



In copertina

**INDUSTRIE
GUIDO MALVESTIO SPA**

Via Caltana, 121
35010 Villanova (PD)
Tel. 049 9299511
Fax 049 9299500
E-mail: info@malvestio.it
Internet: www.malvestio.it
Segnare 011634 cartolina
servizio informazioni

Tecnica Ospedaliera on-line

Se volete comunicare con la
redazione l'indirizzo di po-
sta elettronica è:

tecnicaospedaliera@tecniche nuove.com

Se volete visitare il Web ser-
ver di Tecniche Nuove l'in-
dirizzo è:

<http://www.tecniche nuove.com>

Attualità

Neurochirurghi a confronto
di Maria Pia Longo 54

L'ospedale del mese

"S. Orsola Malpighi", Bologna. Il nuovo Centro Trapianti
di E. Ricchi, E. Marcelli e M. Rizzoli 62

Progettazione

Residenza per anziani a Modena
di Patrizia Mello 74

Gestione

Istituzioni e direzione in sanità
di Lorenzo Renzulli 80
Radioprotezione dei lavoratori
di D.A. Garufi, D. Garufi, F. Pulvirenti 88

Osservatorio "Blocchi operatori chiavi in mano"

Progettare, realizzare, gestire
di Giuseppe La Franca 101
Datex-Ohmeda. A colloquio con l'amministratore delegato
di Giuseppe La Franca 106
Punti di forza e aspetti critici del settore
di Giuseppe La Franca 108

Sicurezza

Operatori esposti a epatite virale B
di Luciano Villa 110

Tecnologie

Cartelle cliniche: gestione elettronica
di L.R. Carfagno, G. Carfagno e G. Fabrizio 120

Speciale emergenze in ospedale

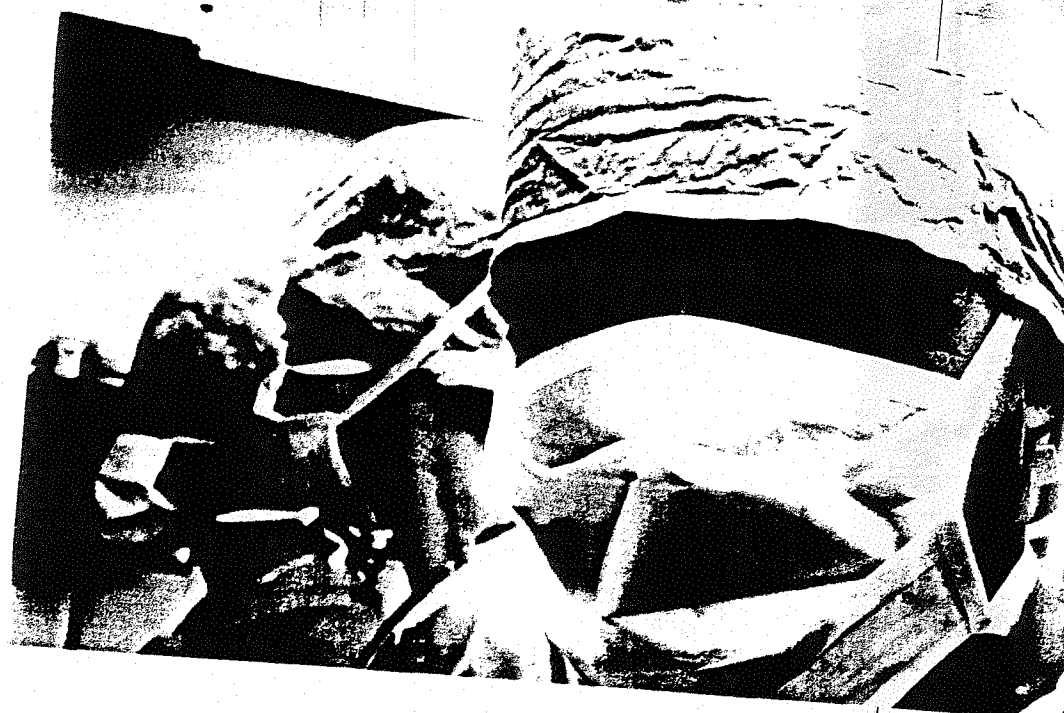
Antincendio. Formare e informare il personale
di M. Abate e F. Rinaldi 130
Strutture di ricovero. Emergenza nell'emergenza
di M. Abate e F. Rinaldi 134
Controllo e manutenzione delle attrezzature antincendio
di Stefano Zanut 138
Servizi di sicurezza. L'alimentazione
di Armando Ferraioli 144
Locali a uso medico. Sorvegliare l'isolamento
di Armando Ferraioli 150

Rubriche

Lettere al direttore 5
Notiziario a cura di Lodovica Porta 12
Sentenze a cura di Silvia Ceruti 30
Normativa a cura di Giovanni Mauri 34
Hard & Soft a cura di Lodovica Porta 38
Prodotti a cura di Mercedes Bradaschia 42
Monouso a cura di Lucia Nicolotti 50
Vetrina a cura di Mercedes Bradaschia 156
Servizio informazioni per i lettori 162

Istituzioni e direzione in sanità

Abbiamo iniziato nel numero precedente 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 affrontiamo le modifiche apportate dalla Riforma ter (Dlgs 229/99), approfondendo la figura del Direttore sanitario in ogni suo aspetto



Lorenzo Renzulli

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

(II parte)

Stato di salute della riforma ter (Dlgs 229/99)

Lo scenario della devoluzione apre il dibattito su quali obiettivi, quali strategie, quale politica sanitaria si prospettino per il nostro Paese, in un contesto in cui le Regioni assumono il ruolo di stelle polari della programmazione, organizzazione, gestione della sanità, sia pure in una dimensione correlata a principi e valori d'indirizzo che si artengono alla filosofia del

Psn. In questo incrocio in cui:
- la sanità è guidata dal patto di stabilità e vede esclusivamente nell'equilibrio di bilancio delle aziende sanitarie il miglior risultato etico e pratico da ricercare e premiare;
- i modelli di gestione sanitaria regionale non manifestano linee di tendenza di diffuse connotazioni d'innovazione;
- la riforma ter nella sua struttura non più attuale, rispetto al divenire istituzionale, è in una posizione di oggettiva difesa rispetto al dibattito culturale,

all'evoluzione della giurisprudenza alle aperture politiche che ne sottolineano limiti, inadeguatezze, inapplicabilità.

Il dibattito culturale

Per quanto riguarda la fisionomia e l'identità delle Aziende sanitarie, Renzulli L. (2001) ha ricordato, in relazione alla teoria "sull'eccellenza d'impresa" di due esperti americani di tecnica imprenditoriale (Thomas Peters e Robert Waterman, *In search of excellence*, '82), che in uno studio sulle migliori imprese americane è stato evidenziato come anche tra le imprese classificate eccellenti fosse possibile individuare e differenzia-



Manager in sanità non si diventa per investitura divina o politica, ma solo dopo lunga formazione e carriera (Catananti C., 2003)

re un centro, un ristretto nucleo che costituiva "il cuore dell'eccellenza": erano cioè le aziende migliori in assoluto.

In questa constatazione è stata quindi sviluppata la ricerca volta all'analisi dei fattori del successo, vale a dire il motore che determina l'eccellenza d'azienda. La conclusione documentata è che l'eccellenza d'impresa ha il suo vero propellente di lancio e carburazione nella coscienza, conoscenza e affermazione condivisa di un insieme di valori chiave che sono capaci di dare nutrimento e vitalità a una precisa identità e immagine d'impresa, basata in particolare sulla più attenta considerazione dei valori umani tradizionali,

sociali, etici, anche religiosi - che sono la vera molla dell'eccellenza e del successo -, nonché al senso d'appartenenza e dedizione e all'entusiasmo del personale che s'identifica nell'azienda.

La tecnica dello "Spoils system", regolamentato per legge e applicato per tutta la dirigenza pubblica e per le aziende sanitarie in base al c.d. principio di scelta fiduciaria, non consente di coltivare e affermare quel vincolo d'appartenenza, dedizione ed entusiasmo caratteristico di una continuità di servizio, in quanto attuativa di rapporti meramente economici e politici, improntati a contingenza e temporaneità.

La considerazione mostrata in questa riforma per la flessibilità d'importazione americana non è stata opportunamente e saggiamente integrata con i principi generali e fondamentali della nostra tradizione di governo, che stabiliscono dalla Costituzione dello Stato unitario in poi imparzialità e buon andamento della pubblica amministrazione.

La scelta fiduciaria della dirigenza, nello Stato come nelle Regioni, viene inoltre percepita e vissuta dai cittadini come espressione di un'amministrazione pubblica al servizio di una maggioranza di governo del Paese o della Regione, sicché è in atto da parte della funzione pubblica la predisposizione di un indirizzo di cambiamento delle regole vigenti, con definizione e introduzione di nuovi meccanismi di ricambio dei vertici della dirigenza pubblica e possibile considerazione anche di concorsi pubblici (Grion L., 2003).

Catananti C. (2003) ha di recente richiamato l'attenzione sulla necessità d'aprire un'approfondita discussione per verificare la validità dell'attuale sistema di

direzione delle aziende sanitarie a carattere fiduciario, che ha sostituito la direzione di carriera antecedente al sistema d'aziendalizzazione. Egli prospetta infatti che tale pratica sia dannosa per l'istituzione sanitaria, non offra credibilità alla direzione, non consenta programmi e piani strategici d'ampio respiro, non sia scevra da condizionamenti di varia natura, che limitano il libero esplicarsi dell'azione direzionale e, infine, si presti a quelle forme di lottizzazione contro cui era stata invece immaginata. Infatti, manager in sanità non si diventa per investitura divina o politica, ma solo dopo lunga formazione e carriera.

Quindi le responsabilità tecniche devono risultare chiaramente distinte da quelle politiche, in quanto devono avere un carattere di stabilità, altrimenti se ne inficiano le potenzialità, al contrario delle responsabilità politiche, che possono assumere veste di temporaneità legata alla fiducia del governo politico che le conferisce. Gli assetti acquisiti nel tempo e regolati dalla politica non è detto che siano funzionali agli obiettivi di direzione e che costituiscano la migliore risposta delle istituzioni, in uno scenario d'incrocio del federalismo con le tendenze di "più privato e meno Stato".

Catananti quindi introduce il dibattito, con la sua proposta d'approccio popperiano al problema, ricordando che il percorso verso la verità non è quello della ricerca della verità, ma quello della cosiddetta falsificazione. Una teoria è da considerare vera fino a quando resiste a tutti i tentativi di demolizione. Se non si prova a falsificarla ma la si accetta solo in forza della tradizione passata, ecco che i dogmi salgono al potere con tutto quello che segue.

Il principio fondamentale dell'organizzazione sanitaria e segnatamente ospedaliera è la modulazione dipartimentale,

che seriamente pone in discussione il ventaglio delle competenze della direzione medica ospedaliera. Queste sembrerebbe possa essere sostituita da una sua disarticolazione, con trasferimento operativo d'attribuzioni di varia dimensione verso i capi dipartimento di formazione clinica, investiti in tali responsabilità da percorsi "professionalizzanti" c.d. manageriali, a cavaliere di due funzioni, quella clinica propria e quella gestionale acquisita per rapporto fiduciario.

Il complesso mondo del dipartimento nell'esteso ventaglio degli aspetti giuridici, organizzativi, gestionali, nelle applicazioni operative e nella valutazione di alcuni esperti, è stato studiato, analizzato e rappresentato nella recente monografia *L'organizzazione dipartimentale nelle aziende sanitarie* a cura dell'Accademia Nazionale di Medicina (2003).

In argomento, peraltro, già Montesanti F. (2000) poneva il quesito *il dipartimento: perpetuazione d'equivoci o occasione di ripensamento e sviluppo di strategie organizzative?*

Quindi nel convegno Anmdo di Palermo Pili S. (2002) ha posto il quesito sul significato attuale dei dipartimenti ospedalieri, da valutare in una *crisi di crescita*, che potrebbe anche essere fisiologica in un processo tumultuoso d'evoluzione, ovvero rappresentano tout court un "fallimento" della politica incentrata sulla coniugazione di capacità e abilità di natura professionale clinica con quelle di natura gestionale sanitaria in uno stesso soggetto d'estrazione clinica e con modalità di rotazione.

ellissero G. (2003) ha prospettato una diagnosi aperta delle patologie della modulazione dipartimentale, ricordando che: il dipartimento monospecialistico altro non è che un'area logonea;

- il dipartimento dei servizi non è ragionevole in quanto, per la disomogeneità delle specialità, non risulta possibile mettere in comune risorse il cui utilizzo è strettamente legato alla singola specialità, sicché non si producono livelli d'efficienza;

- i dipartimenti per gruppi di specialità di area sono legati alla possibilità e modalità di graduazione delle cure in relazione alla distribuzione equilibrata delle risorse.

Il paradosso della normativa vigente è l'aver posto come massimo obiettivo di carriera ai migliori dei clinici ospedalieri una funzione organizzativa (capo dipartimento) in assoluto contrasto con i più banali principi d'efficacia ed efficienza nell'uso delle risorse umane.

Le normative specifiche sono connotate per caratteristiche di scarsa razionalità e potenziale effetto destabilizzante, sicché l'ospedale va rimodulato e innovato oltre i dipartimenti, con presenza di funzioni di direzione organizzativa indipendente dalle funzioni cliniche che invece devono esprimere tutta la loro potenzialità assistenziale come capacità clinica di attrazione in un mercato in competizione.

Rizzato E. (2003) ricorda come nel nostro sistema sanitario, nel quale il diritto alla salute viene comunemente confuso con il diritto alla prestazione, sono di tutta evidenza le interferenze tra ruolo politico e ruolo tecnico, tra ruolo strategico e ruolo operativo dei diversi livelli di responsabilità. Il Dlgs 229/99 prevede come "normalità" il fatto che i capi dipartimento trattino il contratto di budget direttamente con il direttore generale, escludendo sia il direttore sanitario aziendale sia il dirigente medico di presidio, come se queste professionalità fossero del tutto irrilevanti per il buon governo del sistema.

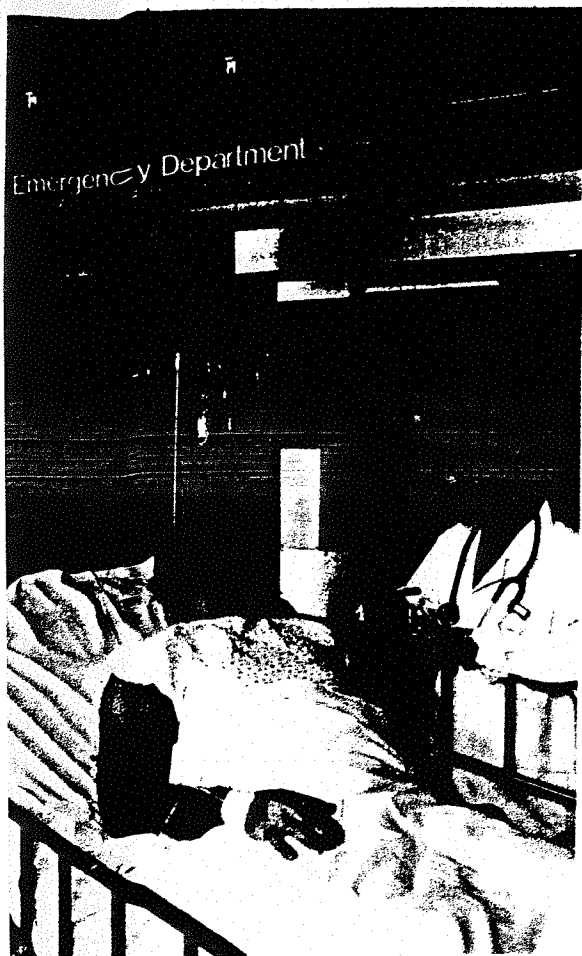
Questa esclusione costituisce, sul piano della legittimità for-

male, una profonda anomalia che si ripercuote sull'operatività di quanto concordato nei contratti di budget.

In questo contesto assume rilievo l'attuale figura del dirigente medico di presidio ospedaliero quale esperto di tecniche igienistiche e gestionali, nei confronti di personale dirigenziale di altre categorie che tendono a esaltare gli aspetti del controllo economico-burocratico, con ovvie ricadute sull'efficienza ed efficacia degli interventi.

Ma non sono solo questi i principali motivi di critica e crisi del sistema. Baraldi S. (2001) in uno studio di valutazione sull'utilità del budget e del processo di budgeting pone il quesito: *budget, è l'ora dell'addio?* L'analisi condotta evidenzia una significativa limitazione del ruolo e della funzione del sistema, che per le sue caratteristiche manifesta incapacità d'adeguarsi alle linee di sviluppo aziendale condizionando anche atteggiamenti di miopia manageriale.

Viene ricordato che sin dal '98, 33 grandi aziende multinazionali hanno dato vita a un progetto di ricerca finalizzato (*Beyond budgeting round-table*) volto a comprendere quanto il budget si rivelasse effettivamente un ostacolo al cambiamento nelle organizzazioni aziendali e a mettere in evidenza l'affermarsi di approcci alternativi. La comune esperienza di un gruppo di aziende ha quindi dimostrato come sia possibile discostarsi dal budget attuando un modello d'organizzazione che stabilisce la distribuzione del management in un sistema d'articolazione "a rete" basato su tre ruoli chiave: *front line manager*, *middle manager* e *top management*, per ciascuno dei quali sono definiti gli impatti d'autonomia e le relazioni d'interdipendenza agli effetti sia tattici sia strategici.



Le normative specifiche sono connotate per caratteristiche di scarsa razionalità e potenziale effetto destabilizzante, sicché l'ospedale va rimodulato e innovato oltre i dipartimenti, con presenza di funzioni di direzione organizzativa indipendente dalle funzioni cliniche che invece devono esprimere tutta la loro potenzialità assistenziale come capacità clinica di attrazione in un mercato in competizione (Pellisero G., 2003)

Assetti di giurisprudenza

Nel corso degli ultimi anni la Corte Costituzionale è intervenuta più volte in questioni di legittimità su singole parti o sull'intero impianto, in particolare dei Dlgs 502/92 e 229/99. A titolo indicativo e non esaustivo si riportano alcune sentenze della Suprema Corte, con i

giudizi applicativi correlati.

- Sentenza n. 71 del 16 marzo 2001, con la quale si dichiara l'illegittimità dell'art. 15 nonies comma 2 della normativa di cui al Dlgs 229/99 in tema di stato giuridico dei professori universitari.

È la Sentenza n. 510 del 20 novembre 2002 sui ricorsi delle Regioni Lombardia, Puglia e Veneto e delle Province autonome di Trento e Bolzano che, per quanto concerne le considerazioni in diritto, riporta in particolare: *va inoltre osservato che le Regioni ricorrenti, ribadita la perdurante inattuazione e inoperatività del Dlgs n. 229 a 3 anni di distanza dalla sua entrata in vigore, contestano decisamente che tale attuazione possa avvenire dopo la diversa ripartizione di competenze e l'asserita eliminazione del potere governativo d'indirizzo e coordinamento determinate dall'entrata in vigore della Legge costituzionale n. 3 del 2001.*

Infatti la Regione Lombardia ha dichiarato d'avere esercitato in alcuni settori, in seguito alla Riforma del titolo V della Costituzione, le nuove competenze legislative e regolamentari ritenute attribuite in materia, asserendo la Regione stessa che alcuni dei *principi fondamentali introdotti dal Dlgs 229/99 sono, nei fatti, divenuti inoperanti.* Nello stesso tempo la medesima Regione ha dichiarato d'aver già in precedenza, in carenza di disposizioni statali d'attuazione, disciplinato numerosi istituti regolati dal Dlgs 229/99 in modo difforme o parzialmente difforme dai principi ivi fissati, senza peraltro che tali iniziative siano state in alcun modo contestate dal Governo. Del resto va sottolineato che con la riforma del titolo V il quadro delle competenze è stato profondamente rinnovato e in tale quadro le Regioni possono esercitare le attribuzioni di cui si riten-

gono titolari, approvando (fatto naturalmente salvo il potere governativo di ricorso previsto dall'art. 127 della Costituzione) una propria disciplina legislativa anche sostitutiva di quella statale.

- Sentenza n. 89 del 27 marzo 2003, con cui la Suprema Corte ha fatto chiarezza sulla cosiddetta privatizzazione del pubblico impiego, precisando che il rapporto di lavoro pubblico, se pur privatizzato, non è assimilabile al rapporto privato, in quanto le due situazioni non risultano omogenee dato che l'accesso mediante concorso al pubblico impiego (art. 97 c.3 della Costituzione) è del tutto estraneo alla disciplina del lavoro privato, sicché a questo non può essere attribuita la caratteristica dell'esigenza dell'imparzialità e del buon andamento dell'amministrazione pubblica.

- Sul piano giuridico va poi richiamato il Dlgs 28 luglio 2000 n. 254 relativo alle disposizioni correttive e integrative del Dlgs 229/99, che investe anche questioni politiche.

Aspetti politici

Il dibattito in corso vede anche la "dichiarazione" del ministro della Salute sui "difetti" della riforma Ter e sugli "interventi di correzione" da considerare. Sono "difetti" che andrebbero corretti:

- *falsa aziendalizzazione* di Asl e Ospedali;
 - *troppo potere* monocratico ai Direttori Generali;
 - *la forzatura* sui Primari e Capi Dipartimento da trasformare da medici in gestori;
 - *le negative conseguenze* dell'intramoenia;
 - *la difformità* quali-quantitativa dei servizi erogati dalle Regioni.
- Alcuni degli interventi correttivi

vi Presentati consistono nel:

- ripristinare i Consigli d'Amministrazione di Asl e Ospedali;
 - affidare la gestione ordinaria a personale amministrativo dipendente dai Capi Dipartimento;
 - consentire la libera professione intramoenia solo negli ospedali che non hanno liste d'attesa;
 - creare nel sud Italia una rete di centri d'eccellenza.
- In tali contesti d'innovazione istituzionale, dibattito culturale, assetti di giurisprudenza, aperture politiche, appaiono di diretto rilievo e interesse due evidenze:
- la prima è sviluppata da Pana A. e Muzzi A. (2003) e rileva come con l'art. 54 della Legge Finanziaria per il 2003 il Parlamento abbia recepito con legge ordinaria le disposizioni di cui al Dpcm sui Lea del 29 novembre 2001. Considerando che l'obiettivo di un Ssn è il miglioramento dello stato di salute delle popolazioni e che questo è direttamente correlabile a standard espressi in termini di risultato, ne consegue una limitazione del significato dei Lea che non forniscono standard assistenziali (strutturali, processo, di risultati per patologie o gruppi assistiti). Allo stato, i Lea appaiono un freno al derelismo, impedendo alle Regioni di decidere discrezionalmente le priorità di allocazione delle risorse sia tra settore sanitario e altri settori dell'intervento pubblico sia i diversi tipi d'assistenza.
 - secondo rilievo apparso all'intervento di Pelicciolo G. (2003) alla 38a

Assemblea generale Aiop (Roma, 24 maggio 2003):
 Noi dobbiamo avere il coraggio di fare emergere con trasparenza, con forza, con efficacia di comunicazione, che per la cura dello stesso malato oggi il costo nelle strutture private ha valore di 1, in quelle pubbliche il valore di 1,6. Questa differenza non ha giustificazioni, grava sull'economia del paese, comporta comunque un incremento fiscale che, giustamente, l'Italia non vuole più accettare ed è esclusivamente la conseguenza del perdurare di una rendita politica che si è inserita e radicata profondamente dentro il sistema clientelare che regge la componente pubblica della sanità italiana. Il logoramento politico e tecnico della riforma ter è espressione della sua vulnerabilità, con presenza d'incertezze, disomogeneità e anche violazioni che sollecitano interventi d'adeguamento e messa in rotta sia nella parte riguardante lo Stato quale garante del sistema sia a livello delle Regioni per la devoluzione da applicare in sanità.

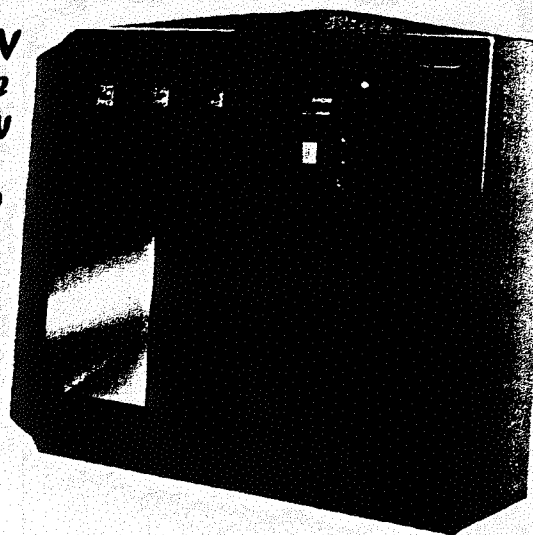
Non vorremmo che la cancrena dell'attesa, delle indecisioni e dell'ambiguità e la speranza di un futuro non lontano d'evoluzione confermino l'aforisma di Planck Max, premio Nobel per la fisica ('18): una nuova verità scientifica non si afferma convincendo i suoi avversari e illuminandoli, ma piuttosto perché dopo molti anni i suoi avversari muoiono e le nuove generazioni crescono abituate a essa.

(continua)



Quando un team di tecnici, amministrativi, metalli pregiati, materiali compositi, design ed impiantistica tecnologicamente avanzata, si fondono in una sintesi

New product



STERILIZZAZIONE

- **Service e Global Service** apparecchiature elettromedicali e scientifiche.
- **Industria costruzione** di apparecchi elettromedicali a tecnologia avanzata.
- **Ricerca e sviluppo** precompetitivo su tecnologie avanzate.
- **Telecomunicazioni:**
Costruzione di sistemi di trasmissione e reti LAN.
- **Impianti speciali:**
 - elettrici in strutture sanitarie
 - climatizzazione ospedaliera.
- **Controlli e verifiche** di apparecchiature ed impianti tecnologici nel settore sanitario.
- **Vendita** di apparecchi elettromedicali.

Adiramef
Tecnologie Avanzate

Quarto (Na) tel. 081.8081294 - fax 081.8081192
 Stabilimento in Carinara (CE)
 www.adiramef.it - info@adiramef.it

AZIENDA CERTIFICATA
 UNI EN ISO 9001-2000
 UNI CEI EN ISO 13485-2002

Numero Verde
800 979190
 Chiamata Gratuita

PRODOTTI BREVETTATI E CERTIFICATI A NORMA DI LEGGE

Segnare A34709 cartolina servizio informazioni