

ANMDO news

postatarget creative
LO/1727/2008
Posteitaliane

Anno XI - n°5/13

PERIODICO DELL'A.N.M.D.O. ASSOCIAZIONE NAZIONALE DEI MEDICI DELLE DIREZIONI OSPEDALIERE
EDITO DA: EDICOM SRL - VIA ALFONSO CORTI 28 - 20133 MILANO - TEL. 0270633694 - FAX 0270633429 - INFO@GSANEWS.IT WWW.GSANEWS.IT

SOMMARIO

2

La spesa sanitaria italiana. Quel che si vede, quel che non si vede

“La spesa sanitaria italiana. Quel che si vede, quel che non si vede” è un agile libro scritto da Lucia Quagliano e Alberto Mingardi (rispettivamente, fellow e Direttore Generale dell'Istituto Bruno Leoni) e da Gabriele Pelissero (presidente nazionale Aiop). Il volume, attraverso un confronto internazionale...



3

ANMDO e Fondazione MSD ancora insieme per l'eccellenza operativa in Sanità

Il 24 Settembre i membri del Direttivo al corso “Nuovi Strumenti del Governo Clinico”. Nuovi strumenti per il Governo Clinico: questo il tema del corso che il 24 Settembre, il giorno prima dell'avvio del 39° Congresso Nazionale ANMDO, ha riunito tutti i membri del Direttivo. L'iniziativa di formazione si collega alla più ampia progettualità sul Governo Clinico che l'ANMDO insieme...

4

39° Congresso Nazionale ANMDO Politica, Economia e Technè: per quale sanità?

Stiamo vivendo un periodo di grande cambiamento in cui si fa un gran parlare di spending review, ovvero di revisione della spesa pubblica. Senza entrare nel merito dell'originalità dell'interpretazione italiana del concetto di spending review...



Scegliere con saggezza nel tempo dell'austerità

Nel guardare la situazione complessiva della sanità nel nostro Paese, l'immagine che ne deriva è quella di un sistema “inciampato nella crisi”, in cui ai proclami e alle ambizioni di trasformazione non sono seguiti successi rilevanti e comunque decisivi. Il tempo dell'austerità sembra costringere, più che ad una nuova agenda, ad un cambio radicale di prospettiva: piuttosto che ad uno sviluppo a partire da nuove basi concettuali, pare che l'obiettivo sia quello di una riduzione al minimo dei danni provocati dalla drastica riduzione delle risorse rese disponibili. Il nostro Sistema Sanitario Nazionale, introdotto nel 1978 e faticosamente costruito negli anni successivi, è frutto di una battaglia di civiltà finalizzata a cercare di realizzare un elevato livello di assistenza sanitaria in tutto il Paese e a garantire uniforme accessibilità ed equità. Una politica radicale di “riduzione del danno”, rischia di stravolgere definitivamente la natura stessa del Sistema Sanitario, a impronta universalistica e con una tensione costante al miglioramento della qualità dell'assistenza e al mantenimento di elevati livelli di prestazione.

La necessaria politica di perseguimento dell'efficienza si è basata negli ultimi anni più sul razionamento che sulla razionalizzazione delle risorse, più sulla riduzione della spesa che sul miglioramento della stessa. Eppure un'altra politica sanitaria è possibile, riportando al centro della discussione la legittimizzazione del Sistema Sanitario Nazionale che, nell'ambito di un Welfare sostenibile, garantisca prestazioni di “eccellenza” per tutti i cittadini. Una prospettiva da perseguire non attraverso tagli dettati dalle “emergenze”, vere o presunte, ma con un paziente e tenace lavoro che vuole “aggiungere togliendo”. La vera sfida, che riguarda sia il mondo clinico che quello dei professionisti che hanno responsabilità direzionali e organizzative in sanità, è quella di “aggiungere” qualità e sicurezza, “togliendo” sprechi, inefficienze se non vere e proprie frodi.

E' infatti “AGGIUNGERE TOGLIENDO” il titolo del seminario che l'ANMDO ha organizzato a Bologna nella giornata del 21 novembre 2013, con l'intento di aprire una riflessione su appropriatezza e sicurezza delle cure.

L'occasione della realizzazione di quello che vuole essere anche e soprattutto un momento di confronto e di crescita è stato offerto dalla campagna “Choosing Wisely” (scegliere saggiamente): un'iniziativa promossa dall'American Board of Internal Medicine Foundation (ABIM) insieme a Consumer Reports, associa-



Dott. Gianfranco Finzi



Dott. Ottavio Nicastro

zione indipendente di consumatori, e diverse società scientifiche statunitensi (<http://www.choosingwisely.org>). Proprio a ciascuna di queste ultime (erano inizialmente 9 le società scientifiche coinvolte e ad oggi più di 50 hanno aderito alla campagna partita nel 2012) è stato chiesto di stilare una “Top Five list”, un elenco di cinque prestazioni, procedure diagnostiche o terapeutiche, che pur essendo costose e comunemente utilizzate nella pratica clinica, risultano di dubbia utilità, non determinanti dei benefici significativi e al contrario fonte di rischi non giustificabili per i pazienti.

Per rispondere a questa sollecitazione sono stati individuati i criteri discriminanti per assicurare una “scelta saggia” rispetto all'erogazione dell'assistenza, valutando quindi preliminarmente se le prestazioni da prescrivere ed erogare fossero “evidence-based”, se queste non costituissero inutili e ridondanti duplicazioni, se fossero realmente necessarie e scevre da rischi per il paziente.

Nell'ambito del programma Choosing Wisely sono state individuate una serie di prestazioni, procedure ed interventi ritenuti di dubbia o discutibile necessità e per ciascuno di essi sono state argomentate le motivazioni del giudizio ed associate le “buone pratiche” per fare invece “la cosa giusta”, come ad esempio “non eseguire test di screening con elettrocardiogramma da sforzo in pazienti asintomatici a basso rischio di malattia coronarica” o “evitare diagnosi e gestione dell'asma senza prima aver effettuato una spirometria”.

Forse 5 prestazioni/pratiche per specialità possono sembrare un numero limitato, ma rappresentano sicuramente una buona base di partenza e comunque se le indicazioni fossero realmente seguite dai professionisti si avrebbe un risultato rilevante in termini di qualità e sicurezza

delle cure, nonché un considerevole risparmio di risorse. In tutti i casi ad oggi 31 società scientifiche hanno prodotto ciascuna un elenco e altri ne verranno realizzati tra la fine del 2013 e l'inizio del 2014.

Un lungo percorso che richiede sicuramente una presa di coscienza, una maggiore consapevolezza e più in generale un mutamento culturale nell'ambito del mondo clinico. I medici sono spesso riluttanti a utilizzare i protocolli di trattamento e le pratiche che descrivono approcci “predefiniti” alla cura del paziente. Le “buone pratiche” sono state criticate ed etichettate come “cookbook medicine”, mentre ha avuto maggior successo l'idea di una cura “sartoriale” legata all'unicità di ogni paziente.

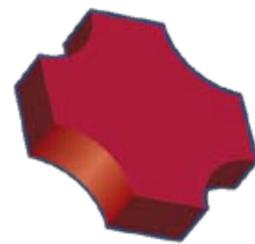
Eppure è evidente in molti professionisti l'impegno a non prescrivere determinate prestazioni, contribuendo ad aumentare l'appropriatezza e la sicurezza e nello stesso tempo a ridurre gli sprechi. Sono sempre di più i professionisti che si interrogano sul valore del giudizio clinico e si fanno interpreti di un pensiero critico che è determinante nella pratica di una buona medicina; un pensiero critico che impone delle domande su quali soggetti traggono beneficio dall'inappropriatezza, su chi guadagna o perde in salute in base alla scelte che vengono effettuate.

Domande da farsi, come quella “Do you need that test?” che veniva posta nell'aprile del 2012 pochi giorni dopo la pubblicazione della lista stilata dalle società scientifiche, in un editoriale del New York Times.

E l'invito a interrogarsi viene posto dai soggetti promotori della campagna non esclusivamente ai medici: “Five Things Physicians and Patients Should Question”, rappresenta la sollecitazione a distinguere le procedure diagnostico-terapeutiche necessarie da quelle non

È attivo il sito nazionale ANMDO
www.anmdo.org





necessarie rivolta non soltanto ai professionisti ma anche ai pazienti. Il coinvolgimento nella campagna statunitense di una associazione di consumatori non è da considerarsi casuale, ma va letta nell'ottica di una auspicata comune crescita culturale ai fini di una stretta collaborazione se non di una vera e propria alleanza.

Risulta infatti indispensabile che anche i cittadini\utenti siano informati sul differente valore delle prestazioni assistenziali, in modo da essere in condizione di interloquire con maggiore consapevolezza con il proprio medico, giocando comunque un ruolo da protagonisti. Un protagonismo da esercitare a diversi livelli: nella scelta di sottoporsi a prestazioni

che non siano inutili o potenzialmente dannose; nella consapevolezza delle ricadute in termini economici, contributivi e fiscali, derivante dell'erogazione di tali prestazioni sanitarie e del peso dello spreco nella sostenibilità del sistema sanitario. Quello che in fondo si chiede ai vari soggetti che sono coinvolti sul tema dello "scegliere saggiamente", è di ritrovarsi sui principi ispiratori definiti nell'ambito della National Quality Strategy del Dipartimento della Salute del governo federale statunitense, che considerano le prestazioni caratterizzate da un alto valore quelle in grado di produrre i migliori risultati in termini di salute, per gli individui e per la popolazione, ai costi più bassi (<https://www.ahrq.gov/workingforquality/index.html>), interpretando la dimensione qualità e il fattore costo in modo sinergico e interdipendente, e non in modo indipendente o contrapposto.

Nel percorso che conduce quindi alla riduzione degli sprechi, l'identificazione di prestazioni e servizi a basso valore e la disincentivazione della loro produzione ed utilizzo rappresenta l'attività da perseguire con maggiore decisione. Lo "scegliere saggiamente" tira quindi in causa anche il ruolo determinante di chi ha responsabilità di direzione e organizzazione sanitaria, chiamato a confrontarsi dialetticamente e ad agire in maniera sinergica con gli altri soggetti-attori: decisori politici, clinici e cittadini. In questo senso l'evento di novembre

a Bologna, a cui sono stati invitati a partecipare i referenti di società scientifiche ed associazioni di nefrologi, oncologi, radiologi, gastroenterologi e cardiologi, vuole essere solo un primo momento per un percorso di riflessione interno ed esterno all'ANMDO, che conduca a rispondere con successo alla sfida della costruzione di un Sistema Sanitario che declini la qualità nelle sue varianti di appropriatezza, sicurezza e attenzione ai costi e alla sostenibilità.

Dott. Gianfranco Finzi
Presidente Nazionale ANMDO

Dott. Ottavio Nicastro
Segretario Scientifico ANMDO Regione Emilia Romagna

La spesa sanitaria italiana. Quel che si vede, quel che non si vede

"La spesa sanitaria italiana. Quel che si vede, quel che non si vede" è un agile libro scritto da Lucia Quaglino e Alberto Mingardi (rispettivamente, fellow e Direttore Generale dell'Istituto Bruno Leoni) e da Gabriele Pelissero (presidente nazionale Aiop).

Il volume, attraverso un confronto internazionale, mira a fornire una visione d'insieme dei sistemi sanitari europei, con uno sguardo critico sulle dinamiche di spesa e i livelli di offerta: tale analisi è finalizzata a capire quanto l'attuale modello di gestione del Sistema Sanitario Nazionale (Ssn) sia ancora sostenibile e come riformarlo.

Rispetto ai Paesi dell'Unione Europea, dell'Eurozona e dell'Ocse, l'Italia non sembra avere una spesa sanitaria – in proporzione al Pil – eccessivamente alta, anche grazie alle politiche di contenimento degli anni Novanta. Nel 2010 la spesa sanitaria italiana era infatti pari al 9,3 per cento del Pil, in linea con il valore medio dei Paesi Ocse (8,9 per cento), dell'Europa a 27 Paesi (9 per cento) e dei Paesi dell'Eurozona (9,6 per cento).

Tuttavia, l'analisi evidenzia che, sebbene la spesa sanitaria pubblica nel nostro paese non sia anomala dal punto di vista quantitativo, lo è da quello qualitativo. Il nostro paese non è efficiente né riguardo al livello di spesa in termini assoluti, né con riferimento all'utilizzo delle risorse. Piuttosto, come sottolinea Pelissero, «il problema italiano non è quello di una spesa sanitaria eccessiva, anzi è invece quello di una spesa sanitaria più che moderata in uno Stato con una spesa pubblica complessiva eccessiva».

Il sistema sanitario italiano, quindi, non richiede un taglio della spesa sanitaria, ma che quest'ultima sia resa più virtuosa e ordinata.

A tal fine, gli autori proseguono con l'esaminare la composizione e la qualità della spesa: dall'analisi emerge che le tendenze di lungo termine potrebbero far emergere delle criticità patologiche. Infatti, si prevede che i livelli di spesa crescano fino al punto da diventare insostenibili, considerata la precarietà delle finanze pubbliche.

Secondo gli autori, le principali inefficienze vanno ricondotte a fattori strutturali: innanzitutto, vi è una forte disuguaglianza nel consumo delle risorse, concentrato sui cittadini con malattie più gravi e che hanno bisogno di cure costanti. Il 40 per cento dei cittadini, invece, non ne usufruisce, perché non ne ha bisogno o perché necessita di prestazioni – quali l'odontoiatria – che il sistema sanitario pubblico eroga solo in parte. Altri preferiscono rivolgersi a fornitori privati.

La rete di ospedali di diritto privato in Italia risulta oggi rilevante: a fronte del 14,4 per cento della spesa pubblica ospedaliera, essa fornisce il 26,9 per cento delle giornate di degenza complessive e il 24,1 per cento di tutti i ricoveri. Il ruolo del privato non è affatto residuale, sia in termini qualitativi che quantitativi, in quanto è in grado di fornire una quantità maggiore di prestazioni rispetto al pubblico a costi contenuti. L'ospitalità privata ha quindi un vero e proprio effetto "calmiere" sulle spese.

Ciononostante, le sue potenzialità non sono ancora sfruttate al massimo: persistono, infatti, alcuni elementi distorsivi a causa dei quali vi è una disparità di trattamento tra pubblico e privato. In particolare, il motivo principale è riconducibile alla disapplicazione del principio del pagamento a prestazione per l'attività ospedaliera e specialistica ambulatoriale, sia nel settore pubblico che in quello privato, previsto dalla riforma Amato. Senza tale meccanismo di finanziamento non è possibile incentivare gli erogatori verso una maggiore efficienza e, quindi, stimolare un meccanismo competitivo virtuoso verso una più virtuosa gestione dei bilanci e un miglioramento della qualità delle cure fornite.

Tra le altre criticità strutturali, si registrano gli elevati disavanzi a livello regionale. Le Regioni tendono infatti a sottostimare il fabbisogno per contenere la spesa effettiva. Lo scostamento tra quanto previsto e quanto realmente speso si riflette poi nei deficit delle Regioni, coperti successivamente dal Fondo sanitario nazionale. In particolare, tre sole Regioni (Lazio, Campania e Sicilia), hanno prodotto il 69 per cento del disavanzo cumulato nel periodo 2001-2010. Le Regioni (Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Sicilia e Puglia) che continuano a registrare risultati di bilancio negativi hanno contribuito per l'86,4 per cento del disavanzo complessivo.

Sono otto le Regioni che fin dal 2007 registrano risultati positivi: Lombardia, Toscana, Umbria, Marche, la Provincia autonoma di Bolzano, la Regione Friuli Venezia Giulia, Piemonte ed Emilia-Romagna. Dal 2010 si è aggiunta anche la Calabria. Alcune di queste (Piemonte, Emilia-Romagna e Calabria) hanno però dovuto ricorrere a un aumento delle entrate fiscali per ottenere tali risultati, e non sono intervenute invece sulle inefficienze.

I risultati peggiori si registrano al Sud, anche per quanto riguarda il livello di qualità del servizio offerto e delle prestazioni erogate. Si tratta, peraltro, di un divario, quello tra il Mezzogiorno e il Nord, in costante aumento dalla fine degli anni Novanta. Si osserva inoltre uno scostamento tra la spesa e il livello delle prestazioni offerte: alcune Regioni, quindi, spendono molto, e rendono in cambio un servizio di bassa qualità. Molte risorse vengono sprecate.

Si innesca così un circolo vizioso di scarsa capacità di controllo delle spese e inadeguato livello del servizio, che tende a protrarsi nel tempo e a ampliare le disparità regionali.

Un altro modo di guardare al problema è tener conto della percezione del servizio, in un settore strategico come quello sanitario: da questa prospettiva, emergono criticità sia rispetto alla qualità percepita, che rispetto al rapporto tra versamenti effettuati e benefici ricevuti, a causa - secondo i cittadini - di sprechi e di una gestione poco imprenditoriale e ancora troppo politicizzata. In particolare, gli italiani lamentano arretratezza tecnologica e scarsa trasparenza nella qualità e organizzazione del servizio. Inoltre, quasi la metà della popolazione teme di non poter ricevere cure adeguate e il 37 per cento considera gli altri sistemi sanitari migliori.

Gli sprechi, una gestione poco imprenditoriale e la scarsa



Prof. Gabriele Pelissero

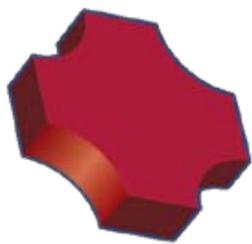
concorrenza sono dunque i principali mali che colpiscono che il sistema sanitario italiano.

Ciò che, quindi, si vede, è il livello di spesa sanitaria, in linea con la media delle aree Euro e Ocse; quello che invece non si vede è il relativo sistema di finanziamento, inadeguato a tener conto dell'evoluzione della domanda, dei cambiamenti dei suoi bisogni e delle nuove tecnologie, soprattutto nel momento in cui si guardi alle sue probabili evoluzioni future.

È dunque evidente che emergono potenziali e importanti margini di risparmio ed efficientamento, che richiedono nuovi interventi, ben più ampi dei soli provvedimenti di finanza pubblica.

I capitoli conclusivi del libro si concentrano proprio sulle possibili misure per risolvere questi problemi strutturali. Il concetto di "spesa aggredibile" (intesa quale spesa "rivedibile"), attorno al quale ruota la *spending review* predisposta dal Governo Monti è, in realtà, inadeguato.

La *spending review* prevedeva un taglio pari a 14.250 milioni di euro nel triennio 2012-2014: tuttavia, le giustificazioni di tagli così drastici si basano su un confronto tra funzioni (ordine pubblico e sicurezza, istruzione, difesa ecc.) molto diverse tra loro e, quindi, difficilmente comparabili. Per quanto riguarda la struttura della spesa aggredibile, la componente di maggior rilievo è costituita dall'acquisto di beni e servizi delle aziende sanitarie e ospedaliere. E quindi dagli



acquisti delle aziende sanitarie e ospedaliere che dovrebbe partire la riduzione delle spese.

Questo potrebbe però creare effetti distorsivi: si tratta, infatti, di tagli lineari che, in quanto tali, non consentono di modulare la spesa sanitaria in base alle specificità dei diversi sistemi sanitari regionali. Il rischio è che, a rimetterci, saranno soprattutto le Regioni migliori.

Inoltre, se le Regioni non volessero o potessero tagliare i costi di beni e servizi, bisognerebbe diminuire i volumi degli acquisti da parte delle aziende pubbliche, con conseguente pericolo di scadimento della qualità dei servizi; oppure dovrebbero ridurre i fondi per i privati, riducendo così le prestazioni e facendo aumentare le liste di attesa.

Un ultimo elemento distorsivo è rappresentato dallo spostamento della domanda dagli erogatori privati, pagati a tariffa, agli erogatori pubblici, pagati invece a costi. In tal caso, gli erogatori pubblici già in deficit aumenterebbero il loro deficit.

Il percorso seguito per la *spending review* non consente quindi di creare un modello di gestione/finanziamento sano, flessibile, che consenta a una pluralità di operatori di confrontarsi e competere tra loro, in modo da garantire la sostenibilità del sistema sanitario anche nel lungo periodo.

Anzi, il potenziale pericolo legato a tagli così drastici è quello di un sottofinanziamento del sistema, a cui seguirebbe uno scadimento del servizio e incapacità di adeguarsi all'evoluzione tecnologica, con il rischio di farlo cadere in una condizione permanente di sottosviluppo e di incentivare una fuga dei pazienti verso altri paesi.

L'obiettivo della riforma proposta dai tre autori è quello di generare risparmi che possano essere reinvestiti nell'offerta di prestazioni sanitarie, per migliorarne la qualità.

Nell'ultimo capitolo vengono presentati alcuni suggerimenti, ispirati alla riforma Amato degli anni Novanta, finalizzati ad andare oltre quanto finora fatto. Tuttavia, la riforma non fu mai completamente attuata.

Pur nel rispetto dei principi di universalità e solidarietà del finanziamento, la riforma disegnava un sistema che consentisse di superare il modello di monopolio pubblico nella fornitura ed erogazione di servizi sanitari, finanziati tramite il pagamento a piè di lista, indipendentemente dalla quantità e qualità dei servizi forniti, con cui si dava origine a sprechi



e inefficienze a spese del bilancio dello Stato. L'innovazione della proposta Amato consisteva nell'introdurre degli elementi di concorrenzialità nel servizio e la parità di trattamento tra pubblico e privato: a tal fine, sia gli erogatori di diritto pubblico che quelli di diritto privato venivano assoggettati all'accreditamento, necessario a verificare e garantire il rispetto dei requisiti necessari per fornire le prestazioni sanitarie. Grazie al meccanismo competitivo e alla libertà di scelta conferito ai pazienti, si rendeva il servizio flessibile e adattabile alle esigenze mutevoli della domanda, superando così il modello centralistico.

Gli erogatori di diritto pubblico avrebbero dovuto trasformarsi in senso aziendalistico, con modalità organizzative e gestionali tipici delle vere aziende: le Unità sanitarie locali sarebbero diventate Aziende sanitarie locali, mentre le strutture ospedaliere si sarebbero trasformate in Aziende ospedaliere.

Ma la novità di maggior rilievo era rappresentata dal principio del pagamento a prestazione per tutti gli operatori.

Tuttavia tale riforma fu interrotta ben presto, e furono presto ripristinati modelli centralistici non competitivi.

Riprendendo la proposta del governo Amato, i suggerimenti di Quaglino, Mingardi e Pelissero mettono al centro il metodo di finanziamento, nel rispetto dei principi di solidarietà e responsabilità, per impedire sprechi ed evitare che i deficit debbano essere ripianati dalle Regioni virtuose. Si prevede quindi l'applicazione del principio di pagamento a prestazione per tutti e non solo per i privati; la promozione della qualità del servizio e la libertà di scelta dei consumatori, tramite la mobilità sanitaria; la ristrutturazione della rete ospedaliera, sia sotto il profilo tecnologico che edilizio; la creazione di un'agenzia di vigilanza e controllo indipendente e trasparente.

In caso contrario, si rischia che la mancanza di copertura pubblica richieda una riduzione dell'ambito di copertura offerto dal Ssn, con conseguente ridefinizione dei Lea (Livelli Essenziali di Assistenza) ed esclusione dal Ssn di una fascia di popolazione oltre un certo livello di reddito, con una corrispondente diminuzione del carico fiscale per compensare la riduzione dei servizi offerti.

A oggi, quindi, ci troviamo di fronte a una scelta politica tra l'adeguamento contabile del sistema, che può ottenersi solo con tagli lineari, oppure una serie di interventi più precisi per individuare, e rimuovere, le sacche di inefficienza, rendere il sistema sanitario sostenibile nel lungo periodo e permettere di investire le risorse oggi sprecate in un miglioramento delle prestazioni offerte.

Dott. Gianfranco Finzi

Presidente Nazionale A.N.M.D.O.

Prof. Ugo Luigi Aparo

Segretario Scientifico Nazionale A.N.M.D.O.

ANMDO e Fondazione MSD collaborano per l'eccellenza operativa in Sanità

Il 24 Settembre i membri del Direttivo al corso "Nuovi Strumenti del Governo Clinico"

I principi del governo clinico

Nuovi strumenti per il Governo Clinico: questo il tema del corso che il 24 Settembre, il giorno prima dell'avvio del 39° Congresso Nazionale ANMDO, ha riunito tutti i membri del Direttivo.

L'iniziativa di formazione si collega alla più ampia progettualità sul Governo Clinico che l'ANMDO insieme a FIASO e con il supporto non condizionato della Fondazione MSD sta portando avanti in diverse regioni italiane: un ciclo di workshop residenziali a carattere regionale, nei quali, coinvolgendo le Direzioni Strategiche delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere che operano nei territori regionali, si approfondiscono potenzialità e ambiti di applicazione di metodologie industriali applicate alla sanità.

Obiettivo di questo ciclo di corsi ECM – ad oggi già svolti in Lazio e Puglia e programmati per altre Regioni italiane nel corso del 2014 - è promuovere la costruzione di un framework culturale condiviso tra tutti i professionisti sul tema del governo clinico e una formazione specifica sulle metodologie più innovative ad oggi disponibili per perseguire obiettivi di eccellenza operativa.

In particolare, l'opportunità di una giornata di formazione ad hoc per i membri del Direttivo è legata alla consapevolezza che l'efficacia degli interventi del Governo Clinico richiede un adeguato commitment della Direzione Strategica e la capacità che il cambiamento nell'approccio manageriale permei tutti i livelli dell'orga-

nizzazione sanitaria: dalla programmazione alla operatività. Nel corso della giornata di lavori del 24 Settembre, il medico di Direzione Sanitaria, attraverso lezioni frontali e workshop interattivi, è entrato in contatto e ha conosciuto le potenzialità e le concrete modalità applicative di nuovi strumenti del governo clinico, con un focus sulle più moderne metodologie industriali applicate alla sanità (ad es. Lean Six Sigma); metodologie che non hanno la pretesa di sostituire il medico o il personale sanitario, ma lo supportano quotidianamente nel conseguimento del miglioramento continuo, attraverso quella perfetta combinazione fra l'approccio "ad hoc" nella cura del paziente e il rigore metodologico volto all'erogazione efficace e snella dei servizi.

La giornata di lavori, così come l'intera iniziativa formativa in cui essa è inserita, si integra perfettamente con quelli che sono gli obiettivi del 39° Congresso dell'ANMDO, quest'anno dedicato ad un approfondimento degli strumenti a disposizione del medico di Direzione Sanitaria per fare in modo che la sanità continui ad essere una componente e una competenza essenziale dei sistemi sociali, nonostante la cronica riduzione di risorse disponibili per il suo governo.

Come si legge nell'introduzione al programma del Congresso "di pari passo con i progressi scientifici, abbiamo assistito nei secoli anche alla trasformazione dei metodi di gestione e alla comparsa di nuovi strumenti gestionali

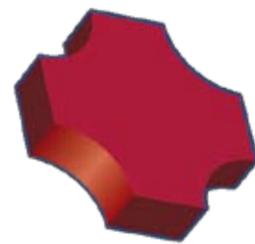
disponibili. Fino a non molto tempo fa c'era tempo per approssimare e utilizzare senza troppa fretta i nuovi strumenti gestionali. Oggi, in tempi di *spending review*, le cose sono cambiate. Dobbiamo agire in tempo reale. Dobbiamo capire quali sono gli strumenti gestionali in evoluzione, anche in settori professionali diversi dal nostro e verificare se siano o meno applicabili in maniera proficua anche in ambito sanitario".

In questa direzione, il ciclo di seminari e la giornata di lavori del 24 sul tema "Nuovi Strumenti del Governo Clinico" - promossi in partnership con la Fondazione MSD - sono un modo concreto di arricchire la cassetta degli attrezzi del medico di Direzione Sanitaria con nuovi ed innovativi strumenti manageriali per far fronte alla quotidiana esigenza di garantire un continuo miglioramento della qualità dei servizi ed elevati standard assistenziali, nel rispetto di ugualmente importanti obiettivi di sostenibilità.

Una opportunità di formazione e di aggiornamento che Mi auguro possa contribuire a favorire sempre più la capacità dei medici di Direzione Sanitaria di esercitare il ruolo di protagonisti che a loro compete nella Sanità italiana ed europea proprio in virtù di uno specifico, completo e sempre aggiornato bagaglio culturale e professionale.

Dott. Gianfranco Finzi

Presidente Nazionale ANMDO



39° Congresso Nazionale ANMDO

Politica, Economia e Technè: per quale sanità?

PRESENTAZIONE

Stiamo vivendo un periodo di grande cambiamento in cui si fa un gran parlare di spending review, ovvero di revisione della spesa pubblica. Senza entrare nel merito dell'originalità dell'interpretazione italiana del concetto di spending review, la sua definizione canonica è la seguente: "processo diretto a migliorare l'efficienza e l'efficacia della macchina statale nella gestione della spesa pubblica attraverso la sistematica analisi e valutazione delle strutture organizzative, delle procedure di decisione e di attuazione, dei singoli atti all'interno dei programmi, dei risultati". La peculiare interpretazione italiana di tale revisione ha individuato nella Sanità una priorità su cui intervenire, considerandola un enorme buco nero per le finanze nazionali. L'ANMDO non può condividere tale impostazione. La Sanità è una componente e una competenza essenziale dei sistemi sociali. È governata dalla politica ed è soggetta alle evoluzioni economiche e tecnologiche. Non solo non è un buco nero finanziario, ma rappresenta un grande elemento di

sviluppo per il Paese. Ma è necessario ripensare gli attuali metodi di gestione. Di pari passo con i progressi scientifici, abbiamo assistito nei secoli anche alla trasformazione dei metodi di gestione e alla comparsa di nuovi strumenti gestionali disponibili. Fino a non molto tempo fa, diciamo pure fino a ieri, c'era tempo per approcciare e utilizzare senza troppa fretta i nuovi strumenti gestionali. Oggi le cose sono cambiate. Dobbiamo agire in tempo reale. Dobbiamo capire quali sono gli strumenti gestionali in evoluzione, anche in settori professionali diversi dal nostro e verificare se siano o meno applicabili in maniera proficua anche in ambito sanitario. Senza minimamente tralasciare il continuo approfondimento e aggiornamento delle tematiche tradizionalmente patrimonio culturale dei medici di Direzione Sanitaria, l'ANMDO si prefigge lo scopo di arricchire le competenze dei propri iscritti spronandoli a non dare mai nulla per scontato e a percorrere senza remore di sorta nuovi territori inesplorati, ma potenzialmente di grande interesse per la nostra professione. In quest'ottica abbiamo deciso



d'intitolare il 39° Congresso Nazionale ANMDO, che si terrà a Roma dal 25 al 27 Settembre 2013, "Politica, Economia e Technè: per quale sanità?" con l'intento di contribuire a tratteggiare lo scenario esistente nell'ambiente in cui operano le organizzazioni sanitarie e individuare quali variabili possano essere rilevanti nel processo decisionale aziendale e nelle scelte strategiche e operative dell'azienda stessa. Le riflessioni su tali variabili possono essere sviluppate anche in chiave prospettica al fine d'individuare i principali elementi di discontinuità con i quali i medici di Direzione Sanitaria devono confrontarsi. L'intento è quello di arricchire sempre più la cassetta degli attrezzi degli strumenti gestionali a disposizione dei medici di Direzione Sanitaria e, al contempo, di confrontarsi con i Direttori d'Ospedale europei che ci onorano con la loro presenza. Una cassetta degli attrezzi sempre più sofisticata favorisce sempre più la capacità di esercitare il ruolo di protagonisti nella Sanità italiana ed europea che compete ai medici di Direzione Sanitaria in virtù del loro specifico bagaglio culturale e professionale.



La rivoluzione nel trasporto degenti intraospedaliero: la best practice Markas presso l'Ospedale di Circolo, Fondazione Macchi (Varese)

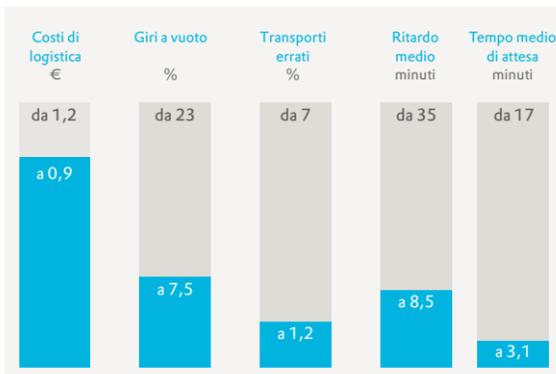


La logistica intraospedaliera rappresenta un aspetto fondamentale nella gestione delle strutture ospedaliere: per questo Markas ha sviluppato e propone presso l'Ospedale di Circolo, Fondazione Macchi di Varese un innovativo sistema di gestione interamente automatizzato. Attraverso un software e una struttura tecnologicamente avanzata viene garantita una maggior efficienza ed efficacia del servizio che assicura un'elevata qualità al paziente. I reparti inseriscono con semplici passaggi le richieste di trasporto da pc: automaticamente il sistema informatizzato assegna all'operatore disponibile più vicino il servizio da espletare, ottimizzando gli spostamenti.

L'operatore visualizza i dettagli del trasporto sul proprio dispositivo portatile e comunica al sistema le diverse fasi del trasporto, dall'avvio alla consegna in reparto: viene fornito anche uno strumento essenziale per la tracciabilità degli operatori, dei pazienti e del materiale trasportato.

Caratteristiche vincenti sono la semplicità d'uso, la riduzione di errore, l'aumento della capacità produttiva e la diminuzione dei costi.

Dati di esperienza di un ospedale con 500 letti



Anche i numeri lo confermano: il sistema automatizzato di Markas rappresenta la scelta migliore per il trasporto intraospedaliero.

NUMERI UTILI

PRESIDENTE

Dott. Gianfranco Finzi
Via Indipendenza 54
CAP: 40121, Bologna (BO)
c/o Studio Professionale Montanari Moscatiello Lombardo
anmdo.presidente@gmail.com

SEGRETERIA SCIENTIFICA

Prof. Ugo Luigi Aparo
Via Indipendenza 54
CAP: 40121, Bologna (BO)
c/o Studio Professionale Montanari Moscatiello Lombardo
Tel. 051/0310109 - Fax 051/0310108
ugoaparo@gmail.com

SEGRETERIA PRESIDENZA A.N.M.D.O.

Via Indipendenza 54
CAP: 40121, Bologna (BO)
c/o Studio Professionale Montanari Moscatiello Lombardo
Tel. 051/0310109 - Fax 051/0310108
Cell. 333/8105555
anmdo.segreteria@gmail.com

SEGRETERIA SINDACALE

Dott. Antonio Carbone
ASL RMF Civitavecchia
Largo Donatori di Sangue 1
CAP: 00053 Civitavecchia (RM)
Tel. 0766/591354 - Cell. 348/0799979
antonio.carbone@aslrmf.it