PARTE SECONDA

L'ORGANIZZAZIONE INTERNA OSPEDALIERA

PIERO MICOSSI [°]

LA RICERCA DI UN NUOVO MODELLO DI OSPEDALE

1. *Dall'ospitalità all'organizzazione scientifica*

L'ospedale nasce nei secoli da due esigenze fondamentali: l'isolamento, per gli ammalati affetti da patologie contagiose, e la carità, cioè l'assistenza agli infermi a contenuto caritativo e religioso. La morte e la malattia rimangono collocate all'interno della famiglia e della comunità di appartenenza, e ne costituiscono un elemento fondamentale di identità e di coesione.

In questa fase il rapporto con il medico curante, per coloro per i quali ciò è possibile e proponibile, è localizzato all'interno del proprio domicilio e non è centrato attorno all'ospedale.

Dopo la nascita della medicina scientifica e l'applicazione sempre più sistematica del metodo sperimentale alla diagnosi e alla terapia, la competenza medica tende progressivamente a trasferirsi nell'ospedale, per conseguire le due esigenze della concentrazione delle competenze e della concentrazione della casistica. Fra le malattie infettive è la tubercolosi ad assumere grande rilevanza nei paesi europei, con lo sviluppo delle organizzazioni sanatoriali.

L'ospedale, tra la fine del Settecento e la prima metà del Novecento, rimane la sede per la diagnosi e la cura delle malattie infettive e delle malattie chirurgiche. Diventa anche la sede dello studio delle malattie, con la conseguenza dello sviluppo dell'organizzazione universitaria all'interno dell'ospedale.

La malattia comune, il parto, la morte rimangono ancora localizzate all'interno del proprio domicilio, attorno al quale si fonda anche il rapporto con la medicina di famiglia. Si consolida tuttavia, in tutta la prima parte del XX secolo, il fatto che l'autorità professionale e scientifica si forma e risiede nell'ospedale. La struttura organizzativa dell'ospedale è divi-

[°] *Gruppo Ospedaliero San Donato.*

sionale (la nozione di divisione è una nozione di separazione delle competenze e del territorio di ciascun luminare); la divisione è la sede della competenza cui devono andare il servizio del personale "paramedico" (cioè al servizio del medico) e cui l'organizzazione deve fornire altri supporti nella stessa sede dove è presente la competenza.

Il laboratorio di analisi cliniche e microbiologiche, la radiologia, quando se ne sviluppa la tecnologia, sono aggregati alla competenza. La struttura organizzativa dell'ospedale è basata sui padiglioni, sia per motivi igienico-sanitari sia per le necessità di articolazione attorno alla competenza che abbiamo richiamato.

Il sistema di comunicazione non è progettato ed esiste in quanto affidato alla comunicazione fra clinici. Il sistema di trasporti interni è affidato ai pedoni che trasportano materiali, richieste, documenti e quant'altro.

Negli anni cinquanta e sessanta del Novecento il quadro cambia radicalmente per alcune ragioni: l'arrivo di farmaci risolutivi (antibiotici, cortisonici e molti altri), che finiscono per diventare essi stessi tecnologia; lo sviluppo della tecnologia diagnostica in campo chimico-analitico e radiologico, che comincia a richiedere essa stessa competenze molto più sofisticate e a proporsi come organizzazione autonoma dentro l'ospedale. Il clinico riesce sempre meno a maneggiare in modo trasversale competenze sempre più specializzate e specifiche.

A partire dalla metà degli anni sessanta assistiamo a un nuovo processo di grande rilevanza: lo sviluppo scientifico e organizzativo autonomo di discipline non più generali ma specialistiche (la gastroenterologia, l'ematologia, la cardiologia ecc.), le quali nel corso degli anni settanta rafforzano la propria organizzazione scientifica, ottenendo successivamente il riconoscimento di articolazioni organizzative autonome negli ospedali, di carriere e di procedure concorsuali separate.

La frammentazione culturale va di pari passo con la frammentazione organizzativa degli ospedali, che seguono ancora, negli schemi progettuali, il criterio della competenza.

Negli anni ottanta e novanta assistiamo a un nuovo grande cambiamento della medicina, con l'arrivo di tecnologie dia-

gnostiche di altissima sofisticazione, sia in campo radiologico (Tac, risonanze magnetiche, ecografia), sia in campo elettrofisiologico, sia in campo chimico-analitico.

È in questa fase che la tecnologia diventa essa stessa *driver* dell'organizzazione e che l'ospedale sviluppa problemi rilevanti che derivano dalla mancata progettazione di un sistema di integrazione organizzativa e di comunicazione interna.

Dal punto di vista del sistema ospedaliero, le tipologie di ospedale esistenti si sono profondamente differenziate: ospedale di comunità, istituto di ricovero e cura a carattere scientifico, grande policlinico universitario, piccolo ospedale privato a forte focalizzazione operativa (soprattutto sulle alte tecnologie), ospedali di riabilitazione. Ciò che tuttavia è più rilevante, in tale processo di differenziazione, è che le tipologie di ospedale si sviluppano combinando i diversi fattori in modo assolutamente imprevedibile e dipendente per lo più dalle caratteristiche e dall'estrazione culturale dei gruppi dirigenti promotori: alta tecnologia o alta specializzazione e piccola dimensione, localizzazione remota e tecnologie della comunicazione, bassa intensità di cura ed elevata dotazione tecnologica, grossa dimensione organizzativa e scarsa capacità di integrazione dei processi di servizio e di comunicazione, scelta mono- o polispecialistica, coesistenza o meno di investimenti nella ricerca scientifica.

Il paradigma per cui la crescita di dimensione va di pari passo con la complessità organizzativa e con l'aumento di intensità di cura, per giungere alle istituzioni che svolgono attività didattica e di ricerca, viene completamente superato.

Diventa inoltre evidente l'effetto distorsivo della tecnologia in due direzioni fondamentali: da una parte essa è capace di produrre domanda di prestazioni per il solo fatto di essere proposta, in quanto il pubblico ritiene che le diagnosi siano più sicure ed accurate se utilizzano molta tecnologia; dall'altra la crescita della tecnologia crea un problema di equità nell'accesso alle prestazioni, come evidenzia la crisi paradossale del sistema sanitario americano, che unitamente al massimo della tecnologia produce il massimo di iniquità nell'accesso al servizio.

2. *Il cambiamento del contesto culturale e dei sistemi di finanziamento in cui operano gli ospedali*

Gli anni novanta hanno visto lo sviluppo di approcci organizzativi integrati al trattamento delle malattie, riferibili a una serie di mutamenti intervenuti sia nei quadri morbosi sia nel contesto sociale e culturale.

Innanzitutto, l'evoluzione della maggior parte delle malattie verso la cronicità ha richiesto l'introduzione di approcci miranti a mantenere la continuità di cura quale elemento trainante delle scelte organizzative, producendo difficoltà in organismi sanitari disegnati per trattare problemi acuti o di abbastanza veloce risoluzione.

A ciò si è affiancata l'esigenza di combinare la bassa intensità di cura (dato che la stragrande maggioranza delle malattie trattate in regime di ricovero sono tali) con l'alta intensità in tecnologie. Ciò ha portato a studiare e testare modelli di integrazione a rete, che richiedono forte capacità di gestione della comunicazione e della logistica.

Contemporaneamente l'organizzazione dell'attività di ricerca finalizzata alla cura e alla sconfitta dei grandi mali del secolo (tumori, malattie cardiovascolari, malattie infettive ecc.) ha dato origine a istituzioni non più prevalentemente universitarie, quali gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (Irccs), in cui si sono concentrate casistiche a fini di studio che tendono a seguire gli ammalati all'interno di protocolli scientifici controllati e che hanno fortemente influenzato la cultura terapeutica di questi settori clinici, costituendone nel tempo i punti di riferimento e di formazione dei gruppi dirigenti.

Sul versante del finanziamento dei sistemi sanitari abbiamo assistito alla rivalutazione di meccanismi di tipo mutualistico (Germania, Usa, Svizzera e Olanda), se pur con caratteristiche diverse che hanno posto condizionamenti e limiti molto forti all'uso indiscriminato di alta tecnologia nella diagnosi e nella cura. Mai come nell'ultimo decennio i governi dei paesi industrializzati hanno messo mano ripetutamente ai propri sistemi sanitari, cercando di trovare un punto di mediazione fra le esigenze di bilancio e la crescente domanda di prestazione da parte dei cittadini, spesso producente insoddisfazione politica.

Infine, nei paesi industrializzati hanno prevalso negli anni ottanta modelli di finanziamento degli ospedali fondati sul principio della separazione fra soggetti erogatori e soggetti acquirenti delle prestazioni, modelli che sono stati oggetto di critiche per aver indotto fenomeni di consumismo sanitario e di crescita della quota di spesa pubblica destinata alla remunerazione dei ricoveri, in controtendenza rispetto al proclamato obiettivo politico di ridurre i finanziamenti per le attività di ricovero a favore di un'espansione delle attività sanitarie territoriali.

3. *Multidisciplinarietà, specializzazione e dimensionamento delle organizzazioni ospedaliere a servizio di un ambito territoriale determinato*

La medicina moderna si trova dunque oggi ad affrontare il conflitto fra l'esigenza di garantire continuità nella cura e nella conoscenza dell'ammalato e quella di operare in contesti ad alto contenuto tecnologico e ad alta specializzazione.

Le forme organizzative funzionali alle due esigenze sono diverse e non facilmente compatibili l'una con l'altra.

Si può, a titolo di esempio, affermare che patologie a bassa intensità di cura e caratterizzate da cronicità dovrebbero essere prevalentemente trattate fuori dell'ospedale, pur dovendo garantire anche ad esse un accesso a tutta la migliore tecnologia e alla migliore competenza professionale.

A ciò si aggiunge peraltro un secondo problema: la maggior parte della patologie croniche richiede l'integrazione di competenze diverse, in parte non mediche, in parte non sanitarie; il requisito della comunicazione diviene quindi determinante e dominante ai fini del conseguimento della qualità del servizio e del rapporto con gli utenti.

Nella definizione dei modelli di funzionamento degli ospedali e di quelli di integrazione fra ospedale e territorio incontriamo dunque la contraddizione per cui la maggior parte della competenza medica risiede nell'ospedale ed è poco disponibile a fornire prestazioni all'esterno in un contesto di bassa intensità di cura, mentre la domanda di cure nasce pre-

valentemente sul territorio e richiede in modo consistente l'accesso alla competenza medica e alla tecnologia ospedaliera.

Il problema centrale è quello di definire processi di servizio clinico-assistenziali in cui l'obiettivo della conservazione di uno stato sufficiente/adeguato di salute e autosufficienza sociale sia affidato a un "gestore del processo" (*owner of the process*) che abbia accesso all'ottenimento di tutte le prestazioni occorrenti al conseguimento del risultato.

Le esperienze dell'assistenza domiciliare integrata (Adi) per il trattamento delle malattie e dei problemi sociali dell'anziano, o quelle del trattamento degli ammalati di Aids in comunità, o quelle del trattamento delle malattie psichiatriche in comunità offrono spunti di riflessione interessanti per comprendere a quali modelli di servizio sarà opportuno riferirsi in futuro.

La necessità di ripensare il modello di ospedale, per quanto non eludibile, presenta tuttavia grandi difficoltà, data anche la resistenza che le professioni oppongono a qualsiasi tentativo di revisione delle gerarchie professionali e dati i forti vincoli delle molte corporazioni del pubblico impiego, incluse quelle ministeriali, determinate a impedire trasformazioni che vengono percepite come minacciose.

Non pare opportuno definire modelli astratti buoni per tutte le situazioni, quali quelli che si utilizzavano nei processi di programmazione sanitaria degli anni settanta, data la multiformità e la complessità delle stratificazioni organizzative che si sono determinate nel tempo e nelle diverse aree del paese. È preferibile in quasi tutti i casi che la situazione concretamente determinatasi negli anni per ciascun territorio venga assunta quale iniziale punto di riferimento.

Possono essere forniti alcuni criteri da utilizzare nella definizione delle tipologie organizzative e operative degli ospedali.

• *La valutazione dell'intensità di cura*. È decisivo nella valutazione del destino di un ospedale che si valuti a fondo il tipo di casistica trattata e quindi il tipo di domanda che ad esso si rivolge. Questa scelta condiziona anche la scelta sull'intensità di capitale e di tecnologie che saranno necessarie per raggiungere l'intensità di cura desiderata.

• *La stratificazione dei tipi di casistica trattata*. Un ospeda-

le che abbia acquisito competenza e credibilità per particolari attività o casistiche va valorizzato e sviluppato all'interno di esse. Vanno cioè evitate operazioni di tipo puramente concettuale che prescindono dalle competenze specifiche acquisite nel tempo dal personale, nel tentativo di perseguire modelli ideali di ospedale o di organizzazione.

• *L'accesso a tecnologie complesse all'interno di un sistema a rete o, al contrario, la necessità di dotarsi autonomamente della maggior parte di esse*. Nella stima delle dimensioni dell'investimento tecnologico vanno prese in considerazione tutte le possibilità di utilizzare sinergie con altre organizzazioni ospedaliere, soprattutto quando ci si trova all'interno della stessa area territoriale in presenza di sovrasaturazione di tecnologie diagnostiche avanzate. Basti ricordare il caso delle risonanze magnetiche in alcune regioni italiane, che superano quelle dell'intero Canada e che finiscono necessariamente per essere sottoutilizzate, con tutti i conseguenti problemi di mancata remunerazione dell'investimento (che deve essere considerata un elemento di valutazione negativa sia per l'investitore privato sia per quello pubblico). In questi casi è più opportuno considerare la possibilità di un maggiore investimento in tecnologie della comunicazione e dell'integrazione organizzativa, al fine di utilizzare in comune tecnologie ed esperienze all'interno di una rete organizzativa che supera i confini murari delle singole strutture che ne fanno parte.

• *Il dimensionamento operativo*. L'analisi del *case-mix* e delle funzioni esistenti o da attivare va operato tenendo conto di due aspetti fondamentali: massa critica e focalizzazione operativa. La grande dimensione organizzativa priva di focalizzazione e di caratterizzazione va scoraggiata perché produce inefficienza.

• *Il modello organizzativo*. Per quanto non sia facile individuare criteri condivisi e uniformi nella impostazione del modello organizzativo, si può indicare un criterio di orientamento utilizzabile nell'articolazione dell'organizzazione dipartimentale. Per le attività ad alta specialità, con basso requisito di continuità della cura e ad alto contenuto in tecnologia, a prevalente utilizzazione interna alla struttura ospedaliera, il modello dipartimentale dovrebbe essere di tipo "verticale", cioè lega-

to alla disciplina specialistica (cardiochirurgico, nefrourologico, ecc.). Nei casi invece in cui esista un forte requisito di continuità della cura, anche in presenza di alta tecnologia e di elevata specializzazione, è opportuno pensare a modelli più "comunicanti" col territorio (per esempio, oncologia, malattie respiratorie croniche, Aids, ecc.). Per la bassa intensità di cura, i modelli operativi possono fare riferimento all'ospedale di comunità e confinare con la *nursing home* con attività sanitarie incluse. In questo caso, è necessario considerare modelli organizzativi aperti, che prevedano la piena partecipazione degli operatori del territorio sia alla formulazione del disegno organizzativo sia all'attività clinico-assistenziale. Per quanto riguarda la bassa intensità di cura, il modello organizzativo dovrebbe sempre tendere alla "orizzontalità", cioè essere articolato attorno alle esigenze del paziente, riducendo al minimo stratificazioni di tipo specialistico.

• *Il problema delle funzioni miste sorge soprattutto in relazione alla domanda del territorio*. Dove alcune attività sono carenti, anche se incoerenti con il modello prevalente di servizio cui si pensa di fare riferimento, può rendersi necessario mantenerle o includerle. Questo significa accettare il concetto che sia il modello organizzativo sia l'articolazione delle specialità e delle tecnologie dedicate al servizio agli utenti devono essere flessibili e adattarsi all'ambiente territoriale, alla cultura accumulata negli anni e anche alle abitudini dei cittadini, quando non in palese contrasto con esigenze di razionalità.

• *Il grande ospedale specializzato ha un senso solamente sulla grande dimensione territoriale e si giustifica con esigenze di concentrazione di casistica e di sperimentazione clinica*. Valga l'esempio degli istituti di ricerca oncologici, all'interno dei quali è richiesta la presenza di un grande numero di funzioni e di tecnologie difficilmente replicabili nella maggior parte degli ospedali gestiti dalle aziende sanitarie locali. Questo non deve però precludere la possibilità di ricorrere a ospedali specializzati di piccole dimensioni ed elevata focalizzazione (ad esempio in campo cardiochirurgico) tutte le volte che l'esperienza concreta ne dimostri l'efficacia clinica e l'efficienza operativa.

• *L'inclusione all'interno dell'organizzazione ospedaliera*

della funzione didattica va certamente incoraggiata, in quanto introduce stimoli culturali e rafforza metodologicamente tutto lo *staff* clinico. La didattica non può tuttavia pretendere di determinare a propria misura il dimensionamento e l'articolazione organizzativa, in quanto sono proprio l'errata impostazione culturale e collocazione della didattica a produrre modelli culturali sbagliati e anacronistici nei nuovi medici. Andrebbe quindi operata una riflessione sul contenuto della didattica e sul rapporto che dovrebbe esistere fra esigenze di specializzazione dell'attività clinica e modelli di servizio del medico e delle organizzazioni sanitarie nella società del nuovo millennio. L'ovvia necessità di garantire la formazione specialistica non può determinare percorsi formativi non sufficientemente orientati alla produzione di medici capaci di una visione globale dell'ammalato e capaci di affrontare clinicamente e con capacità di giudizio la quotidianità dell'ammalato anche al di fuori del contesto ospedaliero e senza il supporto dei presidi diagnostici di laboratorio e di radiologia.

4. *L'organizzazione ospedaliera: dal modello burocratico al modello di azienda di professionisti*

L'ospedale viene incluso, dalle moderne teorie sul *management*, all'interno delle organizzazioni professionali in cui la burocrazia non ha teoricamente potere di interferenza sul merito della scelta clinica ed è invece preposta a creare tutte le condizioni perché il professionista possa operare con successo nella cura dell'ammalato.

L'evoluzione della tecnologia e i cambiamenti nelle aspettative dell'opinione pubblica hanno tuttavia messo profondamente in crisi il modello professionale tradizionale, in quanto sempre più si è sviluppata negli ospedali una infrastruttura organizzativa, di comunicazione e di controllo, che funziona con logiche proprie autonome e che stabilisce una comunicazione con il pubblico e relazioni contrattuali con le istituzioni preposte al finanziamento delle attività sanitarie in base a modelli culturali e di *management* non affini alla cultura professionale del medico.

Da qui nasce la frizione, quando non il conflitto, fra l'attività dei singoli professionisti, che si percepiscono come espropriati della propria autorità sull'organizzazione, e gli obiettivi e la missione che la struttura aziendale (ormai non più solamente burocratica) percepisce come propri.

Questo processo di progressivo e conflittuale adattamento della cultura dei professionisti medici a quella aziendale richiede anzitutto che i medici accettino di condividere nell'organizzazione la propria cultura e di consentire l'operare di processi di standardizzazione delle scelte cliniche.

La standardizzazione dei percorsi clinici non è tuttavia immediatamente conseguibile, date le differenze nelle pratiche professionali, i molti elementi di conoscenza implicita inerenti alla decisione clinica e la stratificazione dei linguaggi non facilmente riducibili a elementi codificabili.

A ciò si aggiunge un secondo problema non meno complesso. Il processo di servizio negli ospedali procede attraverso un elevato numero di transazioni fra soggetti e servizi. Quanto più tali transazioni non sono pianificabili in anticipo, tanto più il successo del percorso clinico dovrà essere affidato alla capacità "negoziale" degli attori che ne sono responsabili. Sul piano operativo questo ha portato le organizzazioni ospedaliere a introdurre crescenti vincoli alla libertà professionale e alle modalità di funzionamento delle scelte cliniche. In realtà oggi, con il crescere della complessità tecnologica e della intensità di cura, il processo clinico è fortemente ancorato a comportamenti standardizzati che sono esplicitamente conosciuti e governati dall'organizzazione, in gran parte anche da personale non medico.

Riassumendo, se nel passato l'ospedale era concepito come un contenitore neutro di competenze professionali il cui successo era legato alla capacità di servizio e alla cultura dei singoli professionisti, oggi le organizzazioni ospedaliere determinano i propri obiettivi sulla base della domanda dei clienti/utenti, i quali sempre più costituiscono il giudice dei risultati e selezionano con proprie scelte attività e prodotti corrispondenti alle proprie esigenze.

Ciò determina la contrattualizzazione del rapporto fra soggetti erogatori di prestazioni e soggetti acquirenti, sia che

questi siano individui o siano organizzazioni pubbliche o private (Asl, assicurazioni ecc.).

Le due caratteristiche fondamentali dell'organizzazione ospedaliera del futuro sono dunque le seguenti: capacità di riconoscere la domanda e di modificare comportamenti professionali e modelli organizzativi sulla base dell'evoluzione del mercato (per quanto esso sia un "quasi" mercato); capacità di trasformarsi in un sistema che elabora informazioni e risolve problemi attraverso la gestione di un grande numero di transazioni e di informazioni, all'interno del quale la conoscenza professionale è standardizzata e condivisa, almeno nei suoi elementi centrali.

5. *La produzione dei servizi nell'ospedale del futuro: modello concettuale*

Allontanandosi dai modelli concettuali di organizzazione ospedaliera strutturata attorno alle competenze professionali e orientandosi a un funzionamento di tipo aziendale, è necessario ripensare il rapporto fra strutture e funzioni interne ed è necessario rivedere il modello gerarchico su cui è fondato l'ospedale di oggi.

Per quanto riguarda il rapporto fra strutture e funzioni, guardando alla situazione attuale, il titolare delle funzioni di cura, cioè il primario, è in generale responsabile delle strutture di erogazione, le divisioni e i servizi sanitari, ne governa le risorse, mentre la maggioranza delle figure professionali è direttamente alle sue dipendenze. Fra queste, le figure infermieristiche sono ancora considerate ancillari rispetto alla funzione del medico, anche se ad esse è spesso affidato il "negoziato" con le altre divisioni e servizi ai fini del buon funzionamento del sistema di relazioni con il laboratorio, la radiologia, i consulenti, il magazzino ecc.

Il primario pretende inoltre di avere la responsabilità della decisione finale sulla diagnosi di dimissione e sui programmi terapeutici.

Il modello aziendale potrebbe invece prevedere una serie di cambiamenti piuttosto importanti.

Innanzitutto, non più una sola responsabilità della gestione dei casi nel primario, ma una responsabilità più frammentata fra i medici dirigenti di primo livello, sulla base della loro competenza professionale e della scelta operata dagli ammalati del proprio medico curante. L'organizzazione gerarchica, in cui tutta la responsabilità e tutte le decisioni afferiscono al primario, viene sostituita da un'organizzazione di tipo professionale, in cui i professionisti hanno rapporti autonomi con pazienti affidati alla propria responsabilità, mentre il primario svolge compiti di coordinamento nell'uso delle risorse, nella definizione degli *standard* professionali e nella pianificazione organizzativa.

In secondo luogo, potrebbe non essere utile che al primario sia attribuita la responsabilità e il controllo sull'uso dell'infrastruttura di degenza e del lavoro non medico (i letti, l'infermeria, il lavoro infermieristico).

La separazione del controllo delle risorse strutturali dal controllo del processo clinico ha un primo vantaggio fondamentale: consente di progettare il ciclo clinico sulla base della intensità di cura che si intende erogare all'ammalato nelle diverse fasi del trattamento, prevedendo la possibilità di un'elevata intensità nelle fasi più acute, successivamente decrescente sulla base dell'effettiva necessità.

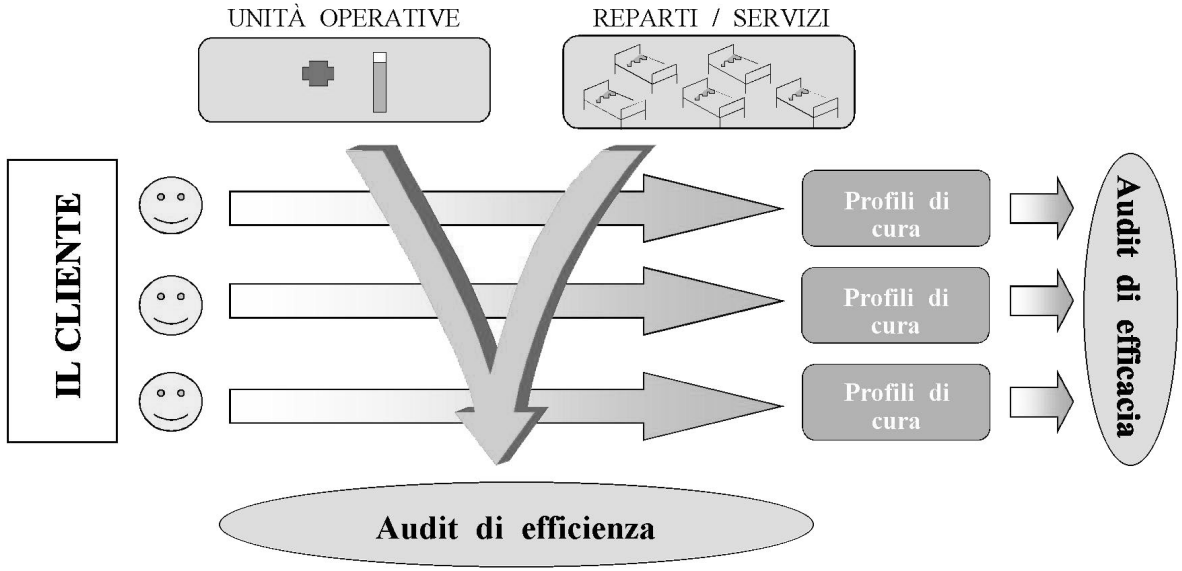
Consente inoltre di gestire in modo flessibile gli organici infermieristici, attribuendo all'unità di cura la quantità di assistenza all'ammalato richiesta in ciascun giorno, senza la rigidità imposta dall'organico di reparto.

Per quanto riguarda il processo clinico, questo può essere configurato in uno schema a matrice, come trasversale o longitudinale rispetto a una serie di afferenze verticali costituite dai servizi di laboratorio, di radiologia, dalle consulenze, dalle risorse tecnologiche utilizzate (sale operatorie, strumentazione diagnostica) (Fig. 1).

In questo modello concettuale si realizza l'equidistanza della committenza clinica rispetto a tutte le risorse e a tutte le competenze disponibili, teoricamente considerando ugualmente accessibili sia quelle interne sia quelle esterne all'ospedale.

Questo modello, che realizza la continuità di cura ed è costruito attorno all'identificazione di un "padrone del proces-

FIG. 1 *L'ospedale come processo produttivo*



so" (*owner of the process*), richiede una struttura informativa e di controllo disegnata in modo da consentire la gestione delle transazioni unitarie determinate dall'identificazione del processo clinico in corso. Richiede dunque che, almeno probabilisticamente, i percorsi clinici siano riconoscibili e sovrapponibili in un quadro di sufficiente standardizzazione.

6. *Fondamenti della conoscenza e della cultura aziendale*

L'organizzazione è in economia un sistema che elabora informazioni, risolve problemi, si esprime con la capacità di trasformare le informazioni che provengono dai suoi componenti e dai suoi clienti per prendere decisioni e dare risposte e risultati appropriati al contesto. Ciò significa che ogni organizzazione elabora conoscenza generata dalle informazioni trattate (ma anche dalla cultura implicita dei suoi membri) e tende successivamente a esprimerla in un sistema di valori.

Questo elemento è particolarmente importante in sanità, dove abbiamo assistito negli ultimi decenni a una profonda modificazione del concetto di salute, dell'attesa di salute e di benessere da parte del pubblico e anche della nozione stessa di diritto alla vita, alla morte, all'uguale opportunità di accesso alle cure.

Da qui è necessario ripartire per ricostruire in un contesto aziendale la relazione fra informazioni, conoscenza e sistema dei valori; per fare ciò appare opportuno analizzare, conoscere, standardizzare, integrare l'atto medico (o meglio la decisione medica) per farne un prodotto-servizio posto al centro dell'organizzazione sanitaria.

Il modello teorico ideale dell'organizzazione professionale moderna è dunque quello in cui l'informazione, coniugata alla responsabilità, sostituisce la gran parte dei meccanismi autoritari e burocratici di controllo.

L'informazione e la comunicazione, in un sistema di conoscenze che tendono ad essere sempre più esplicitate e condivise, permettono di orientare il comportamento dei professionisti agli obiettivi strategici dell'azienda, quindi anche all'efficienza e all'efficacia.

Diventa dunque essenziale all'interno dell'azienda non solo che i singoli individui siano in grado di trattare informazioni non inerenti la propria conoscenza, ma ancor più che tutta l'organizzazione sia in grado di discriminare le informazioni necessarie al conseguimento degli obiettivi aziendali, in primo luogo quello della soddisfazione dell'utente.

7. *L'organizzazione che apprende (Learning organisation)*

La teoria comunemente accettata della conoscenza all'interno delle organizzazioni produttive postula che le organizzazioni operanti in un determinato settore posseggano il medesimo grado di conoscenza del processo produttivo (anche se di servizi a elevato contenuto tecnologico) e dei prodotti, e che tale conoscenza sia derivata dall'ambiente esterno all'azienda. La creazione della conoscenza è dunque un processo esterno all'organizzazione e viene da questa acquisito e distribuito in modo omogeneo a tutti i dipendenti.

All'interno di questa concezione, il *management* ha successo in quanto acquisisce all'azienda tutta la nuova conoscenza nel modo e nel tempo adeguato a ottenerne vantaggi competitivi.

La teoria più recente pone invece l'attenzione sulle dinamiche di cambiamento, che sono in realtà l'essenza delle organizzazioni complesse, e sulle diverse conoscenze, socialmente frammentate, detenute da ciascun soggetto, invece che sulla conoscenza comune da tutti condivisa.

Molti autori si sono concentrati a studiare il processo di formazione della conoscenza interno alle aziende, rilevando che essa cresce in rapporto ai servizi disponibili e offerti alla clientela e che è generata dall'interazione fra risorse fisiche e risorse umane.

Diventa dunque evidente che il successo di un'organizzazione è legato non solo alla capacità del capo di acquisire conoscenza innovativa dall'esterno, ma ancor più dall'atteggiamento dell'organizzazione verso la ricerca, l'innovazione e l'accumulo di nuova conoscenza.

Sorge qui un secondo ordine di quesiti, inerente il processo

di trasformazione delle informazioni e della conoscenza all'interno dell'organizzazione, il cui approfondimento ha portato al riconoscimento nelle organizzazioni complesse della "scoperta individuale del problema" nel rapporto di servizio con i clienti/utenti e alla necessità che l'organizzazione stessa sia dotata di flessibilità sufficiente a rendere immediatamente utilizzabile la scoperta.

Questo tipo di problematica è evidentemente molto rilevante per la comprensione e il funzionamento di organizzazioni professionali in cui esiste un elevato contenuto in cultura, tecnica e tecnologia nei singoli professionisti ed è necessario fare di questa conoscenza patrimonio comune dell'organizzazione.

L'obiettivo di un'organizzazione che intenda utilizzare la conoscenza prodotta dai propri membri per trarne vantaggio competitivo sarà dunque quello di sviluppare l'autonomia degli individui, per far sì che le conoscenze implicite da essi possedute divengano patrimonio dell'organizzazione, cioè conoscenze e attività esplicite.

8. *Il nuovo ambiente informativo dell'azienda di servizi*

Purtroppo è molto pesante l'eredità accumulata negli anni in tema di cultura dell'informazione aziendale. Basti pensare all'idea che qualsiasi dato andava raccolto e immagazzinato per una futura utilizzazione possibile, mentre paradossalmente è proprio l'abbondanza di dati che spesso porta all'impossibilità di generare una conoscenza condivisa e quindi decisioni coerenti con l'impianto informativo.

In aggiunta, ancora poco è stato fatto in termini formativi per dotare gli operatori di una cultura dell'informazione moderna ed aggiornata, capace cioè di operare *selezione* e di strutturare l'analisi e l' utilizzazione dei dati.

Nelle nostre organizzazioni l' utilizzazione di grafici, di diagrammi di flusso, di unità di misura standardizzate, di istogrammi di distribuzione per la descrizione e il riconoscimento delle attività routinarie fondamentali è quasi completamente ignorata, mentre è diffusissima la circolazione di opinioni e

di giudizi non fondati su elementi di fatto e non successivamente testati mediante strumenti di misura.

A questo si aggiunge il fatto che spesso, nell'affrontare il problema della logica dell'informazione aziendale, questa è stata confusa con l'informatica e che è affidato ai grandi fornitori di *hardware* di decidere su questioni la cui natura deve essere invece tipicamente interna all'azienda.

È dunque necessario, nel disegnare l'ambiente informativo di organizzazioni professionali di servizio, partire dall'approccio della *massima parsimonia*, educando operatori, professionisti e servizi informatici al principio che la gestione sistematica dei dati richiede la preliminare dimostrazione della loro utilità e la certezza che l'organizzazione ne condivida il significato e le finalità.

Non è dunque l'abbondanza di dati che consente di risolvere un maggior numero di problemi. Va anzi scoraggiata la teoria secondo cui aumentando le informazioni disponibili migliora la capacità di soluzione dei problemi. È necessario al contrario focalizzarsi sulla semplificazione del problema per poterne generare dati standardizzabili. La standardizzazione costituisce il linguaggio comune riconoscibile nell'organizzazione.

Infine, spesso l'informatica tende a concentrarsi sui dati informativi e non sulle sorgenti degli stessi, interne ed esterne all'organizzazione.

Da queste premesse nasce il modello concettuale di ambiente informativo aziendale che viene qui di seguito presentato sinteticamente.

1. *La fonte della conoscenza è costituita dalla cultura professionale* per come si esplicita e si riconosce nel processo di produzione dei servizi.

2. *Le informazioni sono identificate in base a quattro elementi conoscitivi*, che devono essere fra loro mantenuti in ambiente relazionale: il medico referente (curante rispetto al paziente) del processo, che in quanto tale non appartiene ad alcuna unità operativa; l'unità operativa cui il paziente è assegnato; il paziente, identificato in maniera univoca; la diagnosi clinica.

3. *La pianificazione delle richieste di prestazioni, ordini e consulenze viene eseguita e controllata in relazione ai comporta-*

menti attesi, che sono il frutto dei comportamenti standard storici. Questo significa che esiste una rappresentazione concettuale della produzione, che si esplicita nei protocolli diagnostici e terapeutici, che rappresenta in modo attendibile almeno il 60-70% di tutta l'attività clinica e che viene prodotta mediante l'analisi costante dei comportamenti diagnostici e prescrittivi.

4. *Il processo produttivo è riconosciuto dalla combinazione temporale delle richieste riferite alle diagnosi cliniche* iniziale intermedia/e e finale (di dimissione) *classificate utilizzando uno degli strumenti disponibili sul mercato* (Icd Ix Cm o Icdx).

5. *Gli outcome del processo clinico sono classificati in base alle attese dichiarate o alle linee guida delle società scientifiche adottate dall'organizzazione*.

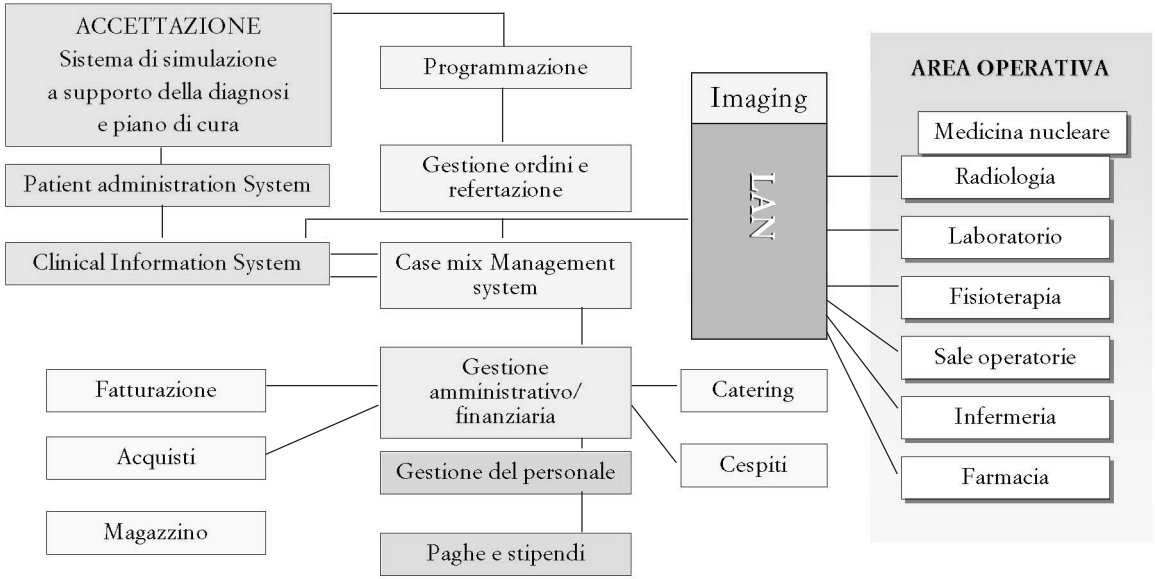
6. *I sistemi di contabilità sono originati dalle commesse cliniche, attribuendo ad esse i prelievi di risorse comunque effettuati*. La contabilità generale alimenta la contabilità economico-patrimoniale sulla base delle contabilità di commessa. Il sistema di contabilità e controllo per commessa è teoricamente indipendente rispetto alla struttura fisica dove le prestazioni sono eseguite, può cioè essere alimentato anche da unità prestazione/prezzo di trasferimento provenienti da ambienti esterni all'ospedale.

In sintesi, la struttura logica del controllo è derivata dal processo clinico-produttivo e non giustapposta ad esso.

Da questo deriva l'architettura logica del sistema informativo che è presentata nella Fig. 2. Le informazioni nascono inizialmente dalla identificazione del paziente (commessa) che origina un atto di programmazione dei servizi, e sono successivamente arricchite dal sistema di gestione degli ordini e della refertazione, che in realtà, dal punto di vista della organizzazione, rappresenta la sede di riconoscimento delle transazioni.

Il sistema delle informazioni cliniche (*clinical information system*) e il sistema di gestione del *case-mix* (*case-mix management*) rappresentano rispettivamente la simulazione organizzativa e quella economica dell'andamento dell'azienda in presenza di un certo contesto operativo. I sistemi del controllo amministrativo sono collocati a valle ed alimentati unicamente da dati/informazioni generati "on line".

FIG. 2 *L'architettura logica del sistema informativo*



9. *L'ospedale-azienda*

La maggiore innovazione introdotta nell'ultimo decennio nella legislazione italiana e in quella di numerosi paesi europei è costituita dal processo di trasformazione degli ospedali in aziende.

Sulla nozione di azienda si è molto discusso e non si è certamente ancora raggiunto un punto fermo da tutti condiviso.

In termini imprenditoriali, un'azienda è un sistema nato per produrre beni o servizi i quali dovranno essere venduti sul mercato, incontrando il favore del pubblico. Perché ciò avvenga *è necessario che l'azienda sia capace di remunerare e sostituire continuamente le risorse che impiega nel processo di produzione*, e che nel contempo sia capace di rispondere alle interazioni con l'ambiente esterno, leggendo scelte e opzioni dei consumatori e adattando la propria gamma di prodotti. Per conseguire tali risultati l'azienda costituisce nel tempo un proprio sistema di valori, possiede una "visione" che è quella dell'imprenditore e ad essa informa cultura, comportamenti dei dipendenti e risposte organizzative.

Non è naturalmente possibile identificare in modo diretto il concetto di impresa con quello di azienda.

Si consideri che nel processo di aziendalizzazione degli ospedali italiani erano insite sia nozioni legate all'impresa, sia nozioni legate all'azienda, sia le molte ambiguità ancora non superate nella definizione dei rapporti economici e istituzionali fra amministrazioni pubbliche e aziende ad esse subordinate. Si tenga anche presente che l'esperienza delle aziende pubbliche, nate all'interno degli enti locali o del parastato, aveva nel passato stabilito una innaturale contiguità fra scelte di natura aziendale-imprenditoriale e scelte politiche. Tutto ciò ha fatto sì che l'azienda-ospedale sia nata mal definita e in una situazione di sostanziale continuità con i precedenti enti pubblici.

Nella legislazione pubblica sembra si sia voluta evitare l'evoluzione dell'azienda in senso di impresa, per privilegiare una nozione, più incerta e maldefinita, di azienda come organizzazione strumentale di altri enti pubblici, da essi costituita nel sistema di relazioni e di valori, incapace di remunerare le

proprie risorse, affidata per l'equilibrio di bilancio alla copertura dei disavanzi da parte della pubblica amministrazione.

Il quadro si completa con l'anomalia per cui il *management* è selezionato con meccanismi di tipo sostanzialmente politico (la fiducia dell'amministrazione regionale) ed è destinato ad essere continuamente sostituito in relazione ai cambiamenti di orientamento della pubblica amministrazione o degli elettori. Non si crea in tal modo un circuito di selezione dei *manager* che comporti competenza, conoscenza del mercato, preparazione specifica sui temi tecnologici, di qualità delle cure, di gestione dei requisiti di sicurezza, di pianificazione degli investimenti.

Il problema fondamentale in questo meccanismo è che nasce un'azienda in cui gli operatori non condividono né il sistema di valori né il modello di servizio ed è perciò destinata a oscillare periodicamente fra le pulsioni e i desideri dei propri operatori. Nel vuoto di strategie gestionali, questi ultimi finiscono per sostituire la missione naturale o istituzionale dell'azienda con scelte ed interessi non maturati nel rapporto con gli utenti.

Lo stesso problema si pone anche per ciò che riguarda il rapporto con il cosiddetto mercato. Esso è considerato dai dipendenti pubblici un disvalore, mentre è considerato dalle aziende private un legittimo criterio di selezione.

Nel giudicare illegittima la forza del mercato nel premiare o punire i comportamenti, le aziende pubbliche mettono in realtà in discussione la libertà di scelta degli utenti.

Tutte le ipotesi fondate sull'introduzione di meccanismi di efficienza guidati da forme di competizione "regolata" vengono dunque vanificate dalla combinazione dei due processi: trasformazione delle aziende in enti strumentali delle regioni e negazione della libertà di scelta degli ammalati.

L'opinione di chi scrive è che i processi di aziendalizzazione vadano ripresi e ricondotti alle motivazioni originarie che ne hanno giustificato l'adozione, per non far ricadere il sistema nella situazione precedente all'approvazione dei decreti delegati del 1992-93.

L'ospedale del futuro dovrebbe quindi configurarsi dal punto di vista societario come un'azienda, di diritto privato

o pubblico, autonoma rispetto alla pubblica amministrazione, con piena responsabilità sui propri processi organizzativi e di posizionamento sul mercato, operante all'interno di una selezione regolata dalla scelta dei cittadini.

La pubblica amministrazione potrà peraltro avvalersi di tutti gli strumenti normativi per vincolare il contesto operativo aziendale e garantire il mantenimento di tutte le funzioni di servizio ritenute necessarie all'equilibrio del sistema, avendo a questo fine tre strumenti operativi, cioè autorizzazione, accreditamento e contratti.

10. *Conclusioni*

L'ospedale che abbiamo conosciuto negli ultimi decenni e nel quale è cresciuta la classe professionale e manageriale attuale è destinato a mutare profondamente sotto la spinta di fattori esterni economici e culturali, fra i quali paiono prevalere i nuovi orientamenti del pubblico e la crescente domanda di autonomia nelle scelte fondamentali.

Di fronte a cambiamenti che riguardano ormai tutto il contesto in cui l'ospedale opera, non pare più dilazionabile una riflessione profonda sul ruolo futuro dell'ospedale.

L'elemento centrale nel processo di trasformazione pare essere quello del nuovo contesto di comunicazione all'interno delle esigenze di continuità della cura e di pari opportunità di accesso alle prestazioni.

Il secondo elemento di rilievo è indubbiamente quello tecnologico, dato che l'ospedale non potrà non essere la sede di concentrazione delle tecnologie complesse, pur in presenza della necessità di consentire l'accesso ad esse a una gamma vasta e anche remota di utenti.

Tutto ciò porterà a modelli organizzativi profondamente diversi dagli attuali, in cui si perderanno i rapporti fra complessità e dimensione, fra specializzazione e governo autonomo dei processi di cura, fra territorialità e distribuzione delle specialità.

Sono destinati a mutare gli strumenti di pianificazione ed è destinato a mutare il ruolo della pubblica amministrazione,

che vedrà sempre più ridotte le funzione dirette di gestione operativa per assumere ruoli terzi rispetto alle organizzazioni che producono i servizi.

In questo contesto appare molto complessa la sfida proposta agli operatori del settore, sfida che richiede apertura culturale, capacità di accettazione del rischio, determinazione nella fondazione di nuovi sistemi di valori di riferimento che sappiano riconoscere nel pubblico un interlocutore abilitato a scegliere e a giudicare.