

Si è svolto a Roma il 6° Congresso della Società Italiana Medici Manager, Simm

Sos Servizio Sanitario Nazionale

Il Ministro Lorenzin: «Garantire il ruolo centrale della leadership medica in sanità»

“**L** nostro Servizio Sanitario Nazionale, ispirato ai principi di universalità, uguaglianza e globalità, è ancora oggi considerato dall’Organizzazione Mondiale della Sanità uno dei primi in Europa. L’impegno comune deve essere quello di migliorare i risultati che ci vengono riconosciuti, valorizzando le energie e le competenze migliori e garantendo – al contempo – l’unità dei professionisti della salute e il ruolo centrale della leadership medica in sanità”. Lo ha affermato il Ministro della Salute Beatrice Lorenzin nel messaggio

inviato al 6° Congresso nazionale della Società Italiana Medici Manager che si è svolto a Roma presso il Polo Didattico Giovani XXIII dell’Università Cattolica di Roma lo scorso 21 e 22 novembre. Nel messaggio letto dal Presidente Simm, Walter Ricciardi, il Ministro ha quindi sottolineato che “in un periodo di crisi generalizzata, che colpisce tutti i settori della vita pubblica, risulta di primaria importanza rigenerare e rivitalizzare in modo strategico il settore della sanità, potenziandone le capacità di convertire le risorse in valore e tenere presente che l’investimento in salute è il presupposto per la crescita e lo sviluppo di un paese”. Il Congresso, evento dal forte respiro internazionale con esperti delle Istituzioni e delle più prestigiose università e centri di ricerca italiani ed internazionali, ha lanciato l’ultimatum ai medici ed agli altri professionisti della salute nella consapevolezza che lo stato inerziale sia l’anticamera dello sfaldamento di un Servizio Sanitario Nazionale (Ssn), equo, universale e solidale così come lo abbiamo finora conosciuto. È dal 2006, anno della sua fondazione, che la Simm ricorda che non può esserci crescita infinita in un sistema a risorse limitate, soprattutto se il sistema in questione è

chiuso, complesso ed ha come obiettivo la tutela del diritto alla salute. La complessità, limite e forza della sanità del XXI secolo, è il risultato di una trasformazione sociale che ha visto, negli ultimi decenni, la definitiva emancipazione di tutti gli attori in gioco, dai cittadini ai professionisti della salute, dai manager della sanità all’Industria: il risultato di questa evoluzione di ruoli e consapevolezze produce un vibrante tentativo di cambiamento, purtroppo mai armonico. La crisi internazionale, in aggiunta, sta colpendo duramente la tenuta del welfare in Europa e tra i primi interventi di razionalizzazione possono essere annoverati proprio quelli che hanno interessato i sistemi sanitari: il repentino declino di sistemi universalistici come quelli di Spagna, Grecia e Portogallo sono soltanto alcuni esempi. «Nel Paese si comincia a respirare un’aria diversa – ha sottolineato il Presidente della Simm Medici Manager Walter Ricciardi - poiché la cosiddetta “società civile” sembra essere finalmente più consapevole di cosa sta accadendo e del perché siamo arrivati a questo punto. Ma se questo è il primo requisito per il cambiamento, la consapevolezza da sola non è certamente sufficiente. Non basta aspettare che la crisi passi, così come non basta aspet-



Walter Ricciardi,
Presidente Simm

tare che il nostro Servizio Sanitario Nazionale si riprenda da solo. Abbiamo ancora due enormi palle al piede da cui non siamo riusciti a liberarci: la burocrazia istituzionale e, purtroppo, la burocrazia professionale, contro cui tutti i professionisti del sistema salute ed i medici in particolare, possono e devono fare ancora molto. La Simm è fiduciosa in un rilancio del sistema, anche se – ha aggiunto Ricciardi – i segnali che continuano ad arrivare dalla Professione medica organizzata non vanno certo in questa direzione. Le modalità, ad esempio, con cui i sindacati stanno portando avanti le proprie battaglie appartengono al passato e ciò finirà inevitabilmente con il pregiudicare la salvaguardia dell'unità di intenti ed i destini non solo dell'intera categoria ma di tutto il Ssn nella sua interezza». «La miopia nel

traguardare il cambiamento attraverso la creazione di sinergie ben più sostanziali e creative con le nuove professioni della sanità – ha proseguito Carlo Favaretti, Responsabile del Coordinamento Scientifico Simm – sta lasciando i medici fermi al palo, inchiodati ad una sterile difesa di ruolo che, nel tempo, si sta rivelando sempre più anacronistica ed inefficace; chi ancora oggi, dopo aver preteso la qualifica unica da dirigente medico, reclama la separazione delle funzioni gestionali da quelle assistenziali dimostra di essere chiuso in un mondo che non esiste più, dichiarandosi responsabile della scomparsa della leadership medica in sanità e di un'emarginazione crescente della nostra professione dai processi decisionali». Tutti concordano sulla necessità di salvare il Ssn, ma nessuno sembra posse-

dere le coordinate della rotta da seguire, che appare quanto mai incerta. «Serve il coraggio di rivoluzionare e non solo di riorganizzare, poiché soltanto un nuovo approccio culturale da parte dei medici – ha ricordato Giuseppe Massazza, Vice Presidente Simm – e la valorizzazione delle energie e delle competenze migliori può guidare il cambiamento e fermare il declino. In Germania e Francia al medico si chiede di essere solo un grande medico, perché il sistema ha un altro tipo di organizzazione. In Italia, come in Inghilterra, è necessario che i medici in prima persona siano i leader del sistema. Trasparenza, responsabilizzazione, meritocrazia, accountability e sinergia rappresentano le uniche parole chiave utili a rispondere ad un Sos il cui segnale sta diventando sempre più flebile».

Armando Santoro è medico manager 2012

A Julio Velasco il Premio Leonardo la Pietra

Come ogni anno la Simm conferisce ad un medico che si è particolarmente



distinto anche nel campo manageriale il Premio Medico Manager. Quest'anno il riconoscimento è andato ad Armando Santoro, Direttore dell'Humanitas Cancer Center di Milano per "l'indiscussa capacità di governare i processi di innovazione e ricerca clinica mirando, nel contempo, al raggiungimento di risultati di assoluta eccellenza in campo manageriale e gestionale".

A Julio Velasco, invece, ex coach del "Dream Team" della Nazionale italiana di Volley è stato conferito il Premio Leonardo La Pietra, in memoria del Presidente Simm scomparso nel 2011 a 49 anni. Per la sua indiscussa capacità di leadership carisma-



tica, ricerca dell'eccellenza e raggiungimento di risultati di successo" recita la motivazione "attraverso l'imprescindibile lavoro di squadra e armonizzazione dei singoli talenti, ispirati dallo spirito del con-vincere e della collaborazione verso obiettivi e valori condivisi".

Il dibattito politico al congresso Simm

Ssn: cronaca di una morte annunciata?

Tutti concordano sulla necessità di salvare il Ssn ma nessuno possiede le coordinate della rotta da seguire, quanto mai incerta. Pertanto serve il coraggio di rivoluzionare, non solo di riorganizzare poiché soltanto un nuovo approccio culturale e la valorizzazione delle energie e delle competenze migliori può guidare il cambiamento e fermare il declino". Diagnosi e cura per un sistema sanitario che non regge più? Forse. Sono queste le ultime righe del rationale di presentazione del 6° Congresso nazionale dei medici manager che hanno in un certo senso ispirato alcuni tra gli interventi più "politici" che si sono susseguiti nei tre giorni dei lavori. In tutti un unico comun denominatore: non scindere mai, come sottolineato da Sir Muir Gray, uno dei padri del sistema sanitario inglese moderno intervenuto in apertura dei lavori, le tre dimensioni valoriali della sanità pubblica in un sistema universalistico: il valore individuale e professionale, il valore tecnico, il valore allocativo delle risorse. Impresa quanto mai difficile, ma non impossibile con la giusta bussola e,

soprattutto, con una corretta valutazione.

Per Fulvio Moirano, Direttore generale Agenas, infatti, basare l'intera analisi della performance del sistema solo sulla misurazione dei Lea è ormai insufficiente. «Sono convinto» ha detto «che le differenze tra chi ha ottenuto un determinato punteggio nella griglia dei Lea e altri magari con punteggio più basso, non rappresentino correttamente le reali differenze tra le regioni o tra le aziende». E se a questo si limita l'azione del momento centrale di governo nazionale della sanità non c'è da ben sperare. Sul banco degli imputati, a dire il vero sempre più spesso ultimamente, è la modifica del Titolo V a cui si sta cercando di contrapporre una visione distorta di neo-centralizzazione. «Il titolo V così come è stato utilizzato» ha aggiunto Moirano «può essere definito come un federalismo di abbandono, qualcuno lo ha chiamato addirittura federalismo colonialista, ha creato situazioni così differenziate che non possono non essere in qualche modo "aggredite" dal livello centrale. Ma questo non vuol dire

tornare a un neo centralismo burocratico ma a un intervento mirato proprio nel mezzo del sistema, dove lavora la macchina organizzativa dei dimensionamenti strutturali, per esempio. Magari anche con qualche flessibilità interpretativa che non lasci però spazio ad anarchie». In quali settori è possibile operare dal livello centrale? «Per esempio nella definizione di organigrammi e funzionigrammi delle aziende e delle regioni. Ma anche nel dimensionamento delle strutture, nel definire per esempio quante cardiocirurgie, quante medicine nucleari, quanti laboratori sono realmente necessari. Girando l'Italia non è difficile trovare regioni di analoghe dimensioni una con 100 laboratori e una con 30... Ed è per questo che sono convinto che prima di andare a mettere un segno "-" sui Lea è possibile intervenire sull'apparato organizzativo, sui dimensionamenti, sulle tecnologie, sugli spazi fisici. Il che significa, invece, mettere un segno "+" alla voce della macchina organizzativa. Tralascio», ha quindi concluso Moirano «le azioni possibili sul personale che nelle aziende rappresenta circa il 60% delle



risorse impiegate ma non posso condividere le azioni degli aziendalisti puri che vengono a fare “efficientamento fortissimo” sul 20% della spesa (beni e servizi) portando a casa, se va bene, appena due punti percentuali di risparmio».

A giudizio del Presidente Fiaso, Valerio Alberti, stiamo assistendo «a un arretramento complessivo del sistema pur con passo e velocità diverse tra le regioni. C'è senz'altro un problema di tenuta del sistema per come lo conosciamo e forse per fortuna la sanità, come tutte le grandi organizzazioni complesse, ha anche una grandissima inerzia... Ce ne vuole prima del cedimento strutturale ma è bene leggerne tempestivamente i segni». Per esemplificare il concetto di arretramento e di possibili ricadute negative future Alberti ha citato l'esempio dei mancati investimenti aziendali. «Nelle aziende sanitarie non si investe nulla» ha sottolineato «ma di questo se ne parla troppo poco. In realtà, così facendo, stiamo programmando una sorta di obsolescenza del sistema sanitario. Tutti conoscono gli algoritmi che indicano quanto bisognerebbe periodicamente investire, per esempio, per mantenere efficiente e moderno il parco tecnologico. Noi, invece, stiamo soltanto tirando il collo al sistema. Servirebbe investire 50 ma noi siamo fermi appena a 2. Il che significa che tra qualche anno, dal punto di vista strutturale e tecnologico, ci saremo inesorabilmente arenati. E di certo non sono di alcuna utilità le periodiche operazioni di ingegneria istituzionale che vengono ipotizzate» ha sottolineato Alberti «c'è una spinta abbastanza forte ad accentrare nuovamente alcuni livelli di governo, ma chi opera da tanti anni in sanità sa bene che i modelli sono come un pendolo, accentramento vs decentramento... forse più che ragionare sui modelli sarebbe bene entrare

nel merito dei meccanismi che fanno o meno funzionare le cose». E siccome alla fine tutti i cambiamenti camminano sulle gambe delle persone «in sanità si può passare solo attraverso l'impiego e l'impegno di quadri dirigenti di altissimo livello. Abbiamo meno risorse e vogliamo migliorare i servizi e la qualità? Bene!» ha quindi concluso il leader della Fiaso «questo richiede una capacità di gestione di altissimo profilo che può essere raggiunta soltanto da un'attenta selezione del top e del middle management a tutti i livelli: nazionale, regionale, aziendale. Senza tralasciare le competenze professionali e la meritocrazia poiché è in questa dimensione che, in definitiva, si radica la qualità della sanità e dei servizi che eroga».

La modifica del Titolo V ha prodotto un mostro

Più pessimistica, ma non senza vie di uscita, la lettura offerta da Giovanni Monchiero, past presidente Fiaso e senatore nelle fila di Scelta civica. Alla domanda se il Ssn sia o meno alle soglie di una morte annunciata ha risposto senza esitazioni di sì. «Se non ci sbrighiamo a correggere gli errori che commettiamo da qualche decennio» ha sottolineato «temo che un sistema come il nostro, in presenza di una regressione economica senza pari, non avrà risorse sufficienti a garantire l'attuale sistema di welfare». Non è una nozione sconosciuta il fatto che l'economia italiana sia tra quelle meno cresciute al mondo. «Nessun paese dell'Ocse ha una performance peggiore della nostra» ha aggiunto «sono vent'anni che il Paese cresce meno degli altri e da dieci che decresce. Se non teniamo conto di questo fattore non abbiamo la percezione della gravità del problema. In questo contesto il Mef, che ha semplice-



Valerio Alberti

mente surrogato il Ministero della Salute, ha agito con tecniche ragionieristiche che oserei definire anche un po' primitive. I famosi tagli lineari sono una cosa concettualmente errata ma il Mef ha esemplificato Monchiero «è riuscito a fare anche di peggio. Nella Manovra 2011 ha cambiato le regole di contabilità cambiando le regole sugli ammortamenti. Una tecnica utilizzata più o meno da cinque secoli in tutte le contabilità del mondo, tranne che nelle Aziende sanitarie italiane. Tanto valeva, allora, eliminare la contabilità generale ed economica. Se riteniamo che questo tipo di contabilità non sia adatto ad un'azienda pubblica di servizi è molto semplice, torniamo alla contabilità finanziaria. E questo esempio non è una cosa di poco conto perché dietro un errore del genere si cela una concezione perversa della cosa pubblica. Ovvio poi che, con questo spirito, l'anno successivo sia arrivata la spending review dei tagli lineari su cui abbiamo versato fiumi di inchiostro...». «Ma del resto» ha quindi osservato il Senatore «la modifica del Titolo V è stata fatta talmente male che chiunque avesse un minimo di dimestichezza con la vita reale degli enti pubblici se ne doveva rendere

conto. Ha prodotto un mostro. Un Ssn che di nazionale non ha più nulla. Abbiamo differenze nell'erogazione dei Lea e nell'accesso ai servizi che sono drammatiche. E queste differenze aumentano più si scende nella complessità del servizio. Se uno ha bisogno di un trapianto di fegato, bene o male un centro in grado di operarlo lo trova anche abbastanza vicino a casa ma se un anziano pluripatologico necessita di una vera presa in carico le differenze sono abissali. E anche in regioni ricchissime di ospedali questa situazione può risultare più drammatica di una patologia acuta, seppure molto grave, ma unica e risolvibile in un centro di alta specializzazione».

Queste differenze sono arrivate ad un punto, molto semplicemente, non più accettabile ma da dove cominciare per recuperare il possibile? Secondo Monchiero una soluzione della quale bisognerebbe cominciare a parlare è rappresentata dall'ipotesi di rimettere in qualche modo nel sistema il cosiddetto "out of pocket" «che oggi è sostanzialmente fuori dal sistema e che, chi può, spesso destina a prestazioni assolutamente superflue». «Senza farsi travolgere» ha avvertito «da posizioni ideologiche che non sono più difendibili perché non più realistiche».

A giudizio di Monchiero dopo che il sistema introdusse, «con una grande intuizione, il principio di aziendalizzazione, in seguito si è perso nel non volerne dare piena attuazione. Evitare i tagli lineari e arrivare a verificare nel merito ogni singola situazione non è impossibile» ha quindi avvertito «e forse non è neanche così difficile. Il problema è che non c'è nessuno che abbia voglia di farlo. Se prendiamo i parametri di finanziamento delle aziende di una medesima regione vi assicuro che la spesa pro-capite

differisce, in qualche caso, anche del 30%. E se qualcuno crede che l'amministrazione regionale non lo sappia, sbaglia di grosso. Certamente lo sa, ma non ha il coraggio di intervenire. Non solo non ha il coraggio di chiudere il piccolo ospedale ma non ha il coraggio di chiudere il grande ospedale grande con dati economici criminali. Ecco perché» ha quindi concluso «non possiamo pretendere dal privato di lavorare con le tariffe del pubblico quando gli ospedali pubblici vengono finanziati a tariffa appena per il 50% del loro bilancio. Esistono grandi aziende universitarie, dove si fanno mirabili operazioni, il cui bilancio evidenzia che con le tariffe delle prestazioni che erogano coprono sì e no il 55% della spesa. E perché, allora, il privato dovrebbe sopravvivere? Servirebbe, invece, introdurre meccanismi realmente premianti per le aziende più brave ma avendo l'accortezza di non utilizzarne i risultati positivi, dalla regione, per coprire i disavanzi dell'azienda vicina... una cosa che troppo spesso avviene e che è causa di una demotivazione radicale. Queste cose è già difficile dirle, figuriamoci a farle. In Italia tra il dire e il fare ci sono tutte le resistenze e le storture che ci hanno portato alla situazione odierna».

Un invito a tutti ad essere dei veri "lobbisti" della sanità

Un invito a non adagiarsi sugli "avvitamenti" istituzionali è quindi venuto da Mariapia Garavaglia, Presidente dell'Istituto superiore di Studi Sanitari "G. Cannarella" ed ex Ministro della Sanità, secondo cui, almeno fino ad un certo punto, la responsabilità individuale può e deve sopperire alle mancanze o alle lentezze del sistema.

«Non sentiamo più» ha detto «nell'opinione pubblica un grande dibattito sulla sanità. Ma le lamentele... sì. I cittadini avvertono che questa crisi economica, qualche volta, è anche l'alibi per giustificare ciò che non si dovrebbe giustificare. Il sistema è descritto nella normativa ma l'organizzazione è in mano ai manager e ai professionisti. La cultura» ha ricordato Garavaglia parafrasando l'intervento di Muir Gray «è la contestualizzazione nel paese di valori e obiettivi comuni. E in quest'ambito si inserisce il concetto di responsabilità che dovrebbe essere il principio etico di ogni attività. Del legislatore, dell'amministratore e anche del cittadino che fruisce del sistema. Abbiamo tutti la stessa consapevolezza dello spreco, dello sciupio, del cattivo uso delle risorse e del clientelismo e sappiamo che non è solo del politico ma anche dei dirigenti del sistema sanitario». La Garavaglia ha quindi invitato tutti ad essere dei veri «lobbisti» della sanità per difenderla nei suoi valori fondamentali. Altrimenti, ha avvertito, «se non riusciremo tutti insieme a cambiarla sarà una vera e propria eutanasia di un amore».

E analoga esortazione ai professionisti di essere maggiormente protagonisti del cambiamento, pur con tutte le difficoltà e le resistenze del sistema è, infine, giunta dal Presidente di Card Italia (la Confederazione dei Distretti italiani), Gilberto Gentili. Il rischio altrimenti, ha sottolineato «è di fare i palliativisti del sistema. Soprattutto nel campo dell'assistenza primaria. L'età media cresce ma forse non ci rendiamo conto che stiamo aggiungendo cattiva vita agli anni. Soprattutto se il malato cronico lo prendiamo in carico, quando va bene, nel momento in cui entra in ospedale...».

SOS Servizio Sanitario Nazionale

Ultima chiamata?

di Carlo Favaretti*

Stiamo vivendo un momento storico caratterizzato da un'elevata "turbolenza ambientale", nella quale profondi fermenti di natura culturale, sociale, economica e politica influenzano il presente e il futuro della nostra società e del nostro sistema sanitario.

Già alla fine degli anni '70 del secolo scorso Ansoff (1), nel suo libro *Management strategico*, sosteneva che i livelli di "turbolenza ambientale" vanno da un minimo cosiddetto "stabile" a un massimo definito "creativo". L'attuale livello di turbolenza è probabilmente di tipo creativo, caratterizzato com'è dalla necessità di agire in condizioni difficilmente prevedibili a causa di cambiamenti continui delle condizioni operative; di acquisire

velocemente nuove competenze; di essere contemporaneamente in grado di identificare le fonti di turbolenza e di affrontarle anche in tempi lunghi.

Come dovrebbero reagire i professionisti sanitari a tutto questo?

Mi sembra che il punto critico sia l'acquisizione rapida di conoscenze, abilità pratiche e atteggiamenti coerenti che vadano oltre a quelli clinici e specialistici (in qualche modo tradizionali nel percorso di crescita professionale), per prendere decisioni. Decidere con saggezza (in termini di efficacia, costo-efficacia, sicurezza, tempestività, equità e centralità del paziente), individualmente, nel corso del ragionamento clinico diagnostico-te-

rapeutico o, come team operativo, in quello di budget annuale o di contributo alla pianificazione e programmazione aziendale, regionale e nazionale, non è un processo intuitivo nel quale la sola esperienza e il solo buon-senso, pur essenziali, sono sufficienti.

Il tema dello sviluppo di una cultura che influenzi il pensiero sistemico e che aiuti i professionisti a giocare un ruolo positivo in condizioni d'incertezza operativa, di riduzione delle risorse disponibili, di transizione epidemiologica e demografica che fa cambiare i bisogni socio-sanitari delle nostre popolazioni, è d'importanza cruciale.

Nello sviluppo di una nuova cultura, il linguaggio (e le parole) e i concetti sono i cardini fonda-



mentali per la promozione della stessa. Troppo spesso nel nostro Paese le parole (italiane e straniere) entrano nel linguaggio corrente con significati diversi da quelli etimologici e tecnici; talora questi significati finiscono per essere addirittura opposti a quelli originali. La distorsione del significato delle parole fa sì che, a loro volta, i modelli culturali di riferimento siano negativamente influenzati.

Va detto, comunque, che la trasformazione della cultura professionale in medicina non è un problema solo italiano, ma globale! Il Rapporto “Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world” (2) ha evidenziato che “La formazione dei professionisti sanitari non ha tenuto il passo con le attuali sfide sanitarie (nuovi rischi infettivi, ambientali e comportamentali; transizione demografica ed epidemiologica; pericoli per la sicurezza globale), soprattutto a causa di curricula frammentati, superati e statici che producono laureati poco attrezzati.

I problemi sono sistemici: contrapposizione tra competenze e bisogni del paziente e della popolazione; insufficiente lavoro di squadra; persistenza della stratificazione di genere dello stato professionale; stretta focalizzazione tecnica senza un'ampia comprensione del contesto; attenzione alle prestazioni piuttosto che alla continuità dell'assistenza; orientamento predominante all'ospedale a spese dell'assistenza primaria; sbilanciamento quantitativo e qualitativo nel mercato del lavoro professionale; leadership debole per il

miglioramento della performance dei sistemi sanitari.

Lodevoli sforzi per affrontare queste criticità sono in gran parte falliti a causa del cosiddetto tribalismo delle professioni, cioè la tendenza delle diverse professioni di agire isolatamente o addirittura in competizione tra loro. Ridisegnare i processi di formazione dei professionisti sanitari è necessario e urgente”.

La trasformazione culturale riguarda anche l'approccio concettuale al problema della ristrettezza delle risorse messe a disposizione dei nostri sistemi sanitari. Non c'è dubbio che si possano ottenere ancora buoni risultati, in termini di sostenibilità, mettendo mano alle regole del gioco, rivedendo alcuni assetti istituzionali e organizzativi, mettendo in pratica le buone regole di gestione parsimoniosa delle risorse a disposizione, ma la sopravvivenza stessa dei sistemi sanitari richiede un “salto quantico”. I professionisti sanitari, in primis i medici, devono accettare di “sporcarsi le mani” nella governance del sistema.

“Governance is not government and is not management”

La governance, è un sistema coordinato e condiviso di politiche, strategie, regole, accordi, processi e procedure che definiscono chi assume le decisioni in un'organizzazione (a qualsiasi livello), in quali ambiti, come queste decisioni sono prese e il modo in cui chi decide rende conto al resto degli stakeholder. Il concetto riconosce che la gestione del “potere” in una struttura complessa avviene dentro e fuori lo schema decisionale formale e che

le decisioni scaturiscono dall'interazione tra i diversi stakeholder, ciascuno portatore di specifiche esigenze e aspettative, scale di priorità e capacità di percezione dei risultati ottenuti.

I professionisti sanitari devono accettare di “coinvolgersi” non solo nella governance clinica che, comunque, rimane uno dei terreni più importanti sui quali essi e le organizzazioni sanitarie devono mettere a frutto le proprie competenze (possibilmente evidence-based), possono sviluppare i rispettivi ambiti di autonomia e sono chiamati dagli altri stakeholder (i pazienti, i finanziatori, le comunità locali) a rispondere delle loro scelte.

Essi devono coinvolgersi nella governance integrata del sistema sanitario. È oggi assolutamente necessario tenere insieme i diversi sistemi settoriali di governance (clinica, finanziaria, gestionale, della ricerca, della conoscenza e dell'informazione) ed eliminare le sovrapposizioni esistenti, con l'obiettivo di riallineare i diversi processi che ne stanno alla base. La necessità di un approccio integrato parte dal riconoscimento che il lavoro svolto “a canne d'organo” è dispersivo e non più sufficiente: per questo bisogna sviluppare uno strumento unificante che aiuti le organizzazioni e i professionisti a realizzare la propria missione. Perché è necessario avere sistemi di governance, per di più integrati tra di loro? Perché non bastano le leggi, le deliberazioni e gli ordini di servizio per far funzionare al meglio le aziende sanitarie italiane, incardinate in una rigida struttura gerarchica? La teoria della complessità aiuta a dare una spiegazione (3). Le

organizzazioni sanitarie possono essere considerate dei “sistemi adattativi complessi”. Anzi, l’articolato assetto organizzativo e la dispersione geografica portano a dire che il più delle volte sono una costellazione di diversi sistemi adattativi complessi: c’è il sistema dell’assistenza ospedaliera e quello delle cure primarie, il sistema dei professionisti clinici e quello dei professionisti organizzativi, il sistema dei centri specialistici più importanti e quello delle strutture più decentrate. A volte utilizziamo l’immagine della macchina quale metafora utile a ridurre la complessità di queste organizzazioni, per cercare di descriverle con un numero finito di variabili (controllo di gestione) e per prevederne il comportamento attraverso algoritmi di calcolo. È necessario riconoscere, invece, che un’organizzazione sanitaria può e deve essere vista anche come un organismo vivente che costruisce i propri percorsi di evoluzione e di adattamento ai cambiamenti esterni con un mix di comportamenti non solo determinati da

regole esterne (legislative, economiche, organizzative) ma anche sviluppati in modo autonomo a partire dalle competenze dei suoi membri, in modo particolare dei professionisti.

Tutto ciò richiede una gestione non deterministica, dinamica, flessibile (cioè adattativa) che governi le reazioni dell’organizzazione alle perturbazioni e consenta di far emergere in modo sostenibile, tra tutte quelle possibili, l’evoluzione organizzativa più adatta a soddisfare le esigenze e le aspettative di tutti gli stakeholder. Per fare ciò, non è più sufficiente utilizzare solo gli strumenti di governo eterodiretti (approccio top-down, budget, controllo di gestione, ordini), ma è necessario sviluppare meccanismi che valorizzino “l’intelligenza interna” del sistema, dando a tutti l’opportunità di dimostrare, la propria competenza, autonomia e responsabilità (4,5).

Emerge, dunque, l’importanza del tema lanciato dal 6° Congresso della Società Italiana Medici Manager (SIMM), cui ho voluta-

mente fatto riferimento nel titolo di questo contributo. Ho aggiunto il punto di domanda perché i professionisti sanitari, e i medici in particolare, devono interrogarsi se vogliono o meno impegnarsi per fermare il processo distruttivo che sicuramente interverrà se non si cambia il passo, se si manterrà la separatezza tra le varie parti del sistema, se non si accetterà una radicale trasformazione dell’approccio culturale (6,7), se non saranno acquisite rapidamente nuove competenze, se non si realizzerà un deciso disinvestimento su strutture e prestazioni di scarso valore per la salute (talvolta addirittura pericolose), se non si riorienteranno le risorse così liberate verso investimenti nella vera innovazione professionale, tecnologica e organizzativa.

*Responsabile delle attività di coordinamento scientifico Società Italiana Medici Manager
(editoriale della Rivista Medici Manager 2/2103)

Bibliografia

1. Ansoff H.I.: Management strategico, Etas Libri, 1979, 249
2. Julio Frenk et Al.: Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world, Lancet 2010; 376: 23-58
3. Plsek P. Redesigning health care with insights from complex adaptive systems. In "Crossing the quality chasm". National Academic Press, Washington, 2001: 322-335
4. Favaretti C., De Pieri P., Fontana F., Guarrera G. M., Baldantoni E., Betta A., De Biasi F. e Dossi G.: Clinical governance o integrated governance? L'approccio dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari di Trento, Clinical Governance: dalla gestione del rischio clinico al miglioramento continuo della qualità, 2005, 29-35
5. Favaretti C., De Pieri P., Fontana F., Guarrera G. M., Baldantoni E., Betta A., De Biasi F. e Dossi G.: Integrated governance: esempi applicativi nell'Azienda provinciale per i servizi sanitari di Trento, Clinical Governance: dalla gestione del rischio clinico al miglioramento continuo della qualità, 2005, 35-41
6. Gray J.A. Muir: How to build healthcare systems, Offox Press, 2011, 157
7. Kanheman D.: Pensieri lenti, pensieri veloci, Mondadori, 2012, 548