

OLTRE L'AZIENDALIZZAZIONE:  
DALLA PRODUZIONE DEI SERVIZI  
ALLA PROMOZIONE DELLA SALUTE

Una delle conquiste più significative della cultura che caratterizza le aziende sanitarie è stato il riconoscimento teorico, ma prima ancora di fatto, della complessità come categoria che ne caratterizza la vita e quindi anche l'organizzazione.

Non è questo lo spazio per una revisione sistematica della problematica, ma solo per delineare alcuni spunti, utili per far discendere atteggiamenti importanti al fine di una gestione efficace delle aziende.

Il riconoscimento della complessità impone prima di tutto di accettare la logica dell'imprevedibilità dei fenomeni, della difficoltà nella costruzione di un rapporto tra azioni e risultati, della capacità di automodificazione delle realtà sociali. Anche il mondo del benessere e della malattia non può essere meccanicamente scomposto in vari pezzi, analizzati e modificati attraverso una deduzione razionale; nella realtà i componenti dell'equazione non sono invece costanti, indipendenti e predicabili (Mele *et al.*, 2007).

Sulla base di queste caratteristiche si deve plasmare qualsiasi organizzazione moderna, per evitare atteggiamenti non adeguati, che di fatto impediscono il raggiungimento di risultati. La visione deve essere strategica, in modo da costruire i propri passi sempre in risposta e adeguandosi all'affacciarsi di situazioni in ambiti spesso molto diversi, senza la volontà di imporre soluzioni immediate, ma allo stesso tempo avendo ben chiaro il punto da raggiungere. Se il mondo delle imprese sanitarie non è un orologio né si regola come un orologio, si deve riconoscere

\* *Università di Roma Tor Vergata e Gruppo di ricerca geriatrica di Brescia; Sezione di Politiche sociali e sanitarie della Fondazione Smith Kline.*

l'impossibilità di esercitare previsioni puntuali sul decorso futuro delle organizzazioni e di sospingerle verso un'unica traiettoria auspicata, non più come una calamità, ma come un'opportunità di notevole interesse: l'opportunità di elaborare una nuova arte del governo delle organizzazioni, attenta al farsi e disfarsi in tempo reale delle tendenze gravide di futuro e capace di assumersi il rischio di operare per il consolidamento e l'amplificazione di talune di queste, senza alcuna garanzia circa la necessità del loro successo (Bocchi e Ceruti, 2007).

La plasticità sociale ha permesso ai sistemi complessi di trovare aggiustamenti interni non sempre predeterminati che hanno fatto superare le sfide di questi anni. Si deve anche ricordare che numerosi sono stati i tentativi in questo periodo di diffondere pessimismo attraverso il terrorismo demografico-epidemiologico-economico e quindi la richiesta di interventi di emergenza settoriali e impositivi; il fatto che il sistema sanitario italiano sia – nonostante tutto – ai vertici mondiali per quanto riguarda i risultati di salute testimonia che il metodo fondato sulle capacità plastiche di adattamento ha dato risultati significativi. Ciò è avvenuto nonostante il passare a vari livelli di governi e governanti effimeri che hanno creduto di imporre scelte rigide, spesso incolte e prive di fondamenti. Però, l'insieme delle forze che agiscono in un sistema complesso come quello sanitario – non dissimile peraltro da quelle identificabili in altre organizzazioni, come ad esempio, la scuola – ha permesso di fatto la resistenza alle improvvide imposizioni e quindi la costruzione del progresso che tutti oggi possiamo constatare. Ciò è stato ottenuto attraverso un costante impegno di studio, di elaborazione, di sperimentazione, soprattutto a livello diffuso, per costruire nei livelli dove avvengono le microscelte un criterio di «flessibilità colta», cioè di passi avanti costruiti conoscendo e riconoscendo le dinamiche che agiscono nell'ambiente (è il frutto di studi approfonditi e non di scelte occasionali o di giudizi estemporanei, troppo spesso influenzati da sottoculture ambientali, egoistiche e meschine). Qualcuno potrebbe ritenere questa impostazione poco manageriale e molto burocratico-

dorotea (per usare un linguaggio a ponte tra le varie ere della nostra Repubblica); sarà il tempo a dare ragione, chiarendo se avrà fatto più bene al sistema di difesa della salute una visione strategica, come quella seppur precariamente adottata, rispetto a quella impositiva da taluni proposta, più con le parole che con i fatti. Ciò non significa dimenticare la presenza spesso molto disturbante di storture, sprechi, veri e propri errori; il problema è però collocare queste critiche in una prospettiva strategica, senza pensare di incentrare su di loro il *core* degli interventi.

Su queste tematiche è di grande interesse il volume curato dalla Fondazione Smith Kline per celebrare il trentennale del nostro Servizio sanitario nazionale (Falcitelli *et al.*, 2008); infatti mette in risalto una storia di successi, costruiti con libertà all'interno di un quadro generale di riferimento, costituito dal rispetto della dignità e della libertà della persona, indipendentemente dalle sue condizioni sociali, economiche, razziali e di salute.

### 1. *Il malato, la malattia, la complessità*

La malattia, in particolare quella cronica, non permette risposte standardizzate, quelle che potrebbero derivare da un sistema di regole fisse e predeterminate. Attorno a questa affermazione si sono sviluppate una serie di dibattiti, per comprendere dove si colloca il punto di equilibrio tra le affermazioni indiscutibili (quelle portate avanti dalla Medicina Basata sull'Evidenza), l'esperienza del medico e le dinamiche che percorrono il mondo reale, fatte di storia, di culture, di affetti, di tensioni, di soldi... La dialettica non è conclusa ed intorno ad essa si sviluppano le diverse modalità contemporanee di comprendere il senso dell'atto di cura. Certamente però non può essere un atto semplificatorio, un gesto che in modo uguale riproduce quelli compiuti in milioni di altre occasioni, solo con l'arricchimento di una tecnica che può essersi sviluppata in un certo momento. Se la salute non è solo una faccenda di genetica, ma il frutto di un intreccio

cio spesso difficilmente comprensibile tra biologia, mente e ambiente, così la risposta di chi vuole curare deve tener conto di questi molteplici fattori. Ancor più se si ritiene che la sfida della qualità della vita è quella che più di tutte deve essere vinta, il sistema delle cure non può certo fondarsi su interventi puntiformi, che enfatizzavano l'uno o l'altro degli aspetti in gioco, senza legami tra loro, e spesso anche per un periodo limitato.

Se il malato è l'oggetto dell'intervento della struttura sanitaria, e contemporaneamente il soggetto che determina la qualità dell'intervento, il rispetto della complessità è la condizione indispensabile per qualsiasi intervento che voglia essere efficace. Non si tratta quindi di adottare criteri che tendano a dare una patina più elegante o moderna ai comportamenti, ma di improntare nel profondo le scelte al rispetto della complessità, che comporta capacità di analisi accurata, ma non frammentata, capacità di intervento su vari livelli, elasticità nell'adozione di comportamenti che si adeguano al sorgere di eventi non previsti o atipici. Una sintesi di questo concetto si può leggere in un recente editoriale di «Lancet» (2009, v. 373, p. 434), dedicato a celebrare l'anniversario del National Health Service inglese: «I modelli meccanicistici e materiali sono in grado di descrivere in modo adeguato la salute e la cura? Quale sofferenza può essere alleviata dai medici e in che modo? E come evitare che i pazienti soffrano da soli e senza consolazione (*unconsoled*)?». Il punto centrale è costruire ponti tra il riconoscimento della complessità dei «sistemi umani» che sono portatori di una (o più) malattie, acute o croniche, ed i sistemi di risposta, che – a loro volta – non possono configurarsi in modo semplificato, perché si creerebbe un'asimmetria che non raggiunge obiettivi di salute.

Gabbiani (2007) ha dato una definizione della clinica che cerca di rispondere a questa esigenza, definendola come

necessità di interpretare, ricostruire, congetturare e decifrare là dove qualcosa manca o è incomprensibile. Si tratterà allora di

guardare ai casi clinici in una sorta di prospettiva binoculare, di visione stereoscopica, che distingue tra le dinamiche dell'individualizzazione e la ricerca di conoscenze sovraindividuali, tra l'analisi in prima persona e la ricerca di oggettivizzazione, mostrandone però la mutua necessità ed accordando legittimità ad entrambe, secondo le loro peculiari funzioni.

Ma quanto è difficile la visione binoculare tra autonomia del paziente – spesso peraltro bombardata da messaggi incerti, che rendono instabile la sua posizione – e la realtà professionale del medico, con la sua cultura, l'esperienza, la storia... A questo punto è naturale porsi la domanda: ma come può un'azienda sanitaria incorporare posizioni tra loro così diverse svolgendo una funzione più avanzata di quella di una cornice neutrale che garantisce le regole generali? Il confine tra l'indifferenza rispetto a interessi, professioni, culture, poteri e la capacità di governo silenzioso, ma presente e incisivo, non è facilmente delineabile. Inoltre il compito di tracciare questo confine deve essere affidato solo a chi ha responsabilità apicali, o essere il frutto di un consenso diffuso conquistato nel tempo?

Se questo è il punto centrale, si ricorda l'esigenza che gli operatori vengano formati in modo adeguato a riconoscere la complessità dell'oggetto del loro intervento e a costruire risposte simmetriche; in realtà l'impostazione complessiva dei sistemi formativi è fondata sulla trasmissione di informazioni segmentarie e puntiformi, senza che si facciano intuire a chi viene formato le modalità per costruire «i ponti». Lo stesso dicasi per la ricerca – sia clinica che sui servizi – alla quale manca la struttura metodologica per affrontare i sistemi complessi; avviene così che la tematica non è nemmeno presa in considerazione e si priva il sistema di un insieme di saperi che potrebbero essere preziosi per adattarsi in modo razionale all'evoluzione del futuro. Invece si deve imparare a costruire sistemi sempre aperti alla ricerca e all'acquisizione di nuovi risultati. Troppo spesso infatti i sistemi sanitari hanno mostrato resistenze infondate o entusiasmi poco credibili;

fino a quando possiamo accettare questa chiusura all'innovazione?

Per troppo tempo anche in sedi qualificate si è diffuso il modello «olistico», costituito fondamentalmente su affermazioni teoriche di unità della persona, ma privo delle concrete strumentazioni necessarie per compiere scelte non approssimate. Un esempio dell'inadeguatezza degli strumenti operativi che vengono insegnati, e che dovrebbero essere argomento di studi e ricerche, è rappresentato dall'adozione di Linee guida cliniche (Tinetti *et al.*, 2004). Di queste si critica la polarizzazione su una situazione specifica, la quale nella realtà è sepolta all'interno di molte altre che interagiscono negativamente e positivamente. Di fronte a queste problematiche chi tra gli operatori adotta un approccio semplificatorio non si lascia modulare dall'insieme delle circostanze, che invece esercitano influenze rilevanti, ma anche chi – al contrario – accetta il criterio della complessità, si trova ancor'oggi sprovvisto di strumenti formali che ne guidino il comportamento. Così non sono facilitate le scelte del terapeuta, che sono completamente affidate alla sua cultura, esperienza, capacità di osservazione. Se questo atteggiamento fosse affidabile nelle mani dei diversi terapeuti, potrebbe anche essere accettato; se però ne verificiamo un adattamento spesso erratico – e quindi pericoloso per la salute – sorge l'esigenza di un'adozione su larga scala di nuove modalità, sebbene ancora da definire e formalizzare.

## 2. *Le aziende sanitarie, il malato, la complessità*

De Rita (2008) ha recentemente calcolato in 35 i passaggi che caratterizzano il percorso di una sostanza o un qualsiasi atto tra il momento della sua definizione e l'adozione al letto dell'ammalato. Pur sottolineando la farraginosità di questi colli di bottiglia, spesso caratterizzati da un altissimo tasso di burocratizzazione – interessata solo alle procedure e dimentica della verifica dei risultati – si deve anche riconoscere che molti appartengono alle logiche dell'organizzazione complessa e che quindi devono

essere accettati, coinvolgendoli per arrivare ad un determinato risultato.

Il vero aspetto critico è la frantumazione della continuità che accompagna le diverse tappe del processo, non la loro numerosità. Il centro del problema ritorna quindi alla definizione delle strategie, spesso assenti e poco chiare; la mancanza infatti del quadro di riferimento rende prevalente l'interesse del segmento, il cui controllo diviene difficile, anche quando il programmatore e il gestore fossero indotti ad un governo impositivo. Infatti, la complessità si ribella al diletterantismo privo di obiettivi finali (chiunque legga la realtà contemporanea non può ignorare quanto avviene in tutti i campi della società post-moderna, caratterizzata da convivenze più o meno ampie, tutte alla ricerca di senso).

Ma qual è la missione finale delle aziende sanitarie, alla quale riferire ogni singolo gradino che compone la lunga scala dei servizi? Nelle righe precedenti è stato delineato un modello di medicina a cavallo tra scienza e umanità, tra tecnologia e relazione, tra macro e micro che dovrebbe costituire la guida del processo di progressiva modellizzazione dei sistemi organizzati. Qual è il livello di elaborazione, per permetterne un'adesione convinta e serena da parte di chi ha responsabilità di guida? Il modello di governo adottato per le aziende sanitarie territoriali da parte della Regione Lombardia, basato sulla funzione programmatrice e di controllo, dovrebbe avere come primo scopo la definizione delle strategie, in modo da permettere alle dinamiche spontanee che si muovono in un sistema complesso di svolgere autonomamente le proprie funzioni, interagendo con il complesso della rete nell'ambito di un obiettivo chiaro. Purtroppo ciò non è avvenuto con la determinazione che sarebbe stata auspicabile; ma il percorso è ancora aperto e dovrà essere affrontato, pena la più o meno veloce trasformazione del sistema sanitario in una borsa di interessi spesso non convergenti.

In attesa di una definizione delle strategie che sia condivisa, e quindi da tutti adottabile, è necessario indicare

alcuni punti fermi irrinunciabili del sistema complesso, indispensabili perché la macchina possa funzionare. Tra questi si ricorda l'organizzazione dell'ospedale, che non può essere ridotta a quella di una «macchina per guarire» secondo l'illuministico modello toyotesco. Infatti non è la macchina che guarisce, ma tutte le componenti umane e tecnologiche che sono operanti al suo interno. Anche l'illusione di mettere completamente in rete tutte le macchine (in senso tecnico) si è scontrata in questi anni con l'impossibilità concreta di implementazione. L'ospedale funziona se accetta di confrontarsi con le complessità del territorio, attraverso continue operazioni di automodulazione (basta rilevare fenomeni chiarissimi avvenuti nell'ultimo decennio, quali – ad esempio – l'aumento degli accessi al Pronto Soccorso degli ospedali, con un crescita proporzionalmente molto più incisiva degli ultrasettantacinquenni). Deve quindi accettare di confrontarsi con gli altri elementi della rete, tra i quali il medico di Medicina Generale, non sempre disponibile ad inserirsi in un sistema strutturato. Anche se sono dimostrati in maniera indiscutibile i legami tra l'ospedale e il territorio (ad esempio tra spesa territoriale e tasso di ospedalizzazione in una determinata area, tra organizzazione in gruppo dei medici di famiglia e le dimissioni ospedaliere ad alto rischio di inappropriatazza, ecc.), si deve navigare in acque in movimento, riconoscendo la complessità del sistema e quindi anche di queste realtà, predisponendo scelte che ne tengano conto per l'oggi (le modificazioni raggiungibili in futuro fanno parte della logica dell'adattamento continuo!).

All'interno del sistema complesso un posto rilevante hanno le dinamiche relazionali tra i diversi componenti; nel caso delle aziende sanitarie ha un ruolo di primissimo piano il rapporto tra operatore e paziente. Non si tratta di un «lusso», che può o meno essere implementato, ma un passaggio indispensabile per raggiungere il risultato condiviso. Ma come è possibile raggiungere uno stile dell'azienda che metta in primo piano l'intensità della relazione? A poco servono i corsi di formazione, la culturizzazione sulla sua importanza se nell'azienda non è

diffuso – a tutti i livelli – uno stile che mette in primo piano l'intensità della relazione sia in senso verticale che orizzontale. La soggettività degli appartenenti all'«impresa della cura» è importante come l'oggettività di meccanismi tecnici e procedure: ma come rendere riconoscibili queste dinamiche? Forse la difficoltà di trovare una risposta alla domanda riflette la struttura intrinseca del sistema, caratterizzato da una continua logica evolutiva.

### 3. *Conclusioni*

Chi possiede oggi la visione della complessità nel «sistema sanità»?

L'ottimismo ci impone di affermare che è largamente diffusa a livello teorico, ma che ancora mancano le capacità per strutturare concretamente le scelte dipendenti dalle affermazioni di principio. Però, in un tempo che fa scrivere sulla copertina di «Lancet» del 31 gennaio 2009: «nel momento in cui l'economia globale entra in una fase di violenta e grave recessione [...] la comunità di chi lavora in ambito sanitario dovrebbe prepararsi al peggio», la nostra preparazione consiste soprattutto nel portare avanti un modello di governo che riconosca la complessità e quindi l'esigenza di creare attorno alla situazione di crisi un consenso diffuso, frutto di una collaborazione ricercata ed acquisita verso obiettivi condivisi.

Nel tempo delle difficoltà la complessità diviene un vantaggio, perché permette alla grande nave dell'azienda di navigare a velocità diverse, adattandosi alla domanda dei cittadini, ma anche alle disponibilità del momento, senza per questo dover rinunciare alla propria missione. Anche se sarà il tempo di scelte difficili (forse, ci auguriamo, non tragiche!) (Bach, 2009), la coesione offerta dalla libertà permetterà di arrivare a determinare i comportamenti del sistema, in attesa che tornino tempi più favorevoli, ma altrettanto consci che – nell'affrontare le difficoltà – il sistema aziendale ha compiuto qualche rilevante, non effimero progresso.

*Il bello dell'instabilità*: è il titolo di un articolo (Romeo, 2009) che diffonde il modello di sistemi complessi sempre in movimento, in grado di catturare nuove opportunità, le quali – a loro volta – si espandono progressivamente, creando nuova crescita. Il Sistema sanitario italiano, di fatto, negli ultimi trent'anni si è sviluppato in questo modo: occorrono gli economisti più moderni per dirci che siamo sulla buona strada? Oppure basterebbe raccogliere con attenzione informazioni sui mille tentativi di costruire innovazione compiuti dallo spirito indipendente e intelligente di molti operatori, ma anche dalla capacità di intuire il futuro di molti programmatori e gestori?

### *Riferimenti bibliografici*

- Bach P.B. (2009), *Limits on medicare's ability to control rising spending on cancer drugs*, in «Nejm», 360, pp. 626-633.
- Bocchi G. e Ceruti M. (2007), *La sfida della complessità*, Milano, Bruno Mondadori.
- De Rita G. (2008), *Il servizio sanitario? Più luci che ombre*, in «Avvenire», 9.10.08.
- Falcitelli N., Gensini G.F. e Trabucchi M. (a cura di) (2008), *1978-2008: trent'anni di Servizio Sanitario Nazionale e di Fondazione Smith Kline*, Bologna, Il Mulino.
- Gabbiani C. (2007), *Conoscenze singolari: casi clinici ed epistemologia*, in «Medicina & Storia», 13, pp. 33-54.
- Mele A., Materia E., Baglio G., De Masi S., Carra L. e Aprile S. (2007), *Salute e complessità. Viaggio nei campi del sapere*, Bologna, Il Mulino.
- Romeo G. (2009), *Il bello dell'instabilità*, in «Il Sole 24 Ore», 12.2.09, p. 8.
- Tinetti M.E., Bogardus S.T. e Agostini J.V. (2004), *Potential pitfalls of disease-specific guidelines for patients with multiple conditions*, in «Nejm», 351, pp. 2870-2874.