

Riorganizzazione aziende

Ho letto il documento per esteso.

Manca del tutto la psichiatria ed è una grave carenza.

L'ipotesi più percorribile, a mio parere, adesso, è quella indicata come 3, poichè la 4 presuppone un cambiamento della legge regionale.

Come previsto già trenta anni addietro la segmentazione delle aziende e all'interno di queste dei centri di spesa, segmentazione fondata dal decreto legislativo n.502 del 1992 sull'ipotesi della concorrenza fra enti fornitori, non ha funzionato. L'ipotesi 3 più si avvicina all'unificazione degli Enti fornitori, che a Bologna era stata raggiunta nel settore ospedaliero (tutti gli ospedali di Bologna e Montecatone nell'Ente "ospedali di Bologna", tranne gli II.OO.R. e il Malpighi, che era ancora IPAB). Resta ancora l'idea del Distretto compratore di prestazioni.

Finalmente si apprezza l'ipotesi di IRCCS, che insieme a Colliva riuscimmo a fare passare per il Rizzoli contro il mondo politico bolognese tanti anni addietro.

Manca comunque la partecipazione dei Comitati Consultivi Misti e del CUFO (delle associazioni e delle OdV) agli organi consultivi.

Introduzione

Non cita i CCM e le associazioni di pazienti, mai sentite prima e non inserite nemmeno negli organi consultivi prospettati. I sindacati si.

Ogni cambiamento organizzativo paralizza per molto tempo l'operatività, dato che tutti gli operatori sono impegnati nel salvaguardare i loro diritti

Riporta alla filosofia del budget, cercando di adeguarla, ma l'errore è alla base.

Pag.1

Pazienti fragili

P.3

Unificazione della responsabilità di bilancio nel direttore di distretto, scelto da Dir Gen e Sindaci bene, ma se poi la meta è il risparmio di risorse...allora si dimentica il fine, che è migliorare la salute.

Budget di salute in psichiatria è una teoria giusta che deve essere applicata, e non soltanto in psichiatria, anche per aumentare il grado di integrazione delle diverse agenzie pubbliche.

I direttori di dipartimento devono avere il potere di scegliere il personale e di formarlo. Invece gli infermieri vengono collocati in base alla graduatoria, contro l'ideale dell'uomo giusto al posto giusto, e possono chiedere e ottenere il trasferimento disperdendo l'esperienza acquisita, anche fuori dell'ausl.

Fine: ok necessità di servizi ospedalieri di media bassa intensità, da sempre molto carenti per il mancato rispetto degli standard di legge sui letti per lungodegenza

p.4

contraddice quanto detto, affermando che occorre trasferire pazienti cronici e risorse dall'ospedale al territorio.

p.5

direttore con forti poteri gestionali in grado di garantire l'unità, la continuità ed evitare lo scaricabarile (aziendalismo favorito dal sistema del centro di costo)

magari tutto avvenisse

p6

"condividendo la logica organizzativa transmurale dei DSM" ma purtroppo non c'è la realizzazione neppure nei DSM

p.7 in fondo

solo per il futuro la possibilità di integrare anche le risorse dei Comuni : tutte ipotesi futuribili e contrastanti

p.9

bene che i due PS continuino a funzionare anche per ultra 75enni che sono concentrati nelle due aree della città.

p.11

incentivare altre realtà a qualificarsi come IRCCS

p.35 riconoscimento IRCCS del S.Orsola

tanti numeri e tante ricerche per dimostrare una realtà evidente.

Ma non si ricorda che per fare diventare IRCCS il Rizzoli ho dovuto combattere, insieme a Colliva, tutte le nostre autonomie locali, che non volevano IRCCS, come non volevano ex art.26.

Dove sta la psichiatria?

I fondi per la ricerca derivanti dai privati non sono utilizzati secondo la volontà dei donatori, oppure non sono utilizzati.

Il S.Orsola, che ha il PS, ha bisogno e utilizza molto la psichiatria dell'ASL per SPDC e TSO, ma non concede la locazione necessaria: quella attuale è inadeguata sia per i pazienti (3camere da 4 letti, una da 2 e una singola) né per gli operatori, costretti a fare un lungo percorso per arrivare al PS.

P89

8.5.6

Potenziamento controlli per evitare l'aziendalismo indotto dai DRG

p.85 segmentazione per grado di complessità, che le tariffe DRG non sentono, a danno dell'AOSP

b. Supporto alla programmazione e monitoraggio

I sistemi informativi aziendali, insieme alle banche dati regionali da essi alimentate, costituiscono la base dati principale per le valutazioni necessarie al lavoro istruttorio sui progetti interaziendali, propedeutico alla definizione dell'Accordo quadro e delle singole Convenzioni. Tali valutazioni comprendono "un'analisi strutturata dei dati non solamente retrospettiva, ma anche prospettica che tenga in considerazione l'integrazione di più Aziende e che permetta l'esplicitazione chiara delle finalità e delle motivazioni strategiche per la quale si propone l'integrazione e da cui possano discendere obiettivi puntuali misurabili legati a efficientamenti del servizio metropolitano e/o a miglioramenti del percorso di cura del paziente (in termini di qualità, sicurezza e appropriatezza del percorso di cura offerto)" [Documento istruttorio, luglio 2017]. Mentre i sistemi informativi relativi all'assistenza ospedaliera per acuti mostrano, in Emilia-Romagna, un livello di sviluppo