per la valutazione sull'applicazione di un processo di *benchmarking*. È dunque necessario procedere in maniera sistematica ad un controllo interno per la misurazione delle performance, al fine di valutare la convenienza nell'attuare ulteriori pratiche di perfezionamento.

L'attività di *benchmarking* può dirsi conclusa soltanto dopo questa importante fase di verifica. Qualora da essa non dovessero scaturire risultati soddisfacenti, sarà necessario ripetere il processo o, eventualmente, cambiare linea strategica ed orientarsi verso modalità alternative.

### **2.3 – L'applicazione del *project finance* nel settore sanitario**

Quando un ente o un'azienda pubblica vuole realizzare un'opera, si ritrova a perseguire due possibili strade: l'appalto e la concessione. Con la prima, il committente pubblico progetta un'opera e ne delega la realizzazione ad una società privata dietro un compenso. Con la seconda – e quindi con il *project finance* – il soggetto privato finanzia l'investimento in cambio del potere gestorio per un numero concordato d'anni (generalmente, dai venti ai trenta).

In questo modo, “il privato si assicura la possibilità di un ritorno economico attraverso le proprie capacità manageriali, commerciali ed innovative”. Specularmente, “il settore pubblico riduce il proprio impegno finanziario” trasferendo in capo al privato il rischio derivante dalla gestione e migliorando la qualità dei servizi erogati, ottimizzandone i costi (Lepore, 2010; p. 8).

Il *project finance* venne introdotto per la prima volta in Italia con la c.d. legge Merloni-ter<sup>14</sup>, che si prese il merito di aver definito il procedimento da seguire per il finanziamento di opere pubbliche da parte dei privati: tale norma attribuì al *project finance* maggior rilevanza, trasformandolo in una tecnica normale dell'azione pubblica e accorpando nuove possibilità di realizzazione d'opere anche minori estese a zone territoriali periferiche.

Vennero, successivamente, introdotte importanti modifiche e integrazioni, come, ad esempio, la c.d. legge Merloni-quater, che ridisegnarono totalmente il sistema del *project finance*, dando la possibilità ad un operatore privato – il promotore – di realizzare opere pubbliche attraverso un contratto di concessione (Benci, 2015).

Analizziamo, dunque, i soggetti che partecipano all'operazione di *project finance* e le loro mansioni.

---

<sup>14</sup> Legge 18 novembre 1998, n. 415, “Modifiche alla legge 11 febbraio 1994, n. 109, e ulteriori disposizioni in materia di lavori pubblici”.



### 2.3.1 – Struttura del modello di *project finance*

Le figure di maggior rilievo che operano nel processo di cofinanziamento possono essere sintetizzate in quattro soggetti:

- il **promotore**: è la figura che da cui deriva l’iniziativa di promuovere il progetto;
- la **società di progetto** (*Special Purpose Vehicle*, SPV): è l’impresa che assume la “responsabilità imprenditoriale del progetto”; conferisce il capitale di rischio da parte degli investitori e svolge le funzioni organizzative dell’attività oggetto dell’iniziativa;
- la **Pubblica Amministrazione**: ha il potere concessorio, ma può anche figurare tra i promotori e/o i finanziatori dell’opera, fornendo capitali di rischio o contributi a fondo perduto;
- i **finanziatori**: prestano i mezzi di terzi (si pensi alle banche);

Nel settore sanitario, si sta registrando un notevole sviluppo delle iniziative di *project finance*, non solo con lo scopo di sollevare la PA dagli oneri relativi al finanziamento di un’opera, ma anche a causa della necessità di modernizzazione delle strutture ospedaliere e delle modalità di erogazione delle prestazioni sanitarie (Falini, 2008).

Si tenga presente che, nel caso di realizzazione di un ospedale tramite finanza di progetto, la guida e la direzione sanitaria rimane esclusivamente di competenza dell’azienda sanitaria: l’intervento dei privati riguarda le attività accessorie.

Nel caso di interventi di edilizia sanitaria, si fa riferimento ad opere cosiddette “fredde”, ovvero a diretta utilizzazione da parte della PA. Il privato, dunque, interviene nella gestione di quelle attività chiamate “*no core*”, ossia non sanitarie ma di supporto, in quanto le attività quali prestazioni mediche e assistenza al paziente – cosiddette “*core*” – sono riservate per legge a determinati soggetti.

Tra le attività *no core* figurano i servizi ospedalieri non medicali, come la manutenzione ordinaria e straordinaria dell’edificio, la gestione dello spazio mensa e dei parcheggi, la manutenzione delle attrezzature specialistiche e tante altre funzioni ausiliarie (Lepore, 2010).

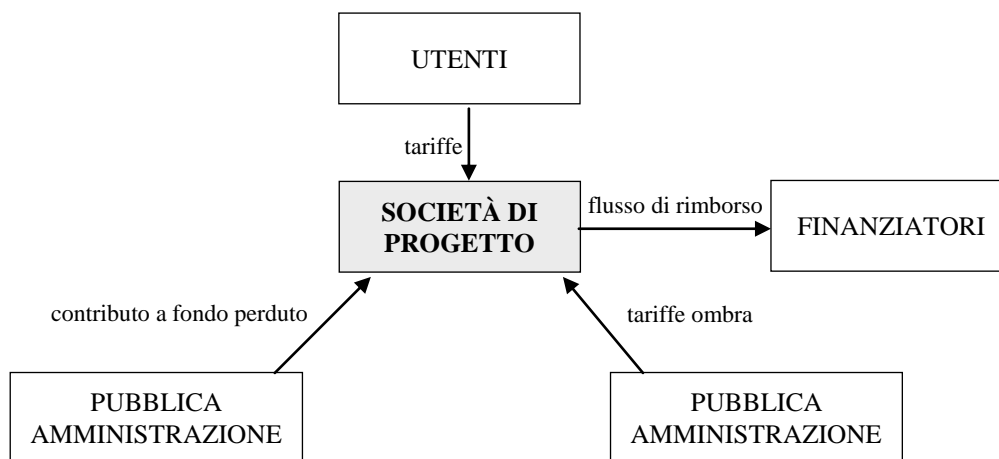
In sostanza, per le attività accessorie, il processo di miglioramento è affidato alla gestione esterna, coinvolgendo anche capitali privati. In questo modo, l’azienda sanitaria può concentrare le proprie risorse sulle attività del *core business*.

Si può, dunque, individuare il modello di *project finance* applicabile: esso prevede l'affidamento al concessionario non solo della realizzazione delle opere edili, impiantistiche, di fornitura e arredo, ma anche della gestione di alcuni servizi per un determinato periodo di tempo tale da consentirgli di recuperare e remunerare il capitale investito.

Il modello applicabile in Italia si basa sul meccanismo BLT (*build, lease, transfer*): “il concessionario (o meglio, locatore) concede al locatario (l'azienda ospedaliera) la disponibilità delle strutture realizzate, a fronte della corresponsione di un canone corrispettivo”. Il sistema tariffario funziona nel seguente modo: la gestione dei servizi commerciali/alberghieri è affidata al concessionario a fronte di una tariffa che grava direttamente sull'utente, mentre per la gestione dei servizi a carattere industriale (lavanderia, mensa, gestione del calore, ecc.) la tariffa viene “rimborsata” attraverso il meccanismo della “tariffa ombra” (si veda Fig. 2.2):

- **tariffe individuali:** a carico degli utenti;
- **tariffe ombra** (o canone): a carico dell'azienda ospedaliera.

Fig. 2.2: **Flussi finanziari per il concessionario** (Amatucci, 2002; pp. 236, 240)



In sintesi, viene affidata al concessionario la costruzione delle strutture e la gestione dei servizi non sanitari, che vengono pagati dall'azienda ospedaliera attraverso la corresponsione di un canone all'impresa privata. Successivamente, viene affidata allo stesso anche la possibilità di realizzare e gestire ulteriori servizi – commerciali e alberghieri – per assicurargli la remunerazione del capitale investito.

### 2.3.2 – Condizioni di applicabilità

Tra i vantaggi principali dell'applicazione della finanza di progetto per la PA, oltre a quello di rendere disponibili al soggetto pubblico risorse destinabili ad altri progetti, sanitari e non, troviamo sicuramente la velocità dei tempi di costruzione rispetto all'appalto tradizionale, che dipendono dalla disponibilità immediata di un progetto preliminare e di aree su cui intervenire, e la netta divisione tra servizi ospedalieri medicali e servizi di gestione e manutenzione, di cui i primi di competenza esclusiva dell'azienda sanitaria, i secondi in mano ad una gestione imprenditoriale esperta.

Tuttavia, affinché ci siano delle imprese private che abbiano l'interesse ad investire nella realizzazione e nella gestione di un nuovo complesso ospedaliero, e che dunque si propongano come cessionarie, è necessario considerare alcune condizioni di applicabilità, riferibili alla *fattibilità* e all'*appetibilità* del progetto d'investimento<sup>15</sup>.

In primo luogo, la PA concedente deve valutare l'effettiva convenienza alla realizzazione del progetto, confrontando i maggiori vantaggi ottenibili rispetto alla tradizionale forma d'appalto.

Successivamente, l'ente deve verificare la conformità urbanistica e, dunque, definire l'oggetto dell'intervento, la sua localizzazione e le modalità di inserimento all'interno del territorio (si fa riferimento alla viabilità, gli accessi e l'agibilità).

Infine, non possono mancare gli aspetti contrattuali che lega l'ente con le imprese finanziatrici: la definizione di clausole relative alla concessione, come la durata, gli impegni reciproci, le caratteristiche della gestione, la restituzione dell'immobile a fine concessione e le garanzie prestate. Ma soprattutto, la "individuazione ed allocazione dei rischi fra parte pubblica e parte privata" (Lepore, 2010; p. 36).

Si tenga presente, tuttavia, che questo strumento non è esente da criticità.

Alcune di esse riguardano sicuramente il rischio amministrativo e i comportamenti opportunistici da parte dei privati.

Il primo sussiste nell'ambito della procedura ad iniziativa privata. Infatti, poiché la proposta del promotore non viene preliminarmente sottoposta ad esame da un organo tecnico, l'eventualità in cui la PA richieda successivamente delle modifiche stravolgerebbe il progetto iniziale, allungandone i tempi di conclusione e il rischio di insuccesso (ibidem).

I secondi si esplicano in un abuso di potere contrattuale: i privati possono, infatti, impostare i propri progetti in modo tale che le convenzioni risultino nettamente sbilanciate a loro

---

<sup>15</sup> Si farà riferimento agli studi di Lepore (2010).

favore, forti delle difficoltà economiche che gravano sulla pubblica amministrazione (Fonzi, 2016).

## CAPITOLO III

### *Il benchmarking e project finance in azione: due casi rappresentativi*

---

#### **3.1 – Il confronto di performance economico-finanziarie tra aziende sanitarie: l'esperienza della Regione Toscana**

Nel nostro Paese, possiamo trovare un esempio applicativo di *benchmarking* nell'ambito della sanità pubblica nella Regione Toscana.

Il piano di risanamento risale al 1999, anno in cui venne costituito l'Osservatorio di *Change Management in Sanità*. Questa struttura nacque con l'obiettivo di instaurare un legame tra le aziende sanitarie e ospedaliere toscane, con lo scopo di svolgere una ricerca finalizzata a monitorare i mutamenti gestionali introdotti nei vari contesti aziendali.

Successivamente, nel 2004, l'Osservatorio, in collaborazione con la Regione Toscana, istituì presso la Scuola Superiore Sant'Anna il Laboratorio di Ricerca e Formazione "Management e Sanità". Attraverso gli studi effettuati presso tale ente, venne progettato un sistema di valutazione delle performance delle aziende sanitarie toscane, grazie anche al contributo dell'Osservatorio: furono soggetto di analisi non solo i risultati economico-finanziari, grazie ai quali, come accennato nel capitolo precedente, si poteva misurare la capacità dell'azienda di permanere in condizioni di equilibrio patrimoniale, bensì anche altre variabili di carattere sanitario, mediante cui poter valutare il buon funzionamento dell'erogazione dei servizi.

Alcuni degli operatori del Laboratorio sopra menzionato (in particolare, Lino Cinquini, Sabina Nuti, Angelo Boccaccio e Milena Vainieri) hanno redatto un approfondimento in cui vengono studiati gli effetti dell'applicazione del *benchmarking* sulle aziende sanitarie toscane. Dalle loro analisi, si evince che furono proposte sei dimensioni in grado di evidenziare i caratteri peculiari delle performance nel sistema sanitario, sintetizzate nella tabella seguente (Boccaccio et al., 2005):

**Fig. 3 – Valutazione delle performance**

<b>CAPACITA DI OPERARE IN LINEA CON LE STRATEGIE REGIONALI</b>	<b>LIVELLO DI SALUTE DELLA POPOLAZIONE</b>
Alcune scelte strategiche per valorizzare la sinergia tra sanità e Regione: <ul style="list-style-type: none"><li>• costituzione sportello unico della prevenzione;</li></ul>	Sono stati proposti tre indicatori per valutare il e lavorare sul livello di salute della popolazione: <ul style="list-style-type: none"><li>• mortalità entro il primo anno di vita;</li></ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• tempi di attesa di max 15 gg per 7 prestazioni ambulatoriali di maggior rilevanza.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• mortalità dovuta a malattie del sistema circolatorio;</li> <li>• mortalità dovuta a tumori.</li> </ul>
<b>VALUTAZIONE ESTERNA</b>	<b>VALUTAZIONE INTERNA</b>
Valutazione dei servizi data dai cittadini: <ul style="list-style-type: none"> <li>• soddisfazione per la medicina di base;</li> <li>• soddisfazione per i servizi ambulatoriali;</li> <li>• soddisfazione per i servizi diagnostici;</li> <li>• soddisfazione dei servizi di prevenzione;</li> <li>• soddisfazione del PS.</li> </ul>	Monitoraggio dei lavoratori: <ul style="list-style-type: none"> <li>• tasso di assenteismo;</li> <li>• tasso di infortuni;</li> <li>• soddisfazione delle condizioni di lavoro;</li> <li>• soddisfazione del management;</li> <li>• soddisfazione dei servizi interni.</li> </ul>
<b>VALUTAZIONE SANITARIA</b>	<b>VALUTAZIONE ECONOMICO-FINANZIARIA</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• valutazione di appropriatezza;</li> <li>• valutazione di bisogno (capacità di governo della domanda);</li> <li>• valutazione di efficienza;</li> <li>• valutazione di efficacia (qualità clinica e sanitaria).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• equilibrio economico;</li> <li>• equilibrio patrimoniale;</li> <li>• equilibrio finanziario.</li> </ul>

Quattro furono le “cavie” di questo sistema di valutazione, in particolare le AUSL 3 di Pistoia, 5 di Pisa, 8 di Arezzo e l’AO universitaria di Pisa. Grazie alla sua buona adattabilità all’interno dell’ambito sanitario, il *benchmarking* venne adottato dalla Regione come sistema di riferimento. Venne, successivamente, dal 2005, implementato in tutte le aziende sanitarie e ospedaliere universitarie toscane.

### **3.2 – Il contributo di diversi soggetti nelle operazioni di project finance: il nuovo complesso ospedaliero di Fidenza**

Uno dei primi casi di utilizzo del *project finance* in Italia risale al 1996, anno in cui iniziarono i lavori per la realizzazione dell’Ospedale di Fidenza.

Il complesso sarebbe sorto in una zona territoriale compresa tra i Comuni di Salsomaggiore e Fidenza, una volta ottenuto il benestare del Comune di Fidenza per la realizzazione di strutture ricettive e commerciali. Il programma prevedeva la sottoscrizione di un accordo tra l’azienda sanitaria e i Comuni di Salsomaggiore e Fidenza, affinché questi ultimi si impegnassero ad assicurare il relativo finanziamento, per poi, successivamente, stimolare il settore privato alla presa in carico del progetto attraverso un finanziamento a fondo perduto e l’affidamento all’impresa aggiudicataria della manutenzione edilizia e impiantistica e della gestione delle attività *no core*.

La realizzazione del nuovo complesso vide la partecipazione di diversi soggetti. Primo tra tutti, l’azienda sanitaria di Modena, la quale costituì uno staff tecnico esperto per la crea-

zione del progetto preliminare e della Valutazione di Impatto Ambientale finalizzata a tutelare l'area territoriale adibita alla costruzione della nuova struttura.

Successivamente, i Comuni di Fidenza e di Salsomaggiore Terme provvidero all'acquisizione del terreno su cui sarebbe sorto l'edificio attraverso un procedimento di espropriazione per pubblica utilità, costituendo su di esso un diritto di superficie per la costruzione e il mantenimento della struttura per la durata di 99 anni (Amatucci, 2002).

Infine, l'azienda sanitaria di Parma si impegnò a sostenere gli oneri della progettazione del complesso e ad individuare le fonti con cui co-finanziare i lavori e le imprese affidatarie della costruzione, della manutenzione e della gestione delle attività strumentali.

### **3.2.1 – Contenuti del progetto e l'operazione di *project finance***

Come accennato precedentemente, il progetto prevedeva la progettazione di strutture ricettive e commerciali, date in affidamento alle imprese aggiudicatrici, che sarebbero venute integrate con la funzione di tutela della salute: il nuovo ospedale si sarebbe, gradualmente, sostituito a quello preesistente.

Amatucci (2002) elenca in modo dettagliato tutte le peculiarità del nuovo ospedale, che verranno qui sintetizzate. Prima fra tutte fu, sicuramente, l'acquisizione di criteri che inizialmente erano assenti, in particolare quelli di comfort. L'attenzione durante la progettazione venne concentrata nel (ibidem):

- assicurare un elevato standard alberghiero per gli utenti;
- garantire le migliori condizioni di lavoro al personale;
- garantire la continuità nell'esercizio delle funzioni assistenziali.

Con il nuovo progetto, si cercò dunque di colmare le lacune che caratterizzavano la struttura precedente, al fine di migliorare l'efficienza complessiva.

In aggiunta, venne prevista la realizzazione di ulteriori attività commerciali e di accoglienza, quali:

- bar, ristorante e mensa;
- edicola, biblioteca e articoli sanitari;
- uffici adibiti alla gestione di servizi ospedalieri ed extraospedalieri;
- sportelli telematici;
- uffici onoranze funebri.

Infine, venne ritenuta importante la realizzazione di funzioni affini a quelle assistenziali:

- poliambulatorio specialistico;
- magazzino dell'azienda sanitaria (deposito farmaceutico, presidi sanitari, ecc.);
- gestione del deposito automezzi e relativa manutenzione;
- spazi adibiti a volontariato sociale e attività *no profit*.

### 3.2.2 – *Iter* procedurale e aspetti contrattuali

La gara ha avuto avvio il 27 agosto 1998, momento in cui i Comuni si attivarono per la ricerca delle imprese private disponibili al finanziamento. L'accordo prevedeva:

- l'affidamento della costruzione e manutenzione del nuovo complesso per un periodo di 9 anni;
- l'affidamento della gestione delle attività strumentali (*no core*) come servizio di ristorazione, lavanderia, energia e pulizia per un periodo di 9 anni;
- l'affidamento della gestione delle strutture alberghiere e commerciali (senza oneri per l'USL) per un periodo di 30 anni.

Tali attività vennero preventivamente quantificate in termini monetari, al fine di valutare il fabbisogno finanziario.

Delle cinque imprese che presentarono richiesta, fu individuata, nel 1998, la migliore nel Consorzio Cooperative Costruzioni di Bologna, che diede dunque avvio all'operazione di *project finance*.

Il Consorzio, una volta aggiudicatosi i lavori, si costituì in una società di progetto denominata PROSA S.p.A., che provvide alla redazione del progetto esecutivo e del piano economico-finanziario.

Successivamente, la ASL di Parma approvò il progetto definitivo e stipulò il contratto con la sopracitata società: da quel momento, iniziarono i lavori (novembre 2000), che vennero ultimati nel giugno 2004.

Possiamo schematizzare l'*iter* procedurale nel seguente modo:

1. gara per la **concessione** di costruzione e gestione (licitazione privata);
2. aggiudicazione ad un'associazione di imprese;
3. costituzione della società di progetto PROSA S.p.A.;



4. approvazione del progetto esecutivo e del piano economico-finanziario;
5. stipula del contratto.

In particolare, il contratto prevedeva che la società di progetto garantisse la manutenzione edilizia, degli impianti meccanici, elettrici e ascensori. Come corrispettivo per la fornitura di tali servizi, l'azienda concessionaria avrebbe ricevuto un canone dall'azienda sanitaria (tariffa ombra).

Inoltre, era prevista la costruzione e la gestione del sistema di accoglienza di cui accennato prima: come controprestazione, la concessionaria avrebbe ricevuto il diritto di gestire e sfruttare economicamente le opere realizzate, e il diritto di locazione di determinati immobili dall'azienda sanitaria di Parma. Per garantire l'operatività del sistema di accoglienza, l'azienda sanitaria si sarebbe impegnata ad avviare il funzionamento della nuova struttura ospedaliera entro 210 giorni dalla conclusione dei lavori, pena il versamento di un indennizzo a PROSA S.p.A. per mancati proventi della gestione.

Infine, l'affidamento della gestione delle attività strumentali dietro un corrispettivo (tariffa ombra) dall'azienda sanitaria: servizio ristorazione pasti, servizio pulizia e lavanderia, servizio di sterilizzazione, servizi di energia.

Non è tutto. Nel contratto, infatti, venivano citati anche gli standard qualitativi che il gestore era tenuto a rispettare (Amatucci, 2002).

Particolare attenzione era rivolta alle condizioni di lavoro del personale e alla garanzia di continuità assoluta dell'esercizio delle funzioni assistenziali.

Per quanto riguarda gli ammodernamenti riguardanti le attrezzature e i macchinari, era previsto un accordo preventivo fra il pubblico e il privato.

### **3.3 – Conclusioni**

Rispetto ai contenuti discussi nei precedenti capitoli e dai casi applicativi illustrati, possiamo trarre le seguenti considerazioni conclusive.

L'esperienza di implementazione del *benchmarking* per la Regione Toscana è stata indubbiamente un'opportunità di crescita e di apprendimento per le aziende, nonché uno strumento di supporto a disposizione della Regione per il governo del sistema sanitario.

Il processo è stato utile non solo alla valutazione delle performance, ma anche al miglioramento delle aree di debolezza e alla valorizzazione delle *best practices*.

I fattori positivi di questa tecnica risiedono sicuramente nella maggior praticità d'implementazione rispetto ad altri sistemi di *performance measurement*: non sono richiesti

ingenti investimenti (a differenza, ad esempio, dei casi di acquisizione di nuovi impianti o macchinari), ed è facilmente riutilizzabile nei casi di necessità, non essendo un prodotto tangibile soggetto a deperibilità. La sua applicazione, infatti, stimola il management alla continua autovalutazione e al confronto, costringendo a prestare attenzione al contesto competitivo e all'ambiente esterno.

Per quanto riguarda il *project finance*, invece, l'esperienza dell'ospedale di Fidenza dimostra l'efficacia di tale pratica: grazie alla partecipazione dei privati, la Regione può integrare i propri fondi con quelli dei privati, fornendo agli utenti non solo una migliore erogazione dei servizi, ma anche maggior comfort e accoglienza.

Uno dei principali vantaggi è sicuramente quello economico: l'ausilio dei privati può essere indispensabile nell'attuare progetti pubblici innovativi. La scarsità di fondi metterebbe in stallo qualsiasi iniziativa, rischiando anche che questa venga del tutto abbandonata. Peggiorire sarebbe, invece, il caso in cui questa venga abbandonata durante lo sviluppo dei lavori: il progetto sarebbe causa di ingenti perdite non sostenibili dalla Regione.

I benefici, tuttavia, non si esauriscono qui. Sono da tenere in considerazione anche i tempi di realizzazione dell'opera, che, indubbiamente, risultano essere molto più rapidi nel caso di compartecipazione dei privati.

Possiamo, dunque, concludere sottolineando l'efficienza di questi strumenti e il loro potenziale applicativo sia in ambito pubblico sia in ambito sanitario.

Il costante miglioramento (*benchmarking* e reingegnerizzazione) è fondamentale per le opere pubbliche al fine di stare al passo con la concorrenza e di risultare appetibili ai cittadini.

La ricerca di strumenti alternativi di finanziamento (*project finance*) di opere pubbliche risulta, invece, necessaria nei casi di carenza di fondi (realtà particolarmente frequente), in particolare nella realizzazione di progetti innovativi o nei casi di ristrutturazione. Considerazione che può essere confermata da altri numerosi casi applicativi di questo strumento, come, ad esempio, per la costruzione del nuovo polo ospedaliero di Mestre (l'Ospedale dell'Angelo) e del nuovo ospedale di Monselice, che risultano più recenti rispetto al caso illustrato dell'Ospedale di Fidenza.

## BIBLIOGRAFIA

---

- AMATUCCI F., 2002, *Il project finance nelle aziende pubbliche: strumenti di finanziamento per enti locali e aziende sanitarie*, 1a ed., Milano, Egea
- ANON., 2015, *Fiasco: "Il sistema di finanziamento del Ssn è un disastro"*., Disponibile su [quotidianosanita.it](http://quotidianosanita.it)
- ARCARI A.M., 2014, *Programmazione e controllo*, 2a ed., Milano, McGraw-Hill
- BARALDI S., 2005, *Il Balanced Scorecard nelle aziende sanitarie*, 1a ed., Milano, McGraw-Hill
- BENCI L., 2015, *Privatizzare gli ospedali? La via del project financing*, Firenze, Disponibile su [saluteinternazionale.info](http://saluteinternazionale.info)
- BOCCACCIO A. et al, 2005, *Il confronto di performance economico-finanziarie tra aziende sanitarie: l'esperienza della Regione Toscana*, Relazione, Pisa Laboratorio Management e Sanità della Scuola Sant'Anna e Regione Toscana
- BOCCHINO U., 1995, *Manuale di benchmarking*, Milano, Giuffrè
- BOZEMAN B., 1991, *Public management: the State of the art*, In: AMATUCCI F., 2002, *Il project finance nelle aziende pubbliche: strumenti di finanziamento*
- CAMMELLI M., 2014, *La Pubblica Amministrazione*, 2a ed., Bologna, Il Mulino
- CAMP R.C., 1989, *Benchmarking: the search for industry best practices that lead superior performance*, In: MARCHITTO F., 2001, *Benchmarking nella pubblica amministrazione*, 1a ed., Milano,
- CYBERT R.M., MARCH G., 1963, *A behavioural theory of the firm*, Englewood Cliffs, Prentice- Hall
- DALLOCCHIO M., 1995, *Finanza d'azienda: analisi e valutazioni per le decisioni d'impresa*, Egea, Milano
- FALINI A., 2000, *La strategia economico-finanziaria degli enti locali*, Milano, Guerini
- FALINI A., 2008, *Il Project Financing. Vincoli e opportunità nel settore sanitario*, 1a ed., Milano, FrancoAngeli
- FONZI M., 2016, *Ospedali, spuntano project finance ovunque*, Disponibile su [news-town.it](http://news-town.it)
- FOOT J., 1998, *How to Do Benchmarking: A Practitioners Guide*, In: BOCCACCIO A. et al., 2005, *Il confronto di performance economico-finanziarie tra aziende sanitarie: l'esperienza della Regione Toscana*, Relazione, Pisa Laboratorio Management e Sanità della Scuola Sant'Anna e Regione Toscana
- GALGANO A., 1997, *Il miglioramento continuo con la Qualità Totale, Il ruolo del Manager*, In: MARCHITTO F., 2001, *Benchmarking nella pubblica amministrazione*, 1a ed., Mi-

lano, FrancoAngeli

- IANNELLI G., 1993, *L'influenza comportamentale delle misurazioni economiche in ottica "activity based costing"*, In: FARNETI G., MARASCA S., a cura di, *Nuove metodologie per la determinazione dei costi di prodotto*, Ancona, Clua
- INVERNIZZI G., MOLTENI M., 1990, *Analisi di bilancio e diagnosi strategica*, In: BOCCACCIO A. et al, 2005, *Il confronto di performance economico-finanziarie tra aziende sanitarie: l'esperienza della Regione Toscana*, Relazione, Pisa Laboratorio Management e Sanità della Scuola Sant'Anna e Regione Toscana
- LAWRENCE P.R., LORSCH J.W., 1969, *Organizations and environment*, In: BARALDI S., 2005, *Il Balanced Scorecard nelle aziende sanitarie*, 1a ed., Milano, McGraw-Hill
- LEPORE F., 2010, *Il project financing in Italia: uno strumento finanziario per i soggetti pubblici. Criticità e opportunità nel settore sanitario*, Relazione finale, Università LUISS Guido Carli, Dipartimento di Scienze Giuridiche
- MADG H., CURRY A., 2003, *Benchmarking: an international journal*, In: BOCCACCIO A. et al., 2005, *Il confronto di performance economico-finanziarie tra aziende sanitarie: l'esperienza della Regione Toscana*, Relazione, Pisa Laboratorio Management e Sanità della Scuola Sant'Anna e Regione Toscana
- MARCHITTO F., 2001, *Benchmarking nella pubblica amministrazione*, 1a ed., Milano, FrancoAngeli
- MARTINI M., 1998, *Il Benchmarking in Sanità Pubblica*, Relazione, Ferrara, Azienda USL
- MENEGUZZO M., REBORA G., 1990, *Strategia delle Amministrazioni Pubbliche*, Milano, Utet
- NEBIOLO P., 2007, *Indicatori di performance per definire il budget delle aziende sanitarie*, Relazione finale Master, Università degli Studi di Torino, Coripe Piemonte
- NEVITT P.K., 1987, *Project financing*, In: AMATUCCI F., 2002, *Il project finance nelle aziende pubbliche: strumenti di finanziamento*
- PAVARANI E., a cura di, 2001, *Analisi Finanziaria*, Milano, McGraw-Hill
- SERPELLONI G., SIMEONI E., 2005, *Benchmarking di processo*, Relazione Quality Management, Verona, Dipartimento delle Dipendenze, Azienda ULSS 20
- SHANK J.K., GOVINDARAJAN V., 1992, *Strategic cost Management and the Value Chain*, In: *The journal of cost Management*
- TERZANI S., 1996, *Le comparazioni di bilancio*, Padova, Cedam
- TURNEY P.B.B., 1989, *Using activity based costing to achieve manufacturing excellence*, In: *The journal of cost management for the manufacturing industry*