

# **Quando un'organizzazione sanitaria è in buona salute?**

di *Fulvio Forino, Franco Bifulco, Mario Casini*

Associazione Dedalo 97

[www.retededalo97.it](http://www.retededalo97.it)

## **Sommario**

Constatato che la salute delle organizzazioni sanitarie risulterebbe un campo di studio e ricerca praticamente inesplorato, ne diamo una nostra definizione. Basandoci su una visione sistemica e dalle nostre esperienze di direzione di grandi organizzazioni sanitarie, descriviamo le loro principali caratteristiche e successivamente proponiamo un'applicazione di logiche e principi sistemici a una ipotesi metodologica per la valutazione multidimensionale della loro salute.

## **Parole chiave**

Organizzazione, sistema complesso adattativo, organizzazione sanitaria, valutazione multidimensionale.

## **Summary**

The health of health care organizations would be a field of study and unexplored research. We give our own definition based on a systemic vision and our experience management of large healthcare organizations. We described their main features and then we suggest a hypothetical logical and systemic approach to the proposal of a methodology for the multidimensional evaluation of their health.

## **Keywords**

Organization, complex adaptive system, health organization, multidimensional assessment.

## **Una premessa e un distinguo**

La redazione della rivista *Riflessioni Sistemiche* ci ha sollecitato a scrivere un articolo che trattasse della salute delle organizzazioni sanitarie. Abbiamo accettato e, come prima cosa, abbiamo deciso di prendere in considerazione organizzazioni sanitarie di grandi o medie dimensioni: Aziende Ospedaliere; Aziende Sanitarie Locali e loro grandi articolazioni interne; Cliniche o Case di Cura private, convenzionate o no con il Servizio Sanitario Nazionale (SSN); Ospedali Classificati di proprietà di enti religiosi; Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS).

Ciò fatto, ci siamo trovati subito di fronte a tre difficoltà. La prima di esse ha riguardato la necessità di definire la salute delle organizzazioni sanitarie, la seconda quella di distinguerla dalla salute organizzativa, ovvero dalla capacità di un'organizzazione di generare il benessere organizzativo, ovvero il benessere dei propri componenti. La terza

difficoltà, infine, è stata quella di reperire in letteratura contributi riguardanti lo specifico argomento della salute delle organizzazioni. Nel nostro procedere, infatti, abbiamo avuto conferma che la salute organizzativa, da decenni, è oggetto di numerosissimi studi e pubblicazioni di management, di sociologia e psicologia del lavoro e di altre discipline e che esistono molte sue definizioni tra cui citiamo quella, particolarmente efficace del prof. Francesco Avallone secondo cui: *“la salute organizzativa consiste nella “capacità” d’una organizzazione di generare il benessere dei suoi componenti grazie a un insieme di nuclei culturali, processi e pratiche organizzative tese a promuovere la convivenza e la qualità della vita e il benessere fisico, psicologico e sociale degli individui e delle comunità lavorative”*. (Avallone F., 2012, pag, 97) Nel caso della salute delle organizzazioni, invece, abbiamo constatato che, per quanto ci risulterebbe, la stessa è un campo di riflessione e di studio praticamente inesplorato e che non sarebbero reperibili sue definizioni così che, partendo dalle nostre esperienze di direzione d’importanti organizzazioni sanitarie, ci siamo trovati a elaborare una nostra definizione secondo cui: *“la salute di un’organizzazione consiste in un processo da essa messo in atto per il mantenimento di una condizione d’integrazione e d’armonico equilibrio funzionale, dinamico e instabile, tra i suoi componenti che le permette di vivere e svilupparsi grazie alla sua capacità di reagire e adattarsi ai fenomeni e alle perturbazioni che intervengono nell’ambiente naturale e sociale così da riuscire a coevolvere con esso”*.

Dalle due definizioni appariva chiaro che, se da un lato sono tra loro strettamente correlate, dall’altra vanno tenute ben distinte in quanto esprimono due punti di vista molto diversi. Infatti, così definita, la salute organizzativa considera un’organizzazione come un particolare contesto che condiziona fortemente il benessere delle persone che in essa convivono e lavorano, mentre la definizione di salute delle organizzazioni prende in considerazione le stesse come sistemi complessi adattativi (SCA) che possono stare o meno in “buona salute”. Ci siamo poi trovati a riflettere su una palese contraddizione. Infatti, benché il nostro SSN sia valutato tra i tre migliori al mondo, le organizzazioni che ne sono parte sono generalmente ritenute in cattiva salute così come risulterebbe dalle notizie di stampa che riportano continuamente episodi “malasanità”. Discutendo tra noi, appariva evidente che alcuni di questi episodi sono certamente riconducibili senza dubbio a disfunzioni, errori o ritardi, alcuni erano volutamente enfatizzati, mentre molti altri esprimevano opinioni e giudizi riguardanti l’incapacità di una struttura o di un servizio sanitario di corrispondere a una o alcune delle numerose attese di una molteplicità d’attori. Questa constatazione ci portò a pensare che la salute di un’organizzazione sanitaria dovrebbe essere colta e valutata secondo più prospettive e dovrebbe esprimere quella molteplicità di punti di vista, spesso contraddittori, da cui a essa guardano più attori. È così che, partendo dalle nostre esperienze di direzione di importanti organizzazioni sanitarie e da una visione sistemica condivisa, è nata l’idea di formulare, nella parte finale di questo nostro lavoro, quella che vuole essere un primo passo per avviare l’elaborazione di una metodologia sistemica di valutazione multidimensionale della salute delle organizzazioni sanitarie.

## **L'approccio sistemico alle organizzazioni**

Le organizzazioni presentano una straordinaria varietà di forme e dimensioni. Le più grandi sono immense e presenti in moltissimi paesi. Sono sistemi socialmente costituiti cui è affidato il compito di produrre beni e servizi per individui, famiglie, altri istituti e per la società. Sono imprese, enti, istituti, pubblici e privati, che operano nei più diversi settori: agricoltura, industria, imprese, commercio, sanità, trasporti, scuola, etc. Comprendono comunità e associazioni culturali, politiche, religiose, sindacali, ricreative. In quanto cittadini, lavoratori, clienti, direttamente o indirettamente, entriamo in contatto con molte e diverse organizzazioni e il loro comportamento, la loro efficacia e efficienza, influenzano profondamente la qualità della vita di ciascuno di noi e quella dei popoli.

Dalla metà del secolo scorso, in diversi campi delle scienze naturali e sociali, s'è sviluppata l'ipotesi che la realtà possa essere osservata attraverso i concetti di complessità e di sistema complesso. Pur se questi nuovi concetti non hanno ancora assunto il significato epistemologico di paradigma scientifico in senso stretto, stanno avendo un forte impatto sulla teoria delle organizzazioni e stanno spingendo sempre più studiosi e molti manager a considerare le loro organizzazioni dei sistemi complessi adattativi che non possiamo studiare e comprendere solo esaminando una a una le loro singole parti. Molto pragmaticamente, infatti, hanno compreso che possono studiarle, gestirle e migliorarle ponendosi in una prospettiva sistemica che eviti loro l'inutile

## **Complessità delle organizzazioni sanitarie**

In questa prospettiva le organizzazioni sanitarie, da qualunque punto di vista le guardiamo, appaiono organizzazioni estremamente complesse.

**Sono organizzazioni di servizio, relazionali, a forte impatto sociale.** Centrate su relazioni d'aiuto alla persona, in esse prevalgono largamente attività in cui delle persone si confrontano con il disagio, la malattia e la morte d'altre persone. Più d'altre organizzazioni, sono attraversate da flussi d'irrazionalità e d'emotività provenienti dal loro interno e dall'esterno e difficili da controllare. Vengono loro richiesti maggiore umanizzazione delle strutture e delle attività, e più alti livelli d'empatia professionale e organizzativa. Hanno una forte responsabilità sociale e un forte impatto sui sistemi di welfare e di sicurezza sociale che riguardano cura e prevenzione delle malattie, salute delle persone, cultura del benessere delle comunità, tutela dell'ambiente, sicurezza sul lavoro, salubrità degli alimenti, ecc.

**Sono sistemi multi senso,** la loro funzione assume un senso diverso in base al punto di vista d'una molteplicità di stakeholder portatori di attese e obiettivi spesso contraddittori e conflittuali. Sono così impegnate a definire, contrattare e ridefinire, obiettivi con molti attori: pazienti e loro associazioni, dipendenti e loro rappresentanze, utenti e comunità locali, fornitori, politici e amministratori, ecc. Impiegano molto tempo e molte energie per comporre conflitti e per creare al loro interno una visione condivisa che dia senso

comune all'agire dei suoi componenti, per motivarli a dare un contributo e per coordinare e valutare questi contributi.

**Sono sistemi aperti** la cui vita dipende così tanto da variabili esterne che estrarre un'organizzazione dal suo contesto può risultare un'astrazione. L'ambiente, infatti, plasma, sostiene e sollecita le organizzazioni a evolvere così che, quasi mai, la loro configurazione e il loro funzionamento reali non coincidono con quelli formalmente stabiliti. Possiamo riconoscere un'organizzazione sanitaria in quanto entità individuale, ma non possiamo comprenderla a prescindere dai suoi contesti di riferimento: urbanistico, sociale, culturale, demografico, epidemiologico, economico, ecc. Così, è difficile stabilire quanto la sua vita e vitalità dipendano dal suo funzionamento interno e quanto dalla sua possibilità e capacità di fare affluire dall'ambiente personale, informazioni, conoscenze, risorse tecnologiche e economiche, ecc.

**Sono sistemi evolutivi.** Devono contenere i costi e far fronte alla rapida evoluzione e obsolescenza di tecnologie e conoscenze e al crescente numero di pazienti cronici, fragili e complessi che richiedono interventi coordinati di più servizi e professioni. Devono sempre più ricorrere a forme di lavoro orizzontali. Più unità e più professionisti complementari devono sempre più agire in reti o in equipe e spendono molto tempo e molte energie per l'integrazione delle loro attività che, se non gestita, può ostacolare il funzionamento dell'intero sistema o quello d'alcune sue parti.

**Sono sistemi dominati da grande variabilità** delle patologie, dei pazienti, delle conoscenze, del sapere e delle decisioni dei diversi professionisti, delle cure e dei loro esiti che spesso dipendono dalla disponibilità di strutture e di tecnologia. Questa pervasiva variabilità determina incertezza tecnica e difficoltà di valutazione. Molte attività sono poco standardizzabili, dipendono direttamente dal sapere e dall'agire di specialisti così che, per un professionista di fronte a uno stesso paziente sono possibili più decisioni e comportamenti e, allo stesso modo, per un paziente, sono possibili più destini di cura. L'appropriatezza delle prestazioni dipende da molti fattori tra loro interdipendenti: efficienza, efficacia, corretta indicazione, sicurezza, gradimento del paziente, variabili di contesto, competenze organizzative degli operatori, disponibilità di risorse e tecnologia, norme nazionali e regionali inerenti la loro erogazione.

**Sono sistemi con una grande varietà di componenti**, vi operano decine e decine di specialisti e ben ventuno diverse professioni. I loro membri sono molti, specializzati, semiautonomi, collegati a molti altri, più o meno direttamente e rigidamente. Svolgono attività che spesso richiedono capacità di cooperare attivamente in quanto non allineabili in un unico processo così che è problematico coordinarle e controllarle. Ospedale, studio del medico di famiglia, domicilio del paziente, residenze sanitarie assistite e altre strutture intermedie erogano tipologie di prestazioni assai diverse per pazienti diversi, o per uno stesso paziente in fasi diverse di malattia. Sono contesti profondamente diversi. Al loro interno si generano comunità di pratica, reti e gruppi professionali che elaborano culture e linguaggi diversi che hanno diversi approcci al paziente, alla salute e alle malattie e che sviluppano metodologie d'intervento

differenziate e non solo specializzate, cioè dotate di caratteristiche distintive che le rendono non assimilabili e confrontabili tra loro. Tali fenomeni di differenziazione sono ormai evidenti e oggi è lecito chiedersi se nella sua applicazione pratica la medicina non possa essere considerata un sistema di più medicine.

**Sono sistemi i cui componenti sono specializzati, complementari e interdipendenti.**

In sanità professioni e specializzazioni si sono moltiplicate. Ciò, se ha comportato il vantaggio della diversificazione di conoscenza, funzioni e compiti ha, però, generato il paradosso della fragilità del sapere. Oggi, sempre più, i professionisti della sanità, poco preparati a lavorare insieme, nel loro decidere e agire si trovano a dipendere da altri professionisti. Infatti, più le loro conoscenze sono specializzate, meno sono in grado di valutare e integrare dati, informazioni, spesso non solo biomedici, confluenti nella gestione di pazienti complessi, fragili, cronici polipatologici. L'integrazione senza specializzazione non ha senso, ma la specializzazione senza integrazione produce ridondanze, burocratizzazione dei rapporti professionali, rallentamenti, difficoltà a collaborare. Sempre più, in sanità inefficienza e inappropriata non dipendono solo dalle competenze di singoli professionisti e/o di singole unità operative, ma dipendono soprattutto dalla mancata organizzazione della loro interdipendenza che genera frammentazione delle cure e dell'assistenza e che vanifica i tentativi di migliorarla. Così le organizzazioni sanitarie spendono sempre più tempo ed energie per mantenere attiva la comunicazione, l'integrazione e la cooperazione tra unità operative e professionisti complementari e interdipendenti. Complementarietà e interdipendenza, infatti, sono simili almeno per un aspetto; entrambi, durante lo svolgimento di un'attività richiedono uno scambio d'informazione dispendioso, faticoso, difficoltoso, tanto più allorché riguarda operatori più preparati a decidere e operare individualmente e per nulla preparati al collaborare interprofessionalmente e interdisciplinamente.

**Sono sistemi composti di elementi semiautonomi.** Professioni e professionisti che vi operano agiscono in base alle loro conoscenze e all'irrinunciabile principio etico della massima beneficenza per il paziente. Rispondono direttamente delle loro decisioni e azioni e dell'effetto delle stesse sulla salute e, spesso, sulla vita dei pazienti. I loro comportamenti, sia pure all'interno di regole, hanno un ampio margine di autonomia e sono decisivi. Da essi, infatti, dipendono, largamente, non solo efficacia, qualità, efficienza, appropriatezza e sicurezza delle prestazioni, ma lo stesso funzionamento del sistema organizzativo. Moltissimi professionisti della sanità non operano solo secondo ruoli e procedure prescritte ma, spesso, lavorano, secondo sceneggiature e ruoli più o meno ampi e definiti. Di fronte a pazienti, patologie e situazioni complessi poco gestibili con procedure standardizzate, utilizzano soprattutto l'esperienza acquisita sul campo che determina largamente il loro know-how; cioè il "come" del loro decidere e agire. Accade, così, che tentativi, esasperati, di standardizzare, proceduralizzare, controllare e valutare le loro prestazioni non diano i risultati sperati.

**Sono sistemi multicentrici,** sono organizzazioni multicefale. Hanno un centro decisionale e di coordinamento e numerosissimi centri decisionali e di potere. Molte persone ricevono informazioni, dirigono unità, prendono decisioni che condizionano le

attività di altri. Sono sede di comportamenti anarcoidi spesso dovuti all'autonomia dei molti centri decisionali e dei loro componenti.

All'interno d'ogni organizzazione della sanità, fuori dal controllo del centro, individui e gruppi formano e abbandonano coalizioni, spesso hanno obiettivi che possono non coincidere con quelli dell'organizzazione, danno vita a sottoculture e comportamenti particolari, generano reti invisibili che collegano, più o meno intensamente e stabilmente, parti e dimensioni dell'organizzazione diverse e distanti tra loro.

**Sono organizzazioni basate sulla conoscenza.** Poco assimilabili a macchine organizzative, hanno una base "operaia", sempre più ridotta, che svolge alcune attività processuali di tipo industriale sempre più affidate all'esterno: trasporti, gestione della biancheria, di cucine e mense, ecc. Hanno, invece, una componente professionale largamente preponderante. Al loro interno competenze e conoscenze specializzate hanno una distribuzione molecolare e sono difficilmente centralizzabili, standardizzabili e controllabili. La loro organizzazione formale e informale si sovrappongono e s'intrecciano e sono, fondamentalmente e rispettivamente, sede di conoscenze esplicite, necessarie per svolgere determinati ruoli e funzioni, e di conoscenze tacite che si generano da interazioni spontanee tra i loro componenti che generano prassi di fatto, valori, correnti emotive, modelli mentali e comportamentali individuali e sociali. Per un'organizzazione sanitaria, mentre è relativamente semplice rilevare il suo patrimonio di conoscenze esplicite, anche se difficile, è di vitale importanza avere consapevolezza che la conoscenza tacita è gran parte del suo specifico know how che, storicamente elaborato da individui, unità operative, reti e di comunità di pratica, può arrivare a sostituire localmente con prassi di fatto procedure codificate e a ostacolare il funzionamento di un'organizzazione o di sue parti significative.

**Sono sistemi capaci d'autopoiesi della conoscenza.** Pena la loro obsolescenza, le organizzazioni della sanità non possono non apprendere continuamente. Dipendono, infatti, in modo decisivo, dalla loro capacità e possibilità d'autoapprendere dalla propria esperienza e d'importare nuova conoscenza. Devono rigenerare continuamente il loro know how che non riguarda la posizione delle persone nelle caselle dell'organigramma, ma il come, how, coloro che le abitano "svolgono come fanno" compiti e funzioni. Un contributo decisivo della visione sistemica è stato quello di concepire la mente e la coscienza come processi. In questa prospettiva, anche il know how delle organizzazioni è un processo attraverso cui esse collegano e rielaborano socialmente singoli eventi, informazioni, nuove conoscenze ed esperienze, vissuti e stimoli culturali e intellettuali e metabolizzano, rigenerano e socializzano, autopoieticamente, autonomamente e dal loro interno, fuori del controllo del centro e per iniziativa d'individui e gruppi, il patrimonio di conoscenze in possesso dei propri componenti.

**Sono sistemi capaci d'autorganizzazione** che, come l'autopoiesi della conoscenza, non presuppone l'assenza di regole e ostacoli. Nella sua concretezza, consiste nella capacità di un sistema di vivere, reagire, decidere e agire tra vincoli e occasioni presenti in un determinato contesto e in una determinata epoca. Si sviluppa come una sorta d'eco-auto-apprendimento autopoietico che, innescato da input di contesto e/o da più

componenti d'una stessa organizzazione, senza ricorrere a meccanismi gerarchici e/o di coordinamento, porta alla socializzazione di nuovi modelli culturali, mentali e comportamentali e di nuove modalità di funzionamento poco prevedibili e prescrivibili dall'alto e dall'esterno. Questo processo, decisivo per un'organizzazioni sanitaria, si sviluppa se i suoi componenti non sentono di vivere in un contesto in cui si cerca un sistema per indurli a fare un qualche cosa in modo nuovo, ma sentono di vivere in un sistema-contesto in cui è incentivata la capacità d'autoapprendere e d'auto-organizzare il cambiamento reagendo alle sollecitazioni che ricevono.

## **Presupposti per una valutazione di salute delle organizzazioni sanitarie**

### **Più rappresentazioni delle organizzazioni**

Ci sono molti modi possibili di rappresentare un'organizzazione. Ad esempio, possiamo rappresentarla come una macchina da guidare, una burocrazia, una micro-società, un sistema complesso. Quest'elenco potrebbe arricchirsi così che potremmo chiederci quale sia la migliore rappresentazione tra le tante possibili. Ma, non è questo il vero problema. Il vero problema è che i responsabili, i componenti e gli stakeholder d'una determinata organizzazione ne danno una rappresentazione filtrata da loro aspettative e modelli mentali e che, dal loro punto di vista la migliore è quella che, più d'altre, appare loro utile per risolvere un loro determinato problema. Questa osservazione presuppone che venga abbandonata la tentazione della semplificazione, che consiste nella ricerca d'un modello valutativo, teorico unitario e definitivo, in cui ingabbiare la complessità delle organizzazioni sanitarie e quella della loro salute. Esse, infatti, sono e, contemporaneamente, si comportano come macchine, burocrazie, micro società, sistemi complessi. I molti modi d'essere e comportarsi di un'organizzazione sanitaria vanno metaforicamente assunti come tessere d'un caleidoscopio che, sollecitate anche solo da piccoli movimenti, ci restituiscono una serie infinita di sue rappresentazioni, tutte diverse tra loro, ma tutte consustanziali in quanto generate dagli stessi elementi diversamente posti in relazione tra loro.

### **Molteplicità e ambiguità di obiettivi e aspettative**

L'ampia molteplicità di rappresentazioni di un'organizzazione sanitaria è riconducibile alla molteplicità d'aspettative e richieste di moltissimi e diversi attori e portatori d'interessi: pazienti affetti da un'infinità varietà di patologie, professionisti con molti ruoli e compiti specializzati, sottosistemi differenziati, reti e comunità di pratica, rappresentanze dell'utenza e dei dipendenti, centri decisionali interni e esterni, comunità locali, amministrazioni regionali e centrali, fornitori, ecc. Ciascuno di questa folla d'attori ha sue aspettative. I loro obiettivi rappresentano altrettanti standard, spesso contraddittori tra loro. Ciascuno d'essi, dal suo punto di vista, utilizza una sua scala di valori e di priorità con cui valutare i risultati e lo stato di salute di una determinata organizzazione sanitaria. Ad esempio, possono essere contraddittori e conflittuali tra loro attese e obiettivi che riguardino: standardizzazione delle prestazioni e loro

personalizzazione; umanizzazione dei servizi e riduzione della tempistica delle prestazioni; efficienza e appropriatezza delle cure; riduzione dei casi avversi e delle risorse dedicate all'aggiornamento; risparmio e riduzione delle liste d'attesa; aumento dei carichi di lavoro e riduzione dei casi di burnout. Molteplicità d'obiettivi e attese, non sono solo contraddittori e conflittuali, ma anche interdipendenti. Mettono in gioco l'interazione di molte, moltissime variabili, problemi e situazioni a loro volta in rapporto d'interdipendenza con il contesto in cui una determinata organizzazione opera e con le risorse e i mezzi a sua disposizione. Tutto ciò rende ambigue le scelte adottate, a vari livelli, dai responsabili di un'organizzazione sanitaria, e ambigui i suoi obiettivi e il suo procedere. Parimenti è assai difficile comprendere cosa fanno una buona e una cattiva organizzazione della sanità e valutare quando siano in buona o in cattiva salute in base a valutazioni riconducibili all'oggettività scientifica, quale normalmente è intesa. Così, da un lato, ci siamo resi conto che nel tentare di valutare la salute di un'organizzazione sanitaria corriamo il rischio di cadere nella discrezionalità e nell'ambiguità, e, dall'altro, abbiamo compreso che la salute delle organizzazioni sanitarie non è indagabile, comprensibile e valutabile grazie a uno, o a pochi indicatori dal valore assoluto e che il più grave degli errori possibili è quello di ritenere che sia desumibile solo dai suoi risultati economici.

### **Multidimensionalità delle organizzazioni sanitarie e della loro salute**

Il concetto di multidimensionalità, utilizzato in più settori scientifici, in medicina ha trovato da decenni larga applicazione oltre che in geriatria e nell'assistenza domiciliare, in numerose altre metodologie di gestione di pazienti complessi: anziani, fragili, oncologici, che necessitano di nutrizione artificiale, respirazione assistita, affetti da AIDS, ecc. Nell'impostare questa nostra ipotesi metodologica di valutazione della salute delle organizzazioni sanitarie siamo partiti dal concepirle come sistemi multidimensionali. Secondo il concetto di multidimensionalità, infatti, ogni sistema complesso ha alcune proprietà e caratteristiche fondamentali interpretabili come sue dimensioni fondamentali ciascuna percepibile solo da un particolare punto di vista. Così intesa, ogni dimensione, è un particolare campo d'indagine, di studio e d'azione che richiede competenze specifiche di differenti studiosi ed esperti che, collegando informazioni e conoscenze in possesso di ciascuno di essi, possono ricostruire un'immagine multidimensionale di una determinata organizzazione che sarà così, più e meglio, comprensibile, gestibile e migliorabile. La multidimensionalità assume, però, una sua piena utilità solo all'interno di una visione sistemica che ci rende capaci di comprendere dialogicamente che, da un lato, possiamo studiare separatamente le singole dimensioni di una determinato sistema complesso e, dall'altro, non possiamo, però, scinderle una dalle altre nella consapevolezza della loro stretta interconnessione, interdipendenza e capacità d'influenzamento reciproco che generano un continuo processo da cui essa emerge come realtà unitaria.

### **La salute delle organizzazioni sanitarie è un processo.**

Secondo la definizione di salute delle organizzazioni, fornita in premessa e, come ogni definizione, necessariamente non esaustiva, "la salute di un'organizzazione consiste in



un processo da essa messo in atto per il mantenimento di una condizione d'integrazione e d'armonico equilibrio funzionale, dinamico e instabile, tra i suoi componenti che le permette di vivere e svilupparsi grazie alla sua capacità di reagire e adattarsi ai fenomeni e alle perturbazioni che intervengono nell'ambiente naturale e sociale così da riuscire a coevolvere con esso". In essa s'esclude che la salute di un'organizzazione sanitaria sia una condizione conquistata una volta per sempre e che possa essere conosciuta e compresa estraendola dal suo contesto e analizzando, una ad una, le sue più semplici unità. Secondo questa definizione, un'organizzazione sanitaria è un sistema complesso, aperto, adattivo, autopoietico e la sua salute è un processo unico d'integrazione dei suoi molti componenti al suo interno e di sua integrazione nei suoi sistemi di riferimento. Così nel valutare la salute di un'organizzazione sanitaria non possiamo ignorare che essa dipende dall'interazione di una moltitudine di sistemi con cui s'interfaccia e da un vasto, articolato e mutevole e inestricabile groviglio d'attori, stakeholder, fenomeni e perturbazioni interni e esterni, obiettivi, attese, correnti emotive, modelli culturali, ecc. che l'allontanano da una condizione omeostatica mantenendola in una perenne condizione d'oscillazione tra una condizione allostatica e una di stress. La salute di un'organizzazione sanitaria, così, può essere valutata solo come un equilibrio instabile tra più variabili e dimensioni che s'influenzano una con l'altra così che al variare del valore e della significatività di una o di alcune di esse, varia il valore e la significatività di un'altra, di alcune, di molte o di tutte le altre.

### **Ipotesi per pervenire a una metodologia di valutazione multidimensionale di salute di un'organizzazione sanitaria**

*Il pensiero complesso è consapevole in partenza dell'impossibilità della conoscenza completa: uno degli assiomi della complessità è l'impossibilità, anche teorica, dell'onniscienza. È il riconoscimento d'un principio d'incompletezza e d'incertezza. Il pensiero complesso è animato da una tensione permanente tra l'aspirazione a un sapere non parcellizzato, non settoriale, non riduttivo, e il riconoscimento dell'incompletezza e dell'incompletezza di ogni conoscenza. (cfr. E. Morin, Introduzione al pensiero complesso, trad. it. Sperling & Kupfer, Milano 1993, pag. 3).*

Le riflessioni fin qui svolte ci hanno portato a formulare l'ipotesi che la salute di un'organizzazione sanitaria è valutabile solo considerandola un sistema multidimensionale le cui singole dimensioni sono esplorabili utilizzando un insieme d'indicatori. Così, sulla base delle nostre esperienze, abbiamo immaginato di formulare un'ipotesi di lavoro metodologica che, quando meglio approfondita e definita possa portare alla valutazione di salute di un'organizzazione sanitaria grazie all'esplorazione di tredici dimensioni, da noi ritenute fondamentali; esplorazione fondata su una raccolta d'indicatori per ciascuna di esse:

1. Risultati economici
2. Visione condivisa della mission
3. Responsabilità sociale d'impresa
4. Prestazioni e processi
5. Ascolto e rapporto con utenti, cittadini e con le loro rappresentanze
6. Attenzione all'umanizzazione
7. Creazione di contesti positivi
8. Benessere organizzativo
9. Orizzontalità organizzativa
10. Valorizzazione dei professionisti
11. Processi d'autoapprendimento e d'autorganizzazione
12. Capacità d'evolvere
13. Sicurezza delle prestazioni e dei processi

Qui di seguito proponiamo per ciascuna dimensione un'ipotetica raccolta d'indicatori.

#### **1. Risultati economici**

- Per quanto riguarda le aziende pubbliche consiste fundamentalmente nel rispetto dei vincoli di bilancio concordato e comunque fissato dalla Regione d'appartenenza
- Per quanto riguarda le imprese private, convenzionate o no, il raggiungimento dei risultati economici concordati e comunque fissati dalla proprietà

#### **2. Visione condivisa della mission**

- Regolarità della conferenza dei servizi e sue modalità di realizzazione
- Attuazione di conferenze di servizio decentrate nelle UUOO
- Diffusione dei principi e valori fondanti l'atto aziendale
- Condivisione della valutazione multidimensionale di salute dell'organizzazione
- Condivisione del bilancio sociale all'esterno e all'interno

#### **3. Responsabilità sociale d'impresa**

- Esistenza di un comitato per la Responsabilità Sociale d'Impresa e sua attività
- Bilancio sociale e sue modalità di realizzazione
- Valenza interna/esterna del bilancio sociale
- Rilevazione delle attività per la tutela e la promozione della salute delle comunità locali e del territorio
- Partecipazione attiva all'elaborazione e attuazione del piano di zona

#### **4. Prestazioni e processi**

- Azioni per lo sviluppo d'una cultura dell'Ebm e dell'Ebn
- Numero di unità operative, equipe, reti o gruppi che utilizzano metodologie d'audit

- Numero di audit realizzati
- Utilizzazione di metodologie per valutazioni d'appropriatezza dei ricoveri ospedalieri
- Numero delle UUOO che praticano regolarmente la revisione di casi tra pari
- Livello di diffusione dell'utilizzazione di sistemi informatizzati d'indicatori per valutazioni sistematiche d'efficienza, efficacia, appropriatezza dei processi e delle prestazioni
- Professionalità e numero degli addetti al monitoraggio centrale delle prestazioni

#### **5. Ascolto e rapporto con utenti, cittadini e le loro rappresentanze**

- Carta dei servizi e suo livello d'aggiornamento
- Iniziative volte a valorizzare e coordinare il ruolo del volontariato
- Numero d'addetti all'Urp e competenze da loro espresse
- Livello di fruibilità del sito internet da parte degli utenti
- Rilevazione del numero e della tipologia degli utilizzatori del sito internet
- Rilevazione dei tempi per il rilascio delle documentazioni cliniche
- Numero verde e altre modalità facilitanti l'accesso degli utenti alle informazioni
- Audit partecipati, interviste o altre modalità di valutazione della qualità delle prestazioni, della loro umanizzazione, delle documentazioni rilasciate
- Monitoraggio sistematico dei reclami
- Esistenza di forme d'audit che coinvolgano gli utenti che hanno sporto un reclamo e i responsabili delle UUOO coinvolte

#### **6. Attenzione all'umanizzazione**

- Numero, tipo e qualità degli eventi formativi riguardanti l'empatia professionale
- Numero, tipo e qualità delle attività volte a indagare la qualità percepita
- Attenzione alla relazione con i parenti di pazienti critici
- Possibilità di soggiorno dei genitori nei reparti di pediatria
- Attività scolastiche e d'animazione per i bambini ricoverati
- Programmi di presa in carico di pazienti cronici e disabili
- Umanizzazione delle strutture di ricovero psichiatrico
- Tempi d'attesa nel pronto soccorso
- Qualità degli ambienti di degenza
- Disponibilità di locali comuni nei reparti di degenza
- Rilevazione sistematica della qualità del vitto somministrato ai degenti
- Biblioteca a disposizione dei ricoverati nei diversi tipi di struttura

#### **7. Creazione di contesti positivi**

- Chiarezza nella comunicazione puntuale degli obiettivi strategici
- Livello d'utilizzazione del sito intranet per la circolazione d'informazioni
- Qualità delle informazioni fornite ai dipendenti riguardanti, ad esempio: dati d'attività, documentazione di comitati e commissioni, andamento economico
- Assunzione d'iniziative per promuovere la trasparenza, ad esempio: semplificazione per l'accesso agli atti e alla documentazioni, trasparenza dei

criteri e delle decisioni per l'attribuzione degli incarichi professionali, diffusioni di sintetiche informazioni riguardanti il bilancio

- Pubblicazione dei curriculum, stipendi e incarichi del personale dirigenziale
- Pubblicazione degli introiti derivanti dalla libera professione intramoenia

#### **8. Benessere organizzativo**

- Rilevazione dei casi di burnout
- Rilevazione dei casi e dei livelli di conflitto
- Esistenza d'iniziative volte a prevenire il burnout, ad esempio: gruppi di sostegno per addetti a unità a alto rischio distress quali hospice, pronto soccorso, oncologia, ematologia e oncologia pediatrica, ecc.
- Esistenza d'attività volte a prevenire particolari patologie, ad esempio: accesso a attività di ginnastica posturale di dipendenti di particolari reparti: geriatria, medicina, stroke unit, lungodegenza, riabilitazione, ecc.
- Presenza di asilo nido aziendale e disponibilità di parcheggi per il personale
- Realizzazioni, periodica o meno, d'indagini sul clima interno
- Esistenza di metodologie per la valutazione dei carichi di lavoro
- Qualità e manutenzione dei locali spogliatoio
- Iniziative favorevoli la convivenza tra operatori: tornei sportivi, mostre artistiche ecc.

#### **9. Orizzontalità organizzativa**

- Esistenza di unità operative "ibride", ad esempio: neuro riabilitazione, orto geriatria
- Diffusione di attività e strumenti per valutazioni multidimensionali
- Numero e funzionamento delle UVMD
- Rilevazione delle reti professionali auto costituite attive
- Iniziative formative volte a favorire il lavoro interdisciplinare e interprofessionale
- Rilevazione dei gruppi di lavoro interdisciplinari e della loro attività
- Organizzazione degli ospedali per intensità di cure
- Eventi formativi volti allo sviluppo della capacità professionale di lavorare in equipe

#### **10. Valorizzazione dei professionisti**

- Esistenza di iniziative volte a promuovere e riconoscere attività e risultati d'eccellenza
- Rilevazione dei risultati prodotti dall'attività di comitati, commissioni e gruppi di lavoro quali, ad esempio: comitato per l'ospedale senza dolore, comitato per l'appropriatezza, comitato e commissione per la lotta alle infezioni comunitarie, gruppo di lavoro per l'EBM, commissione del farmaco, ecc.
- Utilizzazione del budget quale sistema premiante
- Ruolo e attività del collegio di direzione
- Numero d'eventi formativi proposti e realizzati da unità operative o da singoli professionisti

- Numero di dipendenti che hanno svolto attività di docenza in eventi formativi

### **11. Processi d'autoapprendimento e d'autorganizzazione**

- Inserimento nel sistema di budget annuale d'obiettivi autodeterminati dalle UUOO di: appropriatezza, assistenziali, contenimento del rischio clinico, d'eccellenza clinica e assistenziale
- Possibilità per UUOO e per singoli professionisti di realizzare eventi formativi su problematiche professionali o organizzative per essi rilevanti
- Svolgimento di Laboratori d'Autoapprendimento Organizzativo tra Pari
- Effettuazione di studi e ricerche/intervento autodeterminati da UUOO o reti e gruppi professionali
- Numero e attività dei gruppi di lavoro e reti interdisciplinare e interprofessionale per la traduzione e l'adattamento locale di linee-guida in percorsi diagnostico-terapeutici
- Esistenza dell'attivazione di gruppi focus o simili su problematiche specifiche

### **12. Capacità d'evolvere**

- Rilevazione delle attività rivolte all'aggiornamento tecnico professionale
- Esistenza di attività di technology assesment
- Adozione di sistemi informatizzati esperti: cartelle cliniche informatizzate, barriere a radiofrequenza per l'evitamento di eventi avversi, per la gestione del farmaco e dei dispositivi medici
- Eventi formativi dedicati alla navigazione in Pubmed e altri siti rilevanti
- Svolgimento di corsi per l'addestramento all'uso di nuove tecnologie o terapie
- Numero e rilevanza delle partecipazione a trials
- Numero, tipologia e qualità di attività di ricerca in atto
- Accredimento volontario

### **13. Sicurezza delle prestazioni e dei processi**

- Affidamento o meno della gestione del rischio clinico e del risk management a una unità operativa in staff all'alta direzione
- Competenze e professione d'appartenenza del Risk Manager
- Esistenza di rilevazioni degli eventi avversi
- Funzionamento della commissione e del comitato per la lotta alle infezioni comunitarie
- Rilevazione dei casi d'infezione comunitaria
- Esistenza del piano della sicurezza
- Attività dei medici autorizzati competenti, sua regolarità e adempimento di tutti gli atti previsti
- Comitato per il buon uso del sangue e sua attività

## Conclusioni

È evidente che questa nostra proposta metodologica vuole essere solo una prima ipotesi di lavoro da verificare, sistematizzare e validare. Il suo limite principale sta nell'aver dovuto considerare le organizzazioni sanitarie nella loro generalità e astrattamente. Crediamo che, allo stato attuale, sia necessario verificare se la valutazione di salute di un'organizzazione sanitaria si esaurisca nell'esplorarne le tredici dimensioni da noi individuate o se le stesse possano essere ridotte o sintetizzate o se, viceversa, il loro numero vada ampliato. Parimenti riteniamo evidente che gli indicatori proposti, da un lato vogliono avere solo un carattere esemplificativo e che, dall'altro, molti di essi sono riferibili esclusivamente ai servizi territoriali delle Asl mentre, viceversa, per alcuni loro sottosistemi come, ad esempio il dipartimento di prevenzione, sia necessario individuare specifici indicatori. Inoltre bisogna ipotizzare la possibilità di definire meglio ciascuno degli indicatori, di ridurre il numero per concentrare l'attenzione solo su alcuni ritenuti più significativi. Ciò che interessava, infatti, era concettualizzare una logica di valutazione multidimensionale che, sottesa dalla metodologia proposta, ne permettesse l'ulteriore elaborazione al fine di calibrarne l'accuratezza in vista di una sua applicazione a diverse tipologie di organizzazioni sanitarie. È evidente, infatti, che Aziende Ospedaliere, Asl, dipartimenti e macrostrutture territoriali, case di cura, IRCCS, Ospedali Classificati per le loro caratteristiche anche molto diverse, richiedono una specificazione sia delle dimensioni da prendere in considerazione, sia del numero e tipologia dei relativi indicatori. Si dovrà poi tener conto di particolari vincoli normativi regionali, di specifici obiettivi assegnati alle diverse organizzazioni sanitarie o del variare di normative emanate a livello regionale e nazionale.

Un'ultima considerazione riguarda l'applicabilità della metodologia proposta. In effetti, così come è stata concepita la sua applicazione può apparire assai più difficoltosa di quanto in effetti sia. Bisogna infatti considerare che la stragrande maggioranza degli indicatori sono estraibili da sistemi informativi già operanti e da attività di routine, rapporti o documentazioni già esistenti, ecc.

In conclusione questa nostra ipotesi di lavoro:

- Deve essere oggetto di ulteriori elaborazioni che la rendano effettivamente attuabile a diversi tipi di organizzazioni sanitarie
- Va assunta come un continuo processo sistematico e interdisciplinare messo in atto da un team interdisciplinare che coordini e integri apporti e giudizi di più unità e professionisti dell'organizzazione che l'attua e d'eventuali esperti esterni.
- Tiene conto della molteplicità, contraddittorietà, conflittualità, ambiguità e interdipendenza di obiettivi posti a un'organizzazione sanitaria da una molteplicità di stakeholder.
- Presuppone l'impossibilità di valutare la salute di un'organizzazione sanitaria utilizzando e pochi indicatori.
- Si basa sull'assunto che un'organizzazione sanitaria è un sistema multidimensionale particolarmente complesso le cui dimensioni sono inscindibili in quanto strettamente correlate una alle altre.

- Ha l'obiettivo di rilevare una o più "patologie" presenti in una o più delle sue dimensioni utilizzando indicatori, qualitativi e quantitativi, relativi a ciascuna delle sue dimensioni fondamentali.

Può offrire al management, ai componenti e agli stakeholder d'una organizzazione sanitaria di:

- Riflettere sulla complessità dell'organizzazione di cui sono parte.
- Avere una prima rappresentazione di carenze riguardanti determinate funzioni, attività o settori grazie al solo controllo della lista d'indicatori di ciascuna dimensione.
- Individuare su quali dimensioni "malate" e su quali situazioni e problemi "patologici" sia prioritario intervenire.
- Valutare le ripercussioni di determinate disfunzioni evidenziate in una dimensione su altre dimensioni.
- Avviare tra i diversi attori un dialogo che vada al di là di rendicontazioni strettamente tecniche, necessarie ma non sufficienti.

Riteniamo infine che vada esclusa ogni ipotesi che questa metodologia sia uno strumento di valutazione strettamente quantitativa della salute delle organizzazioni sanitarie o che si proponga come l'ennesimo "cruscotto" o ricetta da offrire ai responsabili di un'organizzazione sanitaria.

Crediamo, infatti, che possa avere una sua utilità nella generazione della salute d'una organizzazione sanitaria solo se rappresenta un processo attivato da un management capace di concepirlo basato su tre presupposti:

- "gli esperti siete voi", ovvero che attribuisce valore all'esperienza dei professionisti che, operando alla periferia dell'organizzazione, per primi, si trovano a percepire le sollecitazioni provenienti dal contesto e ad elaborare, autopoieticamente e con grande anticipo rispetto al centro, le loro esperienze sotto forma di nuova conoscenza e di proposte innovative di comportamenti professionali e modalità di funzionamento;
- "lavorare insieme e non accanto", ovvero che ritiene indispensabile promuovere nei professionisti la consapevolezza che l'organizzazione di cui sono parte è un tutto relazionale e che la sua vita e vitalità dipendono da integrazione e cooperazione che sono fattori strategici che dipendono dalla loro capacità di stabilire relazioni significative;
- "le cure sono complicate e i pazienti sono complessi", ovvero che prende atto di quanto stiamo complicando sempre più cura e assistenza di pazienti che, in quanto complessi e persone, non sono gestibili sommando più consulenze, più diagnosi, più prescrizioni, più farmaci, mentre richiedono una sistematica cooperazione tra più professionisti capaci di elaborare e condividere strategia d'intervento e d'individuare le azioni prioritarie da mettere in campo.

## **Bibliografia**

- Alfieri R., 2007. *Le idee che noccono alla salute e alla sanità*, Franco Angeli editore, Milano.
- Avallone F. 2012. in AA.VV., *Il benessere, il clima e la cultura delle organizzazioni: significati e evoluzione in letteratura*, glossario, CNR, Roma.
- De Toni Alberto F, Comello Luca, 2005. *Prede o Ragni, uomini e organizzazioni nella ragnatela della complessità*, Utet Libreria, Torino.
- Forino F., 2013. *L'approccio sistemico alle decisioni manageriali: una storia*, In (a cura di Barile S., Eletti V., Matteuzzi M.) *Decisioni e scelte in Contesti Complessi*, Casa Editrice Dott. Antonio Milani CEDAM, Padova.
- Forino F. 2015. *Il SSN e la complessità di cure e pazienti: una lettura sistemica*, *Quotidiano Sanità.it*, 22 dicembre 2015.
- Forino F. 2013. *La medicina? Sono tante*”, in (a cura di Carnevali G., Manzi P.) *Linee guida per una nuova governance del sistema sanitari*, Aracne Editrice, Roma.
- Gembillo G. e Anselmo A., 2013. *Filosofia della complessità*, Casa Editrice Le Lettere, Firenze.
- Morin, E 2005. *Educare per l'era planetaria: il pensiero complesso come metodo di apprendimento*, Armando Editore, Roma.
- Plsek PE, Wilson T, 2001. “Complexity Science: Complexity, Leadership, and Management in Healthcare Organisations”, in *BMJ*.
- Scott RW, 1992. *Le organizzazioni*, Società editrice Il Mulino, Bologna.
- Senge PM, 2006. *La Quinta Disciplina*, Sperling &Kupfer, Milano.