

**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE**  
**EMILIA-ROMAGNA**  
**Azienda Unità Sanitaria Locale di Imola**

# PIANO STRATEGICO 2006-2009

## AUSL DI IMOLA

# **INDICE**

<b>PRESENTAZIONE</b>	<b>2</b>
<b>Principi</b>	<b>6</b>
<b>Missione</b>	<b>8</b>
<b>Visione</b>	<b>9</b>
<b>Il metodo di pianificazione</b>	<b>10</b>
<b>STRATEGIE DI MARKETING</b>	<b>12</b>
<b>La comunicazione con i cittadini</b>	<b>13</b>
<b>La comunicazione istituzionale</b>	<b>15</b>
<b>La comunicazione interna</b>	<b>16</b>
<b>Comune di Medicina</b>	<b>18</b>
<b>Montecatone S.p.a.</b>	<b>22</b>
<b>STRATEGIE DI SVILUPPO ORGANIZZATIVO E ASSETTO</b>	<b>24</b>
<b>Meccanismi operativi</b>	<b>25</b>
<b>Dipartimenti</b>	<b>31</b>
<b>Reti Integrate di Servizi</b>	<b>33</b>
<b>STRATEGIE DI PRODOTTO</b>	<b>38</b>
<b>Il benchmarking</b>	<b>38</b>
<b>Il risk management</b>	<b>41</b>
<b>STRATEGIE FINANZIARIE</b>	<b>44</b>
<b>Il Piano degli Investimenti 2006-2008</b>	<b>56</b>

# PRESENTAZIONE

Il presente documento rappresenta il primo momento di pianificazione strategica dell'Azienda Sanitaria di Imola, in termini di elaborato sistemico e ufficiale: in tal senso, è altrettanto posto per la prima volta come **obiettivo del Direttore Generale**, assegnato dall'Istituzione regionale.

In un contesto socio-politico quale la Regione Emilia Romagna, che senza soluzione di continuità mantiene un rendimento istituzionale alto – secondo il senso letterale di produzione di leggi, direttive, linee guida, ecc. - la prima questione da porsi è come si colloca il Piano Strategico dell'Azienda entro il quadro complessivo della pianificazione/programmazione aziendale "definita per norma" (piano attuativo locale, bilanci pluriennale e di previsione annuale, ecc.).

Una prima risposta potrebbe essere che il Piano debba rappresentare la **peculiarità strategica della Direzione Generale nominata, per il periodo di mandato** e che, in tal senso, sia uno "spazio di autonomia", entro il quale la medesima Direzione interpreta la *mission*, propone una *vision*, agendo quel livello di discrezionalità necessario, affinché il cambio di vertice corrisponda a un cambiamento nella strategia: ciò dovrebbe essere l'inevitabile andamento dinamico di una realtà organizzata e finalizzata per beni di pubblica utilità.

Il cambiamento prospettato non è necessariamente da intendersi come totale discontinuità con le Direzioni precedenti, né come assunzione complessivamente critica del "passato".

Pertanto, in tale direzione di significato - e innanzi tutto - il Piano Strategico è propriamente una **volontà di cambiamento**.

Il presente documento si muove su più dimensioni di cambiamento, a cominciare da quella per così dire intrinseca al Piano stesso:

- è un cambiamento di linguaggio, in quanto l'orientamento prevalente è verso l'Organizzazione (meno vincoli di

COME SI POSIZIONA  
IL PIANO STRATEGICO  
DELL'AZIENDA  
SANITARIA DI IMOLA

DURATA 2006-2009

*Se una impresa non cambia, gestisce la routine, la stabilità, e non ha bisogno di porre in essere un agire pianificato, e tantomeno, quindi, un processo di pianificazione formale: basterà il budgeting*

compartecipazione dei soggetti “esterni” all’Azienda; più vincoli per la sua utilità e utilizzabilità interna);

- è un cambiamento di significato (meno vincoli al rispetto di modi, contenuti e tempi istituzionalmente predefiniti; più vincoli a “cosa effettivamente è la pianificazione strategica!”);
- è un cambiamento di cultura sottesa (non è un adempimento; è teso verso “l’agire strategico”);
- dovrebbe indurre un cambiamento a cascata nei documenti di programmazione e controllo “dovuti”, non modificandone i vincoli normativi (essenzialmente posti per: la semplificazione della confrontabilità delle realtà aziendali e, pertanto, del governo complessivo delle medesime; l’affermazione del sistema collaborativo e partecipato *versus* un sistema competitivo) bensì cercando di mantenerne la intelligibilità e coerenza complessiva, secondo un approfondimento del dettaglio, man mano che si riduce l’arco temporale di riferimento, e restando costante l’individuazione degli stessi traguardi.

*Il momento conclusivo del processo di pianificazione strategica è costituito dal processo di budgeting in cui i programmi di azione strategica, riferiti alle singole aree di attività, sviluppati in logica interfunzionale e generalmente proiettati su intervalli temporali estesi, sono tradotti in budget o programmi funzionali e obiettivi, volti a orientare la gestione nel breve periodo*

L’ulteriore dimensione di cambiamento è essenzialmente rivolta alla influenza del Piano (**strategia formale**), al fine che l’Organizzazione “**agisca strategicamente**”.

La scrivente Direzione intende perseguire la realizzazione di una Organizzazione unitariamente orientata su scopi e obiettivi, ponendo in valore etico (comportamenti) ed esecutivo (prassi) le sinergie generate dalla interdisciplinarietà e multiprofessionalità. In altri termini, lo scopo strategico fondativo è la creazione delle condizioni e dei prerequisiti per realizzare, ovvero migliorare, la **coerenza tra struttura organizzativa e struttura strategica**.

*La pianificazione diventa efficace per mezzo dei meccanismi a valle: programmazione, budgeting, monitoring, incentivi. Tutto deve essere visto in modo integrato, il che a volte è reso difficile dal fatto che il presidio organizzativo dei diversi meccanismi operativi è spesso collocato in unità diverse*

Nella realtà istituzionale data della Regione e nella realtà esecutiva data dell’Azienda di Imola, in questa fase, l’*incipit* strategico sembra rappresentato dalla capacità di adottare il modello aziendale e di agire le

**COSA È STRATEGICO**

leve di governo e gestionali, per la traduzione operativa della *ratio* originaria della norma di sistema, a cominciare dai principi, da cui derivano missione e visione.

Le direttrici su cui realizzare, a livello aziendale, la prima azione di ri-orientamento strategico, per la coerenza tra principi e traduzione operativa, sono poste dalle “innovazioni” normative introdotte con il D.Lgs. 229/99 – confermate nel succedersi di Ministri della Salute, e non per questo pienamente realizzate a livello di prassi aziendale – e precisamente:

- la distinzione tra *intramoenia* ed *extramoenia*, pur lasciando intangibile il diritto professionale acquisito di esercitare l’attività libero professionale. L’opzione di esclusività a favore dell’opera professionale complessiva svolta all’interno e per il SSN avrebbe dovuto essere a garanzia della copertura istituzionale dei livelli essenziali e uniformi di assistenza, secondo i principi di universalità ed equità, e a garanzia dell’esercizio della libera scelta del cittadino, nella fruizione di un sistema non gratuito, bensì finanziato “a monte” con la fiscalità generale;
  
- la distinzione tra bilancio sanitario e bilancio sociale (accentuata dalla L.R. n. 50/94, che richiede esplicitamente la contabilità separata per il socio-assistenziale). La consapevolezza sui “confini” dell’intervento sanitario proprio (e quindi la consapevolezza del costo dell’intervento sanitario) avrebbe dovuto finalmente ricondurre a una rimodulazione culturale di una civiltà sempre più spinta verso la medicalizzazione di ogni intervento riconducibile al *welfare*, valorizzando la spesa effettiva e distinguendo non solo ciò che sanitario non è, bensì ciò che sanitario non deve essere. In tale direzione, il passaggio dalla domanda impropriamente percepita come bisogno sanitario a essere debitamente inquadrata come richiesta d’intervento sociale (imputato ad altri enti, sia quali esecutori sia come costi) non ne sminuisce certo il senso autentico di necessità, entro le garanzie acquisite di una società civile, riaffermando comunque la necessità d’integrazione, più o meno forte (sanitario a rilevanza sociale; sociale con implicazioni sanitarie). La possibilità concreta di effettuare tale analisi implica un sistema di *costing* evoluto per attività, che a sua volta presuppone

Coerentemente con le indicazioni del D.Lgs. 229/99 sono specificati gli obiettivi del Direttore Generale, di cui alla DGR di designazione, n. 1287/05 del 1 agosto 2005. Tali obiettivi sono “linea guida” di tutto il Piano Strategico

*229/99 - Si definiscono prestazioni sociosanitarie tutte le attività atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale ... Le prestazioni sociosanitarie comprendono: (i) prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, cioè le attività finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione, rimozione e contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite e acquisite; (ii) prestazioni sociali a rilevanza sanitaria, cioè tutte le attività del sistema sociale che hanno l’obiettivo di supportare la persona in stato di bisogno,*

la definizione di un nomenclatore di processi e attività che permetta di identificare, classificare e valorizzare le distinte tipologie di prestazioni erogate;

*con problemi di disabilità o di emarginazione condizionanti lo stato di salute.*

- i livelli essenziali e uniformi di assistenza, determinati entro una appropriata classificazione per regimi di erogazione, e monitorati secondo la dimensione della loro efficacia (offrire ciò che serve e ha evidenza di utilità) e la dimensione di efficienza (prestare attenzione a un impiego “etico” delle risorse pubbliche), anche considerando che - essendo destinato a ciascun livello di assistenza uno specifico budget fisso pro-capite - qualsiasi inefficienza viene inevitabilmente a “scaricarsi” su altro livello assistenziale, anziché sull’accesso universale alla fruizione delle prestazioni medesime. A questo proposito risulta **centrale il ruolo del Distretto** come luogo in cui: (i) la domanda è professionalmente discriminata in bisogno; (ii) si realizza il primo livello appropriato d’intervento sanitario; (iii) si esercita la committenza sui livelli ospedalieri;
  
- l’associare ai confermati principi di sistema della Legge n. 833/78 - universalità, equità, finanziamento da fiscalità generale - principi inerenti il governo dell’offerta (appropriatezza ed evidenza dell’efficacia) e il governo economico (efficienza ed economicità). L’inscindibilità di “attività e risorse” avrebbe dovuto comportare l’affermarsi del concetto di “misurabilità del come” (non solo del quanto). La traduzione di ciò nella pratica “ordinaria” - non tanto come esercizio teoretico, anziché come adempimento amministrativo – avrebbe dovuto “rilanciare” e orientare virtuosamente il processo “contraddittorio” di aziendalizzazione, nell’accezione in cui l’Azienda sia lo “spazio concreto” – e distinto dal livello politico - dell’agire per il conseguimento di **beni pubblici (rivali ed escludibili, nelle civiltà occidentali)**, secondo strumenti tradizionalmente ritenuti altri, e precisamente “propri” della sola impresa (merito; benchmark; collaborazione competitiva; attività strumentali, per finanziamenti aggiuntivi; ecc.).

*Per bene escludibile si intende un bene pubblico, per il quale sia possibile, a costi ragionevoli, porre in essere meccanismi di esclusione di coloro che non contribuiscono al finanziamento diretto dello stesso; un bene rivale è un bene pubblico che se utilizzato/fruito da un soggetto non può essere utilizzato o fruito da un altro soggetto*

Paradossalmente, l’acuirsi della crisi delle risorse, lo stallo dei livelli di offerta, il moltiplicarsi dell’espressione del bisogno, rimettono in gioco la capacità strategica di perseguire quanto la norma continua a indirizzare, pur

*L’Azienda è l’ordine economico, costitutivo e operativo, di un istituto, posto in essere da un*

(ovvero a maggior ragione) in un quadro sempre più complicato di interessi confliggenti, spesso contemporaneamente interpretati da una stessa parte in gioco, sia istituzionale sia di rappresentanza sociale sia di aggregazione professionale, a seconda del loro posizionamento contingente.

*soggetto istituzionale, in una data configurazione, per la soddisfazione dei bisogni umani, la realizzazione di fini in comune e la creazione di un sistema di valori condivisi sia tangibili sia intangibili*

## **Principi**

Secondo quanto fin qui detto, nel contesto del Piano sembra utile affrontare il tema dei principi, distinguendo:

- i principi di sistema sanitario nazionale, ormai da anni immutati, tanto che le riforme succedutesi riguardano, per così dire, il modo con cui tali principi possono essere garantiti, in una società il cui continuo mutamento è connotato da una crescente “complessità”. A questo proposito basti pensare alla trasformazione della società italiana in società multietnica, a gradi diversi di riconoscimento di cittadinanza, e con riconoscimento univoco alle persone dell'intervento sanitario come bisogno primario;
- i principi di sistema sanitario regionale, coerenti e confermativi dei primi, per quanto la regionalizzazione della Sanità ne introduca altri, ovvero differenze nell'interpretazione dei principi originari;
- i principi propri che ispirano (dovrebbero ispirare) operativamente l'Organizzazione, al fine che la stessa sia efficiente ed efficace nel corrispondere alla sua *mission*.

*229/99 - dignità della persona umana; bisogno di salute; equità nell'accesso all'assistenza; qualità delle cure e della loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze nonché dell'economicità nell'impiego delle risorse*

*I cinque principi ispiratori del SSR: responsabilità pubblica della tutela della salute; universalità ed equità di accesso ai servizi sanitari per tutte le persone presenti sul territorio regionale; globalità di copertura in base alla necessità assistenziale di ciascuno, secondo quanto previsto dai livelli essenziali di assistenza; finanziamento pubblico attraverso la fiscalità generale; portabilità dei diritti in tutto il territorio nazionale*

Dalla **combinazione dei tre** discendono missione e visione dell'Azienda.

Con riferimento alle attività direttamente gestite, la struttura organizzativa, il sistema delle responsabilità, le modalità di gestione e il sistema di relazione con gli organismi collegati, devono essere progettati allo scopo di garantire la massima efficacia ed efficienza delle azioni di *government* e *governance*. A tale scopo, sono di estrema rilevanza i seguenti principi “aziendali”:

- **massima attenzione al cittadino:** capacità di stabilire una stretta relazione, che consenta di: leggere e attenuare le disuguaglianze; comprendere le esigenze; offrire supporto per distinguere la domanda d'intervento pubblico, in un settore - quello sanitario - dove persiste una fondamentale asimmetria informativa; diffondere la cultura del consumo di sanità utile e indispensabile, ovvero del bisogno sanitario;
- **approccio sistemico e differenziato:** pensare e agire in un'ottica sistemica, che valorizza le differenze dei fruitori e degli erogatori, operando scelte innovative, sui versanti sia interno sia esterno;
- **eccellenza:** l'eccellenza è concretamente da interpretare come continua tensione dell'Organizzazione a esserlo, secondo tutte le dimensioni del “fare” (i modi, gli outcome e i costi);
- **affidabilità:** alimentare la fiducia dei cittadini, offrendo servizi e prestazioni appropriate ed efficaci, dimostrando efficienza, responsabilità, capacità di previsione (e, nella relazione, rispetto e gentilezza!);
- **dinamicità:** possibilità di modificare o trasformare le caratteristiche dell'Organizzazione, alla luce sia delle esigenze manifestate dal contesto socio-culturale, in cui si opera, sia delle necessità interne di cambiamento (o margini di flessibilità), verso una migliore *performance*;
- **autonomia:** opzione collaborativa e competitiva, in cui ogni partecipante è valorizzato nelle sue capacità di proposta, soluzione e intervento diretto, esercitate in modo utile, evitando le ridondanze di ruolo e competenza;

Si conferma il concetto di asimmetria informativa tra i cittadini e gli erogatori del Sistema, per quanto la stessa costantemente muti di segno, in quanto la esorbitanza delle fonti informative e delle informazioni – a volte presunte tali – consegue la percezione, appunto, di un cittadino più informato, che modifica i modi e i contenuti delle richieste e gli atteggiamenti nel soddisfarle

- **integrazione:** creazione di condizioni organizzative, che consentano di recuperare a unitarietà gli sforzi compiuti da soggetti diversi, anche istituzionali, orientandoli verso obiettivi comuni, nella gestione di un processo o di un progetto, sia clinico-sanitario sia organizzativo-gestionale.

## **Missione**

La *mission* dell'Azienda di Imola risulta attualmente datata a un periodo in cui ci si doveva "adeguare" a essere azienda, per cui la stessa ha risentito dell'appartenenza al tipo di organizzazione preesistente e ha assunto un significato essenzialmente formale, distante dal significato percepito dell'Organizzazione reale. L'attuale condizione di "essere" azienda - sviluppata nel tempo - induce a una revisione della *mission*, anche tramite il linguaggio stringente e pragmatico su cosa e come l'Azienda fa (e deve fare), al fine di rispettarne la corrispondenza effettiva, sia all'esterno (istituzioni preposte al mandato, cittadini e loro rappresentanze) sia all'interno (Alta Direzione aziendale, l'intero sistema di responsabilità, professionisti).

Secondo tale direttrice, si propone di seguito la riformulazione della *mission* dell'Azienda di Imola, esito della traduzione in termini operazionali della combinazione delle tre dimensioni di principio di cui sopra.

***L'Azienda Sanitaria di Imola è precipuamente impegnata nel governo della domanda di servizi e prestazioni sanitarie e nel governo dell'offerta dei livelli essenziali e uniformi di assistenza, rivolta ai cittadini residenti nell'ambito territoriale di competenza e ai cittadini che liberamente scelgono i servizi offerti dalle sue strutture assistenziali e dai suoi professionisti.***

***L'intervento in urgenza e per acuti è garantito a tutti coloro che si rivolgono alle strutture assistenziali dell'Azienda.***

***L'Azienda Sanitaria di Imola vuole:***

- ***tutelare l'interesse di Salute, mediante interventi di informazione sanitaria e prevenzione primaria, tesi a incidere positivamente sugli stili di vita e sui comportamenti a rischio;***

*Prima - L'Azienda è impegnata a perseguire il miglioramento della salute dei cittadini nel loro contesto socio-ambientale ed offre i propri servizi a tutti coloro che ne hanno necessità. La centralità del cittadino è il valore fondante dell'organizzazione che lo concretizza facendo convergere le varie conoscenze professionali attraverso l'operare integrato di tutte le risorse ospedaliere e territoriali, sanitarie e sociali. L'Azienda sceglie le priorità in base a criteri di efficacia e contribuisce a promuovere una cultura della salute orientata verso comportamenti adeguati, nel rispetto dell'equilibrio economico ed in coerenza con gli indirizzi della programmazione regionale. L'Azienda promuove le attività di prevenzione, cura e riabilitazione in stretta connessione con i soggetti pubblici e privati presenti nel contesto socio-ambientale del proprio territorio in una logica di fiducia e di cooperazione. L'Azienda persegue il proprio rinnovamento attraverso un percorso di ascolto, di trasparenza, d'interdipendenza con la società civile per concretizzare la qualità e*

- **offrire i servizi e le prestazioni di assistenza di base, tendendo continuativamente all'eccellenza;**
- **offrire cura e assistenza in urgenza e per acuti, tendendo continuativamente all'eccellenza;**
- **posizionarsi nelle reti integrate di servizi, in collaborazione con i Centri migliori in ambito regionale per l'Alta Specialità.**

*L'efficacia delle prestazioni. L'Azienda promuove la formazione e la crescita professionale per mantenere elevati i livelli qualitativi dei servizi offerti e si propone per la sperimentazione di nuovi modelli organizzativi e gestionali.*

**L'Azienda Sanitaria di Imola realizza il governo e la gestione dell'offerta sanitaria, secondo i principi di universalità, equità, appropriatezza ed evidenza dell'efficacia, e realizza il governo economico dei finanziamenti dei cittadini, perseguendo l'allocazione ottimale delle risorse assegnate, secondo principi di efficienza ed economicità.**

**Per il perseguimento dei suoi scopi, l'Azienda Sanitaria di Imola agisce come un sistema cognitivo, evolutivo e dinamico, grazie alla pratica continua:**

- **della integrazione e valorizzazione delle sue molteplici professionalità interne;**
- **della in-formazione sanitaria socialmente diffusa;**
- **della ricerca e dell'innovazione;**
- **della formazione e dell'aggiornamento.**

## **Visione**

La visione dell'Azienda di Imola è una espansione quali/quantitativa della missione, dove il concetto di "migliore pratica", estende i suoi ambiti di confronto:

- interno all'Azienda: quale struttura interna è il *benchmark* per le altre strutture interne;
- interno al sistema regionale: come si posizionano i servizi offerti dall'Azienda di Imola, rispetto ai *benchmark* aziendali regionali;
- sovraregionale: come si posizionano i servizi offerti dall'Azienda di Imola, rispetto ai *benchmark* aziendali nazionali;

*Prima - 1) Consolidare una organizzazione capace di supportare appropriatezza ed efficacia dei servizi offerti ai cittadini, rispetto ai loro bisogni e attese, orientata al miglioramento continuo della qualità, nell'ottica della continuità di cura per la quale si prevedono di attivare i percorsi clinico-assistenziali anche transmurale che, nel quadro delle compatibilità economiche, siano ritenuti più efficaci e appropriati per l'intervento mirato su specifiche patologie o su specifici gruppi di popolazione; 2) Sviluppare*

- sovranazionali: come si posizionano i servizi offerti dall'Azienda di Imola, rispetto ai *benchmark* di servizio sanitario in Europa.

In tale senso, il tendere al *benchmark* - secondo cicli continui di pratica di *benchmarking* (a cui di seguito si rimanda, nella parte dedicate alle opzioni strategiche sugli strumenti) - rappresenta una *vision* compiuta, sia sul versante dell'efficienza ed economicità sia sul versante dell'appropriatezza e dell'efficacia, in quanto il *benchmark* è tale riguardo sia la componente "prassi" (metodi utilizzati) sia la componente "misure" (da intendersi come gli effetti quantificati delle prassi agite, ovvero tempometriche, econometriche, *performance*-metriche).

Nell'ottica di vincoli (la norma, il mandato, i principi e la *mission*) e opportunità (lo strumento "azienda" *lato sensu*) che sostanziano le peculiarità dell'Azienda Sanitaria, si propone di seguito la riformulazione della *vision* dell'Azienda di Imola.

***L'Azienda di Imola è continuamente tesa a essere la migliore in ciò che deve fare e in ciò che deve offrire.***

*analisi rispetto alla produzione caratteristica, basata su valutazioni epidemiologiche e sulle abilità professionali presenti in Azienda per evidenziare aree di sviluppo delle attività ed eccellenze e aree di debolezza, scarso interesse, scarso livello epidemiologico da affidare ad altri produttori (pubblici o privati); 3) Consolidare il rapporto di interdipendenza con la società civile, finalizzata alla sottoscrizione del patto per la salute; 4) Orientare l'organizzazione alla tutela del capitale professionale offrendo opportunità di crescita e carriera alle competenze che sappiano distinguersi per capacità, autorevolezza e impegno; 5) Orientare l'organizzazione alla ricerca di sinergie con le altre Aziende della Regione, particolarmente quelle viciniori o appartenenti al contesto provinciale, con le strutture accreditate e con le organizzazioni a scopo non lucrativo.*

## ***Il metodo di pianificazione***

Stante l'originalità della presente prima pianificazione strategica formale dell'Azienda di Imola e sulla base dell'utilizzo che si è dichiarato *ab origine* - ossia per realizzare un cambiamento intenzionale dell'Organizzazione - è influente la scelta del metodo di composizione dell'elaborato. A questo proposito, si intende nel seguito privilegiare la ridondanza del termine "strategico", che diviene costantemente titolo - e quindi filo conduttore - dei capitoli, classificato per le dimensioni aziendali proprie:

- il pubblico di riferimento, la segmentazione della domanda e il sistema di relazione esterno (cittadini, professionisti, rappresentanze, istituzioni, Organizzazioni collaborative e competitive);

**Strategie di marketing** riguardano l'evoluzione della struttura dei canali di vendita, l'individuazione dei segmenti di mercato da privilegiare o sviluppare

- l'organizzazione aziendale, nell'accezione essenziale di struttura organizzativa;
- i sistemi interni di responsabilità e relazione e i meccanismi d'integrazione;
- i servizi e le prestazioni che l'Azienda "produce" e i relativi processi gestiti, sia tipici sia di supporto (governo dell'offerta);
- l'accesso, l'allocazione e la gestione delle risorse economiche (governo economico).

**Strategie di sviluppo organizzativo** - riguardano lo sviluppo del sistema organizzativo attraverso cambiamenti della struttura, l'introduzione e l'evoluzione dei meccanismi operativi

**Strategie di assetto** - sono inerenti le politiche d'integrazione verticale e orizzontale e le politiche di deverticalizzazione rispetto ad alcune fasi del processo

**Strategie di prodotto** sono attinenti lo sviluppo di nuovi prodotti, l'adeguamento degli attributi caratteristici di quelli esistenti, la composizione delle linee di prodotto

**Strategie finanziarie** - sono connesse alla scelta e alla composizione delle fonti di finanziamento, alle modalità di copertura dei fabbisogni finanziari, e più in generale riguardano le problematiche inerenti le politiche di investimento e disinvestimento

A sua volta, nell'ambito strategico per dimensione aziendale, ogni "azione strategica" è definibile per finalità:

- a. di trasformazione dell'esistente: **strategie adattive**;
- b. di realizzazione *ex novo*: **strategie d'ingresso**;
- c. incrementale e decrementale: **strategie d'investimento e disinvestimento**.

# STRATEGIE DI MARKETING

L'attuale fase della Sanità italiana continua a essere caratterizzata da una avvertibile **asimmetria** di percezione e consapevolezza fra politici, *management*, operatori sanitari e cittadini. Ciò accade perché vi è una disarmonia tra la **cultura** socio-politica tuttora prevalente (tutto a tutti... “la salute è un diritto” ... + consumo = + salute), il **sistema** (inteso come: le Istituzioni preposte e spesso concorrenti; le norme che si succedono e sovrappongono; i modi del finanziamento) e l'**Organizzazione** (la “rete” di Aziende a cui è delegata la gestione della domanda e dell'offerta), a fronte dell'acuirsi della crisi delle risorse, anche rappresentata dalle leggi di riordino (502/92; 517/93; 229/99 e s. m. e i.).

Un **cambiamento** sembra comunque indifferibile: la spesa sanitaria viene percepita come “fuori controllo” e, probabilmente, lo è in termini di “come”, “dove” e “per cosa”, piuttosto che di “quanto” si spende, in quanto esiste effettivamente un problema di “sottofinanziamento”; al contempo, vi sono ormai evidenze che spesso non c'è relazione tra quantità di risorse destinate al Sistema e qualità dei servizi o efficacia di questi, sullo stato di salute della popolazione.

Il Piano Sanitario Nazionale 2006-2008, per il 2006, riporta il valore della quota capitaria media pari a € 1.500,00

La precedente introduzione – nella quale si propone, in estrema sintesi, un tema generale di grande rilievo – serve, nel presente documento, per affermare il ruolo strategico che l'Azienda può e deve giocare nel **ridurre l'asimmetria informativa**: con i cittadini; con le istituzioni di riferimento; con i professionisti.

Così contestualizzato, detto ruolo si inserisce nelle strategie di *marketing*, essendo prevalentemente basato sulla efficacia della comunicazione-informazione, il cui connotato primo, a ciascun livello, deve essere la **trasparenza**.

## ***La comunicazione con i cittadini***

È noto che la Sanità è caratterizzata da una situazione di “mercato imperfetto”, in gran parte derivata dalla **differenza di conoscenze** (sia qualitativa sia quantitativa) **tra committenti ed erogatori**, da un lato, e **cittadini-utenti**, dall'altro. Ciò fa venir meno una delle condizioni richieste perché il mercato e la concorrenza possano funzionare, cioè la razionalità del comportamento del “consumatore”: quest'ultimo, inoltre, si trova frequentemente nella condizione di paziente in stato di necessità - reale o percepita - il che rende ancora più asimmetrico il suo rapporto con chi produce e offre le prestazioni, per la particolare polarizzazione nella distribuzione del potere.

Ciò detto, è incontrovertibile che la *ratio* normativa – e la coerente modalità di finanziamento di tipo capitaro/assicurativo - pone alle Aziende Sanitarie il fine di promuovere la salute, tramite il miglioramento della salubrità ambientale e dei comportamenti: dunque si richiede e si incentiva economicamente - perlomeno nei confronti delle Aziende territoriali (non così per altri attori del Sistema) - addirittura la riduzione del consumo di prestazioni.

A dimostrazione che, in termini generali, si dovrebbe “tendere a ridurre”, un tipico indicatore di successo del Servizio Sanitario Pubblico è rappresentato dal raggiungimento di un alto grado di salute e benessere della popolazione, con conseguente bassa richiesta di prestazioni sanitarie. In questa direzione dovrebbero muoversi:

- il **Dipartimento di Salute Pubblica**, con i piani per la salute, la loro attuazione e il loro costante monitoraggio, in termini di rilevazioni pre e post intervento, riguardanti sia una attività ordinaria di competenza sia una progettualità specifica;
- i **Nuclei delle Cure Primarie**, deputati a essere il primo momento di “ascolto” della domanda e, coerentemente, ad agire la capacità clinica di discriminazione della stessa, per l'emersione del reale bisogno assistenziale.

Secondo il senso di quanto fin qui esplicitato, la comunicazione-informazione verso i cittadini si presenta più propriamente come una strategia di **de-marketing**, di cui l'Azienda di Imola deve farsi promotrice, in modo intenzionale e pro-attivo, ovvero non relegando il rapporto diretto – anche per mezzo dei *mass media* - alle sole occasioni reattive alle “critiche” dei diversi soggetti coinvolti.

In termini generali, la comunicazione promossa dall'Azienda di Imola deve orientarsi a:

- condurre sistematicamente iniziative di informazione sanitaria, incidenti sugli stili di vita e sui comportamenti, e tese a promuovere una larga adesione ai progetti/processi di prevenzione primaria;
- rendere facilmente disponibili e accessibili le informazioni necessarie ai beneficiari dei servizi, per scegliere, orientarsi e accedere alle prestazioni;
- rendere sistematicamente disponibili informazioni e notizie, utili a individuare le sedi dei servizi, gli orari, le competenze e le responsabilità dei professionisti ivi presenti e le modalità di erogazione;
- stimolare informazioni di ritorno sui servizi ricevuti, al fine di migliorarne conseguentemente la qualità;
- utilizzare gli esiti dei sistemi di controllo aziendale, per prevenire il diffondersi di comportamenti e richieste evidentemente inutili sul bisogno presunto e – a volte – indotto dall'interno del sistema di erogazione.

Gli argomenti oggetto di comunicazione-informazione diretta tra l'Azienda e i cittadini di seguito elencati, solo in apparenza possono sembrare scontati, ovvero già esauriti; in realtà, spesso tali informazioni “restano incompiute” per una conciliazione di interessi interni al sistema, anziché si presume che i modi di comunicazione “per rappresentanze” esauriscano le necessità di “partecipazione diretta”.

## ***La comunicazione istituzionale***

Fatto salvo il rispetto delle reciproche prerogative, nel sistema di relazione tra Istituzioni (titolari di indirizzi, mandato e controllo) e Aziende (competenti nel governo/gestione degli ambiti assegnati), per quanto concerne l'Azienda di Imola è strategico concepire un **cambiamento nel rapporto con la Regione**, re-interpretando il ruolo, da mero esecutore ad attore propositivo, in base agli esiti effettivi di governo della offerta e delle risorse, ossia valorizzando il *feedback* dell'attore fattivamente agente sul campo, indispensabile per concepire ri-orientamenti di indirizzo. Secondo tale significato - e per esprimere tutto il potenziale dell'autonomia (anche in termini di assunzione "vera" della correlata responsabilità) - ha valore strategico che l'Azienda esponga chiaramente la posizione e il punto di vista propri, alle Istituzioni, e ascolti e ricerchi le ragioni e gli obiettivi, che sottendono alle posizioni degli interlocutori.

Ed è proprio a partire da un "**ri-posizionamento istituzionale**", che deriva una **maggiore possibilità negoziale in area vasta**, non per assumere un comportamento competitivo, bensì per non subire la concorrenzialità surrettizia degli altri soggetti aziendali. A questo proposito è necessario:

- sostanziare lo strumento degli accordi di fornitura (**negoziazione tra pari**), che non possono essere una presa d'atto di mobilità passiva, bensì vanno realizzate e/o confermate azioni intenzionali di *make or buy*;
- sostanziare lo strumento di convenzione con soggetti terzi, con partecipazioni di controllo dell'Azienda medesima, rafforzando la presenza della "**proprietà pubblica**", nelle scelte strategiche di sviluppo e conseguente gestione.

Si veda di seguito  
"Comune di Medicina"

Si veda di seguito  
"Montecatone S.p.a."

## ***La comunicazione interna***

L'Azienda di Imola risulta "separata" al suo interno, in ragione di molteplici dicotomie, che l'Organizzazione reale registra, tra cui, in termini esemplificativi, la co-presenza di:

- aree in cui prevale una "tensione meritocratica", e aree in cui si propende per il consolidamento di "diritti acquisiti";
- stili dirigenti partecipativi e, al contempo, autorevoli - stante la capacità di assumere la decisione finale - e stili dirigenti che "sfuggono" la decisione e tendono a imputare la responsabilità verso l'alto, per preservare una apparente assenza di conflitto;
- professionisti che riconoscono e rispettano le gerarchie interne, e professionisti che cercano referenti e "mediatori" esterni all'Azienda;
- strutture che si concepiscono come parte di un sistema integrato, e strutture che si concepiscono come "monadi", in concorrenza interna per le risorse;
- il senso individuale di appartenenza all'Azienda (ossia alla *mission*) e la percezione individuale che l'Azienda sia un'entità "neutra", se non addirittura "ostile".

Oltre a ciò, esistono gli elementi "tradizionali" di separazione (nel senso di "piuttosto comuni" a tutte le Aziende Sanitarie), e precisamente tra:

- la Direzione Generale e il resto dell'Organizzazione, da cui discende la convinzione diffusa che la stessa Direzione Generale, da sola, impersonifichi l'Azienda e, pertanto, sia in molti modi controparte dei professionisti;
- la componente tecnico-amministrativa e la componente sanitaria;
- la componente dirigente e la componente di comparto;

- la componente ospedaliera e la componente del Distretto;
- i Medici di Medicina Generale e i Pediatri di libera scelta - liberi professionisti appartenenti al Sistema Sanitario Nazionale e “a carico” della quota capitaria - e l’Azienda Sanitaria, cui competono i LEA di *primary health care*.

È evidente, pertanto, il valore strategico che assume la comunicazione-informazione interna, secondo l’intenzionalità dichiarata a priori di ricomporre le separazioni, nella **unitarietà di appartenenza alla Azienda**, ovvero di **corresponsabilità di tutti nel perseguimento della mission**.

Secondo tale direttrice, è necessario agire “modi, tecniche e strumenti”, al fine di:

- promuovere l’attenzione, l’impegno e la pratica professionale sulla ricerca della soddisfazione del beneficiario (cliente interno o esterno), sviluppando rapporti di fiducia e comprensione dei reciproci punti di vista, nonché dei vincoli esistenti;
- garantire la libera circolazione delle idee e delle informazioni sulle procedure, sulle risorse e sui risultati, la visibilità e la comprensibilità del processo decisionale, internamente all’Azienda.

In particolare, la Direzione Generale intende:

- essere costantemente disponibili a confrontarsi, motivare e diffondere il proprio punto di vista e le ragioni delle decisioni;
- definire regole esplicite per “l’investimento” e il “disinvestimento” in strutture e servizi, e diffonderne la conoscenza;
- informare costantemente sullo stato di avanzamento verso gli obiettivi e sul grado del loro raggiungimento;
- stimolare con tutti i possibili strumenti la distribuzione e il ricevimento di informazioni utili al miglioramento organizzativo;

- esplicitare e rendere contestabili i diversi livelli di autonomia e di responsabilità decisionale;
- valorizzare l'apporto individuale e di gruppo e dare il giusto riconoscimento ai comportamenti che producono risultati positivi, per l'efficacia e il clima dell'organizzazione aziendale;
- riconoscere espliciti ambiti di autonomia, che sappiano consolidare e sviluppare il potenziale dell'organizzazione aziendale;
- supportare il miglioramento professionale e organizzativo con adeguati percorsi formativi;
- adeguare i sistemi premianti all'importanza del ruolo assolto e al risultato effettivamente prodotto.

## ***Comune di Medicina***

L'obiettivo strategico propriamente classificabile come di *marketing* è quello di **promuovere l'autosufficienza dell'Azienda di Imola**, nei confronti del proprio bacino di utenza - stante la *mission* e, pertanto, il posizionamento nella rete integrata dei servizi sovra-aziendale per l'Alta Specialità (vedi il paragrafo *Reti Integrate di Servizi*) - ; a tale fine è necessario:

- a. individuare i segmenti di domanda appropriata non soddisfatta;
- b. pianificare gli interventi conseguenti.

Il recupero di domanda implica, ovviamente, una capacità produttiva e una organizzazione coerenti dal lato dell'offerta, tali da poter **garantire le prestazioni appropriate, nei tempi appropriati**, e sono fondamentali per:

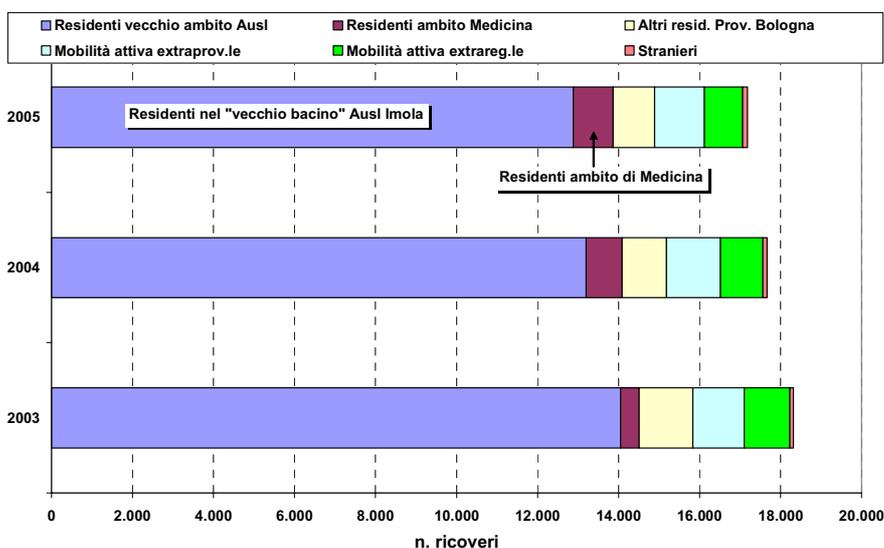
- la sostenibilità economica degli investimenti programmati nel periodo di mandato – in particolare relativamente al Presidio ospedaliero – e dei maggior costi di gestione conseguenti all'adeguamento dell'offerta;

- il mantenimento “motivato” dell’autonomia aziendale.

A fronte di un incremento di assistiti, e quindi di domanda potenziale, pari a +15% circa a partire dal 2003, la capacità produttiva e gli indicatori di attività ospedaliera sono rimasti sostanzialmente stabili, con impatto: (i) sui tempi di attesa, da un lato; (ii) sulla “fuga” verso altre strutture, dall’altro.

L’andamento dei ricoveri evidenziato nella Figura 1 riguarda sia le specialità mediche sia quelle chirurgiche.

Figura 1 – Volumi di ricovero del Presidio imolese per bacini di provenienza, 2003-2005



Se hanno agito in positivo “politiche” di deospedalizzazione e ricorso a regimi ambulatoriali e di day-service, la “fuga” crescente per specialità presenti testimonia un **problema di utilizzo** della capacità produttiva installata.

Con un effetto definibile di “coperta corta”, il recupero di attrazione sull’ambito del Comune di Medicina – inizialmente rapido – ha determinato una corrispondente erosione degli indici di dipendenza della popolazione del vecchio bacino dal Presidio aziendale. Pertanto, le strategie di “mercato” devono: (i) da un lato, appoggiarsi su standard di offerta adeguati, che costituiscono, tra l’altro, importanti leve di *marketing* (tempi di attesa entro gli standard, accessibilità e livello qualitativo, politiche tariffarie); (ii) dall’altro, “trattenere” le quote capitarie in misura tale da sostenere finanziariamente gli investimenti necessari.

In riferimento al recupero della domanda, si evidenziano come significative le **segmentazioni per territorio e per area funzionale**, escludendo dall'analisi le fughe per specialità non presenti nel Presidio dell'Azienda di Imola:

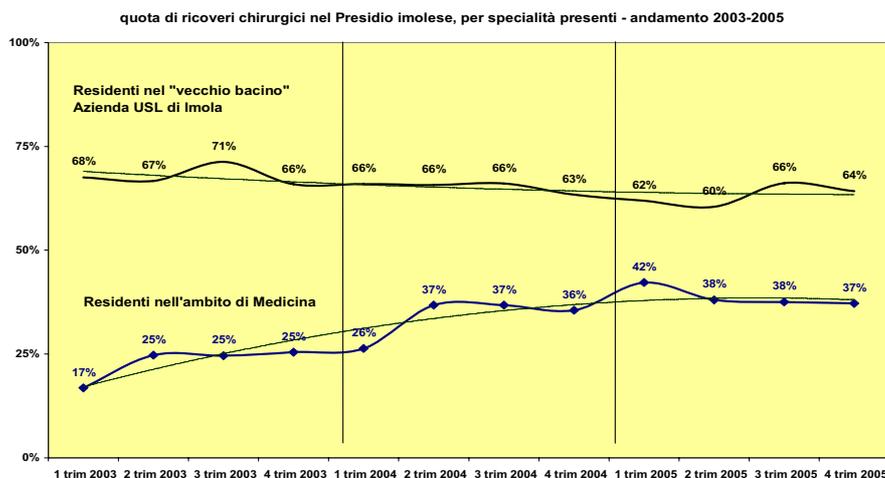
- per quanto concerne la segmentazione per territorio di residenza degli assistiti, l'Azienda di Imola detiene una "quota di mercato", nell'ambito del Comune di Medicina, inferiore alla media aziendale: **nei ricoveri ospedalieri pari al 45%, durante l'esercizio 2005;**
- per quanto concerne la segmentazione per area funzionale, l'Azienda di Imola detiene una "quota di mercato", **nell'Area Chirurgica e per specialità presenti pari al 60,1%, durante l'esercizio 2005.**

38,5% nell'ambito di Medicina; 62,9% nel bacino "storico" di assistiti (Figura 2)

Nei confronti dell'ambito del Comune di Medicina sono state realizzate alcune azioni che hanno determinato l'iniziale forte recupero di attrattività: ristrutturazione del polo sanitario; adeguamento tecnologico; invio di specialisti qualificati del Presidio dell'Azienda, per sostenere l'attività ambulatoriale; confluenza verso l'Ospedale di Imola delle urgenze; realizzazione del Nucleo di Cure Primarie; azioni di promozione delle attività e dei servizi offerti dalla "nuova" Azienda di riferimento.

I risultati evidenziati in Figura 2 mostrano come l'effetto delle azioni iniziali sia in fase di esaurimento.

**Figura 2 – Quota % di ricoveri chirurgici effettuati dai residenti presso il Presidio della AUSL di Imola per specialità presenti, 2003-2005**



Per quanto sia prevista nel breve periodo l'apertura della **Porta Medicalizzata del Comune di Medicina** – intervento qualificante l'offerta della assistenza ambulatoriale e di diagnostica, deciso anche sulla base del buon riscontro dell'analoga struttura attivata a Castel San Pietro – sono in ogni caso indifferibili alcuni interventi dal lato della domanda, tra i quali:

- azioni di miglioramento della logistica per i cittadini del Comune di Medicina (viabilità, trasporti pubblici, etc.);
- promozione e comunicazione integrata dei servizi offerti;
- forme di presenza stabile e utile sul territorio del Comune di Medicina.

Il problema della mobilità passiva – di cui l'ambito acquisito dall'Azienda di Imola è emblematico - deve essere affrontato in maniera sistematica e all'interno di un piano/strategia coerente di *marketing*, offerta e investimenti *lato sensu*.

Fatta salva una quota di mobilità per così dire fisiologica – determinata da: dinamiche storicizzate; garanzia della libera scelta; variabili intangibili - va consapevolmente proposta e assunta una opzione di tipo "*make and buy*":

- a. si adegua la capacità "*make*" dell'Azienda, intervenendo in parte sulla dotazione strutturale e in gran parte sulle leve organizzative, gestionali e di "attrattività" professionale;
- b. si dichiara in modo trasparente l'opzione "*buy*", che implica una conseguente azione di "committenza", da riflettere negli accordi di fornitura, mediante la definizione degli standard economici, di appropriatezza e integrazione delle équipes professionali.

Con riferimento al punto a), **gli obiettivi** che l'Azienda di Imola si pone come **indice di dipendenza (IP)**, per il periodo di Piano **2006-2009**, sono:

- Urologia  $\geq 70\%$  IP 2005 = 50,1%
- Otorinolaringoiatria  $\geq 60\%$  IP 2005 = 50,5%

- Ortopedia >= 60%	IP 2005 = 54,3%
- Oculistica >= 65%	IP 2005 = 57,6%
- Chirurgia: >= 80%	IP 2005 = 71,7%
- Ostetricia >= 85%	IP 2005 = 79,7%
- Oncologia >= 55%	IP 2005 = 40,5%
- Medicina Generale >= 90%	IP 2005 = 85,6%
- Cardiologia >= 75%	IP 2005 = 69,2%
- Psichiatria >= 75%	IP 2005 = 69,2%

### **Montecatone S.p.a.**

La Montecatone S.p.a. è una partecipata (controllata) dall'Azienda di Imola, che opera quale struttura di eccellenza nel settore della riabilitazione, e che – svolgendo la propria attività, tra l'altro, in gran parte per assistiti *extra* regione - è stata messa in valore quale ente autonomo (con forma giuridica di società di capitali).

In virtù della forma societaria prescelta, il fine perseguito - oltre al conseguimento di utilità di interesse pubblico per il SSN e all'indubbio prestigio e all'"indotto" generati per il "sistema" imolese – si sostanzia anche nella produzione di un reddito economico che, in virtù della partecipazione maggioritaria dell'Azienda di Imola, non solo remunera i soci privati coinvolti, bensì è anche impiegabile per il finanziamento dei livelli di assistenza dei cittadini dell'Azienda di Imola.

Se questa è la *ratio* originaria della sperimentazione gestionale in oggetto, vanno tuttavia rilevate alcune dinamiche emergenti, che finalmente necessitano di governo e di un ripensamento, per la loro potenzialità distorsiva:

- la tendenza (incentivata dalle modalità di finanziamento) all'inflazione del costo sostenuto per i residenti;
- il rischio economico determinato dalle modalità di regolazione finanziaria;
- il “consumo” delle risorse amministrative aziendali, che concretamente gestiscono il ciclo attivo e il recupero crediti per conto di Montecatone;
- la modalità di “vendita” delle prestazioni intermedie, cedute a Montecatone da parte dell'Azienda, fino ad oggi essenzialmente erogate in attività libero-professionale.

Durante l'esercizio 2005, il costo cresce, a un tasso del 20% annuo, attestandosi a oltre € 700.000,00

Gli **obiettivi strategici** di questa Direzione – da conseguire anche mediante una **valorizzazione sostanziale del ruolo del CdA** – sono:

- A. inserire la Montecatone S.p.a. nella rete integrata di servizi per la riabilitazione dell'Azienda di Imola, rinegoziando modi e tariffe per gli assistiti dell'ambito aziendale, prevedendo l'integrazione con i servizi di riabilitazione territoriale e definendo la “quota parte” dei posti letto accreditati effettivamente imputabile all'Azienda;
- B. fornire alla Montecatone prestazioni e servizi, di norma, in attività istituzionale;
- C. intervenire nelle strategie e nello sviluppo di Montecatone, valorizzando tale struttura come centro di ricerca biomedica e di Alta Formazione.

L'obiettivo di cui al punto C. è in linea con gli ultimi indirizzi della Regione Emilia Romagna, nei quali si definiscono **tipiche** le attività di “Cura”, “Ricerca” e “Formazione”, per tutte le Aziende appartenenti al Sistema Sanitario Regionale, in forme modulate, secondo le differenti connotazioni di prevalenza (AUSL; AO; AOU; IRCCS)

**Delibera di Giunta regionale n. 86/06 del 30 gennaio 2006, Direttive alle Aziende Sanitarie per l'adozione dell'Atto aziendale**

## STRATEGIE DI SVILUPPO ORGANIZZATIVO E ASSETTO

L'assetto organizzativo dell'Azienda è imprescindibilmente legato alle finalità e agli obiettivi che la stessa deve e intende perseguire.

Il contesto ambientale in cui l'Azienda opera (i bisogni da soddisfare e la loro valenza sociale ed economica; le norme e le relazioni tra Istituzioni mandatarie; l'evoluzione delle conoscenze tecniche e scientifiche; le modalità di reperimento delle risorse per il funzionamento; il mercato del lavoro e delle strutture concorrenziali) è in continuo divenire. L'evoluzione dell'assetto organizzativo aziendale - quale condizione per essere "soggetto durevole" nel lungo periodo e in grado di soddisfare in modo reale ed efficace le finalità proprie - è strettamente condizionata dalla capacità di essere organismo vitale e in grado di apprendere dalle evidenze positive e negative della gestione.

La ricerca organizzativo-gestionale, pertanto, assume un ruolo centrale ed è attività orientata allo studio e alla sperimentazione di soluzioni di tipo scalabile e replicabili.

D.Lgs. 288/03

Stante la premessa di carattere generale, la struttura organizzativa dell'Azienda deve essere progettata specificandone le tre componenti fondamentali e preservandone la valenza unitaria. Dette componenti sono:

1. i **meccanismi operativi**, che per l'Azienda di Imola rappresentano una vera e propria strategia d'ingresso;
2. i **dipartimenti** (anche riprogettati mediante "nuovi" criteri di aggregazione quali, ad esempio, la tipologia di utenza e la continuità del processo terapeutico, il regime di assistenza e la differenziazione delle "professioni responsabili");
3. le **Reti Integrate di Servizio** per la continuità terapeutica e per l'Alta Specialità. Quest'ultime comportano un ripensamento intenzionale sulle dinamiche, sia del paziente (impropriamente classificato in mobilità passiva) sia del professionista (*case manager*, che segue, ovvero raggiunge il paziente).

## **Meccanismi operativi**

La Direzione Generale definisce la strategia, la traduce in programmazione direzionale, assegnando annualmente gli obiettivi generali e operativi alle diverse componenti dell'Organizzazione, e agisce continuamente il controllo direzionale, ai fini del **riscontro** (osservazione delle azioni poste in essere) e degli interventi di **ri-orientamento** strategico, nei tempi utili a modificare le condizioni, in presenza di singoli eventi che segnalano il rischio.

Per quanto attiene alle prerogative/responsabilità appena declinate, la Direzione si avvale di una tecnostruttura posizionata in staff, per l'analisi e l'elaborazione proprie dei meccanismi operativi: con riferimento all'Azienda di Imola, detta tecnostruttura può essere articolata per funzioni - limitatamente a quelle con valenza di lungo periodo (pianificazione, programmazione e controllo direzionali; controllo di gestione e *budgeting*; monitoraggio e verifica/valutazione) - e per progetti interni, riguardo alle attività da impiantare e inserire (*reporting*; controllo interno e *internal auditing*; ricerca/sviluppo organizzativo-gestionale; politiche delle risorse umane).

L'Azienda di Imola si è avvalsa parzialmente dei meccanismi operativi, di volta in volta posizionati in staff, anziché riposizionati in *line*, **spesso confusi con la funzione amministrativa**: pertanto, la declinazione dei significati degli stessi e il posizionamento nella tecnostruttura di staff rappresentano una azione strategica d'ingresso rilevante.

La **tecnostruttura è unica** e si articola in: équipe interdisciplinare; nucleo operativo a isocompetenze. Il **posizionamento in staff** è collegato alla particolarità delle attività svolte, che hanno come tratti unificanti: (i) l'autonomia e l'indipendenza dalle gerarchie di *line*; (ii) il libero accesso alla globalità delle informazioni relative all'Organizzazione.

La pianificazione, la programmazione e il controllo direzionali rappresentano le attività che consentono di garantire l'integrazione, la coerenza e la "manutenzione" costante delle diverse "viste" in cui si presenta l'Azienda, a previsione e rendicontazione, anche verso gli *stakeholder*: piani strategico,

*Controllare un'organizzazione complessa significa guidare l'attività decisionale di chi opera in essa, il che richiede attitudini, competenze, strumenti che sono totalmente diversi da quelli di tipo giuridico-fiscale che costituiscono il bagaglio tipico della funzione amministrativa*

**PIANIFICAZIONE,  
PROGRAMMAZIONE  
E CONTROLLO  
DIREZIONALI**

attuativo locale, bilanci e budget annuali; consuntivi infra-annuali e d'esercizio; progetti finalizzati e relativi rendiconti; ecc.. Secondo il significato di dette attività, le unità operative di *line* amministrativa, deputate alla gestione ordinaria (contabilità generale e analitica; gestione del personale; approvvigionamenti; ecc.) sono fornitori interni nei confronti del meccanismo operativo specifico.

Il Controllo di Gestione deve essere progettualmente implementato, fino alla possibilità di realizzare e/o perfezionare:

## CONTROLLO DI GESTIONE

*il controllo per processo/linea di produzione* → attraverso tale strumento è possibile rilevare la quantità di risorse effettivamente impiegate sul singolo processo produttivo (tipico, accessorio e di supporto) e stimare l'impegno di risorse, simulando "correzioni" organizzative;

*il controllo per progetto* → ogni singola progettualità finanziata da fonti esterne - o dalle risorse di funzionamento ordinarie, enucleando uno specifico budget - è oggetto di monitoraggio *ad hoc*. Ciò garantisce: (i) l'idoneo supporto decisionale al *manager* di progetto; (ii) la possibilità di rendicontazione, anche a eventuali soggetti finanziatori;

*il controllo per struttura* → ci si riferisce, in questo caso, al controllo organizzato secondo i principi del tradizionale sistema per Centri di Responsabilità e di costo. Nell'ambito di tale strumento, gli output e le risorse consumate (specificate per fattore produttivo) sono aggregate in ragione delle caratteristiche strutturali e di responsabilità dell'articolazione organizzativa interna.

I diversi strumenti di **monitoraggio** devono consentire l'osservazione dei risultati di gestione, da diversi punti di vista e nel rispetto delle diverse posizioni di responsabilità attivate.

Di seguito si propongono le caratteristiche di sistema sulle quali puntare per il miglioramento della *performance* del Controllo di Gestione aziendale.

L'**articolazione** deve essere mantenuta per natura dei costi e delle attività, in ragione della prescrizione, in tal senso, della Regione e della natura degli output specifici (conti economici di Bilancio e riclassificati gestionali; analisi e rendicontazioni per fattori produttivi; ecc.): ciò rappresenta un "parametro

*Per articolazione si intende la numerosità dei livelli di aggregazione con cui sono presentate le informazioni economiche e di attività*

di convergenza” delle Aziende regionali, ai fini della la loro intelligibilità uniforme e confrontabilità. La revisione dell’articolazione per destinazione deve essere condotta in funzione delle esigenze dei sistemi di controllo sopra delineati e secondo le direttrici di:

- contenere la “numerosità” del dettaglio, nella dimensione “fisica”, per quanto riguarda il Piano dei centri;
- introdurre ulteriori dimensioni di analisi per destinazione (processo, progetto, tipologia di attività).

Le caratteristiche di **rilevanza** e **selettività** ineriscono il sistema di *reporting*, ovvero la capacità del Controllo di mettere a disposizione l’informazione utile.

*La rilevanza è una caratteristica connessa alla capacità del CoGest di mettere a disposizione dei vari livelli di responsabilità dirigente le informazioni necessarie per prendere le decisioni*

Per quanto attiene l’Azienda di Imola, il **reporting** deve essere:

- strutturato *ex novo* per il livello della Direzione Generale;
- più diffuso e differenziato, sulla base delle diverse responsabilità cui è indirizzato, per quanto concerne i CdR;
- incrementato nella periodicità delle scadenze di verifica intermedia e nella tempestività/prontezza;
- intelleggibile rispetto alla quantità delle informazioni rilevanti (riduzione del cosiddetto “rumore di fondo” nei report).

*La selettività del sistema di controllo è intesa come il rapporto tra la quantità d’informazioni rilevanti e la quantità di quelle irrilevanti*

L’**orientamento** deve essere improntato a una integrazione forte, tra le diverse tipologie di misure (economiche; fisico-tecniche; tempometriche; *performance*-metriche; etc.) così che l’inevitabile correlazione tra di esse generi le informazioni gestionali significative. Particolare rilevanza strategica ha per l’Azienda di Imola, l’introduzione di indicatori di **outcome clinico** (l’efficacia dell’intervento).

*L’orientamento è la caratteristica connessa alla tendenza del CoGest di privilegiare certi tipi di eventi e informazioni rispetto ad altri*

La **responsabilizzazione formale** e la **rigidità procedurale** si mantengono quali caratteristiche del sistema dell’Azienda di Imola, in ragione della conferma del processo di **budgeting**, per il quale la “rilevanza” e la

*La responsabilizzazione formale e la rigidità procedurale sono le caratteristiche del CoGest*

“selettività”, di cui sopra, sono a loro volta caratteristiche prioritarie, al fine del suo ri-orientamento verso un sistema:

- coerente e strategicamente corretto, rispetto alla pianificazione e agli obiettivi;
- focalizzato sia sul governo economico sia su quello dell’offerta;
- costruito principalmente su indicatori e *outcome*, piuttosto che su misure di input e/o di output;
- centrato sui consumi fisico-tecnici di risorse, piuttosto che sui valori monetari, per quanto riguarda i costi;
- limitato nella quantità di “numeri” e orientato alla sintesi, piuttosto che all’analisi. Quest’ultima deve precedere il budget e non sostanziarlo, oltre che costituire l’oggetto del monitoraggio di *routine*.

*commesse alla metodologia gestionale che mira a guidare e coordinare il comportamento delle strutture, ovvero responsabilità di altro genere, attraverso la predefinitone degli obiettivi di periodo e i controlli definiti infraperiodo (budgeting)*

La tempestività (o **prontezza**) è la caratteristica di un sistema di controllo proattivo, anche nei confronti della Direzione: il *trade-off* fisiologico rispetto agli altri requisiti qualitativi del *reporting* (attendibilità e completezza) va risolto nella consapevolezza dell’inutilità di un’informazione influente, che perviene agli organi decisori “fuori tempo”.

*Un sistema di controllo è tanto più pronto quanto minore è l’intervallo temporale tra il verificarsi di un evento e la sua segnalazione agli organi decisori in forme tali da consentire una valutazione dei suoi effetti*

Il sistema di controllo così proposto conduce a una ulteriore scelta aziendale, riguardante il **Nucleo di Valutazione**, il quale passerebbe dalla configurazione attuale di struttura interna, a essere organismo deputato alle verifiche infra-esercizio e annuale dei risultati di budget, e potrebbe comporsi di membri esterni, in ragione dei termini operazionali con cui deve essere espresso l’oggetto della verifica medesima.

La gestione delle risorse umane deve essere coerente con il meccanismo operativo - da attivarsi - di una politica delle risorse umane, orientata a:

- mantenere intenzionalmente dinamico il relativo costo, secondo le reali esigenze dell’Organizzazione e delle sue diverse articolazioni strutturali e funzionali, nelle distinte fasi di dimensionamento e

**POLITICHE DELLE RISORSE UMANE**

sviluppo organizzativo. A tal riguardo – e fermo restando la vocazione aziendale prevalente per il reclutamento di risorse umane a tempo indeterminato - è necessario sviluppare una politica trasparente delle diverse forme contrattuali, attivabili per le esigenze di breve e medio periodo e per profili altamente specifici e richiesti nel mercato del lavoro;

- elaborare un **Piano della Formazione aziendale**, inteso come ri-progettazione complessiva della attività tipica svolta dall'Azienda, sia come formazione/aggiornamento, teso allo sviluppo continuo delle professionalità interne, sia come Alta Formazione, condotta dall'Azienda in *partnership* con l'Università;
- realizzare un sistema premiante effettivamente vincolato alle *performance* individuali e di équipe, e distinto dalla prestazione professionale "ordinaria", la quale è riconosciuta nelle componenti fisse stipendiali. In tal senso, il sistema premiante ha intersezioni con il processo di *budgeting*, ma non deve coincidere e confondersi con il medesimo;
- creare e incentivare il senso di appartenenza all'Azienda, non solo attraverso riconoscimenti monetari, bensì anche con *benefit* qualitativi, che incidono sulla qualità del lavoro e della quotidianità dei singoli;
- sviluppare un senso consapevole e diffuso del valore delle *best practice* organizzative e gestionali, al fine di ridurre l'equazione "+ importanza di ruolo = + risorse umane controllate e gestite", e aumentare la conoscenza delle molteplici variabili che incidono, invece, sulla qualità dei servizi e sulla qualità del lavoro;
- promuovere forme di progressione verticale e di riqualificazione professionale innovative;
- sancire una alleanza tra la Direzione e i professionisti, sulla base del riconoscimento dei diritti individuali, che deve conciliarsi con un senso di appartenenza autentico all'Azienda e alla sua *mission*.

Quanto fin qui tratteggiato impatta necessariamente sulle relazioni sindacali, da riformularsi a partire dal “postulato” che l’Azienda e le Rappresentanze devono ricercare una **composizione legittima, logica e trasparente di interessi**, i cui portatori sono debitamente controparte, nella consapevolezza reciproca della forma propria dell’oggetto di relazione (concertazione; contrattazione; informazione).

**RELAZIONI  
SINDACALI**

Il Controllo interno e lo strumento di revisione interna (*internal auditing*) rappresentano il meccanismo operativo collegato alla gestione basata sul *risk management*, per il quale si rimanda al capitolo *Strategie di prodotto*. L’oggetto del Controllo interno è il **modello organizzativo dell’Azienda** e, pertanto, le attività proprie possono così schematizzarsi:

**CONTROLLO INTERNO  
E INTERNAL AUDITING**

- a. vigilanza sull’**effettività** del modello, che si sostanzia nella verifica della coerenza tra i comportamenti aziendali concreti e il modello formale;
- b. verifica della **adeguatezza** del modello, ossia della sua reale (e non meramente formale) capacità di prevenire, in linea di massima, i comportamenti e gli eventi non voluti;
- c. analisi in merito al **mantenimento** nel tempo dei requisiti di solidità e funzionalità effettiva del modello;
- d. **aggiornamento** del modello, anziché **trasformazione**, nell’ipotesi in cui le analisi operate rendano necessario effettuare correzioni e adeguamenti.

Lo strumento di *auditing* è accessorio a tutte le attività del Controllo interno e riguarda approfondimenti metodologicamente fondati, sia nei casi in cui si siano registrati eventi di rischio sia sul funzionamento del controllo stesso.

## **Dipartimenti**

L'attuale organizzazione per Macro Articolazioni – sostanzialmente, di recente, rinominate dalla Regione “Direzioni” – si configura adottando come criterio di aggregazione la “locazione”, ovvero il “tempo” dell'intervento:

**Delibera di Giunta regionale n. 86/06 del 30 gennaio 2006**

- sul territorio in **continuità bidirezionale** con l'Ospedale (Distretto → Presidio → Distretto);
- nei luoghi di lavoro e complessivamente nell'ambiente di vita, con forte accentuazione preventiva (Dipartimento di Sanità Pubblica).

Una azione di riassetto a elevato valore strategico è il ri-posizionamento nell'organigramma aziendale della Direzione Medica di Presidio e della Direzione Infermieristica e delle professioni tecnico-sanitarie: a tal riguardo sarà determinate il contributo delle strutture coinvolte, e l'esito sarà propriamente inserito nell'Atto Aziendale. In questa occasione è utile evidenziare la sostanza della criticità (da cui discende il valore strategico), ovvero la dicotomia tra la definizione di “direzione” - che rimanda ad ambiti di responsabilità individuata e di decisione - e l'attuale possibilità d'intervento delle stesse, essenzialmente percepite e utilizzate come tecnostrutture di supporto ad altri “soggetti organizzati”.

Come già il D.Lgs. 229/99, la Delibera di Giunta regionale n. 86/06 del 30 gennaio 2006, *Direttive alle Aziende Sanitarie per l'adozione dell'Atto aziendale*, ri-afferma il **Dipartimento** come “**struttura organizzativa fondamentale**”: pertanto, l'agire strategico per completare l'organizzazione dipartimentale rappresenta ancora un attuale ambito di intervento e l'Azienda intende: (i) investire nel ruolo di Direttore di Dipartimento e nella capacità di interpretarlo; (ii) agire scelte anche nuove riguardo ai criteri di aggregazione dei dipartimenti medesimi; (iii) incentivare, nella negoziazione di budget, le risorse da assumere e utilizzare a livello dipartimentale.

Per quanto concerne l'attività tipica di cura e assistenza - complessivamente in capo a Distretto e Presidio - la costruzione del nuovo DEA - e, pertanto, la revisione strutturale degli Ospedali di Imola e Castel San Pietro - rappresentano un'occasione unica, per creare le condizioni architettoniche e

**STRATEGIE ADATTIVE**

fisiche coerenti con “l’architettura organizzativa”. In altri termini, spesso l’obsolescenza delle strutture ospedaliere, ovvero il loro concepimento e la loro realizzazione in tempi propri di una organizzazione per reparti, è stato (è) freno e alibi per l’affermazione del modello dipartimentale.

Secondo la stessa logica, rintracciare spazi fisici per la collocazione in ospedale di tutte le specializzazioni cliniche, con “terminali” in regime di ospedalizzazione ordinaria, consente di agevolare la realizzazione di percorsi assistenziali in continuità tra ospedale e territorio.

Per quanto **il DEA** appaia sostanzialmente confermato, in realtà il progetto e la sua realizzazione fisica rappresentano una vera e propria strategia d’ingresso, in quanto la dimensione strutturale induce un cambiamento organizzativo e gestionale.

**STRATEGIE  
D’INGRESSO**

In termini generali, al fine di affermare l’organizzazione dipartimentale, è necessario **ridurre al minimo ineliminabile la “frammentazione”** in strutture che compongono lo stesso dipartimento e, pertanto, ridurre le responsabilità di struttura, ovvero il proliferare di risorse riservate in modo esclusivo. Ciò comporta la necessità di rintracciare e affermare - *in primis* culturalmente - alternative di valorizzazione professionale e progressione verticale, che non sia più solo collegata al “possedere” posti letto, spazi, professionisti. In tale prospettiva, assume pregnanza di significato il riconoscimento (promozione) dei **professional**, con incarico dirigente/responsabilità di alta specializzazione, che consegue obiettivi riservati, mediante:

- l’utilizzo ottimale di risorse comuni;
- la capacità dirigente di utilizzare i meccanismi d’integrazione;
- la capacità di operare in équipe plurispecialistiche;
- la competenza professionale propria, per la presa in carico del caso (*case management*).

La sfida strategica del Dipartimento Tecnico e Amministrativo si muove su tre direttrici: a) la capacità di ripensarsi in termini misurabili; b) la volontà di ridurre le separazioni tra uffici; c) lo sviluppo di “attività strumentale”.

**DIPARTIMENTO  
TECNICO E  
AMMINISTRATIVO**

Per quanto attiene la direttrice a), è necessario innanzitutto incidere sulla cultura professionale specifica, propensa a dichiarare non misurabili le proprie attività, tendendo alla dimostrazione che le procedure e i processi tecnici e amministrativi sono vere e proprie linee di produzione, in genere standardizzabili, i cui output hanno un forte impatto interno, sul funzionamento dell'intera Organizzazione.

Per quanto attiene la direttrice b), appare strategicamente corretto attenuare il senso di appartenenza all'ufficio e incrementare il senso di appartenenza al dipartimento: (i) qualificando professionalmente la isocompetenza del nucleo operativo e, coerentemente, costruendo una dinamica degli operatori sui processi e sui picchi di attività; (ii) riducendo - in analogia con i dipartimenti ospedalieri - la frammentazione in strutture con risorse esclusive, e individuando nuove forme di responsabilità dirigente, alternative alla direzione di struttura.

Per quanto attiene la direttrice c), in termini generali, ci si muove dalla constatazione che ormai da anni molte realtà sanitarie stanno sperimentando forme di gestione pubblico-privato dove, di norma, il privato integra la capacità di offerta della struttura pubblica, sulla base di accordi reciproci. L'Azienda potrebbe sostanzialmente rovesciare il modello: è la struttura pubblica che supporta, con i propri servizi – in questo caso amministrativi e tecnici, oltre che direzionali - la capacità di offerta della struttura privata (anziché di altro soggetto pubblico).

La valutazione dei vantaggi incrementativi dell'efficienza gestionale dell'Azienda sarebbe rivolta sia alle economie di scopo realizzate sia alla capacità di generare margini di contribuzione, utilizzando risorse tipicamente “a costo fisso”.

## ***Reti Integrate di Servizi***

Il Piano Sanitario della Regione Emilia Romagna 1999-2001 indirizza strategicamente la realizzazione di un assetto organizzativo per **Reti Integrate di Servizi**: detto concetto ha una rilevante implicazione di politica sanitaria, in quanto cerca di superare la conflittualità tra “committente ed erogatore”, affermando la cooperazione delle singole unità produttive della

rete, secondo i diversi livelli di complessità dell'intervento loro attribuito.

La programmazione funzionale secondo Reti Integrate di Servizi è una logica generale dell'Organizzazione, che privilegia l'attenzione sulle relazioni (le maglie) rispetto all'organizzazione interna delle strutture (i nodi).

A qualsiasi livello di operatività lo sviluppo di una organizzazione per reti integrate richiede le seguenti pre-condizioni essenziali:

- A. la declinazione dei servizi che compongono il processo di cura, l'esplicitazione della loro reciprocità funzionale e della loro collocazione in rete;
- B. la definizione quantitativa della popolazione necessaria, per sostenere una rete di servizi, individuando la centralità degli ambiti territoriali di autosufficienza;
- C. lo sviluppo delle conoscenze e delle competenze necessarie per costruire équipe multiprofessionali, orientate a specifici obiettivi di salute, e al di fuori delle linee di autorità convenzionali riguardo a tali obiettivi.

**A** - Le Reti si ispirano al **modello Hub&Spoke**, che disegna l'organizzazione dei servizi afferenti alla medesima linea di produzione, concentrando gli interventi ad alta complessità in centri di eccellenza (hub) e distribuendo i terminali di accesso in centri preordinati (spoke), cui compete principalmente la selezione e l'invio di pazienti.

*La teoria Hub&Spoke esprime un'idea dinamica (prima che strutturale) collegata ai gradi di complessità: quando una determinata soglia di complessità viene superata, si trasferisce la sede operativa da unità organizzative periferiche a unità centrali di riferimento.*

**B** - La **teoria dei Club** propone un metodo per "segmentare" in modo ottimale la domanda, relativa a un dato bene o servizio pubblico, caratterizzato in varia misura da escludibilità e rivalità, spostando i confini territoriali *ad hoc*, sulla base di parametri: socio-culturali; demografici, orografici e di mobilità; epidemiologici; economici. La **dimensione ottimale** è quella in cui si realizza un equilibrio tra una giusta ripartizione dei costi e il rispetto della garanzia per un accesso equo, in tempi utili e sostenibili.

*Il club può essere definito come un accordo volontario tra più individui od enti, che si associano per condividere i benefici derivanti dalla fruizione collettiva e dalla ripartizione dei costi di uno o più beni pubblici caratterizzati da possibilità di esclusione e da parziale rivalità nel consumo*

**C** – Nel modello a rete, muta anche il posizionamento dei professionisti, i quali – pur appartenendo a “nodi” (strutture), diversificati per i livelli di competenza richiesti - non sono concepiti solo nel senso statico di “attesa” del paziente, bensì possono muoversi sulla rete “accompagnando” e “andando incontro” al paziente: in questo modo, è lo stesso professionista (o l'équipe) a riqualificare “temporaneamente”, sul caso, il “nodo” come hub.

La Rete Integrata di Servizi, classificata secondo il grado di complessità in 1°, 2° e 3° livello, seguendo la logica Hub&Spoke, si traduce come di seguito:

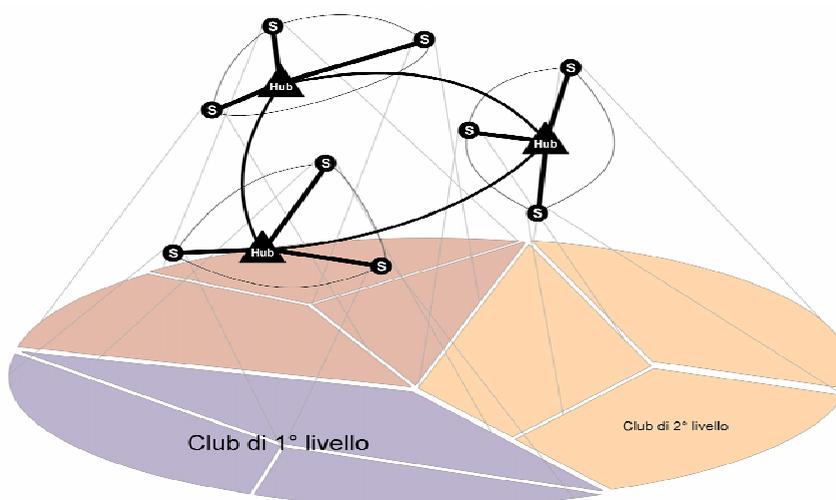
- 1° livello = primary health care → SPOKE;
- 2° livello = Cura e assistenza per acuti; Emergenza-Urgenza → HUB del primo livello e SPOKE del 3° livello;
- 3° livello = Alta Specialità (prestazioni rare e ad alta selezione) → HUB.

A loro volta, gli ambiti di riferimento dei “nodi” della Rete, classificati secondo il loro dimensionamento e seguendo la logica dei Club, si traducono come di seguito:

- Nuclei delle Cure Primarie (articolazioni del Distretto) = Club di 2° livello;
- Azienda Sanitaria Territoriale = Club di 1° livello.

Il Club di 1° livello assistenziale corrisponde, pertanto, all'ambito “istituzionalmente” riconosciuto di **autosufficienza**, al cui interno si svolgono azioni di selezione e invio, fino al livello di Cura e assistenza per acuti ed Emergenza-Urgenza (Presidio aziendale).

Figura 3 - TEORIA DEI CLUB COLLEGATA ALLA RETE HUB&SPOKE



In questi anni, il modello delle Reti Integrate di Servizio è stato anche “schermo nobile” di abitudini da tempo consolidate (relazioni storiche tra Ospedali per acuti e Centri di Alta Specialità) e di “confini” istituzionali (quartieri; comuni; province).

Per l’Azienda di Imola, la realizzazione intenzionale delle Reti Integrate di Servizi rappresenta un campo d’intervento strategico di grande attualità, sia nel ripensamento delle “relazioni/competenze” tra Distretto e Presidio, sia nella confermata intenzione di posizionarsi “in rete” regionale per l’Alta Specialità.

Con riferimento alle reti di servizi che si sviluppano nell’ambito aziendale, al presente livello strategico ci si limita a indicare:

- la rilevanza dei parametri con cui si definisce il club di 2° livello, per ricercare l’ambito ottimale dei “nodi” **Nuclei delle Cure Primarie**, ai fini di assicurare che i medesimi garantiscano isocapacità di servizi/prestazioni;
- la possibilità di rintracciare l’ambito ottimale di “nodi intermedi” quali le **Porte Medicalizzate**, come risultato dell’aggregazione razionale di club di 2° livello;

- la centralità dei **Dipartimenti integrati “ospedale/territorio”**, quali configurazioni di “rete”, dove anche i professionisti si muovono.

Con riferimento alle Reti Integrate di Servizi per l'Alta Specialità, sarebbe utile “pensarle intenzionalmente” tramite accordi formali di *partnership* tra l'Azienda e i Centri coinvolti, nei quali si prevede (a titolo esemplificativo e non esaustivo):

- intese di fornitura per le prestazioni, anche al fine che l'Alta specialità non sia classificata come mobilità passiva;
- le dinamiche dei professionisti verso l'Ospedale di Imola per l'intervento, anziché verso il Centro per partecipare all'intervento;
- la partecipazione dei referenti per l'Alta Specialità a organismi formali come il Consiglio di Dipartimento e a Audit clinici congiunti.

Sull'argomento è inoltre importante sottolineare come il “**posizionamento di confine**” dell'Azienda di Imola, sia da sfruttare in modo strategico, orientando la scelta dei “*partner*”, sia in area vasta sia verso la Romagna.

L'auspicio è che il nuovo Piano Sanitario Regionale – ormai prossimo all'emanazione – confermi il modello di Reti Integrate di Servizio, anziché optare per una diversa **soluzione organizzativa**, a fronte di un realizzazione incompleta e imperfetta della precedente.

*Quasi tutto nella vita  
somiglia all'equazione di  
Schrödinger: quella che  
dal 1926 tutti cercano di  
risolvere, ma che si allunga  
via via che viene decifrata,  
si carica di nuove incognite,  
mentre ne perde qualcuna, e  
con gli anni diventa enorme,  
sempre più misteriosa, un  
serpente matematico che  
si allontana dalla soluzione  
proprio per effetto delle  
troppe soluzioni accumulate*

## STRATEGIE DI PRODOTTO

Nell'attuale fase di sviluppo dell'Azienda di Imola, gli strumenti gestionali più propriamente strategici, ai fini delle dimensioni quali/quantitative dei prodotti aziendali "interni" ed "esterni", paiono essere il *benchmarking* e il *risk management*. L'uno e l'altro condividono sostanzialmente il metodo e – *in primis*, quale valore strategico incidente sul cambiamento della cultura d'azienda – "offrono" l'occasione di introdurre due concetti "densi", che necessitano di evidenze:

- il *benchmarking* implica la dimostrazione dell'**essere il migliore, rispetto a partner selezionati**, ovvero a un target a cui si tende;
- il *risk management* implica **l'attenzione continua e il proporre con trasparenza i rischi di inefficienza e inefficacia**, che l'Azienda è tenuta a prevenire e – comunque – a rimediare.

Entrambi i concetti sono a forte impatto culturale, organizzativo, gestionale, e sostanziano significativamente l'assunzione di responsabilità dirigente, a fronte dell'obsolescenza di senso acquisita da altri concetti, ormai relegati a un utilizzo discorsivo di maniera (punti di forza e di debolezza; criticità; qualità; ecc.).

### ***Il benchmarking***

Al fine di affermare il valore strategico e gestionale, per l'Azienda di Imola, della applicazione pratica del *benchmarking*, è utile declinare *ab initio* che il *benchmarking* non è:

- un mero confronto fra dati;
- un confronto tra ciò che discrezionalmente viene stabilito come "peggiore" con ciò che, altrettanto a discrezione, è definito come "migliore", per scopi dimostrativi, premianti e/o punitivi;

- un fenomeno occasionale, per legittimare situazioni di tagli e riduzioni, anziché incrementi;
- una procedura a scadenza prefissata, generalmente in sede di consuntivo, con finalità giustificazioniste;
- la copertura teorica di meccanismi pedissequi di imitazione e riproduzione di copie.

Il *benchmarking* consiste nella ricerca delle migliori prassi aziendali, che conducono a **prestazioni superiori, rispetto a quelle già esistenti**.

In altri termini, la base del *benchmarking* è rappresentata da una ricerca metodologicamente fondata dell'oggetto "interno" di confronto e del partner "esterno" con cui confrontarsi, al fine della determinazione "scientifica" (non casuale) dello standard possibile di riferimento per le operazioni interne.

La differenza semantica tra *benchmark* e traguardo consiste nel fatto che l'indagine di *benchmarking* non mette in evidenza solo la misura da raggiungere, bensì anche la modalità con la quale questa può essere realisticamente raggiunta. In pratica, ciò si traduce nei processi continui e interferenti di analisi interna, valutazione dell'esterno e realizzazione di quanto di meglio è stato scoperto nell'altro.

Per quanto assunto che la Sanità rappresenti un "mercato imperfetto", a maggior ragione è opportuno uno strumento che promuova l'agire dei meccanismi virtuosi di una "sana" concorrenza (anche nel senso etimologico di "concorrere" ad un obiettivo comune), evitando al contempo le distorsioni di una competizione a carattere inflazionistico (al rialzo) e opportunistico (sfruttamento della disparità informativa) che caratterizza e rende paradossalmente inefficienti sistemi sanitari iper-mercantisti, quali quello statunitense (al 36° posto nella classifica OMS del 2000, contro il 2° posto dell'Italia!).

Di fatto, l'input è la ricerca dell'alternativa già esperita migliore, piuttosto che l'autoreferenzialità dell'innovazione *ex novo*:

*Il benchmarking è il processo continuo e sistemico di misurazione dei prodotti/servizi/processi attraverso il confronto con le aziende riconosciute come leader del proprio settore, finalizzato a determinare i processi migliori e a stabilire obiettivi razionali di performance*

*Benchmark: un segno dell'agrimensore o topografo di una posizione precedentemente determinata, usato come punto di riferimento ... uno standard per misurare o valutare qualcosa*

- rintracciare metodi e processi produttivi ottimali (ad alto rendimento) e già collaudati altrove vanifica la discussione sulla realizzabilità degli obiettivi e dei risultati che l'Azienda si propone;
- l'esclusivo orientamento interno rafforza percezioni non dimostrate di superiorità e alimenta la tendenza a rintracciare di continuo giustificazioni per i risultati mancati o parzialmente disattesi.

La conoscenza della propria realtà aziendale non deve essere data per scontata, a priori; anzi, l'esperienza dimostra quanto poco le aziende conoscano se stesse e quanto ciò sia funzionale all'inerzia dell'intera Organizzazione. L'indagine di *benchmarking*, quindi, rappresenta innanzi tutto un importante ausilio di conoscenza interna, finalizzata allo sviluppo strategico e operativo.

Per sperimentare il metodo e diffonderne l'utilizzo sarebbe strategico partire da ciò che l'Azienda di Imola già dichiara come "migliore" e che - generalmente - risulta più costoso che in altre realtà aziendali, in particolare per i fattori produttivi "risorse umane" e "beni di consumo".

Una avvertenza fondamentale è che la dimostrazione relativa all'Azienda di Imola quale *benchmark* di Area vasta nei servizi/prodotti di cui sopra, non implica che i partner siano le altre aziende di area vasta, se queste non sono "competitive": il presupposto irrinunciabile per la corretta pratica di *benchmarking* è che il partner selezionato sia "leader di settore" (per cui può essere ricercato a livello regionale, sovraregionale e anche europeo).

La tecnica gestionale di *benchmarking* si presenta come concetto e strumento per "concretizzare" la *mission* dell'Azienda di Imola, in quanto:

- ha come fine l'inserimento e la pratica nell'Organizzazione delle prestazioni superiori rispetto a quelle già esistenti, in termini dinamici e continuativi, ovvero il *benchmark* non è conseguito una volta per tutte, bensì ci sarà sempre un target migliore e possibile;
- presuppone che la filosofia diffusa aziendale orienti l'Organizzazione a concepirsi come "intelligente", "agente" e "mutevole", al fine del conseguimento realistico dei suoi scopi;

- necessità di professionisti disposti a rimettersi in discussione, “limitare” l’autoreferenzialità di *status*, ruolo e appartenenza, e a sostenere percorsi formativi *on the job*, presso propri colleghi, per imparare a fare meglio ciò che si deve fare;
- consente di avere la “prova provata” che – se i parametri di convergenza del sistema regionale sono rappresentati dalla isocapacità qualitativa dei servizi/prestazioni, a isorisorse – allora l’assorbimento di risorse del *benchmark* rappresenta l’utilizzo ottimale delle medesime.

Il *benchmarking* è applicabile anche negli interventi risolutivi, a fronte di evidenza del rischio – per esempio la farmaceutica – come subito di seguito descritto, nei termini di modalità gestionale *risk management*.

## ***Il risk management***

Il D.Lgs. 231/2001 introduce la responsabilità in sede penale degli enti, che si aggiunge a quella della persona fisica, la quale ha realizzato materialmente il fatto illecito: la numerosità dei destinatari della disciplina è molto ampia, anche se non sempre identificabile con certezza, soprattutto per i soggetti con personalità giuridica che operano nel settore pubblico.

Il concetto fondamentale della norma, che interessa nel presente Piano, riguarda **la condizione d’esonero dalla responsabilità dell’ente**, ovvero la possibilità di dimostrare di aver adottato e attuato efficacemente modelli di organizzazione, gestione e controllo idonei a prevenire la realizzazione degli illeciti considerati.

Premesse la ispirazione normativa e l’incertezza di applicabilità alle Aziende Sanitarie – per quanto le stesse, senza dubbio, gestiscono finanziamenti pubblici per erogare beni pubblici – appaiono di valore strategico:

- il collegamento esplicito che si propone tra modelli organizzativo e di gestione e capacità di prevenire/limitare comportamenti professionali ed esiti “indesiderati”;

- l'**approccio *risk management***, assunto da soggetti chiaramente coinvolti, per la traduzione operativa della disciplina.

*Linee Guida per la costruzione dei modelli di organizzazione, gestione e controllo ex D.Lgs. n. 231/01 CONFINDUSTRIA*

L'adozione di modalità organizzative, gestionali e di controllo in ottica *risk management* consente di estendere il concetto di rischio alle dimensioni di governo/gestione, individuando le responsabilità, i processi e le procedure "di efficienza ed efficacia dell'Organizzazione", ovvero estendendo la gestione del rischio oltre:

- la sfera giuridica (responsabilità amministrativa delle persone giuridiche e degli enti);
- la pratica clinica, al fine di ridurre l'incidenza di errori evitabili (così come già richiesto dalla Regione Emilia Romagna).

Nell'ambito gestionale, la individuazione dei rischi è una azione esaustiva; la prevenzione dei rischi è una azione selettiva e riguarda ciò che si posiziona sopra la soglia di accettabilità: **il rischio è ritenuto accettabile quando i meccanismi aggiuntivi "costano" più della risorsa da proteggere.**

Stante la definizione appena esposta, il *risk management* procede secondo la successione:

- inventariazione degli ambiti aziendali di attività;
- mappatura dei processi amministrativi e gestionali "a rischio", nel concetto allargato che comprende l'inefficienza e l'inefficacia;
- procedimentalizzazione dei processi amministrativi e standardizzazione dei processi clinici.

Nel modello così configurato, **si posizionano a livello strategico il controllo interno e l'*internal auditing*, che "agiscono" sulle *linee organizzative e produttive***, regolate dai seguenti principi:

- ogni operazione deve essere verificabile, documentata, coerente e congrua;

- nessuno può gestire in autonomia un intero processo;
- tutti gli attori coinvolti in un processo lo devono conoscere nella sua interezza;
- i controlli devono essere documentabili, documentati e ad esiti continuativamente diffusi.

Nel periodo di mandato 2006-2009, i processi selezionati per sperimentare tale tecnica gestionale - sulla base della situazione attuale, che lascia già intuire margini di “recupero di efficienza”, e delle caratteristiche intrinseche, che presentano di per sé rischi di *malpractice* “inerziale” o anche intenzionale - sono:

- la gestione delle risorse umane, sia nella sua forma amministrativa “accentrata” nella U.O. di competenza, sia nelle forme attive di organizzazione e utilizzo, “decentrate” nelle diverse strutture dell’Organizzazione;
- la gestione della Farmacia, nelle sue componenti di modi e di spesa (consumo interno, distribuzione diretta, distribuzione per conto, farmaceutica convenzionata esterna);
- la “relazione” attività istituzionale, libera professione *intramoenia* e liste d’attesa, per il pieno rispetto della *ratio* normativa, così come posto in *Premessa*, e secondo gli ultimi indirizzi regionali, di cui si riporta in termini significativi:
  - *l’attività istituzionale dovrà essere valorizzata quale strumento prioritario per la riduzione delle liste d’attesa, garantendone un adeguato rapporto con l’attività in regime libero professionale intramoenia;*
  - *l’utilizzo della libera professione per la riduzione delle liste d’attesa dovrà essere orientato e valutato dalle Aziende in relazione all’effettivo raggiungimento di contrazione delle liste stesse, e non esclusivamente indirizzato all’incremento quantitativo delle prestazioni.*

## STRATEGIE FINANZIARIE

La pianificazione economico-finanziaria è connessa a *mission* e *vision*, ed è interdipendente rispetto agli obiettivi strategici di attività, offerta e governo clinico, dei quali è al contempo conseguenza e vincolo-condizione.

Come dichiarato nella *mission*, obiettivo strategico del **governo economico** è l'ottimale allocazione delle risorse "scarse" disponibili, rivolta al perseguimento degli obiettivi di "offerta sanitaria" del sistema.

In questa accezione, l'aziendalizzazione assume una valenza strumentale, rispetto ai fini propri, superando l'equivoco per il quale tale termine implichi adottare le "logiche di impresa", che per loro natura hanno altri fini – *in primis*, il profitto – e che, pertanto, inducono a comportamenti privi di qualsiasi "correttezza strategica" per l'Organizzazione sanitaria pubblica: massimizzare l'output e le vendite; "spingere" sulle linee di prodotto/servizio a maggiore margine di contribuzione; eliminare le produzioni non economicamente convenienti; ecc..

Il fatto che l'equivoco - lungi dall'essersi risolto nella pratica gestionale degli anni successivi alla riforma - si sia riproposto negli ultimi tempi con frequenza crescente, può essere attribuito, di volta in volta, a diversi fattori, tra i quali si possono citare:

- l'incompiuta separazione tra indirizzo e gestione;
- l'implementazione di sistemi di gestione e meccanismi operativi non strategicamente corretti, mutuati dall'esperienza tipica di imprese *profit*;
- le rivendicazioni di "non ingerenza economica" da parte di alcuni settori del mondo professionale e di alcuni *stakeholder*;
- il sottofinanziamento del sistema sanitario e le conseguenti pressioni sul *management*, orientate a "**risparmi**" **economici di breve periodo**.

*I numeri sulla sanità dimostrano che nonostante i disavanzi perenni e gli scontri tra governi la spesa sanitaria non è fuori controllo. Al contrario, i dati parlano di una capacità del sistema di regolarsi, mantenendo spesa e servizi a livelli accettabili. I deficit sono almeno in parte il risultato di un gioco strategico tra Stato e Regioni, insito nel modello di organizzazione e finanziamento del sistema. C'è evidenza empirica di un ruolo delle aspettative nel determinare i livelli di spesa locale: quando alcune Regioni si aspettano che il finanziamento ex-post arriverà presto e sarà abbondante, riducono i controlli e fanno lievitare la spesa corrente*

La corretta “pratica” dell’aziendalizzazione - evitando le distorsioni citate, e intesa come l’implementazione degli strumenti e dei meccanismi attraverso i quali l’Organizzazione persegue i propri scopi - è obiettivo delle strategie economiche di questa Direzione.

Per i motivi appena esposti, e in particolare a causa delle peculiarità del finanziamento del sistema, il risultato economico d’esercizio (Risultato Netto di Bilancio) non rappresenta di per sé un indicatore significativo della bontà della gestione economica aziendale. La valutazione della *performance* economica - e di conseguenza, la determinazione dei *target* di periodo - deve essere realizzata con riferimento:

- ai risultati delle altre Aziende comparabili del Sistema Regionale, così da “sterilizzare” l’effetto delle politiche di finanziamento/sottofinanziamento del Fondo Sanitario;
- alle diverse aree della gestione economica (caratteristica, finanziaria, straordinaria) così da enucleare le *performance* gestionali proprie;
- alla effettiva garanzia, fornita ai propri assistiti, dei livelli essenziali e uniformi di assistenza.

Pertanto, nella presente “sede” strategica, gli indici di *performance* economica ritenuti corretti - tratti dal Conto Economico riclassificato della Regione Emilia Romagna e relativi indicatori - sono così individuati:

- **rapporto percentuale tra il risultato operativo caratteristico e i “ricavi disponibili”**, così come definiti nel Conto Economico riclassificato, in comparazione con il valore dello stesso indicatore per le Aziende Sanitarie comparabili (AUSL senza presenza di AO nel territorio);
- **risultato e incidenza della gestione finanziaria**, in confronto con le Aziende comparabili;

**LA MISURAZIONE  
DELLA *PERFORMANCE*  
ECONOMICA ATTESA**

**LA *PERFORMANCE*  
DELLA GESTIONE  
OPERATIVA O  
CARATTERISTICA**

**LA *PERFORMANCE*  
DELLA GESTIONE  
FINANZIARIA**

- **risultato e incidenza della gestione straordinaria**, analizzati nelle rispettive componenti attive e passive.

**L'INCIDENZA DELLA  
GESTIONE  
STRAORDINARIA**

Nell'ambito degli obiettivi strategici, un contributo essenziale al perseguimento dell'equilibrio economico deve essere fornito dalle seguenti azioni:

**LINEE DI AZIONE  
RIVOLTE AL  
MIGLIORAMENTO  
DELLA *PERFORMANCE*  
OPERATIVA O  
CARATTERISTICA**

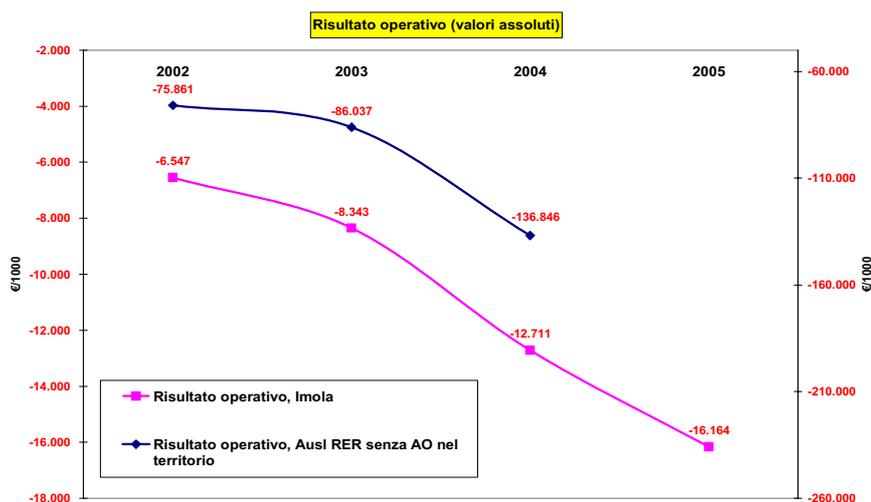
1. **focus sulla gestione operativa tipica**, mediante: (i) interventi e azioni riguardanti la componente strutturale del Conto economico (costi e ricavi di "produzione") piuttosto che - ovvero, oltre a - correttivi *una tantum* e *budget dressing*, attraverso operazioni straordinarie; (ii) scorporo di eventuali costi non tipici (vedi successivo punto 3);
2. **governo strategico** - non "inerziale" - **della domanda sanitaria e dei flussi di mobilità "passiva" in senso proprio** (fuga per servizi e prestazioni presenti nell'ambito della Azienda di Imola) e, pertanto, escludendo la mobilità dei pazienti indirizzati verso gli "hub" regionali per le Alte Specialità. In particolare, l'opzione strategica appena esposta ha rilevanza in relazione all'allargamento del bacino di utenza della Azienda di Imola, le cui maggiori dimensioni - governate in maniera strategica - offrono opportunità, in termini di economie di scala;
3. **analisi e valorizzazione**, anche contabile, **delle attività a valenza socio-assistenziale**, allo scopo di conseguire l'emersione trasparente, e individuare modalità ulteriori di finanziamento proprio, per eventuali attività che risultassero non comprese nei livelli essenziali e uniformi di assistenza di competenza AUSL;
4. **potenziamento, integrazione e ri-orientamento dei meccanismi operativi**, in particolare di programmazione e controllo, verso logiche basate su attività, progetto e processo;
5. **adozione di un modello di governo/gestione delle risorse** – personale, beni e servizi – **fondato su una accezione estesa di *risk management***, che consenta di ridurre:

- il **rischio amministrativo**, prevenendo o rimediando a eventuali episodi di *malpractice*, attraverso un modello organizzativo che ne minimizzi a priori la praticabilità;
- il **rischio gestionale**, individuando le responsabilità, i processi e le procedure “di efficienza ed efficacia dell’Organizzazione”.

La *performance* operativa o caratteristica della Azienda di Imola mostra, in termini di *trend* temporale, un andamento analogo a quello aggregato delle Aziende Sanitarie regionali di riferimento (senza Azienda Ospedaliera nel territorio).

**FOCUS SULLA GESTIONE OPERATIVA TIPICA: PERFORMANCE STORICHE E OBIETTIVI**

**Figura 4 – Trend del risultato operativo caratteristico, valori assoluti: AUSL di Imola e totale AUSL della RER, senza AO nel territorio di riferimento**



Fonte: dati RER, conti economici riclassificati 2002, 2003 e 2004; elaborazione su Bilancio Consuntivo AUSL Imola, per l’anno 2005

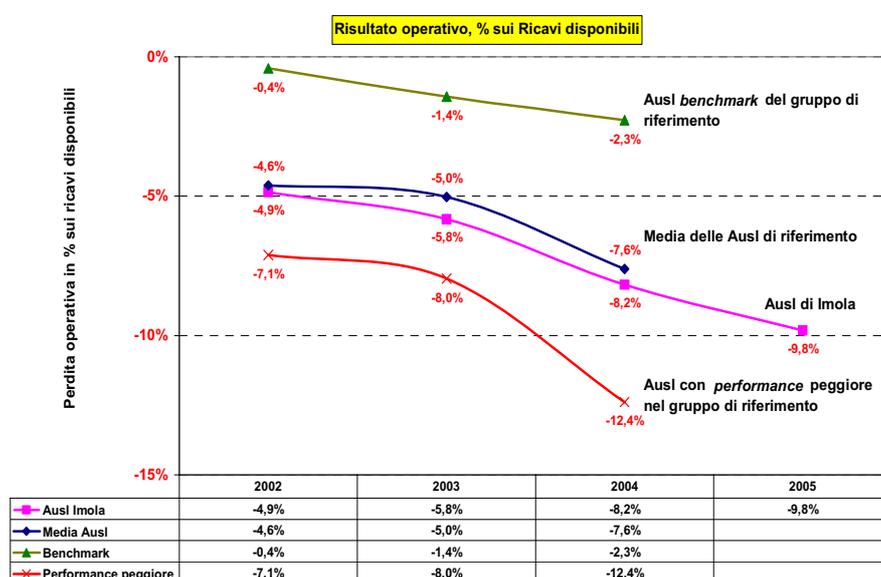
Il dato 2005 riportato in Figura 4 - esito della riclassificazione del Bilancio Consuntivo della Azienda di Imola - è depurato dai finanziamenti riconosciuti *ex post*, a titolo di fondo di riequilibrio e assimilati (circa 9,4 milioni di euro), così da tenere conto - per correttezza di analisi economica gestionale - dei finanziamenti capitari, vincolati e finalizzati propri (il cui tasso di incremento tra 2004 e 2005 è peraltro pari a +8,9%: da 170,6 a 185,7 milioni di euro).

Il **risultato operativo rapportato al volume dei “ricavi disponibili”** (definiti dalla somma algebrica tra ricavi, contributi e saldo mobilità) è l’indicatore che - in quanto rapporto o numero “puro”, indipendente dal

valore assoluto di numeratore e denominatore - meglio consente di confrontare la *performance* economica operativa di Aziende o aggregati di Aziende, caratterizzate da diversa dimensione territoriale e numerosità di popolazione assistita.

Nella Figura 5 si confronta la *performance* operativa della Azienda di Imola con: (i) quella media del gruppo di Aziende di riferimento; (ii) quella dell'Azienda "migliore" del medesimo gruppo (*benchmark*); (iii) quella dell'Azienda "peggiore".

Figura 5 – Trend del risultato operativo caratteristico, valori % sui ricavi disponibili



Fonte: dati RER, conti economici riclassificati 2002, 2003 e 2004; elaborazione su Bilancio Consuntivo AUSL Imola, per l'anno 2005

Dall'analisi presentata si possono evincere le seguenti indicazioni:

- la gestione operativa della Azienda di Imola è sostanzialmente in linea con la media del gruppo di riferimento;
- la gestione operativa della Azienda di Imola si discosta dal *benchmark* di: 4,4 punti percentuali nel 2002 e nel 2003; 5,9 nel 2004;
- l'esercizio 2005 evidenzia un trend crescente della perdita operativa, che si approssima alla soglia del 10% sui ricavi, e che andrà valutato in relazione ai dati di confronto, al momento non disponibili.

Lo scostamento risulta di: 0,3 punti percentuali nel 2002; 0,8 nel 2003; 0,6 nel 2004

L'elemento significativo da cui partire, per una corretta valutazione e programmazione economica da parte di questa Direzione, è la **ricognizione della "reale" situazione di bilancio** (in senso strutturale e, quindi, gestionale), indipendentemente dal risultato netto di Bilancio d'esercizio 2005, che mostra una perdita contenuta in -3,2 milioni di euro, in ragione di:

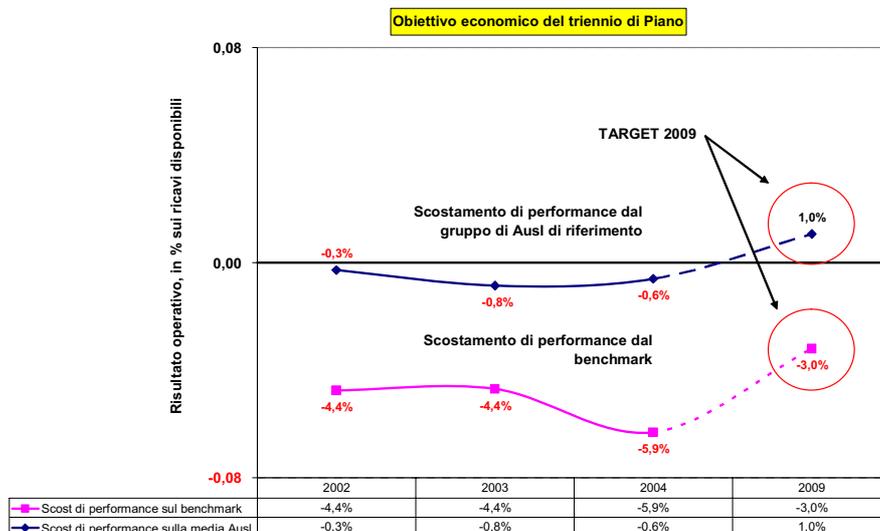
- sopravvenienze attive dell'esercizio, insussistenze straordinarie del passivo, proventi straordinari non ripetibili (compresa manovra su fondo ferie) per 5,1 milioni di euro;
- costi straordinari non ripetibili per 1,5 milioni di euro;
- 5,8 milioni di euro a titolo di Fondo di riequilibrio, contabilizzato ad aprile 2006;
- circa 3,6 milioni di euro a titolo di contributi regionali ulteriori, contabilizzati ad aprile 2006.

**Gli obiettivi economici "finali" del periodo 2006-2009** - relativi alla gestione operativa tipica e perseguiti mediante le azioni descritte nel presente Piano, sui ricavi disponibili e sui costi di produzione - sono così definiti:

- A. raggiungimento, nell'ultimo esercizio del periodo, di uno scostamento di *performance* positivo, rispetto al gruppo di Aziende di riferimento, **> 1 punto percentuale**;
- B. avvicinamento, nell'ultimo esercizio del periodo, alla *performance* di *benchmark*, con uno scostamento negativo **< 3 punti percentuali** (rispetto ai 6 del 2004).

A titolo indicativo - e sulla base delle grandezze economiche di costo e ricavo 2005 - il miglioramento di un punto percentuale dell'indicatore "risultato operativo su ricavi disponibili" corrisponde per l'Azienda di Imola a circa 1,7 milioni di euro: ovviamente, la quantificazione dell'obiettivo economico dipende da variabili (es. finanziamenti e *performance* delle altre Aziende di riferimento) al momento non conoscibili.

Figura 6 – Obiettivo economico della gestione operativa tipica nel periodo di Piano Strategico



Un considerazione che risulta evidente dall'analisi economica comparativa è che la *performance* economica della Azienda di Imola non appare aver risentito, in modo rilevante, dell'incremento dimensionale - pari a circa +15%, in termini di popolazione assistita - conseguente all'incorporazione del territorio del Comune di Medicina: il dato 2004 conferma il posizionamento degli esercizi precedenti.

**AZIONI SUI RICAVI  
DISPONIBILI  
GOVERNO  
STRATEGICO DELLA  
DOMANDA**

Non si è, pertanto, verificato l'avvicinamento al *break-even point*, che si poteva attendere, ipotizzando:

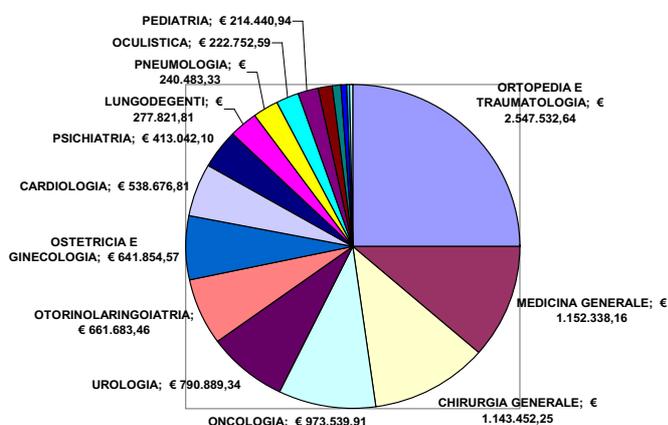
- una approssimativa costanza dei costi fissi (generali e amministrativi);
- una differenza positiva tra i ricavi marginali generati dall'incremento dimensionale e i costi "variabili" sostenuti per la presa in carico dei livelli essenziali e uniformi di assistenza della nuova popolazione.

*Per break even point o punto di pareggio si intende quel determinato volume di assistiti che, data la struttura dei costi, determina l'uguaglianza tra ricavi e costi di produzione. L'esistenza del punto di pareggio è subordinata all'evidenza di un margine positivo tra quota capitaria e costi variabili diretti di assistenza.*

Nel 2005, la mobilità passiva riguardante le prestazioni di ricovero - approssimata, in questa sede, alla dimensione della mobilità per specialità presenti nel Presidio della Azienda di Imola e con peso DRG <2 - ammonta a circa 10,2 milioni di euro (calcolata secondo le tariffe DRG attualmente in vigore) a fronte di circa 8,8 milioni di euro di mobilità attiva per ricoveri.

Nella Figura 7 si scompone tale importo per specialità.

Figura 7 – Articolazione per disciplina di dimissione della mobilità passiva per ricoveri della AUSL di Imola per specialità presenti e peso DRG <2 – dati 2005



Nel periodo di Piano, l'obiettivo è ridurre l'onere per mobilità passiva così definita di una percentuale  $\geq$  al 20%, coerente con gli obiettivi di indice di dipendenza, riportati nel paragrafo *Comune di Medicina*.

Un intervento sui costi operativi riguarda l'area di integrazione delle attività a valenza socio-sanitaria, in applicazione dei principi e criteri contenuti nella Delibera di Giunta Regionale n. 1637 del 1996, che individua gli interventi sociali a rilievo sanitario, a carico del Fondo Sanitario Nazionale.

Detto per inciso, tale deliberazione conferma l'elevato rendimento istituzionale dell'Emilia Romagna, la quale ha dato piena attuazione ai collegati normativi regionali, che avrebbero dovuto rendere praticabili operativamente le innovazioni introdotte dal D.Lgs 229/99 (tra cui, appunto, il "depurare" la "spesa corrente" sanitaria di costi afferenti ad altre fonti di finanziamento).

Al momento, il Bilancio della Azienda di Imola accoglie un insieme eterogeneo di voci di spesa imputabili a tale area d'intervento, tra cui:

- la quota consortile riconosciuta al Consorzio, a fronte della quota di attività a rilievo sanitario da questi svolta;

**AZIONI SUI COSTI OPERATIVI: APPROPRIATEZZA E VALORIZZAZIONE CONTABILE DEGLI INTERVENTI SOCIALI A RILIEVO SANITARIO**

- i costi – a partire dal 2005 – relativi alle Convenzioni con centri diurni e altre Istituzioni a carattere socio-assistenziale di Castel San Pietro;
- i costi per rette in strutture operanti nelle aree dell'handicap, disabili, anziani non autosufficienti, e così via;
- il conferimento di fattori produttivi (soprattutto personale) ad analoghe strutture;
- la gestione delegata dei fondi per assegni di cura;
- i costi relativi a una serie di attività direttamente gestite, aventi totalmente o in parte carattere socio-assistenziale.

Rispetto al sussistere di tale numerosità di voci, si pone innanzitutto il problema della corretta **contabilizzazione separata e coerente rappresentazione a bilancio** - come richiesto tra l'altro dalla normativa regionale - di tutti gli oneri a carattere socio-assistenziale che, propriamente, vedono copertura finanziaria rispettivamente a carico del Fondo Sociale e del Fondo Sanitario.

Per quanto concerne la quota riconosciuta al Consorzio, a una prima analisi, risultano evidenti alcune criticità nelle modalità di determinazione ed erogazione dei finanziamenti:

- a. i finanziamenti e, quindi, le quote a carico dei diversi soggetti partecipanti vengono determinati secondo una modalità **“a piè di lista, a preventivo”** (ovvero, a copertura integrale dei costi che si prevede di sostenere nell'esercizio entrante);
- b. rispetto alla modalità di finanziamento a quota capitaria del Sistema Sanitario, alla relativa *ratio* di responsabilizzazione economica su un budget procapite uniforme, ad incremento prefissato, secondo i vincoli di finanza pubblica, e alla determinazione metodologicamente univoca delle tariffe unitarie di servizi e prestazioni, nell'ambito sociale non sono definiti tetti di spesa, né un nomenclatore dei servizi e delle prestazioni, né i costi unitari dei medesimi. Tale quadro rende necessario – come

indica lo stesso Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 – la definizione di “livelli essenziali di assistenza sociale” e un corrispettivo budget capitario, in analogia con l’assistenza sanitaria

Ciò detto, **appare strategica la partecipazione pro-attiva della Azienda di Imola al tavolo tecnico per la definizione dei rapporti con la costituenda Azienda di Servizi alla Persona (ASP)**. Le linee guida dovranno essere:

DAL CONSORZIO  
ALL’ASP

- la definizione di precisi accordi di fornitura, nei quali prevedere strumenti condivisi di programmazione e controllo, e standard dei servizi;
- la definizione del “tetto” di spesa in logica di quota capitaria per il livello di assistenza in oggetto.

La rimodulazione dei meccanismi operativi e il governo/gestione delle risorse, secondo un modello di *risk management* “gestionale”, si pone i seguenti **obiettivi strategici**:

MECCANISMI  
OPERATIVI E  
GOVERNO/GESTIONE  
DELLE RISORSE

- la minimizzazione dei rischi di inefficienza, attraverso l’adozione di modelli organizzativi e gestionali, che riducano a priori la possibilità (il rischio) del verificarsi delle inefficienze stesse;
- l’utilizzo di parametri di assorbimento di risorse, costo ed efficienza, misurabili e confrontabili, al fine di rilevare gli scostamenti con i *benchmark* definiti (interni ed esterni);
- la revisione coerente dei meccanismi di programmazione e controllo (*budgeting* e *reporting*);
- la verifica della concreta operatività dei modelli organizzativi e gestionali adottati, e della loro efficacia, nel conseguimento dei parametri di efficienza.

L'analisi della gestione caratteristica, presentata in precedenza, può essere utilmente scomposta nelle sue componenti: dinamica dei ricavi e dinamica dei costi di produzione; quest'ultima può essere, a sua volta, analizzata per aggregati economici o fattori produttivi.

Le considerazioni che si possono trarre - sulla base dei Conti economici riclassificati dell'Azienda di Imola, a confronto con il gruppo di riferimento indicato dalla Regione - sono così sintetizzabili:

- il peggioramento della *performance* operativa è imputabile a una crescita dei costi di produzione (+ 7,4% tra 2005 e 2004) superiore alla crescita dei ricavi disponibili (+ 4,7%, nello stesso periodo);
- in particolare, i fattori produttivi che mostrano una dinamica di crescita superiore a quella del gruppo di riferimento sono quelli relativi ai costi per beni di consumo e al costo del lavoro. Il costo pro-capite per la Farmaceutica convenzionata esterna si mantiene su valori inferiori alla media regionale, per quanto si rilevi un incremento nelle "quantità" prescritte (DDD/die pro capite).

Il costo per beni di consumo della Azienda di Imola – pur mantenendo un'incidenza sui ricavi disponibili inferiore a quella media regionale - registra un costante tasso di crescita sull'anno precedente (+12,1% nel 2003; +14,8% nel 2004; +8,7% circa nel 2005). Tali percentuali di incremento sono superiori a quelle del gruppo di riferimento, negli esercizi per i quali sono disponibili i dati (+10,6% nel 2003; +7,7% nel 2004), e non appaiono pienamente spiegate dagli incrementi quali-quantitativi delle prestazioni erogate. La valutazione dei dati va effettuata al netto della spesa per la somministrazione diretta di farmaci; in ogni caso, lo scostamento rispetto ad Aziende similari va analizzato nelle sue cause, allo scopo di individuare possibili aree di miglioramento su prezzi e consumi.

**COSTO PER ACQUISTO  
DI BENI**

Il costo del personale complessivamente inteso della Azienda di Imola presenta:

**COSTO DEL LAVORO**

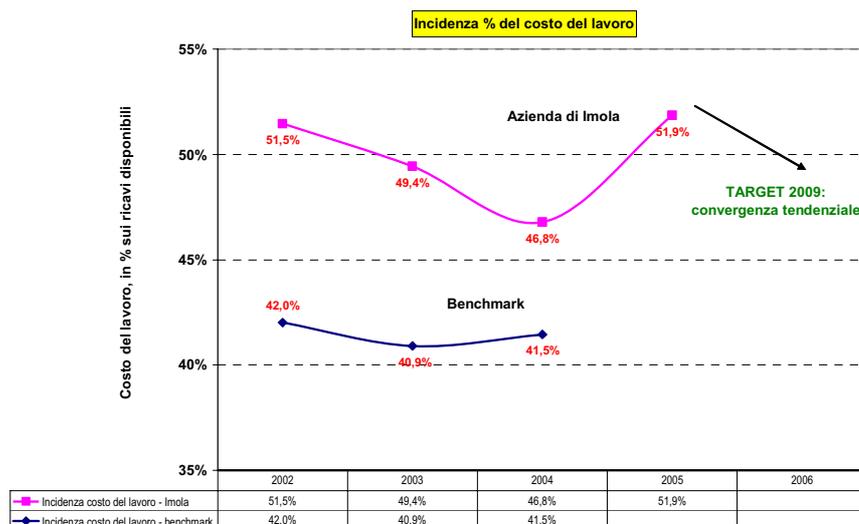
- un'incidenza sui ricavi disponibili costantemente superiore a quella del gruppo di riferimento, con una attenuazione dello scostamento negativo nel 2004, anche quale effetto dell'incremento dei ricavi disponibili determinatosi con l'ingresso del Comune di Medicina;

- un tasso di crescita analogo a quello del gruppo di riferimento per gli anni 2003 e 2004, ma con un incremento superiore al 10% nell'esercizio 2005.

Anche in relazione ai vincoli di finanza pubblica, relativi al contenimento dei costi del personale, appare strategico l'obiettivo di focalizzare su questo fattore produttivo la rimodulazione dei meccanismi operativi e le modalità di governo/gestione delle risorse umane, secondo i principi enunciati nei precedenti capitoli.

**L'obiettivo del periodo 2006-2009**, riferito ai due macroaggregati citati - e in particolare a quello relativo al costo del personale *lato sensu* - consiste nel **contenimento della dinamica dei costi al livello del benchmark del gruppo di riferimento**.

Figura 8 – Obiettivo economico relativo al fattore produttivo Personale



## ***Il Piano degli Investimenti 2006-2008***

Nel periodo 2006-2008 è previsto un importante intervento strutturale sul patrimonio dell'Azienda, utilizzato per le finalità istituzionali, ovvero si intende realizzare, in sostanza:

- il nuovo Presidio aziendale (interventi rilevanti sia nell'Ospedale Santa Maria della Scaletta sia nell'Ospedale di Castel San Pietro);
- la sede ambulatoriale, presso l'ex Direzione Lolli;
  
- la Porta Medicalizzata del Comune di Medicina.

Di queste voci, è al momento quantificata la stima delle spese per:

- il nuovo DEA;
  
- il sesto piano dell'Ospedale Santa Maria della Scaletta;
  
- gli interventi sul Blocco Operatorio;
  
- gli interventi nel Comune di su Medicina e nell'Ospedale di Castel San Pietro;
  
- la nuova sede ambulatoriale presso l'ex Direzione Lolli.

L'importo complessivo "residuo" per il periodo 2006-2008 degli investimenti strutturali finalizzati a tali realizzazioni – al netto di quanto già speso, fino a tutto il 2005, pari a 6,8 milioni di euro - ammonta a circa 40,8 milioni di euro.

Ulteriori spese - al momento non precisamente quantificate - dovranno finanziare:

- a) gli interventi di riqualificazione dell'Ospedale Santa Maria della Scaletta, conseguenti alla "liberazione" degli spazi attualmente occupati dal DEA, tra cui: la parte degenze del DSM, la piastra ambulatoriale e il nuovo punto di accettazione;

- b) la riqualificazione complessiva dell'area Lolli (piano di lavori settennale).

Alla somma totale di 40,8 milioni di euro - determinata come sopra descritto in termini sintetici e ancora da incrementare quantomeno secondo la stima delle spese relative agli ultimi due punti a) e b) - occorre aggiungere le spese di investimento "ordinarie", **tali da garantire il mantenimento del valore quali-quantitativo delle attrezzature sanitarie e più complessivamente del patrimonio aziendale**, oltre agli investimenti programmati per il sistema RIS-PACS e per le centrali telefoniche.

L'importo delle acquisizioni necessarie è calcolato, nel triennio 2006-2008, pari a circa 15,1 milioni di euro.

Pertanto, si può stimare un fabbisogno finanziario per spese di investimento, nel triennio considerato, pari a circa 56 milioni di euro (oltre alle spese non ancora quantificate) di cui vanno valutati distintamente i riflessi economici e finanziari. Di tale importo al momento solamente 10,9 milioni di euro trova copertura in finanziamenti finalizzati e donazioni; il rimanente, per circa 45 milioni di euro, rimane a carico della quota capitaria. Ciò detto, si pone il problema dell'impatto economico e finanziario di tale impegno sui bilanci dei prossimi esercizi, fatta salva comunque la necessità di ricercare, per quanto possibile, ulteriori fonti finalizzate di finanziamento.

Se sul Conto economico il "peso" delle voci di costo afferenti gli investimenti sarà contenuto, in virtù della preponderanza di spese a utilità di lungo periodo (investimenti strutturali ammortizzabili in oltre 30 anni), i riflessi che vanno più attentamente ponderati sono quelli relativi ai consistenti flussi finanziari, che implica il Piano di Investimenti sopra accennato.

La dinamica finanziaria genera ripercussioni indirette sul Conto economico, in termini di oneri finanziari di diversa natura (interessi sul debito, interessi di mora, etc.): occorre, quindi, valutare sia il tema della **copertura** sia quello del **costo** dei fabbisogni finanziari complessivi dell'Azienda, tenendone conto anche in fase di programmazione economica annuale e concertazione con la Regione.

Inevitabilmente il tema degli investimenti va allargato a quello più complessivo relativo alla **gestione finanziaria di periodo**, considerando:

- il fabbisogno finanziario generato dalla gestione corrente e le possibili azioni di governo su tale dinamica;
- il fabbisogno finanziario generato dalle spese di investimento, sulla base dei flussi prevedibili nel periodo considerato.

I due punti sono strettamente connessi e la copertura del fabbisogno complessivo va ricercata:

- attraverso l'ottimizzazione dell'utilizzo del mutuo di circa 20,6 milioni di euro, di per sé insufficiente alla totale copertura dei fabbisogni, e attraverso la ricerca delle forme ottimali di ulteriore copertura dei fabbisogni finanziari prevedibili;
- attraverso la gestione finanziaria corrente, ad esempio, con riguardo alle politiche di pagamento dei fornitori (priorità, accordi sulle condizioni di pagamento, ecc.), comprendendo tra questi anche le società controllate o partecipate.

Mediante un Piano finanziario di periodo sarà indispensabile, **prima, programmare e, poi, monitorare i flussi e i fabbisogni finanziari mensili**, individuando le forme di copertura e i relativi oneri finanziari, sulla base della definizione di priorità.

A questo proposito, la scrivente Direzione considera indispensabile e prioritario lo svolgimento pieno del Piano di Investimenti delineato, "sopportando" e governando le inevitabili **tensioni finanziarie complessivamente prevedibili** per l'Azienda, e minimizzando, attraverso politiche attive, l'impatto negativo a Conto economico.