

COLLANA

Aiop

Associazione Italiana
Ospedalità Privata



Fidelia **Cascini**

RISCHIO SANITARIO

DISEGNO DI UN MODELLO ORGANIZZATIVO
AI SENSI DELLA LEGGE N. 24/2017

FrancoAngeli

Informazioni per il lettore

Questo file PDF è una versione gratuita di sole 20 pagine ed è leggibile con



La versione completa dell'e-book (a pagamento) è leggibile con Adobe Digital Editions. Per tutte le informazioni sulle condizioni dei nostri e-book (con quali dispositivi leggerli e quali funzioni sono consentite) consulta [cliccando qui](#) le nostre F.A.Q.



La **Fondazione Sanità Futura** è stata costituita a Milano il 27 novembre 2017 su impulso di Aiop Lombardia.

Le finalità della Fondazione si esplicano in ambito regionale, nazionale ed europeo, ed hanno lo scopo di promuovere e sostenere studi sullo sviluppo dei Sistemi Sanitari e Sociosanitari efficaci, efficienti, fondati sul principio della libertà di scelta del cittadino anche tramite il pluralismo degli erogatori, e caratterizzati dalla accessibilità e dalla trasparenza della gestione.

La Fondazione ha inoltre lo scopo di promuovere e sostenere la ricerca biomedica, lo sviluppo delle professionalità che operano nei Sistemi Sanitari, la formazione di professionisti di elevata qualità e la divulgazione delle conoscenze di interesse sanitario.

Nel primo anno di attività ha avviato collaborazioni con l'Università Cattolica del Sacro Cuore, con l'Università degli Studi di Pavia, con l'Università Vita-Salute San Raffaele di Milano, con il Politecnico di Milano e con altri Enti e Istituti, promuovendo e sostenendo ricerche sul rischio clinico e sull'organizzazione sanitaria.

Collabora con l'Uehp (European Union of Private Hospitals) e con Aiop, partecipa a Convegni e incontri su vari aspetti delle politiche sanitarie e dell'organizzazione ospedaliera e territoriale.

L'**Associazione Italiana Ospedalità Privata** è stata fondata a Roma nel 1966 in rappresentanza di ospedali e case di cura private, accreditate e non, presenti in tutto il territorio nazionale, con l'obiettivo di sviluppare la qualificazione delle strutture associate e di sostenere la collocazione e l'attività nell'ambito dell'organizzazione sanitaria nazionale.

Aiop è nata in un periodo in cui il sistema ospedaliero degli erogatori era per lo più gestito da enti di assistenza e beneficenza. La riforma che si stava aspettando negli anni '60 in Italia avrebbe deciso le sorti del settore privato, poiché l'intenzione del governo dell'epoca era quella di dettare, in ambito sanitario, l'organizzazione interna delle strutture, le loro fonti di finanziamento e i rapporti con gli enti nazionali o regionali. È stata questa consapevolezza che ha costituito la spinta necessaria a convincere i responsabili di alcune associazioni a formare un'unica associazione di categoria, che unisse gli ospedali privati e le diverse competenze. Il privato stava per essere relegato a mero complemento del pubblico, Aiop accettò la sfida e si fece "sistema", col dichiarato intento di risolvere i problemi inerenti alla strutturazione degli istituti di cura facenti parte dell'iniziativa, riguardanti soprattutto, allora come oggi, l'inserimento delle strutture private nell'organizzazione ospedaliera generale del Paese.

Aiop oggi rappresenta più di 500 strutture di ricovero e cura (istituti a carattere scientifico; strutture di alta specialità quali cardiocirurgia, neurochirurgia ed altro; strutture per acuti; strutture di riabilitazione; strutture per lungodegenza post-acuzie; strutture per anziani non autosufficienti; RSA; strutture di recupero funzionale per handicap; strutture per riabilitazione neuropsichiatrica; hospice), presenti in tutte le Regioni italiane.

Le associate Aiop occupano quasi 70 mila addetti e costituiscono l'11% degli operatori dell'intero sistema, si prendono cura del 15% dei pazienti, per una dotazione complessiva di 56.400 posti letto. Il 93% delle strutture Aiop (477), inoltre, opera attualmente nell'ambito del Ssn con una disponibilità di 50.000 posti letto accreditati.

I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito Internet: www.francoangeli.it e iscriversi nella home page al servizio “Informatemi” per ricevere via e.mail le segnalazioni delle novità.

COLLANA

Aiop

Associazione Italiana
Ospedalità Privata



Fidelia **Cascini**

RISCHIO SANITARIO

DISEGNO DI UN MODELLO ORGANIZZATIVO
AI SENSI DELLA LEGGE N. 24/2017

FrancoAngeli

Questo studio fa parte del progetto di ricerca “Disegno e implementazione di un modello di riferimento per la gestione del rischio sanitario nelle strutture di cura italiane” promosso dalla Fondazione Sanità Futura di Milano, cui partecipano l’Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma, l’Istituto Superiore di Sanità, l’Università degli Studi di Pavia, l’Università Vita Salute S. Raffaele di Milano, l’IRCSS Mondino di Pavia.

Ringraziamenti

I miei ringraziamenti vanno agli ingegneri Federico, Luigi, e Paolo, amici cari e menti brillanti, che mi hanno ascoltato con interesse durante l’embriogenesi del modello per aiutarmi a tradurre intuizioni e idee in teorie funzionanti. I miei ringraziamenti vanno inoltre a Valentina, avvocato, e Mariangela, ingegnere esperto di sanità, amiche care e professioniste capaci, svelte e affidabili, che hanno reso possibile questo progetto editoriale.

Copyright © 2019 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.

L’opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d’autore. L’Utente nel momento in cui effettua il download dell’opera accetta tutte le condizioni della licenza d’uso dell’opera previste e comunicate sul sito www.francoangeli.it.

Indice

Introduzione	pag.	7
<i>Barbara Cittadini, Presidente Nazionale AIOP</i>		
<i>Gabriele Pelissero, Presidente Fondazione Sanità Futura</i>		
1. Modelli, organizzazioni e sicurezza delle cure	»	11
1. I modelli e le organizzazioni	»	11
2. Un'organizzazione professionale: la struttura sanitaria	»	18
3. L'approccio sistemico all'organizzazione sanitaria e la sicurezza	»	23
4. La progettazione di un'organizzazione per la sicurezza delle cure	»	27
2. Sicurezza delle cure, gestione del rischio sanitario e complessità	»	33
1. La sicurezza delle cure: attualità e criticità	»	33
2. La gestione sistemica del rischio sanitario	»	39
3. La gestione del rischio e la sicurezza delle cure nella complessità	»	46
3. I percorsi clinico-assistenziali per migliorare l'organizzazione delle cure	»	55
1. Cos'è un percorso clinico-assistenziale: definizioni internazionali	»	55
2. Il percorso clinico-assistenziale e la sua definizione nazionale	»	59
3. La costruzione di un percorso clinico-assistenziale	»	64
4. Un percorso clinico-assistenziale integrato per la complessità: le demenze	»	68

4. L’approccio alla gestione del rischio sanitario mediante i percorsi clinico-assistenziali	pag.	73
1. Dai percorsi clinico-assistenziali agli esiti sul paziente	»	73
2. L’esperienza dei percorsi presso la Fondazione Policlinico Gemelli	»	77
3. Il percorso clinico-assistenziale per promuovere la sicurezza delle cure ai sensi della Legge n. 24/2017	»	82
4. L’approccio alla gestione del rischio sanitario per percorsi clinico-assistenziali	»	87
5. Disegno di un modello organizzativo per la gestione del rischio sanitario	»	93
1. Un modello organizzativo per la gestione del rischio sanitario	»	93
2. Le parti costitutive del modello	»	97
2.1. Il percorso intraospedaliero del paziente	»	97
2.2. La funzione di gestione del rischio sanitario	»	99
2.3. Gli obiettivi a cui tende il modello	»	100
3. L’organizzazione strutturale del modello	»	100
3.1. Modello analitico-descrittivo	»	105
3.2. Modello predittivo	»	108
3.3. Rischio derivante dalle specificità delle strutture sanitarie	»	112
4. Perché un modello organizzativo per la gestione del rischio sanitario basato sul percorso	»	113
Bibliografia	»	115

Introduzione

La realizzazione di un sistema di cure sicuro e affidabile ha radici antiche incardinate nei presupposti etici e deontologici della professione medica e delle altre professioni sanitarie, tutte univocamente ispirate al principio ippocratico di perseguire la difesa della vita, la tutela della salute fisica e psichica della persona malata e il sollievo della sofferenza. E il tema è, oggi più che mai, di grande attualità poiché la sicurezza delle cure è protagonista di una recente legge dello Stato, la Legge n. 24/2017 recante il titolo: «Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie».

Il legislatore ha posto a fondamento della disciplina il concetto della prevenzione degli eventi avversi connessi all'erogazione delle prestazioni sanitarie, e delle relative conseguenze. Tuttavia, l'osservazione dei fatti indica che le azioni realizzate per ridurre l'incidenza di eventi avversi evitabili in Sanità, anche in Paesi sviluppati, sono ancora insufficienti con effetti economici peraltro insostenibili. L'effetto economico negativo si configura in particolare nei contenziosi e nei risarcimenti, nei trattamenti diagnostico-terapeutici supplementari, in pubblicità negativa e danni alla reputazione, nonché nei costi sociali sotto forma di crescente morbilità della popolazione, riduzione della capacità lavorativa, perdita di fiducia nel sistema sanitario e nelle istituzioni. È perciò divenuto prioritario apportare dei cambiamenti nelle organizzazioni sanitarie per rispondere agli obblighi normativi oltre che per soddisfare antichi, e pur sempre attuali, principi etici e deontologici a garanzia della salute.

L'idea progettuale alla base di questo testo è stata allora alimentata dalla necessità di cercare una risposta sistematica ai problemi riguardanti i temi della sicurezza delle cure e della gestione del rischio connesso all'erogazione delle prestazioni sanitarie, che ancora oggi e in Paesi con sistemi sanitari altamente evoluti tra cui l'Italia, non trovano adeguata soluzione. Essa appare peraltro ancora più sensata se consideriamo che la complessità della pratica clinica mostra un andamento crescente, dovuto all'insieme delle tante e diverse condizioni morbose da cui sono sempre più frequentemente affetti i pazienti ricoverati, in ragione dei cambiamenti demografici verso l'invecchiamento della popolazione e l'incremento delle malattie croniche. Sono cioè mutate le condizioni di contesto a cui bisogna adattare anche il processo di gestione del rischio sanitario, pressato dagli stringenti obblighi normativi e al contempo dalla crescente complessità delle condizioni cliniche dei pazienti. Il modello organizzativo si propone pertanto di rispondere alle richieste della Legge n. 24/2017 disegnando una funzione operativa per la gestione del rischio sanitario da applicare al percorso clinico-assistenziale. Questo è il valore aggiunto del cambio di prospettiva per consentire una visione d'insieme sui processi di cura. Sui percorsi, infatti, ha senso che sia materialmente esercitata l'azione correttiva delle situazioni a rischio, affinché essa possa riguardare trasversalmente tutte le funzioni organizzative e i ruoli di una struttura sanitaria.

Una lettura del rischio sanitario legata al percorso del paziente e pertanto tipica di un definito gruppo di pazienti in un determinato periodo di tempo, può consentire anche un migliore confronto tra organizzazioni sanitarie, oltre che permettere di tararne la gestione sulle peculiarità di ciascuna azienda sanitaria presa nella sua singolarità.

Esso può arrivare a completare in direzione della sicurezza anche i percorsi clinico-assistenziali codificati secondo Linee Guida, oltre che delineare i livelli di rischiosità caratterizzanti i passaggi dei diversi possibili percorsi intraospedalieri di tutti i pazienti ricoverati per un supporto a un processo di decisioni informate dei professionisti tenendo conto della complessità.

Si tratta di un diverso approccio che può portare all'elaborazione di modelli organizzativi sempre più evoluti – per promuoverne la sicurezza anche in condizioni cliniche difficili come nei casi dei pazienti complessi – e basati su supporti tecnologici capaci di integrare molte

informazioni provenienti da diverse fonti di dati, per guidare il professionista nella decisione della migliore strategia di cura.

È con piacere che AIOP e Fondazione Sanità Futura mettono a disposizione di tutte le strutture ospedaliere e sanitarie questo contributo che s'inserisce perfettamente nell'impegno alla promozione della qualità complessiva della Sanità italiana.

Barbara Cittadini
Presidente Nazionale AIOP

Gabriele Pelissero
Presidente Fondazione Sanità Futura

1. Modelli, organizzazioni e sicurezza delle cure

1. I modelli e le organizzazioni

La parola *modello* ha diversi significati nella lingua italiana: alcuni evidenziano aspetti teorici, altri caratteri più pragmatici. Si può passare dal concetto di ‘costruzione in scala ridotta, a scopo illustrativo o sperimentale’ come il modello di una nave, a quello di ‘prototipo di un prodotto industriale’ come un modello brevettato, fino a quello di ‘schema di punti di riferimento’ a fini d’imitazione come ad esempio un modello culturale. Tra gli altri significati, la parola *modello* esprime il concetto di riferimento teorico, di pensiero strutturato secondo una logica, per rendere possibile la descrizione di un fenomeno reale. Esistono quindi modelli teorici diversi. Un modello matematico è un insieme di relazioni matematiche (come funzioni, equazioni) in grado di spiegare un fatto naturale e di descrivere i legami esistenti tra le grandezze caratteristiche del fenomeno. Un modello di sviluppo è una sequenza teorica di sviluppo economico. Un modello mentale è una rappresentazione della mente in cui gli elementi cognitivi sono integrati per riprodurre analogicamente le entità reali considerate (una copia mentale interna che possiede la stessa struttura di rapporti del fenomeno che rappresenta). Questo volume, dedicato al disegno di un modello organizzativo per la gestione del rischio sanitario, farà riferimento al concetto di modello applicato alle organizzazioni, appunto detto modello organizzativo, che è la concettualizzazione di un’organizzazione, comprendente obiettivi e struttura in termini di funzioni, norme, relazioni e interazioni tra funzioni.

In generale, le organizzazioni nascono ed esistono per perseguire determinati obiettivi. Tali obiettivi sono realizzati attraverso lo svolgimento di specifiche attività che rappresentano la base del lavoro svolto all'interno delle organizzazioni stesse. Diversi tipi di lavoro sono pertanto solitamente suddivisi e/o raggruppati in aree, reparti o unità di direzione con specifiche funzioni. In un'azienda di prodotti commerciali, ad esempio, vi sono i reparti: marketing, vendite, pubblicità, produzione e così via; all'interno di ogni reparto, si possono poi trovare ancora più distinzioni e suddivisioni tra i lavori che le persone svolgono. Tutti questi reparti sono collegati tra loro per formare la struttura organizzativa, che dà all'azienda anche la forma per esprimere la sua funzione esternamente, ossia rispetto all'ambiente circostante (Nelson e Quick, 2011). La struttura organizzativa rappresenta in particolare la configurazione formale tra individui e gruppi riguardo all'assegnazione di compiti, responsabilità e autorità all'interno dell'organizzazione (Galbraith, 1987; Greenberg, 2011). Originariamente, le strutture organizzative erano pensate e ripartite internamente in base al prodotto o alla funzione (Oliveira e Takahashi, 2012). Queste sono state le due modalità di organizzazione attraverso cui la struttura organizzativa è transitata nel corso della sua evoluzione storica (Galbraith, 2009; Kuprenas, 2003). Successivamente, questi approcci sono stati superati dallo studio della relazione tra strategia organizzativa e struttura (Brickley *et al.*, 2002). Infatti, attraverso l'analisi dello sviluppo storico di grandi industrie americane come DuPont, Sears e General Motors, si è raggiunta la conclusione che la strategia di un'organizzazione tende a influenzare la sua struttura (Chandler, 1962; Chandler, 2003). Le scelte strategiche incidono difatti su variabili quali: attività, tecnologia e ambiente, che influenzano concretamente la struttura dell'organizzazione in associazione a fattori come il tasso di crescita e la distribuzione interna del potere (Hall e Tolbert, 2009; Miles *et al.*, 2011).

Secondo Henry Mintzberg, accademico canadese, studioso di scienze gestionali, organizzative e strategiche, l'organizzazione è il sistema complessivo della suddivisione di un lavoro in funzioni distinte e il loro successivo coordinamento (Mintzberg, 1979). L'efficacia e l'efficienza della progettazione organizzativa dipendono quindi dalla coerenza interna tra variabili organizzative e dalla coerenza esterna tra

variabili organizzative e fattori contingenti. Mintzberg, in particolare, distingue le organizzazioni partendo dall'analisi di tre dimensioni basilari: (1) la parte fondamentale dell'organizzazione, cioè quella che svolge il ruolo principale nel determinare il suo successo o fallimento; (2) il meccanismo di coordinamento primario, cioè il metodo principale che l'organizzazione usa per coordinare le sue attività; (3) il tipo di decentramento utilizzato, cioè la misura in cui l'organizzazione coinvolge i subordinati nel processo decisionale (Mintzberg, 1992; Mintzberg, 2009). Usando queste tre dimensioni-base, Mintzberg teorizza che la strategia adottata da un'organizzazione e la misura della sua pratica possono tradursi concretamente in cinque configurazioni strutturali: Simple Structure, Machine Bureaucracy, Professional Bureaucracy, Divisionalized Form, Adhocracy. La Simple Structure ha come elemento chiave l'apice strategico, utilizza la supervisione diretta e impiega la centralizzazione verticale e orizzontale. L'organizzazione è composta dal top manager e ha pochi lavoratori nel nucleo operativo. Non ci sono tecnostrutture e lo staff di supporto è ridotto. I lavoratori eseguono compiti sovrapposti. Un esempio di simple structure è rappresentato da un esercizio commerciale di piccole dimensioni. La Machine Bureaucracy ha la tecnostruttura come elemento chiave, i processi di lavoro sono standardizzati come meccanismo primario di coordinamento e adotta un limitato decentramento orizzontale. Essa ha un alto grado di formalizzazione e specializzazione del lavoro. Le decisioni sono centralizzate. L'intervallo di gestione è ristretto e l'organizzazione è alta, ovvero esistono molti livelli nella catena di comando dal top management alla parte inferiore dell'organizzazione. Un esempio di machine bureaucracy è una fabbrica che produce automobili. La Professional Bureaucracy ha come elemento centrale il nucleo operativo, utilizza la standardizzazione delle competenze come meccanismo principale di coordinamento e adotta il decentramento verticale e orizzontale. L'organizzazione è relativamente formalizzata ma decentrata per dare autonomia ai professionisti. Professionisti altamente qualificati forniscono servizi non routinari. Il top management è piccolo; ci sono pochi manager intermedi; e la tecnostruttura è generalmente piccola. Tuttavia, lo staff di supporto al nucleo operativo è in genere molto numeroso. Gli obiettivi delle burocrazie professionali sono di innovare e fornire servizi di alta qualità.

Esistenti in ambienti complessi ma stabili, sono generalmente di dimensioni da moderate a grandi. I problemi di coordinamento sono comuni. Esempi di questa forma di organizzazione sono università, ospedali e grandi studi legali. La Divisionalized Form utilizza la standardizzazione dell'output come meccanismo di coordinamento primario e impiega un decentramento verticale limitato. Il processo decisionale è decentralizzato a livello divisionale. C'è poca coordinazione tra le divisioni separate. Il personale a livello aziendale fornisce un certo coordinamento. Pertanto, ogni divisione è relativamente centralizzata e tende ad assomigliare a una machine bureaucracy. La tecnostruttura è situata presso la sede centrale per fornire servizi a tutte le divisioni. Il personale di supporto si trova all'interno di ogni divisione. Le grandi società tendono ad adottare la questa forma 'divisionalizzata'. L'Ad-hocracy ha il personale di supporto come parte fondamentale, utilizza l'adeguamento reciproco come strumento di coordinamento e mantiene pattern selettivi di decentramento. La struttura tende a essere bassa nella formalizzazione e nel decentramento. La tecnostruttura è contenuta perché specialisti tecnici sono coinvolti nel nucleo operativo dell'organizzazione. Lo staff di supporto è grande per supportare la struttura complessa. Le adocrazie si dedicano a compiti non di routine e utilizzano una tecnologia sofisticata. L'obiettivo principale è l'innovazione e il rapido adattamento agli ambienti in evoluzione. Le adocrazie sono in genere di medie dimensioni, devono essere adattabili e utilizzare le risorse in modo efficiente. Esempi di adocrazie includono industrie aerospaziali ed elettroniche, imprese di ricerca e sviluppo, distretti scolastici molto innovativi.

Con specifico riferimento alla Sanità, in una pagina del suo blog¹, Mintzberg chiarisce con un linguaggio agevole le diverse classi di organizzazioni, in particolare quella rappresentata dall'ospedale: «Ci sono specie di organizzazioni proprio come ci sono specie di animali. Non bisogna confonderle. Un orso non è un castoro: uno sverna nelle grotte, l'altro in strutture di legno che costruisce apposta per sé. Gli ospedali non sono fabbriche; le agenzie pubblicitarie non sono società di fast-food. Ciò può sembrare ovvio, ma mentre riconosciamo le diverse specie di animali, spesso mischiamo e confondiamo le diverse

¹ Species of Organizations, post pubblicato da Henry Mintzberg sul suo sito il 14.4.2016 <http://www.mintzberg.org/blog/organization-species>

specie di organizzazioni. Quante volte i consulenti di gestione entrano in un tipo di organizzazione e lo trattano come un altro? Capita, ad esempio, che provino a trattare un ospedale nello stesso modo con cui hanno appena affrontato una fabbrica di automobili: forse potrebbe funzionare per una caffetteria ma in una struttura geriatrica? Naturalmente, usiamo di solito parole del tipo: ospedali, agenzie pubblicitarie, e così via, ma queste designano le industrie non la natura delle loro organizzazioni. Il nostro vocabolario per comprendere le organizzazioni è davvero piuttosto primitivo. Usiamo la parola organizzazione come i biologi usano la parola mammifero, con la differenza che non siamo in grado di andare oltre. Immaginiamo se questo fosse il caso della biologia e due biologi s'incontrassero per dialogare dei luoghi dove i mammiferi trascorrono l'inverno. "Ovviamente in una grotta" – direbbe quello che studia gli orsi. "Stai scherzando?" – direbbe l'altro che studia i castori – "i loro predatori entrerebbero e li ucciderebbero. Devono costruire rifugi protettivi". I due biologi parlerebbero tra loro proprio come fa il manager di un ospedale che potrebbe tentare di spiegare a un consulente che non è una fabbrica». Henry Mintzberg aveva già affrontato il problema della scarsa comprensione comune delle differenze tra organizzazioni alla fine degli anni Settanta. Il libro, intitolato *The structuring of organizations* (Mintzberg, 1979), ha avuto un grandissimo successo, ma, riferisce recentemente l'autore nel suo blog, «non ha ancora abbastanza successo: il modo in cui discutiamo le organizzazioni rimane infatti primitivo. Lasciatemi quindi offrire il mio quadro delle quattro specie di organizzazioni di base: (1) l'organizzazione macchina, (2) l'organizzazione professionale, (3) l'organizzazione imprenditoriale, (4) l'organizzazione progetto». L'organizzazione macchina (machine organization) è la prima specie. «Molte organizzazioni funzionano come macchine ben oliate. Puntano tutto sull'efficienza ovvero sul fatto di fare il colpo quantitativamente più grosso che porta al massimo guadagno economico. Di conseguenza, tutto è programmato nei minimi dettagli come, per esempio, quanti secondi passano prima che un cuoco di McDonald's rovesci un hamburger. Questo sistema rende facile l'addestramento dei lavoratori ma non è utile per trattenerli: il lavoro può in effetti essere noioso e il controllo soffocante. L'organizzazione macchina è eccezionale per fare ciò che essa fa bene: vogliamo che la chiamata della sveglia in

hotel sia alle 8:00 e non alle 8:01 ma ciò non al di fuori del suo contesto». Quanto all'organizzazione professionale (professional organization), Mintzberg chiarisce che: «anche questa seconda specie è programmata ma in un modo completamente diverso. Si tratta di competenza più che efficienza. Negli ospedali, nelle società di contabilità e in molti uffici d'ingegneria, il lavoro critico è altamente qualificato (ci vogliono anni di pratica) ma è anch'esso, il più delle volte, sorprendentemente di routine: proviamo ad immaginare se una infermiera trasportando il paziente in sala operatoria dicesse: “Non hai nulla di cui preoccuparti: questo è un chirurgo altamente creativo!”. Inoltre, nell'organizzazione professionale le persone sembrano a volte lavorare in gruppo ma, in realtà, lavorano in gran parte da sole. Tutti, in sala operatoria, eseguono le proprie procedure seguendo determinati protocolli come ognuno dei musicisti di un'orchestra suona le note scritte per il proprio strumento da Beethoven, più che rispondere al direttore d'orchestra». La terza specie descritta nel discorso di Mintzberg è l'organizzazione imprenditoriale (entrepreneurial organization). «Eppure, – afferma l'autore, comparandola con l'organizzazione professionale rappresentata dall'orchestra – noi veneriamo il direttore d'orchestra come se fosse l'epitome della leadership. Di nuovo, stiamo mescolando le specie. Nell'organizzazione imprenditoriale domina la leadership centrale, mentre nelle orchestre c'è più di questo come suggerito sopra. I migliori esempi di questa specie si trovano spesso in aziende imprenditoriali create da visionari, come nel caso di Steve Jobs in Apple. A volte le organizzazioni più anziane, in crisi, assumono questa forma e centralizzano il potere attorno alla leadership per affrontare un problema. E non dimentichiamo in proposito regimi politici totalitari come la Russia di Putin. Quando il capo di un'organizzazione imprenditoriale dice “Salta!”, la risposta è “Quanto alto signore?”. Diversamente, quando il direttore di un ospedale dice “Salta!”, i medici chiedono “Perché?”». La quarta specie descritta da Mintzberg è l'organizzazione progetto (project organization), anche nota come adocrazia, a proposito di cui l'autore spiega che: «Anche qui il lavoro è altamente qualificato ma gli esperti devono lavorare in team per unire i loro sforzi nell'interesse dell'innovazione. Pensiamo ad esempio a compagnie cinematografiche, agenzie pubblicitarie, laboratori di ricerca: questo tipo di organizzazione si trova in molti tipi

d'industrie ad alta tecnologia. Qui gli esperti lavorano su progetti per creare nuovi prodotti: un film, una campagna pubblicitaria, un nuovo prodotto. Nel corso degli anni ho definito questa specie organizzazione innovativa e adocrazia. Per comprendere l'organizzazione-progetto, e se sei uno dei suoi manager non rovinare tutto, devi apprezzare che essa ha efficacia essendo inefficiente: senza un po' di spazio, infatti, l'innovazione muore». «Ognuna di queste specie di organizzazioni – conclude Mintzberg – richiede un proprio tipo di struttura, un proprio stile di gestione, e relazioni di potere molto diverse poiché queste specie non hanno solo culture diverse; sono diverse culture. Cammina in organizzazioni diverse e puoi quasi sentire l'odore delle differenze». La letteratura popolare sulle organizzazioni, invece, nella stragrande maggioranza dei casi riguarda le organizzazioni-macchina senza che, prosegue l'esperto: «ciò venga ammesso o addirittura che ci si renda conto. La maggioranza degli studi riguarda modi per diventare più simili alle macchine: ottenere sistemi migliori, fare piani più formali, misurare tutto, stringere, diventare più 'efficienti'. E il resto riguarda modi per compensare gli effetti peggiori di questa specie: come rendere gli operai più felici o almeno meno infelici. Ho discusso di queste specie come se tutte le organizzazioni fossero l'una o l'altra. Certo che no! Anche se alcune organizzazioni si avvicinano notevolmente, nell'ordine presentato, a un McDonald's, alla Mayo Clinic, alla Russia di Putin, a un set di film creativi. Eppure, anche così, un'organizzazione di produzioni di massa simile a una macchina può avere il suo team per lo sviluppo di un prodotto adocratico, come un ospedale ha la sua caffetteria che è simile a una macchina (per non parlare della necessità di avere un team creativo quando qualcosa dovesse andare storto in quella sala operatoria). Esistono infatti gli ibridi, come ad esempio un'azienda farmaceutica con l'adocrazia nella sua ricerca, l'organizzazione professionale per quanto concerne il suo sviluppo, e l'organizzazione macchina in riferimento alla sua produzione. Allora tutto ciò significa che non possiamo usare questo quadro di riferimento? Al contrario! Abbiamo bisogno ancora di più di un tale vocabolario per parlare in modo sensato di quanto sta accadendo all'interno delle nostre organizzazioni e attraverso di esse».

2. Un'organizzazione professionale: la struttura sanitaria

I modelli sono esemplificazioni della realtà. Nella realtà, infatti, come anche evidenziato da Mintzberg, le organizzazioni sono generalmente più complesse e i modelli talvolta sovrapposti. Ciò è vero in particolare per le organizzazioni sanitarie il cui fine ultimo è quello di promuovere la salute in condizioni mutevoli (i.e. progressivo aumento delle malattie croniche, variazioni demografiche, evoluzione tecnologica e scientifica) e la cui strategia per lo sviluppo della qualità di prestazioni e servizi è conseguentemente in continuo movimento e riorientamento (Pelikan *et al.*, 2005; 2013). Il riorientamento delle organizzazioni sanitarie, che significa appunto adeguamento dinamico per promuovere la salute mantenendo attivo il processo di miglioramento continuo della qualità (caratteristica che, com'è noto, comprende anche la sicurezza)², è stato peraltro promosso dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS). Nel 1990, a sostegno dell'attuazione del programma di promozione della salute e per facilitare il cambiamento organizzativo, l'OMS ha creato una rete di ospedali che oggi conta più di 900 componenti in oltre 40 Paesi (Groene e Garcia-Barbero, 2005; Pelikan *et al.*, 2001). Ciò in linea con quanto già previsto nella carta di Ottawa (WHO, Ottawa Charter 1986) che individua nel riorientamento dei servizi sanitari una delle cinque aree prioritarie di azione. Il processo di adeguamento dinamico riguarda e coinvolge l'intera organizzazione sanitaria, la sua identità aziendale, la sua struttura fisica e la cultura dei suoi operatori (Garcia-Barbero, 1998). Tuttavia, la realtà osservata è ancora ben distante da quella attesa poiché il livello di

² Il concetto di qualità si può riferire tanto ai servizi assistenziali erogati da strutture o professionisti e ricevuti dal paziente, quanto al funzionamento delle organizzazioni sanitarie complessivamente intese. La qualità esprime infatti se un sistema sanitario sta funzionando bene rispetto al suo obiettivo di migliorare la salute (NHPC; 2001). L'Institute of Medicine americano nel 1999 ha stabilito che la qualità esprime il grado in cui i servizi sanitari, coerentemente con la migliore evidenza scientifica disponibile, accrescono la probabilità di ottenere gli esiti sperati per gli individui e per la popolazione. L'IOM ha inoltre individuato le caratteristiche di una assistenza di qualità: sicurezza, efficacia, centralità del paziente, tempestività, efficienza, equità. La dimensione della sicurezza, in particolare, riguarda tutte e tre le aree in cui si riconoscono i principali attori di un'organizzazione sanitaria: l'area della qualità tecnico-professionale; l'area della qualità manageriale; l'area della qualità percepita (dal paziente-utente). Per approfondimenti: Øvretveit *et al.*, 1992; Damiani *et al.*, 2005.

cambiamento organizzativo spesso non soddisfa i requisiti stabiliti e il riorientamento sistematico degli ospedali rimane un fatto limitato (Wise e Nutbeam, 2007) pur essendo un obiettivo desiderato (De Leeuw, 2009; Johnson e Baum, 2001). Diverse analisi hanno mostrato come le limitazioni al processo di adeguamento degli ospedali siano in buona parte dovute alla riluttanza da parte dei professionisti (Lee *et al.*, 2014; Whitehead, 2005) i quali, pur avendo accettato il concetto di promozione della salute, lo vivono ancora soprattutto in termini astratti ossia senza tradurre nella pratica quotidiana i principi di adattamento e riorientamento. Per vincere le difficoltà incontrate dai professionisti sanitari nell'innescare un percorso virtuoso di trasformazione, nel corso del tempo sono state allora proposte e applicate varie strategie generali di cambiamento. Tra queste, alcune erano orientate allo sviluppo organizzativo (Grossman e Scala, 1993; Pelikan, 2007), altre alla gestione totale della qualità (Brandt *et al.*, 2005), altre ancora indirizzate all'aumento di capacità organizzative mediante implementazione di risorse e conoscenza (Hawe *et al.*, 1997). Si trattava però di strategie di cambiamento originariamente pensate e sviluppate per altro genere di organizzazioni aziendali, le quali si affidano prevalentemente a un modello meccanico che è adatto a organizzazioni che lavorano su strutture e processi top-down, orientati al controllo e standardizzati. Il successo di queste strategie generali è stato pertanto molto limitato in Sanità non rispecchiando adeguatamente la natura delle organizzazioni ospedaliere.

Gli ospedali si riconoscono in un modello molto diverso da quello di aziende caratterizzate da organizzazioni-macchina e, in particolare, il modello che esprime meglio l'organizzazione sanitaria è quello dell'organizzazione professionale (si veda in proposito il paragrafo "I modelli e le organizzazioni") in quanto guidata da esperti, orientata sulle capacità e basata su interazioni umane che sono molto difficili da monitorare e da supervisionare. Integrando la teoria delle professioni di Andrew Abbott (1988) e il modello dell'organizzazione professionale di Mintzberg (1979, 2012) è possibile comprendere come l'autonomia di lavoro dei professionisti, che è posta al centro di questo genere di organizzazione, produca conseguenze significative sia per la struttura organizzativa che per la sua gestione. La letteratura scientifica attualmente disponibile indica in proposito che la tesi dell'*autonomia*