

# L'ospedale tra sistema sociale e ambiente

## Impianti concettuali e alcune problematiche empiriche

*Achille Ardigò, Commissario Istituti Ortopedici Rizzoli, Bologna*

### **Premessa**

Perchè si possa indurre qualche generalizzazione conoscitiva da osservazioni empiriche su fatti, è quanto mai opportuno che le osservazioni empiriche siano ancorate ad uno schema concettuale logicamente coerente e su cui si formi adeguato consenso. Anche se la ricerca di linee guida per l'ospedale del futuro non potrà mai essere dedotta dai modelli oggi più accreditati, ma richiederà nuove aperture e prassi sperimentali, un dato sembra probabile. Dovremo confrontarci con molta più possibile diversificazione di forme organizzative di quelle che hanno accompagnato dal dopoguerra le riforme sanitarie nazionali a dominante gestione e finanziamento pubblici, con differenti gradi di organicità. A tale prevedibile maggiore diversificazione di forme intendiamo accostarci attraverso una analisi della diversificazione esistente per quanto accertabile.

Si propone a tale scopo, come schema concettuale generale per l'analisi sull'ospedale oggi, in vista del futuro, di partire dalla teoria macro-analitica dei sistemi sociali, integrabile, se possibile, con qualche interconnessione di micro analisi.

Per la macro analisi, il riferimento alla moderna teoria dei sistemi ha i seguenti postulati come essenziali:

in tanto un insieme di parti può essere assunto come sistema in quanto:

- l'insieme di parti sia strutturato, da prassi e codici comunicativi,
- gli elementi non siano solo strutturati ma siano tra loro, direttamente o meno, ad interdipendenza reciproca, che avvienne quando gli elementi si influenzano a vicenda.
- Da un insieme strutturato di elementi in significativa interazione tra loro possono emergere capacità di tendenziale auto-adattamento e di auto-conservazione della identità, fondata su una mission condivisa, del sistema come tale,
- un sistema sociale (in cui gli elementi sono persone e gruppi con rapporti tra persone e gruppi supportati dalle istituzioni) è capace di auto-adattamento perchè, accanto a strategie esplicitamente e intenzionalmente elaborate dai vertici direttivi del sistema, si formano processi autoadattivi del sistema come tale,
- i continui processi collettivi - anche autopoietici- che avvengono in un sistema sociale, ricevono uno stimolo essenziale dagli input che provengono dall'ambiente. L' ambiente può essere umano (persone e famiglie specie se interagenti in un comune contesto: l'ospedale) o fisico (nella fattispecie a partire dall'habitat e dalla natura esterna ove l'ospedale è situato (a meno che non sia un "ospedale virtuale"), (1)
- il sistema é, dunque, da considerarsi sempre in relazione cruciale all' ambiente. In ogni caso, mantenere l'identità del sistema, con adattamenti frequenti all' ambiente instabile, porta ad aumento della complessità per differenziazione di (differenziazione funzionale /strutturale).
- In specifico, quanto più un'organizzazione sanitaria risponde all'ambiente, decodificandone i bisogni espressi anche caotici, tanto più deve integrarsi al suo interno. E cioè "le organizzazioni saranno tanto più efficienti ed efficaci quanto più saranno al tempo stesso differenziate ed integrate." ( 2).

1) Quando il sistema sociale da osservare è un'azienda sanitaria, il rapporto con l'ambiente si fa particolarmente cruciale. Ambiente e sanità dovrebbero formare un binomio inscindibile, cui nelle Regioni italiane hanno da sovrintendere le recenti Agenzie regionali per la prevenzione ambientale.(3) Gli amministratori di aziende sanitarie in Italia oggi ben sanno quanto pesi la relativa imprevedibilità e rilevanza degli impatti ambientali e la severità degli adempimenti previsti dalla L.626/'94 . Il che dovrebbe portare a non assumere mai un sistema sociale solo come un'identità autoregolabile per decisioni del management interno, vale a dire a non assumere mai l'ambiente come *coeteris paribus*.(4)

Un'applicazione forte di tale rilevanza del rapporto sistema (erogatore di cure sanitarie) /ambiente è quella sottolineata da A.Donzelli: "l'efficacia in termini di salute guadagnata o persa costituisce un parametro di rango superiore a tutti gli altri.(...) L'indicatore più forte oggi disponibile per misurare l'efficacia di un sistema sanitario è rappresentato dalla cosiddetta mortalità evitabile o potenziali anni di vita persi relativi a un elenco di cause di morte." (5)

L'attività dell'ospedale *x* va giudicata peraltro anche col supporto di riscontri valutativi della popolazione utente. Non bastano, cioè, gli accertamenti medici di cui sopra ,dall'interno del sapere medico-epidemiologico. Occorre pure di frequente esplicitare input di attese e di valutazioni, durante e dopo la cura, da parte della popolazione servita e dai loro interpreti informali; quanto al soddisfacimento o meno delle attese. Un sistema sociale efficace deve perciò elaborare "procedure per ricevere, considerare e valutare le considerazioni e valutazioni del cliente;" esso " non è solo formalmente disponibile a riceverle, ma anche le cerca attivamente e valida la loro attendibilità..." (6)

L'ambiente dell'ospedale sarà sempre meno ambiente passivo (cfr. la crescita, nella popolazione, dell'interesse alla prevenzione e dell'interesse personale alla cura) come anche attestato dalla rilevanza dei problemi della compliance/ non compliance nel rapporto medico/paziente,specie al ridursi della permanenza del paziente in ospedale e al crescere del livello di istruzione e di reddito dei pazienti.

Pure nella progettazione di un ospedale per acuti, conviene ormai considerare l'alta contingenza delle sfide che vengono dal suo ambiente e dal macro-sistema societario.

S'è più volte sottolineato il nesso tra sistema ospedaliero e ambiente umano. Orbene il rapporto trova la sua verifica anche nel crescere della differenziazione di funzioni in Italia, in tale sistema. È stato introdotto l'Ufficio Rapporti col Pubblico (URP), sono state raccomandate e formate carte istituzionali circa le erogazioni dei servizi, e altre informazioni ai pazienti, scritte e per telefono, sui passi del percorso diagnostico, terapeutico e riabilitativo. Sono state diffuse innovazioni anche di portata macrosistemica come le reti telefoniche dei centri CUP, pure col ricorso ad altri media informatici e telematici), senza parlare dei comitati permanenti di controllo della qualità delle cure dal lato degli utenti e non solo in termini di consumer satisfaction, alla Donabedian. Per l'ospedale del futuro è da prevedere che tale tema del nesso sistema/ambiente sia destinato ad orientare mutamenti ancora più significativi. Certi ospedali specialistici saranno indotti ad uscire dallo stretto ambito ospedaliero per "coltivare" rapporti istituzionali esterni, con medici di famiglia, con specialisti in ospedali locali, ecc., e ciò non solo in ragione delle nuove esigenze di marketing anche sociale che l'ospedale ha da assolvere.(7)

Per tale rilevanza del nesso sistema/ambiente, nella vita societaria umana è raro incontrare sistemi sociali chiusi.

## PARTE PRIMA

### Diversi livelli delle analisi macrosistemiche.

2) L'analisi della fenomenologia degli ospedali come sistemi sociali implica in primo luogo la scelta di uno dei possibili livelli di approccio all'oggetto formale della ricerca. Si possono indicare almeno quattro di tali livelli, qualcuno con ulteriori sottoarticolazioni. Vediamoli:

2.1) l'ospedale  $x$  (nel tempo  $y$  e nello spazio  $z$ ) come il sistema sociale;

2.2) l'ospedale  $X(y,z)$  osservato come sotto-sistema di uno o più sistemi sociali più vasti;

2.3) la popolazione che gravita per cure della salute nel singolo ospedale  $X(y,Z)$ , con pazienti ed aventi cura informali dei malati ospedalizzati (familiari, associazioni di volontariato, ecc.) come essa stessa un sistema sociale in fieri;

2.4) la popolazione che gravita per cure della salute su un sistema socio-sanitario più vasto del singolo ospedale, come essa stessa un sistema sociale in fieri.

Non svolgeremo che in parte la tassonomia.

### L'ospedale come il sistema sociale.

3) Il primo livello d'analisi è quello dell'osservatore che considera l'ospedale  $x(y,z)$  come il sistema sociale, assunto nella sua unità e complessità. È a questo livello che l'osservatore scientifico esterno, ma anche in qualche misura il management ospedaliero interno, hanno da privilegiare la ricerca della identità o mission complessiva dell'ospedale e sue variazioni, rispetto alle sfide ambientali.

Se le sfide ambientali sono intense, e quindi crescono in complessità le risposte adattive del sistema all'ambiente, la differenziazione sistemica deve arricchirsi di una specifica funzione di pensiero riflesso, sulle prassi ed esperienze in atto. Occorre infatti compiere un rilevante sforzo di osservazione ex post anche da differenti punti di vista. Tale osservazione può anche essere ricercata, anche se con minore analiticità scientifica, dal management del sistema. All'osservatore come elaboratore di pensiero riflesso deve essere presente il fatto che le risposte adattive del sistema operano mediante processi di autoregolazione sistemici anche nei confronti delle decisioni prese per via gerarchica.

3.2) L'ospedale come sottosistema. Un secondo livello macrosistemico analitico è il livello dell'ospedale  $x$  osservato solo come sottosistema di uno o più sistemi sociali più vasti quali ad es. un'intera Nazione o un'intera unione interstatale oppure, in essa, il solo sistema sanitario nazionale, oppure reti meno formalizzate o addirittura informali di cooperazione, che raccolgono una pluralità di strutture sanitarie in un dato tempo e territorio.

3.2.1) Nel primo caso, il sotto-sistema sanitario "rappresenta uno dei sottosistemi parziali della società differenziata per funzioni". L'ospedale  $X(y,z)$  come sottosistema risulta strutturalmente interattivo con il (sotto) sistema politico di quel sistema nazione o unione, con quello economico, con quello tecno-scientifico, con quello giuridico, con quello educativo, quello familiare e quello religioso.

Ma questo complesso sistema di interdipendenze deve consentire in ogni sottosistema funzionale, peculiari processi di differenziazione delle strutture interne. Nelle società avanzate contemporanee, per quanto aumenti l'interdipendenza reciproca tra sottosistemi funzionali, viene preservata l'autonomia (relativa) di un sottosistema, ad es. di quello sanitario, per differenziazioni linguistiche, di divisione del lavoro, ecc. In tale contesto, "la costruzione sociale della malattia resta materia di competenza esclusiva del sistema sanitario" (8)

Ciò a differenza di organizzazioni sociali precedenti in cui era la comunità locale e la cultura della tradizione a guidare ed informare e a garantire l'accesso alle cure per i malati.

Si può ampliare l'approccio macro-sistemico a dimensioni societarie internazionali, oppure a dimensioni infranazionali, ma resta la peculiarità di un sistema polifunzionale capace di identità, pur nella crescente complessità delle forme.

3.2.2) Volendo uscire dalla modellistica teorica e avvicinarsi alla complessità in divenire dei macrosistemi sociali in cui un ospedale è solo parte, avanziamo un'ipotesi. L'ipotesi è che il presente e il futuro prossimo delle organizzazioni sanitarie complesse tendano a distaccarsi sia dai modelli puri di sistema sanitario nazionale (un ordine normativo gerarchico a cascata) sia da quelli a prevalenza di mercato (assicurazioni private), per aprirsi alla pluralità flessibile di macro-sistemi sociali a reti. Perciò l'interesse degli analisti tende e ancor più tenderà a focalizzarsi su una trama sistemica quale rete di area vasta solo di strutture e servizi sanitari in contesti ambientali regionali o, all'interno di provincie e di città metropolitane.

Se si deve dare ascolto a voci su recenti variazioni in corso di approvazione alle Camere (il riferimento è alla nuova versione del “vecchio” art.21, ora art.10 ) del ddl collegato alla Finanziaria '99, il prossimo sistema sanitario italiano dovrebbe mostrare attorno a due modelli cooperanti:

- quello a rete interregionale e di sperimentazione federalista, in cui le Regioni possono attingere direttamente i fondi sanitari regionali mediante compartecipazioni a entrate tributarie e contributive (IRPEF, IVA, accisa sulla benzina, ecc.) con conseguente abolizione dei vigenti trasferimenti erariali del Fondo sanitario nazionale, cioè dai ministeri centrali competenti, alle Regioni,
- quello di un sistema di grandi ospedali pubblici (in primis quelli degli IRCCS) e di enti nazionali di ricerca e di servizio sanitari, che potrebbe andare a costituire un nuovo unitario sistema gerarchico tutto finanziato e gestito dal Ministero della Sanità anche per le prestazioni assistenziali degli IRCCS.

#### **La popolazione in cura sanitaria (a partire dagli ospedali) come sistema sociale in fieri.**

4) Si consenta, infine, al sociologo di proporre un terzo livello macrosistemico, finora pressochè ignorato. È il livello macroanalitico di chi tende ad assumere la popolazione interessata alla cura della salute in un dato ambiente come essa stessa una sorta di sistema sociale più o meno strutturato e interattivo. Ma di ciò in seguito. In tal caso, sono l'ospedale singolo o è la rete di area vasta ad essere assunti come rispettivi ambienti rispetto al terzo livello macrosistemico.

#### **La micro-analisi e le interconnessioni tra micro e macro analisi.**

5) Malgrado la complessità differenziata degli approcci macro-sistemici, non va mai fatta venir meno l'altra dimensione del conoscere i fatti sociali attraverso micro-analisi. Per tale approccio, numerose e assai autorevoli sono le fonti dottrinali e sperimentali a partire da Max Weber e da Edmund Husserl per finire agli sviluppi anche di ricerca empirica della moderna fenomenologia sociologica sanitaria. La micro-analisi (dissociabile o meno dalla psico-analisi) considera conoscibile in termini psicologici e/o sociologici solo le azioni espresse da comportamenti interattivi intenzionali delle persone come attori sociali. Ciò che conta nell'azione e interazione sociale è il senso, sia soggettivo che intersoggettivo, che guida i comportamenti degli individui e dei piccoli gruppi. Il riferimento specifico è ai rapporti medico-paziente, e ad altre relazionalità interpersonali capaci di produzione e riproduzione di senso mai del tutto controllabile dal sistema sociale.

Un ambito su cui ci soffermeremo, per le interconnessioni concernenti la morale come normativa culturale sistemica e/o come motivazione intenzionale. Ma di ciò in seguito.

La suggestiva ipotesi di una futura polarizzazione della sanità pubblica italiana tra due ben differenziate forme organizzative non può peraltro farci dimenticare che dal presente-passato ci trasciniamo dietro due pesanti disfunzionalità e precisamente:

- la vecchiezza di molti impianti ospedalieri. Secondo la recente indagine del prof. E.Guzzanti, ben il 57% delle strutture pubbliche ospedaliere italiane è stato costruito in epoca anteriore alla seconda guerra mondiale, senza parlare dello stato alquanto arretrato dell'ammodernamento tecnologico (9):
- l'impatto iugulatorio che il mancato adeguamento delle tariffe per drg esercita ormai sui grandi ospedali d'eccellenza specie se monospecialistici, fino a produrre disordini come quello del S.Raffaele di Milano. Da un esame compiuto agli Istituti ortopedici “Rizzoli”, risulta che, per le prestazioni di drg più complessi, il costo sostenuto dall'Istituto è fino a 4 volte la tariffa amministrativa versata. E queste prestazioni complesse costituiscono, sempre al “Rizzoli” il 30% dei casi trattati.

È probabile che i due modelli del prevedibile prossimo futuro della sanità pubblica: quello fondato sul feralismo regionale ed interregionale e quello sulla nuova diretta strutturazione del MINSAN anche per le attività assistenziali degli IRCCS, dovranno entrambi confrontarsi con le due pesanti disfunzionalità sopra indicate. Talmente pesanti da far suggerire la differenziazione funzionale più forte, anche se dentro il sistema sanitario nazionale.

## **PARTE SECONDA**

#### **Riflessioni empiriche a partire dal ventaglio di assetti teorici della parte prima.**

6) L'approccio allo studio dell'ospedale  $x(y,z)$  assunto come il sistema sociale merita di essere preferito qualora ci si attenda che l'azienda ospedaliera in oggetto sia sottoposta ad uno sforzo significativo di autonomia imprenditoriale, e di cooperazione interna rianimata con grande flessibilità, per far prevalere le funzioni sulle strutture. Lo sforzo può essere compiuto per decisione del tutto autonoma dal management dell'azienda oppure per stimolazioni esterne. Il secondo caso è quello della riforma espressa, tra la fine degli anni Ottanta e l'inizio del nuovo decennio, dal governo britannico, con la svolta dei trust hospital, svolta che ha portato i segni distintivi della politica thatcheriana.

I nuovi trust hospital inglesi sono stati disancorati dalla precedente gerarchia e dai vincoli e confini delle strutture politico-amministrative territoriali del NHS. Hanno ricevuto ampia autonomia gestionale per la vendita dei servizi prodotti anche sul mercato, ai privati; sono stati autorizzati a ricorrere al mercato dei capitali ed hanno avuto ampia autonomia nella gestione del personale. Il NHS ha mantenuto, però, un controllo sulla competizione da quasi mercato dei trust hospital, (10) anche se nel contesto di una separazione del potere pubblico acquirente (providers) dagli enti produttori ed offerenti (producers) pubblici e privati. La svolta dei trust hospital non ha mancato, come noto, di esercitare la sua influenza sui legislatori sanitari italiani (ma anche su quelli spagnoli) dei primi anni Novanta. Almeno prima delle critiche emerse anche in Gran Bretagna dopo la vittoria di Tony Blair.

Lo sviluppo e il potenziamento dell'autonomia imprenditoriale di ogni azienda ospedaliera pubblica (con l'enfasi sull'aziendalizzazione) è stato perseguito, in Italia, coi dd.lgv 502/'92 e 517/'93. (11) Da noi, però, gli esiti sono stati molto modesti per il permanere del peso gerarchico- normativo del governo nazionale, e per la distribuzione ministeriale delle risorse finanziarie (FSN) e per la forte asimmetria di poteri tra providers (anzitutto le Regioni) e producers.

Non ha pertanto suscitato sorpresa che il ministro della Sanità e il Parlamento abbiano affidato alla cosiddetta riforma sanitaria ter , condotta in porto con la legge 419/'98, la revisione della non realizzata spinta autonomistica e di competizione amministrata per le singole aziende sanitarie pubbliche

Uno degli obiettivi maggiori della legge 419/'98 è ora di promuovere soprattutto la cooperazione razionale tra più soggetti sanitari pubblici Per quelli tra università e SSN, la L.419/'98 sollecita persino l'introduzione di "nuovi modelli gestionali e funzionali integrati fra regione e università..." . (12).

Ma l'approccio sistemico all'ospedale inteso come il sistema sociale a forte autonomia imprenditoriale non va disatteso anzi va arricchito nel senso di esplicitare il primato funzionale e il nesso sistema/ambiente nel modo di intendere il sistema. Il primato funzionale necessita che si parta dalla definizione e ridefinizione della mission dell'azienda. E ciò per verificare periodicamente la sintesi possibile tra la continuità della vocazione secondo le migliori tradizioni delle scuole bio-mediche e clinico-sanitarie presenti in azienda, le innovazioni attuali dei ricercatori e operatori clinici e la voce degli utenti. Se la pianificazione strategica del sistema azienda non parte dalla precisazione della mission in rapporto ad obiettivi di miglioramento dello stato di salute dei malati, è inevitabile che prevalga l'obiettivo errato di continuare nella primaria difesa e crescita delle strutture interne esistenti e dei relativi portatori di interesse.

È solo la priorità delle funzioni, per la mission, (riprecisata) che può portare il management del sistema a rivedere, anzitutto in sede di bilancio e di linee d' azione, quelle stesse strutture quando si rivelino fuori o marginali rispetto al core business del sistema. La pianificazione strategica da calare anzitutto sui bilanci economico- finanziari ha da essere qualificata e controllata sulla mission (per un certo miglioramento dello stato di salute di una data popolazione, con soddisfazione del paziente).

Un altro angolo di analisi sistemica che, in questo approccio all'ospedale x (y,z) come il sistema, va esplicitato è quello del percorso interno all'ospedale attraversato dai pazienti e per ciascuna delle grandi funzioni interne. L'analisi macro-sistemica ha in questo caso da seguire analiticamente le principali tappe del processo: dall'accesso dei pazienti (con sosta o meno in pronto soccorso), alle prime diagnosi, al ricovero in divisioni di degenza o in day hospital, alle attività terapeutiche, pure in sale operatorie, con i necessari supporti anestesiológicos, radiologici, ecc.), e alle finali prestazioni riabilitative fino alle dimissioni, al rilascio della s.d.o. al paziente in uscita e all'eventuale follow up.

Vi deve essere, poi, un capitolo che approcci - sempre in chiave sistemica- i rapporti tra gli operatori interni. Sarebbe inconcepibile non includere un sotto capitolo sui rapporti medico-infermiere, per tacere di altri rapporti tra differenti categorie di personale, medico e non. Ciò specie in tempi di formazione (pionieristica) di complessi misti volontari - di medici e non medici - al servizio delle prestazioni intramoenia e di aumento delle autonomie funzionali degli infermieri in reparto.

7) Abbiamo già accennato al fatto che per il secondo tipo di approccio, quello dell'ospedale come sotto-sistema del sistema di uno Stato nazionale subisce varie attenuazioni. Anche nei Paesi a sanità pubblica universalistica, comincia a diffondersi, in forme più o meno flessibili, più o meno strutturate, il modello dell'ospedale come uno dei nodi di una rete per area vasta.

Le dinamiche dei mercati della salute sempre più globali - e ormai dominati da giganteschi sistemi privati, multiospedalieri e farmaceutico-industriali (13) - come anche le crescenti aspettative di salute della gente, condizionano gli stessi sistemi sanitari pubblici anche quando formalmente prevalenti o dominanti. (Cfr.per l'Italia il peso decrescente della spesa sanitaria pubblica malgrado l'ufficiale impostazione statale del sistema sanitario). Di qui, un certo declino del modello di sistema sanitario nazionale come assetto unitario ed organico. L'indubbio peso delle disuguaglianze e delle difformità tra regioni, e dentro le regioni, che una stessa legislazione nazionale sembra mantenere, spinge ad adattamenti di reti tra unità territorialmente meno disomogenee anche per cultura e prassi di cura della salute.

L'ospedale x (y,z) come parte di un tutto ha assunto di recente due modelli diversi che M.Meneguzzo così dicotomizza:  
- sistema di forte (perchè centralizzato) governo dei sistemi ospedalieri pubblici, (che può essere considerato un outsourcing parziale del Sistema sanitario nazionale),  
- sistema della cooperazione interaziendale ed interorganizzativa, che porta ad un gruppo multiospedaliero pubblico e/o privato e però con maggiori spazi di autonomia dei singoli nodi ospedalieri. È a questo secondo tipo di sistema che può essere meglio attribuito il modello di sistemi a rete.

Come esempi di rilievo del primo modello, quello forte, M.Meneguzzo del gruppo CERGAS fa riferimento all'Assistance Publique Hopitaux de Paris (A.P.H.P.) che si fonda su una unità di staff e supporto centralizzato e modalità di coordinamento degli ospedali del gruppo...". Secondo dati del 1991, l' APHP raggruppava 1364 letti di day Hospital, 17.735 posti letto per acuti e 11.845 posti letto per lungodegenti. (14)

Lo stesso autore paragona ad APHP anche l'unica grande rete pubblica ospedaliera di New York: la New York City health and Hospital Corporations (H.H.C.). Secondo M.Bergamaschi, l'H.H.C. che, come detto, è l'unico sistema pubblico degli USA, comprende: 11 ospedali per acuti, 5 strutture di lungo degenza, 6 centri sanitari territoriali a cui fanno riferimento i consultori familiari, i centri di assistenza domiciliare e le strutture di prestazioni diagnostiche strumentali, 11 strutture per la medicina preventiva, un HMO, un servizio di emergenza medica. La corporation HHC è altresì azionista di maggioranza di 3 società per azioni, conta 49 mila dipendenti, 8 mila volontari, 10.865 posti letto, con 238.701 ricoveri di cui il 64% coperto da Medicaid, il 10% da Medicare. (15)

Come esempi del secondo modello, M. Meneguzzo cita un unico centro d'acquisto pubblico con responsabilità a scala regionale (l'Agenzia Catalana della Salute); una rete per i 29 ospedali pubblici dipendono e i 38 ospedali privati non profit e for profit.

In Italia non mancano voci di consorzi di integrazione a rete tra più strutture ma ancora mancano riferimenti di iniziative messe a regime.

8) Le motivazioni che spingono all'uscita dalle schematizzazioni politico-territoriali di sistemi nazionali integrati, per l'apertura a modelli multiospedalieri anche grandi ma flessibili, non sono solo di tipo razionalizzatore economico, per la possibilità di ottenere economie di scala unificando le gestioni di servizi (mense, pulizie della biancheria e dei locali, acquisti di beni tecnologici ecc.) già presenti nei vari ospedali.

Vi sono almeno altre quattro ragioni forti per prevedere nel futuro, pure da noi, la formazione di reti poliospedaliere non in stretta dipendenza gerarchica dalla Regione:

- a) il superamento della separazione tra pubblico e privato, tra gerarchia e mercato,
- b) il superamento della separazione tra singolo ospedale e territorio ad area vasta,
- c) lo sviluppo della circolazione delle informazioni e delle conoscenze fra diversi punti o unità del sistema, (16)
- d) vi è poi la recente crescita in Italia del ruolo delle Regioni, fino alle soglie del federalismo sanitario su base di federalismo fiscale.

E non crediamo che l'imminente normativa nazionale sul federalismo sanitario si limiti a privilegiare l'approccio alla rete come rete mono-regionale di ospedali e di altre importanti strutture sanitarie.

Già oggi, forme preliminari di rete interospedaliera avvengono con gemellaggi tra Regioni. A livello provinciale, non solo per città metropolitane, si intravede la tendenza consortile e di mediazioni compromissorie tra vari ospedali di un'area vasta, per concordare tariffe provinciali per drg, o per i flussi di mobilità interregionali, sempre in termini di drg e altri accordi per gestioni consortili di servizi. Senonchè sono ancora sulla carta le possibilità di consorzi tra potere pubblico regionale e mutue previsti nel 1992/93 e ribaditi in teoria dalla legge 419/'98; per la ormai indilazionabile apertura a mix tra pubblico e privati specie se non profit, nella organizzazione sanitaria italiana.

Anche solo dalla conoscenza di simili prassi ancora largamente informali e incoative in Italia, specie dopo il 1994 ed ora con la legge 419/'98, si può trarre una varietà di regole, di moduli procedurali e di codici che cominciano a normare le reti ancora flessibili e congiunturali. Tale livello di rete di area vasta va, infine, sempre più beneficiando dei supporti delle telecomunicazioni. Le reti sanitarie polifunzionali figliano reti telematiche, telefoniche e computerizzate (internet) da cui possono uscire migliorate opportunità per gli utenti che intendono prenotare visite diagnostiche, o di poliambulatorio o di ricovero presso medici intramoenia. Sempre più il sistema sociale a rete di servizi socio-sanitari andrà, insomma, letto come sistema socio-tecnico a rete, in rapporto ad un dato ambiente.

Perchè si formi una rete occorre almeno la presenza di quattro elementi:

- Più ospedali come nodi, quali entità capaci di auto-adattamenti e di comunicazione con le altre parti del sistema rete e con l'ambiente,
- le connessioni o i fili reali e virtuali (che collegano i poli, con flussi di comunicazioni linguistiche e di scambio)
- la forma che un sistema di rete assume nel flusso di input/output tra i nodi e tra la rete e il suo ambiente, e cioè il sistema selettivo che governi la complessità anche se non necessariamente in modo gerarchico predefinito
- in presenza di sempre nuovi usi virtuali della rete, quanto più poggiante su internet, è doveroso -e lo fa molto bene A. Gugiatti- richiamare come quarto elemento della rete le trame di interazioni interpersonali, dei network intersoggettivi, che sorreggono come necessario complemento (17) l'analisi macro-sistemica di reti.

Non possiamo negare che, così inquadrato, il modello di rete multiospedaliera può, ove la formalizzazione sia ancora lasca, suscitare talora una qualche indeterminazione. Ciò in contrapposizione a modalità di gestioni forti, sia da sistema sanitario nazionale sia da forti gruppi multiospedaliere pubblici o privati o misti.

9) L'approccio alla conoscenza del sistema sanitario in termini di rete di area vasta si presenta con profonde diversità a seconda vi sia o non, in esso, la separazione tra compratori pubblici (providers) ed erogatori pubblici e privati di beni e servizi sanitari (producers).

La rete dello Stato regionale compratore ha anche avuto i suoi strumenti di egemonia, in seguito all'adozione (dal 1994) del pagamento a prestazioni per tariffe di drg. Proprio il mancato aggiornamento tariffario dei drg ha indotto alcune grandi aziende a moltiplicare, con pratiche solo formalmente lecite quando non illecite, prestazioni non necessarie o non effettuate, stante l'inadeguatezza dei compensi ministeriali per singole prestazioni di drg, specie negli ospedali di eccellenza.

Sembra che le proporzioni di interventi inappropriati, per usare un understatement, si siano rivelate imponenti anche in Gran Bretagna dopo la riforma dei trust hospitals. E non a caso, in Italia, a partire dalla cosiddetta terza riforma sanitaria introdotta con la L.419/'98, il regime di pagamenti per drg sembra cominci a divenire oggetto di revisioni anche se ancora sperate. Alla lettera mm) dell'art. 2 della citata legge è comunque previsto che il pagamento alle aziende ospedaliere possa avvenire, si stima per non più di un terzo del totale, in rapporto al complesso dei piani di attività aziendali.

10) Le riflessioni empiriche sul tema dell'ospedale del futuro a partire da approcci macro-sistemici non possono essere concluse senza qualche considerazione sull'approccio alla popolazione che gravita per cure su strutture sanitarie come essa stessa sistema sociale, sebbene spesso in formazione. Un sistema sociale per cui la vita ospedaliera del paziente è vista come carica di imput ambientali, specie nella parte iniziale del percorso quella dell'accesso. Per troppo tempo l'analisi sanitaria ha ignorato tale approccio in quanto era dato per scontato che gli utenti di cure sanitarie, anche con periodi prolungati di spedalizzazione, non fossero qualificati elaboratori di domande e di esperienze cliniche e che solo medici e altri diagnostici e terapeuti professionali fossero in grado di interpretare i bisogni dei pazienti.

Il d.lgv 502/'92 ha segnato con l'art.14 una prima inversione di tendenza, aprendo alla voce dei malati come cittadini i diritti di partecipazione entro i percorsi terapeutici. Dal 1997 in avanti però è parso che, di fronte all'assillo dei bilanci, occorresse ignorare la voce degli utenti e correggere anche le interpretazioni dei medici con misurazioni ingegneresche della qualità tecnica di singole prestazioni. Si avverte, qua e là, l'inclinazione a ridurre, per questa via, tutti i contenuti dell'art. 14 ad un accertamento in stile mercantile circa il grado maggiore o minore di consumer's satisfaction.

Più di recente, tuttavia, le cose stanno di nuovo cambiando ed è sperabile che nell'ospedale del futuro riprenda il peso del consenso informato degli utenti anche nelle questioni gestionali più vicine ai bisogni dell'ospedalizzato. Nel mondo delle professioni sanitarie, dentro e fuori l'ospedale, cresce il riconoscimento al rapporto più bilanciato tra medico e cliente. In sede macro, si comincia a privilegiare la prevenzione anche come educazione ed autopromozione alla salute. Dal lato della ricerca bio-medica e dell'offerta di cure si comincia a riconoscere -anche nelle cure mediche- il pluralismo dei gruppi religiosi, etnici, culturali, se compatibili con la salute. Negli ospedali migliora il riconoscimento ai diritti dei familiari degli ammalati, specie se in minore età o vecchi. L'ingresso di volontari accresce le mediazioni tra operatori e pazienti.

Sono prospettive, queste, che in futuro potranno stimolare non solo il riconoscimento ulteriore dei diritti e doveri e quindi delle voci dei pazienti ma anche il nuovo tipo di approccio macrosistemico. Quello in cui i richiedenti salute formano un ben stratificato sistema sociale nei confronti delle "macchine ospedaliere" assunte come ambiente.

In tale ambito tematico sono e saranno naturalmente preziose ricerche empiriche ad hoc, sia che si consideri la successione dei pazienti, entro un singolo ospedale nel tempo, come produttiva di continuità e discontinuità sistemico-culturali di adattamento sia che la popolazione dei pazienti sia assunta come sistema sociale che deve confrontarsi con l'intero ambiente sanitario dal lato dell'offerta.

È da salutare con soddisfazione, al riguardo, l'uscita nel 1998 della seconda ricerca del Censis, condotta da Carla Collicelli, col titolo "La domanda di salute negli anni novanta. Comportamenti e valori dei pazienti italiani."

Va detto subito che, rispetto alla precedente ricerca Censis del 1987 (18), si è potuto constatare una crescita della coscienza civica dei cittadini utenti, con forti riflessi di modernizzazione della domanda. Questa seconda ricerca, svolta nel 1996, si basa su un campione casuale di 2 mila cittadini sorteggiati sull'intero territorio nazionale.

Di rilievo è risultata la particolare crescita della domanda di informazioni sanitarie appropriate ed aggiornate, connessa alla ulteriore importanza riconosciuta alla cura della propria salute. Il che porta, per chi può spendere, a negoziare "spazi di autogestione" nei confronti delle cure, col prevalente ricorso alle strutture pubbliche di cura per le cure più impegnative ma anche con più frequente ricorso alle cure presso istituzioni e medici privati, con comportamenti diffusi di non compliance e di litigiosità nei confronti dei medici. Il che conforta a credere che, pur errori, la popolazione utente si muove come un sistema sociale in fieri tra la sanità pubblica e quella privata.

Anche solo da tali tratti sommari si può arguire che la popolazione interpellata non si rivela un ammasso del tutto eterogeneo ma dà segni di formazione sistemica.

11) S'è detto all'inizio che sono da esplorare pure le possibili anche se parziali interconnessioni tra l'approccio micro-analitico e le generalizzazioni connesse a un dato macro- sistema sociale. Occorre in altri termini rendere comunicabili e controllabili le conoscenze tra "il livello di conseguimento dei risultati funzionali" del macro-sistema sanitario con quelle dello stato di salute degli individui bio-psichici (19) valutato e autovalutato da persone aspiranti al senso coscienziale di salute, sia dal lato degli operatori che degli utenti che degli aventi cura informali di questi.

Da qualche tempo è però in atto una ridefinizione della teoria e della pratica medica che tende a ridurre l'importanza tanto degli approcci macro-socio-sistemici, quanto di quelli micro- centrati sulla interattività intersoggettiva creatrice di senso. Con l'affermarsi dell'egemone nesso tra organizzazione industriale per profitto e ricerca bio-medica, la persona viene sempre più controllata bio-chimicamente) o chirurgicamente (trapianti) o attraverso manipolazioni geniche. Tutte tendenze, queste, che rinforzano l'approccio scienziato della medicina alle cure della salute. Ciò a scapito degli approcci che avevano conquistato di recente un'apertura umanistica e societaria anche in medicina (medical humanities).

Le cure bio-chimiche incidono sempre più nel campo dei fenomeni già curati con terapie di medicina sociale, psico-analitiche, psicologiche, e psico-sociologiche o con le cosiddette medicine alternative. Attraverso singole medicine per singole patologie (anche propriamente comportamentali) o con ricerche geniche o nuove prassi chirurgiche si afferma il nesso tra singoli sintomi patologici (ansia, percezione di impotenza sessuale, patologie cardio-vascolari, ecc.) e singole medicine o altre terapie sempre più farmaceutiche.

Ma quanto più continua ad avanzare l'industrializzazione della salute secondo approcci solo scienziati, tanto più tende ad essere richiesto come compito delle società umane la produzione di regole etiche e di codici di condotta per separare il lecito dall'illecito

Di fronte all'avanzare di avanguardie nella più ardita ricerca bio-medica, si manifesta il bisogno della bio-etica, di una finalità istituzionale che fondi l'eticità, a malgrado la pressione meramente aziendalistica e dei pagamenti a prestazioni a difesa della dignità della persona.

Del resto, il grande tema della morale di recente ha sollecitato gli ordini dei medici italiani ad aggiornare i loro codici etici.(20)

Nessun sistema sociale può sopravvivere senza che la produzione di una normativa etico-religiosa e collettiva, macrosistemica, si confronti con i continui processi intersoggettivi, con la produzione o l'adattamento del senso etico dentro le coscienze delle persone e nei loro rapporti intersoggettivi creatori di senso.

Perciò a lato di una esposizione delle tassonomie macrosociali (quelle per grandi sistemi sanitari nazionali, quelle a rete di maglia larga o quelle che assumono un singolo ospedale come il sistema sociale di riferimento) va richiamata l'area degli input microsociale.

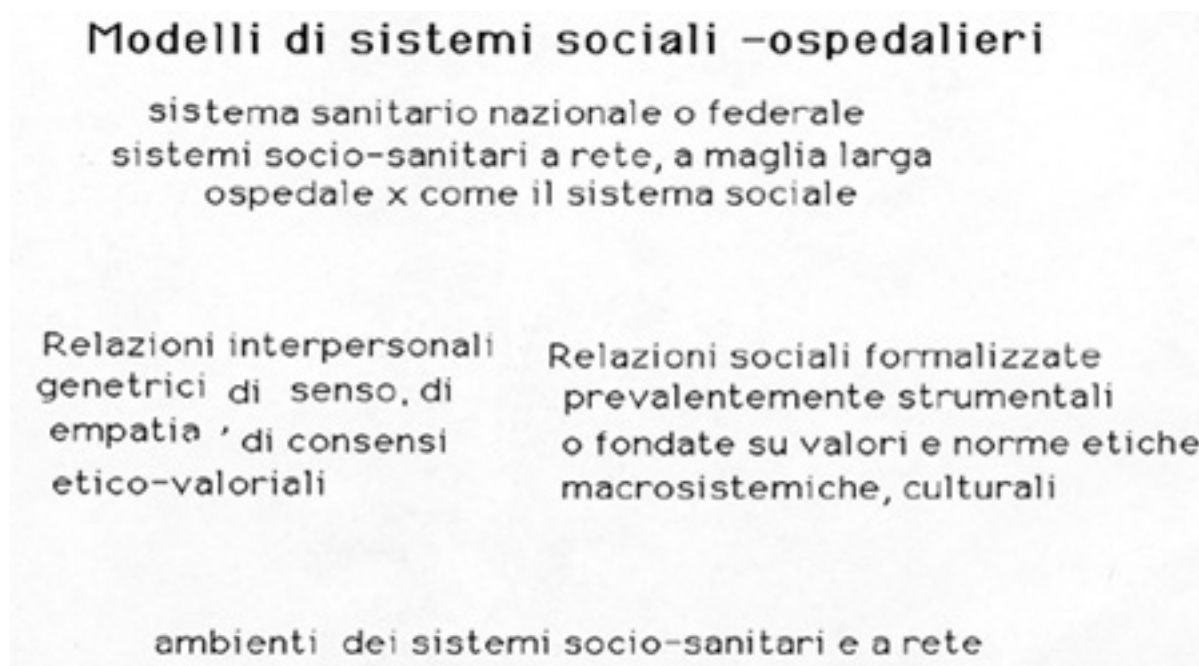
12) Per concludere intendiamo schematizzare le molte tassonomie avanzate, semplificando nella tabella n.1, entro un asse cartesiano le diverse variabili macro e micro-sociali che possono e debbono giocare nell'analisi dell'ospedale.

In verticale c'è la selezione macrosistemica in rapporto agli ambienti.

In orizzontale si confrontano due modi di essere analitici della vita di relazione a livello micro; c'è il modo di essere centrato sull'affettività sulla creatività di senso e di consenso a livello intersoggettivo, a partire da empatie. A partire da relazioni espressive interpersonali, le relazioni tra persone possono giungere a creare intese ex novo anche in riferimento a valori e a regole interpersonali di comportamento etico

A lato destro delle variabili micro, iscriviamo l'area delle relazioni interpersonali guidate dai macro-sistemi sociali, dalla cultura collettiva dei ruoli sociali; che è anche fonte di norme collettive di tipo etico.

**Tabella 1**



**Note**

1) Ospedale virtuale è un tipo recentissimo di servizio medico-sanitario che serve a distanza pazienti e medici perchè fornisce, specie attraverso internet, informazioni mediche aggiornate attinte da una appropriata banca dati, su apposite domande. La virtualità consiste qui nella pluralità possibile di servizi a distanza.

2) Cfr. C.Ruta, Sanità e management, Etas Libri, Milano, 1993, p.15.

3) Sulla realtà per più versi allarmante del degrado ambientale in Italia, ha di recente compiuto un'indagine conoscitiva la Commissione sanità del Senato con sopralluoghi in aree di maggiori patologie ad eziologia ambientale ed in aree a inquinamento ambientale diffuso. Cfr. il documento conclusivo approvato dalla Commissione sanità del Senato il 15 ottobre 1998, Senato e ambiente, binomio insolubile, in "Agenzia Sanitaria Italiana", n. 52, 22 dicembre 1998.

4) Per approfondire questa proposta di impianto teorico, si rinvia al volume di chi scrive: Società e salute. Lineamenti di sociologia sanitaria, ed. F.Angeli, Milano, 1998

5) Alberto Donzelli, Sistemi sanitari a confronto. Efficacia, costi e qualità percepita, F.Angeli ed., Milano, 1997; v.pp. 11,12.

6) Cfr. G.Minati, Sistemica, Apogeo scientifica, Milano, 1998, p.97.

7) Ad es., alla luce delle nuove linee guida del MINSAN in tema di riabilitazione (Provvedimento 7 maggio 1998), potrebbero essere incentivati sia i processi differenziativi con enfasi extra ospedaliera per la riabilitazione sia la qualificazione ospedaliera ma per processi di riabilitazione intensiva per patologie gravi. Ma i due processi non possono non sollecitare nessi sul territorio.

8) Cfr. G.Giarelli, Sistemi sanitari. Per una teoria sociologica comparata, F.Angeli ed., Milano, 1998, v.p. 150 segg.

9) Cfr. F.Guzzanti, L'autorizzazione e l'accreditamento nella realtà delle strutture ospedaliere e delle tecnologie sanitarie in Italia: considerazioni e proposte, marzo 1998, documento policopiato .

10) Cfr. G.Fattore S.Castaldi, I Trust ospedalieri e il sistema sanitario pubblico di Londra in M.Meneguzzo (a cura di), Strategie e gestione delle reti di aziende sanitarie, EGEA ed.:1996, Milano, pp.199-227.

11) Il comma 1 dell'art.3(a) della 517/'93 è molto esplicito nel senso dell'autonomia. "L'unità sanitaria locale -è detto- è azienda dotata di personalità giuridica pubblica, di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica". E il comma 3 dell'art.3 aggiunge: "L'unità sanitaria locale può assumere la gestione di attività o servizi socio-assistenziali su delega

dei singoli enti locali...”. Ma poi il terreno favorevole all'autonomia è stato ridotto perchè le risorse finanziarie continuano a dipendere dal solo potere pubblico che è anche il solo compratore dei beni e servizi offerti dall'USL e perchè non sono state aperte adeguate esperienze istituzionali tra finanza pubblica e finanza sanitaria privata.

12) Cfr. gli artt.2 e 6.

13) Un recente servizio su “Business Week” ha previsto per il 1999, dopo un periodo di profitti modesti, un incremento dal 15% al 20% nei profitti dei giganti multiospedalieri Usa: Aetna, Humana, Pacificare, Health Systems, Wellpoint Health Networks e United Health Care, in “Business Week”, 11 gennaio 1999.

14) M.Meneguzzo, Assistance publique hopitaux de Paris: il più importante gruppo ospedaliero pubblico europeo, in M.Meneguzzo (a cura di), Strategie e gestione delle reti di aziende sanitarie, ed. cit., pp.67 '98, v.pp 68 segg. Ivi, v. pp.104-112.

15) M.Bergamaschi, Health and Hospitals Corporation di New York: assetto istituzionale e organizzativo, prospettive di sviluppo e innovazioni gestionali; in M.Meneguzzo (a cura di), Strategie e gestione delle reti di aziende sanitarie, ed. cit., pp.122,123.

16) Cfr.A. Gugiatti, Sistemi a rete e organizzazione dei servizi sanitari, in in M.Meneguzzo (a cura di), Strategie e gestione delle reti di aziende sanitarie, ed. cit., pp.308-309.

17) Ivi.

18) Censis, La domanda di salute in Italia, F.Angeli, Milano, 1989 (ma la ricerca empirica è del 1987).

19) Il difficile tema delle interconnessioni micro- macro che ho affrontato nella parte finale del mio libro “Società e salute” già citato, è stato ripreso con generale approccio teorico, da uno dei più penetranti giovani sociologi sanitari italiani, Guido Giarelli nel citato libro Sistemi sanitari, cfr.pp.239/40.

20) Nell'ottobre del 1998, il Consiglio nazionale della FNOMCEO, ha varato un nuovo codice di deontologia medica a tre anni dal precedente. Esso è stato intitolato come “il corpus di regole di autodisciplina predeterminate dalla professione, vincolante per gli iscritti all'Ordine che a quelle norme devono quindi adeguare la loro condotta professionale.” In “Agenzia sanitaria italiana” 12 ottobre 98 n.41. Il nuovo codice contiene un giro di vite su informazione e pubblicità sanitaria, un'apertura al risparmio nelle spese indotte, maggiore attenzione al rapporto medico-paziente, tariffario massimo da portare a conoscenza del cliente.