

# ANMDO

## news



Anno IV - n°2

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

**Intervista al Sottosegretario di Stato, Ministero della Salute, Prof. Sen. Antonio**

**Gaglione**

**Quali sono le 3 scelte che potrebbero cambiare la Sanità dal prossimo quinquennio a parità di risorse?**

Uno: è necessario...



3

**Riflessioni sulle proposte del Ministro della Salute in materia di ammodernamento del Sistema Sanitario in Italia**

La necessità di operare degli interventi legislativi capaci di portare delle correzioni all'attuale assetto organizzativo del Servizio Sanitario Nazionale dettato dai Decreti legislativi n. 229/99 e n. 517/99 è pienamente condivisa anche alla luce di alcuni elementi critici che emergono prepotentemente all'attenzione pubblica.

4



**È attivo il sito nazionale**  
**www.anmdo.org**

### DELEGAZIONE

## Incontro con il Ministro della Salute senatrice Livia Turco

**I**l 27 marzo 2007 una delegazione della nostra Associazione, formata dal Presidente Dr. Gianfranco Finzi, accompagnato dal Vicepresidente Attività Scientifica Dr. Ugo Luigi Aparo e dai soci Dr. Renato Li Donni e Dr. Salvatore Paolo Cantaro, è stata ricevuta a Roma dal Ministro della Salute, Sen. Livia Turco, al quale è stato sottoposto il documento che per intero viene riportato di seguito in materia di ammodernamento del Sistema Sanitario in Italia.



Dr. G. Finzi



Dr. U.L. Aparo



Dr. S.P. Cantaro



Dr. R. Li Donni

Egregio Signor Ministro, Nel 1998 in Gran Bretagna, nell'ambito del documento "A First Class Service: Quality In The New National Health Service" è stato sistematizzato il concetto di Clinical Governance, termine utilizzato per la prima volta nel 1983 dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) per rappresentare in modo sintetico gli aspetti multidimensionali della qualità. Governance non significa Governo (in inglese Government). Governance è il sistema con cui le organizzazioni sono dirette e controllate. La Governance specifica la distribuzione dei diritti e delle responsabilità fra i diversi soggetti appartenenti ad una organizzazione. Definisce regole e procedure per la presa delle decisioni. Fornisce la struttura mediante la quale l'organizzazione definisce i propri obiettivi, i mezzi per ottenerli, i sistemi di monitoraggio delle prestazioni. In sintesi Clinical Governance significa coerente capacità di indirizzo, monitoraggio e gestione dei fenomeni sanitari. Nell'ambito della Governance di qualsiasi organizzazione ci deve essere qualcuno che prenda le decisioni, qualcuno che sia responsabile della produzione, qualcuno che curi gli aspetti amministrativi e qualcuno che sia responsabile della gestione. Le leggi di riforma del SSN Italiano hanno chiaramente individuato nell'ambito della aziendalizzazione delle organizzazioni sanitarie l'affidamento di tali compiti. Il Direttore Generale assume le decisioni; il Direttore Sanitario di Azienda è il responsabile della produzione e collabora alla definizione delle strategie; il Direttore Amministrativo è il responsabile delle adempimenti amministrativi; il Direttore Sanitario di Presidio Ospedaliero è il responsabile operativo igienico-sanitario e medico legale; il Capo Dipartimento e i Dirigenti di II° livello sono responsabili dell'operatività clinica e dell'appropriatezza. L'appropriatezza costituisce l'obiettivo della Clinical Governance. Per essere conseguita è necessario che i medici e tutti i professionisti, sanitari e non, che svolgono la loro attività nelle organizzazioni sanitarie, giochino un ruolo attivo nelle decisioni strategiche delle organizzazioni sanitarie costituendo una presenza forte che affianchi la Direzione ma senza stravolgere i principi della Governance delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere!

L'Associazione Nazionale dei Medici delle Direzioni Ospedaliere (ANMDO) ribadisce che sia di

prioritario interesse del SSN ed in particolare dell'efficace ed efficiente conduzione delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere, l'esistenza, come previsto dalla normativa vigente, nei livelli direzionali, di figure mediche con professionalità organizzative ai quali affidare compiti di governance delle componenti sanitarie del sistema operativo, riservando ai clinici l'esercizio di tutte le attività professionali specifiche della funzione assegnata. L'ANMDO ricorda che, da decenni, l'assetto organizzativo delle strutture sanitarie e ospedaliere Italiane è conforme a tali principi e che attualmente sono presenti e operanti, in tutte le Aziende Sanitarie e Ospedaliere del Paese, Direttori Sanitari Aziendali e Direttori di Presidio che svolgono con professionalità e autorevolezza universalmente riconosciuta, le funzioni di governance aziendale loro affidate. L'ANMDO richiede, pertanto, che tale concetto sia ribadito, anche in nuovi disegni di legge in materia sanitaria che dovessero essere emanati. La Governance necessita fondamentalmente che le persone giuste vengano collocate al posto giusto. E' quindi di fondamentale importanza che questi ruoli siano ricoperti da persone in possesso delle competenze necessarie e certificate per svolgere al meglio la propria attività. E' tuttavia anche necessario che i clinici partecipino attivamente alla definizione degli standard clinico-assistenziali, all'appropriatezza, alla gestione e alle decisioni strategiche ed è in questo senso che può essere utilizzato il termine governo clinico, non confondendolo con la Clinical Governance. I presupposti normativi già esistono (Collegio di Direzione, Consiglio dei Sanitari, Comitato Tecnico-Scientifico negli IRCCS) ed occorre farli rispettare laddove vengono ignorati. L'ANMDO sottolinea che sarebbe perlomeno singolare che in un disegno di legge in materia sanitaria che tratta argomenti quali i Dipartimenti, il Collegio di Direzione, il Collegio dei Sanitari e gli incarichi direzionali non venissero mai menzionati né il Direttore Sanitario di Azienda né il Direttore Sanitario di Presidio Ospedaliero. Considerando che "Governance" significa sostanzialmente che le persone giuste ricoprono i ruoli giusti, l'Associazione Nazionale dei Medici delle Direzioni Ospedaliere (A.N.M.D.O.) richiede che vengano individuati per tutte le figure della "Governance" (Direttore Generale, Direttore Sanitario di Azienda, Direttore Amministrativo, Direttore

Sanitario di Presidio Ospedaliero, Direttore di Dipartimento, Direttore Tecnico) precisi requisiti professionali (come ad esempio la specialità in igiene e medicina preventiva per il Direttore Sanitario Aziendale) e percorsi formativi indispensabili per garantire che ruoli chiave del Servizio Sanitario Nazionale vengano ricoperti da persone che possiedono le competenze indispensabili, per esercitare nell'interesse dei cittadini, le proprie funzioni. Inoltre l'Associazione Nazionale dei Medici delle Direzioni Ospedaliere (A.N.M.D.O.) propone in relazione al Disegno di Legge riguardante l'ammodernamento del sistema sanitario che possano essere inseriti i seguenti articoli:

**ART. Responsabilità dei Direttori di presidio ospedaliero, di distretto e di dipartimento**

*Ai Direttori di presidio ospedaliero, di distretto e di dipartimento, nell'ambito delle rispettive sfere di competenza di cui al decreto legislativo 229/99, sono attribuite responsabilità d'indirizzo e di valutazione delle funzioni di governo delle attività igienico-sanitarie, organizzative, clinico-assistenziali e tecnicosanitarie finalizzate a garantire che ogni assistito abbia accesso alla prestazione o alle prestazioni che producono il miglior esito possibile in base allo stato delle evidenze scientifiche disponibili, impiegano in modo efficace ed efficiente le risorse e comportano il minor rischio possibile di effetti indesiderati consentendo all'assistito medesimo di conseguire piena soddisfazione per il servizio reso.*

**ART. Collegio di Direzione**

*Il Collegio di Direzione di cui all'articolo 17 del decreto legislativo 30 dicembre 1992 n. 502 e successive modificazioni, esprime parere obbligatorio al Direttore Generale sulle materie richiamata nel presente capo. Il Direttore Generale è tenuto a motivare le determinazioni eventualmente assunte in contrasto con detto parere. Nelle Aziende integrate ospedaliere universitarie di cui all'art. 2 del decreto legislativo 21 dicembre 1999 n. 517 il Collegio di Direzione è costituito garantendo la parità numerica tra componente ospedaliera e universitaria. Deve essere garantita nel Collegio di Direzione delle Aziende Sanitarie Locali la presenza del o dei Direttori sanitari di presidio ospedaliero e del o dei direttori di distretto.*

## INTERVISTA

# Intervista al Sottosegretario di Stato, Ministero della Salute, Prof. Sen. Antonio Gaglione

**Quali sono le 3 scelte che potrebbero cambiare la Sanità dal prossimo quinquennio a parità di risorse?**

**Uno:** è necessario valorizzare e attuare pienamente la riforma Bindi del 1999. Questo testo rappresenta il percorso più importante da seguire: ovviamente sono necessari interventi di ammodernamento coerenti con l'evoluzione del contesto socio-sanitario. **Due:** bisogna incidere sui percorsi socio-assistenziali oltre a quelli terapeutici e diagnostici: la sanità deve osservare un percorso di avvicinamento delle strutture al cittadino, specie se anziano, pluricronico, disagiato. **Tre:** riflettere e attuare un disegno di governance clinica capace di sviluppare un sistema di indirizzo e governo delle attività tecnico sanitarie finalizzato all'efficacia, appropriatezza e sicurezza delle prestazioni.

**Quale è la percentuale di P.I.L. che lei ritiene ottimale per la Sanità del 2007-2008-2009?**

Stabilire un livello "ideale" di spesa sanitaria in rapporto al Pil è compito difficile perché si è osservato, negli ultimi anni, in Italia e in Europa, una crescita della spesa sanitaria molto più rapida e consistente rispetto alla ricchezza prodotta. E' quanto mai complicato stabilire un ideale rapporto fra due indicatori che crescono in modo ineguale.

Tra il 2001 e il 2004, in Italia la spesa sanitaria è cresciuta con un tasso del 2%, ovvero cinque volte in più rispetto al Pil. Nel 2004 la spesa sanitaria totale rispetto al Pil è stata dell'8,4% nel nostro paese ed io mi auguro, attraverso interventi di razionalizzazione della spesa già in atto, che questa percentuale, quantomeno, non continui a crescere in modo esponenziale. La sfida della razionalizzazione, in ogni caso, deve mantenere alto il livello dell'offerta sanitaria nel Paese: non sono immaginabili, pertanto, enormi riduzioni della spesa sanitaria. D'altra parte l'Italia, pur con un ottimo Sistema sanitario nazionale, rimane al di sotto di un punto rispetto alla media Ocse di spesa sanitaria nel Pil.

**Quali sono le priorità odierne per la Sanità del Governo? (oppure per il Governo di Centro Destra se al potere?)**

L'assoluta priorità è quella di riuscire a contenere le inderogabili misure di contenimento della spesa e di appropriatezza delle prestazioni con un nuovo modello assistenziale, capace di attuare un percorso di avvicinamento del sistema all'ammalato. Se appare innegabile che il sistema sanitario italiano è strutturato da una serie di ottimi ospedali pubblici, tuttavia la necessità di adeguare la risposta, in termini di salute ai bisogni dei cittadini, passa anche attraverso una strategia di "umanizzazione" delle prestazioni, ossia di avvicinamento al cittadino dei presidi pubblici in cui si erogano trattamenti sanitari.

**Quale pensa possa essere in futuro il ruolo del Direttore Sanitario Aziendale?**

Le figure dirigenziali delle aziende sanitarie saranno il vero punto di forza della gover-

nance clinica e riceveranno con maggiore efficacia e coerenza strumenti, informazioni e dati sulla qualità assistenziale e gli obiettivi da raggiungere: secondo un nuovo disegno di governo clinico, i direttori parteciperanno attivamente, con scelte autonome, a garantire nuovi "livelli essenziali di qualità, efficacia e sicurezza".

**Quale è oggi la sua priorità per la salute degli Anziani?**

Il confronto con un rinnovato diritto alla salute passa anche attraverso un percorso di avvicinamento del sistema al cittadino, con particolare riferimento all'anziano, spesso portatore di più patologie croniche e bisognoso di assistenza continua.

La Finanziaria 2007 ha istituito il fondo per la non autosufficienza. Questo provvedimento sarà utile ad affrontare temi chiave dell'assistenza ai cittadini, soprattutto anziani ma anche disabili. E' necessario garantire livelli di sostegno economico per le famiglie impegnate ad assistere anziani multicronici e non autosufficienti; solo in questo modo si potrà assicurare il diritto sacrosanto a vivere e curarsi nel proprio domicilio, a contatto con gli affetti e il calore della famiglia.

Non solo: il Ministero della salute ha previsto la sperimentazione del modello assistenziale "case della salute" (con lo stanziamento di dieci milioni di euro): un grande progetto che vede coinvolti tutti gli operatori sanitari (medici di famiglia, pediatri, specialisti, infermieri), per portare la medicina direttamente a casa degli assistiti, anche di domenica.

La istituzione della Casa della salute ha come principale obiettivo quello di favorire, attraverso la vicinanza spaziale dei servizi e degli operatori, la unitarietà e l'integrazione dei livelli essenziali delle prestazioni sociosanitarie, principi fondamentali, affermati esplicitamente dalla riforma Bindi, ma finora poco applicati nel corso della passata legislatura.

**Cosa pensa della possibilità che si ventili di ritorno del Consiglio di Amministrazione nelle Aziende Sanitarie?**

Affrontare il problema da un punto di vista settoriale non ritengo sia necessario: ripeto, il traguardo è quello di affidare alle direzioni nuovi e coerenti obiettivi di qualità secondo modelli di governo clinico nuovi e che guardano a consolidate esperienze, come quella inglese. Questa chiara identificazione della missione delle aziende sanitarie, determina l'attivazione di sistemi e livelli di responsabilità all'interno del sistema sanitario volti a ricercare e migliorare la qualità dell'assistenza e non più a rispondere puramente a criteri economici e di efficienza.

**Dopo la scadenza del 31 luglio 2007 non ci saranno più proroghe per l'attivazione dell'intramoenia allargata per l'esercizio della libera professione. Crede che il SSN sia pronto ad affrontare tale cambiamento?**

La scadenza del 31 luglio per l'intramoenia allargata, ovvero l'esercizio della libera professione negli studi medici in mancanza di spazi



Prof. Sen. Antonio Gaglione

ad hoc negli ospedali pubblici, va rispettata, non possiamo andare più avanti con le proroghe. Difficilmente ulteriori proroghe alla scadenza del 31 luglio, fissata dal Ministro Livia Turco e dagli assessori alla sanità regionali, passerebbero in Parlamento.

Quello dell'intramoenia è un diritto che va riconosciuto sia ai professionisti sanitari che ai cittadini. Si tratta senza dubbio di una grande sfida che ci attende e che può rendere il sistema sanitario pubblico capace di coniugare qualità e libertà professionale.

**A decorrere dall'A.A. 2006/2007 entra in vigore il D.lgs.n. 68/1999, modificato dalla legge n. 266/2005 e quindi dovrà essere attuato il "contratto di formazione specialistica" previsto per tutti gli specializzandi in formazione. Cosa ne pensa a riguardo?**

Sono d'accordo, mi sembra un giusto traguardo da applicare totalmente.

**Lei è favorevole alla riforma degli Ordini? Per quale motivo? Quali saranno le ripercussioni a livello organizzativo?**

Nella delega per la riforma degli Ordini predisposta dal ministro della Giustizia Mastella, al ministero della Salute si riconosce la funzione di capofila nella stesura delle deleghe relative alle professioni mediche, odontoiatriche e sanitarie in genere.

Gli Ordini professionali della sanità, quelli vecchi e da costituire, sono parte fondamentale del governo del sistema sanitario e parte fondamentale per quella garanzia di qualità nell'esercizio professionale che diventa sempre più l'indicatore per eccellenza di un buon sistema sanitario e della sua capacità di porre realmente al centro il cittadino e i suoi bisogni.

**E' d'accordo ad introdurre nella normativa farmaceutica l'obbligo per il medico di prescrivere il principio attivo o il farmaco generico a più basso costo, come richiesto dall'Antitrust?**

Sì, sono assolutamente d'accordo. Il medico deve prescrivere la "medicina" ovvero il principio attivo più idoneo alla cura e non il "prodotto farmaceutico" in senso stretto.

## Il problema dei modelli

La necessità di operare degli interventi legislativi capaci di portare delle correzioni all'attuale assetto organizzativo del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) dettato dai Decreti legislativi n. 229/99 e n. 517/99 è pienamente condivisa anche alla luce di alcuni elementi critici che emergono prepotentemente all'attenzione pubblica.

Nel definire gli ambiti e nel precisare le modalità di intervento occorre però porre attenzione ad utilizzare un metodo che tenga conto delle esperienze emerse nella realtà nazionale ed in quelle internazionali cui si fa riferimento.

In particolare il riferimento al National Health Service (NHS) inglese, pur giustificato e condivisibile visti gli stretti legami con il SSN italiano, deve tener conto non solo del modello e dei programmi avviati ma anche della capacità degli stessi di incidere nell'ambito del più vasto NHS e di tutte le sue componenti. In questa logica l'esperienza del National Institute for Clinical Excellence (NICE) rappresenta senz'altro un esempio molto interessante che risponde ad esigenze diffuse di documenti di indirizzo rispetto a problematiche cliniche, all'health technology assessment (HTA) ed al life long learning (LLL) degli operatori. Occorre però osservare come a fronte di una ricca e qualificata documentazione prodotta, il problema della compliance delle organizzazioni e degli operatori alle indicazioni rimanga aperto, e con esso la questione di come si possa influenzare efficacemente i loro comportamenti.

L'NHS inglese peraltro ha una articolazione che comunque vede una gestione centrale governativa e non una dialettica tra stato e regioni come attualmente avviene in Italia.

L'esperienza italiana in questo caso mostra che anche iniziative meritevoli e qualificate come quella del Piano Nazionale Linee Guida (PNLG), pur avendo prodotto dei documenti eccellenti dal punto di vista scientifico e facilmente introducibili nel contesto assistenziale italiano, in realtà incidono solo laddove si verificano alcune condizioni favorevoli a livello regionale, aziendale e professionale. Rimane un elemento di criticità della realtà italiana la necessità di armonizzare i comportamenti organizzativi e clinico assistenziali tra regioni e, all'interno di queste, tra aziende.

E' certamente rilevante poter avere un momento centrale, agile e capace di catalizzare di volta in volta professionisti qualificati per produrre linee di orientamento clinico e valutazioni di health Assessment a valenza nazionale, ma occorre anche pensare a come queste indicazioni possano trovare concreta applicazione nelle varie articolazioni del SSN a partire dalle regioni.

L'attuale impianto in realtà ha molti limiti proprio a partire dai ruoli giocati dai diversi attori istituzionali nel far rispettare indicazioni largamente accettate, ed in alcuni casi scontate, a livello internazionale.

Un punto essenziale e trasversale da tener presente, è che nessun modello di per se può

## RIFLESSIONI

# Riflessioni sulle proposte del Ministro della Salute in materia di ammodernamento del Sistema Sanitario in Italia

Prof. Silvio Brusaferrò

pensare di essere esaustivo o capace di dare risposte definitive alla complessità dei servizi sanitari soprattutto quando, relativamente al problema che si vuol affrontare, ci sono contemporaneamente bassa certezza scientifica e basso consenso da parte degli interessati.

### La dialettica manager professionista sanitario

Accanto al problema della compliance di organizzazioni e professionisti in questo decennio un nuovo tema emerge nel funzionamento dei servizi sanitari ed è quello della dialettica tra manager e professionisti.

Non a caso il tema della Clinical Governance nasce in risposta alla grande enfasi posta negli anni '90 agli aspetti organizzativi, alle funzioni manageriali ed alla questione dei costi. L'applicazione di modelli di management ad derivati fondamentalmente dal mondo-manifatturiero ha mostrato come questi non sono altrettanto efficaci in organizzazioni ad alto contenuto professionale se i professionisti non sono protagonisti.

Parlare di Clinical Governance e di tutte le sue articolazioni, in effetti altro non è che il riconoscere come i professionisti debbano essere attori rispetto a scelte ed azioni a valenza clinico assistenziale nelle organizzazioni sanitarie e volendo arrivare ad una semplificazione estrema, si tratta di un sistema per orientare le azioni professionali e il loro valore economico organizzativo e per riportare al centro dell'attenzione il paziente ed i professionisti che se ne prendono cura.

La dialettica tra professionisti e manager è ipotizzabile sia fisiologica ed, entro certi ambiti, sia anche un indicatore di vitalità delle organizzazioni; più preoccupante lo diventa se si trasforma in conflitto permanente ed in una assenza di dialogo e rispetto reciproco tra le parti o se una di queste prevale.

Un trend internazionale per il superamento di questo problema individua la possibilità di traslare figure di professionisti sanitari, dopo un training, in ruoli manageriali e ha trovato diversa applicazione nei contesti nazionali.

Nel contesto italiano l'esempio più eclatante è quello dei medici di direzione sanitaria. Il SSN infatti non ha avuto bisogno di particolari training ma in larga parte ha trovato al proprio interno delle figure mediche che per vocazione hanno fatto una scelta professionale tecnico organizzativa e si sono preparate, attraverso corsi di specializzazione specifici, all'uso di logiche e strumenti di Sanità Pubblica. Storicamente inoltre i medici di direzione sanitaria sono identificati come l'interfaccia tra la realtà assistenziale e quella politico amministrativa e, proprio in virtù di questo, hanno un taglio fortemente orientato all'interesse dell'insieme piuttosto che a quello di una parte singola. L'esperienza italiana mostra inoltre come laddove figure come quella del direttore medico di presidio non sono state adeguatamente valorizzate o si è preferito utilizzare professionisti non specificamente preparati al fine di ottemperare ai soli obblighi

di legge, il sistema nel suo insieme non ha tratto particolari vantaggi e, al contrario, ha dovuto intervenire successivamente per ripristinare il corretto funzionamento delle strutture. Relativamente a questa dialettica, non va dimenticato che nel modello inglese non esistono figure sanitarie mediche equivalenti, vocate e formate per porsi a ponte tra le esigenze della Sanità Pubblica e in definitiva della comunità e quelle dei professionisti.

Anche per questo molto successo hanno alcune associazioni professionali che forniscono al professionista, impegnato prioritariamente nella clinica e nella clinica, strumenti di training per comprendere ed acquisire competenze manageriali progressivamente più complesse.

Va comunque ricordato che la figura del clinico che assume ruoli manageriali progressivamente perde quote di expertise clinica a favore di quella manageriale, venendosi alla fine a configurare come un medico esperto in organizzazione, simile ma non sempre equivalente in termini di prospettiva di lettura e di esperienza alle figure di medici di direzione sanitaria attualmente esistenti.

In altri termini quando una figura clinica assume progressivamente maggiori responsabilità manageriali questo implica un altrettanto progressivo abbandono (o quantomeno una riduzione della capacità di mantenere l'eccezionalità) delle competenze cliniche.

### Il ruolo dei dipartimenti nel SSN

In questa logica particolare preoccupazione desta la visione circa il ruolo centrale dei dipartimenti verticali e le modalità con cui si ritiene di implementarli.

Occorre infatti notare che la realtà del dipartimento verticale in Italia, sebbene raccomandata da decenni ed obbligatoria, rimane tuttora problematica. Tutte le Aziende del SSN hanno istituito o stanno istituendo i dipartimenti secondo quanto richiesto dalla normativa vigente, ma il tutto avviene in modo molto eterogeneo, proprio a partire dalle differenze esistenti tra regioni rispetto alle linee guida per la stesura degli "atti aziendali".

Ad oggi non sono noti censimenti su come questo nuovo approccio stia diffondendosi nella realtà italiana, ne tanto meno sui suoi risultati (in termini di efficacia, efficienza, ma anche di soddisfazione da parte di professionisti, manager ed utenti).

In rari casi infatti la realtà dipartimentale è realmente operativa nel significato più pieno del termine. Nella grande maggioranza delle situazioni si tratta di un ennesimo livello intermedio tra professionista e manager (direzione strategica), per lo più privo di reale responsabilità gestionale. I direttori di struttura semplice e complessa si sentono più distanti dalla direzione strategica e, spesso, non riconoscono nel capo dipartimento la figura capace di fare da trait-d'union tra loro e la direzione stessa. A capo di questi dipartimenti, inoltre, sono posti clinici che, anche perché non dispongono di un reale potere deci-



Prof. Silvio Brusaferrò

sionale e di un budget, continuano a svolgere la loro attività quasi totalmente in ambito clinico assistenziale.

Occorre sottolineare anche come la necessità di articolare tutto il sistema in dipartimenti ha portato alla creazione di contenitori abnormi sulle cui finalità si dovrebbe riflettere: ovvero se non si rischi di perdere di vista il razionale per cui sono stati introdotti i dipartimenti stessi.

Proprio per questo un lancio di così vasta portata come quello di immaginare il dipartimento come quasi dotato di propria autonomia dentro l'azienda e capace di affrontare tutte le complesse tematiche oggi insistenti nelle organizzazioni sanitarie pare eccessivo. Va inoltre sottolineato che, laddove alcune sperimentazioni di questo tipo sono state realizzate, non sono ancora stati riportati risultati dell'esperienza.

Al contrario emergono alcuni segnali come il rischio di disaffezione di figure mediche vocate agli aspetti igienico organizzativi che, poste a supporto, finiscono per diventare marginali, ancillari, poco collegate con l'insieme dell'azienda e quindi impoverite nella loro dote principale: quella di avere la visione di insieme.

In prospettiva un'adozione generalizzata di questo modello pone forti perplessità sulla reale capacità di dare unitarietà ai programmi aziendale oltre al rischio di marginalizzare fino a perdere una figura chiave del sistema italiano, quella del medico di direzione sanitaria.

### Alcune considerazioni per un percorso operativo

Alla luce delle sintetiche considerazioni sopra esposte si propongono alcune riflessioni per un percorso volto ad affrontare l'ammodernamento del SSN.

1. La trasposizione dei modelli non può essere immediata ma deve tenere conto di alcuni aspetti/opportunità che, in questo caso, vedono l'Italia capace di risposte più articolate e tarate sulla realtà nazionale e regionale;

2. pur essendo il nostro SSN affine nell'impianto a quello inglese, pare opportuno pensare alla sua evoluzione e sviluppo tenendo conto anche delle realtà del Sud Europa che per storia, cultura e tradizione, anche in campo sanitario, hanno una loro caratterizzazione non necessariamente inferiore a quella del mondo anglosassone. In molte componenti il nostro SSN non è inferiore ad altri molto reclamizzati e può rappresentare un punto di riferimento quantomeno per tutta l'area mediterranea;
3. motivare e coinvolgere il professionista in modo che si senta parte del sistema e, pur nella libertà tipica della professione, agisca in modo coordinato ed in accordo con le raccomandazioni è una sfida ineludibile che deve però essere affrontata e sperimentata secondo un approccio multi modale come raccomandato dalla letteratura internazionale e proponendo forti investimenti di ricerca specifica nel settore;
4. le tradizioni esistenti nel nostro sistema (come quella dei medici specializzati in Igiene e Medicina Preventiva), che tra l'altro hanno contribuito e contribuiscono a collocarlo, nonostante tutto, tra i migliori dei paesi sviluppati, sono l'esito di un lungo processo di esperienze e sedimentazioni in un settore dove le evoluzioni si calcolano in intervalli pluriennali e rappresentano un plus valore da esportare piuttosto che da smantellare;
5. se l'obiettivo è quello di migliorare l'organizzazione e la qualità dei servizi, un punto fondamentale è quello di sperimentare vari modelli organizzativi con indicatori comuni; solo a partire dai risultati calcolati secondo metodi condivisi sarà possibile aprire un dibattito sull'opportunità di fare diventare standard a livello nazionale una "gamma" di modelli possibili;
6. diventa essenziale e preliminare una analisi obiettiva della realtà nazionale rispetto ai dipartimenti esistenti a partire dalla quale prevedere possibilità di modulazioni funzionali ad un sistema molto articolato come quello delle regioni italiane;
7. Lo stesso ragionamento vale per i modelli di management, che lungi dall'essere consolidati richiedono uno sforzo continuo di evoluzione ed adattamento.

In conclusione oggi in Italia c'è la possibilità di sperimentare e costruire modelli di Sanità Pubblica tra i più avanzati e capaci di contribuire nell'agone internazionale allo sviluppo scientifico e manageriale dei sistemi sanitari. Certamente questo richiede uno sforzo nell'affrontare le incertezze, la capacità di percorrere strade nuove rispetto agli standard proposti internazionalmente, l'adozione di metodologie rigorose di analisi e di creazione di consenso. In questa prospettiva società scientifiche come l'Associazione Nazionale Medici di Direzione Ospedaliera (ANMDO) e la Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica (SIIP), possono, se coinvolte, giocare un ruolo molto rilevante grazie al loro patrimonio scientifico e di esperienza pluridecennale.

## CONGRESSO NAZIONALE



### Direzione sanitaria e innovazione

Rimini  
Programma Preliminare

GIOVEDÌ 20 SETTEMBRE

Apertura del Congresso e letture magistrali

I SESSIONE

**L'appropriatezza**

ore 17.00:assemblea ed elezioni

VENERDÌ 21 SETTEMBRE

II SESSIONE

Modelli gestionali, innovazione e ricerca

III SESSIONE

Edilizia sanitaria e tecnologie

SABATO 22 SETTEMBRE

IV SESSIONE

Lo sviluppo delle professionalità  
nelle organizzazioni sanitarie



SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

Direzione Commerciale e Sede Operativa  
Via Piave, 12 - 61040 Castelvecchio (Pu)  
Tel. 0721.955866 Fax 0721.955681  
e-mail: info@genesis-srl.net

## Appuntamenti scientifici già programmati

- **21-23 Maggio 2007**  
Corso ANMDO e SDA Bocconi dal titolo "La Direzione Medica di presidio ospedaliero: competenze tecniche, organizzative e gestionali" III Edizione, Milano
- **20-22 settembre 2007**  
33 ° Congresso Nazionale ANMDO, Rimini
- **11-12-13 Ottobre 2007**  
"LA DIREZIONE TECNICA: formazione e sviluppo nella sanità pubblica e privata", Castel San Pietro Terme (Bologna)
- **14-16 Ottobre 2007**  
X Conferenza Nazionale di Sanità Pubblica, Pisa

## NUMERI UTILI

### PRESIDENTE

Dott. Gianfranco Finzi  
Presso Direzione Medica Ospedaliera  
Policlinico S. Orsola Malpighi  
Via Massarenti 9, 40138 Bologna  
Tel. 051 6363222  
finzi@aosp.bo .it

### SEGRETERIA SCIENTIFICA

Prof. Karl Kob  
Assessorato Sanità, Corso Libertà 23,  
39100 Bolzano  
Tel. 0471 411634 - Fax 0471 411596  
karl@kob.bz.it

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

Presso Direzione Medica Ospedaliera Policlinico  
S. Orsola Malpighi  
Via Massarenti 9, 40138 Bologna  
Tel./Fax 051 390512 - Cell. 3338105555  
anmdo.segreteria@virgilio.it

### SEGRETERIA SINDACALE

Dott. Alessandro Rampa  
Azienda Istituto Tumori di Milano  
Via Venezian 1, 20100 Milano  
Tel 02 23902040 - Fax. 02 23902854  
alessandro.rampa@isitotumori.mi.it

## Disinfezione e Igiene



**mondial**  
Concrete answers to real problems

35010 Limena • Padova • Via Don Zonta 3  
Tel.049 768712 Fax 049 769497  
info@mondialprod.it www.mondialprod.it

