



Università degli Studi di Roma Sapienza
Facoltà di Scienze Politiche, Sociologia, Comunicazione

DOTTORATO IN
SISTEMI SOCIALI, ORGANIZZAZIONE E
ANALISI DELLE POLITICHE PUBBLICHE

Ciclo XXII

Coordinatore
Prof. Enrico Pugliese

Tesi di Dottorato

TRAIETTORIE DI ACCESSO, OGGETTI E PRATICHE
ORGANIZZATIVE PER LA SICUREZZA NELLE CURE
OSPEDALIERE

di
Francesca D'Angeli

Tutor: Prof.ssa Tatiana Pipan
Raggruppamento Scientifico Disciplinare SPS/09

Tutor: Prof. Luciano Izzo
Raggruppamento Scientifico Disciplinare MED/18

DiSS

DIPARTIMENTO
DI SCIENZE SOCIALI

Anno Accademico 2010/2011

INDICE

Introduzione	pag 11
1. La sanità in Italia diventa azienda	>> 19
1.1 Manager e retorica	>> 19
1.2 Il Sistema Sanitario Italiano verso un modello Universalistico istituzionale	>> 29
1.3 Dal modello aziendalistico di competizione amministrata a un modello cooperativo/collaborativo dell'assistenza sanitaria	>> 33
1.4 Quale modello oggi per la sanità italiana?	>> 42
2. Si modernizza la gestione aziendale	pag 49
2.1 La <i>clinical governance</i> : una prospettiva organizzativa e gestionale	>> 49
2.1.1 La <i>clinical governance</i> : dall'Inghilterra all'Italia	>> 50
2.1.2 Gli strumenti della <i>clinical governance</i>	>> 55
2.2 Le criticità attuali del sistema sanitario	>> 70
2.3 La politica della qualità come supporto al processo di aziendalizzazione	>> 71
2.4 Progettare la qualità in sanità: le dimensioni della qualità	>> 75
2.4.1 L'approccio tecnico-professionale	>> 78
2.4.2 L'approccio organizzativo gestionale	>> 83
2.4.3 L'approccio partecipativo	>> 88

2.5 Metodologie a confronto >> 89

2.6 Governo clinico ed economico delle aziende sanitarie >> 92

3. Una lettura del cambiamento organizzativo pag 95

3.1 Leggere l'organizzazione sanitaria attraverso le metafore organizzative >> 95

3.2 Macchina >> 101

3.3 Organismo >> 108

3.4 Cervello >> 116

3.5 Flusso di attività e di azioni >> 126

4. L'azienda ospedaliera è un'organizzazione complessa pag 135

4.1 Le organizzazioni sanitarie sono sistemi complessi >> 135

4.2 Le determinanti della complessità >> 137

4.3 La complessità nella tecnologia >> 142

4.4 La complessità nella struttura sociale organizzativa >> 151

5. Metodologia della ricerca ed etnografia organizzativa nei reparti di cura pag 159

5.1 Geografia organizzativa e pratiche lavorative in reparto >> 166

5.2 Attività di cura: accoglienza, giro visita e consulenze specialistiche >> 180

5.2.1 Richieste di prodotti per la sicurezza del paziente >> 195

5.2.2 Lavorare in connessione con il reparto di pronto soccorso	>> 200
5.2.2.1 L'appropriatezza dei ricoveri	>> 204
5.2.3 Preparare il paziente all'operazione	>> 208
5.2.4 <i>Performance</i> e potere	>> 216
5.2.5 Le dimissioni del paziente, chiusura della cartella clinica e continuità dell'assistenza	>> 218
5.3 Nuove tecnologie scombinano le pratiche lavorative	>> 226
6. Osservare gli artefatti	pag 237
6.1 Il paziente viene oggettivizzato nella cartella clinica	>> 237
6.2 La cartella clinica come artefatto polisemico	>> 243
6.3 Il viaggio della cartella clinica. Assemblare un artefatto a 'matrioska'	>> 248
6.4 Cartella clinica e consenso informato	>> 262
6.4.1 Le fragilità del consenso informato	>> 269
7. Artefatti, traiettorie di accesso ospedaliero e attività di cura	pag 273
7.1 L'accesso ospedaliero e le sue traiettorie	>> 275
7.2 <i>Gap</i> organizzativi nelle traiettorie di ricovero in emergenza	>> 277
7.3 <i>Gap</i> organizzativi nelle traiettorie di ricovero in routine nel reparto	>> 295

Conclusioni **pag 303**

Appendice. Eventi sentinella in reparto: connessione con l'attività ministeriale >> 309

Bibliografia **pag 331**

Sitografia **pag 361**

*... Da ciò che facciamo, attimo per attimo,
dipende la fortuna del nostro viaggio ...*

(Anonimo)

*“Molte sono le persone che vorrei ringraziare
desidero innanzitutto cominciare con due in particolare:*

con la Prof.ssa Tatiana Pipan per i suoi preziosi insegnamenti in questi lunghi anni di dottorato, per il tempo dedicato al mio lavoro in confronti costruttivi di crescita professionale e personale. A Lei va tutta la mia stima e la mia gratitudine.

Allo stesso modo ringrazio sentitamente il Prof. Luciano Izzo per avermi accompagnato in questo memorabile viaggio di scoperta del mondo ospedaliero, per avermene mostrato le sfaccettature, per l’umanità e la dedizione con cui svolge il suo lavoro accanto ai malati del reparto di chirurgia oncologica. A lui va il mio sentito grazie per esserci sempre stato, in tutti i momenti più belli e anche nei momenti più difficili che hanno caratterizzato la stesura della ricerca.

A Lui la mia riconoscenza e la mia sincera ammirazione.

Intendo, inoltre, ringraziare il Prof. Antonio Bolognese e tutta la sua equipe per la particolare disponibilità ad accogliermi nel loro reparto e per avermi fatto sentire sempre ‘parte del gruppo’.

Ancora un grazie va alla caposala, alle infermiere/ri e a tutto il personale della chirurgia oncologica, come pure al sig. Claudio D’Angelo della sala operatoria e al sig. Luigi Benedetti dell’archivio cartelle cliniche, per la loro gentilezza nel reperimento di dati quantitativi indispensabili alla realizzazione del lavoro.

Vorrei ulteriormente esprimere la mia stima e la mia più sincera gratitudine, per la supervisione al lavoro, al Prof. Giorgio Banchieri ed ai miei compagni del gruppo Ri.S.O.R.Sa, Virginia, Carlo e Barbara per i momenti di incontro ed i suggerimenti forniti a questo studio.

Non per ultimi e con infinito affetto desidero ringraziare i miei genitori, Ettore e Daniela, non solo per l’incoraggiamento costante ma, anche, per l’aiuto che da sempre mi hanno dato, permettendomi di volare in alto e di guardare alla realtà delle cose da prospettive diverse...

Un particolare grazie va, ancora, a Mauro per il suo sostegno ed alla zia Silvana per la sua gentilezza, per essermi sempre stata vicino durante questi anni di impegno lavorativo e per avermi consentito ‘il viaggio’...

Ancora un grazie va ai miei nonni ed agli zii, ancora e motori insostituibili della mia navigazione.

Infine, il mio più grande grazie va a mio figlio Flavio per esserci nella mia vita e per l’amorevole pazienza avuta in questi anni di studio nelle mie lunghe giornate passate al computer”.

*Senza il supporto di tutte queste persone questo lavoro
non sarebbe stato possibile*

Introduzione

L'attività delle cure si svolge attualmente in una sanità diventata azienda (1992), definita dai criteri contenuti nelle riforme degli anni Novanta che vanno sotto l'etichetta di *New Public Management*. A seguito dell'affermazione della sanità come impresa ha preso avvio quel cambiamento organizzativo nel settore delle cure che per essere amministrato ha richiesto nuove logiche gestionali e dinamiche collaborative tra professionisti ed organizzazioni, entro un lavoro di rete in grado di favorire la qualità delle prestazioni erogate e la sicurezza del paziente, dal momento dell'accesso ospedaliero e per tutto il periodo della degenza in reparto.

I professionisti della sanità sono gli interpreti di questo cambiamento, sollecitati dalle riforme a rompere con le abitudini e gli ancoraggi ad una passata organizzazione e ad accoglierne una rinnovata, caratterizzata da innovazioni improntate su logiche contabili e manageriali che esulano dalla specificità della loro formazione, seppure incluse ormai per decreto nella loro professionalità.

La sanità come azienda diviene, così, densa di miti razionali e la misurazione, la standardizzazione, l'oggettivazione delle conoscenze, la prevedibilità, l'*empowerment* del paziente, gli artefatti manageriali e la figura del medico come manager si svelano le immagini più significative di questo processo di cambiamento (Pipan, 2010). L'organizzazione sanitaria di stampo tayloristico - caratterizzata dalla parcellizzazione del lavoro, dalla specializzazione dei compiti e delle mansioni, dall'elevata divisione del lavoro interna, dalla impersonalità dei rapporti e dalla loro massificazione, avente l'obiettivo ultimo di ridurre i costi e produrre attività di cura come una grande macchina dagli ingranaggi interconnessi - si scontra così, con una nuova idea di organizzazione ospedaliera.

Un'organizzazione propensa ad introdurre nuove logiche lavorative in reparti di cura costruiti, ancora, sulla professionalizzazione dei medici e poco inseriti in un'ottica processuale e reticolare delle dinamiche lavorative dalle quali scaturiscono.

In questo ambiente rinnovato l'idea della rete, auspicata dal legislatore stesso, emerge come l'immagine che meglio dovrebbe rappresentare il funzionamento dell'azienda sanitaria, capace di mettere in luce il dinamismo dei soggetti coinvolti, l'importanza

delle interazioni e degli scambi tra i diversi attori professionali e tra questi e le organizzazioni che intervengono sul paziente durante lo svolgimento delle cure.

Ma il processo di appropriazione del funzionamento della nuova struttura organizzativa, da parte dei professionisti sanitari, che la ricerca evidenzia nonché la mancata affermazione di una cultura di appartenenza aziendale, in grado di contrapporsi a quella della professione, accresce la difficoltà degli attori sanitari a sviluppare abilità di lettura di questo cambiamento. La pressione istituzionale esterna, attivata dai Ministeri, dalle Regioni, dalle agenzie di sanità pubblica, dai sindacati, dai fornitori di servizi ecc., sui direttori generali, sui capi di dipartimento come pure sui direttori delle unità operative e sugli operatori sanitari - nel tentativo di indirizzare ed accelerare il mutamento organizzativo contenuto nelle riforme aziendali - determina una perdita considerevole di autonomia professionale e l'aumento della complessità lavorativa entro i reparti di cura.

In questo mutato scenario della sanità i professionisti si trovano, di fatto, costretti entro un recinto di norme istituzionali che possono, a volte, persino creare rischi ai pazienti durante il periodo della degenza ospedaliera, favorire la distorsione nell'uso degli artefatti manageriali, allungare i tempi del ricovero e minare, così, l'utilità della rete.

A partire da tali considerazioni, l'obiettivo conoscitivo del lavoro ha trovato fondamento nella volontà di comprendere come sono state tradotte dai professionisti che lavorano nei reparti ospedalieri le riforme sanitarie degli anni Novanta e quali riflessioni ha avuto, sul tema della sicurezza delle cure ospedaliere, l'applicazione delle logiche manageriali.

Ogni riforma dei sistemi complessi implica, infatti, uno scenario in cui da un lato si impostano interventi legislativi, decisioni politiche ed azioni, mentre dall'altro esistono le retoriche dei soggetti in campo (Pipan, 1996). La messa in opera delle riforme, la loro attuazione emerge, quindi, come una 'scommessa' che ha luogo all'interno di organizzazioni dai confini sfumati, caratterizzate da legami, a volte forti, a volte deboli (Weick, 1969) e da un coordinamento carente tra le parti coinvolte nel processo. Ogni intervento legislativo è, pertanto, un atto di interazione sociale, costellato di incertezze ma anche di possibilità (Pipan, 1996), di

cambiamento nelle culture, nelle relazioni tra attori e tra questi e le organizzazioni che agiscono nella rete delle cure e che attraverso il processo di interazione attivano, non sempre in modo funzionale, artefatti, risorse e competenze.

Con l'idea di guardare alla rete delle cure attraverso le lente delle pratiche quotidiane ho, così, analizzato i diversi aspetti del lavoro ospedaliero. Esaminando le attività lavorative dei professionisti all'interno dei reparti di degenza, ho osservato l'uso che essi fanno degli artefatti clinici ed organizzativi utili alle attività di cura¹ e - ricostruendo le traiettorie dell'accesso ospedaliero e le azioni condotte sugli artefatti manageriali (schede di accettazione, cartelle cliniche, referti, assegnazione dei *triage* ecc.) e sul paziente - ho indagato come si può originare l'errore e come viaggia nella rete delle cure ospedaliere.

Il mio lavoro si articola in sette capitoli.

Nel primo capitolo evidenzio il discorso alla base della retorica della managerializzazione, analizzando le trasformazioni che in tema di sanità pubblica hanno sostenuto l'Italia alla luce delle riforme legislative susseguitesi alla creazione del Servizio Sanitario Nazionale nel 1978 che ne hanno gradualmente mutato gli assetti gestionali ed organizzativi. L'iter delle riforme sanitarie che ricostruisco ha lo scopo di mostrare come gli sviluppi di una politica pubblica possono essere arbitrari ed inattesi, considerando l'ampio spettro di attori che essa coinvolge e le trasformazioni organizzative che è in grado di produrre all'interno delle strutture sanitarie deputate ad accoglierla.

In tale quadro, nel tentativo di governare questa nuova complessità aziendale, il concetto di *clinical governance* emerge come un assunto importante, la cui analisi proposta nel secondo capitolo è sostanziale per comprendere i criteri secondo cui le metodologie manageriali dovrebbero essere applicate alle aziende sanitarie.

La *clinical governance*, quale forma emergente di governo della sanità pubblica italiana, rimette al centro del dibattito politico/aziendale quell'idea di qualità dei servizi sanitari a lungo scavalcata dall'attenzione data al controllo della spesa. In questa prospettiva il capitolo si pone come obiettivo di dar conto della

¹ Cartelle cliniche, consensi informati, liste operatorie, schede di dimissione ospedaliera, referti, ecc..

diffusione di tale modello organizzativo all'interno del nostro Servizio Sanitario Nazionale, facendo emergere come esso rappresenti un momento di cambiamento radicale in direzione di un'integrazione delle istituzioni, delle strutture organizzative nonché degli strumenti clinici e gestionali. Concluderò il capitolo con una mappatura delle tendenze in atto in tema di sanità, in un'ottica di confronto delle metodologie proposte.

In connessione con l'annunciata complessità organizzativa che il modello della *clinical governance* introduce e prendendo spunto dal libro *'Images'*, sulle metafore organizzative di Gareth Morgan (2002), nel terzo capitolo utilizzerò alcune delle metafore proposte dallo studioso per dar conto delle diverse sfaccettature che caratterizzano l'organizzazione sanitaria, la cui analisi fornirà un contributo per la comprensione di questa singolare tipologia di organizzazione e della complessità organizzativa che la caratterizza. L'obiettivo del capitolo sarà quello di adottare un approccio multi prospettico allo studio dell'organizzazione che il ricorso alle metafore contribuisce a fornire. Le metafore che utilizzo - macchina, organismo, cervello e flusso di attività e di azioni - saranno lenti di osservazione, modi diversi di esaminare la realtà sanitaria nel tentativo di rappresentare i fenomeni organizzativi che quotidianamente in essa si strutturano.

Nel quarto capitolo approfondirò, invece, il tema della complessità che il ricorso alle metafore aveva permesso di sottolineare, mettendo in risalto come l'organizzazione sanitaria stia evolvendo in direzione più complessa, dove sia le regole razionali-manageriali sia le regole istituzionali e quelle strutturali concorrono, insieme, nel definirla. Muovendo da una analisi dei fattori di complessità che la contraddistinguono indagherò due principali determinanti: la complessità nella tecnologia e la complessità nella struttura sociale organizzativa, quali aspetti rilevanti che nel corso dell'indagine hanno mostrato di influire sulle attività lavorative dei reparti ospedalieri.

Dal quinto capitolo inizio ad illustrare il percorso della ricerca, condotta all'interno di un reparto di chirurgia oncologica di un grande Policlinico romano.

Attraverso una metodologia di stampo etnografico e mediante la raccolta di storie dal campo, lo studio mette in rilievo diversi aspetti della realtà del reparto osservato, le peculiarità e le criticità della

struttura fisica che connota il contesto organizzativo, il rapporto tra questa e la struttura sociale, le pratiche lavorative poste in essere dagli attori professionali ed il modo attraverso cui i nuovi strumenti manageriali² modificano le pratiche organizzative all'interno dei reparti di cura.

L'idea che mi ha guidato nell'osservazione è che le pratiche lavorative sono inscritte in una catena di cura che dai reparti ospedalieri prende vita intorno a ciascun paziente, in una connessione, spesso forte, con altri reparti e con attori ed organizzazioni esterne all'unità operativa osservata, dentro ad una rete di azioni non sempre allineate tra di loro. In questo processo di allineamento e di riallineamento delle attività dei professionisti coinvolti nelle cure del paziente, nascono, infatti, i presupposti delle devianze, degli incidenti o degli errori sia medici sia infermieristici o da parte di altre organizzazioni deputate alla gestione della cura, come descriverò nel corso del capitolo sesto e settimo.

Il capitolo sesto, in un'ottica di stampo interpretativista-simbolico, suggerisce, infatti, una riflessione sugli artefatti utilizzati dagli attori professionali nel reparto indagato. Artefatti che si muovono con ed intorno al paziente nell'erogazione delle cure e che talvolta lo rappresentano davanti alle professionalità mediche.

Poiché ogni forma di ordine nel reparto ed in generale in ogni ambiente organizzativo è il risultato di una attività di allineamento e di un arrangiamento tra materiali eterogenei, nel corso dei paragrafi ho posto attenzione ai processi dell'ordinare, osservando le interazioni tra gli artefatti e gli attori organizzativi che dal reparto indagato si dislocano in altri ambienti necessari al processo di cura. La cartella clinica - metaforicamente concepita come un artefatto a matrioska per la peculiarità di contenere al suo interno numerosi altri artefatti³ - emerge come uno strumento clinico/organizzativo capace di supportare l'attività medica e favorire quel processo di conoscenza sul paziente, annodando diversi tipi di sapere nonché il lavoro di diverse professionalità mediche. Nel corso del lavoro evidenzierò l'importanza della cartella clinica per una ulteriore caratteristica propria di questo oggetto, ovvero quella di divenire uno strumento

² Stabiliti dal legislatore nelle riforme sanitarie dal 1992.

³ I moduli del consenso informato, i registri operatori, i referti delle cure, i cartellini cardiologici, ecc..

capace di veicolare l'errore lungo il suo viaggio nella rete delle cure. In questa successione, la ricostruzione del viaggio della cartella clinica da un contesto organizzativo all'altro e le criticità connesse all'utilizzo di tale artefatto verranno, infine, considerate in relazione all'obbligo di rendicontazione delle attività clinico/organizzative che il processo di aziendalizzazione introduce nei reparti di cura.

Nei paragrafi del sesto capitolo, l'attenzione che ho posto sulla cartella clinica la trasferirò ad un altro degli artefatti in essa contenuti che in seguito alle riforme sanitarie contribuisce a ridefinire i vecchi confini del rapporto medico-paziente: il consenso informato. Il consenso informato, indagato in relazione al discorso sull'oggettivazione del degente che strumenti come l'*Evidence Based Medicine* hanno avviato, verrà osservato in funzione delle criticità e degli effetti, spesso inattesi, connessi a tale pratica medica all'interno del reparto di chirurgia oncologica.

L'attenzione posta alla materialità dell'organizzare verrà, infine, ulteriormente approfondita nel settimo capitolo, dove attraverso la ricostruzione delle traiettorie dell'accesso ospedaliero rilevo come l'uso degli artefatti permetta alle relazioni sociali come pure a quelle organizzative di svolgersi e di rafforzarsi. Il capitolo mette in risalto come oggetti quali la cartella clinica ed i referti ospedalieri, in essa contenuti, sono artefatti attraverso cui si materializza l'attività dell'organizzare, strumenti che nel loro viaggio permettono di annodare (*knotting*) i nodi del reticolo organizzativo delle cure nelle quali è immerso il paziente. Ma è proprio all'interno di questa attività, quando essa non riesce a svolgersi linearmente che può però annidarsi l'errore e la possibilità che questo venga veicolato in altri contesti organizzativi, minando la sicurezza del paziente.

In questa direzione le storie dal campo proposte nel capitolo e suddivise secondo le due tipologie dell'accesso ospedaliero⁴, permettono di osservare il viaggio del paziente, degli artefatti nonché dell'errore nella rete delle cure.

L'analisi condotta nella chirurgia oncologica non ha avuto alcun intento valutativo rispetto all'operato dell'equipe del reparto, né si è posta come fine ultimo di esprimere giudizi di valore in merito alla pratica clinica e sulle attività lavorative svolte dal personale sanitario

⁴ L'accesso ospedaliero in condizioni di emergenza e l'accesso tramite un ricovero di routine in reparto.

all'interno dell'unità operativa osservata e dalle organizzazioni con cui il reparto è connesso. L'indagine ha come obiettivo quello di produrre conoscenza, di attivare una qualche forma di riflessività professionale, di far luce su alcuni aspetti del lavoro ospedaliero e su quei nessi, spesso tralasciati e non immediatamente visibili, tra ambiente, pratiche organizzative consolidate e le nuove prassi introdotte dal processo di riordino aziendale.

L'intento è di esaminare come a seguito dell'aziendalizzazione le diverse visioni professionali del lavoro, l'uso degli artefatti manageriali nella rete delle cure, le traiettorie dell'accesso ospedaliero ed il modo attraverso cui tutti questi aspetti si connettono tra loro, possono contribuire, o meno, alla qualità delle cure erogate, tradursi in rischio e compromettere la sicurezza del paziente ospedalizzato.

1. La sanità in Italia diventa azienda

1.1 Manager e retorica

L'ondata di riforme amministrative che ha investito le nazioni nel corso degli ultimi vent'anni e che ha spinto i principali paesi industrializzati a ripensare, per ragioni diverse, alla struttura del proprio sistema di amministrazione pubblica può essere compresa attraverso un'analisi delle ragioni, dei modelli e delle leve di manovra che hanno sostenuto il cambiamento entro le organizzazioni pubbliche.

Alla fine degli anni Settanta le esigenze dei paesi industrializzati, Italia inclusa, erano, di fatto, intrinsecamente legate al recupero della produttività e al contenimento dei costi, giacché, la combinazione di questi due fattori registrava effetti notevoli sulla competitività dell'intero sistema-paese. I motivi della trasformazione degli apparati e delle procedure possono essere definiti, in buona parte, comuni alle diverse nazioni: crisi fiscale, trasformazioni accelerate del contesto socio-economico, internazionalizzazione dei mercati, crescente competizione tra sistemi-paese, forte insoddisfazione dei cittadini e irresponsabilità delle burocrazie nell'attuazione degli indirizzi di governo, lamentata dal potere politico. Tale comunanza di questioni non ha, tuttavia, impedito che ciascun paese adottasse strumenti diversi nel processo di riforma che nelle diverse condizioni di contesto generò esiti dissimili entro le singole realtà nazionali. Le riforme degli anni Settanta furono, per questo, definite in modo dissomigliante, seppur l'etichetta maggiormente utilizzata fu quella tendente a richiamare il mito razionale del *New Public Management*⁵.

Comunemente associato all'avvento dei governi neo-liberali nel Regno Unito e negli Usa alla fine degli anni Settanta e fortemente ispirato al managerialismo di scuola americana e alla teoria dell'organizzazione classica, il *New Public Management* si configura come uno strumento di miglioramento della gestione della Pubblica Amministrazione⁶, fortemente orientato all'ottimizzazione delle prestazioni in termini di efficienza, efficacia ed economicità.

⁵ Da ora in poi o *New Public Management* o *NPM*.

⁶ Da ora in poi o pubblica amministrazione o P.A.

Il mito razionale del *New Public Management* - che mutua dal settore privato un ampio armamentario di tecniche, artefatti e modalità organizzative e su cui il governo Thatcher, insediatosi la prima volta nel 1979, costruirà la strategia della propria amministrazione - verrà applicato, con alcuni aggiustamenti, alla gestione dei settori del Welfare, tra cui la sanità pubblica (Gow e Dufour, 2000).

Secondo quanto sostenuto dall'economista sanitario Meneguzzo (1997), il modello anglosassone di *NPM*, mettendo insieme diverse tecniche di gestione della cosa pubblica, attraverso l'uso di strumenti specifici, rimane tuttavia un modello fermamente meccanicistico per via dell'eccessiva attenzione rivolta alla capacità effettiva del governo di implementare e mettere in pratica le proprie decisioni. Per tale motivo, il modello europeo cercherà di correggere i limiti più evidenti del *NPM* di derivazione anglosassone prevedendo un avvicinamento delle pubbliche amministrazioni all'impresa privata solo dal punto di vista delle logiche organizzative, senza perdere di vista le finalità istituzionali.

Secondo Lawrence e Thompson (1998) il *NPM* - inteso come una possibile filosofia di approccio ai problemi di miglioramento della gestione dei servizi pubblici a livello mondiale, in termini di conoscenza, di metodologie e di prassi operative accumulate - è stato ostacolato dall'esistenza di quelli che ho già definito percorsi dissimili, attuati nei diversi contesti nazionali. La stagione di riforme che ha interessato le pubbliche amministrazioni ha registrato, infatti, calendari, stadi e momenti fondamentalmente diversi da paese a paese, anche se simili nella sostanza.

La fine degli anni Settanta annoverava fra i paesi più attivi in quest'area gli Stati Uniti, la Gran Bretagna, l'Australia e la Nuova Zelanda. In Italia, invece, il processo di riforma dell'amministrazione pubblica giunse in ritardo rispetto agli altri paesi sviluppati e solo nei primi anni Novanta - grazie alla combinazione di elementi politici, economici e sociali - si iniziano ad intraprendere interventi volti a realizzare una trasformazione del sistema amministrativo. Il dibattito nel paese fu notevolmente acceso negli anni ed i risultati raggiunti furono soggetti a letture,

spesso, enfatiche e la realtà molto diversa da quella attesa⁷. Resistenze al cambiamento furono, infatti, registrate da parte della burocrazia italiana, come pure ritardi, inerzie e, talvolta, implementazioni incoerenti⁸. Risultando, spesso, insufficiente anche l'informazione riguardo ai processi innescati ed ai risultati ottenuti.

Tra la metà degli anni '80 e gli anni '90 i sistemi amministrativi pubblici dei paesi sviluppati si approssimano, così, ad essere interessati da profondi processi di modernizzazione amministrativa riconducibili a tale approccio. La logica sottostante al cambiamento era, principalmente, tesa a sostenere l'idea che se le amministrazioni e le aziende pubbliche sono poste in concorrenza, a volte ideologica e virtuale, con quelle private (in modo da lasciare al cittadino la possibilità di scegliere) allora occorre spingere le P.A. ad innovare per confronto, se non per concorrenza. Ciò giustificerebbe, l'esigenza di introdurre meccanismi di mercato e logiche di competizione guidata e governata. Meccanismi e logiche che trovarono applicazione, in Italia, sia nel servizio sanitario nazionale che negli enti locali (Moini, 2001).

A partire dagli anni Novanta le aree di modernizzazione delle P.A. in Italia sono state diverse: dalla revisione dell'assetto istituzionale e relativo decentramento amministrativo, alla ridefinizione del ruolo e dei rapporti fra P.A. e cittadino e imprese, alla deregolamentazione delle procedure amministrative, all'aziendalizzazione di servizi e privatizzazioni, al cambiamento di ruolo dei dipendenti pubblici, all'inserimento di criteri di valutazione della dirigenza, all'orientamento e misurazione dei risultati e non solo dei compiti, alla modifica dei controlli interni aziendali (incluso il controllo strategico), al mutamento dei sistemi di rilevazione contabile, all'attenzione alla qualità dei servizi offerti dalle P.A., al trasferimento delle risorse finanziarie sulla base dei risultati ottenuti dalle singole strutture, fino all'attenzione alla rendicontazione per i cittadini (oltre che ai fondi spesi ed ai risultati ottenuti) nonché all'innovazione tecnologica delle strutture delle

⁷ Occorre, inoltre, considerare che nonostante l'alternarsi dei governi la P.A. italiana, prima della stagione di riforme, non aveva mai subito decisivi cambiamenti di rotta.

⁸ Si pensi in questo caso alla riforma sanitaria in cui la L. 833/1978 fu soggetta a profondi processi di riforma: D.Lgs. 502/92, 517/93 e 229/99.

P.A., con un massiccio ricorso a tecnologie informatiche, ai fini di un recupero del *gap* tecnologico esistente con le altre imprese del comparto privato e con le aziende pubbliche di altri paesi. Il tutto coerentemente in linea con le radici teoriche, i presupposti ed i contenuti del *NPM* e con i suoi elementi caratterizzanti, vale a dire: la privatizzazione, il decentramento, la centralità del cittadino come utente, la gestione del personale basata su incentivi, l'uso di tariffe, l'efficienza finanziaria, il *contracting-out*, l'uso di tecnologie informatiche nonché la separazione tra politica ed amministrazione.

In merito a questo ultimo punto la netta distinzione tra politica e amministrazione - soprattutto nel contesto italiano che annovera per gli organi politici il compito di mandanti e per gli organi amministrativi quello di agenti (distinguendo, così, precise responsabilità per ciascuno, senza commistioni e alibi) - ha richiesto l'adozione immediata di logiche e strumenti manageriali, in cui il cittadino potesse progressivamente assumere un ruolo centrale. Da spettatore ad attore del processo di cambiamento, di modernizzazione e di innovazione delle P.A. Da destinatario passivo dei servizi - con poca voce e limitate possibilità di scelta - il cittadino si configura, in tal modo, come utente-cliente, fino a divenire *stakeholder* delle P.A., capace di scegliere e pretendere un ragionevole ed adeguato rapporto fra qualità dei servizi pubblici forniti e risorse messe a disposizione attraverso tariffe e prelievo fiscale (Fedele, 1998; Vicarelli, 1999; Moini, 2001).

Questa particolare e interessante stagione di innovazione istituzionale e tecnica, definita processo di aziendalizzazione culturale (con tutte le luci e le ombre che ciò ha comportato), induce a riflettere sui cambiamenti sociali ed istituzionali registrati in questi ultimi anni nel nostro paese, considerando che essi non sono stati solo cambiamenti di natura formale e che il successo degli investimenti organizzativi, non strettamente connesso alla sommatoria degli strumenti introdotti, è fortemente legato a quanto questi investimenti organizzativi sono riusciti e riusciranno nel lungo periodo, a 'fare sistema' e a coordinarsi tra loro.

Come sostiene Fedele (1998) è evidente che fino ad oggi ciò non sia completamente avvenuto e che le ragioni di tale ritardo siano riconducibili al fatto che le norme, anche se ben scritte, non sono mai sufficienti a garantire i risultati che si vogliono ottenere, né il successo degli stessi. Guardare agli effetti inattesi e perversi che

possono avere le politiche pubbliche nel loro processo di attuazione permette, così, di attivare la riflessività degli attori chiamati a produrle per raccordare gli interventi, agendo sulla capacità organizzativa ed operativa del sistema in vista di un suo miglioramento e aggiustamento.

Questo implica, non solo riflettere che nelle organizzazioni pubbliche esiste un forte legame fra strategia e struttura ma anche considerare che mobilitare risorse significa *in primis* indirizzare l'agire politico verso soluzioni in grado di garantire, non solo il rispetto della norma, ma di affrontare e governare quella complessità che caratterizza, oggi, le amministrazioni e le aziende pubbliche mettendo in comunicazione i diversi livelli dell'organizzazione.

Come è stato affermato da Cardi, Cilento, Fontana, Ingicco, Nasti e Valanzano (2006: 9) *“Il processo di riforma della P.A., nasce dalla constatazione di come l'organizzazione della stessa non fosse funzionale ad un soddisfacente perseguimento degli obiettivi fissati in sede di indirizzo politico in quanto esso si sviluppa lungo una direttrice che va ad incidere direttamente sulla abituale concezione dei rapporti tra cittadino ed amministrazione, tradizionalmente intesi in termini di contrapposizione”*.

La diffusione delle innovazioni manageriali dal mondo delle imprese a quello delle amministrazioni pubbliche dovrebbe essere, invece, interpretata secondo Battistelli (2005) non solo come un'opportunità economica per società e singoli professionisti del mondo privato ma anche, seguendo March e Olsen (1992: 136) come un classico caso di soluzioni in cerca di problemi. *“La managerializzazione lasciata sola a se stessa è sterile”* (Battistelli, 2005: 14) e a nulla serve lo sforzo comunicativo che i burocrati delle amministrazioni italiane, i politici ed i membri della *policy community*, stanno realizzando verso i media, verso l'opinione pubblica e le amministrazioni stesse sotto forma di regolamenti, norme, leggi corsi di formazione, dichiarazioni pubbliche se le innovazioni organizzative, al di là della loro efficacia tecnica, non sono assimilate dagli attori sociali e se non sono in grado di interagire con la loro cultura e diventarne parte integrante (ibidem).

Sostiene ancora Battistelli (2005: 14) *“la cultura è un fenomeno non di natura tecnica, bensì sociale (...); quindi in questo senso essa non è facilmente sottoponibile agli incentivi, ai tempi ed agli obiettivi di una programmazione esterna”*. Il discorso di vertice ed il

messaggio *top-down* alla base della retorica della managerializzazione seppur fioriero di innovazione (ibidem) rimane, così, limitato al pensiero di una sola parte (quella che sta il alto) e pertanto, insufficiente, a produrre mutamento.

Il mutamento implica, infatti, l'incontro/scontro del vertice con il basso, quale "*altra metà della produzione di senso e comunicazione*" (...) a cui sulle tracce di Michelstaedter (1958) diamo il nome di *persuasione*" (ibidem).

Accanto ad una applicazione della retorica nella sua accezione politica e ideologicamente collocata e prevalente è dunque possibile identificare un "*uso esplicito ed onesto della retorica come produzione di segni e dunque come fattore di interazione sociale*" (Battistelli, 2005: 28). La necessità di valorizzare la dimensione sociale della retorica è considerevole nella misura in cui le scienze sociali necessitano di far propria una nuova definizione di tale termine che permetta di mettere in luce quella che ancora Battistelli (2005: 28) definisce "*una nuova interazione comunicativa*" (...) In quanto "*esiste un aspetto del discorso sociale - intendendo con questo termine tanto il discorso politico quanto quello organizzativo - che, pur decisivo per la comprensione di determinati processi (quali ad esempio l'innovazione), non viene adeguatamente tematizzato; tale aspetto è il flusso - alto/basso vs basso/alto - del discorso (...) e ciò rappresenta un grave limite perché nei processi comunicativi il posizionamento degli attori è rilevante, spesso più del discorso che viene scambiato (...) il flusso è il messaggio*" (Battistelli, 2005: 28).

Centrando l'attenzione sulla valenza elitaria insita nel concetto stesso di retorica - quale controllo del discorso da parte di pochi (parlanti) vs la ricezione di esso da parte di molti (uditori) - è possibile identificare, dunque, una accezione di tale concetto come comunicazione *top-down* (Ibidem).

Ragionare in termini di retorica del cambiamento è, pertanto, quanto mai importante considerando che nell'ultimo ventennio si è sostanzialmente assistito al passaggio da una retorica del pubblico ad una del mercato, a cui viene associato il coincidente slittamento del linguaggio dal giuridico all'organizzativo (ibidem).

Iniziato negli anni '80 del secolo scorso tale passaggio si è oggi definitivamente concluso e la cosa pubblica è stata soppiantata dagli effetti del mercato. A livello sociale, politico ed economico, vale a

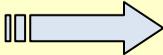
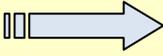
dire in ambito macro, tale processo si struttura in quello che Albert Hirschman (1995) chiama il ‘ciclo pubblico-privato’, mentre a livello micro e su un versante prettamente organizzativo “il *trade off* “ stato/mercato trova una pressoché esatta corrispondenza nella spinta alla managerializzazione delle amministrazioni pubbliche, ovvero nell’introduzione negli ambiti della sanità, della previdenza sociale, dell’istruzione, della giustizia, della sicurezza ecc., di quei metodi e quei principi elaborati in ambito aziendale e già precedentemente esposti.

All’interno del mutamento delle pubbliche amministrazioni è così possibile parlare non solo di “*retoriche del mutamento*” ma, anche, di un “*mutamento delle retoriche*” (Battistelli, 1998: 11). Ad ogni retorica corrisponde un linguaggio. La lingua dominante che negli anni della ricostruzione ha accompagnato il mutamento delle P.A è stata quella giuridica e “*l’insieme delle parole d’ordine intorno a cui si è raccolta la classe politica e da quest’ultima è stata trasmessa all’interno e all’esterno del sistema pubblico, è stata quella della riforma della pubblica amministrazione, detta anche riforma burocratica*” (Battistelli, 2005: 31). Solo durante gli anni Settanta il linguaggio giuridico è stato scavalcato dal linguaggio economico che si andava configurando alla base della “*nuova retorica del mutamento dell’azione pubblica, imperniata sulla programmazione*” (ibidem).

I cambiamenti sociali, politici ed economici degli anni Novanta, precedentemente illustrati hanno, infine, portato in primo piano il linguaggio organizzativistico che trova la sua espressione retorica nella filosofia della managerializzazione.

La retorica della managerializzazione domina, dunque, l’attuale momento sociale trovando applicazione in ogni ambito organizzativo. I concetti di “*management*”, “*manager*”, “*to manage*”, con tutte le criticità ad essi connesse, emergono come concetti caratteristici dell’attuale periodo. In particolare il concetto di managerializzazione richiama, tre diversi significati: politico, politico/tecnico, tecnico.

Ne deriva che se da un lato vi è la managerializzazione intesa come ideologia che richiama una concezione politica strettamente connessa al primato del mercato sui poteri pubblici quale fonte di regolazione, dall’altro emerge una managerializzazione come politica pubblica e come complesso di misure organizzative (ibidem).

Tabella 1 Mutamento dei linguaggi e delle corrispondenze retoriche in tema di mutamento del sistema Amministrativo		
LINGUAGGIO		RETORICA
Giuridico		Riforma della Pubblica Amministrazione
Economico		Programmazione
Organizzativo		Managerializzazione
Fonte: Battistelli, 2005: 32		

L'ideologia della managerializzazione si concretizza, tuttavia, in tutte quelle proposte di privatizzazione, esternalizzazione, liberalizzazione e quasi mercati precedentemente mostrate nonché nell'evolversi di quel rapporto tra stato e mercato che ha caratterizzato le società avanzate occidentali tra il XX° secolo e gli inizi del XXI°.

Come accennato, il fallimento statale si era ampiamente manifestato già agli inizi degli anni Settanta attraverso la crisi fiscale dei sistemi di Welfare e nella inefficacia e scarsa produttività delle organizzazioni pubbliche che nel decennio a seguire hanno trovato conferma nella bancarotta economica e politica dei sistemi del socialismo reale (Battistelli, 2005). La managerializzazione considerata come politica pubblica porta, così, in primo piano il processo di *policy change* costruito sulla managerializzazione, il quale determina un mutamento nelle *politics*⁹ a cui seguono riallineamenti a livello della *policies*. Nei paesi europei il forte ruolo del mercato si traduce, infatti, in strategie di azione sia a livello comunitario che nazionale con politiche fortemente mirate al rientro del debito pubblico.

⁹ Tale termine di origine inglese indica la 'politica' nel senso di meri rapporti di forza, di partiti e politici.

La terza accezione del termine managerializzazione che ci permette di considerarla come complesso di misure organizzative spinge, infine, oltre ogni accezione politica del termine e consente di indagarne la dimensione tecnica. In tale ambito, come fa notare Battistelli (2005: 35) *“il concetto di managerializzazione fa riferimento a quella vasta costellazione di tecniche organizzative - aggregate in artefatti teorici-pratici che vanno dalla qualità totale al controllo di gestione - le quali, elaborate e sperimentate con successo nel mondo dell'impresa, sono in corso di diffusione nel mondo della pubblica amministrazione”*.

Sotto tale aspetto emerge fondamentale il concetto di traslazione¹⁰ di teorie e pratiche mutuata dal settore privato e trasferite al settore pubblico. La traslazione richiama, infatti, un movimento cinetico da uno spazio ad un altro e a livello metaforico evidenzia il passaggio di un'idea da un luogo ad un altro, vale a dire la sua metamorfosi. La trasformazione delle innovazioni manageriali dal privato al pubblico ci permette di ragionare proprio su tale processo.

“La pretesa di diffondere i ritrovati del NPM dal privato al pubblico, recapitandoli come pacchetti di provvedimenti e di tecniche sigillati e pronti all'uso, incontra un punto di riflessione importante” (Ibidem) che affronterò nei successivi capitoli.

Da quanto esposto appare, così, evidente come il sostanziale problema che si trovano ad affrontare oggi le amministrazioni pubbliche sia connesso alla gestione del cambiamento ed alla scelta di quelle che ancora Battistelli (2005) definisce le strategie migliori da seguire, *“selezionando opportuni corsi di azione ed individuando leve efficaci, in vista di modifiche da apportare all'intero sistema”* (Battistelli, 2005: 39).

¹⁰ *“Il concetto di traslazione ha origine nella sociologia della scienza e della tecnologia sviluppatasi in Francia e in Gran Bretagna nel corso degli anni Ottanta (Callon, Latour, 1981; Latour, 1986; Cooper e Law, 1995), e si contrappone alla metafora della diffusione. Alla base di tale assunto c'è il pensiero che un qualsiasi oggetto - sia esso una tecnologia, un comando, un'idea - nel momento in cui viene trasmesso da un luogo ad un'altro, passa attraverso un processo di traslazione; il processo di traslazione si fonda su una rete di attori - umani (attori sociali) e non umani (tecnologie leggi, ecc) - che divengono agenti di questo passaggio per le motivazioni più varie (interessi, valori ecc.) imprimendo all'oggetto l'energia necessaria per essere spostato in un nuovo contesto”* (Ricotta 2005: 297).

Fino ad oggi si è cercato, infatti, di innescare il cambiamento nella pubblica amministrazione investendo nella parte normativa, il cui prodotto è stato inevitabilmente quello della riforma, invece che mobilitare risorse sulla dimensione socio-culturale. Con tutta la parzialità che deriva da un agire politico basato sulla sola attività legislativa e sulla modifica delle leggi che come avremo modo di far emergere nei paragrafi a seguire, seppur importante è soltanto una *“condizione necessaria, ma non sufficiente, per dar vita all’innovazione (...), il cui compimento è rappresentato, invece, dal mutamento socio-culturale”* (Ibidem), di maggior durata rispetto al tempestivo e programmabile cambiamento normativo.

L’auspicabile innovazione culturale emerge, tuttavia, come una pratica complessa *“elaborata localmente come risposta a una dinamica interna o ad una domanda dall’ambiente”* (Battistelli, 2005: 39), una *“interpretazione locale di un messaggio ispirato dal centro o mutuato da un altro ambito locale”*; essa affronta, infatti, un *“processo di assaggio, verifica, reinterpretazione e correzione, apprendimento (ed eventualmente di viaggio verso altre articolazioni organizzative), soltanto al termine del quale può dirsi effettivamente acquisita dall’amministrazione. Il tutto in un arco di tempo che può abbracciare non soltanto anni e decenni, ma intere generazioni”* (Battistelli, 2005: 40).

Questo permette di spiegare, in parte, i motivi per cui fino ad oggi le risorse mobilitate dai vertici sono state per lo più di carattere normativo. I provvedimenti legislativi si configurano, pertanto come meri artefatti simbolici il cui contenuto è formato da parole chiave, immagini, miti razionali (Meyer e Rowan, 1977) che insieme costituiscono ciò che Battistelli denomina *“la retorica del mutamento, cioè la visione del processo fatta propria dal vertice (che nel caso delle amministrazioni pubbliche è politico) e da questo trasmessa, di volta in volta, proposta, imposta, negoziata, alla base organizzativa”* (Battistelli, 2005: 41). Ed è proprio tale natura gerarchica della retorica del mutamento (come vedremo più avanti) che genera estraneità e ne limita il *“processo di interiorizzazione da parte degli attori organizzativi”* (Ibidem) che, sulla spinta della soggettività, mettono in campo idee e pratiche che - anche quando interiorizzate - presentano i caratteri incontrollati del caos, del narcisismo, dell’opportunismo e spinte verso il soddisfacimento degli interessi individuali.

Ne derivano forme espressive dissimili, un'incomunicabilità tra i due sistemi alto/basso e anche quando tale comunicazione avviene, essa presenta comunque elementi che vanno dal conflitto, al conformismo fino alla partecipazione, con una netta prevalenza dei primi due elementi rispetto al terzo (Battistelli, 2005).

Ciò che ci auspichiamo è, ovviamente, la valorizzazione delle situazioni del terzo tipo, in cui attraverso la persuasione l'attore sociale si rende autonomo nell'opera di reinterpretazione dei messaggi lanciati dal vertice e dal centro e nel processo di adattamento al cambiamento e all'ambiente. Consapevole che la propria autonomia resta comunque "*socialmente determinata*", (Battistelli, 2005: 42) giacché l'attore stesso non potrà mai completamente esimersi dai vincoli che il sistema sociale ed il sistema organizzativo costantemente gli pongono.

1.2 Il sistema sanitario italiano verso un modello universalistico/istituzionale

Da quanto emerso dal precedente paragrafo "*reformare le pubbliche amministrazioni non è operazione semplice (...) le riforme sono attività estenuanti, soggette in corso d'opera, al rischio di distorsione dei fini iniziali; sono, insomma, politiche pubbliche di difficile attuazione, certamente di controversa progettazione*" (Battistelli, 2005: 47). In tale prospettiva, dopo aver analizzato i processi alla base della retorica del cambiamento e le problematiche connesse alla gestione dello stesso, avanzerò un momento di riflessione attenta sull'ondata di riforme, sui mutamenti e sulle caratteristiche che alla fine degli anni Settanta ha conosciuto la politica sanitaria italiana e che possono essere, genericamente, sintetizzate nel passaggio dalla conduzione politica a quella manageriale.

Nel dar conto dei processi di riorganizzazione della politica sanitaria italiana e a partire da due diversi piani di lavoro, integrerò tra loro due diverse prospettive: quella politologica e quella socio-organizzativa, ritenendo tale integrazione importante se si considera, come osservato da Elmore (1982) che tutte le politiche pubbliche sono eseguite da grandi organizzazioni pubbliche.

Come sostiene anche Battistelli (2005), l'importanza di un dialogo tra queste due discipline è, di fatto, quanto mai fondamentale ed auspicabile giacché, su di un piano metodologico, tale integrazione si rivela significativa al fine di mettere in comunicazione la dimensione macro - propria della scienza politica - con la dimensione micro che più propriamente attiene alla sociologia dell'organizzazione. Lo sguardo a questi approcci e l'attenzione particolare a quello socio-organizzativo è, pertanto, sostanziale nella misura in cui è solo attraverso lo sguardo su come agiscono e su come si strutturano le organizzazioni pubbliche che è possibile intendere l'impatto che hanno le politiche e come queste vengono modificate nel loro processo di attuazione.

Analizzando le basi sociali di quella che può essere definita la transizione italiana in materia di sanità pubblica, occorre precisare che è solo alla fine degli anni Settanta che l'Italia sperimenta ciò che Vicarelli definisce "*il passaggio da un sistema meritocratico-occupazionale ad uno di carattere universalistico a regolazione pubblica*" (1999: 20). Siamo in ambito di quella che emerge come una tra le prime grandi riforme in tema di sanità che prende corpo con la Legge 833 del 1978.

La L. 833 istituisce, ufficialmente nel paese, il servizio sanitario nazionale¹¹ (SSN) e si pone come culmine, epilogo, di un forte scontro ideologico e di una profonda crisi economica delle mutue. Come evidenzia ancora Vicarelli (1999), ad una attenta analisi la L. 833 si rivela, sostanzialmente, come una riforma capace non solo di accogliere in sé una domanda di innovazione basata sull'universalismo-egualitarismo e sulla razionalizzazione della copertura assistenziale ma, anche, come un'azione legislativa in grado di porsi in opposizione a quel sistema mutualistico che per anni aveva considerato la sanità come un forte strumento di consenso sociale. La legge 833, istituita contro la frammentazione istituzionale, contro le disuguaglianze nella copertura assistenziale, contro lo spreco di risorse umane e finanziarie nonché contro la duplicazione dei percorsi curativi, propone, infatti, principi di coordinamento e organizzazione delle prestazioni sanitarie entro un sistema unico; un modello di 'sanità per tutti', erogata entro strutture pubbliche decentrate, attente ai bisogni della popolazione e quel che

¹¹ Da ora in poi SSN.

più importante, suscettibili di un controllo dal basso (Vicarelli, 1999).

Tale transizione, secondo Paci (1996), va coincidendo con l'emergere di un profondo cambiamento che per entità può essere paragonato ai venti anni precedenti del paese, vale a dire a quando, quest'ultimo andava assumendo una configurazione industriale.

Istituendo il Servizio Sanitario Nazionale, superando il sistema mutualistico e dando vita alle unità territoriali (unità sanitarie locali - USL), la L. 833 del 1978 segna, dunque - dopo la costituzione in Italia del Ministero della sanità e delle mutue nel periodo compreso tra il 1958 e il 1978 - un secondo momento importante per la sanità italiana.

Gli anni che nel nostro paese precedono l'istituzione del SSN sono, infatti, caratterizzati da un assetto territoriale ed organizzativo degli enti pubblici che erogano servizi sanitari fondamentalmente diverso da quello che seguirà alla istituzione del SSN. Il modello di cura, prevalentemente basato sulla terapia d'urgenza, era improntato sulla comprensione della patologia in relazione al bisogno di cura del paziente e non considerava la salute come una condizione complessiva di benessere fisico, psichico e sociale. Il modello organizzativo che ne risultava era, pertanto, fortemente gerarchizzato, regolamentato e caratterizzato dalla presenza nel sistema di una pluralità di attori aventi finalità, modalità di intervento, strutture, procedure, diversi gli uni dagli altri e generalmente poco collegati tra loro nella pratica operativa. Ne derivava una forte settorializzazione degli interventi di salute, clientelismo diffuso e modalità poco collaborative tra i professionisti sanitari e tra gli attori istituzionali (Vicarelli, 1999).

Nel corso degli anni Settanta il compimento del processo di regionalizzazione del paese nonché la costituzionalizzazione del diritto alla tutela della salute (Art.32 della Costituzione) rappresentano, nel contesto italiano, due momenti di svolta e i due presupposti fondamentali alla costituzione del SSN nel nostro paese.

Sancita dalla Legge 833 del 1978, l'istituzione del SSN era detentrica di un impianto valoriale universalista ed egualitario, dove il diritto alla tutela della salute veniva riconosciuto a tutta la popolazione senza distinzione di condizioni individuali o sociali, con modalità in grado di assicurare l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio, (Vicarelli, 1999).

Si trattava, sostanzialmente, di una innovazione legislativa coerente con una nuova cultura sanitaria che individuava nel concetto di prevenzione lo strumento principale per la tutela e la promozione della salute stessa. La legge 833 individua, dunque, nell'integrazione delle attività (promozione, mantenimento e recupero della salute), delle strutture, dei servizi e dei diversi soggetti istituzionali dello stesso sistema sanitario, un cardine fondamentale attorno a cui far ruotare il funzionamento dell'intero servizio sanitario.

L'evoluzione del servizio sanitario italiano può essere, così, descritta evidenziando il passaggio da un modello meritocratico/occupazionale, in cui la sicurezza sociale era sostenuta dall'intervento statale e dalla carità religiosa (1945-56), ad un modello prima improntato sulle assicurazioni sociali (1957-74) e successivamente - con l'entrata in scena delle Regioni (1975-79) - fondato su logiche universalistiche a regolazione pubblica che trovano nella legge del 1978 e nell'istituzione del servizio sanitario le loro peculiarità specifiche (Vicarelli, 2000).

Ne deriva un cambiamento epocale che non solo coinvolge tutto lo scenario della sanità così come si era formato nei decenni precedenti, ma che propone il quadro di quella che avrebbe dovuto essere una nuova organizzazione in tema di sanità pubblica, capace di sovvertire i modelli organizzativi esistenti e le loro logiche di fondo.

Si delinea, in tal modo, una nuova organizzazione sanitaria, capace di accogliere in sé il principio di uguaglianza di tutti i cittadini di fronte al bisogno di salute, la competenza primaria della sfera pubblica nel determinare le strutture, le funzioni, l'unitarietà delle prestazioni sanitarie e il loro coordinamento con le attività sociali.

Oltre allo Stato, alle Regioni, alle Province, ai Comuni, al volontariato e agli enti locali territoriali, cui spetta la realizzazione pratica del SSN, con la Legge di riforma 833/78 (pur non venendo meno un modello organizzativo verticalizzato) si affermano nuove modalità di azione improntate sull'integrazione dei servizi e su modelli organizzativi tendenti a superare il settorialismo degli interventi mediante il coordinamento tra diversi attori; vale a dire tra il servizio sanitario e tutte le attività, le istituzioni e i servizi che, lavorando nel sociale, svolgono attività che hanno ripercussioni importanti sullo stato di salute degli individui.

In tale quadro emergono nuovi attori sociali e nuove logiche organizzative si strutturano come base di un modello organizzativo solidaristico e partecipato che trova espressione in logiche universalistiche e solidaristiche tendenti a dare al cittadino, come pure alle organizzazioni, la possibilità di incidere sulla pianificazione dei servizi e sulla rispondenza, o meno, di questi ai bisogni della popolazione.

L'organizzazione dei servizi risulta, pertanto, non più volta ad assistere o a curare il danno ma attenta a tutelare il bene salute, attraverso una organizzazione di servizi che, pur non trascurando l'assistenza e la cura, tende a dar rilievo e a prevenire il bisogno di assistenza.

A cavallo tra la IX e l'XIII legislatura, ma ancora più precisamente dall'XI alla XIII (dal governo Amato al governo Ciampi) si possono, tuttavia, contare altri venti interventi legislativi e ulteriori momenti importanti per la sanità pubblica italiana.

Dal 1981 si andarono, infatti, intensificando *“i provvedimenti atti a mutare i fondamenti della 833 e in specifico l'assetto organizzativo del SSN”* (Vicarelli, 1999: 22). Ha inizio in questo anno - con l'introduzione dei ticket - una politica di revisione della legge, fatta di tagli e di disuguaglianze nell'accesso alle prestazioni, laddove, come sostenuto da Vicarelli (1999), la 833 doveva, invece, prevedere prestazioni gratuite per tutti i cittadini ed un diritto alla salute equalitario su tutto il territorio nazionale.

1.3 Da un modello aziendalistico di competizione amministrata a un modello cooperativo/collaborativo dell'assistenza sanitaria

Il modello e le logiche di azione sottese ai mutamenti fino ad ora esposti non riuscirono a perdurare a lungo, causa le sempre più evidenti criticità legate sia all'impianto normativo-valoriale della legge 833 del 1978, sia agli endogeni cambiamenti della società nel suo insieme e alla complessità crescente delle esigenze da parte dell'utenza.

Con l'intento di depoliticizzare il sistema sanitario, nascono, quindi, i primi propositi di riforma organizzativa delle USL, in

direzione di soluzioni di tipo aziendalistico e manageriale (Vicarelli, 1999). Le proposte di riforma - già dal 1983 - spingono, infatti, verso una privatizzazione del sistema sanitario nonché verso l'aziendalizzazione delle unità sanitarie locali, al fine di tramutarle in aziende speciali e sopprimendo, attraverso l'istituzione di un consiglio di amministrazione, la loro originaria configurazione mediante assemblee ed auspicando un più ampio coinvolgimento dei tecnici ed una maggiore autonomia dei presidi e dei grandi ospedali. È su questa linea che nel novembre del 1987 viene elaborato, dal ministro alla sanità Donat Cattin, il progetto di legge n. 1942 avente l'obiettivo primario di separare l'amministrazione politica dalla gestione tecnica, identificando nelle Regioni (a cui compete l'assistenza sanitaria ed ospedaliera) e nello Stato (avente funzione di indirizzo e coordinamento) i principali soggetti politici.

Le USL si apprestano, così, ad essere rimodellate come enti aventi personalità giuridica propria, assumendo il carattere di vere e proprie aziende. *“In conseguenza del principio che vede la separazione della responsabilità politica da quella tecnica, il sistema sanitario risulta, in questo modo, organizzato verticalmente su di un'unità di tipo aziendale (...) Una struttura centralizzata dove al consiglio di amministrazione si affianca un direttore unico, assunto con contratto di tipo privato, cui compete l'intera attività di gestione”* (Vicarelli, 2004: 25). Per tutti gli anni Ottanta si assiste, pertanto, ad una ridefinizione degli interessi, dei valori e di nuove domande di cambiamento che gli operatori ed i cittadini italiani pongono alla politica.

Tali domande, frutto del disagio causato dalla nascita malforme del SSN, sorgono dalla consapevolezza di una disfunzione del sistema pubblico. Come scrive la Vicarelli (2004) ciò è dovuto al dominio professionale e politico scaturito dalla riforma e dall'esigenza di una sua ristrutturazione. È su tali spinte che il governo Amato e il ministro De Lorenzo riescono - nel dicembre del 1992, attraverso il D.lgs. n. 502 - a far approvare un vasto riordino della sanità (ibidem).

Siamo nel terzo momento importante per la sanità italiana, in quella che prende il nome di riforma De Lorenzo.

Se il 1992 si prospetta nel paese come l'anno della svolta, in direzione di una nuova ristrutturazione del servizio pubblico, in termini fortemente aziendalistici, il 1993 si presenta, invece - con il

governo Ciampi - come un anno di modifiche importanti al D.lgs. 502.

Attraverso il decreto legislativo 502 del '92 si assiste ad un'apertura verso una dimensione di tipo micro sociologica, nel senso che è l'azienda, il suo funzionamento e la sua gestione oggetto della normativa specifica (Vicarelli, 2004). Con il processo di aziendalizzazione si strutturano, infatti, dei rapporti tra gli attori sociali ed istituzionali fondati su criteri di competizione amministrata, di accreditamento, del pagamento a prestazione e verifica della qualità delle prestazioni erogate. Tale modello organizzativo emerge come il frutto dell'introduzione di una serie di innovazioni quali: l'autonomia delle aziende sanitarie e delle aziende ospedaliere, tipologie di gestione pubblico/privato, posizione del direttore generale, controllo economico dei servizi, responsabilizzazione delle Regioni, pagamenti a prestazioni (*DRG*) nonché criteri di concorrenza simulata e amministrata tra i fornitori dei servizi (Vicarelli, 2004).

Nei primi anni Novanta quei principi che avevano ispirato la nascita del SSN furono, dunque, messi in crisi da quella che venne denominata la svolta aziendalistica che supportò il riordino della sanità pubblica, ponendo in gioco nuovi concetti come quello di qualità, di responsabilizzazione degli operatori, di efficienza, di consenso informato e avanzando l'idea di una maggiore libertà del consumatore al momento della scelta tra i diversi *providers*.

Attraverso il D.lgs. n. 517 del 1993 si procedeva, inoltre, a modificare non solo la natura giuridica, amministrativa e territoriale delle USL (facendone una forma possibile di erogazione dei servizi sanitari, con il baricentro spostato sulle regioni) ma si trasformava, l'art. 9 del D.Lgs. 502, verso forme di assistenza integrative, atte a fornire prestazioni aggiuntive rispetto a quelle assicurate dal SSN. A seguito dell'approvazione dei decreti, la lentezza legislativa delle Regioni, i ritardi nella nomina dei direttori generali, come pure l'indecisione verso la destinazione di alcuni presidi ospedalieri produsse, tuttavia, un blocco nell'applicazione della normativa e una forte disorganizzazione interna che, nel 1996, persuase il ministro della sanità Rosy Bindi ad intraprendere una fase di trasformazione dei decreti 502 e 517. La riforma del D.Lgs. 502 - approvata nel 1999, attraverso il D.Lgs 229, prese il nome di 'riforma Ter'.

Siamo nel quarto momento importante per la sanità in Italia, nell'ambito di quella comunemente etichettata come la 'riforma della riforma'.

Verso la fine degli anni '90 si fece, infatti, sempre più marcata l'esigenza di una intersettorialità tra diversi settori di *policy*, così come la volontà e la necessità di passare da una "*competizione amministrata*" (Vicarelli, 2004) nell'erogazione dei servizi tra *providers* pubblici e privati ad una più proficua "*collaborazione amministrata*" (Vicarelli, 2004: 29); verso quel *network management* che prevede modalità di intervento orientate e finalizzate a responsabilizzare e coordinare le azioni di attori diversi, rispetto ad un determinato problema di *policy* e che incentiva forme di cooperazione interorganizzativa attraverso un'azione di *network structuring* capace di intervenire sulle risorse del *network* (Kickert, Klijn, Koppenjan, 1997; Moini, 2001). Intendendo per *network* quella rete che consente agli attori sociali di scambiarsi risorse allorché posti in rapporto di stretta interdipendenza.

Il concetto di cooperazione divenne, con la riforma 'Ter', una delle parole chiave in anni prevalentemente caratterizzati dal completamento del processo di regionalizzazione e da una forte sussidiarietà che ben si coniugò con il processo di de-statalizzazione nel quale, però, non mancò il coordinamento esercitato dalle istituzioni pubbliche e la centralità del ruolo dello Stato già avviato con il D.Lgs 502 de 1992.

Si realizzava in quel modo una nuova alleanza non solo tra attori e organizzazioni deputate alla salvaguardia e all'erogazione del bene salute ma, anche, tra pazienti e professionisti. Un'alleanza improntata su nuove forme di collaborazione e di lavoro a rete tra questi ultimi e le istituzioni centrali di governo giacché tutti i soggetti coinvolti nel processo di cambiamento stabilivano comuni obiettivi.

Il D.Lgs 229 - incentivando la cooperazione tra medici di medicina generale e tra questi e l'azienda sanitaria - si caratterizzava, sostanzialmente, per la sua logica collaborativa e non competitiva e fa notare Vicarelli (2004), sul piano organizzativo, le parole chiave divennero distretto e medico di famiglia.

La legge rendendo, infatti, obbligatori i distretti riconosceva loro autonomia e responsabilizzazione nella qualità dei servizi (Vicarelli, 2004). A livello di aziende sanitarie la 229 prevedeva, inoltre, che

esse avessero personalità giuridica pubblica, abolendone non solo il primariato e le dirigenze di I° e 2° livello ma, anche, conferendo ai dirigenti incarichi di direzione di struttura semplice o complessa e prevedendo responsabilità in termini di efficacia ed efficienza di gestione.

La direzione assumeva, invece, carattere collegiale (collegio di direzione) con possibilità di ricorrere a contratti a tempo determinato.

Si definiva, così, ulteriormente - seppur entro una logica di cooperazione amministrativa - il carattere aziendale e regionale del servizio sanitario, già introdotto dai decreti 502 del 1992 e 517 del 1993.

Con il ministro Sirchia gli anni successivi alla 229 saranno, fortemente, caratterizzati da un ulteriore processo di aziendalizzazione, basato sulla certificazione di qualità e sul *benchmarking* degli ospedali, su una attribuzione di autonomia finanziaria e gestionale alle regioni e su logiche, decisamente meno collaborative, ma capaci di assicurare ai cittadini una maggiore libertà di scelta circa le strutture pubbliche o private cui rivolgersi.

L'iter delle riforme fin qui analizzate in tema di sanità in Italia mostra, dunque, come gli sviluppi di una politica pubblica, nel tempo, possano essere arbitrari e del tutto inaspettati; soprattutto se si considera l'ampio spettro di attori che essa coinvolge e le sostanziali modifiche organizzative che è in grado di produrre entro le strutture sanitarie pubbliche deputate ad accoglierla.

Analizzando un'azienda ospedaliera è possibile, infatti, osservare, come sia peculiare nell'assetto organizzativo che è andata assumendo dopo tali riforme.

L'organizzazione interna degli ospedali prima del D.lgs. 517 del 1993, si reggeva, fondamentalmente, ancora sui principi della riforma ospedaliera del 1968 (L.132/1968) che individuava oltre alle divisioni, ai servizi, al numero di posti letto e alle unità di personale anche la gerarchia interna alla struttura. Come precedentemente esposto, con il recente riordino del SSN (D.lgs 517/93) vengono, invece, abolite le divisioni - a cui veniva, usualmente, affidato un numero determinato di posti letto - a favore di un'organizzazione in dipartimenti, concepiti come aggregazioni di discipline omogenee o

complementari (Cicchetti, 2004), i cui posti letto si presentano indistinti¹².

A livello strutturale l'ospedale si configura, oggi - insieme ai servizi di medicina di base (*primary care*) e ad altre specialità - come uno dei tre livelli di assistenza su cui poggia il sistema sanitario. Specificato in termini di servizio sanitario di secondo livello l'ospedale come sostenuto da Mapelli (1999) è tradizionalmente diretto, da una forte diarchia interna. Tale diarchia è data dal fatto che sia le aziende USL che le aziende ospedaliere sono, attualmente, governate da un direttore generale il quale, nominato dalla Regione e assunto con contratto quinquennale, ha facoltà di nominare, a sua volta, un direttore sanitario ed un direttore amministrativo, anch'essi assunti a contratto. La normativa vigente prevede, inoltre, che i direttori generali - qualora sussistano gravi motivi - possano essere rimossi dal loro incarico.

Alla luce di quanto predisposto dalla riforma è possibile differenziare le aziende ospedaliere aventi autonomia, dalle aziende USL (circa 96) e dai presidi ospedalieri delle USL stesse (circa 940), intesi come stabilimenti produttivi senza autonomia e gestiti direttamente da queste ultime.

A livello di dimensione, la grandezza ottimale di un ospedale è attualmente ritenuta di circa 400 posti letto, dove devono trovare spazio almeno tre specialità di base e di media assistenza. Gli ospedali con meno di 120 posti letto sono, invece - secondo quanto previsto dagli interventi statali del 1995 e del 1996, concernenti il riordino della rete ospedaliera - destinati alla chiusura.

A livello organizzativo il decreto legislativo 229 istituisce ed esplicita, inoltre, che nell'azienda ospedaliera a capo delle vecchie divisioni e dei servizi, vi sia un dirigente di II° livello che per denominazione sostituisce la figura del vecchio primario ed ha la piena responsabilità dell'organizzazione interna e dell'impiego delle risorse umane e materiali.

A livello di struttura organizzativa ogni ospedale, così come tutti gli erogatori di prestazioni pubblici e privati, deve essere necessariamente accreditato, ovvero possedere determinati requisiti strutturali e qualitativi ed essere finanziato sulla base di tariffe per

¹² Esempio dipartimento materno-infantile.

prestazione. Dal 1995 per gli ospedali viene, infatti, adottato il sistema americano dei *DRG (Diagnosis Related Groups)*. I *DRG* sono tariffe onnicomprensive fissate da ogni Regione secondo specifiche disposizioni ministeriali.

Il lungo processo di riforma ha, tuttavia, prodotto cambiamenti significativi anche nell'esercizio della professione medica e nel modo di stare in azienda. Con l'ultimo contratto - che prevede che tutti i medici del SSN vengano promossi dirigenti, viene di fatto abolita la scala gerarchica di primario, aiuto e assistente. Per i dirigenti di II° livello (ex primari) l'incarico viene affidato su base fiduciaria direttamente dal direttore generale ed in termini contrattuali per un periodo di cinque anni. Allo scadere del quinto anno, poiché il giudizio è in base al risultato, il direttore generale ha la facoltà di decidere per la rimozione o meno dall'incarico.

Entro l'azienda si assiste, inoltre, all'emergere di nuove figure (OTA, OSA, OSS)¹³, con profili formativi più bassi in una gerarchia di ruoli e funzioni decisamente più ampia. Tale nuova configurazione professionale, secondo quanto sostenuto dalla Vicarelli (2002), contribuirebbe a rendere ancora più incerta l'identità lavorativa di molti operatori sanitari e degli stessi medici che, rispetto al passato sembrano conoscere una rilevante perdita di autonomia e di dominanza professionale (Speranza, Tousijn, Vicarelli, 2008).

Per quanto concerne, invece, l'efficienza di un'azienda ospedaliera, con il processo di aziendalizzazione le *performance* vengono misurate in base a diversi indici tra loro interrelati quali: la degenza media, il tasso di occupazione dei posti letto (ossia la capacità utilizzata rispetto a quella potenziale), il tasso di rotazione (ossia la media dei ricoveri per letto in un anno) e l'intervallo di rotazione (ossia la media di giorni che intercorre tra un ricovero e l'altro).

Per la contabilità ed il finanziamento, l'azienda ospedaliera è tenuta ad adottare la contabilità economico-patrimoniale delle società private. Tale contabilità implica il passaggio dai principi di entrata ed uscita a quelli di ricavi e costi. Se il bilancio chiude in utile parte di questo viene trattenuto o per incentivi al personale o per investimenti; contrariamente, in caso di chiusura in perdita, il

¹³ OTA: Operatore Tecnico addetto all'Assistenza; OSA: Operatore, Sanitari Associati; OSS: Operatore Socio Sanitario.

bilancio viene riportato a nuovo e la Regione è responsabile del disavanzo.

In conclusione e a seguito delle riforme analizzate è, dunque, possibile sostenere che l'ospedale si configura come una tra le più complesse tipologie di organizzazione che si va connotando per la sua alta densità di lavoro e di capitale. Tale complessità che il processo di riforma ha energeticamente contribuito ad accrescere, deriva da caratteristiche peculiari sia di tipo strutturale che relazionali, sia all'interno (tra gli operatori) che con l'ambiente esterno (gli utenti ed i loro bisogni, le istituzioni, la politica, il progresso tecnico-scientifico, gli interessi e gli altri *competitors*).

La complessità di un'organizzazione ospedaliera non è, dunque, esplicitamente correlata alla sua dimensione, dal momento che la dimensione non può dirsi, di per sé, un elemento caratterizzante la complessità aziendale. Essa è, infatti, intrinsecamente associata alla difficoltà che incontra l'organizzazione stessa nel raggiungere una sua coerenza interna, per le ragioni strutturali fino ad ora esposte come pure alla difficoltà di dover gestire, contemporaneamente, diversi processi e grandi quantità di risorse umane e non. Questo non solo attraverso la differenziazione (quale scomposizione in più unità operative, presiedute ciascuna da dei responsabili) ma, anche, mediante l'integrazione intesa come ricomposizione unitaria dell'organizzazione per mezzo di meccanismi diversi quali: il ruolo dei capi, la creazione di strutture di coordinamento o tramite norme procedurali.

Nel tentativo di governare la complessità aziendale emerge, dunque, un assunto importante alla base della 'riforma Ter' del 1999, è il concetto di *clinical governance* la cui analisi nel secondo capitolo diviene sostanziale per comprendere i criteri secondo cui le metodologie manageriali dovrebbero essere applicate alle aziende sanitarie, configurandosi come strumenti di programmazione e di negoziazione funzionali all'azienda, al fine di perseguire (sia a livello di singola unità operativa sia a livello di sistema) obiettivi di qualità e di economicità dei servizi.

Quando accade, infatti, che le metodologie manageriali vengono utilizzate distortamente¹⁴ quali mezzi a disposizione del vertice (in

¹⁴ Come evidenziato nel primo paragrafo e come mostrerà la ricerca sul campo.

questo caso come strumenti nelle mani del direttore generale) per imporre (sotto la spinta del finanziamento regionale) riduzioni o razionamenti dei fabbisogni aziendali, l'intero sistema azienda ne paga le conseguenze e tali effetti si traducono in criticità organizzative lungo il processo di cura del paziente.

Ad undici anni dall'ultima riforma sanitaria è, dunque, possibile ragionare sulla istituzione dell'aziendalizzazione¹⁵. Il lungo processo di riforma che ha investito la sanità italiana lascia, infatti, ancora spazio alla riflessione ed il dibattito in atto sugli esiti prodotti dall'aziendalizzazione fa scemare l'ipotesi, sostenuta anche dalla Vicarelli (2004) secondo cui ulteriori cambiamenti normativi, istituzionali ed organizzativi servirebbero a fronteggiare e risolvere l'esigenza di stabilità che hanno, oggi, le aziende ospedaliere italiane. In un ambiente come quello sanitario dove l'incertezza sotto il profilo gestionale è ancora dominante è difficile creare senso (Weick, 1997) introducendo ulteriori elementi di innovazione. Occorre, piuttosto, essere capaci di agire in direzione di una logica che Bollero (2003) definisce di accordo e di responsabilità diffusa, sia fuori che dentro le aziende stesse, adottando strategie organizzative capaci di svilupparsi e procedere dal vertice fino al basso, fino alla piena e consapevole responsabilità individuale dei professionisti della sanità.

La salute non è, infatti, invariabilmente definita, ma emerge come una costruzione storica e sociale che istituzionalizzandosi dovrebbe orientare il comportamento di tutti gli attori chiamati a produrla, tutelarla e svilupparla. La salute, richiamando ancora Weick (1997) è un prodotto storico che trova nei processi di *sensemaking* delle significative dinamiche strutturanti, in quanto esito della interazione reciproca di più variabili simultaneamente, comprese quelle sociali e dell'interazione di più attori e non solo della connessione delle attività sanitarie in senso stretto (Moini, 2001).

¹⁵ Anche in relazione all'accordo dell'8 agosto del 2001 che sancisce le risorse finanziarie assegnate alle Regioni e stabilisce la responsabilità di queste ultime sui disavanzi prodotti dalla sanità nonché la loro autonomia nel predisporre strumenti adeguati alla loro copertura.

1.4 Quale modello oggi per la sanità italiana?

I cambiamenti che la nostra società ha affrontato dalla fine degli anni Settanta ad oggi, pur trovando una spinta propulsiva nelle modificazioni strutturali e di politica avvenute al livello di riforme, decreti legge, hanno determinato un abbandono solo parziale dei modelli statali centristi, riflettendosi nella quotidianità in mutati significati del concetto di salute e dei comportamenti dell'utenza. Quello che è tuttavia importante sottolineare è come i processi di riforma hanno via via spinto in direzione di modelli sempre più integrati, collaborativi, capaci di strutturare ampi *network* di attori per la gestione e la risoluzione delle criticità legate all'ambito sanitario.

Nel nostro paese si è assistito, infatti, a diverse dinamiche di funzionamento organizzativo e a profondi mutamenti politico-organizzativi nel rapporto tra Stato, utenza e soggetti erogatori pubblici/privati, nonché tra centro-utenza-periferia, a cui ha corrisposto un mutamento qualitativo nella domanda e nell'offerta di cura sanitaria. Ciò ha fatto ripensare al concetto stesso di qualità quale concetto multidimensionale e difficilmente identificabile attraverso un significato univoco.

I mutamenti avvenuti nelle strutture sanitarie, dalla proposta di Legge 833/78 alla legge di riforma Bindi (D.Lgs. 229/99), passando attraverso l'attuazione delle logiche manageriali espresse dal Decreto Legislativo 502/92, hanno consentito l'ingresso di nuovi attori sociali e di nuovi modi di sperimentare, organizzare e migliorare le proprie *performance* in funzione di trasformate necessità economico-gestionali.

Accanto a queste spinte innovative, contenute nei processi di riforma, diversi sono, tuttavia, gli ambiti problematici che studiosi come la Vicarelli (2004) avanzano in tema di fallimento aziendale, analizzati facendo riferimento a concetti chiave della sociologia economica quali: identità, fiducia e capitale sociale.

In termini di identità la studiosa non manca di far notare come “*i tempi ed i modi in cui in Italia è stato creato e contestualmente modificato il SSN hanno impedito il diffondersi di un forte senso di appartenenza che è stato ancor più difficile acquisire dopo il 1992 con i processi di aziendalizzazione del settore (...) Un servizio, un dipartimento, un distretto, una unità sanitaria appena costituiti sono*

stati modificati nella forma, nel nome, nella strutturazione e nella direzione, così che i confini anche territoriali e cognitivi sono risultati incerti, mutevoli e, quindi, non direttamente riconoscibili da parte dei cittadini e degli stessi operatori (...) Ne questo processo si è oggi arrestato“ (Vicarelli, 2004: 32).

Sebbene in Italia si siano succedute tre forme diverse di modelli organizzativi e di regolazione ovvero, quello universalistico-istituzionale, di *managed competition* e di *managed co-operation* è possibile concordare con l'ipotesi della Vicarelli secondo cui la sanità italiana, fino ad oggi, non ha mai sedimentato un proprio modello organizzativo. Si potrebbe parlare di cause dovute a quelle che la studiosa definisce *“carenze connesse ad un quadro legislativo e politico incerto, ad una insufficiente dotazione economico-finanziaria, a modelli di regolazione mutevole, ad una scarsa disponibilità ed incapacità di utilizzo delle strumentazioni tecniche ed operative, ma anche alla crescente erosione delle relazioni tradizionali di fiducia alle quali potrebbero non essere state apportate né forme di sostegno-riadattamento, né adeguate modalità sostitutive”* (Vicarelli, 2004: 36).

A ciò si aggiunge una ulteriore dimensione che è quella della frammentazione e pluralizzazione delle professioni sanitarie che Tousjin (2000) precisa essere da sempre conflittuali non mancando di sottolinearne il carattere di complessità che le caratterizza e che le rende, sotto certi aspetti, spesso uniche nel loro genere. Con l'aziendalizzazione (lo abbiamo visto nel precedente paragrafo) non solo crescono nuove figure (OSA, OTA, OSS) addette a gestire quegli aspetti più pratici che caratterizzano la cura del malato, ma aumentano anche quelle occupazioni sanitarie, quali infermieri, tecnici, ostetriche che acquisiscono *“credenziali universitarie tali da porle entro un percorso di professionalizzazione molto simile a quello del medico, centrato sulla rivendicazione del sapere scientifico che garantisce loro autonomia e prestigio sociale ma fundamentalmente una separazione crescente, in termini di mansioni, dal contatto diretto col il paziente”* (Vicarelli, 2004: 33).

Esito di tale processo è una forte incertezza nell'identità lavorativa degli operatori sanitari e nella stessa professione medica. Incertezza che si manifesta in una perdita di autonomia di quella che Freidson (1970) definisce la dominanza medica.

Secondo quando emerge dagli ultimi rapporti OASI, pubblicati dal centro di ricerche sulla gestione dell'assistenza sanitaria e sociale (CERGAS) dell'università Bocconi di Milano¹⁶, ulteriori debolezze connesse al processo di aziendalizzazione possono essere rintracciate in una cultura della gestione aziendale che vede una applicazione di strumenti manageriali molto vicini ai professionisti ma incapaci di indirizzare il comportamento clinico di questi ultimi.

Emerge, infatti, nel dibattito in atto tra politologi, economisti e sociologi l'idea di una sorta di timidezza gestionale, accompagnata dall'iniziale convinzione riformista che da soli gli strumenti gestionali potessero agire positivamente sul rapporto tra azienda e professionisti sanitari e dall'idea che il compito del *management* fosse solo quello di far funzionare, bene, tali strumenti manageriali che possono essere, invece, di solo supporto all'azione gestionale, di indirizzo e di controllo attivo da parte del management.

Il settore delle organizzazioni e dei servizi alla persona é, dunque, costantemente sottoposto a mutazioni, cambiamenti che investono la struttura esterna e quella più propriamente gestionale-organizzativa con la quale il cittadino-utente si interfaccia quotidianamente. Secondo quanto esposto è possibile evincere come fra tutti, il settore sanitario sia quello che ha maggiormente richiesto ristrutturazioni e cambiamenti che ne hanno periodicamente mutato gli obiettivi iniziali, le finalità organizzative e di gestione delle risorse umane e produttive. Questo perché parallelamente si sono trasformati i bisogni della realtà circostante e le esigenze dell'utenza di riferimento.

Dalla nascita del SSN, non abbiamo assistito solamente al susseguirsi di innovazioni legislative e tentativi di definire e ridefinire costantemente gli ambiti di applicazione dei sistemi sanitari ma, anche e soprattutto, alla volontà di realizzare una situazione permanente, un nuovo *status quo* in cui la *customer satisfaction* si ponesse al vertice delle priorità organizzative dei soggetti statali e non soltanto. Trasformatisi gli assetti sociali e conseguentemente le aspettative di vita, i desideri individuali, le

¹⁶ Il CERGAS è stato fondato nel 1978 per promuovere, coordinare e svolgere attività di ricerca di base e applicata sugli assetti, le dinamiche e le *performance* delle aziende e dei sistemi di aziende operanti nel settore sanitario, socio-sanitario, socio-assistenziale e socio-educativo.

dinamiche di interazione ed il modo di guardare a sé stessi in rapporto ai contesti, si è assistito ad una crescita quantitativa, ma soprattutto qualitativa della domanda di salute e di qualità nell'erogazione del servizio.

Oggi concetti quali efficienza, efficacia, produttività, qualità prevista assumono nuove forme giacché inseriti in recenti dinamiche organizzative. L'attenzione alla qualità è, di fatto, una nuova disposizione che modifica le regole, il funzionamento e il significato d'azione delle istituzioni e le logiche professionali. Il raggiungimento di elevati livelli di qualità ed il controllo di essa sono divenuti, ormai, scopi prioritari: *“la scarsità delle risorse e l'impossibilità di soddisfare tutti i bisogni di salute dei cittadini rende necessario massimizzare i benefici ottenibili dalle risorse disponibili, puntando più sulla qualità che sulla quantità”*¹⁷. Contemporaneamente, dunque, si è tentato e si tenta di perseguire obiettivi di contenimento dei costi e di massimizzazione dei risultati, mai dimenticando di mantenere alti i livelli qualitativi dei servizi erogati. Il tema della qualità dell'assistenza erogata diviene in conclusione, fondamentale nel management delle aziende sanitarie.

I cambiamenti che la nostra società ha affrontato dalla fine degli anni '70 ad oggi pur trovando una spinta propulsiva nelle modificazioni strutturali e di politica avvenute al livello di riforme, di decreti legge, di abbandono parziale di modelli statali centristi, si sono simmetricamente riflessi nella quotidianità dei mutati significati e comportamenti dell'utenza. Osserviamo, infatti, in questo schema proposto da Collicelli (1998: 117) le tre fasi attraversate dal *Welfare State* dalla sua istituzione in Italia sino al momento attuale.

I° fase	Bisogni semplici	Grandi soggetti	Centralismo burocratico
II° fase	Personalizzazione del bisogno	Pluralità di soggetti	Decentramento
III° fase	Sofisticazione dei bisogni	Policentrismo	Mix e privatizzazione

Fonte Censis: Collicelli, 1998

¹⁷ Piano Sanitario Nazionale del triennio 1994-1996.

Lo schema mostra in modo chiaro come ad un mutamento (o forse una evoluzione) in senso strettamente politico-organizzativo dei rapporti tra Stato, utenza e soggetti erogatori pubblici/privati, cioè tra centro-utenza-periferia, sia corrisposto un mutamento qualitativo nella domanda e nell'offerta di cura sanitaria. Cambiamento che ha fatto ripensare al concetto di qualità come ad un concetto multidimensionale, difficilmente identificabile attraverso un significato univoco.

Del resto i principi fondanti alla base del concetto stesso di qualità sono, come afferma Negro (1992: 55) “*l’orientamento al cliente, il miglioramento del sistema di erogazione, lo sviluppo e la partecipazione delle risorse umane, l’analisi e il miglioramento continuo dei processi*” e “*il cambiamento all’interno delle organizzazioni che producono servizi si fonda appunto sulla possibilità di offrire un servizio che risponda in primis a criteri qualitativamente elevati*” (Galgano, 1990: 47).

Dalla presenza di grandi soggetti di decisione politica si è passati alla possibilità di avviare un decentramento istituzionale che preveda il coinvolgimento di soggetti più vicini al cittadino, più raggiungibili e per i quali la *customer satisfaction* sembra essere un imperativo, più che un obiettivo. Si assiste oggi a nuove dinamiche di funzionamento organizzativo in cui l’attenzione alla qualità erogata, all’efficacia dei servizi e all’efficienza economica possano essere tutte ugualmente perseguibili e realizzabili. Essendo definitivamente variati i bisogni e le aspettative dell’utenza la tendenza all’affermazione della qualità ha investito le regole, il funzionamento organizzativo delle istituzioni e considerando i risvolti connessi all’esercizio del governo clinico, ha investito anche l’ambito dei ruoli professionali (Ferrario, Bianchi, Quaia, 2002).

Le tematiche della qualità, come è noto si sono sviluppate in origine nel settore industriale ed è stato il Giappone che nell’ambito della competizione con gli USA ha assunto la qualità totale come una caratteristica obbligatoria che deve essere “*presente lungo tutto il percorso lavorativo*” (Bonazzi, 1999: 173). Le idee viaggiano e il tema della qualità ha attecchito anche in Europa dove, però, i presupposti culturali nazionali hanno impedito la trasposizione pura

della qualità totale secondo il metodo giapponese¹⁸ ed in Italia già a partire degli anni Ottanta si comincia a parlare di qualità totale in molti ambiti della P.A. (enti locali).

In ultimo il processo di aziendalizzazione della sanità che ipotizza che la sanità debba e possa funzionare seguendo i canoni dell'efficacia e dell'efficienza aziendale ripropone - sotto forme diverse l'introduzione delle tematiche della qualità.

A tal proposito nasce la società italiana per la qualità dell'assistenza sanitaria (SIQuAS), una associazione di professionisti che già lavorano in sanità e di consulenti, psicologi, sociologi che operano come un vero e proprio movimento per la qualità in sanità. La SIQuAS svolge convegni e approfondisce tutte quelle tematiche sulle quali cresce la normativa che struttura il lavoro della sanità diventata ormai azienda. Come è stato messo in luce dagli studiosi dire significa fare, perciò nelle pagine che seguiranno illustrerò le principali teorie e tecniche che vengono insegnate ai medici e ai manager nei corsi di formazione ai quali sono tenuti a partecipare, in accordo con la normativa sull'educazione continua in medicina (ECM).

Le istituzioni ideano leggi sulla qualità (D.Lgs. 502/92) che vengono tradotte in pratica attraverso l'alleanza tra diversi attori (medici, manager, professionisti della sanità, agenzie di sanità pubblica, Ministeri, Regioni ecc..). Quando tutti gli attori condideranno l'idea di dare un lavoro di qualità non si parlerà più

¹⁸ Come è stato messo in luce da Bonazzi e la Rosa (1994) nella rivista di Sociologia del Lavoro la tematica del miglioramento continuo viene tradotta in Europa dove l'avvento del modello giapponese (e/o della produzione snella) provoca un inteso dibattito sui requisiti sociali necessari al suo successo e sulle conseguenze ed implicazioni nei rapporti tra l'impresa e i suoi dipendenti. In questo dibattito il maggior contrasto passa a livello teorico, da un lato, tra culturalisti e pragmatici sulla possibilità o meno di implementazione del modello e, dall'altro, tra la difesa del modello stesso (svolta da posizioni *pro-management*) e la forte critica svolta, invece, da posizioni *pro-labour*. Esiste, tuttavia, un altro modo di porre il problema e tale alternativa consiste nel partire dalla differente presenza di *transplant* giapponesi nei paesi occidentali e quindi nel verificare se esiste una qualche connessione tra questo dato "*hard*" e l'attenzione che le comunità di studiosi hanno, fino ad ora, dedicato appunto al modello giapponese.

di essa, giacché l'idea sarà divenuta patrimonio comune dell'organizzazione sanitaria.

Ad oggi non sembra ancora essere così. Per l'organizzazione sanitaria è, di conseguenza, importante parlarne, fare formazione e far propri tutti quegli orientamenti alla *clinical governance* che il processo di aziendalizzazione introduce.

2. Si modernizza la gestione aziendale

2.1 La *clinical governance*: una prospettiva organizzativa e gestionale

La crescente complessità nei sistemi sociali e l'esigenza di una maggiore interdipendenza tra gli attori in gioco assumono una particolare centralità per lo sviluppo e la capacità di fare sistema e risultano una chiave fondamentale per creare valore aggiunto entro le organizzazioni sanitarie. All'interno dello scenario di riforma precedentemente indagato i governi locali sono, oggi, fortemente sollecitati a riconfigurare la propria missione istituzionale e a modificare le proprie strategie d'azione per supportare il coordinamento dell'azione collettiva.

Per favorire tale processo di riconfigurazione, certamente non lineare ma generalizzato in quanto multidimensionale, si è fatto ricorso a numerosi mutamenti istituzionali: dalla managerializzazione della pubblica amministrazione, al federalismo, alla sussidiarietà ed al *contracting out*, all'*outsourcing* ecc.. Tali cambiamenti, tutt'oggi in atto, non riguardano la sola sfera amministrativo-istituzionale ma la stessa azione pubblica dove, sempre più frequentemente, si osservano formule che vanno nella direzione della *governance* o del cosiddetto "*soft government*", quali stili di governo attraverso cui l'attore pubblico può svolgere un ruolo fondamentale di imprenditore istituzionale e di *leadership* nell'orientare ed influenzare strategie, priorità ed obiettivi per lo sviluppo sanitario aziendale.

Il termine *clinical governance* compare in un *white paper* del governo laburista inglese già nel 1990 e nel 1998 Scally e Donaldson (1998: 317: 61,65) ne formalizzano sul *BMJ* una prima definizione: "*una rete organizzativa attraverso la quale le strutture del Sistema Sanitario Nazionale divengono responsabili del miglioramento continuo della qualità dei loro servizi e della salvaguardia di elevati standard di cura attraverso la creazione di un ambito nel quale fare fiorire l'eccellenza clinica*".

Ma cosa si intende oggi per governo clinico?

La recentissima revisione del *Curriculum Statement* fatta dal *Royal College of General Practitioners* (2005) con maggiore sintesi, definisce il Governo Clinico come: "*The principal aims of clinical*

governance are to improve the quality and accountability of healthcare. Every general practitioner needs to understand the principles underpinning clinical governance and use them in their professional practice”.

L'affermarsi crescente della *Evidence Based Medicine*¹⁹ - che fornì gli strumenti metodologici per orientare una sistematica riflessione sulla qualità dei servizi offerti - insieme alla declinante fiducia popolare nel sistema sanitario - che impose nei primi anni '90 al governo britannico una serie di decisioni di ampia portata sociale - contribuì a favorire questo genere di revisione.

Il governo clinico può essere considerato un cambiamento generale della cultura del sistema che fornisce i mezzi per lo sviluppo delle capacità organizzative necessarie ad erogare un servizio d'assistenza sostenibile, responsabile, centrato sul paziente e di qualità.

2.1.1 La clinical governance dall'Inghilterra all'Italia

In Italia gli obiettivi di *policy* nonché i contenuti del nuovo patto per la salute²⁰ prevedevano una crescente responsabilizzazione delle Regioni rispetto, non solo al governo della spesa sanitaria ma, anche verso maggiori tentativi di risanamento delle condizioni di deficit dei servizi sanitari regionali, con una attenzione al miglioramento della qualità delle cure e al perfezionamento degli strumenti per la *governance* del sistema sanitario.

Nel nostro paese la *governance* si configura, di fatto, come una prospettiva nuova che, sviluppatasi nel Regno Unito con l'avvento del governo Blair nella seconda metà degli anni '90, nasce

¹⁹ Medicina basata sulle evidenze e da ora in poi *EBM*.

²⁰ Tali obiettivi sono gli stessi dell'accordo siglato nell'agosto del 2000 in materia di spesa sanitaria, a dimostrazione che questi rimangono una costante per tutto il decennio. Per un approfondimento si rimanda la Paper di sintesi del lavoro del 2° sottogruppo “*Il federalismo istituzionale e fiscale e l'assetto di governance del SSN*” del gruppo di studio di Astrid su: *Le politiche sanitarie*, coordinato da Claudio De Vincenti, Renato Finocchi Ghersi e Andrea Tardiola.

contemporaneamente all'incremento delle conoscenze cliniche e delle tecnologie biomediche, in relazione all'esigenza del paese di far fronte al contenimento della spesa sanitaria e alla domanda crescente di qualità dei servizi sanitari.

La *governance*, configurandosi come una prospettiva capace di integrare strumenti e sistemi di governo clinico nelle strutture fornitrici di prestazioni sanitarie propone l'aggregazione di quelli che Fontana (2005) definisce gli aspetti clinici con quelli economico-gestionali.

Nel *National Health Service* (NHS) era previsto che tutte le strutture erogatrici di servizi sanitari sviluppassero tale prospettiva al fine di garantire un'eccellenza clinica ed miglioramento dei processi di cura, attraverso la professionalizzazione continua, l'apprendimento mediante esperienze e adottando standard elevati di assistenza nonché programmi di gestione del rischio e la pratica dell'*audit* clinico.

In Italia, tuttavia, gli stringenti vincoli finanziari, la crescita sostanzialmente nulla del prodotto interno lordo (PIL) negli ultimi anni e la variazione della spesa sanitaria, soggetta ad un controllo stringente, ha provocato effetti inattesi ed una *“lacerazione dei naturali legami di integrazione tra gestione economico-organizzativa e quella dei processi clinici che la clinical governance doveva, invece, favorire. Si è dunque manifestata una cesura (...) tra la gestione economica – riconducibile, di fatto, alla direzione generale - e la gestione clinica affidata alla comunità organizzata dei professionisti clinici”* (Fontana, 2005: 10). Il tutto con forti sconnessioni sul controllo delle *performance*, sia economiche sia cliniche, correlate alle pratiche organizzative entro i contesti di cura.

Quella che Borgonovi (2004b) definisce, dunque, un'esaltata enfasi posta sull'efficienza e sui criteri economici della gestione aziendale ha finito per promuovere pratiche manageriali basate sul formale controllo di gestione, con una attenzione che si è fermata unicamente al *performance management*.

Tali condizioni hanno *“gradualmente eroso le condizioni organizzative di contesto, funzionali all'implementazione efficace di pratiche cliniche appropriate”* (Fontana 2005: 10). Soprattutto se si considera quella che Cicchetti (2004) definisce una considerevole uniformità dei criteri di progettazione organizzativa delle aziende sanitarie che non ha per nulla tenuto conto delle peculiarità delle singole aziende e delle diverse forme di assistenza da loro erogata.

Ciò ha inaridito quello che Mercurio (2004) definisce quel tessuto organizzativo all'interno di cui si attivano le innovazioni, non solo quelle gestionali ma, anche, quelle cliniche e organizzative. Lì dove la *governance* doveva e deve configurarsi, invece, come prospettiva capace di favorire processi di integrazione sistemica tra aspetti di gestione clinica, organizzativa e manageriale (Buetow, Rolan, 1999). A livello applicativo tale prospettiva risente, dunque, del clima aziendale incerto che, ancora oggi, connota le aziende sanitarie italiane.

La frammentarietà costituisce, infatti, la caratteristica rilevante di gran parte delle sperimentazioni di *clinical governance* in Italia. La spinta originata dalla urgenza di ottenere risultati immediati ha portato a ritenere che affronti parziali di questo genere potessero consentire, quantomeno, una maggiore “*appropriatezza prescrittiva e, conseguentemente, un qualche risparmio economico*” (Di Pasquale, 2007: 13). Riappropriarsi del significato insito nella *governance* è più che mai auspicabile, andando oltre ciò che Fontana (2004) definisce qualsiasi discorso che tenti di introdurre e traslare a livello aziendale tale approccio seguendo logiche di tipo *top-down*.

La *governance* deve, di fatto, inserirsi all'interno di un processo di governo che se da un lato vede il direttore generale responsabile diretto della definizione delle priorità aziendali, all'interno delle quali inserire i processi clinici, dall'altro deve attuarsi attraverso un'azione mirata sulle determinanti organizzative (quali la formazione dei professionisti, la gestione dei rischi clinici nell'assistenza sanitaria, il monitoraggio dei processi aziendali e dei loro risultati ecc.) nonché sulle determinanti relazionali (comunicazione con i pazienti e fra gli operatori) come pure sulle determinanti qualitative (*Total Quality Management*).

In questa logica complessiva di governo delle aziende e dei sistemi sanitari, la *governance* deve tendere ad un coinvolgimento di tutti gli attori del sistema nei processi aziendali, organizzativi ed operativi che insieme contribuiscono alla qualità del servizio di cura offerto al paziente. La *governance* può configurarsi, in tal modo, come un sistema reticolare e pluri-professionale di indirizzo e di governo delle attività tecnico-sanitarie finalizzato non solo all'efficacia ma soprattutto all'appropriatezza ed alla sicurezza delle prestazioni erogate (Di Pasquale, 2007). Un approccio a rete che tende ad estendersi oltre i confini tradizionali delle strutture ospedaliere che a

raggio si espande sulle strutture territoriali ove, spesso, si attivano o proseguono i processi di cura.

In tale prospettiva è possibile sostenere che siamo innanzi ad un cambiamento radicale dell'essere e del fare azienda che non solo coinvolge i micro contesti-organizzativi e le professioni sanitarie (che a tutti i livelli in esse operano) ma che valorizza un sistema a rete che può e deve esprimersi a tutti i livelli del Servizio Sanitario Nazionale e regionale, fino alle aziende, all'ospedale, al distretto, alle attività specialistiche, a quelle territoriali ed ai modelli di integrazione ospedale-territorio. Si va così affermando l'approccio “*to cooperate*” contro il precedente “*to compete*”.

La traduzione dell'approccio della *governance* nel contesto italiano prevede, di conseguenza, che tale orientamento si concili con un percorso culturale (che il corpo medico stenta o solo da poco tempo ha, forse, cominciato ad assimilare) fondato sulla responsabilità della gestione di risorse limitate²¹.

La *governance* è, infatti, condivisa e auspicabile solo se esistono - in maniera nettamente ben definita - le ripartizioni dei ruoli per poter meglio coordinare le funzioni di attività tecnico professionale e quelle di coordinamento, di responsabilità delle scelte e di gestione dei fattori produttivi (Banchieri, 2007).

La necessità di una condivisione multidisciplinare e intra-professionale implica un'attenzione sul risultato degli interventi sanitari, non sul piano della capacità tecnica del singolo attore, quanto piuttosto sulle modalità con cui i *team* clinici ottengono questi esiti e soprattutto su come tali risultati siano realizzati sulla base dei modelli organizzativi.

La realizzazione di un sistema di *governance* deve essere, in sintesi, finalizzato a favorire una visione integrata e integrale dell'assistenza rivolta al paziente²². Solo attraverso questa prospettiva, legata alla coerenza fra processi clinici e processi organizzativi, può realizzarsi

²¹ Non è, infatti, lontano il tempo in cui medico operava in nome e per conto del paziente in maniera del tutto scollegata rispetto ai vincoli delle risorse finanziarie.

²² In tale prospettiva il direttore generale si fa garante della tutela della salute, non lasciando questa alla totale discrezione del corpo medico, proprio per la visione di sistema che fa capo al *top management* dell'azienda.

un modello che faccia della *governance* un sistema di management della sanità (FIASO, 2007).

Ne consegue che se l'obiettivo di una *governance* è un'implementazione della qualità diffusa, allora è importante che questa diventi parte essenziale degli obiettivi dei direttori generali ma in una logica del rafforzamento e della chiarezza del suo ruolo, piuttosto che di delega ad altri soggetti come nel caso del corpo medico, cui essa è spesso uno strumento estraneo.

Il percorso che porta all'adozione di modelli concreti di *governance* va, dunque, da un meta livello (nazionale) fino ad uno micro (subaziendale). In questa prospettiva il dipartimento è il luogo ove si attuano i processi clinici e dove meglio si esplicano le azioni di *governance*. A questo livello si deve verificare, dunque, una diretta assunzione di responsabilità dei professionisti sui processi clinici, di cui devono curarne la qualità, l'efficienza, l'efficacia in una logica di coerente allocazione e utilizzo delle risorse.

Questa assunzione di responsabilità può avvenire - a parere della Federazione Italiana delle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere (FIASO) - a fronte di un riconoscimento di autonome capacità del dipartimento di gestire i processi organizzativi e le risorse per lo sviluppo di tecnologie e formazione, pur all'interno degli obiettivi di sostenibilità dei budget tracciati dall'azienda (Ibidem).

Solo in tal modo la *governance* diviene un'opportunità per realizzare in modo integrato - trasversale alla azienda e centrata sul cittadino-utente - l'efficienza senza compromettere la qualità. Si tratta, in sostanza, di attivare elementi per tradurla in una serie di azioni e strumenti operativi contestualizzati alle specifiche realtà aziendali. In questo momento essa rappresenta solo un orientamento assistenziale, cui deve però aggiungersi la partecipazione responsabile degli attori del sociale.

2.1.2 Gli strumenti della *clinical governance*²³

La *clinical governance* può essere, quindi, definita come un tentativo politico/organizzativo di trovare soluzioni ottimali alle criticità insite nel sistema dell'assistenza sanitaria. Essa richiama, infatti, scelte di politica sanitaria che possono avere ricadute enormi sulla qualità dell'assistenza. Scrivere di governo clinico significa, pertanto, affrontare tutta una serie di aree tra loro fortemente interconnesse che possono essere considerate le determinanti della qualità del servizio erogato quali: il tema della appropriatezza delle prestazioni, quello della gestione del rischio clinico, della formazione continua del personale sanitario e della gestione dello stesso, il tema degli *audit* clinici, della medicina basata sull'evidenza, dell'*information technology*, nonché i temi connessi all'efficacia clinica (Banchieri, 2007).

Il principio ispiratore è considerare le organizzazioni sanitarie come contesti organizzativi responsabili del miglioramento continuo della qualità dei loro servizi (Gulletta, Foti, Orrico, 2008).

Considerando l'eccellenza della qualità dei servizi erogati ai pazienti come la finalità principale dei Sistemi Sanitari Nazionali ed assumendola come la funzione centrale del sistema di *clinical governance* parlerò di qualità in sanità, come fanno Gulletta, Foti, Orrico (2008), definendola come il risultato ultimo di un intreccio di diversi fattori che vanno dalla capacità di governo di un sistema sanitario, dal grado di razionalità nell'uso delle risorse disponibili, dal controllo e dalla corretta utilizzazione delle innovazioni biomediche, come pure dalla capacità di indirizzare i comportamenti professionali e di tutti gli operatori sanitari, verso scelte e modelli di prevenzione, diagnosi, terapia e riabilitazione efficaci ed appropriate.

In tale ambito non si tratta, tuttavia, di prevedere scelte mirate di politica sanitaria *ad hoc* bensì di ampliare lo sguardo e orientare le

²³ La realizzazione di questo paragrafo e dei successivi è stata possibile grazie alla consultazione dei report della FIASO, alla citazione delle produzioni scientifiche della società italiana per la qualità in sanità (SIQuAS), della società Europea per la qualità (ESQHA), del centro studi inter-dipartimentali sanità (CEIS) dell'Università degli studi Tor Vergata, di cittadinanza attiva del Tribunale dei diritti del malato e attraverso le citazioni dei contributi di autori esperti di qualità in sanità.

decisioni cliniche verso una maggiore appropriatezza delle prestazioni erogate al paziente agendo sugli assetti organizzativi dei servizi, troppo spesso tralasciati o non considerati degni di intervento.

Le Regioni che stanno ormai affrontando nei loro Piani Sanitari Regionali il tema della *clinical governance* come nuova frontiera della programmazione sanitaria, individuano le seguenti politiche o linee di intervento programmatico: qualificare il sistema dell'offerta, garantire la trasparenza nei confronti dei cittadini e dei pazienti, sviluppare le buone pratiche professionali e la promozione dei professionisti, favorire lo sviluppo della ricerca clinica, determinare la valutazione delle tecnologie sanitarie e far crescere la medicina basata sulle prove d'efficacia, affermare i profili di assistenza, sviluppare l'*audit* clinico, organizzare la formazione permanente degli operatori, creare sistemi informativi per la salute e per la gestione dei servizi, sviluppare le buone pratiche organizzative, sviluppare i sistemi di qualità e di accreditamento, consolidare il sistema di budgeting, affermare una sanità sicura (Banchieri, 2007).

Qualificare il sistema dell'offerta sanitaria

In relazione alla qualificazione del sistema dell'offerta, orientare il sistema sanitario delle Regioni alla qualità è stato l'impegno che diverse Regioni hanno preso nei piani sanitari più recenti e che hanno perseguito con coerenza ed in vario modo. L'orientamento alla qualità dei servizi sanitari a livello regionale è stata, quindi, una scelta strategica ribadita con i piani assunti da ciascuna Regione. Nell'ultimo quinquennio le Regioni che si sono misurate con questo tema si sono date un ordinamento preciso ed hanno effettuato una serie di passaggi obbligati verso una politica per la qualità, le cui parole chiave sono diventate: garanzia dei diritti dei cittadini, appropriatezza nell'uso delle risorse, efficacia clinica, efficienza operativa, garanzia della continuità assistenziale ed integrazione dei servizi e delle funzioni.

In seguito all'attuazione dei successivi Piani Sanitari Regionali le Regioni hanno acquisito reti di professionisti che nel corso del tempo hanno assimilato (in virtù dell'azione regionale) una serie di competenze tali da metterli in grado di espletare le funzioni previste dalla carta dei servizi, organizzare e gestire la formazione aziendale,

progettare ed organizzare le attività di miglioramento della qualità, progettare, sviluppare, attivare e valutare i profili assistenziali, valutare le strutture sanitarie in base ai requisiti di autorizzazione ed accreditamento istituzionale ed in base ai criteri di appropriatezza del protocollo di revisione/utilizzo ospedale (PRUO)²⁴; nonché fruire delle principali banche dati e centri di documentazione.

Una grande quantità di operatori sanitari pubblici e privati sono stati coinvolti in queste attività e si è stabilito un rapporto fecondo con le loro organizzazioni scientifiche, professionali e con le associazioni dei cittadini già coinvolte nella promozione di un processo partecipativo. Nei prossimi anni si tratta di consolidare questi rapporti in ulteriori azioni concrete.

Alla luce di quanto già fatto e di quanto raccomandato dagli organismi internazionali sono quattro gli ambiti della programmazione sanitaria orientata alla qualità che rendono, oggi, riconoscibili e paragonabili a livello europeo i governi degli Stati e delle Regioni per quanto attiene alle politiche per la qualità: la trasparenza del sistema sanitario nei confronti dei cittadini e dei pazienti, le azioni per promuoverne i diritti, le buone pratiche professionali e la promozione dei professionisti, le buone pratiche organizzative e la garanzia di una sanità sicura (Banchieri, 2007).

Garantire la trasparenza nei confronti dei cittadini e dei pazienti

Nello sviluppo di un sistema maturo di orientamento alla qualità le Regioni dovranno attuare politiche intese a consolidare l'attuazione dei contenuti delle carte dei servizi e a garantire la conoscenza e la trasparenza delle liste di attesa.

Tutte le aziende sanitarie delle Regioni ed i diversi servizi privati hanno sviluppato un ufficio per le relazioni con il pubblico (URP) ed hanno applicato la normativa nazionale sulla carta dei servizi sanitari, attivandosi nello sviluppo delle quattro attività che tali carte

²⁴ Il PRUO è un protocollo di revisione dell'uso dell'ospedale che consente di classificare le giornate di degenza o di ammissione in appropriate o inappropriate a partire dalla documentazione clinica routinariamente disponibile in ospedale

prevedono: informazione/comunicazione, tutela, accoglienza/*comfort*, partecipazione.

Sono state consolidate dapprima delle semplici guide ai servizi e ultimamente, per ambiti specifici, sono state elaborate delle vere e proprie carte degli impegni nei confronti dei cittadini assistiti. A livello regionale sono stati, inoltre, sviluppati alcuni progetti sperimentali per monitorare il livello di gradimento e l'esperienza dei cittadini nei confronti dei servizi sanitari nonché per il monitoraggio dei reclami e delle liste di attesa.

Nei prossimi anni in molte Regioni tali attività continueranno, portando a maturazione questa parte del sistema con un insieme di azioni tese a sviluppare sistemi integrati di raccolta del punto di vista dei cittadini da utilizzare per scopi di miglioramento dell'organizzazione, sistemi di sorveglianza dei reclami, indagini campione mirate sulle esperienze dei cittadini ricoverati in ospedale ed in assistenza domiciliare (sia per situazioni generiche che per specifiche categorie di malati a grande impatto socio-sanitario), monitoraggio periodico delle opinioni dei cittadini sul servizio sanitario regionale, completare l'attività di implementazione regionale delle carte dei servizi (per tutte le funzioni previste, specie per quelle meno sviluppate quali *comfort* alberghiero e partecipazione) e valutare tale implementazione con strumenti adeguati, prevedendo anche l'evoluzione degli uffici di relazione con il pubblico a vere e proprie strutture organizzative dedicate a questa funzione e consolidare, infine, il sistema di monitoraggio e la riduzione delle liste di attesa su scala regionale.

Entro termini predefiniti dall'entrata in vigore dei Piani Sanitari Regionali, i direttori generali delle aziende sanitarie e dei servizi territoriali devono adottare la carta dei servizi sanitari quale strumento volto alla tutela dei diritti degli utenti.

Ogni azienda sanitaria e ogni servizio territoriale è, infatti, tenuta a pubblicare una carta dei servizi per mezzo della quale descrivere ai cittadini le strutture ed i servizi offerti. La carta fornisce altresì informazioni sui ricoveri ospedalieri e sull'accesso alle prestazioni specialistiche (Banchieri, 2007).

Sviluppare le buone pratiche professionali e la promozione dei professionisti

Per quanto concerne invece le attività atte a garantire ai cittadini ed ai pazienti la possibilità di usufruire di buone pratiche professionali, offerte da operatori sanitari di elevata qualificazione e organizzati a rete in rapporto alla complessità dei bisogni sanitari da soddisfare, sono molteplici le azioni che è obbligatorio indicare come prioritarie: coinvolgere i professionisti in attività di ricerca clinica ed organizzativa; coinvolgere i professionisti in attività di valutazione ed applicazione delle tecnologie sanitarie, attraverso lo sviluppo continuo, ove possibile, della cultura della medicina basata sulle prove d'efficacia; sviluppare i profili assistenziali per la migliore gestione delle malattie e dei singoli pazienti; sviluppare attività routinarie e riconosciute di *audit* clinico; garantire la formazione permanente e continua degli operatori; sviluppare un sistema informativo per la salute e la gestione dei servizi (Banchieri, 2007).

Favorire lo sviluppo della ricerca clinica

La presenza sui territori regionali di facoltà di medicina e di altre facoltà biologiche nelle Università presenti nelle Regioni e la presenza di istituti di ricerca a carattere scientifico (IRCCS) (che hanno compiti di ricerca relativamente a patologie specifiche e di strutture ad elevata qualificazione) sono fattori favorevoli allo sviluppo di una ricerca clinica qualificata. In tale direzione le azioni regionali si sono principalmente indirizzate alla promozione dei comitati aziendali di etica (presenti in tutte le aziende) e a favorire un rapporto di collaborazione con le rappresentanze regionali della Farmaindustria (Banchieri, 2007). Obiettivo delle Regioni è, infatti, favorire la crescita della quota-parte del budget nazionale complessivo impiegato dalle industrie nelle attività di ricerca, fornendo un sistema di supporto logistico ed amministrativo snello tale da incoraggiare le industrie nel proporre attività sperimentali sul nostro territorio, garantendo trasparenza e consenso informato.

Anche le attività di ricerca organizzativa devono essere implementate, soprattutto per quanto riguarda lo studio dei migliori

sistemi di supporto all'attività clinica e degli aspetti relativi alla garanzia della continuità assistenziale e dell'integrazione fra le diverse parti del sistema sanitario (Ibidem).

Determinare la valutazione delle tecnologie sanitarie e far crescere la medicina basata sulle prove d'efficacia

L'evoluzione tecnologica in campo sanitario è particolarmente accelerata e difficilmente sostenibile dal punto di vista economico-finanziario in un contesto di risorse scarse, in assenza di una programmazione rigorosa. Le decisioni relative sia all'acquisizione di nuove tecnologie che all'adozione di nuovi programmi o servizi sanitari necessitano di essere avvallate da evidenze sull'efficacia e sul rapporto costi/benefici. Sulla base di diverse esperienze estere di centri regionali finalizzati alle valutazioni economiche, con l'entrata in vigore dei più recenti PSR, le Regioni prevedono di sviluppare un'attività di *Technology Assessment* che comprende un'analisi costi-efficacia, costi-benefici, costi-utilità e recensioni della letteratura su nuove tecnologie e programmi sanitari come pure una formazione agli operatori del settore ed una diffusione dei risultati tramite seminari e/o siti-*web* (Banchieri, 2007).

I risultati attesi sono insiti in una migliore allocazione delle risorse; trasparenza e standardizzazione dei criteri utilizzati per l'approvazione di investimenti e programmi sanitari; diffusione, ai diversi livelli del servizio sanitario regionale, di una cultura della valutazione improntata sulla relazione costi/benefici e sulla medicina basata sulle prove di efficacia.

Affermare i profili di assistenza

Nelle aziende sanitarie sono attivi ed operanti gruppi di professionisti impegnati a progettare ed attivare profili assistenziali dove numerose condizioni morbose, principalmente intra-ospedaliere, sono prese in considerazione e sono sottoposte ad azioni di miglioramento.

Questi progetti hanno determinato, in alcuni casi, decisivi e documentati miglioramenti nelle *performance* cliniche ed

organizzative delle unità operative interessate, specie per quanto riguarda i miglioramenti organizzativi economici e di esito clinico, confermando o addirittura superando i risultati esposti dalle esperienze analoghe fatte in altri paesi. Le Regioni si sono proposte di consolidare queste esperienze, tramite l'estensione dello strumento ad altre patologie rilevanti sia nel regime ospedaliero sia in quello territoriale. In questo caso tale estensione dovrà vedere i medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta, con l'aiuto degli infermieri di distretto e di altre figure assistenziali, il punto di riferimento obbligatorio nella gestione del paziente (*case manager*). Sarà necessario progettare i profili a livello distrettuale fra tutti i servizi individuati nella gestione del paziente, compresi i servizi sociali opportunamente coinvolti con il coordinamento organizzativo dei responsabili di distretto.

In questo modo si intende definire come obiettivi prioritari delle Regioni la continuità dell'assistenza e l'integrazione fra servizi diversi nonché tra medicina di primo livello e medicina specialistica (Banchieri, 2007).

Lo sviluppo dell'*audit* clinico

Lo sviluppo nelle unità operative di attività di *audit* clinico viene considerata una delle chiavi di volta della promozione e del miglioramento della qualità professionale in ambito sanitario. Tale attività consiste nella revisione sistematica delle attività professionali sulla base dell'auto valutazione della documentazione clinica da parte dei professionisti riuniti in un gruppo multi disciplinare e multi professionale. L'organizzazione di tale attività è di solito a carico dei responsabili delle unità operative e dei dipartimenti e viene posto l'obiettivo che diventi, nell'arco di tre anni, parte integrante e obbligatoria dell'attività professionale negli ospedali e nelle altre strutture sanitarie (Banchieri, 2007). Entro i prossimi anni i direttori generali di aziende sanitarie e di servizi territoriali dovranno, dunque, dimostrare che in tutti i dipartimenti ospedalieri l'*audit* clinico è entrato nella pratica professionale routinaria.

La formazione permanente degli operatori

La formazione permanente in ambito sanitario è stata ampiamente e unanimemente riconosciuta e avvalorata in questi ultimi anni, a partire dalle risorse economiche messe in campo con i nuovi contratti collettivi nazionali di lavoro (CCNLL) e alle norme che definiscono il suo ruolo imprescindibile per la realizzazione degli obiettivi del SSN.

La legislazione di riferimento è rappresentata dal D.Lgs. 229/1999, dalla commissione educazione continua in medicina²⁵ (Direttiva 13 dicembre, 2001), dalla formazione e valorizzazione del personale delle pubbliche amministrazioni, dalla circolare del ministro della salute del 5 marzo 2002 e dal programma nazionale per la formazione continua in medicina (ECM).

Oltre a questi riferimenti normativi occorre sottolineare che la società contemporanea attribuisce una crescente rilevanza ai fattori immateriali che, anche nel mondo produttivo, consentono la realizzazione di prodotti e prestazioni. Ciò comporta un'attenzione tutta nuova al tema della qualità del servizio offerto al cittadino e alla centralità del fattore umano che lo rende realizzabile. Nel sottolineare l'esigenza di nuovi comportamenti organizzativi l'attenzione è spostata, pertanto, sul fattore umano che sempre più gioca un ruolo fondamentale nell'interpretare e nell'agire la componente immateriale del servizio offerto.

Se la risorsa umana è il fattore critico di successo per il miglioramento della qualità dei servizi, la formazione costituisce pertanto il supporto ineludibile sia per ri-progettare gli assetti organizzativi, sia per definire percorsi di valorizzazione e promozione delle persone. La formazione si interseca, così, sia con le potenzialità e con i bisogni dell'individuo, sia con le logiche e con i bisogni dell'organizzazione stessa. Essa che si rivolge a soggetti adulti che hanno una vita dentro le organizzazioni e che esprimono una parte rilevante di sé attraverso il proprio lavoro e si pone l'obiettivo di attivare la dimensione dell'apprendimento e di ancorarlo al sistema delle competenze, quale punto di incontro e di snodo critico del rapporto individuo-organizzazione.

²⁵ Da ora in poi ECM.

Individuo, organizzazione, apprendimento, lavoro e competenze sono in conclusione le parole-chiave di una moderna concezione della formazione, attorno alle quali ruota necessariamente la ridefinizione della modalità di intendere l'articolazione delle attività che la compongono.

L'intersecarsi della formazione con la dimensione della prassi operativa e del lavoro comporta sia la necessità di affrancare la formazione da concezioni e metodologie di stampo accademico-scolastico di tipo trasmissivo sia il passaggio a metodologie che attivino l'apprendimento, inteso come processo mediante il quale l'esperienza, il fare, l'applicazione sul campo, la sua elaborazione e trasformazione, diventano il motore vero per la conoscenza ed il cambiamento e dunque per l'apprendimento. Ciò implica che la formazione non può più limitarsi a corsi d'aula ma, deve, assumere il contesto dell'esperienza, quello lavorativo nella fattispecie e come il terreno in cui si impara ad imparare.

Ne consegue la necessità di impostare diversamente i processi formativi, passando da attività di catechizzazione a percorsi formativi, da corsi di formazione a processi di apprendimento, da una formazione preordinata verticisticamente ad una formazione sempre più condivisa.

Il processo formativo in questo modo attiva ruoli diversi, tutti ugualmente fondamentali e legati in un rapporto di forte integrazione tra gli operatori dove i discenti diventano protagonisti attivi e responsabili del proprio percorso formativo, partecipando in prima persona alla rilevazione dei bisogni di formazione e alla valutazione delle *performance*.

In tale ambito i formatori ed i docenti rappresentano l'elemento di continuità e di coordinamento nelle varie fasi, fornendo il contributo di conoscenza tecnica e organizzando l'offerta formativa come facilitatori dei processi di apprendimento e dove i dirigenti si assumono la responsabilità dello sviluppo professionale dei propri collaboratori, partecipando alla gestione diretta del processo formativo, garantendo l'integrazione tra momento formativo e applicazione operativa.

Così intesa la formazione è strettamente ancorata a quattro variabili fondamentali: la variabile organizzativa (rispetto alla quale costituisce il supporto indispensabile per attivare processi di revisione organizzativa e per sviluppare le professionalità necessarie a ricoprire nuovi ruoli e nuove competenze), la variabile tecnologica, (rispetto alla quale è diretta a sviluppare le conoscenze utili al miglior utilizzo di

strumenti tecnici), la variabile risorse umane (rispetto alla quale rappresenta l'elemento fondamentale per l'attuazione di politiche di sviluppo professionale mirate ad accrescere abilità, conoscenze e competenze), la variabile obiettivi di servizio (rispetto alla quale è funzionale allo sviluppo della cultura e delle competenze strettamente connesse agli obiettivi organizzativi, allo scopo di produrre un reale miglioramento di efficienza e di qualità dei servizi).

In questo quadro la formazione non può essere concepita e realizzata come attività episodica e discontinua, lasciata alla improvvisazione o alla sensibilità di qualche soggetto illuminato, ma deve diventare all'interno delle realtà organizzative - aziende sanitarie, ospedaliere e distretti - un processo organico supportato da momenti e funzioni organizzative definite; essendo un elemento strategico per la gestione delle risorse umane, per lo sviluppo delle professionalità e per lo sviluppo del sistema organizzativo (Banchieri, 2007).

La realizzazione di un sistema compiuto di formazione richiede, infatti, che l'organizzazione sia in grado di sostenere un sistema di coerenze interne e un flusso di azioni continuo e virtuoso tra i processi di gestione organizzativa ed i processi formativi messi in azione e che vengano effettivamente realizzate attività di valutazione della efficacia degli interventi, degli impatti organizzativi delle azioni formative messe in campo e delle condizioni che rendono possibili, applicabili e operativi gli strumenti e gli investimenti formativi.

Analisi di fattibilità e valutazione, sono, pertanto, le fasi che è auspicabile siano realizzate, in modo non episodico, da un sistema di formazione che si ponga come supporto al cambiamento in modo non autoreferenziale (Ibidem).

Creare sistemi informativi per la salute e per la gestione dei servizi

La misurazione sistematica dei risultati delle cure mediche in termini di salute - attraverso l'utilizzo di indicatori internazionali di qualità e con risultati che alimentano database in grado di permettere adeguati confronti - costituisce uno strumento indispensabile per lo sviluppo continuo della qualità nell'assistenza ai pazienti.

Tali misure dell'impatto sulla salute - come dato di partenza per lo sviluppo di un processo di qualità dell'assistenza, assieme con una maggiore attenzione alla medicina basata sulle prove di efficacia - possono fornire nuovi strumenti per la valutazione della tecnologia e per una più efficace ed efficiente applicazione degli interventi diagnostici e terapeutici. Esse possono individuare quello che funziona, quello che è necessario e quello che non lo è. Ciò consente un approccio scientifico per identificare nuovi promettenti interventi e per ridurre procedure, farmaci ed attrezzature non necessarie nonché individuare risorse che possono essere liberate per affrontare, all'interno del settore sanitario, parte della crescente domanda che nasce dall'invecchiamento della popolazione e dalla costante introduzione, nell'assistenza sanitaria, di tecnologie più sofisticate e costose.

Per quanto concerne il sistema informativo, la situazione dei flussi informativi sulle determinanti dello stato di salute esterne al sistema stesso è ancora di scollegamento, se non altro per la pluralità di soggetti che intervengono nei vari campi. Appare estremamente utile lo sforzo che le amministrazioni dei distretti e degli ambiti territoriali sociali hanno iniziato a compiere in molte Regioni attraverso le relazioni sullo stato di salute e dei servizi, nella referenziazione delle informazioni rispetto ad un territorio e ad una popolazione definiti.

Il superamento dell'attuale livello di frammentazione del sistema sta avvenendo, a livello di organizzazione regionale, nell'avvio di osservatori regionali delle politiche sociali che stanno impostando i loro programmi di lavoro, funzionali alla costruzione dei profili di comunità nei piani di zona, nella logica del sistema informativo unico socio-sanitario. Prime sperimentazioni sono avvenute nella definizione di flussi relativi alla presenza delle RSA (cliniche di riabilitazione) e del servizio di assistenza domiciliare integrata (ADI) nelle singole Regioni.

Il problema della integrazione investe pesantemente anche le informazioni sull'utilizzo delle risorse e sull'universo delle prestazioni dei servizi sanitari regionali. Da un lato, infatti, i sistemi amministrativi delle aziende sanitarie, a causa della disomogeneità tra aziende e della disarticolazione nella gestione dei processi anche in ambito aziendale, rendono particolarmente difficoltosa (sia nel flusso in output dall'azienda che in input verso il centro) la lettura dell'impiego delle risorse nelle Regioni. Dall'altro, difficoltà

organizzative di vario genere e di carenza di definizione della struttura di dati (mancano in alcuni casi ad esempio gli stessi nomenclatori delle attività come per certe attività di prevenzione e sul territorio) rendono ancora in parte lacunosa la rilevazione dei servizi resi, soprattutto se la lettura deve essere contestualizzata ad un dato territorio e ad una data popolazione. A maggior ragione, per la somma esponenziale delle difficoltà incontrate nella rilevazione dei costi e delle prestazioni rese, risulta problematica la lettura economica dell'intero sistema che non può che essere basata sulla integrazione tra le due macrodimensioni.

A queste difficoltà si sta cercando (da parte delle strutture regionali) di porre rimedio con la implementazione di modelli unici di controllo a livello regionale che, pur scontando le difficoltà dette nella loro alimentazione e gestione, consente da tempo ormai una lettura che si alimenta prevalentemente dai flussi della contabilità analitica per centri di costo e della contabilità generale.

Anche per facilitare l'alimentazione di tali modelli e dei relativi report - ma soprattutto per supportare adeguatamente il profondo cambiamento in atto, legato alla riorganizzazione - è necessario superare, anche radicalmente e con coraggio, l'assetto delle attuali dotazioni informatiche, progettando sistemi unici o integrati, a partire dai processi amministrativi che vanno quindi omogeneizzati a questo fine (Banchieri, 2007).

Sviluppare le buone pratiche organizzative per promuovere un *management* innovativo

L'attuazione dei Piani Sanitari Regionali richiede lo sviluppo di un management innovativo in grado di orientare le politiche regionali alla salute in un quadro di buon uso delle risorse limitate. E' necessario che a tutti i livelli di governo e gestione dei sistemi sanitari siano presenti nuove competenze organizzative, complementari a quelle finora sviluppate e orientate allo sviluppo dell'organizzazione verso la qualità. Le Regioni hanno esperienze di identificazione di queste competenze manageriali relativamente ad alcuni profili professionali.

Tali competenze possono essere adeguatamente calibrate per ogni livello decisionale e corrispondono a quanto identificato dalla letteratura internazionale sul tema specifico delle organizzazioni

sanitarie. Un professionista con responsabilità organizzative orientate alla qualità dovrebbe essere in grado di progettare attività e servizi che, in un contesto di risorse scarse, rispondano ai bisogni di salute della popolazione ed alle esigenze/bisogni del cittadino, sia esso un paziente o un utente del servizio; comprendere se la produzione e la fornitura di attività e servizi siano in linea con le risorse disponibili, con i bisogni di salute ed in subordine con la domanda di servizi; utilizzare, nel perseguimento dei risultati, solo tecnologie che soddisfano alle aspettative degli operatori e dei cittadini e che siano di costo-efficacia dimostrata; garantire che la direzione ed il personale siano a conoscenza dei bisogni e delle domande dei cittadini ed adeguatamente preparati a rispondervi con adeguatezza, utilizzando al meglio le risorse disponibili; assicurare che il sistema di monitoraggio dell'attività, qualità e costi, sia adeguato a raggiungere e mantenere gli obiettivi e gli standard con le risorse assegnate; identificare e correggere gli errori durante il processo di produzione dei servizi; apprendere dagli errori commessi ed operare in una situazione di miglioramento continuo.

Le conseguenti competenze necessarie ad un responsabile organizzativo ed al proprio *staff* - ai diversi livelli di responsabilità - per orientare il sistema alla qualità vanno ricercate, quindi, nell'analisi dei prodotti e dei processi orientata al cittadino/paziente, nell'analisi dell'organizzazione, nell'analisi delle criticità, nella misurazione e nella valutazione della produzione attraverso indicatori, nei criteri e standard, nella progettazione, nell'aggiornamento e nella formazione, nell'analisi socio-epidemiologica del bisogno, nell'analisi dei rapporti con l'utenza, nell'analisi dei costi e nel controllo di gestione, nel supporto al *clinical decision making* (attraverso rapporti costanti con i centri di documentazione sulle revisioni sistematiche della letteratura) e, infine, nel supporto ed intermediazione fra gruppi su problemi ed obiettivi organizzativi e di salute.

Gli strumenti operativi²⁶ di supporto al management, in parte già introdotti dai più recenti Piani Sanitari Regionali, dovranno essere utilizzati in modo sempre più integrato all'interno del sistema.

²⁶ Sistemi informativi aziendali e regionali, le articolazioni organizzative del sistema-qualità, sistema formativo, rete epidemiologica relazioni sanitarie di distretto e zionali, uffici per le relazioni con il pubblico, controllo di gestione,

La presenza di competenze e l'impiego integrato degli strumenti operativi presuppone, inoltre, uno stile di *leadership*, orientato ed orientante alla qualità che nell'ambito sanitario è obbligatoriamente destinato ad essere grandemente innovativo.

Tale stile deve dimostrare da un lato competenze ed elasticità per garantire all'intera organizzazione una vision, la guida alle idee, un linguaggio informale e l'incoraggiamento allo sviluppo delle capacità decisionali dei professionisti, dall'altro deve essere in grado di motivare le squadre, costruire alleanze e coalizioni su obiettivi strategici di salute, conoscere e sviluppare le competenze del personale sanitario e garantire uno stile non competitivo di gestione dei conflitti, gettando ponti di collaborazione fra soggetti diversi per cultura, tradizioni professionali, storie individuali.

Il riconoscimento della *leadership* in campo sanitario si ottiene, non è data e si manifesta nella capacità di risolvere le crisi con la collaborazione e l'ascolto, nell'adattarsi alle situazioni avverse trovando le alleanze per superarle assieme, nell'incoraggiare piuttosto che nel punire. Guidare, innovare, scegliere ed aiutare sono le quattro parole chiave di un management innovativo in sanità che nelle Regioni deve trovare ampio consenso nei comportamenti quotidiani ed essere incentivato come stile di conduzione dei servizi sanitari della regione. Queste competenze dovranno essere ricercate e valorizzate fra quanti già ne hanno la disponibilità e dovranno essere gradualmente introdotte fra quanti ancora si attestano su modalità più tradizionali di gestione delle organizzazioni sanitarie.

Affermare una sanità sicura

Un sistema sanitario credibile ed affidabile non può permettere che le attività sanitarie, in quanto attività complesse e difficili, determinino accidentalmente il peggioramento delle condizioni di salute dei pazienti che le si affidano con speranza ed un conseguente aumento dei costi per le strutture ospedaliere, per le famiglie e conseguentemente per la collettività in generale.

sistema di contabilità analitica, sistema di budgeting a livello zonale, bilancio di previsione e consuntivo, centri di documentazione.

Buona parte degli episodi di danni reversibili o irreversibili a carico dei pazienti trattati nelle condizioni consuete di cura sono causati dalla non funzionalità del sistema organizzativo, più che dall'incompetenza dei singoli operatori sanitari e sono, pertanto, attribuibili a chi ha la responsabilità di garantire una organizzazione efficace ed efficiente. Per tali motivi i sistemi sanitari avanzati di tutto il mondo si stanno mobilitando per trovare soluzioni tecniche ed organizzative a questo problema.

Per quanto concerne la gestione del rischio (*risk management*) le Regioni nei loro più recenti Piani Sanitari Regionali identificano le seguenti aree prioritarie d'intervento per progettare servizi sanitari affidabili e sicuri: area delle degenze prolungate e dell'assistenza domiciliare integrata (ADI)²⁷; area delle degenze ordinarie mediche, i cui obiettivi prioritari nell'ordine sono: la prevenzione delle cadute, la prevenzione delle reazioni avverse ai farmaci ed emoderivati/emocomponenti, la prevenzione delle infezioni ospedaliere, la prevenzione dei rientri inattesi in ospedale, la prevenzione delle lesioni da decubito, la prevenzione dei comportamenti suicidi, la eliminazione delle attese non motivate nel trasferimento ad altra unità operativa. Per l'area delle degenze e delle attività chirurgiche gli obiettivi prioritari nell'ordine sono, invece, la prevenzione degli incidenti in corso di intervento chirurgico, la prevenzione dei rientri inattesi in ospedale, la prevenzione dei reinterventi non programmati, la prevenzione delle infezioni ospedaliere, la prevenzione delle lesioni da decubito, la prevenzione delle reazioni avverse da farmaci ed emoderivati/emocomponenti, la prevenzione della mortalità e della morbilità in corso di travaglio di parto e la eliminazione delle attese non motivate nel trasferimento ad altra unità operativa.

Infine, per quanto concerne l'area dei servizi psichiatrici e delle tossicodipendenze, gli obiettivi prioritari sono la prevenzione dei comportamenti suicidi, la prevenzione della contenzione fisica, la prevenzione delle infezioni crociate fra pazienti per HIV ed epatite B e C. Le attività di prevenzione di queste condizioni sono responsabilità

²⁷ Tale area contempla i seguenti obiettivi: prevenzione delle lesioni da decubito, prevenzione delle infezioni ospedaliere, prevenzione delle cadute, prevenzione delle reazioni avverse da farmaci ed emoderivati-emocomponenti ed, infine, prevenzione delle acuzie prevedibili.

diretta della dirigenza delle organizzazioni sanitarie e della dirigenza sanitaria che dovranno dimostrare, anche in sede di accreditamento istituzionale e di valutazione degli obiettivi di budget, di aver progettato ed attivato le azioni di *risk management* più adeguate allo scopo, secondo le seguenti indicazioni: definizione all'interno dello staff delle direzioni generali di alcune figure professionali sanitarie in stretto collegamento o coincidenti con i responsabili dello *staff* della qualità aziendale (diversi dagli addetti alla prevenzione del rischio a cui affidare la responsabilità della promozione e del supporto alle unità operative per la prevenzione del rischio clinico); identificazione delle principali condizioni di rischio per i pazienti nel corso di tutto il percorso assistenziale; identificazione ed esplicitazione scritta, contenuta nei protocolli operativi o nei profili assistenziali delle manovre più a rischio, con conseguente stesura di un protocollo dettagliato per la prevenzione dello stesso (corredato da bibliografia, identificazione, per le principali manovre ad alto rischio identificate, dei crediti formativi necessari per espletare le manovre ad alto rischio) con piena responsabilità operativa dei professionisti impiegati; monitoraggio degli incidenti critici a cura del responsabile dell'unità operativa e conseguenti decisioni professionali sulle modalità di intervento nel caso l'incidente dovesse ripetersi (Banchieri, 2007).

In particolar modo tali attività strettamente professionali devono coinvolgere tutto lo *staff* organizzativo, solo nel caso siano indicate delle misure organizzative idonee a prevedere il rischio clinico.

2.2 Le criticità attuali del sistema sanitario

Come si evince dai precedenti paragrafi il SSN è, ancora oggi, in una fase di transizione e di profonda trasformazione nel disegno del rapporto tra Stato e Regioni²⁸ e tra Regioni ed autonomie locali. La *devolution*, dando centralità alle Regioni nel finanziamento del sistema, accentua la pressione di queste ultime sulle aziende sanitarie, mettendo in discussione il processo stesso di aziendalizzazione.

²⁸ Si rammentano, a tale proposito, l'attuazione del nuovo Titolo V° della Costituzione e l'avvio del processo di "*devolution*" tra Stato e Regioni.

In questo contesto un'impostazione che vede le aziende sanitarie come soggetti che non hanno finalità economiche risulta riduttiva giacché organizzazioni quali le aziende sanitarie si caratterizzano, di fatto, per la duplicità delle loro funzioni: quella istituzionale o primaria che si espleta attraverso il miglioramento della salute e del benessere dei cittadini assistiti e quella economica, ovvero, l'ottimizzazione nell'uso delle risorse mobilitate per il perseguimento delle finalità istituzionali.

Le funzioni economiche sono quindi necessarie, anche se non sufficienti, per il raggiungimento delle finalità primarie (Focarile, 1998) ed il modello aziendale basato sull'autonomia nella conduzione delle risorse economiche si è, probabilmente, dimostrato quello migliore nel comporre le ragioni di efficienza, di efficacia e di equità. La *mission* del SSN è, infatti, quella di assicurare il dettame costituzionale della tutela della salute dei cittadini e l'universalità, la territorializzazione, la regionalizzazione, l'aziendalizzazione, la programmazione sono i riferimenti di ogni politica economica in sanità. Ad ogni cittadino deve essere assicurato il diritto alla tutela della salute attraverso servizi organizzati su scala regionale, tramite la programmazione che utilizza le aziende sanitarie quale strumento operativo per erogare prestazioni alle persone.

Per lungo tempo le aziende sanitarie sono state considerate enti strumentali delle Regioni e solo di recente sono passate allo *status* di "aziende speciali". Esse sono già oggi, nella realtà delle *public company*, finanziate dai cittadini tramite le forme di tassazione e governate dalle diverse categorie di *stakeholder* che rappresentano, ai vari stadi, le *community* anche se con livelli diversi di partecipazione e di responsabilità economica e finanziaria alle gestioni.

L'essere azienda non è, tuttavia, legato solo alla ricerca di utilità economiche ma, anche, ai fini sociali come vedremo nel successivo paragrafo (Banchieri, 2008).

2.3 La politica della qualità come supporto al processo di aziendalizzazione

La progressiva esigenza di migliorare il livello qualitativo dell'assistenza sanitaria ha ricevuto una legittimazione normativa

ulteriore attraverso il D.Lgs 502 del 30 dicembre 1992 e nelle successive modificazioni. In tale decreto, negli articoli 10 e 14, si prevede, infatti, la verifica e la revisione della qualità delle prestazioni come metodo adottato in via ordinaria. Questa semplice previsione assume una valenza significativa nel più ampio contesto della logica innovativa introdotta dal processo di riordino del SSN. Essa ha, pertanto, avuto una ripercussione che, seppur ancora incerta negli ultimi sviluppi normativi, acquista di maggiore ampiezza e rilievo in un mercato della sanità particolare ed imperfetto, in cui il cittadino ha libertà di scelta tra una pluralità di soggetti erogatori delle prestazioni sanitarie e libero accesso alle stesse.

L'evoluzione dell'approccio alla qualità nel nostro paese è ancora caratterizzato da fattori decisionali di non semplice lettura.

La qualità è stata, infatti, introdotta ufficialmente nel nostro sistema sanitario ma non senza approssimazioni e persistenti zone d'ombra. Le indicazioni normative sono poche, generiche ed *in fieri*, mentre *“le scuole di pensiero ed i metodi di approccio alla qualità sono, invece, molteplici, talvolta contrastanti, o almeno non immediatamente conciliabili. Si va dalla certificazione di qualità ISO29 9000, all'accreditamento di eccellenza statunitense (Joint Commition on Accreditation of Healthcare Organization), inglese (CPA) o olandese (CCKL), dalla verifica e revisione della qualità (VRQ) e dal miglioramento continuo di qualità (MCQ), all'analisi partecipata della qualità (APQ), dal Total quality Management (TQM), al modello europeo di qualità totale sostenuto dall'European Foundation for Quality Management (EFQM)”* (Gori, Quintaliani, Perelli, 2002: 1; Scrivens, 1997; Loiodice, 1998).

In questo contesto di proliferazione di approcci alla qualità la reazione più diffusa da parte degli stessi responsabili ed operatori della sanità, sembra essere improntata ad un certo scetticismo in merito alla possibilità di applicare effettivamente tali metodiche alla prassi terapeutica ed assistenziale quotidiana, contraddistinta da un'inerzia non facilmente superabile a trasformare i modelli routinari di lavoro. D'altro canto è segno di maturità imprenditoriale, sociale e

²⁹ *International Organization for Standardization* è un ente nato nel 1947 che nel 1994 e nel 2000 ha emanato una serie di norme, denominate ISO 9000, le quali definiscono le condizioni che una data azienda deve possedere per dimostrare di poter realizzare prodotti di qualità.

politica proporsi il traguardo ambizioso, ma non velleitario, di progredire oltre la stretta osservanza delle disposizioni vigenti, ponendosi l'obiettivo di una qualificazione delle aziende sanitarie destinata a rispondere in modo soddisfacente alle esigenze dei cittadini (Banchieri, 2005). *“L'orientamento di fondo del processo di riordino del Sistema Sanitario Nazionale persegue il contenimento dei costi, senza abbassare la qualità delle prestazioni sviluppando una migliore efficacia/efficienza di queste ultime. Ciò postula l'implementazione di un modello gestionale ed organizzativo tale da offrire precise garanzie di qualità e di soddisfare le esigenze degli utenti”* (Gori, Quintaliani, Perelli, 2002: 1; Di Stanislao, Liva, 1998) e i loro bisogni di salute.

Nell'ambito delle politiche a supporto del processo di aziendalizzazione in sanità, caratterizzate da logiche di ottimizzazione nell'uso delle risorse disponibili per organizzare in modo efficace, efficiente e appropriato i servizi e le attività di erogazione delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie, un ruolo innovatore e di stimolo viene, dunque, dalla diffusione di una cultura dell'assicurazione della qualità. Qualità intesa come processo di miglioramento continuo nell'organizzazione, dei processi interni alle aziende e delle *performance* erogate.

Tutto questo avviene in un contesto di grandi cambiamenti. Il sistema sanitario è in una fase di profonda trasformazione, indotta da un insieme di fenomeni di carattere sociale, demografico, economico e tecnologico. Il quadro evolutivo è caratterizzato dalla nascita di nuove esigenze di sostegno al sistema sanitario e alla filiera economica produttiva connessa, che coinvolge da un lato gli operatori (aziende sanitarie e loro *holding* regionali e le imprese fornitrici di beni e servizi) e dall'altro il pubblico utente del servizio (Di Stanislao, Liva, 1998).

Le criticità rappresentate dal nodo dell'autonomia aziendale delle strutture sanitarie pubbliche, dalla congruità dei finanziamenti e dalla definizione dei ruoli tra centro (Stato) e periferia (Regioni) possono evidenziarsi come segue: lo sviluppo del processo di aziendalizzazione continua a rappresentare la condizione fondamentale per perseguire un obiettivo di *governance* del SSN e dei SSR tramite un giusto equilibrio, *in progress*, tra bisogni dei cittadini e risorse disponibili, tramite scelte di politica sanitaria nei livelli

essenziali di assistenza³⁰ (LEA) e socio assistenziale (livelli essenziali delle prestazioni sociali³¹ LIVEAS) e tramite il bilanciamento tra governo clinico e governo economico delle aziende sanitarie.

Il monitoraggio delle esperienze delle aziende sanitarie e dei sistemi sanitari regionali, svolte da angolazioni diverse e sulla base di indicatori differenziati per misurare in modo efficace i risultati espressi è, dunque, strumento essenziale di confronto. Questi strumenti servono per aiutare le singole aziende sanitarie ed i sistemi regionali a confrontarsi per individuare la propria posizione rispetto alle medie del sistema, rispetto agli obiettivi di politica socio sanitaria, nazionali e regionali, rispetto alla stessa tipologia aziendale (aziende ospedaliere, aziende sanitarie locali, aziende policlinici, IRCCS, ecc.).

L'aggiornamento tecnico e professionale degli operatori sanitari, connesso ad una analisi corretta della appropriatezza e dell'efficacia dei percorsi terapeutici e diagnostici, è leva fondamentale dello sviluppo del sistema per raggiungere obiettivi di efficienza e di efficacia gestionali, come per altro già evidenziato dall'avvio del programma nazionale per l'educazione continua in medicina. La risposta a queste esigenze si concreta in un processo continuo di ottimizzazione delle gestioni, vale a dire negli obiettivi ricorrenti del contenimento e della riqualificazione della spesa sanitaria che presuppongono: uno sviluppo culturale-sanitario dell'intera popolazione rispetto all'educazione del cittadino, dove il corretto uso del sistema sanitario rappresenta una condizione di base per conseguire il contenimento dei costi tramite una conoscenza adeguata dei LEA e dei LIVEAS e per utilizzare al meglio le possibilità crescenti offerte dalla diagnostica e dall'autodiagnostica; la fornitura di servizi innovativi agli operatori del sistema sanitario, finalizzati ad una gestione più efficiente in termini di costi e più efficace in termini di soddisfazione dei bisogni dell'utenza, coerente con le possibilità offerte dallo sviluppo di nuove tecnologie (soprattutto in campo elettronico ed informatico); la diffusione della cultura della qualità, quale processo permanente di confronto per il miglioramento, per misurare le *performance* e le criticità del sistema, attraverso i raggiunti livelli di *customer satisfaction*.

³⁰ Da ora in poi LEA.

³¹ Da ora in poi LIVEAS.

Tutto ciò diviene elemento fondante di una cultura gestionale e clinica che verifichi i risultati raggiunti in una prospettiva in divenire di efficacia, di appropriatezza e di efficienza, tramite un approccio sempre più olistico alle tecniche di misurazione della qualità precedentemente elencate (ISO, JCHO, EFQM, CCHSA, ecc.).

Da quanto sopra ne discende, dunque, che è indispensabile l'attivazione di un'ampia iniziativa di divulgazione, a vari livelli di contenuto, di una cultura diffusa (medicina generale, medicina specialistica ecc.), capace di favorire nel cittadino la consapevolezza del proprio stato di salute e lo indirizzi verso gli opportuni interventi, diagnostico-terapeutici, di prevenzione e di riabilitazione (Banchieri, 2007).

2.4 Progettare la qualità in sanità: le dimensioni della qualità

I metodi di valutazione e di miglioramento della qualità tendono a svilupparsi attraverso diverse dimensioni. Secondo la classica tripartizione di Avedis Donabedian gli assi della qualità sono indirizzati alla struttura (qualità organizzativa), al processo (qualità professionale) ed all'esito (qualità percepita). Quando si parla di struttura (qualità organizzativa) si fa riferimento alle risorse disponibili, personale, attrezzature, edifici, ecc., ed alle modalità organizzative delle stesse. Quando si parla di processo si intende, invece, il prodotto, le prestazioni, la loro tempestività e la loro appropriatezza in merito alle decisioni di intervento, al livello di effettuazione ed all'uso delle risorse. La dimensione della qualità di processo fa riferimento quindi alla correttezza tecnica, al coordinamento ed integrazione nonché alla continuità dell'assistenza, vale a dire l'asse che si riferisce al comportamento degli operatori.

La qualità totale indica, sostanzialmente, una sequenza finalizzata ed interconnessa di attività con lo scopo di fornire un prodotto al cliente. Sequenza che, quasi sempre, coinvolge più di una unità organizzativa e più di una figura professionale.

I processi, infatti, sono tanto più importanti quanto più - in base alle evidenze scientifiche ed al consenso di esperti - aumentano le probabilità che si verifichino esiti favorevoli. Nel mondo della qualità

industriale, ma anche nella sanità, si dà molto peso all'analisi dei processi come mezzo di miglioramento, soprattutto se ci si pone il problema dell'appropriatezza delle prestazioni. Quando si parla di esito, si intendono le modificazioni delle condizioni di salute dovute agli interventi sanitari. In senso positivo sono da intendersi il prolungamento della vita, la riduzione della sofferenza e della disabilità. In senso negativo sono rappresentati dalle complicazioni e dagli effetti iatrogeni (Focarile, 1998). Nel campo della prevenzione l'esito è la riduzione dell'incidenza delle malattie. Un esito particolare è rappresentato dalla soddisfazione dei pazienti, dei familiari e della popolazione. E', tuttavia, necessario distinguere l'esito dal risultato ed usare il risultato per indicare il grado di raggiungimento di un obiettivo.

Le dimensioni proposte da Liva e Di Stanislao (1996) fanno riferimento alla qualità manageriale (alla direzione, alle strutture, alle attrezzature, all'informazione, alla formazione, alla valutazione e al miglioramento); alla qualità tecnica (procedure tecniche per discipline cliniche e procedure di supporto quali gestione dei farmaci, aspetti alberghieri, pulizia, igiene, ecc.) e alla qualità percepita (sicurezza e soddisfazione degli operatori, diritti e soddisfazione dei clienti).

Più analiticamente Focarile (1998) individua come contenuti della qualità dell'assistenza l'accessibilità, quale capacità di assicurare le cure appropriate a coloro che ne hanno bisogno; l'appropriatezza quale grado di utilità dell'assistenza rispetto al problema clinico ed alle conoscenze; la competenza quale livello di applicazione delle conoscenze scientifiche, delle abilità professionali e delle tecnologie disponibili; la continuità come grado di integrazione nel tempo tra diversi operatori e strutture sanitarie che hanno cura dello stesso soggetto o di un gruppo di soggetti; l'efficacia attesa, intesa come capacità potenziale di un intervento di modificare in modo favorevole le condizioni di salute dei soggetti ai quali è rivolto; l'efficacia pratica connessa ai risultati ottenuti dall'applicazione di routine dell'intervento; l'efficienza ovvero la capacità di raggiungere risultati in termini di salute con il minor impegno di risorse possibile; la sicurezza quale grado in cui l'assistenza erogata pone il paziente e gli operatori nel minor rischio; la tempestività come grado in cui l'intervento più efficace è offerto al paziente nel momento in cui gli è di massima utilità e l'umanizzazione quale livello di rispetto della

cultura e dei bisogni individuali del paziente anche per ciò che riguarda l'informazione e la qualità del servizio.

Queste diverse declinazioni del concetto di qualità in sanità ci consentono di rilevare che non si dà qualità ad un solo attore, o ad una categoria di attori coinvolti nel processo salute ed è lo stesso Crozier (1988) ad affermare che non c'è qualità se non è qualità per tutti i soggetti coinvolti nel processo. Sulla base dell'analisi delle diverse dimensioni della qualità, si può affermare, in sintesi, che le metodologie di approccio alla qualità sono tese al raggiungimento di diverse tipologie di qualità: qualità professionale, qualità organizzativa, qualità partecipata e/o percepita.

In tali ambiti di analisi le metodologie maggiormente utilizzate sono: l'approccio tecnico-professionale (che si basa sul *medical e clinical audit*, sul miglioramento continuo della qualità sull'accreditamento professionale e sulle linee guida ed *Evidence Based Medicine*; l'approccio organizzativo gestionale che si basa, invece, sul *Total Quality Management*, sulla certificazione di qualità (ISO 9000), sull'accreditamento autorizzativo e requisiti minimi di qualità e sull'accreditamento all'eccellenza e l'approccio partecipativo che si basa, infine, sull'analisi partecipata della qualità (APQ).

In questo contesto la descrizione di tale approccio si rende necessaria giacché a seguito del processo di aziendalizzazione le aziende ospedaliere, per allinearsi alle direttive sulla qualità, si sono rivolte a consulenti aziendali per migliorare l'efficacia e l'efficienza delle prestazioni erogate, alimentando così quel mito razionale della qualità messo in luce da Meyer e Rowan (1977) nel loro articolo sul sistema scolastico.

Proprio per l'importanza che il mondo aziendale della sanità attribuisce alle diverse tematiche sulla qualità, ho pensato di illustrare le tecniche più significative introdotte nel mondo sanitario dalla managerializzazione. Sul tema della qualità in particolare è evidente, infatti, che i manager collaborano con i consulenti esterni, alla ricerca di continui miglioramenti sia sul versante delle cure che nelle modalità di gestione, aspetti questi fortemente connessi con la professionalità. In tale ambito siamo dentro quella retorica che impone, oggi, alle aziende sanitarie precise modalità operative, tecniche e strumenti di gestione che spesso mal si sposano con le pratiche lavorative consolidate entro i contesti di cura.

Enunciare le tecniche manageriali può pertanto, aiutarci a comprendere il livello teorico e lo scarto che crea una retorica imposta dall'alto che decreta 'si deve fare così' e gli effetti, spesso inattesi, che si verificano a livello operativo tra le diverse professionalità chiamate ad applicare tali tecniche gestionali entro i reparti di cura.

2.4.1 L'approccio tecnico-professionale

Il *medical e clinical audit*

Il *medical e clinical audit* è un approccio sistematico, formalizzato e volontario di valutazione e miglioramento della qualità dell'assistenza, sviluppato nei paesi anglosassoni a partire dagli anni Settanta. Esso si basa sulla revisione retrospettiva della pratica professionale con l'obiettivo di individuare possibili cambiamenti. Si può distinguere fra il *medical audit*, limitato solo agli aspetti medici e il *clinical audit*, che prende in considerazione anche aspetti strutturali, di processo e di esito, relativi alle diverse componenti della pratica professionale, compresa quella infermieristica (Scrivens, 1997).

Il *medical audit* non ha un approccio globale al servizio, ma focalizza l'attenzione su aspetti di volta in volta diversi dell'assistenza sanitaria, individuati sia a livello territoriale che ospedaliero. Significativi esempi della varietà delle dimensioni che possono essere oggetto del *medical audit* sono proposti da Hughes e Humphrey (1990) i quali hanno individuato, con riferimento all'attività dei medici di medicina generale, nove diverse aree all'interno delle quali si esprime un'attività di *medical audit*. Tali aree sono l'analisi della attività medica (*practice activity analysis*), lo studio di casi (*case studies*), l'analisi dei protocolli (*disease and process audit*), la soddisfazione del paziente (*seeking patients' view*), il sistema informativo (*service indicators and the use of routinely available information*), il lavorare in un gruppo di pari (*working in peer groups*), la visita di altre condotte mediche (*practice visiting*), la compilazione del rapporto annuale (*practice annual reports*), l'attività di prevenzione e ruolo di facilitatore.

Ciascuna delle nove aree elencate, cerca di dare una risposta ad uno dei seguenti problemi metodologici che il *medical audit* si trova ad

affrontare: la descrizione e la misurazione dell'attività clinica, la modalità per la raccolta delle informazioni necessarie alla valutazione, l'esposizione dei risultati della valutazione ed il ruolo del valutatore.

***Quality Assurance*, verifica revisione e miglioramento continuo della qualità**

L'*audit cycle* contiene, invece, elementi che vengono ripresi dalla *Quality Assurance* (QA) o verifica e revisione della qualità (VRQ) come comunemente viene definita in Italia. La *Quality Assurance* si è sviluppata originariamente negli Stati Uniti e consiste essenzialmente in un processo formalizzato e sistematico volto a misurare il livello qualitativo delle cure mediche, ad identificare gli eventuali problemi esistenti, a disegnare le attività capaci di risolverli e a verificare nel tempo che le azioni correttive siano efficaci. In Italia il metodo viene introdotto nel 1984 dalla società italiana di verifica e revisione della qualità. In tale ambito il D.Lgs. 502/92 agli articoli 8 e 10 stabilisce l'adozione di un sistema di verifica e revisione della qualità ed i requisiti necessari per diventare produttori del servizio sanitario nazionale.

Le principali fasi operative di un modello di verifica e revisione della qualità sono riassumibili nella cosiddetta spirale della qualità ovvero: nell'identificazione dei problemi da sottoporre a valutazione, nella selezione delle priorità, nella selezione della metodologia più appropriata per determinare le dimensioni di ogni problema, nell'elaborazione di criteri e standard per misurare e comparare aspetti della realtà valutata, nell'individuazione delle carenze confrontando la realtà esistente con ogni criterio e standard, nell'individuazione delle azioni necessarie per eliminare le carenze, nella rivalutazione delle cure dopo un adeguato intervallo di tempo per verificare se le carenze sono state effettivamente corrette.

Secondo Perrero (1985) gli obiettivi devono sempre essere verificabili, uniformi, specifici, pertinenti, accettabili, realistici e, soprattutto, devono rispondere alle esigenze locali. Il miglioramento continuo della qualità (MCQ) sostituisce i precedenti concetti di assicurazione della qualità e verifica e revisione della qualità, (Morosini, Perrero, 1999).

Con il miglioramento continuo della qualità (MCQ) si indica, infatti, un insieme di attività dirette a tenere sotto controllo e a migliorare sia i processi che gli esiti. Fanno parte di tale sistema l'effettuazione di progetti di miglioramento continuo della qualità, il monitoraggio dei processi e degli esiti, lo sviluppo, l'adattamento e l'aggiornamento di procedure organizzative e di linee guida professionali nonché la verifica della loro applicazione e la partecipazione a programmi di accreditamento o di certificazione.

Un progetto di miglioramento continuo della qualità (MCQ) parte dall'identificazione di un problema di qualità ed arriva all'accertamento dei miglioramenti introdotti. Le fasi di un progetto (*Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations*, 1999) possono essere distinte in una primaria identificazione dei possibili problemi da affrontare, nella scelta del problema prioritario, nella definizione di criteri, negli indicatori e soglie di buona qualità, nella progettazione dello studio di individuazione delle possibili cause del problema, nell'esecuzione ed analisi dello studio, nella progettazione dell'intervento migliorativo, nell'applicazione dell'intervento migliorativo, nella valutazione dell'impatto a breve termine, a medio e a lungo termine (6 mesi - 1 anno) e (solo alla fine dell'intervento) nella comunicazione dei risultati.

Generalmente si parla di ciclo o spirale del miglioramento continuo della qualità (MCQ), poiché se non si ottengono risultati soddisfacenti, si cambiano i criteri e gli indicatori e/o gli interventi, fino ad ottenere risposte soddisfacenti.

L'accreditamento professionale

L'accreditamento professionale può essere sinteticamente definito come un meccanismo di valutazione esterna tra pari (*peer review*) per accertare il grado di corrispondenza a *set* di indicatori di qualità, (Scrivens, 1995). L'accreditamento professionale ha un carattere fortemente partecipativo e si propone quasi come un'attività di autoregolazione. Criteri ed indicatori vengono definiti attraverso un lungo processo di confronto e di validazione tra pari e sono poi continuamente aggiornati, in quanto prendono come punto di riferimento lo stato di eccellenza raggiunto, (Ranci Ortigiosa, 2000).

La valutazione può essere effettuata tra pari o da un'agenzia indipendente, ma i valutatori sono sempre professionisti della sanità. L'accREDITAMENTO professionale si pone come obiettivo finale il miglioramento continuo, attraverso una logica di apprendimento organizzativo che coinvolge tutti i professionisti di una determinata struttura. I sistemi di accREDITAMENTO professionale, pur perseguendo tutti una finalità di miglioramento continuo e di ricerca dell'eccellenza, si differenziano fra loro per le logiche di valutazione seguite, per la scelta delle dimensioni da tenere sotto osservazione, per la definizione di criteri ed indicatori nonché per il sistema di misurazione adottato. I sistemi di accREDITAMENTO professionale sono strettamente correlati all'accREDITAMENTO e all'eccellenza, di cui si parlerà più avanti.

I principali metodi dell'accREDITAMENTO possono essere così classificati: il sistema di accREDITAMENTO statunitense (JCAHO), dove l'oggetto della valutazione sono il miglioramento della qualità e dell'efficienza del servizio, con lo scopo di individuare le aree di debolezza dell'organizzazione sanitaria, consentendo di porvi rimedio e di riallocare le risorse in modo efficiente; il sistema di accREDITAMENTO canadese (CCHFA) ove l'unità di osservazione è il processo di cura sull'utente e non il funzionamento del reparto. Tale metodo pone l'attenzione sull'integrazione e sulla continuità del processo di cura, dall'accesso alla dimissione. Il sistema di accREDITAMENTO australiano (ACHS) che dà rilievo all'esperienza individuale complessiva del paziente all'interno dell'ospedale e dove i criteri e gli indicatori sono concepiti come supporto alle strutture sanitarie nel fornire al paziente una cura di qualità elevata in modo efficace ed efficiente.

Linee guida ed *Evidence Based Medicine*

Particolare attenzione vorrei dedicare, invece, alle linee guida e all'*Evidence Based Medicine*³² (EMB) quali strumenti ideati non solo per aiutare il medico nel prendere le decisioni e per migliorare gli esiti delle cure ma, anche, per valutare la *good practice* ed il comportamento professionale nella pratica clinica. Come spiegherò

³² Da ora in poi EBM.

più dettagliatamente nel capitolo sei l'*EMB* e le linee guida trovano i loro presupposti teorici nella epidemiologia clinica, la quale si propone di riordinare i risultati della ricerca clinica e di definire gli effetti delle scelte cliniche sulla salute.

Le linee guida sono costituite da un insieme di indicatori riferiti a specifici problemi clinici, elaborati da un gruppo di pari dopo attenta revisione della letteratura esistente, allo scopo di aiutare la decisione medica e di ridurre l'alta variabilità dei comportamenti.

La progettazione, lo sviluppo, l'implementazione di una linea guida deve rispettare: (Maciocco, 1997) i principi di una corretta interpretazione delle evidenze disponibili; il rapporto costo-efficacia giacché le linee guida portano ad un miglioramento della salute a costi accettabili; la riproducibilità dal momento che una linea guida è riproducibile quando un'altra linea guida, basandosi sulle stesse evidenze, conduce ad analoghe raccomandazioni; l'affidabilità poiché una linea guida è affidabile quando nelle stesse condizioni cliniche un altro gruppo di medici la applica in maniera simile; l'applicabilità clinica vale a dire che lo sviluppo di una linea guida avviene con il contributo di tutte le discipline chiave e degli stessi utenti; la flessibilità clinica perché le linee guida specificano quali sono le eccezioni rispetto alle raccomandazioni ed indicano in quali circostanze le preferenze dei pazienti devono essere prese in considerazione; la chiarezza del linguaggio che ne facilita l'uso nella pratica clinica; la documentazione meticolosa dove indicare chiaramente i partecipanti, gli obiettivi ed i metodi; il collegamento con le evidenze disponibili; i tempi di revisione poiché le linee guida contengono i tempi e le modalità con cui esse devono essere sottoposte a revisione ed, infine, il monitoraggio di utilizzazione perché le linee guida indicano il modo in cui viene verificata l'adesione alle raccomandazioni.

Nel 1997 è stata prodotta la prima raccolta di linee guida derivate dalla letteratura internazionale. La banca dati, in corso di continua implementazione, è suddivisa in quattro sezioni: linee guida prodotte da società scientifiche e mediche, linee guida prodotte da organismi internazionali, linee guida prodotte da agenzie e linee guida prodotte da altri organismi che operano nel settore.

In Italia le recenti disposizioni legislative fanno esplicito riferimento all'opportunità di elaborare linee guida e protocolli. In particolare opera in Italia un gruppo della *Cochrane Collaboration*,

organizzazione fondata ad Oxford nel 1993, allo scopo di individuare metodi di revisione uniformi, evitare la duplicazione delle ricerche, fornire supporto informativo agli esperti.

Il tema delle linee guida è oggi oggetto di un ampio dibattito che vede i critici delle linee guida sostenere l'inapplicabilità delle stesse nella pratica clinica, in quanto il malato è un *unicum* e di conseguenza il comportamento medico non può che essere altamente variabile (Banchieri, 2005).

Il tema delle linee guida come strumento per la gestione ottimale e la qualità dell'assistenza si scontra, infatti, con un nodo culturale critico: il ruolo professionale del medico (Ranci Ortigiosa, 2000). Secondo Liberati (1997), infatti, i limiti più considerevoli delle linee guida sono rintracciabili nel fatto che la buona pratica clinica è fondata sulla consapevolezza dell'incertezza decisionale, sull'istinto clinico, sulla sistemazione delle conoscenze mediche personali, sulla sistemazione della pratica clinica individuale e su un approccio critico alla letteratura medica.

2.4.2 L'approccio organizzativo gestionale

Il *Total Quality Management* (TQM)

La qualità totale è nata e si è sviluppata in Giappone, dove è considerata un elemento chiave per il successo di ogni attività produttiva. I canoni del *Total Quality Management* prevedono il superamento dei concetti di qualità del servizio (efficacia terapeutica) e di qualità del sistema (certificazione, accreditamento), per giungere al controllo degli aspetti organizzativi (qualità programmata e qualità erogata), dei rapporti con l'utente (qualità prevista e qualità percepita), ma anche per una valutazione di competitività operata attraverso tecniche di *benchmarking* (qualità paragonata), (Braccini, 1998; Galgano, 1992, 1996).

Un importante contributo di promozione della qualità totale, in Europa, è fornito dall'*European Foundation for Quality*

*Management*³³ (EFQM). L'*European Foundation for Quality Management* (EFQM) nasce da una fondazione con sede a Bruxelles, istituita dalle principali ditte industriali europee. Questo organismo annovera attualmente più di 500 membri (aziende) e si propone di stimolare la diffusione dei progetti di qualità soprattutto attraverso l'assegnazione annuale dei premi europei: *European Quality Prizes*, *European Quality Award*. I premi sono divisi in 4 categorie: imprese private, unità operative di imprese private, organizzazioni del settore pubblico, piccola e media impresa privata.

L'*EFQM* si occupa principalmente dell'assistenza alle organizzazioni che operano nella logica del miglioramento continuo della qualità e di fornire supporto ai dirigenti di tali organizzazioni per accelerare la diffusione del *Total Quality Management*. A differenza dell'attuale sistema ISO 9000, il modello *EFQM* (*European Foundation for Quality Management*) dà peso ai risultati conseguiti e non solo in termini di soddisfazione dei clienti. La logica alla base del modello (*European Foundation for Quality Management*) è riassumibile in una attenzione ai risultati. La parola (RADAR) approccio, dispiegamento, accertamento, revisione mette in rilievo i principi base del modello. Il termine approccio indica che un'organizzazione deve pianificare e sviluppare un insieme integrato di approcci validi per raggiungere i risultati attesi. Dispiegamento significa che deve mettere in atto gli approcci suddetti in modo sistematico e completo. Accertamento e revisione indicano il monitoraggio, la verifica e l'analisi dei risultati ottenuti, in un atteggiamento di apprendimento continuo.

In tale ambito i fattori produttivi sono suddivisi in: *leadership* (che incarna il modo in cui l'alta direzione ed i *leader* dei livelli inferiori supportano e promuovono la cultura del *Total Quality Management*), politiche e strategie (il modo in cui l'organizzazione predispone, sviluppa, corregge e realizza politiche strategie), gestione delle risorse umane (il modo in cui l'organizzazione riesce a far esprimere compiutamente le potenzialità del proprio personale), pianificazione, gestione delle risorse materiali (il modo in cui l'organizzazione gestisce le risorse finanziarie, le risorse informative, le dotazioni, i materiali, la proprietà intellettuale) e controllo dei processi (il modo in

³³ Da ora in poi *EFQM*.

cui l'organizzazione identifica i processi chiave, come li rivede e li migliora).

I risultati sono, invece, suddivisi in: soddisfazione del personale (il modo in cui si riesce a stabilire il grado di percezione che il personale ha dell'organizzazione); soddisfazione dei clienti (come si riesce ad individuare la percezione che il cliente ha del servizio ricevuto e dei suoi rapporti con l'organizzazione); impatto sulla società (il modo in cui l'organizzazione è riuscita a soddisfare i bisogni e le aspettative della comunità in termini di miglioramento della qualità della vita) e risultati finanziari (individua il raggiungimento degli obiettivi di budget ed il soddisfacimento dei bisogni di quanti hanno interessi finanziario oltre partecipazioni nell'organizzazione).

Nelle applicazioni in sanità l'area di gestione dei processi è stata suddivisa in gestione dei processi clinici e gestione dei processi manageriali e l'area dei risultati finanziari è stata suddivisa in esiti di salute ed in risultati finanziari.

Certificazione di qualità (ISO 9000)

Le ISO 9000 (*International Standards for Organizations*) sono norme di applicazione generale che possono essere adattate a tutti i settori produttivi di beni e servizi e sono utilizzate quando esiste la necessità di dimostrare la propria capacità di progettazione e fornitura di un prodotto conforme. I requisiti di tali norme sono costruiti per fornire una garanzia al cliente non attraverso un controllo sul risultato ma, piuttosto, sul rispetto di procedure predefinite, così da poter ridurre drasticamente i rischi di non conformità. I sistemi qualità ispirati alla norma ISO sono molto diffusi nelle aziende di produzione dei beni. Le norme ISO hanno il pregio di consentire una definizione precisa dei ruoli e delle relative modalità di comunicazione ed integrazione, riducendo i costi della non qualità e migliorando il servizio reso, (Baraghini, Capelli, 1997). In questo senso il sistema qualità ispirato alle ISO 9000 può essere considerato una prima importante tappa di avvicinamento al più complesso sistema della qualità totale. La predisposizione di un sistema di qualità ispirato alle norme ISO 9000 richiede un lungo periodo di addestramento, in funzione del livello di qualità iniziale dell'organizzazione e della complessità della struttura. Il sistema descrive le procedure adottate e

ne verifica l'applicazione e la certificazione è il riconoscimento ufficiale operato da un ente terzo di ciò che è stato codificato.

La certificazione viene richiesta ad un organismo indipendente accreditato dall'ente nazionale che regola e controlla tale attività, il SINCERT.

L'Azienda richiedente deve predisporre il manuale della qualità nel quale vengono esplicitate le modalità di adeguamento alle norme ISO, modalità che vengono poi verificate sul campo dal valutatore della società di certificazione che compila una lista di riscontro. Dall'elaborazione dei dati della lista scaturisce un rapporto finale sui cui contenuti avviene una discussione nell'ambito dell'organismo di certificazione, che può deliberare favorevolmente, oppure invitare l'azienda ad eliminare le non conformità. Il rilascio del certificato non conclude l'iter di valutazione, poiché sono previste visite di sorveglianza con cadenza annuale.

E' facile immaginare come l'applicazione delle norme ISO in ambiente sanitario comporti difficoltà, anche se non impossibili, problemi di adattamento. Alle norme ISO 9000 è stato inoltre rimproverato di concentrarsi sul controllo di processo e di prendere poco in considerazione il miglioramento di qualità e la valutazione dei risultati. Le norme destinate ad entrare in vigore alla fine dell'anno 2000, conosciute come *Vision 2000*, renderanno il modello molto simile a quello della *Total Quality Management*, con una generale convergenza di tutti i modelli per la qualità, (Marcantoni, Torresani, 2000).

Accreditamento autorizzativo e requisiti minimi di qualità

Il concetto di accreditamento è stato introdotto per la prima volta in Italia con il D.Lgs 502/92. L'accREDITamento va inteso come la volontà di garantire una verifica ed un monitoraggio delle strutture che forniscono prestazioni nell'ambito del SSN. Fino al 1996 l'accREDITamento è stato automaticamente riconosciuto per le strutture pubbliche o private con un precedente rapporto di convenzione con il SSN. Con la pubblicazione del DPR 14.01.1997 che definisce i requisiti minimi strutturali, tecnologici, organizzativi, le strutture di nuova realizzazione devono, da subito, attenersi ai requisiti specificati; così pure quelle che attuano ampliamenti o modifiche.

Sono interessate tutte le strutture sanitarie, da quelle che erogano prestazioni in regime di ricovero, a ciclo continuativo e/o diurno, a quelle di assistenza specialistica in regime ambulatoriale, che erogano prestazioni riabilitative, di diagnostica strumentale e di laboratorio, a quelle che operano in regime residenziale. Con il DPR 14.01.1997 sono state fissate due tappe per il processo di accreditamento: l'autorizzazione obbligatoria che implica il possesso dei requisiti minimi e l'accreditamento, volontario, che riconosce i fornitori, cioè coloro che possono erogare prestazioni per conto del SSN e che implica il possesso di requisiti ulteriori, definiti dalle Regioni.

L'Accreditamento all'eccellenza

L'accreditamento all'eccellenza ha pochissimi punti in comune con l'accreditamento di tipo istituzionale immaginato dal legislatore italiano. Il modello nasce negli Stati Uniti nel 1917 e si impone definitivamente negli anni '50 grazie all'attività di quella che attualmente si chiama *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization*³⁴ (*JCAHO*).

Definito come modello di autoregolamentazione dell'industria sanitaria, esso è inteso come l'abilitazione ad operare per conto dei sistemi di assistenza pubblica ed ha come elementi caratteristici la fissazione ed il controllo degli standard e la partecipazione di tipo volontaristico da parte degli ospedali.

Negli ultimi tempi la *Joint Commission* ha spostato l'attenzione sui processi utilizzati per fornire assistenza di qualità, avendo già in previsione la definizione di indicatori di risultato.

In ambito europeo il modello *JCAHO* si è diffuso principalmente in Inghilterra ed è stato applicato dal *Clinical Pathology Accreditation* (CPA), per il programma di accreditamento dei laboratori clinici, nel quale il miglioramento della qualità nelle fasi pre e post-analitiche è fondamentale.

Il programma *Clinical Pathology Accreditation* (CPA) prende in esame sei sezioni: organizzazione e amministrazione, personale e direzione, spazi ed attrezzature, procedure, aggiornamento del personale, valutazione. Alle sei sezioni corrispondono 44 *standard*.

³⁴ Da ora in poi *JCAHO*.

La struttura richiedente compila la documentazione prevista che dovrà essere visionata da un comitato di consulenza ed in caso di giudizio positivo, viene rilasciato un accreditamento provvisorio al quale segue, dopo una visita ispettiva per la verifica del raggiungimento degli standard, un accreditamento di durata annuale. Nella maggior parte dei paesi europei si è ancora in una fase di dibattito sulla definizione sia degli standard che dei programmi.

2.4.3 L'approccio partecipativo

Analisi partecipata della qualità (APQ)

L'analisi partecipata della qualità si configura come una procedura di valutazione dei servizi pubblici e sociali, in particolare di quelli sanitari, caratterizzata dalla un'impostazione partecipativa che prevede il coinvolgimento dei cittadini e degli operatori come fonte di informazione e come soggetti attivi nella realizzazione dell'indagine e come utilizzatori dei risultati.

Questo metodo di valutazione dei servizi sanitari è stato messo a punto dal laboratorio di scienze della cittadinanza e riguarda essenzialmente la qualità percepita, in particolare le relazioni interpersonali, il *comfort*, la disponibilità di servizi e la soddisfazione degli operatori. Sotto il profilo teorico, esso si basa su una matrice che consente di misurare la qualità, scomposta in nove dimensioni o aree teoriche, per la cui identificazione si parte da due ordini di distinzioni: qualità tecnica, qualità della dimensione interpersonale e *comfort* dell'ambiente; processi, strutture ed esiti.

Combinando queste due categorie, rispettivamente riferite alle dimensioni della qualità ed agli aspetti costitutivi dell'erogazione dei servizi, si è pervenuti all'individuazione delle nove aree teoriche: qualità tecnica per strutture, qualità tecnica per processi, qualità tecnica per esiti, qualità della dimensione interpersonale per struttura, qualità della dimensione interpersonale per processi qualità della dimensione interpersonale per esiti, *comfort* per struttura, *comfort* per processi e *comfort* per esiti. Le aree teoriche vengono valutate da sei tipi di fenomeni indicatori: il rispetto o la violazione di standard, le

disfunzioni, gli eventi sentinella, le situazioni di particolare qualità, le opinioni di operatori e le opinioni degli utenti.

I primi quattro parametri individuano la dimensione oggettiva della qualità, mentre gli ultimi due, relativi a giudizi ed opinioni, si riferiscono alla dimensione soggettiva della qualità stessa.

Questo tentativo di attuare un doppio approccio alla qualità è ritenuto un carattere saliente di tale metodo che pur restando orientato alla percezione della qualità da parte degli utenti ed alla loro soddisfazione (per evitare i rischi di un sistema autoreferenziale) introduce strumenti volti a valutare fatti, dati strutturali ed eventi oggettivi (Banchieri, 2007).

Nel DPCM 19.5.1995, concernente lo schema generale di riferimento della carta dei servizi pubblici sanitari, il modello dell'analisi partecipata della qualità è stato indicato come strumento per la verifica del rispetto degli standard promossa periodicamente dalle ASL e realizzata con la collaborazione dei cittadini e delle loro organizzazioni.

2.5 Metodologie a confronto

Tali metodi di valutazione e miglioramento della qualità, già applicati operativamente in alcune realtà, tendono a svilupparsi secondo diverse direzioni in riferimento ai punti già citati: diversità delle prospettive dei soggetti interessati, carattere multidimensionale della qualità, peculiarità delle aziende sanitarie.

Dalla mappatura delle tendenze in atto in sanità, si evince che ciascuna metodologia - dal miglioramento continuo della qualità (MCQ), all'analisi partecipata della qualità, dalle norme ISO 9000 ai sistemi di qualità totale (TQM) ecc. - focalizza l'attenzione su una dimensione ritenuta prioritaria, ma non le esaurisce tutte o comunque ne tiene conto in un'ottica particolare.

Le metodologie appartenenti al gruppo miglioramento continuo della qualità e *Total Quality Management* operano nell'ottica dell'accreditamento all'eccellenza, in quanto tendono ad implementare un sistema dinamico ed un miglioramento continuo della qualità, sia pure con metodologie e livelli in parte diversificati. Una necessaria distinzione va operata tra accreditamento istituzionale ed accreditamento all'eccellenza, evidenziando innanzitutto che il

primo è un adempimento obbligatorio fondato sulle norme vigenti (DPR 14 gennaio 1997), il secondo si basa su un procedimento volontario. Pertanto l'accreditamento istituzionale si limita essenzialmente ad eliminare le strutture inaffidabili e non promuove necessariamente la qualità, come avviene invece nell'accreditamento volontario o di eccellenza. L'accreditamento all'eccellenza, a sua volta, si differenzia dall'attività a carattere volontario, nota come certificazione e collegata alla norme ISO. Se, infatti, l'accreditamento volontario è un'attività di valutazione professionale, sistemica e periodica, volta a garantire che la qualità dell'assistenza sia appropriata ed in continuo miglioramento, la certificazione è l'atto mediante il quale un ente terzo, indipendente, dichiara ad una struttura che la sua organizzazione (personale, attività, controlli, ecc.) ed i suoi prodotti, processi, servizi sono conformi ad una data norma di riferimento. Nell'accreditamento all'eccellenza prevalgono i caratteri dell'autoregolazione, con la partecipazione attiva dei professionisti e delle istituzioni controllate (Banchieri, 2005).

Nella certificazione prevale, invece, il controllo esterno ad opera di un organismo indipendente che certifica la conformità a determinati *standard* e costituisce il momento finale di un processo di riorganizzazione aziendale realizzato in conformità alle norme ISO. Tali norme sono incentrate sull'implementazione di un sistema qualità nel quale l'azienda assicura che un prodotto, processo, servizio, sia conforme agli obiettivi prefissati ed agli scopi per cui deve essere impiegato. In altre parole il controllo del processo secondo le ISO 9000 consiste essenzialmente in: dire quello che si fa, fare quello che si è detto, dimostrare quello che si è fatto, (*audit* interno ed *audit* esterno), pensare a come migliorarlo. In campo sanitario l'applicazione della norma ISO 9000 presenta il vantaggio di offrire una garanzia di qualità del sistema aziendale nel suo complesso, costituendo una sorta di griglia, in cui possono essere inglobati altri aspetti e metodologie scientifiche come ad esempio il miglioramento continuo della qualità ed il *Total Quality Management*.

Gli esperti del *Total Quality Management* ritengono che l'applicazione delle norme ISO sia compatibile ed addirittura propedeutica alla gestione manageriale della qualità realizzata nei sistemi di qualità totale.

Ponendo a confronto le due diverse metodologie si evidenzia che rispetto alla politica della *leadership* nonché all'analisi dei processi e

dei risultati, le ISO coprono solo una parte dell'attività di valutazione e miglioramento, in quanto trascurano la soddisfazione dei dipendenti, la soddisfazione dei clienti e l'impatto sulla società, elementi che invece fanno parte del *Total Quality Management* (Banchieri, 2007).

In sintesi potremmo dire che il miglioramento continuo della qualità analizza essenzialmente i comportamenti professionali, con un'ottica orientata agli esiti. Le ISO controllano gli aspetti organizzativi e manageriali, la *Total Quality Management* prende in esame le varie dimensioni della qualità, con una prospettiva orientata al cliente mentre l'analisi partecipata della qualità rivolge l'attenzione al cittadino, di cui vuole rappresentare il punto di vista.

Da queste indicazioni, sia pure molto sintetiche, si evidenzia che nessuna metodologia è di per sé esaustiva, tuttavia si notano tra queste diversi tentativi di convergenza ed inglobamento dei vari sistemi di analisi. Orientarsi in questo contesto in rapida evoluzione non è facile, ma attraverso la politica della gradualità e l'attenzione ai riferimenti normativi è possibile intraprendere il percorso della qualità aziendale. Tutto ciò sapendo che in fondo per migliorare il servizio è importante raggiungere un obiettivo solo apparentemente scontato e banale: fare bene le cose giuste. Ma quello che potrebbe sembrare un'affermazione ovvia, comporta sul piano operativo una vera e propria sfida alla cultura imprenditoriale, all'organizzazione gestionale ed al patrimonio delle professionalità (Liberati, 1997).

Tabella 1 Differenza tra accreditamento istituzionale ed accreditamento all'eccellenza

	Accreditamento istituzionale	Accreditamento all'eccellenza
Obiettivo	Accesso al mercato	Promozione alla qualità
Opzione	Obbligatoria	Volontaria
Ricaduta	Economica	Educativa e di immagine
Qualità	Minima	Eccellente
Gestione	Istituzionale	Ad opera di professionisti
Modalità	Ispezione	Consulenza
Contenuti	Prevalent. Istituzionale	Professionali
Riferimenti	Normativa	Stato dell'arte ed evidenza scientifica

Fonte: Banchieri, 2005

**Tabella 2 - Differenza tra ISO 9000 e
Total Quality Management**

ISO 9000	TOTAL QUALITY MANAGEMENT
Modello di assicurazione qualità	Modello di eccellenza aziendale
Prassi strutturate	Efficacia della prassi
Standard	Strumenti di autovalutazione
Certificazione	Trasformazione aziendale e MCQ

Fonte: Banchieri, 2005

2.6 Governo clinico ed economico delle aziende sanitarie

Il tema delle modalità di gestione delle aziende sanitarie si inserisce in quello della gestione delle compatibilità che in una situazione diffusa di risorse limitate, messe a disposizione del sistema, non può che essere posto all'interno delle aziende sanitarie pubbliche. Le aziende sanitarie ponendo al centro della *mission* del sistema i bisogni di salute del cittadino sono, infatti, sede di ricomposizione e di sintesi gestionale del rapporto tra governo clinico e governo economico (Banchieri, 2007).

Esse devono essere messe in grado di governare le determinazioni dei fattori produttivi, o almeno coogestirle con le altre categorie di *stakeholder* giacché tali fattori non possono essere determinati solo con modalità esogene alle aziende stesse. E se è centrale riproporre il governo politico della sanità, contestualmente è necessario affermare anche la autonomia delle gestioni delle aziende sanitarie. Il ruolo di determinanti della spesa da parte degli operatori sanitari deve vedere, inoltre, un loro coinvolgimento positivo nei processi gestionali proprio partendo dalle esigenze dei cittadini e dalla appropriatezza (verificata e condivisa su base di evidenze scientifico mediche) delle prestazioni erogate.

Le direzioni generali hanno, dunque, la necessità di utilizzare pienamente tutte quelle istanze tecniche consultivo-decisionali (attraverso la delega di alcune fasi) che garantiscono una conduzione allargata, collegiale e competente delle aziende sanitarie. E', infatti,

possibile coniugare la libera scelta del professionista, la tempestività d'accesso e la soddisfazione delle sue motivazioni economiche, ma se le direzioni aziendali non hanno la possibilità, utilizzando incentivazioni, di contrattare con gli operatori le modalità delle loro prestazioni è difficile poter attivare politiche per rendere sempre più efficienti i servizi sanitari e socio sanitari. Nelle Regioni ove questo è stato consentito si registrano le migliori *performance*. E', pertanto, opportuno ricercare soluzioni che garantiscono le motivazioni economiche dei clinici nel quadro delle compatibilità *pro tempore* definite.

In sanità sono già presenti molte forme di associazionismo medico e professionale sanitario. Alla FISM, Federazione Italiana delle Società Scientifico Mediche, aderiscono oltre 150 singole associazioni o federazioni medico specialistiche o medico professionali. Negli ultimi anni si sono sviluppate anche nuove forme di associazionismo tra le figure professionali della sanità legate al processo di direzione operativa delle aziende sanitarie quali funzioni specifiche delle tecnostrutture di direzione aziendale. Questa rete di forme diverse di aggregazione tra professionisti del Sistema Sanitario Nazionale e dei Servizi Sanitari Regionali può fornire un contributo fondamentale per la diffusione delle migliori pratiche aziendali e per la crescita di una cultura gestionale imperniata sulla soddisfazione del paziente e sulla qualità, reale e percepita, delle prestazioni e dei servizi erogati. Tutto ciò può essere una garanzia per la creazione di circuiti virtuosi di confronto per il miglioramento che vadano oltre le sole direzioni aziendali.

La diffusione della cultura dell'assicurazione della qualità con la misurazione dei processi e delle *performance* è, dunque, uno strumento essenziale per l'ottimizzazione delle gestioni, con il consenso di tutti gli operatori coinvolti (Banchieri, 2007).

3. Una lettura del cambiamento organizzativo

3.1 Leggere l'organizzazione sanitaria attraverso le metafore organizzative

La complessità che caratterizza il mondo sanitario rende estremamente difficile l'opera di comprensione e di interpretazione della realtà organizzativa nelle aziende sanitarie. Il contesto sanitario, come afferma Gardini (2007) è *“un sottosistema della nostra società piuttosto difficile da leggere ad un primo sguardo”*, per esplorarlo in tutte le sue componenti occorre allargare la prospettiva andando oltre quelle *“visioni troppo parcellizzate dell'organizzazione”* che tendono a percepirla come un insieme frammentato di parti, spesso sconnesse tra di loro e che simultaneamente convivono e confliggono all'interno di un sistema caratterizzato da flussi di attività, da strumenti di potere e da culture dissimili. Tale complessità permette di analizzare le organizzazioni sotto diversi punti di vista, l'obiettivo di questo capitolo è quello di vedere l'organizzazione sanitaria sotto la luce di diverse metafore e di comprenderla seguendo un approccio multi prospettico allo studio dell'organizzazione.

In tale prospettiva, utilizzando quattro delle metafore proposte da Gareth Morgan³⁵ (1986) nel suo libro *“Images”* proporrò una riflessione su quelle che più si adattano a questa tipologia di organizzazione, tenendo presenti i cambiamenti normativi, organizzativi e strutturali che nel tempo l'hanno connotata, già esposti nei precedenti capitoli.

Le metafore che utilizzerò saranno lenti attraverso cui rappresentare l'organizzazione sanitaria nelle sue diverse sfaccettature, modi diversi di osservarla e di rappresentare i fenomeni organizzativi che in essa quotidianamente si strutturano. Perché ricorrere all'uso delle metafore? Come sostiene Zan (1988) gli ultimi quindici anni rappresentano per la teoria delle organizzazioni un periodo molto ricco ed innovativo, dove ad *“una critica puntuale e radicale di ipotesi, teorie e metodi di indagine consolidati”* (Zan, 1988: 7), si sono affiancate *“nuove proposte e nuovi quadri di riferimento teorico e metodologico che hanno condotto ad una*

³⁵ Professore di management alla McGill University.

sostanziale ridefinizione dell'oggetto di indagine proprio della disciplina" (Ibidem). Intorno alla metà degli anni Settanta si assiste, infatti, ad una cesura tra il pensiero dominante e una nuova concezione di studio dei fenomeni organizzativi. In questa direzione studiosi come Kuhn (1962) parlano di una crisi esplicita del vecchio paradigma di riferimento in favore di uno nuovo. Dalla metà degli anni Settanta molte rappresentazioni relative alla natura delle organizzazioni, al modo di osservarle e di studiarle hanno, infatti, subito cambiamenti decisivi.

La teoria delle organizzazioni, quale disciplina autonoma, ha mostrato una grande ricchezza di approcci, teorie e prospettive di analisi fin dalla sua affermazione tanto che studiosi come Astley e Van De Ven parlano di un pluralismo teoretico a testimonianza della varietà di elaborazioni teoriche presenti all'interno della disciplina stessa (Zan, 1988: 7). Tale pluralismo teorico può essere visto come punto di ricchezza ma anche di debolezza di una disciplina che non ha probabilmente ancora chiaro il suo oggetto di indagine. Il lavoro di Morgan (1979) che racchiude in sé il tentativo di ricercare nella sociologia le basi paradigmatiche degli studi organizzativi, rappresenta, pertanto, una dimostrazione di come, in questi ultimi quindici anni, siano cambiate le convinzioni su *"cosa si debba intendere per organizzazione e, di conseguenza, su quali siano i compiti propri della teoria delle organizzazioni ed i suoi specifici strumenti di indagine"* (Zan, 1988: 8).

Nel suo lavoro Gareth Morgan (1979) attraverso il ricorso a metafore organizzative, propone, infatti, diversi approcci di studio alle organizzazioni, avanzando un nuovo modo di studiarle e di interpretarle. Nel suo pensiero teorico la metafora si configura come un modo di pensare e di concepire alla base del modo attraverso cui noi interpretiamo il mondo; uno strumento di comprensione utile ogni volta che si vuol restituire un'immagine capace di produrre una rappresentazione, seppur parziale, di qualcos'altro³⁶.

L'ipotesi da cui parte lo studioso è che le metafore permettono di gestire e di percepire le organizzazioni in modi caratteristici³⁷. Viste

³⁶ Parziale perché, se da un lato la metafora evidenzia certe caratteristiche di un oggetto, dall'altro molte proprietà rimangono in ombra.

³⁷ In tale ambito di pensiero anche le teorie organizzative possono essere viste come metafore che ci permettono di gestire e di percepire le

in questa prospettiva tali espressioni figurate reinterpretano cento anni di studi organizzativi ed evidenziano la possibilità di utilizzare diversi contributi teorici per guardare alla stessa organizzazione, evocando una metafora che la identifichi.

La metafora intesa come un orientamento teorico e metodologico che gli studi organizzativi hanno intrapreso alla fine degli anni Settanta³⁸ può essere, pertanto, considerata come uno strumento che ancora oggi guida le ricerche di molti sociologi dell'organizzazione, sia americani che europei.

In tale capitolo il richiamo alle metafore, vuole essere un tentativo per affrontare le problematiche organizzative connesse all'organizzazione sanitaria avvalendomi di più approcci, seguendo i requisiti di quella che, ancora Morgan, definisce la fase interparadigmatica che stiamo vivendo, dove le scienze umane (ormai entrate in una fase in cui i confini tra le scienze sono sempre più sfumati) assistono al venir meno di quella corrispondenza biunivoca tra oggetto studiato e metodologia di studio.

Diverse sono le metafore proposte da Morgan, dalla metafora della macchina, ove confluiscono gli studi organizzativi classici, alla metafora organicistica che prende in considerazione le teorie ecologiche, alla metafora della cultura connessa agli studi sul simbolismo organizzativo e sui processi cognitivi; fino alla metafora politica e del potere connesse, invece, agli approcci neoistituzionali e alla teoria dei costi di transazione.

In accordo con lo studioso che non esiste una teoria sorpassata, né una migliore di un'altra, in quanto le teorie sono strumenti più o meno utili al ricercatore per interpretare la realtà sociale, cercherò nel corso dei paragrafi di interpretare metaforicamente l'organizzazione sanitaria, di leggere e comprenderne la vita organizzativa, il rappresentabile e l'irrappresentabile, il noto e l'ignoto (Niero, Lonardi, Oprandi, 2006) facendo emergere,

organizzazioni in modi caratteristici ed i diversi approcci teorici non vengono così inquadrati in una concatenazione temporale di sviluppo (Baldacci, 1999), ma divengono metafore diverse nonché lenti particolari con cui guardare le organizzazioni.

³⁸ Questo nuovo orientamento prende il nome di simbolismo organizzativo o approccio culturale.

attraverso alcune metafore, la complessità organizzativa alla base del funzionamento dell'azienda sanitaria.

L'ipotesi guida è la medesima proposta da Morgan, ovvero, che *“tutte le teorie organizzative e manageriali sono fondate su concezioni o metafore implicite che ci conducono a percepire, comprendere e gestire le organizzazioni in modi caratteristici e, pertanto, parziali. In tale prospettiva se ogni teoria è una metafora, qualunque sia l'approccio o la teoria che si voglia adottare per studiare il fenomeno organizzativo e manageriale, tale teoria porterà con sé due conseguenze: da una parte ci permetterà di capire cose importanti ma, dall'altra parte si dimostrerà incompleta, falsa, e potenzialmente fuorviante”* (Morgan, 2004: 23). Ne deriva che nessuna teoria sarà mai esaustiva, ma applicare le metafore all'organizzazione sanitaria può mostrarsi un modo (o se si vuole una sfida) verso vie nuove ed originali per comprendere la natura di questa organizzazione, il modo di gestirla e di modellare le situazioni che in essa prendono forma.

Come sostenuto da Richard Boland (1989) tale approccio ha molti punti in comune con l'approccio ermeneutico delle scienze sociali il quale tende a considerare la vita sociale come un'opera di continua interpretazione. Se si prende, infatti, come punto di riferimento l'ambito di studio della teoria dell'organizzazione, questo approccio mostra in che modo sia possibile *“dar vita a nuove modalità di analisi facendo uso di metafore diverse per mettere a fuoco la realtà organizzativa in modi diversi”* (Morgan, 2004: 522). La metodologia di analisi organizzativa che suggerisco in questo capitolo non vuole essere un approccio strutturato che prevede l'applicazione di tutte le metafore proposte da Morgan ad ogni situazione, così come lo studioso nel suo libro non intende *“sostenere che ogni organizzazione debba essere considerata sia dal punto di vista della metafora della macchina che dal punto di vista di quella dell'organismo o da quella del cervello come pure da quella culturale”* (Morgan, 2004: 524). Piuttosto l'obiettivo è ricorrere all'uso della metafora per percepire quelle che Morgan definisce *“le dimensioni concorrenti di una stessa situazione in modo da poter dar vita alle nostre interpretazioni in maniera flessibile”* (Ibidem). L'intento è coniugare l'aspetto analitico con quello intuitivo, mostrando apertura agli apporti che ciascuna metafora può contribuire a fornire.

Ogni metafora che andrò a presentare mette, infatti, a disposizione un'immagine del fenomeno organizzativo e manageriale e la rappresentazione che ne deriva potrà considerarsi esaustiva solo dal punto di vista della metafora stessa; nulla vuole indurre all'idea (allontanata dallo stesso Morgan) che il "*management possa, di volta in volta, significare un'attività d'engineering, di reengineering o che possa significare dar vita a macchine organizzative efficienti per poi scoprire che i nostri progetti sono minati alla base dai cambiamenti ininterrotti del mondo o dalle caratteristiche degli esseri umani che (...) sono chiamati a dar vita alla macchina organizzativa*" (Morgan, 2004: 437).

Caratteristico dell'approccio della metafora, delle teorie e dei concetti che essa genera è, dunque, il fatto di riuscire ad offrire contributi per lo più parziali di una data realtà organizzativa e proprio tale limite contiene in sé il vantaggio di fornire un valido aiuto per comprendere quello che lo studioso definisce "*il progressivo passaggio delle teorie e delle pratiche manageriali da una moda organizzativa all'altra e capire perché anche la più recente delle teorie è sempre sul punto di essere superata da una teoria nuova*" (Morgan, 2004: 438). Ogni metafora mi permetterà, così, di aprire un nuovo orizzonte sull'organizzazione sanitaria, attivando una prospettiva particolare di tale realtà, giacché la metafora può essere considerata come una forza attiva e creatrice che ci persuade a dar vita al mondo in un modo caratteristico (Morgan, 2004). Secondo Neils Bohr (1958) con il suo <<principio di complementarità>> e secondo Werner Heisenberg (1958) con il suo <<principio di incertezza>> la metafora ci è utile nella misura in cui l'attore sociale ha l'esigenza di interpretare la realtà dando ad essa diversi modi di lettura che - seppur esclusivi - contribuiscono a dar ricchezza e profondità alla comprensione della realtà stessa.

Le organizzazioni ed in particolare l'organizzazione sanitaria, oggetto del mio studio, sono, infatti, più cose allo stesso tempo e le sfide che si pongono innanzi ai dirigenti che le governano sono sovente così complesse che ogni situazione emergente è il risultato di tutta una serie di forze e di dimensioni diverse e considerevoli di attenzione per il successo di ciò che Morgan (2004: 437) definisce "*l'azione manageriale*".

Quando i dirigenti scendono nel mondo della pratica (cercando tramite essa di dar concretezza ai contributi che le diverse metafore

possono offrire) accade, infatti, che la realtà organizzativa si manifesti in tutta la sua complessità; di qui la delusione che deriva, spesso, dall'applicazione delle teorie manageriali al contesto organizzativo per cui erano state pensate.

La sfida proposta è, dunque, quella di offrire ai dirigenti attraverso lo strumento della metafora, un nuovo modo per capire le organizzazioni che si trovano a dover amministrare, cercando, di volta in volta, quello che Morgan suggerisce essere “*il modo più adeguato per vedere, comprendere e modellare le situazioni in cui sono chiamati ad operare*” (Morgan, 2004: 438).

Le quattro metafore che ho scelto di utilizzare nei paragrafi successivi intendono dar conto di aspetti diversi della stessa organizzazione e mettono in evidenza come “*caratteristiche diverse possono coesistere*” (Ibidem) dentro la medesima organizzazione. Richiamando, infatti, un esempio dello studioso americano possiamo renderci conto che un aspetto specifico di una data struttura organizzativa (come ad esempio l'attività operatoria dentro una organizzazione sanitaria) può rispecchiare più cose allo stesso tempo. Da un lato può rappresentare il tentativo di ‘meccanizzare’ tutta una serie di attività connesse a tale ambito organizzativo ma, dall'altro, può anche essere il risultato di un meccanismo di difesa da parte del dirigente o della direzione generale nei confronti dell'utenza (cittadini, associazioni famigliari ecc.) o nei confronti degli attori locali (Tribunale dei diritti del malato, Ministero della Salute, agenzia di sanità pubblica del Lazio ecc.), mosso dalla domanda che l'attore organizzativo muove a sé stesso rispetto alle modalità di gestione della propria organizzazione ovvero: l'organizzazione che dirigo è un'organizzazione sicura?

O, ancora, il tentativo di meccanizzare le attività può identificare un meccanismo per la gestione dell'ansia o un tentativo di tutela da parte della dirigenza in cui l'attore sociale, al vertice di una data organizzazione (direttore generale, direttore sanitario, direttore amministrativo) o un dirigente a capo di una data unità operativa, meccanizza tutta una serie di attività con l'intento di rendere l'organizzazione che dirige un'organizzazione più sicura (ad esempio la medicina difensiva vs programmi di gestione del rischio nelle sale operatorie e nei reparti ospedalieri, o la messa a punto della cartella unica di terapia nei reparti di degenza, oppure le attività per il

monitoraggio degli eventi sentinella, o la cartella clinica informatizzata ecc.).

Il tentativo di meccanizzare alcune attività all'interno della propria organizzazione può, tuttavia, essere anche l'espressione ultima di un <<apprendimento monoroutinario>>³⁹ (ove l'importante è riuscire a rilevare e correggere l'errore in ordine a precise norme operative, senza generare processi di apprendimento organizzativo capaci di rivedere le norme operative poste alla base) o il momento di maggiore manifestazione del potere di una data unità operativa o di una categoria professionale su un'altra (es. attività di negoziazione della lista operatoria tra i primari delle unità operative o sulle attività informali portate avanti dai medici e dagli infermieri di sala per far slittare la seduta operatoria ad un'altra unità operativa ecc.)⁴⁰.

In una organizzazione tutte queste caratteristiche possono essere presenti nello stesso momento e anche se questo complica fortemente la natura del fenomeno organizzativo, dall'altra parte dà vita a tutta una varietà di contributi conoscitivi di cui darò conto nei successivi paragrafi.

3.2 Macchina

L'organizzazione è uno strumento che raramente nasce come fine in sé, essa scaturisce per raggiungere degli obiettivi il cui raggiungimento dipende dallo stile di organizzazione, quale scelta di chi governa, che può risultare spesso non congruente con gli obiettivi per cui l'organizzazione è chiamata ad operare nell'ambiente. Tale concetto è ritrovato nell'origine stessa della parola <<organizzazione>> derivante dal greco *organon* il cui significato coincide con <<strumento>>, <<mezzo>>.

Il carattere della strumentalità è presente, dunque, già nelle prime organizzazioni formali ma è solo con la diffusione delle macchine, in

³⁹ Avrò modo di approfondire tale aspetto nel paragrafo inerente la '*Learning organization*', ove esplicherò le tipologie di apprendimento che possono svilupparsi all'interno di un'organizzazione sanitaria: apprendimento monoroutinario o a sub-routine doppia.

⁴⁰ Tali aspetti saranno maggiormente evidenziati nel capitolo quinto della ricerca.

concomitanza con la rivoluzione industriale europea e nord-americana che i pensieri organizzativi assumono caratteristiche meccanicistiche (Morgan, 2004). Con lo sviluppo della rivoluzione industriale si assiste, infatti, ad una tendenza crescente alla burocratizzazione e ad un aumento dei processi di routinizzazione della vita. L'organizzazione come macchina è, pertanto, alla base di quel modello burocratico il cui pensiero produttivo, di tipo meccanicistico, influenzò fortemente il modo di concepire la fenomenologia organizzativa, al punto che, ancora oggi, ogni volta che parliamo di organizzazione si configura razionalmente ciò che Morgan definisce una serie stabile di relazioni ordinate tra componenti date, in modo da costituire un insieme ben definito; ed intuitivamente, in maniera non esplicita, tendiamo a raffigurare le organizzazioni come un insieme di relazioni meccaniche, come se si trattasse di macchine costantemente capaci di funzionare, in modo routinizzato, efficiente, affidabile e prevedibile (Morgan, 2004).

Nella teoria classica che vede le organizzazioni come semplici strumenti per raggiungere uno scopo, il *focus* dell'analisi è, dunque, sull'aspetto rigidamente burocratico e non sul ruolo dei soggetti. Il funzionamento di un'organizzazione burocratica si basa, infatti, sulla divisione dei compiti, sulla supervisione gerarchica e su tutto un sistema di regole, regolamenti e procedure dettagliati e formalizzati, dove ciascun attore conosce il proprio compito e lo esegue con diligenza, puntualità e professionalità.

Una tale rigidità organizzativa, alla base della teoria dell'organizzazione classica, non solo prevede che le azioni messe in opera in una struttura organizzativa, così concepita, siano progettate in modo definito e preciso ma, presuppone una visione dell'organizzazione come sistema razionale, capace di funzionare nella maniera più efficiente possibile, con una attenzione trascurabile a tutti gli aspetti umani insiti nell'organizzazione stessa (Ibidem). Il pensiero alla base della teoria dell'organizzazione scientifica classica richiama, pertanto, la convinzione che la gestione sia un processo di pianificazione, comando, controllo, coordinamento di alcuni capi e numerosi subordinati addetti ad eseguire i loro ordini. Nell'organizzazione sanitaria⁴¹ è possibile, ad esempio, osservare

⁴¹ Come metterà in luce la ricerca sul campo nel corso del quinto, sesto e settimo capitolo.

molti dei principi alla base della teoria dell'organizzazione classica. Quali la tipicità dell'unità di comando - dove ogni dipendente deve ricercare ordini solo da un superiore gerarchico - e la particolarità della catena di comando quale linea gerarchica che lega i superiori ed i subordinati e che va dal vertice alla base dell'organizzazione. Nelle organizzazioni sanitarie la catena di comando risulta, infatti, dall'applicazione del principio dell'unità di comando e viene usata (come avremo modo di osservare nella ricerca attraverso il ricorso alle storie dal campo) come un canale preferenziale (non sempre esauriente) per la trasmissione delle comunicazioni e delle decisioni dall'alto, ad esempio dalla direzione generale ai livelli operativi (reparti, unità operative semplici, ambienti amministrativi ecc.).

In questa tipologia di organizzazione è inoltre possibile evidenziare il costante tentativo del vertice di giungere ad una suddivisione del lavoro e ad un livello di specializzazione interna tale da permettere al tutte le realtà organizzative di perseguire in maniera efficiente gli obiettivi aziendali. Accanto a ciò emerge lo sforzo di garantire, all'interno delle micro realtà organizzative, una subordinazione degli interessi individuali all'interesse generale attraverso accordi franchi e mediante l'esercizio di una costante supervisione del lavoro, dove il personale di *staff* - mettendo a disposizione le proprie competenze professionali - pone un'attenzione costante a non violare la struttura gerarchica. Tale rigidità organizzativa è ulteriormente garantita dalla creazione di rapporti di lavoro di lungo periodo.

Applicando tali principi si ottiene, dunque, un'organizzazione sanitaria che rispecchia un modello contraddistinto da tutta una serie di mansioni ben definite, organizzato in senso fortemente burocratico, mediante linee di comando e di comunicazione specifiche. Ne deriva un sistema organizzativo, sostanzialmente progettato come una macchina *“con parti interdipendenti organizzate in una particolare sequenza e collegate da punti esattamente individuati di resistenza o rigidità (...) si tratta di parti intese come reparti funzionali (produzione, marketing, finanza, personale, ricerca, sviluppo ecc.) (...) che sono a loro volta ulteriormente sotto articolati in una serie di mansioni definite nel dettaglio. Le responsabilità delle diverse mansioni si incastrano tra di loro in modo da completarsi reciprocamente in maniera tendenzialmente perfetta e sono tenute insieme dalla catena scalare*

del comando che si basa sul noto detto <<un uomo un capo>> (Morgan, 2004:42).

La teoria dell'organizzazione classica o lo *scientific management* per lungo tempo sono stati considerati dai dirigenti “*il miglior metodo di organizzazione*” (Morgan, 2004: 49), ma basta osservare quanto accade oggi nelle prassi organizzative per rendersi conto di quanto fosse illusoria la fiducia riposta nei principi gestionali dello *scientific management* e di come molti dei problemi alla base delle organizzazioni moderne siano connessi all'uso di approcci puramente meccanicistici. Se, infatti, in alcuni ambiti e divisioni una funzionalità di tipo meccanico può configurarsi come condizione dell'efficienza organizzativa in altri casi tale meccanicismo può generare conseguenze negative all'interno di un contesto organizzativo.

Guardare alle organizzazioni attraverso le lenti proposte da tale orientamento, secondo cui l'organizzazione può funzionare seguendo processi tecnici razionali ed efficienti induce, di fatto, a “*sottovalutare gli aspetti umani dell'organizzazione e a trascurare che i compiti che confrontano le organizzazioni risultano spesso molto più complessi, incerti e difficili dei compiti che possono essere espletati da delle macchine*” (Ibidem).

Traslando tale pensiero sull'organizzazione sanitaria, quelle che Morgan (2004) definisce le potenzialità ed i limiti della metafora meccanicistica divengono speculari ai limiti ed alle potenzialità che l'organizzazione meccanicistica trova nella realtà concreta. Un'organizzazione sanitaria è, infatti, un'organizzazione così complessa per gerarchia, per la divisione del lavoro interna, per gli ambiti di controllo, per la centralizzazione dell'autorità, per i rapporti di lavoro di lungo periodo che la caratterizzano e con un'alta densità di lavoro che è lecito chiedersi se può effettivamente funzionare (o continuare a funzionare) applicando i principi gestionali ed organizzativi insiti nella metafora della macchina e nel caso perché non può funzionare orientandosi a tali aspetti.

I principi su cui si costruisce l'approccio meccanicistico prevedono che esso sia funzionale in una organizzazione quando si è in presenza di un compito molto chiaro, se l'ambiente è sufficientemente stabile da garantire che i risultati prodotti siano appropriati, se si vuole produrre lo stesso prodotto più volte, se la precisione gioca un ruolo fondamentale e le componenti umane sono docili e rispettano i

compiti assegnati. Tuttavia, se l'applicazione di tali principi in un'organizzazione gestita secondo il criterio del *franchising* risulta efficace in relazione alla possibilità di rivolgersi ad un mercato di massa e delineato con molta precisione (con garanzia di offrire all'utenza un servizio costante, preciso e regolare⁴²).

All'interno di una organizzazione sanitaria l'applicazione del modello meccanicistico evidenzia, invece, limiti oggettivi nella misura in cui in tale contesto organizzativo e dentro le singole unità operative che lo compongono (siano esse unità operative semplici o complesse) il compito da assolvere non è sempre chiaro, l'ambiente non è stabile ma siamo in presenza di un ambiente mutevole che costantemente risente delle sollecitazioni di altri contesti organizzativi a cui è connesso e che premono sull'organizzazione interna dei reparti a diversi livelli di interesse. A ciò si aggiunge che il ciclo produttivo è a volte routinario ma, spesso, interrotto da innovazioni e nuove pratiche lavorative che, se da un lato provocano sconvolgimenti interni ai reparti, resistenze e conflitti tra ruoli, dall'altro attivano processi di apprendimento capaci di sedimentare nuove pratiche organizzative dando vita al cambiamento; per di più la precisione ha un ruolo importante ma, non sempre, può essere garantita data la complessità e l'instabilità/imprevedibilità dei processi lavorativi e delle attività di cura.

Rispetto a questo ultimo punto, nel caso dell'organizzazione sanitaria, le attività che si svolgono quotidianamente in un reparto ospedaliero o in un reparto di pronto soccorso o all'interno di un comparto operatorio, seppur portate avanti nel rispetto di protocolli e procedure, lasciano spazio all'imprevedibilità dell'agire umano che può avere ampi margini di incertezza. Di qui l'esigenza di dover gestire eventi inattesi e non pianificati dalla macchina organizzativa

⁴² La McDonald rappresenta un esempio particolarmente eclatante di applicazione dei principi tayloristici; la McDonald centralizzando la progettazione dei prodotti e dei servizi e decentrando la fase esecutiva mantenendola sotto uno stretto controllo, usando metodi scientifici per elaborare le mansioni da assolvere, elaborando manuali in cui vengono definiti gli standard e codificati i livelli di efficienza, nonché attraverso l'elaborazione e l'uso di programmi di addestramento e criteri di valutazione della mansione ha ottimizzato la sua macchina organizzativa garantendone il successo.

che pur volendo tendere ad un governo razionale e ottimale dei processi assistenziali e di cura del paziente possiede, invece, una razionalità solo parziale e limitata dei fenomeni organizzativi che intorno ad essa si strutturano. Tale incertezza organizzativa può dipendere da diversi fattori concatenanti, spesso connessi al fatto che non sempre i dipendenti e le diverse professionalità rispettano i compiti assegnati loro dall'organizzazione come pure dal fatto che gli interessi individuali tendono a scontrarsi con gli interessi collettivi determinando una conflittualità nelle relazioni tra i diversi ruoli professionali.

I limiti nel guardare all'organizzazione sanitaria come macchina sono, dunque, insiti nel fatto che la metafora meccanicistica non considera gli aspetti umani dell'organizzazione né il fatto che le attività ed i compiti da realizzare dentro un'organizzazione così concepita sono, spesso, più complessi ed incerti di quelli svolti dalle macchine; così come numerose sono le resistenze nell'adattamento ad un ambiente costantemente mutevole. Concepire l'organizzazione sanitaria in termini meccanicistici ed applicare i principi di tale approccio agli ambiti entro cui si dispiegano le attività di cura, produce non solo forti resistenze ai processi di cambiamento che, invece, connotano tali campi organizzativi e permettono all'organizzazione di adattarsi alle sollecitazioni provenienti dall'ambiente esterno ed interno ma, danno vita ad una burocrazia ottusa che porta ad esiti indesiderabili ed imprevisi qualora gli interessi di chi opera nell'organizzazione superano gli obiettivi originari della stessa. Con effetti disumanizzati sugli anelli più bassi della produzione e con effetti inattesi che si traducono in una non sicurezza negli spazi dove ha luogo il processo di cura.

L'organizzazione sanitaria è, inoltre, inserita in ambiente tecnologicamente denso in cui l'innovazione è costantemente presente ed auspicabile e questo postula la necessità di dar vita ad *“azioni e reazioni di tipi diversi. (...) dove flessibilità e capacità di mettere in opera attività creative devono divenire molto più importanti della mera efficienza organizzativa; fare la cosa giusta in un modo ed in un tempo <<sufficientemente ragionevole>> diviene più importante piuttosto che far bene la cosa sbagliata o piuttosto che far la cosa giusta ma troppo tardi”* (Morgan, 2004: 51). L'approccio meccanicistico potrebbe, di fatto, sopravvivere solo in alcune aree se associato ad altre forme organizzative (ad esempio nei

reparti di chirurgia ed in tutti quegli ambiti in cui la precisione, la suddivisione delle responsabilità e la sicurezza del cliente/utente sono una condizione primaria ed ineliminabile a cui l'organizzazione deve tendere e garantire (Morgan, 2004). Una applicazione totale dello *scientific management* ad ogni ambito dell'organizzazione sanitaria produrrebbe, infatti, effetti perversi e porterebbe ad una stasi organizzativa tale da creare una organizzazione vittima di quel tipo di <<segmentazione>> che Rosabeth Moss Kanter (1983) dimostra infestare tante grandi aziende moderne.

Quella che Morgan chiama la dipartimentalizzazione attivata dalle articolazioni meccanicistiche tra i diversi livelli gerarchici, tra le diverse funzioni, tra i diversi ruoli e tra le diverse persone tende, così, a creare delle barriere e dei blocchi insuperabili all'interno di questa tipologia di organizzazione. Ne è un esempio, il fatto che quotidianamente nelle organizzazioni sanitarie e nei reparti di cura, quando si presentano nuovi problemi, questi vengono spesso ignorati semplicemente perché non sono disponibili delle risposte precostituite. Oppure tali problemi vengono affrontati in maniera frammentaria piuttosto che con un approccio unitario⁴³; ne consegue che la loro soluzione può venir allontanata dalle prassi esistenti, dalle procedure e dai comportamenti istituzionalizzati nonché dall'esperienza maturata (Morgan, 2004) dai singoli professionisti.

“Le procedure standardizzate, così come i canali di comunicazione precostituiti sono spesso incapaci di affrontare efficacemente situazioni nuove, dal momento che richiedono tutta una serie di commissioni e di riunioni apposite che (...) giacché devono essere pianificate per rafforzare piuttosto che per mettere in crisi le normali modalità operative, risultano spesso troppo lente o finiscono con l'affrontare le nuove problematiche troppo tardi. In questo modo aumentano i problemi relativi alla inazione organizzativa o quelli connessi alla mancanza di coordinamento (...) Può così accadere che l'organizzazione si trovi con accumuli di lavoro poiché la routine è saltata e le nuove problematiche giungono fino al vertice

⁴³ Si pensi ai problemi derivanti dall'introduzione di un nuovo programma o di una nuova pratica organizzativa all'interno di un reparto ospedaliero, tra i ruoli e le diverse professioni c'è chi resiste al cambiamento, chi ignora la nuova pratica chi la accoglie modificando il suo agire, chi adotta strategie per evitare il confronto con il nuovo, chi perpetua le vecchie routine.

della gerarchia poiché gli attori dal basso non sono in grado o non intendono risolvere tali problemi (Morgan, 2004: 52).

Ne deriva che le azioni attivate da una parte dell'organizzazione possono avere risvolti negativi su altri segmenti della stessa. Ciò è connesso al fatto che *“la definizione meccanicistica delle mansioni e delle relative responsabilità spinge i membri dell'organizzazione ad assumere atteggiamenti superficiali ed irresponsabili che si esprimono nelle affermazioni del tipo <<non spetta a me preoccuparmi di questa cosa>> o <<è una sua responsabilità, non certo una responsabilità mia>> o <<io sono qui per fare quello che mi viene detto>> (...) Tali atteggiamenti sono tipici dell'approccio meccanicistico (...) l'apatia, la trascuratezza, l'assenza di amor proprio che molto spesso si incontrano sul posto di lavoro non sono casuali, tutto ciò viene favorito dall'approccio meccanicistico. Tale approccio, infatti, tende a demotivare e a limitare le iniziative in favore dell'obbedienza agli ordini senza tentare di migliorare ciò che si sta facendo. Definire le responsabilità in maniera chiara, presenta il vantaggio che ognuno sa che cosa ci si aspetta da lui (..) e anche cosa non ci si aspetta” (Morgan, 2004: 53)*

Oggi è quanto mai impossibile non rendersi conto che le burocrazie e insieme a queste anche tutti quelli che Morgan definisce i modelli meccanicistici di organizzazione sono soggetti a revisioni e critiche in merito alla loro rigidità e disfunzionalità.

Il *Total Quality Management*, insieme all'enfasi posta sull'organizzazione flessibile basata sui *team* che ha caratterizzato gli anni Ottanta e Novanta, segnala la necessità di ricercare modalità non meccaniche di organizzazioni, dove nuovi principi organizzativi acquistano valore.

“Le metafore che seguiranno possono darci un'idea di quali siano le metodiche possibili e più adeguate in tempi nuovi che ci attendono” (Morgan, 2004: 55).

3.3 Organismo

I limiti insiti nell'approccio meccanicistico hanno indotto molti dei teorici organizzativisti a rivedere, criticamente, i principi insiti in tale approccio a favore di concezioni biologiche quale fonti a cui attingere per gli studi organizzativi. La stessa teoria

dell'organizzazione è divenuta nel tempo *“una specie di disciplina biologica nella quale le distinzioni tra molecole, cellule, organismi complessi, specie e ambiente sono rispecchiate dalle distinzioni tra individui, gruppi, organizzazioni, popolazioni (specie) di organizzazioni e la loro ecologia sociale”* (Morgan, 2004: 56).

Questa prospettiva, non solo ha portato a visioni nuove sul modo attraverso cui comprendere il funzionamento delle organizzazioni, ma ha permesso di individuare tutti quei fattori che ne inducono il successo. Sotto l'influenza delle metafora della macchina, la teoria organizzativa si era, infatti, circoscritta dentro una concezione ingegneristica dell'organizzazione, preoccupata unicamente del rapporto esistente tra obiettivi, strutture ed efficienza. Concepire, invece, le organizzazioni come organismi ha indotto a prestare attenzione a tutti quegli aspetti connessi alle problematiche sulla sopravvivenza, al rapporto tra organizzazione ed ambiente come pure a tutti quei temi legati all'efficacia organizzativa.

“Gli obiettivi, le strutture e l'efficienza vengono, infatti, oggi considerati in via subordinata rispetto alla problematica della sopravvivenza” (Morgan, 2004: 57) e rispetto ai temi caratterizzanti l'approccio biologico. Analizzare le organizzazioni sulla base di questo modello e considerarle come veri e propri esseri viventi (aperti all'esterno e capaci di auto organizzarsi, di autopoiesi ed in grado di fare della propria vita un processo continuo di conoscenza e della conoscenza l'essenza della propria vita) permette di abbandonare il modello meccanicistico di organizzazione quale modello assoluto e di cambiare prospettiva allargando la nostra visione del mondo delle organizzazioni.

La metafora organicistica, rispetto alla metafora della macchina, ci aiuta ad individuare diversi requisiti organizzativi i quali ci permettono non solo di concepire le organizzazioni come dei “sistemi aperti” e di comprendere i processi attraverso cui queste ultime si adeguano al loro ambiente - evidenziando tutti quei fattori rilevanti per ciò che Morgan (2004) definisce il benessere e lo sviluppo delle organizzazioni - ma ci permette, altresì, di intendere il modo attraverso cui l'organizzazione elabora risposte strategiche adeguate ai cambiamenti del contesto entro cui è inserita e che avvengono indipendentemente da essa. Come pure di individuare le aree di interdipendenza tra questa e le altre organizzazioni, sapendo superare i confini critici.

La metafora delle organizzazioni come organismo permette, di fatto, di individuare l'esistenza di diversi tipi di organizzazioni e le relazioni esistenti tra queste ed i loro rispettivi ambienti. In tale prospettiva i sistemi organizzativi sono concepiti sulla base dei bisogni che devono soddisfare e sono legati sia a variabili interne che esterne od ambientali. Allo stesso modo anche le organizzazioni sanitarie possono essere concepite come 'sistemi aperti' che costantemente si adeguano all'ambiente circostante e dove le attività lavorative sono spesso influenzate dalla natura umana e dalle componenti formali.

Nelle organizzazioni sanitarie i dipendenti sono attori sociali portatori di bisogni complessi che devono essere soddisfatti se si vuole che essi operino in uno stato di efficienza lavorativa.

La motivazione ed i processi motivazionali divengono, leve fondamentali e la remunerazione soddisfazione di un bisogno personale. Gli individui ed i gruppi, così come gli organismi biologici, producono, infatti, rendimenti ottimali solo se i loro bisogni vengono soddisfatti. *“L'attenzione ai bisogni ci induce a considerare le organizzazioni come dei processi interattivi, processi che hanno bisogno di essere tenuti in equilibrio, sia all'interno dell'organizzazione che nei rapporti con l'ambiente”* (Morgan, 2004: 96).

Come sostiene Morgan questo ci induce a considerare la strategia, la struttura, la tecnologia e le dimensioni umane e manageriali dell'organizzazione come tanti sottosistemi caratterizzati da bisogni vivi che devono venir soddisfatti in maniera reciprocamente accettabile. In tale ambito la sfera relazionale assume anch'essa importanza nella misura in cui il comportamento dei superiori (direttore generale, capo dipartimento, dirigenti medici di I° e II° livello) può influenzare sia la soddisfazione degli utenti/clienti sia la produttività delle singole attività di reparto; portate avanti dagli altri ruoli professionali, in connessione con le altre unità operative (reparto di pronto soccorso, altri reparti ospedalieri o dipartimenti) e la cui funzionalità è fortemente influenzata dalle dinamiche relazionali che si attivano tra i diversi ruoli professionali. Ne deriva che l'organizzazione, non solo deve integrare gli aspetti umani e quelli tecnici del lavoro (giacché gli elementi umani/sociali e quelli tecnici sono inseparabili ed hanno una forte influenza reciproca) ma, la strategia, la struttura, le dimensioni umane e manageriali

divengono dei sottosistemi correlati i cui i bisogni devono essere soddisfatti contemporaneamente e nel modo più equilibrato possibile. “Si immagini un sistema socio-tecnico in cui i bisogni umani collocabili al vertice della scala dei bisogni di Maslow⁴⁴, si scontrino con una tecnologia che comporti mansioni routinarie, noiose, e dotate di discrezionalità limitata” (Morgan, 2004: 97) (Fig. 1)

FIGURA 1 LA PIRAMIDE DEI BISOGNI DI MASLOW



Fonte: elaborazione personale, 2011

⁴⁴ Tra il 1943 e il 1954 lo psicologo statunitense Abraham Maslow concepì il concetto di *Hierarchy of Needs* (gerarchia dei bisogni o necessità) e la divulgò nel libro *Motivation and Personality* del 1954. Questa scala di bisogni è suddivisa in cinque differenti livelli, dai più elementari (necessari alla sopravvivenza dell'individuo) ai più complessi (di carattere sociale). L'individuo si realizza passando per i vari stadi, i quali devono essere soddisfatti in modo progressivo. Questa scala è internazionalmente conosciuta come la piramide di Maslow. I livelli di bisogno concepiti sono: bisogni fisiologici (fame, sete, ecc.); bisogni di salvezza, sicurezza e protezione; bisogni di appartenenza (affetto, identificazione); bisogni di stima, di prestigio, di successo; bisogni di realizzazione di sé (realizzando la propria identità e le proprie aspettative e occupando una posizione soddisfacente nel gruppo sociale).

Ad esempio in una azienda sanitaria il monitor per il controllo delle funzionalità vitali del paziente, la bombola per l'ossigeno, la sacca per la nutrizione parenterale, le sacche di drenaggio, il catetere vescicale ecc.. *“Ne risulta un atteggiamento di noia ed alienazione* (da parte degli operatori sanitari chiamati ad occuparsene) *che da luogo a tutta una serie di fenomeni disfunzionali (giocare sul posto di lavoro o fare dei veri e propri sabotaggi* (Ibidem); o, ancora, indurre il personale medico o non medico a dimenticanze, dissenteismo o a non fare la cosa giusta nel tempo e nel momento giusto.

Questi fenomeni disfunzionali emergono, spesso, come strumenti adottati dalle professioni per riacquisire il rispetto di sé e celano l'esigenza di un ambiente lavorativo più armonioso di quello che l'approccio socio-tecnico potrebbe contribuire a realizzare (Morgan, 2004).

In una organizzazione, in particolare in una organizzazione complessa quale è l'azienda sanitaria, nella progettazione della struttura organizzativa devono, quindi, essere considerati simultaneamente sia le persone che i gruppi.

Il gruppo ha, infatti, un ruolo determinante nel perseguimento degli obiettivi aziendali e le mansioni e le relazioni interpersonali necessitano di essere riprogettate per creare quelle che Morgan (1979) chiama delle condizioni che favoriscono la crescita personale e nel contempo aiutino l'organizzazione a realizzare meglio i propri scopi ed obiettivi (Morgan, 2004); vale a dire integrare i bisogni individuali con quelli dell'organizzazione stessa.

Benché ciò sia auspicabile accade, tuttavia, che nell'ambito di tali sforzi e nel tentativo di assegnare mansioni alle diverse professionalità che operano dentro i contesti di cura possa venir meno quell'autonomia professionale che spinge l'attore sociale a svolgere il proprio lavoro con una certa responsabilità. Dopo l'aziendalizzazione, la necessità che il medico svolga, oltre che all'attività clinica, anche attività prettamente manageriali si scontra con una non piena autonomia nella presa delle decisioni organizzative da parte di quest'ultimo. Decisioni che vanno ogni volta negoziate con il *top manager* o con i livelli gerarchici superiori. Tale aspetto si traduce in una deresponsabilizzazione del medico rispetto a tutte quelle attività non direttamente connesse a quelle di cura: compilazione e chiusura delle cartelle cliniche, monitoraggio

degli eventi sentinella in reparto, gestione dell'evento avverso, compilazione della cartella unica di terapia, relazioni con i famigliari e con altri attori istituzionali e non quali l'Ares 118, il Ministero della Salute, l'Asp Lazio, altre aziende ospedaliere, *hospice*, Tribunale dei diritti del malato, medici di medicina generale ecc..

L'attenzione all'organizzazione come sistema vivente porta, dunque in luce l'importanza della gestione delle risorse umane, delle relazioni tra queste e gli altri attori del sistema nonché della soddisfazione dei loro bisogni, quali variabili cruciali connesse alla necessità di integrare gli aspetti umani con quelli più propriamente tecnici del lavoro aziendale (Morgan, 2004).

Questa duplice attenzione, come la definisce Morgan, alle risorse umane e alla relazione tra gli attori del sistema evidenzia che il modo migliore di comprendere le organizzazioni è, proprio, quello di concepirle come “*sistemi socio-tecnici*” (Morgan, 2004: 60), giacché - qualunque sistema tecnico si decida di prendere in considerazione sia esso una struttura organizzativa, una progettazione delle mansioni o una specifica tecnologia - tale sistema avrà sempre un impatto sulla componente sociale e viceversa. Assumere che gli individui, i gruppi e le organizzazioni possiedono dei bisogni che necessitano di essere soddisfatti implica, di conseguenza, assumere che tali soggetti dipendono dall'ambiente in cui sono inseriti.

Tale assunto è alla base di quello che Ludwig von Bertalanffy (1968) definisce <<*l'approccio sistemico aperto*>>.

Sviluppatosi intorno agli anni Cinquanta e Sessanta tale approccio fa suo l'assunto secondo cui le organizzazioni, come gli organismi, sono aperte (Ludwig von Bertalanffy, 1968) verso l'ambiente e necessitano di stabilire con esso un rapporto adeguato ai fini della loro sopravvivenza (Morgan, 2004). L'approccio della *Open System Theory*, fornisce all'analisi organizzativa concetti originali mostrando come le organizzazioni siano articolate in sottosistemi via via più semplici e prevedibili e dunque gestibili ed evidenzia come il loro funzionamento di base sia assicurato da segmenti e componenti programmati per delle routine e per dei processi.

All'interno delle organizzazioni questo consente che i sottosistemi assumano la forma di sottoinsiemi stabili, capaci di autoregolarsi e di conservare la propria struttura e la propria funzione, anche in mancanza di un controllo continuo da parte delle unità superiori (Scott, 1985). Sotto questo aspetto è, tuttavia, utile chiarire che

l'approccio sistemico alle organizzazioni non tende ad eliminare da quest'ultime la semplicità, né prospetta che tutto in esse sia riconducibile a complessità, esso non rifiuta la chiarezza, l'ordine, il determinismo ma ne evidenzia i limiti.

Dentro un ospedale, ad esempio, si svolgono molti processi lineari, i quali vanno gestiti come tali (Forino, 1997). Quelli che la tecnica ospedaliera indica come i cicli del vitto, della biancheria, dei rifiuti ospedalieri, della compilazione delle cartelle cliniche, così come le procedure di sterilizzazione o l'attività di *trriage* nei reparti di pronto soccorso che permette l'assegnazione delle priorità di accesso rispetto a specifici codici di emergenza e di urgenza, rappresentano altrettanti processi ordinati e regolari che si ripetono continuamente e che vanno gestiti come tali. Per gestirli e ottimizzarli occorrono, tuttavia, tecniche puntuali. Ne deriva che guardare alle organizzazioni nella prospettiva della complessità, non porta a fare a meno delle conoscenze tecniche.

L'approccio sistemico alle organizzazioni (in particolare se applicato alle organizzazioni sanitarie) si propone, di fatto, quale strumento per dare più efficacia all'azione direzionale (De Rosnay, 1997), poiché mentre l'approccio analitico si concentra sulle parti, quello sistemico ingloba la totalità degli elementi del sistema studiato, insieme con le loro interazioni e le loro interdipendenze. Un sistema, o un suo sottosistema, si costituisce quando all'interno di un confine le sue componenti stabiliscono tra loro relazioni e scambi più intensi e stabili di quelli che hanno con componenti di altri sottosistemi. L'approccio sistemico sposta, così, l'attenzione dalla parte al tutto, dagli elementi alle relazioni che tra essi intercorrono e ci ricorda che anche le organizzazioni sanitarie (in quanto sistemi sociali complessi) presentano caratteristiche quali l'apertura, l'adattatività, l'evoluzione, l'imprevedibilità, l'irreversibilità e la multidimensionalità (Scott, 1985).

Sono queste caratteristiche che le rendono particolarmente assimilabili a dei sistemi complessi adattativi (SCA), giacché ciascuna di esse può essere ritenuta *“un insieme di agenti individuali, che hanno la libertà di agire in modi non sempre totalmente prevedibili e le cui azioni sono tra loro interconnesse al punto che le azioni di un agente cambiano il contesto per gli altri”* (Plsek, Greenhalgh, 2001: 265-268). L'organizzazione sanitaria, come molte altre organizzazioni complesse, si configura pertanto

come un sistema i cui livelli organizzativi inferiori possono essere definiti come dei sottosistemi interrelati, in cui ciascun sistema ne contiene un altro. Ne scaturisce che *“le organizzazioni contengono gli individui (...) i quali fanno parte di gruppi o reparti, i quali a loro volta sono inseriti in divisioni e così via”* (Morgan, 2004: 66).

L'Applicazione dell'approccio sistemico e multidimensionale all'organizzazione sanitaria ci consente, dunque, di superare tutti quei modelli diffusi all'interno della cultura organizzativa sanitaria che fanno riferimento ai modelli tradizionali della scienza normale e che contrastano con la possibilità di cogliere, compiutamente, la complessità di fronte cui le professioni sanitarie sono continuamente poste. Tale approccio ci permette, infatti, di tramutare l'incertezza, tipica dei sistemi sanitari complessi e la loro capacità di auto organizzarsi, in strategia. Come sostiene Forino (1997) la marcata impronta professionale delle organizzazioni sanitarie richiede, di fatto, un management orientato alla flessibilità che renda possibile il continuo adattamento dell'organizzazione all'ambiente e capace di condurre ad una reale comprensione della complessità che connota l'ambiente organizzativo, valorizzando una visione dell'organizzazione non solo come sistema aperto ma, soprattutto, come un sistema capace di apprendere all'interno di una rete di sistemi.

I limiti nel guardare all'organizzazione sanitaria secondo i principi della metafora dell'organismo sono, tuttavia, insiti nel fatto che un tale sguardo trascura le componenti strutturali, tecnologiche ed economiche che influenzano il disegno organizzativo ed i processi lavorativi interni alle unità operative ospedaliere; ignorando, altresì, che tra i diversi gruppi professionali che agiscono dentro un'organizzazione sanitaria, esistono divergenze di interessi ed obiettivi e che, spesso, gli incentivi di carattere sociale e morale hanno effetto solo se le persone ed i gruppi professionali si identificano con l'organizzazione in cui lavorano.

Ne deriva che i conflitti stessi si risolvono attraverso un processo di continua negoziazione e comunicazione che prende vita entro un ambiente organizzativo dove non è solo l'uomo a doversi adattare alle strutture, ma anche le strutture all'uomo. Questo approccio, seppur fornisce contributi importanti allo studio delle organizzazioni, rappresenta quest'ultime in modo molto concreto, lasciando poco spazio all'azione creativa dell'uomo, non considerando che le

organizzazioni non solo devono adeguarsi all'ambiente ma contribuiscono ininterrottamente alla sua formazione. Le organizzazioni, infatti, difficilmente risultano come unità funzionali perfettamente coordinate così come sono considerate nel modello sistemico.

3.4 Cervello

Nei paragrafi precedenti l'aver analizzato le organizzazioni attraverso i principi alla base della metafora della macchina e quelli connessi alla metafora dell'organismo mi ha permesso di prendere in considerazione modi di concepire l'organizzazione già affermati nel mondo della teoria e della pratica. Guardare invece all'organizzazione ricorrendo alla metafora del cervello sposta l'attenzione su quello che Morgan definisce un terreno sconosciuto. Se, infatti, la metafora dell'organismo ha mostrato il valore insito nel *“saper creare organizzazioni capaci di produrre innovazione e di evolversi in modo da rispondere adeguatamente alle sfide provenienti dall'ambiente instabile in cui sono immerse”* (Morgan, 2004: 156), la metafora del cervello fornisce, invece, delle linee guida pratiche per realizzare tale obiettivo.

Come sostiene Morgan la metafora del cervello muovendosi su un terreno in buona parte poco conosciuto assume un carattere maggiormente prescrittivo e normativo, la cui vitalità risiede nei contributi teorici che essa fornisce in direzione della creazione di quelle che gli studiosi organizzativisti definiscono *learning organizations*. Le potenzialità che i principi della metafora dell'organismo offrono nel creare organizzazioni in grado di evolversi, di rispondere alle sfide di un ambiente in continuo mutamento e capaci di produrre innovazione interna, trovano nella metafora del cervello strumenti di applicazione pratica (Ibidem).

Tale metafora permette, infatti, di identificare i principi alla base delle *learning organizations*, vale a dire quali caratteristiche devono avere le strutture organizzative per favorire l'apprendimento organizzativo. Essa, *rappresentando “un modo di concepire le implicazioni della più recente tecnologia dell'informazione (...) Ci invita a ripensare alcuni concetti base delle teorie manageriali in modo da porre le fondamenta per un approccio completamente*

nuovo al management” (Morgan, 2004: 157). Storicamente la predisposizione ad utilizzare le tecnologie informatiche per rinforzare una visione burocratica dell’organizzazione e modalità di controllo centralizzate ha indotto a trascurare il potenziale insito in tale tecnologie, associato alla *“capacità di dar vita a reti d’interazione in grado di auto organizzarsi e di venir strutturate e guidate dall’intelligenza di tutti coloro che vi sono coinvolti”* (Ibidem).

Durante l’era industriale, nelle organizzazioni l’importanza di un controllo centralizzato nella gestione, la necessità di identificare obiettivi chiari, l’importanza del ruolo della gerarchia e la rigidità di concepire un modello organizzativo dato una volta per tutte e continuamente imposto dall’alto e per questo mai messo in discussione, ha portato ad una rigidità dei modelli organizzativi. Come sostiene Morgan tali filosofie sono, tuttavia, sempre più messe in discussione dallo strutturarsi di *“principi organizzativi più in linea con le caratteristiche dell’era dell’informazione”* (Ibidem). Rispetto agli approcci manageriali tradizionali che fanno per lo più riferimento a modelli di natura meccanicistica e a manuali operativi sul cosa fare per avere successo, la metafora del cervello presenta principi fondamentali utili a sviluppare organizzazioni intelligenti dove *“l’intelligenza connessa alla creatività e all’intuizione umana possono rappresentare risorse fondamentali”* (Morgan, 2004: 156).

In tale direzione di pensiero fu lo stesso Taylor a sollevare quesiti interessanti ponendosi domande sulla possibilità o meno di progettare delle organizzazioni capaci di flessibilità, elasticità ed inventiva al pari del cervello. Taylor si chiedeva, infatti, quanto fosse possibile *“distribuire all’interno di una azienda la componente <<intelligenza>> e la componente <<controllo>>, in modo da dar vita ad una compagine organizzativa in grado di riorganizzarsi da sola e di sviluppare spontaneamente risposte in grado di contrastare sfide ambientali (...) È dunque sensato pensare alle organizzazioni come a dei cervelli viventi?”* (Morgan, 2004: 104). Tale domanda ci porta a distinguere tre modalità diverse e tra loro interconnesse di concepire l’organizzazione: le organizzazioni come cervelli che elaborano informazioni; le organizzazioni come sistemi complessi capaci di apprendere e le organizzazioni in quanto sistemi olografici che connettono tra loro i caratteri della centralizzazione con quelli della decentralizzazione (Morgan, 2004).

La visione delle organizzazioni come cervelli che processano informazioni porta in primo piano la concezione di una vita organizzativa come variabile dipendente dalla capacità di elaborare informazioni. Ne deriva che non solo *“i funzionari prendono delle decisioni elaborando informazioni secondo standard reperibili in norme ben precise (...) e il top manager sviluppa politiche ed i piani aziendali i quali a loro volta rappresentano un punto di riferimento per l’elaborazione delle informazioni e dei processi decisionali realizzati dagli altri membri dell’organizzazione* (Morgan, 2004: 109), ma i computer automatizzando la gestione dei flussi informativi complessi (insieme ad internet e allo sviluppo di reti aziendali intranet e ad altre tipologie di reti di comunicazione elettronica) favoriscono una visione delle organizzazioni come luoghi regolarmente caratterizzati da una gestione di flussi di dati che incoraggiano lo strutturarsi di azioni quotidiane, l’elaborazione di politiche e la messa in opera di continui processi decisionali. Le organizzazioni si configurano, in sostanza, come dei veri e propri sistemi informativi e di comunicazione (Ibidem).

Questo approccio, originariamente definito come approccio decisionale (Simon, 1987) allo studio della vita organizzativa, trova nel Nobel Herbert Simon e nel suo collega James March (1989) i suoi principali fondatori.

Partendo dall’assunto di una similitudine tra l’attività decisionale umana e la vita organizzativa Simon avanza il principio secondo cui *“le organizzazioni non potranno mai essere perfettamente razionali dal momento che i loro membri sono dotati di capacità limitate nel trattare le informazioni”* (Morgan, 2004: 109).

I concetti di fondo risiedono nel ritenere che gli uomini sono costretti ad agire sulla base di informazioni spesso incomplete e che essi sono in grado di analizzare solo una quantità limitata di alternative in funzione della decisione che devono prendere. Ne deriva che non sono in grado di valutare opportunamente i risultati delle singole azioni e per tale motivo sia gli uomini che le organizzazioni sono destinati a perseguire una razionalità limitata (Simon, 1987) e *“a ricercare delle decisioni che sono soddisfacenti o buone abbastanza sulle semplici regole del buon senso e su una ricerca limitata di informazioni* (Gardini, 2007: 273). Tali limiti *“si ritrovano istituzionalizzati nelle strutture e nelle modalità operative delle nostre organizzazioni”* (Morgan, 2004: 110).

Le organizzazioni e dunque anche tutte le organizzazioni addette alla produzione del bene salute, possono, quindi, “*essere considerate come dei cervelli che frammentano, routinizzano e condizionano i processi decisionali allo scopo di poterli gestire. I piani, i programmi, le regole e gli standard operativi servono per semplificare la realtà organizzativa (...) Se consideriamo le organizzazioni da questo punto di vista, ci rendiamo conto del fatto che le articolazioni in mansioni, reparti ecc. non si limitano a definire una struttura lavorativa, tali articolazioni determinano una struttura di sensibilità, informazione, interpretazione decisionale che esercita un’influenza cruciale sul funzionamento quotidiano dell’organizzazione*” (Ibidem).

I piani settimanali per le attività operatorie pianificati in un reparto ospedaliero come pure la preparazione della lista operatoria in un dipartimento - settimanalmente negoziata tra i dirigenti delle singole unità operative, (ex primari), tenendo conto delle attività che le altre divisioni sono chiamate settimanalmente a svolgere o le regole di somministrazione della terapia in reparto ecc. - sono tutte attività di semplificazione della vita organizzativa nonché tentativi di routinizzare le attività lavorative quotidiane al fine di dar loro un ordine.

Maggiore è la complessità e l’incertezza in un contesto organizzativo, tanto più risulterà difficile programmare e routinizzare le attività predefinendo a priori le singole risposte. Aumentando, infatti, l’incertezza le organizzazioni tendono ad elaborare metodi per controllare i risultati piuttosto che i singoli comportamenti (Galbraith, 1967). Rispetto a tale assunto, ad esempio, la *check-list* operatoria si configura quale guida rispetto agli obiettivi di sicurezza di una organizzazione nonché quale elenco esaustivo di cosa fare e di cosa verificare nel corso di una data attività operatoria, rispetto ai risultati di buon fine di un intervento chirurgico, evitando, così, il controllo continuo sui singoli professionisti nel corso di azioni organizzative che prevedono molti passaggi e particolare attenzione.

Ci sono, infatti, “*due strutture complementari per affrontare l’incertezza (...) la prima consiste, appunto, di procedure apposite per ridurre il fabbisogno di informazione (...) La seconda riguarda la possibilità di aumentare la capacità di elaborare informazioni, investendo in sistemi informatici sofisticati (esempio la cartella clinica informatizzata) e aumentando i rapporti con i collaboratori,*

coordinatori” (Morgan, 2004: 110); esempio formare equipe multidisciplinari, favorire i contatti tra i medici ospedalieri ed i medici di medicina generale, o, ancora, aumentare la connessione tra i medici ospedalieri ed il Ministero della Salute per la ricostruzione dell’evento avverso e la gestione degli eventi sentinella nei reparti di cura, come pure la connessione tra medici di pronto soccorso ed Ares 118 o tra medici ospedalieri e strutture *hospice* sul territorio ecc.). In un ambiente organizzativo tanto maggiore sarà l’incertezza tanto più difficoltosa risulterà l’opera di programmazione e routinizzazione delle attività programmando anticipatamente le risposte (Morgan, 2004).

Guardare alle organizzazioni come cervelli capaci di elaborare informazioni non è, tuttavia, un modo esaustivo di comprenderle, giacché, esse si configurano anche come sistemi complessi in grado di apprendere in maniera simile al cervello umano. Come sostiene Gardini (2007) questo è un argomento cruciale soprattutto se visto in relazione all’organizzazione sanitaria e ci induce alla domanda: è davvero possibile progettare dei sistemi capaci di apprendere in modalità simile al cervello? Tale quesito è stato uno dei problemi su cui si sono incentrati gli scritti di un gruppo di studiosi di scienza dell’informazione, alla prese con le analisi sull’intelligenza emotiva che vanno oggi sotto l’etichetta di cibernetica, quale scienza interdisciplinare che si occupa di investigare la comunicazione, il controllo e l’informazione.

Coniato negli anni Quaranta da Norbert Wiener (1965) tale termine, dal greco timoniere, indica *“i processi di scambio di informazioni attraverso cui le macchine e gli organismi regolano il proprio comportamento in modo da rimanere in una condizione stabile”* (Morgan 2004: 116).

La caratteristica principale dei lavori dello studioso e del suo gruppo di ricerca, iniziati nel corso della seconda guerra mondiale, è quella che vede la capacità di un sistema di strutturare un comportamento auto regolativo dipendere da processi di scambio informativo improntati sul modello del *feedback* negativo (Morgan 2004). Come afferma Norbert Wiener (1965) *“se mandiamo un battello fuori rotta perché abbiamo spinto il timone troppo a fondo in una direzione, lo possiamo riportare sulla rotta corretta solo spingendo il timone nella direzione opposta (...) Il concetto di feedback negativo è in grado di spiegare molti comportamenti di*

ricorrenza quotidiana (...) Quando prendiamo un oggetto da un tavolo diamo per scontato che la nostra mano, guidata dal nostro apparato visivo, si muova direttamente verso l'oggetto. La cibernetica sostiene il contrario. La nostra azione si esplicita attraverso un processo di eliminazione dell'errore nel corso del quale la deviazione tra la mano e l'oggetto viene ridotta attraverso tutti gli stadi del processo e senza che nessuno di questi stadi non sia interessato al processo, in modo che, alla fine non rimane nessun errore. Riusciamo a prendere l'oggetto evitando di non prenderlo” (Morgan, 2004; 117).

Per Gardini (2007) il concetto di *feedback* trova molti riscontri nelle organizzazioni sanitarie e più precisamente nella pratica sanitaria stessa. Si pensi, infatti, che *“per raggiungere l'obiettivo salute per una determinata popolazione è necessaria l'azione del singolo medico, o per problemi più complessi, di una squadra interdisciplinare, che utilizzando al meglio la cultura di ogni singolo componente della squadra (...) rappresentata dalla propria esperienza o sulla base della letteratura esistente (...) opera una serie di azioni orientate alla riduzione dell'errore, per fare una diagnosi e una conseguente terapia efficace” (Gardini, 2007: 276).*

In tale prospettiva sarà inevitabile che l'attore sociale, cui l'azione è stata riferita, produrrà a sua volta un *feedback* agli operatori, come asserisce Gardini, *“sulla bontà in termini di esito, cioè di raggiungimento dell'obiettivo di salute prefissato” (Ibidem).*

Ne deriva che tutti i componenti di tale sistema - siano essi operatori sanitari, medici, pazienti ecc. - apprendono, ma il processo di apprendimento che avviene in tali attori, nel loro insieme altro, non è che l'apprendimento dell'intera organizzazione in cui essi lavorano e dove si strutturano le loro azioni di cura. E', infatti, l'intera organizzazione che apprende e comunica in corso d'opera (Ibidem).

Il processo appena descritto - che può essere traslato a diversi ambiti organizzativi dell'azienda sanitaria (reparti ospedalieri, reparti di pronto soccorso, sale operatorie ecc.) - è sostanzialmente riassunto dalla cibernetica in quattro punti fondamentali che altro non sono che i principi (che abbiamo già visto impiegati nel capitolo secondo sulle dimensioni della qualità in merito all'approccio tecnico professionale) applicati al ciclo a *feedback* della *Quality Assurance* per il miglioramento continuo della qualità e completato dallo

studioso Ovretveit (1996) agli inizi degli anni Novanta, in seguito allo sviluppo della *Total Quality Management* in sanità e sviluppatosi, oggi, in buona parte del mondo (Gardini, 2007).

Tali principi sono:

I 4 PUNTI DEL PROCESSO DI COMUNICAZIONE E DI APPRENDIMENTO PROPOSTO DALLA CIBERNETICA
1. I sistemi devono essere in grado di percepire, monitorare e ricercare aspetti significativi del loro ambiente
2. I sistemi devono essere capaci di collegare l'informazione così raccolta alle norme operative che guidano il comportamento sistemico
3. I sistemi devono essere in grado di individuare eventuali scostamenti significativi da queste norme
4. I sistemi devono essere in grado di mettere in atto delle azioni correttive quando vengono rilevate delle deviazioni

Fonte: Gardini, 2007

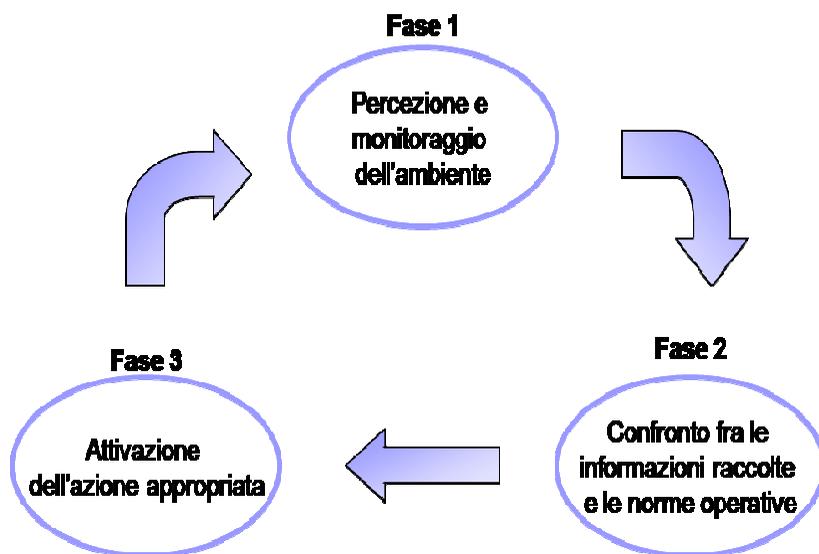
Secondo Tonelli (1994) è proprio tale ciclo di *feedback* che permette all'organizzazione nel suo complesso ed ai singoli attori di apprendere “*per*” l'organizzazione, “*sull*”organizzazione e, attraverso formali attività di formazione continua, di strutturare un apprendimento dell'organizzazione (Morgan, 2004). Riconducendo, ancora una volta, tale discorso all'organizzazione sanitaria emerge lecita la domanda (che lo stesso Morgan si pone) se i sistemi sanitari - in quanto organizzazioni - sono capaci di apprendere e di apprendere ad apprendere.

Questo ci rimanda alla distinzione tra processi di apprendimento e processi di apprendimento dell'apprendimento, ovvero alla diversificazione tra un processo di apprendimento a sub-routine unica (dove gli attori sociali sono in grado di apprendere giacché capaci di individuare e di correggere eventuali deviazioni da norme) e apprendimento a sub-routine doppia (dove i sistemi e gli attori sociali sono in grado di apprendere ad apprendere e di auto-organizzarsi (Morgan 2004), (Fig 2).

Nell'organizzazione sanitaria, ad esempio, tali processi si alternano e si assiste sia a processi di apprendimento a sub-routine unica sia a processi di apprendimento a sub-routine doppia, il cui passaggio dall'uno all'altro tipo è strettamente connesso alla capacità

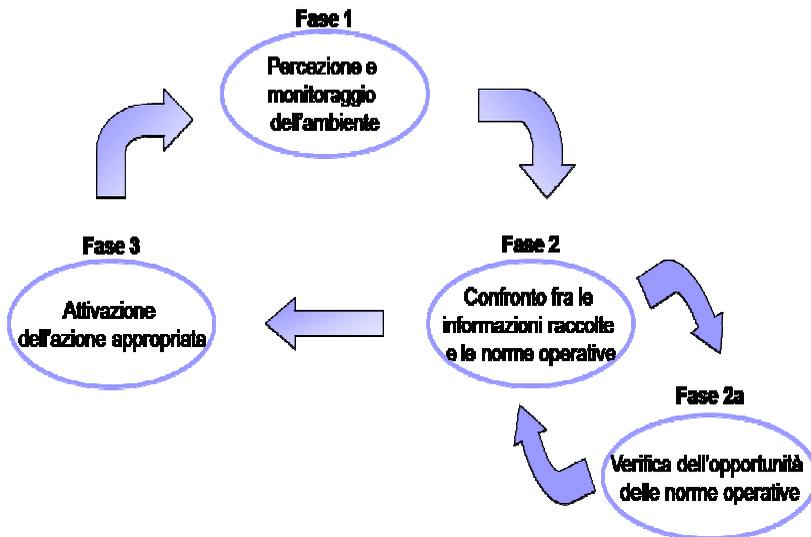
dell'organizzazione sanitaria di porre in discussione e modificare le norme operative in favore di processi di apprendimento a sub-routine doppia, in grado di modificare l'organizzazione coerentemente con le modificazioni dell'ambiente esterno (es. spinte aziendali verso progetti *clinical governance*, *risk management*, *routh analysis* ecc. vs. cambiamenti dell'agire dentro i micro contesti organizzativi aziendali).

FIGURA 2 APPRENDIMENTO A SUB-ROUTINE UNICA



Fonte: Morgan, 2004

FIGURA 2 APPRENDIMENTO A SUB-ROUTINE DOPPIA



Fonte: Morgan, 2004

La difficoltà in tale direzione, vale a dire a favorire processi di apprendimento a sub-routine doppia è connessa al fatto che i principi organizzativi su cui è ancora oggi fondata l'organizzazione sanitaria (es. modello burocratico, logica piramidale, modello decisionale *top-down*, struttura funzionale marcata) ostacolano un tale processo di apprendimento. Inoltre, all'interno delle singole unità operative, l'instaurarsi di routine comportamentali difensive - che si esplicano nella volontà di proteggere se stessi, il proprio ruolo o la categoria professionale di appartenenza dai colleghi o da un ambiente mutevole e che spesso introduce nuove logiche organizzative e di lavoro imposte dall'alto (*top manager*) - porta a nascondere le problematiche.

Ne deriva che il grado di incertezza distingue la struttura organizzativa, considerando che i sistemi auto-regolati, per essere in grado di svilupparsi e innovare, devono sviluppare capacità di ridondanza, ovvero processi di elaborazione di informazioni e di decisione affidati a più gruppi parallelamente e "mentre alcune organizzazioni sono capaci di istituzionalizzare processi che

riconsiderano criticamente i paradigmi di base e le procedure operative, molte altre non riescono in questo stesso tentativo” (Morgan, 2004: 121).

L'organizzazione sanitaria rappresenta, certamente, una tra queste (giacché sono più esposte a tale fallimento quelle organizzazioni di tipo burocratico i cui principi organizzativi alla base, dando vita a strutture di pensiero e a strutture comportamentali frammentate che impediscono il processo di apprendimento a sub-routine doppia). “

Là dove le suddivisione gerarchiche e le suddivisioni funzionali sono particolarmente marcate, difficilmente l'informazione e la conoscenza scorrono liberamente. Aree diverse dell'organizzazione (ad esempio i diversi reparti ospedalieri) finiscono con il far riferimento a rappresentazioni della realtà altrettanto diverse e, quindi con il perseguire gli obiettivi parziali propri della singola area” - area chirurgica, area ortopedica, area della radiologia interventistica, area dell'istopatologia, area dell'emergenza/urgenza ecc. - *“come se quei fini fossero dei fini in sé validi per tutta l'organizzazione”* (Morgan, 2004: 121). Questo spiegherebbe il motivo per cui si assiste, spesso, dentro le organizzazioni sanitarie ad una mancanza di connessione tra i diversi reparti ospedalieri e alla difficoltà di sviluppare una visione di insieme del processo di cura, rispetto alla gestione del paziente e alla difficoltà di raggiungere obiettivi mirati alla interdisciplinarietà delle cure, in un'ottica di efficacia ed efficienza nonché di miglioramento qualitativo di queste ultime.

Certamente le potenzialità della metafora del cervello stanno nel fatto che essa indica, con chiarezza, quali sono le caratteristiche che un'organizzazione deve possedere per poter apprendere ed il modello getta, comunque, basi importanti per ripensare alle logiche manageriali classiche, permettendo di concepire le implicazioni delle nuove tecnologie nell'ottica delle interazioni di tutte le 'intelligenze' presenti nell'organizzazione, per renderla capace di auto-organizzarsi. L'approccio *top-down* ai problemi del management favorisce l'affermarsi di processi di apprendimento monoroutinari, scoraggiando tutti quegli atteggiamenti mentali improntati su una doppia routine decisionale e fondamentali per l'evoluzione dell'organizzazione (Morgan, 2004).

Ma come garantire una gestione coerente di una organizzazione, quale è quella sanitaria, senza definire obiettivi chiari e senza

delineare una leadership molto forte che garantisca che gli obiettivi organizzativi vengano raggiunti ed eseguiti dai livelli collocati in basso? Secondo la risposta che ci fornisce la cibernetica poiché gli obiettivi finiscono per essere delle costruzioni, essi devono essere sostituiti da visioni, valori, limitazioni o ‘punti di riferimento’, in quanto elementi in grado di orientare il comportamento. Tali punti di riferimento devono tuttavia, essere definiti in modo tale da permettere la strutturazione di spazi discrezionali che possono far emergere strategie e comportamenti alternativi tali da poter mettere in discussione i punti di riferimento stessi (Ibidem). I punti di riferimento, rispetto agli obiettivi *“individuano uno spazio nell’ambito del quale possono liberamente svilupparsi i processi di apprendimento e di innovazione⁴⁵”* (Morgan, 2004: 130).

Tale sguardo all’organizzazione sanitaria non permette, tuttavia di considerare i conflitti che possono verificarsi fra un’organizzazione che apprende e i classici fenomeni di potere e di controllo presenti nell’organizzazione stessa ed in quelle con cui si relaziona (es. tra il reparto di degenza ed il pronto soccorso o tra il reparto e la sala operatoria o tra il reparto ed altri reparti o tra il pronto soccorso e l’Ares 118 ecc.).

L’apertura mentale e la capacità di autocritica sono estranee alle logiche di management tradizionali e le difficoltà del management a far proprie le logiche dell’apprendimento e dell’auto-organizzazione creano resistenze che portano spesso a mantenere lo stato attuale dell’agire nelle singole unità operative.

3.5 Flusso di attività e di azioni

“Gli approcci tradizionali allo studio delle organizzazioni sono caratterizzati dall’ipotesi che il cambiamento trovi le sue origini nell’ambiente (...) L’organizzazione è, infatti, concepita come un sistema aperto in costante interazione con il contesto ambientale, in modo da trasformare degli input in output per garantirsi le

⁴⁵ Per una maggiore comprensione della contrapposizione tra questi due approcci si rimanda alla storia raccontata da William Ouchi relativa ai modi in cui i dirigenti americani e i dirigenti giapponesi concepiscono gli obiettivi, in Morgan, G., (20002), *Images*, F. Angeli, pp. 131.

condizioni di sopravvivenza” (Morgan, 2004: 321). Secondo tali approcci gli stessi cambiamenti ambientali sono delle sfide cui l’organizzazione deve rispondere. La concezione che le difficoltà maggiori che le organizzazioni contemporanee incontrano derivino da cambiamenti ambientali esterni viene, tuttavia, messa in discussione da una nuova concezione dell’approccio sistemico elaborata da due ricercatori cileni, Humberto Maturana e Francisco Varela (1980).

Secondo tali studiosi i sistemi viventi, come gli organismi, sono *“sistemi interattivi autonomi e chiusi”* (Morgan, 2004: 322), dal momento che i sistemi viventi tendono a mantenere la propria identità subordinando ogni cambiamento al mantenimento della loro organizzazione, intesa come insieme dato di rapporti. Dire che i sistemi viventi sono autonomi e chiusi non implica che essi siano isolati, giacché, la chiusura e l’autonomia cui si riferiscono sono di tipo organizzativo (Ibidem). *“Essi sono caratterizzati da tre qualità fondamentali che li mettono in grado di auto crearsi e autoriprodursi, ovvero: l’autonomia, la circolarità e l’autodeterminazione”* (Morgan 2004: 321). In tale direzione Maturana e Varela hanno coniato il termine autopoiesi per definire *“la capacità di autoriproduzione di un sistema chiuso di rapporti (...) sostenendo che il fine di questi sistemi è rappresentato dall’autoriproduzione”, finalizzata alla loro identità ed organizzazione”* (Ibidem).

L’interazione di un sistema con il suo ambiente altro non è, quindi, che un processo di riflessione della sua stessa organizzazione, in cui l’ambiente si configura come parte stessa del sistema. I sistemi viventi si rinchiudono su loro stessi per poter mantenere un modello stabile di rapporti. *“Se consideriamo l’organizzazione in tale prospettiva e come un fenomeno possiamo ben vederla come una entità di cui osservare le cose che avvengono in superficie, ma spesso non possiamo percepire quanto accade in profondità, vale a dire le cose che la determinano”* (Gardini, 2007: 264). In tale prospettiva è possibile interrogarsi su quali siano i processi profondi di cambiamento che nelle organizzazioni producono i fenomeni in superficie.

Nel corso del paragrafo vedremo come poter calare questo discorso all’interno delle organizzazioni sanitarie e, soprattutto, comprendere come quanto esposto fino ad ora sia connesso con la qualità

dell'assistenza sanitaria, in virtù del fatto che come sostiene anche Gardini *“un errore in medicina è ciò che si vede in superficie (...); sotto l'errore ci può essere tutto un insieme di fattori che raramente emergono, anche se ricercati con attenzione ed è fondamentale questo il motivo per cui i rappresentanti della professione medica tendono a proteggersi gli uni con gli altri (...) sotto l'errore c'è un insieme di fattori che dipendono dal medico, dall'organizzazione, dal paziente, che sono diversi e mutuamente interagenti da errore ad errore, da paziente a paziente”* (Gardini, 2007: 265).

Ciò porta in luce la domanda su cosa richiede di essere cambiato in medicina per evitare gli errori. La risposta può essere trovata a diversi livelli, ovvero nel rapporto medico-paziente, nel rapporto tra la macro organizzazione entro cui l'organizzazione sanitaria è inserita e gli esseri umani che ne fanno parte, o, ancora nel rapporto tra attori e artefatti organizzativi o tra i micro contesti organizzativi aziendali (dipartimenti, reparti, laboratori diagnostici ecc.) e tra questi e le professionalità che in essi lavorano, agiscono e che quotidianamente si relazionano con e per la cura del paziente.

La metafora dell'organizzazione come flusso e come divenire ci porta, dunque, dentro la logica dello sviluppo organizzativo che vede l'organizzazione in *“evoluzione continua, pressata dal bisogno di cambiare insito nell'essere vivente, pur mantenendo sempre la propria identità”* (Ibidem) e mette in primo piano il concetto di complessità inteso da Edgar Morin (1994) come difficoltà e come incertezza, non come chiarezza e come risposta.

In tale ambito il problema emergente è quello di sapere se sia possibile rispondere alla sfida dell'incertezza e della difficoltà (Morin, 1994). Morin nel suo libro le sfide della complessità ipotizza che esistano diverse tipologie di complessità e che ciò aumenti la confusione intorno a tale concetto, ne deriva che *“non ci si può accostare alla complessità attraverso una definizione preliminare occorre, invece, seguire percorsi differenti, tanto differenti che ci si può chiedere se invece di una complessità non vi siano delle complessità”* (Ibidem). Una delle accezioni del termine proposta dallo studioso è quella dell'irriducibilità del caso o del disordine. Il disordine e il caso sono presenti nell'universo, e svolgono un ruolo attivo nella sua evoluzione. Non siamo però in grado di risolvere l'incertezza arrecata dalle nozioni di disordine e di caso: giacché lo stesso caso non è sicuro di essere un caso (Morin, 1994).

La seconda via della complessità è data dalla concezione (mutuata dalla biologia contemporanea) di considerare ogni specie vivente come una singolarità che produce delle singolarità e dove la vita stessa è una singolarità, all'interno dei vari tipi di organizzazioni (Ibidem).

La terza via proposta da Morin è la via della complicazione, la quale mette in luce come sia i fenomeni biologici che quelli sociali presentano un numero incalcolabile di interazioni e di inter-retroazioni. La quarta via si è aperta, invece, secondo Morin nel momento in cui abbiamo iniziato ad ideare una misteriosa relazione di complementarità e di antagonismo logico fra le nozioni stesse di ordine, disordine e organizzazione⁴⁶. Infine la quinta ed ultima via della complessità è la via dell'organizzazione, dove per organizzazione si intende ciò che determina un sistema a partire da elementi differenti e costituisce dunque un'unità e una molteplicità allo stesso tempo. La complessità logica dell'*unitas multiplex* ci richiede di non dissolvere il molteplice nell'uno, né l'uno nel molteplice (Morin, 1994).

Un sistema è qualcosa di più e qualcosa di meno di quella che lo stesso Morgan definisce come la somma delle sue parti (Morgan, 2004), dove il qualcosa di meno sta ad indicare che l'organizzazione spesso impone vincoli che inibiscono le potenzialità che si trovano nelle varie parti. Questo secondo Morin (1994) e Morgan (2004) accade in tutte le organizzazioni, comprese le organizzazioni sociali nelle quali i vincoli giuridici, politici, militari, economici e di altro genere fanno sì che siano inibite o represses molte delle nostre potenzialità. Ma nel contempo il tutto organizzato è qualcosa di più della somma delle parti, perché fa emergere qualità che senza una tale organizzazione non esisterebbero; qualità 'emergenti', nel senso che sono constatabili empiricamente ma non sono deducibili logicamente ed esercitano delle retroazioni sul livello delle parti tali da stimolare quest'ultime a esprimere le loro potenzialità. Così

⁴⁶ Per approfondimenti si rimanda al principio dell'*order from noise* - formulato da Heinz von Foerster nel 1959 - che si opponeva al principio classico dell'*order from order* (l'ordine naturale che obbedisce alle leggi naturali) e al principio statistico dell'*order from disorder* (per il quale un ordine statistico a livello delle popolazioni si produce a partire dai fenomeni disordinati e aleatori al livello degli individui).

vediamo bene in che modo la cultura, il linguaggio, l'educazione - tutte proprietà che possono esistere soltanto al livello della totalità sociale - retroagiscano sulle parti per consentire lo sviluppo della mente e dell'intelligenza degli individui (Morin, 1994).

Siamo, dunque, in presenza di un primo livello di complessità organizzativa. Ma le organizzazioni sociali, compresa l'organizzazione sanitaria oggetto del mio studio, sono organizzazioni complesse perché sono in uno stesso tempo centrate, vale a dire funzionano in maniera anarchica, attraverso interazioni spontanee, policentriche, caratterizzate da numerosi centri di controllo (od organizzazioni) e sono centrate, ossia, dispongono nello stesso tempo, di un loro centro di decisione. Così si autorganizzano a partire non solo da un centro di comando e di decisione (quale può essere lo Stato, il Governo ecc.) o da molteplici centri di organizzazione (le autorità regionali, le autorità comunali, le imprese, i partiti politici, i sindacati, i fornitori ecc.) ma, anche, da interazioni spontanee fra gruppi e fra individui (Ibidem).

Dato il modello circolare di interazione, attraverso cui un sistema si definisce, ci chiediamo allora dove tale sistema comincia e dove finisce? Al pari delle scatole cinesi i sistemi sono una serie di entità inserite una nell'altra senza fine. Il sistema non ha, dunque, né un inizio né una fine trattandosi di un sistema a sub-routine interattiva chiusa. Ogni cambiamento di un elemento è suscettibile di cambiare tutti gli altri. *“L'ambiente è, quindi, esso stesso parte del sistema, ovvero parte dell'organizzazione giacché rientra nell'ambito delle sue interazioni essenziali ed i diversi livelli del sistema sono il risultato di un processo continuo di co-produzione. I cambiamenti non sono, dunque, il risultato di forze esterne ma il prodotto di variazioni che si realizzano all'interno del sistema nel suo complesso e che modificano il modello organizzativo di base del sistema”* (Morgan, 2004: 323).

Tale processo, visto in applicazione all'organizzazione sanitaria, permette non solo di ripensare alle relazioni tra questa con l'ambiente esterno ma di osservarla con una lente nuova, dove le spinte al cambiamento per tradursi in pratica non possono essere viste come imposte da un ambiente non riconosciuto o percepito come totalmente esterno all'organizzazione. Ciò permetterebbe di spiegare e comprendere perché le logiche e le pratiche organizzative alla base del processo di aziendalizzazione nell'organizzazione

sanitaria non sono state completamente recepite dagli attori organizzativi e perché esse stentano - a distanza di 18 anni dalla prima riforma in direzione aziendale - a tradursi in pratica nei micro contesti organizzativi di cura entro cui l'aziendalizzazione dovrebbe dispiegarsi.

Perché il modello organizzativo sia soggetto a mutamenti, il cambiamento non può essere imposto da un ambiente totalmente esterno all'organizzazione ma deve essere coprodotto, ovvero configurarsi come il risultato di forze interne all'organizzazione stessa che sulla base delle spinte provenienti dall'ambiente esterno si mobilitano e si attivano (a diversi livelli) in tale direzione; facendo proprie quelle logiche di ragionevolezza alla base del mutamento organizzativo e già esposte nel precedente paragrafo. Si tratta, pertanto, di invitare i dirigenti a ripensare a ciò che Morgan definisce l'essenza dei fenomeni organizzativi; *“i modelli possono solo emergere autonomamente e non possono essere imposti”* (Morgan, 2004: 337), giacché la stessa struttura e la gerarchia nei sistemi complessi, così come è vista dalla teoria della complessità, non possono avere *“configurazioni predefinite e pertanto non possono fungere da modi di controllo predeterminati”* (Ibidem).

Le gerarchie di tipo *top-down* proprie delle organizzazioni meccanicistiche viste nel primo paragrafo vengono, dunque, sostituite da sistemi gerarchici *“che seppur tali sono generati dal bisogno di organizzare e orientare le attività in modo da far fronte alle contingenze del momento”* (Morgan, 2004: 337) e dove i dirigenti capaci di lavorare in questa complessità organizzativa divengono parte integrante di questo flusso e capaci di porsi in un atteggiamento mentale che permetta loro *“di favorire processi di sviluppo e di sviluppare sé stessi in linea con le tendenze generali di cambiamento del sistema (esempio medici vs manager); piuttosto che tentare di controllare il sistema stesso in maniera tradizionale”* (Morgan, 2004: 338).

L'approccio del caos e della complessità prevede, pertanto, che il ruolo dei dirigenti sia quello di contribuire a creare e a dar senso a contesti favorevoli allo sviluppo di adeguate forme di auto-organizzazione evitando il controllo troppo rigido.

Ad esempio, in una sala operatoria di emergenza o in uno ospedale - riportando un esempio di Morgan (2004: 339) - *“la sfida consiste nel creare uno spazio relativamente stabile nell'ambito del quale il*

gruppo dei chirurghi possa auto-organizzarsi in modo da poter far fronte alle emergenze e alle sfide che di volta in volta emergono. Il contesto sarà bombardato da ogni tipo di influenza casuale: rischi non previsti e incontrollabili di infezione, pazienti le cui storie cliniche non sono conosciute (del tutto), carichi di lavoro imprevedibili, cambi di personale altrettanto imprevedibili. La sfida qui consiste nel mantenere la situazione sotto l'influenza di un modello polare forte, in grado di minimizzare le influenze distruttive per permettere a gruppi di chirurghi di poter lavorare efficacemente”.

Oltre a ciò, all'interno di una organizzazione sanitaria, “*si consideri, inoltre, la sfida rappresentata dal trasferire alcuni servizi medici fuori dall'ospedale nella società circostante avvalendosi di nuovi metodi operativi*” (Ibidem). Sotto tale aspetto è possibile riportare l'esempio dell'esternalizzazione dei servizi o della medicina territoriale (poliambulatori sul territorio ai fini di una deospedalizzazione e riduzione della giornate di degenza sui ricoveri impropri). “*Tale cambiamento può essere contrastato dalle forze del polo dominante all'interno dell'ospedale quali possono essere le forze rappresentate da modi di pensare consolidati, da rapporti di potere ben radicati, da interessi cristallizzati nonché da codici di comportamentale e pratiche operative oramai istituzionalizzate*” (Morgan, 2004: 339); esempio cultura ospedalocentrica e mantenimento della centralità della figura del medico ospedaliero). “*È tipico che tutte queste forze tenderanno a minare il cambiamento alla base e a riportare l'iniziativa di nuovo sotto il controllo del sistema tradizionale, dando vita ad una cultura del tipo <<tutto continua come prima>>*” (Ibidem).

In questo ambito, la sfida proposta da Morgan sarebbe quella insista nel tentativo o di “*modificare alcuni atteggiamenti mentali di alcune figure mediche particolarmente importanti e di alcuni amministratori simulando una realtà concreta e quindi dimostrando la praticabilità dell'innovazione proposta (...) O modificare il contesto mobilitando una forte coalizione d'individui rilevanti nell'ambito dell'organizzazione, in grado da lanciare il prototipo di un nuovo sistema; o, ancora, quello di dare responsabilità per la fornitura dei servizi in questione ad un'altra organizzazione, attivando, ad esempio, rapporti di sub-appalto*” (Ibidem). Tali soluzioni porterebbero il sistema consolidato ad un punto critico di

instabilità tale da spingere gli attori sociali a riconsiderare il senso di identità consolidato dell'ospedale così da permettere l'evoluzione in una direzione innovativa del sistema (Morgan, 2004).

Conclusioni

Le metafore proposte in questo capitolo non intendono ritrarre modi esaustivi per guardare alle organizzazioni, esse rappresentano per lo più il tentativo di osservarle con lenti concettuali nuove. Sulla base dell'ipotesi di Morgan, precedentemente avanzata, secondo cui *“i dirigenti devono imparare l'arte di leggere e comprendere la realtà organizzativa”* (Morgan, 2004: 440) è possibile sostenere che tale ipotesi va assumendo un significato nuovo, insito nel fatto che se i dirigenti non si impegnano ad afferrare il mondo in cui sono immersi e ad intenderlo da diversi punti di vista, la ricchezza e la complessità di ciò che Morgan definisce la *“fenomenologia organizzativa sfuggirà loro”* (Ibidem); con l'esito di non capire quanto accade negli ambienti organizzativi e di non poter esercitare su di questi nessuna influenza.

Il modo attraverso cui i dirigenti osservano la loro organizzazione non è mai neutrale, se questi tenderanno a concepirla nell'ottica della metafora della macchina e dunque in maniera prettamente meccanicistica saranno portati a meccanzarla. Ne deriva che le metafore possono imprigionare in *“strategie comportamentali”* (Morgan, 2004: 441), giacché ciascuna di quelle da me proposte in questo capitolo tende ad avere un valore prescrittivo. Guardare alla realtà con lenti meccanicistiche spingerà, pertanto, a predisporre e pianificare ogni azione della vita organizzativa. Osservare l'organizzazione come se fosse un organismo e concepirla in termini adattivi indurrà, invece, a prestare attenzione al soddisfacimento dei bisogni delle persone mentre intenderla come un cervello permetterà di focalizzare i problemi sui processi di apprendimento, come pure guardarla in termini di autopoiesi spingerà a ripensare e ad interrogarci sulla nostra identità.

Come sostiene lo studioso *“specifici modi di pensare tendono a dar vita a modelli comportamentali ben definiti”* (Ibidem). Limitare il pensiero significa limitare le proprie possibilità di azione, al fine di evitare ciò la metafora espande i nostri orizzonti concettuali, creando

nuove possibilità per un'azione concreta e ci consente di osservare la fenomenologia organizzativa e manageriale da più punti di vista.

Le quattro metafore che ho scelto per guardare all'organizzazione sanitaria spingono, certamente, in direzioni diverse ma associano una grande varietà di contributi cognitivi. Molte di queste, infatti, si completano e si legano a vicenda. La metafora dell'organismo che vede le organizzazioni costantemente in rapporto con il proprio ambiente si connette con la metafora del cervello che vede l'organizzazione come una *learning organization* e per questo dotata di flessibilità ma anche di resistenze al cambiamento che si strutturano in diversi processi di apprendimento a sub-routine singola o a sub-routine doppia (Morgan, 2004).

Allo stesso modo l'organizzazione concepita come un flusso di azioni e come un divenire ci fornisce contributi importanti sulle dinamiche connesse all'evoluzione aziendale. Tutte queste metafore combinate tra loro permettono, in conclusione, di sviluppare un ventaglio di idee che seppur nella loro diversità delineano una teoria integrata del cambiamento. I contributi di una metafora ci aiutano a superare i limiti di un'altra metafora e così via.

In una organizzazione complessa quale è l'organizzazione sanitaria osservare la medesima situazione da diversi punti di vista può, dunque, aumentare la capacità di comprensione da parte del manager o del professionista in azione; “*suggerendo strategie che altrimenti non sarebbero state concepibili*” (Morgan, 2004: 443). Concludendo, con una frase di Morgan è possibile sostenere, alla luce di quanto esposto, che “*la teoria organizzativa e manageriale altro non è che una vasta metafora*” (Morgan, 2004: 444).

4. L'azienda ospedaliera è un'organizzazione complessa

4.1 Le organizzazioni sanitarie sono sistemi complessi

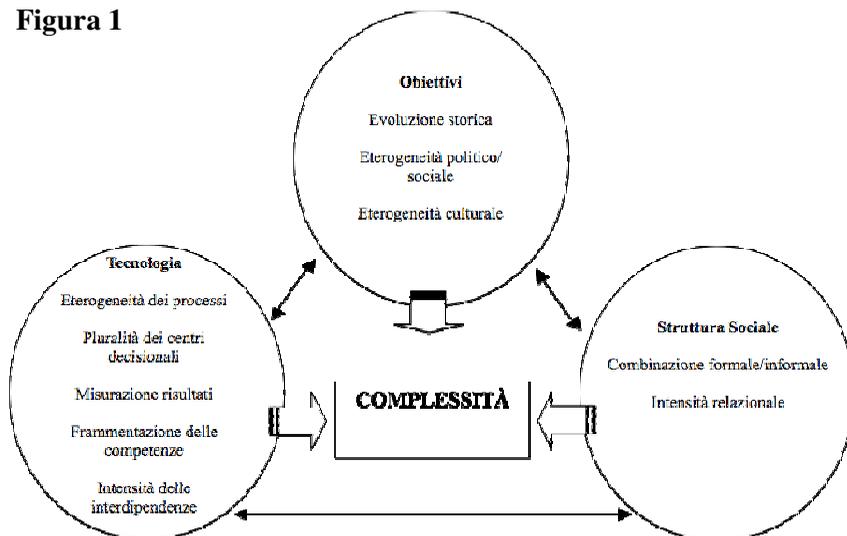
L'uso delle metafore come lenti attraverso cui osservare i fenomeni organizzativi se da un lato mi ha permesso di evidenziare alcuni fattori di complessità che caratterizzano le organizzazioni sanitarie dall'altro - proprio per la peculiarità delle metafore di offrire contributi per lo più parziali di una data realtà organizzativa - non può essere esaustivo senza un'analisi degli altri elementi che concorrono alla complessità organizzativa del mondo sanitario.

La complessità emerge, dunque, come un tema chiave in questo capitolo, la cui attenzione, insieme all'interesse verso l'organizzazione ospedaliera, non è recente. A livello mondiale già a partire dagli anni '50 studi di economia, sociologia e psicologia avevano, infatti, affrontato i temi connessi sia all'organizzazione sanitaria sia a quella ospedaliera. Come sostiene Vicarelli (2002) e Cicchetti (2004) negli anni '60, sotto la spinta degli studi di Freidson (1963), si inizia a dare attenzione agli ospedali attraverso studi empirici e ad indagare sulla rilevanza sociale dei servizi erogati nonché sulla interdipendenza esistente tra meccanismi burocratici e valori professionali (Perrow, 1965) entro i luoghi deputati alla salvaguardia del bene salute. *“La crescente complessità delle organizzazioni ed il maggior livello di professionalizzazione dei suoi membri hanno, inoltre, suggerito di porre un'attenzione sempre maggiore sui fenomeni non progettati ma emergenti dall'azione organizzativa e sul loro impatto sui fenomeni reali di strutturazione”* (Cicchetti, Profili, 2000: 2); in concordanza con quanti, nell'ambito degli studi organizzativi avevano già sottolineato la peculiarità del rapporto tra aspetti formali ed informali nel funzionamento ma, anche, nella progettazione delle organizzazioni (Barnard, 1938).

In tema di complessità organizzativa già nel terzo capitolo ho evidenziato come sia plausibile definire complesso quel sistema che *“non è costituito semplicemente dalla somma delle sue componenti ma, anche, da intricati, alti livelli di inter-connessione”* (Padroni, 2000: 9). A partire da tale assunto è possibile definire una mappa della complessità che caratterizza le organizzazioni sanitarie e che ci

consente di distinguere, seguendo Cicchetti, tre diversi fattori di complessità caratterizzanti tali ambiti organizzativi (Fig. 1).

Figura 1



Fonte: Cicchetti, 2004: 81

Il primo elemento di complessità riguarda *“l’eterogeneità dei sistemi culturali e dei valori che contribuiscono a definire gli obiettivi legittimi dell’organizzazione sanitaria”* (Cicchetti, 2004: 81). Il secondo elemento di complessità è, invece, legato al processo di trasformazione interno quale mezzo per raggiungere gli scopi, ovvero la tecnologia, mentre un terzo fattore riguarda, infine, la complessità di ciò che Hatch (2009) definisce la struttura sociale dell’organizzazione, vale a dire tutte quelle *“relazioni tra la persone che assumono dei ruoli in una organizzazione ed i gruppi organizzativi o unità alle quali essi appartengono (dipartimenti, divisioni, reparti, ecc.)”* (Hatch, 2009: 124).

Nell’osservare un ospedale è, dunque, utile considerare simultaneamente e globalmente questi tre fattori, non solo nelle loro *“caratteristiche attributive”* (Cicchetti, 2004: 82) ma, soprattutto, nelle interazioni che tra questi fattori quotidianamente si realizzano. Considerando, come fa notare ancora Cicchetti, che essi mostrano

influenze diverse e mentre il sistema culturale ha conseguenze nel lungo periodo ed i fattori connessi alla tecnologia ed alla scienza mostrano effetti nel medio periodo, gli effetti legati alla struttura sociale organizzativa incidono, invece, anche nel breve periodo, aumentando la complessità organizzativa interna alle strutture.

4.2 Le determinanti della complessità

Gli scopi propri dell'organizzazione sanitaria sono, dunque, il primo fattore che analizzeremo quale determinante della complessità aziendale, poiché, essi, non solo sono molteplici ma variano in relazione alla evoluzione storica ed ai significati assegnati alla medicina ed alla sanità nei diversi contesti socio-economici nazionali (Gosetti, 1993; Giarelli, 2003).

Ne deriva che in una organizzazione sanitaria gli obiettivi subiscono una variazione in funzione dell'evoluzione della medicina del tempo, dal momento che in un dato periodo storico gli ospedali e le aziende sanitarie nel loro complesso possono assumere missioni diverse come pure, valori, prospettive culturali e prerogative dissimili in base alle caratteristiche economiche, politiche e sociali di un dato contesto sociale. L'evoluzione storica, ovvero il ruolo che la medicina assume in un dato momento è, dunque, strettamente legato alle scelte progettuali ed alle logiche strategiche adottate dal management entro i contesti di cura. Ad ogni grado di sviluppo della società è possibile, infatti, far corrispondere una diversa concezione della medicina e, di conseguenza, diversi assetti organizzativi e strutturali per fornire una risposta adeguata alle esigenze esterne ed interne che via via emergono⁴⁷ (Maggi, 1984; Arcuri, 1993).

⁴⁷ In tale ambito si pensi alla diversità che nel tempo ha assunto la pratica medica la quale *“nell'antica Grecia veniva esercitata in templi dedicati ad Asclepio; nella Roma repubblicana alla medicina domestica di derivazione etrusca se ne affianca una di origine Greca (dotto e sapiente) che assume forma di ricoveri per feriti negli accampamenti legionari. È il primo esempio di ospedale che evolverà, successivamente, da “ospitium”, ricovero per indigeni nel periodo paleocristiano, a struttura specifica per il ricovero degli infermi e degli infetti nel XIX secolo”* (Cicchetti, 2004: 83).

A quella che potremmo etichettare come la mutata forma dell'azienda sanitaria che la vede nel tempo cambiare assetto organizzativo e tramutarsi da tempio ad ospizio, da *“machine à guerir”*⁴⁸ ad azienda si connette, dunque, il coincidente mutamento degli scopi e delle sue funzioni. Scopi che solo nel XX secolo vedono gli ospedali e le altre organizzazioni sanitarie assumere funzioni eterogenee (McKee, Healy, 2002) ed un obiettivo prevalentemente di carattere sociale, *“segnaletico del livello di civilizzazione raggiunto da un paese (...) Più recentemente all'ospedale viene assegnato un ruolo 'imprenditoriale' in quanto chiamato a valorizzare le sue competenze distintive anche attraverso lo sfruttamento imprenditoriale dei risultati della ricerca sotto la pressione della crescita dei costi di gestione”* (Cicchetti, 2004: 84). Ne consegue che il ruolo e gli scopi degli ospedali di oggi sono molto diversi da quelli di ieri. Si pensi all'opera di Freidson (1970) dove lo studioso non manca di evidenziare come ad un avanzamento della scienza e della tecnica corrisponda una variazione significativa nel rapporto medico-paziente, il quale evolve nel tempo da un approccio paternalistico ad uno scienziato nel XVIII secolo e l'ospedale stesso modifica il suo assetto in funzione di tali cambiamenti (Cosmacini, 1997).

Riflettere sull'organizzazione sanitaria significa, dunque, considerare il ruolo che la sanità e la medicina assumono in un dato momento storico e in un dato contesto, sia a livello sociale che a livello politico ed economico, dal momento che tali fattori sono soliti incidere non solo sulla *mission* assegnata alle organizzazioni sanitarie ma, anche sulle forme organizzative assunte da queste ultime nei diversi contesti sociali in cui si trovano ad operare (Ibidem).

Come fa notare Cicchetti (2004: 84), *“la strutturazione ed il governo dei sistemi sanitari e degli ospedali, sono fortemente radicate nelle tradizioni e nelle culture locali e lo stesso concetto di “medicina” assume significati diversi”*. Tali diversità si traducono in norme di legge (sistemi di regolazione coercitiva) ed in altre norme che tendono ad istituzionalizzarsi in un determinato contesto per motivi mimetici e cerimoniali (Powell, Di Maggio, 1991).

⁴⁸ Per approfondimenti sull'evoluzione dell'ospedale si rimanda al testo di: Foucault M., *et al*, (1979), *Les machines à guérir*, P., Mardaga, Bruxelles.

L'esito è lo strutturarsi di sistemi sanitari dissimili nei diversi contesti nazionali quali: il sistema universalistico tipico dell'esperienza inglese ed italiana, caratterizzato da un controllo pubblico sulle scelte strutturali e su quelle di funzionamento e finanziamento ed espressione delle politiche di welfare state; il sistema dell'assicurazione sociale tipico del sistema francese e tedesco e contraddistinto *“da un sistema di sicurezza sociale basata sulla contribuzione obbligatoria ad enti prevalentemente pubblici”* (Cicchetti, 2004: 85) e da una visione della salute come bene pubblico garantito dallo Stato; ed infine il sistema pluralistico, tipico del modello statunitense che considera la salute come bene di consumo e vede il mercato come un meccanismo di regolazione dell'intero sistema nonché come elemento attraverso cui allocare risorse (Ibidem).

Se l'eterogeneità analizzata sotto il profilo politico sociale è dunque un fattore di complessità che pesa sulle organizzazioni sanitarie, un ulteriore elemento di difficoltà è rappresentato dall'eterogeneità culturale, intesa come compresenza di una pluralità di soggetti (Gosetti, 1993) *“che fondano le proprie azioni professionali su sistemi di valori e codici di comportamento significativamente eterogenei tra loro. Medici, infermieri, amministratori-burocrati, tecnici e manager, in relazione alla propria formazione, indottrinamento ed esperienza, formano una compagine eterogenea in termini culturali e di valori di riferimento”* (Cicchetti, 2004: 87).

All'interno delle organizzazioni sanitarie, infatti, non si può parlare come fa Schein (1985) di una sola cultura organizzativa - quale schema di assunti fondamentali che un certo gruppo inventa, scopre o sviluppa nel mentre impara a fronteggiare i problemi legati al suo adattamento esterno o alla sua integrazione interna e pertanto ritenuti validi e meritevoli di essere insegnati ai nuovi membri - bensì di 'culture' (Cicchetti, Profili, Fontana, 2003), in relazione all'esistenza di vere e proprie famiglie professionali che coesistendo all'interno degli spazi deputati alla cura.

Tali famiglie professionali danno vita ad una eterogeneità sociale che determina un potenziale di conflittualità difficilmente riscontrabile in altri contesti (Ruffini, 1998). Si pensi in questo ambito al conflitto medico-manager ed ai conflitti emergenti dai differenti modi di interpretare i diversi ruoli professionali: medici e personale infermieristico e tra questi e le cariche più prettamente

amministrative, o ruoli medici vs tecnici di radiologia o di laboratorio, medici e infermieri vs il ruolo che riveste la caposala ecc. (Cicchetti, 2004).

Indipendentemente dal significato che una data società assegna al bene salute, la presenza dei conflitti è, dunque, ineliminabile all'interno di qualsiasi organizzazione sanitaria (Maggi, 1989) giacché la radice stessa dei conflitti è fortemente connessa a ciò che Freidson (1970), nella sua “teoria della dominanza medica”, definisce la posizione di potere che ricopre la professione medica rispetto agli altri attori sociali. Secondo Freidson (1970), infatti, si è storicamente assistito ad una imposizione di autorità da parte della categoria medica nei confronti delle altre professioni, dovuta alla capacità del medico di operare un controllo sul proprio lavoro e su quello delle altre professioni sia sanitarie che tecniche; al punto non solo da fargli ricavare una posizione di egemonia rispetto agli altri ruoli professionali ma, anche, la possibilità di condizionare le loro *performance* lavorative.

Seppur oggi si osserva un ridimensionamento del ruolo del medico rispetto a ciò che veniva definito il suo potere legittimo sul paziente (Cicchetti, 2004) ed un declino della sua autorità rispetto agli altri ruoli professionali (specie in relazione al processo di professionalizzazione delle professioni sanitarie), non si riscontra un venir meno della conflittualità entro le aziende sanitarie.

Al contrario la crescita della conflittualità, interna ed esterna a tale organizzazione, diviene un elemento caratterizzante la vita organizzativa, in relazione all'emergere di nuove “*forme di controllo esterne al meccanismo professionale di natura burocratica, basate sul ruolo di altre figure professionali interne all'organizzazione sanitaria (ad es. quella del manager) o esterne alla stessa (es. l'avvocato di un paziente che si considera 'parte lesa')*” (Cicchetti, 2004: 88).

Tabella 1 TIPOLOGIE DI ETEROGENEITÀ, ASPETTI CRITICI E ANALISI PROGETTUALE

ETEROGENEITÀ	ASPETTO CRITICO	ESIGENZE DI ANALISI PER L'ATTIVITÀ PROGETTUALE
Eterogeneità Storica	Evoluzione del ruolo e degli scopi delle organizzazioni sanitarie nei diversi periodi storici	Riflessioni sul ruolo sociale delle organizzazioni sanitarie
Eterogeneità politico-sociale	Diversità negli assetti istituzionali nelle funzioni e negli scopi	Analisi dei contesti e delle tradizioni locali rispetto al concetto di “medicina” considerato
Eterogeneità negli attori	Diversità negli interessi e nei valori degli attori coinvolti	Analisi e ricomposizione dei conflitti

Fonte: Cicchetti, 2004

4.3 La complessità nella tecnologia

Il secondo elemento di complessità che connota le organizzazioni sanitarie è, invece, riconducibile alla sfera tecnica (secondo cerchio della figura 1), vale a dire alle caratteristiche insite nella tecnologia adottata in una organizzazione sanitaria e che secondo Cicchetti (2006) ci induce a considerare cinque aspetti fondamentali della vita organizzativa: l'eterogeneità dei processi, l'autonomia clinica e la pluralità dei centri decisionali, la difficoltà di misurazione dei risultati, la frammentazione delle competenze e l'intensità delle interdipendenze funzionali.

Per quanto concerne l'eterogeneità dei processi, un'organizzazione sanitaria si configura come una realtà organizzativa al cui interno emergono delle varietà di elementi e di cicli funzionali che Maggi (1989) e Ruffini (1998) definiscono “*task*” molto dissimili tra di loro e che possono essere differenziati in tre tipologie di cicli, ovvero: “*il ciclo medico caratterizzato da fasi tradizionali quali anamnesi, diagnosi terapia e controllo (follow-up); il ciclo dell’assistenza e della custodia che comprende le attività infermieristiche e quelle di supporto alla permanenza di un paziente in un ospedale (vitto, alloggio, pulizie, manutenzioni ecc.) e il ciclo amministrativo, che attiene alla gestione dei processi che hanno contenuto economico-finanziario e giuridico*” (Cicchetti, 2004: 88-89).

I processi che distinguono tali cicli sono ulteriormente complessificati dalla “*eterogeneità che caratterizza internamente i cicli medici*” (Ibidem). All'interno dei cicli medici è, infatti, possibile operare una distinzione fondamentale tra cicli medici e cicli chirurgici, le cui differenze sostanziali risiedono principalmente in ciò che Coser (1958) definisce i contenuti tecnologici che li connotano. La tecnologia connessa al ciclo chirurgico tende ad essere “*risolutiva, rapida e specifica; le competenze in questa area sono ben individuate e specifiche (chirurgo, anestesista, perfusionista, strumentista) e la struttura organizzativa è tipicamente appiattita e dominata dall’autocrazia tra i medici*” (Cicchetti, 2004: 88-89). Il ciclo che connota l'area medica si caratterizza, invece, per la natura incrementale delle decisioni da prendere, rispetto alla cura del paziente e “*per terapie prolungate, difficoltà diagnostiche ed elevati livelli di ambiguità nel rapporto tra il percorso di cura scelto ed il risultato ottenuto*” (Ibidem). In questo tipo di tecnologia, “*la*

struttura organizzativa interna è tipicamente burocratica con l'autorità delegata via via lungo la linea" (Cicchetti, 2004: 89; Coser, 1958).

Nessun ciclo chirurgico e nessun ciclo medico è mai uguale ad un altro, giacché, tali cicli funzionali si configurano, ogni volta, sulle esigenze individuali di ciascun paziente e, dunque, l'eterogeneità che li contraddistingue diviene un elemento di complessità organizzativa ineliminabile da ogni ambito di cura. Tanto *"più le attività si differenziano e le funzioni si specializzano, tanto maggiori saranno i problemi legati alla loro ricomposizione e coordinamento"* (Cicchetti, 2004: 89) entro le singole unità operative.

Poiché per ciascuno dei macro cicli non solo occorrono ordini gerarchici diversi (nel caso del ciclo chirurgico: primo chirurgo, capo anestesista, strumentista, infermiere di sala ecc. e nel caso del ciclo medico: dirigente di I° livello, dirigente di II° livello, specializzando, capo sala, infermiere di reparto o di medicheria ecc.) e *"mix diversi nell'utilizzo dei meccanismi di coordinamento"*⁴⁹ (Ibidem), (medico vs caposala, caposala vs infermiere, chirurgo vs anestesista, capo divisione vs direttore di dipartimento, capo dipartimento vs direttore generale ecc.) è possibile definire l'organizzazione sanitaria come una realtà organizzativa che *"si presenta come la combinazione, a differenti livelli, di diversi sistemi d'azione che sono da ricondurre alle differenti modalità attraverso le quali si viene ad interagire con lo stato di bisogno dell'utente implicando, quindi, sforzi di ricomposizione organizzativa particolarmente onerosi"* (Cicchetti, 2004: 89); e per questo non esenti da possibili conflittualità interne tra i diversi ruoli professionali, dovute alla presenza di una pluralità dei centri decisionali.

La pluralità dei centri decisionali emerge, dunque, come un elemento di complessità ulteriore all'interno delle organizzazioni sanitarie. La decentralizzazione del potere decisionale trova spiegazione in quella che Cicchetti (2004) definisce l'eterogeneità dei *task* sopra evidenziata ed in quella che Zangrandi (1988) spiega essere l'ampiezza, in termini di autonomia e discrezionalità della

⁴⁹ Dalla supervisione diretta ai collegamenti informali.

decisione medica rispetto ai percorsi assistenziali dei singoli pazienti⁵⁰.

All'interno dei reparti ospedalieri il potere medico emerge nel tentativo, posto in essere da quest'ultimo, di assumere un controllo totale delle sue decisioni, opponendo "*a qualsiasi tentativo di regolazione esterna la sua diretta responsabilità, etica e legale, nei confronti del paziente*" (Cicchetti, 2004: 89). Tale controllo nella presa delle decisioni compare come un aspetto fondamentale connesso ai cambiamenti sociali registrati negli anni '90 e già evidenziati nel primo capitolo attraverso un'analisi delle tre riforme in tema di sanità pubblica.

L'inserimento del potere politico ai vertici aziendali, l'importanza che nel tempo ha assunto il lato economico nella gestione delle aziende sanitarie, le influenze delle case farmaceutiche entro i contesti di cura (connesse alla somministrazione delle terapie e, dunque, all'uso dei farmaci da adottare nei reparti ospedalieri), come pure la necessità di un concorso dei pazienti nella presa delle decisioni che li riguardano, hanno via via eroso l'esclusività decisionale della classe medica. In tale ambito ciò che Cicchetti (2004: 89) definisce "*l'adozione dei strumenti di controllo burocratico*" ed in particolare la posizione di dipendenza del medico professionista nell'ambito delle organizzazioni sanitarie (modalità più diffusa nei paesi europei che negli Stati Uniti) introduce elementi di edulcorazione alla discrezionalità del comportamento medico (Freddi, 1990). "*L'autonomia clinica comporta, infatti, un sistema di responsabilizzazione dove, a fronte dei vincoli rigidi nell'allocatione delle risorse, vengono a crearsi spazi di autonomia notevoli nelle modalità di utilizzazione delle risorse stesse*" (Zangrandi, 1988: 87). Ciò implica interventi in tema di responsabilità medica che all'interno dei reparti ospedalieri si traducono in una continua opera

⁵⁰ In tale prospettiva è possibile ricondurre il discorso al concetto di multidisciplinarietà degli interventi rispetto al percorso terapeutico del paziente e all'esigenza, posta in essere dal processo di aziendalizzazione, di formare equipe multidisciplinari al fine di combinare interventi clinico-diagnostici ma, anche, chirurgici in connessione con altre specializzazioni ed altre figure professionali presenti entro alla stessa azienda ospedaliera (es. chirurgo vs radioterapista, chirurgo vs oncologo ecc.) o sul territorio (es. connessione tra medici ospedalieri e medici di medicina generale).

di sensibilizzazione al tema dell'appropriatezza clinica e organizzativa da parte dei vertici aziendali verso le figure mediche; nonché in *standard* interni (ovvero protocolli clinici) ed esterni (evidenze scientifiche), aventi come obiettivo principale l'efficacia degli interventi clinici e l'economicità delle prestazioni erogate (Cicchetti, 2004).

A complessificare il raggiungimento degli obiettivi di efficienza ed economicità si pone un successivo elemento di difficoltà che le professioni sanitarie sono chiamate a gestire, ovvero l'eterogeneità dei processi precedentemente menzionata.

In virtù dell'esigenza di multidisciplinarietà degli interventi i percorsi assistenziali dei singoli pazienti si connotano, infatti, di possibilità di cura, di continue relazioni tra professionisti diversi nonché di decisioni cliniche molteplici, prese a diversi livelli ed in diversi momenti del percorso terapeutico. Ne deriva che sulle stesse attività assistenziali tendono a concentrarsi poteri decisionali di diversa natura e provenienza.

In un reparto ospedaliero può accadere, ad esempio, che lo stesso “*staff a supporto delle attività cliniche (es. il personale infermieristico)*” (Cicchetti, 2004: 90) si trovi interessato da ben due sistemi di potere che spingono in direzioni diverse: il potere verticale dell'autorità di *line* e il potere orizzontale della competenza professionale (Mintzberg, 1983). In tale ambito il conflitto, cui prima accennavo, sarà pertanto un elemento ineliminabile della vita organizzativa che quotidianamente emerge nelle attività di cura, traducendosi in problemi di coordinamento ed in continui processi di negoziazione per la gestione delle risorse comuni.

Come fa notare Cicchetti (2004) nell'uso di una tecnologia e - ancora aggiungo, nell'uso di una sala operatoria o nell'uso di strumenti per le medicazioni in un reparto ospedaliero - ciascun attore tenderà a gestire le risorse comuni in modo tale da conservare, costantemente, una sorta di “*controllo sul proprio lavoro non accettando, di buon grado, possibili regole per l'efficiente uso della tecnologia poste dalla tecnostruttura*” (Cicchetti, 2004: 90).

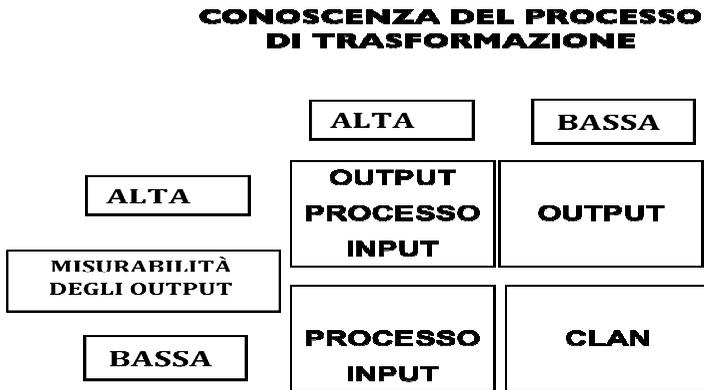
Accanto alle problematiche connesse alla eterogeneità dei processi, alla pluralità dei centri decisionali e all'autonomia professionale troviamo ancora due dimensioni della complessità tecnica che connotano le organizzazioni sanitarie: una dimensione è legata alle problematiche di misurazione dei risultati prodotti

dall'organizzazione mentre l'altra è associata al problema della frammentazione delle conoscenze.

Per quanto concerne le difficoltà di misurazione dei risultati di una organizzazione sanitaria prenderò in considerazione due aspetti sostanziali: la definizione dell'oggetto della misurazione e la definizione delle modalità di misurazione. Tali aspetti sono definiti elementi di complessità nella misura in cui, all'interno di un'organizzazione sanitaria, è oggettivamente difficoltoso giungere ad una misurazione del risultato finale dell'azione organizzativa, inteso come esito o *outcome* (Cicchetti, 2004). Se definiamo l'*outcome* di un trattamento come qualcosa precisabile "*in funzione all'incremento osservato nello stato di salute del paziente a seguito della prestazione ricevuta*" (Cicchetti 2004: 90) è evidente la difficoltà nell'utilizzare lo stato di salute come un indicatore dell'efficacia di un intervento sanitario, giacché, esso per essere computato ha bisogno di tempi lunghi, in quanto legato alla durata della vita e alla qualità di essa (Klarman *et al.*, 1968).

Ne deriva, che è impossibile correlare le risorse ed i processi assistenziali con i risultati conseguiti e dunque gli indicatori di salute "*mal si adattano per essere utilizzati al fine della gestione e del controllo organizzativo in una organizzazione sanitaria (...)* A questa complessità si risponde adottando come misura dell'*outcome* un suo proxy ovvero l'*output* assistenziale prodotto: un ricovero, una prestazione ambulatoriale o un intervento chirurgico" (Cicchetti 2004: 90); ma anche in tal caso per l'organizzazione sanitaria si tratta di dover affrontare tre problematiche fondamentali: individuare meccanismi per classificare gli *output*, chiarire quali dimensioni valutare (efficienza, efficacia, economicità, appropriatezza, equità ecc.) e definire dei *set* di indicatori che rappresentino le dimensioni che si intendono valutare. Rispetto alla misurazione appare, pertanto, indubbia la complessità che connota il settore salute e la possibilità di misurare o di applicare meccanismi di controllo basati sulla misurazione dei comportamenti (Ibidem). Tale complessità di "*misurare i risultati dell'attività medica e l'impossibilità da parte di un supervisore non medico di valutare l'appropriatezza dei comportamenti lavorativi, ha suggerito il ricorso*" (Cicchetti, 2004: 91) a meccanismi di controllo rituale o di clan (Ouchi, Maguire, 1975) (Fig.2).

Figura 2 Il modello di Ouchi



Fonte: adattato da Ouchi, 1979, 198; Cicchetti, 2004: 91

Nella tesi di Ouchi il clan è una forma organizzativa basata su modelli di relazioni *vis-à-vis* e *leadership* carismatica.

In tale ambito il controllo sui componenti del clan è preventivo e prevalentemente basato sull'adesione a certi valori condivisi. È dunque possibile collegare la tesi di Ouchi (1980) all'ambito dell'organizzazione sanitaria giacché Ouchi non solo caratterizzò questa forma legandola a valori tradizionali (lealtà, onore, ecc.) ma vide in essa una forma di governo duratura e trasversale a più organizzazioni.

Alla complessità nella definizione dei risultati si associa, infine, quella dovuta alla frammentazione delle conoscenze.

L'organizzazione sanitaria può essere vista come uno scenario in cui si relazionano potenti attori individuali e collettivi. I più emblematici sono le professioni, la cui legittimazione poggia su saperi fondativi da cui derivano, oltre alle loro conoscenze scientifiche, metodi e tecniche di ricerca tipici. Oggi, sempre più, le professioni sanitarie richiedono saperi che si estendono fuori dai propri confini canonici, con l'adozione di strumenti nati al di fuori della propria tradizione (es. medico *vs* manager). “Come per tutte le burocrazie professionali la specializzazione delle competenze tecniche dei singoli professionisti” (Cicchetti 2004, 91) non ha fatto che aumentare la complessità del mondo sanitario, tanto più che la

specializzazione, come fa notare Cosmacini (1997) è un fenomeno che si è fortemente accentuato nel mondo della medicina in termini di specializzazioni e sub-specializzazioni. Se dal punto di vista dell'efficacia tecnica un approfondimento delle competenze è certamente necessario questo stesso elemento, analizzato in una prospettiva organizzativa, evidenzia come una proliferazione continua di saperi e una frammentazione di questi *“genera seri problemi di coordinamento organizzativo, che si riverberano sull'efficienza complessiva del processo assistenziale. Le professionalità necessarie per affrontare in maniera completa un percorso di cura, infatti, sempre più di rado sono presenti nella stessa persona. Molto spesso è necessario assicurare una interdipendenza professionale tra diversi medici con conoscenze ultra-specializzate e che, per loro natura, operano nella convinzione che, come in ogni attività professionale, il professionista possa avere il controllo assoluto e solitario sul proprio lavoro”* (Cicchetti 2004, 92).

Questa ricomposizione, non solo deve essere garantita a livello intra-organizzativo (es. all'interno di un ospedale, in un reparto ospedaliero o dentro una sala operatoria ecc.) ma, quel che più complesso, essa deve essere assicurata anche a livello inter-organizzativo (Ibidem). Come osserva Cicchetti (2004) il trattamento stesso di patologie croniche e recidivanti come i morbi o le malattie neoplastiche, obbligano ad una integrazione clinica tra i diversi livelli assistenziali, ovvero tra strutture operanti in ambito sia ospedaliero che territoriale (ospedali *vs hospice* o ospedali *vs* cliniche riabilitative o case di cura ecc.).

La complessità connessa alla eterogeneità dei processi nell'area clinica (tanti quanti sono i pazienti da trattare), la presenza di centri decisionali molteplici e la frammentazione delle conoscenze, conduce direttamente a considerare l'importanza e la necessità delle interdipendenze all'interno degli ambiti deputati alla cura. Come sottolinea Mintzberg (1983) *“nelle burocrazie professionali”, “i medici sembrano chiamati ad identificare le esigenze dei pazienti e ad applicare alle loro problematiche programmi precedentemente classificati”* (Cicchetti 2004: 92).

Ne deriva che durante quella che viene definita fase della diagnosi, il medico cerca di 'incasellare' (Zangrandi, 1988), i bisogni e le richieste del paziente e di farle collimare con il patrimonio di

soluzioni da lui conosciute e concretamente disponibili. La complessità e la non linearità insita in tale processo sono correlate al fatto che oggi, rispetto al passato, il corretto trattamento di un paziente necessita che diversi professionisti forniscano segmenti del programma terapeutico, sulla base di conoscenze specializzate. I programmi di interazione non sono più definibili a priori e sia i medici che le singole unità operative (semplici o complesse che siano) sono chiamati ad interagire e a cooperare tra loro in modo contingente, in relazione alle esigenze specifiche e rilevabili su ciascun paziente al momento della diagnosi (Cicchetti, 2004).

In una azienda ospedaliera i medici e le unità operative sono, dunque, intensamente interdipendenti (Ruffini, 1998) e *“tali interdipendenze si configurano intense quando emergono come il risultato dell’interazione tra: i diversi “cicli funzionali” (clinico, assistenziale, amministrativo) i quali acquisiscono modalità proprie in relazione al personale in essi inserito; tra i professionisti medici aventi ciascuno le proprie competenze specialistiche”* (Cicchetti, 2004: 93). Secondo Thompson (1967) tali interdipendenze possono essere di diversa natura, vale a dire sequenziali, generiche o reciproche in funzione del tipo di ciclo funzionale che si intende considerare. L’interdipendenza, al di là della sua natura, si sostanzia, dunque, nella necessità di scambi continui tra medici di unità operative diverse riguardanti prestazioni terapeutiche, servizi di diagnosi, consulenze sui singoli casi, (Cicchetti, 2004) o aggiustamenti di terapie, monitoraggi ecc.. Nel ciclo amministrativo ed in quello tecnico si riscontrano interdipendenze per lo più di carattere generico e sequenziale (Cicchetti, 1999), così come nell’ambito dell’assistenza e della custodia (es. nei servizi di mensa o nei servizi addetti alla pulizia) non si realizza una interdipendenza diretta tra queste diverse unità.

Fa notare Cicchetti nel ciclo clinico, invece, a dominare sono le interdipendenze di natura reciproca (Thompson, 1967; Mintzberg, 1983; Maggi, 1989). In specifiche aree specialistiche, infatti, (es. nelle attività di diagnostica di laboratorio) come pure in alcune modalità assistenziali (es. la chirurgia in elezione) si riscontrano interdipendenze tra competenze ed unità organizzative di natura sequenziale (Cicchetti, 2004). *“Ne consegue un intreccio di relazioni e inter-relazioni di particolare complessità che integrano modalità di interdipendenza diverse tra loro ancorché dominate, almeno*

nell'area clinica, da caratteristiche di reciprocità” (Cicchetti, 2004: 93) e dove, come sostiene Thompson (1967), il meccanismo di coordinamento tra i medici e tra le singole unità operative si basa sul mutuo adattamento. Le stesse relazioni tra clinici si configurano caratterizzate da continui contatti diretti (spesso *face to face*) e da forti elementi di informalità che tendono a scavalcare le relazioni gerarchiche formali, tipiche delle strutture burocratiche e di cui più volte ci ha dato conto Mintzberg (1983) nei suoi lavori.

Concludendo è possibile sostenere l'importanza che riveste in una organizzazione sanitaria la gestione dei processi organizzativi connessi all'area della tecnologia ed è possibile riassumere la complessità che caratterizza l'area tecnica di una organizzazione sanitaria sulla base degli elementi contenuti nella tabella 2, in cui si coniugano, per ciascuna delle dimensioni afferenti all'area tecnica ed indagate in questo paragrafo, gli aspetti di complessità che le connotano e le criticità nella programmazione che da queste scaturiscono.

TABELLA 2 COMPLESSITÀ NELLA TECNOLOGIA

	Aspetto critico legato alla complessità	Criticità nella Programmazione organizzativa
Eterogeneità dei processi	Ampiezza ed eterogeneità task operativi (clinici, amministrativi, tecnici)	Gestione delle specializzazioni sottostanti
Pluralità dei centri decisionali	Autonomia e discrezionalità professionisti, frammentazione delle conoscenze	Strumenti per il coordinamento delle autonomie
Difficoltà di misurazione	Difficoltà nel misurare l'esito in termini di salute	Misurazione di un proxy (output); rilevanza del controllo di clan

Frammentazione competenze	Progressiva specializzazione delle conoscenze e delle competenze	Specificazione di un sistema di classificazione
Intensità nelle interdipendenze	Interdipendenza reciproca nell'area clinica	Meccanismi per facilitare il mutuo adattamento

Fonte: Cicchetti, 2004

4.4 La complessità nella struttura sociale organizzativa

Le organizzazioni sanitarie, accanto alla complessità legata all'area tecnica, mostrano elementi di complessità anche all'interno della struttura sociale organizzativa, in relazione a quelle che potremmo definire alcune caratteristiche specifiche che la connotano. In particolare rispetto alla combinazione tra aspetti formali ed informali, rispetto alla sfera connessa all'intensità relazionale ed in funzione dei processi che si trovano alla base delle decisioni cliniche ed organizzative.

Considerando la combinazione tra aspetti di natura formale ed informale, come sostiene Barnard (1938), *“in una organizzazione gli aspetti informali creano le condizioni in cui può sorgere l'organizzazione formale”* (Bonazzi, 1999: 81). In tale ambito gli ospedali rappresentano delle organizzazioni particolari ove l'interazione tra questi due aspetti *“pone in essere diversi problemi di regolazione organizzativa”* (Cicchetti, 2004: 94). Secondo Mintzberg (1983), infatti, in un'organizzazione sanitaria le relazioni laterali che si sviluppano tra i medici sostituiscono quei meccanismi formali di coordinamento di natura prevalentemente gerarchica. Per Thompson (1967) si tratta per lo più di relazioni di tipo informale capaci di assicurare quel mutuo adattamento di cui parla Cicchetti (2004), espresso nel paragrafo precedente, che diviene necessario per governare le interdipendenze reciproche.

Già Freidson (1970) aveva fatto emergere come la natura stessa della professione medica fosse particolarmente incline a dare importanza all'approvazione da parte dei colleghi nonché ai codici

etici di comportamento a cui il medico è chiamato ad attenersi. La rete che Cicchetti (2004: 94) definisce di relazioni laterali di natura sociale che intercorrono tra i medici è, dunque, fondamentale per spiegare le modalità di coordinamento (Cicchetti, Lomi, 2000), la creazione e la condivisione di conoscenze (Profili, 2004), la *performance* individuale (Cicchetti e Lomi, 2001) e quella dei gruppi di lavoro (Edmondson, Bohmer, Pisano, 2001).

Siamo innanzi ad una tipologia di rete improntata su relazioni personali svincolate sia dalle responsabilità formali sia dalla posizione occupata all'interno dell'organigramma, capace di superare tutti quei limiti insiti nei canali formali di comunicazione (Cicchetti, 2004). Sotto tale aspetto, se la complessità delle relazioni formali legate agli ambiti lavorativi può essere sostanzialmente gestita, non esistono tuttavia studi che consentono di poter ipotizzare l'esistenza di strumenti capaci di governare la dimensione sociale ed informale delle relazioni che si strutturano dentro un'organizzazione complessa come quella sanitaria. In tale ambito poiché, spesso, le interazioni sociali si sono dimostrate in grado di favorire le *performance* organizzative in diversi contesti, ci si potrebbe chiedere, come fa Cicchetti, se non sia possibile entro i micro contesti organizzativi entro cui si dispiegano le attività di cura individuare *“meccanismi di regolazione in grado di favorire la creazione di quelle relazioni sociali che si sono dimostrate particolarmente proficue per l'efficacia e l'efficienza delle organizzazioni sanitarie”* (Cicchetti, 2004: 95).

L'altro aspetto che prenderò in considerazione, anche esso connesso alla complessità della struttura sociale organizzativa, è quello dell'intensità relazionale giacché, *“l'emergere di forme collaborative che coinvolgono l'organizzazione e i suoi membri appaiono particolarmente rilevanti per le strutture sanitarie e sono in grado di influenzare la loro capacità di operare in modo efficace ed efficiente”* (Cicchetti, 2004: 95). Tale prospettiva definita da Lomi (1991) come prospettiva relazionale allo studio delle organizzazioni, avanza l'idea che la sopravvivenza come pure le *performance* e lo sviluppo stesso degli attori sociali sia influenzato dalla posizione che essi occupano all'interno di un *network* di relazioni, intrattenute con altri attori (Coleman, 1994) e che definiscono ciò che Thompson (1967) chiama l'ambiente rilevante dell'organizzazione stessa. Citando Pfeffer e Salancick (1978)

l'organizzazione non influenza, dunque, l'ambiente bensì il migliore posizionamento all'interno della rete di relazioni, con l'obiettivo ultimo di ottenere il vantaggio massimo che il *set* di queste relazioni può offrire.

Che l'attore sia interno o esterno ai confini dell'organizzazione non è un elemento significativo, lo è invece il contributo che tale attore riesce ad apportare ai fini del raggiungimento degli obiettivi organizzativi. Ne consegue che la natura stessa delle relazioni può subire variazioni indicative rispetto agli attori coinvolti: da relazioni intrattenute con i fornitori, con i competitori, con aziende complementari (Ares 118, *hospice*, IRCCS⁵¹), con associazioni di volontariato o anche con istituzioni, enti di regolazione del sistema sanitario (es. Ministeri, Regioni, Tribunale dei diritti del malato, Istituto Superiore di Sanità, agenzie per la qualità in sanità Agenas, Siquas, agenzie di sanità pubblica Asp Lazio, ecc.) o altre organizzazioni di varia natura (cliniche riabilitative ecc.).

In particolare le relazioni con i fornitori sono per lo più caratterizzate dal contratto, in relazione alla necessità di acquistare beni e servizi necessari alla produzione. Seppur possibile enunciare diverse tipologie di relazioni all'interno di un'organizzazione sanitaria, distinguibili in funzione alla loro diversa natura, nell'impossibilità di poterle indagare nel loro complesso, darò conto di quella tipologia di relazione che emerge come particolarmente significativa se considerata in relazione al tema della gestione della complessità in sanità, vale a dire quella di tipo cooperativo, peculiare in quanto capace di modificare i confini dell'organizzazione stessa.

Nel mondo sanitario, infatti, più che in qualsiasi altro ambito organizzativo, le organizzazioni che producono salute o che contribuiscono ad essa, sono portate a cooperare tra loro. *“Ospedali, organizzazioni attive sul territorio per la tutela della salute o per l'erogazione di servizi a diversi livelli di complessità assistenziale, sono necessariamente chiamate ad una continua interazione per assicurare la continuità dell'assistenza”* (Cicchetti, 2004: 96). L'idea alla base delle logiche che tendono a favorire tale tipologia di relazione è che l'integrazione clinica può essere garantita solo

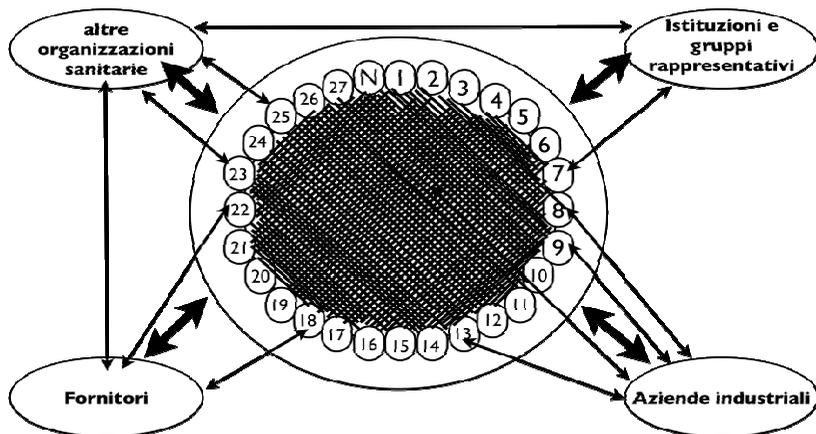
⁵¹ Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico. Gli IRCCS sono ospedali di eccellenza che perseguono finalità di ricerca in campo biomedico ed in quello della organizzazione e gestione dei servizi sanitari.

attraverso forme di coordinamento non gerarchico (Shortell *et al*, 1996), in grado di favorire quei rapporti di reciprocità rispetto al singolo caso, di qui l'importanza delle connessioni tra ospedale e territorio e viceversa; specie nei casi di patologie croniche che necessitano di essere trattate da diverse professionalità, in momenti distinti del percorso di cura (es. da uno specialista ospedaliero vs medico di base o da medico di base vs specialista ospedaliero, chirurgo, radiologo, oncologo ecc.).

In tale prospettiva appaiono evidenti i limiti insiti nel coordinamento gerarchico, giacché, come fa notare ancora Cicchetti (2002), in un sistema pubblico l'esigenza di governare una tale integrazione tra professionisti ed organizzazioni di diversa natura ed ubicate in strutture diverse, spesso fisicamente distanti tra loro, implica delle modalità di coordinamento che esulano dalla gerarchia e maggiormente orientate al coordinamento inter-organizzativo. Questa tipologia di relazioni permette alle organizzazioni sanitarie non solo di trovare legittimazione tra la società e tra le autorità sanitarie ma contribuisce, strumentalmente, alla gestione della continuità assistenziale inter-istituzionale (Cicchetti, 2004). L'esito è che l'organizzazione sanitaria, così concepita, si configura come una rete di reti dove *“le strutture focali sono costituite dalle unità organizzative interne, dai singoli professionisti oltre che dall'organizzazione nella sua interezza (...) e le relazioni intrattenute tra le singole unità operative (o dai singoli medici) con organizzazioni terze (o altri professionisti) possono contribuire alle performance delle singole unità focali e dell'organizzazione nel suo complesso”* (Cicchetti, 1999, 2004: 98).

Nella figura tre i confini dell'organizzazione sanitaria sono rappresentati attraverso una linea tratteggiata che esemplifica la permeabilità e la densità degli scambi con l'esterno. Internamente l'organizzazione è rappresentata attraverso un grafo che riporta le relazioni interfunzionali tra le unità operative (1,2,3,4,5,6,7,8,9,N..) presenti in un grande ospedale italiano. Le frecce più spesse rappresentano relazioni di carattere inter-istituzionale mentre le frecce più leggere le relazioni intrattenute tra i nodi della rete interna (ovvero tra le N unità operative) e alcuni interlocutori rilevanti dell'ospedale. Emerge, così, un sistema complesso ed intenso di relazioni sia interne che eterne.

Figura 3 RAPPRESENTAZIONE DI UNA RETE DI RETI



Fonte: Cicchetti, 2004: 98

La complessità delle relazioni interne ed esterne all'organizzazione sanitaria sono rese maggiormente complesse se analizzate in funzione dell'ultimo elemento che prenderò in considerazione in relazione alla complessità della struttura sociale organizzativa di un'organizzazione sanitaria, ovvero i processi decisionali clinici ed i processi strategico-organizzativi, giacché spesso le relazioni tra gli attori professionali si strutturano proprio a partire dai processi decisionali interni.

Per quanto concerne i processi decisionali clinici è importante mettere in evidenza che la natura stessa della decisione clinica è di per sé complessa e critica in quanto è a partire da essa che prende avvio il processo assistenziale e quell'auspicata alleanza terapeutica tra il medico ed il paziente nonché tutti quei risvolti economici ed organizzativi che da essa inevitabilmente scaturiscono. Essa si caratterizza, dunque, per i molteplici effetti che può generare nel breve e nel lungo periodo (Cicchetti, 2004).

In questa prospettiva il vecchio paradigma (in termini Khuniani) di una decisione clinica presa individualmente dal singolo medico, solitaria e responsabile, basata su scienza e coscienza, viene oggi

messo in crisi negli elementi di base che lo connotavano (esperienza specifica, *curriculum* formativo, esperienza individuale e osservazione), in funzione dell'affermarsi di un nuovo paradigma alla base delle decisioni cliniche ossia l'*Evidence Based Medicine* (EBM) connesso al proliferare di casi di medicina difensiva che sempre più spingono i medici a prestare particolare attenzione nella presa delle decisioni cliniche rispetto ai singoli casi; considerando, anche, i possibili risvolti economici derivanti dalla presa di decisioni errate, capaci di generare danni al paziente (Giarelli, 2003).

L'approccio dell'*Evidence Based Medicine* porta, infatti, in luce il tema dell'appropriatezza e la necessità che la decisione clinica sia informata e basata sulle evidenze, sull'esistenza di informazioni sia scientifiche che tecniche e non sul semplice intuito del professionista. Di qui l'esigenza di relazioni continue e collaborative tra i diversi professionisti, poiché le evidenze, come fa notare Cicchetti (2004: 100), "*non sempre provengono dalla letteratura ma dalla collaborazione con altri clinici che portano con sé parti di queste evidenze*". Ne deriva che la decisione da individuale, basata su scienza e coscienza evolve sempre più verso una decisione che potremmo definire "*collettiva, basata su prove di efficacia con evidenti implicazioni per il coordinamento*" (Ibidem).

Oltre a questo aspetto occorre considerare anche l'importanza del risvolto economico legato al consumo delle risorse che impone al medico di prendere decisioni che tengano conto di tale problematica, specie nel caso di degenze di lungo periodo. La decisione clinica risulta, pertanto, maggiormente vincolata dal flusso di informazioni di natura economica (es. dispongo di farmaci per poter impostare una data terapia? Quanti ne ho a disposizione? Oppure posso eseguire un dato intervento chirurgico o agire tecnicamente su un paziente facendo uso di una data tecnologia? Dispongo di tutta la strumentazione e della documentazione utile per agire efficacemente sul caso?) Tale flusso di informazioni si va, così, ad aggiungere al flusso di informazioni cliniche che il medico già aveva a disposizione per ciascun paziente e insieme a questo concorre alla decisione ultima sul singolo caso.

La complessità della decisione clinica è, inoltre, maggiormente esasperata se si considera che i professionisti della sanità sono chiamati a decidere, oltre che a livello clinico, anche in merito ai processi aziendali organizzativi e strategici, la cui natura non può

essere verticistica ed individuale ma collettiva e orizzontale (Achard, Castello, Profili 2003). *“Le caratteristiche del processo decisionale strategico sono fortemente caratterizzate dal contesto interno in una organizzazione sanitaria, a sua volta peculiare per la particolare distribuzione delle responsabilità e dei poteri”* (Cicchetti 2004: 101; Mintzberg 1983; Zangrandi 1988; Maggi 1989; Arcuri 1993). *“Come precedentemente analizzato nella parte dedicata agli aspetti tecnici, la presenza di autonomie professionali, l’elevata frammentarietà delle conoscenze e delle competenze, la forte interconnessione tra le parti, contribuiscono a disegnare un tessuto decisionale particolarmente articolato e decentrato (...) Ne consegue che (...) la presenza di soluzioni progettuali, organizzative, orientate più sul versante della strutturazione gerarchica che su quello del ordinamento laterale informale incidono sul modo in cui i processi decisionali si realizzano nel sistema”* (Achard, Castello e Profili, 2003; Cicchetti 2004: 101).

In conclusione, dall’analisi condotta sugli elementi di complessità che caratterizzano le organizzazioni sanitarie si evince, come sia estremamente difficoltoso riuscire a programmare il futuro di una organizzazione sanitaria, dal momento che le componenti che la caratterizzano ed il numero delle variabili che entrano in gioco nel sistema salute sono molteplici e fortemente instabile e complessa è l’invisibile rete di relazioni interne che tutto interconnette e che si estende oltre i confini dell’organizzazione stessa (a volte per vie difficilmente conoscibili), all’ambiente esterno, ai sistemi sociali come pure a quelli politici ed economici.

5. Metodologia della ricerca ed etnografia organizzativa nei reparti di cura

Nelle organizzazioni si sviluppano le interazioni e le negoziazioni tra i membri che le costituiscono ovvero tra i manager e i loro dipendenti e tra gli operatori stessi che possono anche diventare alleati per raggiungere gli obiettivi organizzativi. Queste interazioni, se ripetute, costruiscono quello scambio quotidiano che dà l'impressione che la struttura organizzativa sia solida. Al contrario dalla mia osservazione delle pratiche quotidiane di lavoro in un reparto ospedaliero di chirurgia oncologica ho potuto notare che l'organizzazione è, invece, dinamica e aperta a mille cambiamenti.

Le trasformazioni in sanità sono decise a livello legislativo e solo in piccola parte dai manager della stessa organizzazione ed entrambe rappresentano delle interruzioni negli scambi informativi e nelle pratiche lavorative consolidate che strutturano la vita del reparto ospedaliero da me osservato. Il successo delle riorganizzazioni, continuamente introdotte dal legislatore a partire dal 1992, dipenderà quindi dal cambiamento degli schemi nelle routine quotidiane degli attori professionali del reparto di chirurgia che ho potuto esaminare nel corso della mia indagine.

I nuovi strumenti manageriali, elaborati nel corso delle recenti riforme sanitarie, modificano di fatto le pratiche organizzative all'interno dei reparti di cura e ne creano nuove in relazione alle risorse umane e materiali di ogni singola unità operativa e, così, definiscono e ridefiniscono i legami gerarchici in connessioni talvolta forti talvolta deboli⁵². Oltre agli effetti attesi creano, pertanto, anche effetti inattesi e non immediatamente visibili nel processo di cura del paziente e di particolare interesse per i sociologi. Questo accade perché le recenti riforme aziendali hanno portato nuove logiche organizzative nel lavoro ospedaliero, riprogrammando le attività cliniche in base all'accordo tra più specialità mediche e tra diverse organizzazioni sanitarie.

⁵² Nel caso specifico tra la direzione generale, il rettorato e la professione medica, all'interno del Policlinico universitario indagato, come vedremo nei successivi paragrafi.

Tali nuove logiche organizzative prevedono, infatti, che le professioni sanitarie che lavorano nei reparti di cura si accordino per definire i programmi clinico/assistenziali dei degenti e negozino per mantenere quel senso di ordine interno capace di favorire il normale svolgimento delle attività di cura nonché la sicurezza del paziente.

Seguendo Hatch (2009) e come rilevato nel corso del capitolo quarto, possiamo affermare che è proprio la regolarità delle interazioni inscritta nelle attività lavorative ciò che rende visibile la struttura sociale e le sue dinamiche, contrariamente alla mancanza di interazioni che crea dei vuoti, delle assenze nella struttura sociale del reparto indagato che è da intendersi come un insieme di relazioni di attività stabilizzate che devono diventare ricorrenti. Ma se in tutto ciò irrompono nuove regole dettate dai vertici legislativi o dai *top manager* dell'ospedale e queste regole non sono condivise dai professionisti che lavorano nei reparti ospedalieri, si sviluppano dei comportamenti che quotidianamente inscenano l'attività di cura attraverso delle pratiche lavorative che giornalmente si susseguono ma che non sempre si allineano con le direttive dall'alto; in quanto, come descriverò in questo capitolo, per dare la cura migliore i medici a volte derogano dai regolamenti (Pipan, 1996).

Partendo da tali intuizioni, durante il triennio e mezzo di indagine svoltosi tra il 2007 ed il primo semestre del 2010, soffermandomi sui processi della gestione quotidianamente attivati dalle professioni in un reparto di chirurgia oncologica e nei reparti con cui esso si connette ai fini dell'erogazione delle cure, ho osservato le pratiche lavorative degli attori professionali dal momento dell'accesso del paziente al Policlinico indagato e per tutto il periodo del ricovero nell'unità operativa osservata, fino alla sua dimissione o al trasferimento in un'altra azienda ospedaliera⁵³.

⁵³ Il reparto indagato era già un contesto organizzativo a me conosciuto ed osservato nell'anno 2005 in occasione di una mia precedente ricerca - finalizzata alla conclusione del percorso di studi del Master di II° livello Mias, in Management ed Innovazione nelle Aziende Sanitarie, promosso dalla Facoltà di Sociologia dell'Università degli Studi di Roma "Sapienza" - dal titolo: D'Angeli F., (2005), *Dinamiche organizzative e modalità relazionali in oncologia, dal giro visita alla sala operatoria. Un'analisi di caso: il reparto di chirurgia Oncologica "A" al Policlinico Umberto I° di Roma*, Master Mias.

L'idea dalla quale sono partita è che le attività lavorative routinizzate sono iscritte in quella catena di cura che prende vita dai reparti ospedalieri intorno a ciascun paziente e che si snoda in connessione con altri reparti e con attori ed organizzazioni esterne all'unità operativa osservata, in una rete di azioni non sempre allineate tra di loro. È, infatti, nel processo di allineamento e di riallineamento delle attività dei professionisti coinvolti nelle cure del paziente che possono nascere i presupposti della devianza, dell'incidente o dell'errore medico o infermieristico, come descriverò nel corso dei successivi paragrafi.

Prestare attenzione alle attività lavorative è stata, dunque, una scelta mirata motivata dall'intuizione che il reparto sia un sistema sociale e che la trasformazione che è stata attivata al suo interno a seguito del processo di aziendalizzazione può anche produrre conflitti tra le professioni e tra i diversi livelli gerarchici, può scombinare le attività lavorative può, altresì, creare ridondanze inficiando, a diversi livelli, la sicurezza dei pazienti durante il periodo della degenza.

Per la ricerca sul campo ho scelto l'osservazione etnografica ed in questo capitolo illustrerò le premesse metodologiche che mi hanno guidata nell'osservazione delle attività quotidiane consolidate e di quelle non routinizzate che gli attori del reparto mettono in scena, iscritte negli spazi della chirurgia oncologica che opera in connessione con il pronto soccorso, con la sala operatoria ed anche con molti altri reparti ospedalieri necessari per le cure del paziente; costantemente accompagnato da un artefatto denso di significati quale è la cartella clinica e dai referti di cura in essa contenuti.

Come descriverò nelle pagine che seguono, all'interno del reparto ho individuato le principali attività attraverso le quali l'equipe presta le cure ai pazienti. Le attività routinizzate sono quelle dell'accoglienza e del giro visita ordinario, delle richieste mediche di prodotti per la sicurezza del paziente, del lavoro dell'equipe medica in connessione con il reparto di pronto soccorso, le attività che accompagnano il paziente verso l'operazione, la firma del consenso informato, le *performance* del reparto e le priorità operatorie e, infine, le attività di dimissione del paziente nonché le cure legate alla continuità dell'assistenza.

A livello metodologico l'idea è stata di guardare al campo organizzativo mediante una ricerca etnografica, ovvero attraverso

un'immersione nella realtà ospedaliera per osservare l'agire sociale e le pratiche di lavoro quotidiano degli attori organizzativi (Bruni, 2003; Piccardo, Benozzo, 1996; Marzano, 2004) prendendo spunto anche dall'etnometodologia quale approccio che studia i ragionamenti pratici e le attività ordinarie dei membri nelle loro comunità di pratiche (Fele, 2002).

Questa scelta è stata attuata per superare quelle barriere di accesso al campo - ben descritte dalla letteratura in merito - e le resistenze che i nativi attivano verso lo straniero e che si frappongono, spesso, tra il ricercatore e gli attori osservati e che sovente lo inducono a modificare, in itinere, il percorso precedentemente stabilito⁵⁴ (Piccardo, Benozzo, 1996). La decisione di utilizzare l'etnografia è stata una scelta data da uno strumento valido per osservare, descrivere ed interpretare i "*processi quotidiani dell'organizzare*" nonché tutti quegli eventi organizzativi che in condizioni di routine o in emergenza si strutturano all'interno di un ambiente organizzativo.

Le organizzazioni sono, infatti, dei "*fenomeni processuali mai conclusi, arene di un (dis)ordine negoziato*" (Bruni, 2003: 7,8) comprensibili solo attraverso l'osservazione diretta dell'ambiente sociale che conduce il ricercatore a produrre una descrizione densa della cultura (Geertz, 1973) ma, anche, dell'agire quotidiano degli attori organizzativi che ne fanno parte.

L'etnografia organizzativa mi ha permesso di considerare il reparto come un artefatto sociale, tenuto in vita da un insieme variegato di tecnologie, simboli, oggetti, saperi, rituali, linguaggi, azioni che riuniti nel loro insieme contribuiscono alla vita organizzativa. La visione dell'organizzazione che il metodo etnografico contribuisce a dare è, infatti, correlata alla possibilità di cogliere all'interno dell'unità operativa tutti quei processi in corso di costruzione, facendo emergere quegli elementi che identificano i presupposti per le azioni e per le decisioni cliniche ed organizzative.

Per tutto il periodo della mia presenza nel reparto ho, così, osservato ciò che gli etnometodologi definiscono "*gli atti apparentemente più banali della vita quotidiana, cercando di scorgervi quelle procedure che li rendono sensati agli occhi degli*

⁵⁴ Per un approfondimento su come il ricercatore è costretto a modificare in itinere il proprio disegno di ricerca si veda l'etnografia di Marzano, M., (2004), *Scene finali: morire di cancro in Italia*, Il Mulino/Ricerca.

attori” (Bruni, 2003: 25); considerando tutte le microinterazioni alla base delle situazioni sociali e le azioni individuali e/o collettive che negli spazi di cura giornalmente tendevano a strutturarsi - sia tra gli attori professionali dentro al reparto sia intorno al paziente - e che prevedevano una continua interazione tra le professioni sanitarie all'interno dello stesso reparto e con le professionalità di altri reparti interni ed esterni alla azienda universitaria Policlinico⁵⁵.

Poiché ogni forma di ordine è il risultato di una continua attività di ordinamento (allineamento) e l'effetto di un arrangiamento tra materiali eterogenei (Bruni, Gherardi, 2007; Law, 1987; Latour, 2005) ho, inoltre, analizzato i processi dell'ordinare osservando le interazioni tra gli artefatti e gli attori organizzativi che dal reparto si dislocano in altri ambiti necessari al processo di cura. In questa ottica di stampo interpretativista-simbolico si parla di contestualizzazione, intendendo con tale termine l'utilità di studiare gli artefatti ed i simboli nelle situazioni e nei luoghi in cui essi naturalmente si manifestano e vengono utilizzati dagli attori organizzativi (Hatch, 2009). La possibilità di indagare tali aspetti è stata, di fatto, favorita da un passaggio importante nel corso dell'indagine, ovvero quello che ha segnato il transito della mia etnografia da pura⁵⁶ *“ad una attività di studio non più condotta sulle persone ma con esse”* (Stella, Quaglino, 1976: 124). La possibilità di compiere un'etnografia partecipata ha, infatti, rappresentato un momento sostanziale di reclutamento e di legittimazione da parte dell'organizzazione indagata nei miei confronti ed ha favorito quell'approccio al campo che lo psicoanalista canadese e psicologo delle organizzazioni Elliott Jaques (1951) - ispirandosi alle teorie di matrice lewiniana - definisce collaborativo/partecipativo; dove il sociologo da osservatore esterno e passivo diviene soggetto attivo e

⁵⁵ Durante il periodo di osservazione ho, infatti, analizzato le interazioni tra le professioni sanitarie del reparto con gli attori esterni con cui il reparto si relaziona (es. fornitori di servizi, associazioni di volontariato, altre aziende ospedaliere, medici di medicina generale, *hospice*, AUSL, cliniche di riabilitazione, Regione Lazio, agenzia di sanità pubblica - ASP Lazio, ecc.).

⁵⁶ Dove il ricercatore si limita ad una rilevazione dei fatti senza che i membri dell'organizzazione abbiano a partecipare, osservando e registrando ciò che accade senza apportare il minimo contributo alla risoluzione dei problemi che emergono nel contesto organizzativo indagato.

riconosciuto dai membri dell'organizzazione ed in grado di capire l'agire organizzativo dal di dentro, attraverso un lavorare pratico all'interno degli spazi di cura (Piccardo, Benozzo, 1996).

Studiosi etnografi definiscono questo un momento apprezzabile in un percorso di ricerca, in cui il ricercatore viene legittimato dall'organizzazione che osserva “*a smascherare le ambivalenze, i dilemmi interni, le fantasie nascoste e le inevitabili resistenze al cambiamento*” (Piccardo, Benozzo, 1996: 52) da parte delle professionalità osservate.

Nel corso di questo capitolo racconterò, pertanto, le attività dell'equipe da me esaminate utilizzando le narrazioni fatte dai professionisti e dagli operatori che ho affiancato - seguendoli come un'ombra - (Czarniawska, 2007; Sclavi, 1989) nel corso della mia indagine. Per narrazione intendo i tipi di discorsi su azioni, gli scambi verbali di varia complessità tra gli attori, in cui vengono descritti i processi a cui tali azioni sono associate. I discorsi sono, infatti, storie che organizzano (Gagliardi, Czarniawska, 2003), pratiche sociali situate e dalle quali possiamo evincere le identità sociali e le relazioni tra le persone ed i gruppi nonché uno strumento per la comprensione delle culture organizzative. Attraverso le narrazioni della vita organizzativa - raccontate dai soggetti o ricostruite dall'etnografo attraverso l'osservazione delle attività quotidiane - è possibile far emergere le rappresentazioni che gli attori hanno dell'organizzazione entro cui lavorano, dove il significato stesso dell'agire sociale viene generato dalle connessioni con cui il soggetto mette in relazione gli eventi emergenti con gli aspetti usuali della vita organizzativa.

Nel corso del mio lavoro sul campo fare ricerca ha implicato, di fatto, privilegiare tutti i particolari dell'esperienza vissuta dalle diverse professionalità nel reparto indagato ed il modo in cui i significati venivano regolarmente costruiti dagli attori organizzativi. Nessuna organizzazione può essere narrata con una sola storia e poiché in ogni realtà organizzativa esistono una pluralità di storie, l'intento della ricerca è stato quello di raffigurare questa polifonia e darle senso.

Il metodo utilizzato è, sostanzialmente, quello della descrizione densa (*thick description*) di Geertz (1973), quale forma di etnografia particolarmente sensibile ai simboli, al contesto e a come i membri di una determinata cultura sono portati ad interpretarli (Hatch, 2009).

Come in tutti gli approcci narrativi allo studio delle culture organizzative anche nel mio lavoro di ricerca la descrizione densa emerge come *“l’approfondimento al di sotto della superficie, per scoprire il significato simbolico e mostrare la cultura al lavoro”* (Hatch, 2009: 227), mediante un’enfasi sui dettagli della vita organizzativa del reparto ospedaliero.

Attraverso le storie dal campo⁵⁷ spiegherò, così, le pratiche lavorative ricostruendo le relazioni che queste stesse attività contribuiscono quotidianamente a tessere nel mentre hanno luogo. Riflettere sulle pratiche lavorative degli attori dentro un reparto di cura ha implicato, *“un’attenzione al fatto che le pratiche sono costituite da un insieme di attività e di operazioni ma non sono quelle attività e quelle operazioni, bensì il risultato <<integrativo>> di queste entro una modalità socialmente riconosciuta e sostenuta del fare. Il lavoro non ha mai luogo in un vuoto sociale, materiale e affettivo e quando si dice lavoro situato ci si riferisce al fatto che esso è mediato dal corpo, dalla tecnologia e dagli oggetti, dalle regole, dai discorsi, dalla storia e dalla cultura che in tali mediazioni si esprime. Tutte le pratiche sono pratiche sociali, nel senso che sono modalità socialmente riconosciute (...) Dietro ogni pratica c’è una comunità di praticanti, cioè di persone che sono riconosciute socialmente come partecipanti legittimi di un fare situato e che viene da essi sostenuto come una modalità corretta e corrente di quel fare”* (Bruni, Gherardi 2007: 16,17).

Nel contesto del reparto ogni attore professionale, nel suo agire giornaliero, costruisce una rete di connessioni in azioni, un *network* di relazioni tra cose e persone che ininterrottamente produce degli effetti attesi e inattesi.

Le descrizione delle attività e dei loro effetti sulle cure e sulla sicurezza del paziente saranno l’oggetto della narrazione dei prossimi paragrafi.

⁵⁷ Le storie dal campo, raccolte durante la ricerca, si riferiscono ai racconti narrati dagli attori professionali all’etnografo durante le loro giornate lavorative e ad eventi organizzativi raccolti dal ricercatore nel mentre partecipava ed osservava le pratiche e l’agire quotidiano degli attori organizzativi.

5.1 Geografia organizzativa e pratiche lavorative in reparto

Il reparto di chirurgia oncologica trova la sua recente ubicazione al terzo piano di un dipartimento di chirurgia⁵⁸, all'interno della palazzina di sei piani, in uno degli edifici più antichi del Policlinico. Ristrutturato e ridipinto a colori vivaci nell'anno 2000 l'unità operativa si presenta come un reparto rinnovato, in cui le trasformazioni strutturali che ad oggi lo connotano hanno prodotto nuovi modi di percepire e di rapportarsi agli spazi da parte del personale sanitario.

Dal punto di vista strutturale i colori vivaci con cui sono state dipinte le pareti danno vita ad un arcobaleno di gradazioni che componendo il lungo corridoio permette di accedere alle ampie camere che accolgono le degenze. Nella loro diversità di successione le colorazioni accese delle pareti nulla tolgono all'armonia dell'arco che si spiega, dando la percezione, a chi le osserva, di una perfetta armonia con gli altri elementi del contesto. Questo fa sì che nella sezione il vecchio della palazzina e dei contorni esterni che si possono osservare dalle ampie vetrate, conviva con i nuovi arredi interni in una sorta di piacevole connubio.

Il reparto si caratterizza, di fatto, per essere una unità operativa complessa⁵⁹ dotata di sette stanze per le degenze ordinarie che ospitano al loro interno dai due ai quattro posti letto⁶⁰, per un totale di ventiquattro letti suddivisi su due divisioni⁶¹.

⁵⁸ Dopo un trasloco dovuto ad esigenze di ristrutturazione della sezione precedentemente posta al secondo piano del dipartimento.

⁵⁹ L'unità operativa complessa sta ad indicare una unità operativa che comprende vari settori. Per esempio l'unità operativa complessa di chirurgia può comprendere la chirurgia toracica, la chirurgia vascolare, la chirurgia addominale ecc.. I vari raggruppamenti dipendono da come è organizzato ciascun ospedale.

⁶⁰ Con la possibilità di aggiungere due posti letti in soprannumero, uno per ogni divisione.

⁶¹ Aventi ognuna due diverse figure primariali che gestiscono dodici posti letto ciascuna. Le due divisioni sono: il Centro Valutazione Costo 06 e il Centro Valutazione Costo 07. Il centro valutazione costo indica come ciascuna unità operativa, a seguito del processo di aziendalizzazione, rappresenti un costo per l'azienda ospedaliera rispetto ad ogni prestazione erogata dai reparti e rimborsabile tramite il sistema dei *DRG*.

La chirurgia oncologica dispone di diversi spazi, di una sala d'aspetto dove i pazienti passano il loro tempo e dove sostano i familiari dei degenti (spesso in attesa di notizie mediche sull'andamento di un intervento operatorio); di una stanza per la caposala, coordinatrice unica di entrambe le divisioni e ove sono immagazzinati i farmaci e dove vengono riposte le cartelle cliniche già chiuse e pronte per essere spedite all'archivio, sito al piano interrato del dipartimento; di una sala medici dove sono disposte le cartelle cliniche dei pazienti ricoverati e tutte le tecnologie necessarie al personale per le attività di accettazione dei degenti e per quelle di dimissione; di una sala per le infermiere dove sono disposti i registri di consegna ed i farmaci per le terapie; di una medicheria e di una cucina quale spazio comune e luogo di riunione informale tra le diverse professionalità.

Nel reparto lavorano circa venticinque persone tra equipe mediche, medici specializzandi, infermieri professionali, portantini e personale non sanitario addetto alle pulizie.

Lo spazio del reparto si presenta sostanzialmente come una serie di luoghi interconnessi tra di loro, inseriti all'interno di un modello organizzativo dipartimentale⁶². Il criterio alla base della costruzione dei dipartimenti, pensati dal legislatore come vere e proprie micro-strutture organizzative, doveva essere quello di favorire la condivisione delle attrezzature, degli spazi e delle risorse tra le unità operative e tra i reparti all'interno dei singoli dipartimenti. L'obiettivo posto era quello di beneficiare delle competenze distribuite nelle diverse unità di diagnosi e cura e garantire, così, una "gestione unitaria del percorso terapeutico" (Cicchetti, 2004, 207).

L'ambiente del reparto si presenta come un *open space*, con una bassa chiusura degli spazi entro cui prendono vita le attività lavorative delle diverse professionalità. Nel corso della ricerca tale aspetto mi ha suggerito una riflessione attenta sulla struttura fisica del contesto indagato e sul come quest'ultima influenzi la struttura sociale e viceversa. Ho notato, infatti, che esisteva uno stretto

⁶² Tale modello è alla base della riorganizzazione aziendale contenuta nei D.Lgs. 502 del 1992 e D.Lgs. 229 del 1999 che al fine di conseguire un migliore coordinamento delle attività di assistenza e l'ottimizzazione delle prestazioni erogate al paziente, prevedevano una strutturazione della rete ospedaliera secondo il modello organizzativo dipartimentale.

rapporto tra la struttura fisica e quegli aspetti sociali che afferiscono alla struttura gerarchica, alla divisione del lavoro ed ai meccanismi di coordinamento interni alla realtà organizzativa analizzata (Hatch, 2009). Ho così esaminato tali aspetti mettendoli in relazione con gli elementi fisici dell'*organizing* vale a dire, con la disposizione degli spazi, con la geografia organizzativa e con il *layout*, cui i teorici dell'organizzazione danno particolare rilevanza.

Come mostreranno le storie dal campo, l'agire umano e le attività organizzative non nascono mai nel vuoto ma prendono corpo all'interno di spazi fisici che condizionano l'agire stesso e al contempo lo rendono possibile. Homans (1950) sostiene, infatti, che la struttura fisica di un'organizzazione è capace di mettere in moto dinamiche sociali importanti e tutte le organizzazioni, grandi e piccole che siano, si trovano costantemente ad affrontare questioni legate alla loro geografia (Hatch, 2009).

L'organizzazione sanitaria in generale ed i reparti ospedalieri in particolare hanno dovuto affrontare la questione della loro struttura fisica solo a seguito del processo di riordino aziendale che ha imposto - per motivi connessi alla sicurezza ospedaliera e per velocizzare i processi organizzativi interni ai luoghi di cura - una revisione e una rilettura sostanziale degli spazi in sanità e del loro uso.

Nel reparto osservato tale rilettura ancora oggi tarda ad arrivare, producendo vere e proprie resistenze nello svolgimento delle mansioni lavorative (Pipan, 2001). Osservando attentamente la struttura fisica del contesto di cura e le attività che negli spazi organizzativi prendono forma è possibile, infatti, notare come ciascuna attività lavorativa si strutturi all'interno di uno spazio fisico che sovente la condiziona dandole forma e senso⁶³. La connotazione fisica degli spazi fornisce forti vincoli al coordinamento delle attività interdipendenti, portate avanti dalle professioni sanitarie, creando spesso problemi nei processi di comunicazione delle informazioni cliniche (Hatch, 2009).

La collocazione fisica delle stanze dei primari al quinto piano del dipartimento e di quelle dei medici fuori dagli spazi deputati alla cura dei pazienti, tende a non favorire il processo comunicativo tra il

⁶³ Anche gli attori possono, ovviamente, contribuire a modificare i vincoli spaziali per adattarli allo svolgimento delle loro pratiche.

personale infermieristico e la professione medica. Come sostiene, infatti, Hatch *“uno dei dilemmi che devono essere affrontati da tutte le organizzazioni (...) riguarda la scelta tra il collocare gli uffici dei manager vicino ai propri collaboratori subordinati o di raggrupparli tutti assieme per agevolare la comunicazione”*⁶⁴ (Hatch, 2009: 162).

Anche nel reparto oggetto dell'indagine si verifica lo stesso fenomeno come ha evidenziato un'infermiera.

In reparto sono le ore 7,30 di una mattinata come tante e Turchese, una delle infermiere, andando avanti e indietro per il lungo corridoio, entrando e uscendo dalle stanze dei degenti si ferma per rispondere ad un familiare che cerca uno dei primari:

<<Mi scusi signore, chi ha detto che cerca Lei? Il primario? Ma quale dei due? Perché qui non ne abbiamo uno solo, si figuri, ma ben due! Le dico subito che perde tempo se lo cerca qui in reparto, neanche noi lo abbiamo ancora visto, lui se ne sta su ai piani alti e la mattina se ti serve parlarci o gli fai telefonare dagli specializzandi (se risponde) o aspetti di incontrarlo in corridoio quando scende per la visita, se ti dà retta e non gli gira. Scendono poco in reparto i nostri primari! Insomma, senta io non lo so dov'è, io anche lo cerco il meno possibile e se serve lo faccio chiamare dallo specializzando, quindi o va su e prova nella sua stanza al 5° piano o chiede allo specializzando che è lì nella sala dei medici se lo ha visto. Io faccio il mio lavoro accanto al paziente e come vede sto qui giù in reparto, dov'è che è scritto che devo stare e non nell'attico!>>.

Il dialogo raccolto in una giornata in reparto mostra il rapporto che esiste tra gli spazi architettonici e le persone che lavorano nel reparto di cura e come i primi influenzino le relazioni tra gli attori organizzativi ed in particolare i rapporti tra la professione infermieristica e quella medica.

⁶⁴ Sebbene ciò possa aumentare la dimensione del controllo del lavoro dei subordinati

Il *layout*, ovvero lo schema strutturale alla base di un dato contesto organizzativo influenza, infatti, il comportamento di coloro che operano al suo interno. Si è potuto osservare che nel reparto di chirurgia oncologica la distanza fisica tra le stanze dei primari ed il luogo di cura incide, notevolmente, sulla comunicazione tra i ruoli professionali e quello che emerge è una resistenza marcata da parte del personale infermieristico a cercare i medici fuori dai confini organizzativi del reparto; dovuta, in parte, alla distanza storica tra i due ruoli (Vicarelli, 2002), maggiormente accentuata dalla lontananza fisica delle stanze dei primari fuori dal contesto di cura.

La scarsa propensione delle infermiere/i a recarsi personalmente nelle stanze dei medici, per informarli in caso di problemi clinici ed organizzativi insorti, induce il personale a demandare allo specializzando tutte le comunicazioni al primario, affidandogli il compito di mediatore tra i ruoli nonché la gestione di una relazione professionale già di per sé complessa e sempre più esasperata dal recente processo di professionalizzazione delle professioni sanitarie (Vicarelli, 2002)⁶⁵.

⁶⁵ In tale ambito è utile ricordare che i cambiamenti sociali intervenuti a partire dagli anni '90 dello scorso secolo, evidenziati nel primo capitolo dalle tre riforme sanitarie, hanno sostanzialmente mutato il quadro dei rapporti di potere tra le diverse professioni, così come l'inserimento del potere politico ai vertici aziendali, l'importanza del lato economico nella gestione delle aziende sanitarie, le influenze delle case farmaceutiche, il concorso dei pazienti alle decisioni, ha contribuito ad erodere l'esclusività decisionale della classe medica. Contemporaneamente a ciò, le altre figure sanitarie sono andate incontro ad un processo di professionalizzazione e di presa di coscienza del loro contributo alla cura del paziente, culminato nella legge 43 del 2006 sulla riforma delle professioni sanitarie. In Italia, per molto tempo - nonostante l'esistenza di scuole per la formazione infermieristica di base e di corsi di specializzazione successivi - gli infermieri sono stati considerati, infatti, una professione sanitaria ausiliaria ed il loro agire costantemente represso dal 'mansionario', elenco di attività assistenziali suddivise in tre aree: attività che l'infermiere svolgeva in completa autonomia; attività da svolgere in base alle prescrizioni mediche; attività da eseguire sotto controllo medico. La situazione si modifica radicalmente con la legge n. 42 del 26 febbraio 1992 (che abolisce il mansionario ed elimina il termine 'ausiliaria' alla professione sanitaria infermieristica) e con il D.M. 739 del 1994 che delinea il nuovo profilo dell'infermiere. L'infermiere ha, per la prima volta, la possibilità di definirsi

Tale aspetto di criticità non solo induce questi attori a demandare ai telefoni, agli specializzandi o ai registri cartacei la funzione comunicativa delle attività svolte o ancora da svolgere - con tutti i rischi che possono derivare da una trascrizione errata delle terapie da somministrare e delle consegne in generale - ma acquisisce rilievo se messo in relazione con il tema della sicurezza nei reparti ospedalieri.

Demandare agli specializzandi comunicazioni importanti per i primari, in merito ad una data terapia o sugli accertamenti da eseguire su un paziente, aumenta la possibilità di una distorsione del messaggio originario che (considerando gli intensi ritmi lavorativi dei primari e dei medici in generale) difficilmente viene riverificato cercando l'infermiera da cui era scaturito, o per negligenza o perché nel frattempo quest'ultima potrebbe aver concluso il proprio turno lavorativo e non essere più reperibile in reparto fino al giorno successivo.

In generale, infatti, come fa notare anche Hatch (2009: 266) *“maggiore è la distanza spaziale tra gli individui e minori opportunità avranno di interagire in modo diretto e più tempo occorrerà loro per queste attività”*. Questo perché secondo Bourdieu (1981) gli edifici non sono altro che storie oggettivizzate, *“sistemi di classificazioni, gerarchie e opposizioni inscritte nella durevolezza del legno, della terra e dei mattoni”* (Gieryn, 2002: 39). Ne deriva che *“spazio e gerarchia sono strettamente connessi e questo legame evidenzia uno dei modi in cui la struttura sociale e la struttura fisica coesistono sostenendosi reciprocamente”* (Hatch 2009: 265). Lo spazio non è neutro né oggettivo ma simbolico e schierato e rappresenta la materializzazione di scelte di valore, gerarchie implicite ed esplicite tra persone e funzioni (Ibidem).

Il potere sociale all'interno di un'organizzazione è, dunque, costantemente praticato e riprodotto attraverso l'uso che si fa degli spazi (Lefebvre, 1973) e una distinzione spaziale, come quella appena descritta, sottolinea come la lontananza fisica delle stanze dei medici dai luoghi di cura tenda a rinforzare simbolicamente il

professionista senza dipendere da nessun altro, il suo agire è pienamente responsabile e dettato unicamente dalle proprie competenze specifiche, dal profilo professionale e dal Codice Deontologico, con tutte le conseguenze che ciò porterà nella relazione con la professione medica (Merlo, 2007).

dominio gerarchico, incrementando la distanza tra personale infermieristico e professione medica.

In un'organizzazione come il reparto, dove è costante il tentativo degli attori professionali di tener separati i diversi ruoli, i limiti spaziali sono, di fatto, molto difficili da superare, nonostante i nuovi metodi di comunicazione abbiano notevolmente migliorato la comunicazione a distanza. L'elevata accessibilità da parte delle professioni sanitarie agli ambienti del reparto⁶⁶ che dovrebbe dare la misura di quanto sia semplice per le persone che vi lavorano e per quelle che vi transitano per visite o consulenze interagire le une con le altre, all'interno di un area operativa comune dove non esistono postazioni di lavoro stabilite⁶⁷, fa emergere ulteriori difficoltà comunicative che ribaltano l'ipotesi che esista una stretta correlazione tra spazio lavorativo aperto ed un maggiore livello di comunicazione (Hatch, 2009).

Tale correlazione in reparto sussiste, infatti, solo simbolicamente e non trova conferma nelle pratiche lavorative che vedono ogni giorno la caposala, il personale infermieristico e quello medico lavorare in ambienti aperti ma caotici, gestendo contemporaneamente - in condizioni di sotto organico - il lavoro di due divisioni. La promiscuità fisica delle due equipe mediche del reparto e la dirigenza delle due figure primariali, a capo di esse, produce regolarmente degli effetti inattesi nello svolgimento delle pratiche lavorative.

Come sostiene Marzano (2004), nella sua ricerca etnografica effettuata all'interno di un reparto ospedaliero, osservare il lavoro in reparto e le infermiere in azione negli spazi di corsia è sostanzialmente un'impresa difficoltosa. *“Al contrario di quello medico, organizzato nei tempi lunghi delle visite e della scrittura delle cartelle cliniche, la caratteristica principale del lavoro infermieristico in ospedale è, infatti, la velocità, il ritmo frenetico su cui esso è modulato”*⁶⁸ (Marzano 2004: 155), con una attivazione continua degli spazi di cura.

⁶⁶ Che come sostiene Hatch (2009) è direttamente proporzionale all'apertura e indirettamente proporzionale alla *privacy*.

⁶⁷ Elemento che è invece possibile osservare all'interno della sala operatoria con cui il reparto è connesso.

⁶⁸ In merito alle modalità su come è organizzato il tempo negli ospedali si rimanda al testo di Zerubavel (1979).

A questo proposito Ambra, la specializzanda in medicina assegnata al reparto di chirurgia oncologica per un periodo di sei mesi, mi ha detto un giorno spontaneamente:

<<Osserva gli spazi fisici del reparto ed il personale sanitario, sembrano biglie impazzite, transitano quotidianamente e freneticamente tra il corridoio dove sono collocati i carrelli con i guanti, gli aghi per i prelievi, le flebo, le garze, i cerotti, e le stanze di degenza; entrando ed uscendo dalla stanza della caposala dove ci sono gli archivi cartacei delle cartelle da chiudere, i farmaci, la fotocopiatrice, il telefono e il fax, per andare poi alla sala medici dove sono impilate le cartelle cliniche delle due divisioni suddivise per colore⁶⁹, fino alla sala delle infermiere dove, oltre al computer, sono collocati i medicinali e dove c'è il ripostiglio della biancheria per il rifacimento dei letti di degenza, per poi giungere alla medicheria situata alla fine del lungo corridoio dove è collocato il carrello delle medicazioni (il più delle volte chiuso a chiave dall'infermiera di medicheria che ne è la diretta responsabile) e che non si fida a lasciarlo aperto. Osserva e segui bene i percorsi assurdi che fanno e ti accorgerai di come sono distribuiti male gli spazi e, a causa di questo, di quante cose fatte sono inutilmente ripetute o fatte male o ancora meglio non fatte proprio.

Qui gli spazi sono utilizzati malissimo, in più non si comunica e se lo si fa lo si fa male o di fretta e capisci bene che questo è un pericolo per tutti, specie per il paziente>>.

Anche Gemma, una delle infermiere più giovani, in un dialogo aperto con me, rileva l'attività caotica del reparto ed il rapporto che intercorre tra attori professionali ed artefatti organizzativi.

⁶⁹ Bordò per il centro valutazione costo CVC 06 e blu per il centro valutazione costo CVC 07 e dove è collocato uno dei computer mediante cui accedere alle attività informatizzate del reparto (stampa delle etichette per i prelievi, caricamento dei farmaci ecc.).

<<Qui ogni mattina c'è il trambusto, specializzandi, allievi tirocinanti, parenti che provano ad entrare, nuovi ricoveri che arrivano ad ogni ora del giorno, sempre tanta gente in uno spazio troppo piccolo e mal utilizzato per due divisioni e dove chi serve non c'è mai, mi riferisco al personale medico ovviamente! Loro sono tanti mentre qui tra portantini e infermieri siamo talmente pochi, troppo pochi! E quei pochi sono stanchi a forza di sbrigare da soli cose su cose che mentre le fai, succede che suona un campanello e devi rimetterci le mani; oppure succede che i colleghi le fanno svogliatamente o le scrivono sui registri e a te neanche lo dicono o te lo dicono tardi quanto tu hai già preparato una nuova flebo, oppure l'ago per un prelievo o una terapia e ti accorgi che, invece, è stata già somministrata e butti tutto.

Qui ogni giorno è così.

Chi va su, chi va giù, chi è ricoverato e suona ed urla ho finito la flebo! Chi non lo trovi proprio, chi sta giocando al pc, chi dovrebbe fare altro e non sai mai se poi lo fa davvero, chi sta al telefono, chi stacca dal turno e chi attacca e chi non viene proprio e avverte all'ultimo minuto e non c'è tempo per trovare una sostituzione.

Meno male che ci sono i registri almeno qualche cosa da lì la capisci e sai quello che è stato fatto e quello c'è da fare (ammesso sempre che tutto venga trascritto) perché se dovessimo parlare tra noi con tutto il caos e con tutto quello che c'è da fare non ne usciremmo più.

Tu pensa che abbiamo quattordici minuti previsti ad ogni cambio turno per comunicare tra noi infermiere/i le consegne e puntualmente questo non succede mai! Al massimo parliamo di fretta quei cinque minuti prima della fine del turno che terminano sempre col solito "scappo sono in ritardo leggiti i registri è tutto scritto lì". Io allora mi leggo direttamente quelli e ho risolto!>>

Negli spazi di cura del reparto gli artefatti testuali come il registro (ovvero il piano di lavoro giornaliero che organizza le attività

lavorative del reparto rispetto al paziente, agli appuntamenti della mattinata ed alle terapie da somministrare) contribuiscono, dunque, a dare un ordine al caos organizzativo, sopperendo alla mancanza di una comunicazione verbale tra i diversi ruoli.

Il caos quotidiano attraverso cui si dispiegano le attività lavorative (favorito da spazi mal organizzati e poco fruibili) favorisce, infatti, il sovrapporsi delle attività di cura e la ridondanza delle azioni organizzative dovute a scambi informativi per lo più frettolosi e continuamente interrotti dal suono dei campanelli di allarme ai letti dei pazienti, dagli squilli dei telefoni collocati fuori dalle stanze di degenza che costringono il personale infermieristico ad interrompere le attività lavorative. A tutto questo si aggiunge il transito ricorrente di molteplici attori professionali che svolgendo servizi di consulenza contribuiscono a rendere ancora più caotico il lavoro nel reparto.

La mescolanza quotidiana di azioni organizzative e le continue interruzioni delle attività - intervallate e poi riprese anche molte ore dopo dagli stessi medici o da altri infermieri/e nei cambi turno che si susseguono - causa la consultazione ripetuta dei registri cartacei di consegna da parte del personale infermieristico e degli appuntamenti giornalieri dei pazienti segnati in agenda. La consultazione dei registri mette in luce l'importanza degli artefatti testuali all'interno del contesto di cura quali: i registri delle consegne, le cartelle cliniche, le agende per gli appuntamenti, i quaderni per i parametri ed evidenzia il loro ruolo nel sostituire le relazioni faccia a faccia, mediando le comunicazioni tra gli attori professionali.

Oltre alle riluttanze comunicative che provocano una ridondanza delle azioni organizzative, la scarsa funzionalità dell'intera struttura fisica dell'azienda Policlinico e degli spazi fisici collocati fuori dal reparto di degenza e dove il paziente è costretto a viaggiare per accertamenti ed esami clinici, crea ritardi considerevoli nello svolgimento e nella pianificazione delle attività lavorative quotidiane. La disposizione degli spazi esterni al reparto osservato pesa, talvolta, anche sui tempi di degenza dei pazienti, allungandoli notevolmente specie quando la non agibilità degli spazi aziendali ritarda di settimane gli accertamenti che il paziente deve eseguire per pervenire a una diagnosi certa o ai fini dell'intervento chirurgico. Proprio come la distribuzione spaziale incide sui processi di cura e sulle relazioni tra i reparti ed è fonte di ulteriori problemi connessi ad una struttura ospedaliera ormai datata che - progettata nel 1881 ed

inaugurata nel 1904 - comincia la sua attività di cura nel 1906 secondo le logiche di assistenza previste per quell'epoca, entro una struttura a padiglioni che ancora oggi condizionano l'efficienza e l'efficacia dell'agire organizzativo.

All'interno dell'azienda Policlinico la poca agibilità degli spazi fisici che collegano il reparto di chirurgia oncologica agli altri reparti collocati al di fuori dal dipartimento può alimentare, infatti, diversi tipi di criticità: ad esempio può bloccare l'attività lavorativa dei portantini specie quando l'impossibilità di trasportare un degente dal reparto indagato ad un altro per accertamenti, rischia di far slittare ad un altro giorno della settimana gli appuntamenti già fissati. Tutto ciò costringe il personale ausiliario ad attivare azioni alternative che non sempre si allineano con la normativa vigente in tema di sicurezza, al fine di riallineare gli andamenti organizzativi e raggiungere l'obiettivo prefissato.

La non accessibilità alle gallerie ipogee⁷⁰ per interventi di ristrutturazione obbliga, spesso, il personale addetto al trasporto dei pazienti a seguire un percorso alternativo a quello prefissato e talvolta più lungo che prevede il transito del malato al di fuori dal reparto di degenza; lì dove la normativa aziendale vieta di transitare col paziente all'esterno dei reparti di cura, se non tramite attivazione dell'auto ambulanza con chiamata all'autoparco. Tale attivazione è però difficoltosa a causa dei pochi automezzi messi a disposizione dei reparti dai vertici dell'azienda, proprio come si può evincere in una storia raccolta dal campo in un giorno di *shadowing* di un paziente.

È il 23 maggio ed il sig. Michele deve recarsi alle ore 10.30 in radiologia centrale per effettuare una risonanza magnetica richiesta la settimana precedente durante il giro visita dai medici del reparto. La risonanza è necessaria per decidere in merito alla possibilità di operare. Michele è ricoverato in reparto già da due

⁷⁰ Con il termine gallerie ipogee gli attori professionali erano soliti riferirsi ai sotterranei del Policlinico dislocati sotto la struttura ospedaliera che ne permettono la percorrenza da un luogo all'altro senza dover far uscire il paziente al di fuori dalla struttura ospedaliera, così come previsto dalla normativa aziendale.

settimane ed ha già eseguito tutta la routine del caso, manca solo quest'ultimo esame per fare diagnosi e avere un quadro clinico completo.

Le gallerie ipogee del Policlinico, attraverso cui si possono raggiungere tutti gli spazi di cura fuori dal reparto di degenza, sono tutte chiuse dal 18 aprile per motivi di ristrutturazione e per questo i portantini attendono l'autoparco per portare il paziente in radiologia.

Sono le 10.30 e lo specializzando assegnato al reparto inizia a lamentarsi con gli infermieri:

<<L'autoparco doveva già essere qui, hanno chiamato dalla radiologia centrale che attendono il paziente e se tardiamo l'esame salta e prima di 5 giorni un nuovo appuntamento non ce lo ridanno. Avete sollecitato l'autoparco? Chiamatelo!>>.

L'infermiera chiama l'autoparco mette il vivavoce per condividere quanto gli dicono:

<<collega cara forse non hai capito l'ha pensata bella il vostro direttore generale, lo sapevi che ha chiuso tutti i sotterranei e noi qui non abbiamo mezzi sufficienti per girare tutto il Policlinico e prendere i pazienti? Non ho nemmeno un mezzo a disposizione, sono tutti in giro non posso farci niente, se volete fare presto portatecelo voi il paziente in radiologia se cammina. Ma cammina l'ammalato?>>

L'infermiera risponde: <<sì, il paziente cammina ma non può uscire fuori all'aria aperta pure se accompagnato dal portantino è vietato dalla normativa e qui nei reparti dopo la chiusura dei sotterranei non è arrivata nessuna circolare che sospende il regolamento. Quindi noi che dobbiamo fare?>>

<<E che volete fare, lo chiedete a me? Mica sono il direttore generale o uscite voi o aspettate noi quando ci si liberano i mezzi!>>.

Interviene il portantino <<Ok lo porto io a piedi, ma se la direzione sanitaria mi ferma o mi fa un richiamo dico che è colpa vostra, di voi dipendenti dell'autoparco che non siete venuti in tempo a prendere il paziente>>.

<<Nostra?>>, Aggiunge l'autoparco, <<e che ci posso fare io se non mi danno i mezzi per svolgere bene il mio lavoro! La colpa qui è di chi comanda che non ci dà le risorse, prendetevela con loro se incontrate qualcuno>>.

L'insufficiente disponibilità dei mezzi di trasporto del Policlinico fa giungere l'auto ambulanza in ritardo rispetto all'orario previsto dagli appuntamenti.

Nel reparto osservato, tale criticità nella pianificazione delle risorse da parte del direttore generale ha ripercussioni sui livelli operativi più bassi e costringe i portantini della chirurgia oncologica a non attendere l'arrivo dell'autoparco ma a far transitare i pazienti che devono recarsi in altri reparti per eseguire accertamenti, in spazi non usuali e non previsti dal regolamento aziendale. Se da un lato questo permette all'organizzazione del reparto di superare l'incertezza organizzativa e di garantire il normale svolgimento delle attività di cura - possibili solo bypassando le norme aziendali previste per la sicurezza del degente - dall'altro espone il paziente a rischi ambientali che possono compromettere il decorso clinico e aggravare la sua patologia.

Nella storia qui presentata il signor Michele, seppur portato dall'ausiliario disposto a contravvenire alla normativa aziendale, giungerà tardi nel reparto di radiologia centrale. L'appuntamento previsto per quella mattinata verrà ripreso dal portantino nella mattina stessa ma - per mancanza di posto - i tecnici della radiologia fisseranno il nuovo appuntamento per la settimana successiva, allungando così i tempi di permanenza del sig. Michele in reparto, impedendo ai medici di far diagnosi nonché di intervenire chirurgicamente, in tempi brevi, sul tumore.

Come dimostra la storia narrata se i tempi di attribuzione di un nuovo appuntamento si allungano, aumentano, di fatto, anche i tempi per giungere ad una diagnosi sul caso e la possibilità di inserire il degente nella lista operatoria per operarlo celermente, qualora l'intervento chirurgico si rivelasse necessario. Due sono gli effetti non voluti che ne derivano: la scarsa ottimizzazione del percorso di cura ed il prolungamento del periodo di ospedalizzazione del malato.

Il problema connesso alla dislocazione e al conseguente uso degli spazi è, dunque, come si può vedere dalla storia dal campo un problema rilevante.

Anche l'apparentemente banale difficoltà nel passaggio di una barella in uno degli ascensori del reparto diviene una criticità ragguardevole in caso di urgenza. Dal reparto alla sala operatoria la barella del paziente a malapena entra nello spazio agibile dell'ascensore e questa complicazione costringe, ogni volta, i portantini o le infermiere a manovre multiple che - in caso di urgenza - ritardano considerevolmente l'arrivo del paziente in sala operatoria, mettendo a rischio i tempi di inizio dell'intervento chirurgico.

Analizzando simultaneamente gli aspetti esplicitati e osservando che esiste una stretta relazione tra la forma fisica adottata da un'organizzazione ed il comportamento degli individui che svolgono le loro attività lavorative all'interno degli spazi organizzativi⁷¹ si evince come lo spazio rappresenti la manifestazione tangibile del carattere dell'organizzazione. Esso ha, infatti, la capacità di influenzare sia l'agire che il clima organizzativo giacché le strutture fisiche sono fenomeni dinamici i cui aspetti strutturali influenzano e sono influenzati dall'azione stessa.

Le modalità attraverso cui sta avvenendo l'attuale riprogettazione della vecchia struttura fisica del Policlinico, nonché le direttive alla base della ristrutturazione del reparto di chirurgia oncologica non stanno tenendo conto dei criteri di funzionalità nell'uso degli spazi aziendali da parte delle professionalità, sia per quanto concerne il lavoro di routine sia in caso di situazioni di emergenza. Si tratta, sostanzialmente non di un *design* partecipativo ma di un'innovazione che né osserva né tiene conto delle pratiche di lavoro consolidate.

La mancata ottimizzazione della struttura fisica incide considerevolmente sulla sicurezza del paziente e sul prolungamento dei tempi della degenza, con conseguenze rilevanti sui costi nel caso di ospedalizzazioni prolungate per patologie risolvibili entro i termini imposti dalla Regione Lazio ai reparti ospedalieri.

⁷¹ Diverse ricerche mostrano tale relazione. Per approfondimenti si rimanda al cap. IV del testo della Hatch, M.J., (2009), *Teoria dell'organizzazione*, Il Mulino, Bologna.

5.2 Attività di cura: accoglienza, giro visita e consulenze specialistiche

Al momento del suo arrivo in reparto il paziente viene accolto da uno dei medici dell'equipe della chirurgia oncologica, solitamente dal medico che per lui ha predisposto il ricovero o dallo specializzando assegnato temporaneamente al reparto, qualora il medico addetto fosse impegnato in sala operatoria o in altre attività lavorative fuori dal contesto di cura.

Le prenotazioni dei ricoveri - liste di attesa - sono gestite direttamente dai medici dell'unità operativa, insieme alla segretaria di ciascun primario che settimanalmente trascrive i nominativi dei futuri degenti, con i loro dati anagrafici ed i recapiti telefonici, all'interno di un registro⁷², insieme al nome del medico che ha predisposto il ricovero. Il registro è sempre disponibile per la consultazione e rappresenta quell'artefatto capace di rilevare l'andamento delle attività di ricovero da parte dell'unità operativa di chirurgia oncologica. La sua importanza è, infatti, connessa alla possibilità di monitorare, attraverso la sua consultazione, il numero dei ricoveri effettuati durante l'anno da ciascun medico afferente alla divisione nonché le *performance* generali del reparto sui ricoveri programmati⁷³.

⁷² Attribuendo a ciascun caso un codice di priorità di ricovero, corrispondente a tre classi diverse: classe A (ricovero entro 30 giorni per tutti quei casi clinici che possono aggravarsi rapidamente al punto da divenire emergenti, o comunque da creare grave pregiudizio alla prognosi); classe B (ricovero entro 60 giorni per casi clinici che presentano dolore, disfunzioni o disabilità ma che non manifestano la tendenza ad aggravarsi rapidamente al punto di diventare emergenti); classe C (ricovero entro 180 giorni per quei casi clinici che presentano dolore minimo, disfunzione o disabilità ma che non manifestano tendenza ad aggravarsi ne possono ricevere grave pregiudizio alla prognosi dovuto all'attesa); classe D (ricovero senza attesa massima definita per casi senza dolore disfunzione o disabilità ma che devono comunque essere ricoverati entro 12 mesi).

⁷³ Il ricovero programmato è quella tipologia di ricovero che viene decisa da un medico specialista o dal medico di medicina generale in accordo con il paziente e che non ha carattere di urgenza. Esso avviene tramite l'inserimento del paziente nella lista di attesa del reparto di chirurgia oncologica e su chiamata diretta dei medici afferenti all'equipe.

Ai fini clinici/organizzativi il momento dell'accoglienza del paziente è un'attività routinizzata ed un momento particolarmente delicato che prevede l'intersecarsi di specifiche azioni organizzative.

Ogni attività in reparto è, infatti, finalizzata ovvero tendente ad un fine pratico che emerge dall'attività lavorativa stessa.

Per l'attività di accettazione è il personale infermieristico che al momento del ricovero provvede ad accompagnare il degente nella stanza a lui assegnata e che esegue le manovre già programmate che vanno dal posizionamento del paziente a letto, allo spiegare il funzionamento dei segnali acustici per chiamare le infermiere, ai prelievi ematici, fino agli accertamenti previsti dal ricovero a cui si aggiungeranno, nel momento del giro visita, le nuove richieste dei medici.

Lo specializzando si occupa, invece, di tutte quelle azioni operative previste dal ricovero e che più attengono alla parte clinica. Tali attività prevedono la compilazione della cartella clinica, la trascrizione dei prelievi da eseguire nei registri, gli accertamenti strumentali e gli esami clinici di base da fare per il giorno seguente nonché la prima visita da svolgere al letto del paziente, utile per la compilazione dell'anamnesi da riportare nella cartella clinica del malato⁷⁴.

Il lavoro quotidiano delle diverse professionalità sanitarie di reparto prende, dunque, corpo intorno al malato dal momento dell'accettazione e, successivamente, attraverso l'attivazione di cure adattate e costruite *ad hoc* intorno a ciascun caso.

L'accettazione del paziente nel reparto di degenza non è, tuttavia, un'attività lineare se associata al caos organizzativo che ogni mattina connota il contesto di cura.

Secondo i tempi della programmazione lavorativa previsti per l'accoglienza, il paziente dovrebbe giungere in corsia per il ricovero alle ore 7,30 della mattina, tuttavia si verificano, a volte, ritardi - rispetto all'orario di ingresso previsto per effettuare i prelievi di ospedalizzazione e per l'invio delle provette al laboratorio - che

⁷⁴ Nel caso di ricovero notturno urgente dal reparto di pronto soccorso, le routine di accoglienza del malato mutano e quest'ultimo sarà visitato, invece che dallo specializzando, dal medico di guardia di turno nel dipartimento, il quale ha l'obbligo di farsi carico dei problemi clinici più urgenti all'interno del dipartimento.

fanno slittare tutte le attività di accettazione al giorno successivo, ritardando di una intera giornata le azioni per la predisposizione del ricovero. Stessa dinamica accade nel caso in cui il paziente - pur giungendo in orario per effettuare i prelievi - non figuri come nuovo ricovero nell'agenda infermieristica dei prelievi.

L'accettazione è solita coincidere con la dimissione di altri pazienti e per tale motivo emerge come un momento estremamente delicato per le attività organizzative, in cui le cartelle cliniche dei pazienti dimessi vengono tolte dalle custodie che le contenevano e al loro posto vengono inserite quelle delle nuove degenze. Nel caso di omonimia tra un paziente entrante ed uno da poco dimesso, tale scambio di custodie diviene un passaggio delicato che richiede particolare attenzione al fatto che tutti i documenti cartacei del degente in uscita - ovvero i referti degli esami clinici, i fogli della sua terapia, la sua scheda paziente contenuta nel quaderno dei parametri - vengano accuratamente inseriti nella sua cartella clinica, archiviati e/o cestinati⁷⁵.

Se a causa del caos organizzativo del reparto tali azioni di controllo non sono portate a compimento, si crea un effettivo rischio per il paziente appena ricoverato, come nel caso di questa storia raccolta che racconta come nelle pratiche di accettazione di una paziente si possa annidare un banale errore di trascrizione capace, però, di produrre attività di cura errate e/o pericolose.

Sono le ore 7.30 ed in reparto giunge la signora Macrì M.C. che dovrà essere ricoverata al posto della sig.ra Macrì A., già dimessa ieri pomeriggio. Dopo aver fatto i prelievi previsti dalla pratica di accettazione la nuova degente prende posto al letto 401, lo stesso posto letto che aveva la paziente sua omonima e dimessa ieri dai medici del reparto. Dopo circa un'ora dal ricovero alla

⁷⁵ Nel reparto osservato, ad esempio, è consuetudine del personale infermieristico, al momento della dimissione di un degente, cestinare i fogli della terapia somministrata durante il ricovero come pure il foglio della scheda paziente dove vengono monitorati i parametri del malato: pressione, quantità dei drenaggi, urine, ecc., lì dove, invece, la normativa aziendale richiede la conservazione di ogni documento redatto sul paziente durante il periodo della degenza ospedaliera.

signora Macri M.C. viene detto dalle infermiere di non mangiare e di restare a digiuno per un esame di controllo che dovrà eseguire in radiologia centrale alle ore 14.30.

Fino al pomeriggio la paziente viene tenuta a digiuno ed in attesa dell'esame ma alle ore 15.00 - non ricevendo comunicazioni dalla radiologia - gli infermieri del reparto cominciano a sbraitare e chiamano i radiologi. Dalla telefonata al reparto di radiologia le infermiere di turno scoprono che l'esame di controllo non era riferito alla nuova paziente ricoverata ma era, in realtà, per la sua omonima dimessa ieri, la sig.ra Macri A., che uscita in dimissione protetta⁷⁶, come da appuntamento, alle ore 14.30 si era già recata in radiologia e aveva fatto il controllo previsto dalla sua dimissione.

Il personale infermieristico si interroga sulla fatalità del caso e sul disguido avvenuto:

infermiera 1: <<accidenti che fatalità due cognomi uguali! Ma chi aveva detto alla nuova paziente di non mangiare?

Infermiera 2: <<io, ma perché c'era scritto qui nelle consegne "DIGIUNO PER LA SIG.RA MACRÌ, LETTO 401 PER CONTROLLO IN RADIOLOGIA ALLE ORE 14.30". Mica sono matta e poi ecco anche il foglio della sua terapia è qui nel registro. Accidenti ma vuoi vedere che questo foglio è ancora quello della paziente dimessa ieri, la signora Macrì A.? Sì è proprio il suo e meno male che la terapia non è ancora passata se no sai che bel macello che succedeva oggi. Io lo dico sempre che bisogna fare più attenzione al momento dell'accettazione e che non basta riportare nelle consegne e nei fogli della terapia solo il cognome dei pazienti ed il numero del loro posto letto ma bisogna mettere

⁷⁶ La dimissione protetta è una tipologia di dimissione che prevede l'invio del paziente ricoverato al proprio domicilio con l'obbligo di recarsi al Policlinico nei giorni successivi alla dimissione ospedaliera ed indicati nella lettera di dimissione, per proseguire gli accertamenti del caso. Per maggiori approfondimenti in merito si rimanda al paragrafo 5.2.5 di questo capitolo, relativo alla dimissione del paziente e alla continuità di assistenza.

anche il nome del degente. Se no vedi che succede? Se viene ricoverato un paziente con un cognome uguale a quello di un paziente già dimesso se lasci i vecchi fogli come fai a capire di chi è la terapia che abbiamo nel registro e a quale dei due malati i fogli cartacei si riferiscono?

Infermiera 1: <<no, qui mettere il cognome ed il nome non basta il punto è che al momento della dimissione di un paziente tutti i fogli della vecchia degenza devono essere assolutamente tolti dai registri. Tolti subito! S U B I T O, al momento della dimissione prima che giungano i nuovi ricoveri. Questo dobbiamo sempre fare, perché se capita una omonimia, come è successo oggi, se non togliamo i vecchi fogli dai registri l'errore avviene ugualmente. Cavolo che fortuna che non abbiamo ancora passato la terapia, di alla paziente che può mangiare.

Infermiera 1: <<e che gli dico perché l'abbiamo lasciata a digiuno e non fa più l'accertamento?>>

Infermiera 2: <<tu digli che non lo sai e che chiedesse ai medici domani>>.

Al momento dell'accettazione trovarsi di fronte ad un caso di degente con un cognome uguale a quello di paziente già dimesso dovrebbe spingere i medici e gli infermieri a controllare i registri ed i fogli delle terapie, per verificare che non vi siano rimasti artefatti cartacei relativi alla precedente degenza che come si è visto si ripercuotono sulla sicurezza del nuovo paziente ricoverato.

Tale processo di riflessività negli ambienti ospedalieri è sostanziale per favorire delle azioni di miglioramento in tema di rischio clinico e ridurre la possibilità di eventi sentinella⁷⁷. Per tale motivo particolare

⁷⁷ Tramite l'ufficio qualità delle attività e dei servizi della direzione generale della programmazione sanitaria dei livelli essenziali di assistenza e dei principi etici del sistema, nell'ambito dell'osservatorio nazionale per il monitoraggio degli eventi sentinella operante presso il Ministero (in base all'intesa Stato-Regioni del 20 marzo 2008) è stato elaborato, con il concorso di esperti di settore, un documento contenente raccomandazioni per la prevenzione degli eventi sentinella e per la sicurezza dei pazienti durante il periodo della loro degenza ospedaliera. Sono definiti eventi sentinella quegli eventi avversi di particolare gravità che causano morte o

attenzione è stata data dal Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali al monitoraggio di tali eventi, attraverso delle raccomandazioni che hanno lo scopo di offrire, agli operatori sanitari, informazioni per prevenire o minimizzare il rischio.

Le raccomandazioni forniscono indicazioni generali per aumentare la sicurezza dei pazienti, promuovere l'assunzione di responsabilità da parte degli operatori sanitari e favorire il cambiamento di sistema necessario a garantire cure di qualità⁷⁸.

gravi danni al paziente e che determinano una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del servizio sanitario. Il numero delle categorie degli eventi sentinella individuati dal Ministero è stato aggiornato a luglio 2009, attraverso la pubblicazione del nuovo protocollo di monitoraggio, rivisto sulla base delle segnalazioni ricevute. Il numero delle categorie degli eventi è stato, così, ampliato da dieci a sedici per dare maggiore specificità agli eventi segnalati ed armonizzato con il sistema informativo per il monitoraggio degli errori in sanità (SIMES). Il presente rapporto considera tutti gli eventi sentinella segnalati dalle strutture sanitarie entro il 31 agosto 2009. Le categorie di eventi sono: procedura in paziente sbagliato; procedura chirurgica in parte del corpo sbagliata (lato, organo o parte); errata procedura su paziente corretto; strumento o altro materiale lasciato all'interno del sito chirurgico che richiede un successivo intervento o ulteriori procedure; reazione trasfusionale conseguente ad incompatibilità AB0; morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica; morte materna o malattia grave correlata al travaglio e/o parto; morte o disabilità permanente in neonato sano di peso >2500 grammi; non correlata a malattia congenita; morte o grave danno per caduta di paziente; suicidio o tentato suicidio di paziente in ospedale; violenza su paziente; atti di violenza a danno di operatore; morte o grave danno conseguente ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero); morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice *triage* nella centrale operativa 118 e/o all'interno del pronto soccorso; morte o grave danno imprevisi conseguente ad intervento chirurgico e ogni altro evento avverso che causa morte o grave danno al paziente.

⁷⁸ Le raccomandazioni saranno oggetto di monitoraggio per valutare l'efficacia delle azioni intraprese sulla base della loro implementazione in ambito aziendale e regionale, sulla base di una specifica attività finanziaria che l'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS) sta conducendo per conto del Ministero.

Durante il periodo della ricerca ho, tuttavia, potuto osservare che nessuno degli operatori sanitari e nessuna delle professionalità mediche del reparto di chirurgia oncologica era a conoscenza delle raccomandazioni ministeriali.

Nella storia appena descritta l'evento mette, invece, in evidenza proprio quanto dichiarato nel documento ministeriale, ovvero che possibili errori di terapia derivano da *“possibili carenze organizzative, quali la mancanza o la inadeguata implementazione di specifiche procedure e/o dall’insufficiente comunicazione tra operatori o tra operatori e pazienti/familiari, nonché da una non idonea formazione professionale. Il riconoscimento dell’evento è, dunque importante per procedere alla definizione di interventi sotto il profilo organizzativo per la revisione dei protocolli in uso e per avviare un’attività di formazione e addestramento del personale”*.

Come dimostra la storia dal campo e come rilevato da studi ministeriali le cause di tali errori sono spesso riconducibili a mancanza di informazioni, scarsa o inadeguata comunicazione, calo di attenzione, stanchezza, carenze organizzative (ad esempio a luoghi di lavoro rumorosi) è, pertanto, doveroso prestare attenzione a tali elementi favorevoli al verificarsi dell’errore all’interno della struttura sanitaria. Ma nel reparto osservato la non conoscenza delle indicazioni ministeriali non sviluppa quell’attenzione quotidiana al verificarsi degli errori che potrebbe produrre, invece, una maggiore riflessività sulle azioni ed incrementare, così, la sicurezza del paziente.

La sconnessione tra livello operativo e le raccomandazioni degli attori istituzionali si ripercuote, infatti, sulla incolumità dei degenti, lì dove la sicurezza e la riduzione degli errori di terapia farmacologica dovrebbero, invece, rappresentare una priorità nell’assistenza sanitaria.

Il giro visita ordinario

Come le definisce Marzano (2004) all’interno di queste ‘istituzioni totali’ (Goffman, 1961) che sono i reparti ospedalieri un altro momento importante è quello caratterizzato dal giro visita ordinario, dove le interazioni tra tutti i gruppi coinvolti nel processo di cura del

paziente sono più evidenti che in qualsiasi altro momento della giornata⁷⁹.

Utilizzando la tecnica dello *shadowing* (Sclavi, 1989; Czarniawska, 2007) e seguendo l'equipe nello svolgimento di tale attività ho potuto, infatti, osservare, come la maggior parte delle interazioni e dei processi comunicativi tra i medici ed i pazienti del reparto, come pure tra i medici, la caposala e gli/le infermieri/e, avvengono in questo singolare momento della mattinata.

Il giro visita si svolge sempre nelle ore mattutine, intorno alle 9.30⁸⁰, ed ha la finalità di garantire al paziente la continuità assistenziale durante tutto il periodo della degenza, di monitorare e di riepilogare l'andamento di ciascun caso rispetto agli accertamenti fatti o agli interventi chirurgici eseguiti nelle giornate precedenti.

Nel reparto di chirurgia oncologica il processo comunicativo che caratterizza il giro visita ed i dialoghi tra gli attori professionali ed i pazienti, si configura come un insieme di "*conversazioni rituali, aventi come oggetto la notte trascorsa o l'appetito del malato*" (Marzano, 2004: 155), il tipo di terapia da inserire in cartella e il controllo dei farmaci che il paziente ha con sé⁸¹. Come pure il *check up* dei drenaggi e della diuresi - in caso di operazione già avvenuta - o gli accertamenti da fare ai fini dell'intervento chirurgico e/o per giungere ad una diagnosi sul caso.

Sono le 9.30 di una mattinata come tante e nel reparto di chirurgia oncologica l'equipe medica si

⁷⁹ Molto più che in sala operatoria e negli ambulatori.

⁸⁰ Salvo attività di sala operatoria multiple che coinvolgono, contemporaneamente, tutti i membri dell'equipe medica.

⁸¹ La terapia personale del paziente contiene spesso farmaci che il reparto non possiede e che il degente deve comprare e prendere autonomamente, "autogestendosi". La frase "il paziente si autogestisce" è frequente in reparto e per lo più utilizzata dai medici durante il giro visita ordinario. Essa richiama la capacità del paziente, durante la degenza in reparto, di autosomministrarsi la terapia che era solito eseguire a casa, prescritta dal medico di medicina generale prima del ricovero. Durante l'autogestione il paziente è lasciato a se stesso ed i medici del reparto si limitano a riportare in cartella i farmaci che assume, specificano al paziente e alla caposala quelli che deve sospendere e quelli che, invece, deve continuare a prendere durante il periodo del ricovero.

prepara per il giro visita. Il primario invita lo specializzando a chiamare sia i membri dell'equipe medica sia la caposala che dopo aver terminato il giro visita con l'equipe afferente all'altra divisione, toglie dal carrello della visita le altre cartelle cliniche, lasciando solo i registri cartacei che serviranno per trascrivere le variazioni richieste dai medici durante il giro.

Tutte le professioni sanitarie si dirigono verso le stanze di degenza, dove lo specializzando ha già sistemato, su ciascun letto, le cartelle cliniche dei pazienti.

Insieme ai medici, alla caposala e agli specializzandi assegnati al reparto, sono soliti partecipare al giro visita, gli studenti e i dottorandi in medicina e chirurgia e alcune infermiere professionali accompagnate dalle tirocinanti.

Ogni mattina il giro visita in reparto comincia così come descritto nelle note dal campo.

La mattinata si presenta caotica, le attività cliniche si intersecano con le attività lavorative del personale addetto alle pulizie e anche stamane non è possibile iniziare il giro visita nell'orario stabilito (9.30 circa) e come succede spesso, anche oggi, non si può cominciare la visita dai pazienti collocati nella prima stanza ovvero dal letto 401.

Le attività di pulizia, che dovrebbero terminare prima del giro visita, si sono come al solito protratte oltre il normale orario lavorativo, stavolta a causa dell'arrivo di alcuni tecnici mandati dalla direzione sanitaria a visionare l'agibilità degli spazi di cura. Il giro visita ha così inizio al contrario, dall'ultima stanza e dal paziente 410 invece che dal 401.

Durante il giro visita accade sovente che i primari si rivolgano ai pazienti utilizzando il numero del posto letto assegnato loro durante il periodo della degenza.

Primario entrando nella stanza dei malati: <<Buongiorno carissimi come state?>> E davanti al

paziente, rivolgendosi allo specializzando gli chiede: <<Allora dottore che mi dice del nostro 410?>>

La peculiarità del luogo di cura entro cui il reparto si inserisce, rende conto di un contesto universitario che conduce l'equipe ad associare l'attività clinica con quella di didattica e di ricerca, spingendo i medici a guardare al paziente come ad un caso clinico⁸², inducendo quella perdita di soggettività del malato evidenziata anche da Marzano (2004) nel corso della sua ricerca.

Solo in rari frangenti - innanzi a pazienti ricoverati più volte nel reparto o nel caso di degenze prolungate che favoriscono atteggiamenti di maggiore familiarità da parte dei primari - accade che il numero di posto letto diventi persona e che il paziente venga chiamato per nome, considerato nella sua soggettività ed osservato nella sua interezza psico-fisica, emozionale e relazionale. Sono questi i casi che i medici etichettano come 'i casi difficili', rispetto ai quali è possibile che si instauri⁸³ quel sentimento di fiducia che dovrebbe essere, idealmente, alla base del rapporto medico/paziente e quell'alleanza terapeutica che spinge i degenti ad affidarsi alle cure mediche e a sopportare il peso della diagnosi infausta e di interventi chirurgici ripetuti nel tempo.

Alla spersonalizzazione del paziente succede, inoltre, l'importanza della sua fisicità, dovuta alle ripetute azioni mediche sul suo corpo, visto dall'equipe come unico oggetto attraverso cui poter giungere ad una diagnosi. Durante il periodo dell'ospedalizzazione il corpo del degente diviene, infatti, il *focus* intorno a cui si struttura l'intero processo di cura e le azioni del personale medico ed infermieristico. La narrazione che segue, raccolta durante un giro visita, mostra come tutte le attività compiute sul corpo del paziente siano necessarie affinché l'equipe possa avere un quadro clinico completo sul caso. Ogni azione sul corpo del malato è pertanto finalizzata, ma perché vada a buon fine è necessario che essa sia supportata non solo da atti

⁸² Spesso da casi particolarmente interessanti o da patologie rare ne derivano pubblicazioni o *case report* su riviste scientifiche che qualificano, a livello nazionale e internazionale, l'attività clinica svolta dal dipartimento.

⁸³ Tra l'equipe medica e il paziente, ma più frequentemente tra uno dei medici ed il degente.

medici ma anche da azioni organizzative che se efficacemente connesse permettono all'attività di cura di svolgersi senza criticità.

Quando tale connessione non avviene accadono eventi di questo tipo, di cui sono stata io stessa testimone.

Specializzando: <<allora Professore stamane il paziente 405, ha fatto le flebo e ha ripetuto tutti i prelievi>>.

Primario: <<caposala mi conferma dalla sua agenda che i prelievi sono stati fatti stamattina?>>

Caposala <<io veramente qui non li vedo trascritti, lo sapete bene che se voi medici non li scrivete nell'agenda dei prelievi l'infermiera la mattina dopo non fa il prelievo al paziente>>.

Specializzando: <<ma se li ho scritti personalmente in agenda ieri e in realtà il paziente doveva già averli fatti ieri mattina>>.

Caposala: <<ieri l'infermiera addetta ai prelievi mancava c'è stato un po' di caos col personale, ah, sì, ecco, ora ricordo! Ieri il paziente li ha fatti i prelievi ma al laboratorio analisi hanno avuto dei problemi, gli mancavano i reagenti perché i fornitori non li hanno inviati e così le provette ci sono tutte tornate indietro e quindi il paziente ha ripetuto i prelievi stamattina insieme ad astra, emocromo, amilasi, lipasi. Purtroppo gli hanno ribucato il braccio due volte, una ieri e senza successo e una nuovamente stamane. Giusto signor Rossi? Due prelievi tra ieri ed oggi?>>

Paziente: <<sì, sì ecco>> e fa vedere il braccio.

Primario <<copra, copra, ci fidiamo se lo dice la caposala!

La mancanza di risorse negli altri reparti del Policlinico, come ad esempio la mancanza dei reagenti nel laboratorio sopra descritta e dovuta a problemi organizzativi, ha ripercussioni considerevoli sullo svolgimento delle attività cliniche del reparto di chirurgia oncologica causando la ripetizione di azioni sul corpo del degente il giorno successivo.

Il lavoro di *networking* (Middleton, Brown, 2005; Bruni 2005a) che caratterizza il contesto di cura e che permette la connessione tra attività pratiche ed attori eterogenei (Caprari, 2008)⁸⁴ collocati in altri reparti, non è affatto esente da criticità organizzative. Tali criticità emergono repentinamente e mettono le attività del reparto in uno stato di *stand-by*, costringendo il personale medico ed infermieristico a riprogrammare per il giorno successivo tutte quelle attività che nel corso della mattinata non sono andate a buon fine o che non si sono potute svolgere regolarmente. L'attività di riprogrammazione obbliga il reparto ad utilizzare ogni volta risorse aggiuntive, nuovi aghi per ripetere i prelievi, nuovi guanti, nuove provette, nuove richieste, nuovo impiego di risorse umane e di portatini per la riconsegna dei campioni di sangue nonché a stressare il paziente sia fisicamente (con ripetute manovre sul suo corpo) sia psicologicamente inducendo in lui domande di senso rispetto alla necessità di ripetere gli esami.

Il coordinamento a legame debole (Weick, 1976; Weick, Orton, 1990) tra i vari reparti, non solo non favorisce una visione d'insieme del lavoro che prende corpo fuori dal reparto stesso, ma sovente non riesce nemmeno ad attivare quella capacità decisionale che indurrebbe i medici ad inviare i prelievi ad un altro laboratorio analisi, *by-passando* quello dove mancano i reagenti⁸⁵.

Quando parliamo di una riprogrammazione delle attività, non siamo ancora in una fase di emergenza organizzativa ma innanzi ad uno scombinamento delle attività programmate, dove i processi organizzativi che dovrebbero essere fluidi devono essere ridefiniti o modificati in funzione di quanto accade fuori dal raggio di azione del reparto indagato. Tale deriva organizzativa, dovuta a ciò che

⁸⁴ Tale aspetto richiama l'approccio ANT, dell'allineamento socio materiale tra gli attori, tra le diverse figure professionali e gli artefatti (Latour, 1987; Law, 1987; Callon, 1986).

⁸⁵ Nel corso della ricerca è stato possibile parlare di connessione debole giacché come sostiene Weick, (1976), l'interpretazione dialettica della connessione debole è rafforzata se il ricercatore riesce ad osservare i processi da vicino e dal di dentro dei sistemi. Le etnografie, infatti, come pure lo studio dei casi e le osservazioni sistematiche (Manning, 1979, 1982; Rubin, 1979; Thomas, 1984) si configurano come metodologie in grado di favorire questa tipologia di analisi; contrariamente ai questionari che tendono, invece, a scoraggiarla.

potremmo definire un evento imprevisto e non tempestivamente comunicato al reparto, se ripetuta, crea una discontinuità nel percorso assistenziale, aumentando i tempi di degenza e producendo uno scarso grado di tolleranza da parte dei pazienti in attesa della loro diagnosi o dell'intervento chirurgico.

Accade a volte che quando i tempi di attesa per un accertamento o per eseguire un esame si prolungano e i problemi insorti in un altro reparto persistono (esempio la mancanza di reagenti nel caso del laboratorio di analisi o l'impossibilità di aggiustare un macchinario in radiologia, ecc.) il personale medico sia costretto ad industriarsi per trovare soluzioni alternative ed appropriate.

Per arginare il problema, i medici si mobilitano attivando una sorta di *sensemaking* (Weick, 1993) in tempo reale, alternativo a quello veicolato dalla programmazione ordinaria e originaria (Albolino, Cook, 2005) ed è questo è il momento in cui gli attori organizzativi sono soliti rivolgersi ad altri reparti del Policlinico in grado di fornirgli il servizio richiesto, mettendo in azione sub-routine o attività alternative che gli permettono di alleare altre risorse nella rete e tramite queste di ricondurre l'azione organizzativa all'interno della pratica stabilita (Caprari, 2008)⁸⁶. Come fa notare Strauss (1992a) si strutturano in questi casi relazioni tra le differenti categorie del personale ospedaliero e processi di continua negoziazione tra medico e paziente.

Nei contesti di cura la negoziazione emerge, dunque, *“come un modo di regolazione delle relazioni sociali (...) dove l'accordo ottenuto e l'ordine che si crea su questa base non sono mai definiti; essi possono sempre essere messi ulteriormente in discussione e ridefiniti (...) Infine, anche in una situazione dove i professionisti, nel senso anglo-sassone del termine, dominano, i malati intervengono ugualmente in questo processo di negoziazione. Osservando da vicino i malati la cui situazione evolve nell'ospedale, Strauss si è accorto che essi negoziano per ottenere non solo privilegi, ma anche informazioni preziose e pertinenti per la comprensione della loro malattia* (Herzlich, Adam, 1999: 93-94), proprio come mostreranno i paragrafi successivi.

⁸⁶ Durante l'osservazione si è notato come bastasse la mancanza di un solo artefatto perché l'allineamento delle attività di cura previste dal reparto non avvenisse.

Networking tra i reparti: richiesta di consulenze specialistiche

Altra attività avviata dai medici del reparto durante il giro visita è la richiesta di consulenze per i pazienti degenti. Tali richieste, partite dal reparto sotto forma di documenti cartacei, si traducono in specifiche professionalità mediche che da altre unità operative giungono a visitare i pazienti ad orari mai stabiliti a causa delle numerose domande di assistenza che essi devono soddisfare all'interno del Policlinico.

Quando i medici della chirurgia oncologica non si trovano in reparto, i consulenti (cardiologi, neurologi, infettivologi, nutrizionisti, oncologi, fisioterapisti, psico-oncologi ecc.) sono soliti trascrivere, all'interno della cartella clinica del malato, il resoconto della visita eseguita, ampliando così le conoscenze cliniche sul paziente (per la somministrazione delle terapie ecc.) contribuendo, addirittura, alla sospensione dell'intervento.

L'attività di consulenza che avviene nel reparto spinge, infatti, i medici dell'unità operativa indagata ad un aggiustamento ripetuto delle terapie dei pazienti e/o a sospendere alcuni farmaci per utilizzarne degli altri.

I farmaci richiesti dai colleghi consulenti potrebbero, tuttavia, non essere disponibili in reparto o non reperibili nell'immediato. La caposala deve, così, provvedere a stabilire una connessione con la farmacia del Policlinico, attivandosi per effettuare dei nuovi ordini che - salvo disponibilità immediata del farmaco in farmacia - potrebbero impiegare anche diverse giornate per essere verificati.

Nel caso di indisponibilità del farmaco o di invio in ritardo alla farmacia dei moduli contenenti l'ordine del medicinale, il paziente resta senza copertura terapeutica anche per diversi giorni e questo diviene un evento che⁸⁷ può tradursi in un rischio effettivo per il paziente, il quale prosegue la sua terapia con il vecchio farmaco ritenuto, però, non idoneo dai medici specialisti. Come accade in una delle storie raccolte in reparto durante un giro visita che rivela gli ostacoli che i medici trovano nel cercare di rendere fluida la tessitura di una buona cura.

⁸⁷ Nato, spesso, da una comunicazione non tempestiva alla caposala da parte dei medici del reparto su quanto scritto dai consulenti in cartella.

Specializzando: <<allora prof. ieri è finalmente venuta la consulenza infettivologica per il 405>>.

Primario: <<bene ce l'hanno fatta a venire, dopo i tre solleciti che gli abbiamo fatto! Io capisco che hanno altre urgenze e che sono in pochi ma il direttore generale potrebbe anche mettere più personale specialistico e meno amministrativi! Dottore mi legga in cartella la consulenza infettivologica del 405, cosa hanno scritto i colleghi infettivologi? >>

Lo specializzando apre la cartella clinica e legge il referto davanti al paziente concludendo: <<in sostanza gli infettivologi ci dicono che la situazione è leggermente migliorata, non di molto, ma va un po' meglio. Ci consigliano però di cambiare tipologia di antibiotico, quello che stiamo usando ora non va più bene, il paziente è resistente e dicono di rifargli i prelievi e di ricontattarli tra qualche giorno.

Primario: <<caposala ce l'ha questo antibiotico che ci hanno segnato in cartella gli infettivologi?>>

Caposala: <<devo guardare ma non credo, bisogna ordinarlo, uffa però ditele prima le cose, ho già inviato gli ordini con i nomi dei farmaci alla farmacia, ora devo ricontattare i farmacisti la consulenza è di ieri, potevate dirmelo prima. Sempre tutto all'ultimo e al solito devo ripetere le cose mille volte. Se dovete ripeterle voi le cose vi alterate, quando invece voi costringete noi a rimmetterci mano va tutto bene, non si fa così. Ora se la farmacia ce l'ha questo farmaco buon per voi se no continuate col vecchio finché non arriva quello ordinato, oppure attivatevi come volete>>.

Paziente: <<posso fare niente per essere utile? Posso comprarlo io l'antibiotico?>>

Nella maggior parte dei casi osservati in cui si verifica l'indisponibilità di un farmaco in reparto, l'organizzazione informale cerca di bypassare quella formale per ottimizzare i tempi di aggiornamento della terapia e su consiglio dei medici del reparto è in genere uno dei familiari del paziente che si reca in farmacia per

acquistare, a proprie spese, i farmaci richiesti dai consulenti. Si evitano così ritardi nella somministrazione della terapia farmacologica e rischi addizionali per il degente/parente. Ne deriva che le disfunzioni organizzative implicano lo sfruttamento di risorse alternative e di soggetti terzi la cui mobilitazione, indotta dai medici stessi permette alle attività di cura di non subire ritardi, garantendo in tal modo la sicurezza del paziente.

5.2.1 Richieste di prodotti per la sicurezza del paziente

Oltre al giro visita ordinario e alla richiesta di consulenze vi sono attività organizzative che dal giro visita prendono vita e che prevedono lo stabilirsi di molte altre connessioni tra il reparto di chirurgia oncologica con organizzazioni esterne o interne al Policlinico, fornitrici di servizi necessari per svolgere le attività di cura e garantire la sicurezza del paziente durante il periodo della sua degenza. Tali connessioni vengono attivate dagli attori dell'unità operativa mediante una modulistica cartacea inviata ad organizzazioni terze (fornitori di servizi) che provvedono ad inviare all'unità operativa gli artefatti richiesti.

In tale ambito, particolarmente singolari sono le richieste che partono dal reparto per i materassi anti-decubito e per le sacche di sangue e/o plasma per i degenti.

Ho scelto di dar conto di queste due tipologie di richieste poiché le azioni organizzative che si strutturano intorno ad esse causano conflitti tra i diversi ruoli professionali che hanno come oggetto prevalente la gestione amministrativa e organizzativa del reparto, da un lato, e lo svolgimento della pratica clinica dall'altro.

La caposala nei ripetuti tentativi di ottimizzare le attività lavorative del reparto che dirige⁸⁸ è soggetta a vincoli normativi che si scontrano, spesso, con le logiche cliniche del primario dell'unità operativa che ha, invece, come obiettivo principale la sicurezza e la cura del paziente e solo secondariamente l'ottimizzazione delle attività organizzative nel contesto di cura.

⁸⁸ In parte connessi alle logiche di esternalizzazione delle attività, introdotte nel Policlinico a seguito del processo di aziendalizzazione.

Gli scontri tra la caposala ed il primario si esimono dagli scontri verbali che trovano un aggiustamento in azioni mediche devianti da quei vincoli normativi imposti al reparto da fornitori esterni di servizi, come dimostra una scena alla quale ho assistito.

Primario: <<caposala ha richiesto i materassi anti decubito come le avevo chiesto di fare giorni fa per la paziente che entrerà domani?>>

Caposala: <<no, non ancora. Le ho già spiegato che esiste una normativa che mi dice che per ordinarli devo avere già il paziente in reparto e devo motivare il bisogno, altrimenti no, non posso richiederli a caso. Ogni materasso va abbinato al paziente per cui lo richiediamo e lo segue in ogni spostamento>>.

Primario: <<Sempre la solita storia, basta con i vincoli normativi assurdi! Insomma la signora che verrà potrebbe averne bisogno quindi lo ordini subito! Possibile che devo essere vincolato anche sulla gestione dei miei pazienti? Caposala io lo trovo assurdo, qui non mi lasciate più fare il medico, manca totalmente l'autonomia di poter assumere decisioni cliniche anticipate e allora mi dica: secondo Lei che dovremmo fare noi medici? Aspettare che - tra l'entrata del paziente, i tempi del suo ordine ed i tempi che ci vogliono per l'arrivo del materasso in reparto - vengano le piaghe ai pazienti? Solo perché non è consentito mandare prima l'ordine e perché deve essere nominativo? Ma dico ci rendiamo conto?>>

Caposala: <<Professore io non ho detto questo! Non mi metta in bocca parole che non ho pronunciato, ho solo riferito la normativa che mi dice che se il paziente c'è e ne ha bisogno io posso fare l'ordine, altrimenti no! È un problema organizzativo di dover gestire risorse, evidentemente scarse, con i fornitori. Mica possono dare materassi così se non servono veramente ai pazienti, tutto qui.>>

Primario: <<ok, io dico che la signora pesa 300 kg e che quando si ricovera già lo deve avere, perché ne ha bisogno prima che gli vengano le piaghe! Quindi o me lo ordina e lo fa arrivare in

tempi brevi o gli mette subito quello che era della paziente dimessa ieri e che non abbiamo ancora reso.

Caposala: <<no, Professore io non posso prendere il materasso che avevo ordinato per la paziente uscita ieri, quello va assolutamente restituito e sterilizzato, il Policlinico paga i fornitori a giornate di degenza, tanti giorni il paziente utilizza il materasso tanti giorni l'azienda gli paga. Per questo gli ripeto che ogni materasso ordinato è vincolato al paziente, se poi arrivano dei controlli e trovano quel materasso su un paziente diverso da quello per cui l'avevo richiesto ci vado di mezzo io, oltre al fatto che ogni materasso, ripeto, va assolutamente sterilizzato>>.

Primario: <<caposala non mi importa, io non faccio venire le piaghe ad una paziente per vincoli assurdi, metta il materasso e poi per i controlli, se arrivano, me la vedo io!>>

Derogare dalle norme è un'attività tradizionalmente utilizzata dai medici per andare incontro il più possibile alle esigenze del paziente, come è stato descritto da Pipan (1996) nel caso di un reparto di gastroenterologia. Le professionalità mediche lamentano continuamente l'impossibilità di poter svolgere il proprio lavoro in autonomia, svincolati da quelle normative che limitano la loro libertà decisionale e la possibilità di assumere decisioni cliniche ottimali per il bene dei loro pazienti.

Per paradosso molti dei vincoli normativi a cui l'unità operativa è soggetta finiscono, infatti, per fare del reparto un ambiente poco sicuro, dove l'incolumità dei pazienti è sempre più il risultato di azioni mediche devianti dalla normativa e imposte, ai fini clinici, al personale di reparto. La sicurezza diviene, così, un obiettivo faticosamente guadagnato dall'equipe medica assumendo su di sé la responsabilità di ignorare quei vincoli normativi che limitano le azioni cliniche atte a favorire la salvaguardia dei pazienti.

Nel reparto osservato, la sfida medica ai divieti diviene una rivincita rispetto agli eccessivi controlli esercitati dagli attori istituzionali sull'organizzazione. Gli attori legislativi, le istituzioni, i fornitori esterni tentano, infatti, di imporsi in nome della razionalità

tecnica (Bonazzi, 1999) scontrandosi, però, con un agire medico che continuamente cerca di riappropriarsi del proprio lavoro clinico, scavalcando le direttive aziendali e assumendosene la responsabilità. Per i medici ignorare i vincoli normativi che limitano il normale fluire delle attività di cura rappresenta una vittoria simbolica ed un modo per essere più forti della direzione aziendale e delle istituzioni esterne in generale⁸⁹.

Le richieste di sangue e del plasma

Le richieste di oggetti per svolgere le attività di cura non si limitano, ovviamente, alla sola richiesta di presidi sanitari giacché l'attività clinica del reparto di chirurgia oncologica è resa possibile non solo dalle connessioni con organizzazioni esterne al Policlinico⁹⁰ ma, anche, dalla collaborazione di organizzazioni interne alla struttura ospedaliera che si occupano di inviare al reparto strumenti per fronteggiare possibili emergenze, o in sala operatoria o nel periodo della degenza.

In tale prospettiva la necessità di richiedere sacche di sangue o unità di plasma durante il periodo del ricovero o nei giorni precedenti l'intervento chirurgico è supplita dall'associazione volontari italiani sangue⁹¹ (AVIS) che tramite la compilazione di un documento cartaceo, inviato dallo specializzando o dai medici via fax, provvede a recapitare le unità di sangue e/o di plasma richieste direttamente al reparto di degenza, in tempi che dipendono dall'urgenza del caso, dal gruppo sanguigno richiesto e dalla disponibilità delle unità.

Per gli interventi programmati le sacche di sangue devono essere rifornite al centro AVIS inviando dei donatori alla sede esterna al

⁸⁹ Per un approfondimento sul tema si rimanda a: Pentimalli, B., (2008), *Pratiche di cooperazione in un Call Center: uso congiunto e situato delle tecnologie e messa in scena di "performance" intellegibili*, paper presentato al II Convegno nazionale STS Italia: *Catturare Proteo. Tecnoscienza e società della conoscenza in Europa*, Università di Genova, 19-21 Giugno; disponibile al sito <http://www.stsitalia.org/papers2008>

⁹⁰ Che come nella storia precedente soddisfano le richieste di oggetti per svolgere le attività di cura.

⁹¹ Da ora in poi AVIS.

Policlinico e sono solitamente i familiari dei degenti che compensano il prestito effettuato.

Le sacche richieste vengono conservate nel frigo del reparto anche dopo l'intervento chirurgico e, a seconda del decorso post-operatorio, quelle inutilizzate sono rese all'AVIS durante i giorni successivi all'operazione.

Questa procedura non è, tuttavia, lineare e si complica enormemente in caso di pazienti testimoni di Geova, per cui è necessario attivare con l'AVIS procedure di auto donazione sul degente che avvengono a distanza di diversi giorni l'una dall'altra; ciò allunga enormemente i tempi di ospedalizzazione per questa tipologia di casi.

Ogni trasfusione va autorizzata nella cartella clinica e non può essere somministrata dal personale infermieristico senza la firma dei medici di reparto. La firma per essere valida deve essere posta sopra l'etichetta adesiva contenuta sulla sacca che ogni volta viene staccata dalle infermiere e apposta nel foglio della diaria contenuto nella cartella del paziente.

La firma sull'etichetta che dovrebbe garantire la sicurezza del paziente favorendo un controllo doppio sulla sacca da trasfondere - il primo da parte del personale infermieristico che la prende e la trasferisce in cartella, il secondo da parte del medico che la firma - segue, invece, logiche simili a quelle già osservate nella compilazione della *chek-list* in una indagine etnografica effettuata nelle sale operatorie⁹².

Accade, infatti, che durante il giro visita per accelerare le attività di cura, il primario autorizzi a voce la trasfusione e che la firma sull'etichetta da parte dei medici del reparto venga apposta solo dopo che la sacca è stata trasfusa. Tale andamento - che testimonia da un lato l'estrema fiducia che in questo caso il medico ripone nel lavoro del personale infermieristico - produce, tuttavia, rischi legali considerevoli nel caso di una trasfusione errata che può creare danni

⁹² Per un approfondimento sul tema si veda Caprari, C., (2008), *“La gestione del rischio clinico tra costruzione sociale e relazioni organizzative”*, tesi di dottorato in Sistemi sociali, organizzazione e Analisi delle Politiche Pubbliche, Università di Roma “Sapienza”. Ora pubblicato in: I rischi in sanità (a cura di) T., Pipan, (2010), *La costruzione sociale degli oggetti di rischio in sanità*, FrancoAngeli, Milano.

gravissimi al paziente trasfuso. Ancora una volta l'attività dei medici è dentro la rottura di quei vincoli normativi che rallentano l'attività di cura.

5.2.2 Lavorare in connessione con il reparto di pronto soccorso

Il reparto di chirurgia oncologica non agisce mai isolatamente ma è inserito in un reticolo organizzativo che lo connette costantemente con altre organizzazioni interne ed esterne all'azienda Policlinico come pure con gli altri reparti ospedalieri.

In questa direzione l'interdipendenza osservata con il reparto di pronto soccorso si è rilevata particolarmente interessante nonché una delle più complesse. Tale connessione è frutto di un accordo normativo tra i dipartimenti ospedalieri che obbliga tutti i reparti del Policlinico a garantire, settimanalmente, un posto letto libero al reparto di emergenza e urgenza per attività di ricovero che i medici etichettano come posto letto di cingolo⁹³.

Il funzionamento delle organizzazioni sanitarie è, infatti, determinato - oltre che da strategie ed obiettivi fissati dal *management*, già esposti nel secondo capitolo - anche dal progressivo assorbimento di regole che provengono da attori istituzionalmente preposti alla programmazione ed al controllo esterno di particolari attività produttive (Powell e Di Maggio, 1991; Scott, Meyer, 1983). Ne consegue che sia le pressioni ambientali che il contesto istituzionale incidono notevolmente sulla forma, sui comportamenti e sui risultati di una organizzazione sanitaria.

In ogni giornata di cingolo è discrezione del pronto soccorso occupare il posto letto messo a disposizione da ciascun reparto con un ricovero pertinente alla specialità per cui l'unità operativa è chiamata ad operare. Nel caso del reparto osservato, sarebbero di

⁹³ Il cingolo in reparto dura ventiquattro ore, durante le quali la chirurgia oncologica deve lasciare un posto letto vuoto a disposizione del reparto di pronto soccorso, indicando ogni volta se il posto letto a disposizione è per un uomo o per una donna. Il pronto soccorso nell'arco delle ventiquattro ore potrà, a sua discrezione e secondo gli accessi registrati, inviare un paziente al reparto.

competenza della chirurgia oncologica tutti i ricoveri di tipo chirurgico o tutti quei pazienti oncologici su cui occorre far diagnosi.

Accade, tuttavia, che a causa del taglio dei posti letto, imposto dal Piano di Rientro⁹⁴ alle aziende ospedaliere laziali - che nel Policlinico ha portato ad una riduzione massiccia dei posti letto nei reparti di ortopedia e di neurochirurgia - giungano in reparto pazienti che non sono di competenza dell'unità operativa⁹⁵ osservata. Le professionalità mediche ed il personale infermieristico del reparto si trovano, così, a gestire per periodi anche lunghi di tempo pazienti complessi che causano un'occupazione impropria del posto letto ed un elevato dispendio di *DRG (Diagnosis-Related Group)*⁹⁶ da parte dell'unità operativa osservata.

Una storia raccolta dal campo evidenzia proprio tale criticità.

Specializzando: <<Professore questo è il paziente 409, ci è arrivato stanotte dal pronto soccorso come 'cingolo'. Da come scrivono i colleghi nella cartella clinica di pronto

⁹⁴ Siamo nell'ambito di quei vincoli normativi esterni imposti dagli attori istituzionali alle aziende ospedaliere e alle professionalità che operano nei reparti di cura. In questo caso imposti dalla Regione Lazio attraverso programmi che prevedono continue riorganizzazioni dell'offerta ospedaliera, tutt'ora in corso.

⁹⁵ Il più delle volte o di competenza ortopedica o neurochirurgica.

⁹⁶ *DRG: Diagnosis-Related Group* o più semplicemente *DRG* è l'equivalente in italiano di Raggruppamenti Omogenei di Diagnosi. Esso è un sistema che permette di classificare tutti i pazienti dimessi da un ospedale (ricoverati in regime ordinario o del *day hospital*) in gruppi omogenei per assorbimento di risorse impegnate. Tale aspetto permette di quantificare economicamente tale assorbimento di risorse e quindi di remunerare ciascun episodio di ricovero. Una delle finalità del sistema è quella di controllare e contenere la spesa sanitaria. Il *DRG* viene attribuito ad ogni paziente dimesso da una struttura ospedaliera tramite un software chiamato *DRG-grouper* mediante l'utilizzo di poche variabili specifiche del paziente: età, sesso, tipo di dimissione, diagnosi principale, diagnosi secondarie, procedure/interventi chirurgici. Tali variabili sono utilizzate dal software "*DRG-grouper*" a seguito della compilazione, da parte del medico responsabile della dimissione, della scheda di dimissione ospedaliera (SDO) presente in tutte le cartelle cliniche dei dimessi dalla struttura ospedaliera e inserita in un tracciato informatizzato.

soccorso si tratta di un'aggressione avvenuta nei pressi della stazione Termini è un politrauma e stanotte è già venuta la polizia ma il paziente non parla e non ha documenti, torneranno stamane per ulteriori accertamenti sul caso. Stamattina ho già inviato la richiesta per una consulenza dei colleghi della maxillofacciale, così come suggerito dai medici del reparto di emergenza.

Nella cartella di pronto soccorso che ci è arrivata stanotte insieme al paziente, i colleghi mandano a dire che dobbiamo richiederla noi la consulenza, la mascella ha problemi seri ed in più serve anche una consulenza oculistica perché all'occhio destro, ci scrive il pronto soccorso, il paziente non vede bene. Dopo gli ricontrollo anche la ferita alla testa e se occorre lo rimedico perché la ferita è profonda e anche se è già stata saturata dal pronto soccorso meglio rivederla per evitare complicanze ulteriori>>.

Primario: <<bene! siamo alle solite, guarda se questo paziente non rimane un mese ricoverato qui da noi. Ma caposala sicura che stanotte eravamo noi di cingolo? Ma non lo eravamo stati già ieri e ci avevano già mandato un altro trauma cranico?

Medico dell'equipe: <<si Prof., eravamo ieri di cingolo ma stanotte in reparto c'era un posto letto vuoto e così quelli del dipartimento di emergenza e accettazione ci hanno mandato un altro paziente, lo sa come fanno quelli del pronto soccorso quando sanno che un posto letto non è occupato ci mandano subito un nuovo paziente, anche se è un ricovero improprio. Diciamo che questo che è arrivato stanotte è sostanzialmente un fuori cingolo e non ci spettava!>>

Caposala: <<si ho controllato ora sul foglio dei cingoli, voi siete stati di cingolo ieri, un cingolo donna per essere precisi e in effetti non toccava a voi stanotte ma all'altra divisione, alla cvc07, ed anche lì ne hanno inviato uno e ovviamente sempre un ricovero improprio>>.

Primario: <<cavolo! Si va bene collaborare col pronto soccorso però allora qui non conviene più

lasciare i posti letto vuoti in reparto. Ci mandano sempre tutte fregature e raramente un paziente chirurgico, sempre ricoveri impropri! Dopo voglio parlare col direttore del pronto soccorso o con la direzione sanitaria, questa cosa me la devono spiegare, non se ne può più di lavorare così>>.

In pronto soccorso accade spesso che la connessione con i reparti di degenza venga abusata dai medici del reparto di emergenza urgenza che - saturi di pazienti in attesa di ricovero - sfruttano tutti i posti letto disponibili nei diversi reparti del Policlinico anche quando essi non sarebbero di turno.

Nel reparto indagato, tale dinamica ha sviluppi singolari. Se i ricoveri inviati alla chirurgia oncologica dal reparto di pronto soccorso fossero ricoveri propri, ovvero di competenza chirurgica, le *performance* del reparto osservato beneficerebbero ogni volta della connessione con il reparto di pronto soccorso ma, poiché, questo difficilmente avviene e la chirurgia oncologica è continuamente oggetto di ricoveri impropri, i medici del reparto non traggono nessuna utilità da tale connessione e non hanno alcun giovamento organizzativo a trattenere in reparto un paziente che non è di competenza chirurgica. Ad ogni ricovero improprio i medici del reparto tentano, così, di liberare il posto letto appena occupato attivando resistenze alla permanenza del paziente nell'unità operativa. Tali resistenze possono essere di vario tipo e vanno dalla preparazione immediata dei moduli per il trasferimento del degente in un altro reparto idoneo o in altra azienda ospedaliera, fino all'attivazione di canali di comunicazione non convenzionali per accelerare gli accertamenti strumentali richiesti dal pronto soccorso e favorire, così, la dimissione rapida del paziente. Quando queste manovre tattiche non sono possibili e tutte le azioni per liberare il posto letto non vanno a buon fine, il reparto cerca di ottimizzare il ricovero come meglio può, svolgendo numerosi esami sul paziente per giustificare le tante giornate di degenza che altrimenti la Regione Lazio non rimborserebbe all'unità operativa.

5.2.2.1 L'appropriatezza dei ricoveri

L'attualità del discorso sull'appropriatezza dei ricoveri all'interno delle aziende ospedaliere è, dunque, di estrema importanza e oggetto di interesse continuo da parte degli attori della sanità laziale sia a livello regionale che aziendale nonché argomento ampiamente dibattuto e punto nevralgico dell'attuale Piano di Rientro. L'appropriatezza dei ricoveri diviene, infatti, una problematica importante se considerata in relazione alla elevata percentuale di ricoveri impropri inviati dai reparti di pronto soccorso alle unità operative che come ho potuto osservare nel contesto organizzativo da me indagato emerge come l'elemento prioritario che incide negativamente sulle *performance* del reparto.

Per la gestione dei ricoveri impropri il reparto di chirurgia oncologica deve, infatti, attivarsi per garantire al degente la migliore assistenza possibile, richiedendo consulenze specialistiche, esami specifici e sottoponendo il malato a frequenti medicazioni per evitare l'insorgere di complicanze, in attesa di trasferimento in un reparto idoneo all'interno del Policlinico o in un'altra azienda ospedaliera presente sul territorio di Roma o provincia. Ciò comporta non solo rischi elevati per il paziente dovuti ai possibili ritardi delle consulenze necessarie per l'aggiustamento delle terapie del caso ma, anche, particolari pratiche cliniche per la gestione di malati complessi su cui il personale sanitario e l'equipe medica di un reparto di chirurgia oncologica non sono opportunamente formati né chiamati ad intervenire. I ricoveri impropri osservati nel reparto sono andati crescendo nel triennio 2007/2009 e nel I° semestre del 2010 sono addirittura maggiori dei ricoveri di elezione. Nel 2009 essi figurano come il 45,5% delle attività del reparto, con una occupazione media del posto letto che oscilla dai quattro giorni alle due settimane, con picchi anche di un mese nel caso di politraumi, crolli vertebrali, ulcere diabetiche periferiche⁹⁷ e per tutte quelle

⁹⁷ Le ulcere diabetiche periferiche sono una comune e temibile complicanza del diabete mellito ed hanno un elevato costo socio-assistenziale, esse dovrebbero essere gestite dai CAD ossia dai centri di assistenza domiciliare presenti sul territorio e non essere ricoverate in un reparto ospedaliero, dove rischiano di aggravarsi se non trattate come prevedono le linee guida. Secondo quanto previsto dalle linee guida le ulcere diabetiche dovrebbero,

dimissioni difficili per cui occorre attivare i servizi sociali. Nel 2009 su un totale di 252 pazienti ricoverati in reparto 115 sono stati inviati alla chirurgia oncologica dal reparto di pronto soccorso e 137 sono, invece, ricoveri programmati (o di elezione) (Figura 1).

FIGURA 1 ATTIVITA' DI RICOVERO REPARTO DI CHIRURGIA ONCOLOGICA ANNI 2007/2010 (1° SEMESTRE DEL 2010)

	2007	2008	2009	1° sem. 2010
NUMERO DI POSTI LETTO TOTALI	12	12	12	12
NUMERO DI POSTI LETTO ATTIVI	9,0	9,0	8,4	10,9
TOTALE PAZIENTI RICOVERATI	243	277	252	168
NUMERO DI RICOVERI IN ELEZIONE	121	156	137	83
NUMERO DI RICOVERATI INVIO DA PS	122	121	115	85

Fonte: Direzione Generale, Pianificazione, Programmazione, Valutazione e Controllo Strategico del Policlinico

Nel 2009 dei 115 degenti inviati al reparto dai medici di pronto soccorso, il 73,9% sono stati dimessi dai medici del reparto con *DRG* medici, mentre solo 26,1% figuravano essere ricoveri appropriati e pertanto dimessi con *DRG* chirurgici (Fig. 2). Nel I° semestre del 2010 tale tendenza al ricovero improprio registra un peggioramento e solo l'8,2% su ottantacinque pazienti ricoverati inviati dal pronto

infatti, seguire tale *iter* assistenziale: essere soggette ad una valutazione, anche in urgenza, a cui dovrebbe succedere la valutazione di ricovero in *day hospital* o l'invio ad un ambulatorio, la definizione di una terapia e relativa dimissione con prescrizione di medicazioni domiciliari, precise istruzioni sulle medicazioni a domicilio e controlli periodici in un ambulatorio dedicato alla prevenzione delle recidive.

soccorso figura come un ricovero proprio, mentre il restante 91,8% di questi emerge come un ricovero improprio nell'unità operativa indagata.

FIGURA 2 ATTIVITA' DI RICOVERO REPARTO DI CHIRURGIA ONCOLOGICA ANNI 2007/2010 (I° SEMESTRE DEL 2010)

	2007	2008	2009	I° Sem. 2010
TOT. PAZIENTI RICOVERATI	243	277	252	168
NUMERO DI PZ RICOVERATI INVIATI DAL PS	122	121	115	85
% PZ RICOVERATI INVIATI DAL PS E DIMESSI CON DRG MEDICO	67,2%	70,2%	73,9%	91,8%
% PZ RICOVERATI INVIATI DAL PS E DIMESSI CON DRG CHIRURGICO	32,8%	29,8%	26,1%	8,2%
DEGENZA MEDIA PREOPERATORIA IN GIORNI PER I PZ INVIATI DAL PS	31	22	27	34
NUMERO DEI RICOVERI IN ELEZIONE	121	156	137	83
% PZ RICOVERATI IN ELEZIONE E DIMESSI CON DRG MEDICO	29,8%	18,6%	25,5%	18,1%
% PZ RICOVERATI IN ELEZIONE E DIMESSI CON DRG CHIRURGICO	70,2%	81,4%	74,5%	81,9%
DEGENZA MEDIA PRE-OPERATORIA IN GIORNI PER I PZ RICOVERATI IN ELEZIONE	26	18	22	23
Fonte: Direzione Generale, Pianificazione, Programmazione, Valutazione e Controllo Strategico del Policlinico				

Anche l'attesa dell'intervento chirurgico, negli anni considerati, si è rilevata maggiore per quei pazienti inviati dal pronto soccorso (Figura 2), probabilmente a causa dei ricoveri impropri che causano ritardi maggiori nelle consulenze necessarie per ottenere il consenso all'intervento chirurgico.

Tale andamento era costante anche negli anni 2007 e 2008, dove nel 2008 il 70,2% dei pazienti inviati dal reparto di pronto soccorso alla chirurgia oncologica veniva dimesso dai medici del reparto osservato con *DRG* medici e solo il 29,8% dimesso con *DRG* chirurgici; contrariamente ai ricoveri in elezione (programmati dai medici del reparto e presumibilmente di tipologia chirurgica) il cui numero di dimissioni con *DRG* chirurgici risultava maggiore delle dimissioni con *DRG* medici. I dati dimostrano, pertanto, *performance* ottimali da parte della chirurgia oncologica soltanto per le attività sui ricoveri di elezione.

L'analisi condotta esaminando le cartelle cliniche del reparto indagato, redatte dai medici sui pazienti ricoverati in urgenza nel triennio 2007/2009 e nel primo semestre del 2010⁹⁸, ha fatto emergere, inoltre, una costante coincidenza tra la diagnosi di ingresso redatta dal reparto di pronto soccorso e la diagnosi di dimissione emessa dal reparto di chirurgia oncologica⁹⁹. A testimonianza della inappropriatezza del ricovero, giacché le giornate di ospedalizzazione dei pazienti inviati dal pronto soccorso al reparto di chirurgia oncologica non fornivano alcun valore aggiunto al ricovero.

⁹⁸ Di cui 122 cartelle cliniche esaminate nell'anno 2007; 121 cartelle esaminate nel 2008 e 115 cartelle esaminate nell'anno 2009 e 85 nel primo semestre del 2010, per un totale di 443 cartelle analizzate per i ricoveri in reparto di pazienti inviati dal pronto soccorso.

⁹⁹ Si specifica che per la ricerca, su un totale di 940 pazienti ricoverati nel reparto della chirurgia oncologica, durante il triennio 2007/2009 e nel primo semestre del 2010, ho analizzato un totale di 940 cartelle cliniche tra ricoveri in emergenza (443 cartelle cliniche) e ricoveri in elezione o di routine (497 cartelle cliniche).

5.2.3 Preparare il paziente all'operazione

La pre-ospedalizzazione

All'interno di un reparto di chirurgia le attività di sala operatoria sono il fulcro attorno a cui ruotano la maggior parte delle azioni cui il paziente viene sottoposto durante il periodo della sua degenza e dove convergono gran parte degli sforzi della professione medica in termini di impegno e soprattutto di carico lavorativo.

La routine prevista dalla struttura ospedaliera e che il paziente esegue al momento del suo ingresso in reparto è, infatti, finalizzata alla definizione di una diagnosi e/o all'intervento chirurgico.

Per ottimizzare i tempi dell'intervento, nel caso di posti letto già occupati in reparto, i medici predispongono per quei pazienti in lista di attesa una pre-ospedalizzazione, dove il futuro degente nell'arco di una sola mattinata o nell'arco di più giornate, può recarsi presso gli ambulatori del Policlinico ed eseguire gli esami previsti dalle attività routinizzate del reparto¹⁰⁰.

La pre-ospedalizzazione ha valenza di tre mesi e se entro questo tempo il paziente non viene ricoverato in reparto essa va ripetuta giacché non ritenuta valida dai medici anestesisti che hanno l'obbligo di visionare la cartella clinica del paziente prima dell'intervento chirurgico e garantirne, così, la sicurezza.

Al momento del ricovero la scadenza di una pre-ospedalizzazione non è un evento gradito dall'equipe medica, in particolare dal primario dell'unità operativa, in quanto criticità che rischia di far saltare la programmazione delle attività, come nel caso della storia raccolta seguendo i medici durante un giro visita.

Primario: <<buongiorno dottor Verdi, mi dica come mai il letto della 408 è vuoto? Caposala dov'è la paziente?>>

Caposala: <<se non lo sapete voi dov'è io come posso saperlo?

¹⁰⁰ Cui dovrebbe comunque sottoporsi al momento del ricovero allungando, però, i tempi di degenza e quelli dell'intervento chirurgico, qualora il ricovero fosse finalizzato a quest'ultimo.

E la caposala riapre l'agenda degli appuntamenti per controllare gli impegni previsti per la degente nell'arco della giornata.

Caposala: <<in agenda c'è scritto che doveva fare la routine stamattina, visita cardiologica, elettrocardiogramma, prove di funzionalità respiratoria, più l'Rx al torace, dunque è giù dai cardiologi>>.

Infermiera: <<sì Professore, la paziente è giù al primo piano dai cardiologi per fare la routine e dopo il portantino la porterà a fare le prove di funzionalità respiratoria>>.

Primario: <<ma che state dicendo, la paziente l'abbiamo ricoverata apposta perché era già pre-ospedalizzata?>>

Interviene il medico dell'equipe che ha predisposto il ricovero della signora Maria:

<<sì Prof. diciamo che era pre-ospedalizzata, ci siamo accorti che la pre-ospedalizzazione era scaduta, dura al massimo tre mesi e quindi l'abbiamo dovuta ripetere stamattina per stare più tranquilli, se no gli anestesisti fanno storie per operarla e l'intervento di domani, come già successo altre volte, rischiava di saltare>>.

Primario: <<sì, ma così però non si lavora per ottimizzare i tempi, così perdiamo solo giorni utili, ci eravamo parlati ieri e mi avevi detto che era pre-ospedalizzata e per questo l'avevamo messa in lista operatoria per domani e se ora i cardiologi ci richiedono altri accertamenti per la paziente e non ci chiudono il cartellino cardiologico? L'intervento salta comunque.

Ma io dico è così difficile coordinarsi con voi colleghi? Ve lo dico subito, se stamane i cardiologi fanno storie io non voglio sapere niente, fate in modo che per domani la 408 sia pronta! Io non perdo la seduta operatoria perché voi non controllate la documentazione clinica, chiaro?>>

La chiusura del cartellino cardiologico

Nel caso di ricovero con pre-ospedalizzazione, come pure nel caso di ricovero in assenza di essa, la visita cardiologica prevista dalla routine di reparto ha la finalità di determinare il rischio operatorio per i degenti in attesa di intervento chirurgico. Ogni cartellino cardiologico viene preparato dai medici cardiologi presenti nel dipartimento ed inviato alle unità operative insieme all'elettrocardiogramma del paziente. La sua chiusura implica sempre la firma del primario della cardiologia che dopo aver visitato il degente, riporta all'interno dell'artefatto cartaceo un indice di rischio in una scala di pericolosità operatoria che varia da un rischio operatorio basso, moderato, moderato alto, alto, fino ad elevatissimo.

L'attività di chiusura dei cartellini cardiologici è un'attività estremamente importante giacché se la chiusura del cartellino cardiologico, da parte dei medici cardiologi, non avviene prima del giorno previsto per l'intervento chirurgico l'operazione salta e deve essere riprogrammata. Può accadere, infatti, che prima di effettuare la chiusura del cartellino e pronunciarsi in termini di rischio operatorio i cardiologi - in caso di pazienti anziani o che hanno problemi cardiaci - richiedano all'equipe medica ulteriori accertamenti, a cui il primario del reparto non può sottrarsi ai fini della sicurezza del degente.

L'interdipendenza di tutte queste attività e la connessione continua tra medici di reparto, medici cardiologi e medici anestesisti fa sì che l'intervento chirurgico risulti l'ultimo *step* di un percorso di cura in cui convergono più decisioni cliniche e una molteplicità di azioni organizzative finalizzate alla riduzione del rischio operatorio. In tale ambito è stato importante osservare come nella chiusura dei cartellini cardiologici da parte dei medici cardiologi non sia, infatti, mai contemplata l'assenza di un rischio operatorio. Tali professionalità mediche si esprimono sempre su ogni paziente, consapevoli del fatto che nessuna azione e manovra operatoria è mai completamente esente dalla dimensione del rischio. Il rischio emerge, infatti, come un elemento controllabile ma mai completamente eliminabile dai processi organizzativi.

A tale proposito si esprime, informalmente, una delle cardiologhe giunta in reparto per consegnare i cartellini cardiologici già chiusi:

<<Ogni paziente ricoverato rappresenta per l'organizzazione un possibile rischio. Noi cardiologi abbiamo una bella responsabilità sul paziente e per questo è importante che ci esprimiamo con cognizione su ogni cartellino cardiologico, attribuendo l'indice di rischio operatorio. È un modo per tutelare noi e allo stesso tempo per tutelare anche il paziente che deve decidere se farsi operare. Per questo ogni paziente, quando firma il consenso informato, deve sempre conoscere l'indice di rischio operatorio riportato nel cartellino cardiologico>>.

La chiusura di un cartellino cardiologico è, dunque, un'azione medica delicata che insieme ad altre attività cliniche (consulenze, accertamenti strumentali ecc.) permette all'equipe del reparto di inserire il degente nella lista operatoria settimanale e successivamente di operarlo in sicurezza.

Nel corso dell'osservazione in reparto non ho, tuttavia, mai rilevato dialoghi tra medici e pazienti finalizzati ad informare il malato sul rischio operatorio espresso dai cardiologi e nella maggioranza dei casi il paziente giungeva in sala operatoria totalmente ignaro del proprio indice di rischio.

La definizione delle liste operatorie

All'interno di ogni reparto le attività di sala operatoria vengono pianificate attraverso la definizione di una lista operatoria, quale artefatto cartaceo nonché documento amministrativo progettato dai medici delle unità operative in accordo con il direttore del dipartimento, al fine di pianificare i giorni delle sedute operatorie nel compartimento. Non essendo presente un programma di gestione del rischio, la lista ha esclusivamente una finalità programmatoria rispetto all'ordine degli interventi che i medici dei singoli reparti devono eseguire.

Nel reparto di chirurgia la preparazione dell'artefatto avviene tramite il computer e segna il momento in cui l'equipe, interagendo con la tecnologia, inserisce in un format elettronico stampabile le priorità operatorie rispetto ai singoli pazienti ricoverati ed in attesa di

intervento chirurgico. Ogni reparto redige una propria lista che stampata in triplice copia sarà consegnata dalla segretaria di ciascun primario al direttore del dipartimento, al responsabile anestesista della sala operatoria e alla caposala del reparto di appartenenza.

Tale lista viene successivamente tradotta dai coordinatori anestesisti afferenti alla sala operatoria in una nuova lista che riorganizza, in giornate ed orari di sedute operatorie, tutti gli interventi chirurgici contenuti nelle liste operatorie presentate dai reparti.

La creazione della nuova lista e dunque di un nuovo artefatto può essere visto come un tentativo di razionalizzazione organizzativa nonché come lo sforzo, del comparto operatorio, di ottimizzare le prestazioni chirurgiche dei reparti di degenza e ridurre le loro liste di attesa. Esso rappresenta, dunque, *“un esempio di tecnologia di programmazione organizzativa che classifica gli interventi dei pazienti secondo una scala di priorità, armonizza le disponibilità delle risorse chirurgiche con le richieste dei reparti e controlla il tempo di durata degli interventi”* (Caprari, 2008: 344). Tale artefatto cerca, infatti *“di coniugare le procedure di messa in sicurezza degli interventi con la loro programmazione puntuale come se fossero due facce di una stessa medaglia e crea un ordine temporaneo tra uomini, stanze e strumenti, incasellati all’interno di una griglia”* (Ibidem) cartacea che viene affissa e resa visibile nella bacheca della sala operatoria.

La compilazione delle liste operatorie, da parte dei reparti prima e della sala operatoria poi, emerge come una attività dietro cui si celano intensi processi di negoziazione e giochi di forza da parte dei primari delle unità operative e degli anestesisti.

Poiché *“per i chirurghi l’obiettivo principale della programmazione è la riduzione delle liste di attesa che si realizza solo con l’incremento del numero degli interventi giornalieri* (Caprari, 2008: 346) nonché l’ottimizzazione delle *performance* del proprio reparto¹⁰¹, la possibilità effettiva di poter operare i pazienti inseriti nella lista diviene, così, rilevante e l’obiettivo ultimo di ogni primario.

¹⁰¹ Valutate dalla direzione aziendale in funzione della quantità degli interventi eseguiti durante l’anno da ciascuna unità operativa.

Nel corso della ricerca l'osservazione condotta sulle modalità di costruzione della lista operatoria, da parte dei medici dei reparti e dei coordinatori della sala operatoria, mi ha indotto ad ipotizzare che tale processo di costruzione dell'artefatto celi il tentativo degli attori organizzativi nonché delle diverse unità operative, di stringere quei legami che debolmente (Weick, 1976) collegano i reparti alla sala operatoria e alle sue attività operative; nel tentativo di esercitare una sorta di potere su di esse, definendo gli interventi e spingendo, poi, sulle priorità di ingresso in sala.

Ogni giorno ciascuna professionalità medica rispetto ai propri pazienti ed alla propria unità operativa è, infatti, portatrice di interessi diversi e specifici, dettati dal contesto di reparto entro cui lavora e dalla necessità di ottimizzare le *performance* di occupazione dei posti letto. In tale prospettiva le attività che settimanalmente vengono a strutturarsi in reparto per la definizione della lista operatoria divengono esemplificative e non è insolito assistere alle dinamiche di negoziazione (Strauss, 1992) tra medici del reparto con altri medici per favorire l'inserimento di un degente all'interno della lista, come mostrano le note di osservazione raccolte sul campo.

In reparto è martedì e sono le ore 11 della mattina, da circa un'ora si è concluso il giro visita ordinario nel corso del quale è emerso un problema organizzativo su un posto letto.

Il paziente 403 era in attesa di essere messo in lista per l'intervento chirurgico ipotizzato per giovedì p.v, ma nello svolgersi del giro visita la sala operatoria avverte il reparto di chirurgia di tener pronto un paziente da inserire nella lista operatoria dell'indomani perché, qualora non vi fosse stata per il paziente dell'altra equipe la disponibilità di un posto letto in rianimazione, l'intervento sarebbe saltato e poiché non vi erano per loro altri pazienti da operare la seduta sarebbe stata a disposizione dell'equipe della chirurgia oncologica, qualora in reparto vi fossero stati pazienti già pronti per salire in sala l'indomani.

Primario del reparto: <<ok, attiviamoci subito come meglio possiamo, domani potremmo mandare in sala il 403 ha già tutto pronto, doveva essere

messo in lista per la settimana prossima ma così lo possiamo anticipare a domani. È una tumore del pancreas è già pre-ospedalizzato, il cartellino cardiologico con il rischio operatorio è già chiuso (moderato alto), il sangue lo chiediamo oggi, manca solo la tac che doveva fare domani, se riusciamo ad anticiparla ad oggi è fatta e può andare in lista per domani!>>

Medico 1 del reparto: <<stia tranquillo Prof. ci pensiamo noi, abbiamo aderenze in radiologia vero collega?

Medico 2: <<ho capito, ci penso io, vado a parlare col primario della radiologia è un amico, anzi ora gli telefono così se mi dà l'ok gli mandiamo direttamente il paziente stamane>>.

E il medico si avvia al telefono collocato nella sala delle infermiere e tirando fuori l'agenda contenente il numero del collega compone direttamente il numero del cellulare personale.

Medico 2 del reparto: <<buongiorno carissimo come stai? Ti disturbo? Ti chiamo per una cortesia, ho urgenza di mettere in lista operatoria per domani un paziente ricoverato, ci hanno chiamato da poco dalla sala operatoria che hanno un posto libero domani, ma al paziente manca la tac. A dire il vero la doveva fare domani ma in radiologia centrale non c'è verso di anticiparla ad oggi. Se lo operiamo domani vorremmo avere delle immagini recenti, so che è tutto di corsa ma dalla sala operatoria ci hanno chiesto di inserire un paziente per domani e capirai che di far saltare la possibilità di operare non ci va, se no il paziente va a finire alla settimana prossima ed è un caso interessante, complesso, recidivante che nemmeno ti sto a dire, se mi aiuti a fargli la tac oggi a buon rendere>>.

Radiologo: <<Ok, mandamelo, appena ho un buco te lo faccio, ma c'è da aspettare un po', di al paziente che dovrà attendere che mi si libera un buco se vuole essere operato, poi ti richiamo io quando potete venirlo a riprendere>>.

Medico 2 del reparto: <<grazie mille, come al solito su di te ci si può contare, poi per quella cosa quando vuoi ci andiamo a parlare insieme ne

uscirebbe una bella pubblicazione, tranquillo conosco quelli della rivista e non ci sono problemi a pubblicare il lavoro>>.

Gli accordi tra medici per mettere i pazienti in lista per l'intervento emergono come azioni necessarie affinché le attività lavorative quotidiane del reparto¹⁰² possano continuare a svolgersi efficacemente e con una ottimizzazione dei tempi che, in questo modo, divengono più celeri di quelli che garantirebbe il seguire le regole e le procedure formali che l'organizzazione ospedaliera impone (Bruni, Gherardi, 2007).

Le attività mediche che quotidianamente attivano l'ambiente del reparto sono, dunque, il risultato ultimo di un'opera continua di accordi e processi di negoziazione. Poiché ogni attività altro non è che il risultato di un insieme di processi organizzativi, al fine di superare quelle sconnessioni transitorie che si creano tra la sala operatoria e le unità operative e favorire il riallineamento delle azioni organizzative e dei processi di “*organizing*”, le procedure formali di definizione degli appuntamenti per gli esami al paziente vengono, spesso, by-passate e le professionalità mediche negoziano tra loro le priorità assistenziali della giornata, accordandosi sulle azioni più importanti e urgenti da intraprendere per poter operare il paziente.

L'assenza di uno degli artefatti intermediari (di un accertamento nel caso della storia riportata ma, anche, di una consulenza, di un macchinario, di un referto, di un cartellino cardiologico o della pre-ospedalizzazione di un paziente), determina una ridefinizione delle azioni organizzative al fine di evitare la disattivazione dell'unità operativa e l'annullamento della sua seduta operatoria (Caprari, 2008). Nel reparto di chirurgia oncologica non si attende, infatti, lo sviluppo di sub-routine di emergenza per riallineare i processi come accade, invece, nei comparti operatori¹⁰³, ma si osserva un'attivazione di canali di comunicazione non tradizionali, più informali, al fine di raggiungere gli obiettivi organizzativi.

¹⁰² Finalizzate alla cura dei pazienti.

¹⁰³ Per approfondimenti si rimanda a Caprari C., (2008), *La gestione del rischio clinico tra costruzione sociale e relazioni organizzative*, Tesi di dottorato in Sistemi Sociali, Organizzazione e Analisi delle Politiche Pubbliche, Università di Roma “Sapienza”.

5.2.4 Performance e potere

I medici del reparto di chirurgia oncologica non offrono attività di consulenza agli altri reparti dell'ospedale ma sono soggetti a turni di guardia diurni o notturni di dodici ore ciascuno, suddivisi con gli altri medici afferenti al dipartimento, ad esclusione dei primari che sono esonerati dalle guardie.

La fine di un turno notturno di guardia da parte di un medico coincide, spesso, con l'inizio della seduta operatoria da parte della sua equipe e questo implica che finite le dodici ore di servizio lo stesso medico possa salire in sala operatoria per svolgere o assistere il primario mentre opera un paziente ricoverato in reparto. Il *turn-over* dei medici resta una criticità notevole nei reparti ospedalieri, la cui risoluzione dovrebbe essere connessa alla capacità di auto-organizzazione delle professionalità mediche presenti nel dipartimento per definire una lista operatoria settimanale capace di tener conto dei diversi turni di guardia del personale medico dei reparti evitando, così, di far coincidere le guardie con le sedute operatorie giornaliere e garantire che il medico chirurgo non giunga in sala con carichi lavorativi precedenti che potrebbero inficiare la sicurezza del paziente.

La possibilità di operare un paziente ovvero ciò in reparto permette al medico di svolgere le attività operatorie è l'assenso¹⁰⁴ del degente all'atto chirurgico. La firma che il paziente apporta sul modulo del consenso informato rappresenta, infatti, il benessere del paziente all'intervento e a tutte quelle manovre necessarie a fronteggiare possibili complicanze intra-operatorie. Il consenso informato emerge, di fatto, come una pratica ormai consolidata e indispensabile in ogni ricovero ospedaliero, senza di esso nessuna azione può essere compiuta sul degente, sia essa di tipo chirurgico, trasfusionale, radiologico ecc..

Quando il consenso informato viene firmato dal paziente, l'equipe attiva le pratiche per pianificare l'operazione. Ricordiamo che in accordo con la *frame* della managerializzazione - avviata nel 1992 - maggiore è il numero dei pazienti operati, maggiori sono le *performance* che il reparto raggiunge e più un'unità operativa riesce

¹⁰⁴ Per una esposizione più dettagliata del consenso informato si rimanda al capitolo settimo di questo lavoro sugli artefatti organizzativi.

ad abbattere le liste di attesa per gli interventi e più è considerata, a livello aziendale, ‘produttiva’ e quindi meno soggetta a rischi di chiusura per *performance* operatorie non soddisfacenti¹⁰⁵.

L’aspetto delle *performance* operatorie viene particolarmente considerato nel dipartimento di chirurgia e per questo utilizzato dalla dirigenza del dipartimento come leva motivazionale per raccogliere consensi tra i primari delle diverse unità operative.

Infatti, tra il gennaio 2007 ed il 2009 si sono succeduti due capi dipartimento e ad ogni cambio di direttore è stato possibile rilevare una variazione del numero degli interventi operatori dei reparti del dipartimento. Ho, così, compreso che operavano di più i medici dei reparti che sostenevano l’elezione del direttore e meno le altre unità operative e che al cambio della dirigenza (avvenuto nel 2008) i reparti con più alto tasso di interventi chirurgici tornavano ad un numero inferiore di attività operatorie che - al contrario - si incrementavano per quei reparti che avevano sostenuto l’elezione del nuovo vertice. Questo andamento mette in evidenza sia le dinamiche di potere interne sia un uso improprio delle liste operatorie di chirurgia, non tanto basate sulle vere priorità chirurgiche dei pazienti ma utilizzate per favorire le *performance* di alcuni reparti, ai fini della ricerca del consenso da parte della dirigenza.

In un’organizzazione complessa quale è un’azienda ospedaliera, le logiche individuali confliggono frequentemente con quelle organizzative e gli obiettivi di potere della professione medica si scontrano sempre più spesso con l’obiettivo di garantire e di tener conto della sicurezza dei pazienti dentro i luoghi di cura. Le logiche di negoziazione e le alleanze che si strutturano dietro la definizione di una lista operatoria - come nel caso nel dipartimento osservato - costantemente compromettono la possibilità di inserire nelle liste quei malati effettivamente bisognosi di intervento chirurgico. Per favorire alleanze interne le priorità chirurgiche vengono, in tal modo, continuamente by-passate creando possibili rischi per i pazienti del reparto osservato, in attesa dell’intervento chirurgico.

¹⁰⁵ La valutazione delle *performance* di un reparto di chirurgia è, infatti, solita tener conto del numero delle prestazioni di sala operatoria erogate ai pazienti dall’unità operativa nel corso dell’anno.

5.2.5 Le dimissioni del paziente, chiusura della cartella clinica e continuità dell'assistenza

Intendo iniziare questo paragrafo con una storia raccolta dal campo, peculiare per evidenziare quelle attività che gli attori professionali pongono in essere per portare a compimento la pratica di dimissione di un degente che rappresenta l'attività finale di un insieme di operazioni routinarie e non, alle quali i medici del reparto debbono sottoporre i pazienti.

La dimissione di un paziente è, infatti, un momento importante quanto delicato nel reparto osservato che implica lo svolgimento di pratiche finalizzate ad attivare una rete di connessioni con attori terzi che, specie nel caso di pazienti oncologici, hanno il compito di prendere in consegna il degente, assicurandogli la continuità delle cure¹⁰⁶.

Raramente l'attività di dimissione si presenta agevole a causa di connessioni tra reparti scarsamente funzionanti che ritardano le attività di invio dei pazienti ai medici specialisti nonché l'inizio delle terapie *ad hoc* su ciascun caso.

In reparto sono le 12.30 e come da routine lo specializzando sta preparando le lettere di dimissione dei degenti. Il primario lo chiama perché vuole ritornare ai letti dei pazienti in uscita per fare il punto della situazione e gli chiede di riepilogare il numero dei letti dei pazienti che andranno a casa.

Specializzando: <<dunque, la paziente 407 oggi è dimessa e anche la 408, ho già pronte per loro le

¹⁰⁶ Esistono diversi tipi di dimissione: quella a domicilio, quella in cui il paziente viene dimesso dal reparto e trasferito in un'altra unità operativa interna al Policlinico oppure esterna, in una nuova struttura ospedaliera e la dimissione dal reparto in modalità protetta. Tale tipologia di dimissione avviene quando il quesito clinico non è stato completamente sciolto e occorrono nuovi accertamenti da fare, senza la necessità di tenere il paziente ricoverato. Nella dimissione protetta la cartella clinica non viene chiusa ma solo momentaneamente archiviata, in attesa dei controlli da fare che saranno inseriti nella cartella clinica che segue il paziente nel momento dell'esecuzione degli esami.

lettere di dimissione, se le firma le consegno subito alle pazienti. Mentre la 406 anche Lei dovrebbe andare a casa entro oggi>>.

Primario: <<perché mi dice dovrebbe se l'appuntamento con l'oncologa è già stato preso? Cosa hanno deciso gli oncologi deve iniziare la chemioterapia o la radioterapia? O entrambe?>>

Medico 1: <<è qui il problema Prof., l'appuntamento con gli oncologi c'è da tempo ma non hanno ancora potuto decidere che cosa fare, la signora va oggi a parlarci e l'accompagno personalmente alla consulenza oncologica e porto agli oncologi la sua cartella clinica ma non so ancora dare un orario di dimissione alla signora perché dobbiamo attendere che dall'istologia ci diano il referto dell'esame istologico definitivo. Senza quello l'oncologa non può vedere la signora né decidere che tipo di terapia fargli. In assenza dell'istologico non sappiamo che tipo di tumore ha la paziente e l'oncologa come fa a decidere cosa fare?

Medico 2 <<Prima ho sollecitato personalmente l'istologia, sono quattro settimane che abbiamo operato la paziente e che ancora non ci chiudono il referto e questo ritarda l'inizio della terapia radio o chemioterapica ed è veramente assurdo!>>.

Primario: <<sì, sì, mi raccomando stategli dietro a quelli dell'istologia se no i referti non li chiudono mai e bloccano le attività di dimissione dei pazienti dal reparto e l'inizio delle terapie oncologiche. Signora Maria stia bene e mi raccomando non vada via, aspetti il dottor Verdi che torna con l'istologico e poi andate insieme con la cartella clinica dall'oncologa>>.

Paziente: <<ok, Professore io sto qui aspetto, sono paziente e paziente!>>

Al momento della dimissione, per assicurare la continuità assistenziale ai malati oncologici, il reparto è solito connettere i pazienti operati di tumore con i medici oncologi presenti nel reparto del *day hospital* oncologico del Policlinico che, previo consulto della cartella clinica e dopo aver preso visione dell'esame istologico definitivo decidono, in accordo con i medici chirurghi, col paziente

e/o con i suoi familiari¹⁰⁷, la terapia migliore da eseguire a seconda dello stadio e della tipologia del tumore.

A tale proposito mi dice un giorno una tirocinante del reparto del *day hospital* oncologico - assegnata per un mese al reparto di chirurgia oncologica - in un dialogo intercorso nella sala medici del reparto:

<<hai fatto caso che nei reparti di oncologia è come andare dal negoziante a comprare un vestito? Secondo la corporatura che hai ti danno il vestito più adatto. Anche coi tumori è così, ti portano dall'oncologo che ti fa:

<<mi dica signore/a che tumore ha Lei? A sì leggo qui che è uno dei più brutti!>>

<<O se ti dice bene ti dicono che è uno dei meno aggressivi!>>

<<Ma non si preoccupi chemio o radio? Io consiglio entrambe, ma se vuole noi qui abbiamo un nuovo modello appena uscito si chiama programma sperimentale che dice lo proviamo?>>

In un ambiente ospedaliero universitario la ricerca sui tumori va continuamente avanti e non è insolito che nei reparti del *day hospital* oncologico del Policlinico giungano dei nuovi programmi terapeutici in via sperimentale per alcune tipologie di tumore che vengono proposti ai pazienti in alternativa alle usuali terapie.

Si tratta per lo più di nuovi *cocktail* di farmaci che si dice abbiano già dato buoni risultati a livello terapeutico.

Sono i medici del reparto che solitamente per accelerare la dimissione di un paziente e per ridurre i tempi di attesa della consulenza oncologica - che altrimenti dovrebbe giungere in reparto a vedere l'ammalato o a visionare la sua cartella clinica - accompagnano i pazienti al reparto del *day hospital* oncologico per effettuare il consulto specialistico. Anche se il più delle volte mi è capitato di osservare il viaggio della sola cartella clinica in rappresentanza del paziente, portata dai medici chirurghi ai colleghi oncologi sia nei casi in cui il degente non era a conoscenza della

¹⁰⁷ Qualora il degente non abbia capacità di intendere e di volere.

diagnosi infausta sia nel caso fosse in grado di muoversi autonomamente.

La criticità maggiore che i medici del reparto riscontrano - e che mette notevolmente in discussione l'attivazione della relazione con gli oncologi e la continuità delle cure - è connessa alla chiusura ritardata degli esami istologici da parte del reparto di istologia, ovvero di quei documenti cartacei che devono essere inseriti nella cartella clinica dei degenti ai fini della sua chiusura e della definizione della diagnosi e che, nel caso di pazienti operati, attestano la malignità o la bontà del pezzo asportato nonché la tipologia e la stadiazione del tumore.

Senza l'esame istologico i medici oncologi non possono prendere in carico il paziente in dimissione dal reparto né attivare la terapia del caso.

La connessione lasca tra il reparto di istologia¹⁰⁸ ed il reparto di chirurgia oncologica invalida la connessione tra il reparto di chirurgia oncologica ed il reparto di oncologia e la criticità di queste tre connessioni ha risvolti inverosimili sulla vita dei pazienti, provocando un ritardo notevole nell'inizio delle terapie oncologiche e, qualora la terapia oncologica servisse come preparazione per un successivo intervento chirurgico, inficia l'inizio del processo di riduzione della massa tumorale da parte dei chirurghi.

Il ritardo nella definizione degli esami istologici ha conseguenze importanti sull'attività di chiusura delle cartelle cliniche dei degenti già dimessi e sull'invio dei rapporti di accettazione e di dimissione all'agenzia di sanità pubblica del Lazio.

Entro il decimo giorno del mese successivo rispetto a quello di dimissione del paziente, l'Asp Lazio - con la direttiva n. 2 del 01.07.2010, in accordo con la direzione aziendale del Policlinico - obbliga i medici delle unità operative a garantire la chiusura delle cartelle cliniche dei pazienti ricoverati e all'invio del flusso di dati del rapporto di accettazione e dimissione ospedaliera (scheda RAD), all'agenzia di sanità pubblica¹⁰⁹. Pena il richiamo da parte della

¹⁰⁸ Collocato fisicamente vicino al reparto di chirurgia oncologica, al sesto piano del dipartimento, due piani sopra la sala operatoria e tre sopra al reparto indagato.

¹⁰⁹ Ritardi nell'invio dei flussi informativi all'Asp Lazio causano la non valorizzazione economica delle schede RAD e la conseguente perdita di

direzione generale al reparto e l'attribuzione di *performance* inadeguate per la chiusura delle cartelle cliniche.

Tuttavia la chiusura delle cartelle cliniche, nonché l'invio delle schede RAD utili per il rimborso dei *DRG* ai reparti di cura, conteggiati in base a ciascuna prestazione erogata al paziente durante il periodo di degenza, non può concludersi in tempi utili a rispettare i termini fissati se gli esami istologici definitivi non sono inviati dal reparto di istologia alla visione dei medici del reparto di chirurgia oncologica. Quando questo accade le attività di chiusura delle cartelle cliniche si bloccano giacché non è possibile riportare in cartella la diagnosi definitiva di dimissione ed i tempi indicati dell'Asp Lazio non possono essere rispettati, con conseguenti perdite economiche per l'unità operativa e per l'azienda Policlinico in generale. Tale ritardo non solo compromette l'attività organizzativa di chiusura delle cartelle cliniche ma ha anche ripercussioni sui pazienti, specie quando accade che un degente dimesso dal reparto è soggetto, nel breve periodo, ad un nuovo ricovero e impossibilitato ad avere la cartella clinica della precedente degenza.

Se il nuovo ricovero avviene nuovamente all'interno del Policlinico l'organizzazione informale, tramite alleanze tra medici, trova il modo di reperire le informazioni cliniche del caso se, invece, il ricovero avviene in un'altra azienda ospedaliera il dispendio informativo (causato dal non poter beneficiare della vecchia cartella clinica) spinge i medici a dover rivalutare il caso, provocando un ritardo considerevole ai fini della diagnosi.

La storia della signora Maria continua e dopo aver atteso la chiusura e l'arrivo dell'esame istologico in reparto e dopo aver accompagnato la paziente dagli oncologi per la consulenza, i medici della chirurgia oncologica consegnano alla signora Maria la lettera di dimissione, specificando il giorno in cui dovrà tornare per le medicazioni.

Medico del reparto: <<allora signora¹¹⁰, tutto chiaro? Deve tornare da noi per le medicazioni tra

ricavi per l'unità operativa responsabile del ricovero e per l'azienda ospedaliera cui essa afferisce.

¹¹⁰ In questo caso la paziente veniva chiamata per nome dai medici giacché rimasta degente in reparto per quasi due mesi e mezzo e più volte operata

dieci giorni. La data è riportata nella lettera di dimissione che le ho dato, una copia resta a noi e questa è sua, non si dimentichi ok?

Ogni dimissione dal reparto è accompagnata da una lettera riepilogativa del caso che l'equipe medica rilascia al paziente e che illustra le giornate di degenza, gli interventi chirurgici svolti, gli esami eseguiti, le terapie somministrate o quelle da prendere o ricominciare a domicilio.

La lettera di dimissione specifica altresì, qualora necessario, il giorno del mese in cui il paziente dovrà tornare al Policlinico per le medicazioni delle ferite, per il controllo dei punti o dei drenaggi o per esami ulteriori da eseguire, come mostra un dialogo dal campo raccolto durante la dimissione della signora Maria:

Paziente: <<ma dove torno a farmi medicare, qui in reparto?>>

Medico del reparto: <<no, no, non si fanno qui le medicazioni ma nell'ambulatorio vicino al pronto soccorso, Lei va lì e ci fa chiamare dai colleghi e noi arriviamo non appena possibile. Tutto chiaro? Il mio numero ce l'ha, se ha problemi mi chiama. Stia bene>>.

In tale ambito è possibile assistere all'emergere di dinamiche di distorsione di tale routine ospedaliera, innescate sia dai pazienti dimessi (cui l'organizzazione ospedaliera può apparire come complessa e labirintica) sia dai medici del reparto.

Non è insolito che i pazienti dimessi non rispettino le indicazioni mediche inscritte nella lettera di dimissione e si rechino direttamente in reparto (e non in ambulatorio) per farsi medicare. Ma la medicheria del reparto non è predisposta per accogliere pazienti esterni, non solo per motivi di sicurezza connessi alla logica assicurativa che prevede una responsabilità del reparto solo sui pazienti degenti ma, anche, per motivi funzionali legati all'uso delle risorse interne che - in quanto scarse considerando la presenza di ben due divisioni - non possono essere utilizzate per pazienti già dimessi.

dall'equipe, era una paziente il cui ricovero era avvenuto per conoscenza diretta di uno dei medici dell'equipe a cui si era affidata.

In questa fase i medici sono soliti alternare il loro agire organizzativo, a volte invitando i pazienti a tornare in ambulatorio e attendere lì per la medicazione, altre per comodità data la distanza fisica dell'ambulatorio, a far accomodare i pazienti direttamente in medicheria, effettuando lì le operazioni di medicazione con ferri e strumenti del reparto che dovrebbero essere impiegati solo per i degenti.

Ogni azione organizzativa attivata in reparto produce oltre agli effetti attesi anche effetti inattesi e in tal caso tutte quelle medicazioni dei pazienti dimessi, eseguite in reparto, fanno perdere *DRG* all'unità operativa, poiché le azioni medicali eseguite non possono essere trascritte nei registri ambulatoriali, come avverrebbe, invece, nel caso di una medicazione eseguita direttamente negli ambulatori del Policlinico, rispettando la procedura. L'utilizzo dei ferri del reparto per pazienti che dovrebbero recarsi in ambulatorio causa, inoltre, una carenza dei *kit* per le medicazioni dei pazienti interni e la necessità di sottoporre gli strumenti a nuove procedure di sterilizzazione che finiscono per ritardare tutte le medicazioni dei degenti previste nella mattinata.

Connettere il reparto con il medico di medicina generale

Quando il periodo del ricovero termina, ogni lettera di dimissione viene impostata cercando di includere tutte le indicazioni sul caso relative al periodo della degenza e tutte le avvertenze per la medicazione delle ferite chirurgiche. Quando poi accade che un degente giunga in reparto con una richiesta di ricovero da parte del suo medico di medicina generale è premura dell'equipe medica accompagnare la lettera di dimissione con una ulteriore lettera indirizzata al medico di famiglia, dove il primario riepiloga l'iter clinico dei giorni di ricovero, illustrando quanto ritiene giusto sottoporre all'attenzione del medico di base.

In una delle lettere che ho annotato nei diari dal campo, rivolte al medico di medicina generale, il primario del reparto di chirurgia oncologica scriveva così:

<<Si affida la signora Agata all'attenzione del suo medico curante, si accompagna alla lettera di

dimissione della paziente la documentazione del Policlinico che dichiara che è stata inserita nelle liste di attesa della Clinica San Raffaele a Rocca di Papa per l'assistenza domiciliare. Si allega, alla presente, un ulteriore foglio di proposta di presa in carico con la diagnosi emersa durante il periodo di ricovero e gli ultimi dati clinici della paziente nonché il modulo per la prescrizione e la consegna dei farmaci necessari per garantire la continuità terapeutica dal momento della dimissione in poi.

Il modulo per il ritiro dei farmaci andrà consegnato alla farmacia interna dell'azienda Policlinico, contestualmente al foglio di dimissione contenente la data di uscita dal reparto.

Rimanendo a Sua disposizione per qualsiasi ulteriore,

Il primario del reparto della Chirurgia Oncologica>>.

La connessione tra i medici del reparto con i medici di famiglia è una relazione complessa e spesso trascurata e sebbene al momento del ricovero il medico del reparto abbia l'obbligo di annotare nella cartella clinica del paziente il nome ed il recapito del medico curante è molto raro che si attivi un contatto diretto tra i medici ospedalieri ed i medici di medicina generale; a meno che non siano gli stessi medici di base che attivati dai familiari del paziente, contattino i medici del reparto chiedendo informazioni sul loro assistito.

Durante il periodo della mia ricerca ho osservato che la direzione generale¹¹¹ ha più volte sollecitato, tramite avvisi e circolari interne, i medici dei reparti ospedalieri a stringere tale relazione. La resistenza culturale a tale alleanza è, tuttavia, ancora molto forte ed è dovuta - a mio avviso - a complesse dinamiche di potere esercitate sul paziente tra due professionalità che non fanno che alimentare la scarsa connessione tra ospedale e territorio, mettendo a rischio la continuità delle cure.

¹¹¹ Su richiesta della Regione Lazio che ha attivato diverse campagne al fine di sensibilizzare il livello ospedaliero alla collaborazione con la medicina di base.

5.3 Nuove tecnologie scombinano le pratiche lavorative

Dai paragrafi precedenti emerge, dunque, come il lavoro in reparto sia un'attività situata che prende corpo entro un contesto materiale e culturale, i cui confini sono costantemente definiti dalle attività lavorative stesse che stabiliscono connessioni in azione.

Il lavoro svolto dalle diverse professionalità presenti nella chirurgia oncologica comporta, l'attivazione di ambienti organizzati tra loro interconnessi e si configura come un'attività mediata non solo dal corpo, dagli oggetti e dalle pratiche discorsive che rappresentano e definiscono le relazioni “*entro un contesto ecologico*”, (Bruni, Gherardi, 2007: 18) ma, anche, da tutto quell'insieme di regole costitutive e costituenti il micro contesto organizzativo indagato nonché dalle tecnologie in uso al suo interno.

Ogni singola mediazione tra questi elementi costituisce, di fatto, una risorsa potenzialmente disponibile entro ciascuna pratica lavorativa e nessuna di esse è più importante o sovra ordinata rispetto ad un'altra (Ibidem).

Nel reparto di chirurgia oncologica le mediazioni tra professionalità e tecnologie in uso sono degne di attenzione. Come molti altri ambienti ospedalieri¹¹² anche il reparto osservato si configura come un contesto organizzativo tecnologicamente denso (Bruni, Gherardi, 2007), dove giornalmente tecnologie di diverso tipo si inseriscono nelle pratiche lavorative dei professionisti sanitari e nella pratica medica, al punto da divenire parte di essa.

Tale relazione è un aspetto non trascurabile della vita organizzativa che connota i reparti di cura giacché, come sostengono Silvia Gherardi e Attila Bruni (2007: 41) la conoscenza stessa non risiede unicamente nella testa delle persone ma è fortemente “*ancorata al mondo materiale*”¹¹³.

Osservare le pratiche lavorative in rapporto alle tecnologie utilizzate dagli attori professionali nel reparto di cura, mi ha permesso di comprendere se e in che modo la tecnologia contribuisce a produrre o a contrastare il cambiamento organizzativo.

¹¹² Quali sono i reparti di pronto soccorso, i reparti di radiologia, le sale operatorie, i laboratori di analisi, i reparti di istologia, ecc..

¹¹³ In tale ambito si rimanda al concetto di “cognizione distribuita” di Hutchins (1995).

Il lavoro nel reparto è, infatti, un'attività praticata quotidianamente, *“costruita dagli attori all'interno di situazioni e interazioni che possono svolgersi faccia a faccia oppure essere mediate dalle tecnologie (...) Riesce difficile pensare ad un'attività lavorativa che non si avvalga di un qualche tipo di strumento o supporto materiale, così come riesce difficile pensare ad oggetti e tecnologie che non richiedano, non abbiano richiesto e/o che non richiederanno alcun tipo di intervento umano al fine del loro funzionamento”*. Il reparto di chirurgia oncologica è, infatti, un *“ambiente in cui lo svolgersi del lavoro quotidiano richiede a soggetti umani e oggetti tecnologici di lavorare insieme e di andare d'accordo”* (Bruni, Gherardi, 2007: 73).

Tale esigenza di associazione, di allineamenti multipli tra attori e artefatti crea diversi problemi nel lavoro ospedaliero, considerando che la tecnologia è un artefatto capace di trasformare e distribuire rappresentazioni ma, anche, uno strumento che incorporando conoscenza fa in modo che nell'ambiente di lavoro essa venga distribuita tra i diversi attori sociali, in modo non sempre omogeneo. La disomogeneità nella distribuzione della conoscenza si ripercuote nello svolgimento delle pratiche lavorative delle professionalità che agiscono nel reparto indagato.

Ne deriva che in qualsiasi organizzazione il conoscere, l'essere in grado di apprendere e il saper usare gli strumenti ed i macchinari necessari per raggiungere gli obiettivi organizzativi nonché quelli di diagnosi e cura nel caso del contesto indagato, influisce sulla qualità del lavoro prodotto e sui processi organizzativi, come mostrano le note etnografiche raccolte durante una giornata di sala operatoria.

È una mattinata tranquilla in reparto è giornata di seduta operatoria e i medici sono impegnati in sala già dalle 7,30 della mattina per operare un degente. Il giro visita non è stato ancora fatto così, nel seguire le attività del personale sanitario, mi trovo ad assistere ad un dialogo tra due infermiere:

infermiere 1: <<insomma hai capito che macello stamane con i nuovi aghi?>> Sono arrivati i nuovi modelli, quelli a scomparsa per misurare la glicemia ai pazienti diabetici, così evitiamo il rischio di pungerci nel caso di pazienti con HIV o

con epatite C. Bè, ci credi che io e Onice siamo state tre ore per cercare di capire come funzionavano e come far uscire l'ago? Saranno pure più sicuri ma non è stato facile per niente capire come usarli. Alla fine ci siamo riuscite ma pensa ho rischiato di pungermi! Dobbiamo dire alla caposala di rimandarli indietro secondo me sono difettosi.

Infermiera 2: <<ah sì? Qui ogni tanto se ne inventano una per complicarci la vita, io finché ci sono ancora i vecchi aghi uso quelli e poi quando sarà, se restano questi nuovi, mi fai vedere come funzionano!>>

La capacità degli attori organizzativi di sapersi adattare all'uso di nuovi strumenti lavorativi emerge nel reparto come una vera e propria *performance* che richiede un coinvolgimento ed un apprendimento del corpo per realizzare ciò che Whalen, Whalen e Henderson (2002) definiscono una coreografia improvvisata degli atti da compiere per usare in modo ingegnoso e contingente gli oggetti a disposizione.

La molteplicità delle azioni strumentali osservate nel reparto mettono, infatti, in luce come gli aspetti routinari del lavoro delle professioni all'interno dello spazio di cura *“non siano dati, ne si manifestino automaticamente, bensì siano una realizzazione pratica, portata in essere e riprodotta da persone in carne ed ossa, attraverso una performance che coinvolge abilità linguistiche, l'uso di oggetti e tecnologie nonché il corpo del soggetto”* (Bruni, Gherardi, 2007: 114).

Secondo Goodwin (1994), Lave e Wenger (1991) tale apprendimento del corpo nell'uso degli oggetti fa parte di un sapere pratico, ovvero di quelle competenze del mestiere che necessitano di essere acquisite giorno dopo giorno dalle diverse professionalità per la cura del paziente, attraverso lo svolgersi di pratiche lavorative che possono esplicitarsi anche attraverso l'uso combinato di diversi artefatti; come nel caso dell'impiego combinato dell'ago, del laccio emostatico e delle provette al momento della routine per i prelievi ai pazienti.

Durante lo svolgimento delle attività lavorative è evidente in reparto quell'inseparabilità tra le pratiche di lavoro e le tecnologie in

uso e, di rimando, l'intima relazione che si instaura tra contesto lavorativo, artefatti tecnologici e strutturazione delle attività, giacché non soltanto le professionalità lavorano per mezzo delle tecnologie ma lavorano tra le tecnologie.

Nella teoria sociologica classica del lavoro il concetto stesso di tecnologia racchiude in sé *“l'idea di un mezzo per raggiungere un risultato auspicato oppure un obiettivo (...) Partendo da questa prospettiva, la tecnologia è tipicamente definita sulla base di oggetti fisici o artefatti; attività o processi; conoscenze necessarie a sviluppare e ad attivare gli impianti”* (ossia il know-how relativo al come progettare, costruire e rendere operativo un determinato strumento tecnologico) (Bruni, Gherardi, 2007: 76), all'interno di una struttura data.

In questa prospettiva una storia raccolta dal campo diviene esemplificativa per comprendere come il tentativo di introdurre nuove tecnologie crei, spesso, forti resistenze organizzative al cambiamento delle pratiche di lavoro ormai consolidate¹¹⁴.

In reparto sono le ore 10,00, il giro visita si è appena concluso, il primario mi chiede di attendere in reparto l'arrivo degli assistenti sociali che avevo provveduto ad attivare ieri per un paziente disagiato e senza fissa dimora, come da richiesta solita da parte dei medici in questi casi.

In reparto c'è fermento, sento la caposala lamentarsi ad alta voce per un nuovo progetto sperimentale introdotto dalla direzione sanitaria nei reparti di chirurgia. Mi spiega la caposala che tale nuova procedura dovrebbe permettere un controllo della terapia dei pazienti dal momento del loro ingresso in reparto fino al giorno della dimissione; un controllo sia della terapia che il

¹¹⁴ Annuncio che la resistenza del personale del reparto osservato a quegli artefatti che introducono nuove modalità lavorative è dovuta al fatto che in fase progettuale non ci sia stato il coinvolgimento e la partecipazione degli attori professionali che avrebbero dovuto adoperare gli strumenti proposti dalla direzione aziendale. Questi artefatti sono stati, infatti, calati dall'alto, progettati da chi (senza osservare le pratiche di lavoro ormai consolidate) non si preoccupa di adattarli ai contesti lavorativi per renderli maggiormente fruibili ed accettabili.

paziente porta con sé al momento del ricovero sia di quella prescritta dai medici durante i giorni di degenza.

Chiedo delucidazioni sull'artefatto:

Caposala: <<si chiama foglio unico di terapia¹¹⁵(FUT)>>.

Il nome mi incuriosisce e non mi suona nuovo, da circa una settimana sentivo parlare dalle infermiere e dai medici del reparto della novità introdotta, socializzata al personale tramite una circolare inviata agli attori professionali da parte della direzione sanitaria in cui si invitavano le professionalità a farne uso.

Da giorni annotavo le lamentele del personale infermieristico e dei medici sull'artefatto e che apprendo oggi essere confluite in direzione generale sottoforma di reclami scritti. Le lamentele generali riguardavano prevalentemente la non fruibilità del format che avrebbe dovuto veicolare la nuova procedura nonché le concrete difficoltà connesse al suo utilizzo.

Medico del reparto: <<mi piacerebbe tanto parlare con chi ha avuto questa bella pensata e capire che cosa aveva in testa mentre preparava questo rompicapo, si vede che chi sta lassù in direzione ben poco conosce della vita dei reparti. Ahimè, poveri noi!

Caposala: <<di per sé l'idea è anche buona, anzi direi giusta, perché occorre veramente provvedere ad un controllo più accurato delle terapie somministrate al paziente nei reparti di chirurgia, ma chi l'ha messa in opera, scegliendo e progettando il foglio di lavoro, lo ha fatto senza tener conto dell'andamento della vita di questi reparti e senza una conoscenza delle reali esigenze di spazio che ha il personale medico ed infermieristico nell'annotare le terapie dei pazienti>>.

Medico del reparto: <<ci sono pazienti che fanno un farmaco solo ma ce ne sono altri che sono farmacie ambulanti e che hanno necessità di

¹¹⁵ Da ora in poi FUT.

prendere una quantità elevata di medicinali durante la giornata e qui dove scrivi tutto? Dottoressa sociologa ha già visto il foglio? Eccolo! Guardi Lei stessa e mi dica cosa ne pensa?

Sociologa: <<non capisco molto del linguaggio, ma quello che balza agli occhi è la grande quantità di caselle da riempire con i nomi dei farmaci in spazi davvero troppo piccoli per poterne riportare più di tre al massimo. Sì, mi sembra confusionario, poco intuitivo>>.

Vista la discussione ormai innescata sfrutto il momento e chiedo alle infermiere ed ai medici se hanno voglia di indicarmi, rispetto ai propri ruoli, le criticità riscontrate nell'utilizzo della nuova tecnologia.

Infermiere: <<il foglio e le diciture contenute, dove vanno scritte le cose da annotare ed i farmaci, non sono immediatamente accessibili né comprensibili; lo spazio fisico per scrivere le terapie non è sufficiente specie nel caso in cui queste si protraggono nel tempo o nel caso di un degente con un lungo decorso. Inoltre, ci chiedono di distinguere i diversi tipi di terapie orale, infusione, bé nel foglio questa distinzione non è per niente chiara e aumenta il rischio di sbagliare a scrivere. Io non lo uso mi rifiuto!>>

Medico: <<figuriamoci se da quanto ha detto ora l'infermiera e dato il rischio di errore che ha appena dichiarato io, devo utilizzare questa bella pensata e secondo la direzione sanitaria avere l'obbligo di apporre la mia firma su questo foglio unico di terapia che non è per niente chiaro e mal concepito per essere utilizzato in un reparto di chirurgia. Ma dico stiamo scherzando? E che ogni volta mi devo mettere a supervisionare il lavoro delle infermiere prima di apporre ogni firma sulla terapia? La sperimentazione dovrebbe durare un mese, a partire dalla settimana scorsa ed io in un mese mi devo impazzire dietro alle loro belle pensate? Perché non ci coinvolgono quando devono ideare un nuovo strumento? Glielo diremmo noi del reparto come funzionano le cose nell'agire

quotidiano e come far funzionare lo strumento per evitare gli errori di terapia>>.

Secondo quanto riportato nella definizione proposta dal *National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention* (NCCMERP), per errore di terapia si intende ogni evento avverso, indesiderabile, non intenzionale e prevenibile che può causare o portare ad un uso inappropriato del farmaco o ad un pericolo per il paziente. La valutazione dell'errore di terapia si basa prevalentemente sulle modalità di impiego del farmaco e sul rischio clinico che ne può derivare. Per rischio clinico si intende, invece, la probabilità che un paziente sia vittima di un evento avverso, ovvero subisca un qualsiasi danno (Agris, 2009), o disagio imputabile (anche se in modo involontario) alle cure mediche prestate durante il periodo di degenza che causa un prolungamento del periodo di ospedalizzazione, un peggioramento delle condizioni di salute o la morte del degente (Kohn *et al*, 1999; Vincent *et al*, 1998).

In reparto il foglio unico di terapia (FUT) avrebbe dovuto essere un documento parte integrante della cartella clinica e sebbene poteva presentarsi come un eccellente strumento in grado di favorire processi di comunicazione interna tra le professionalità mediche ed infermieristiche ed integrare, all'interno di un unico documento, tutte le informazioni sul processo terapeutico dei pazienti ricoverati, ha rischiato - invece di risolvere i problemi di comunicazione, causa prima degli errori di terapia (Leape, Woods, Hatlie, *et al*, 1998) - di divenire un ulteriore strumento capace di veicolare l'errore.

Secondo le logiche della direzione sanitaria il foglio unico di terapia, mal strutturato e mai socializzato tra le professionalità dei reparti pilota (per nulla coinvolte nella progettazione del nuovo artefatto) non solo avrebbe dovuto favorire i medici nell'effettuare la prescrizione dei farmaci in modo chiaro ed evitare, così, tutte le prescrizioni a voce ma consentire, anche, ai farmacisti di identificare il prescrivente e le caratteristiche del paziente¹¹⁶, in modo tale da collaborare con il medico per la sicurezza della prescrizione¹¹⁷.

¹¹⁶ In tutti quei processi terapeutici che li coinvolgono nella preparazione del farmaco.

¹¹⁷ Così come riportato nella lettera giunta in reparto che riassumeva le finalità dello strumento.

In tale prospettiva il FUT avrebbe dovuto evitare tutti quei passaggi di trascrizione delle terapie dalla cartella clinica cartacea ai registri infermieristici, cosicché gli infermieri potessero impiegare la medesima scheda redatta dal medico per effettuare la somministrazione della terapia, risparmiando tempo ed evitando di incorrere in errori di trascrizione (Agris, 2009).

Nel FUT il medico prescrittore, per ogni singolo farmaco prescritto, doveva compilare i campi appositi previsti dal format (Figura 3) inserendo, ogni volta, la data e l'ora della prescrizione del farmaco ed apponendo la propria sigla (Firma) nel campo corrispondente.

Figura 3 Riproduzione del Foglio Unico di Terapia giunto in reparto nel 2008 e degli spazi dove annotare le terapie

Data prescriz.ne	ora	Sigla Medico	Farmaco / dosaggio / Forma Farmaceutica somm. Die	Orari somm. die
31.02.2008	8	L.I.	TACHIPIRINA/500 mg/1 cp x3	15-24...
Fonte: Direzione Generale Policlinico, Anno 2008				

La terapia doveva essere programmata ogni giorno entro le ore 11.30 della mattina e convalidata, con firma del medico, nell'apposita casella corrispondente alla data del giorno.

Per sospendere una o più terapie prescritte, il medico di turno doveva indicare la sospensione apponendo il simbolo "S" in corrispondenza del farmaco e degli orari già programmati e apporre la propria firma di lato, in modo da annullare tutte le prescrizioni precedenti. Qualora avesse voluto inserire note aggiuntive non era previsto nel format uno spazio apposito¹¹⁸.

Tale procedura avrebbe costretto i medici dell'unità operativa ad una presenza costante nel reparto per autorizzare le terapie da somministrare ai pazienti o a delegare gli specializzandi dando loro

¹¹⁸ Artefatto troppo rigido che non prevede la voce "altro" o "note" (Bowker, Star, 1999).

la responsabilità sulla propria firma; il tutto solo per autorizzare attività che prima del FUT le infermiere erano solite svolgere in autonomia, somministrando le terapie (purché già indicate nella cartella clinica dai medici) senza dover attendere l'autorizzazione tramite firma medica che, in tal caso, non faceva che rendere più lunga e complicata la pratica di cura.

Il FUT nel reparto costringeva i medici e le infermiere ad apprendere una nuova modalità di agire lavorativo, diverso dalle pratiche consolidate, modificando sia i tempi sia i modi di lavorare degli operatori sanitari e per tale motivo, nonché per i problemi connessi alla poca fruibilità dello strumento che ritardava lo svolgersi delle attività di cura, non venne mai accettato.

Nel 2008, infatti, il foglio unico di terapia - che se accettato dal personale di reparto avrebbe consentito alla chirurgia oncologica di tener traccia, su un unico documento, di tutte le operazioni effettuate sul paziente e di sapere l'autore di ogni intervento terapeutico - non entrò mai a regime. La sperimentazione prevista dalla direzione sanitaria durò meno di un mese e non fu mai completata né favorita dai medici, né dal personale infermieristico.

Nel corso del mese di sperimentazione l'artefatto venne ripetutamente contestato alla direzione sanitaria e definito dagli operatori sanitari troppo complesso e poco fruibile, tanto che per un anno intero nel reparto di chirurgia oncologica del programma sperimentale FUT non si seppe più nulla e gli operatori continuarono ad utilizzare le vecchie procedure di trascrizione delle terapie, ben contenti che la nuova tecnologia non avesse cambiato le loro routine lavorative.

Passato un anno, nel 2009, il foglio unico di terapia tornò in reparto presentandosi agli attori professionali sostanzialmente identico a quello già proposto dalla direzione sanitaria l'anno precedente, a testimonianza che nessuna riflessione era stata attivata, da parte del gruppo di lavoro afferente alla direzione sanitaria, per renderlo maggiormente fruibile e più vicino alle pratiche lavorative del personale sanitario dei reparti.

In relazione a ciò, era fortemente aumentata la resistenza organizzativa degli attori professionali all'artefatto e la non propensione all'utilizzo della tecnologia.

Con l'emergere di tali effetti inattesi venivano meno gli obiettivi aziendali finalizzati alla riduzione del numero degli errori legati alla

somministrazione errata delle terapie farmacologiche e all'ottimizzazione delle pratiche lavorative sulla sicurezza dei pazienti nei reparti ospedalieri, a cui la direzione generale era stata più volte sensibilizzata dal Ministero della Salute, addetto al monitoraggio degli eventi sentinella nei contesti di cura. L'allineamento con il macro attore fu disatteso per la scarsa capacità dimostrata dalla direzione sanitaria di coinvolgere i medici nell'ideazione della nuova procedura da adottare, come si è visto dalla storia da me raccolta.

Nel 2009, durante i giorni del ritorno in reparto, il FUT fu completamente ignorato dagli attori organizzativi tanto che le resistenze al cambiamento attivate nell'anno 2008, non si verificarono nemmeno. A distanza di una settimana il foglio unico di terapia sparì nuovamente dalla chirurgia oncologica e non fu mai più riproposto dalla direzione sanitaria alle professionalità del reparto.

Certamente il foglio unico di terapia, se maggiormente socializzato dalla direzione sanitaria tra le professionalità dei reparti - già nella fase della sua progettazione ed ideazione, mediante gruppi di lavoro pensati *ad hoc* per creare condivisione e partecipazione attiva da parte delle professionalità chiamate ad usarlo - avrebbe avuto maggiori possibilità di essere recepito dagli attori organizzativi e maggiori probabilità che si instaurasse, tra utenti e nuova tecnologia, una relazione lineare capace di cambiare le pratiche consolidate e spezzare la catena classica dell'attività terapeutica che ancora oggi, nel reparto indagato, si esplica attraverso le quattro vecchie fasi di: prescrizione, trascrizione, somministrazione e assunzione del farmaco da parte del paziente (Agris, 2009), con tutti i rischi ormai connaturati a tale routine.

Il FUT avrebbe, invece, contribuito ad eliminare dai reparti di cura quella fase a maggior rischio di errore, vale a dire quella che prevede un'opera di continua trascrizione delle terapie da somministrare al paziente, dai fogli di consulenza alla cartella clinica e dalla cartella clinica ai registri infermieristici.

L'esempio riportato è esemplificativo del fatto che *nessuna tecnologia è mai neutrale, in quanto forma e processo di mediazione*" (Bruni, Gherardi, 2007: 78). Le tecnologie, dalle più semplici alle più sofisticate, necessitano di qualcuno che ne assicuri la stabilità nel tempo e perché una tecnologia funzioni è necessario prestarle periodicamente attenzione, non inserirla in un contesto e

lasciarla completamente a sé stessa per tutto il periodo della sua sperimentazione, come nel caso del FUT all'interno del reparto di chirurgia oncologica o degli aghi per i prelievi.

Di ogni tecnologia, giacché strumentazione che va continuamente progettata, occorre, infatti, testare l'affidabilità e solo dopo riflettere sulla sua possibile introduzione nei luoghi di lavoro. Testare una tecnologia come fa notare Orr¹¹⁹ (1996) significa, di fatto, intervenire non solo su di essa ma, anche, aggiustare quella relazione che inevitabilmente si instaura tra utente e tecnologia stessa, cercando di favorire tale allineamento (Bruni, Gherardi, 2007).

Osservare la tecnologia in uso significa guardare alle interazioni nonché *“adottare un approccio relazionale capace di non analizzare in modo separato tecnologie, utilizzatori e contesti d'uso bensì (...) vederli nelle reciproche interazioni quale sistema socio tecnico”* (Emery, Trist, 1981; Bruni, Gherardi, 2007; 77).

“Da un punto di vista concettuale e metodologico, passare dallo studio della tecnologia in sé (e degli effetti che questa produce) allo studio della tecnologia in uso comporta la possibilità di portare alla luce il <<lavoro nascosto>> a cui gli utilizzatori sono chiamati, affinché una tecnologia diventi <<usabile>> entro un'ecologia di pratiche e relazioni di lavoro (...) Come mostrato intuitivamente con gli esempi forniti sinora, le tecnologie non nascono <<sicure>> e affidabili (...) Lo diventano quando l'uso in contesti pratici le costruisce come tali” (Bruni, Gherardi, 2007: 78), solo allora esse divengono strumenti capaci di cambiare l'organizzazione e sviluppare apprendimento organizzativo negli attori sociali.

¹¹⁹ All'interno del suo studio dell'attività pratica dei tecnici riparatori della Xerox che mette in luce l'*expertise* professionale e la conoscenza tacita nel riparare i macchinari.

6. Osservare gli artefatti

6.1 Il paziente viene oggettivizzato nella cartella clinica

Il ricovero in ospedale può essere, dunque, visto come un itinerario iniziando il quale il paziente si spoglia della propria identità sociale assumendo quella della patologia prescritta e/o diagnosticata e degli artefatti (referti diagnostici, esami, cartella clinica ecc.) che durante l'ospedalizzazione quotidianamente lo accompagnano e lo rappresentano dinanzi alle professionalità mediche che intervengono sul suo corpo.

“Le pratiche attraverso cui gli operatori e le operatrici sanitarie agiscono sul corpo biologico e lo manipolano tendono, così, a rielaborare il concetto stesso di corpo” (Lusardi, Perrotta, 2009: 610). Il corpo fisico ed i suoi confini non sono, infatti, auto-evidenti ma sono storicamente costruiti attraverso lo studio empirico delle pratiche mediche (Berg, Browker, 1997; Mol, 2002) che in medicina rimandano, ancora oggi, a quella visione del corpo del paziente ancorata all'epistemologia affermatasi negli ultimi quindici anni e che trova fondamento nel paradigma dell'*Evidence-Based Medicine*¹²⁰ (EBM).

Il termine *Evidence-Based Medicine*¹²¹, a cui ho già accennato nel capitolo secondo, si ascrive ad una serie di procedure attraverso cui si tende ad eliminare quella componente individuale e l'arbitrarietà della pratica medica. Delineando un modello nuovo, tale pratica propone di arginare la responsabilità del singolo professionista sanitario, introducendo un approccio all'attività clinica basato su due processi strettamente correlati: la razionalizzazione del *decision-making* e la standardizzazione delle pratiche. I principi dell'*Evidence-Based Medicine* sono, infatti, precisabili nella volontà di integrare la pratica medica con una ricerca scientifica fondata sulla raccolta sistematica delle informazioni, in grado di individuare i limiti della patofisiologia¹²² su cui si basa la pratica medica e di

¹²⁰ Da ora in poi EBM.

¹²¹ Coniato da una équipe di epidemiologi della *McMaster University* di Hamilton in Canada.

¹²² La patofisiologia si riferisce ai sensi specifici in cui i sistemi del corpo funzionano in modo non corretto.

acquisire metodologie e strumenti statistici per comparare e valutare le ricerche (Timmermans, Angel, 2001). Siamo entro un nuovo approccio all'assistenza sanitaria, dove le decisioni cliniche risultano dall'integrazione tra l'esperienza del medico e l'utilizzo delle migliori evidenze scientifiche disponibili, relativamente all'accuratezza dei *test* diagnostici - compreso l'esame fisico - alla potenza dei fattori prognostici, all'efficacia/sicurezza dei trattamenti preventivi, terapeutici e riabilitativi (Sackett, Rosenberg, Gray, Haynes, Richardson, 1996; Sackett, 1992).

In tale direzione Berg (1997) "*analizzando gli strumenti per il supporto decisionale (computer-based decision support system, protocolli di intervento, analisi clinica delle decisioni) diffusisi dagli anni '90*¹²³, osserva come questi rappresentino un tentativo di situare la pratica medica entro i confini della conoscenza scientifica, scomponendo l'attività clinica in unità semplici, monitorabili attraverso gli strumenti della ricerca scientifica" (Lusardi, Perrotta, 2009: 612-613) nonché attraverso tutti quegli artefatti che scaturiscono dal processo di cura: nuove tecnologie, referti clinici, cartelle nosocomiali, cartelle cliniche informatizzate ecc..

Nell'ambito degli studi STS (*Science and Technology Studies*) il dibattito in merito mette, tuttavia, in rilievo diverse criticità associate al paradigma basato sulle evidenze. Tali studi enfatizzano, infatti, come il modello di razionalità formale, proposto da tale paradigma, sia continuamente esposto a riscritture e contaminazioni ed è ancora Berg (1997) ad osservare come la semplice introduzione di una nuova tecnologia in una pratica lavorativa già esistente, ad esempio un *software* o una nuova modalità di utilizzo di un oggetto, attivi meccanismi di costante negoziazione tra gli attori sanitari. Tali meccanismi - che come ho esposto nel quinto capitolo si traducono sovente in resistenze da parte degli attori professionali alla nuova pratica o all'uso di un nuovo artefatto, spesso calato dall'alto - tendono a scombinare gli equilibri lavorativi interni, i ritmi del lavoro, le usanze consolidate, trasformando le pratiche organizzative come pure gli artefatti e tutti quegli elementi coinvolti nel processo di socializzazione, attori inclusi.

Durante lo *shadowing* delle attività lavorative dei medici del reparto ciò che è stato rilevante osservare è come il tentativo di

¹²³ E supportati dal processo di aziendalizzazione della sanità.

standardizzazione delle pratiche mediche che l'*EBM* presuppone, rendesse necessaria una oggettivazione del corpo del paziente e delle sue parti (Goldenberg, 2006). Come ho potuto, infatti, analizzare nel corso della ricerca, nei giorni della degenza in ospedale non solo il corpo del paziente - considerato dalle professioni sanitarie come il principale oggetto attraverso cui veicolare le cure - si differenziava dal corpo come soggetto (il paziente) ma tutte le definizioni diagnostiche attribuite dai medici al malato durante il ricovero, finivano per includerlo dentro alla cornice dei sintomi della sua patologia, confinandolo ad un caso clinico da analizzare (Zannini, 2004).

Come sostiene Basaglia¹²⁴ ciò è usuale giacché *“in medicina, l’incontro tra medico e paziente si attua nel corpo stesso del malato. Ma questo corpo che si offre al medico per essere curato, non corrisponde al corpo vissuto, al corpo proprio, con tutte le modalità e le implicazioni soggettive ad esso inerenti, ma viene considerato dal medico nella sua nuda materialità ed oggettualità. Che il corpo visitato dal medico appartenga al soggetto specifico che lo vive e lo significa, ciò esula dalla finalità del rapporto che viene ad instaurarsi. Il soggetto che pur è il significato di quel corpo sofferente, non viene preso in causa in questa relazione particolare, come se fosse mantenuto ad una certa distanza. In questo senso l’incontro tra medico e malato si attua attraverso un corpo anatomico che serve, contemporaneamente, come soggetto di indagine e come secondo polo del rapporto; si tratta cioè, di un incontro tra un soggetto ed un corpo cui non viene data altra alternativa che essere oggetto agli occhi di chi lo esamina. Estraneo dunque a quest’ultimo, quanto al soggetto che lo significa, pur essendo insieme il momento cruciale e la finalità stessa della relazione”* (Basaglia, 1970: 1).

Dalla mia analisi, nonostante la propensione dei medici a formalizzare una concezione del corpo come oggetto, il tentativo di oggettivazione¹²⁵ del paziente veniva, tuttavia, meno ed era spesso

¹²⁴ Psichiatra che si è a lungo ispirato agli studi di Foucault (1961) e di Goffman (1961) e alla critica all'istituzione psichiatrica, cui si deve l'introduzione in Italia della Legge 180 e la chiusura dei manicomi.

¹²⁵ Racchiuso nel modello dell'*Evidence-Based Medicine*.

inapplicabile nella pratica medica da me osservata durante le giornate di ricovero.

In linea con quanto evidenziato dagli studi STS anche nella mia ricerca emerge, infatti, come la distinzione tra il soggetto (medico) che conosce l'oggetto di cura (ovvero il paziente come corpo) e l'oggetto che viene conosciuto perde di significato dal momento che durante la degenza l'attività medica del conoscere finisce per estendersi, spesso, alle sole cartelle cliniche del paziente e a tutti quegli artefatti in cui la conoscenza del malato è immersa e che lo rappresentano alle professionalità sanitarie durante tutto il periodo del ricovero (Lusardi e Perrotta, 2009).

Ne deriva che la comprensione medica dell'oggetto di cura nel reparto indagato viene quotidianamente mediata dagli “*oggetti attivati (enacted) nella pratica medica*” (Mol, 2002: 41), al punto che la pratica medica finisce per configurarsi essa stessa come un processo costante di allineamento e mobilitazione di elementi eterogenei (dati, test di laboratorio, cartelle cliniche ecc.) (Law, 1987; Nicolini, 2004; Pentimalli, 2010b).

Durante l'osservazione delle pratiche lavorative nel reparto di chirurgia oncologica sia i medici del reparto sia le professionalità sanitarie, giunte per le attività di consulenza sul paziente erano, infatti, maggiormente propensi a 'far parlare' la cartella clinica¹²⁶ dell'ammalato, piuttosto che prediligere un dialogo diretto con quest'ultimo, eludendo pertanto l'interazione medico-paziente *face to face*. Nei giorni dell'ospedalizzazione nell'unità operativa della chirurgia oncologica, all'interno della relazione terapeutica con il medico, il degente diveniva, così, 'un'oggetto muto' e la consultazione della sola cartella clinica sovente sostituiva il dialogo con il paziente, spingendo il clinico ad affidarsi maggiormente al sapere contenuto nei referti che raffiguravano lo stato di salute del corpo biologico del malato.

Durante la degenza la relazione di cura tra le professionalità mediche ed il degente diveniva, pertanto, una relazione costantemente filtrata e mediata dagli artefatti clinici ed il paziente, idealmente oggettivizzato nella sua cartella clinica, regolarmente

¹²⁶ Da ora in poi cartella clinica o CC.

sostituito dall'artefatto cartaceo che lo rappresentava¹²⁷, contenente i referti e gli esami eseguiti durante il periodo del ricovero.

L'interesse degli anestesisti prima dell'intervento, dei cardiologi per la definizione delle terapie¹²⁸ e dei consulenti medici attivati dall'equipe del reparto era, dunque, prevalentemente rivolto all'esame e alla consultazione dei referti di cura e le professionalità sanitarie si mostravano più propense ad apprendere la storia clinica del paziente attraverso la lettura dell'anamnesi riportata nella sua CC e a dedurre l'andamento della malattia consultando i referti cartacei e molto meno inclini ad attivare un dialogo diretto con il malato. Un dialogo col degente (associato alla consultazione della sua CC) avrebbe, invece, ulteriormente precisato la sua storia clinica e fornito contenuti ricchi di elementi, spesso tralasciati, o non trascritti dai medici del reparto nella CC, per motivi di tempo, di spazio o a volte per dimenticanza.

A tale andamento osservato, si aggiungeva una ulteriore considerazione. La scarsa interazione medico-paziente e la mancanza di un dialogo, specie nei primi giorni del ricovero, non favorivano l'individuazione di possibili errori di trascrizione contenuti nella cartella clinica. Se nella cartella nosocomiale vi fossero stati, infatti, errori di traduzione o errori di scrittura dei dati anagrafici del paziente, o anche trascrizioni errate nei referti, o nelle terapie personali da assumere o allergie farmacologiche non annotate come pure annotazioni errate dell'organo da asportare in sede chirurgica (ad esempio rene destro invece che sinistro o viceversa), rifuggire da un dialogo col paziente¹²⁹ aumentava, notevolmente, il rischio che tali inesattezze potessero essere rilevate prima del verificarsi di un evento avverso e favoriva, così, il viaggio dell'errore da un contesto organizzativo all'altro. Tali aspetti li evidenzierò più dettagliatamente nel capitolo successivo.

Durante la ricerca è stato, comunque, possibile osservare come la sollecitazione data all'istituzione sanitaria dai nuovi strumenti manageriali, al fine di trasformare il paziente in un oggetto di cura, si tramutasse in realtà in una pratica lavorativa tendente non tanto ad

¹²⁷ Anche al di fuori del reparto di degenza.

¹²⁸ In caso di pazienti con disfunzioni cardiache.

¹²⁹ Anche nel caso di pazienti in grado di poter conferire con le professionalità mediche per chiarimenti.

oggettivizzare realmente l'oggetto di conoscenza (corpo del malato) - secondo i principi di oggettivazione contenuti nell'*EBM* - ma a sostituirlo con la sua cartella clinica o con i referti clinici; sviando la pratica clinica dell'*EBM* dall'obiettivo originario per cui è stata pensata.

Il tentativo di oggettivazione che l'*EBM* prevede si scontra, per di più, con un nuovo elemento.

Le riforme degli anni '90 istituiscono l'obbligo del consenso informato¹³⁰, per rendere legittima la soggettività del malato si crea, così, una nuova tipologia di paziente sempre più edotto che si oppone all'oggettivazione e rivendica la propria autonomia, una maggiore umanizzazione delle cure ed il diritto di essere considerato parte attiva del processo clinico/decisionale che lo riguarda. Ciò che era stato definito come corpo-oggetto non appare più, quindi, come una realtà fissa e immutabile, così come vuole il paradigma dell'*EBM*, dove il corpo-oggetto è unicamente pensato quale "*elemento omogeneo e classificabile, docilmente inscrivibile in ben definite categorie*" (Lusardi e Perrotta 2009: 613,614).

Nella pratica medica da me osservata in reparto, i corpi oggettivizzati vengono continuamente riadattati alle pratiche mediche alle quali partecipano come parte attiva, trasformandole, per esserne a loro volta trasformati. L'incontro tra professionisti sanitari e pazienti diviene, in questo modo, una relazione che dagli anni '90 assiduamente oscilla tra l'incontro auspicato dal modello dell'*EBM*, ovvero tra soggetto medico e oggetto/corpo del paziente - che inaspettatamente si traduce in una conoscenza del corpo del degente puramente mediata dalla sua cartella clinica e dai referti di cura in essa contenuti - ed un incontro 'aperto' (Strauss, 1992) tra soggetti (il medico ed il paziente). Dove lo scambio informativo (favorito da artefatti come il consenso informato) dà la possibilità di strutturare un dialogo autentico, in cui ogni partecipante può influenzare lo svolgimento delle attività di cura ed i risultati di queste ultime (Herzlich, Adam, 1999).

¹³⁰ Per un approfondimento sulla pratica del consenso informato si rimanda al paragrafo 6.4 di questo capitolo.

6.2 La cartella clinica come artefatto polisemico

Nel precedente paragrafo è emerso che il sapere non risieda solo negli attori organizzativi ma è inscritto nelle pratiche lavorative, nelle azioni, nelle regole come pure negli artefatti che permettono al processo di cura di svolgersi.

Gli artefatti si configurano, infatti, come degli strumenti che nel reparto osservato contribuiscono a costruire il *setting* delle attività, agendo e partecipando alla vita organizzativa attivamente e costantemente come veri e propri *partner* di azione (Latour, 1987), capaci di dare un senso alle pratiche degli attori coinvolti e di favorire la negoziazione ed il confronto dei diversi sguardi professionali (Goodwin, 1994).

Tra gli innumerevoli oggetti che giornalmente sostengono le attività lavorative delle professionalità sanitarie, aiutandole a comporre, strutturare ed ordinare le pratiche di cura¹³¹, la cartella clinica è meritevole di attenzione. La centralità di questo artefatto organizzativo è, infatti duplice ed è associata al suo configurarsi come un oggetto in grado di sostenere la mobilitazione del sapere esperto (Pentimalli, 2010b) e di mostrarsi come un indispensabile strumento di *accountability* (Garfinkel, 1967), ovvero di rendicontazione organizzativa, di conferimento di senso alle attività cliniche durante tutto il periodo dell'ospedalizzazione del paziente ed anche successivamente ad essa.

Durante la ricerca, tali peculiarità mi hanno suggerito l'idea di transitare da uno *shadowing* condotto sull'equipe medica ad uno *shadowing* del paziente e della sua CC.

Nell'indagine lo *shadowing* ha, infatti, rappresentato la principale tecnica di osservazione che mi ha consentito di cogliere quella dimensione sociale e pratica celata dietro al funzionamento di molte tecnologie e degli artefatti utilizzati nel contesto di cura studiato (Gobo, 2001; Bruni, 2003). Lo *shadowing* del paziente e della sua CC ha implicato il seguire giornalmente questi due attori, in tutti quegli spostamenti che ai fini clinici li spingevano a transitare dal reparto di chirurgia oncologica in altri ambienti organizzativi interni all'azienda ospedaliera.

¹³¹ A volte addirittura sostituendo il paziente, come ho messo in evidenza nel paragrafo 6.1.

L'attivazione delle attività lavorative previste dal ricovero e lo svolgimento degli esami richiesti dalle consulenze specialistiche sottintendono, infatti, una mobilità continua del paziente e della scheda clinica che lo rappresenta e che favorisce l'incontro di diversi saperi e di varie professionalità mediche che, insieme all'equipe del reparto, cooperano per costruire un percorso di cura unitario ed ottimale intorno al malato.

Nel corso del mio studio lo *shadowing* del paziente si è, tuttavia, spesso tradotto nello *shadowing* della sua cartella clinica ovvero dell'artefatto cartaceo che costantemente lo rappresentava e lo figurava agli occhi delle professionalità mediche, specie quando le condizioni fisiche non gli consentivano spostamenti dal reparto di degenza. La consapevolezza del viaggio (Latour, 2002) della sola cartella clinica del paziente mi ha di conseguenza indotto a non dare per scontato che fossero gli attori organizzativi a muovere gli oggetti, ma ad osservare il modo attraverso cui gli oggetti partecipano al movimento degli attori (Bruni, Gherardi, 2007), al punto da sostituirli ed impersonarli.

Durante l'osservazione ho, così, lasciato che fosse la cartella clinica a guidarmi all'interno dei contesti organizzativi ospedalieri, dove l'incontro con nuovi attori professionali e oggetti di cura (consulenti, esami clinici e strumentali, referti diagnostici, tac, radiografie, altre cartelle cliniche ecc.) veniva puntualmente assorbito all'interno di tale artefatto e con esso ritornava nel reparto di indagine.

Nel viaggio da un ambiente di cura all'altro la cartella clinica sistematicamente veniva modificata riempiendosi di nuovi contenuti e rivelandosi, per questo, nella sua peculiarità di 'artefatto a matrioska', capace non solo di rappresentare il paziente e la sua storia clinica ma, anche, di inglobare al suo interno altri saperi (clinico, amministrativo, giuridico/legale, economico, di rendicontazione organizzativa ecc.) e innumerevoli altri significati. Dalla mia osservazione sul viaggio della cartella clinica emerge, dunque, una particolare propensione della CC a configurarsi come una mappa cognitiva capace di dare forma alle attività di cura e di dirigere l'attività clinica dei diversi professionisti chiamati ad utilizzarla ed interpretarla.

Durante lo *shadowing* questa capacità della cartella nosocomiale di incorporare contenuti e saperi, ha messo in evidenza una caratteristica ulteriore di tale oggetto, ovvero la sua abilità di

veicolare anche l'errore da un contesto organizzativo all'altro, proprio come descriverò nel corso del successivo capitolo.

La cartella clinica: storia e finalità¹³²

L'uso sistematico di una documentazione clinica sul singolo malato non è un'attività recente ma viene fatta risalire al medico chirurgo Leonardo Botallo nel secolo decimo sesto, mentre la sistematizzazione dell'utilizzo della cartella clinica nella pratica medica è attribuibile al medico, fisiologo e filosofo francese Pierre Cabanis alla fine del 1700.

In Italia l'obbligo di compilazione di una cartella clinica cartacea nasce nel 1890 con il decreto legislativo 6972 che definisce tale artefatto come un insieme di documenti, nei quali viene registrato dal medico o dagli specializzandi¹³³, un complesso eterogeneo di informazioni sanitarie, anagrafiche, sociali, ambientali, giuridiche, ecc., allo scopo di poter rilevare (in senso diagnostico e terapeutico) ciò che riguarda il paziente nel particolare momento dell'ospedalizzazione.

In quanto documentazione clinica, la cartella nosocomiale può essere, dunque, concepita come un contenitore delle generalità del paziente, della diagnosi iniziale, dell'anamnesi familiare e personale, dell'esame obiettivo, degli esami di laboratorio e specialistici, della diagnosi formulata durante la degenza, della terapia, degli esiti e dei postumi del ricovero. La compilazione di tale documento ha una finalità ben precisa, quella di predisporre opportuni interventi medici e di poter usufruire, per indagini di natura scientifica, statistica, medico-legale o per l'insegnamento, di un insieme eterogeneo di informazioni che se considerate nel loro insieme possono indirizzare il medico nella presa delle decisioni cliniche (Gattai, 1990).

Nei reparti di cura (come ho potuto osservare durante la ricerca) la CC viene quotidianamente aggiornata per assicurare un monitoraggio sul decorso della malattia e definire gli obiettivi di cura sui diversi

¹³² La storia della cartella clinica è stata ricostruita attraverso la raccolta di materiale documentale prodotto dai giuristi, dai medici e dai sociologi.

¹³³ In caso di ricoveri in Policlinici universitari ove sono presenti le scuole di medicina e di specializzazione.

casi clinici. Tali trascrizioni possono riguardare sia i risultati delle ricerche e delle analisi effettuate sul degente durante il periodo del ricovero sia la terapia praticata (Guzzanti e Tripodi, 1996), come pure comunicazioni di eventi imprevisti insorti durante le giornate di degenza: cadute accidentali, picchi febbrili, rifiuto delle terapie, pazienti che violano le misure di sicurezza e si allontanano senza permesso dal reparto o che abbandonano la struttura ospedaliera prima della dimissione medica.

Nel reparto di chirurgia oncologica la cartella nosocomiale emerge come uno strumento informativo individuale, vale a dire finalizzato ad un singolo episodio di ricovero e come una certificazione costante di ciò che si rileva e di ciò che si fa su ciascun paziente ospedalizzato.

In quanto atto pubblico di fede privilegiata, la CC ha valore sino a prova di falso (Buzzi, Sclavi, 1997) e non esaurisce la sua attività nella sola rendicontazione delle attività cliniche e nella gestione delle attività di cura e di ricerca ma ha, anche, funzioni informative necessarie sia ai fini amministrativi e del controllo finanziario sia ai fini del management clinico, del management generale e per tutte quelle esigenze legali in caso di denunce da parte dei pazienti o dei loro famigliari.

Considerando, infatti, che a seguito della aziendalizzazione della sanità la componente amministrativa del lavoro clinico è notevolmente aumentata, la funzione burocratica che assolve la cartella clinica è quanto mai rilevante. Per i medici che lavorano nei reparti ospedalieri le incombenze burocratico-amministrative divengono, così, sempre più frequenti e complesse e per obbedire ai doveri amministrativi diventa necessario che siano disponibili, per ciascun degente ricoverato in reparto, informazioni certe e circostanziate sull'andamento del ricovero e della patologia. Oltre a ciò, occorre considerare che - in una sanità diventata azienda - le attività cliniche (per poter avere uno svolgimento ordinato ed efficace) hanno necessità di disporre di tutta una serie di strumenti operativi non solo prettamente sanitari (come farmaci, presidi, dispositivi medici e diagnostici) ma, anche, di natura manageriale e quindi organizzativa.

La necessità della gestione degli approvvigionamenti, del contatto con i fornitori, della manutenzione delle apparecchiature, del funzionamento dei servizi non sanitari, della definizione delle regole

interne di funzionamento nonché una corretta distribuzione delle funzioni e delle mansioni interne ai reparti ospedalieri dimostra, infatti, come il sistema delle cure sia sostenuto da una quantità di informazioni che - qualora disponibili - permettono di garantire l'ordinato svolgimento delle attività sia cliniche che gestionali (Perelli Ercolini, Pascale, 2008). A ciò si aggiunge che molte delle informazioni gestite giornalmente in area clinica hanno un risvolto, oltre che amministrativo, anche finanziario.

Come è stato messo in luce nel capitolo quinto sulle pratiche lavorative nella chirurgia oncologica e nei precedenti paragrafi, dall'accuratezza delle informazioni sui dati dei pazienti e dalla rendicontazione delle attività di reparto riportate nella cartella clinica dipende, infatti, la misurazione del lavoro clinico e la sua valorizzazione in ambito aziendale come pure il pagamento delle prestazioni erogate ai pazienti dalle unità operative durante il periodo della degenza in reparto¹³⁴.

Sotto il profilo della gestione clinica, il lavoro degli operatori sanitari diviene, dunque, sempre più complesso e ciò richiede molta collaborazione interdisciplinare ed interprofessionale. Per tale motivo (specie nel caso in cui più professionalità intervengono sullo stesso paziente) l'accuratezza, l'attendibilità e la disponibilità delle informazioni su ogni singolo caso clinico divengono di importanza capitale.

A partire da questa mutata situazione organizzativa aziendale non ci si può, tuttavia, affidare, alla sola buona volontà dei singoli professionisti medici, ma è sempre più necessaria una funzione di management che governi le interazioni e coordini le decisioni cliniche ed organizzative. Dal momento che alle capacità di management richieste ai medici si associa anche la necessità di attuare azioni organizzative e programmi per gestire quegli eventi avversi che possono verificarsi durante il periodo della degenza in reparto, spesso derivanti da procedure errate che arrecano danno al paziente ospedalizzato e che possono avere serie conseguenze legali (Perelli Ercolini, 2003; Pascale, 2003).

¹³⁴ Il pagamento delle prestazioni erogate dalle unità operative avviene tramite il sistema dei *DRG* ed i rimborsi vengono predisposti direttamente dalla Regione Lazio.

Le procedure mediche, come esporrò nel successivo capitolo, possono, infatti, comportare anche errori e produrre danni tali al paziente da spingere i familiari della vittima ad avviare azioni legali atte a stabilire eventuali responsabilità e a definire i possibili risarcimenti. In quest'area la qualità e la completezza delle informazioni contenute nella cartella clinica divengono di importanza sostanziale, in quanto la mancanza di informazioni cliniche o la non integrità delle informazioni anagrafiche e/o amministrative, spesso dovuta a disattenzioni e ad i ritmi lavorativi frenetici dei reparti ospedalieri, possono far vedere la colpa anche dove non c'è. Per questo motivo al momento della compilazione e durante tutti gli aggiornamenti della cartella clinica, i fatti, gli eventi, le azioni devono essere sempre accuratamente annotate (qualora possibile contestualmente al loro verificarsi), in modo intellegibile e tutte le annotazioni devono avvenire sempre nel ragionevole tempo della contestualità, essere descritte in modo sequenziale, essere complete e correttamente riferite nel passaggio del paziente da un contesto organizzativo all'altro.

6.3 Il viaggio della cartella clinica. Assemblare un artefatto a 'matrioska'

La peculiarità della cartella clinica è quella di configurarsi, quindi, come l'oggetto principale entro cui i medici sono tenuti ad annotare ogni manovra clinica attivata sul paziente e per questo essa simboleggia il malato per tutto il periodo della sua degenza in reparto ed anche successivamente, specie nel caso di ricoveri multipli ed in caso di denunce al Tribunale per i diritti del malato.

La metafora della matrioska, pensata per descrivere tale artefatto organizzativo e le sue caratteristiche, illustra bene uno strumento capace di contenere al suo interno diverse tipologie di informazioni e, pertanto, soggetto ad un continuo consulto professionale e a trascrizioni manuali atte ad annotare ogni programma diagnostico e/o terapeutico e tutte quelle azioni cliniche effettuate sul malato. Essa viene, infatti, *"compilata, letta e interpretata, a seconda della visione professionale e del purpose at hand degli attori che la consultano (...)* E ogni professionista ha il proprio modo di interpretare, narrare ragionare e codificare" (Pentimalli, 2010b:

104) i dati e le informazioni cliniche in essa contenute. Sebbene nel consultare e nell'interpretare la CC *“ogni professionista operi una sua particolare traduzione (...) e si ancori a categorie, conoscenze e saperi propri del suo bagaglio professionale, la sua pratica si concatena con le altre pratiche complesse (...) svolte dalla rete degli attori ospedalieri”* (Ibidem). Nel reparto di chirurgia oncologica la cartella clinica cartacea rappresenta, infatti, un oggetto esperto nell'abitare i diversi spazi organizzativi e nel partecipare al lavoro quotidiano (Bruni, 2004; Bruni, Fasol, Gherardi, 2007) degli attori professionali. Essa si esibisce come uno strumento organizzativo che stabilmente agganciato alle pratiche di lavoro convenzionali supporta, in modo quasi invisibile, lo svolgimento dei compiti lavorativi permettendo di categorizzare le storie cliniche dei pazienti.

Seguendo la cartella clinica nei suoi numerosi spostamenti¹³⁵ e ricostruendo il viaggio che essa compie tra i diversi ambienti organizzativi delle cure ospedaliere, ho potuto osservare le particolari caratteristiche che tale oggetto assume lungo il tragitto ospedaliero, le tipologie di artefatti che contiene al suo interno e le pratiche che si svolgono attorno, tramite e su di esso. Dall'osservazione condotta sulla CC è emerso, infatti, come molte delle cartelle cliniche redatte dai medici della chirurgia oncologica al momento dell'accettazione del degente in reparto fossero, in realtà, il risultato ultimo di un'opera di consultazione di altre cartelle cliniche redatte prima del ricovero nella divisione indagata, vale a dire, una sintesi articolata o delle CC compilate dal pronto soccorso (nel momento dell'accesso ospedaliero in emergenza) e/o delle CC relative a precedenti ricoveri ospedalieri e che il paziente portava con sé al momento dell'accettazione nell'unità operativa osservata. Molte delle cartelle cliniche scritte dagli specializzandi della chirurgia oncologica si presentavano, pertanto, come un assemblaggio di più CC provenienti da diversi contesti di cura che dopo essere state visionate e sintetizzate nella cartella di reparto rimanevano incorporate al suo interno e sempre disponibili alla consultazione da parte del personale sanitario. La cartella clinica redatta dal reparto di chirurgia oncologica si presentava, dunque, come l'ultimo *step* di un

¹³⁵ Ad esempio, dal reparto di pronto soccorso al reparto di degenza, oppure dal reparto di degenza ad altri reparti di cura o dal reparto indagato alla sala operatoria e viceversa.

percorso di cura che aveva, a volte, inizio prima del ricovero nella chirurgia oncologica o nel momento dell'accesso ospedaliero tramite il reparto di emergenza-urgenza¹³⁶, oppure in altre strutture o cliniche ospedaliere¹³⁷.

Durante l'osservazione in reparto ho, pertanto compreso che la CC può nascere in due contesti organizzativi diversi: o nel momento dell'accesso del paziente nel reparto di pronto soccorso del Policlinico o nel momento in cui il paziente giunge nel reparto di chirurgia oncologica per un ricovero di routine.

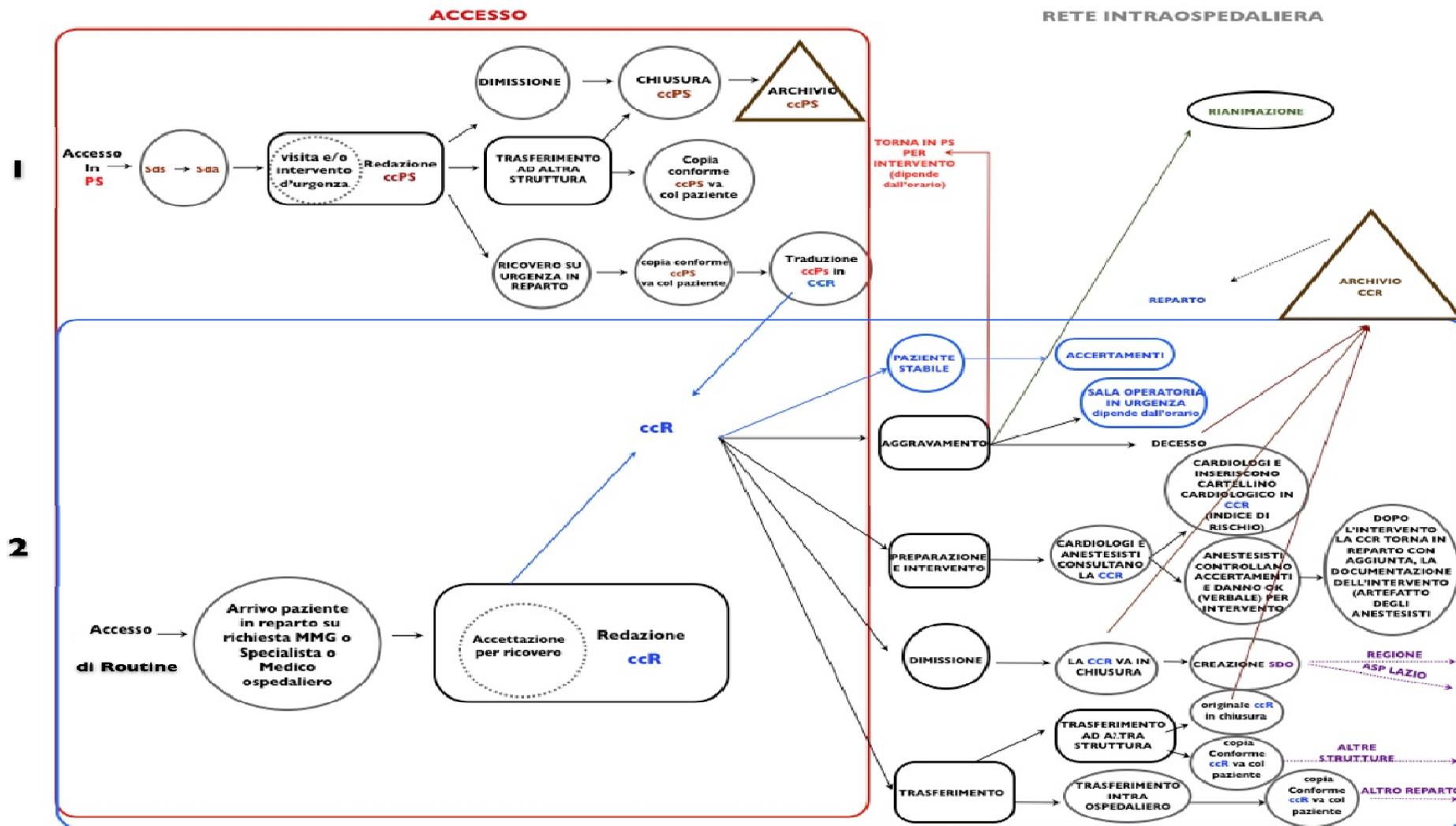
Il ricovero urgente avviene per accesso diretto al servizio di pronto soccorso¹³⁸ e viene proposto dal medico di Ps, dopo eventuali indagini diagnostiche e/o consulenze specialistiche. Il ricovero di routine è, invece, quel ricovero che avviene direttamente nel reparto ospedaliero per una patologia non urgente ma bisognosa di accertamenti diagnostici e/o di cure. Esso può avvenire o come ricovero ordinario o come ricovero programmato. Il ricovero ordinario avviene su proposta del medico curante, previa visita da parte del medico di pronto soccorso, che accerta l'esistenza della patologia e la disponibilità del posto letto nel reparto di ricovero, mentre il ricovero programmato avviene su proposta del medico curante, previo accordo con i medici o il capo sala del reparto, in una data stabilita. Il ricovero programmato è una modalità che dovrebbe consentire di ridurre i tempi della degenza, con minori disagi per il paziente e con un risparmio di spesa da parte delle aziende ospedaliere e può, quindi, prevedere l'esecuzione di esami ambulatoriali, da effettuarsi prima del ricovero. Nella figura 1 vengono schematicamente rappresentati i luoghi dove può nascere la cartella clinica ed il viaggio che essa compie a seconda se viene redatta dai medici del pronto soccorso per un paziente che accede in emergenza oppure dai medici della chirurgia oncologica per un paziente che accede per un ricovero di routine in reparto.

¹³⁶ Sia nel caso che il paziente fosse giunto al pronto soccorso autonomamente sia nel caso in cui l'accesso fosse avvenuto tramite trasporto urgente, attraverso un mezzo dell'agenzia regionale emergenza sanitaria, Ares 118.

¹³⁷ Nel caso di pazienti già ospedalizzati o di pazienti trasferiti in reparto da altre cliniche ed ospedali.

¹³⁸ Da ora in poi Ps.

Figura. 1 VIAGGIO DELLA CARTELLA CLINICA NELLA RETE INTRAOSPEDALIERA



Fonte: Elaborazione propria

LEGENDA

SdA: scheda di accettazione del Ps	ccR: cartella clinica di reparto
SdS: scheda di soccorso Ares 118	PS: pronto soccorso
ccPS: cartella clinica di Ps	Asp: Agenzia sanità pubblica

A seguire esporrò le diverse cartelle cliniche lungo la traiettoria del paziente, gli *step* relativi al loro processo di costruzione negli ambienti organizzativi ospedalieri e le caratteristiche che le connotano.

La cartella clinica di pronto soccorso

Al momento dell'accesso ospedaliero i medici del reparto di pronto soccorso sono soliti redigere una loro cartella clinica, consistente in un format cartaceo più snello rispetto a quello previsto per i reparti di degenza, in quanto concepito per una maggiore ottimizzazione dei tempi di accettazione.

L'accesso ospedaliero in regime di emergenza è caratterizzato da diversi *step* organizzativi che precedono la redazione della CC vera e propria.

Come si evince dalla figura 1 in caso di arrivo del paziente con un mezzo dell'Ares 118 (l'agenzia regionale per l'emergenza/urgenza) il primo momento dell'accesso in pronto soccorso è caratterizzato dalla traduzione della scheda di soccorso (redatta dal personale dell'Ares 118 sul territorio al momento dell'arrivo sul posto del soccorso) nella scheda di accettazione del pronto soccorso, ove viene assegnato al paziente (dall'infermiere triagista) un codice di gravità che può o confermare, o sottostimare, o sovrastimare quello contenuto nella scheda di soccorso dell'Ares. Tale procedura prende il nome di *triage*¹³⁹ ospedaliero. Il *triage* si configura come

¹³⁹ Il termine *triage* deriva dal verbo francese "*trier*" e significa scegliere, classificare e indica quindi il metodo di valutazione e selezione immediata usato per assegnare il grado di priorità per il trattamento, quando si è in presenza di molti pazienti. L'applicazione del *triage* nel pronto soccorso è motivata dall'aumento progressivo degli utenti che vi afferiscono, soprattutto di casi non urgenti. Tale metodo consente di razionalizzare i tempi di attesa in funzione delle necessità dei pazienti, utilizzando quale criterio di scelta le condizioni cliniche degli stessi e non il criterio dell'ordine di arrivo. Il *triage* è svolto da personale infermieristico esperto e specificatamente formato che, valutando i segni ed i sintomi del paziente, identifica le condizioni potenzialmente pericolose per la vita ed attribuisce un codice di gravità al fine di stabilire le priorità di accesso alla visita medica.

un'importante pratica organizzativa che permette di annotare nella scheda di accettazione di ciascun degente l'urgenza del caso, ovvero il colore del codice assegnato dall'infermiere triagista al paziente al momento dell'accesso in Ps.

I codici di gravità sono compresi in una scala di colori che va dal bianco (assenza di urgenza), verde (poco critico e assenza di rischi evolutivi e prestazioni differibili), giallo (mediamente critico, presenza di rischio evolutivo, possibile pericolo di vita), fino al rosso che indica i casi molto critici che versano in pericolo di vita e che hanno, quindi, la precedenza assoluta di ingresso in Ps.

Indipendentemente dalle modalità di arrivo (autonomo per decisione propria o con mezzo Ares 118) nella scheda di accettazione gli operatori sono soliti riportare sempre l'orario di arrivo e di dimissione del paziente dalla struttura e tutti i suoi dati anagrafici, desumendoli o da un documento di identità del paziente o, in caso di provenienza del malato da un altro pronto soccorso, ricopiandoli dalla cartella clinica del pronto soccorso di provenienza che dovrebbe accompagnare il paziente in ogni suo trasferimento e riportare, se dichiarate, possibili allergie farmacologiche.

Alla pratica di compilazione della scheda di accettazione segue la compilazione di quella che può essere definita la cartella clinica di pronto soccorso. Quando la scheda di accettazione, tramite computer, giunge nei box dove sono collocati i medici di pronto soccorso, viene visionata dal personale clinico e quando anche il paziente arriva nei box e viene sottoposto alla prima visita medica essa si arricchisce dei contenuti emersi durante il controllo, inglobando ulteriori informazioni in merito all'episodio per cui il paziente si è recato in Ps.

Qualora il codice di urgenza sia un codice rosso (pericolo di vita) tali *step* vengono totalmente by-passati dando priorità alle manovre di soccorso.

Alla visita medica segue, inoltre, la richiesta di ulteriori consulenze specialistiche o di esami strumentali, qualora il quesito clinico del paziente non possa essere risolto e necessiti di ulteriori consulti o accertamenti.

Tutti gli accertamenti eseguiti durante la permanenza in pronto soccorso vengono accuratamente riportati nella cartella clinica del paziente, insieme alle terapie somministrate. La successiva rivalutazione del caso clinico, che generalmente avviene nelle ore

successive all'accesso, attiva quella riflessività medica che spinge il clinico a decidere se trattenere il paziente in osservazione, se ricoverarlo in un reparto ospedaliero del Policlinico, se trasferirlo in un'altra struttura o se rinviarlo a domicilio. In tutti questi casi una copia della CC di pronto soccorso segue sempre il paziente nei suoi spostamenti, mentre la CC originale viene trattenuta dai medici di Ps che entro le ventiquattro ore procedono alla sua chiusura e la inviano all'archivio cartelle cliniche del dipartimento di emergenza ed accettazione.

Quando il medico decreta il ricovero in reparto, tale esito viene annotato nella cartella clinica di Ps, insieme alla diagnosi di dimissione ed il paziente viene accompagnato (tramite l'autoparco del Policlinico) nell'unità operativa a lui assegnata, insieme alla sua documentazione personale ed alla cartella clinica di Ps (che può essere anche più di una in caso di arrivo del paziente per trasferimento da un'altra azienda ospedaliera o in caso di precedenti ricoveri)¹⁴⁰.

Una volta giunto in reparto al paziente viene assegnato un numero di posto letto che verrà successivamente trascritto nella CC redatta dal reparto e la cartella clinica di pronto soccorso viene consegnata al personale medico. In caso di ricovero notturno essa viene, invece, visionata dal medico di guardia ed inserita, dal personale infermieristico, nel contenitore che conterrà tutta la documentazione del paziente e la nuova cartella clinica del reparto di degenza.

Nel reparto di degenza viene compilata una nuova CC

Al momento della compilazione della nuova cartella clinica di reparto lo specializzando o il medico che procede alla compilazione

¹⁴⁰ In tale ambito è quanto mai opportuno sottolineare che tutte le CC che accompagnano il paziente dal pronto soccorso al reparto di degenza non vengono mai raccolte entro un unico faldone e nel viaggio del paziente, da un contesto di cura ad un altro, questo aumenta la possibilità di dispersione della documentazione clinica (come esporrò nel capitolo settimo di questo lavoro). Solo nel momento dell'accesso al reparto di degenza la documentazione clinica e le precedenti CC dell'ammalato trovano collocazione specifica entro un contenitore pensato per accoglierle.

deve, oltre che riportare il posto letto assegnato al degente, anche tener conto di tutta la sua precedente documentazione clinica, consultarla in ogni parte e descriverla sinteticamente nella nuova cartella di degenza, alla voce anamnesi patologica prossima, conservando all'interno della CC di reparto tutti gli accertamenti antecedenti al ricovero e le trascorse cartelle nosocomiali, se disponibili (Cortucci, Valsecchi, 2002).

La peculiarità della cartella clinica, di contenere al suo interno numerosi altri artefatti (referti, documentazione del paziente, immagini, consensi informati, esami di laboratorio, diari clinici, cartellini cardiologici, verbale operatorio, cartella clinica di anestesia, consulenze specialistiche ecc.) agevola, in questo modo, il processo di costruzione di senso che guida l'agire medico favorendo la presa delle decisioni cliniche su ciascun caso.

La redazione della cartella clinica di reparto presuppone, inoltre, (sia in caso di ricovero in urgenza sia in caso di ricovero già programmato) la trascrizione dei dati anagrafici del paziente sul frontespizio deducendoli o dalle vecchie CC o da un documento di identità fornito dal paziente al momento dell'accettazione. Ai dati anagrafici si aggiunge la necessità di riportare anche la diagnosi di ricovero e le allergie del paziente. Le allergie del paziente vengono brevemente annotate (con un sì o con un no o con la sigla 'nega') in una casella collocata sulla prima pagina della CC, ove è possibile anche inserire il nome dei farmaci o del farmaco a cui è allergico.

In reparto l'introduzione nell'anno 2010 di un programma per l'accettazione elettronica dei pazienti prevede che oltre al formato cartaceo della CC vengano riportati, nel computer del reparto collocato nella sala medici, tutti i dati anagrafici dei degenti. Il programma con la registrazione dei dati di ciascun paziente, del giorno del ricovero e del nome del medico di medicina generale che lo ha in cura, rende possibili le procedure di accettazione nel reparto e l'invio elettronico di alcune richieste di laboratorio, la ricezione dei referti, dei prelievi e delle immagini radiologiche eseguite durante la degenza che, successivamente stampate, vengono inserite nelle diverse CC.

La visita al letto del paziente permette, infine, di completare la compilazione della CC con la storia clinica del malato, con i dati inerenti le sue abitudini di vita, i precedenti interventi subiti, le malattie infantili contratte e le terapie personali da assumere o da

sospendere durante il ricovero. All'interno di ogni CC viene, infine, inserito un diario clinico che quotidianamente aggiornato dai medici darà conto dell'andamento delle cure e delle condizioni di salute del paziente per tutto il periodo della sua degenza ospedaliera.

Così assemblata la CC è pronta per iniziare il suo viaggio tra i reparti del Policlinico.

Sia che viaggi da sola sia che accompagni il paziente durante i suoi spostamenti per accertamenti da un contesto organizzativo all'altro essa raffigura una mappa cognitiva sostanziale, in quanto capace di indicare alle professionalità mediche il chi, il che cosa, il come, il quando ed il perché del trattamento del paziente mentre è ricoverato (Huffmann, 1990). Più analiticamente, essa rappresenta l'insieme dei dati relativi al paziente raccolti dal personale clinico e costituisce, pertanto, il presupposto indispensabile di qualsiasi prestazione sanitaria che non presenti carattere di mera episodicità, ma che si svolga secondo i requisiti di continuità e di durata, consentendo la raccolta e la integrazione dei dati anamnestici, degli elementi obiettivi, delle informazioni relative al decorso della malattia e di ogni elemento di ordine diagnostico, prognostico e/o terapeutico cronologicamente ordinati.

Durante la degenza del paziente in reparto la cartella clinica si riempie, quindi, dei contenuti delle cure e viene continuamente aggiornata e modificata dagli sviluppi del caso.

Nella ricerca ho analizzato i diversi percorsi che caratterizzavano il viaggio della CC nei diversi contesti organizzativi del Policlinico, osservando come il tragitto dell'artefatto nella rete delle cure dipendesse dalle condizioni cliniche del degente dal momento dell'ingresso in reparto ed anche successivamente ad esso.

In caso di pazienti in condizioni cliniche stabili la CC era, infatti, solita viaggiare in altri reparti di cura, al fine di eseguire sul paziente gli accertamenti strumentali previsti dal ricovero, ai fini della diagnosi o ai fini dell'intervento chirurgico. Dal reparto indagato essa giungeva, pertanto, in cardiologia, in fisiopatologia, in radiologia, in oncologia, dove veniva visionata e/o aggiornata e ritornava, poi, nella chirurgia oncologica con nuovi quesiti clinici, nuove terapie, nuovi referti e nuove richieste di accertamenti sul caso.

Quando le condizioni cliniche di un degente registravano un peggioramento la CC seguiva, invece, percorsi totalmente diversi.

Erano questi i casi di pazienti giunti in reparto in regime di urgenza, inviati dal pronto soccorso. Casi clinici spesso sottovalutati dai medici di Ps che o si aggravavano in reparto o decedevano nei giorni successivi al ricovero ospedaliero.

Nel caso di peggioramenti clinici la CC poteva seguire tre percorsi diversi: o accompagnare il paziente nel reparto di rianimazione, o scortarlo in sala operatoria per essere poi operato in urgenza o avviarsi alla chiusura nel caso in cui l'aggravarsi delle condizioni cliniche portavano al decesso del malato. In questo caso la CC veniva chiusa dai medici del reparto, i quali provvedevano ad inserire i codici delle prestazioni erogate in regime di ricovero, nel programma preposto a spedire elettronicamente la scheda di dimissione ospedaliera (SDO)¹⁴¹ alla Regione Lazio. Inserendo poi una copia della SDO nella CC cartacea essa veniva, infine, consegnata dalla caposala all'archivio cartelle cliniche, collocato al piano -1 del dipartimento¹⁴².

¹⁴¹ Contenente i codici per il rimborso dei DRG.

¹⁴² La scheda di dimissione ospedaliera (SDO) è parte integrante della cartella clinica ed è lo strumento di raccolta delle informazioni relative ad ogni dimesso dagli istituti di ricovero pubblici e privati accreditati in tutto il territorio nazionale. Tutti gli ospedali, sia pubblici sia privati - con esclusione di residenze assistenziali, comunità protette e alcuni istituti di riabilitazione - devono allegare alla cartella clinica la scheda di dimissione ospedaliera istituita con il DM Sanità il 28 dicembre 1991. Dal 1 gennaio 1995 essa ha sostituito la precedente rilevazione sui ricoveri attuata col modello Istat D 10. Successivamente aggiornata con il DM del 26.07.1993 che ha attivato il flusso informativo SDO, prevedendo la trasmissione con periodicità trimestrale e dal DM 27.10.2000 n. 380 che ha provveduto ad introdurre alcuni aspetti innovativi e precisamente l'identificazione del paziente con codice fiscale e le regole per la codifica delle informazioni di natura clinica (diagnosi, interventi chirurgici, procedure diagnostico-terapeutiche) sostituendo col sistema di codici ICD 9 CM 81997, il precedente sistema ICD 9 del 1975. Elementi essenziali nella compilazione della SDO sono: la firma del medico curante, la firma del responsabile dell'Unità operativa che assume la responsabilità della regolare compilazione (DPR 128/1969) e il direttore sanitario che verifica la completezza delle informazioni trasmesse e la trasmissione alla Regione e, per quelle di competenza, al Ministero della Salute (Perelli Ercolini, Pascale, 2008).

Tra questi tre percorsi che può seguire la CC, un caso singolare è rappresentato da quegli aggravamenti clinici del malato che necessitano che il paziente salga in sala operatoria per essere sottoposto ad un intervento chirurgico in urgenza.

L'orario dell'aggravamento diviene in questo caso fondamentale giacché determina due diverse possibilità nel viaggio della CC.

Se le complicanze sul caso insorgono nella mattinata o comunque negli orari in cui è ancora operativa la sala operatoria del reparto di chirurgia oncologica, allora la CC segue il paziente nel comparto operatorio del reparto indagato, se, invece, l'aggravamento si registra negli orari di chiusura della sala operatoria del reparto, allora la CC torna col paziente nel circuito del pronto soccorso ed attende lì l'intervento in urgenza. A seguito dell'intervento, qualora esso abbia un esito positivo, la CC torna in reparto con all'interno nuovi artefatti (compilati dagli specialisti medici) quali: la cartella clinica di anestesia, il foglio del verbale operatorio¹⁴³, i consensi informati resi necessari prima dell'atto chirurgico (consenso alla trasfusione, consenso all'intervento, consenso all'anestesia) e le terapie post-operatorie da somministrare in reparto.

Nel caso, invece, di paziente ricoverato in attesa di un intervento chirurgico già programmato, la CC (dopo aver seguito il paziente per le *routine* previste dal ricovero) accompagna il malato in sala operatoria nel giorno previsto per l'intervento. Una volta in sala operatoria essa viene aggiornata dal sapere degli anestesisti e dal sapere dei chirurghi, attraverso il riepilogo delle procedure anestesiologiche ed operatorie utilizzate. La CC ingloba, in questo modo, tutti gli artefatti cartacei prodotti durante il tempo dell'intervento chirurgico e con il paziente torna in reparto per essere aggiornata con le terapie post-operatorie.

¹⁴³ I requisiti formali del verbale operatorio sono: l'indicazione della data, dell'ora di inizio e dell'ora della fine dell'atto operatorio, l'indicazione dei nomi dei chirurghi operatori, la diagnosi preoperatoria e la diagnosi di riscontro dopo l'intervento, il tipo di anestesia praticata e i nominativi dei medici anestesisti, il nominativo dello strumentista o del personale di sala, la descrizione chiara e particolareggiata della procedura attuata e dei materiali usati, la sottoscrizione del verbale da parte del primo operatore (Perelli Ercolini, Pascale, 2008), vale a dire da parte di un medico strutturato che è responsabile della veridicità di quanto scritto nell'atto e della modalità diretta della compilazione dello stesso.

Se, invece, nella divisione vi sono pazienti ritenuti dai medici dimissibili, essi vengono o rinviiati a domicilio o trasferiti in un'altra azienda ospedaliera. Nel primo caso la CC si arricchisce della lettera di dimissione del paziente ed in seguito viene chiusa, mentre nel caso di trasferimento intra o extra ospedaliero una copia cartacea della CC è solita seguire il paziente, mentre l'originale si avvia alla chiusura per essere, successivamente, indirizzato all'archivio cartelle cliniche del dipartimento.

Il viaggio della CC appena descritto segue percorsi dissimili ma tutti interni alla struttura ospedaliera indagata. Tuttavia, al momento della sua chiusura, la CC non esaurisce il proprio compito di rendicontazione delle attività svolte giacché essa può essere utilizzata da differenti attori professionali ed istituzionali per diverse finalità. Essa può ad esempio essere richiesta dalla direzione sanitaria del Policlinico per controlli interni o a seguito di contenziosi irrisolti, o essere utilizzata attraverso la SDO dalla Regione Lazio per controlli a *random* e per il rimborso dei *DRG*, come pure essere impiegata dall'agenzia di sanità pubblica (Asp Lazio) per statistiche sull'appropriatezza dei ricoveri o essere richiesta dal paziente, mediante domanda all'archivio cartelle cliniche del dipartimento, a cui afferisce il reparto di ricovero e consegnata al Tribunale per i diritti del malato che (previa supervisione) consiglia il paziente o i famigliari sulla possibilità di poter intraprendere o meno un'azione legale.

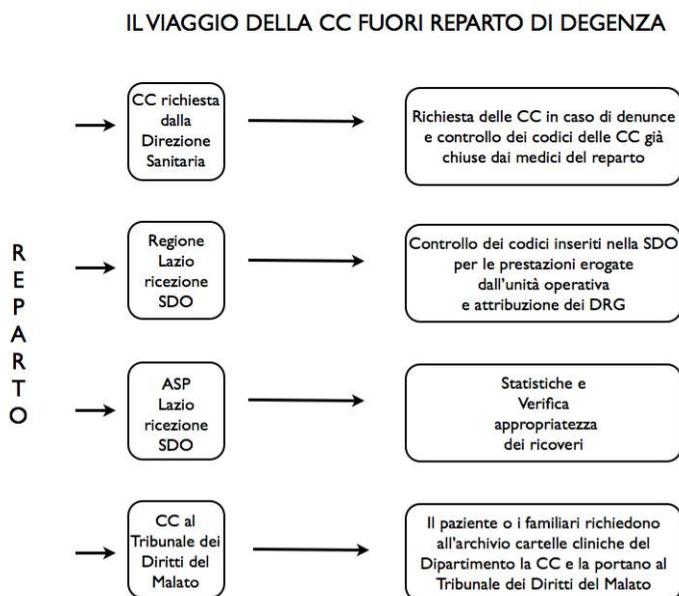
In tale prospettiva è singolare il lavoro di smembramento che il Tribunale fa sulle CC¹⁴⁴, rispetto all'attività di assemblaggio che caratterizza, invece, il periodo della degenza ospedaliera e che nel corso della ricerca mi ha suggerito l'idea di definire metaforicamente la cartella clinica come un artefatto a matrioska.

Nella fase di uscita dal contesto ospedaliero la CC continua, dunque a viaggiare tra diverse organizzazioni e proprio tale sua peculiarità di artefatto a matrioska favorisce la scorporo degli esami e dei referti in essa contenuti che singolarmente o insieme ad essa

¹⁴⁴ Per maggiori approfondimenti su tale aspetto si rimanda al saggio di Pentimalli B., (2010b), *Pratiche di codifica e catene di traduzione delle presunte malpractice in sanità. Una ricerca etnografica al Tribunale dei diritti del malato*, in Pipan T., a cura di, *I rischi in sanità un nuovo fenomeno sociale*, FrancoAngeli, Milano.

iniziano un nuovo e caratteristico viaggio. Ad esempio la scheda di dimissione ospedaliera viaggia verso la Regione e l'Asp Lazio e dà vita a pubblicazioni, studi e rapporti statistici periodici cui è possibile attingere informazioni sia organizzative-gestionali sia di natura clinico-epidemiologica. La SDO è, infatti, il tramite per le transazioni finanziarie e per le attività di controllo (Perelli Ercolini, Pascale, 2008). La lettera di dimissione ospedaliera arriva al medico di medicina generale, i diversi referti clinici viaggiano tra gli specialisti e vengono visionati da professionalità diverse e, infine, molti contenuti della CC arrivano in Tribunale dei diritti del malato per essere oggetto di consulto e di presa in esame (Figura 2).

Figura 2



Fonte: elaborazione personale, 2011

6.4 Cartella clinica e consenso informato

Origini ed evoluzioni

La cartella clinica ha, dunque, la peculiarità di configurarsi come un artefatto capace di contenere numerosi altri artefatti al suo interno. Tra gli artefatti in essa racchiusi il consenso informato e le attività mediche ad esso associate sono state l'oggetto su cui si è concentrata parte della mia osservazione.

All'interno della pratica medica l'introduzione del consenso informato segna, infatti, il progressivo passaggio da un sistema medico paternalistico che assumeva decisioni al posto del paziente al sistema attuale che depone sulle spalle del malato quasi tutta la responsabilità della scelta degli atti medici (Gawande, 2002). Sulla base del giuramento di Ippocrate e per oltre due millenni era stato riconosciuto al medico il diritto-dovere di non divulgare nulla al paziente rispetto alle sue condizioni di salute ed ai trattamenti sanitari a cui quest'ultimo doveva essere sottoposto.

Come fa notare Falconi (2008), presidente dell'ordine dei medici chirurghi e degli odontoiatri di Roma e provincia, *“il riserbo medico avrebbe in questo modo evitato passi estremi al malato ed al contempo avrebbe garantito quel prestigio e quell'autorità al medico stesso”* (Falconi, 2008: 4). Non assumeva, dunque, nessuna rilevanza giuridica la prestazione del consenso della persona giacché la finalità sociale che veniva riconosciuta all'agire medico tendeva a legittimare tutti quegli atti lesivi ed invasivi che oggi sarebbero, probabilmente, stati oggetto di reato e sanzionati penalmente (Ibidem).

In tempi passati la completa fiducia nella professionalità medica (Vicarelli, 2004; Tousijn, 2004) spingeva il paziente ad affidarsi totalmente al sapere esperto ed era impensabile che un ammalato che spontaneamente decideva di sottoporsi alle cure mediche non prestasse il proprio consenso ai trattamenti sanitari ritenuti necessari dal professionista medico. *“La preventiva informazione, in ordine alla effettiva gravità della malattia, nonché alle conseguenze, ai rischi ed alle probabilità di successo dell'attività espletata era, pertanto, rimessa alla più ampia discrezionalità del medico che, raramente, si limitava a dispensare scarse ed insoddisfacenti*

informazioni al paziente (principale interessato), pretendendo cieca e incondizionata fiducia nelle cure approntate” (Falconi, 2008: 4).

Il carattere impari che connotava la relazione medico-paziente viene, tuttavia, messo in discussione dall’emergere di una medicina della scelta che nel 1914 porta in primo piano il concetto di *consent*, quale termine elaborato dalla giurisprudenza statunitense in relazione al caso Schloendorf, in cui il giudice decretò il diritto di ogni essere umano adulto e sano di mente di decidere in merito a cosa può essere fatto al suo corpo. Il caso Schloendorf - richiamando la storia di una donna cui venne asportato un tumore fibromatoso all’addome, pur avendo dato il proprio consenso ad una semplice laparotomia esplorativa e dichiarando espressamente la volontà di non essere operata - segnò un momento importante per la professione medica.

Il 1914 contraddistingue così la storia della medicina, decretando che qualsiasi chirurgo o professionalità medica che esegue un qualsivoglia intervento o procedura senza il consenso del paziente commette una grave violazione, rispondendo in prima persona alle conseguenze che ne derivano (Ibidem).

Anche in Italia si inizia a parlare di consenso informato nel corso degli anni ’90, seppur già nel 1978 (con la prima legge di riforma sanitaria che istituisce nel nostro paese il servizio sanitario nazionale - SSN) veniva statuita¹⁴⁵ la obbligatorietà di un consenso del paziente agli atti medici.

Le riforme sanitarie del 1990 sanciscono dunque il definitivo passaggio ad una relazione medico-paziente strutturata all’interno di un vero e proprio rapporto contrattuale.

L’evento che, tuttavia, segnò il definitivo tramonto della stagione del paternalismo medico fu *“la sentenza della Corte di Assise di Firenze¹⁴⁶ che decretava la condanna di un medico chirurgo per aver omesso preventiva informazione al paziente di un intervento ritenuto necessario ma non urgente (...) Il chirurgo fu condannato per reato di omicidio preterintenzionale per aver eseguito un intervento demolitivo (ossia una resezione addominoperineale del retto, per l’asportazione un carcinoma non preventivamente diagnosticato) senza che si fosse verificata una situazione di*

¹⁴⁵ Nell’ Art. 33 della L. 23/12/1978, n. 833.

¹⁴⁶ Sentenza n. 13 del 18 ottobre 1990, successivamente confermata dalla Cassazione con sentenza n. 5639 del 13 maggio del 1992.

emergenza o di immediato pericolo su un'anziana donna (deceduta alcune settimane dopo l'intervento), la quale aveva dato il consenso solo per un intervento di asportazione di polipi rettali (Falconi, 2008: 5).

In seguito a tale sentenza, nel nostro paese, si afferma il principio secondo cui *“nessuna persona cosciente e bisognosa di cure mediche, può essere sottoposta ad un qualsiasi trattamento sanitario contro la propria volontà; ogni singolo accertamento diagnostico, ogni singola terapia, qualsivoglia intervento medico - anche se necessario ed indifferibile - non potrà essere effettuato se non con il valido consenso dell'avente diritto che sia stato compiutamente ed idoneamente informato in ordine al trattamento cui sarà sottoposto ed ai rischi che da tale trattamento possono derivare”* (Ibidem).

La medicina della scelta esclude, in tal modo, ogni possibilità che l'attività medica possa legittimarsi in sé stessa ed in quella utilità sociale che comunemente gli viene riconosciuta.

Le criticità del consenso informato nella pratica medica

Nel corso della mia osservazione in reparto, scrutando le pratiche mediche di somministrazione del consenso informato ai pazienti, ho potuto, però, constatare diverse criticità connesse a tale attività.

In primis il fatto che l'attività medica trovasse legittimazione e fondamento nella pratica del consenso informato poneva i medici del reparto in uno stato di subordinazione rispetto al potere decisionale del malato. Nei momenti che precedevano la firma dei moduli del consenso si osservava, infatti, una relazione medico-paziente completamente invertita rispetto alle logiche che l'avevano caratterizzata nel passato, in cui era il paziente ad essere subordinato alla decisione medica. Potremmo definire la subordinazione del medico alla volontà del paziente una autentica crisi della gerarchia (Pellegrino, 2003), dove quella gerarchia che vedeva il medico al vertice del rapporto terapeutico con il paziente smette di essere tale e *“non ha più un fondamento indipendente dall'interazione paritaria”* (...) La fiducia non più incondizionata da parte del paziente (...) *“deve essere conquistata attraverso l'interazione paritaria ma se conquistata attraverso la parità essa non sarà più la gerarchia*

tradizionalmente immaginata. Una gerarchia negoziata tra medico e paziente è una gerarchia diversa” (Pellegrino, 2003: 9).

Il dovere dei medici di informare i degenti rispetto alle manovre necessarie per le attività di cura ed il vincolo di attendere l'esito della decisione del malato, se accettare o meno i trattamenti sanitari, pone il lavoro del medico in uno stato di imprevedibilità, al punto da trasformare le attività di conquista della fiducia del malato¹⁴⁷ in una parte integrante della pratica clinica. Il lavoro medico diviene così come lo definisce Herzlich (1999) un lavoro di sicurezza, una attività sui sentimenti che attraverso il processo comunicativo deve riuscire a *“toccare gli aspetti emozionali della situazione del malato”* (Ibidem: 196). La relazione tra medico e paziente diventa, pertanto, normativamente sempre più egualitaria e di reciprocità.

Tuttavia, i ritmi frenetici che caratterizzano la vita del reparto osservato e la difficoltà dei medici di assoggettarsi alla recente pratica clinica del consenso informato che pone loro dei vincoli e vieta di poter decidere autonomamente ciò che sarebbe più opportuno fare su ciascun paziente, come pure il dover dipendere dalle scelte soggettive del malato, non favorisce lo strutturarsi di una relazione veramente informata, così come ideata dal legislatore. L'autonomia data al paziente svilisce, infatti, l'originario prestigio del medico come decisore unico del percorso terapeutico e tale perdita di autonomia suscita demotivazione e finisce per ridurre il momento dell'informativa al paziente ad una attività spesso frettolosa e demandata agli specializzandi o ad altre professionalità presenti nel reparto indagato.

In un dialogo intercorso tra me ed un medico del reparto,¹⁴⁸ si evince proprio tale aspetto:

Medico: <<dottorressa sociologa può farmi una cortesia? Faccia firmare Lei il consenso informato al paziente 409, tra poco deve salire in sala e non lo ha ancora firmato, o meglio lo specializzando se ne è dimenticato. Mi raccomando stia sempre attenta Lei a queste cose, controlla che nelle cartelle cliniche ci siano sempre i consensi firmati prima

¹⁴⁷ Prima di un intervento chirurgico o di un esame strumentale.

¹⁴⁸ Avvenuto nella sala dei medici prima che l'equipe salisse in sala operatoria per operare un degente.

di ogni procedura. Non sia mai accade qualcosa in sala ci passiamo i guai senza la firma del malato all'atto chirurgico>>.

Sociologa: <<dottore ma è sicuro che non vuole parlarci Lei con il paziente? Sarebbe più opportuno spiegargli l'intervento ed i rischi che possono derivarne, non crede?>>

Medico: <<no, no, lo tranquillizzi Lei, io ora gli scrivo sul modulo le complicità che possono derivare dall'atto chirurgico, Lei glielo legga e lo solleciti a firmare. Anzi prenda nel cassetto un modulo del consenso così Le detto i rischi dell'intervento e le eventuali complicazioni. Mi raccomando faccia firmare anche la parte del consenso contenuto nella cartella clinica è meglio averne due di moduli e due firme non si sa mai. E poi Le pare normale che io medico che giuro di fare sempre il mio dovere e di agire nel bene del paziente devo convincerlo a sottoporsi ad un intervento (per cui tra l'altro il paziente ha cercato me) che se non eseguito lo porterebbe alla morte? Io eticamente mi rifiuto di attendere o di assoggettarmi ad un possibile rifiuto di intervento, so da me cosa è bene in questi casi di tumore>>.

Specie nei casi di malattie che mettono in pericolo la vita del paziente è quanto mai difficile per uno specialista accettare il rifiuto dell'atto medico da parte del proprio assistito o acconsentire che liberamente e consapevolmente un degente possa scegliere che la malattia abbia il suo corso e che il sapere professionale e la scienza medica non potranno prevalere sul tale rifiuto né imporsi sulla decisione presa dal malato, nemmeno sulla base dello stato di necessità eventualmente riconosciuto¹⁴⁹ (Falconi, 2008).

¹⁴⁹ Si rammenta, in tale ambito, il caso verificatosi in Italia nel 2006 di una donna anziana che rifiutò l'amputazione di una gamba in cancrena finché il giudice - cui si erano rivolti i familiari - non la dichiarò incapace di intendere e di volere, rimettendo la decisione al tutore che stabilì di procedere all'amputazione. La donna morì nei giorni successivi all'intervento.

Le professionalità mediche stentano, pertanto, ad abituarsi alla nuova pratica e ad accettare che oggi *“l’informazione data al paziente costituisce parte integrante della prestazione medica finalizzata alla tutela della salute e diviene essa stessa una prestazione sanitaria allo stesso modo dell’intervento diagnostico o terapeutico propriamente inteso”* (Falconi, 2008: 5). Tali resistenze sono in parte riconducibili ad una formazione medica prettamente clinica che non ha mai previsto né prevede, a tutt’oggi, l’acquisizione di competenze trasversali e l’inserimento nei programmi didattici delle scuole di medicina e chirurgia di materie capaci di educare alla gestione delle risorse umane.

La formazione medica diviene, così, un punto cruciale della sanità italiana, su cui occorrerebbe investire con la consapevolezza che essa può contribuire ad *“istituzionalizzare il cambiamento (...) e stimolare la riflessione sulle questioni inerenti il ruolo attivo dei professionisti nel contesto sanitario”* (Pipan, 2010: 232-233).

La sfida diviene, pertanto, quella di *“includere la pratica professionale nella sua complessità all’interno della produzione di conoscenza manageriale (reflexive) formata sulla dialogicità, sulla conversazione in progress con la situazione e sulla coprogettazione dell’azione”*. *Quest’ultima possibilità conduce all’attivazione della voce di tutti i soggetti implicati (...) all’interno di una riflessività basata sui molteplici punti di vista. Tutti gli attori, compreso il paziente, entrano in gioco con i propri sistemi di attività”* (Pipan, 2010: 234; Engestrom, 1987, 1999).

Da parte dei medici accettare che la pratica del consenso del degente trasformi la relazione medico-paziente in una relazione informata, significa acconsentire che il degente (sotto questa forma) partecipi effettivamente al lavoro medico, al punto da divenire anch’esso un *“elemento importante della divisione del lavoro in ospedale”* (Herzlich, Adam: 2009: 106).

Perfettamente informato dal clinico del suo stato di salute e sui rischi delle procedure cui dovrà essere sottoposto durante la degenza, il paziente è chiamato a partecipare alle decisioni che lo riguardano e il suo mondo sociale (perturbato dall’esperienza della malattia) incontra quello della professionalità medica.

I pazienti che rifiutano il consenso informato

Ma cosa accade quando il paziente non vuole tale autonomia decisionale?

La storia dal campo che segue e che mi vede coinvolta in un singolare dialogo con un paziente, rileva un effetto inatteso nella pratica del consenso informato, vale a dire il rifiuto del degente a voler accogliere l'informativa cui avrebbe diritto.

Paziente: <<Buongiorno dottoressa, l'ho chiamata perché volevo parlarle di una cosa. Prima durante la visita ho sentito il primario che Le diceva che dopo devo firmare i moduli per il consenso all'intervento. Ma io non capisco perché devo firmarli? Nel senso perché devo firmare io? Lui mi opera ed io metto la mia firma su cose che farà lui e che io non vedo e su cui io non ho nessun controllo perché dormo? Ma che senso ha la mia firma?>>

Sociologa: <<Vede signor Gianni, oggi tramite il consenso informato ogni paziente ricoverato può scegliere se accettare, o meno, di farsi operare e può decidere se accettare oppure non accettare l'intervento chirurgico e le possibili complicazioni che ne possono derivare. Il medico, per legge, deve informarla di cosa accadrà quando Lei andrà in sala operatoria è un suo diritto ricevere informazioni sugli atti medici. Mi capisce? È un modo per capire e per essere informato su ciò che il medico farà in sala operatoria ed è anche un modo che Lei ha per decidere cosa il medico non può fare. Capisce che voglio dire?>>

Paziente: <<ecco sì, infatti, io il sacchetto sulla pancia non lo voglio. Dica al primario che io non mi voglio svegliare col sacchetto sulla pancia, se no mi butto di sotto e non se ne parla più. Il punto è che io non voglio il sacchetto ma non voglio essere informato su nient'altro che riguarda l'intervento chirurgico>>.

Sociologa: <<ok, non si preoccupi quando scriviamo il consenso informato ci scriviamo tutto,

stia tranquillo ok? Però dovrà comunque firmare se vuole fare l'intervento, altrimenti i medici non possono operarla. Più tardi, quando Le porto i moduli, potrà parlare direttamente col primario o con un medico dell'equipe, va bene? Stia tranquillo che scriviamo tutto>>.

Paziente: <<Ok, ma mi raccomando io non voglio sapere niente dell'intervento, niente particolari, niente delle complicazioni, solo non voglio la bustina sulla mia pancia ok?>>

Sociologa: <<Va bene signor Gianni, promesso, a dopo¹⁵⁰>>.

Questa storia dal campo mette in luce una delle principali fragilità emerse durante la ricerca, connesse alla pratica del consenso informato. Attraverso la presenza nel reparto indagato, grazie alla possibilità di poter personalmente somministrare i moduli del consenso da far firmare al paziente ho potuto, così, osservare una ricorrenza di dialoghi simili a quello appena descritto.

Questo mi ha spinto ad indagare più in profondità le fragilità connesse alla pratica del consenso informato.

6.4.1 Le fragilità del consenso informato

Parte del lavoro del medico è quello di assistere il paziente che deve prendere delle decisioni. La nuova ortodossia sull'autonomia del paziente ha difficoltà ad ammettere una ulteriore verità imbarazzante ovvero che spesso i pazienti non vogliono la libertà che gli sono state concesse. Sono contenti che sia rispettata la loro autonomia ma esercitare tale autonomia significa anche potervi rinunciare.

¹⁵⁰ Sarà lo specializzando che nel pomeriggio verrà con me a riparlare con il signor Gianni, omettendo al paziente tutte le possibili complicazioni dell'intervento. Le complicanze furono annotate sul foglio del consenso informato e nemmeno lette dal paziente che firmò il modulo contenuto nella sua cartella clinica senza voler saper nulla dell'intervento, dichiarando solo di non accettare la bustina sulla pancia, qualora necessaria.

Durante la ricerca ho, infatti, potuto guardare al modo in cui molti pazienti, durante la degenza, lamentassero la necessità di dover dare il proprio consenso agli interventi chirurgici o alle terapie del caso. Nell'unità operativa indagata per molti pazienti il fatto di trovarsi in un ospedale o di essere giunti, spontaneamente, in un reparto di cura o l'aver accettato il ricovero proposto dai medici del pronto soccorso, rappresentava di per sé un consenso tacito ad accogliere ogni procedura necessaria a recuperare il proprio stato di salute.

Dai dialoghi tra i medici ed i pazienti da me ascoltati, emergeva spesso come la dimensione di subordinazione di molti malati alla professionalità medica fosse connessa, in parte, all'età dei degenti. Erano, infatti, i pazienti più anziani quelli maggiormente restii ad apporre la propria firma nella cartella clinica o sui moduli del consenso informato perché non comprendevano tale pratica.

Non è da escludere, tuttavia, che durante l'ospedalizzazione, indipendentemente dalla variabile dell'età, l'atteggiamento di subordinazione cui giungono molti pazienti spersonalizzati dall'esperienza della malattia sia dipendente da oggettive responsabilità del paradigma biomedico e dall'incapacità comunicativa di cui tale modello era portatore come pure dalla conseguente non considerazione cui i malati erano abituati¹⁵¹.

Questo elemento rileva una prima fragilità nella pratica del consenso informato e fa emergere un effetto inatteso proprio nella tradizionale relazione medico-paziente che il consenso informato è chiamato a ristrutturare. Vale a dire si manifesta una resistenza culturale da parte di molti pazienti nell'accettare il peso della propria autonomia decisionale e ad assumersi la responsabilità di una scelta, un tempo completamente demandata all'esperienza e al sapere medico.

¹⁵¹ Ricorda Goffman (1961) quel parlare di loro in terza persona come se non fossero presenti, e quella credenza empirista che la guarigione del paziente rappresenti una modificazione del corpo tramite aggiunta o sottrazione (dalla chirurgia generale alla chirurgia plastica, all'impianto di organi, alla medicina estetica, all'introduzione nel corpo di farmaci fino alla modificazione dell'umore attraverso psicofarmaci) che determinano, in tal modo, il declino del potere terapeutico della consultazione.

Da tale effetto deriva, dunque, quella distorsione nella pratica di somministrazione del consenso informato al paziente da me osservata durante la ricerca.

In reparto i medici - al fine di evitare l'attivazione di un processo di continua negoziazione con tutti quei malati che rifuggono la scelta di assumere decisioni per la propria salute - sono soliti informare in maniera frettolosa e approssimativa e a far apporre al paziente la firma di assenso alle procedure cliniche nelle ore precedenti all'intervento previsto o negli attimi antecedenti l'ingresso in sala per l'intervento chirurgico.

Ne deriva che la pratica originaria viene totalmente distorta e nel modulo del consenso informato e nella cartella clinica la data dell'informativa al malato (in merito alle possibili complicanze derivanti dall'intervento a cui dovrebbe essere sottoposto) coincide sempre con la data della firma del paziente. Il tempo che dovrebbe intercorrere tra l'informativa fornita dal medico e la firma del malato viene, in questo modo, sostanzialmente annullato ed il paziente non ha, così, spazi nè modi per attivare quella riflessività che dovrebbe guidarlo nella decisione se accettare o meno i trattamenti clinici e sopraffatto dagli eventi finisce per apporre la propria firma in modo automatico¹⁵²

Perché il consenso informato possa, infatti, ritenersi valido occorrono condizioni di somministrazione definite dai giuristi 'indefettibili'. Esso deve essere sempre preceduto da un periodo di tempo durante il quale il paziente possa riflettere sull'informazione ricevuta e consultarsi con il proprio medico di fiducia o con i suoi familiari. Non può dunque ritenersi legalmente valida la prassi di

¹⁵² È, inoltre importante considerare che in Italia il rapporto medico paziente non è regolamentato da nessuna normativa di legge ed il consenso all'atto medico trova fondamento solo in alcune disposizioni normative e nei principi fondamentali della costituzione come l'Art. 13 e l'Art. 32. Come fa notare Falconi (2008: 5) *"nella normativa italiana si rinvencono, infatti, solo alcune disposizioni che fanno espressamente riferimento al consenso informato¹⁵² e l'unica attuale disciplina sistematica del consenso informato all'atto medico, si rinviene nel codice di deontologia medica approvato dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri nel dicembre del 2006"*. Per approfondimenti sul tema si rimanda al codice di deontologia medica agli articoli n. 13;15;33;35;36;37;38.

sottoporre un modulo al paziente accompagnandolo con generiche e frettolose indicazioni e richiedendone la firma immediata. Oltre a ciò, per ritenersi valido, il consenso informato non deve mai seguire l'atto medico ma precederlo attraverso una informazione al paziente *“completa e preventiva da parte del medico sul quale incombe l'obbligo di offrire gli elementi indispensabili perché la persona che dovrà sottoporsi ad un trattamento sanitario sia sufficientemente edotta in ordine al tipo di trattamento, alle alternative terapeutiche, alle finalità, alle possibilità di successo, alla natura dei rischi e degli effetti collaterali che ne possono derivare”* (Falconi, 2008: 10).

Tale questione fa emergere una ulteriore fragilità nella pratica del consenso informato, ovvero la difficoltà dei medici di definire il *quantum* dell'informazione da fornire al paziente.

Come poter informare un degente in modo esaustivo e veritiero da decidere autonomamente senza incorrere nel rischio che la comunicazione delle complicanze e degli esiti anomali che possono derivare dall'intervento chirurgico lo inducano *“ad un rifiuto delle cure per il timore di eventi infausti magari di remota verificaione”*? (Ibidem: 11)

Tali aspetti lasciano indubbiamente spazio alla riflessione e al dibattito, figurando la necessità di dover forse operare un ripensamento e una ridefinizione dell'usanza del consenso informato come strumento della pratica clinica. E anche se oggi l'esperienza del medico lo spinge a riconoscere i casi in cui dovrà astenersi dall'eseguire qualsiasi atto clinico senza il consenso del paziente, non si può accettare di circoscrivere l'esercizio del consenso all'intuito del caso.

Il consenso informato, se correttamente regolamentato, definito e se accuratamente somministrato può, infatti, essere un valido strumento di sostegno alla pratica clinica, in grado anche di tutelare il medico - aiutandolo ad uscire indenne da controversie giudiziarie, spesso inevitabili - e capace di guidare il paziente nelle scelte che più da vicino lo riguardano.

7. Artefatti, traiettorie di accesso ospedaliero e attività di cura

Nella ricerca l'attenzione posta alla materialità dell'organizzare (Law, 1994), sottolinea come l'uso degli oggetti permetta alle relazioni sociali come pure a quelle organizzative di svolgersi e di rafforzarsi (Latour, 2002; Knorr Cetina, 1981). In questa prospettiva la cartella clinica e i referti ospedalieri in essa contenuti divengono artefatti attraverso cui si materializza l'attività dell'organizzare, oggetti che nel loro viaggio permettono di annodare (*knotting*) tutti i nodi del reticolo organizzativo delle cure nelle quali è immerso il paziente ed è proprio all'interno di questa attività - quando essa non riesce a svolgersi linearmente - che può annidarsi l'errore e la possibilità che questo venga veicolato in altri contesti organizzativi, minando la sicurezza del paziente.

Attraverso il processo di costruzione, di compilazione e di assemblaggio degli artefatti (schede di soccorso, cartelle cliniche, refertazione di esami, assegnazione dei *triage*) strutture organizzative e professionisti concorrono a prefigurare le traiettorie dell'accesso dei pazienti alle aziende ospedaliere ed è all'interno della rete delle cure, nell'uso che si fa degli artefatti, nella stesura e nell'opera di trascrizione e traduzione delle informazioni in essi contenute che può albergare l'errore. È, infatti, proprio l'uso degli artefatti - attuato dagli attori professionali durante lo svolgimento delle attività amministrative e di cura - che tramuta tali strumenti in possibili oggetti che veicolano il rischio, favorendo il viaggio dell'errore o degli errori da un campo organizzativo all'altro.

Durante il triennio e mezzo di ricerca ho potuto attuare un monitoraggio costante delle CC compilate dai medici nel reparto della Chirurgia Oncologica e delle CC che giungevano (con i pazienti) nel reparto osservato (CC di precedenti ricoveri e CC di pronto soccorso). Consultando le cartelle cliniche ho, spesso, rilevato sbagli ed imprecisioni nelle trascrizioni, omissioni di dati e referti inseriti erroneamente nelle CC di altri pazienti. Questo mi ha posto il problema se e chi informare della mia scoperta e soltanto dopo essere stata incitata e quindi legittimata dal mio Virgilio ad esplicitare tali errori, ne ho informato il primario, il resto dell'equipe e gli specializzandi del reparto. Mi è stato così attribuito il compito di

accertare e controllare gli errori di trascrizione e di traduzione contenuti nelle CC e di monitorare che i referti fossero sempre inseriti nella cartella giusta ed i consensi informati accuratamente compilati e firmati. Tale monitoraggio sulle cartelle cliniche e la possibilità di osservarne il viaggio nei contesti di cura mi ha, così, permesso di ricostruire le due tipologie dell'accesso ospedaliero e di individuare le traiettorie a cui queste tipologie di accesso danno vita e che permettono al paziente di accedere, in modi diversi, al reparto indagato.

Non esiste, infatti, un'unica modalità di ingresso ospedaliero ma è possibile distinguere tra due differenti tipologie: quelle in emergenza e quelle che avvengono tramite un ricovero in routine¹⁵³. Queste due tipologie possono dare origine, a loro volta, a sei diversi tipi di traiettorie attraverso cui il paziente e gli artefatti che lo accompagnano viaggiano prima di giungere nel reparto di chirurgia oncologica per il ricovero.

La ricostruzione delle traiettorie dell'accesso al reparto mi ha, infine, permesso di esaminare che cosa accade quando l'uso degli artefatti che si muovono attraverso la rete delle cure non avviene in modo lineare e sequenziale da favorire l'attività di *knotting* tra i diversi reparti ospedalieri e tra gli attori della rete.

Nel corso di questo capitolo definirò, pertanto, le tipologie dell'accesso ospedaliero e attraverso alcune storie dal campo mostrerò le sei traiettorie individuate e come una incompletezza informativa nelle CC, o nei referti come pure un errore nelle trascrizioni, nelle traduzioni, nell'attribuzione dei *triage* da una cartella clinica ad un'altra, da un referto ad un'altro o le omissioni informative su un paziente all'interno degli artefatti che lo rappresentano (ad esempio una mancata annotazione delle allergie in cartella), facciano divenire i referti clinici e le cartelle nosocomiali

¹⁵³ Come verrà spiegato più dettagliatamente nel successivo paragrafo, il ricovero di routine detto anche ricovero di elezione è quel regime di ricovero caratterizzato da più giornate di degenza, proposto o dal medico di famiglia, o dalla guardia medica territoriale o dal medico specialista o dall'ospedaliero. In quest'ultimo caso il paziente verrà inserito in un registro di prenotazione e potrà chiedere notizie sui tempi di attesa al reparto che successivamente, in funzione della disponibilità dei posti letto, provvede al ricovero.

artefatti capaci di veicolare l'errore all'interno dei contesti ospedalieri con cui entrano in contatto durante il loro viaggio; al punto da inficiare la sicurezza del paziente ed esporre il medico a possibili rischi legali in caso di denunce da parte dei pazienti o dei loro familiari.

Durante la ricerca la ricostruzione delle traiettorie di accesso ospedaliero mi ha, infatti, permesso di evidenziare l'importanza dell'integrità delle informazioni riportate nei referti e nelle cartelle cliniche dei pazienti sin dal momento del primo soccorso e/o dell'accesso ospedaliero e come la mancanza di queste produca imprevisti nel viaggio degli artefatti da un contesto organizzativo all'altro, con conseguenze dannose per la vita del paziente.

7.1 L'accesso ospedaliero e le sue traiettorie

L'accesso in ospedale può essere definito come la 'vetrina' di un'organizzazione sanitaria che erogando un servizio aperto sette giorni su sette per ventiquattro ore su ventiquattro (Bruni, Fasol, Gherardi, 2007) viene costantemente valutata dall'utenza e dagli attori istituzionali in funzione della qualità del servizio erogato.

Dal punto di vista dell'utente accedere ad un ospedale significa, di fatto, intraprendere un percorso codificato che prevede fasi organizzative diverse a seconda se la tipologia dell'accesso avvenga attraverso un ricovero di routine entro un reparto di cura oppure in emergenza passando per il pronto soccorso, per decisione propria o tramite l'attivazione di un'ambulanza privata o su chiamata all'Ares 118.

L'ingresso del paziente in una struttura ospedaliera può avere, di conseguenza, due differenti connotazioni o il carattere dell'urgenza o il carattere di un ricovero in routine.

L'accesso in urgenza avviene esclusivamente attraverso il reparto di pronto soccorso, su richiesta diretta del medico di Ps che solo

dopo aver accertato l'emergenza del caso predispone il ricovero in un reparto di degenza¹⁵⁴.

Nell'accesso in routine l'ingresso in un reparto ospedaliero avviene, invece, o per decisione diretta del paziente, o su indicazione medica di uno specialista o del medico di medicina generale, o per indicazione diretta dei medici di una data unità operativa ospedaliera, attraverso l'attività ambulatoriale. Il ricovero di routine è, infatti, una tipologia di ricovero abitualmente subordinata alla consulenza ambulatoriale da parte di uno specialista o del medico ospedaliero che dopo aver valutato la corretta indicazione terapeutica consiglia il ricovero. In questo caso il paziente non passa per il reparto di pronto soccorso ma, nel giorno previsto dal ricovero, si reca direttamente nel reparto della degenza, dove il personale medico provvede alle pratiche amministrative di accettazione e di accoglienza¹⁵⁵.

Nel corso della ricerca, associate a queste due tipologie di accesso ospedaliero¹⁵⁶, ho individuato sei traiettorie di ingresso del paziente al reparto di chirurgia oncologica. Tre traiettorie relative agli accessi di routine e tre connesse, invece, agli accessi effettuati in condizioni di emergenza.

Per la tipologia di accesso in emergenza le traiettorie individuate sono state le seguenti: l'accesso in reparto tramite un'emergenza semplice, l'accesso doppio in emergenza e l'accesso tramite chiamata all'Ares 118. Mentre, per la tipologia di accesso in regime di routine le tre traiettorie di ricovero individuate sono state: l'accesso su ricovero programmato, l'accesso in reparto su trasferimento da un'altra azienda ospedaliera e l'accesso in chirurgia oncologica di un paziente proveniente dal reparto di *Day Surgery*¹⁵⁷ in condizioni di emergenza.

¹⁵⁴ In questi casi può anche accadere che sia lo stesso medico di medicina generale che valutando l'urgenza del caso, mediante prescrizione medica, suggerisca al paziente di recarsi direttamente in pronto soccorso.

¹⁵⁵ I tempi di attesa per i ricoveri programmati possono variare da pochi giorni ad intere settimane e sono condizionati dal normale *turnover* dei pazienti acuti, dall'accessibilità ai servizi diagnostici e dalla pertinenza del ricovero dei pazienti inviati al reparto dal pronto soccorso.

¹⁵⁶ In emergenza e per ricovero in routine.

¹⁵⁷ La *day surgery*, ovvero la chirurgia in un giorno, si configura come una modalità di ricovero che permette alle aziende ospedaliere di effettuare terapie chirurgiche su patologie di piccola o media gravità. Gli interventi

La tabella 1 riassume le due tipologie di accesso individuate e le relative traiettorie di ricovero.

TABELLA 1

Le modalità dell'accesso ospedaliero e le traiettorie di ricovero in reparto

TIPOLOGIA DI ACCESSO OSPEDALIERO	TRAIETTORIA 1	TRAIETTORIA 2	TRAIETTORIA 3
In emergenza	Accesso in reparto tramite emergenza semplice	Accesso doppio in emergenza	Accesso con chiamata all'Ares 118
Tipologia di accesso ospedaliero	TRAIETTORIA 1	TRAIETTORIA 2	TRAIETTORIA 3
Su ricovero di routine	Accesso su ricovero programmato	Accesso in reparto su trasferimento da un'altra azienda ospedaliera	Accesso in reparto di paziente proveniente dal reparto di Day Surgery in emergenza
Fonte: elaborazione personale, 2011			

7.2 Gap organizzativi nelle traiettorie di ricovero in emergenza

La ricostruzione delle sei traiettorie derivanti dall'accesso ospedaliero mi ha, dunque, permesso di osservare come durante il periodo della degenza queste si connettessero con le attività di cura

possono avvenire sia in anestesia loco-regionale sia in anestesia locale, con una degenza molto breve ed una dimissione prevista per il giorno stesso dell'intervento. Tale modalità di intervento consente l'ingresso del paziente in *day surgery* nelle prime ore della mattinata, a digiuno, e di dimmetterlo a seguito del trattamento nelle prime ore del pomeriggio. Quando gli interventi in regime di *day surgery* mostrano delle complicazioni che non consentono di dimettere il paziente a domicilio, i medici tendono a predisporre un ricovero urgente in un reparto di degenza.

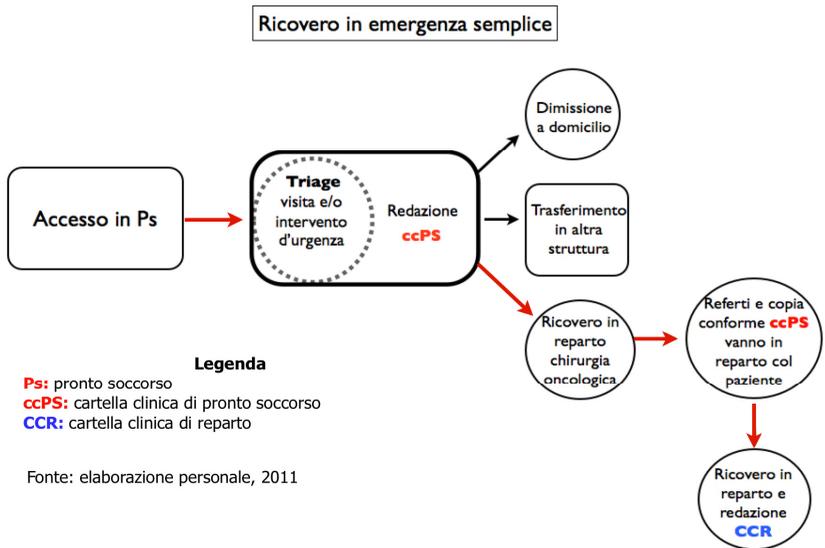
nel reparto di chirurgia oncologica producendo, peraltro, effetti inattesi durante il periodo della degenza.

Coniugando lo *shadowing* delle cartelle cliniche nel reparto con la consultazione delle cartelle cliniche di pronto soccorso o di altri precedenti ricoveri che pervenivano all'attenzione dei medici della chirurgia oncologica ho, infatti, osservato come l'errore in reparto - pur manifestandosi durante il periodo della degenza o nel momento dell'intervento chirurgico - fosse, in realtà, un evento già racchiuso nelle sconnessioni e disallineamenti che si creano tra professionisti, artefatti e processi cognitivi al momento dell'accesso ospedaliero.

Per quanto concerne le traiettorie individuate per i ricoveri in emergenza, l'emergenza semplice si caratterizza per essere una traiettoria di ricovero solitamente lineare dove il paziente dopo la valutazione da parte del medico di pronto soccorso può essere o trattenuto in osservazione breve, o trasferito in un altro ospedale, o rinviato a domicilio oppure ricoverato nelle unità operative dell'ospedale. Ho definito questa tipologia di traiettoria 'emergenza semplice' perché nella rete delle cure si relazionano tra loro pochi attori professionali, si attivano azioni cliniche e organizzative essenziali e viaggiano all'interno del *network* intra ed extra ospedaliero pochi artefatti. In questa traiettoria si assiste, infatti, all'assegnazione di un solo *triage* ospedaliero (al momento dell'arrivo del paziente nel reparto di pronto soccorso che se necessario viene successivamente rivalutato) e alla costruzione di una sola cartella clinica redatta dai medici del pronto soccorso che in caso di ricovero viaggia insieme al paziente nel reparto di degenza.

Dall'osservazione condotta in reparto sulle CC e sui referti dei pazienti degenti che avevano seguito questa tipologia di traiettoria di accesso, raramente si registravano errori nella compilazione degli artefatti clinici e solo eccezionalmente questa traiettoria innescava effetti inattesi nella attività di cura durante il ricovero, dovuti a trascrizioni errate. Ciò è riconducibile alla linearità del viaggio che affrontano gli artefatti che accompagnano il paziente in questa traiettoria di ricovero e all'assenza di azioni cliniche e organizzative ridondanti. Proprio come si evince dalla figura 1 dove, seguendo le frecce in rosso, risulta evidente il viaggio che compie il paziente con la sua CC di pronto soccorso ed i referti clinici in essa contenuti per giungere al reparto di degenza.

Figura 1



Se la linearità del viaggio del paziente e dei suoi referti clinici tutela da errori di trascrizione e di traduzione dei dati da un oggetto all'altro essa non garantisce, tuttavia, che non si verifichi una dispersione dei referti clinici nel passaggio dal pronto soccorso al reparto di ricovero.

I soli effetti inattesi connessi ai ricoveri in emergenza semplice, registrati durante la degenza in reparto, sono, infatti, essenzialmente legati al viaggio dei referti e della cartella clinica del paziente dal pronto soccorso alla chirurgia oncologica. Nel corso del viaggio dal reparto di Ps al reparto indagato accadeva spesso che gli esami eseguiti dal paziente in pronto soccorso non giungessero alla attenzione dei medici della chirurgia oncologica, costringendo l'equipe a ripetere dei controlli cui il paziente era già stato sottoposto durante l'accesso ospedaliero. Proprio come si evince dalla storia della signora Lara raccolta dal campo durante il periodo della sua degenza in reparto.

Dove sono i referti?

La sig.ra Lara arriva al pronto soccorso del Policlinico per coliche renali. Durante l'accettazione gli viene assegnato dall'infermiere triagista un codice verde (poco critico). Dopo un'ora dal suo arrivo la paziente viene sottoposta alla visita medica e dopo aver effettuato una ecografia renale viene dimessa dal Ps alle ore 12.14 dello stesso giorno con un esito di ricovero nel reparto di chirurgia oncologica, per assenza di posti letto in un reparto di urologia di competenza. All'arrivo della paziente in reparto lo specializzando compila la nuova CC ed i medici procedono ad impostare la terapia del caso.

Durante la notte la signora Lara peggiora, ha nuove coliche renali che i medici cercano di contenere somministrando antidolorifici, in attesa di una nuova ecografia renale prevista nei due giorni successivi al ricovero. La richiesta di una nuova ecografia renale - seppur già fatta in urgenza durante l'accesso al pronto soccorso - si era resa necessaria perché quella eseguita dai colleghi in Ps non era mai stata visibile ai medici del reparto indagato, per problemi di refertazione delle immagini al Ps dovuti ad un guasto del macchinario. Il referto dell'esame effettuato in urgenza e le immagini dell'ecografia renale non erano, dunque, mai state inserite nella cartella clinica di Ps della signora Lara e per questo mai giunte in reparto. Tale *gap* costrinse l'equipe della chirurgia oncologica a dover ripetere l'esame e a riprendere un nuovo appuntamento con un tempo di attesa pari a due giorni lavorativi. L'attesa di due giorni, per ripetere l'ecografia renale aveva, di fatto, provocato nuove coliche alla paziente e la somministrazione di una terapia solo dolorifica e non curativa o interventistica.

Il giorno seguente alle coliche renali notturne, durante il giro visite il primario pregò i medici della sua equipe:

Primario: <<per favore state attenti, vi chiedo di fare attenzione alle cartelle cliniche che arrivano dal pronto soccorso, fate attenzione che vi siano, sempre, tutti i referti fatti sui pazienti e se non ci sono vi prego di insistere con i medici di Ps affinché gli esami strumentali fatti da loro arrivino anche da noi. Altrimenti siamo costretti a ripetere gli esami e vedete che succede? Non solo per noi reparto e per l'azienda aumentano le spese per esami doppi, ma i pazienti rischiano anche di aggravarsi. Se avessimo visto prima l'ecografia renale magari decidevamo diversamente e non impostavamo una terapia unicamente antidolorifica. Inoltre, aggiungo, che se al pronto soccorso hanno problemi di refertazione delle immagini almeno ci consentano di risparmiare tempo sugli appuntamenti e anche DRG eseguendo nuovamente gli esami in urgenza lì da loro>>.

La signora Lara eseguì l'ecografia renale due giorni dopo il suo arrivo in reparto e venne mandata a casa con una terapia adeguata solo dopo dodici giorni di ricovero, il tutto a causa della mancanza dei referti iniziali nella sua CC di pronto soccorso, mai giunti alla visione dei medici del reparto e per un ricovero improprio in una divisione di chirurgia oncologica, invece che in una di urologia che necessitò l'attivazione di consulenze urologiche per tutto il periodo della degenza.

Eventi inattesi come quello appena descritto sono frequenti per questa tipologia di traiettoria, specie quando il lavoro di cura, iniziato su un paziente dai medici di pronto soccorso, deve trovare continuità con le attività di cura disposte dai medici del reparto di degenza.

Altra traiettoria individuata e connessa agli accessi in emergenza è quella del ricovero in reparto tramite un accesso doppio in condizioni di emergenza.

In questa traiettoria il paziente giunge al reparto di pronto soccorso, dove gli viene attribuito una *triage* e redatta una prima cartella clinica di Ps. A seguito della visita a cui viene sottoposto, il medico di Ps

decide se rimandare il paziente a casa oppure ricoverarlo in reparto. Qualora la decisione medica deponga a favore del ricovero in reparto, il medico attiva le procedure di dimissione del malato dal pronto soccorso e dispone il ricovero in una qualsiasi unità operativa del Policlinico, avente disponibilità di letti, anche se non di competenza per la patologia riscontrata al paziente.

Tale reparto (di non competenza del caso) accoglie il paziente e accetta il ricovero redigendo una propria CC. Successivamente al ricovero, a distanza anche di giorni o di intere settimane, i medici del reparto trasferiscono il paziente nel reparto di chirurgia oncologica di competenza del caso, il quale accetta il ricovero e predispone una nuova CC.

Tale traiettoria di ricovero mette in evidenza la profusione di azioni organizzative e cliniche che portano, nel viaggio del paziente da un contesto di cura ad un altro, alla creazione di ben tre cartelle cliniche (una CC di Ps, una CC di reparto di non competenza del caso e una CC redatta dalla chirurgia oncologica).

Nella ricerca la riproduzione di azioni e la creazione di più artefatti da parte di attori professionali diversi e fisicamente distanti tra loro, ha evidenziato una maggiore possibilità che un errore contenuto in un referto o in una CC viaggi insieme al paziente ed agli oggetti di cura che lo rappresentano; proprio come rileva questa storia dal campo che ho ricostruito seguendo il viaggio delle diverse CC e attraverso i dialoghi intercorsi tra me, la degente ed i suoi familiari durante il periodo del ricovero.

Un cognome errato sulla CC

La sig.ra Maria arriva al pronto soccorso del Policlinico per una occlusione intestinale. Giunge con un mezzo proprio accompagnata dal marito¹⁵⁸ ed ha con sé una sua precedente cartella clinica redatta dal pronto soccorso di Frosinone 13 giorni

¹⁵⁸ Che in seguito, in un colloquio, mi dirà di non essere potuto entrare in pronto soccorso con la moglie per parlare con il personale medico e spiegare la situazione ed eventualmente far notare la correzione apposta nella CC redatta dal Ps di Frosinone e la trascrizione errata del cognome.

prima. Dalla lettura della CC di pronto soccorso si evince che la paziente è dolorante, anziana (90 anni) e parla poco. L'infermiere triagista assegna alla signora Maria lo stesso codice di urgenza contenuto nella vecchia CC di Frosinone: un "triage verde" e trascrive i dati della paziente prendendo per buoni quelli contenuti nella passata CC.

Nella cartella clinica redatta dal pronto soccorso di Frosinone il cognome della paziente era, però, inesatto ed era stato corretto a penna ma poco leggibile (considerando che alla paziente era rimasta solo una copia della vecchia CC) e così l'operatore trascrive nella scheda di accettazione il cognome nuovamente sbagliato "Francotti invece di Franciotti".

La sig.ra Maria dopo l'accettazione viene visitata dal medico di Ps che prepara la cartella clinica di pronto soccorso deducendo i dati della paziente direttamente dalla scheda di accettazione e ritrascrive il cognome della paziente nuovamente in modo errato. Dopo diverse ore in pronto soccorso, per carenza di posti letto nei reparti di chirurgia, la signora Maria viene ricoverata in un reparto di medicina dove i medici aprono per Lei una nuova cartella clinica e trascrivono le informazioni ed i dati della paziente traendoli dalla CC redatta dal Ps. Il cognome della paziente continua ad essere trascritto in modo errato. Nel settimo giorno, successivo al ricovero in medicina, la sig.ra Maria viene finalmente trasferita nel reparto di chirurgia oncologica e con lei giungono anche le copie delle due CC (una precedentemente compilata dal reparto di pronto soccorso e una redatta dal reparto di medicina).

Lo specializzando della chirurgia oncologica compila, così, la terza CC della paziente ricopiando, ancora una volta, i dati anagrafici e clinici dalle precedenti CC contenenti, tutte, il cognome errato della paziente e sulla base di quei dati anagrafici predispone le richieste per gli esami strumentali che la paziente dovrà eseguire nei giorni successivi.

Tra gli esami richiesti dai medici del reparto viene prescritta anche una risonanza magnetica che la signora Maria farà il giorno successivo al ricovero nel reparto indagato. Il giorno dopo la signora Maria, accompagnata dalla sua CC, viene così portata in radiologia per eseguire la risonanza richiesta che doveva fornire ai chirurghi immagini dell'occlusione intestinale e ulteriori dati clinici per poter procedere all'intervento chirurgico.

Maria esegue l'esame in radiologia e anche l'esame viene refertato con il cognome sbagliato, essendo i dati anagrafici della paziente stati dedotti dalla sua CC e dalla richiesta fatta dallo specializzando del reparto ed arrivata in radiologia il giorno precedente.

Nei giorni successivi alla risonanza i medici della chirurgia oncologica attendono di poter ritirare il referto dell'esame e le relative immagini, ma in radiologia esiste una risonanza magnetica di una signora Francotti Luana (invece di Francotti Maria) e quando lo specializzando va a ritirare l'esame gli viene erroneamente consegnato quel referto che insieme alle immagini dell'esame viene così portato in reparto alla visione dei medici della chirurgia oncologica. Durante il giro visita il primario e l'equipe osservano le immagini della risonanza ma, improvvisamente, l'occlusione è sparita.....!!!! Il primario, inizialmente perplesso, ipotizzando un possibile errore chiede alla paziente di scandire il proprio nome e cognome.

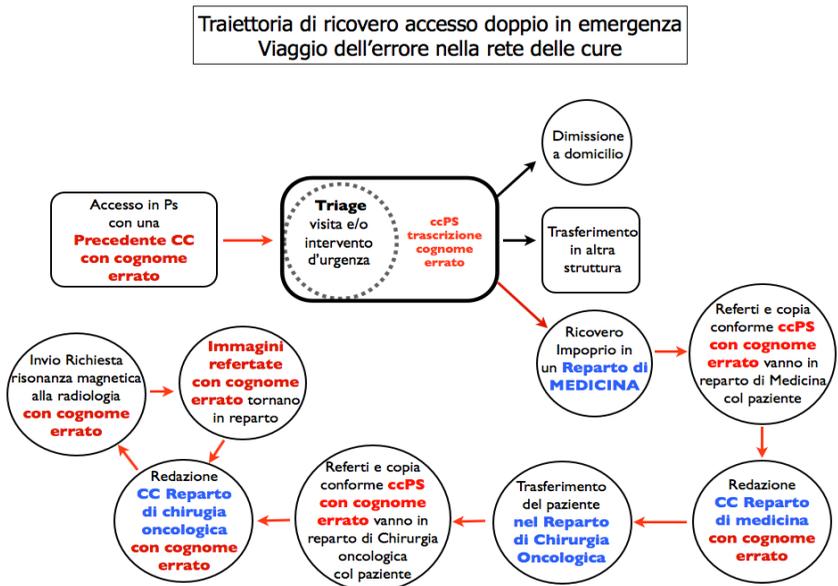
L'equipe si accorge, in questo modo e solo dopo diversi giorni dal ricovero, che il cognome della paziente non era quello giusto e che l'errore di trascrizione figurava in ogni referto redatto dal momento dell'accesso ospedaliero, nelle analisi ed in tutte le precedenti CC come pure nei referti clinici in esse contenuti e che avevano viaggiato nelle rete delle cure.

Riguardando le immagini della risonanza, l'equipe si accorge, inoltre, che anche il tecnico della radiologia che le aveva consegnate allo specializzando aveva commesso l'ennesimo errore,

affidando le immagini di una persona con un nominativo diverso da quello della paziente (Luana Francotti invece di Maria Francotti).

In tale ambito occorre sottolineare che se le immagini consegnate dal tecnico della radiologia allo specializzando del reparto avessero mostrato una qualche occlusione in una qualsiasi parte del corpo della sig.ra Maria la paziente sarebbe, probabilmente, salita in sala operatoria per essere operata su una parte sbagliata ed un banale errore di traduzione/trascrizione dei suoi dati ed il viaggio di questo nella rete delle cure (attraverso gli artefatti) le sarebbe stato fatale. A partire dalla storia della signora Maria - che ricordiamo prima di giungere nella chirurgia oncologia veniva ricoverata in un reparto di medicina del Policlinico - si ricostruisce graficamente nella figura 2 il viaggio dell'errore da un contesto di cura all'altro, evidenziato dalle frecce in rosso.

Figura 2



Fonte: elaborazione personale, Anno 2011

Dal viaggio dell'errore che le frecce mostrano, si evince come in questa tipologia di traiettoria l'attività di *knotting* tra gli attori professionali stentatamente funzioni.

A partire dall'accesso ospedaliero l'uso degli artefatti e l'opera di traduzione dei dati della paziente da un elemento cartaceo ad un altro fa registrare una qualche forma di scollamento dalle pratiche istituzionalizzate che avrebbero dovuto prevedere il controllo dei dati riportati sull'artefatto cartaceo (precedente CC di Frosinone) che accompagnava la signora Maria al momento dell'accesso in pronto soccorso.

La storia dal campo e la ricostruzione del viaggio dell'errore all'interno della rete delle cure - spesso racchiuso nelle precedenti cartelle cliniche e nei referti che accompagnano il paziente al momento del suo accesso ospedaliero - se non tempestivamente individuato, può inficiare la sicurezza del malato durante il periodo della sua degenza in reparto. L'organizzazione dei reparti di pronto soccorso, insieme alla tempestività di portare cure efficaci al paziente e all'esigenza di snellire i tempi di attesa dei reparti sempre più affollati non agevolano, di fatto, il processo comunicativo tra gli attori preposti alle cure e tra questi ed il paziente né la relazione tra gli attori della rete ospedaliera, indispensabile per eludere il viaggio dell'errore.

Tale aspetto è maggiormente messo in evidenza nell'ultima traiettoria di ricovero in emergenza, vale a dire nel ricovero in emergenza tramite chiamata all'Ares 118.

In questa traiettoria di ricovero il paziente non giunge in pronto soccorso autonomamente ma arriva in Ps trasportato da un'ambulanza dell'Agenzia Regionale di Emergenza Sanitaria (Ares 118)¹⁵⁹. L'attivazione di una ambulanza Ares avviene su chiamata del paziente o dei suoi familiari, al numero unico regionale di emergenza sanitaria (118) che sulla base dei contenuti emersi dalla telefonata assegna un primo codice di gravità (*triage*) al caso, cui

¹⁵⁹ Per maggiori approfondimenti sul lavoro degli operatori dell'Ares 118 si rimanda al lavoro di Gobo G., Rozzi S., Zanini S., Diotti A., (2008), *Imparare a gestire l'emergenza: il caso del 118*, a cura di Gherardi, S., (2008), *Apprendimento tecnologico e tecnologie di apprendimento*, pp. 209-239 e al lavoro di Romano V., (2011), *Il ricercatore in ambulanza: etnografia dell'emergenza sanitaria*, in corso di pubblicazione.

segue l'attivazione dei soccorsi che raggiungono il malato sul luogo del bisogno. Il *triage*, attribuito dall'operatore telefonico della centrale operativa dell'Ares 118, è generalmente un *triage* sovrastimato in quanto l'operatore non può vedere il paziente ma solo basarsi sui contenuti che emergono dalla telefonata ricevuta. Quando l'autoambulanza arriva sul luogo dove è sito il malato da soccorrere, il personale Ares assegna un nuovo codice di urgenza che può confermare o sottostimare, oppure aumentare quello precedentemente assegnato dalla centrale operativa su base telefonica e redige una scheda di soccorso. Dopo una prima visione/stabilizzazione del paziente e secondo il tipo di equipaggio inviato sul posto, in base alle disponibilità territoriali, l'ambulanza (o l'elisoccorso, se necessario) lo conduce o nel pronto soccorso più vicino (che può non essere necessariamente quello del Policlinico indagato)¹⁶⁰ oppure fa seguire al paziente un percorso clinico assistenziale adeguato, come previsto dalla delibera della Giunta Regionale del 2007, in tema di ridefinizione della rete e dell'offerta dei servizi ospedalieri¹⁶¹.

¹⁶⁰ In questo caso occorre distinguere tra pronto soccorso, dipartimento di emergenza e accettazione di I° livello (DEA I°) e dipartimento di emergenza e accettazione di II° livello (DEA II°). Secondo la ripartizione fornita dall'Ares 118 il DEA di I° livello garantisce, oltre alle prestazioni fornite dagli ospedali sede di pronto soccorso, anche le funzioni di osservazione e breve degenza, di rianimazione e, contemporaneamente, deve assicurare interventi diagnostico-terapeutici di medicina generale, chirurgia generale, ortopedia e traumatologia, cardiologia con UTIC (Unità di Terapia Intensiva Cardiologia). Sono, inoltre, assicurate le prestazioni di laboratorio di analisi chimico-cliniche e microbiologiche, di diagnostica per immagini e trasfusionali. Il DEA di II° livello assicura invece, oltre alle prestazioni fornite dal DEA I° livello, le funzioni di più alta qualificazione legate all'emergenza, tra cui la cardiocirurgia, la neurochirurgia, la terapia intensiva neonatale, la chirurgia vascolare, la chirurgia toracica, secondo le indicazioni stabilite dalla programmazione regionale. Altre componenti di particolare qualificazione, quali le unità per grandi ustionati, le unità spinali ove rientranti nella programmazione regionale, sono collocate nei DEA di II° livello, garantendone, in tal modo, una equilibrata distribuzione sul territorio nazionale ed una stretta interrelazione con le centrali operative delle Regioni.

¹⁶¹ Delibera Giunta n. 420 del 12 giugno del 2007-modifica ed integrazione della DGR del 14 aprile 2007 n.267 - ridefinizione della rete e dell'offerta

Al momento dell'arrivo del mezzo Ares 118 in Ps si procede allo 'sbarellamento' del malato, vale a dire alla consegna del caso alla responsabilità del reparto di pronto soccorso. Qui avviene la traduzione della scheda di soccorso, precedentemente redatta dall'Ares sul luogo dell'evento¹⁶², nella scheda di accettazione di Ps che sarà riportata, a sua volta, nella cartella clinica redatta dal pronto soccorso.

Nella scheda di accettazione di Ps l'infermiere triagista attribuisce un ulteriore codice di gravità al paziente che può (anche in questo caso) confermare, sottostimare o aumentare quello precedentemente assegnato dai soccorritori dell'Ares.

Dalla scheda di accettazione il paziente passa, poi, alla visita da parte del medico di Ps che come da prassi, rivalutando il caso, o decide di dimetterlo o di ricoverarlo presso un reparto della struttura oppure di trasferirlo in un altro Ps o in un'altra struttura di maggiore competenza. In caso di trasferimento in un'altra azienda ospedaliera, il paziente, con la documentazione del precedente pronto soccorso, viaggia verso il pronto soccorso del Policlinico indagato che, in quanto dipartimento di emergenza ed accettazione di II° livello (DEA II°), può accogliere al suo interno tutte le specialità e gestire casi altamente complessi che i dipartimenti di emergenza ed accettazione di I° livello (DEA I°) ed i pronti soccorso sul territorio sono, invece, impossibilitati a gestire.

Al momento dell'arrivo del paziente al pronto soccorso del Policlinico si ripete, nuovamente, tutta la procedura di accettazione e l'attribuzione di un nuovo *triage* ospedaliero che può o tener conto dei precedenti oppure essere attribuito senza considerarli, o per motivi di tempistica che non favoriscono il confronto e controllo degli artefatti e dunque l'attivazione di una riflessività sul caso (capace di tener conto di tutti gli *step* clinici ed organizzativi affrontati dal paziente lungo il viaggio nella rete delle cure) o per una

dei servizi ospedalieri. Per approfondimenti si rimanda all'intervento 1.2.4 del piano di rientro della Regione Lazio ed alle linee guida per la costituzione e lo sviluppo di reti assistenziali di alta specialità e di emergenza, intervento 1.2.5 del piano di rientro della Regione Lazio.

¹⁶² Conteneva il codice di *triage* assegnato sul posto, la dinamica del soccorso, alcuni dati clinici del paziente e quelli anagrafici.

possibile mancanza di fiducia nell'operato delle altre organizzazioni che gestiscono il soccorso prima della fase ospedaliera.

Al *triage* segue, così, la redazione di una nuova CC di pronto soccorso, la visita medica (in caso di codici inferiori al rosso) e la decisione di dimissione, di trasferimento o di ricovero del caso in reparto. Nel caso di ricovero immediato nel reparto di chirurgia oncologica i medici provvedono alla compilazione della CC di reparto, mentre, nel caso di ricovero in un'altra divisione (come nel caso precedentemente analizzato) con trasferimento successivo nel reparto di chirurgia oncologica, la redazione della CC sarà consecutiva al ricovero. In questa traiettoria di ricovero si registrano, dunque, diverse attività da parte degli attori che partecipano alla definizione del percorso terapeutico.

Tali azioni presuppongono l'assegnazione di quattro *triage* (due da parte degli operatori Ares e due *triage* ospedalieri), la creazione di una scheda di soccorso da parte dei soccorritori dell'agenzia regionale di emergenza sanitaria Ares 118 e la costruzione di tre cartelle cliniche ospedaliere (quattro in caso di un doppio trasferimento intra-ospedaliero del paziente).

La complessità riscontrata in questa tipologia di traiettoria di ricovero ospedaliero è, pertanto, insita nelle sconessioni che possono registrarsi nel viaggio del paziente e degli artefatti da un'organizzazione all'altra ed in ogni tappa ospedaliera che affronta il malato che può anche prevedere l'attribuzione di *triage* diversi, la traduzione della schede di soccorso nei documenti di accettazione e la redazione di più cartelle cliniche. Gli artefatti tendono, così, ad aumentare e ad essere sottoposti a continue traduzioni e trascrizioni che accrescono la possibilità di un viaggio dell'errore.

L'assegnazione di diversi *triage* che questa traiettoria prevede può, inoltre, indurre o ad una sottovalutazione del caso o ad una sovrastima di quest'ultimo, giacché l'assegnazione dei codici di gravità - previsti per regolamento nel passaggio da un'organizzazione all'altra - segue dei criteri di valutazione individuale e di razionalità limitata e non criteri di razionalità assoluta (Simon, 1987).

La soggettività delle percezioni dei professionisti che guidano il processo di valutazione dei sintomi del paziente possono, infatti, variare da un professionista all'altro, in base alle esperienze personali, al sapere professionale ed alla formazione clinica ricevuta.

Ne deriva che in questa tipologia di traiettoria può registrarsi una difformità nell'attribuzione dei codici di urgenza, tale da non favorire una valutazione del caso uniforme e condivisa tra le diverse professionalità sanitarie. Tale eterogeneità di vedute cliniche può determinare un rischio effettivo per il paziente durante i suoi spostamenti da un contesto di cura all'altro e durante il periodo della sua degenza nel reparto indagato. Quando, infatti, il malato ed i referti che viaggiano nella rete provenienti da altre organizzazioni, giungono nel reparto di chirurgia oncologica per il ricovero l'equipe medica, leggendo le relazioni cliniche dei colleghi e visionando i *triage* precedentemente attribuiti, può essere indotta o a sottovalutare il caso clinico¹⁶³ o viceversa a sovrastimarli¹⁶⁴, eccedendo negli esami clinici durante la degenza.

La storia del signor Massimo permette di evidenziare proprio tale eventualità e le criticità connesse alle traiettorie di ricovero in emergenza tramite chiamata all'Ares 118.

Triage diversi e più cartelle cliniche: decesso del paziente in reparto

Il sig. Massimo giunge al pronto soccorso del Policlinico alle ore 20.40 pm, su richiesta del pronto soccorso di Colleferro, dove era arrivato con un trasporto urgente dell'Ares 118 e con una richiesta, inviata dal proprio medico di medicina generale ai medici di pronto soccorso, di eseguire un trattamento sanitario obbligatorio in un paziente con turbe psichiche.

Prima di giungere al Policlinico da me indagato la moglie del signor Massimo aveva contattato gli operatori dell'Ares 118 chiedendo l'attivazione di un trasporto urgente. La centrale operativa dell'Ares (tramite il consulto telefonico) aveva assegnato al caso un codice di urgenza GIALLO

¹⁶³ Specie nel caso in cui un *triage* iniziato dall'Ares 118 come un codice rosso (pericolo di vita), nel viaggio del paziente retrocede a giallo (mediamente critico) e successivamente a verde (poco critico).

¹⁶⁴ In caso di un *triage* avviato dall'Ares 118 come un codice verde che successivamente si aggrava a giallo ed infine diviene un codice rosso che decreta un pericolo di vita del paziente.

(mediamente critico). Attivati i soccorsi dell'Ares, il codice di gravità attribuito dagli operatori della centrale viene riconvertito, sul posto, in un codice di minore urgenza ovvero in un codice VERDE (poco critico).

Alle ore 17.14 pm, tramite l'Ares 118, il signor Massimo giunge al pronto soccorso di Colleferro dove, però, non gli viene confermato il *triage* verde attribuito dall'Ares ma gli viene assegnato un iniziale codice di gravità GIALLO (mediamente critico). La moglie riferisce ai medici che il paziente avrebbe subito un trauma cranico per una caduta accidentale in casa. Rivalutato alle ore 19.25 pm dai medici di Colleferro e per un'insorgenza di complicanze al signor Massimo viene assegnato un nuovo *triage*, stavolta un codice di gravità maggiore, pari ad un codice ROSSO che decreta un effettivo pericolo di vita per il paziente. Il pronto soccorso di Colleferro richiede, pertanto, un trasferimento immediato in un altro pronto soccorso idoneo.

Il paziente viene, così, trasportato al Policlinico analizzato, dove giunge alle ore 20.40 pm.

Secondo quanto riportato nella cartella clinica redatta dal Ps del Policlinico, il paziente sarebbe "GIUNTO AUTONOMAMENTE AL PRONTO SOCCORSO DEL POLICLINICO" (errore di trascrizione).

In reparto, parlando con la moglie del signor Massimo vengo, infatti, a sapere che il trasferimento dal pronto soccorso di Colleferro al Ps del Policlinico era invece avvenuto in ambulanza e che data la gravità del caso (codice Rosso) il paziente non avrebbe mai potuto recarsi autonomamente al Policlinico, se non firmando in cartella la dimissione, cosa impossibile date le condizioni cliniche in cui versava.

All'arrivo al pronto soccorso del Policlinico viene attribuito a Massimo ancora un nuovo codice di urgenza e dal ROSSO di Colleferro che decretava un pericolo di vita il codice al Policlinico ridiventa GIALLO (mediamente critico), nonostante

la CC di Colleferro deponiva per una diagnosi di ematoma cerebrale e prognosi riservata.

Nonostante l'attribuzione di un *triage* sottostimato da ROSSO a GIALLO, la diagnosi del Policlinico veniva, però, redatta in forma ancora più grave di quella di Colleferro e nella CC di pronto soccorso, giunta nel reparto di chirurgia oncologica, veniva riportato, infine, un codice di *triage* retrocesso a VERDE (poco critico) e la seguente diagnosi: "EMORRAGIA CEREBRALE POST-TRAUMATICA CON ESITO DI RICOVERO NEL REPARTO DI CHIRURGIA ONCOLOGICA", invece che in un reparto idoneo di neurochirurgia.

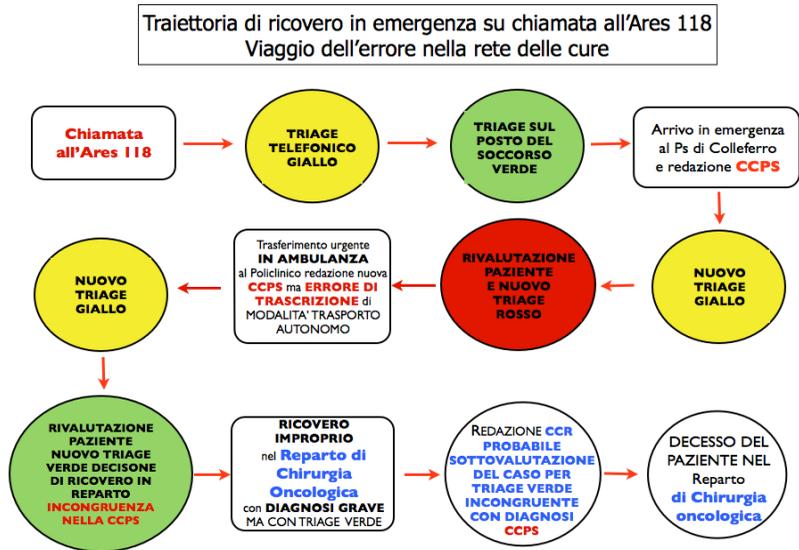
Il signor Massimo per complicanze insorte durante il ricovero e per una sottostima del *triage* di ingresso rispetto all'urgenza del caso decretata dal pronto soccorso di Colleferro, decede in reparto nei due giorni successivi al ricovero. Oltre alle CC redatte dai vari Ps, nessun altro referto clinico quali immagini, esami strumentali eseguiti, terapie somministrate, ecc. aveva accompagnato il paziente nel reparto di chirurgia oncologica.

La difficoltà che connota questo tipo di traiettoria di ricovero è considerevole a causa delle diverse organizzazioni che il paziente attraversa durante il soccorso.

La possibilità che un viaggio così lungo nella rete delle cure possa causare la perdita di referti è effettiva come pure lo stazionamento della/e CC nelle varie organizzazioni che potrebbero non solo non seguire il malato nel suo percorso ma, anche, causare una perdita informativa sul caso.

Sulla base della storia dal campo appena descritta è stato, così, possibile ricostruire il viaggio del paziente nella rete extra ed intra ospedaliera (Figura 3) e seguendo le frecce in rosso evidenziare le numerose organizzazioni che devono potersi relazionare e coordinare per una gestione del malato; come pure descrivere il viaggio dell'errore racchiuso nelle diverse cartelle cliniche redatte e nei molteplici *triage* attribuiti dagli infermieri triagisti.

Figura 3



Legenda

CC: cartella clinica

CCR: cartella clinica di reparto

CCPS: cartella clinica di Ps

Ps: pronto soccorso

Fonte: elaborazione personale, 2011

Gli specialisti che si relazionano nella rete delle cure lo fanno prevalentemente tramite lo scambio o la condivisione di referti e di cartelle cliniche che come abbiamo già detto oggettivano il corpo del paziente, con pochi o solo rapidi momenti di dialogo effettivo sul caso. La comunicazione tra gli attori professionali e tra questi ed il degente (o con i suoi famigliari), in queste ultime due tipologie di traiettorie di accesso in reparto analizzate diviene, invece, indispensabile per l'individuazione di possibili inesattezze contenute nella documentazione clinica che accompagna il malato ed in quella prodotta durante i diversi ricoveri ospedalieri.

Ciò che potrebbe se non garantire, in quanto l'errore è insito nell'azione umana (Reason, 1994), ma perlomeno rallentare il viaggio dell'errore è la capacità dei professionisti di attivare una riflessione attenta nell'uso degli artefatti ed una attenzione maggiore a quelle azioni ritenute spesso convenzionali nel processo di cura: attribuzioni di *triage*, trascrizioni, compilazioni, refertazioni, annotazioni, ecc..

Tali cautele accompagnate, da un maggiore dialogo con il paziente come pure tra organizzazioni distanti tra loro e tra clinici ed operatori sanitari potrebbe contribuire alla riduzione dei *gap* informativi e di conseguenza ad una diminuzione delle probabilità di errore, aumentando la sicurezza intra ed extra ospedaliera dei pazienti¹⁶⁵. In tale traiettoria il sistema del *triage* è, dunque, un ulteriore elemento su cui riflettere. Il *triage* rappresenta, infatti, sia un dispositivo organizzativo per gestire la gravità dell'utenza, sia una forma di *accountability* (rendere conto) (Garfinkel, 1967) dell'azione intrapresa dall'organizzazione. Il codice assegnato al singolo paziente, motiva e giustifica l'attesa che separa dall'intervento medico e fornisce agli operatori una tutela sul proprio operato. Ma come emerge anche dalla storia dal campo ciò che ho potuto rilevare è la forte dose di soggettività intrinseca al processo di attribuzione del *triage* da parte dei professionisti delle diverse organizzazioni, attraverso le quali transita l'utente (Ares 118, i pronto soccorso) prima di arrivare al reparto ospedaliero. Ciò significa che la pratica di lavoro di assegnazione del *triage* è tutt'altro che oggettiva e richiede, da parte dei professionisti, una buona dose di intuito professionale necessario a gestire le situazioni di incertezza, all'interno di un *set* di pratiche e codici interpretativi situati

¹⁶⁵ La ricostruzione delle traiettorie di ricovero in emergenza e l'individuazione dei *gap* appena esposti, lasciano molti quesiti aperti da approfondire in un ulteriore lavoro di indagine, mirato ad approfondire l'organizzazione del reparto di pronto soccorso all'interno della rete delle cure intra e ed extra ospedaliere. Un successivo lavoro di ricerca potrebbe, infatti, chiarire molti nodi critici che la mia indagine ha rilevato, connessi alle pratiche di valutazione per l'attribuzione dei *triage*, alla dispersione informativa, allo stazionamento dei referti nei Ps, agli errori di traduzione e trascrizione dei referti nonché al rapporto, spesso difficile, tra Ps, Ares 118 e tra le organizzazioni deputate all'erogazione delle cure al paziente.

all'interno di ogni singola organizzazione coinvolta dal transito del paziente.

Ne deriva l'esigenza di strutturare una più efficace tessitura organizzativa tra gli operatori delle diverse organizzazioni nel prendere in consegna sia il paziente sia gli artefatti che lo rappresentano, al fine di rendere più solida e prevedibile una traiettoria di accesso, dando così unità e coerenza alle azioni intraprese.

Ciò richiede quantità e qualità di energie nonché capacità gestionali, diagnostiche e operative da parte degli attori per ridare fiducia agli utenti verso l'organizzazione sanitaria a partire proprio da un punto specifico quale è l'accesso alle cure, inteso come vetrina dell'ospedale.

7.3 Gap organizzativi nelle traiettorie di ricovero in routine nel reparto

I ricoveri ospedalieri che avvengono in modalità di routine si differenziano da quelli in emergenza giacché il paziente per accedere nel reparto di degenza indagato non deve passare per il reparto di pronto soccorso, data la non urgenza del suo quesito clinico. Durante la ricerca le traiettorie individuate che hanno caratterizzato gli accessi ospedalieri di routine sono state così differenziate: ricoveri programmati dagli specialisti o dai medici del reparto di chirurgia oncologica, ricoveri in reparto di pazienti che tramite trasferimento da un'altra azienda ospedaliera accedono alla chirurgia oncologica e ricoveri nella chirurgia oncologica di pazienti provenienti dal reparto di *day surgery* che a causa di una emergenza non possono essere dimessi nelle 24 ore previste e vengono ricoverati in reparto.

Per le traiettorie che caratterizzano il ricovero programmato - consigliato direttamente o da uno specialista o dal medico ospedaliero e direttamente gestito dai medici del reparto indagato tramite i registri e le liste di attesa - le criticità riscontrate sono limitate allo scambio informativo e dei referti clinici che dovrebbe caratterizzare la relazione tra specialista medico e i medici dell'equipe della chirurgia oncologica che accolgono il paziente in reparto. Maggiore è lo scambio informativo da parte delle

professionalità mediche sui casi clinici che dal territorio giungono in reparto e maggiore è la condivisione dei referti e degli esami strumentali che lo specialista o il medico di medicina generale fornisce all'attenzione dei medici della chirurgia oncologica e più celere sarà la diagnosi sul caso o i tempi di predisposizione dell'intervento operatorio come pure il periodo della degenza ospedaliera.

Quando tale connessione non funziona - ovvero quando l'attività di *knotting* tra gli attori non viene attivata attraverso la condivisione degli artefatti di cura che contengono informazioni cliniche utili all'equipe di reparto - la degenza ospedaliera del paziente ne è, infatti, danneggiata ed i tempi di cura si allungano notevolmente. Come mostra la storia dal campo della signora Ametista la cui ricostruzione è stata possibile in quanto - su richiesta dei medici del reparto osservato - ho potuto eseguire personalmente il ricovero della nuova degente, svolgendo il compito (solitamente degli specializzandi) di compilare la cartella clinica della signora, annotando così tutti i dati richiesti dalla cartella cartacea e dal foglio di accettazione del ricovero.

Superare la connessione lasca tra medico di medicina generale e strutture ospedaliere

SALA DI ATTESA ORE 8.45 Am

Sociologa: <<Buongiorno signora Ametista, come sta?>>

Ametista: <<e come stò, insomma, così così, tiriamo a campare!>>

Sociologa: <<su, su, Ametista pensiero positivo vedrà che andrà tutto bene, mi occorrerebbe un suo documento per poter inserire i suoi dati anagrafici nella sua cartella clinica, mi servirebbe la tessera sanitaria, il suo codice fiscale ed il tesserino contenente il nome ed il codice del suo medico curante. Li ha?>>

Ametista: Sì, sì i medici del reparto mi avevano detto di portarli eccoli, avevo già preparato tutto da casa. Ho anche tutte le copie della pre-ospedalizzazione e la lettera del mio medico curante, le vuole?>>

Sociologa: <<si grazie, quelle dopo le inserirò in cartella, per ora mi occorrono solo alcuni suoi dati>>.

E così comincio ad entrare in rapporto con la nuova degente che durante il colloquio che durerà circa 40 minuti, mi racconta la sua storia clinica:

Ametista: <<sa la mia attuale storia clinica risale all'aprile scorso, quando in pieno benessere notavo la comparsa di un piccolo nodulo a livello della mammella sinistra, non avevo mai avuto dolori, era lì e non mi aveva mai dato problemi. Su consiglio del mio medico curante decido di sottopormi ad un esame ecografico al centro sanitario diagnostico di Agropoli (SA), sa io abito lì vicino e quindi per comodità... E l'esame ha messo in evidenza una formazione, così come può leggere qui nel foglio del referto, vede? Dice: <<formazione nodulare irregolarmente ipoecogena con alcune micro calcificazioni>>.

Io, lì per lì che voleva dire non lo sapevo proprio perché mi hanno dato il referto in mano e nessuno del centro mi ha spiegato niente e in quel momento ho davvero pensato di tutto, nemmeno il mio medico curante dalla faccia che ha fatto mi ha tranquillizzato tanto. Subito dopo la mammografia, a maggio, mi hanno sottoposto (si riferisce ai medici che hanno eseguito l'esame) - sempre su consiglio del mio medico curante - ad una biopsia con esame istologico estemporaneo, come c'è scritto qui nell'impegnativa vede?

Ma questa volta però non sono riandata a quel centro, dove non ti spiegano nulla, ma sono venuta a Roma. Conoscevo un medico di questo reparto e ho eseguito l'esame qui al Policlinico, al Dipartimento Assistenziale Integrato di Medicina Diagnostica. Mi hanno detto, i medici, che è un servizio speciale di Anatomia Patologica e l'esame è avvenuto in regime di ricovero in un giorno solo. Dopo la biopsia, dopo che i medici di qui mi hanno detto che dovevo sottopormi ad una mastectomia,

forse radicale¹⁶⁶, mi sono rassegnata ed ho iniziato la preo-spedalizzazione per poter essere ricoverata qui da voi in reparto. Il mio medico curante, tanto carino, vorrebbe avere notizie, pensa che se chiedo ai medici di informarlo lo faranno? Anche perché lui sa tutto del mio calvario e poi ci tiene tanto a sapere come va, è uno alla vecchia maniera!

Sociologa: <<penso di sì, se chiede ai medici vedrà che conetteranno con il suo medico di famiglia, anzi facciamo così se mi dà il numero del suo medico curante lo annoto in cartella e poi riferisco ai medici di informarlo durante il ricovero ok? Stia tranquilla Ametista cerchiamo di farli dialogare che non guasta!>>

Durante il ricovero della signora Ametista il superamento della resistenza iniziale dei medici a relazionarsi con il medico di medicina generale della degente fornì elementi utili al ricovero. La signora Ametista aveva, infatti, omesso parte della sua precedente storia clinica che raccontata dal medico curante al medico della chirurgia oncologica consentì all'equipe di definire meglio il caso e tramite esami più mirati di evitare un intervento troppo invasivo e deturpante.

L'importanza di superare la connessione lasca che sovente caratterizza la relazione tra medici di medicina generale, specialisti sul territorio e medici ospedalieri diviene, pertanto, fondamentale nella traiettoria del ricovero programmato. Sia per la sicurezza del paziente sia per ottimizzare le modalità di intervento ed i tempi della cura che - beneficiando dell'intervento del medico di medicina generale e della sua maggiore conoscenza della storia clinica del degente - può tener conto anche della dimensione psicologica dell'assistito, fondamentale nel caso di interventi operatori particolarmente demolitivi.

Accanto alle traiettorie di accesso programmato e sempre connessa agli accessi in elezione, una traiettoria peculiare è rappresentata dai ricoveri in reparto di pazienti che tramite trasferimento da un'altra

¹⁶⁶ Totale asportazione della mammella.

azienda ospedaliera accedono alla chirurgia oncologica. La caratteristica di questa traiettoria è la necessità di un coordinamento professionale dentro al reparto e tra il reparto ed i medici di altre strutture ospedaliere da cui proviene il paziente. La storia della signora Tormalina mette, infatti, in evidenza le criticità organizzative che possono celarsi dietro le dinamiche di scarso o nullo coordinamento professionale.

L'importanza del coordinamento professionale

La signora Tormalina, degente da anni in una clinica di lungodegenza per un precedente ictus e numerosi deficit cognitivi, giunge all'attenzione dei medici della chirurgia oncologica per un intervento di colecistectomia¹⁶⁷. La paziente da diversi mesi soffriva di coliche per la presenza di alcuni calcoli alla colecisti, la cui asportazione si rendeva necessaria per la risoluzione dei sintomi.

Il trasferimento della paziente nel reparto indagato era stato anticipato da una consulenza da parte di uno dei medici della chirurgia oncologica che prima di accettare il ricovero si era personalmente recato alla clinica di lungodegenza dove era ricoverata la signora Tormalina, così come richiesto dalla clinica. Quel giorno il medico della chirurgia oncologica mi permette di accompagnarlo nella consulenza e di assistere alla relazione con specialisti della struttura. La relazione tra un chirurgo e professionalità mediche addette a gestire pazienti lungodegenti emerge da subito difficile. Trovare accordi sugli esami da sostenere, prima di far giungere la signora Tormalina in chirurgia oncologica, non è, infatti, un'impresa facile. C'è disaccordo sulla possibilità di effettuare un esame strumentale - un holter cardiaco - richiesto dal medico della chirurgia oncologica per valutare le condizioni cardiologiche della paziente che sembrano essere quelle che maggiormente destano preoccupazioni. Alla clinica di lungodegenza non hanno il macchinario adatto e

¹⁶⁷ Intervento chirurgico che prevede l'asportazione della colecisti.

la paziente dovrebbe subire ulteriori spostamenti e muoverla troppo è un rischio, ma il medico della chirurgia oncologica non intende soprassedere:

Medico della chirurgia oncologica: <<signori cari o mi fate questo esame o noi non la prendiamo in cura e non la operiamo, fate voi. Anche per noi è un rischio operare senza un holter. Quindi appena decidete contattateci e predisponiamo il posto letto al Policlinico, nel nostro reparto, e tutte le procedure per l'intervento>>.

A distanza di una settimana la signora Tormalina giunge in reparto per essere operata ma l'holter richiesto non figura dentro la sua cartella clinica, dove non era stata nemmeno specificata la terapia personale della paziente impostata dai medici nella clinica di lungodegenza. Tali disconnessioni e *gap* informativi fanno saltare l'intervento predisposto e costringono i medici non solo ad impostare una terapia diversa da quella usuale - chiamando in consulenza altri specialisti del Policlinico - ma, anche, a restare in attesa di aggiornamenti da parte dei medici della struttura di lungodegenza.

Le informazioni, tuttavia, non arrivano e dopo dieci giorni dal ricovero e terapie ritenute dai familiari troppo soporifere per la signora Tormalina, il marito e la figlia decidono di non farla più operare e di ricondurla nella struttura di lungodegenza.

La figura 4 mette in evidenza le disconnessioni legate alle traiettorie di ricovero in reparto su trasferimento. Tali traiettorie necessitano, dunque, di un coordinamento considerevole tra specialisti di diverse strutture, affinché la gestione del paziente trasferito in un reparto ospedaliero e le cure impostate dai medici durante la degenza possano essere efficaci e raggiungere gli obiettivi prefissati per cui generalmente viene attivato il trasferimento.

Esse evidenziano, infatti, il conflitto che può nascere tra diversi specialisti medici rispetto alle priorità su un paziente che possono indurre ad una richiesta di esami ulteriori o portare al rifiuto di

intraprendere delle azioni cliniche, facendo riferimento ai possibili rischi a cui il malato e di conseguenza il professionista possono incorrere.

Figura 4



Fonte: elaborazione personale, 2011

L'ultima traiettoria considerata sugli accessi in elezione è, infine, quella dei pazienti che effettuano un intervento in *day surgery* e che a seguito di un aggravamento delle loro condizioni cliniche vengono ricoverati nel reparto di chirurgia oncologica. Tale traiettoria (per certi aspetti simile a quella precedentemente analizzata dal punto di vista dell'importanza comunicativa tra gli attori) prevede anche essa un coordinamento professionale considerevole ed uno scambio di artefatti quali cartelle cliniche e referti per una gestione informata del paziente.

Contrariamente alla precedente, tale traiettoria è però caratterizzata dall'esigenza di un coordinamento professionale interno al Policlinico e non extra ospedaliero.

Il trasferimento del paziente dal reparto di *day surgery* (collocato al 4 piano del dipartimento) alla chirurgia oncologica (collocata al terzo piano del Dipartimento) avviene, infatti, internamente alla struttura ospedaliera ed in questo caso diviene più agevole per i medici del reparto da me indagato accedere alle informazioni e alle cartelle cliniche del degente, quando queste ultime rimangono relegate nei confini organizzativi della *day surgery*.

L'analisi delle due tipologie di accesso ospedaliero (in emergenza ed in routine) e la ricostruzione delle traiettorie ad esse connesse (attraverso cui avvengono i ricoveri dei pazienti nella chirurgia oncologica) ha fatto, dunque, emergere diverse criticità organizzative associate sia all'uso degli artefatti di cura sia al coordinamento professionale intra ed extra ospedaliero. La capacità di sopperire a tale criticità, alla possibilità di favorire attività di *knotting* tra gli attori nel *network* delle cure è strettamente connessa alla capacità di questi attori di fare sistema, di integrarsi e di condividere il patrimonio informativo sul paziente nel viaggio di quest'ultimo da un contesto organizzativo ad un altro. Nella rete delle cure, artefatti quali CC, assegnazioni di *triage*, schede di soccorso ecc., possono veicolare l'errore da un reparto ad un altro e da una organizzazione all'altra, per questo porre attenzione alla compilazione e all'uso di questi artefatti diviene indispensabile. Favorire un controllo incrociato dei dati clinici ed amministrativi in essi riportati, attivando un dialogo maggiore tra clinici e operatori provenienti da altre organizzazioni, come pure tra questi ed il malato ed i suoi famigliari può favorire l'organizzazione del lavoro ed aiutare ad identificare l'errore e a rendere più sicura quella degenza in reparto che segue all'accesso in ospedale o in condizioni di emergenza o di routine.

Conclusioni

Le nuove logiche organizzative che il processo di managerializzazione della sanità ha introdotto trovano concreta applicazione nei contesti di cura attraverso l'istituzione di strumenti clinici ed organizzativi che permettono attività di *accountability* e di gestione multidisciplinare del processo di cura del paziente. Tali logiche organizzative non solo ridefiniscono le relazioni tra le organizzazioni sanitarie che intervengono sul malato lungo il suo viaggio nella rete delle cure, intra ed extra ospedaliere, ma ristrutturano i legami gerarchici tra gli attori professionali e tra questi ed il paziente in connessioni a volte forti a volte deboli, creando spesso effetti inattesi nel processo di cura e durante il periodo dell'ospedalizzazione.

In tale prospettiva il mio lavoro sul campo mi ha permesso di evidenziare i nessi tra il livello delle riforme decise dal legislatore che si sono susseguite in sanità dal 1992 ed il livello relativo alla dimensione clinica del nostro sistema sanitario che si struttura su un doppio complesso di elementi. Il primo, inerente quel sistema di interazione terapeutica che si costruisce a partire dalla relazione tra il professionista ed il proprio paziente (Giarelli, 2003) e tra i diversi attori professionali che intervengono nella rete delle cure ed il secondo concernente, invece, la dimensione amministrativa ed economica del lavoro ospedaliero, alla quale debbono ormai riferirsi i medici, diventati manager per decreto.

Attraverso l'osservazione delle pratiche lavorative nel reparto di chirurgia oncologica¹⁶⁸ il lavoro su campo ha messo in evidenza come le riforme manageriali, applicate in un reparto di degenza, colpiscano due sfere importanti: il grado di autonomia clinica ed il livello di autorità professionale, con conseguenze considerevoli sulla sicurezza del paziente ospedalizzato.

L'istituzionalizzazione della retorica manageriale in sanità, bloccando l'autonomia clinica ha, infatti, imbrigliato il lavoro dei medici in numerosi vincoli normativi che possono anche creare rischi al paziente durante il periodo della degenza in reparto. Nel periodo

¹⁶⁸ Analizzate nel capitolo quinto della ricerca tenendo conto del rapporto e delle connessioni esistenti tra i professionisti del reparto indagato e tra questi ed altre figure professionali esterne alla chirurgia oncologica.

dell'ospedalizzazione si assiste all'emergere di strategie organizzative e a processi autorganizzativi da parte dei professionisti sanitari, atti ad arginare questi vincoli normativi imposti dall'alto e resistere a quelle logiche manageriali che nella loro attuazione si scontrano con l'esigenza di ottimizzare il processo clinico/assistenziale e di garantire la sicurezza del paziente per tutto il periodo delle cure.

Da parte degli attori professionali che lavorano nel reparto osservato, il mancato allineamento con le logiche manageriali di stampo clinico/amministrativo¹⁶⁹ è sintomatico di uno scontro tra la vecchia visione professionale del lavoro in sanità, improntata sull'individualismo professionale e le logiche organizzative introdotte dal *top manager* che non possono prescindere, invece, da una collaborazione tra specialisti e da un lavoro di rete tra diverse organizzazioni. Il reparto ospedaliero della chirurgia oncologica nonché i reparti con cui esso si interconnette si mostrano, invece, come entità organizzative ancora improntate in senso tayloristico con una concezione 'meccanicistica' del management e culturalmente riluttanti ad accogliere un'innovazione imposta dall'alto e probabilmente troppo poco socializzata con e tra gli operatori.

Tale scarso allineamento professionale mette in risalto come alle riforme degli anni '90 non sia seguito, sia da parte dei clinici sia da parte degli operatori sanitari, lo sviluppo di una nuova cultura organizzativa del lavoro in sanità, capace di sostituire quella vecchia concezione individualistica del lavoro, basata sulla settorialità degli interventi sul malato e su linguaggi, spesso poco condivisi, tra attori ed organizzazioni. La ricerca ha mostrato come questa sconnessione si ripercuota a livello micro ospedaliero creando effetti inattesi nel processo di cura del paziente, caldeggiando una distorsione anche nell'uso di quegli artefatti manageriali (cartelle cliniche, *check list*, consenso informato, liste operatorie, modalità di chiusura delle cartelle cliniche, assegnazione dei *triage*, appropriatezza dei ricoveri, gestione delle lista di attesa e dei registri infermieristici ecc.) pensati, invece, dal legislatore e/o dal *top manager* per sostenere il processo

¹⁶⁹ Riduzione dei tempi di degenza, appropriatezza dei ricoveri, ottimizzazione e valutazione delle *performance*, controllo dei costi e dei *DRG* (*Diagnosis Related Group*), ecc.

delle cure, per allineare le azioni e favorire i processi decisionali sul malato.

Come è stato messo in evidenza nella mia indagine, nella degenza ospedaliera gli artefatti manageriali che dovevano annodare tra loro le attività di cura vengono, di fatto, impropriamente utilizzati finendo per promuovere azioni cliniche e organizzative incapaci di mettere il paziente al centro del processo terapeutico, di informarlo adeguatamente e di dialogare con lui¹⁷⁰. Ne deriva una alterazione degli obiettivi originari delle riforme ed il ricovero ospedaliero diviene un momento entro cui garantire al reparto una ottimizzazione delle *performance* e le attività di cura, mere azioni finalizzate alla quantità delle prestazioni erogate piuttosto che attività orientate alla qualità di queste ultime.

Tayloristicamente pensato come una catena di montaggio, il momento della cura accresce, così, i margini dell'errore e del rischio per i pazienti e quell'attività di annodamento che gli artefatti manageriali avrebbero dovuto favorire viene, pertanto, disattesa. La ricostruzione delle traiettorie dell'accesso ospedaliero ed il monitoraggio effettuato sulle 940 cartelle cliniche - tra ricoveri in emergenza (443 cartelle cliniche) e ricoveri in elezione o di routine (497 cartelle cliniche) negli anni della ricerca (2007/I° semestre 2010) - come pure sui referti ospedalieri e su tutti gli artefatti contenuti nelle cartelle cliniche, hanno mostrato un punto nodale nell'andamento delle cure al paziente, ovvero come attraverso il processo di composizione e di compilazione degli artefatti che viaggiano nella rete delle cure (schede di soccorso, cartelle cliniche, assegnazione dei *triage* ospedalieri) si possa verificare l'errore, capace di tradursi in rischio e determinare un pericolo di vita per il paziente. I professionisti delle diverse organizzazioni nel definire le traiettorie dell'accesso dei pazienti verso le diverse strutture ospedaliere costruiscono, infatti, una rete di relazioni ed è in questo tipo di *networking*, ovvero nelle modalità di uso degli artefatti, nella stesura e nell'opera di traduzione dei *triage* come pure nella trascrizione delle informazioni in essi contenute che possono annidarsi inesattezze e sbagli.

¹⁷⁰ La cartella clinica si sostituisce al paziente e lo oggettivizza, il consenso informato che dovrebbe sostenere la pratica medica viene distorto nelle sua finalità informative perdendo così, le finalità originarie.

In tale ambito ritengo che la formazione professionale potrebbe ricoprire un ruolo di fondamentale importanza. Essa non dovrebbe però limitarsi ad una formazione comandata dall'alto che attraverso l'obbligo dell'ECM¹⁷¹ rischierebbe di tradursi in un semplice trasferimento di dati e contenuti. Così intesa la formazione ha ampi margini di fallire e di non produrre cambiamento e processi veri di apprendimento nelle menti degli attori giacché carente, in partenza, di quella motivazione individuale e della volontà soggettiva ad acquisire conoscenza. Oggi più che mai occorrerebbe, al contrario, una formazione centrata sulle persone e sulle loro competenze, capace di stimolare quella riflessività professionale sul modo di fare le cose in connessione con altre figure professionali ed altre organizzazioni. Si tratta sostanzialmente di attivare una cultura del 'fare' che permetta a tutti i nodi della rete, intra ed extra ospedaliera, di vedere il lavoro di cura come un'opportunità da costruire insieme¹⁷².

È in tale direzione che la figura del sociologo, sperimentata da me medesima nei quattro anni della ricerca, potrebbe rappresentare un'opportunità per snellire i processi organizzativi interni agli ambienti assistenziali e supportare i clinici e gli operatori sanitari a sviluppare una consapevolezza del proprio lavoro e dei rischi che da esso possono derivare¹⁷³.

La rete delle cure funziona se si verifica allineamento tra gli oggetti, le persone, le azioni e le diverse visioni professionali implicate negli obiettivi da raggiungere. Quale mediatore tra i diversi ruoli professionali, quale facilitatore nella rete o come membro attivo nelle equipe, il sociologo potrebbe contribuire allo sviluppo di una cultura orientata alla prevenzione del rischio clinico ed al lavoro di rete, dove le *performance* sia individuali che collettive troverebbero

¹⁷¹ ECM: Educazione Continua in Medicina.

¹⁷² Per un approfondimento sulla formazione manageriale in sanità si rimanda a: Pipan T., (2010), *Il ruolo dei master nella formazione manageriale in sanità*, in Pipan T., a cura di *I rischi in sanità. Un nuovo fenomeno sociale*, FrancoAngeli, Milano.

¹⁷³ Per un approfondimento sul ruolo del sociologo si rimanda ai testi ed agli articoli presenti in bibliografia ed in particolare al testo di: Panza F., (2009), *La professione del sociologo nel servizio sanitario nazionale. Una risorsa innovativa e strategica per la governance della salute*, FrancoAngeli, Milano.

senso in quanto creano relazioni orientate al raggiungimento di scopi condivisi e risultati capaci di mettere al centro dell'interesse professionale la sicurezza del paziente, lungo tutto il suo viaggio nella rete delle cure.

È una proposta ambiziosa quella che questo lavoro intende avanzare, specie se considerata in relazione alla scarsità delle risorse nel settore sanitario. Tuttavia, l'investimento iniziale ed i risultati che ne potrebbero derivare nel tempo sono degni di nota, in riferimento alla possibilità di contribuire alla sicurezza del paziente e alla riduzione del rischio ospedaliero dovuto all'uso, spesso improprio, degli artefatti organizzativi o per motivi di disattenzione o per negligenza o per i tempi, spesso troppo 'stretti', che caratterizzano il lavoro in sanità e che la ricerca non ha mancato di evidenziare.

Questo studio non ha la pretesa di essere esaustivo, ma può contribuire ad indicare ai manager, ai professionisti clinici, agli operatori sanitari ed alle istituzioni una rotta da seguire, una strada tra le tante possibili che possa indurre, a diversi livelli, una riflessione costruttiva sul senso della managerializzazione e portare alla consapevolezza che occorrono tavoli tecnici tra le organizzazioni che agiscono sul paziente durante il soccorso, affinché si parli un linguaggio comune e partecipato.

La mia ricerca ha messo in luce come sia saltata l'iniziale convinzione riformista che da soli gli strumenti gestionali possano agire positivamente sul rapporto tra azienda e professionisti sanitari, tra professionisti e pazienti e rendere più sicuro il processo delle cure. Viene sostanzialmente messa crisi l'idea che il compito del management sia solo quello di far funzionare bene gli strumenti manageriali che possono essere, invece, di solo supporto all'azione gestionale, di indirizzo e di controllo attivo da parte del management.

In tale direzione, in alcuni ambiti organizzativi aziendali si sta cercando di annodare i *gap* organizzativi evidenziati, attraverso l'istituzione di nuove figure professionali come ad esempio il medico di urgenza nei reparti pronto soccorso. L'auspicio è che le organizzazioni sanitarie continuino questa importante opera di riflessione su se stesse, tenendo presente l'importanza delle connessioni con gli altri attori nella rete delle cure giacché non si agisce mai isolatamente sul paziente.

Il lavoro di indagine da me proposto vuole essere, in questo modo, una esortazione a non fare come il gabbiano Jonathan Livingstone

che continuò a vivere il resto dei suoi giorni esule e solo. Volò oltre le scogliere remote ma il suo maggior dolore fu sempre quello di vedere gli altri gabbiani rifiutarsi di aprire gli occhi per guardare oltre il loro territorio, di credere ed aspirare insieme alla gloria del volo.

Scegliamo il nostro mondo successivo in base ciò che noi apprendiamo in questo, se non impariamo nulla da ciò che quotidianamente realizziamo il mondo di poi sarà identico a quello di prima, con le stesse limitazioni. Bisogna, invece, provare a superarli, un poco alla volta, i nostri limiti (Bach, 1970). La metafora del gabbiano con cui concludo questo elaborato riflette bene la condizione di una sanità troppo spesso incapace di volare in alto, costretta in norme, schemi e ruoli ingessati che creano rischio clinico, effetti di dispersione e di ridondanza nell'attuale *governance* del soccorso come pure nella cura dei pazienti e che non lasciano spazio a quella riflessività professionale che potrebbe, una volta innescata, realizzare quel cambiamento culturale dal basso, da tempo auspicato.

APPENDICE

Eventi sentinella in reparto: connessione con l'attività ministeriale

Il Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali (2009) definisce gli eventi avversi come *“eventi inattesi correlati al processo assistenziale che comportano un danno al paziente, non intenzionale e indesiderabile”*. In tale ambito i sistemi di *reporting* di tali eventi rappresentano *“uno strumento indispensabile per aumentare la conoscenza delle cause e dei fattori contribuenti in base al principio dell'imparare dall'errore”* (Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali, 2009). In particolare sono stati individuati come eventi sentinella da segnalare al ministero gli accadimenti che possono essere causa di un danno successivo (ad esempio embolia polmonare, caduta ecc.), i danni stessi (ad esempio la morte materna); gli indicatori di attività o di processo (ad esempio *triage* sottostimato/i) o qualsiasi atto di violenza subito da operatore o paziente. Nella loro specificità gli eventi sentinella sono raccolti all'interno di una lista, appositamente redatta dagli attori ministeriali.

Lista degli eventi sentinella

1. Procedura in paziente sbagliato
2. Procedura chirurgica in parte del corpo sbagliata (lato, organo o parte)
3. Errata procedura su paziente corretto
4. Strumento o altro materiale lasciato all'interno del sito chirurgico che richiede un successivo intervento o ulteriori procedure
5. Reazione trasfusionale conseguente ad incompatibilità ABO
6. Morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica
7. Morte materna o malattia grave correlata al travaglio e/o parto
8. Morte o disabilità permanente in neonato sano di peso >2500 grammi non correlata a malattia congenita
9. Morte o grave danno per caduta di paziente
10. Suicidio o tentato suicidio di paziente in ospedale
11. Violenza su paziente
12. Atti di violenza a danno di operatore
13. Morte o grave danno conseguente ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero)
14. Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale operativa 118 o/o all'interno del Pronto Soccorso
15. Morte o grave danno imprevisi conseguente ad intervento chirurgico
16. Ogni altro evento avverso che causa morte o grave danno al paziente

Fonte dati: Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali, 2009

Rispetto all'evento sentinella numero sei, relativo all'errore di terapia farmacologica, il capitolo quinto della ricerca ha mostrato come tale tipologia di errore può verificarsi durante tutto il processo di gestione del farmaco in ospedale: approvvigionamento, immagazzinamento, conservazione, prescrizione, preparazione, distribuzione, somministrazione e monitoraggio e studi condotti a livello internazionale riportano che le cause di tali errori siano multifattoriali e capaci di coinvolgere differenti operatori sanitari, ciascuno dei quali interagisce, a vari livelli, nel processo di gestione del farmaco.

Gli eventi sentinella possono, tuttavia, essere evitati, proprio come rilevato nel capitolo settimo di questo lavoro rispetto agli errori di attribuzione dei *triage*, sia da parte dell'Ares 118 sia da parte dei reparti di pronto soccorso. Un coinvolgimento maggiore delle aziende ospedaliere ed una adeguata e più intensa formazione sul campo delle professionalità che lavorano nelle organizzazioni e nei reparti ospedalieri potrebbero, infatti, agire positivamente in tal senso. Una formazione rivolta ad acquisire nuove metodologie di lavoro che facilitino gli operatori sanitari nell'impostare un trattamento terapeutico corretto e completo in tutti i suoi aspetti e capace di rispondere a quei requisiti di sicurezza richiesti dagli attori ministeriali.

Per restituire alcune tendenze, nelle tabelle che seguono, vengono riportati i dati raccolti dall'anno 2005 dall'osservatorio nazionale per il monitoraggio degli eventi sentinella, con l'obiettivo di condividere con le Regioni, le Province Autonome (P.A) e le aziende sanitarie, una modalità univoca di sorveglianza e gestione degli eventi sentinella sul territorio nazionale. I dati proposti si riferiscono alla versione del protocollo di monitoraggio, aggiornata al luglio 2009, con le modifiche che si sono rese necessarie a seguito della raccolta e dell'analisi dei dati pervenuti da parte delle aziende sanitarie e dei professionisti, di cui il ministero ha garantito l'anonimato.

Nella tabella 1 vengono presentati i dati inerenti i principali luoghi ove si sono verificati gli eventi sentinella.

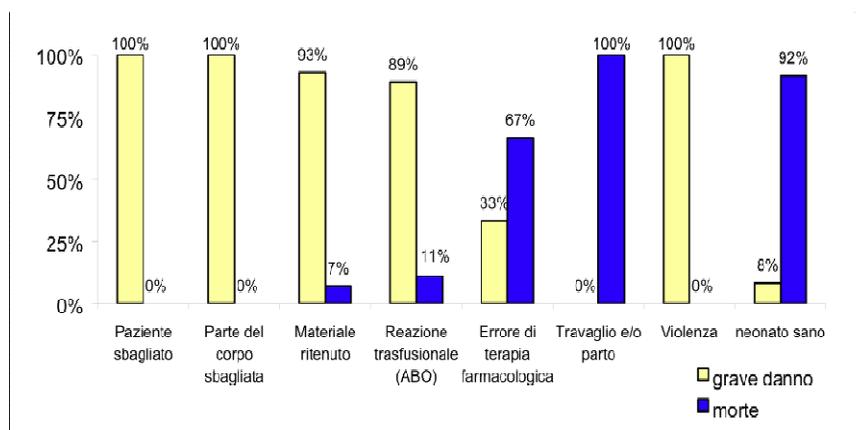
Più del 40% degli eventi sentinella registrati sono occorsi all'interno delle stanze di degenza, mentre il 24% degli eventi si è verificato in sala operatoria.

LUOGO EVENTO	N°	%
REPARTO DI DEGENZA	157	40,8
SALA OPERATORIA	99	25,7
DOMICILIO	53	13,8
AMBULATORIO	19	4,9
BAGNI	17	4,4
ALTRO	13	3,4
TERAPIA INTENSIVA	11	2,9
SCALE	6	1,6
NON SPECIFICATO	5	1,3
CORRIDOIO	3	0,8
AMBULANZA	2	0,5
Totale	385	100

Fonte dati luglio 2009: Ministero del Lavoro della Salute e delle Politiche sociali Dip. Qualità, 2° rapporto Settembre 2005-Agosto2009

Nella tabella 2 viene, invece, rappresentato il tipo di evento con il relativo esito, con esclusione della categoria ‘suicidio in paziente ricoverato’, nella quale il tasso di letalità registrato nel rapporto del 2005 era del 100%.

Tabella 2 ESITO PER TIPO DI EVENTO SENTINELLA



Fonte dati ottobre 2009: Ministero del Lavoro della Salute e delle Politiche Sociali, Dipartimento qualità, 2° rapporto settembre 2005–agosto 2009

Come si evince per l'evento sentinella 'errore di terapia farmacologica' il 67% di questa tipologia di eventi si è tramutato in un decesso del paziente mentre il 63% di questi in un grave danno per quest'ultimo.

Indipendentemente dalla tipologia di evento il totale degli eventi sentinella rilevati dal ministero ha evidenziato che il 54,8% degli eventi segnalati causa la morte del paziente e nel 10,7% dei casi rende, invece, necessario un reintervento chirurgico (Tabella 3).

**Tabella 3 ESITI DEGLI EVENTI SENTINELLA
SEGNALATI**

ESITO	N°	%
MORTE	211	54,8
REINTERVENTO CHIRURGICO	41	10,7
ALTRO	40	10,4
TRAUMA MAGGIORE CONSEGUENTE A CADUTA DI PAZIENTE	24	6,2
REAZIONE TRASFUSIONALE CONSEGUENTE AD INCOMPATIBILITÀ ABO	19	4,9
TRASFERIMENTO AD UNA UNITÀ SEMINTENSIVA O DI TERAPIA INTENSIVA	16	4,2
STATO DI MALATTIA CHE DETERMINA PROLUNGAMENTO DELLA DEGENZA O CRONICIZZAZIONE	13	3,4
DISABILITÀ PERMANENTE	11	2,9
RICHIESTA DI TRATTAMENTI PSICHIATRICI E PSICOLOGICI SPECIFICI IN CONSEGUENZA DI TENTATIVI DI SUICIDIO O VIOLENZA SUBITA NELL'AMBITO DELLA STRUTTURA	4	1,0
COMA	3	0,8
RIANIMAZIONE CARDIO RESPIRATORIA	3	0,8
TOTALE	385	100

Fonte dati: Ministero del Lavoro della Salute e delle Politiche Sociali
Dipartimento qualità, 2° rapporto, settembre 2005 - agosto 2009

Ai fini della mia osservazione nel reparto di chirurgia oncologica è stato interessante costatare come la distribuzione di frequenza per disciplina/area di assistenza degli eventi sentinella, rilevi come siano proprio i reparti di chirurgia, di ginecologia e di ostetricia i luoghi

maggiormente interessati da questo tipo di eventi, seguiti dai reparti di medicina generale e da quelli di ortopedia e traumatologia

Tabella 4 EVENTI SENTINELLA PER DISCIPLINA/AREA DI ASSISTENZA

DISCIPLINA/AREA ASSISTENZIALE	EVENTI	
	N°	%
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	57	14,8
CHIRURGIA GENERALE	51	13,3
MEDICINA GENERALE	47	12,2
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	34	8,8

Fonte dati ottobre 2009: Ministero del Lavoro della Salute e delle Politiche Sociali, Dipartimento qualità, 2° rapporto settembre 2005–agosto 2009

I reparti chirurgici sono, infatti, dei contesti lavorativi che possono divenire altamente rischiosi, proprio come si evince dalle storie dal campo utilizzate nella ricerca. Per tale motivo attivare un coinvolgimento maggiore degli operatori sanitari, in merito alle attività ministeriali svolte, può incoraggiare la riflessività lavorativa dei professionisti che agiscono nei reparti di degenza.

Consapevolezza degli esiti del proprio operato e degli strumenti per poter prevenire i rischi che possono sorgere durante il periodo dell'ospedalizzazione può rappresentare, dunque, una tappa fondamentale del processo di sviluppo aziendale e su cui occorre continuare ad investire.

A seguire, per conoscenza, si allega il documento ministeriale inerente la procedura per la segnalazione e trasmissione degli eventi sentinella.

Procedura per la segnalazione e trasmissione degli eventi sentinella

Ogni volta che si verifica un evento avverso, la direzione aziendale, oltre a prendere in carico il paziente per attuare tutte le misure necessarie al fine di mitigare il danno ed attivare i dovuti processi di comunicazione con pazienti e/o loro familiari in modo trasparente e completo, mette in atto le seguenti azioni relativamente alla procedura di segnalazione dell'evento sentinella.

1. L'operatore sanitario (medico, infermiere od altro professionista coinvolto nell'evento avverso o che sia venuto a conoscenza dell'occorrenza di un evento avverso) comunica quanto accaduto al referente del rischio clinico (funzione/unità) o alla direzione aziendale (sanitaria/generale), secondo le procedure individuate a livello regionale o aziendale.

2. Il referente per la gestione del rischio clinico, ove presente, o altro referente individuato dalla direzione aziendale, avvia immediatamente una indagine interna per stabilire se l'evento avverso soddisfa i criteri per essere definito evento sentinella.

Se dall'indagine interna emerge che l'evento avverso è conseguente ad errore (attivo o latente) e può aver provocato un danno, segnala l'evento sentinella utilizzando la scheda A del presente protocollo, raccoglie ed analizza tutte le informazioni necessarie al fine di comprendere i fattori e le cause che hanno contribuito e determinato il verificarsi dell'evento, seguendo le indicazioni contenute nella scheda B del presente Protocollo; infine invia la scheda B per l'analisi delle cause e dei fattori contribuenti ed il piano d'azione entro 45 giorni solari al ministero.

Modalità di invio delle schede cartacee

Le strutture sanitarie inviano la scheda A (scheda di segnalazione iniziale) e la scheda B (scheda per l'analisi delle cause e dei fattori contribuenti e piano d'azione), parti integranti del protocollo di monitoraggio, al ministero secondo le seguenti modalità:

Invio scheda A

Il referente per la gestione del rischio clinico, ove presente, o un

referente individuato dalla direzione aziendale, provvede a compilare la scheda A, ad inviarla al ministero, anche per il tramite della propria Regione di appartenenza, al momento del verificarsi dell'evento o dell'avvenuta conoscenza dello stesso.

Invio scheda B

Il referente per la gestione del rischio clinico, ove presente, o un referente individuato dalla direzione aziendale provvede a compilare la scheda B, ad inviarla al ministero, anche per il tramite della propria Regione di appartenenza, entro 45 giorni solari. Nell'ambito della progressiva attivazione del protocollo per il monitoraggio degli eventi sentinella, tramite il sistema informativo di monitoraggio degli errori in sanità (SIMES), le modalità di segnalazione dell'evento sentinella nonché la validazione ai diversi livelli istituzionali (Locale, Regione e province autonome, Ministero), avverrà utilizzando un applicativo a cui occorre registrarsi o inviando periodicamente dei flussi, sulla base delle modalità di invio individuate da parte di ogni Regione. Il link <http://www.nsis.ministerosalute.it> è la porta unica di accesso per gli utenti che debbono provvedere ad inserire e validare gli eventi sentinella oggetto di segnalazione.

Tipologie di schede: scheda A e scheda B.



*Ministero del Lavoro, della Salute e
delle Politiche sociali*

**DIPARTIMENTO DELLA QUALITÀ
DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA,
DEI LIVELLI DI ASSISTENZA E DEI PRINCIPI ETICI DI SISTEMA
UFFICIO III**

**OSSERVATORIO NAZIONALE
SUGLI EVENTI SENTINELLA**

SCHEDA A

Segnalazione dell'evento sentinella

Luglio 2009



Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche sociali

**DIPARTIMENTO DELLA QUALITÀ
DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA,
DEI LIVELLI DI ASSISTENZA E DEI PRINCIPI ETICI DI SISTEMA
UFFICIO III**

OSSERVATORIO NAZIONALE SUGLI EVENTI SENTINELLA

Segnalazione dell'evento sentinella

<p>*Denominazione struttura sanitaria:</p> <p>ASL /A.O. di appartenenza:</p> <p>Regione:Provincia:Comune:</p> <p>Tipo struttura:</p>
<p>*Referente per la compilazione:.....</p> <p>Qualifica:</p> <p>Tel: fax: e-mail:</p> <p>(Valorizzare almeno uno tra tel, fax e mail)</p>
<p>Data compilazione:...../...../.....</p>

** dato obbligatorio*

***LISTA EVENTI SENTINELLA**

Indicare con il simbolo [X] l'Evento Sentinella che è avvenuto:

1	Procedura in paziente sbagliato	
2	Procedura chirurgica in parte del corpo sbagliata (lato, organo o parte)	
3	Errata procedura su paziente corretto	
4	Strumento o altro materiale lasciato all'interno del sito chirurgico che richiede un successivo intervento o ulteriori procedure	
5	Reazione trasfusionale conseguente ad incompatibilità ABO	
6	Morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica	
7	Morte materna o malattia grave correlata al travaglio e/o parto	
8	Morte o disabilità permanente in neonato sano di peso >2500 grammi non correlata a malattia congenita	
9	Morte o grave danno per caduta di paziente	
10	Suicidio o tentato suicidio di paziente in ospedale	
11	Violenza su paziente	
12	Atti di violenza a danno di operatore	
13	Morte o grave danno conseguente ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero)	
14	Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale operativa 118 e/o all'interno del Pronto Soccorso	
15	Morte o grave danno imprevisti conseguente ad intervento chirurgico	
16	Ogni altro evento avverso che causa morte o grave danno al paziente	

**Barrare un solo evento per ogni segnalazione*

***Data dell'evento:** ***Ora dell'evento:** :

Disciplina/Assistenza:

.....

Luogo dove si è verificato l'evento:

Ambulanza

Ambulatorio

Bagni

Corridoio

Domicilio

Reparto di degenza

Sala operatoria

Scale

Terapia intensiva

Altro (Specificare, ad esempio Pronto Soccorso, Sala parto.....)

***Sesso:** M F

***Anno di nascita:**

Breve descrizione dell'evento:

.....

.....

***Esito dell'evento (barrare solo una casella):**

Morte

Disabilità permanente

Coma

Stato di malattia che determina prolungamento della degenza o cronicizzazione

Trauma maggiore conseguente a caduta di paziente

Trasferimento ad una unità semintensiva o di terapia intensiva

Reintervento chirurgico

Rianimazione cardio respiratoria

Richiesta di trattamenti psichiatrici e psicologici specifici in conseguenza di tentativi di suicidio o violenza subita nell'ambito della struttura

Reazione trasfusionale conseguente ad incompatibilità ABO

Altro

Se "Altro" Specificare (ad esempio Trattamenti terapeutici con ulteriori farmaci che non sarebbero stati altrimenti necessari, Richiesta di indagini diagnostiche di maggiore complessità, Traumi e fratture)

.....

Cause e fattori che possono aver determinato l'evento o contribuito in qualche modo:

.....
.....
.....
.....

Tutte le informazioni fornite rimarranno confidenziali.

Invio scheda A

Il referente per la gestione del rischio clinico, ove presente, o un referente individuato dalla Direzione aziendale, provvede a compilare la scheda A, ad inviarla al Ministero, anche per il tramite della propria Regione di appartenenza, al momento del verificarsi dell'evento o dell'avvenuta conoscenza dello stesso.



Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche sociali

**DIPARTIMENTO DELLA QUALITÀ
DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA,
DEI LIVELLI DI ASSISTENZA E DEI PRINCIPI ETICI DI SISTEMA
UFFICIO III**

OSSERVATORIO NAZIONALE SUGLI EVENTI SENTINELLA

SCHEDA B

**Analisi delle cause e dei fattori contribuenti e
piano d'azione**

Tutte le informazioni fornite rimarranno confidenziali.



Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche sociali

**DIPARTIMENTO DELLA QUALITÀ
DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA,
DEI LIVELLI DI ASSISTENZA E DEI PRINCIPI ETICI DI SISTEMA
UFFICIO III**

OSSERVATORIO NAZIONALE SUGLI EVENTI SENTINELLA

Analisi delle cause e dei fattori contribuenti

1. EVENTO SENTINELLA

***Descrizione di ciò che è avvenuto, anche se possibile tramite un diagramma di flusso (allegare solo per invio cartaceo)**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Indicare il metodo di analisi utilizzato per l'analisi delle cause e dei fattori che hanno contribuito al verificarsi dell'evento avverso:

- Audit
- RCA
- Altro

Se indicata la voce "Altro" Specificare.....

2. CAUSE E FATTORI LEGATI ALLA COMUNICAZIONE

2.1. Sono emerse cause o fattori legati alla carenza/mancanza di informazione e comunicazione?

Sì No N.a.

Se sì, Specificare

2.2. Sono emerse inadeguatezze nella documentazione analizzata ai fini del chiaro inquadramento del paziente, del piano di trattamento e della risposta del paziente al trattamento?

Sì No N.a.

2.3. Sono emerse inadeguatezze nella comunicazione tra gli operatori sanitari nella gestione del processo assistenziale?

Sì No N.a.

2.4. Sono emerse inadeguatezze nella comunicazione tra operatori sanitari e pazienti/familiari/accompagnatori, ovvero non sono stati coinvolti il paziente e/o i familiari/accompagnatori attivamente nel processo assistenziale?

Sì No N.a.

3. CAUSE E FATTORI UMANI

3.1. Sono emerse cause o fattori correlabili alla carente formazione/addestramento degli operatori?

Sì No N.a.

Se sì, Specificare

3.2. Sono emerse inadeguatezze nelle competenze/conoscenze degli operatori?

Sì No N.a.

3.4. Sono emerse inadeguatezze legate alla organizzazione del lavoro (ad esempio organizzazione dei turni, fatica, stress)?

Sì No N.a.

4. CAUSE E FATTORI AMBIENTALI

4.1. Sono emerse cause o fattori correlabili all'ambiente fisico ?

Sì No N.a.

4.2. Se sì, Specificare:

Fattori strutturali (idoneità dei locali)

Fattori legati alla logistica

Fattori legati al microclima

Altro Specificare

5. CAUSE E FATTORI LEGATI ALLE TECNOLOGIE SANITARIE

A) Dispositivi medici e apparecchiature elettromedicali

5.1. Sono emersi cause o fattori correlabili all'uso di dispositivi medici ed apparecchiature elettromedicali

Sì No N.a.

5.2. Se sì Specificare:

mancanza malfunzionamento uso non corretto

5.3. Specificare a quale categoria appartiene il dispositivo secondo la classificazione Nazionale (D.M. 22/09/2005)

Codice Categoria Codice CND

Descrizione strumento

5.4. Esiste un piano di manutenzione preventiva per il dispositivo in oggetto?

Sì No N.a.

5.5 E' stato rispettato il piano di manutenzione preventiva (inclusi eventuali aggiornamenti o patch software) per i il dispositivo in oggetto?

Sì No N.a.

B) Farmaci

5.5. Sono emerse cause o fattori legati all'uso dei farmaci?

Si No N.a.

5.6. Se sì, Specificare:

mancanza uso non corretto

5.7. Se uso non corretto, Specificare:

Prescrizione Conservazione

Preparazione Somministrazione

C) Linee-guida, Raccomandazioni, protocolli assistenziali, procedure, barriere

5.8. Sono emerse cause o fattori legati a:

Linee-guida Specificare:

Assenza Inadeguatezza Violazione

Raccomandazioni per la sicurezza dei pazienti Specificare:

Assenza Inadeguatezza Violazione

Protocolli assistenziali Specificare:

Assenza Inadeguatezza Violazione

Procedure Specificare:

Assenza Inadeguatezza Violazione

Sono state individuate cause o fattori legati al venir meno di barriere/sistemi per la sicurezza o strumenti con funzione di protezione per il paziente, gli operatori nel contesto lavorativo-ambientale?

5.10. Si No N.a.

5.11. Se sì, Specificare

Piano d'azione

Specificare le azioni intraprese in seguito ai risultati emersi dall'indagine avviata dalla struttura ed in particolare all'analisi delle cause e dei fattori contribuenti e/o determinanti l'evento sentinella. Indicare anche quale figura professionale è stata individuata come responsabile del monitoraggio dell'azione (senza specificarne nome e cognome).

*** Descrizione dell'azione n. 1:**

.....
.....
.....

Responsabile dell'azione :

Indicatore di esito misurabile:

.....

Giorno della misura

Periodicità misura:(Specificare se giornaliera, settimanale, mensile o altro)

Coinvolgimento della Direzione aziendale Sì No

** dato obbligatorio*

Descrizione dell'azione n. 2:

.....
.....
.....

Responsabile dell'azione :

Indicatore misurabile:

Giorno della misura

Periodicità misura:(Specificare se giornaliera, settimanale, mensile o altro)

Coinvolgimento della Direzione aziendale Sì No

Descrizione dell'azione n. 3:

.....
.....
.....

Responsabile dell'azione :

Indicatore misurabile:

Giorno della misura

Periodicità misura:(Specificare se giornaliera, settimanale, mensile o altro)

Coinvolgimento della Direzione aziendale Sì No

Descrizione dell'azione n.:

.....
.....
.....

Responsabile dell'azione :

Indicatore misurabile:

Giorno della misura

Periodicità misura:(Specificare se giornaliera, settimanale, mensile o altro)

Coinvolgimento della Direzione aziendale Sì No

Modalità di invio scheda B

Le strutture sanitarie inviano la scheda B del protocollo al Ministero, secondo le seguenti modalità: il referente per la gestione del rischio clinico, ove presente, o un referente individuato dalla Direzione aziendale, provvede a compilare la scheda B per l'analisi delle cause e dei fattori contribuenti e determinanti e ad inviarla al Ministero, anche per il tramite della propria Regione di appartenenza, entro 45 giorni solari dall'accaduto o dalla conoscenza dell'evento e dall'invio della scheda A.

8. GLOSSARIO

Ai fini del Monitoraggio degli eventi sentinella si riportano i seguenti termini:

Danno: alterazione, temporanea o permanente, di una parte del corpo o di una funzione fisica o psichica (compresa la percezione del dolore).

Errore: fallimento nella pianificazione e/o nell'esecuzione di una sequenza di azioni che determina il mancato raggiungimento, non attribuibile al caso, dell'obiettivo desiderato.

Errore in terapia (medication error)

Qualsiasi errore che si verifica nel processo di gestione del farmaco e può essere rappresentato da:

- **Errore di prescrizione**

Riguarda sia la decisione di prescrivere un farmaco sia la scrittura della prescrizione medica

- **Errore di trascrizione/ interpretazione**

Riguarda la errata comprensione di parte o della totalità della prescrizione medica e/o delle abbreviazioni e/o della scrittura

- **Errore di allestimento/preparazione**

Avviene nella fase di preparazione o di manipolazione di un farmaco prima della somministrazione (ad esempio diluizione non corretta, miscelazione di farmaci incompatibili), può accadere sia quando il farmaco è preparato dagli operatori sanitari sia quando è preparato dal paziente stesso

- **Errore di distribuzione**

Avviene nella fase di distribuzione del farmaco, quando questo è distribuito dalla farmacia alle unità operative o ai pazienti

- **Errore di somministrazione**

Avviene nella fase di somministrazione della terapia, da parte degli operatori sanitari o di altre persone di assistenza, o quando il farmaco viene assunto autonomamente dal paziente stesso.

Esito (Outcome)

Modificazione delle condizioni di salute come prodotto degli interventi sanitari erogati.

Evento (Incident)

Accadimento che ha dato o aveva la potenzialità di dare origine ad un danno non intenzionale e/o non necessario nei riguardi di un paziente.

Evento avverso: evento inatteso correlato al processo assistenziale e che comporta un danno al paziente, non intenzionale e indesiderabile. Gli eventi avversi possono essere prevenibili o non prevenibili. Un evento avverso attribuibile ad errore è “un evento avverso prevenibile”.

Evento avverso da farmaco (Adverse Drug Event)

Qualsiasi evento indesiderato che si verifica durante una terapia farmacologica, per effetto dell'uso o del non uso di un farmaco, ma non strettamente correlato all'azione del farmaco stesso.

Gli eventi avversi da farmaco comprendono:

- **eventi avversi da farmaco prevenibili**, ovvero causati da un errore in terapia
- **eventi avversi da farmaco non prevenibili**, che avvengono nonostante l'uso appropriato, definiti come “reazioni avverse a farmaci” (ADR).

Evento Sentinella

Evento avverso di particolare gravità, potenzialmente indicativo di un serio malfunzionamento del sistema, che può comportare la morte o grave danno al paziente e che determina una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del servizio sanitario.

Per la sua gravità, è sufficiente che si verifichi una sola volta perchè si renda opportuna un'indagine immediata per accertare quali fattori eliminabili o riducibili lo abbiamo causato o vi abbiano contribuito e determini l'implementazione di adeguate misure correttive da parte dell'organizzazione.

Linea guida

Raccomandazioni elaborate in modo sistematico, sulla base delle evidenze scientifiche, per assistere operatori sanitari e pazienti in decisioni relative a quali modalità di assistenza appropriate adottare in specifiche circostanze cliniche.

Procedura

Modo specificato per svolgere un processo.

Procedura diagnostica/terapeutica

Qualsiasi tipo di intervento diagnostico/terapeutico indipendentemente dalla complessità della prestazione sanitaria.

Protocolli assistenziali

Adattamenti locali di linee guida internazionali e/o nazionali in riferimento alle esigenze ed alle caratteristiche logistico-organizzative, strutturali e tecnologiche della struttura sanitaria che li adotta ed implementa.

Raccomandazioni per la sicurezza dei pazienti

Nell'ambito del sistema di monitoraggio degli eventi sentinella proposto dal Ministero del Lavoro, della salute e delle Politiche sociali, si intendono tutte le indicazioni rivolte alle strutture sanitarie e/o ai professionisti finalizzate alla riduzione del rischio di occorrenza di eventi avversi e prodotte da istituzioni del SSN.

Reazione avversa a farmaco (Adverse Drug Reaction)

Risposta ad un farmaco, indesiderata, involontaria, nociva e non prevenibile, che si verifica alle dosi normalmente usate nell'uomo per la profilassi, la diagnosi, la terapia o per ripristinare, correggere o modificare le funzioni fisiologiche.

Struttura sanitaria:

Punto di erogazione della prestazione, ad esempio:

AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA E POLICLINICO

AZIENDA OSPEDALIERA

CASA DI CURA PRIVATA ACCREDITATA

FONDAZIONE CNR

ISTITUTI DI RIABILITAZIONE

ISTITUTO DI RICOVERO E CURA A CARATTERE SCIENTIFICO

ISTITUTO PSICHIATRICO RESIDUALE

SPDC

CENTRO RIABILITAZIONE

PRESIDIO OSPEDALIERO

OSPEDALE A GESTIONE DIRETTA

AMBULATORIO E LABORATORIO

STRUTTURA RESIDENZIALE

STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE

ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE

Bibliografia

- Agrip M., (2009), “*FUT, foglio unico di terapia*, Infermiere Forense, testo disponibile al sito: <http://www.infermierelegale.altervista.org>, consultato il 26/05/2010.
- Achard P.O., Castello V., Profili S., (2003), *Il governo del processo strategico nelle aziende sanitarie*, FrancoAngeli, Milano.
- Achard P.O., Profili S., Castello V., (2000), *Lo spazio strategico: una valutazione empirica*, in Fontana F., Lorenzoni G. (a cura di), *L'architettura strategica delle aziende ospedaliere: un'analisi empirica*, FrancoAngeli, Milano.
- Albolino S., Cook R., (2005), “Medici in terapia intensiva: sensemaking, sicurezza e lavoro quotidiano”, *Studi organizzativi*, 2: 7-28, FrancoAngeli, Milano.
- Arcelay A., *et al.*, (1999), “Self-assessment of all the centres of a public health service through the European Model of Total Quality Management”, *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 12:54-60.
- Arcuri FP., a cura di (1993), *L'organizzazione ospedaliera tra complessità e creatività*, Franco Angeli, Milano.
- Banchieri G., (2005), *Confronti: Pratiche di Benchmark nella Sanità Pubblica italiana*, IEP Italtpromo Esis Publishing, Roma.
- Banchieri G., (2007), *Il monitoraggio in sanità*, Edizioni SIM spa, Società Italiana di Monitoraggio, Roma.
- Banchieri G., (2008), *Glossario scientifico dell'osservatorio delle pratiche della sanità Italiana*, a cura di Giorgio Banchieri, Silvia Boni e Deborah Gordini, Edizioni Formez.

- Banchieri G., Silvia B., (2007), *Materiali dell'osservatorio delle pratiche della sanità italiana*, Edizioni FORMEZ, Roma.
- Baraghini G., Capelli M., (1997), *Il sistema qualità ISO 9000 in sanità*, FrancoAngeli, Milano.
- Bargagna M., Merusi F., (1978), *La cartella clinica*, Ed. Giuffrè.
- Bargagna M., “*Aspetti medico-legali della documentazione sanitaria ospedaliera*, Giornata di studio sui problemi connessi alla gestione della documentazione sanitaria ospedaliera”, Pisa, 20 maggio 1988, Atti del Convegno, p. 95.
- Barnard C., (1938), *The functions of executive.*, Cambridge, MA, Harvard University Press, (trad. it. *Le funzioni del dirigente*, UTET, Torino, 1970).
- Berg M., (1997), *Rationalizing Medical Work: Decision-Support Techniques and Medical Practices*, Cambridge, MA, MIT Press.
- Berg M., Bowker G., (1997), “The multiple Bodies of the Medical Record: Toward a Sociology of an Artifact”, *Sociological Quarterly*, vol 38, Issue 3, June, pp. 513–537.
- Bertalanffy L.V, (1968), *General System Theory. Development, Applications*, George Braziller, New York, (trad. it.: *Teoria Generale dei Sistemi*, Oscar Saggi Mondadori, 2004).
- Basaglia F., (1970), *Le contraddizioni della comunità terapeutica*, testo disponibile al sito: <http://www.triestesalutementale.it/letteratura/testi/31contr.htm>, consultato il 23/09/2010.
- Battistelli, F. (1998), *Burocrazia e mutamento. Persuasione e retorica dell'innovazione amministrativa*, Franco Angeli, Milano.

- Battistelli F., (2004), *Burocrazia e mutamento. Persuasione e retorica dell'innovazione amministrativa*, FrancoAngeli, Milano.
- Battistelli F., (2005), *Managerializzazione e retorica*, in Battistelli F., a cura di, *La cultura delle amministrazioni fra retorica e innovazione*, FrancoAngeli, Milano.
- Bohr N., (1958), *Atomic Theory and Human Knowledge*, New York, Wiley.
- Bolland R., (1989), "Beyond the Objectivist and the Subjectivist: Learning to Read Accounting as Text", *Accounting Organizations and Society*, 14: 591-604.
- Bollero E., Panà A., Catananti C., Muzzi A., (2003), "L'Epidemiologia degli errori in Sanità", Interventi di U.L., Aparo, in *Rivista Igiene e Sanità Pubblica*, LX. 1-2.
- Bonazzi G., La Rosa M., a cura di (1994), *Modello Giapponese e produzione snella: la prospettiva Europea*, Sociologia del lavoro/51-52, FrancoAngeli, Milano.
- Bonazzi G., (1999), *Dire fare pensare. Decisioni e creazione di senso nelle organizzazioni*, FrancoAngeli, Milano.
- Bonazzi G., (2000), *Storia del pensiero organizzativo*, FrancoAngeli, Milano.
- Borgonovi E., (2004a), *Principi e sistemi aziendali per le amministrazioni pubbliche*, Egea, Milano.
- Borgonovi E., (2004b), *Ripensare le amministrazioni pubbliche. Tendenze evolutive e percorsi di approfondimento*, Egea, Milano.
- Bourdieu P., (1981), *Men and machine*, in *Advances in social theory and methodology*, a cura di, K. Knorr-Cettina e A. Cicourel, London, Routledge, pp 304-318.

- Bowker G.C., Star S.L., (1999), *Sorting Things Out: Classification and Its Consequences*, Cambridge, Ma., The MIT Press.
- Braccini M., (1998), *La Qualità Totale come strategia competitiva*, Ed. Scuola Superiore G. Reiss Romoli.
- Bruni A., (2003), *Lo studio etnografico delle organizzazioni*, Carocci, Roma.
- Bruni A., (2004), *Tecnologie, oggetti e pratiche di lavoro quotidiane: il caso della Cartella Clinica Informatizzata*, in Gherardi S., Strati A., a cura di, *La telemedicina: tra tecnologia e organizzazione*, Carocci, Roma.
- Bruni A., (2005a), “La socialità degli oggetti e la materialità dell’organizzare: umani e non umani nei contesti lavorativi”, *Studi Organizzativi*, 1: 113-129.
- Bruni A., (2005b), “Shadowing Software and Clinical Records: on the Ethnography of Non-Humans and Heterogenous Contexts”, *Organization*, 12(3): 357-378.
- Bruni A., Fasol R., Gherardi S., (2007), *L'accesso ai servizi sanitari. Traiettorie, differenze, disuguaglianze*, Carocci, Roma.
- Bruni A., Gherardi S., (2007), *Studiare le pratiche lavorative*, Il Mulino, Bologna.
- Bruni A., Perrotta M., (2007), “Apprendimento inter-organizzativo e biotecnologie: dal network al networking”, *Studi organizzativi*, 1: 197-214.
- Buetow S., Roland M., (1999), “Clinical governance: bridging the gap between managerial and clinical approaches to quality of care”, *Quality in Health Care*, 8, 184-190.
- Buzzi F., Sclavi C., (1997), “La cartella clinica: atto pubblico, scrittura privata o tertium genus”, in *Rivista Italiana Medicina Legale*, 19, 1161.

- Callon M., (1980), “Struggles and negotiation to define what is problematic and what is not: the sociology of translation”, in D. Knorr-Cetina, Krohn, Whitley: 197-219.
- Callon M., (1986), “Some elements for a sociology of translation: domestication of the scallops and the fishermen of St. Brieuc Bay”, in Law J., 1986, (ed.), *Power, Action and Belief: a New Sociology of Knowledge?*, London, Sociological Review Monograph: Routledge and Kegan Paul, p.196-233. Texte publié en français: Callon M., 1986, “Éléments pour une sociologie de la traduction: la domestication des coquilles St-Jacques et des marins pêcheurs dans la baie de St. Brieuc”, *L'Année Sociologique*, numéro spécial La sociologie des Sciences et des Techniques, 36, p.169-208.
- Callon M., Latour B., (1981), *Unscrewing the Big Leviathan: or How Actors Macrostructure Reality and How Sociologists Help Them To Do So?*, in Knorr-Cetina e Cicourel KKAA., 1980, pp 277-303 (ed.), *Advances in Social Theory and Methodology: Toward an Integration of Micro and Macro-Sociologies*, London, Routledge an Kegan Paul.
- Callon M., Latour B., (1986), “Comment concevoir les innovations? Clefs pour l’analyse socio-technique”, *Prospective et Santé*, (36, hiver), p.13-25.
- Caprari C., (2003), “Etnografia di un servizio pubblico: una visita guidata tra infermieri e medici”, *La Critica Sociologica*, 148: 39-52.
- Caprari C., (2008), “La gestione del rischio clinico tra costruzione sociale e relazioni organizzative”, Tesi di dottorato in *Sistemi Sociali, Organizzazione e Analisi delle Politiche Pubbliche*, Università di Roma “Sapienza”.
- Cardi P., Cilento M., Fontana S., Ingicco C., Rosa Nasti, Valanzano N., (2006), *dal government alla governance: un percorso per l’area PIT penisola sorrentina amalfitana*, XIII MDL, Master in Local Development, p.9, testo disponibile al sito:

http://www.eprints.stoa.it/362/1/REPORT_Governance_PIT_Penisola_Sorrentina_Amalfitana.pdf, consultato il 10/05/ 2009.

Cicchetti A., (1999), *Network di relazioni e performance di unità operative. Uno studio empirico sull'organizzazione ospedaliera*, Tesi di dottorato. Dipartimento Discipline Economico-Aziendali, Università di Bologna

Cicchetti A., Lomi A., (2000), *Basi relazionali, istituzionali e manageriali della strutturazione organizzativa: un confronto tra prospettive di progettazione in un grande ospedale universitario*, in Maggi B., a cura di, *Le sfide organizzative di fine/inizio millennio*, EGEA, Milano, 2000.

Cicchetti A., Profili S., (2000), *Organizzazione formale, informale e impatto sulle performance delle unità operative ospedaliere*, testo disponibile al sito: <http://www.aiesweb.it/media/pdf/co0003/021.pdf>, consultato il 13/04/2010.

Cicchetti A., Lomi A., (2001), *Aspetti relazionali e attributivi della variabilità nella performance delle unità organizzative sanitarie*, in Costa G., a cura di, *Flessibilità e Performance*, Atti del convegno di Padova 1-2 febbraio 2001, (CD-Rom).

Cicchetti A., (2002), *L'organizzazione dell'ospedale*, Vita e Pensiero Editore, Milano.

Cicchetti A., Profili S., Fontana S., (2003), “Le competenze delle figure manageriali nella sanità in Italia”, *Sviluppo & Organizzazione*, 198: 21-35.

Cicchetti A., (2004), *La progettazione organizzativa. Principi, strumenti e applicazioni nelle organizzazioni sanitarie*, FrancoAngeli, Milano.

Coleman J., (1994), *Power and Structure of Society*, Norton, New York.

- Collicelli C., (1998), *Benessere e tutela. Vincoli economici, derivate culturali e nodi politici*, FrancoAngeli, Milano.
- Cooper R., Law J., (1995), *Visioni distali e prossimali dell'organizzazione*, in Bacharach, Gagliardi e Mundel: 285-323, Il pensiero organizzativo europeo.
- Cortucci C, Valsecchi M., (2002) “Cartella clinica orientata per problemi: strumento per superare possibili conflitti tra diritto alla salute e diritto alla riservatezza”, in *Rivista di Diritto e Professioni Sanitarie*; 5(3): 191-197, testo disponibile al sito: <http://www.medleg.it/CORTUCCI-CartellaClinica.pdf>
- Coser, R., (1958), “Authority and decision-making in a hospital”, *American Sociological Review*, 23: 56-64.
- Cosmacini, G., (1997), *L'arte lunga*, Laterza, Roma-Bari.
- Crozier M., (1988), *Stato modesto, Stato moderno*, trad. it Ed. Lavoro, Roma.
- Czarniawska-Joerges B., (1990), “Venti di cambiamento organizzativo: come le idee si traducono in oggetti e azioni”, in Bacharach S. B., Gagliardi P., Mundell B., a cura di, *Il pensiero organizzativo europeo*, Guerini, Milano, 1995.
- Czarniawska-Joerges B., Sevón G., a cura di (1996), *Translating Organizational Change*, de Gruyter, Berlino-New York.
- Czarniawska-Joerges B., (2004), *Narratives in Social Science Research*, Sage, London.
- Czarniawska-Joerges B., Sevón G., eds. (2005), *Global Idea, How Ideas, Objects and Practices Travel in the Global Economy*, Copenhagen Business School Press, Copenhagen.
- Czarniawska-Joerges B., Hernes T., eds. (2005), *Actor-Network Theory and Organizing*, Liber&Copenhagen Business School Press, Malmö.

- Czarniawska-Joerges B., (2007), *Shadowing and Other Techniques for Doing Fieldwork in Modern Societies*, Liber, Malmö.
- Czarniawska-Joerges B., (2008), *A Theory of Organizing*, Edward Elgar, UK and Nordhampton MA, USA.
- Czarniawska-Joerges B., (2009), *ANSA. Analisi etnografica di un'agenzia di stampa*, Carocci, Roma.
- Czarniawska-Joerges B., Hernes T., (2005), *Constructing macro actors according to ANT*, in Czarniawska B., Hernes T., eds., *Actor Network Theory and Organizing*, Liber, Malmö.
- De Rosnay J., (1997), *Il macroscopio, verso una visione globale*, Dedalo Libri, Bari.
- Di Pasquale A., (2007), "Clinical Governance in primary care: a mission impossible?", *Journal of Medicine & The Person*, March 2007, Vol. 5, Number 1.
- Di Stanislao F., Liva C., (1998), *Accreditamento dei servizi sanitari in Italia*, Ed. Centro Scientifico Editore.
- Edmondson A.C., (1996), "Learning from mistakes I esasier said than done: group and organisational influences on the detection and correction of human error", *J. Appl Behav Sci.*; 32:5-28.
- Edmondson A.C., Bohmer R., Pisano G., (2001), "Speeding up team learning", *Harvard Business Review*, 79(9), 125-132.
- Elmore R.F., (1982), *Backward Mapping: Implementation Research and Policy Decisions* in "Studyng Implementation: Methodoloical and Administrative issues, ed. W. Williams Chatman N.J.
- Emery F.E., Trist E., (1981), *Socio-technical Systems in Systems Thinking*, Vol. 1: selected readings, a cura di, Emery F.E, Harmondsworth, Penguin, pp. 322-337.

- Engestrom Y., (1987), *Learning by Expanding: An Activity Theoretical Approach to Developmental Research*, Helsinki, Orienta Konsultit.
- Engestrom Y., (1999), “Activity Theory and Individual Social Transformation”, in *Perspectives on Activity Theory*, a cura di Y. Engestrom, R. Miettinen e R.L. Punamaki, New York, Cambridge University Press, pp.19-38.
- Falconi M., (2008), *Il consenso informato*, bollettino dell’ordine provinciale di Roma dei medici chirurghi e degli odontoiatri, n. 4/2008, pp. 3-26.
- Featherstone M., (1991), *Consumer Culture and Postmodernism*, Sage, London.
- Fedele M., (1998), *Come cambiano le amministrazioni pubbliche*, Laterza, Roma-Bari.
- Fele G., (2002), *Etnometodologia. Introduzione allo studio delle attività ordinarie*, Carocci, Roma.
- Ferrario P., Bianchi M., Quaia L., (2002), *La qualità nei servizi socio-sanitari*, Carocci, Roma.
- FIASO, (2007), “Dibattito sull’ammodernamento del SSN, la Governance è una necessità”, *FIASO*, vol. n.1, gennaio 2007.
- Focarile F., (1998), *Indicatori di qualità nell’assistenza sanitaria*, Ed. Centro Scientifico Editore.
- Foucault, M., (1961), *Folie et déraison. Histoire de la folie à l’âge classique*, (trad. it.: *Storia della follia nell’età classica*, Rizzoli, Milano, 1963).
- Fontana F., (2005), *Clinical governance: una prospettiva organizzativa e gestionale*, FrancoAngeli, Milano.

- Forino F., (1997), “L’approccio sistemico alle organizzazioni sanitarie”, *Rivista Dedalo*, vol.1.
- Freddi G., (1990), *Medici e Stato del mondo occidentale*, Il Mulino, Bologna.
- Freidson E., (1963), “Medical sociology: a trend report”, in *Current Sociology*, 10.
- Freidson E., (1970), *Professional Dominance: The Social Structure of Medical Care*, Atherton Press, New York (trad. it.: *La dominanza medica. Le basi sociali della malattia e delle istituzioni sanitarie*, FrancoAngeli, Milano, 2002).
- Gagliardi P., Czarniawska- Joerges B., (2003), *Narratives We Organize By*, John Benjamins Publishing Company, Amsterdam/Philadelphia.
- Galbraith, J. K., (1967), *The new industrial State*, Boston, (trad. it.: *Il nuovo Stato industriale*, Einaudi, Torino 1968).
- Galgano A., (1990), *La qualità totale. Il company-wide-quality control come nuovo sistema manageriale*, Il Sole 24 Ore, Milano.
- Galgano A., (1991), “I mostri e la palestra”, *Harvard Espansione*, n. 50, pp. 59-66.
- Galgano A., (1992), *Ichiro e la qualità totale. Storia di un imprenditore*, Il Sole 24 Ore, Milano.
- Galgano A. (1996), *I sette strumenti della qualità totale. Manuale operativo*, Ed. Il Sole 24 Ore Management, Milano.
- Gardini A., (2007), *Verso la qualità. Percorsi, modelli, intuizioni ed appunti di viaggio per migliorare l'assistenza sanitaria*, Centro Scientifico Editore.
- Garfinkel, H., (1967), *Studies in Ethnomethodology*, Englewood Cliffs, Prentice-Hall.

- Gattai A., (1990), *Cartella clinica*, OEMF.
- Gawande A., (2002), *Salvo complicazioni: appunti di un chirurgo americano su una scienza imperfetta*, Fusi Orari Editore.
- Geertz C., (1973), *The Interpretation of Cultures* (trad. it., *Interpretazione di culture*, Il Mulino, Bologna 1987).
- Gherardi S., (1998), “Tradurre è tradire, ovvero la traslazione del controllo di gestione in ambito pubblico”, in *Il nuovo governo locale*, n. 2: 59-84.
- Gherardi S., Lippi A., a cura di (2000), *Tradurre la riforma in pratica. Le strategie della traslazione*, Cortina, Milano.
- Gherardi S., Lippi A., (2002), *La traslazione come metafora e come metodo*, in Battistelli, F., 2002, pp. 167-186, a cura di, *La cultura delle amministrazioni fra retorica e innovazione*, FrancoAngeli, Milano.
- Gherardi S., Strati A., a cura di (2004), *La Telemedicina. Fra tecnologia e organizzazione*, Carocci, Roma.
- Gherardi S., (2008), *Apprendimento tecnologico e tecnologie di apprendimento*, Il Mulino, Bologna.
- Giarelli G., (2003), *Il malessere della medicina*, FrancoAngeli, Milano.
- Gieryn T.F., (2002), “What buildings do”, in *Theory and Society*, 31, pp.35-74.
- Gobo, G., (2001), *Descrivere il mondo. Teoria e pratica del metodo etnografico in sociologia*, Carocci, Roma.
- Gobo G., Rozzi S., Zanini S., Diotti A., (2008), *Imparare a gestire l'emergenza: il caso del 118*, a cura di, Gherardi, S., (2008), *Apprendimento tecnologico e tecnologie di apprendimento*, pp. 209-239.

- Goffman E., (1961), *Asylums. Essays on the social situation of mental patients and other inmates*, Anchor Books, Doubleday & Company, Inc., New York 1961, (trad. it: *Asylum. Le istituzioni totali*, Einaudi, Torino, 1968).
- Goodwin C., (1994) “Professional Vision”, *American Anthropologist*, 96, 3: 606-633 (trad. it: “Visioni professionali”, in *Imparare a vedere*, Meltemi, Roma, 2003, 17-67).
- Gori F., Quintaliani G., Perelli A., (2002), *Accreditamento istituzionale e certificazione, Azienda Ospedale di Perugia*, Assessorato Sanità Regione Umbria, ANTE.
- Gosetti G., (1993), *L'ospedale come processo organizzativo dinamico*, in Arcuri F.P, (a cura di), *L'organizzazione ospedaliera tra complessità e creatività*, pp. 47-76, FrancoAngeli, Milano.
- Goldenberg M., (2006), “On evidence and evidence-based medicine: Lessons from the philosophy of science”, *Social Science & Medicine*, Vol. 62, Issue 11, pp. 2621-2632.
- Gow J.I., Dufour C., (2000), “Is the new public management a paradigm? Does it matter”, *International Review of Administrative Sciences*, vol. 66, No. 4, December, 573-597.
- Gulletta E., Orrico F., Foti D.P., (2008), “Clinical Governance nel Laboratorio Biomedico”, *Caleidoscopio italiano*, n. 215, Aprile 2008, Ed. Medical Systems, Genova.
- Guzzanti E., Tripodi P., (1996), “La cartella clinica”, *l'ospedale e la medicina sociale*, Ed. Ist. It. Medicina Sociale.
- Hatch M.J., (1997), *Organization Theory: Modern, Symbolic and Postmodern Perspectives*, Oxford University Press, Oxford (trad. it: *Teoria dell'organizzazione*, Il Mulino, Bologna, ed. 2009).

- Heisenberg W., (1958), “La scoperta di Planck e i problemi filosofici della fisica moderna”, in Heisenberg *et al*, (1958), *Discussione sulla fisica moderna*, Einaudi, Torino.
- Herzlich C., Adam P., (1999), *Sociologia della malattia e della medicina*, FrancoAngeli, Milano.
- Hirschman AO., (1995), *Felicità privata e felicità pubblica*, Il Mulino, Bologna.
- Homans G., (1950), *The human group*, New York, Hartcourt Brace & World.
- Huffmann E., (1990), *Cartella clinica*, in Gattai, A., *Cartella clinica*, Ed. OEMF.
- Hughes J., Humphrey C., (1990), *Medical audit in general practice. A practical guide to the literature*, King’s Fund Centre, London.
- Hutchins E., (1990), “The Technology of Team Navigation”, in Galagher J., Egidio C, eds, *Intellectual teamwork: social and technical bases of collaborative work*, Lawrence Erlbaum Assoc., Hillsdale, NJ.
- Hutchins E., (1995), *Cognition in the Wild*, Cambridge MIT Press, Cambridge.
- Jackson S, (1999), “Achieving a culture of continuous improvement by adopting the principles of self-assessment and business excellence”, *International Journal of Health Care Quality Assurance*,12:59-64.
- Jackson S, (2000), “Achieving clinical governance in Women’s Services through the use of the EFQM Excellence Model”, *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 13:182-190.

Jaques E., (1951), *The Changing Culture of a Factory*, London, Tavistock, (trad. it.: *Autorità e partecipazione nell'azienda*, FrancoAngeli, Milano 1975).

Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, (1999), *La realizzazione di un programma di miglioramento della qualità*, Ed. Centro Scientifico Editore.

Katz J., (1984), *The silent world of the doctor and the patient*, Free Press, New York.

Kickert W.J.M, Klijn E.H., Koppenjan J.F.M, (1997), "Introduction: A Management Perspective on Policy Network", in Kickert W.J.M, Klijn E.H., Koppenjan J.F.M (eds), *Managing Complex Networks*, London, Sage.

Klarman H., Francis J., Rosenthal G., (1968), "Cost effectiveness analysis applied to the treatment of chronic renal disease", *Medical Care*, 6(1), 48-54.

Knorr-Cetina K., (1981), *The Manufacture of Knowledge, An Essay on the Constructivist and Contextual Nature of Science*, New York, Pergamon.

Knorr-Cetina K., (1997), "Sociality with Objects", in *Theory, Culture and Society*, 14, 4, pp. 1-30.

Kohn L.T., Corrigan, JM., Donaldson, MS., (1999), *To Err is Human. Building a Safer Health System*, Washington National Academy Press, Washington.

Kuhn T.S., (1962), *La struttura delle rivoluzioni scientifiche*, Einaudi, Torino.

Kuhn T.S., (1983), "La metafora nella scienza", in Boyd e Kuhn, 1983, pp. 97-111.

Latour B., Woolgar, S., (1978), *Laboratory Life: The Construction of Scientific Facts*, Sage Publications, London.

- Latour B., (1987), *Science in Action: How to Follow Scientists and Engineers Through Society*, Harvard University Press, Harvard (trad. it.: *La scienza in azione. Introduzione alla sociologia della scienza*, Comunità, Torino, 1992).
- Latour B., (1996), *Petite réflexion sur le culte moderne des dieux faitiches*, Synthélabo Groupe, Paris (trad. it.: *Il culto moderno dei fatticci*, Meltemi, Roma, 2005).
- Latour B., (2002), *La fabrique du droit. Une ethnographie du Conseil d'Etat*, La Découverte, Paris.
- Latour B., (2005), *Reassembling the Social. An Introduction to Actor Network Theory*, University Press, Oxford.
- Lave J., (1988), *Cognition in Practice: Mind, Mathematics and Culture in Everyday Life*, Cambridge University Press, Cambridge.
- Lave J., Wenger E., (1991), *Situated learning: legitimate peripheral participation*, Cambridge, Mass., Cambridge University Press.
- Law J., a cura di (1996), *Power, Action and Belief*, Londra, Routledge and Kegan Paul.
- Law J., (1987), *Technologies and Heterogeneous Engineering: The Case of the Portuguese Expansion*, in Bijker W. E., Hughes T. P. and Pinch T. J., eds, *The Social Construction of Technical Systems: New Directions in the Sociology and History of Technology*, MIT Press, Cambridge.
- Lawrance L., Jones e Thompson F., (1998), "Strategic Implementation of New Public Management", *Azienda Pubblica*, 6/97.
- Leape L.L., Woods, D., Hatlie, M., et al., (1998), Promoting patient safety by preventing medical error, *JAMA*, 280:1444-1447.

- Leape L.L., (2002), "Reporting of adverse events", *New Engl J. Med.*, 347:1633-8.
- Leape L.L., Abookire S.A., (2005), *Guidelines for Adverse Events Reporting and Learning Systems*, Geneva, World Health Organization.
- Lefebvre H., (1973), *La production de l'espace*, Paris, Anthropos (trad. it. *La produzione dello spazio*, Maizzi, Milano, 1978).
- Liberati A., (1997), *La medicina delle prove di efficacia. Potenzialità e limiti della Evidence Based Medicine*, Il Pensiero Scientifico, Roma.
- Liva C., Di Stanislao F., (1996), "L'accreditamento dei servizi sanitari. Uno strumento per la promozione della qualità", *NAM*, vol 12.
- Loiudice M., (1998), *La gestione del cambiamento in sanità*, Ed. Centro Scientifico Editore.
- Lombardo Q., (1990), *Cartella clinica*, in Gattai A., *Cartella clinica*, Ed. OEMF.
- Lomi, A., (1991), *Reti organizzative. Teoria, tecnica e applicazioni*, Il Mulino, Bologna.
- Lusardi R., Perrotta M., (2009), "Da Alfa ad Omega: la riconfigurazione del corpo nelle organizzazioni sanitarie", *Rassegna Italiana di Sociologia*, a. L, n. 4, ottobre-dicembre, Il Mulino, Bologna.
- Maciocco G., (1997), "Linee guida: lo stato dell'arte", *Cuamm notizie*, maggio-agosto.
- Maggi B., (1984), *Razionalità e benessere. Studio interdisciplinare dell'organizzazione*, Etas, Milano.

- Maggi B., (1989), “L’organizzazione dei servizi sanitari”, *Sviluppo e Organizzazione*, 115: 53-64.
- Magliona B., Iorio M., (1994), “La regolare compilazione della cartella clinica ospedaliera”, *Minerva Medico Legale*, n. 23, 114.
- Manning P. K., (1979), *Semiotics and loosely coupled organizations*, revised version of a paper presented to the Southern Sociological Society, Atlanta.
- Manning P. K., (1982), Producing drama: Symbolic communication and the police, in *Symbolic Interaction*, 5, 223-241.
- Mapelli V., (1999), *Il sistema sanitario italiano*, Il Mulino, Bologna.
- Marcantoni M., Torresani A., (2000), *Guida alla Vision 2000*, FrancoAngeli, Milano.
- March J.C., Olsen J.P., (1976), “Ambiguity and Choice in Organizations”, *Oslo, Universitetsforlaget*.
- March J.C., Olsen J.P., (1989), “Rediscovering Institutions. The Organizational Basis of Politics”, *The Free Press*, New York (trad. it.: *Riscoprire le istituzioni. Le basi organizzative della politica*, il Mulino, Bologna, 1992).
- March J.G., (1993), *Decisioni e organizzazioni*, trad. it, Il Mulino, Bologna.
- Marzano M., (2004), *Scene finali: morire di cancro in Italia*, Il Mulino/Ricerca, Bologna.
- Marzano M., (2006), *Etnografia e ricerca sociale*, Laterza, Roma-Bari.
- Masini V., (2005), *Medicina Narrativa, comunicazione empatica ed interazione dinamica nella relazione medico-paziente*, FrancoAngeli, Milano.

- Maturana H., Varela F., (1980), *Autopoiesis and cognition: The realization of the living*, London, Reidl; (trad. it.: *Autopoiesi e cognizione. La realizzazione del vivente*, Venezia, Marsilio, 1998).
- McKee M., Healy J., (2002), *Hospitals in a changing Europe*, Open University Press, Buckingham, Philadelphia.
- Meneguzzo M., (1997), “Ripensare la modernizzazione amministrativa e il New Public Management. L'esperienza italiana: innovazione dal basso e sviluppo della governance locale”, *Azienda Pubblica*, n. 6, 1997.
- Mercurio R., (2004), *I processi di cambiamento indotti dalla prospettiva della clinical governance*, relazione svolta il 30 aprile 2004 al convegno sulla *clinical governance* organizzato dalla scuola di management della L.U.I.S.S. Guido Carli, Roma.
- Merlo G., (2007), *Miglioramento del clima lavorativo: strategie gestionali del conflitto interprofessionale causato dalla prevaricazione del ruolo decisionale dell'infermiere di triage*, Tesi di Master di I° Livello in Management e funzioni di coordinamento delle professioni sanitarie.
- Meyer J.W., Rowan B., (1977) “Institutionalized organizations: Formal structure as myth and ceremony, *American Journal of Sociology*, 83, 2, pp. 340-63 (trad. it.: in Powell-DiMaggio, a cura di, *Il neo-istituzionalismo nell'analisi organizzativa*, Comunità, Milano, 2000, pp. 59-87).
- Michelstaedter C., (1958), *La persuasione e la retorica*, in *Opere*, a cura di Gaetano Chiavacci, Sansoni, Firenze.
- Middleton D., Brown D., (2005), “Networking on Neonatal Intensive Care Unit: the baby as virtual object”, in Czarniawska, B., Hernes, T., a cura di, *Actor-Network theory and organizing*, Liber & Copenhagen Business School Press.

- Mintzberg H., (1983), *Structure in fives, designing effective organizations*, Prentice-Hall, New Jersey.
- Mintzberg H., (1991), *Management mito e realtà*, Garzanti Editore.
- Mintzberg H., (1996), *Ascesa e declino della pianificazione strategica*, ISEDI-UTET, Torino.
- Moeller J, Breinlinger-O'Reilly J, Elser J., (2000), "Quality management in German health care- the EFQM Excellence Model", *Int J Qual Health Care*, 13:254-258.
- Moini G., (2001), *Welfare e Salute. Verso nuove forme di regolazione pubblica*, Edizioni SEAM.
- Moini G., (2009), "Dalle politiche sanitarie alle politiche per la salute", in *Rivista di Antropologia Medica*, vol. I Dic. 2009.
- Mol A., (2002), *The Body Multiple: Ontology in Medical Practice*, Duke University Press, Durham (NC).
- Morgan G., (1986), *Images of Organization*, Sage, Beverly Hills, CA. (trad. it.: *Images. Le metafore dell'organizzazione* FrancoAngeli, Milano, ed. 2004).
- Morin E., (1994), *La sfida della complessità*, Feltrinelli Editore, Milano.
- Morosini PL., Perrero F., (1999), *Enciclopedia della Gestione di qualità in sanità*, Ed. Centro Scientifico Editore.
- Negro G., (1992), *Organizzare la qualità nei servizi. Un modello per l'eccellenza nell'impresa e negli enti di servizi*, Il Sole 24 Ore, Milano.
- Negro G., (1996), "Note in tema di riforma dell'amministrazione statale", in *Informatica & Documentazione*, n. 1, pp. 27-39.

- Nicolini D., (2004), *Telemonitoraggio e teleassistenza domiciliare dello scompenso cardiaco*, in Gherardi e Strati (2004), 96-119.
- Niero M., Lonardi C., Oprandi N.C., (2006), “Strumenti di ricerca qualitativa nell’analisi delle organizzazioni complesse”, *Dedalo*, n.1: 7-23.
- Orr JE., (1990), “Sharing Knowledge, Celebrating Identity: Community Memory, in a Service Culture”, in Middleton D., Edwards D., eds., *Collective Remembering*, Sage, London (trad. it.: “Condividere le conoscenze, celebrare l’identità”, in Pontecorvo C., Ajello A.M., Zucchermaglio C., a cura di, *I contesti sociali dell’apprendimento*, LED, Milano, 1995).
- Orr JE., (1996), *Talking about machines: An ethnography of a modern job*, Ithaca, Cornell University Press.
- Orton JD., Weick K., (1990), “Loosely Coupled Systems: A Reconceptualization”, *The Academy of Management Review*, Vol. 15:2, pp. 203-223 (trad. it.: “I sistemi organizzativi a connessione debole” *Sviluppo&Organizzazione*, 122: 32-50, 1990).
- Ouchi W., Maguire M., (1975), “Organizational Control: two functions”, *Administrative Scienze Quarterly*, 559-569.
- Ouchi W., (1980), "Markets, bureaucracies and clans", *Administrative Science Quarterly*, 25, pp. 351-358.
- Ovretveit J., (1996) *La qualità nel servizio sanitario: un’introduzione ai metodi della qualità nei servizi sanitari*, EDISES, Napoli.
- Paci M., (1996), *Disuguaglianza e stato sociale. Riflessioni sulla crisi del welfare italiano*, a cura di, Bartocci E., Donzelli, Roma, 1996, pp. XXIV, 130.
- Padroni G., (2000), “Aspetti della complessità e sensibilità postmoderna: peculiarità nell’azienda “minore””: 9-22, in *Le sfide*

organizzative di fine e inizio secolo, tra post fordismo e de regolazione, Maggi B., (a cura di), EtasKompass, Milano.

Panza F., (2009), *La professione del sociologo nel servizio sanitario nazionale. Una risorsa innovativa e strategica per la governance della salute*, FrancoAngeli, Milano.

Pascale M., (2003), “Atti della Giornata di studio sulla Cartella Clinica–Istituto F.Soldi”, *La cartella clinica: profili di responsabilità del medico, Sede penale e disciplinare*”, Cremona 22 marzo.

Pellegrino V., (2003), “La comunicazione tra medico e paziente nella società dell’informazione: un’esperienza di ricerca sui medici di Parma”, *Jekyll. Comm*, 6 settembre.

Pentimalli B., (2008), “Pratiche di cooperazione in un Call Center: uso congiunto e situato delle tecnologie e messa in scena di performance intelligibili”, *STS (Science and Technology Studies)*, Italia, 1-29, testo disponibile al sito: www.stsitalia.org/papers2008.

Pentimalli B., (2010a), “Les coulisses de la relation de service. Dérision clandestine, accountability d’une équipe de téléopératrices et organisation néo ou post-taylorienne”, PHD, *Department of Political and Social Sciences*, European University Institute.

Pentimalli B., (2010b), *Pratiche di codifica e catene di traduzione delle presunte malpractice in sanità. Una ricerca etnografica al Tribunale dei diritti del malato*, in: Pipan T., a cura di, *I rischi in sanità un nuovo fenomeno sociale*, FrancoAngeli, Milano.

Perelli Ercolini M., Grasso A., (2001), *La cartella clinica-Relazione tenute presso l'Ordine dei medici chirurghi e degli odontoiatri di Rimini alla serata di aggiornamento professionale*, 13 aprile 2001.

- Perelli Ercolini M., (2001a) “La cartella clinica”, *Leadership Medica*, 10-20.
- Perelli Ercolini M., (2001b), “Relazione al Convegno presso l’Azienda Fatebenefratelli Oftalmico di Milano, Milano 7 novembre”, *La cartella clinica: una illustre sconosciuta*.
- Perelli Ercolini M., Cannavacci L., (2002), “La cartella clinica”, *Professione*, 3, 41.
- Perelli Ercolini M., (2003), “Atti della Giornata di studio sulla Cartella Clinica”, *Gli aspetti fondamentali della cartella clinica*, Istituto F.Soldi., Cremona 22 marzo.
- Perelli Ercolini M., (2004), “Atti della Giornata di studio sulla Cartella Clinica: storia, requisiti, normative”, *Cartella clinica e Scheda sanitaria*, Ordine dei medici chirurghi e degli odontoiatri di Milano e provincia, Milano 13 marzo.
- Perelli Ercolini M., Pascale M., (2008), *Normative cartella clinica*, testo consultabile dal sito: <http://www.omceo.cl.it/CartellaClinica/index%20generale.htm>, consultato il 05/07/2009.
- Perrero F., (1985), “Significato e metodi”, *Salute e Territorio*, n. 43.
- Perrow C., (1965), “Hospitals: technology, structure and goals”, in March, J. Ed., *Handobook of Organizations*.
- Perrow C., (1987), “A Fremework for Comparative Analysis of Organization”, in *American Sociological Review*, 32.
- Piccardo C., Benozzo A., (1996), *Etnografia organizzativa*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Piccoli I., Cortellazzi S., Vergani A., (1995), *La buona sanità. Qualità, informazione e informatizzazione per il settore sanità*, FrancoAngeli, Milano.

- Pleseck P., Greenhalgh T., (2001), “The challenge of complexity in health care”, *BMJ*, pp. 625-628.
- Pipan T., (1995), *Sciopero contro l'utente. La metamorfosi del conflitto industriale*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Pipan T., (1996), *Il labirinto dei servizi. Tradizione e rinnovamento tra i pubblici dipendenti*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Pipan T., (2000), Metaphors and organizational identity in the Italian public services, in *Scandinavian Journal of Management*, 16: 391-409.
- Pipan T., (2001), “La disobbedienza come categoria interpretativa della teoria organizzativa?” *Parole chiave, Disobbedienza*, 26: 67- 87.
- Pipan T., (2002), *Il controllo di gestione negli enti locali*, in Battistelli F., a cura di, *La cultura delle amministrazioni fra retorica e innovazioni*, FrancoAngeli, Milano.
- Pipan T., (2008), *Individuare i rischi, gestire la sicurezza nella città e nella salute*, in Nuvolati G., Tognetti M., a cura di, *Qualità della vita e salute in ambito urbano*, FrancoAngeli, Milano.
- Pipan T., Caprari C., (2009), “La Managerializzazione del rischio in sanità. Un nuovo mito razionale?”, in Iseppato I., Rimondini S., a cura di, *Le reti dell'accesso per la sanità e l'assistenza*, Supplemento di *Salute e Società*, 1: 225-243.
- Pipan T., (2010), *Il ruolo dei master nella formazione manageriale in sanità*, in Pipan T., a cura di, *I rischi in sanità. Un nuovo fenomeno sociale*, FrancoAngeli, Milano.
- Pipan T., Caprari C., (2010), *La costruzione sociale degli oggetti di rischio in sanità*, in Pipan T., a cura di, *I rischi in sanità. Un nuovo fenomeno sociale*, FrancoAngeli, Milano.

- Pozzato R., (1965), “Una interessante sentenza: il valore della cartella clinica come elemento di giudizio nella istruttoria giudiziaria”, *Arch. Soc. Lom. Med. Leg. Ass.*, 1, 257.
- Powell W., Di Maggio P.J., eds, (1991), *The New Institutionalism in Organizational Analysis*, University of Chicago Press, Chicago (trad. it.: *Il neoistituzionalismo nell'analisi organizzativa*, Comunità, Torino, 2000).
- Ranci Ortigiosa, E., (2000), *La valutazione di qualità nei servizi sanitari*, FrancoAngeli, Milano.
- Reason J., (1994), *L'errore umano*, Il Mulino, Bologna.
- Rete Dedalo, (2005), “Introduzione”, n.1.
- Rete Dedalo, (1997), *La complessità della sanità*.
- Ricotta G., a cura di (2005), *Glossario*, in Battistelli F., *La cultura delle amministrazioni fra retorica e innovazione*, FrancoAngeli, Milano.
- Ricotta G., (2005), *Organizzazione pubblica e potere*, FrancoAngeli, Milano.
- Rodriguez D., (1990), “Atti del convegno dell’A.N.P.O sulla responsabilità primaziale”, *La cartella clinica ospedaliera riflessioni medico-legali*, Abano Terme (PD) 14/15 Ottobre.
- Rodriguez D., (1999), “*La proprietà dei dati clinici da parte del paziente*”, in Bucci O., *La cartella clinica, profili strumentali, giuridici ed archivistici*, Maggioli Editore, Rimini, p. 206.
- Royal College of General Practitioners Curriculum Statement, *Clinical Governance update*, September 2005.
- Romano V., (2011), *Il ricercatore in ambulanza: etnografia dell'emergenza sanitaria*, in corso di pubblicazione.

- Rubin, I. S., (1979), "Retrenchment, loose structure, and adaptability in the university", *Sociology of Education*, 52, 211- 222.
- Ruffini R., (1998), *La sanità*, in Costa G., Nacamulli R.C.D., (a cura di), *Manuale di Organizzazione Aziendale*, UTET Libreria, Torino.
- Kanter, R., M., (1983), *The Change Master*, New York, Simon & Schuster.
- Pfeffer J., Salancick GR., (1978), *The external Control of organizations*, New York, Harper & Row.
- Sackett DL., Rosenberg WMC., Gray JAM., Haynes RB., Richardson WS., (1996), "Evidence-based medicine: what it is and what it isn't", *BMJ*; 312: 71-2.
- Sackett DL., (1992), "A primer on the precision and the accuracy of the clinical examination", *JAMA*; 267: 2638-44.
- Scally G., Donaldson LJ., (1998), "Clinical governance and the drive for quality improvement in the new NHS in England", *BMJ*; 317: 61-5.
- Scelsi S., Ciarniello G., Rega ML., (2005) *Il triage extra e intra ospedaliero*, pp. 47-57, in Marchetti R., Romigi G., Stievano A., *Lavorare in area critica, l'assistenza in ospedale e sul territorio*, Carocci Faber.
- Schein E.H.,(1985), *Organizational Culture and Leadership*, San Francisco, Jossey-Bass, Schelling T.C.
- Sclavi M., (1989), *Ad una spanna da terra*, Feltrinelli, Milano.
- Scott R.W, Meyer. J.W., (1983), *The organization of Societal Sectors*, in Meyer J.W, and Scott R.W, eds (1983), *Organizational environments: Ritual and Rationality*, Beverly Hills Ca (sage).

- Scott. R.W., (1985), *Le Organizzazioni*, Il Mulino, Bologna.
- Scrivens E., (1995), *Accreditation. Protecting the Professional or the consumer?* Open University Press, Buckingham-Philadelphia.
- Scrivens E., (1997), *Accreditamento dei servizi sanitari. Esperienze internazionali a confronto*, Ed. Centro Scientifico Editore.
- Shortell S.M., Gillies R.R., et alii., (1996), *Remaking Health Care in America*, (prima edizione), Jossey Bass, San Francisco.
- Simon H.A., (1967), *Il comportamento amministrativo*, trad. it., Il Mulino, Bologna.
- Simon H.A., (1987), “La razionalità limitata”, in Simon (2000), pp. 25-31 (trad. it.: da “*Bounded Rationality*”, in Eatwell, Milgate and Newman, eds. (1987), Vol. I: 226-268.
- Speranza L., Tousijn W., Vicarelli G., (2008), *I medici in Italia: motivazioni, autonomia, appartenenza*, Il Mulino, Bologna.
- Star S.L., Griesemer J.R., (1989), “Institutional Ecology, ‘Translation’ and Boundary Objects: Amateurs and Professionals on Berkeley’s Museum of Vertebrate Zoology”, *Social Studies of Science*, 19: 387- 420.
- Star S.L., (2010), “Ceci n’est pas un objet frontière! Réflexions sur la notion d’objet frontière”, *Revue d’Anthropologie des Connaissances*, 1: 18-33.
- Stella S., Quaglini GP., (1976), *Prospettive di psicosociologia*, FrancoAngeli, Milano.
- Strati A., (2004), *L’analisi organizzativa. Paradigmi e metodi*, Carocci, Roma.
- Strati A., a cura di (2007), *La ricerca qualitativa nelle organizzazioni. La dimensione estetica*, Carocci, Roma.

- Strauss A., (1992a), *La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme*, L'Harmattan, Paris.
- Strauss A., (1992b), *Miroirs et masques*, Métailié, Paris, ed. or., *Mirrors and Masks*, 1989.
- Strauss C., Quinn N., (1999), *A Cognitive Theory of Cultural Meaning*, Cambridge University Press, Cambridge.
- Thomas, J., (1984), "Some aspects of negotiated order, loose coupling, and mesostructure in maximum security pris- ons", *Symbolic Interaction*, 7, 213-231.
- Thomas EJ., Petersen LA., (2003), "Measuring errors and adverse events in health care", *J Gen Intern Med*, 18(1): 61-7.
- Timmermans S., Angell A., (2001), "Evidence-Based Medicine, Clinical Uncertainty, and Learning to Doctor", *Journal of Health and Social Behavior*, 42, pp. 342-359.
- Timmermans S., Berg M., (2004), *The Gold Standard: The Challenge of Evidence-based Medicine and Standardization in Health Care*, Philadelphia, PA, Temple University Press.
- Thompson J.D., (1967), *Organizations in Actions*, New York, McGraw-Hill.
- Tonelli S., Gardini A., Beccastrini S., (1994), *Piccolo dizionario della qualità*, Tosca, Firenze.
- Tousijn W., (2000), *Il sistema delle occupazioni sanitarie*, Il Mulino/Ricerca, Bologna.
- UNI (1995), *Norma italiana UNI ISO 1994-4: Gestione per la Qualità e ed elementi del sistema di qualità e guida per il miglioramento di Qualità*, Ed. UNI.
- Vernero S., (2000), "Il modello dell'European Foudation for Quality Management, *QA*,11:269-276.

- Vicarelli, G., (1999), “Le basi sociali della politica sanitaria in Italia. Dalla legge 833 al decreto legislativo 229”, in Turcio S., a cura di, *Mutamenti nella politica sanitaria*, Donzelli, Roma.
- Vicarelli G., □ (2000), “Fiducia e soddisfazione verso i servizi sanitari dell'Asl n.7”, in *L'arco di Giano*, n. 25: 135-148.
- Vicarelli G., □ (2002), Recensione a W.Tousijn, “Il sistema delle occupazioni sanitarie”, *Salute e Società*, anno I, FrancoAngeli, Milano.
- Vicarelli G., (2004), “Aziendalizzazione e management nell'evoluzione del sistema sanitario italiano”, *Salute e società. La sociologia della salute in Italia: temi approcci, spendibilità*, 3: 19-38, FrancoAngeli, Milano.
- Vicarelli G., (2006), “Le domande dei cittadini e le responsabilità dei medici. Verso un nuovo “contratto sociale” tra medici e welfare in Europa”, in Giarelli G., Geyer S., a cura di (2009), “Prospettive Europee sui sistemi sanitari che cambiano”, *Salute e Società. La sociologia della salute in Italia: temi approcci, spendibilità*, n. 1, FrancoAngeli, Milano,
- Vicarelli G., □ (2009), “Fiducia e stima nei riguardi della professione medica in Italia, un'interpretazione di carattere storico-comparativo”, *Rassegna Italiana di Sociologia*, n.3: 389-411.
- Vincent C., Adams-Taylor S., Stanhope N., (1998), “Framework for Analyzing Risk and Safety in Clinical Medicine”, *British Medical Journal*, London, 316: 1154-1157 (trad. it: *Una cornice di riferimento per l'analisi dei rischi e della sicurezza nella medicina clinica* in Cinotti R., a cura di, *La gestione del rischio nelle organizzazioni sanitarie*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 2004).
- Vinck D., (2009), “De l'objet intermédiaire à l'objet frontière. Vers la prise en compte du travail d'équipement”, *Revue d'anthropologie des connaissances*, 3, 1: 51-72.

- Weick E.K., (1969), *The Social Psychology of Organizing*, Addison-Welsey, Reading, Massachussets (trad. it.: *Organizzare. Psicologia sociale dei processi organizzativi*, Isedi, Milano, 1994).
- Weick E.K., (1976), "Educational Organizations as Loosely Coupled Systems", *Adiministrative Science Quarterly*, 21:1-19 (trad. it.: *Le organizzazioni scolastiche come sistemi a legami debole* in Zan S., a cura di, *Logiche di azioni organizzativa*, Il Mulino, Bologna, 1994).
- Weick E.K., Bougon M. G. (1986), *Organizations as Cognitive Maps: Charting Ways to Success and Failure*, in Weick K. E., ed., *Making Sense of the Organization*, Blackwell, Oxford.
- Weick E.K., (1990), "The Vulnerable System: an Analysis of the Tenerife Air Disaster", *Journal of Management*, 16, 3: 571-593.
- Weick K.E, Orton D.J., (1990), "I sistemi organizzativi a connessione debole", in *Sviluppo & Organizzazione*, n. 122.
- Weick E.K., (1993), "The Collapse of Sensemaking in Organizations. The Mann Gulch Disaster", *Administration Science Quarterly*, 38: 628-652.
- Weick E.K., (1997), *Senso e significato nell'organizzazione*, Cortina, Milano.
- Weick E.K., Sutcliffe K.M., (2001), *Managing The Unexpected, Assuring High Performance in an Age of Complexity*, Jossey-Bass, San Francisco.
- Wenger E., (2000), "Comunità di pratica e sistemi sociali di apprendimento", *Studi Organizzativi*, 1, pp. 11-34.
- Whalen J., Whalen M., Henderson K., (2002), "Improvisational Choreography in Teleservice Work", *British Journal of Sociology*, 53, 239-258.

Wiener N., (1965) "Prospettive della cibernetica", in Somenzi V., a cura di, *La fisica della mente*, Boringhieri, Torino, 1969, pp. 251-265.

World Alliance for Patient Safety: Forward Programme 2006–2007.
World Health Organization 2006.

Zan, S., a cura di (1988), *Logiche di azione organizzativa*, Il Mulino, Bologna.

Zangrandi A., (1988), *Un modello d'analisi dell'ospedale*, in Borgonovi E., (a cura di), *L'organizzazione dell'ospedale*, McGraw Hill, Milano.

Zannini L., (2004), *il corpo-paziente. Da oggetto delle cure a soggetto della relazione terapeutica*, FrancoAngeli, Milano.

Zerubavel E., (1979), *Patterns of Time in Hospital Life*, University of Chicago Press.

Sitografia

Protocollo sperimentale per il monitoraggio degli eventi sentinella, testo disponibile dal sito:

<http://www.ministerosalute.it/qualita/paginaInternaQualita.jsp?id=28&menu=sicurezza> – Sentinel event program Annual report 2004 05; Government Department of Human Services, Melbourne, Victoria, Australia; 2005.

Sentinel Event Statistics: As of June 30, 2006; JCAHO; pubblicato sul sito web:

http://www.jointcommission.org/NR/rdonlyres/74540565-4D0F4992-863E-8F9E949E6B56/0/se_stats_6_30_06.pdf