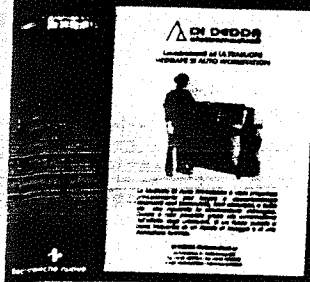


N° 9 Ottobre

TECNICA
OSPEDALIERA



In copertina:
DI DEDDA
EL ETTROMEDICALI SRL
Via Resistenza, 3
20090 Assago (MI)
Tel. 02 4887181
Fax 02 45708448
E-mail: info@didedda.it
Internet: www.didedda.it
Segnare 308053 cartolina
servizio informazioni

Se volete contattare rapidamente
la redazione, potete utilizzare
il telefono: 02.39090318
il fax 02.39090331
oppure via e-mail:
tecnica Ospedaliera@tecnichenuove.com

SOMMARIO

L'OSPEDALE DEL MESE

Modena. Il nuovo Ospedale
di Giuseppe La Franca

46

Profilassi dopo esposizione a Hiv
di Luciano Villa

1

**Il problema degli errori.
Gestire il rischio clinico**
di Alfredo Spanò

1

ATTUALITÀ

**Competenze diversificate
per nuovi modelli ospedalieri**
di Stefano Capolongo e Maddalena Buffoli

58

RUBRICHE

OPINIONE
di Luciano Villa

AGENDA
a cura di Lodovica Porta

NOTIZIARIO
a cura della redazione

10

SENTENZE
a cura di Sivia Ceruti

24

HARD & SOFT
a cura di Giuseppe Bearzi

30

PRODOTTI
a cura di Lucia Nicolotti

34

VETRINA
a cura di Mercedes Bradaschia

124

SERVIZIO INFORMAZIONI PER I LETTORI 126

PROGETTAZIONE

Biella 2007. Il nuovo Polo ospedaliero
di Giuseppe La Franca

64

GESTIONE

**Incubatrici neonatali.
Controlli di qualità**
di I. Alboni, F. Soncini, P.P. Ferretti, P. Bottazzi

76

Istituzioni e direzione in sanità
di Lorenzo Renzulli

88

Radioprotezione dei lavoratori
di D.A. Garufi, D. Garufi, E. Pulvirenti

98

SICUREZZA

**Infortuni sul lavoro.
Contatto accidentale con sangue
o liquidi biologici**
di D. Saracino, P. Ferro, R. Di Matteo e R. Cioffi

104

46

58

88

Riforma sanitaria Istituzioni e direzione in sanità

Abbiamo iniziato nel numero di agosto la rappresentazione, nelle varie fasi della riforma sanitaria, delle tipologie di direzione sanitaria degli ospedali e delle case di cura private, anche in riferimento alle leggi penali per la figura del Direttore sanitario. Questo mese vengono analizzate le figura di direzione con relativi compiti e competenze, alla luce dei dettati normativi

(III parte)

▣ **Lorenzo Renzulli**

Direttore sanit. A.U.P. II Università di Napoli
relazione presentata al Congresso nazionale
dell'Anmdo, Tirrenia, ottobre 2003)

Quale direttore per quale ospedale

Il sistema assistenziale di ricovero e cura in Italia (2000)

Le strutture sanitarie di ricovero e cura al censimento del 2000 sono risultate 785 pubbliche e 536 private accreditate; la composizione distributiva delle tipologie delle strutture pubbliche (tabella 1) comprende sul territorio nazionale: 98 aziende ospedaliere (12,48%), 573 ospedali a gestione diretta (72,99%), 10 policlinici universitari (1,27%), 49 istituti a carattere scientifico, di cui 19 sedi distaccate (6,24%), 38 ospedali classificati (4,84%), 2 istituti psichiatrici residuali (0,25%), 14 istituti presidio di Asl (1,78%), 1 ente di ricerca (0,12%).

Ospedali a gestione diretta e aziende ospedaliere, con un'87,47% di strutture in attività, costituiscono il settore portante dell'assistenza di ricovero e cura, con contributi a varia articolazione di consistenza modesta per le altre tipologie considerate. L'analisi della distribuzione delle aree geografiche è visibile nella tabella 5.

Le Regioni con maggior densità di ospedali sono: al Nord, Veneto (78) e Lombardia (72), al Centro, Lazio (74) e Marche (38), al

Sud, Puglia (67) e Campania (66), nelle Isole, la Sicilia (70). Considerando le case di cura private accreditate, si vede che al 2000 erano attive 536 strutture (tabella 2), con la seguente distribuzione territoriale: al Nord, 169 (31,52%), al Centro, 144 (26,86%), al Sud, 160 (29,85%), nelle Isole, 63 (11,75%). Le Regioni a più alta densità di case di cura accreditate sono invece: al Nord, Lombardia (55) ed Emilia Romagna (42), al Centro: Lazio (97) e Toscana (28), al Sud, Campania (74) e Calabria (38), nelle Isole, la Sicilia (50).

Per la distribuzione dei posti letto di degenza ordinaria per Regione e tipo d'istituto (al 2000), risultano attivi 97 codici (tabella 3) relativi a specialità cliniche e discipline ospedaliere di ricovero e cura, e riguardanti, per esempio, una modalità (Day hospital) di ricovero, qualifiche dei soggetti ricoverati (pensionanti, detenuti), che devono poi essere ricompresi nelle specialità cliniche propriamente dette. I posti letto di degenza ordinaria sono 222.113; 49.631 sono quelli delle case di cura private accreditate (il 22,34% dei pubblici; tabella 4).

Negli ospedali pubblici i posti letto per acuti sono il 50% circa al Nord; quasi equivalenti le presenze al Centro e al Sud (19,68 e





29,94%), mentre le Isole sono al 10,27%. Situazione corrispondente si ha per le Case di cura private accreditate (39,43% al Nord, 26,63% al Centro, 23,86% al Sud, 10,07% nelle Isole). La densità maggiore di posti letto privati rispetto ai pubblici è al Centro (30,22%), seguito da Sud (25,45), Isole (21,80) e Nord (17,94).

Il manager in sanità secondo il Who ('00-'03)

Molti Paesi sono coinvolti in processi di cambiamento del sistema sanitario, attenti a politiche di promozione del decentramento gestionale, ricerca di settori privati di partecipazione e di nuova modalità di finanziamento del settore nonché d'erogazione delle attività sanitarie e assistenziali. Le organizzazioni sanitarie promuovono i cambiamenti per corrispondere al rapporto domanda-offerta di prestazioni e molti dei tradizionali strumenti di management (strutture organizzative, motivazioni, negoziazione, metodi di controllo, distribuzione delle risorse e delle responsabilità, sistemi di comunicazione) saranno coinvolti in tali processi evolutivi, in una prospettiva di conservazioni di relazioni dinamiche tra funzioni organizzative, gestionali, realizzate. Un'organizzazione avanzata in sanità dev'essere supportata da:

- leader con abilità manageriali capaci di:
 - definire/acquisire uno staff in visione di chiari obiettivi e una strategia per realizzarli;
 - riconoscere il bisogno, per inserire tra gli obiettivi organizzativi ambiente esterno e strategia scelta;
 - gestire il processo di cambiamento organizzativo per inserire gli aspetti locali;
 - dirigere le diverse iniziative e, insieme, la loro complementarità;
 - usare la misura della prestazione e tecniche di management per promuovere la tendenza al cambiamento, ricorrendo a benchmarking, tavoli d'alleanza e premi/sanzioni per superare le resistenze;
 - stabilire buone relazioni tra le parti della rete organizzativa con chiara comprensione di "chi fa cosa";
 - riconoscere che una buona prestazione è multidimensionale e che la buona qualità del servizio necessita di non compromettere i risultati finanziari, ma può invece favorirli;
 - avere la propensione all'esperimento;
- una cultura organizzativa che:
 - conti sull'informazione per decidere;
 - sia recettiva al cambiamento;
 - abbia buone relazioni di lavoro tra gli attori chiave;
- buoni sistemi d'informazione, per sostenere qualità delle prestazioni e management. Un diffuso sistema di cambiamenti complementari condiziona l'implementazione delle organizzazioni avanzate e riguarda:
 - struttura - decentralizzare, ridurre i livelli di management, adottare forme progettuali d'organizzazione.
 - processi - investire in tecnologia informatica, comunicazione verticale (per rafforzare le linee gerarchiche di responsabilità) e orizzontale (per incoraggiare il trasferimento di conoscenze); orientare le risorse umane a

rendere più uniforme e orizzontale il lavoro organizzato; curare la preparazione all'organizzazione incrociata; definire programmi d'attività.

- relazioni - lavoro a rete e alleanze strategiche.

La valutazione della performance organizzativa si esprime su indicatori di misura che si applicano alla struttura, al processo, ai risultati attesi.

Di recente l'Ue Expert Project ha analizzato 4 meccanismi esterni di qualità (in uso in 15 Paesi), di cui 3 considerano dimensioni organizzative e gestionali:

- la struttura della fondazione europea della qualità del management (EFQM);
- l'uso di standard internazionali di organizzazione (Iso);
- modelli accreditati (Shaw C., 2000; Möller J., 2001).

I loro metodi, concetti, indicatori e standard sono differenti da ogni modello, che ha differenti scopi e usi; comunque tali modelli hanno un futuro comune: essi integrano gli effetti di strutture e processi organizzativi sui risultati delle organizzazioni. In questo contesto, i manager individuano misure, criteri e indicatori usandoli per valutare la performance dell'organizzazione.

Una buona prestazione nel settore sanitario va al di là del riconoscimento che una competenza tecnica e professionale è esclusiva per ottenere i migliori risultati.

In letteratura sono chiari i legami d'interdipendenza tra migliori risultati assistenziali e ottimizzazione dell'organizzazione e gestione del lavoro assistenziale. Quanto alla gestione per le prestazioni è evidente (Who) la distinzione tra management strategico e operativo.

Tipologie di manager in sanità

In generale sono individuabili 3 categorie di professionisti operanti in posizioni manageriali di organizzazioni e sistemi sanitari:

– *medici*, acquisiti al settore per le loro conoscenze dell'organizzazione o la reputazione professionale, che spesso hanno già avuto momenti di formazione in sanità pubblica e pratiche assistenziali, ma anche di diritto e management sanitario;

– *non professionisti sanitari*, la cui formazione e attività è in genere nell'amministrazione di un'organizzazione anche non sanitaria e la cui conoscenza dell'area sanitaria è limitata. Vi sono professionisti di discipline giuridiche, economiche, sociali, della pubblica ammini-

strazione, il cui ruolo in sanità è promosso da autorità e sistemi sanitari che danno importanza alla funzione amministrativa espressa come ruolo di controllo della distribuzione delle risorse e di migliorare l'efficienza;

– *manager*, specializzati in management sanitario e attivi in sistemi e strutture sanitarie;

– i 3 profili possono coesistere in un sistema sanitario nazionale in relazione a distribuzione dei ruoli, loro complementarietà di produzione e articolazione delle responsabilità nell'organizzazione sanitaria. E ciò in relazione ai diversi modi d'approccio delle diverse culture di formazione nei vari Paesi (Ferlie E.- Shortell S., 2001): *i manager considerano i medici e*

gli altri professionisti come mezzi per raggiungere gli scopi dell'organizzazione sanitaria d'erogare prestazioni assistenziali di qualità; i medici considerano le organizzazioni come mezzi per raggiungere i loro scopi per i pazienti e per promuovere la loro carriera.

In un sistema sanitario, i manager sono parte della forza-lavoro. Per garantire qualità occorre preparare, valutare, selezionare i professionisti con attitudini e capacità di gestire organizzazioni avanzate e non di curarne solo l'amministrazione. Dunque essi vanno riconosciuti come specifica categoria di un sistema sanitario nazionale, programmando percorsi di carriera (Who, 2002). Il mancato o

Tabella 1
Strutture di ricovero
pubbliche per tipo-
struttura

Regione	Istituti a carattere scientifico									
	Aziende osp.	Ospedali a gestione diretta	Policlinici univers.	Sede centrale unica	Sedi distaccate	ospedale classif. o assimil.	Istituti psichiatrici residuali	Istituti presidio della ASL	Enti di ricerca	Totale
Piemonte										
Valle D'Aosta		1								1
Lombardia										
Prov. Auton. Bolzano		7						1		8
Prov. Auton. Trento										
Veneto	2	64	1			8		4		78
Friuli Venezia Giulia										
Liguria	3	19		2		2				27
Emilia Romagna										
Toscana	4	35		1					1	42
Umbria										
Marche	4	31	2	1	4					38
Lazio										
Abruzzo	22									22
Molise										
Campania	8	51		1	1	3				66
Puglia										
Basilicata	2	9			1					11
Calabria										
Sicilia	17	48	2	1		1				70
Sardegna										
Italia	98	573	120	30	19	38	2	14	1	785

Fonte: Ministero della Salute - Sisist - Ufficio Statistica

limitato sviluppo del percorso di formazione e carriera dei manager sanitari condiziona la politica sanitaria a livello globale e determina possibilità di sbilanciamenti:

- da rotazione sulle posizioni funzionali per crisi d'identità professionale;
- da conflittualità e ambiguità di ruoli e strategie;
- da sottomissione e appiattimento a volontà politiche, sociali, economiche.

Quale ospedale: le tipologie

L'ospedale che noi conosciamo, come anche definito nel nostro ordinamento giuridico, è inquadrato dall'ormai classica definizione dell'Oms (Oms/Trs, 122-'57): *l'hôpital est l'élément d'une organisation de caractère médical et social dont la fonction consiste à assurer à la population des soins médicaux, curatifs et préventifs, et dont les services extérieurs irradiant jusque la cellule familiale considérée dans son milieu c'est aussi un centre d'enseignement de la médecine et de recherche bio sociale*. Ma la realtà dell'ospedale dei nostri tempi e nella nostra cultura non è più identificabile in questa definizione: concezione e funzionamento dell'ospedale sono strettamente correlate e dipendenti da evoluzioni strutturali e trasformazioni impiantistiche e tecnologiche, sicché l'Oms (Bureau régional de l'Europe, Euro 4307) ha indicato che *supponendo che l'età media di un ospedale sia di 50 anni, è da attendersi che le installazioni tecniche subiranno trasformazioni "rivoluzionarie" almeno ogni 10 anni*. Ma accanto agli adeguamenti strutturali e funzionali che l'evoluzione e il progresso delle scienze medico-biologiche e delle aspettative umane e sociali impongono in relazione allo sviluppo anche dei sistemi sanitari nazionali, va considerato che l'Oms

Regioni	Strutture pubbliche	Strutture private
Nord		
Piemonte	44	39
Val d'Aosta	1	
Lombardia	72	55
Prov. Auton. Bolzano	8	4
Prov. Auton. Trento	14	5
Veneto	78	17
Friuli Venezia Giulia	19	5
Liguria	27	2
Emilia Romagna	44	42
Totale	307	169
Centro		
Toscana	42	28
Umbria	11	5
Marche	38	14
Lazio	74	97
Totale	165	144
Sud		
Abruzzo	22	13
Molise	7	2
Campania	66	74
Puglia	67	32
Basilicata	11	1
Calabria	37	38
Totale	210	160
Isole		
Sicilia	70	50
Sardegna	33	13
Totale Italia	785	536

Fonte: Ministero della Salute, Sisist, Ufficio di Statistica

(Bureau régional de l'Europe, *Le buts de la Santé pour tous*) sin dall'85, raccomandando la disposizione e l'uso razionale di cure adeguate per la popolazione, nota che *i servizi ospedalieri devono supportare l'assistenza primaria ed essere organizzati e gestiti con efficacia ed efficienza*. Tale raccomandazione sostanzia la funzione che l'ospedale deve esercitare in un sistema sanitario: non è più un "sole" al centro di un sistema planetario, ma si caratterizza nel supportare ed erogare cure specialistiche d'integrazione e completamento dell'assistenza primaria territoriale organizzata secondo i principi e metodi della Conferenza di Alma Ata del '78.

L'Oms entra poi nel merito dell'organizzazione interna dell'ospedale, indicando obiettivi di gestione efficaci ed efficienti. Sotto l'aspetto sanitario e assistenziale vanno riconosciuti e applicati principi e metodi dell'*assistenza differenziata (progressive patient care)* degli autori anglosassoni; *soins graduées* dei francesi), che costituisce *un sistema in cui i pazienti sono raggruppati secondo l'intensità del loro bisogno d'assistenza determinato dal*

grado di malattia, anziché dal tipo di specialità medica (Oms, Euro 327, '96). Ne deriva che la distinzione del paziente avviene di norma in funzione non più dell'articolazione degli spazi degenza e servizi ospedalieri secondo la tipologia delle specialità mediche, bensì esclusivamente del bisogno di cure e assistenza, secondo una graduazione che abbraccia terapia intensiva, semintensiva e di base, con eccezione per le discipline che richiedono specializzazione d'ambiente dovute a patologia, sesso, età. Adottare questi criteri influenza in modo determinante la progettazione edilizia dell'organismo ospedaliero e i livelli d'articolazione funzionale.

Per gli aspetti di una gestione efficace ed efficiente, va ricordato che per le Nazioni dell'area del Consiglio d'Europa, già per effetto della risoluzione del comitato dei ministri n. 6 del 7 marzo '70 circa la *Riduzione del costo delle cure mediche*, anche l'ospedale è considerato centro aziendale di produzione dei servizi. La valutazione economica dei processi che gestisce sottolinea la funzione di "stabilimento", perciò il termine ospedale, prima

Tabella 2
Distribuzione di
strutture pubbliche
case di cura
accreditate

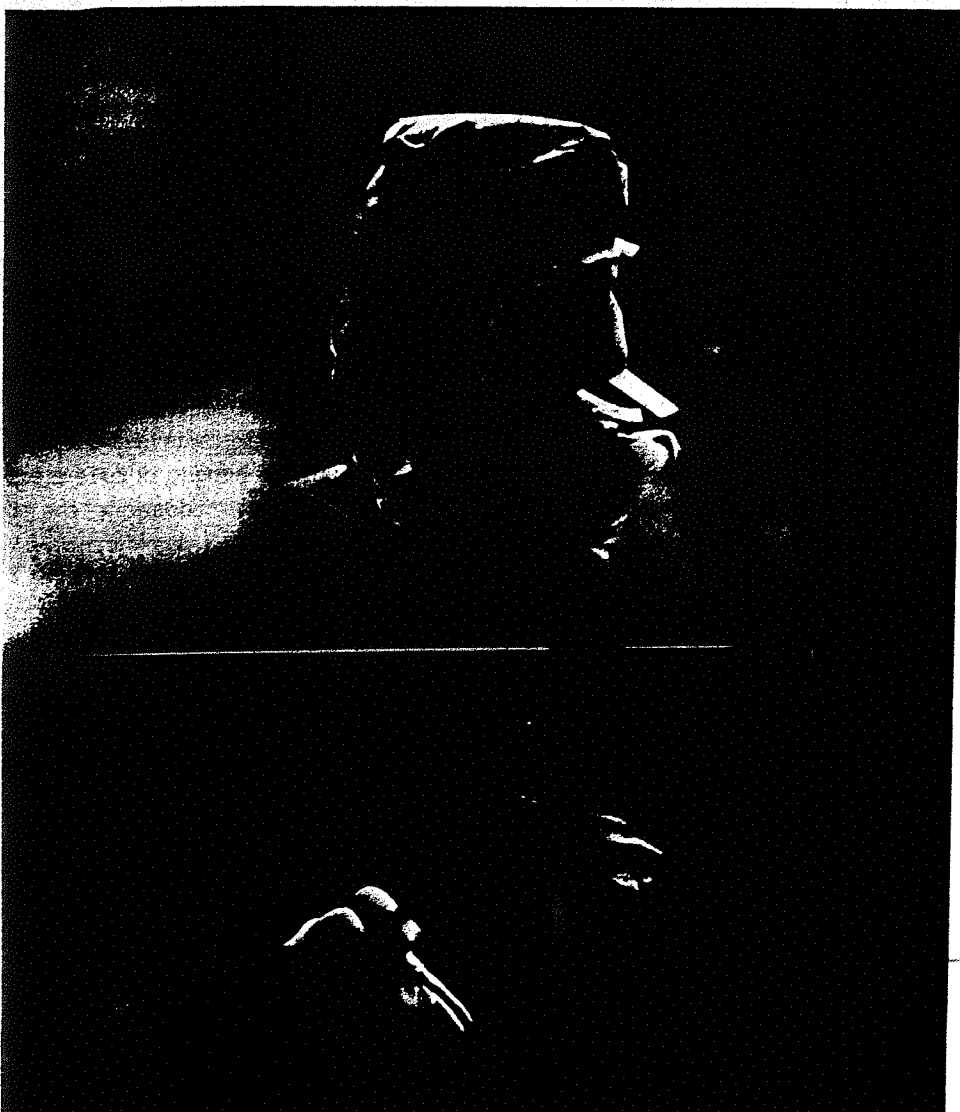
sinonimo d'identità e funzione, ora non la esprime più compiutamente e per delineare questo nuovo assetto si trasforma in aggettivo di qualificazione: si passa così dallo *stabilimento ospedaliero* all'*azienda ospedaliera*. L'*ospedale azienda*, nell'inquadramento produttivo e tecnicistico espresso, supera o limita la matrice tradizionale religioso-caritativa e

di solidarietà sociale e acquisisce caratteristiche proprie del sistema d'impresa. Pertanto anche il familiare termine *malato o paziente*, che identificava la popolazione servita, si adegua, articolandosi di voci proprie di altre attività, quali:
– *cliente*, sotto il profilo della politica del profitto;

– *utente*, se l'interesse è rivolto alla fruizione dei servizi;

– *assistito*, se il soggetto è l'interfaccia di un rapporto passivo di mera erogazione di prestazioni.

Inoltre questa complessità dell'organismo ospedaliero va anche valutata sotto l'aspetto della percezione, della sensibilità, della cultura, delle aspettative del malato secondo principi e obiettivi del monitoraggio della qualità delle cure nei sistemi sanitari, nel quadro delle indicazioni e proposizioni dell'obiettivo 31 dell'Oms in tema di *Salute per tutti per l'anno 2000*, ora proiettato al 2020. In queste dimensioni di cultura, coscienza e solidarietà umana e sociale, processo e progresso della medicina e delle discipline biosociali, valore meramente storico assume la definizione che appartiene in Italia alla presenza sanitaria e sociale dell'ospedale secondo gli insegnamenti e la dottrina classica dell'igiene: *l'ospedale moderno, situato e costruito secondo le norme dell'igiene, non solo deve funzionare in modo da non arrecare alcun danno alla salubrità dei suoi dintorni, ma deve presentare anche le necessarie condizioni d'ambiente materiale e morale che possono facilitare la cura del malato, e le molteplici garanzie di funzione atte a evitare che, per motivo delle proprie malattie, gli ammalati si rendano reciprocamente dannosi e nuocciano a chi deve prestare loro assistenza* (Serafini A., '10). In una lettura attuale del pensiero dell'Oms sull'ospedale, particolarmente moderna appare la definizione che Aktouf O. ('89) prospetta per l'ospedale della nostra epoca: *è l'insieme delle attività volte a definire e fissare i grandi orientamenti di periodo in termini di strutture e di mezzi. È il mantenimento in qualche modo permanente di una visione dell'avvenire in monitoraggio costante con*



Un'organizzazione avanzata in sanità dev'essere supportata da leader con abilità manageriali, una cultura organizzativa e buoni sistemi d'informazione

Codice	Descrizione	Codice	Descrizione
1	Allergologia	40	Psichiatria
2	Day hospital	41	Medicina termale
3	Anaatomia e istologia patologica	42	Tossicologia
5	Angiologia	43	Urologia
6	Cardiochirurgia pediatrica	46	Grandi ustioni pediatriche
7	Cardiochirurgia	47	Grandi ustioni
8	Cardiologia	48	Nefrologia (abilitazione trapianto rene)
9	Chirurgia generale	49	Terapia intensiva
10	Chirurgia maxillo-facciale	50	Unità coronarica
11	Chirurgia pediatrica	51	Astanteria
12	Chirurgia plastica	52	Dermatologia
13	Chirurgia toracica	54	Emodialisi
14	Chirurgia vascolare	55	Farmacologia clinica
15	Medicina sportiva	56	Recupero e riabilitazione funzionale
18	Ematologia	57	Fisiopatologia della riproduzione umana
19	Malattie endocrine	58	Gastroenterologia
20	Immunologia	60	Lungodegenti
21	Geriatría	61	Medicina nucleare
22	Residuale manicomiale	62	Neonatologia
24	Malattie infettive e tropicali	64	Oncologia
25	Medicina del lavoro	65	Oncoematologia pediatrica
26	Medicina generale	66	Oncoematologia pediatrica
27	Medicina legale	67	Pensionanti
28	Unità spinale	68	Pneumologia
29	Nefrologia	69	Radiologia
30	Neurochirurgia	70	Radioterapia
31	Nido	71	Reumatologia
32	Neurologia	73	Terapia intensiva neonatale
33	Neuropsichiatria infantile	74	Radioterapia oncologica
34	Oculistica	65	Neuro-riabilitazione
35	Odontoiatria e stomatologia	76	Neurochirurgia pediatrica
36	Ortopedia e traumatologia	77	Nefrologia pediatrica
37	Ostetricia e ginecologia	78	Urologia pediatrica
38	Otorinolaringoiatria	97	Detenuti
39	Pediatria		

Tabella 3
Specialità cliniche
e discipline ospedaliere
Elenco ordinato
per codice

informazioni sull'ambiente sia esterno sia interno. Si delinea così un nuovo modello culturale in cui l'ospedale si combinerà con territorio e strutture della comunità, caratterizzandosi in particolare per le strutture a carattere aperto (Guzzanti E., '95). Questa strategia è chiaramente formulata negli obiettivi 25 e 28 dell'Oms in *Salute per tutti per l'anno 2000*, che raccomandano appunto lo sviluppo di cure adeguate tra le possibilità d'intervento sul territorio, con il compito per i servizi ospedalieri d'integrare e supportare le cure primarie, assicurando prestazioni specialistiche e specializzate d'alto profilo anche tecnologico, in un contesto organizzativo e gestionale in costante monitoraggio. Nel programma "Health 21" questa impostazione è proiettata nelle indicazioni dell'obiettivo 15, che fissa al 2010 l'obiettivo generale secondo cui: *la popolazione dovrà avere un migliore accesso a cure sanitarie primarie basate su famiglia e ambiente locale, sostenute*

da un sistema ospedaliero flessibile e atto a far fronte alle diverse situazioni. In tale scenario, nell'ambito del Ssn il mondo ospedaliero gira intorno al suo asse alla ricerca, talvolta preoccupato, di un sole sempre più splendente, in un equilibrio attento e maturo dei livelli professionali e manageriali, che sono protagonisti di questa realtà, perché la qualità delle cure corrisponda al meglio alle aspettative di paziente e società in termini di risultati attesi.

Quale direttore per l'ospedale

Esaminati e discussi ruolo e funzione del moderno ospedale, consideriamo ora i fattori che influenzano la connotazione del Direttore sanitario d'ospedale e che danno identità all'esplicarsi delle sue competenze e responsabilità. Anzitutto occorre riferirsi ai contenuti della formazione specialistica circa la cultura accademica di riferimento, che ha

espresso le radici professionali di questa qualifica e che al momento appare interessata da indirizzi d'innovazione, anche sulla base della consistenza e qualità della disciplina in ambito europeo.

La cultura in sanità

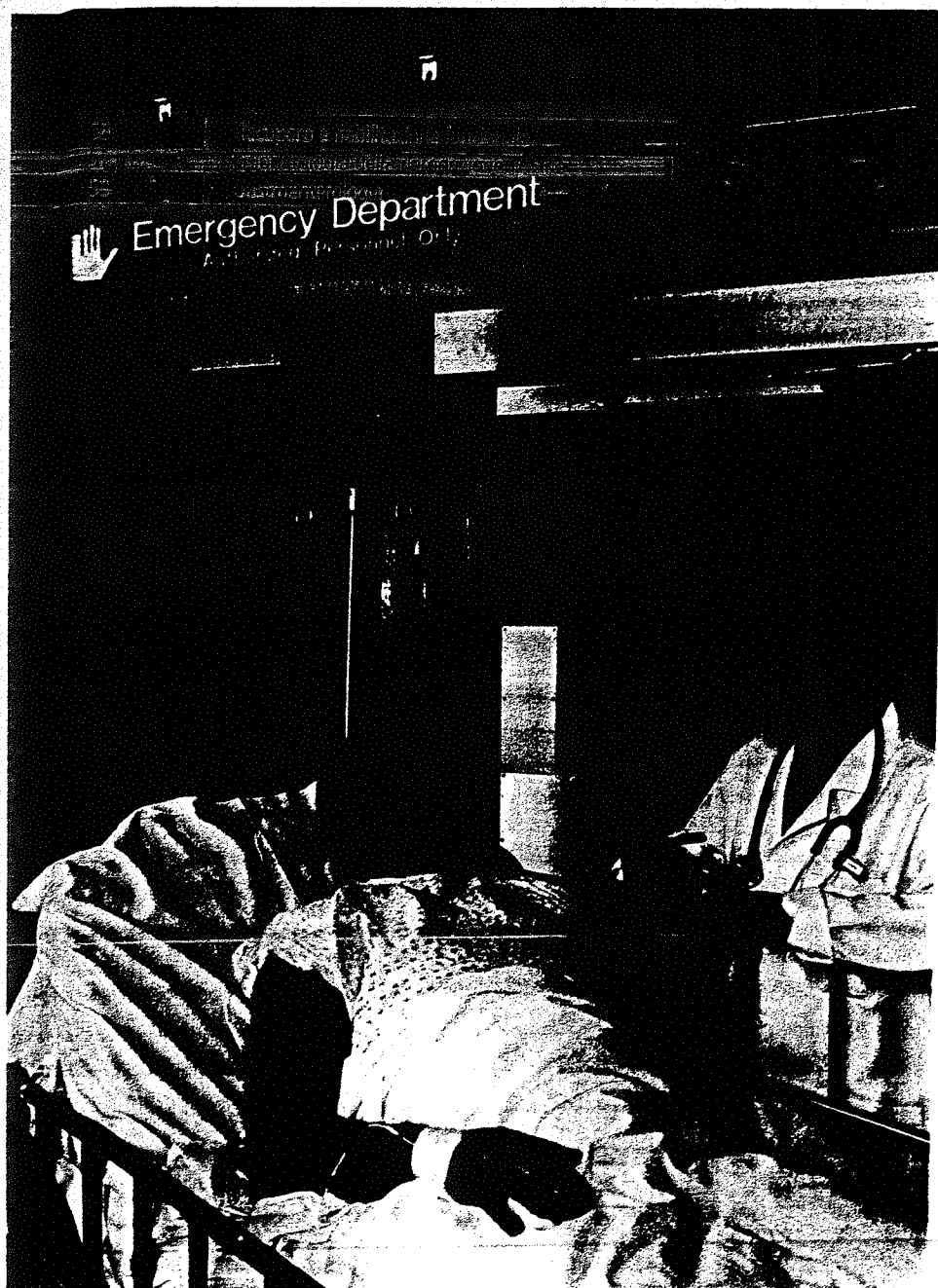
Questa è oggi distinta (Panà A. - Muzzi A.) in:

- professionale, concentrata su bisogni da soddisfare e prestazioni da erogare;

- gestionale, indirizzata a perseguire la missione dell'organizzazione e ricercare l'uso efficiente ed economico delle risorse con attenzione particolare ai problemi gestionali.

Sul piano operativo ne deriva la specializzazione dei compiti, articolati in:

- attività medico sanitaria, sistema di atti e operazioni volti a influenzare lo stato di salute del singolo. L'ospedale inteso come spazio di cura istituisce con il paziente un rapporto di cura che non è sostanzialmente solo dalle competenze medico-assistenziali dei trattamenti



L'Oms indica l'assistenza differenziata come un sistema in cui i pazienti sono raggruppati secondo l'intensità del loro bisogno d'assistenza determinato dal grado di malattia, anziché dal tipo di specialità medica. Adottare questi criteri influenza la progettazione edilizia dell'ospedale e i livelli d'articolazione funzionale

e delle prestazioni cliniche, ma si esprime anche attraverso i doveri del personale *ad amministrare, farsi carico, gestire il paziente*, specie per comportamenti d'attenzione e protezione e nel caso di soggetti temporaneamente o meno incapaci d'intendere e volere per via del loro stato. Citando l'Oxford Dictionary of Current English, il termine *cura* (*charge*) include il concetto di *cura, custodia, responsabilità*.

- attività amministrativo-gestionale, che si espleta attraverso un sistema di atti e operazioni per l'acquisizione e l'utilizzo delle risorse umane, tecniche e finanziarie necessarie per realizzare l'attività sanitaria. Si manifesta con l'esercizio di una sfera d'attribuzioni in una funzione organizzativa alla quale si è preposti, con governo e impiego di risorse e tecnologie che identificano e caratterizzano la struttura fisica che le supporta.

Il Direttore sanitario nella Sanità dell'Italia unitaria

L'aver definito caratteristiche e relazioni dell'organismo ospedaliero e dello stato attuale della cultura in sanità che si esprime a livello professionale e di management, consente ora l'analisi dei connotati della figura di Direttore sanitario d'ospedale quale specialista che esercita il buon governo di un sistema complesso. Detta figura non si presenta improvvisamente nel contesto ospedaliero italiano, ma ha una sua storia, radici, tradizioni. Il termine di Direttore sanitario è stato introdotto nella legislazione sanitaria italiana con il Rd 2822 29 dicembre '27. Vediamo ora come si è formata e caratterizzata questa figura in differenti periodi fino a oggi.

All'epoca di Pagliani (Vanini G. - Bucci R., '91) la personalità del professionista di sanità pubblica era così specificata: *il tecnico sanita-*

Regione	Azienda ospedaliera	Ospedale a gestione diretta presidio dell'USL	Polidiv. universitario	Istituto ricovero e cura a carattere scientifico	Ospedale classificato assimil. Art. 1 ult. comma legge 132/1968	Istituto psichiatrico residuale	Istituto qualificato presidio della USL	Ente di ricerca	Totale pubblico	Casa di cura privata accreditata
Piemonte	5527	9380	0	663	1058	0	572	0	17200	3668
Valle d'Aosta	0	452	0	0	0	0	0	0	452	
Lombardia	27384	3180	0	5310	1605	0	225	0	37704	8618
Prov. Auton. Bolzano	0	2130	0	0	0	0	29	0	2159	184
Prov. Auton. Trento	0	1899	0	0	215	187	0	0	2301	368
Veneto	3646	14959	0	0	1257	0	819	0	20681	1229
Friuli Venezia Giulia	2907	2064	289	353	0	0	0	0	5613	558
Liguria	2930	3536	0	609	743	0	0	0	7818	128
Emilia Romagna	5361	9339	0	359	0	0	47	0	15106	4818
Nord	47755	46939	289	7294	4878	187	1692	0	108024	19571
Toscana	4438	9510	0	103	0	0	0	87	12136	2243
Umbria	1551	1639	0	0	0	0	0	0	3190	244
Marche	1403	4364	0	336	0	0	0	0	6103	1066
Lazio	3314	8494	4286	1831	2026	40	308	0	20299	9664
Centro	10706	24007	4286	2270	2026	40	308	87	43730	13117
Abruzzo	0	5121	0	0	0	0	0	0	5121	516
Molise	0	1371	0	115	0	0	0	0	1486	93
Campania	4569	7077	1748	663	687	0	0	0	14744	5969
Puglia	5397	8640	0	1717	1031	0	0	0	16786	1931
Basilicata	859	1543	0	0	0	0	0	0	2402	60
Calabria	2134	3075	0	178	0	0	0	0	05987	3274
Sud	12959	274237	1748	2673	1719	0	0	0	46525	11843
Sicilia	7697	5509	1915	347	277	0	0	0	15745	3516
Sardegna	571	5375	1094	38	0	0	0	0	7078	1484
Isole	8268	10884	3009	385	277	0	0	0	22823	5000
Italia	79688	109257	9332	12622	8900	227	2000	87	222113	49631

Tabella 4
Posti letto di degenza ordinaria per regione e tipo istituto - anno 2000

rio non deve lasciarsi sedurre dalla comodità di fungere da semplice esecutore di disposizioni scritte, senza mettervi gran fatto della propria iniziativa e della forza che deve venirgli dalle sue scientifiche cognizioni. Esso non deve troppo fidarsi degli studi un tempo fatti, ma perseverare nell'accrescere e aggiornare le proprie cognizioni. La sua forza deve risiedere in questa superiorità di speciale cultura; la sua arma non deve essere mai l'imperio della legge e del regolamento, ma la ragione scientifica che convinca tutti che l'inchinarsi alle leggi igienico-sanitarie è comunque interesse dei cittadini e del consorzio sociale.

Serafini ('10) notava che l'ospedale moderno ha un compito d'indole igienica e perciò soprattutto igienisti devono essere quanti, non alla diagnosi e cura dei singoli malati, ma alla complessa, difficile, importante funzione generale dell'ospedale devono principalmente dar opera e presiedere.

Secondo Ronzani ('42) la scelta del direttore sanitario non si può fare solo in base alle prove di esame o titoli scientifici indispensabili, ma anche sul rilievo di tirocinio, capacità or-

ganizzative, temperamento, cioè delle attitudini personali dell'uomo. L'evolversi della storia naturale dell'ospedale col mutare delle leggi ha fatto affermare a Catananti ('93) che l'azione igienistica si è progressivamente ridotta a favore di quella manageriale orientata soprattutto al controllo di qualità sulle prestazioni erogate, alla composizione dei conflitti, alla mediazione delle differenti e spesso contrapposte esigenze, alla sintesi organizzativa legata all'autorità decisionale.

I valori richiamati appartengono a un percorso di formazione e professionale che contraddistingue una "carriera" come espressione operativa delle discipline igienistiche. La situazione attuale posta in essere con la Riforma sanitaria riconosce solo in parte riferimenti d'espressione delle discipline igieniste e riserva particolare considerazione al momento manageriale, sicché pare che ciò risulti sovraordinato rispetto a quello tecnico professionale. Comunque la possibilità di selezione secondo il principio dell'intuito del Direttore generale, la c.d. scelta, rende diluita la consistenza di un curriculum tecnico di car-

riera, poiché si applicano criteri concorrenti e dominanti che appartengono a consuetudini e pratica della politica attiva.

Si riporta anche un pensiero d'identità estraneo al nostro sistema politico d'amministrazione sanitaria, che possa dare orientamenti di soluzione alle situazioni in attenzione. In tal senso ricordiamo le indicazioni Oms in un documento Euro sullo Sviluppo e gestione dei sistemi sanitari in Europa verso la salute per tutti che così presenta il medico di sanità pubblica: la moderna sanità non ha bisogno di medici che diventano manager smettendo d'essere medici, ma di medici che, occupando posizioni direttive ed esercitando funzioni di gestori di risorse e non di semplici erogatori d'atti medici, acquisiscano competenza organizzativo-gestionale.

La figura del Direttore sanitario nel sistema aziendale

Siamo in un momento decisivo per la nostra professione, direttamente correlato al momento istituzionale. Punto di partenza è il verbale di questo consiglio direttivo, che il 28

Tabella 5
Distribuzione dei
posti letto per aree
geografiche e
rapporto tra
pubblici e privati

Area geografica	Pubblici	Casi di cura private accreditate	Rapporti pubblici/privati
Nord			
Centro	43.730 (19,68%)	13.217 (26,63%)	% 30,22
Sud			
Isole	22.823 (10,27%)	5.000 (10,07%)	% 21,90
Totale			

ottobre '95 a Bologna ha delineato i contenuti del profilo professionale di Dirigente medico di presidio e Direttore sanitario d'Azienda. Di questo non parleremo in dettaglio perché un inquadramento della loro evoluzione è stato tratteggiato nel recente lavoro di un gruppo di colleghi coordinati da Kob K. ('03) come apertura ad aspettative di prospettiva.

Si sono poi ricordate le tradizionali competenze e offrendo alla nostra considerazione le nuove competenze come definite in aderenza a tempi e realtà in cui operiamo. Va sottolineata la precisa indicazione della rotta verso il governo clinico come strumento di governo aziendale, nonché il richiamo applicativo di principi e metodi che lo caratterizzano, poiché rappresenta la capacità di un'organizzazione sanitaria d'ispirare e supportare atti e comportamenti dei clinici nelle scelte diagnostiche, terapeutiche e riabilitative a dimostrare evidenze scientifiche e di valutazioni di costi efficacia e di costi efficienza. Ricordando che il governo aziendale consiste nella capacità d'esprimere una visione di sviluppo, indirizzare l'organizzazione verso obiettivi di salute utilizzando gli strumenti delle risorse umane, tecnologiche, strutturali e finanziarie, il Direttore sanitario d'Azienda è la figura che dirige i servizi sanitari a fini organizzativi e igienico-sanitari e partecipa al processo di pianificazione strategica aziendale, concorrendo a definire le priorità rispetto ai bisogni di salute della comunità.

Il Direttore medico di presidio ospedaliero concorre al raggiungimento degli obiettivi aziendali secondo gli indirizzi del direttore sanitario, assicurando continuità assistenziale con i servizi territoriali, con competenze di direzioni del presidio ospedaliero, interfacciandosi con le competenze dipartimentali, con attribuzioni igienico-sanitarie e preventive, formazione scientifica, promozione della qualità di servizi e prestazioni sanitarie.

Tali visioni del governo clinico e modernizzazione delle competenze di Direttore sanitario aziendale e direttore medico di presidio costituiscono un'importante evoluzione di ruolo e funzione aziendale di queste figure. Dal quadro delle competenze correlate alla loro funzione e ruolo, è chiara la percezione di 2 livelli di direzione, uno strategico e uno operativo, reciprocamente complementari e interdipendenti. Questa specializzazione è vista come indispensabile nell'organizzazione e gestione dei sistemi sanitari in un recente lavoro Who ('03), che rappresenta le due sottofunzioni d'articolazione del management sanitario distinte in management strategico e management operativo o di servizio. Il primo esercita le competenze fondamentali che l'organizzazione sanitaria deve mettere in campo per valorizzare le sue prestazioni e monitorare i cambiamenti attesi. Si ha quindi un coinvolgimento d'obiettivi e la formulazione della missione aziendale che modella l'organizzazione di supporto; la leadership è impegnata a definire valori, ruolo e compe-

tenze dell'organizzazione, creando un ambiente adeguato di conoscenze e formazione per team e individui, adatto a cambiare e contribuire al miglioramento delle prestazioni; relazionarsi con l'esterno per identificare opportunità emergenti, acquisire risorse, interpretare requisiti istituzionali e influenza politica in un mercato in competizione. Il management di servizio o gestione operativa include compiti base che l'organizzazione deve compiere per realizzare la sua missione, attraverso cui si manifesta la tensione d'implementazione delle sue strategie e di raggiungimento degli obiettivi assegnati. Compiti che sono allocazione e controllo dell'impiego di risorse; management e miglioramento di processi e strutture di lavoro; monitoraggio e valutazione d'interventi e servizi, uso del feedback come base per introdurre miglioramenti e sviluppare le tendenze evolutive.

Rilievi alla vigente normativa

Ci chiediamo se l'azione di direzione tecnica esercitata per la normativa vigente ha qualità di globalità per gli aspetti strettamente professionali o è intersecata da vincoli e attribuzioni che ne limitano o ne condizionano la piena espressione. Da questo punto di vista vanno discussi alcuni aspetti della normativa che regolano i livelli di responsabilità del Direttore generale e del Direttore sanitario d'azienda, per cui si determina il coinvolgimento del Dirigente medico di presidio. Iniziamo dall'esame dei rapporti in essere con il personale d'assistenza infermieristica e tecnica: secondo la Legge 42, 26 febbraio '99, sulle professioni sanitarie stabilisce i profili professionali del personale d'assistenza diretta non medica sono professioni sanitarie "principali". La Legge 251, 10 agosto '00, in-

troduce la dirigenza per queste professioni che vengono inquadrare e ricondotte alla disciplina generale di cui all'art. 15 del Dlgs 229/99, con rappresentanza anche nel collegio di direzione.

Per la formazione universitaria sono applicati i Dm del ministero dell'Università e della Ricerca scientifica e tecnologica del 2 aprile '01 (*determinazione delle classi delle lauree universitarie delle professioni sanitarie e determinazione delle classi delle lauree specialistiche delle professioni sanitarie*), che certo aprono problematiche di nuovi assetti nei confronti delle specialità mediche come oggi sono conosciute ed esercitate, quindi anche nei confronti della disciplina scientifica di cui siamo connotati nella nostra professione. In questo divenire è

stato però già deciso di riferire la figura del dirigente delle professioni infermieristiche (e delle altre professioni in relazione all'attuarsi regionale) alla figura del Direttore generale, di cui diviene dirigente in staff.

Sorge così la domanda di come possa essere globalmente responsabile della direzione tecnica la figura del Direttore sanitario d'azienda quando è normato che a questa direzione tecnica la dirigenza infermieristica e tecnica deve essere sottratta, lasciando quindi in condizioni di soluzioni operative di precario equilibrio la catena di comando e controllo che vede la partecipazione di Direttore medico di presidio e capi di dipartimento.

Va ancora ricordato, circa il governo del parco tecnologico, che il ruolo tecnico dell'ingegneria biomedica o clinica afferisce alle direttive del Direttore generale e non del Direttore sanitario d'azienda, che pure ha la responsabilità globale di direzione tecnica, da cui non può prescindere la qualità delle tecnologie

impiegate. Così è anche per una serie di funzioni tecniche che riducono molto la responsabilità tecnica del Direttore sanitario d'azienda nella gestione delle attività di direzione. Infatti, per gli interventi di prevenzione nei confronti dell'idoneità delle strutture e dell'igiene e sicurezza del personale, medico competente, medico autorizzato, esperto qualificato, fisico autorizzato e responsabile della qualità in radiologia dipendono dal Direttore generale, per cui sfuggendo queste attività alla diretta responsabilità del Direttore sanitario d'azienda e del Direttore medico di presi-

I SERVIZI OSPEDALIERI DEVONO INTEGRARE E SUPPORTARE LE CURE PRIMARIE, ASSICURANDO PRESTAZIONI SPECIALISTICHE E SPECIALIZZATE D'ALTO PROFILO, IN UN CONTESTO ORGANIZZATIVO E GESTIONALE IN COSTANTE MONITORAGGIO

dio, sono praticamente disapplicati nelle competenze di direzione gli aspetti di prevenzione e promozione della salute del personale ospedaliero e di sicurezza in senso lato.

Ove si espleta la funzione d'igiene ospedaliera non si presenta incardinata compiutamente nelle funzioni della Direzione sanitaria aziendale. Pare d'essere in presenza di un Direttore sanitario d'Azienda come capitano di una nave con responsabilità globale di direzione tecnica, ma con i principali direttori delle linee di produzione che invece direttamente si rapportano all'ammiraglio di squadra da cui ricevono ordini e direttive. Né si tace la difformità di valutazione e funzione della figura del Direttore sanitario delle strutture pubbliche rispetto alle private (anche convenzionate e accreditate): due sistemi professionali paralleli, ciascuno con proprie realtà organizzative e operative. Riteniamo si debba fare chiarezza su questi punti e, essendo la legislazione nazionale confusa, si auspica che

l'assetto di decentramento regionale in sanità costituisca lo snodo fisiologico di questi incroci che, da come si presentano, non giovano alle finalità di pubblico interesse e imparzialità della pubblica amministrazione nella realtà aziendale.

All'epoca dell'istituzione del Ssn del Regno Unito, Nye Bevan, suo fondatore, lo presentò così: *nessuna società può legittimamente chiamarsi civilizzata se a una persona malata è negato aiuto medico per mancanza di mezzi. La società diviene più salubre, serena e spiritualmente sana se sa che i suoi cittadini*

sanno che non solo loro stessi, ma tutti i concittadini possono avere accesso, quando malati, al meglio di ciò che le tecniche medico-assistenziali possono fornire (Teseleanu G. - Renzulli L., '03).

Noi medici di direzione sanitaria intendiamo mantenere la nostra presenza professionale nel Ssn (come attuato nelle diverse realtà regionali) per esercitare le responsabilità riservateci nella loro evoluzione, al servizio di principi e finalità condivisi in una società civile, assicurare ai malati equità d'accesso alle cure e al meglio di ciò che le tecniche medico-assistenziali possono fornire. Al momento siamo estranei nel nostro costume professionale alle logiche che intendono piegare la politica a interessi corporativi e fare degli interessi di categoria una politica.