

NOTE

Commenti

Sulla Dominanza medica di Eliot Freidson. Alcune riflessioni sulle basi sociali della professione medica

La dominanza medica (edito da FrancoAngeli nel 2002) è la più interessante selezione degli scritti di Eliot Freidson proposta al pubblico italiano, dopo anni di silenzio¹ sul lavoro di un autore considerato, ormai, un riferimento classico sia nello studio della sociologia della medicina, sia in quello delle professioni.

Il piano dell'opera, curato da Giovanna Vicarelli, ripercorre le tre linee teoriche che hanno caratterizzato l'analisi dello studioso americano in più di un ventennio di studi, dall'inizio degli anni '70 fino a quasi la metà degli anni

'90. La scelta degli scritti è rispettosa, quindi, del suo percorso intellettuale e di ricerca: dai brani in cui l'enfasi è sulle catene di relazioni (che originano sistemi di riferimento differenti) e sui micro-avvenimenti (il rapporto medico-paziente) si passa a quelli in cui si delineano ambiti sempre più macro-sociali (la formazione delle organizzazioni e delle istituzioni mediche), per arrivare, infine, a quelli il cui scopo è definire una nuova sociologia della medicina e delle professioni.

Ritengo che questo libro possa assumere una notevole importanza nel panorama italiano delle scienze sociali, in quanto la brillante analisi di Freidson della malattia e della salute come realtà costruite socialmente (e, più specificamente, costruite da una professione che è riuscita a ottenere una posizione dominante nella società) offre più di uno spunto per riflettere sui processi (micro) attraverso i quali gli individui cercano di dominare "tecnicamente" la vita². Detto in altri termini, *La domi-*

1. I brani di Eliot Freidson tradotti in Italia prima del 2000 sono stati tre: l'articolo *Client Control and Medical Practice* in Maccacaro e Martinelli [1977]; i capitoli 11 e 12 di *Profession of Medicine* in Abbatecola e Melocchi [1977] e l'articolo *Metodo e contenuto per uno studio comparato delle professioni* in "Sociologia del Lavoro" n. 70-71 [1998]. Quasi contemporanea, poi, a *La dominanza medica*, è la pubblicazione di *Professionalismo - La terza logica* - (edito da Dedalo, con prefazione di Magali Sarfatti-Larson e Mirella Giannini) che raccoglie i lavori più recenti del sociologo americano.

2. Del resto, questo caratterizza le professioni e la medicina in particolare: l'ambizione di dominare, attraverso la scienza e la tecnica, la vita degli individui. A tal proposito, mi pare opportuno citare la definizione di medicina di Giorgio Cosmacini, tratta dalla premes-

nanza medica potrebbe essere un libro adottato in un qualsiasi corso di sociologia che si ponga l'obiettivo di mostrare il modo in cui la conoscenza formalizzata viene creata e poi applicata nelle istituzioni occidentali moderne. Non solo. Il libro apre anche una riflessione su "ciò che sta dietro" alle organizzazioni e alle istituzioni: e cioè un nucleo di vita sociale laboriosamente costruito da un gruppo che riesce ad essere dominante servendosi della rilevanza attribuita dalla società alla materia che ricade sotto la sua esclusiva giurisdizione.

Come sottolinea la Vicarelli nella presentazione dell'opera, l'analisi freidsoniana è volta a far affiorare le basi sociali della professione medica, secondo l'intuizione che essa sia originata dal contesto istituzionale che gli stessi medici hanno concorso a creare. A differenza di Talcott Parsons, infatti, Freidson parte dal presupposto che il rapporto medico-paziente sia di tipo conflittuale, in quanto al suo interno si riflettono tutti quei condizionamenti sociali che dipendono dalle reti di appartenenza (o capitale sociale³) che gli attori coinvolti nel rapporto si portano dietro: sia il medico sia il paziente im-

mettono nel confronto il peso della propria cultura, dei propri valori e dei propri orientamenti ed entrambi (ognuno con i mezzi di cui dispone, ovviamente) cercano di controllare e di dominare la difficoltà dell'incontro.

Per i medici il problema è sì quello di soddisfare i pazienti, ma anche quello di avere il consenso della comunità professionale di cui sono membri. D'altro canto, i pazienti vorrebbero essere seguiti da un professionista che, dal loro punto di vista, sia uno bravo, simpatico, gentile, che dia retta a ciò che essi dicono (per limitarsi solo ad alcune fra le possibili considerazioni profane di "bravo professionista").

Ed ecco che, come scrivono Sydney Halpern e Renee R. Anspach [1993], la pietra miliare dell'analisi del sociologo americano diventa la distinzione fra la pratica medica *colleague-dependent* e quella *client-dependent*. Nella prima, i medici soddisfano le esigenze di altre pratiche mediche poiché rimandano i pazienti ad altri specialisti e, nell'usare le reti professionali, sottopongono il loro operato al giudizio dei colleghi. In questo caso, i pazienti non dispongono di alcun controllo sulla pratica medica perché non scelgono il professionista.

sa al libro *Medicina e sanità in Italia nel ventesimo secolo*: «Un insieme di teorie e di pratiche, elaborate ed esercitate dall'uomo allo scopo di curare altri uomini, possibilmente guarirli dei loro mali o almeno dar loro sollievo, oppure allo scopo di proteggerli perché non si ammalinino e vivano a lungo, in salute o assistiti, fino a realizzare l'utopia della morte naturale...» [1989: IX].

3. Il concetto di capitale sociale è qui utilizzato nell'accezione "individuale", cioè come ricchezza che ciascun individuo può avere e funziona, pertanto, come una sorta di patrimonio personale che deriva dalla specifica struttura di interazione in cui il soggetto si trova inserito [Bianco 1996] sottolinea che il capitale sociale individuale è l'insieme di quelle risorse materiali e simboliche di cui i soggetti possono usufruire non in quanto le "possiedono", ma grazie al fatto di essere immessi in un sistema di reti (*networks*) interpersonali formali e informali, ascritte e acquisite e più o meno particolaristiche. In questa accezione, dunque, il capitale sociale individuale dei pazienti e dei medici è formato da tutte quelle relazioni sociali che essi coltivano con una certa continuità nel tempo, che hanno un fondamento ascrivito (come il sistema di relazioni ereditato dai propri genitori), ma anche un carattere acquisitivo (come la rete di relazioni che ognuno si è costruito, fin dall'infanzia, nelle varie sfere in cui è transitato).

Nella seconda, sono i pazienti ad utilizzare, invece, il loro capitale sociale nel tentativo di avere più controllo sulla pratica medica: essi arrivano al professionista sulla base di considerazioni profane (il consiglio di un familiare, o di un conoscente, per esempio) e sono potenzialmente disposti a sostituirlo qualora le loro richieste/aspettative non risultino soddisfatte.

Dietro questo ragionamento vi sono analisi che scendono ancora a livello "più micro". Nell'introduzione la Vicarelli sottolinea, infatti, che Freidson comincia col chiedersi quale sia il percorso seguito dal medico e dal paziente prima di incontrarsi: il modo in cui i pazienti hanno riconosciuto, interpretato e accettato i sintomi della propria malattia, arrivando, poi, a consultare un professionista e le strade seguite dal medico prima di aprire uno studio nella comunità in cui vivono i suoi potenziali pazienti. Prende poi in considerazione il *quando* e il *come* il professionista ha scelto il suo lavoro, cambiando i suoi valori di riferimento per accettare quelli dominanti nella professione medica. Si chiede, infine, in che modo il medico si difende dalle pressioni dei pazienti, imponendo il suo orientamento e come i pazienti mantengono il proprio, cercando di difendersi dalle pressioni dei medici. Le analisi di questi micro-avvenimenti conducono Freidson a concepire la malattia e la salute come costrutti sociali di una professione che ha ottenuto una posizione di privilegio nella società.

La professione medica si differenzia dalle altre occupazioni sanitarie, infatti, perché ha ottenuto l'autorità di occuparsi della malattia; inoltre è riuscita a ritagliarsi un ruolo di primo piano nel definire quali comportamenti devianti debbano finire sotto il suo controllo. In effetti, essa non si limita a trattare le malattie oggettive che i profani le sottopongono, ma cerca di scoprirne an-

che delle nuove, creando significati sociali «laddove non esistevano né interpretazione né significato» [Freidson 2002: 47].

Secondo Freidson, il concetto di malattia varia in base all'ambiente e, pertanto, molte condizioni definite patologiche sono distribuite e trattate in modo disomogeneo fra le varie popolazioni (sulla base di variabili biologiche e culturali come il sesso, l'etnia, la classe sociale, l'età, la religione, ecc.). Nonostante ciò, la professione medica si prodiga nella creazione di nuove regole che definiscono gli stati patologici e cerca di farle osservare attirando a sé il soggetto deviante (cioè il malato) per curarlo. Ne consegue che, se la malattia è un qualcosa da debellare e/o contenere, allora il medico è un «imprenditore morale» [*ibidem*: 47] (termine che Freidson riprende da Howard S. Becker) poiché attribuisce un significato sociale e, quindi, morale, a quelle condizioni fisiche che impediscono di svolgere le attività quotidiane.

Se ancora nel diciannovesimo secolo il controllo della devianza era più o meno equamente diviso fra la religione e la legge (le due istituzioni dominanti), con lo sviluppo della scienza medica un numero sempre maggiore di comportamenti considerati devianti rispetto alla norma passa sotto l'egida della medicina poiché vengono etichettati come malattie. Parafrasando Freidson, è il caso di scrivere che «il maggior spazio dato alla malattia dalla società moderna è stato conquistato a spese del crimine e del peccato» [*ibidem*: 45].

Successivamente Freidson va oltre i confini della sanità, interessandosi al modo in cui la conoscenza formale viene creata ed applicata nei contesti istituzionalizzati delle società occidentali e, nel far ciò, sente l'esigenza di richiamare esplicitamente Michel Foucault sul modo in cui la conoscenza diventa

potere. Infatti, nella prefazione al libro Freidson scrive: «Foucault affermava che lo stato moderno si affida alla conoscenza delle discipline formali per la formulazione di politiche di controllo sociale che sono più invasive e sottili della coercizione fisica dei tempi passati. Tuttavia, egli non indicava i modi in cui quella conoscenza ottiene il potere, come essa venga creata e rivelata, guadagni autorità legale e diventi istituzionalizzata in organismi sociali formali. La conoscenza non ha conseguenze sociali a meno che non sia messa in pratica e questo non può avvenire senza un fondamento legale ed economico vitale. Il concetto di professione consente di dare corpo e sangue alla visione di Foucault fornendoci la possibilità di delinearne e analizzare il modo in cui le varie forme di conoscenza vengono organizzate dai loro rappresentanti (medici, avvocati, assistenti sociali, pedagoghi, commercialisti e altri riconosciuti dallo stato) dando vita ad occupazioni economicamente vitali» [*ibidem*: 27].

Se è proprio il concetto di professione a consentirci di capire come “la conoscenza diventi potere” e, conseguentemente, come il gruppo che la controlla diventi dominante (sia nel sistema delle occupazioni, sia in quello della stratificazione sociale), occorre allora definire tale concetto in modo più rigoroso e, soprattutto, esplicito, di quanto sia stato fatto finora.

La definizione di *professione* che ho scelto di utilizzare (costruita tenendo presente anche il contributo di Freidson, oltre che di altri studiosi di scienze sociali) dovrebbe trovare d'accordo la maggior parte dei sociologi delle professioni: dunque, «è tale solo quella occupazione caratterizzata da competenze intellettuali e tecnico-scientifiche relativamente elevate, che ha ricevuto il riconoscimento dello Stato e che applica in modo differenziato (e tenden-

zialmente autonomo) sistemi di conoscenza formale, prodotti nelle Università, a problemi caratterizzati da un elevato grado di indeterminatezza nel contesto di mercati chiusi o, almeno, protetti» [Speranza 1999: 63-64].

Le professioni sono, dunque, occupazioni che necessitano di una specializzazione avanzata che solo un sistema di alta formazione garantisce. Una caratteristica essenziale della professione medica è quella di possedere, quindi, una specializzazione avanzata, prevista dal sistema formativo, per svolgere adeguatamente uno specifico compito: curare le persone.

Steven Brint [1993] nota che per Freidson la definizione di un particolare compito è importante, oltre che nella divisione del lavoro, anche per stabilire quali lavoratori possiedano le abilità idonee a svolgerlo. Pertanto, se il compito è curare le persone, solo i medici possono svolgerlo adeguatamente perché hanno acquisito, dopo una lunga specializzazione nel sistema formativo, l'*expertise* necessaria. Vedremo, fra breve, come questo costituisca la base del privilegio professionale.

Il riconoscimento dello Stato è l'altro elemento importante perché un'occupazione acceda al rango di professione: per Freidson l'autorità professionale discende, in ultima analisi, dal riconoscimento statale del monopolio all'esercizio della professione. Così il paziente deve obbedire al medico perché *confidat* nelle sue competenze senza aver bisogno di prove: deve solo supporre che, come scrive la Vicarelli, poiché lo Stato ha riconosciuto tali competenze nell'affidare il monopolio dell'esercizio della medicina ai medici, queste siano davvero presenti [p. 15].

Il passo successivo della definizione dà conto dell'applicazione differenziata della conoscenza formale (prodotta nelle Università) a problemi caratterizzati da un elevato grado di indeterminatezza.

Il fatto stesso che coloro che praticano una professione *applichino* conoscenze prodotte *altrove* (nelle Università) contribuisce a differenziare internamente i professionisti e Freidson ritiene, infatti, che le moderne professioni siano caratterizzate da una stratificazione sociale interna in tre ruoli: docenti-ricercatori universitari (che producono le conoscenze), manager-amministratori (che sovrintendono alla loro applicazione) e praticanti.

Se è vero che la professione medica è interessata da una biforcazione fra *élite* e *rank and file* – che ne fa una categoria segmentata e, quindi, debole come *status category* nel suo insieme (anche se ciò non esclude che la sua componente di status sia forte) – tuttavia, agli occhi dei profani, la professione appare compatta nel definirsi in grado di occuparsi di questioni la cui risoluzione è piuttosto complessa. Non solo. Lorenzo Speranza [1999] osserva, sulla scia del Terence Johnson di *Professions and Power*, che il sorgere di competenze specializzate crea anche una relazione di distanza sociale e, quindi, di *asimmetria*, fra coloro che le detengono e coloro che ne sono sprovvisti.

Su tale *asimmetria*, così come sull'intera strutturazione del lavoro professionale, la Vicarelli ritiene che per Freidson sia la posizione giuridica degli attori coinvolti nella relazione che contribuisce a delineare i caratteri della professione medica. In ogni caso, per il sociologo americano il cardine di tutto il sistema è l'autonomia: essa permette di controllare la produzione delle conoscenze e delle abilità professionali, stabilendo anche i modi in cui gli aspiranti professionisti possono iniziare ad esercitare la professione. Nel caso specifico della medicina, l'autonomia professionale rende possibile un'organizzazione in cui la posizione dei medici risulta dominante. La conseguenza più

immediata dell'assunto che solo i medici hanno la legittimità e la capacità di curare è che coloro che risultano privi di tali requisiti devono accettare una posizione subalterna. La stessa sorte tocca anche alle persone che lavorano con i medici in contesti istituzionalizzati e burocratizzati come gli ospedali: il personale paramedico risulta sottoposto, infatti, sia al potere amministrativo dell'organizzazione ospedaliera, sia a quello medico professionale.

Non è tutto. Per Freidson l'autonomia professionale legittima anche un ulteriore ambito comportamentale: quello connesso all'autoregolazione. Se, infatti, il lavoro medico sottende conoscenze e abilità che i profani non hanno, di conseguenza non può essere sottoposto a regolazione esterna. Da qui il concetto di «medicina come mandato sociale» [Halpern e Anspach 1993: 283]: quando un'occupazione non è soggetta a controllo e valutazione esterni, deve assumersi essa stessa la responsabilità di assicurare alla società che i suoi membri siano competenti e agiscano in modo etico.

La professione medica regola adeguatamente le *performance* dei suoi praticanti? Freidson non ne è convinto: molti errori medici sfuggono perché l'organizzazione del lavoro sanitario non consente la libera circolazione di informazioni. Quando, però, i medici rilevano errori, o comportamenti scorretti da parte dei colleghi, appaiono riluttanti a denunciarli: l'unico mezzo di controllo che usano è un informale *talking to* [Halpern e Anspach 1993: 283], oppure, in casi estremi, il boicottaggio personale, che, ad ogni modo, non si estende oltre l'esclusione dalle relazioni dirette e professionali del medico che si è reso responsabile di un comportamento scorretto.

Questo meccanismo di controllo affonda le sue radici in quella che Freidson definisce *the clinical menta-*

lity [Halpern e Anspach 1993: 283]: i medici sviluppano un senso di responsabilità verso i propri pazienti (che non manderebbero certo da un collega ritenuto incapace, o scorretto eticamente), tuttavia, non fanno nulla (o non possono far nulla?) per tutelare coloro che non sono loro pazienti. Come scrive la Vicarelli, si tratta, insomma, di un meccanismo di controllo atto a salvaguardare più la professione medica che i pazienti.

Del tutto diversa è l'opinione di Talcott Parsons [1965: 478-479] che, pur non negando che le associazioni professionali non «svolgono una parte veramente importante nel controllo della professione medica e dei suoi abusi potenziali» e non sottacendo la «ben nota riluttanza dei medici a testimoniare in tribunale contro» dei colleghi, attribuisce la causa al fatto che «non è possibile “applicare” il modello culturale dominante alla lettera e senza restrizioni, senza generare tensioni che produrrebbero [...] risposte assai più distruttive». Queste “strutture di adattamento” (così egli definisce le “deviazioni dal modello culturale dominante”), unitamente a forti controlli informali, aiutano «il medico ad aver fiducia e una certa audacia nell'adottare procedimenti rischiosi per quanto raccomandabili, che egli non sarebbe così pronto a impiegare in una situazione più ampiamente burocratizzata» [Parsons 1965: 479].

In effetti, se ogni caso di *malpractice* venisse denunciato, la conseguenza più immediata sarebbe quella che i medici non rischierebbero formulando scelte diagnostiche e terapeutiche che non siano assolutamente collaudate. Così facendo, l'atteggiamento dei medici nella diagnosi e nella cura sarebbe improntato alla prudenza. Ciò non gioverebbe al paziente e, più in generale, alla medicina, poiché non ci sarebbe la libertà di sperimentare tutte quelle tera-

pie che, fra successi e insuccessi, permettono alla scienza medica di progredire.

Ritengo che anche il particolarismo e l'individualismo che caratterizzano per Freidson (a differenza di Parsons) il ruolo del medico possano essere ricondotti, in qualche misura, a un principio simile. Consideriamo la dedizione all'azione, per esempio: il medico è spinto naturalmente ad agire perché parte dal presupposto (sbagliato, secondo Freidson) che «fare qualcosa sia meglio che non far nulla». Se pensasse di andare incontro a sanzioni in caso di errore, sicuramente partirebbe da un presupposto diverso: «non far nulla è meglio che sbagliare» [Freidson 2002: 162]. Inoltre, dice Freidson, il medico ha fede nel proprio operato: per poter praticare, infatti, deve convincersi che il suo intervento avrà successo. Avrebbe la stessa sicurezza se pensasse di correre il rischio di essere denunciato per ogni errore diagnostico, o terapeutico, che commette nell'esercizio della pratica medica? Il medico è, infine, un pragmatista, propenso ad affidarsi a risultati concreti, piuttosto che a una teoria: infatti, egli tende a fidarsi più dell'esperienza diretta (che ha accumulato in anni di esercizio della professione) che dei principi astratti, o della conoscenza teorica che ha acquisito all'Università. Un medico che temesse di incorrere in errore e di essere sanzionato limiterebbe la sua pratica medica ai soli casi descritti dai manuali e rifiuterebbe di occuparsi degli altri. La natura particolaristica che Freidson attribuisce al lavoro medico è garantita, in ultima analisi, proprio dalla riluttanza dei medici a denunciare errori, o comportamenti scorretti, da parte dei colleghi.

Rimane da chiedersi se la professione medica agisca *nel contesto di mercati chiusi o, almeno, protetti*.

Una delle più felici intuizioni di Freidson è stata quella di fornire una definizione di professione basata sull'analisi di un *mercato del lavoro di nicchia* che è il frutto del sistema basato sulle credenziali. Come riporta Brint [1993], per Freidson le professioni sono in grado di crearsi un mercato e di garantirne la sicurezza attraverso i processi di monopolizzazione dei percorsi formativi, svolgendo anche un'efficace attività di *gatekeeping*. In altre parole, una delle caratteristiche più importanti delle professioni è che creano un mercato in quanto producono un bene preciso [Sarfatti-Larson 1977], distinguibile da altri analoghi (in quanto frutto di una conoscenza specifica, formalizzata e codificata abbastanza da permetterne la standardizzazione); inoltre, si fanno "custodi delle porte d'ingresso" all'occupazione stessa. Quanto più, poi, questa conoscenza è formalizzata, tanto più è possibile rivendicare la competenza esclusiva e tanto più è legittimata la richiesta di monopolio [Sarfatti-Larson 1977: 34, 47 e 51].

A questo punto è facile intuire perché le professioni siano occupazioni privilegiate, in particolare alcune. Infatti, come ci ricorda Speranza [1999], il privilegio professionale non si distribuisce in modo uniforme e questo fa sì che si possano distinguere, da un lato, professioni avvantaggiate e relativamente "svantaggiate"; dall'altro, all'interno di una stessa professione, settori privilegiati positivamente o negativamente. Ed ecco che compare lo strano paradosso di cui parlava Brint [1993]: le professioni sono forti come *market shelters*, o nicchie di mercato, ma sono deboli o frammentate come *status category*, o categorie di status. Ora, sebbene l'occupazione medica sia internamente stratificata in settori privilegiati positivamente o negativamente, non vi è dubbio che nel suo complesso sia una professione "avvantaggiata", quin-

di forte sia come *market shelter*, sia come *status category*. Infatti, secondo Magali Sarfatti-Larson [1977: 23-25], la natura particolare del prodotto influisce sulle caratteristiche del mercato medico, le cui dimensioni sono potenzialmente illimitate, e sulla disponibilità dello Stato a legittimare il settore dominante della professione. La medicina, infatti, è associata con problemi di incertezza particolarmente delicati: comporta l'intrusione in aree di tabù sociali (accesso al corpo umano) e di particolare significato sociale e culturale (nascita e morte). La natura individuale del bisogno, a sua volta, spiega il carattere privato e riservato che ha l'incontro fra medico e paziente e l'isolamento del produttore dal controllo esterno.

In definitiva ci troviamo di fronte ad un'opera importante e nuova per lo spazio editoriale italiano, sia per la centralità e il numero delle questioni trattate sia per il rigore analitico che la caratterizza. Non sia considerato impertinente o irrituale, perciò, rilevare, in conclusione, che nella traduzione non sempre la forma è all'altezza dei contenuti, anche se in compenso, ed è ciò che più conta, l'introduzione della curatrice è brillante e completa.

Angela Palmieri

Bibliografia

- Abbatecola G. e Melocchi L. (a cura di) (1977), *Il potere della medicina*, Etas Libri, Milano.
- Anspach R.R. e Halpern S. (1993), *The Study of Medical Institutions-Eliot Freidson's Legacy*, "Work and Occupations", vol. 20, n. 3: 279-295.
- Brint S. (1993), *Eliot Freidson's Contribution to the Sociology of Professions*, "Work and Occupations", vol. 20, n. 3: 259-278.
- Bianco M.L. (1996), *Classi e reti sociali*, Il Mulino, Bologna.

- Cosmacini G. (1989), *Medicina e Sanità in Italia nel ventesimo secolo*, Editori Laterza, Bari.
- Freidson E. (1998), *Metodo e contenuto per uno studio comparato delle professioni*, "Sociologia del lavoro", n. 70-71.
- Freidson E. (2002), *La dominanza medica. Le basi sociali della malattia e delle istituzioni sanitarie*, Angeli, Milano.
- Maccacaro A. e Martinelli A. (a cura di) (1977), *Sociologia della medicina*, Feltrinelli, Milano.
- Parsons T. (1965), *Il sistema sociale*, Comunità, Milano.
- Sarfatti-Larson M. (1977), *The Rise of Professionalism: A Sociological Analysis*, University of California Press, Berkeley.
- Speranza L. (1999), *I poteri delle professioni*, Rubbettino, Soveria Mannelli (CZ).
- Vicarelli G. (2002), *Introduzione*, in Freidson E. (2002), *La dominanza medica. Le basi sociali della malattia e delle istituzioni sanitarie*, Angeli, Milano.

Sanità on line

L'organizzazione dell'azienda sanitaria nel passaggio dalla Old alla New Economy

1. Scenari di riferimento

Le aziende sanitarie italiane – nate con i decreti legislativi del '92, '93 (n. 502 e 517) e dalle leggi regionali d'attuazione di questi decreti del '94 – si trovano nella necessità di ripensare la loro natura organizzativa sotto la pressione di un complesso d'eventi che interessano l'economia (la produzione e distribuzione dei servizi), le istituzioni e i cittadini. Si tratta di un quadro socio-economico micro e macro che incide sulla natura, la dimensione e la funzionalità dell'azienda sanitaria, così come era stata pensata e progettata dai riformatori nell'ultimo decennio.

Questi elementi possono essere indicativamente evidenziati in sei scenari che richiedono un'evoluzione organizzativa dell'azienda sanitaria:

1. *Scenario di evoluzione della domanda*: il cittadino è sempre più riflessivo, informato, detentore di conoscenze di salute, cosciente dei propri diritti, intenzionato a gestire in prima persona la salute del proprio corpo e richiede percorsi salute sempre più personalizzati. La domanda di una sanità dell'IO prevale sulla sanità del NOI.
2. *Scenario economico*: gli obiettivi della programmazione sanitaria regionale tendono a garantire livelli essenziali di assistenza in relazione ad una domanda di salute epidemiologicamente attestata. Si richiedono quindi alle aziende nuovi livelli d'efficienza-efficacia basati su un rilevante contenimento del trend d'espansione dei costi (che con le nuove norme graverebbero direttamente sui bilanci regionali) e su misure di razionalizzazione dei servizi erogati per renderli compatibili con le risorse a disposizione del Servizio Sanitario Regionale e con gli obiettivi di programmazione. Questo raggiungimento di significativi obiettivi di efficienza-efficacia richiede nuove forme di corresponsabilizzazione del cittadino, dei medici e degli operatori sanitari. Si parla di forme di *empowerment* del cittadino e di *kai-zen* dell'operatore sanitario, di *qualità totale* nel welfare sanitario, di un nuovo patto con le professionalità del settore.
3. *Scenario produttivo*: i processi evolutivi della produzione nella New Economy, anche nel settore dei servizi, tendono a specializzare le imprese nell'ambito del *Core Business* (che per la sanità è costituito dalla prestazione sanitaria e dal rapporto medico-assistito). Tendenzialmente

tutti i servizi di supporto al *Core Business* seguono la stessa evoluzione e vengono svolti da aziende specializzate e integrate tra loro da politiche aziendali di *procurement* e soprattutto *e-Procurement*.

4. *Scenario tecnologico*: l'evoluzione delle tecnologie telecomunicative apre gli scenari dell'*e-Sanità (e-Government, e-Hospital, e-Procurement, e-Commerce, e-Care* e telemedicina) in termini di strutturazione aziendale. Si introduce, quindi, nello scenario della salute, oltre alla sanità organizzata e al cittadino, un *terzo soggetto: il sistema tecno-sociale* di una Rete sempre più "umanizzata".
5. *Scenario relazionale*: vengono richieste nuove sinergie tra gli attori in campo per la salute, in un quadro competitivo di costi di transazione, di nuove economie di scala che interessano i rapporti tra Aziende Sanitarie (Aziende Sanitarie Locali e Aziende Ospedaliere), l'ospedale e il territorio, l'iniziativa pubblica e privata, i servizi sanitari e sociali, le professionalità mediche (medici di famiglia, specialisti). Anche i primi sistemi sussidiari di assicurazione dei servizi salute e la diffusione delle iniziative no profit possono concorrere a questo quadro sinergico.
6. *Scenario di mercato*: le strategie imprenditoriali della New Economy e dell'*e-Business* tendono a cambiare profondamente il rapporto con il consumatore (attraverso le politiche aziendali di *Customer Relationship Management-CRM-* e di *Customer Satisfaction-CS*), con il lavoratore (*qualità totale* e tendenziale superamento della figura tradizionale del dipendente) e con l'organizzazione aziendale tradizionale (da *gerarchico-verticale*, fordista e neo fordista a *orizzontale*). La riorganizzazione della produzione di servizi di Welfa-

re con sistemi CRM porta al passaggio dal *prodotto-cosa* (o *prodotto-prestazione* definita in termini di luogo-tempo) al *prodotto-servizio*, al *prodotto-percorso* e a complesse strategie di assistenza al cliente.

Questo, nel mondo della sanità, porta alla "continuità assistenziale" e alla *presa in carico (anche elettronica) del cittadino e della famiglia*.

La nuova ASL, che opera nel secondo decennio della New Economy, dovrà rispondere a queste sollecitazioni ambientali. Essa dovrà "customerizzarsi", "orizzontalizzarsi", aprirsi all'ambiente, diventare un'azienda "a rete" con altri soggetti presenti nel sistema salute.

Per rispondere ai nuovi e più impegnativi obiettivi della programmazione sanitaria regionale, la struttura della ASL degli anni '90 dovrà evolversi, come sono state costrette a fare le imprese che operano nella New Economy, guardando, con una *nuova attenzione organizzativa*, al cliente (l'utente, l'assistito), al mercato dei servizi (le potenzialità e le specializzazioni medico-sanitarie del comparto pubblico e privato), alla propria struttura aziendale e alla tecnologia telecomunicativa (*e-Government*).

Molti di questi passaggi sono stati sperimentati dalle ASL sotto lo stimolo delle politiche regionali, ma questi stimoli programmatici e legislativi non sono stati sufficienti ad incidere sul DNA dell'azienda sanitaria pubblica che resta sostanzialmente un'organizzazione *verticalizzata, non-customerizzata e non-reticolarizzata*.

Le strategie manageriali hanno cercato di colmare questo gap, ma a differenza dell'impresa privata, l'azienda sanitaria pubblica è ancora rigida, fortemente regolamentata – nonostante le revisioni in senso privatistico della struttura – da norme e procedure pubblicistiche.

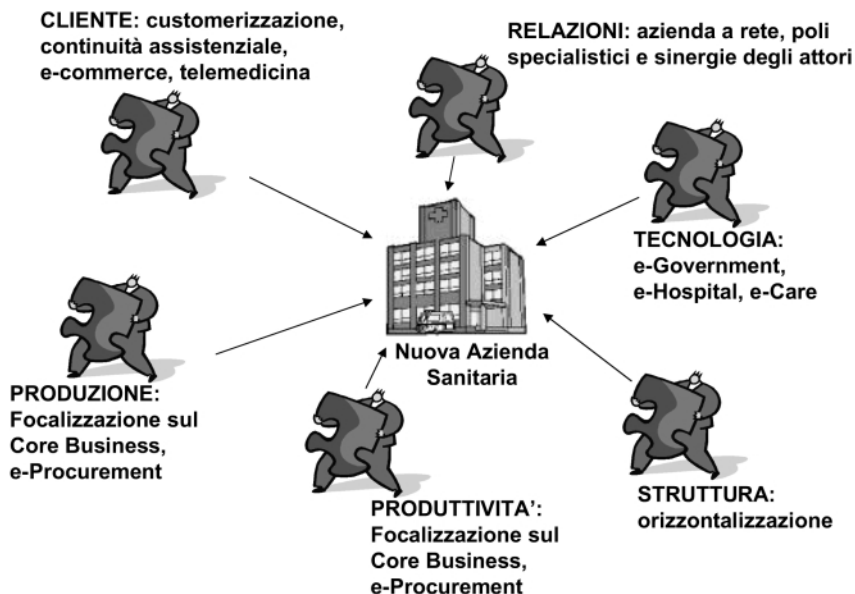


Fig. 1 - Rete e-Sanità

Si pone quindi la necessità di *rimodellare* l'organizzazione dell'Azienda Sanitaria.

2. Modelli di riorganizzazione delle Aziende Sanitarie nelle Regioni

Le Regioni hanno, con iniziative legislative autonome e sulla base delle recenti norme costituzionali, avviato diverse esperienze: separazione delle aziende che producono servizi da quelle che li acquistano; aziende di area vasta; autonomia aziendale nell'ambito degli indirizzi regionali; aziende sanitarie integrate in un'unica holding regionale; consorzi e aggregazioni di aziende per funzioni. Lombardia, Emilia-Romagna, Toscana, Liguria e altre Regioni stanno sperimentando nuovi modelli di organizzazione dell'azienda sanitaria. Questi "modelli" possono essere così schematizzati:

a) **MODELLO QUANTITATIVO/DIMENSIONALE:** aggregazioni di

più ASL nella direzione di una nuova dimensione ottimale in termini di economie di scala e di riferimenti istituzionali (ASL metropolitane, a dimensione provinciale o sub-provinciale). La Regione Marche si è orientata ad una dimensione regionale, mentre quasi tutte le altre Regioni hanno cercato di incrementare la dimensione aziendale in funzione di nuove economie di scala.

- b) **MODELLO DI SEPARAZIONE DELLE FUNZIONI DI PRODUZIONE DA QUELLE DI ASSICURAZIONE:** separazione della produzione ospedaliera (Azienda Ospedaliera) da quella di assicurazione delle prestazioni e dell'assistenza di base (e di prevenzione) che restano nella ASL territoriale (modello lombardo, ma ripreso settorialmente in diverse realtà regionali);
- c) **MODELLO DI SEPARAZIONE DELLE FUNZIONI AZIENDALI DI PROCUREMENT DA QUELLE DI ASSISTENZA** (modello toscano);

- d) **MODELLO RIORGANIZZATIVO-ORIZZONTALE**: costituzione e rafforzamento delle funzioni aziendali dipartimentali e distrettuali con un'attenzione particolare alla continuità assistenziale (modello emiliano);
- e) **MODELLO DI RETE**:
- A **HOLDING**: con forte integrazione tra le aziende attraverso un coordinamento regionale delle strategie aziendali delle singole ASL sotto l'aspetto strettamente economico (e non solo assistenziale). Elementi di questa impostazione si ritrovano nel modello marchigiano, in quello toscano, ligure e in altri;
 - con strumenti di **E-GOVERNMENT**;
 - con politiche di **FORTE COORDINAMENTO STRATEGICO** dei top manager, ma nel rispetto dell'autonomia aziendale.

3. Bilancio delle esperienze

Qual è il bilancio di queste esperienze?

Quello che appare immediatamente, da una prima lettura, e fatta eccezione per alcune iniziative, è una certa asimmetria tra lo scenario evolutivo della New Economy e le misure adottate:

1. la dimensione aziendale non è un elemento strategico nella Nuova Economia, mentre lo era nell'azienda fordista. Il valore della macro dimensione è garantito dalla presenza di sistemi di rete aziendali che fanno interagire strutture produttive sempre più specializzate;
2. la separazione delle funzioni non viene perseguita per una specializzazione del *Core Business* (se non nei singoli processi manageriali di riorganizzazione aziendale) e nemmeno nell'ambito di un processo di imple-

mentazione dell'*azienda a rete*; la separazione delle funzioni di approvvigionamento (modello toscano) appare problematica, in quanto atipica rispetto all'evoluzione del sistema economico;

3. la riorganizzazione in senso orizzontale dell'azienda (dipartimenti e distretti), appare un processo invece coerente con l'evoluzione delle *new companies* (anche se in sanità è ancora a livello sperimentale, a volte embrionale);
4. la rete: il sistema aziendale a rete che si è cercato di costruire attraverso le diverse esperienze è solo parzialmente coerente con lo scenario evolutivo della New Economy: la rete è fatta di *poli*, di *legami* e di uno *scenario ambientale* (*environment*) teso ad alimentare la catena di valore del prodotto-servizio. Nel caso della sanità gli interventi appaiono frammentari: mentre si è cercato di rafforzare lo scenario di riferimento (la dimensione regionale del sistema di cura), risultano ancora carenti le attività di rafforzamento dei legami e di specializzazione dei poli.

Quale modello organizzativo potrebbe risultare più valido degli altri? A queste domande non è ancora possibile dare una risposta esaustiva, ma è opinione diffusa che occorra continuare la ricerca di forme organizzative aziendali più appropriate per i nuovi scenari della tutela della salute.

4. Modelli organizzativi

Il modello organizzativo della sanità ha attraversato almeno quattro stadi dell'evoluzione organizzativa classica, nel passaggio dalla struttura assistenziale-caritatevole a quella del servizio sanitario pubblico. Questi stadi, caratterizzati da una comune matrice culturale, organizzativa, gerarchica e verti-

cale (piramidale), possono essere schematizzati come:

1. *burocratico-weberiano*;
2. *burocratico-funzionale e post-funzionale*;
3. *burocratico-funzionale-aziendale*;
4. *(burocratico) funzionale-aziendale-strumentale (con l'introduzione dei dipartimenti)*.

La tesi che ci sentiamo di proporre è che, nel passaggio al modello aziendale (aziendalizzazione della ASL) - avviato con la riforma del '92 - l'impatto dell'azienda sanità con la New Economy ha evidenziato l'arretratezza del modello organizzativo aziendale rispetto alla mission sanitaria e al nuovo sistema di produzione dei servizi salute.

L'arretratezza del modello organizzativo (gerarchico e funzionale) è, a nostro parere, causa non secondaria di una serie di difficoltà che l'azienda sanitaria incontra nel raggiungere un livello soddisfacente nel rapporto efficienza-efficacia-*Customer Satisfaction*.

A differenza delle aziende della New Economy, che hanno superato la crisi degli anni '70-'80 riorganizzando l'intero ciclo produttivo e distributivo all'insegna della gestione relazionale con il cliente (CRM e Qualità Totale), il sistema sanità, anche nella fase di aziendalizzazione, non è passato alla *customerizzazione* del ciclo produttivo. Per questo motivo il superamento del modello organizzativo gerarchico-funzionale delle ASL non è diventato una necessità, come nella maggioranza delle imprese industriali.

L'ancoraggio, anche nella fase di aziendalizzazione, dell'evoluzione della ASL all'elemento burocratico (residuo della *statalizzazione* a cui si era pervenuti con la riforma del 1978, andando ben oltre la pubblicizzazione del servizio sanitario nazionale), ha di fatto impedito l'evoluzione del modello organizzativo aziendale *in funzione dell'utente*, con un innalzamento dei

costi di produzione a danno delle finanze pubbliche dello Stato e, oggi, delle Regioni.

Per fare un solo esempio: una *customerizzazione* del ciclo di cura avrebbe portato già da molto tempo ad una forte *de-ospedalizzazione* delle prestazioni sanitarie, al varo di programmi di continuità assistenziale, con un forte risparmio economico. La struttura organizzativa burocratica non è stata in grado di recepire pienamente questa esigenza del *nuovo utente* (che preferisce trascorrere meno giorni in ospedale), anche quando sono sopraggiunti espliciti indirizzi programmatici e legislativi in tal senso dal Ministero e dalle Regioni.

Le diverse soluzioni prospettate per far fronte all'emergenza (innanzitutto economica) non hanno saputo aggredire questo nucleo centrale dell'arretratezza organizzativa del sistema azienda.

Anche le forme blande di ricerca della CS e della Qualità Totale, come i Comitati Misti, alla fine sono risultati soltanto un palliativo che non ha contribuito ad una profonda modifica della struttura organizzativa di produzione del bene salute.

Si pone quindi, almeno nell'analisi teorica, la necessità di un approfondimento sul passaggio ad un *5° modello*, quello *aziendale-orizzontale*.

5. Il modello organizzativo orizzontale

Il modello *aziendale-orizzontale* (per progetti, a matrice) è ipoteticamente riferito ad una azienda sanitaria (ASL territoriale o Azienda Ospedaliera) non più gerarchica-verticale (funzionale o divisionale), ma strutturata *per progetti* (salute), in forma matriciale.

Questa azienda, seguendo l'evoluzione dei sistemi imprenditoriali nell'era della New Economy e dell'e-Bu-

siness, dovrebbe incrementare la propria *catena del valore-prodotto* attraverso la *customerizzazione* (CRM e CS), la Qualità Totale (miglioramento continuo e partecipazione delle professionalità), l'organizzazione dei poli di eccellenza a rete (anche con l'ausilio della tecnologia di rete e della telemedicina), l'apertura all'ambiente nell'ambito di una nuova economia di costi di transizione.

Occorre continuare questa ricerca di nuovi modelli aziendali per la sanità guardando in primo luogo alle più avanzate esperienze delle New Economy: alla formazione e all'affermazione della New Company nel primo e secondo decennio della Nuova Economia, cioè prima e dopo la crisi di fine millennio. Nelle sue espressioni migliori, la new company è quel tipo di impresa che, superando i modelli tayloristi, fordisti e neo-fordisti, che hanno dominato la produzione industriale per circa un secolo, è riuscita a rimodellarsi in funzione del cliente, in particolare del cliente finale (*user*) stabilendo una *sinergia di rete*, fino a quel momento sconosciuta, con i propri dipendenti e con gli attori del sistema produttivo. Basti pensare al BXB di una azienda tradizionale come la Ford o al CRM di un'analogia impresa come la Mercedes, per non parlare del laboratorio Toyota per la *qualità totale* e il *miglioramento continuo*. Se questi casi fanno parte ormai della letteratura dell'organizzazione industriale di fine novecento, non altrettanto si può dire delle forme di new companies del secondo decennio della New Economy, in quel periodo che prende lentamente le mosse dalla crisi della fine degli anni '90. I settori di maggiore interesse in questa "lenta ripresa" economica mondiale sono quelli a forte contenuto di servizi reali, tra cui appunto il settore sanitario. Anche nelle imprese che operano in Rete si avverte un nuovo interesse per l'Internet dei cittadini: la produzione di *e-Services* a

forte contenuto sociale e la formazione di *e-Services Companies* che rilanciano la cultura aziendale orizzontale, della CRM e dell'azienda a rete.

Seguendo il percorso d'aziendalizzazione, in questo quadro di evoluzione economica, le ASL potrebbero sempre più integrarsi nella cultura aziendale-organizzativa della Nuova Economia del secondo decennio, nei suoi aspetti più innovativi: l'apertura al cittadino-cliente, il superamento dell'organizzazione imprenditoriale gerarchica, l'integrazione in un sistema di rete, il rapporto con la Rete come sistema tecnico-sociale di riferimento. Questa prospettiva di sviluppo aziendale metterebbe le Regioni nella condizione di poter disporre di strutture imprenditoriali di sanità pubblica estremamente flessibili e adattabili alle nuove esigenze e condizioni ambientali, nonché al nuovo quadro delle compatibilità economiche.

6. L'Azienda Sanitaria orizzontale

Come contributo di analisi presentiamo due ipotesi teoriche di trasformazione-evoluzione di una Azienda Sanitaria Locale e di una Azienda Sanitaria Ospedaliera in senso "orizzontale", con una trasformazione della struttura originaria gerarchica-funzionale e gerarchica-divisionale in una struttura per progetti.

7. L'azienda sanitaria nella New Economy

Gli elementi di novità della nuova struttura dell'azienda sanitaria nella seconda fase della New Economy, sono rappresentati:

1. dall'*organizzazione a matrice* che rende interattivi in forma non gerarchica il rapporto tra funzioni aziendali (e relativi dirigenti-direttori) e l'ero-

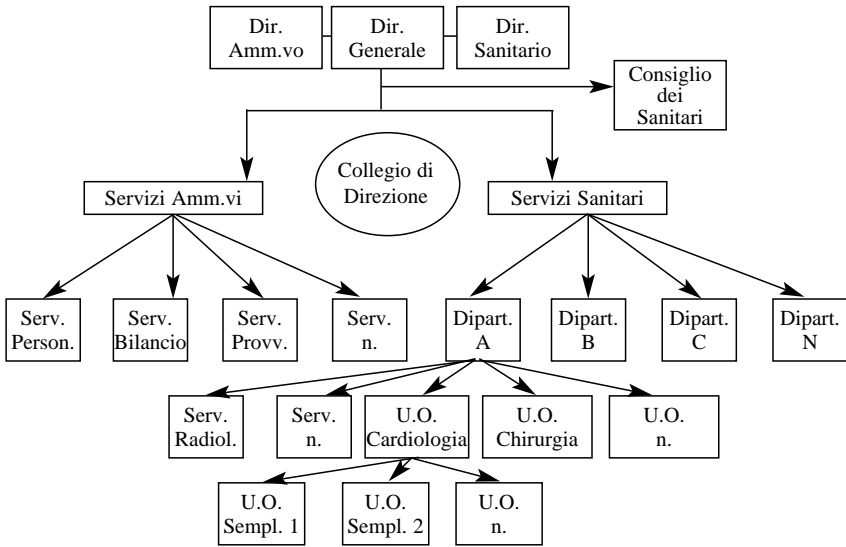


Fig. 2 - Azienda Ospedaliera (modello organizzativo gerarchico-funzionale)

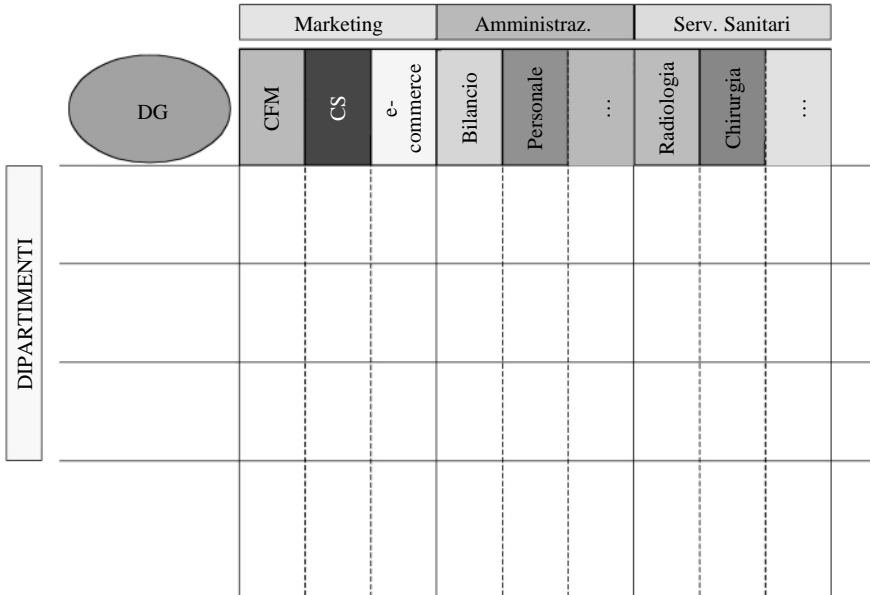


Fig. 3 - Azienda Ospedaliera (modello organizzativo matriciale-orizzontale)

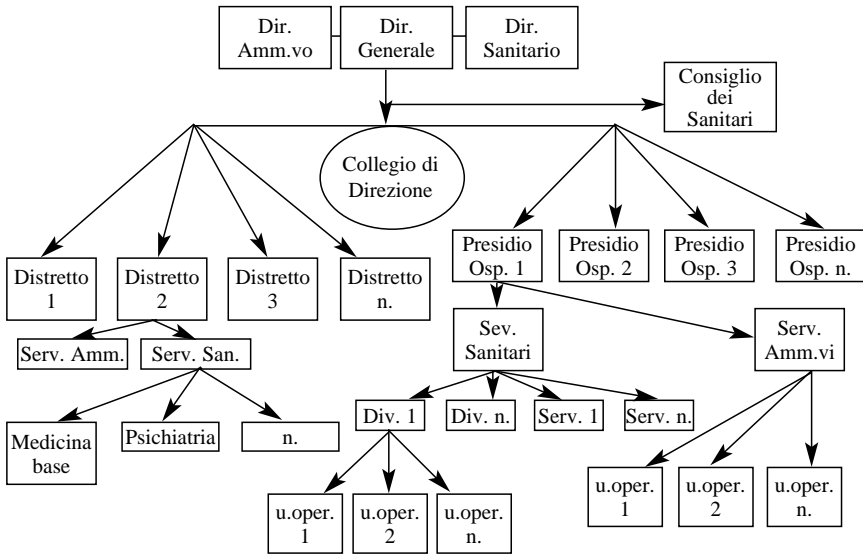


Fig. 4 - Azienda USL (modello organizzativo gerarchico-funzionale-divisionale)

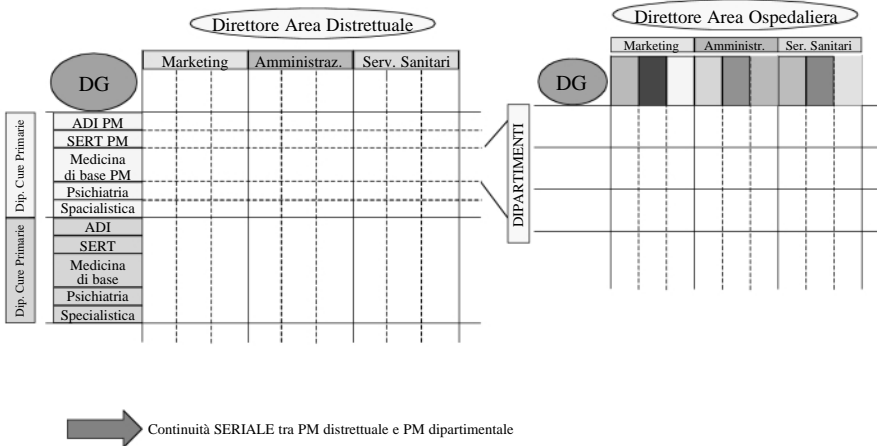


Fig. 5 - Azienda USL (modello organizzativo matriciale-orizzontale)

- gazione del prodotto-servizio (prodotto percorso di salute o di cura);
2. la nuova figura del *Project Manager* (PM) di salute: una figura medica dotata di forte potere manageriale in ambito aziendale e che risponde direttamente, come in tutte le organiz-
 3. l'introduzione di una struttura in parte nuova (e in parte già presente nell'organizzazione delle ASL) del **Progetto Dipartimento Salute/Malattia**: una Business Unit aziendale

che prende in carico, per aree di Salute/Malattia i cittadini lungo il percorso (sempre più personalizzato) assistenziale. In questa prospettiva di attività il percorso salute del cittadino diventa un micro progetto di un macro progetto Salute/Malattia. A questi progetti micro/macro si potrebbero applicare le moderne tecniche di Project Management dell'e-Business, come la WBS (*Work Breakdown Structure*), per poter schedulare le varie fasi di attuazione del *percorso-prodotto* (PBS: *Product Breakdown Structure*), delle attività necessarie a questo fine (ABS: *Activity Breakdown Structure*), delle risorse necessarie al micro/macro progetto (OBS: *Organization Breakdown Structure*), nell'ambito delle risorse globali disponibili in azienda (RBS: *Resource Breakdown Structure*);

4. l'introduzione in forma strutturata della *funzione Marketing*, come terza funzione aziendale assieme a quella sanitaria e amministrativa;
5. l'introduzione in forma strutturata delle funzioni di CRM, di CS ed *e-Commerce* sanitario nell'area Marketing, con prevedibile ricaduta, in termini di *Customerizzazione del prodotto-prestazione* su tutto il percorso produttivo di salute.

Il complesso delle innovazioni organizzative e delle sinergie tra gli attori determina un rilevante incremento di valore del prodotto-servizio e del prodotto-processo, che può essere rappresentato da una *catena del valore* della Nuova Azienda Sanitaria e dell'e-Sanità:

“*Catena del Valore*” dell'e-Sanità

Innovazione

la domanda di innovazione non è più interpretata dall'azione degli attori tradizionali ma dal cittadino *riflessivo*.

Tecnologia

si riempie di contenuti e si umanizza, traina l'innovazione.

(*e-Services*)

Comunicazione

il micro-macro link (comunicazione mista) e gestione plurale della comunicazione.

Rete

verso la rete tecno organizzativa (*e-Care*) modello sussidiario.

Organizzazione

azienda orizzontale, continuità assistenziale.

Empowerment

responsabilizzazione del cittadino nel percorso efficienza-efficacia.

→
e-Government

e-Procurement

e-Hospital

e-Care

Il contributo della ricerca economica, sociologica e sanitaria potrebbe essere appunto quello di analizzare e prospettare *nuovi modelli organizzativi* aziendali per le ASL territoriali e ospedaliere, prevalentemente “orizzontali”, di rete per poli specializzati, aperti all'ambiente (del cittadino) e al contesto lavorativo-professionale (in particolare al mondo medico), nell'ambito di nuove compatibilità economiche e di soddisfazione sociale.

Spetterà poi alle Istituzioni preposte al governo del sistema, in primis alle Regioni, scegliere l'utilizzo di questi modelli in funzione delle strategie politiche e sociali, potendo però disporre di ulteriori conoscenze scientifiche sulle nuove forme organizzative imprenditoriali applicate al settore dei servizi sanitari.

Mauro Moruzzi



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI VERONA
FACOLTÀ DI SCIENZE DELLA FORMAZIONE
REGIONE VENETO - FONDO SOCIALE EUROPEO

Master di Primo Livello per
*ESPERTO IN CULTURA DELLA SICUREZZA, DELLA SALUTE
E RESPONSABILE DEL SERVIZIO DI PREVENZIONE E PROTEZIONE*
(Obiettivo 3, Misura C3)

Responsabile scientifico del progetto Professoressa Paola Maria Fiocco
Anno accademico 2003-2004

Destinatari

Il Master, organizzato in collaborazione con le aziende ULSS del territorio, con i relativi servizi di prevenzione e protezione, e con l'Università degli Studi di Udine, è rivolto a tutti coloro che siano disoccupati e in possesso di laurea triennale o quadriennale a carattere umanistico, sociale, sanitario, scientifico, e/o di altro tipo.

Obiettivi

Il Master risponde all'esigenza di formare giovani laureati conducendoli lungo un percorso multidisciplinare in grado di elaborare una cultura della sicurezza non frammentata ma integrata e complessa in ogni suo risvolto tecnico (studio dell'interazione uomo-macchina e uomo-processo) e comunicativo-relazionale (elaborazione di una cultura della sicurezza come tutela della salute e dell'equilibrio sociale). In quest'ottica, la formazione è intesa come strumento strategico della sicurezza, un'azione, quindi che al di là degli aspetti strumentali e lavorativi, sarà finalizzata e modellata sulla *modificazione degli atteggiamenti professionali inadeguati ed inefficaci di fronte alla salute e alla sicurezza*.

In relazione alle suddette premesse, l'esperto sarà pertanto in grado di:

- essere impiegato con flessibilità in imprese di qualunque dimensione;
- assistere la direzione aziendale nella gestione del sistema di sicurezza e prevenzione interno;
- proporsi come libero professionista erogando attività di consulenza;
- occupare posizioni di alto staff nell'area della sicurezza e del controllo all'interno di organizzazioni private e pubbliche;
- valutare le idonee misure preventive ed effettuare una corretta valutazione dei rischi;
- impegnarsi nel gestire rapporti e relazioni

Crediti

Il Master, gratuito per i partecipanti, darà diritto a 60 crediti universitari. L'accesso avverrà previa selezione, la frequenza è obbligatoria per almeno il 70% del monte ore.

Contenuti

Il Master si articolerà in 520 ore d'aula suddivise in 9 moduli e 80 ore di *stage*.

1. Accoglienza, socializzazione e costruzione del patto formativo.
2. Cultura, storia ed etica della sicurezza
3. La normativa in materia di sicurezza.
4. Gli aspetti tecnici della sicurezza.
5. Metodologia della qualità e gestione delle organizzazioni.
6. Ergonomia della sicurezza
7. Metodologia di ricerca sociale e gestionale.
8. Competenze relazionali e salute.
9. Elementi di informatica di base, multimedialità e competenze linguistiche. Stage (80 ore)

Per informazioni

Segreteria didattica: c/o Dipartimento di Scienze dell'Educazione, Università degli Studi di Verona, via Vipacco, 7 - 37129 Verona - Tel. 045/8028034 - Fax 045/8028083
E-mail: sociologiadellasalute@formazione.univr.it