

IL NUOVO RUOLO DEI DIRETTORI GENERALI

Regole – Responsabilità – Strumenti operativi

Il ruolo del DG in un Ente Intermedio. Il caso ARES Sardegna

Indice

- ▶ I modelli di *governance* del SSR dal 2006 ad oggi
- ▶ Da azienda unica a 1 ente intermedio + 12 AS
- ▶ Il ruolo di ARES L.R. Sardegna 24/2020
- ▶ ARES e gli altri enti intermedi
- ▶ Aggiustamenti necessari per l'attuale modello
- ▶ Pro e contro dell'attuale sistema

Le recenti tendenze

È essenziale distinguere totalmente tra modello organizzativo e esiti (quantità - qualità - appropriatezza) delle prestazioni

i benefici attesi dalle aggregazioni non sono scientificamente provati (alcune analisi in materia che evidenziano certamente alcuni punti di forza)

verosimilmente non esiste una «dimensione ideale» dell'azienda (s.l.), che deve sapersi coordinare con i territori, con le comunità mediche, con le esigenze cliniche, con i bisogni dei pazienti e dei territori

razionalità tecnica: caratterizza l'organizzazione dei processi produttivi e deriva dalle sequenze operative necessarie per realizzare i singoli prodotti o servizi;

razionalità aziendale: trova origine nella constatazione che i processi produttivi **non** sono isolati gli uni dagli altri, ma risultano variamente intrecciati gli uni agli altri nel perseguire finalità unitarie, per cui la razionalità complessiva del sistema aziendale **non** è la semplice sommatoria delle razionalità dei singoli processi;

razionalità politico istituzionale: intesa come la capacità di un sistema pubblico di garantire un'adeguata espressione e rappresentanza ai diversi interessi, che devono essere soddisfatti dall'azione delle aziende pubbliche e rendicontati.

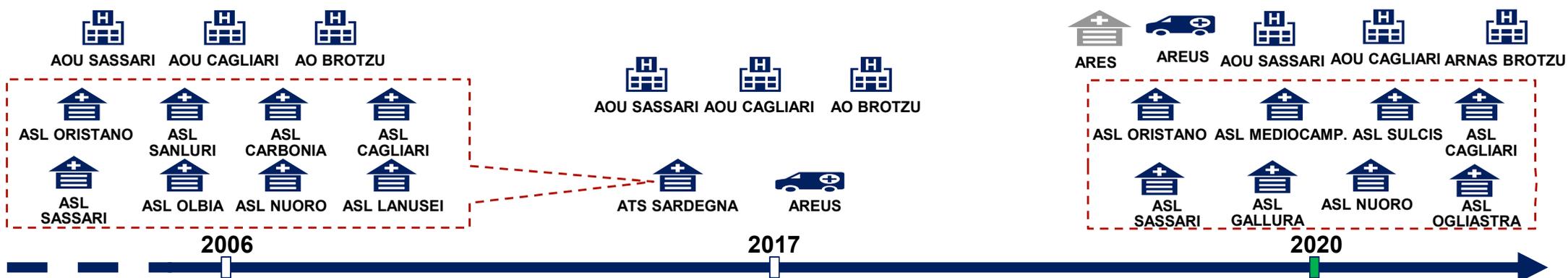
Dai primi anni '90 ad oggi una serie di riforme hanno avuto come conseguenza il riassetto dei SSR e la riduzione, a livello nazionale, del numero di aziende sanitarie territoriali:

- ▶ *nel 1980 le USL erano 659*
- ▶ *nel 1995 le ASL erano 228*
- ▶ *il numero delle aziende è diminuito da 197 nel 2001 a 128 nel 2023*.*

Tuttavia, negli ultimi due anni, è stata osservata un'inversione di tendenza limitata ad alcune regioni: Marche, Regione Sardegna*.

I modelli di governance dal 2006 ad oggi

3 riforme importanti hanno modificato radicalmente il SSR della Sardegna



► **L.R. n. 10 del 2006:**

8 aziende sanitarie locali
 2 aziende ospedaliero-universitarie
 1 azienda ospedaliera di rilievo nazionale
 La legge del 2006 prevedeva l'istituzione di una **Agenzia** regionale con specifiche funzioni, mai attivate

► **L.R. n. 17 del 2016:**

1 unica azienda sanitaria locale
 2 aziende ospedaliero-universitarie
 1 azienda ospedaliera di rilievo nazionale
 1 azienda regionale dell'emergenza e urgenza

► **L.R. n. 24 del 2020:**

8 aziende sanitarie locali
 2 aziende ospedaliero-universitarie
 1 azienda ospedaliera di rilievo nazionale
 1 azienda regionale dell'emergenza e urgenza
 1 ente intermedio (ARES)

Da azienda unica a 1 ente intermedio + 12 AS

Pro e contro macro-aggregazioni

VANTAGGI	SVANTAGGI
presenza di molti più <i>setting</i> assistenziali ed esaustività della gamma dei servizi [tendenza alla completezza di percorsi assistenziali] per realizzare reti - specie verticali - e percorsi completi	minore identità culturale, quale possibile strumento di coesione ed unitarietà aziendale in una organizzazione professionale complessa
aumento del potere contrattuale (incidenza, in generale) nei confronti degli <i>stakeholders</i> esterni, specie dei fornitori (SOPPERIRE CON LE AGGREGAZIONI, INTERAZIONI DI SISTEMA)	maggiore complessità del coordinamento complessivo
economie di scala, specie per tutti i servizi di supporto e per il governo della catena logistica (ad es. del farmaco)	necessità di assetti direzionali maturi, ben definiti, rodati (in grado di bilanciare programmazione e controllo centralizzati e adeguata autonomia di gestione a livello dei territori)
maggiori potenzialità di innovazioni su larga scala (di sistema)	minore opportunità di controllo dei dettagli dei costi e di coinvolgimento attivo degli ordinatori (pur con maggior forza di <i>middle management</i>) (SOPPERIRE CON BILANCIAMENTO ACCENTRAMENTO / DECENTRAMENTO)
maggiori spazi di interazioni, operatività e crescite professionali	rischi di ritardo di intervento su processi critici e di minore tempestività di azione manageriale (vds. punto sopra)

Da azienda unica a 1 ente intermedio + 12 AS

Pro e contro «parcellizzazione»

VANTAGGI	SVANTAGGI
dimensione semplificata per gestione dei processi erogativi e per loro interconnessione, specie in riferimento ai percorsi di integrazione ospedale-territorio, socio-sanitaria allargata anche al terzo settore (SOPPERIRE CON BILANCIAMENTO ACCENTRAMENTO / DECENTRAMENTO)	deficit di <i>setting</i> assistenziali e di adeguata gamma di servizi [incompletezza di percorsi assistenziali], con impossibilità di realizzare reti - specie verticali (funzione ospedaliera non in grado di garantire servizi per le discipline necessarie ai fabbisogni) - e percorsi completi
possibilità di concentrarsi sui soli processi critici e maggiore tempestività di azione manageriale	incapacità a conseguire economie di scala
maggiori opportunità di controllo della spesa e di coinvolgimento attivo degli ordinatori, anche per ovviare a scarsità / debolezza <i>middle management</i> in alcuni settori	“eccesso” di adattamento alle «pressioni» ambientali (alterazioni nelle dinamiche dei costi anche per induzione di bisogni)
maggior possibilità di governo delle relazioni con gli <i>stakeholders</i> esterni, in particolare gli enti locali	tendenza al “microcosmo”, con poche capacità di crescita, interrelazione, confronto, apertura e “forza”, e con effetti di de-professionalizzazione degli operatori
coinvolgimento degli operatori e possibile rafforzamento del loro senso di identità ed appartenenza	figura del DG (DS-DA) che inevitabilmente comprime autonomie professionali, gestionali ed operative fondamentali per il buon funzionamento dei servizi
maggior facilità di adattamento alle «pressioni» ambientali (risposta al sorgere di nuovi bisogni) (SOPPERIRE CON BILANCIAMENTO ACCENTRAMENTO / DECENTRAMENTO)	disarticolazione del sistema regionale, con grave perdita delle sinergie e dinamiche di «dis-integrazione», effetto di forza centrifuga con disarmonia / conflittualità del sistema

Da azienda unica a 1 ente intermedio + 12 AS

il DG in un modello di macro-aggregazione (es. azienda unica)

- ▶ *Leadership* interna alla macro-organizzazione forte
- ▶ Governo dei processi efficiente ed efficace vista la maggiore dimensione di questi
- ▶ Alta capacità di delega
- ▶ *Commitment* politico in linea con «accentramento» di funzioni (in coerenza con i ruoli definiti dal modello)

il DG in un modello di modello più «dis-aggregato»

- ▶ Percorrere meccanismi di interrelazione istituzionale (tra i molteplici attori del sistema)
- ▶ Pluralità soggetti coinvolti nelle decisioni strategiche
- ▶ Precisa interpretazione delle regole di sistema e del/i ruolo/i di coordinamento
- ▶ Garanzia dei ruoli assegnati

Il ruolo di ARES L.R. 24/2020

L'introduzione dell' **Ente intermedio** per il SSR

La riforma sanitaria disegnata dalla L.R. n. 24/2020 prevede di affidare alle **Aziende Sanitarie Locali (ASL)** la **responsabilità dei processi assistenziali nei rispettivi territori di competenza** e ad **ARES** di assicurare in maniera **centralizzata le funzioni di supporto tecnico e amministrativo** per tutte le aziende sanitarie del sistema regionale

ARES è configurata come **Ente Intermedio**. Per enti intermedi, nello specifico, si intendono quelle forme che vanno progressivamente popolando lo spazio tra assessorato e aziende (Rapporto OASI 2022)

Attualmente nel panorama nazionale si contano 32 soggetti intermedi in 16 SSR*, differenziati in termini di ruoli e responsabilità a loro affidati;

- 1) esercizio di funzioni di governo (pianificazione e programmazione operativa, assegnazione di finanziamenti);
- 2) esercizio di funzioni di supporto amministrativo e/o operativo che attengono alla distribuzione delle risorse nel sistema, al coordinamento e monitoraggio di attività o alla gestione di processi amministrativi in precedenza svolti dalle aziende.

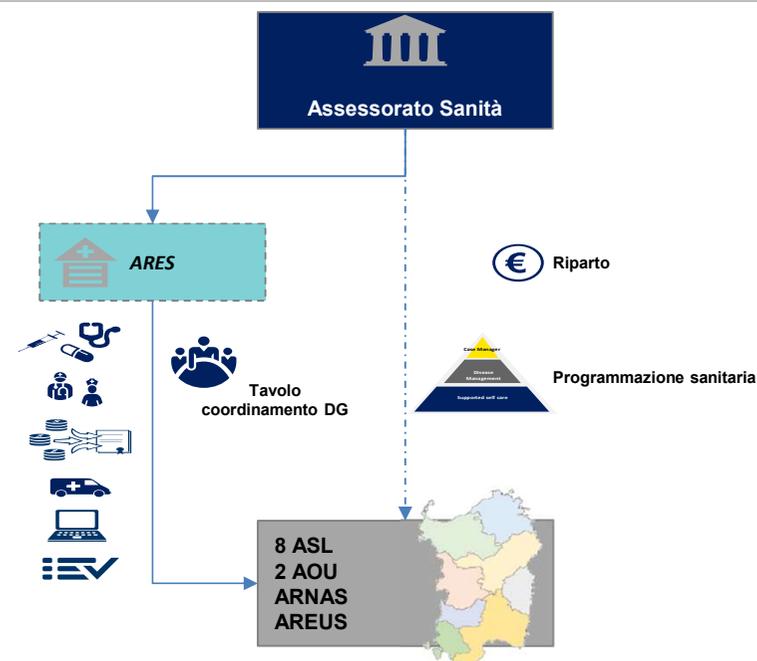
Il ruolo di ARES L.R. 24/2020

-  ▶ **Centrale di committenza** per conto delle aziende sanitarie e ospedaliere della Sardegna per l'acquisizione di beni e servizi
-  ▶ Gestione delle **procedure di selezione e concorso del personale del SSR**
-  ▶ Gestione delle **competenze economiche** di tutto il personale del SSR (stipendi, contributi)
-  ▶ Gestione della **medicina convenzionata**
-  ▶ Supporto tecnico all'attività di **formazione del personale** del servizio sanitario regionale
-  ▶ **Omogeneizzazione della gestione dei bilanci** e della contabilità delle singole aziende, omogeneizzazione della gestione del patrimonio
-  ▶ Servizi tecnici per **HTA, Ingegneria Clinica**
-  ▶ Progressiva razionalizzazione del sistema logistico
-  ▶ **Gestione delle infrastrutture di tecnologia informatica, connettività, sistemi informativi e flussi dati** in un'ottica di omogeneizzazione e sviluppo del sistema ICT
-  ▶ **Gestione della committenza** inerente l'acquisto di prestazioni sanitarie e socio-sanitarie da privati
-  ▶ **Controlli di appropriatezza** e di congruità dei ricoveri ospedalieri di qualunque tipologia
-  ▶ Omogeneizzazione dell'assistenza farmaceutica, protesica, integrativa e dell'utilizzo dei dispositivi medici, gestione HUB del farmaco
-  ▶ Centro regionale per il *Risk Management*

Il ruolo di ARES L.R. 24/2020

Cosa è e cosa non è ARES secondo la legge di riforma

- ▶ ARES è una azienda sanitaria con funzioni di supporto agli altri enti del SSR deputati ad erogare l'assistenza
- ▶ Non è un ente puramente tecnico ma ha anche una valenza sanitaria (es. ESTAR Toscana)
- ▶ Non ha funzione di G.S.A. né di riparto del FSR (effettuato dall'Assessorato). Ha però competenza di cassa su una serie di pagamenti del sistema e, ad oggi, mantiene la gestione della maggior parte dei finanziamenti per investimenti (probabili imminenti modifiche per gestione HUB farmaco)
- ▶ Non è gerarchicamente al di sopra delle aziende erogatrici in termini di programmazione sanitaria (compito della RAS). Le funzioni di programmazione vengono comunque garantite per l'esigenza afferente la pianificazione dei fabbisogni dei fattori produttivi (beni, servizi e risorse umane per tutto il SSR)



	ARES Sardegna	AZIENDA ZERO	Regione Lombardia	ESTAR
Programmazione sanitaria	 Funzione svolta dall'Assessorato	 Funzione svolta da Azienda Zero	 Funzione svolta dalle 8 ATS (enti intermedi)	 Funzione svolta dall'Assessorato
GSA – Riparto FSR	 Funzione svolta dall'Assessorato	 Funzione svolta da Azienda Zero	 Funzione svolta dalla Presidenza	 Funzione svolta dall'Assessorato
Certificabilità, internal audit	 Funzione svolta da ARES	 Funzione svolta da Azienda Zero	 Funzione svolta nel singolo Ente erogatore	 Funzione svolta nel singolo Ente erogatore
Acquisti di beni e servizi – tecnologie biomedicali e ICT	 Funzione svolta da ARES	 Funzione svolta da Azienda Zero	 Funzione svolta da ARIA (Ente Intermedio)	 Funzione svolta da ESTAR
Gestione committenza	 Funzione svolta da ARES	 Funzione svolta dall'Assessorato	 Funzione svolta da Assessorato e da ATS	 Funzione svolta dall'Assessorato e da singola USL
Risk Management	 Funzione svolta da ARES	 Funzione svolta da Azienda Zero	 Funzione svolta nel singolo Ente erogatore	 Funzione svolta nel singolo Ente erogatore
Logistica e magazzini	 Funzione svolta da ARES	 Funzione svolta da Azienda Zero	 Funzione svolta nel singolo Ente erogatore	 Funzione svolta da ESTAR
Gestione del personale e ricerca e selezione	 Funzione svolta da ARES	 Funzione svolta da Azienda Zero	 Funzione svolta nel singolo Ente erogatore	 Funzione svolta da ESTAR

Aggiustamenti necessari per l'attuale modello

1 Interpretazione chiara della norma su ruoli e compiti assegnati

2 Regia centrale per omogeneizzazione dei processi amministrativi

- ▶ Modelli centralizzati di gestione Risorse Umane: regia centrale gestione dei fabbisogni; centralizzazione della gestione economica e uniformità gestione incarichi; regia centrale per evitare crisi e disallineamenti tra aziende
- ▶ Omogeneizzazione contabile attraverso parte di gestione dei contributi destinati ad acquisti di sistema (modello hub del farmaco)
- ▶ Uniformità di gestione nella sanità digitale (cybersicurezza, CCE)

3 Ruolo nella programmazione dei fattori produttivi del sistema (risorse umane, beni sanitari)

- ▶ Centralizzazione e delega ad ARES dell'istituzione e del presidio di una metodologia omogenea di definizione del fabbisogno del personale, in sinergia con le aziende sanitarie, in modo da garantire l'uniformità del modello utilizzato per la relativa determinazione nell'intero panorama degli enti sanitari regionali
- ▶ Supporto alla programmazione dei fabbisogni di farmaci e DM in ottica di gare centralizzate e di gestione centralizzata del magazzino unico e della logistica (es. stima fabbisogni su base storica; metodologia prezzi standard; etc.)

Aggiustamenti necessari per l'attuale modello

il DG in un Ente intermedio

- ▶ *Leadership* di sistema
- ▶ Allineamento strategico forte con la Direzione dell'Assessorato regionale competente
- ▶ Competenze trasversali e multidisciplinarietà
- ▶ Obiettivi condivisi

Pro e contro dell'attuale sistema

PROs *[punti di forza]*

- ▶ Economie di scala e di esperienza nelle procedure di selezione e maggior potere contrattuale
- ▶ Uniformità di procedure amministrative
- ▶ Referente unico per rilevazione fabbisogni regionali
- ▶ Omogeneizzazione della gestione contabile
- ▶ Referente unico per investimenti e rendicontazioni

CONS *[punti di debolezza]*

- ▶ Meccanismi di coordinamento ancora deboli
- ▶ In caso di divergenze da DG AS ed ente intermedio si apre una conflittualità tra aziende che potrebbe ingessare il processo

GRAZIE per l'ascolto

