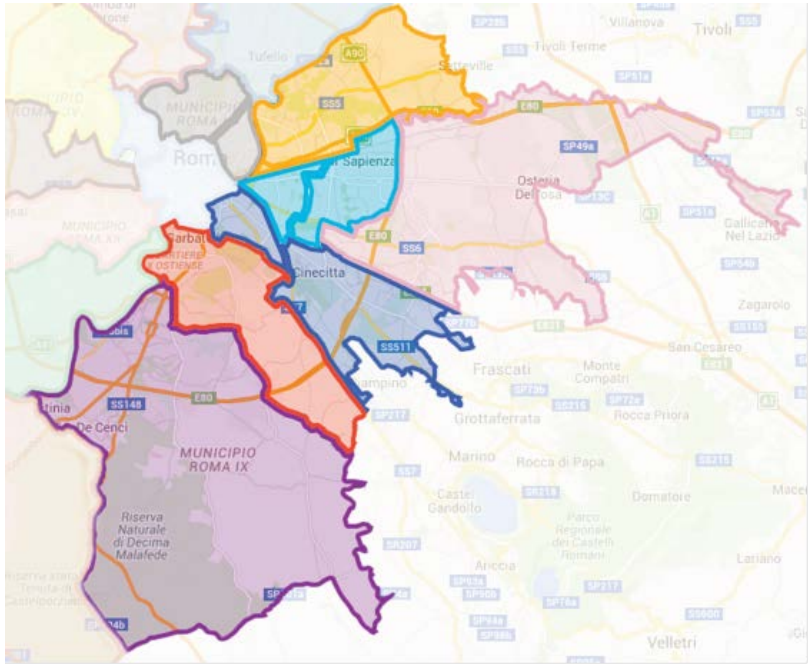
SISTEMA SANITARIO REGIONALE
ASL ROMA 2

Gli accorpamenti già realizzati: l'esperienza ASL ROMA 2



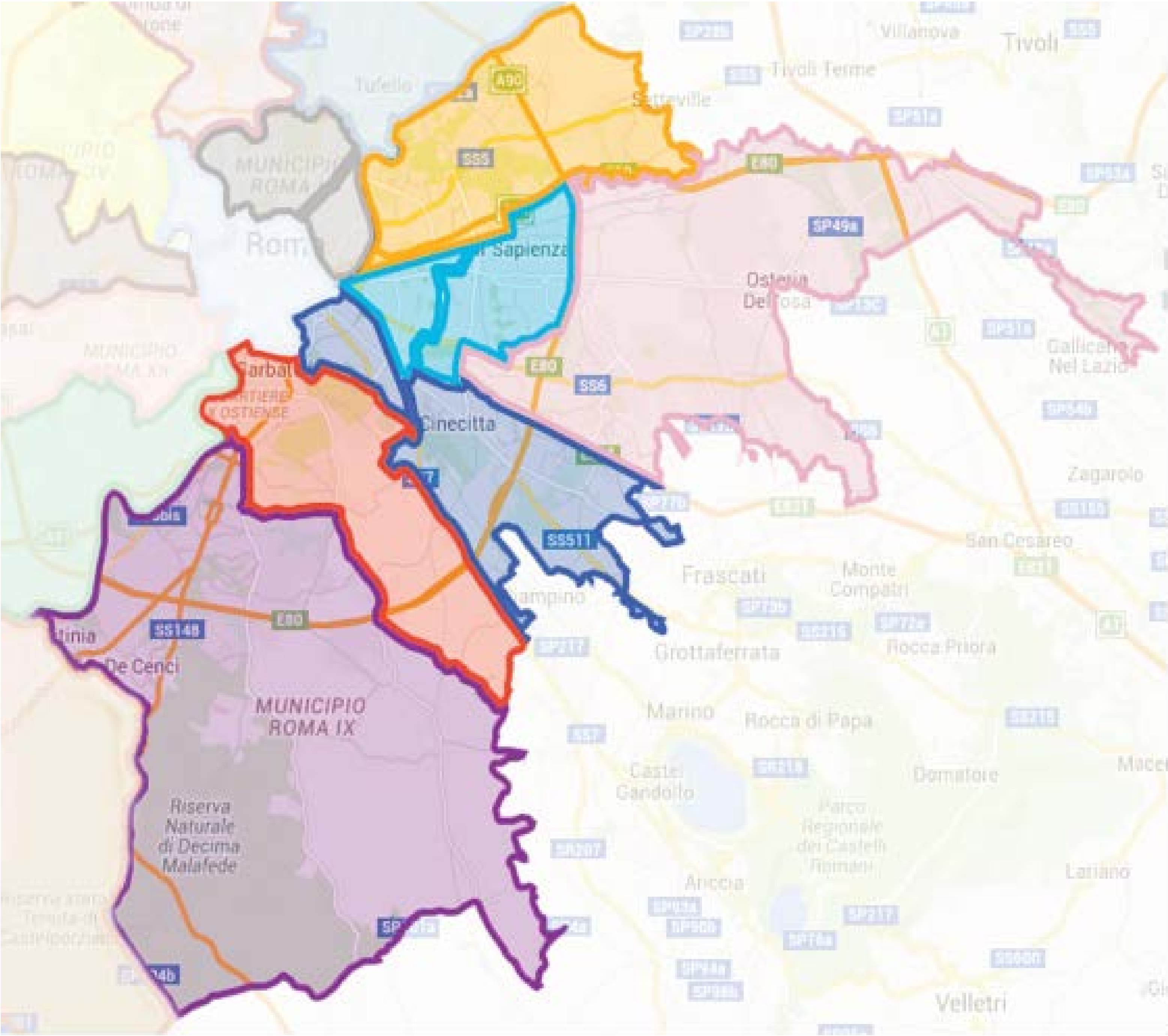
Dott.ssa Flori Degrassi
Direttore Generale ASL ROMA 2

Sfide e opportunità dell'accorpamento di una ASL

- Dal punto di vista semantico le aree vaste sono tra i primi esempi di accorpamento. Seguendo una logica di efficacia ed efficienza, l'Emilia Romagna e la Toscana hanno superato il concetto territoriale di Azienda Sanitaria Locale e hanno concepito modalità di aggregazioni territoriali, le aree vaste, all'interno delle quali governare i processi di acquisto su una scala più ampia e quindi con potenzialità maggiore di risparmio.

I deficit regionali e i piani di rientro

- Dal ’95 a oggi il numero di Asl e aziende ospedaliere si è già ridotto sensibilmente, passando da 347 a 225. Il DEF (documento economia e finanza) 2015 ha dato il via ad accorpamenti e modifiche dell’assetto erogativo.
- La sfida degli accorpamenti delle ASL è rappresentata dalla individuazione di aziende con 1.000.000 – 1.500.000 di cittadini, dei quali soddisfare i bisogni di salute espressi e non, con distribuzione territoriale di circa 450 km quadrati e con distribuzione topografica non omogenea e con innegabili problemi di accessibilità.


MUNICIPIO ROMA IX
Riserva Naturale di Decima Malafede
Cinecitta
Sapienza
Osteria Del'Osa
Tivoli
Villanova
Tivoli Terme
Setteville
Tufello
Frascati
Grottaferrata
Marino
Rocca di Papa
Castel Gandolfo
Ariccia
Velletri
Monte Compatri
Rocca Priora
San Cesareo
Zagarolo
Gallicano Nel Lazio
Lariano
De Cenci
Ciampino
A90
SS5
E80
SS6
SS511
SS148
SP49a
SP217
SP72b
SS215
SP72a
SS218
SR218
SR207
SS7

Sfatiamo il mito dei risparmi

- «E’ sbagliata l’equazione meno manager uguale più risparmio, perché oltre ad incidere per lo zero virgola zero e qualcosa sui bilanci aziendali, spesso sono in aspettativa presso altri enti della pubblica amministrazione, dove a volte tornerebbero a guadagnare di più». (Fiaso)

- Le centrali acquisto non sempre ottengono prezzi più delle gare effettuate dalle singole aziende

Le vere sfide sono rappresentate 1/2

- Dalle competenze dei manager individuati che con la loro capacità di ottimizzare le risorse assicurino ai propri residenti accessibilità, equità, qualità e sicurezza delle cure.

- Dalla capacità di ottimizzare e di valorizzare le risorse. L' accorpamento infatti dovrebbe ridurre le apicalità. Questo risultato deve però essere conseguito solo nel rispetto delle funzioni, delle *experties* e delle *competence*.

La strana equazione dell’accorpamento:

Rappresenta una vera sfida matematica infatti:

ASL ROMA B + ASL ROMA C = ASL ROMA 2

ovvero

$\neq$ 1+1 = 1 $\subsetneq$ 1 + 1 ≠ 2

Le vere sfide sono rappresentate 2/2

- L’accorpamento perché diventi efficace deve trovare forme organizzative performanti che valorizzino il capitale umano pur andando a evitare le duplicazioni di funzioni.

- Il modello del Chronic Disease Management può rispondere alle esigenze di assicurare adeguata intensità assistenziale declinata secondo i bisogni dell’utente nei diversi setting di erogazione.

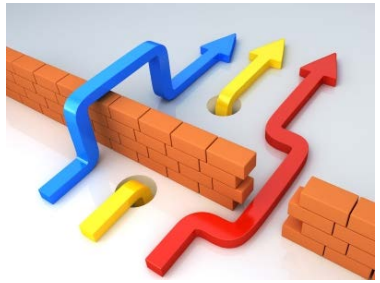
La progettazione della ASL ROMA 2

- Ottimizzazione della offerta delle prestazione nei 3 presidi ospedalieri (Pertini, S.Eugenio-CTO)

- Mappatura dei livelli essenziali di assistenza nelle due ex ASL (B e C) e riprogettazione della erogazione in 6 distretti, con articolazioni funzionali che tenessero conto dei bisogni di salute dei cittadini, assicurando i medesimi standard all'interno della stessa azienda in ciascun punto di erogazione

Criticità 1/2

- Progettare sui bisogni e non sulla offerta vuol dire anche riconvertire attività, rivalutare modelli di produzione e rimodulare la modalità di erogazione delle prestazioni. Con il blocco del turn over e con le difficoltà di accesso al *recruitment* questo comporta un grosso sforzo di rimodulazione delle unità organizzative e di preparazione all' accorpamento delle stesse in mega dipartimenti gestionali.



Criticità 2/2

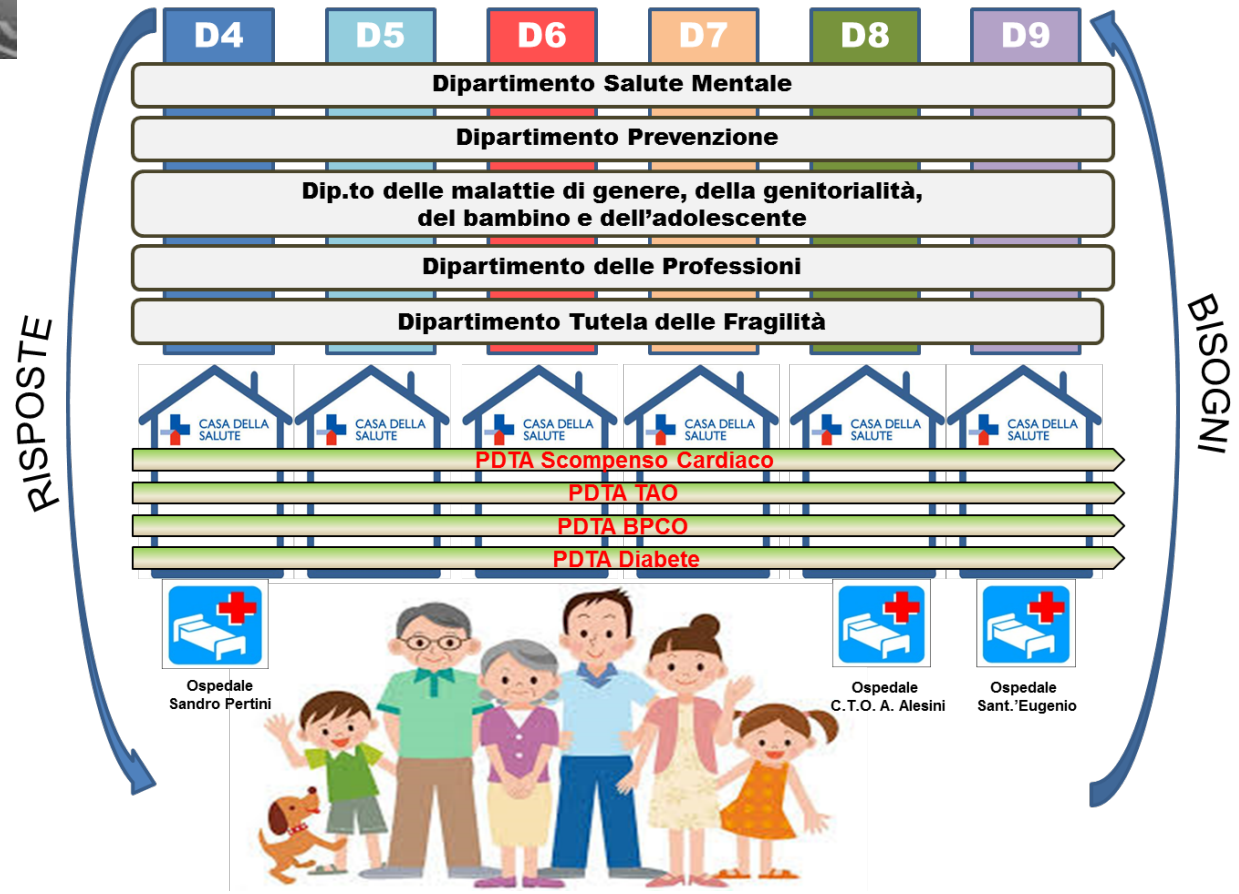
- I modelli organizzativi noti sono rappresentati da strutture (U.O.C, U.O.S, U.O.S.D) all'interno di presidi ospedalieri e territoriali. La progettazione sui bisogni dei cittadini e, dunque, su una assistenza che sia effettivamente in grado rispondere ad una continuità assistenziale conforme alle esigenze di intensità di cura e di intensità assistenziale di ogni utente, ha reso necessaria l'implementazione di strutture transmurarie e l'individuazione di aree clinico assistenziali, quali strumenti di implementazione di grandi dipartimenti gestionali, con strutture erogative distribuite su molti km, senza ridurre i requisiti di qualità e sicurezza delle prestazioni erogate.

Aree funzionali e aree cliniche

- Siamo stati abituati a concepire le aree come strumenti dell'articolazione della tecnostruttura amministrativa delle ASL. Tecnostruttura che in un'azienda, che comincia ad avere un bilancio più che miliardario, deve avere un'organizzazione consistente, divisa tra strutture che producono e strutture che controllano.

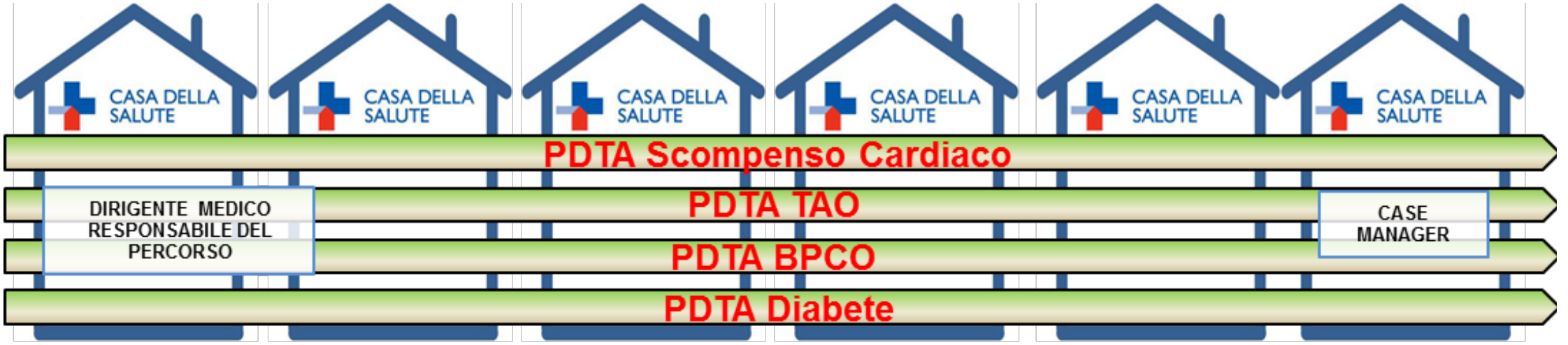
- Tuttavia creare un sensemaking aziendale unico, una nuova vision e nuova modalità erogativa, in base ad una riorganizzazione agìta consapevolmente e non subita, necessita di un periodo di transizione da qui l'idea delle aree cliniche.

Vision


D4
D5
D6
D7
D8
D9
Dipartimento Salute Mentale
Dipartimento Prevenzione
Dip.to delle malattie di genere, della genitorialità, del bambino e dell'adolescente
Dipartimento delle Professioni
Dipartimento Tutela delle Fragilità
CASA DELLA SALUTE
PDTA Scompenso Cardiaco
PDTA TAO
PDTA BPCO
PDTA Diabete
Ospedale Sandro Pertini
Ospedale C.T.O. A. Alesini
Ospedale Sant.'Eugenio
RISPOSTE
BISOGNI

Vision
Mission

Model Chronic Disease dal punto di vista operativo



Punti di forza del modello

GRAZIE PER L'ATTENZIONE