

Analisi documento " Forme di integrazione nell'area metropolitana di Bologna

Rapporto conclusivo"

1. componenti del gruppo di progetto:

-parlando di ricerca non si è ritenuta necessaria la presenza dei direttori scientifici degli IRCCS. Si rammenta però che ogni cambiamento organizzativo che riguardi un IRCCS debba prevedere l'avvallo del ministero.

-componenti del gruppo di lavoro istruttorio scelti ~~sono stati scelti a caso~~ sulla competenza in riorganizzazioni aziendali; non si ravvisa alcuna alta qualificazione: Nonni è una biologa contrattista, Bonadies e Pieri sono neoassunti, Gentili è uno statistico in cui non si evidenzia alcuna competenza in termini di riorganizzazioni sanitarie.

2. analisi generale del progetto

- documento di difficile lettura, poco chiaro e fortemente (e forse volutamente) disordinato. Difficile raffrontare il documento con le slides di presentazione
- assenza della centralità del malato, non si evince in alcun modo un beneficio per i cittadini
- sembra scritto più per creare ruoli in cui inserire specifiche figure piuttosto che per ottimizzare percorsi/attività, non si semplifica anzi si creano ulteriori livelli di governo e ulteriori ruoli es coordinatore dell'organo di governo metropolitano, coordinatore del consorzio interaziendale
- nessun reale risparmio o ottimizzazione di risorse: non si unificano settori ritenuti invece necessariamente da integrare un esempio per tutti i sistemi informatici/informativi delle varie aziende.

3. Analisi particolare:

- IRCCS in AOU S.Orsola Malpighi: non si capisce chiaramente quali sarebbero le attività coinvolte; si parla di attività medico chirurgiche e tecniche interventistiche multispecialistiche di alta complessità ma dietro una definizione così aulica non si capisce praticamente quali siano discipline considerando anche che l'IRCCS cardiocirurgico è stato definito altrove, in una struttura privata nonostante tutti i costi spesi per il polo toraco cardiovascolare del S.orsola

-Organo di Governo Metropolitano OGM e relativo coordinatore: composto dai direttori generali delle aziende, non se ne comprende il vantaggio, serve solo a creare un ulteriore livello (non previsto da alcuna norma sanitaria) decisionale, con un coordinatore che quindi sarebbe un super direttore. A questo OGM si affiancano organismi di supporto del tutto analoghi a quelli aziendali. Cioè in teoria non si parla di integrazione ma nei fatti si crea una Super- Azienda strutturata in macro come una azienda sanitaria.

Questo oltre a limitare la libertà delle singole aziende, non porta alcun reale vantaggio al cittadino, non alleggerisce certamente i percorsi (ad esempio la necessità di un accordo di programma) e non porta ad

alcun risparmio, anzi un rallentamento dei tempi è inevitabilmente correlato a spreco di risorse come l'esperienza del SUMAP e dell'ausl romagna ci ha insegnato.

- aziende di tutela e aziende di produzione: partendo da un presupposto assolutamente errato e cioè che le aziende di produzione abbiano come obiettivo soltanto di aumentare a loro interesse l'attività (concezione che purtroppo si è sempre più affermata negli ultimi anni, dimenticando che si tratta comunque di strutture pubbliche) questa nuova differenziazione oltre che offensiva (tutte le aziende sono a tutela dei diritti dei cittadini) comporta ruoli di serie A e di serie B nella programmazione delle attività determinando, come il punto precedente un imbrigliamento della autonomia aziendale di alcune rispetto ad altre. In sintesi non unifica ma si riducono i gradi di libertà di alcune aziende (ma non di altre)

- dipartimenti e unità operative interaziendali: prima di continuare ad aumentarle sarebbe opportuno fare una verifica se l'esperienze esistenti abbiano determinato un reale aumento di efficienza e migliore risposta ai bisogni dei cittadini, soprattutto quando si tratti di strutture chirurgiche

~~- meccanismi di remunerazione di attività servizi: sicuramente il sistema DRG evidenzia delle carenze ma il sistema proposto nel documento, oltre a non essere per nulla chiaro non è realisticamente fattibile. E soprattutto non si può comprendere come un argomento così operativo possa essere oggetto di attività addirittura dell'OGM stesso.~~

- ruolo del distretto: si torna indietro di trent'anni e si dà mandato al distretto di governare l'attività sanitaria anche relativa all'alta specialità. Quindi da un lato si dichiara di voler puntare sulla organizzazione hub e spoke e dall'altra invece si appiattisce il tutto attraverso un coordinamento distrettuale.

- unità operativa interaziendale per gli aspetti tecnico giuridici e gestionali delle sperimentazioni cliniche: unica reale unificazione! Di scarsa utilità se non addirittura dannosa, considerando che proprio gli ambiti di ricerca sono estremamente diversificati (es le normative tra farmaci e dispositivi differiscono in maniera rilevante) pertanto è necessario all'interno di ogni azienda una struttura che sappia rispondere con rapidità alle specifiche necessità degli sperimentatori, inoltre il rapporto con i promotori profit (rapporto assolutamente fiduciario) può solo peggiorare in una strutturazione di questo tipo.

- integrazioni sicuramente più utili: sistemi informatici, controlli di gestione, uffici di gestione del rischio, come suggerito dalla normativa. Non se ne parla in nessuna parte del documento.

Bolognese 8/10/2018

SEGRETERIA AZIENDALE UIL FLP RIZZOLI
Sig. UMBERTO BONANNO

Umberto Bonanno