

7 / 2017

ISSN: 2465-175

PROSPETTIVE IN ORGANIZZAZIONE

RIVISTA
DELL'ASSOCIAZIONE
ITALIANA DI
ORGANIZZAZIONE
AZIENDALE

PROSPETTIVE IN ORGANIZZAZIONE

PROSPETTIVEINORGANIZZAZIONE.ASSIOA.IT
RIVISTA TRIMESTRALE DI ORGANIZZAZIONE AZIENDALE

Direttore

M. Martinez - Università della Campania Luigi Vanvitelli
Comitato **Scientifico**

Paola Adinolfi - Università degli studi di Salerno
Domenico Bodega - Università Cattolica del Sacro Cuore, Milano
Filomena Buonocore - Università di Napoli Parthenope
Anna Comacchio - Università di Venezia Ca' Foscari
Maurizio De Castri - Università di Roma Tor Vergata
Edoardo Ezio della Torre - Università di Bergamo
Maria Chiara di Guardo - Università di Cagliari
Massimo Franco - Università del Molise
Giovanni Masino - Università di Ferrara
Chiara Morelli - Università del Piemonte Orientale
Giuseppe Soda - Università Luigi Bocconi, Milano
Paolo Spagnoletti - Università LUISS Guido Carli, Roma

Comitato Editoriale

Filomena Buonocore - Università di Napoli Parthenope
Nunzio Casalino - Università LUISS Guido Carli, Roma
Luca Giustiniano - Università LUISS Guido Carli, Roma
Mario Pezzillo Iacono - Università della Campania Luigi Vanvitelli
Francesco Virili - Università degli Studi di Sassari

ISSN

2465-1753

Editore

ASSIOA - Associazione Italiana di Organizzazione Aziendale
Università Cattolica del Sacro Cuore
Largo A. Gemelli, 1
20123 Milano
info@assioa.it

NATURA EDITORIALE DELLA RIVISTA ED OBIETTIVI

Prospettive in Organizzazione è promossa dall'Associazione Italiana di Organizzazione Aziendale (ASSIOA), che si propone di contribuire allo sviluppo e alla diffusione delle conoscenze di Organizzazione aziendale in ogni ambito scientifico ed applicativo. E' una rivista digitale il cui obiettivo è partecipare al dibattito politico, sociale ed economico su temi rilevanti per il nostro Paese fornendo un punto di vista di analisi organizzativa. L'auditorio è quindi costituito non solo da accademici e ricercatori, ma anche da manager, imprenditori, giornalisti, politici di varie branche, oltre che da gente comune. La rivista ha periodicità trimestrale con quattro uscite all'anno, a cui si aggiunge un numero monografico, che ospita una selezione dei paper più interessanti presentati al Workshop Annuale di Organizzazione Aziendale.

Prospettive in Organizzazione presenta una struttura articolata in aree tematiche, ciascuna relativa ad un tema rilevante per gli obiettivi di cui sopra:

- Tecnologia ed Innovazione Organizzativa;
- Gestione delle Risorse Umane;
- Comportamento Organizzativo;
- Organizzazione: Teorie e Progettazione.

La rivista accetta qualsiasi contributo che applichi una prospettiva di analisi organizzativa a tematiche di interesse per le aziende o per la società più ampia in cui le aziende operano. I contributi saranno prevalentemente raccolti in due sezioni:

- Prospettive di ricerca, che include sintesi critiche di lavori di ricerca pubblicati sulle principali riviste internazionali che sintetizzano e traducono la ricerca teorica ed empirica in pratica manageriale, con l'obiettivo di renderne fruibili i contenuti ad un'audience non accademica.
- Punti di vista, che include contributi che offrono opinioni e commenti su temi di attualità o su casi aziendali, nei quali la conoscenza empirica offre lo spunto per un testo argomentativo di cui il punto di vista organizzativo deve essere esplicito e ben sviluppato.

NORME REDAZIONALI PER LA PUBBLICAZIONE

I contributi devono essere inviati per la pubblicazione alla Redazione di *Prospettive in Organizzazione* al seguente indirizzo: prospettiveinorganizzazione@assioa.it. La redazione valuterà la coerenza con la linea editoriale, può chiedere eventuali revisioni e deciderà infine per la pubblicazione.

Suggerimenti per gli autori

1. La lunghezza complessiva del contributo non potrà superare le 3.000 parole.
2. Gli autori sono invitati a proporre un titolo accattivante e creativo tale da stimolare l'interesse del lettore, ad utilizzare un linguaggio semplice ed una struttura lineare tale da consentire una facile comprensione ad un'audience non accademica.
3. Il contributo deve essere sintetizzato da un abstract di un massimo di 50 parole, capace di catturare l'attenzione e veicolare il lettore verso l'articolo.
4. Le "implicazioni" manageriali o professionali rappresentano la parte più importante dei contributi accettati da *Prospettive in Organizzazione*. Anche qualora questi aspetti siano trascurati nel/i paper originale/i da cui il contributo prende spunto, gli autori sono vivamente incoraggiati a sviluppare questa parte, anche con eventuali contestualizzazioni rispetto al mondo imprenditoriale e manageriale italiano.
5. Nel presentare le proprie idee gli autori sono incoraggiati ad esprimersi in prima persona (es. "Riteniamo che l'articolo si distingua...").
6. Il paper originale può essere definito e richiamato come "il lavoro", "l'articolo" o "la ricerca"; stesso discorso vale per quelli a corredo riportati nel contributo. L'importante è evitare la parola "paper" che può creare confusione in audience non accademiche.
7. I contributi vanno de-strutturati il più possibile dai tradizionali format accademici. In particolare, quelle che nei paper di partenza vengono identificate come ipotesi o proposizioni di ricerca devono essere parafrasate e rese comprensibili ad un'audience non accademica.
8. I metodi di ricerca possono essere accennati (es. un campione di 56 imprese metalmeccaniche, interviste rivolte ai manager di produzione) ma non riportati in termini di variabili, scale di misure, etc. (vale sia per i lavori quantitativi che qualitativi). Ove possibile, tali aspetti possono essere "diluiti" nel testo del contributo o isolati in un box a parte.
9. Le citazioni vanno ridotte al minimo e presentate nella maniera più discorsiva possibile. Es. anziché "Rossi e Bianchi sostengono che..." è preferibile indicare "il gruppo di ricerca dell'Università X" o "altri autori, tra cui Mario Rossi dell'Università di ... e Luigi Bianchi ...".

Indice

TECNOLOGIA ED INNOVAZIONE ORGANIZZATIVA	6
Pratiche di co-creazione per il benessere dell'ecosistema di servizio sanitario Primiano DI NAUTA, Debora SARNO.....	7
In “viaggio” con la Cartella Clinica Elettronica Andrea RESCA.....	14
GESTIONE DELLE RISORSE UMANE	19
Knowledge Management e Health Information Technology: che ruolo giocano i sistemi informativi nella relazione tra conoscenza e impegno di lavoro degli infermieri? Caterina GALDIERO, Mario PEZZILLO IACONO.....	20
La gestione delle risorse umane in sanità: il ruolo del work engagement Vincenza ESPOSITO, Alexandra CARIDE BALADO, Irene PESCATORE	27
COMPORTAMENTO ORGANIZZATIVO	32
Dottori, Ospedali e Fiducia dei Pazienti Francesco SCHIAVONE, Daniele LEONE.....	33
I conflitti tra medici di specialità diverse e tra medici e management: una questione di valori? Domenico SALVATORE	37
ORGANIZZAZIONE: TEORIE E PROGETTAZIONE	41
Quando Ippocrate scalza Weber: l'improvvisazione organizzativa nella gestione delle emergenze sanitarie Sara LOMBARDI, Sara SASSETTI, Mariacristina BONDI.....	42
Dalle “guidelines” alle “mindlines”: Knowledge management e progettazione organizzativa in sanità Fausto DI VINCENZO, Daniele MASCIA.....	49
PUNTI DI VISTA.....	56
Innovare o perire: le sfide organizzative nel “Teatro delle Cure” Amerigo CICCHETTI, Irene GABUTTI.....	57

TECNOLOGIA ED INNOVAZIONE ORGANIZZATIVA

Pratiche di co-creazione per il benessere dell'ecosistema di servizio sanitario

Primiano DI NAUTA, Debora SARNO

Nelle cosiddette pratiche di co-creazione, gli attori di un ecosistema di servizio producono valore congiuntamente, attraverso azioni e interazioni di collaborazione e condivisione di risorse. Se ne discutono qui gli effetti, la misurazione e le implicazioni, nell'ambito di un ecosistema sanitario.

Introduzione

Le pratiche di co-creazione descrivono il processo di integrazione delle risorse che prende corpo tra attori collegati in un ecosistema di servizio (*service ecosystem*). Lo scopo di tali pratiche è accedere alle risorse, colmare le carenze e aumentarne la densità (Normann, 2001), col risultato ideale di realizzare benefici per gli attori e benessere per l'ecosistema.

Il lavoro qui presentato (Frow et al., 2016) propone una tipologia di pratiche di co-creazione che modellano un ecosistema di servizio sanitario dinamico, evidenziando quelle che hanno effetti positivi, negativi, o entrambi sull'ecosistema, e proponendo indicatori in grado di misurarne il benessere, in tal modo gettando le basi per la progettazione di collaborazioni più attrattive tra gli attori.

In termini generali, un ecosistema di servizio è composto da attori (che in ambito sanitario possono essere pazienti, medici, ospedali, ministeri, etc.) e risorse (competenze, conoscenze, strumenti, leggi, etc.), connessi tra loro da proposte di valore in una rete di relazioni (Frow et al., 2016). Gli attori sono attratti dal condividere le proprie risorse, rispondendo alle proposte di valore che offrono risultati potenzialmente più vantaggiosi. L'ecosistema è dinamico poiché le risorse sono condivise, il che consente agli attori di poterne modificare la propria disponibilità, e dunque l'attrattività delle rispettive offerte.

Nella prospettiva *practice theory* di analisi del concetto di co-creazione, le pratiche sono viste come attività e interazioni che hanno luogo nell'ambito dei sistemi sociali, con attori che di volta in volta adattano e scelgono le attività in cui desiderano impegnarsi in base alla percezione ed interpretazione del mondo socialmente costruito (Kjellberg & Helgesson, 2007). Nell'ambito di tali interazioni, la co-creazione avviene quando una risorsa potenziale viene condivisa dagli attori e trasformata in un beneficio specifico, come ad esempio nel caso della condivisione dei dati clinici di un paziente tra un ospedale e operatori esterni, il che consente allo stesso ospedale di programmare un trattamento più appropriato per il paziente.

L'ampio riconoscimento degli ultimi anni dell'importanza della collaborazione tra diversi attori ai fini del raggiungimento di benefici rende l'ambito sanitario un validissimo banco di prova. Se un tempo si riteneva che l'assistenza sanitaria fosse un processo attraverso il quale i pazienti ricevono passivamente cure da parte dei prestatori di servizi (medici, infermieri, etc.), più recentemente è stata accolta favorevolmente la posizione secondo la quale i pazienti possono e devono offrire un contributo attivo nei processi che li coinvolgono. Tale approccio, di tipo *patient-centered*, comporta che l'assistenza sanitaria sia progettata attorno a specifiche esigenze del paziente, ottenendo risultati migliori sia in termini di salute sia di efficienza dei costi. Se da un lato si è cominciato a prendere in considerazione un più ampio set di contributori (attori) alle pratiche di co-creazione (ad esempio la famiglia o gli amici), dall'altro è stato incluso un più esteso insieme di attività collaborative, quali l'attribuzione di decisioni cliniche a gruppi di esperti, o attività legate alla sfera emozionale o di benessere fisico.

Nonostante queste nuove prospettive, prima del recentissimo contributo di Frow et al. (2016), in sanità era stata posta limitata attenzione alle dinamiche di interazione dei molteplici attori e delle loro pratiche collaborative.

Le caratteristiche degli ecosistemi di servizio

Il costrutto dell'ecosistema di servizio (*service ecosystem*), benché già discusso in alcuni studi precedenti, è stato recentemente e significativamente rilanciato nell'ambito della *Service-Dominant Logic* (S-D Logic) dai suoi padri fondatori, Robert Lusch e Stephen Vargo.

La S-D Logic (www.sdlogic.net) è un *framework* che offre una comprensione unificata degli scopi e della natura di organizzazioni, mercati e società, i quali sarebbero fundamentalmente orientati ad operare scambi di servizio, inteso come l'applicazione di competenze (conoscenze e abilità) ed altre risorse per il beneficio di una parte. Per certi versi evoluzione della *Good-Dominant Logic*, la S-D Logic abbraccia i concetti di *value in context* (il valore può essere letto nella prospettiva di ciascun attore solo in un dato contesto; Edvardsson et al., 2011) e di *value co-creation*, che avviene grazie all'integrazione di risorse e allo scambio di servizio tra più attori, superando in questo modo la tradizionale diade cliente-fornitore. Dalla prima pubblicazione al riguardo (Vargo and Lusch, 2004), la S-D Logic ha aggregato una numerosità sempre più ampia di studiosi, affermandosi a livello internazionale. Negli ultimi anni un importante contributo alla crescita della comunità è stato offerto anche dalla scuola italiana di matrice sistemica con numerosi studi. Per citarne alcuni, la lettura della *service science* in prospettiva sistemica (Barile and Polese, 2010) e con riferimento ai processi decisionali nel *service management* (Badinelli et al., 2012), l'interpretazione del *relationship management* tra prospettiva sistemica, S-D Logic e Service Science (Polese and Di Nauta, 2013), la lettura degli *healthcare service system* tra efficienza, efficacia e sostenibilità (Saviano et al., 2010). La consapevolezza delle opportunità derivanti da un'adeguata gestione delle risorse attraverso l'integrazione di attori economici, sociali e politici, ha favorito la nascita del concetto di ecosistema di servizio in quanto "sistema, relativamente autonomo ed auto-regolante, di attori che integrano risorse, collegati da istituzioni ed accordi istituzionali condivisi e co-creazione di valore reciproco attraverso lo scambio di servizio" (Vargo e Lusch, 2016). La definizione può essere illustrata più adeguatamente analizzando i seguenti elementi chiave:

1. *Sistema di attori che integrano risorse.* Gli attori, sociali o economici, sono portati a integrare le proprie risorse con quelle degli altri attori col fine ultimo di co-creare valore. Le risorse non sono meri input di processo: esse "divengono", ovvero vengono interpretate come utili dagli attori in riferimento ad un dato contesto (costruttivismo);
2. *Relativamente autonomo ed auto-regolante.* L'ecosistema si compone di diversi attori che si autoregolano e autogestiscono generando istituzioni condivise;
 - *Attori collegati da istituzioni ed accordi istituzionali condivisi.* Le istituzioni (regole del gioco) sono in grado di supportare il coordinamento tra gli attori definendo il contesto nel quale gli attori percepiscono le potenzialità delle risorse (Koskela-Huotari e Vargo, 2016). Un esempio di istituzione altamente impattante è il linguaggio, che consente la comunicazione tra gli attori. Ancora, un ruolo importante è svolto anche dalla tecnologia, che facilita e migliora le occasioni di interazione;
1. *Scambio di servizio.* Gli attori non creano valore da soli, ma offrono un valore potenziale per la co-creazione. La *value proposition* può essere vista come un meccanismo dinamico e adattivo per negoziare la condivisione delle risorse in un ecosistema di servizio (Frow et al., 2014). L'interazione tra gli attori sfocia nella definizione di offerte di servizio che possono essere scambiate con altre offerte;
2. *Co-creazione di valore reciproco.* Nello scambio, nessun attore può ottenere qualcosa senza dare in cambio qualcos'altro, qualsiasi sia la forma della reciprocità. Nel realizzare gli scambi, e nell'integrazione di offerte di servizio con altre risorse o offerte, gli attori creano valore, unicamente identificabile da ciascun beneficiario in forma diversa, in quella specifica situazione e contesto.

Costruendo sul concetto di benessere di un sistema (o di sopravvivenza di un sistema, nella prospettiva dell'approccio sistemico vitale, Barile et al., 2012), il benessere di un ecosistema è determinato dalla sua capacità di adattarsi ai cambiamenti del contesto di riferimento. Pertanto, il benessere di un ecosistema di tipo sanitario può essere definito come lo stato finale "che consente all'intero ecosistema sanitario di collaborare per migliorare l'efficienza e l'efficacia" (Mazzara, 2014). Provando ad esemplificare, rifacendosi alla attualità che vivono il sistema sanitario nazionale e quelli regionali in Italia, se da una parte è vero che i tagli alla spesa possono portare alla chiusura di alcune unità, dall'altra parte questo comporterà la crescita della domanda per i fornitori di servizi sanitari alternativi. Il benessere dell'ecosistema sarà quindi legato alla possibilità degli attori di collaborare ed integrare le proprie risorse per identificare soluzioni adeguate a fornire servizio per tutti i pazienti.

Gli ecosistemi di servizio in sanità

Prospettive in Organizzazione n. 7/2017

Considerato che la S-D Logic riconosce in un sistema tre livelli di interazioni – micro, meso e macro (Akaka, Vargo, Lusch, 2013) – e tenendo conto della visione più estesa delle relazioni proposta da Evert Gummesson, che richiama le mega relazioni (Gummesson, 2008), il contributo di Frow et al. (2016) propone una prospettiva di analisi a quattro livelli. Esempi di attori di riferimento per ciascun livello sono riportati in Figura 1. I livelli sono nidificati e gli attori possono accedere a risorse differenti a ciascun livello. I vari livelli sono altresì legati da proposte di valore, le quali offrono agli attori l'accesso a risorse che contribuiscono al benessere di ciascun ecosistema eventualmente correlato. Questi diversi contesti influenzano la natura delle proposte di valore e l'attenzione alle pratiche di co-creazione in cui gli attori si impegnano.

In particolare:

- a livello *mega* le pratiche di co-creazione possono coinvolgere agenzie governative che collaborano a determinare aspetti della politica sanitaria, nonché degli organismi normativo e di finanziamento. Tale livello riveste un ruolo di primo ordine nella modellazione dell'ecosistema, provato dal fatto che i sistemi sanitari differiscano anche notevolmente a seconda del contesto nazionale di riferimento. Numerosi fattori *mega* influenzano l'ecosistema, tra cui la storia, la cultura, la politica, gli aspetti legali, la natura e il potere delle agenzie federali e delle autorità di regolamentazione che proteggono e promuovono la salute pubblica, la *lobby* delle aziende farmaceutiche e i luoghi comuni di ciò che può essere ritenuto “sano” in una particolare comunità. Due aspetti appaiono particolarmente rilevanti: la circostanza che l'ecosistema sia di fatto modellato a questo livello (in termini di livello di copertura dell'assistenza sanitaria fornita dallo stato, di infrastrutture, etc.) e l'approccio risolutivo al problema “benessere della popolazione”, che può variare notevolmente dal “curare il paziente malato” (livello *micro*) all'anticipare e prevenire i problemi ripristinando condizioni di salubrità ambientale e favorendo la diffusione della cultura del prendersi cura di sé stessi;
- a livello *macro*, le pratiche di co-creazione possono coinvolgere autorità sanitarie statali che determinano l'allocazione delle risorse, le associazioni professionali di medici e infermieri e gli assicuratori sanitari, etc.;
- a livello *meso* gli attori potrebbero includere ospedali, cliniche e agenzie di assistenza sanitaria locali, etc.;
- a livello *micro*, le pratiche di co-creazione possono coinvolgere medici e pazienti che lavorano insieme ad infermieri e professionisti della sanità per progettare collaborativamente un pacchetto di assistenza sanitaria e collaborare con familiari, amici e altri pazienti su tali temi.

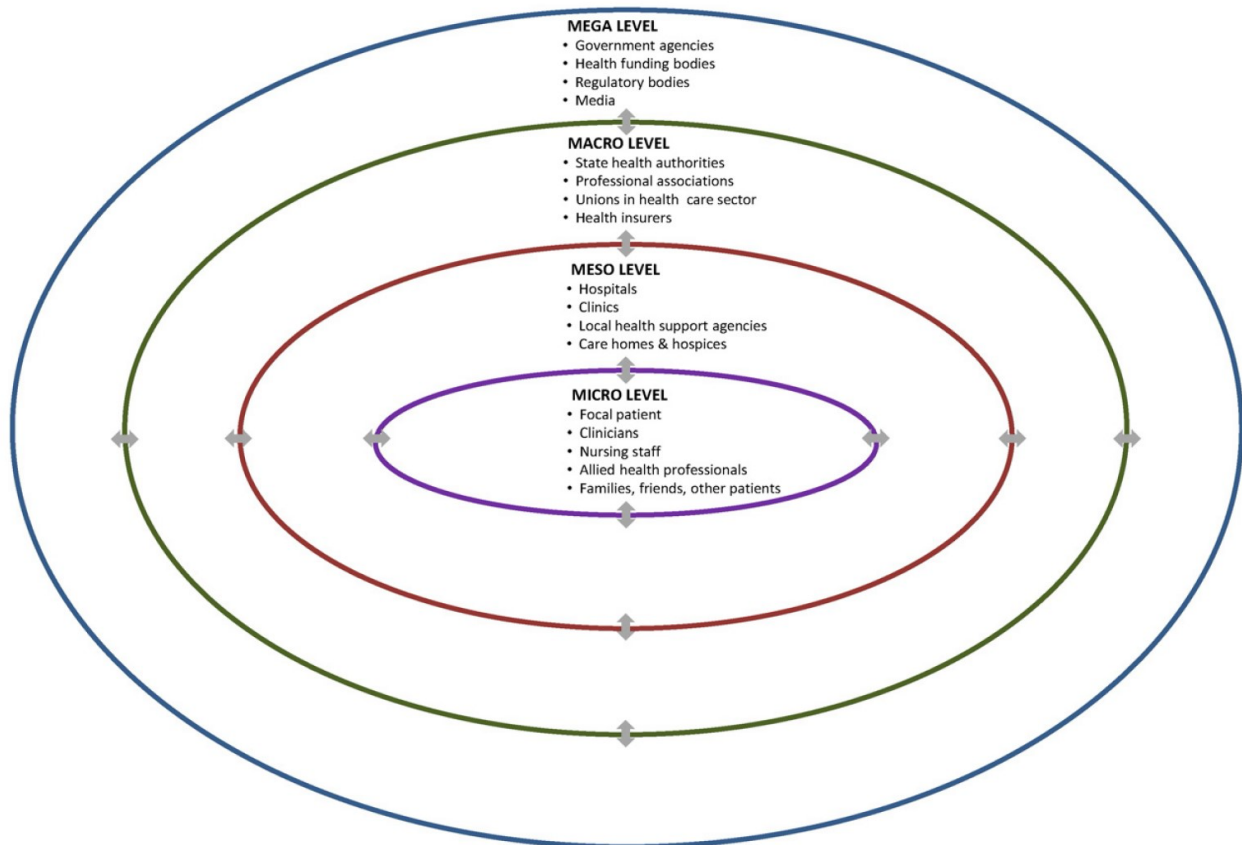


Figura 1. L'ecosistema di servizio sanitario – Fonte: Frow et al., 2016

Le pratiche di co-creazione negli ecosistemi consentono di spostare l'attenzione dalle interazioni diadiche a quelle multiple, catturando l'evoluzione dell'ecosistema. Le pratiche riguardano l'integrazione delle risorse, che altera la struttura dell'ecosistema impattando sulle successive interazioni volte all'integrazione delle risorse. Per esemplificare, si provi a pensare ad una consultazione medica (pratica di co-creazione), nel corso della quale un medico può condividere informazioni su un nuovo farmaco con un paziente. Questo, supportato dalla nuova informazione ricevuta, può partecipare con altri pazienti ad un forum online (pratica di co-creazione), discutendo del nuovo farmaco. Nell'ambito del forum, esso stesso parte dell'ecosistema, le relazioni e le dipendenze possono cambiare quando l'informazione viene condivisa. Alcuni membri del forum potrebbero ricercare e verificare le informazioni scambiate attraverso il confronto con medici specialistici (che interagiscono con una parte diversa dell'ecosistema), che potranno influenzare ulteriormente l'informazione nel forum originario. D'altro canto, il forum stesso ne può beneficiare, estendendo la risorsa di informazione, o può portare gli attori a condividere le proprie informazioni altrove nell'ecosistema, con impatti anche potenzialmente negativi su altre parti dell'ecosistema.

Di seguito (Tabella 1) sono proposte alcune delle pratiche individuate nel lavoro di Frow et al. (2016), con indicazione del livello dell'ecosistema in cui si verificano, il potenziale impatto e le misure che potrebbero essere usate per valutarne la maturità in un dato ecosistema, e dunque il grado di benessere dell'ecosistema.

Tabella 1. – Alcune pratiche di co-creazione negli ecosistemi di servizio in sanità (elaborazione da Frow et al., 2016)

Pratica di co-creazione	Illustrazioni dell'impatto sul benessere dell'ecosistema	Impatto e origine della pratica	Misure Indicative <u>della pratica</u>
Pratiche che dotano gli attori di capitale sociale.	La segretaria di un medico rappresenta un collettore di competenze mediche ed è coinvolta in molte pratiche di co-creazione amministrativa con medici, pazienti, specialisti ecc. Il suo ruolo è fondamentale per l'uso efficace delle risorse (ad esempio, la programmazione degli appuntamenti del medico) – utilizzando una risorsa di conoscenza limitata e preziosa. La sua influenza sull'ecosistema ha conseguenze positive (uso efficace delle risorse).	Positivo (micro)	Livello/forza del legame tra gli attori; Ponte (collega attori diversi); Collegamento (collega gli attori immediatamente al di fuori dell'ecosistema).
	Un rispettato gruppo di scienziati può parlare congiuntamente (utilizzando la risorsa di conoscenza/competenza) contro una specifica pratica sanitaria (ad esempio l'uso di uno specifico farmaco), causando una perturbazione delle pratiche prescrittive con effetti negativi sull'ecosistema.	Negativo (mega)	Prossimità dell'attore in interazioni dirette o intermedia.
Pratiche che forniscono all'ecosistema una lingua comune, simboli, segni e storie.	Il simbolo di una sedia a rotelle comunica specifiche pratiche che si riferiscono all'immobilità, indipendentemente dalla condizione fisica di un paziente. Risorse fisiche ed empatia vengono condivise.	Positivo (meso)	Intensità della diffusione di simboli, segni e storie nell'ambito dell'ecosistema.
	Le pratiche centrate sul paziente e sull'esito delle cure determinano il modo in cui medici ed altri operatori sanitari vedono il proprio ruolo e si impegnano nella definizione del percorso di cura di un paziente. Le risorse di conoscenza professionale vengono condivise durante queste interazioni.	Positivo (micro)	Cambiamento delle pratiche di co-creazione/comportamento/attività.
Pratiche che modellano gli schemi interpretativi di un attore	Le pratiche centrate sul paziente determinano le modalità con cui la caposala del reparto interpreta il proprio ruolo, spingendola ad impegnarsi più proattivamente con pazienti e famiglie nella programmazione delle dimissioni. Anche in questo caso, risorse di conoscenza vengono condivise tra i diversi attori coinvolti.	Positivo (meso)	Cambiamento della visione del mondo degli attori del loro ruolo nell'ambito ecosistema.
	Un medico potrebbe voler impegnare un paziente anziano e la sua famiglia nella definizione di un programma di cura (una pratica incentrata sul paziente). Tuttavia, il paziente e la sua famiglia potrebbero preferire demandare le decisioni al medico. In tal modo, le risorse di conoscenza del medico sono solo debolmente condivise, mentre quelle del paziente e della sua famiglia non sono usate per collaborare in maniera efficace.	Negativo (micro)	Ampiezza dell'adozione di pratiche centrate sul paziente.

Infine, sebbene solo con un cenno, è opportuno richiamare il ruolo fondamentale della tecnologia a supporto delle pratiche di co-creazione, che gli autori del presente contributo si riservano di trattare in un prossimo articolo. Tra i temi rilevanti in questo ambito, meritano menzione il cosiddetto Service Oriented Computing (SOC) e le Service Oriented Architectures (SOA), che stanno radicalmente trasformando sia le tecniche sia le modalità di sviluppo e gestione dei sistemi informativi, aprendo la strada a modelli di sviluppo, integrazione, distribuzione e collaborazione applicativa impensabili prima dell'avvento del web. Alla base di queste innovazioni ci sono importanti standard tecnici (*web services*, *grid services*) e manageriali (ITIL, COBIT e altri), questi ultimi per la gestione dei sistemi informativi aziendali in ottica *client-centered*, con una logica di servizio e di *value-co-creation*. L'innovazione tecnologica ha reso possibile questo spostamento verso la co-creazione e logica di servizio anche nel *business*: Frow et. al. sono noti per aver studiato a fondo in passato la trasformazione e l'evoluzione del rapporto impresa/cliente, con un graduale passaggio da approcci *customer-centered*, resi possibili da sistemi CRM, ad approcci di co-creazione, resi possibili dal *Service-Oriented Computing*. La trasformazione dei sistemi informativi sta gradualmente abilitando una sempre più rilevante trasformazione organizzativa a tutti i livelli di analisi verso logiche di servizio e di collaborazione, che lasciano intravedere nuove possibilità e nuovi modelli organizzativi con riallocazione dinamica e aperta delle risorse e delle attività più orientate al mercato, al di là dei tradizionali modelli di funzione e di *business unit*, verso una idea più vicina a quella di un *in/out sourcing* dinamico e pervasivo, fino ai cosiddetti *micro-services*.

Ai fini delle possibili declinazioni applicative di un ecosistema di servizio nel dominio sanitario, può essere utile rimandare ad una esperienza italiana in corso di sviluppo e finanziata a valere sui fondi del Programma Operativo Nazionale, il progetto *Digital Services Ecosystem*. Esso costituisce la prima fase di un processo incrementale per la realizzazione un laboratorio nell'ambito delle tecnologie per l'informazione e per le *smart community*. Il *service ecosystem* in parola è costituito da una fitta rete di attori (enti di ricerca, fornitori ed utilizzatori etc.) che operano in un ambiente digitale. Ogni attore mette a disposizione dell'ecosistema una o più risorse intese come servizi digitali primi o compositi (come gli strumenti di *analytics & sentiment* per l'elaborazione dei dati empirici raccolti dalle *experience factory*) che consentono di attrarre ulteriori attori. Le principali *institutions* che coordinano gli attori verso lo scambio di servizio e la co-creazione di valore sono l'*open innovation* con approccio *living labs*, tra le tecnologie abilitanti si possono annoverare le piattaforme di *crowdsourcing* per il co-sviluppo e il *cloud computing*.

Considerazioni conclusive

Il contributo proposto identifica il ruolo delle pratiche di co-creazione nella modellazione di un ecosistema di servizio in sanità. Tale ecosistema risulta dinamico perché, attraverso le pratiche di co-creazione, le risorse sono continuamente condivise e scambiate, e al contempo ne vengono co-create di nuove, entrando nella disponibilità di nuovi attori ed influenzandone le scelte. Questo si ripercuote sull'interno ecosistema in termini di composizione, forza dei rapporti tra attori e disponibilità di risorse. Proponendo alcuni indicatori di misura delle pratiche di co-creazione, il lavoro può contribuire a comprendere in che condizioni sia un dato ecosistema, oppure a progettare momenti di aggregazione forieri di *co-creation practices* positive al fine di rinforzare la probabilità di sopravvivenza di un ecosistema. Infatti, gli attori scelgono di partecipare all'ecosistema se possono soddisfare al meglio i propri bisogni, ovvero colmare le proprie lacune trovando risorse utili, il che li può portare a migrare, nei casi in cui ciò sia possibile, da un ecosistema all'altro.

Tuttavia, nuove e più specifiche metodologie e approcci potrebbero rendersi necessari per supportare i decisori nell'ottenere informazioni sul tipo di pratiche di co-creazione che favoriscano il raggiungimento di benefici per l'ecosistema. Peraltro, il contributo risulta un interessante momento di riflessione per ulteriori studi per diversi domini di conoscenza e filoni di ricerca:

- gli studiosi di teorie organizzative potrebbero essere interessati, ciascuno nel proprio ambito di specializzazione, ad individuare forme organizzative in grado di agevolare le pratiche di co-creazione ad ogni livello dell'ecosistema, dal mega al micro, soprattutto in relazione alle turbolenze dell'ambiente in cui l'ecosistema è immerso;
- gli studiosi di sistemi, oltre all'evidente approfondimento sul tema della (eventuale) "struttura" e della dinamica evolutiva dell'ecosistema, potrebbero trovare interessante riflettere sulla intensità e frequenza delle interazioni tra gli attori dell'ecosistema, la prossimità degli attori in termini di spazio fisico, psicologico e percepito;
- gli studiosi della *service community* potrebbero ritenere utile approfondire il costrutto delle pratiche di co-creazione in altri ecosistemi, confrontandole poi con quelle in ambito sanitario;
- sotto il profilo della *governance* dell'ecosistema, si aprono importanti spazi di indagine sulla definizione delle istituzioni (regole, norme, diffusione di pratiche, linguaggio, piani e programmi per la prevenzione e la cura, etc.) in grado di coordinare gli attori agevolando pratiche di co-creazione;
- gli analisti di processo potrebbero individuare interessanti risvolti nel mappare le relazioni tra gli attori dell'ecosistema, focalizzando successivamente l'analisi sull'impatto che ciascuna relazione, attivata in interazione, può avere sull'ecosistema;
- anche la gestione delle risorse umane coinvolte nell'ecosistema appare sempre più critica in quanto non occorre soltanto definire piani di formazione in grado di consolidare le conoscenze e le competenze verticali e di dominio degli attori della sanità (intesi tradizionalmente come *service provider*), ma anche estendere e stimolare l'uso delle *soft skill* nel contribuire a creare nuovi schemi interpretativi orientati alla gestione delle relazioni nell'ambito delle pratiche di co-creazione, affinché l'integrazione delle risorse e lo scambio di servizio tra i diversi attori dell'ecosistema sia realmente efficace per il benessere dell'intero ecosistema.
-

Bibliografia

Akaka, M. A., Vargo, S. L., Lusch, R. F. (2013). The complexity of context: A service ecosystems approach for international marketing. *Journal of International Marketing*, 21(4), 1-20.

Badinelli R., Barile S., Ng I.C.L., Polese F., Saviano M., Di Nauta P. (2012). Viable service systems and decision making in service management. *Journal of Service Management*, vol. 23, issue 4, 498-526.

Barile S., Polese, F. (2010). Smart Service Systems and Viable Service Systems: Applying Systems Theory to Service Science. *Service Science*, vol. 2, n.1-2, 21-40.

Barile S., Saviano M., Polese F., Di Nauta P. (2012). Reflections on service systems boundaries: A viable systems perspective. The case of the London Borough of Sutton. *European Management Journal*, vol. 30, issue 5, 451-465.

Edvardsson, B., Tronvoll, B. And Gruber, T. (2011). Expanding understanding of service exchange and value co-creation: a social construction approach. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 39, 327- 339.

Frow, P. McColl-Kennedy J.R., Payne A. (2016). Co-creation practices: Their role in shaping a health care ecosystem. *Industrial Marketing Management* 56, 24-39.

Frow, P., McColl-Kennedy, J. R., Hilton, T., Davidson, A., Payne, A., Brozovic, D. (2014). Value propositions: A service ecosystem perspective. *Marketing Theory*, 14(3), 327-351.

Gummesson, E. (2008). *Total relationship marketing*. Oxford, UK: Butterworth Heinemann.

Kjellberg, H., Helgesson, C.F. (2007). On the nature of markets and their practices. *Marketing Theory*, 7(2), 137-162.

Koskela-Huotari, K., Vargo S.L. (2016). Institutions as resource context. *Journal of Service Theory and Practice*, 26(2), 163-178.

Mazzara, D. (2014). *Future of health & wellbeing: Key trends and business opportunities*. Accenture (April).

Normann, R. (2001). *Reframing business: When the map changes the landscape*. Chichester, UK: John Wiley.

Polese F., Di Nauta P. (2013). A Viable Systems Approach to Relationship Management in S-D Logic and Service Science. *Die Betriebswirtschaft. Schäffer-Poeschel Verlag für Wirtschaft-Steuern Recht GmbH*, vol. 73, n. 2, 113-129.

Saviano M., Bassano C., Calabrese M. (2010). A VSA-SS approach to healthcare service systems the triple target of efficiency, effectiveness and sustainability. *Service Science* 2 (1-2), 41-61.

Vargo, S.L., Lusch, R.F. (2004). Evolving to a New Dominant Logic for Marketing, in *Journal of Marketing*, vol. LXVIII, 2004, 1-17.

Vargo, S.L., Lusch, R.F. (2011). It's all B2B... and beyond: Toward a systems perspective of the market. *Industrial marketing management*, 40(2), 181-187.

Vargo, S.L., Lusch, R.F. (2016). Institutions and axioms: an extension and update of service-dominant logic. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 44(1).

In “viaggio” con la Cartella Clinica Elettronica

Andrea RESCA

In un gruppo di 25 studi medici presente negli Stati Uniti è stata introdotta la cartella clinica elettronica. Dalle potenzialità/vincoli di questa innovazione inizia un viaggio in un processo di cambiamento che ha riguardato l'intera organizzazione. Questo viaggio è l'oggetto della ricerca qui proposta.

Introduzione

Come è noto con il termine “sistemi informativi” ci riferiamo ad una combinazione di strumenti, software, dati e procedure ideati per affrontare le problematiche relative alla gestione delle informazioni da parte di individui ed organizzazioni. Lo studio qui proposto si concentra essenzialmente sull'uso di questi sistemi e delle conseguenze date dall'introduzione di una cartella clinica elettronica (CCE) in un gruppo di 25 studi medici distribuiti nel nord-est degli Stati Uniti e composto da 250 medici per un totale di 1.500 dipendenti aventi in cura 200.000 pazienti (Strong et al., 2014). In particolare, ci si chiede come questa innovazione, introdotta per migliorare la qualità del servizio offerto, la soddisfazione della clientela, la riduzione dei costi e l'aumento della produttività del personale sanitario ed amministrativo, abbia modificato il comportamento dei membri dell'organizzazione, dell'organizzazione nel suo complesso e delle relative performance.

Strong ed al. (2014) concepiscono la CCE come un oggetto con determinate qualità fisiche che, in quanto tali, suggeriscono all'individuo le azioni appropriate per l'uso. In realtà, i termini utilizzati per descrivere questo incontro fra tecnologia e l'azione dell'individuo sono quelli di affordance e di constraint che potrebbero essere tradotti con le potenzialità ed i vincoli che una tecnologia mette a disposizione di un utente (Gibson, 1979). In particolare, si vuole enfatizzare la simbiosi fra l'azione del soggetto e le capacità performanti o meno della tecnologia in questione. Le caratteristiche della tecnologia così come le specificità dell'utente passano in secondo piano per gettare luce sulle potenzialità/vincoli che una tecnologia rappresenta. L'individuo e la tecnologia sono considerati come un elemento indistinto che opera a seconda del contesto in cui è inserito. Perciò, performance raggiunte in una determinata situazione potrebbero non ripetersi per il fatto che individui ed organizzazioni con specifici obiettivi e capacità possono ottenere risultati diversi da individui ed organizzazioni con altri obiettivi e capacità (Majchrzak & Markus, 2012).

Fatte salve queste considerazioni, non ci si è preclusa la possibilità di proporre quelle che possono essere definite come generiche potenzialità/vincoli date dall'introduzione di una specifica tecnologia come quella della CCE nel gruppo di studi medici preso in esame. Specificatamente, si è arrivati a queste potenzialità/vincoli dall'analisi delle diverse caratteristiche strutturali degli studi medici ed intervistando i diversi tipi di utenti della CCE (medici, infermieri, assistenti medici e personale amministrativo) in tre momenti diversi (prima dell'introduzione della CCE, dopo sei settimane e dopo un anno) focalizzandosi sulle applicazioni utilizzate, su cosa fosse considerato funzionale o meno e come fosse cambiato il modo di lavorare. Si è così giunti a 5 potenzialità che riguardano l'ambito individuale e professionale degli utenti: 1) acquisire ed archiviare in formato digitale i dati dei pazienti; 2) accedere ed utilizzare i dati dei pazienti ovunque ed in qualsiasi momento; 3) standardizzare compiti e ruoli; 4) controllare il risultato della propria attività; 5) avere a disposizione informazioni più complete per la presa delle decisioni. Non sono però mancati i vincoli determinati dall'introduzione della CCE. Specificatamente: i tempi per acquisire dati si sono dilatati – in riferimento a quanto indicato al punto 1) – eventualmente riducendo quelli dedicati ai pazienti; la standardizzazione di compiti e ruoli del punto 3) si è dovuta confrontare con la difficoltà di trattare pazienti multiproblematici o affetti da patologie particolari; la disponibilità di informazioni più complete del punto 5) ha come contraltare il necessario uso di un linguaggio uniformato ed in quanto tale non del tutto professionale.

Itinerari del “viaggio individuale” di un utente della Cartella Clinica Elettronica

L'obiettivo di Strong ed al (2014) non è solo quello di individuare potenzialità/vincoli per ogni singolo individuo dati dall'introduzione della CCE ma anche di studiare i risultati immediati, si sottolinea immediati, ottenuti dall'effettivo uso della stessa. In altre parole, l'attenzione è posta ad un processo di attualizzazione in cui i risultati immediati raggiunti attraverso l'uso della CCE portano all'emergere di nuove potenzialità/vincoli e così via. Si tratta di un ciclo senza fine che è stato espressamente chiamato “viaggio individuale” in un contesto organizzativo dinamico. Gli elementi fondamentali di questo viaggio sono: 1) le abilità individuali; 2) la progettazione della CCE; 3) e le caratteristiche dell'ambiente di lavoro. La presente analisi, finora, si è focalizzata essenzialmente sulla relazione fra individuo e tecnologia. In realtà, potenzialità/vincoli sono inseriti in un contesto più ampio costituito da un ambiente di lavoro in cui operano altri individui caratterizzati da altre potenzialità/vincoli.

Nella conduzione del processo di attualizzazione e quindi nella guida dei “viaggi individuali” attraverso potenzialità/vincoli, il ruolo del management è decisivo. La presenza di deficienze nelle abilità individuali, gli eventuali limiti tecnologici delle funzionalità della CCE e la presenza di un ambiente di lavoro capace di sostenere l'attività degli utenti deve essere oggetto di attenzione. Da qui, l'importanza di accompagnare gli utenti nell'adozione della tecnologia tenendo in dovuta considerazione quanto emerso nei diversi ambiti dell'organizzazione. Per essere più precisi, soluzioni adottate in uno specifico centro medico possono essere trasferite in altri centri ma magari non in tutti. Il management acquisisce così un ruolo di facilitatore per poter sfruttare al massimo le potenzialità e ridurre al minimo i vincoli dati dall'introduzione di una tecnologia come quella della CCE.

Nécessaire per il “viaggio organizzativo” promosso dalla Cartella Clinica Elettronica

Sin qui, i riflettori si sono posti sull'evoluzione di questo elemento indistinto nato dalla simbiosi fra tecnologia ed azione dell'individuo in conseguenza dei risultati immediati via via raggiunti in un determinato ambito di lavoro sotto la regia del management. Ora, il punto sta nel vedere se i diversi “viaggi individuali” possono convergere anche verso un unico “viaggio organizzativo”. Più precisamente, si tratta di considerare un'ulteriore tragitto in cui il viaggio diventa collettivo e non più solo individuale. Secondo Strong ed al. (2014) sono tre i fattori che possono determinare questo viaggio: consistenza, estensione, allineamento.

La consistenza sta nell'assicurarsi che potenzialità/vincoli e gli effettivi risultati raggiunti dai singoli individui si possano aggregare a livello orizzontale. Per esempio, si può parlare di risultati inconsistenti quando una serie di individui persegue la standardizzazione delle procedure mentre altri perseguono la personalizzazione delle stesse. È necessario perseguire la compatibilità degli obiettivi all'interno di uno stesso livello organizzativo anche se le modalità per raggiungerla possono essere diverse.

L'estensione riguarda l'omogeneità dei risultati immediati raggiunti dai diversi “viaggi individuali” in seguito all'introduzione delle potenzialità/vincoli della CCE. In altre parole, “viaggi individuali” consistenti fra loro nel perseguimento della standardizzazione delle procedure, per esempio, possono caratterizzarsi per l'aver raggiunto un determinato livello mentre in altri casi vi è chi è rimasto indietro. Si tratta quindi di assicurarsi che il maggior numero di “viaggiatori” abbia raggiunto, in un certo senso, la stessa destinazione.

Diversamente dalla consistenza e dall'estensione, l'allineamento concerne il livello verticale dell'organizzazione. La preoccupazione è, per esempio, se effettivamente la standardizzazione delle procedure porta al raggiungimento degli obiettivi che si era posto il nostro gruppo di centri medici con l'introduzione della CCE come la qualità del servizio offerto, la soddisfazione della clientela, la riduzione dei costi e l'aumento della produttività del personale

sanitario ed amministrativo. Quello che ci si chiede è se effettivamente la sequenza dei diversi “viaggi individuali” porta al raggiungimento della missione dell’organizzazione in questione.

Il ruolo del management per perseguire consistenza, estensione e allineamento è determinante. Il fatto di considerare questi aspetti porta a poter monitorare nel dettaglio l’attività organizzativa nel suo complesso ed ad intervenire in modo puntuale per cercare di rendere il più spedito possibile il “viaggio organizzativo”. Come, quando e dove intervenire per favorire questo viaggio attraverso questi tre fattori diventa infatti possibile.

Le tappe del “viaggio organizzativo” promosso dalla Cartella Clinica Elettronica

Strong ed al (2014) sostengono che sia possibile parlare non solo di potenzialità/vincoli a livello individuale ma anche a livello organizzativo. Alla base di tutto ciò vi è il fatto che l’azione dell’individuo possa connotarsi per essere multi-livello nel senso di non essere rivolta solo al raggiungimento di risultati immediati richiesti dall’ambiente di lavoro. È così l’azione collettiva quella che si affaccia sullo scenario delineato. Ora, l’azione individuale acquisisce un’ulteriore dimensione in quanto si rivolge agli obiettivi più generali che si pone l’organizzazione. Sono due i concetti proposti per rendere possibile questo collegamento fra azione individuale ed azione collettiva: il concetto di funzione ed il concetto di struttura. Per struttura si intende quell’insieme di azioni individuali e di interazioni tra individui che portano all’emersione di un fenomeno collettivo. Si possono imporre strutture diverse (azioni individuali ed interazioni fra le stesse) ma la funzione deve necessariamente essere la stessa ai diversi livelli dell’organizzazione perché specifiche potenzialità/vincoli organizzativi possano affermarsi. La standardizzazione di un servizio (funzione) passa dalla combinazione di prassi e routine (strutture) anche diverse fra di loro ma inevitabilmente soggette al principio della consistenza, dell’estensione e dell’allineamento.

Il caso del gruppo di studi medici preso in esame ha dimostrato che le cinque potenzialità/vincoli individuali (1) acquisire ed archiviare in formato digitale i dati dei pazienti; 2) accedere ed utilizzare i dati dei pazienti ovunque ed in qualsiasi momento; 3) standardizzare compiti e ruoli; 4) controllare il risultato della propria attività; 5) avere a disposizione informazioni più complete per la presa delle decisioni) hanno raggiunto anche un livello organizzativo. Le strutture costruite hanno permesso di mantenere le funzioni determinate dall’introduzione della CCE nel passaggio tra azioni individuali ed azione collettiva tramite il perseguimento di consistenza, estensione ed allineamento. D’altro canto, a queste cinque potenzialità/vincoli se ne sono aggiunte ulteriori tre che riguardano solamente il livello organizzativo. Si tratta di: 6) coordinare la cura del paziente tra i diversi centri, reparti e personale sanitario; 7) rendere intercambiabile il personale sanitario nello svolgimento di un determinato compito; 8) permettere il trasferimento di determinati compiti da un ruolo all’altro. A queste potenzialità si contrappongono vincoli quali la tutela della privacy del paziente (punto 7 e punto 8) e l’eventuale presenza di protocolli rigidi nella suddivisione dei compiti fra medici, infermieri ed altri operatori sanitari (punto 8).

Le otto potenzialità/vincoli individuati non sono entità a sé stanti ma collegate le une con le altre. Pensiamo a quello che succede ad ogni individuo all’interno di una organizzazione. Molto probabilmente il suo “viaggio” sarà costellato da entità di diversa natura ed eventualmente legate l’una all’altra per raggiungere sia risultati immediati che risultati di più lungo respiro. Per esempio, l’entità 1 (acquisire ed archiviare in formato digitale i dati dei pazienti) è indubbiamente legata all’entità 2 (accedere ed utilizzare i dati dei pazienti ovunque ed in qualsiasi momento).

Attraverso questa prospettiva, il cambiamento organizzativo è visto come il risultato dato dall’insieme delle diverse entità (potenzialità/vincoli) e come queste interagiscono reciprocamente. Il punto, ora, è di disegnare una sorta di mappa in cui sia possibile rappresentare le dinamiche che riguardano tali interazioni (vedi figura 1). Come si è arrivati alla costruzione di questa mappa? Il fattore tempo ne è all’origine per il semplice fatto che i processi di attualizzazione delle diverse entità non avvengono nello stesso momento. Nei primi due mesi dopo l’introduzione della CCE il “viaggio organizzativo” ha riguardato essenzialmente l’entità 1 e l’entità 2. Sono queste la base di tutte le altre entità (vedi figura 1). Seguendo questo discorso si possono individuare una seconda ed una terza fase. La

seconda ha dato origine all'entità 3 (standardizzare compiti e ruoli) e 6 (coordinare la cura del paziente tra i diversi centri, reparti e personale sanitario). Solamente con la CCE sempre più popolata da dati ed informazioni si è passati alla terza fase e quindi all'attualizzazione delle entità 4,5,7 e 8. In tempi ristretti, si possono attualizzare solo specifiche entità e, come abbiamo visto, una di queste può essere la conseguenza di una o più entità.

La figura 1 suggerisce che (freccie a linea continua e freccie a linea tratteggiata) la forza della dipendenza fra un'entità e l'altra può essere diversa. In alcuni casi (linea continua), una deriva necessariamente dall'altra (vedi la dipendenza fra 1 e 2). In altri casi, la dipendenza non è necessaria anche se ne favorisce l'attualizzazione. Un esempio a questo proposito è data ancora dall'entità 3 (standardizzare compiti e ruoli) che, pur essendo decisiva per attualizzare 7 (rendere intercambiabile il personale sanitario nello svolgimento di un determinato compito) e 8 (permettere il trasferimento di determinati compiti da un ruolo all'altro) non lo è per quanto riguarda le entità 4 (controllare il risultato della propria attività), 5 (avere a disposizione informazioni più complete per la presa delle decisioni) e 6 (coordinare la cura del paziente tra i diversi centri, reparti e personale sanitario). A sua volta, l'entità 3 può attualizzarsi indipendentemente dalle unità 1 e 2 anche se queste contribuiscono significativamente alla sua attualizzazione.

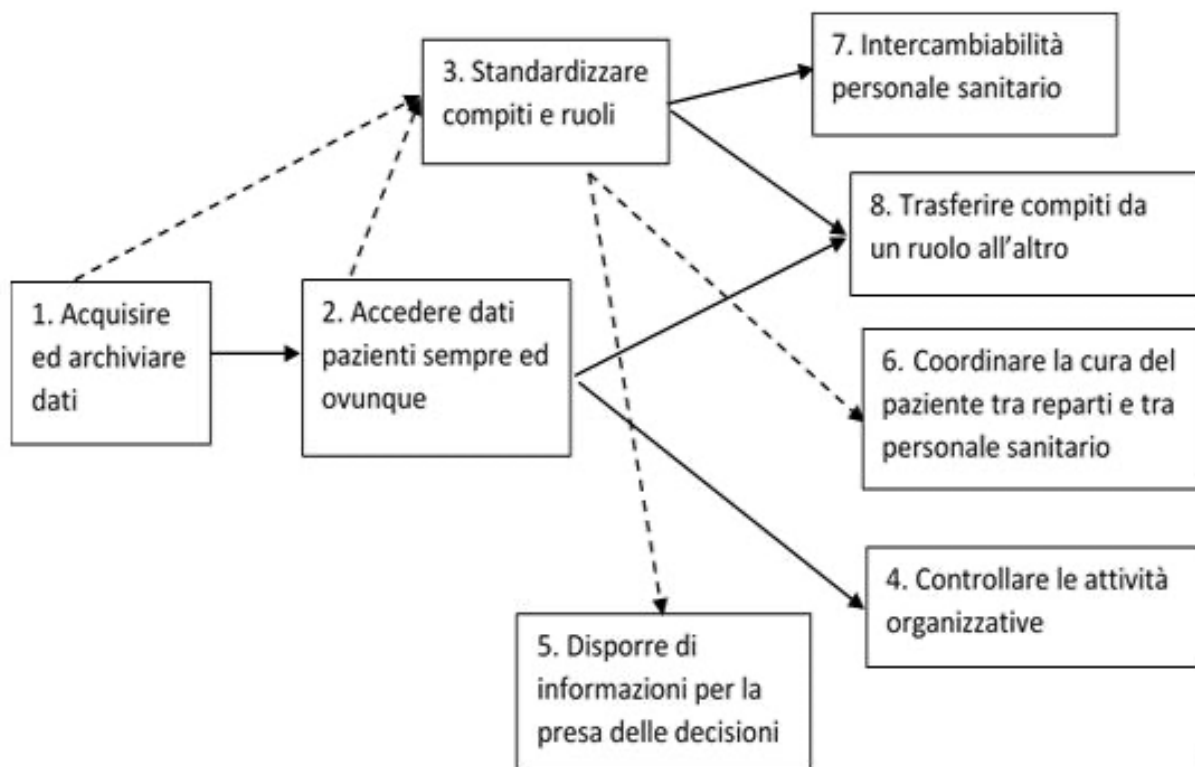


Figura 1 – Relazione fra le potenzialità/vincoli (adattamento da Strong ed al. 2014)

La dipendenza fra un'entità e l'altra non è solo data da un collegamento funzionale ma anche dai processi di feedback. Il cambiamento organizzativo nel suo complesso può anche essere visto come un'evoluzione rispetto a quanto già detto in precedenza a proposito delle abilità individuali, della progettazione della CCE e delle caratteristiche dell'ambiente di lavoro. In questo caso, però, non ci si vuole concentrare su specifiche potenzialità/vincoli ma su un gruppo di queste in quanto legate le une alle altre. La figura 1 si rivela così una mappa dove potersi orientare per eventualmente intervenire. L'analisi dei processi di feedback da una entità all'altra permette al management di promuovere in modo puntuale il cambiamento organizzativo. Si tratta, infatti, di sostenere queste dipendenze in modo tale che anche le entità (potenzialità/vincoli) più "lontane" possano essere effettivamente raggiunte essendo queste quelle che contribuiscono maggiormente alla trasformazione di un'organizzazione come il gruppo di centri medici qui preso in esame.

Conclusioni

Concepire la CCE come origine di potenzialità ed allo stesso tempo di vincoli per individui ed organizzazioni ha portato a delineare uno scenario per la comprensione di come e perché sia possibile raggiungere determinati risultati in ambito sanitario sia sotto il profilo dell'individuo come pure di quello organizzativo. Consapevoli del fatto che l'incontro tra l'individuo e la tecnologia non è esattamente prevedibile a priori, diventa fondamentale fare affidamento sui primi risultati immediati raggiunti. Sono questi i punti fermi su cui il management può partire per perseguire i risultati a livello di gruppo, in un secondo momento, e poi ancora quelli più strategici a livello di organizzazione. La consapevolezza delle potenzialità/vincoli a disposizione porta ad individuare una sequenza oppure una combinazione di queste entità quali fattori decisivi per perseguire il cambiamento organizzativo. Ma tutto ciò ha sempre alla base i risultati immediati raggiunti passo dopo passo. Certamente, il gruppo di studi medici preso in esame è significativo e molto probabilmente le stesse dinamiche potrebbero ripetersi nell'introduzione di una CCE in qualsiasi altro contesto. Il suggerimento, però, è quello di confrontarsi continuamente con quello che succede sul campo e magari perseguire dipendenze fra potenzialità/vincoli alternative a quelle prospettate in figura 1 o magari potrebbe succedere di accorgersi dell'emersione di ulteriori potenzialità/vincoli mentre altre potrebbero non verificarsi.

Un paio di questioni rimangono ancora aperte a proposito dei risultati raggiungibili attraverso l'introduzione di una CCE. La prima riguarda il ruolo dei vincoli. Strong ed al. (2014), pur riconoscendone l'impatto nel perseguimento di risultati immediati ed a lungo termine, non entrano nei dettagli ed emerge la tendenza ad occuparsi essenzialmente delle potenzialità sorvolando su questi. La seconda riguarda i fattori alla base del controllo dei "viaggi individuali" e più in generale del controllo sull'attività organizzativa data da consistenza (la compatibilità degli obiettivi all'interno di uno stesso livello organizzativo), estensione (l'omogeneità dei risultati immediati raggiunti nell'attualizzazione di potenzialità/vincoli) ed allineamento (la serie di potenzialità/vincoli per il raggiungimento degli obiettivi organizzativi). In particolare, non è chiaro se sia più importante raggiungere prima la consistenza delle azioni individuali oppure l'estensione delle stesse per sostenere il cambiamento organizzativo. Oppure, se questa scelta dipenda dalla natura dell'entità (potenzialità/vincoli) in gioco per cui a seconda della stessa risulterà più opportuno perseguire l'una o l'altra.

Bibliografia

Gibson, J. J. (1979). *The ecological approach to visual perception*. Boston: Houghton Mifflin.

Majchrzak, A., & Markus, M. L. (2012). Technology affordances and constraints in management information systems (MIS). In *Encyclopedia of Management Theory* (edit by Eric H. Kessler) (pp. 832–834). Thousand Oaks (CA): Sage Publications.

Strong, D. M., Johnson, S. A., Tulu, B., Trudel, J., Volkoff, O., Pelletier, L. R., ... Garber, L. (2014). A theory of organization-EHR affordance actualization. *Journal of the Association for Information Systems*, 15(2), 53.

GESTIONE DELLE RISORSE UMANE

Knowledge Management e Health Information Technology: che ruolo giocano i sistemi informativi nella relazione tra conoscenza e impegno di lavoro degli infermieri?

Caterina GALDIERO, Mario PEZZILLO IACONO

Un recente studio pubblicato sulla rivista Health Care Management Review (di Hendriks e colleghi, 2016) analizza la pratica infermieristica in termini di rapporto tra conoscenza tacita e senso di soddisfazione degli infermieri. Gli autori, attraverso un'indagine empirica, mostrano che la conoscenza tacita degli infermieri rappresenta un forte stimolo al loro impegno sul lavoro. L'articolo rivela inoltre che l'introduzione dell'Health Information Technology sembra influenzare in maniera significativa solo le conoscenze esplicite degli infermieri, senza impattare né su quelle tacite, né sull'impegno sul lavoro.

L'importanza della conoscenza tacita per gli operatori del settore sanitario

Le spinte al cambiamento derivanti dall'ambiente, dal progresso tecnologico, dall'evoluzione normativa e dalla dinamica della domanda, inducono le organizzazioni in generale e in modo più stringente quelle sanitarie ad adottare mappe strategiche diverse da quelle tradizionali.

In particolare le scelte di riprogettazione organizzativa e gli interventi tesi a migliorare il ciclo di gestione della conoscenza – il cosiddetto *knowledge Management (KM)* – supportati dall'informatizzazione e dalla digitalizzazione, oltre alla riduzione dei costi e all'ottimizzazione del lavoro, hanno permesso, in molti casi, di gestire le informazioni ad una velocità mai vista prima. Tanto che il concetto stesso di KM è spesso ridotto a componente puramente strumentale rispetto all'introduzione di nuove forme di ICT. In altre parole, le logiche di investimento volte a velocizzare e semplificare l'archiviazione, la descrizione e la comunicazione di dati e informazioni si stanno orientando, prevalentemente, verso il potenziamento della conoscenza esplicita delle organizzazioni.

Numerosi studi hanno dimostrato che alcune attività, come l'esperienza sul campo o qualsiasi altra attività che richieda la trasformazione di informazione in conoscenza, non possono essere governate e controllate esclusivamente dai sistemi tecnologici. In linea con questo approccio, gli studiosi Hendriks, Ligthart e Schouteten, in un recente articolo pubblicato sulla rivista *Health Care Management Review* (n. 41 del 2016), presentano un lavoro che analizza il ruolo della tecnologia nel processo di trasformazione delle informazioni in conoscenze degli infermieri.

Gli autori riconoscono, innanzitutto, che un importante aspetto della pratica infermieristica è rappresentato dalla conoscenza tacita, vale a dire il complesso di conoscenze acquisite implicitamente con il compimento e l'esperienza lavorativa. In altre parole, non basta avere tante informazioni a disposizione (e ben archiviate) per offrire una cura di qualità al paziente.

Nella pratica clinica, l'intuizione è un processo per cui l'infermiere riconosce qualche elemento dello stato del paziente che non può, se non con molta difficoltà, essere verbalizzato (“*quel paziente ha delle manifestazioni che non mi convincono ...*”) o codificato e che è determinante non solo nella qualità del servizio offerto, ma anche nella percezione del senso di soddisfazione degli stessi infermieri. L'agire pratico non si caratterizza come semplice standardizzazione di regole generali (ad es. linee guida *evidence based*), ma come strategia per risolvere problemi specifici, attraverso opportune decisioni. Pertanto l'accumulazione di conoscenza tacita da parte dei singoli avviene anche e forse, soprattutto, attraverso l'esperienza diretta e vissuta.

Va comunque sottolineato che la qualità della conoscenza tacita è determinata da due fattori. Il primo è la varietà dell'esperienza, che non deve limitarsi ad attività ripetitive e deve andare al di là del semplice e consueto svolgimento delle routine organizzative. Il secondo è rappresentato dalla capacità razionale di riflettere sulle proprie esperienze. Mentre la conoscenza esplicita collettiva è più o meno consolidata, più o meno oggettivata e più o meno disponibile (ad esempio, le attrezzature, l'uso di procedure standardizzate possono essere ampiamente codificate e diffuse), c'è un'altra grande fetta di sapere pratico, molto meno codificata e condivisa, che riguarda gli schemi di rappresentazione, i codici di interpretazione degli accadimenti comuni, le abilità e le competenze che sono state sviluppate con l'esperienza. È questa, secondo gli autori dello studio citato, la dimensione della conoscenza più importante nel settore sanitario.

La conoscenza tacita e la conoscenza esplicita degli infermieri

Ciò che caratterizza il KM è il focus verso la gestione dei processi di creazione, integrazione, scambio, condivisione e trasformazione della conoscenza, sui diversi attori agenti di questi processi e sulla tecnologia come strumento essenziale di supporto.

Come noto, Nonaka distingue tra conoscenza esplicita e conoscenza tacita (Nonaka, Toyama & Konno, 2000). La conoscenza esplicita può essere espressa in formale, sistematica e condivisa sotto forma di dati, formule scientifiche, specifiche, manuali e simili (Nonaka et al., 2000, p. 7); mentre la conoscenza tacita è altamente personale e difficile da codificare. La conoscenza tacita è profondamente radicata in azioni, routine, impegno, ideali, valori ed emozioni.

La gestione della conoscenza, nelle sue diverse forme, è di importanza cruciale per il lavoro infermieristico. Gli infermieri giocano, infatti, molteplici ruoli rispetto a come gli ospedali utilizzano la loro intelligenza collettiva. I quattro ruoli che gli infermieri svolgono negli ospedali, secondo Hendriks e colleghi sono: raccoglitore di dati, utilizzatore di informazioni, utilizzatore della conoscenza e costruttore di conoscenze (Snyder-Halpern et al., 2001). I primi due ruoli sono più strettamente collegati ad attività legate all'informazione, mentre gli ultimi due sono più collegati all'aspetto di sense-making, ossia alla percezione e all'interpretazione degli aspetti taciti che si sviluppano e si applicano nel lavoro.

Una distinzione semplicistica tra conoscenza e informazione sembra suggerire che le informazioni siano "ad un passo" dalla conoscenza e che l'aumento delle informazioni e l'aumento delle conoscenze siano strettamente correlate. Un filone crescente di autori critici che studiano il KM sottolinea che il rapporto tra le informazioni e la conoscenza può essere molto più problematico (ad es. Hislop, 2013). Quello che questi autori mettono in rilievo è che l'*overload* informativo può paradossalmente portare a minore conoscenza, perché un aumento delle informazioni può esercitare pressioni eccessive in termini apprendimento.

Il fatto che la conoscenza medica è in genere frammentata e distribuita e la necessità di setacciare, combinare e interpretare questa conoscenza alla luce della rilevanza specifica, segnala elementi potenzialmente controversi nella relazione tra informazione e conoscenza degli infermieri. Per questo tali componenti non vanno trattate come elementi di una semplice somma: diversamente, deve essere posta attenzione al loro rapporto causale. In questo senso, va sottolineato che la conoscenza si crea nel corso dell'interazione dinamica tra conoscenza implicita ed esplicita e che queste sono complementari l'una dell'altra. Non è solo necessario, quindi, portare la conoscenza tacita al livello conscio e razionale, ma si deve anche provvedere alla progettazione di strutture e processi di lavoro che diano l'opportunità di riflettere sulle esperienze di lavoro sia a livello individuale sia organizzativo.

Gli autori esaminano la conoscenza e le informazioni alla luce dell'impegno lavorativo degli infermieri (Laschinger, Grau, Finegan, & Wilk, 2012). In questo senso, va evidenziato che Schaufeli e Bakker (2004, p. 295) definiscono il concetto d'impegno di lavoro come "*a positive, fulfilling, work-related state of mind that is characterized by vigor, dedication, and absorption*",

Riguardo al lavoro infermieristico, molti studi hanno affrontato l'impegno di lavoro degli infermieri (ad esempio, Chou et al., 2012; Laschinger et al., 2012). Tuttavia, non erano ancora disponibili studi che affrontano gli effetti di KM sull'impegno lavorativo degli infermieri. Va detto, d'altra parte, che già seguendo alcuni modelli classici, come il modello di Hackman & Oldham (1980), l'informazione è tipicamente considerata una determinante dell'impegno lavorativo del dipendente; le informazioni tempestive, corrette e rilevanti sono una condizione preliminare per l'autonomia del lavoro e possono impattare sulla soddisfazione nel lavoro.

Gestione della conoscenza e tecnologia nelle professioni sanitarie

Hendriks e colleghi, come detto, affrontano il tema dell'importanza della conoscenza tacita nel lavoro infermieristico, focalizzandosi su come l'HIT influenza la gestione della conoscenza esplicita e tacita nei processi di lavoro degli infermieri e il loro impegno sul lavoro.

Gli infermieri sono ampiamente riconosciuti nella letteratura del KM sanitario come importanti utilizzatori e produttori di conoscenze e informazioni sulla salute (ad esempio, Snyder-Halpern, Corcoran-Perry & Narayan, 2001). Nelle loro decisioni cliniche, le informazioni e le conoscenze appaiono l'elemento centrale nella valutazione dello stato dei pazienti e dei risultati del trattamento. Definendo le attività degli infermieri a "conoscenza intensiva" (Snyder-Halpern et al., 2001), non bisognerebbe mascherare il fatto che incertezza e probabilità, piuttosto che certezza e prevedibilità caratterizza il loro lavoro. Nell'enorme quantità di dati, gli infermieri devono essere in grado di vagliare l'utile dall'inadeguato, l'inesatto dal corretto. Questo evidenzia la possibile utilità, ma anche il rischio dell'HIT nel supportare l'assistenza infermieristica. Possibili rischi, per esempio, riguardano il fatto che l'utilizzo di sistemi informativi potrebbe ridurre le valutazioni e l'intuizione personale e potrebbe anche portare ad una fiducia inadeguata e acritica nei sistemi informativi.

Review di letteratura sul KM nel settore sanitario (ad es., Nicolini et al., 2008) mostrano due importanti e distinte correnti di ricerca. In primo luogo, c'è uno sforzo verso la comprensione dei tratti tipici delle informazioni e della conoscenza delle pratiche sanitarie, rivelando, ad esempio, una preferenza per il "contesto specifico" piuttosto che per la conoscenza generica, la prevalenza di incertezza e probabilità sulla certezza e sulla proliferazione della conoscenza medica, che può portare al rischio di sovraccarico di informazioni (Cranley, Doran, Tourangeau, Kushniruk, & Nagle, 2009). Diversamente, sono molti gli studi dedicati all'HIT come base fondante del KM nella sanità, e alle condizioni per la loro corretta progettazione ed implementazione all'interno di ospedali e di altre organizzazioni sanitarie (Nicolini et al., 2008). In altre parole, in genere, il collegamento tra HIT, come fornitore di informazioni e conoscenze, si avvicina ad una relazione additiva: la conoscenza è spesso concepita come un'estensione di informazioni, e la maggiore informazione è considerata la base per una maggiore conoscenza. Quando la conoscenza, tuttavia, è collegata alle informazioni in una relazione non additiva come condizione per attribuire significato alle informazioni immerse in ambienti individuali, sociali e organizzativi, il ruolo dell'HIT nei programmi di KM diventa più complesso e problematico: più informazioni e più HIT potrebbero pesare sui processi cognitivi degli infermieri e sulla qualità delle loro competenze.

Sulla base di una *review* degli studi disponibili che affrontano il tema degli strumenti di KM nella sanità, Nicolini et al. (2008) fanno una distinzione utile fra tre principali classi di strumenti di HIT: librerie elettroniche e altri magazzini di dati medici e di informazioni; approcci di data-mining e sistemi di supporto alla decisione mediche. La prima classe riguarda gli strumenti che permettono di memorizzare e accedere a fonti di informazioni, così facilitando il loro uso in luoghi differenti e in tempi differenti. Le altre due classi si costruiscono sulla prima classe e mirano ad offrire un ulteriore supporto per attribuire significato ai dati memorizzati (tramite rispettivamente il riconoscimento del modello e il supporto decisionale).

La ricerca

Nella letteratura sul KM sanitario non ci sono studi significativi che collegano sistematicamente la gestione della conoscenza all'impegno di lavoro. La ricerca di Hendriks e colleghi (2016) ha ad oggetto uno dei tre ospedali di una città olandese di medie dimensioni (165.000 abitanti). È considerato un ospedale di formazione clinica superiore

che fornisce servizi clinici specialistici. Impiegando approssimativamente 4.000 dipendenti (di cui circa 1.000 infermieri) che forniscono servizi individuali di assistenza sanitaria all'interno dell'ospedale per una capacità di 653 posti letto. Circa 31.000 i ricoveri annuali documentati, equivalenti a 150.000 giorni di cura. L'ospedale aveva adottato un progetto di HIT chiamato "KIP" (miglioramenti di qualità nei processi del paziente). Il progetto rappresentava un'estensione di uno precedente che mirava a prevenire lunghi periodi di degenza ospedaliera per i pazienti. La base di questo progetto è un'applicazione informatica di tipo intranet. In questa applicazione, gli infermieri registrano tutte le attività, pianificate e completate, che sono necessarie per trovare i dati di dimissione dei pazienti.

Il *team di progetto*, responsabile delle attività operative, è composto da infermieri senior, infermieri junior e medici. Durante la fase di implementazione, si sono tenuti due incontri al giorno con tutto lo staff per discutere e valutare il contenuto del KIP. I dati sono stati raccolti tramite un questionario che è stato distribuito tra gli infermieri in quattro reparti dell'ospedale. In un disegno di ricerca "quasi esperienziale" con un pre-test e un post-test, due reparti dalla prima ondata di implementazione del KIP sono serviti come reparti sperimentali (cardiologia e malattie polmonari / tubercolosi). Altri due reparti sono stati inclusi come elementi di controllo (dermatologia e un secondo reparto per la malattia polmonare / tubercolosi). Il primo aveva già implementato KIP un anno prima della ricerca e nel secondo non era ancora prevista l'implementazione del KIP.

L'introduzione dei sistemi informativi incide sulla relazione tra conoscenza e soddisfazione degli infermieri?

Le variabili incluse in questa ricerca sono quattro: l'Impegno lavorativo degli infermieri, il feedback informativo, la comprensione nei processi di lavoro, e l'introduzione di un HIT (il KIP).

La variabile dipendente di questo studio è rappresentata dall'impegno lavorativo dei professionisti sanitari. Lo studio riguarda due aspetti principali della componente conoscenza nel lavoro infermieristico che dovrebbero incidere sul loro impegno lavorativo: ossia, il feedback informativo e la comprensione dei processi di lavoro, intese come due variabili separate. Il primo elemento definisce le informazioni disponibili e rappresenta il livello di conoscenza esplicita a disposizione dell'infermiere. Il secondo elemento descrive la supervisione del lavoro operativo: in questa variabile si riflettono gli aspetti taciti della conoscenza degli infermieri. Come argomentato sopra, un incremento di uno non può essere considerato come una garanzia di aumento dell'altro. Gli autori hanno così sviluppato le seguenti ipotesi:

- Ipotesi 1: Il feedback delle informazioni è associato positivamente con la comprensione dei professionisti nei loro processi di lavoro (1a) e con l'impegno di lavoro (1b).
- Ipotesi 2: La comprensione dei professionisti nei loro processi di lavoro è associata positivamente al loro impegno di lavoro.
- Ipotesi 3: La comprensione dei processi di lavoro è una variabile mediatrice rispetto all'effetto positivo dei feedback informativi sul loro impegno di lavoro.
- Ipotesi 4: L'introduzione del progetto KIP-HIT influisce positivamente sul feedback informativo (4a) dei professionisti del settore sanitario e sulla loro comprensione del processo di lavoro (4b).
- Ipotesi 5: L'introduzione del progetto KIP-HIT influisce positivamente sull'impegno di lavoro dei professionisti sanitari.

Le prime tre ipotesi prevedono associazioni positive tra i tipi di conoscenze (esplicite e tacite) e l'impegno di lavoro nel settore sanitario.

I dati confermano l'ipotesi 1a, cioè che un aumento di conoscenza esplicita (misurata tramite feedback di informazioni) porta ad un aumento di conoscenza tacita (valutato come comprensione dei processi di lavoro). A

quanto pare, l'aumento dei livelli di conoscenza esplicita degli infermieri li aiuta ad avere una maggior coscienza del lavoro e delle condizioni dei loro pazienti.

L'ipotesi 1b, tuttavia, non può essere confermata. Non c'è una significativa relazione diretta tra i feedback informativi e l'impegno di lavoro. La quantità di conoscenza esplicita che gli infermieri detengono, a quanto pare, non influenza direttamente il loro impegno di lavoro.

Tuttavia, la relazione tra comprensione dei processi di lavoro e impegno professionale degli infermieri, è confermato. I loro livelli di conoscenza tacita, le capacità di sense-making, che contribuisce a dare senso alle loro situazioni di lavoro e la comprensione di ciò che è in gioco rispetto alla situazione di un singolo paziente, influenzano significativamente il senso di impegno degli infermieri verso il loro lavoro, confermando l'ipotesi 2.

L'ipotesi 3, che ha affrontato l'effetto di mediazione della comprensione dei processi di lavoro nel rapporto tra feedback informativo e impegno di lavoro, è confermata di conseguenza. Le conferme delle ipotesi 1a e 2 sostengono la funzione di mediazione della comprensione nei processi di lavoro nel rapporto tra i feedback di informazioni e l'impegno del professionista sanitario.

Infine, le ipotesi 4 e 5 riguardano l'implementazione del KIP. L'impatto dell'attuazione del KIP che ha preso luogo tra i pre e post misurazione è limitato a solo un effetto positivo sulle informazioni di feedback. L'implementazione del KIP non ha influito sulle conoscenze del professionista sui loro processi di lavoro o sul loro impegno di lavoro. In quanto tale, le ipotesi 4b e 5 non risultano verificate.

Questi risultati mostrano che la tecnologia da sola non ha migliorato le situazioni di lavoro degli infermieri. Nella migliore delle ipotesi, può, in modo indiretto, fornire condizioni migliori per gli infermieri per aumentare le conoscenze degli stati dei loro pazienti e quindi, anche in modo indiretto, contribuire ai loro impegni di lavoro.

Le implicazioni manageriali

I risultati di questo studio evidenziano che gli sforzi legati all'applicazione di pratiche di KM negli ospedali e nel settore sanitario in generale sono discutibili se mirati esclusivamente o principalmente ai bisogni informativi dei professionisti della sanità, senza impattare sui processi di sense-making.

I sistemi HIT non dovrebbero essere implementati in isolamento rispetto ad un processo più ampio di cambiamento orientato al KM. I progetti di KM per l'assistenza sanitaria devono interpretare le soluzioni HIT all'interno di una comprensione più ampia di come, anche attraverso la riprogettazione del lavoro, possono essere create le condizioni organizzative per stimolare lo sviluppo e l'uso di conoscenze tacite dei professionisti del settore sanitario, infermieri inclusi. Inoltre, nella progettazione e nell'attuazione di tali approcci in una connotazione olistica, più ampia e integrata, gli attori chiave della conoscenza – tra cui gli infermieri – non dovrebbero essere trattati come semplici utenti finali della tecnologia, ma come parti attive del sistema stesso, le cui capacità di apprendimento influenzano il successo nell'accettazione e integrazione di ogni soluzione ICT.

L'interesse nello studio della relazione tra conoscenza e impegno del lavoro degli infermieri nasce da un lato perché la qualità della cura è difficile, se non impossibile, da raggiungere se l'impegno del lavoro dei professionisti sanitari è compromesso. Dall'altro lato perché la conoscenza è un elemento fondamentale in un ambiente *knowledge-intensive* quale è, appunto, un ospedale.

La conoscenza tacita degli infermieri appare svolgere un ruolo cruciale nell'organizzazione degli ospedali. Secondo lo studio oggetto di analisi, interventi, come l'introduzione di applicazioni elettroniche di registrazione sanitaria, mirano al lato sbagliato della conoscenza, quello esplicito. Questi sistemi da soli non conducono di per sé ad ospedali migliori e con livelli superiori di motivazione e impegno nel lavoro. Se l'impegno di lavoro degli infermieri è ridotto, allora anche la qualità della cura inevitabilmente ne risente. In questa prospettiva, il KM senza una attenzione sistematica per la conoscenza tacita dei professionisti sanitari genera il rischio di una diminuzione della conoscenza collettiva in un struttura sanitaria.

Nel settore sanitario italiano fintanto che le attività degli infermieri non sono adeguatamente rilevate, documentate e valorizzate, e fintanto che lo sviluppo della competenza clinica sarà limitato da una carriera clinica inadeguata, mancherà un tassello essenziale per lo sviluppo della figura professionale infermieristica.

A fronte di una crescente responsabilità discrezionale degli infermieri nell'ottica del benessere dei pazienti si assiste ad una eccessiva tendenza alla formalizzazione dell'assistenza infermieristica in ospedale, considerata come la parte standardizzabile della prestazione sanitaria. La struttura di base remunerativa conferma la poca attenzione per gli aspetti relativi alle capacità individuali degli infermieri. Interessante notare come la remunerazione per DRG (*Diagnosis Related Groups*, Raggruppamenti omogenei di diagnosi) non comprende le prestazioni infermieristiche nelle spese del personale (che sono considerate come costi fissi) per cui la standardizzazione con protocolli e procedure è ritenuta la metodica più efficiente di gestione del personale, senza alcuna considerazione del ragionamento clinico e/o critico. Finché non si raggiunge la consapevolezza delle implicazioni generate dalle capacità di sense-making degli infermieri in termini di efficacia ed efficienza collettiva, questi aspetti non diventano interessanti per il sistema e quindi non c'è necessità di cambiamento. La tendenza alla standardizzazione deve inoltre stimolare un'ulteriore riflessione. Fintanto che il lavoro degli infermieri deve attenersi alla sola implementazione acritica di linee guida, procedure e/o percorsi assistenziali (sulla base dell'*Evidence Based Medicine/Nursing*), si corre il rischio di ridurre il "care" (il prendersi cura) ad una serie di compiti. Eppure il sistema sanitario considera le linee guida *Evidence Based* come il più elevato indicatore di qualità senza porsi alcun interrogativo sugli aspetti impliciti insiti nel processo di cura degli infermieri. Tutto ciò trova un corrispettivo anche nel sistema contrattuale, infatti, gli incentivi per continuare la carriera sono limitati ai meccanismi ormai obsoleti delle fasce orizzontali: la competenza infermieristica è, nelle applicazioni contrattuali, sinonimo di anzianità di servizio. Emerge, quindi, con urgenza la necessità di esplicitare e correlare le competenze cliniche infermieristiche ai risultati di salute che è possibile ottenere con la loro professione, per conquistare quello spazio decisionale nell'interesse del paziente.

Bibliografia

Chou, H. Y., Hecker, R., & Martin, A. (2012). Predicting nurses' well-being from job demands and resources: A cross-sectional study of emotional labour. *Journal of Nursing Management*, 20(4), 502Y511.

Cranley, L., Doran, D. M., Tourangeau, A. E., Kushniruk, A., & Nagle, L. (2009). Nurses' uncertainty in decision-making: A literature review. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 6(1), 3Y15.

Hackman, J. R., & Oldham, G. R. (1980). *Work redesign*. Reading, MA: Addison-Wesley.

Hendriks Paul H.J., Ligthart Paul E.M. e Schouteten Roel L.J. (2016). Knowledge management, health information technology and nurses' work engagement. *Health Care Management Review*, 41(3)pp 256-266.

Hislop, D. (2013). *Knowledge management in organizations: a critical introduction* (3rd ed.). Oxford, UK: Oxford University Press.

Karasek, R. A. (1979). Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24(2), 285Y308.

Laschinger, H. K. S., Grau, A. L., Finegan, J., & Wilk, P. (2012). Predictors of new graduate nurses' workplace well-being: Testing the job demands-resources model. *Health Care Management Review*, 37(2), 175Y186.

Martinez M., Galdiero C., Mercurio L., (2012) *Critical management studies, ICT e controllo organizzativo. Le teorie e i principali risultati empirici in Critical management studies: temi di ricerca nel dibattito internazionale*, Editoriale Scientifica, Napoli. ISBN 9788863424379

Prospettive in Organizzazione n. 7/2017

Nicolini, D., Powell, J., Conville, P., & Martinez-Solano, L. (2008). Managing knowledge in the healthcare sector. A review. *International Journal of Management Reviews*, 10(3), 245Y263.

Nonaka, I., Toyama, R., & Konno, N. (2000). SECI, ba and leadership: A unified model of dynamic knowledge creation. *Long Range Planning*, 33(1), 5Y34.

Mario Pezzillo Iacono, Marcello Martinez, Gianluigi Mangia, Caterina Galdiero, (2012) "Knowledge creation and inter-organizational relationships: the development of innovation in the railway industry", *Journal of Knowledge Management*, Vol. 16 Iss: 4. ISSN 1367-3270

Snyder-Halpern, R., Corcoran-Perry, S., & Narayan, S. (2001). Developing clinical practice environments supporting the knowledge work of nurses. *Computers in Nursing*, 19(1), 17Y23.

Schaufeli, W. B., & Bakker, A. B. (2004). Job demands, job resources, and their relationship with burnout and engagement: A multi-sample study. *Journal of Organizational Behavior*, 25(3), 293Y315.

La gestione delle risorse umane in sanità: il ruolo del work engagement

Vincenza ESPOSITO, Alexandra CARIDE BALADO, Irene PESCATORE

Le performance organizzative sono fortemente legate alle competenze dei lavoratori. La capacità di auto-motivarsi degli individui costituisce una risorsa preziosa, perché crea le basi per il cambiamento. Le pratiche "progressiste" di gestione delle risorse umane sostengono lo sviluppo del work engagement dei lavoratori in settori complessi come quello della sanità.

Introduzione

Le competenze professionali e le abilità relazionali sono considerate dai teorici e dai *practitioner* dell'organizzazione la premessa indispensabile per il conseguimento di performance eccellenti e, ancor più, per il supporto dei delicati processi di cambiamento. In questa visione alcuna differenza sostanziale rileva rispetto alla natura pubblica o privata dell'organizzazione, alla sua dimensione o alla natura del suo business. In ogni contesto operativo, infatti, le conoscenze e le attitudini dei singoli e la trama delle relazioni interpersonali che li unisce determinano il grado di eccellenza dell'azione organizzativa, – ma, in questa sede si intende sottolineare, soprattutto – la sostenibilità economica, la legittimazione sociale, e la capacità di elaborare visioni di sviluppo coerenti con le esigenze del contesto interno e di quello esterno. Ed è proprio su questo piano che le risorse umane segnano – ancora? segneranno per sempre? – la differenza fondamentale rispetto alla risorsa tecnologica!

Nel campo delle attività professionali, studi ed esperienze ormai consolidate evidenziano il ruolo che le competenze individuali hanno soprattutto nella gestione della relazione con il cliente/utente beneficiario dei servizi resi dall'organizzazione; le stesse evidenze teoriche ed empiriche enfatizzano il peso che in tali contesti i relativi modelli di organizzazione del lavoro attribuiscono all'autonomia dei lavoratori, alla loro capacità di auto-motivarsi e a quella di assolvere al compito di "primi controllori" del loro stesso operato.

Nella strutturazione e nella gestione dei *Policy Network* – reticoli organizzativi composti da organizzazioni pubbliche e private impegnate nell'attuazione di complesse politiche pubbliche – le competenze specialistiche e manageriali sono considerate il fulcro centrale, più delle risorse finanziarie che sostengono tali programmi o delle soluzioni tecnologiche e dei meccanismi che regolano le transazioni tra gli attori. In particolare, tale centralità è da tempo testimoniata ed evocata con forza nell'ambito delle politiche di tutela della salute pubblica: in questo settore, strategico per l'attenzione le collettività vi ripongono, oltre che per la sua rilevanza economica, ai manager pubblici e privati è richiesto di assicurare la migliore qualità nella cura dei pazienti, e, allo stesso tempo, di garantire ambienti lavorativi sicuri e motivanti per i propri lavoratori.

La ricerca scientifica ha analizzato questa relazione ed ha confermato l'importanza fondamentale che alcune pratiche moderne di gestione delle risorse umane hanno nel sostenere la ricerca di tali risultati positivi per i pazienti, il personale e le organizzazioni sanitarie (tra gli altri, Appelbaum e Gandell, 2003; Armstrong, 2006; West *et al.*, 2006).

Un recente ed importante contributo indaga con attenzione ed originalità le relazioni delineate in questa sede: il lavoro di Shantz *et al.* del 2016 (Shantz A., Alfes K., Arevshatian L., "HRM in healthcare: the role of work engagement", *Personnel Review*, Vol. 45, Iss. 2, pp. 274 – 295) analizza la relazione esistente tra la conduzione di quattro specifiche "pratiche progressiste" di *Human Resources Management* (HRM) e le performance di diversi gruppi di professionisti che operano nel settore sanitario. Sulla base delle evidenze empiriche gli autori propongono un nuovo approccio all'HRM fondato su un concetto innovativo di "work engagement".

I dati utilizzati per la ricerca sono stati estrapolati dalla Survey del 2011 del National Health Service del Regno Unito e sono stati raccolti tramite questionari somministrati a 42.357 infermieri e 26.661 amministrativi di strutture sanitarie pubbliche e private.

L'evoluzione del sistema di gestione delle risorse umane nel settore sanitario

A partire dai primi anni novanta del secolo scorso il tema della creazione di valore nelle aziende sanitarie ha assunto sempre più rilevanza nel dibattito scientifico, spingendo i *Policy maker* e i responsabili delle organizzazioni sanitarie verso sfide sempre più complesse circa l'efficacia e l'efficienza nel loro operato.

In tal senso, il management delle organizzazioni sanitarie è chiamato a garantire un equilibrio sostenibile fra l'esigenza di rispondere ad una domanda di servizi di cura in crescita e quella di utilizzare al meglio le limitate risorse economiche, perseguendo al contempo, il miglioramento della qualità dei servizi offerti e, quindi, della salute pubblica in generale.

Per affrontare, con successo queste sfide, è necessario che ogni organizzazione sanitaria adotti: moderni modelli di *governance*, caratterizzati sempre più spesso dalla cooperazione pubblico-privato; efficaci ed efficienti assetti strutturali e modelli di gestione dei processi di lavoro, orientati all'*accountability*; evoluti e coerenti sistemi di gestione delle persone ispirati alla tutela dei dipendenti e alla valorizzazione dei meriti (Flynn *et al.*, 2016).

Al fine di supportare le organizzazioni sanitarie in tali sfide, numerosi professionisti e studiosi sul campo, hanno rivolto la loro attenzione a nuovi approcci all'HRM (Michie e West, 2004; Bartram *et al.*, 2007). L'evidenza empirica, suggerisce, infatti, che le diverse pratiche di gestione e sviluppo delle risorse umane, hanno un impatto positivo sulla performance organizzativa (Chuang *et al.*, 2012). Tali studi affermano che, nonostante esista una vasta gamma di fattori che possono influenzare le performance organizzative, quali la struttura organizzativa, la tecnologia impiegata e la strategia condotta, il loro impatto sulla performance è minore rispetto a quello generato dal sistema di gestione delle risorse umane adottato dall'organizzazione (Marchington e Grugulis, 2000).

Nello specifico, l'impatto sulla performance si genera attivando nelle persone comportamenti orientati all'autonomia, all'assunzione di responsabilità, alla condivisione di informazioni e all'apprendimento, non solo individuale e di team, ma anche organizzativo. Per ottenere tali comportamenti, definiti di "cittadinanza organizzativa" (Delaney e Huselid, 1996) diventa fondamentale l'applicazione di stili manageriali incentrati sull'*empowerment* e sullo sviluppo delle persone.

I processi di aziendalizzazione sperimentati a partire dagli anni novanta in ambito pubblico e, quindi, anche in ambito sanitario, hanno portato a un cambiamento di natura sia fattuale che culturale anche nel campo delle pratiche di HRM. Il tentativo ormai diffuso è di passare da pratiche di tradizionali di HRM, incentrate sul concetto di incremento della produttività attraverso incentivi e controllo, a pratiche "progressiste" o ad "alto rendimento" di HRM caratterizzate dalla ricerca del migliore impiego e della valorizzazione del capitale umano disponibile, costituito dalle conoscenze, capacità e abilità dei propri dipendenti. Ciò allo scopo di rafforzare il contributo che le persone possono dare al conseguimento degli obiettivi strategici e alla erogazione di servizi di elevata qualità (Leggat e Dwyer, 2005).

Per qualità si intende, secondo la definizione proposta dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, "*dare a ciascun paziente l'insieme degli atti diagnostici e terapeutici che gli assicureranno il risultato migliore in termini di salute, in conformità allo stato attuale delle conoscenze scientifiche, al costo minore a parità di risultato, al minor rischio iatrogeno e orientato alla maggiore soddisfazione possibile per le procedure, i risultati e i contatti umani dell'organizzazione sanitaria*". Secondo Donabedian (1990), uno dei più grandi pionieri dell'applicazione del *Quality Management* al servizio sanitario, la qualità in sanità è correlata alla corretta gestione di due aspetti distinti ma fondamentali: le procedure tecnico-operative e i rapporti interpersonali. In altre parole, occorre distinguere tra *cure* (cura) e *care* (assistenza), oppure fra tecnica dell'assistenza e arte dell'assistenza. Più in dettaglio, per qualità tecnica si intende la capacità di orientare l'azione professionale verso risultati ed effetti prevedibili o verificabili. In un'organizzazione di qualità gli obiettivi del servizio sanitario, devono essere noti fin dall'inizio e occorre valutare se sono stati impiegati i mezzi adeguati al raggiungimento dell'obiettivo. Per quanto riguarda, invece, la qualità interpersonale, essa sottointende l'arte di saper instaurare e mantenere un rapporto solido con i pazienti e di accompagnare personalmente e rispettosamente ognuno di essi. Dunque, per garantire un miglioramento sistemico della qualità dei servizi sanitari, l'attenzione deve essere posta sia sugli aspetti relazionali nel rapporto con gli utenti, che sulla qualità tecnico-professionale dei dipendenti. Dall'efficacia delle pratiche di

gestione delle risorse umane deriva, la sensibilità e la capacità dei dipendenti di agire in modo autonomo comportamenti coerenti con l'obiettivo di innalzare la qualità dei servizi sanitari erogati.

Pratiche progressiste di HRM e Work Engagement in sanità

Dopo il processo di selezione delle proprie risorse umane, le organizzazioni possono migliorare le task performance individuali fornendo ai dipendenti variegate tipologie di azioni di supporto, che agiscono su differenti aspetti dei loro comportamenti e sono percepiti in modo diversamente utile dagli interessati (Delery e Doty, 1996; Delaney e Huselid, 1996).

Tra le diverse e sempre più sofisticate pratiche di HRM particolare attenzione è posta nello studio di Shantz *et al.* del 2016 a quattro specifiche tipologie di interventi: la formazione; le azioni di sviluppo individuale; la partecipazione ai processi decisionali; la comunicazione tra dipendenti e manager.

La prima pratica, la formazione, appare sempre legata positivamente e direttamente all'impegno sul lavoro (Bartlett, 2001). Le ricerche dimostrano, infatti, che la disponibilità di risorse come la formazione conducono naturalmente ad un maggior impegno dei dipendenti, con conseguenti livelli più elevati di efficacia e di efficienza organizzativa (Salanova *et al.*, 2005). Inoltre la formazione può migliorare la sicurezza e la qualità delle cure, poiché senza dubbio aiuta a ridurre l'errore umano. Infine, essa sembra positivamente correlata, quando ben calibrata, anche al miglioramento della consapevolezza del proprio ruolo e dell'immagine di sé del lavoratore.

La seconda pratica è rappresentata dall'attuazione di un programma di azioni di sviluppo individuale. In ambito sanitario Cho *et al.*, (2006) hanno dimostrato, ad esempio, che creare opportunità di sviluppo e di crescita per i dipendenti (ad esempio le infermiere di un ospedale) ha impatti positivi, non prioritariamente sui risultati conseguiti con il loro lavoro, ma tra le altre cose sulla loro capacità di gestire la "stanchezza emotiva" (il che si traduceva in un impegno maggiore vero quell'ospedale) con effetti indiretti ma fondamentali sulla tenuta nel tempo delle loro performance.

Anche l'aumento del grado di coinvolgimento e di partecipazione di un dipendente ai processi decisionali che riguardano l'organizzazione del proprio lavoro appare, negli studi citati, una risorsa preziosa per stimolare comportamenti autonomi e orientati alla qualità. Tale partecipazione implica l'opportunità di esprimere preoccupazioni e di proporre suggerimenti per l'organizzazione in modo tale da svolgere al meglio di propri compiti (Lam *et al.*, 2002). Concedere e strutturare queste opportunità rafforza il senso di engagement e di responsabilizzazione verso il proprio operato.

La quarta pratica, infine, è rappresentata da una comunicazione efficace tra manager e lavoratori. Quando questa è ben incentrata sugli obiettivi del lavoro dei propri collaboratori, ma è anche finalizzata a sviluppare una maggiore consapevolezza del loro ruolo, contribuisce positivamente ad attivare preziose risorse emotive che rafforzano il coinvolgimento degli individui rispetto agli obiettivi strategici dell'organizzazione.

Nello studio citato l'utilizzo delle pratiche ad "alto rendimento" descritte ha contribuito nel suo insieme, inoltre, a propiziare un buon clima organizzativo, promuovendo presso i dipendenti l'adozione di comportamenti individuali, discrezionali e non direttamente incentivati dal sistema formale delle ricompense. Tra questi comportamenti, la letteratura individua tra i più rilevanti l'altruismo (disponibilità ad aiutare i colleghi nei loro compiti) e la cortesia (premura nell'istaurare relazioni improntate alla gentilezza e alla cooperazione) (Delaney e Huselid, 1996)

Nello studio di Shantz *et al.* del 2016 le pratiche progressiste illustrate hanno nel loro insieme la capacità di influenzare lo stato di "engagement" del lavoratore che rappresenta in sostanza il cuore del modello teorico proposto dagli autori. L'engagement, definito come "uno stato mentale positivo e di soddisfazione nei confronti del proprio lavoro caratterizzato da vigore, dedizione e immersione" (Salanova *et al.*, 2005) costituisce la risultante delle azioni intraprese dal management a beneficio dei propri lavoratori e la premessa per il miglioramento delle loro performance.

Le ipotesi testate e i dati raccolti da Shantz e i suoi coautori dimostrano, infatti, in modo accurato che il processo motivazionale è influenzato da fattori rilevanti, definiti "job resources" e attivati dalle pratiche progressiste

illustrate in precedenza, incrementando il *work engagement* dei lavoratori e generando un impatto positivo sulle loro performance e sul loro benessere.

Il contributo innovativo dello studio proposto è riconducibile, tuttavia, anche ad un altro aspetto evidenziato dalla ricerca empirica. La maggior parte delle ricerche condotte sui temi della motivazione in ambito sanitario, infatti, considera i dipendenti come gruppi omogenei. L'approccio innovativo di Shantz *et al.* è quello, invece, di esaminare gli esiti dell'utilizzo delle pratiche progressiste di HRM in modo distinto su due gruppi professionali chiave: le infermiere e il personale amministrativo. Tali gruppi sono stati scelti perché i primi rappresentano uno dei principali gruppi professionali presenti nelle strutture sanitarie, mentre i secondi rappresentano il gruppo che tende a manifestare generalmente i maggiori tassi di demotivazione e mancato impegno.

Dalla ricerca emerge, così, un dato rilevante per il dibattito scientifico e la pratica manageriale. Nella ricerca condotta nel Regno Unito le azioni di sostegno allo sviluppo delle risorse umane hanno avuto effetti differenti su gruppi diversi di professionisti: *a)* la partecipazione al processo decisionale e la migliore comunicazione hanno prodotto effetti più marcati sull'impegno lavorativo delle infermiere, rispetto alla formazione e all'opportunità di sviluppo; *b)* la formazione e le opportunità di sviluppo invece risultano essere correlate maggiormente all'impegno lavorativo del personale amministrativo rispetto alla loro partecipazione al processo decisionale e alla comunicazione. La differenziazione dei gruppi di beneficiari di un programma di sviluppo organizzativo sulla base di tali evidenze appare una via molto utile da perseguire per un management costretto spesso ad operare con risorse limitate.

Conclusioni

Le pressioni sulle organizzazioni sanitarie pubbliche per una risposta di qualità aumentano costantemente. Le organizzazioni sanitarie hanno l'arduo compito di saper gestire in maniera efficiente ed efficace la cura del paziente, assicurando contemporaneamente una migliore qualità e un ambiente più sicuro per i propri pazienti e i propri dipendenti. È quindi necessario che esse attivino nei loro dipendenti visioni e atteggiamenti orientati alla qualità, ma anche alla responsabilità e all'autonomia.

Per tutto ciò occorre meditare con maggiore attenzione sulla possibilità di "personalizzare" l'offerta di pratiche di HRM per i diversi gruppi professionali presenti nelle organizzazioni sanitarie.

Il lavoro di Shantz *et al.* fornisce diversi contributi importanti.

In primo luogo fornisce un punto di vista alternativo per spiegare in che modo le diverse percezioni delle pratiche HRM producano uno stato motivazionale affettivo (impegno) nei dipendenti che determina a cascata risultati positivi sulle loro performance. La ricerca dimostra, in altri termini, una relazione positiva tra la percezione delle pratiche di HRM volute dal management, il *work engagement* sperimentato dai lavoratori e la qualità della cura del paziente e la sicurezza dell'ambiente sanitario.

Il secondo contributo è quello di esaminare le pratiche di HRM (formazione, opportunità di sviluppo, partecipazione ai processi decisionali e comunicazione) e il loro potenziale in modo distinto rispetto ad un'ipotesi forzata di unitarietà dei sistemi di gestione del personale.

Il terzo contributo, infine, consiste nel testare il modello proposto rispetto ai due gruppi professionali più diffusi e "critici" nelle organizzazioni sanitarie: gli infermieri e il personale amministrativo.

Le possibilità di attuazione efficace dei complessi programmi pubblici di tutela della salute, appaiono dunque, strettamente connessi alla capacità manageriale di calibrare in modo opportuno e dinamico, non solo azioni di correzione e di ricompensa che orientino in modo diretto i comportamenti dei lavoratori, ma anche di azioni di supporto e stimolo che incrementino i loro livelli di coinvolgimento e di responsabilità.

Bibliografia

- Appelbaum, S.H., Gandell, J. (2003) "A cross method analysis of the impact of culture and communications upon a health care merger: prescriptions for human resources management", *Journal of Management Development*, Vol. 22, n° 5, pp. 370-409.
- Armstrong, M. (2006) *A handbook of human resource management practice*, London, Kogan Page.
- Bartlett, K.R. (2001) "The relationship between training and organizational commitment: a study in the health care field", *Human Resource Development Quarterly*, Vol. 12 No. 4, pp. 335-352.
- Bartram, T., Stanton, P., Leggat, S.G., Casimir, G., Fraser, B. (2007) "Lost in Translation: Making the Link Between HRM and Performance in Healthcare", *Human Resource Management Journal*, 17, 21-41.
- Cho, J., Laschinger, H.S., Wong, C. (2006) "Workplace empowerment, work engagement and organizational commitment of new graduate nurses", *Nursing Leadership Academy of Canadian Executive Nurses*, Vol. 19 No. 3, pp. 43-60.
- Chuang E., Dill, J., Morgan, J.D., Konrad, T.R. (2012) "A Configurational Approach to the Relationship Between High-Performance Work Practices and Frontline Health Care Worker Outcomes", *Health Services Research*, 47, 1460-1481.
- Delaney, J.T., Huselid, M.A. (1996) The Impact of Human Resource Management Practices on Perceptions of Organizational Performance, *Academy of Management Journal*, 39: 949 – 69.
- Delery, J. E., Doty, H. D. (1996) "Modes of theorizing in strategic human resource management: Tests of universalistic, contingency, and configurational performance predictions", *Academy of Management Journal*, 39, 802-835.
- Flyn, W.J., Mathis, R.L., Jackson, J.H., Valentine, S. R. (2016) *Healthcare Human Resource Management*, 3rd. Edition. Boston, MA, USA Cengage Learning.
- Lam, S.S., Chen, X.P., Schaubroeck, J. (2002) Participative decision making and employee performance in different cultures: the moderating effects of allocentrism/idiocentrism and efficacy, *Academy of Management Journal*, Vol. 45 No. 5, pp. 905-914.
- Leggat, S.G., Dwyer, J.D. (2005) "Improving hospital performance: culture change is not the answer", *Healthcare Quarterly*, 8: 2, 60-66.
- Marchington, M., Grugulis, I. (2000) "Best practice" human resource management: perfect opportunity or dangerous illusion?, *International Journal of Human Resource Management*, Vol.11, 6 December: 1104-24.
- Michie, S., West, M.A. (2004) "Managing People and Performance: An Evidence Based Framework Applied to Health Service Organizations", *International Journal of Management Reviews*, 5-6, 91-111.
- Salanova, M., Agut, S., Peiro, J.M. (2005) "Linking organizational resources and work engagement to employee performance and customer loyalty: the mediation of service climate", *Journal of Applied Psychology*, Vol. 90 N

COMPORAMENTO ORGANIZZATIVO

Dottori, Ospedali e Fiducia dei Pazienti

Francesco SCHIAVONE, Daniele LEONE

Introduzione

Forse mai come in questo momento storico il tema della fiducia degli utenti/pazienti nei confronti degli operatori sanitari, e più in generale di tutto il comparto *healthcare*, rappresenta un argomento di attualità per il dibattito scientifico, professionale e mediatico. In questo ambito, infatti, molto spesso la fiducia può determinare il successo o, al contrario, il fallimento di un sistema sanitario, generando così (in casi estremi) importanti ripercussioni territoriali in termini di policy, welfare e spesa pubblica.

Ma quali sono le “componenti” della fiducia dei pazienti e dei suoi familiari che più e meglio concorrono a determinare l’esito positivo o negativo di un sistema sanitario o di alcuni dei suoi elementi (es. ospedali o ASL)? La risposta a tale domanda è più articolata di quanto ci si possa attendere poiché la relazione fiduciaria (o meno) che lega un paziente (e i suoi *caregivers*) con il sistema sanitario si snoda su almeno due livelli. È infatti possibile distinguere relazioni di fiducia tra 1) l’utente dell’assistenza sanitaria e il dottore e tra 2) il soggetto da assistere e la struttura medica. I due livelli, interpersonale e organizzativa, non necessariamente possono essere equivalenti. È lecito anzi supporre che molto spesso l’uno prevalga sull’altro, influenzando così anche le scelte di fruizione del servizio (per usare la terminologia di marketing, si potrebbe dire “le intenzioni di acquisto”) del paziente.

Un recente studio empirico in uscita sul numero di settembre del *Journal of Business Research* (Zheng, Fu Hui e Yang, 2017), entra nel dettaglio di questo problema cercando di capire quale sia il rapporto tra la fiducia verso l’istituzione medica e la fiducia verso il medico utile a massimizzare l’intenzione di acquisto dei pazienti.

Fiducia interpersonale, organizzativa e intenzioni di acquisto in sanità

Le intenzioni d’acquisto sono spesso guidate da coinvolgimenti emotivi e processi cognitivi, tali da prevedere futuri comportamenti dei consumatori nei confronti di un determinato brand o prodotto/servizio. La fiducia svolge un ruolo fondamentale nello studio dei fattori che determinano preventivamente la volontà d’acquisto del consumatore; essa può svilupparsi in relazione a un essere umano o un’organizzazione (Doney e Cannon, 1997; Grayson et al., 2008).

La *fiducia interpersonale* e la *fiducia organizzativa*, seppur agendo parallelamente, presentano dinamiche di contesto differenti (Anderson e Narus, 1990): la prima si sviluppa a seguito di un’interazione di lungo periodo con specifici partner attraverso una vera e propria “storia” dettagliata sull’evoluzione dei rapporti interpersonali (Kramer et al., 1996), la seconda può scaturire attraverso inferenze da dati aziendali storici e reputazionali, sulla base dei quali, i clienti tendono a fidelizzarsi generando la cosiddetta “fiducia organizzativa”.

Lo studio si propone di fornire un contributo teorico e manageriale per l’implementazione di indagini sul ruolo della fiducia nel contesto sanitario con riferimento all’intenzione di acquisto del consumatore. Dunque, la domanda di ricerca dello studio è: “*La fiducia interpersonale e la fiducia organizzativa rappresentano tipologie reciprocamente complementari o sostituibili nel determinare le intenzioni d’acquisto del paziente?*”

In seguito ai continui squilibri tra i vari stakeholders del sistema sanitario, il contesto di *business healthcare* sta subendo numerosi cambiamenti e trasformazioni come l’adozione di strategie innovative (e.g. *mobile health*, *ehealth* etc.) per l’eliminazione delle principali barriere che si frappongono tra il farmaco e il paziente.

La fiducia è da tempo riconosciuta come un elemento fondamentale nelle relazioni e può prevenire fenomeni come l’opportunismo (Morgan e Hunt, 1994; Gulati, 1995). Mayer (1995) ha definito la fiducia come “*la volontà di una parte di essere vulnerabile alle azioni di altre parti*”. Le tematiche aventi come oggetto di studio la fiducia sono state affrontate da diverse discipline accademiche, in particolare dalla psicologia sociale e dall’economia (Castaldo,

2002; Latorre e Vernuccio, 2013). Gli studiosi di tali accademie hanno riunito i propri sforzi nel tentativo di comprendere i diversi livelli di fiducia e il ruolo svolto da essa nei diversi contesti (McKnight et al., 1998; Sheppard e Sherman, 1998; Zaheer et al., 1998).

Zand (1972) definisce la fiducia interpersonale come la “*volontà di una persona di aumentare la sua vulnerabilità alle azioni di un'altra persona il cui comportamento non è sotto il suo controllo*”. Ad esempio, nell'ambiente medico, i pazienti hanno autonomia di accettare o rifiutare la prescrizione medica dei dottori. Durante il rapporto medico-paziente, la fiducia può aumentare la probabilità che un consumatore (paziente) compia determinate scelte di mercato poiché si è costruito nel tempo un completo affidamento alle raccomandazioni del “medico di fiducia”. La fiducia organizzativa può riferirsi alle opinioni del cliente relative al funzionamento di un'organizzazione o istituzione (Lewis e Weigert, 1985; Morgan e Hunt, 1994). Nel contesto sanitario la fiducia nell'organizzazione può essere misurata sulla base della “reputazione ospedaliera” (giudizi, comunicazione di massa etc.) e dall'approvazione della certificazione che riconosce ufficialmente competenza e professionalità di un'istituzione sanitaria (Meyerson et al., 1996; McKnight et al., 1998). Dunque, la fiducia organizzativa aumenta le credenze e l'intenzione di acquisto dei clienti e aiuta la crescita di un'organizzazione sanitaria poiché il completo affidamento in un ospedale influenza il grado di fiducia in un medico che fa parte di tale organizzazione (Ubel et al. 1995; Mechanic e Schlesinger, 1996; Goold, 2001).

Luhmann (1979) sostiene che “*in relazioni completamente prive di rischi non ci sono i punti di partenza disponibili per lo sviluppo e la stabilizzazione di fiducia personale*”. Pertanto, se i pazienti trovano sufficiente fiducia a livello ospedaliero, possono andare avanti e prendere le decisioni di acquisto; se i pazienti non trovano sufficiente fiducia a livello ospedaliero, essi cercano di svilupparne di più con il dottore per salvaguardare le loro decisioni di acquisto. In altre parole, secondo la prospettiva funzionalista entrambi i tipi di fiducia sono sostituibili anziché complementari.

Pertanto, gli autori formulano le seguenti ipotesi riguardanti i livelli di fiducia:

- (Complementari) *L'efficacia dei risultati della decisione del paziente richiede la presenza sia della fiducia interpersonale sia della fiducia organizzativa.*
- **H1b.** (Sostituibili) *L'efficacia dei risultati della decisione del paziente richiede la presenza di fiducia interpersonale o di fiducia organizzativa.*

Alcuni studiosi hanno dimostrato che la fiducia può influenzare i comportamenti del cliente, come la soddisfazione (Jap e Ganesan, 2000; Agustin e Singh, 2005) o la volontà di acquistare un prodotto o un servizio di un'azienda (Chaudhuri e Holbrook, 2001). In questo studio è stato esaminato il rapporto tra fiducia e intenzione d'acquisto nel contesto sanitario. Abraham e Sheeran (2004), definiscono l'intenzione d'acquisto come “uno sforzo che la persona esercita nel compiere il comportamento d'acquisto che poi porta alla decisione finale. In sanità la fiducia influisce sui pazienti che effettuano le proprie decisioni seguendo le raccomandazioni del medico (Thom, Bloch, e Segal, 1999). Così, l'intenzione d'acquisto è un indicatore idoneo per verificare il livello di fiducia dei consumatori verso medici e ospedali.

- *La fiducia organizzativa è correlata positivamente alle intenzioni d'acquisto del consumatore.*
- **H2b.** *La fiducia interpersonale è correlata positivamente alle intenzioni d'acquisto del consumatore.*
-

Metodologia di ricerca

Il succitato lavoro di ricerca analizza le differenze e le interrelazioni tra i due livelli di fiducia con l'obiettivo di sviluppare un modello teorico adatto a descrivere in che modo essi agiscono nelle intenzioni di acquisto del paziente. Gli autori hanno integrato un'analisi di regressione e un'analisi qualitativa comparativa fsQCA (Fuzzy-Set Qualitative Comparative Analysis) per delineare le “ricette causali” utili a spiegare le possibili combinazioni dei livelli di fiducia e dei relativi meccanismi sufficienti per ottenere un'alta intenzione di acquisto dei consumatori nel contesto sanitario. Il contesto di ricerca scelto è l'impostazione sanitaria in Cina. Tale impostazione coinvolge tre parti specifiche: trustor (paziente) e fiduciari (ospedali e medici), (Driscoll, 1978; Mayer et al., 1995). In Cina, non esiste un medico generico (GP), quindi i pazienti non hanno altra scelta che fare affidamento sul loro sistema di fiducia personale per selezionare medici e ospedali. Le aspettative del paziente, la fiducia e la competenza di un

medico, e la reputazione di un ospedale sono di grande importanza nella decisione del paziente. Nell'ambito di un pre-test è stato dunque sviluppato un questionario autodisciplinato e basato sulle teorie esistenti in materia che è stato poi distribuito tra i professionisti del settore, medici, infermieri e pazienti per garantire l'affidabilità dei risultati. Dopo lo studio pilota, sono stati esaminati pazienti con malattie croniche lievi di 24 ospedali e cliniche situati in 20 città che coprono cinque regioni della Cina con un risultato di 747 questionari validi per il test su 924 questionari raccolti e 1200 auto-segnalati. La ricerca ha utilizzato due tecniche di analisi complementari per indagare il rapporto tra fiducia organizzativa e fiducia interpersonale. Attraverso l'utilizzo delle variabili indipendenti di un modello di regressione lineare è stato possibile spiegare il comportamento di fiducia in maniera indipendente. Per l'analisi di tale situazione nella realtà è stata utilizzata la fcQCA che ha aiutato a completare l'analisi della regressione valutando la complessità causale (le possibili combinazioni, le "ricette causali", di diversi livelli di fiducia che portano a valori elevati nell'intenzione di acquisto).

I risultati dello studio evidenziano come tutte le ipotesi soprariportate siano confermate, lasciando così molteplici contributi per la letteratura scientifica e per il management sanitario.

Implicazioni manageriali

In questo studio si è esaminato il rapporto tra fiducia e l'intenzione di acquisto nel contesto sanitario dove i rapporti diretti e indiretti tra medico, ospedale e paziente sono di estrema importanza per l'efficacia dei risultati delle decisioni di acquisto. I risultati emersi hanno evidenziato come le due tipologie di fiducia dei consumatori (verso medici e ospedali) siano positivamente correlate nelle intenzioni d'acquisto dei consumatori e che entrambe siano complementari nel determinare le decisioni finali del paziente.

La fiducia di un medico può passare all'ospedale (es. ospedali distrettuali con medici di prima qualità piuttosto che ospedali nazionali con medici inadeguati) e viceversa: ogni fattore può invocare una diversa struttura del processo di fiducia. Quando si verifica il trasferimento, la fiducia organizzativa e la fiducia interpersonale si completano e determinano "interattivamente" la decisione. L'efficacia dei due livelli di fiducia risiede nella modalità con cui essi sono correlati.

La conoscenza della reputazione dell'ospedale può essere dunque compensata dalla fiducia personale dei pazienti nei medici e dalla fiducia dei loro giudizi.

Questa ricerca offre interessanti implicazioni manageriali per i fornitori di servizi in ambito sanitario come ad es. medici, direttori sanitari ospedalieri e aziende farmaceutiche.

È importante che tutti gli stakeholder attivi in questo contesto abbiano chiare le modalità con cui i consumatori utilizzano i vari tipi di fiducia per decidere o meno se "acquistare" un dato servizio ospedaliero.

I risultati forniscono intuizioni pratiche rivolte ai professionisti dell'healthcare, per gestire efficacemente la fiducia nelle relazioni ospedaliere-medico-paziente e suggeriscono una maggiore attenzione al concetto di fiducia per massimizzare e ottimizzare l'utilizzo delle risorse tra gli operatori sanitari.

Altro elemento da tenere in considerazione è la "reputazione ospedaliera" la quale però da sola non può portare ad un alto livello di intenzione di acquisto. Diventa quindi fondamentale integrare i due livelli di fiducia (istituzionale e interpersonale) per indirizzare positivamente le scelte di acquisto del paziente o di chi per lui. In tal senso, si potrebbero per esempio sviluppare progetti ad hoc (es. campagne di comunicazione) volte ad allineare il più possibile i livelli di fiducia considerati dal paziente.

Bibliografia

- Abraham, C., & Sheeran, P. 2004. Deciding to exercise: The role of anticipated regret. *British journal of health psychology*, 9(2), 269-278.
- Anderson, J. C., & Narus, J. A. 1990. A model of distributor firm and manufacturer firm working partnerships. *the Journal of Marketing*, 42-58.
- Agustin, C., & Singh, J. 2005. Curvilinear effects of consumer loyalty determinants in relational exchanges. *Journal of Marketing Research*, 42(1), 96-108.
- Castaldo, S. 2002. *Fiducia e relazioni di mercato*. Il mulino.
- Chaudhuri, A., & Holbrook, M. B. 2001. The chain of effects from brand trust and brand affect to brand performance: the role of brand loyalty. *Journal of marketing*, 65(2), 81-93.
- Doney, P. M., & Cannon, J. P. 1997. Trust in buyer-seller relationships. *Journal of marketing*, 61(2), 35-51.
- Goold, S. D. 2001. Trust and the ethics of health care institutions. *Hastings Center Report*, 31(6), 26-33.
- Grayson, K., Johnson, D., & Chen, D. F. R. 2008. Is firm trust essential in a trusted environment? How trust in the business context influences customers. *Journal of Marketing Research*, 45(2), 241-256.
- Gulati, R. 1995. Does familiarity breed trust? The implications of repeated ties for contractual choice in alliances. *Academy of management journal*, 38(1), 85-112.
- Jap, S. D., & Ganesan, S. 2000. Control mechanisms and the relationship life cycle: Implications for safeguarding specific investments and developing commitment. *Journal of marketing research*, 37(2), 227-245.
- Kramer, R. M., Brewer, M. B., & Hanna, B. A. 1996. Collective trust and collective action. *Trust in organizations: Frontiers of theory and research*, 357-389.
- Latorre, A., & Vernuccio, M. 2013. Ridurre il rischio percepito e generare fiducia nello shopping online attraverso gli User Generated Content. *Mercati e Competitività*.
- Lewis, J. D., & Weigert, A. 1985. Trust as a social reality. *Social forces*, 63(4), 967-985.
- Luhmann, N. (1979). *Trust and power* Chichester. *United Kingdom: John Wiley and Sons, Inc.*
- Mayer, R. C., Davis, J. H., & Schoorman, F. D. 1995. An integrative model of organizational trust. *Academy of management review*, 20(3), 709-734.
- McKnight, D. H., Cummings, L. L., & Chervany, N. L. 1998. Initial trust formation in new organizational relationships. *Academy of Management review*, 23(3), 473-490.
- Mechanic, D., & Schlesinger, M. 1996. The impact of managed care on patients' trust in medical care and their physicians. *Jama*, 275(21), 1693-1697.
- Meyerson, D., Weick, K. E., & Kramer, R. M. 1996. Swift trust and temporary groups. *Trust in organizations: Frontiers of theory and research*, 166, 195.
- Morgan, R. M., & Hunt, S. D. 1994. The commitment-trust theory of relationship marketing. *The journal of marketing*, 20-38.
- Sheppard, B. H., & Sherman, D. M. 1998. The grammars of trust: A model and general implications. *Academy of management Review*, 23(3), 422-437.
- Thom, D. H., Bloch, D. A., & Segal, E. S. 1999. An intervention to increase patients' trust in their physicians. Stanford Trust Study Physician Group. *Academic Medicine*, 74(2), 195-8.
- Ubel, P. A., Zell, M. M., Miller, D. J., Fischer, G. S., Peters-Stefani, D., & Arnold, R. M. 1995. Elevator talk: observational study of inappropriate comments in a public space. *The American journal of medicine*, 99(2), 190-194.
- Zaheer, A., McEvily, B., & Perrone, V. 1998. Does trust matter? Exploring the effects of interorganizational and interpersonal trust on performance. *Organization science*, 9(2), 141-159.
- Zand, D. E. 1972. Trust and managerial problem solving. *Administrative science quarterly*, 229-239.

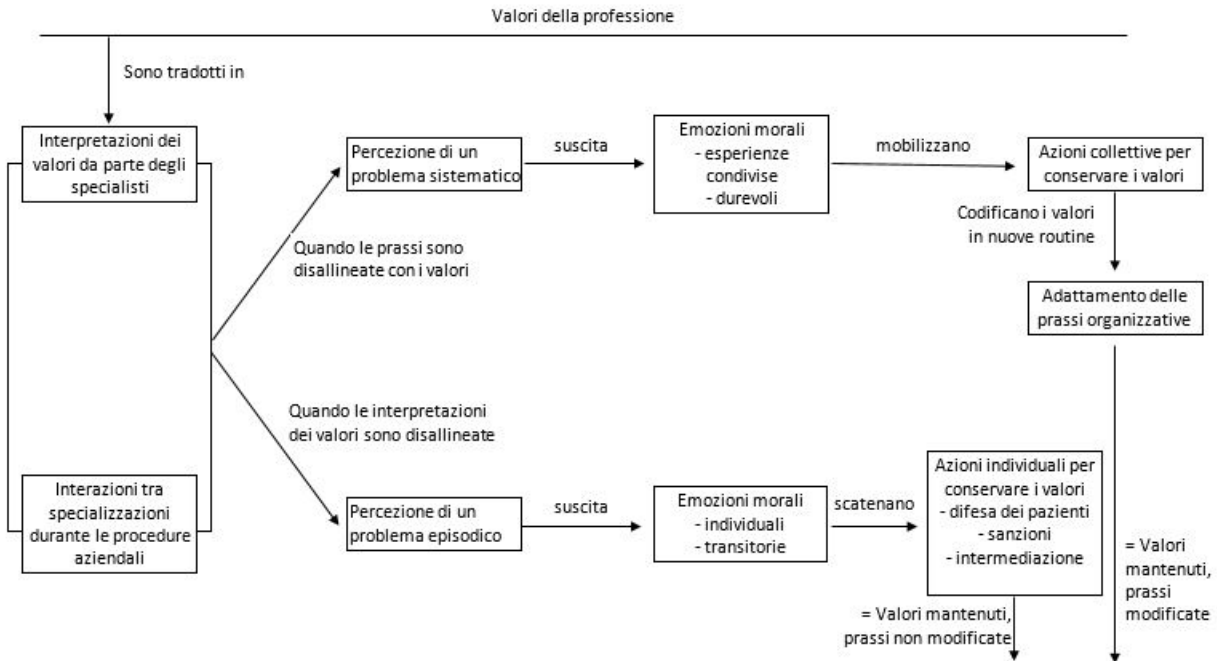
I conflitti tra medici di specialità diverse e tra medici e management: una questione di valori?

Domenico SALVATORE

Uno dei motivi per cui le organizzazioni che erogano servizi sanitari sono spesso considerate tra le più complesse da gestire è che vi lavorano molti professionisti. I medici, ad esempio, svolgono un'occupazione che la sociologia considera tra quelle che indiscutibilmente possono essere classificate "professione", ma anche gli infermieri, i tecnici sanitari e molte altre occupazioni presenti nelle organizzazioni sanitarie presentano molte caratteristiche tipiche di una professione. E' proprio grazie all'autonomia derivante dal far parte di una professione che le persone che lavorano nelle organizzazioni possono prendere complesse decisioni diagnostiche e terapeutiche adatte allo specifico paziente che hanno in carico ed è, quindi, proprio grazie a questa autonomia dei singoli professionisti che le organizzazioni sanitarie riescono a produrre servizi sanitari. Ma l'altra faccia di questa medaglia è che l'autonomia professionale complica il coordinamento all'interno di organizzazioni che possono contare diverse migliaia di dipendenti e all'interno di processi di cura che possono coinvolgere molte organizzazioni differenti.

La sensazione diffusa è che la mancanza di coordinamento tra professionisti che lavorano in reparti o aziende diverse crei significative difficoltà che poi si traducono in un'assistenza sanitaria meno efficace ed efficiente di quello che potrebbe, invece, essere. Numerosi studiosi nel campo della sociologia delle professioni hanno analizzato queste difficoltà focalizzandosi soprattutto sulle dinamiche di potere tra diversi gruppi e sul conseguente sistema gerarchico di status dei gruppi che ne deriva. Alcuni studi si sono focalizzati su queste dinamiche tra professioni diverse (ad esempio, medici e infermieri), alcuni tra professionisti e management, altri, infine, si sono focalizzati sulle difficili relazioni tra gruppi di medici con specializzazioni diverse. In un recente articolo sulla rivista scientifica *Academy of Management Journal*, Wright, Zammuto e Liesch (2017) riportano, invece, uno studio su quanto queste difficoltà di cooperazione sono causate dai valori condivisi dai membri di una professione e sulle emozioni individuali legate al non rispetto di questi valori. Si tratta in qualche modo di un ritorno alle origini della ricerca sul tema, perché i primi studi di sociologia delle professioni avevano focalizzato la loro attenzione proprio sui valori condivisi di una professione che erano visti come la garanzia che l'autonomia professionale sia usata nell'interesse dei pazienti prima ancora che nell'interesse personale dei professionisti (Carr-Saunders & Wilson, 1933; Parsons, 1939). Quello che è interessante in questo articolo di Wright e colleghi è che gli autori propongono una possibile spiegazione delle dinamiche interne ed esterne ai gruppi professionali che si basa sulle emozioni degli individui. In questo modo offrono una teoria su quanto accade a livello aggregato tra gruppi professionali che si fonda su una teoria delle emozioni e delle conseguenti azioni a livello individuale. Il concetto di "emozioni morali" lega i valori condivisi dai membri della professione con i comportamenti quotidiani degli individui. Le emozioni morali determinano la percezione di cosa è giusto e cosa è sbagliato di una specifica azione quando questa azione è valutata in base ai valori di una professione. La ricerca ha classificato le emozioni morali in quattro tipologie: 1) le emozioni auto-critiche quali la vergogna o la colpa possono essere innescate quando un individuo viola personalmente una regola morale; 2) le emozioni di condanna degli altri come, ad esempio, la rabbia e disgusto o il disprezzo sono dirette verso altre persone che si ritiene abbiano violato una regola morale; 3) le emozioni di sofferenza per gli altri come l'empatia o la compassione che possono essere suscitate dall'esperienza di un'altra persona in conseguenza di una violazione di un codice morale; infine, 4) le emozioni di elogio verso gli altri come l'orgoglio e l'entusiasmo che possono essere innescate quando i codici morali sono rinforzati.

I valori di una professione sono "le idee su cosa è preferibile o desiderabile, insieme alla costruzione di standard in base ai quali comparare e valutare le strutture e i comportamenti esistenti" (Scott, 2008, p. 54). Rispettare i valori professionali richiede l'azione da parte dei professionisti che agiscono concretamente e quotidianamente all'interno delle organizzazioni sanitarie. Trasformare i valori astratti in comportamenti concreti, quindi, è un processo attuato dai professionisti e capire cosa guida le azioni dei professionisti durante questo processo può essere utile a comprendere meglio le loro azioni nelle aziende sanitarie.



Lavoro quotidiano degli specialisti all'interno delle organizzazioni sanitarie

Figura 1: Il possibile disallineamento dei valori di una specialità con i valori delle altre specialità o le pratiche dell'organizzazione (tradotta e adattata da Wright et al, 2017).

Wright e colleghi si focalizzano su due situazioni che possono verificarsi in questo processo continuo di interpretazione dei valori in azioni. Una prima tipologia di problemi legati al non-allineamento dei valori avviene quando i professionisti interagiscono con professionisti di altre specializzazioni mediche che possono interpretare i valori comuni della professione in modo diverso e conflittuale. La seconda tipologia di problemi legati al non-allineamento dei valori che indagano Wright e colleghi avviene quando le procedure aziendali richieste dall'organizzazione inducono i professionisti ad azioni in conflitto con i valori della loro professione. Il non-allineamento dei valori di diverse specializzazioni mediche tende a creare episodi specifici e transitori che riguardano le prestazioni erogate ad un singolo paziente mentre il non-allineamento dei valori del professionista con le procedure aziendali tende a creare problemi più sistematici e duraturi.

Il non-allineamento dei valori di diverse specializzazioni mediche

La crescita esponenziale delle conoscenze nel campo medico ha determinato la necessaria nascita di diverse specializzazioni. Specializzazioni mediche diverse possono interpretare i valori della professione in modo diverso e queste diverse interpretazioni possono essere fonti di problemi interni alle organizzazioni sanitarie. Secondo Wright e colleghi, ciascuna comunità di specialisti adatta in modo diverso i valori comuni alla professione medica; esistono cioè dei valori a livello "macro" della professione medica che vengono "rifratti" nel percorso che li porta ad essere adattati al livello "micro" della singola specializzazione. Questa rifrazione crea il potenziale di conflitto nelle interazioni quotidiane tra professionisti di specialità diverse che lavorano nella stessa organizzazione sanitaria. Quando i professionisti sono formati e socializzati all'interno di una specifica specializzazione medica, la loro identità professionale di medico è customizzata per la specialità. Identità specialistiche creano differenze tra il modo di pensare e di agire dei medici di specializzazioni diverse. Ad esempio, i medici nella specializzazione di emergenza-urgenza considerano spesso prioritario gestire un paziente velocemente, mentre la velocità tipicamente non è una priorità assoluta per i valori condivisi dai membri delle altre specializzazioni mediche. Quando nelle interazioni quotidiane un medico del pronto soccorso si confronta con episodi di ritardi nelle cure dovuti a colleghi di altri reparti e specializzazioni è probabile che nascano in lui emozioni morali di compassione per il paziente e di condanna verso il collega ed è probabile che queste emozioni attivino un comportamento diretto a risolvere il problema percepito.

I risultati dello studio di Wright e colleghi mostrano che:

- negli episodi che comportano ritardo nelle cure o rischi per la sicurezza del paziente i medici dichiaravano di provare emozioni morali di condanna e di attivare comportamenti che sanzionano i colleghi o l'azienda;
- negli episodi che comportano sofferenze evitabili ai pazienti, i medici dichiaravano di provare emozioni morali di compassione e di attivare comportamenti di difesa e patrocinio dei pazienti;
- negli episodi che comportano uno scarico di responsabilità sulla presa in carico di un paziente tra un reparto e l'altro, i medici dichiaravano emozioni di condanna e di compassione e di attivare comportamenti di intermediazione tra le diverse prospettive sulla presa in carico.

Il non-allineamento dei valori del professionista con le procedure aziendali

La seconda tipologia di problemi discussa nell'articolo di Wright e colleghi si verifica quando le procedure aziendali richieste dall'organizzazione inducono i professionisti ad azioni in conflitto con i valori della loro professione. Molti professionisti lavorano in grandi organizzazioni sanitarie pubbliche o private. Queste organizzazioni istituiscono procedure che dispongono routine e risorse con lo scopo di raggiungere degli obiettivi che spesso, oltre all'efficacia, includono anche l'efficienza e il rispetto di requisiti aziendali o legali. Gli specialisti in queste organizzazioni possono ritenere che i valori della loro professione siano messi a rischio dal modo in cui devono essere implementati in procedure tecniche o amministrative progettate per rispondere anche ad esigenze organizzative. Rispetto al non-allineamento dei valori di diverse specializzazioni mediche, il non-allineamento dei valori del professionista con le procedure aziendali tende a generare problemi più duraturi nel tempo. Nel caso di un disallineamento tra valori che sia duraturo nel tempo e condiviso da un ampio numero di specialisti le emozioni morali che ne nascono saranno utilizzate per mobilitare l'azione collettiva di gruppi di interesse ampi e per modificare la procedura che ha causato la percepita violazione dei valori della professione.

Implicazioni pratiche

Questa analisi incoraggia gli specialisti ad essere consapevoli che i valori professionali possono essere fonte di conflitti profondi quando è necessario interagire con altri reparti oppure seguire le prassi dell'azienda. I valori della ampia professione medica possono essere interpretati in modo differente nelle singole specialità quando sono tradotti in azioni individuali all'interno delle aziende. Questa diversità è causata dal modo in cui l'identità professionale è adattata alla pratica di una specifica specialità e dalla compartimentalizzazione tipica delle strutture organizzative.

I professionisti, quindi, devono essere in grado di prestare attenzione alle emozioni che provano durante i conflitti indotti dal disallineamento di valori. Gli ordini professionali, i corsi di laurea in medicina o le stesse aziende sanitarie possono formare i professionisti a questa consapevolezza emotiva. Anche senza momenti strutturati di formazione, i dirigenti delle organizzazioni possono creare occasioni in cui gruppi di specialisti riflettono insieme sui problemi e identificano quelle situazioni che inducono emozioni morali condivise e durature. Questo può essere utile per poi aiutare i professionisti a focalizzare la propria attenzione sulla procedura da modificare più che sull'identificare chi è il colpevole di aver violato dei valori dell'altro: durante i conflitti che nascono da disallineamento dei valori, focalizzarsi sui contenuti e non sulle persone portatori dei valori è il primo fondamentale passo necessario a risolvere i problemi.

Bibliografia

- Carr-Saunders, A. M., & Wilson, P. A. (1933). *The Professions*. Clarendon Press.
 Parsons, T. (1939). The Professions and Social Structure. *Social Forces*, 17(4), 457–467.
<https://doi.org/10.2307/2570695>

Scott, W. R. (2008). Lords of the Dance: Professionals as Institutional Agents. *Organization Studies*, 29(2), 219–238.

<https://doi.org/10.1177/0170840607088151>

Wright, A. L., Zammuto, R. F., & Liesch, P. W. (2017). Maintaining the Values of a Profession: Institutional Work and Moral Emotions in the Emergency Department. *Academy of Management Journal*, 60(1), 200–237.

<https://doi.org/10.5465/amj.2013.0870>

ORGANIZZAZIONE: TEORIE E PROGETTAZIONE

Quando Ippocrate scalza Weber: l'improvvisazione organizzativa nella gestione delle emergenze sanitarie

Sara LOMBARDI, Sara SASSETTI, Mariacristina BONDI

Sebbene fondato su una forte burocratizzazione, il pronto soccorso è un contesto ideale per studiare l'improvvisazione, in quanto contraddistinto dalla convivenza di due logiche conflittuali: una che enfatizza il rispetto delle regole, l'altra che agevola l'utilizzo dell'intuito. Ne deriva che la burocrazia non inibisce l'improvvisazione, bensì ne influenza la messa in atto.

Introduzione

Al fine di diagnosticare la malattia di un paziente, il medico deve integrare una molteplicità di informazioni in un unico prospetto per poi giungere ad una conclusione e prescrivere le cure adeguate. Tuttavia, spesso tale processo non avviene secondo una sequenza lineare, a causa delle situazioni inaspettate e ricche di imprevisti che questi professionisti si trovano a dover affrontare. E' soprattutto all'interno del pronto soccorso che le pratiche necessitano di essere continuamente modificate e le azioni frequentemente improvvisate, dominando a volte sull'adozione di procedure programmate. Pertanto, pur trattandosi di un ambiente fortemente istituzionalizzato, all'interno del quale si prediligono comportamenti maggiormente prescrittivi, tipici dei sistemi burocratici Weberiani, il pronto soccorso si pone come contesto ideale per lo studio dell'improvvisazione. La domanda di ricerca alla base di questa indagine intende dunque comprendere la modalità con cui si realizza l'improvvisazione all'interno di un ambiente altamente standardizzato e burocratico. Per rispondere a questa domanda, gli autori hanno utilizzato un approccio induttivo, osservando nel tempo il funzionamento di un pronto soccorso di un ospedale portoghese, andando alla ricerca di quei comportamenti del personale che possono essere definiti come "estremi", "devianti" o "eccezionali", poiché in contrasto e significativamente distanti da quanto prescritto dai protocolli e dalle linee guida. L'obiettivo è stato quello di comprendere come, nella gestione delle emergenze, i medici riescano a combinare la logica istituzionale fondata sulla razionalizzazione con quella dell'improvvisazione; ovvero, studiare se, nella pratica medica, i principi contenuti nel Giuramento di Ippocrate abbiano la meglio sull'approccio fortemente burocratico e razionale quale quello professato da Weber^[1]. Così facendo, questo studio mira a far emergere come l'improvvisazione possa manifestarsi anche in contesti fortemente regolamentati, in termini sia di comportamenti ostensivi, sia di un'improvvisazione c.d. "sotto-traccia" evidenziando che, sebbene l'attività medica sia fortemente vincolata da regole e azioni predefinite, è anche vero che tali regole e azioni sono in parte definite dagli stessi medici.

In generale, questo studio intende dimostrare che la burocrazia, diversamente da quanto si possa pensare, non inibisce l'improvvisazione; piuttosto, ne modifica l'utilizzo e le sue manifestazioni.

Logiche conflittuali nella pratica medica

La pratica medica è un campo dominato da una logica fortemente basata su routine replicabili e razionali, ossia sul consistente ricorso a linee guida, a certificazioni, a *best practice* così come ai principi della medicina basata sulle evidenze empiriche, vale a dire sulle prove (Evidence-Based Medicine, EBM) (es. Morrell, Learmonth e Heracleous, 2015). In un tale contesto, sembrerebbe non esserci spazio per l'improvvisazione del medico, vale a dire per quei comportamenti guidati dall'intuito e dall'esperienza. In realtà, l'attività medica si contraddistingue per un alto grado di professionalizzazione; ovvero, essa è esercitata da persone che hanno interiorizzato un complesso di regole a seguito di intensi processi di apprendimento e di formazione professionale. Ciò consente ai medici di poter far ricorso alla propria conoscenza tacita nella gestione della specificità del paziente, giungendo ad adottare e combinare protocolli diversi.

Ne deriva che la natura della pratica medica reca in sé un conflitto tra la logica dominante delle routine dettate dall'approccio burocratico e la logica professionale derivante da giudizi basati sull'esperienza e sull'intuito del professionista. Infatti, l'esistenza di una logica fondata su dati, statistiche ed evidenze empiriche, se da una parte facilita la creazione di schemi di azione, dall'altra può limitare l'abilità e il giudizio professionale acquisito con la pratica e l'esperienza dal medico. In realtà, l'improvvisazione risulta essere una componente fondamentale di questa professione, che permea le attività e le decisioni che il medico deve assumere durante il proprio lavoro quotidiano. Il medico, quindi, si trova frequentemente a scegliere tra queste due logiche apparentemente contrastanti, soprattutto nel momento in cui è chiamato ad agire all'interno del pronto soccorso.

La logica dell'improvvisazione nel pronto soccorso

L'improvvisazione, scarsamente enfatizzata ma molto rilevante nei contesti medici, è di particolare importanza soprattutto nel pronto soccorso, dove le persone lavorano sotto la costante pressione del tempo e separare pianificazione ed esecuzione è pressoché impossibile.

Il pronto soccorso è infatti un ambiente che dà ampio spazio all'azione improvvisata, la quale consente di gestire in modo efficace le peculiarità di quei casi che, non rientrando in quelli medi, rappresentano delle deviazioni. In tali circostanze, la mancata capacità di improvvisare può perfino mettere in pericolo la vita e la salute del paziente. Ciò è tanto più vero se ad essere valorizzato è un approccio alla cura centrato sulla persona, secondo cui non è richiesto esclusivamente di attenersi ad un insieme di prescrizioni biomediche, bensì sono necessari anche aggiustamenti e adattamenti sulla base di sintomi o dichiarazioni che il paziente stesso esprime.

Detto ciò, il lavoro medico, sebbene possa essere considerato altamente sistematico, si realizza anche passando attraverso un processo di prove ed errori piuttosto che fondandosi esclusivamente sulla pura scienza razionale. Di conseguenza, esso può prevedere l'improvvisazione sia durante la diagnosi sia nella prescrizione del trattamento. In particolare, queste dinamiche si manifestano principalmente nel pronto soccorso, dove vengono spesso a crearsi situazioni di emergenza, eventi urgenti e difficili che, come tali, non possono essere pienamente standardizzati (Crossan e Sorrenti, 1997).

Decodificare la logica dell'improvvisazione nel pronto soccorso

Al fine di rispondere alla domanda di ricerca (*"in che modo si manifesta l'improvvisazione all'interno di un ambiente altamente standardizzato e burocratico?"*), sono stati raccolti dati di diversa tipologia, principalmente attraverso l'etnografia, le interviste e le interazioni quotidiane all'interno del pronto soccorso di un ospedale portoghese. Ulteriori preziose informazioni sono state reperite grazie alle numerose conversazioni informali intrattenute col personale dell'ospedale, generando relazioni senza le quali l'accesso prolungato al contesto studiato si sarebbe rivelato ben più difficile. L'analisi dei dati ha consentito di evidenziare sette temi di primo ordine, ossia sette principali sistemi di significato che guidano i comportamenti dei partecipanti alla ricerca. A partire da essi, sono stati generati quattro temi di secondo ordine, caratterizzati da un livello di concettualizzazione intermedio, frutto dell'interpretazione individuale della realtà. Tali temi sono descritti di seguito.

L'esposizione pubblica

Il crescente interesse dei media nei confronti della pratica medica (soprattutto quella relativa a casi con esiti negativi), parallelamente ai cambiamenti nelle percezioni dei pazienti circa le prestazioni del personale medico, hanno aumentato l'esposizione pubblica di tale professione. Le cause legali avviate contro i medici sono fortemente

aumentate, evidenziando l'emergere di una società progressivamente e legalmente avversa. In conseguenza di ciò e consapevoli del fatto che gli errori nella pratica medica possono mettere seriamente in discussione le loro carriere, i medici si trovano a dover prestare particolare cura nelle relazioni con i loro pazienti. Perfino nei casi in cui i sistemi sanitari nazionali o gli ospedali non dispongano di linee guida, la rigorosa attenzione da parte dell'opinione pubblica nei confronti della professione medica incentiva considerevolmente la tendenza a seguire i protocolli internazionali, per garantire la necessaria protezione in caso di querele. Tale aspetto, pertanto, scoraggia significativamente l'improvvisazione, incentivando a fare le cose nel modo giusto anziché a fare le cose giuste.

La pratica fondata sui protocolli

Questo aspetto richiama l'impegno profuso dai medici nell'applicazione di regole prestabilite (le c.d. *best practices* internazionali), definite da processi accreditati. Ad esempio, qualsiasi azione compiuta da un medico deve realizzarsi secondo un protocollo: ogni informazione deve essere appositamente registrata nella documentazione del paziente (es. la prima visita, i sintomi, i risultati delle analisi) utilizzando format preimpostati che forniscono la prova empirica che tutto ciò che è stato fatto è corretto e coerente con le procedure. Così facendo, i medici tentano esplicitamente di lasciare una traccia formale delle loro decisioni in risposta alla pressione verso l'adozione di standard operativi, al fine di limitare le possibili conseguenze negative, sia personali che istituzionali, che potrebbero scaturire dal mancato (o parziale) adempimento dei compiti riguardanti la prestazione medica.

La specificità dei casi clinici

Questa categoria teorica deriva dalla consapevolezza che le malattie e le relative manifestazioni cliniche possono variare da individuo a individuo. Nonostante la pressione a conformarsi alle regole, non si possono trascurare quei casi in cui è necessario mettere in campo procedure personalizzate, spesso caratterizzate da un approccio per prove-ed-errori, in ragione del fatto che individui con una stessa malattia possono presentare sintomi molto diversi. Pertanto, i protocolli suggeriscono approcci uniformi a problemi disuniformi che, come tali, potrebbero richiedere invece l'adozione di procedure particolari, che non rientrano nei casi medi, ossia in quelli contemplati all'interno delle *best practices* internazionali. Ecco che vi sono allora situazioni in cui, anziché fondarsi esclusivamente sui protocolli, i medici potrebbero beneficiare dell'applicazione combinata della conoscenza radicata nei protocolli stessi e della propria esperienza clinica, al fine di implementare un'improvvisazione *ad hoc*.

L'improvvisazione rispetto ai protocolli

Siamo qui nei casi in cui i protocolli risultano essere sufficientemente solidi da rendere la pratica medica prevedibile, ma anche abbastanza flessibili da supportare cambiamenti nei comportamenti. Quanto detto suggerisce perciò che le strutture burocratiche (come quelle ospedaliere) soddisfano due requisiti: garantiscono la protezione contro l'esposizione pubblica della professione medica e, allo stesso tempo, agevolano la personalizzazione della performance. E' il caso in cui al pronto soccorso giunge un paziente morso da un serpente e il medico, anziché contattare immediatamente il Centro Nazionale Anti-Veleni (come il protocollo richiederebbe), decide *innanzitutto* di curare il paziente e, solo *successivamente*, di rivolgersi al centro perché venga preso formalmente atto dell'evento. In maniera simile, un medico può richiedere delle analisi complementari anche senza che vi sia stato un incontro diretto col paziente, bensì utilizzando le informazioni provenienti dal triage. Tuttavia, una volta che tali analisi sono state richieste e debitamente registrate, saranno valutate come se il medico avesse seguito le procedure. I protocolli, quindi, se da un lato garantiscono protezione, dall'altro supportano la valutazione personalizzata di ogni singolo caso, orientando l'improvvisazione rispetto ai protocolli stessi. In questo modo, l'intuito attiva l'azione del professionista sulla base dell'esperienza e della conoscenza pregresse. I quattro temi concettuali intermedi fin qui delineati sono stati infine combinati in due categorie onnicomprehensive, concettualmente più approfondite, che convivono in maniera interdipendente (Clegg, Cunha e Cunha, 2002). Queste sono: il 'rispetto ostensivo delle regole' e l'improvvisazione sotto-traccia'. La Figura 1 illustra quanto appena descritto.

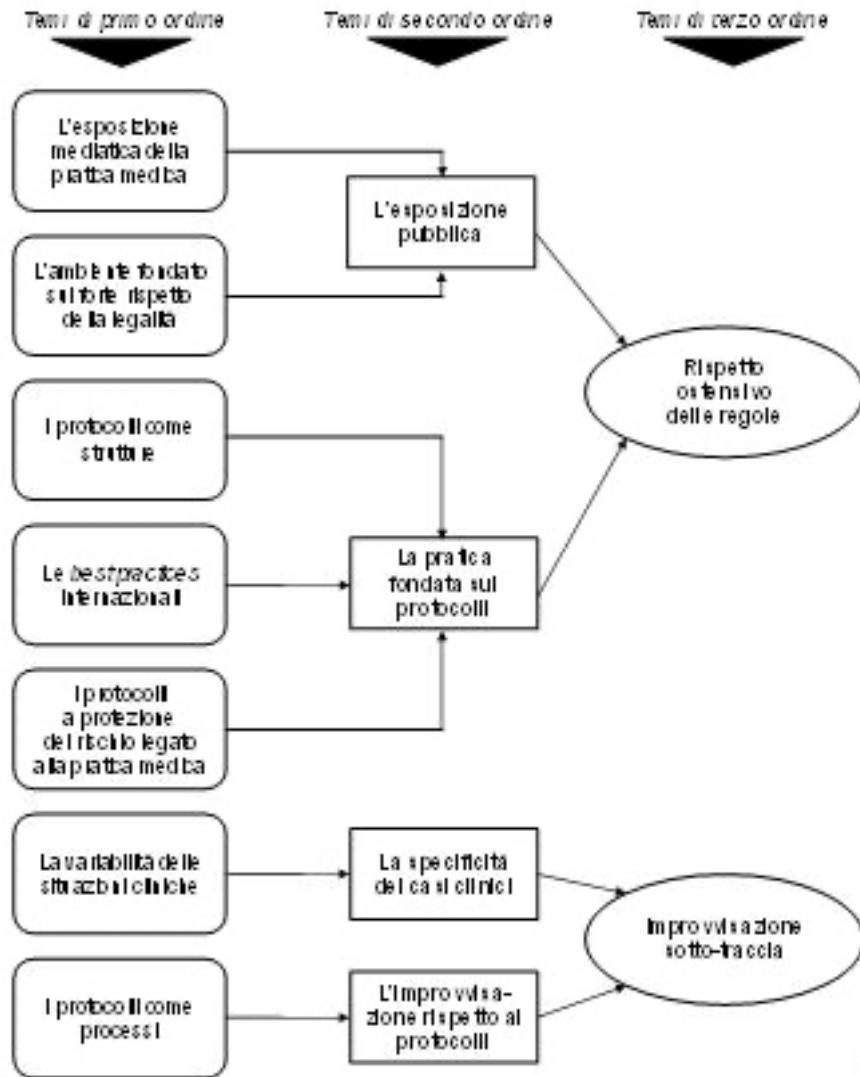


Figura n. 1 – Generazione delle categorie concettuali per la comprensione dell'improvvisazione nel pronto soccorso. **Fonte:** Adattamento della Figura 1 "General data framework" del paper Batista, M. D. G., Clegg, S., Pina e Cunha, M., Giustiniano, L., e Rego, A. (2016). Improvising prescription: Evidence from the emergency room. *British Journal of Management*, 27, 406-425, p. 413.

Il 'rispetto ostensivo delle regole' fa riferimento al tentativo intenzionale, dunque volontario, deliberato dei professionisti di aderire alle procedure e rispettare i protocolli. Scaturisce dall'esplicita comunicazione, da parte del medico, delle regole che vengono seguite. Diversamente, l'improvvisazione sotto-traccia' si riferisce all'adattamento improvvisato che ha luogo nello "strato di vita" meno visibile (Manning, 2008). Si tratta di un tipo di improvvisazione che non lascia segni nei documenti formali, per cui, sebbene si verifichi realmente, formalmente non viene registrata, dunque non risulta che si sia mai realizzata. Come recentemente notato da Gherardi et al. (2017), l'improvvisazione organizzativa qui descritta richiama il concetto di '*shadow organizing*' (organizzazione ombra), ovvero di un processo indeterminato e non osservabile, che prende forma tra elementi organizzativi formali, intenzionali e visibili.

Queste dimensioni coesistono e dialetticamente si supportano a vicenda. Ognuna di esse serve una funzione diversa in risposta alle particolarità della pratica medica: una si focalizza sulla figura del paziente e l'altra sul sistema organizzativo e la figura del professionista. Le due dimensioni si alimentano l'una con l'altra, rafforzando la potenza del doppio ruolo della burocrazia. La loro attuazione simultanea, infatti, consente il raggiungimento di due obiettivi: 1) la minimizzazione del rischio legale associato all'attenzione pubblica posta costantemente sulla professione medica e 2) la legittimazione della pratica attraverso la garanzia che la prestazione medica è allineata con l'evidenza scientifica suggerita dai protocolli. Come tali, le due dimensioni costituiscono due distinte logiche in azione. Basti pensare ai medici del pronto soccorso che, nel loro lavoro, applicano una serie di procedure standard che iniziano con la registrazione del paziente e si concludono con il trattamento. Queste procedure routinizzate

fungono sia da supporto sia da impedimento all'improvvisazione. Infatti, i medici seguono le regole quando necessario e le utilizzano per protezione dall'improvvisazione nei casi in cui tali regole non funzionino. I protocolli, pertanto, possono essere utilizzati per giustificare sia gli approcci di improvvisazione che quelli di non improvvisazione. Quale esempio di questa pratica, uno specialista potrebbe chiamare un collega per mettere in pratica una procedura tecnica o per realizzare un esame laddove lo specialista stesso rintracci qualcosa di particolare in una radiografia e valuti che questa possa essere un caso in cui emerge chiaramente una discrepanza tra ciò che il paziente dice e ciò che i sintomi fisici esprimono.

Lavorare con e aggirare le linee guida cliniche: implicazioni pratiche

Il lavoro del pronto soccorso induce i professionisti ad interfacciarsi con paradossi pratici costanti più che occasionali. Da un lato, lo staff medico utilizza linee guida cliniche che hanno il fine di garantire un livello di cura medica adeguato e prevenire le responsabilità per l'organizzazione e per i suoi professionisti. Dall'altro lato, essi aggirano tali procedure mediante l'improvvisazione, con lo scopo di gestire casi particolari che non rientrano all'interno di quelli previsti dai protocolli.

Dai risultati emersi dalla presente ricerca è possibile estrarre alcune significative implicazioni. In primo luogo, 'la buona pratica' suggerita dai protocolli garantisce protezione formale. In secondo luogo, i protocolli e le regole formali a volte sono utilizzati come un rituale, senza tuttavia impedire l'improvvisazione che consente di personalizzare la pratica a casi specifici che lo richiedano. In questo senso, i protocolli non solo dettano il funzionamento dell'organizzazione formale, bensì offrono ai professionisti anche la possibilità di coltivare e utilizzare conoscenza tacita, diversamente dalle regole predefinite. La burocrazia, pertanto, non limita l'improvvisazione; piuttosto, ne modella l'utilizzo e l'espressione formale. Ovvero, l'improvvisazione può persistere anche all'interno di ambienti organizzativi fortemente basati sull'utilizzo di procedure (quali gli ospedali) (Cunha, Cunha e Kamoche, 1999). Tale prospettiva si pone in linea con la recente trasformazione dell'*Evidence-Based Medicine*, che ha segnato un passaggio da un depotenziamento dell'intuito e della conoscenza degli esperti nella pratica medica, alla considerazione che essi in realtà consentano di mettere in pratica un 'giudizio interpretativo' e un 'approccio casistico'.

Parallelamente ad un'organizzazione formale, ve ne è dunque una che agisce sotto-traccia; uno spazio in cui le azioni possono essere messe in atto al di fuori delle logiche dominanti e che agevola l'emergere dell'improvvisazione (*improvising*) sulle procedure formalizzate. I medici si servono delle risorse di un sistema burocratico per sviluppare il loro giudizio, il buon senso: uniscono la conoscenza esplicita incorporata nei protocolli con quella tacita risultante dalla loro esperienza, in quanto nessuna delle due da sola sembra essere sufficiente. All'interno del pronto soccorso, ambiente soggetto ad elevata complessità istituzionale (Besharov e Smith, 2014), l'atto di improvvisare consente ai medici di utilizzare la loro esperienza, pur beneficiando della protezione derivante dal rispetto delle regole. Inoltre, improvvisare all'interno di una certa prescrizione può essere visto come una reazione a (e una conferma de) la necessità di adottare un approccio 'casistico' alla cura, consentendo ai medici di mantenere la loro autonomia.

Sul piano dello sviluppo personale, guidare (*mentoring*) i nuovi medici significa aiutarli ad apprendere in che modo e in quali momenti utilizzare il loro giudizio, in che modo servirsi del sistema per eludere le sue stesse imposizioni. Se le regole possono essere viste come 'strategie' che concedono il 'potere della conoscenza (scientifica)', l'improvvisazione diventa 'sapere tattico'. Comprendere questo fenomeno mette in luce una (apparente) minoranza di deviazioni dalle regole la cui pratica resiste a ed ignora la maggioranza dei comportamenti adottati nel campo sanitario.

Conclusioni

La pratica medica, così come quella manageriale, può trovarsi a metà tra la costrizione verso l'adozione di un approccio basato sulle evidenze e il richiamo all'utilizzo e alla messa in atto dell'esperienza e della professionalità del medico. Un esempio è dato dalle *best practices*: un medico che applica una buona pratica fondata sulle prove senza considerare le peculiarità dei pazienti, probabilmente non è migliore di un manager che adotta delle leve manageriali senza preoccuparsi delle specificità dell'organizzazione. Le pratiche mediche infatti richiamano fortemente quelle manageriali. E' quanto alcuni studiosi hanno evidenziato nei loro studi (Pfeffer e Sutton 2006): nella risoluzione dei problemi o, più in generale, nella gestione delle attività interne alle loro organizzazioni, la gran parte dei manager non si preoccupa di individuare ed applicare la routine ogni volta più efficace. Le loro decisioni (e, dunque, i loro comportamenti) tendono piuttosto a derivare dall'utilizzo dell'esperienza pregressa, dell'intuito, nonché dalla costante ricerca di nuove informazioni, nuove idee e nuove pratiche sia nel loro ambiente organizzativo che nell'ambiente esterno^[2].

In questo studio, gli autori dimostrano che i professionisti che svolgono la loro attività all'interno di una burocrazia fortemente regolata come quella su cui si fonda il funzionamento di un ospedale, nello svolgimento del loro lavoro adottano una logica che combina il rispetto ostensivo delle regole con l'improvvisazione c.d. sotto-traccia, ispirata dalla loro esperienza professionale nonché dalla contingenza che si trovano a dover gestire. Ciò implica che i medici portano avanti le loro attività basandosi su una logica istituzionale delle regole e, contemporaneamente, improvvisano ogni qualvolta ve ne sia la necessità; dunque, manifestano conformità ai protocolli, pur preservando la loro autonomia. Pertanto, al di là dei vincoli imposti dal rispetto delle regole, è anche vero che tali regole in parte sono definite dai medici stessi che, improvvisando, danno vita a comportamenti apparentemente conformi ai protocolli ma in realtà devianti dai loro dettami. Ne deriva che la burocrazia di per sé contiene al proprio interno la potenzialità per generare comportamenti improvvisati come frutto di una dialettica relazionale tra la struttura (vincoli) e la libertà (autonomia).

L'improvvisazione avviene dunque in quelle parti dell'organizzazione che agiscono sotto-traccia, realizzandosi comunque attraverso la prescrizione, preservando il rafforzamento degli standard e la salvaguardia della facciata istituzionale.

Bibliografia

Batista, M. D. G., Clegg, S., Pina e Cunha, M., Giustiniano, L., e Rego, A. (2016). Improvising prescription: Evidence from the emergency room. *British Journal of Management*, 27, 406-425.

Besharov, M. L. e Smith, W. K. (2014). Multiple institutional logics in organizations: Explaining their varied nature and implications. *Academy of Management Review*, 39, 364-381.

Clegg, S. R., Cunha, J. V. e Cunha, M. P. (2002). Management paradoxes: A relational view. *Human Relations*, 55, 483-503.

Crossan, M. M. e Sorrenti, M. (1997). Making sense of improvisation. *Advances in Strategic Management*, 14, 155-180.

Cunha, M. P., Cunha, J. V. e Kamoche, K. (1999). Organizational improvisation: What, when, how and why. *International Journal of Management Reviews*, 1, 299-341.

Gherardi, S., Gherardi, S., Jensen, K., Jensen, K., Nerland, M., e Nerland, M. (2017). Shadow organizing: Metaphor to explore organizing as intra-relating. *Qualitative Research in Organizations and Management: An International Journal*, 12(1), 2-17.

Manning, P. K. (2008). Goffman on organizations. *Organization Studies*, 29, 677-699.

Morrell, K., Learmonth, M. e Heracleous, L. (2015). An archaeological critique of 'Evidence-based Management': One digression after another. *British Journal of Management*, 26, 529–543.

Pfeffer, J. e Sutton, R. I. (2006). Evidence-based management. *Harvard Business Review*, 84(1), 62-74.

[1] Il Giuramento, che viene prestato dai medici prima di avviarsi alla professione, prende il nome dal medico greco **Ippocrate** (460-375 a.C.) a cui il **giuramento** stesso è attribuito. I principi espressi nel giuramento evidenziano gli ideali della sacralità, contrastando il rispetto rigoroso delle procedure chirurgiche e suggerendo, quindi, un approccio alla professione medica alquanto innovativo per l'epoca, teso a conferire un carattere maggiormente autonomo e fondato sul giudizio ad una pratica fino a quel momento esclusivamente empirica. Tra i suoi dettami emerge l'attenzione all'adeguamento della conoscenza scientifica, delle applicazioni tecnologiche e delle abilità tecniche alle specifiche caratteristiche del paziente, al di là delle prescrizioni e dei protocolli. Al contrario, Weber (1864–1920), padre fondatore degli studi sociologici, ritiene che la burocrazia sia il modello ideale in grado di assicurare l'efficienza delle organizzazioni. Radicata su un sistema di norme di condotta, procedure e doveri, la burocrazia limita fortemente il ruolo della discrezionalità e dell'intuito nell'operato degli attori sociali, spersonalizzandone i comportamenti.

[2] Preme qui ricordare, tuttavia, che i manager, a differenza dei medici, tendono a limitare l'applicazione di procedure fondate su prove, dati ed analisi (ovvero, quelle, che in medicina trovano fondamento nella *Evidence-Based Medicine*) in quanto la disponibilità di tali evidenze nell'ambito delle aziende è generalmente più ridotta di quanto lo sia nelle organizzazioni sanitarie. Considerato infatti che le realtà aziendali si presentano con una varietà molto ampia rispetto a quanto si possa dire per gli essere umani (es. si pensi alla dimensione aziendale, alla loro forma organizzativa, alle interazioni interne, ai rapporti di potere, etc.), imporre ai manager di applicare delle "ricette" prestabilite potrebbe risultare alquanto rischioso, in quanto tale ricetta, seppure valida in un contesto aziendale, potrebbe rivelarsi totalmente fallimentare se applicata in un altro.

Dalle “guidelines” alle “mindlines”: Knowledge management e progettazione organizzativa in sanità

Fausto DI VINCENZO, Daniele MASCIA

In sanità si affermano nuovi modelli organizzativi incentrati sul paziente e sui percorsi di cura che richiedono elevati livelli di integrazione tra professionisti altamente specializzati. “Guidelines” e “mindlines” svolgono un ruolo chiave nella (ri)progettazione organizzativa e nella gestione della conoscenza. Il presente articolo analizza il loro ruolo discutendone implicazioni per amministratori e policymakers.

Introduzione

Una delle principali sfide delle organizzazioni sanitarie moderne è sapere utilizzare in modo efficace la conoscenza disponibile. Le organizzazioni sanitarie sono di tipo knowledge-based, poiché la loro capacità di rispondere ai bisogni di salute dei pazienti dipende dal patrimonio di conoscenze e da come esso viene utilizzato per risolvere i problemi clinici. I bisogni dei pazienti sono soddisfatti nella misura in cui le conoscenze a disposizione sono utilizzate e veicolate nei comportamenti individuali di medici, infermieri e altri professionisti sanitari. La progettazione organizzativa in questo campo deve rispondere al delicato problema di come facilitare comportamenti tesi ad un “corretto” utilizzo di conoscenze.

L’individuazione di modelli efficaci in questo settore non è compito facile, considerando le numerose idiosincrasie che lo caratterizzano.

Per prima cosa, si osserva una elevata distribuzione e frammentazione delle conoscenze, soprattutto di natura clinica (Nicolini et al., 2008). I clinici, ad esempio, pur lavorando quotidianamente in setting ospedalieri o territoriali (Asl etc.) appartengono a comunità professionali più ampie, nelle quali vengono condivise conoscenze, valori, credenze ed attitudini che contribuiscono a plasmarne i comportamenti quotidianamente messi in campo. Il problema della frammentazione appare esacerbato dalla diversità di gruppi professionali cui i singoli appartengono, e che spesso coesistono all’interno delle organizzazioni sanitarie. La letteratura ha documentato a riguardo che esiste una generalizzata difficoltà nel trasferimento di conoscenze tra soggetti appartenenti a diversi gruppi professionali come, ad esempio, infermieri e medici, o manager e medici (Ferlie et al., 2005). Sappiamo inoltre che i singoli professionisti fanno ricorso a elevati livelli di responsabilità, indipendenza e autonomia professionale nelle decisioni quotidianamente messe in atto nelle proprie organizzazioni, a fronte della responsabilità individuale che mantengono nei confronti del paziente (Friedson, 2001).

Il secondo problema riguarda la proliferazione di conoscenze, informazioni e dati di natura clinica. La medicina moderna è caratterizzata da un ritmo sostenuto di sviluppo di nuove conoscenze e innovazioni (nuovi farmaci, dispositivi medici, apparecchiature robotiche etc.). Una delle difficoltà principali in questo contesto riguarda la capacità di usare e gestire la mole di conoscenze e innovazioni generate quotidianamente. In uno studio pubblicato sull’Harvard Business Review qualche anno fa, Davenport e Glaser (2002) descrivono la situazione reale in cui si imbatte il dott. Bob Goldszer, il quale per essere aggiornato deve documentarsi su oltre 10000 malattie e sindromi, e “fare i conti” con oltre 400000 articoli pubblicati ogni anno nella letteratura biomedica. In altre parole, se la conoscenza clinica viene generata ad un ritmo di questo tipo, diventa molto difficile – per non dire impossibile – avere un aggiornamento costante e completo sulle innovazioni disponibili nel settore.

Il terzo problema riguarda la natura delle conoscenze a disposizione, e come queste sono quotidianamente messe in campo per sostenere le decisioni cliniche finalizzate a risolvere i problemi dei pazienti. Il paradigma del knowledge management tipicamente ha dato ampio spazio alla rilevanza strategica delle conoscenze tacite. Le conoscenze individuali – si afferma – sono in parte esplicite, ovvero codificabili in forma alfanumerica, ed in parte tacite,

ovvero basate sulla esperienza. Per essere trasferite queste conoscenze devono essere socializzate attraverso delicati processi di interazione interpersonale che consentano un passaggio “di livello”, da quello individuale a quello di gruppo, organizzativo o addirittura inter-organizzativo. Nelle organizzazioni sanitarie questa discussione assume toni molto diversi, ed è calata all’interno del paradigma dell’evidence-based medicine (EBM). Tale paradigma afferma come vi sia un ampio, e probabilmente eccessivo, utilizzo di euristiche nei processi decisionali individuali e organizzativi, a dispetto dello stock di conoscenze esplicite disponibile sotto forma di articoli scientifici, review sistematiche della letteratura, ed altra documentazione di settore. Le decisioni, e quindi la risposta fornita dall’organizzazione ad un problema sanitario, tengono conto soltanto in parte dell’evidenza disponibile. Al contrario, in larga parte, essa appare intrisa di elementi soggettivi che attingono al bagaglio esperienziale del singolo, dei gruppi e/o dell’intera organizzazione. Un’implicazione importante è che la pratica clinica sembra ancora poggiare in gran parte sulla formazione e sull’esperienza del medico, piuttosto che sull’evoluzione delle conoscenze disponibili.

L’ampio utilizzo di conoscenze tacite rispetto a quelle esplicite nelle decisioni quotidianamente adottate dai clinici sembra legato soprattutto ad una generalizzata preferenza verso le conoscenze disponibili “localmente”. La conoscenza evidence-based è per certi versi astratta e decontestualizzata rispetto a quella che può invece riguardare uno specifico contesto organizzativo (Nicolini et al., 2008). Nella sanità, individui e organizzazioni preferiscono decidere basandosi su conoscenze più “prossime”, ovvero legate ai problemi già affrontati e alle routine disponibili in quel contesto, piuttosto che attingere ad evidenze prodotte – seppure in modo robusto – in altri contesti e/o situazioni. In uno studio etnografico durato oltre due anni presso due unità di cure primarie inglesi, Gabbay e le May (2004) rilevano che i clinici nella pratica quotidiana si basano fortemente sulle “mindlines” piuttosto che sulle linee guida, o “guidelines”. La dicotomia è quanto mai appropriata e rievoca il dualismo sopra richiamato tra conoscenze esplicite e tacite.

Considerate la rilevanza del tema e le numerose implicazioni che ne possono scaturire in termini di progettazione organizzativa e di gestione delle persone, lo scopo del presente contributo è quello di richiamare i tratti salienti dello studio di John Gabbay e Andr e le May intitolato “*Evidence based guidelines or collectively constructed “mindlines?” Ethnographic study of knowledge management in primary care*”, pubblicato nel 2004 sulla prestigiosa rivista British Medical Journal. Lo studio si articola come segue. Il paragrafo seguente richiama le motivazioni alla base dell’adozione di linee guida nelle organizzazioni sanitarie. In seguito, viene introdotto il tema delle relazioni sociali, approfondendo il ruolo fondamentale che esse svolgono sia per lo scambio di pareri e conoscenza tra professionisti che per la diffusione di norme, valori e comportamenti dentro le organizzazioni. Il tema dei network e delle relazioni sociali fa da apripista per introdurre e definire nel paragrafo seguente il costrutto teorico delle “mindlines”, e di come esso differisca da concetti gi a noti in letteratura come ad esempio euristiche o comunit  di pratica. Infine, il paragrafo conclusivo propone riflessioni e suggerimenti utili ai manager su come progettare organizzazioni sanitarie che siano in grado di integrare persone e conoscenze attorno ai processi di cura principali che esse sono chiamate a soddisfare.

L’uso delle linee guida

Negli ultimi decenni si   assistito a una proliferazione nella definizione di linee guida e/o protocolli diagnostico-terapeutici all’interno delle organizzazioni sanitarie. L’adozione di tali strumenti   stata guidata dalla volont  di standardizzare le conoscenze e garantire un maggiore coordinamento tra i diversi professionisti che intervengono nella cura del paziente. Attraverso la standardizzazione, infatti, i percorsi di diagnosi e cura sono tradotti e trascritti all’interno di “codici organizzativi” che riducono la varieta indesevole nella pratica clinica, possono essere condivisi e formalizzati ed essere applicati per una quota ampia di pazienti assistiti. Essendo definiti per iscritto compiti, tempi, metodi e strumenti da impiegare nei processi di cura, di riflesso si ottengono una maggiore chiarezza nelle responsabilit  ed un migliore coordinamento tra i diversi attori.

Tuttavia, uno dei pi  grandi studiosi di organizzazione aziendale, Henry Mintzberg, in un articolo pubblicato assieme a Sholom Glouberman nel 2001 sulla rivista Health Care Management Review, ha criticato e messo in discussione questo eccessivo ricorso alla standardizzazione nella sanit  moderna. Gli autori affermano che sono

finiti i tempi in cui le burocrazie professionali in sanità possono essere coordinate semplicemente con il ricorso alla standardizzazione delle capacità e dei processi di cura. Essi sostengono che nei giorni nostri il lavoro del medico non può più consistere nel classificare ed etichettare la patologia del paziente all'interno di una specifica categoria, de-contestualizzando e de-personalizzando rispetto allo stesso (famosa e molto indicativa la frase, "il cuore nella stanza n°5"). A causa dei problemi spesso imprevedibili e della possibile presenza di comorbidità, ai medici è richiesto di coordinarsi non più mediante strumenti scritti bensì attraverso adattamento reciproco, collaborazione, scambio di conoscenza tra pari, comunicazioni informali e gruppi di lavoro che integrino differenti capacità e competenze (Mintzberg and Glouberman, 2001; p. 75).

Ogni paziente ha una propria storia clinica che deve essere presa in considerazione, e diventa sempre più difficile ricondurre tutte le possibili casistiche all'interno di percorsi di cura standardizzati. Secondo i risultati di uno studio condotto da Stephen Morris (2003), solo il 10-20% dei casi che tipicamente un medico affronta possono essere curati impiegando un approccio esclusivamente basato su una teoria evidence-based o su un protocollo di cura. Per risolvere tutti gli altri casi, i medici devono attingere dalla propria esperienza pratica o da quella dei colleghi e contestualizzare rispetto al dato paziente. In linea e ad integrazione di questi risultati, Gabbay e le May (2004) riscontrano che i clinici nella pratica quotidiana raramente utilizzano linee guida per la risoluzione di problemi in tempo reale. Essi compiono solo brevi letture su riviste specializzate e non cercano mai informazioni su piattaforme online di condivisione della conoscenza o database informatizzati. I medici, inoltre, eseguono anche meticolosamente i corsi di formazione, ma trovano la rilevanza di tale attività variabile e discutibile. Infine, gli stessi autori mostrano che solo nei seguenti (rari) casi i medici utilizzano linee guida: per trovare conferma delle proprie idee qualora si presenti una problematica nuova, poco familiare o un caso clinico particolare; per fornire spiegazioni al paziente; in preparazione di una riunione di lavoro.

Il ruolo delle relazioni sociali

Se è vero quanto descritto nel paragrafo precedente, allora i medici da dove attingono le informazioni per prendere le decisioni riguardanti le cure da intraprendere? Gabbay e le May (2004) evidenziano il ruolo preminente svolto dal parere e dalle esperienze dei colleghi, che i medici stessi considerano la fonte più fidata. I risultati del loro studio dimostrano, infatti, come la principale forma di aggiornamento dei medici sia costituita dalla partecipazione a network professionali con altri medici, ovvero i cosiddetti "advice networks". Inoltre gli stessi autori dimostrano come la necessità di aggiornamento continuo, il bisogno di accedere a molteplici tipologie di conoscenza e spesso la mancanza di tempo per rivedere e combinare rigorosamente tutte le risorse di conoscenza, inducano i medici ad attuare strategie di apprendimento integrate sul posto di lavoro. In questa chiave, anche lo "storytelling" riveste un ruolo di primo piano come meccanismo di trasferimento della conoscenza. La conoscenza medica richiede di essere sempre più basata su casi reali, sull'esperienza. Storie e aneddoti che hanno a che fare con la realtà delle cure (esperienze dirette dei membri del network), spesso raccontate spontaneamente, rappresentano una modalità chiave per scambiare conoscenza all'interno dei network di medici.

Un'altra fonte di conoscenza di natura relazionale e che assume rilevanza è rappresentata dai cosiddetti "opinion leader", ovvero persone che influenzano il comportamento dei propri pari in virtù del prestigio e status di cui godono all'interno di una comunità professionale. Il concetto di opinion leader è noto a quanti operano nel marketing – al fine di favorire rapida diffusione ai nuovi prodotti disponibili ci si riferisce dapprima ai soggetti più influenti in un campo o settore.

Ulteriore e ultima fonte relazionale che assume rilevanza, seppur con molta cautela, è rappresentata dagli interventi dei rappresentanti delle aziende farmaceutiche, che con la loro "lay knowledge", cioè la conoscenza derivante dall'esperienza, spesso propongono soluzioni a problemi di cura complessi.

Le "mindlines"

Le “mindlines” sono linee guida tacite, sviluppate grazie a processi di socializzazione che si sviluppano nel corso del tempo (Gabbay e le May, 2004). Queste risorse intuitive sono maggiormente confacenti alle caratteristiche intrinseche della pratica clinica rispetto a linee guida scritte, esplicite. Infatti la complessità dell’arte della pratica clinica, derivante dall’applicazione di ogni routine acquisita alle circostanze variabili e spesso complicate dei singoli casi, comporta che essa necessariamente poggi su conoscenze tacite anziché su conoscenze codificabili in maniera comprensiva in documenti scritti. A riguardo Gherardi (2000; p. 213) sostiene che “nella pratica organizzativa il conoscere e il fare sono intrecciati nell’azione pratica e nelle situazioni di scelta di senso comune. Le pratiche situate sono al tempo stesso preriflessive (dipendenti da assunti non formulati e dalla conoscenza condivisa per la produzione sociale di senso e di azione collettiva) e riflessivamente costitutive del contesto in cui scaturiscono”.

Le “mindlines” costituiscono dunque una particolare forma di conoscenza esperienziale, legata soprattutto alla continua azione di interpretazione e contestualizzazione della conoscenza realizzata attraverso il network di relazioni professionali del clinico. La rete non coinvolge soltanto i colleghi specialisti, ma anche i pazienti e le altre figure professionali con cui il professionista interagisce localmente e quotidianamente (rappresentanti delle aziende farmaceutiche, membri della direzione sanitaria, etc.). Le conoscenze vengono dunque in parte “setacciate” e filtrate attraverso il network, che quindi consente di vagliare le informazioni e di contestualizzarle nel proprio ambito di riferimento. Il network tuttavia è esso stesso fonte di nuove conoscenze, che si aggiungono e si combinano a quelle già disponibili a livello individuale. Nel complesso, l’interazione favorisce lo sviluppo di “mindlines”, giudicate utili e per questo incorporate nella pratica clinica quotidiana e nelle risposte che le organizzazioni routinariamente forniscono ai pazienti.

Gabbay e le May (2004) tengono a precisare inoltre che il costrutto da loro proposto delle “mindlines” è cosa molto più complessa rispetto a concetti già noti e largamente studiati in letteratura quali le “euristiche” o le “rule of thumb”. Le prime rappresentano genericamente un metodo di approccio alla soluzione dei problemi che non segue un chiaro percorso, ma che si affida soprattutto all’intuito e allo stato temporaneo delle circostanze. Le seconde rappresentano linea guida o principi di carattere generale, spesso dedotti dall’esperienza, indicati come validi e generalmente utilizzabili nella maggior parte dei casi. Gli autori definiscono queste delle mere e semplici scorciatoie cognitive utilizzate quando i medici devono prendere delle decisioni. Le “mindlines”, invece, sono costrutti più complessi e composti da sequenze apprese e internalizzate di pensieri e comportamenti, spesso difficili da articolare e descrivere, basate e formatesi su interazioni sociali e relazioni professionali. Non è sorprendente, dunque, che si ricorra a esse soprattutto nelle professioni knowledge based, come quella medica, in cui il clinico spesso non ha il tempo o non possiede tutte le capacità/possibilità necessarie per effettuare revisioni sistematiche della letteratura e/o combinare tutte le diverse fonti informative di conoscenza. La vera abilità in questo caso risiede nell’aver la capacità di apprendere da fonti affidabili di conoscenza, sia individualmente sia lavorando all’interno di una comunità di pratica.

Conclusioni e implicazioni per la progettazione delle organizzazioni sanitarie

La compresenza di guidelines e mindlines ha delle implicazioni per la progettazione organizzativa nel settore sanitario, che affronta sempre più il paradosso di richiedere specializzazione e, al tempo stesso, l’integrazione tra vari ambiti specialistici. Gli alti livelli di specializzazione permettono una maggiore focalizzazione degli operatori e lo sviluppo di conoscenze approfondite, generando tuttavia a livello organizzativo una maggiore differenziazione e frammentazione delle competenze. L’evoluzione del quadro epidemiologico e il diffondersi di patologie cronicodegenerative (ad esempio, diabete, patologie neurodegenerative e oncologiche) richiedono tuttavia fabbisogni di coordinamento più elevati rispetto al passato e la necessità di integrare saperi specialistici.

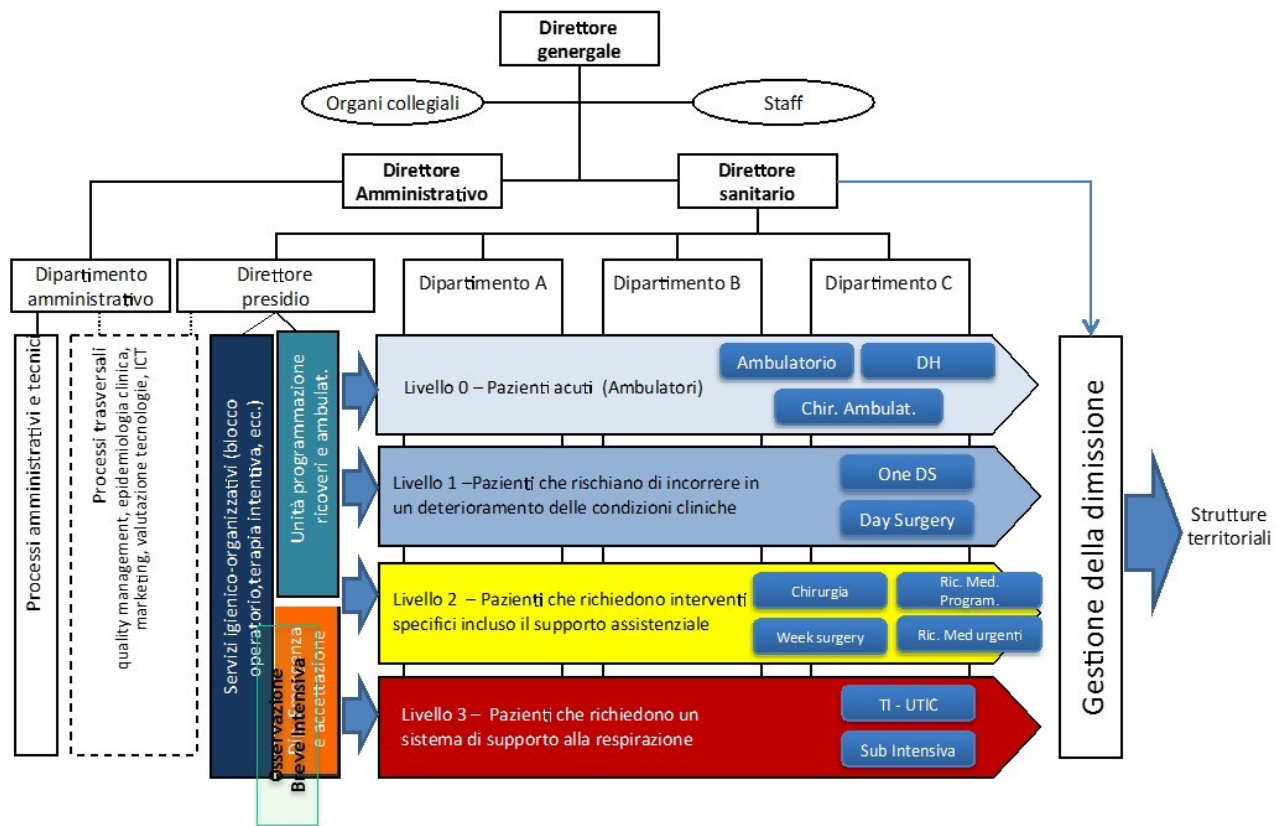


Figura 1 - Progettazione organizzativa secondo le "pipelines"

La risposta dei manager della sanità a questo paradosso non si è fatta attendere. Negli ultimi anni abbiamo assistito ad un sostenuto ritmo di innovazione organizzativa, caratterizzata dal progressivo abbandono dei tradizionali modelli di tipo funzionale e dall'adozione di forme strutturali di tipo "patient-centered". Per la verità le soluzioni adottate sono state numerose e diversificate, molte delle quali ascrivibili a forme organizzative "ibride" nelle quali si sono di volta in volta bilanciate specializzazione verticale e coordinamento orizzontale sulla base di varie contingenze di tipo strategico, culturale e istituzionale.

A livello ospedaliero, ad esempio, si è assistito allo spostamento da modelli organizzativi di tipo funzionale verso forme più evolute quali, per esempio, il modello multidivisionale che attribuisce maggiore rilevanza alla dimensione prodotto-processo e consente quindi un più adeguato soddisfacimento dei bisogni dell'utenza (Cicchetti, 2012). Un primo esempio strutturale patient-centered è dato dal modello per intensità e complessità delle cure. In questo modello l'attenzione è concentrata sul percorso (flusso) del paziente (Figura 1). I percorsi – o pipelines – sono differenziati in relazione all'intensità di assistenza necessaria ed i processi clinici sono tipicamente governati all'interno setting assistenziali differenziati (day hospital, day surgery, one day surgery, week surgery, etc.) in relazione all'intensità dell'assistenza richiesta per il trattamento dei pazienti. In questo modello la definizione delle pipelines è progettata per stimolare l'adozione di forme innovative di "patient pooling".

Sebbene innovative, queste strutture agiscono soprattutto sui flussi di pazienti, ma difficilmente anche sui flussi di conoscenze connesse alla cura dei pazienti. È questa una differenza sostanziale rispetto a strutture organizzative innovative che fanno un ulteriore passo "in avanti", spostando il baricentro dell'organizzazione sulla dimensione orizzontale più che su quella verticale. Nel modello "orizzontale" (o practice service units) le strutture verticali (dipartimenti) sono "sfumate" e diventano meri contenitori di competenze omogenee. Le responsabilità di governo dei processi di assistenza sono affidate a team clinici chiamati a governare percorsi assistenziali definiti in un "protocollo" sotto il coordinamento di un team leader (Figura 2). Ad ogni team corrisponde un gruppo di pazienti omogenei in relazione al percorso di diagnosi e cura. L'enfasi del modello è posta sulla continuità dell'assistenza e dei percorsi di cura, prevedendo strumenti e meccanismi che condividano risorse e team multidisciplinari.

Nonostante la loro proliferazione, l'evidenza circa l'efficacia di questi modelli resta isolata a singoli casi e comunque non sistematica. Sappiamo che l'adozione di nuovi modelli e il cambiamento radicale costituiscono

processi lenti che restano molto spesso incompiuti (McNulty e Ferlie, 2004). L'adozione di nuovi comportamenti e pratiche innovative si scontra quasi sempre con l'inerzia legata alle routine precostituite. In questo contesto svolgono un ruolo importante le "mindlines" – la presa delle decisioni è infatti affidata a conoscenze che circolano all'interno di una comunità sulla base di relazioni professionali caratterizzate da fiducia e reciprocità. Ciò ha due effetti principali. Primo, la conoscenza si cristallizza e diventa "appiccicosa" (o "sticky"), ovvero difficile da trasferire al di fuori di uno specifico contesto o comunità. Il secondo problema è che le conoscenze che fluiscono all'interno dei network professionali rischiano di diventare ridondanti ostacolando l'innovazione. Reti professionali forti e coese facilitano la circolazione di conoscenze tra gli attori che ne fanno parte ma, al contempo, limitano la capacità di interiorizzare nuove conoscenze e pratiche che provengono da altre fonti esterne (si parla a proposito anche di "effetto eco" generato all'intero di social network di questo tipo). Gli interventi di ristrutturazione organizzativa, tesi a favorire ad esempio l'adozione di particolari pipelines o guidelines, sono dunque sovente neutralizzati da comportamenti professionali e conoscenze affidati alle "mindlines", che appaiono resistenti al cambiamento.

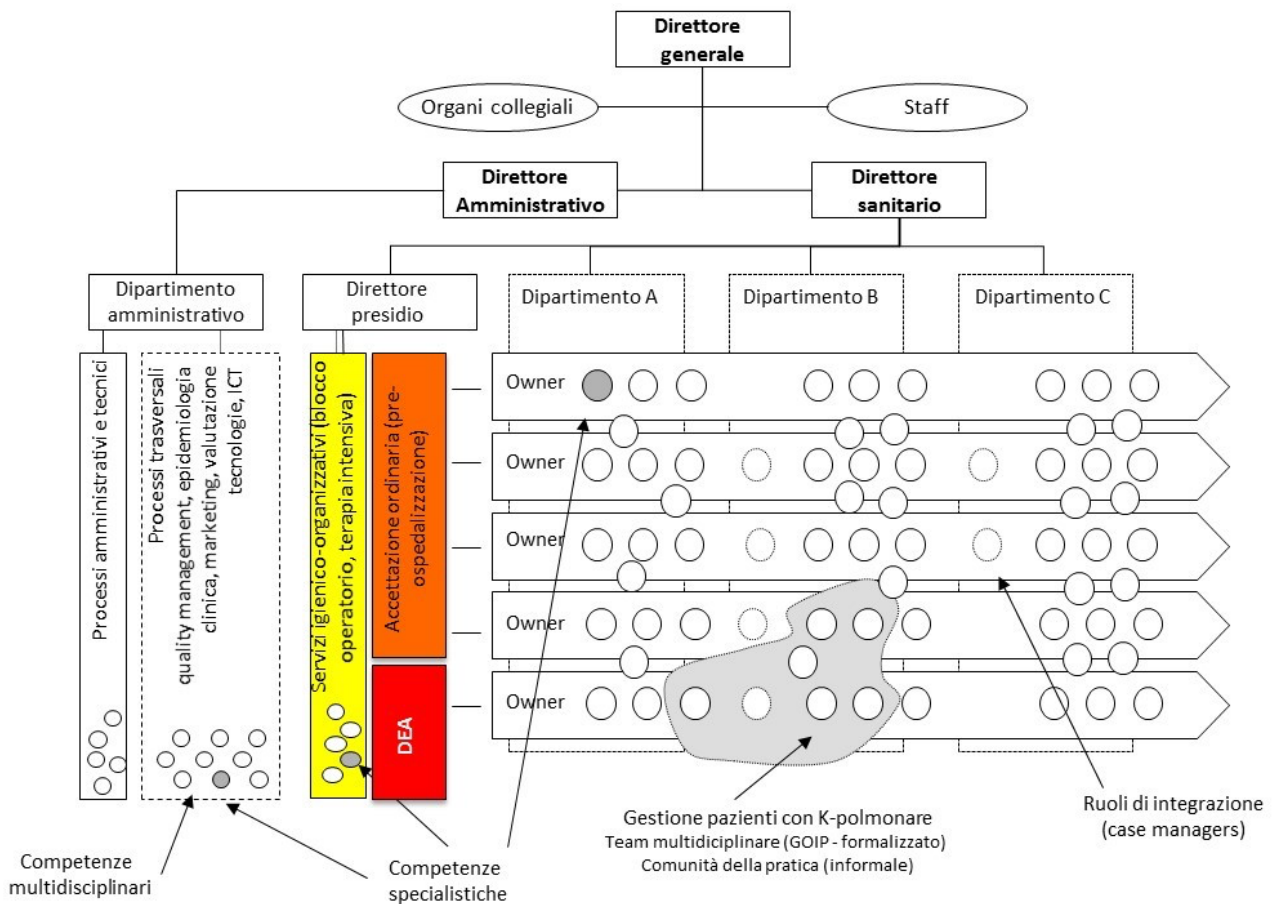


Figura 2 – Progettazione organizzativa secondo le "mindlines" – Fonte: Cicchetti, 2012

Nella progettazione delle organizzazioni sanitarie il ruolo delle "mindlines" resta ancora piuttosto marginale; i manager sembrano più spesso intenti ad agire su leve quali pipelines e guidelines. Il presente articolo suggerisce l'importanza di considerare anche le "mindlines" nelle azioni di (ri)progettazione organizzativa. Prima di tutto è importante mappare le "mindlines", ovvero le comunità e le reti a cui ci si affida e che influenzano i processi decisionali dentro l'organizzazione. La mappa può essere ricostruita attraverso la social network analysis, una tecnica preziosa in grado di aiutare a conoscere le relazioni informali e le strutture di rete all'interno delle organizzazioni. Le reti sociali includono persone che si rivolgono l'una all'altra in cerca di aiuto, consigli, informazioni e supporto, indipendentemente dal fatto che facciano parte o meno dello stesso gruppo di lavoro. La mappa può essere molto utile per comprendere come e in quale direzione (ri)progettare percorsi, team, task force ed interi organigrammi aziendali. La mappa consente inoltre di individuare gli opinion leader – ovvero coloro che sono in grado più di altri di influenzare le decisioni e i comportamenti degli attori che appartengono ad una organizzazione o comunità. Studiare chi sono questi soggetti ed il loro bagaglio di conoscenze ed esperienze può

diventare un obiettivo primario per quanti intendano modificare – realmente, e non solo nella forma – comportamenti e decisioni consolidati nella pratica clinica. In questa direzione il management deve considerare che “tempo e spazio” assumono particolare rilevanza, in quanto i) le reti appaiono fluide e modificabili, e ii) la prossimità sia geografica che operativa favorisce la mobilitazione ed il trasferimento di conoscenze diversificate. Interventi organizzativi che coinvolgano operatori e pazienti, supportati dalla social network analysis, possono essere di prezioso aiuto al management nello sviluppo di nuove “mindlines”, favorendo un tessuto relazionale in cui le decisioni possano essere più efficaci.

Bibliografia

Cicchetti, A. (2012). *I dipartimenti ospedalieri nel servizio sanitario nazionale. Origini, evoluzione, prospettive*. Milano: Franco Angeli.

Davenport, T., and Glaser, J. (2002). Just-in-Time Delivery Comes to Knowledge Management. *Harvard Business Review*, 80(7), 107-111.

Ferlie, E., Fitzgerald, L., Wood, M., & Hawkins, C. (2005). The (non) spread of innovations: The mediating role of professionals. *Academy of Management Journal*, 48(1), 117-134.

Freidson, E. (2001). *Professionalism: The third logic*. Cambridge: Policy Press.

Gabbay, J., & le May, A. (2004). Evidence based guidelines or collectively constructed “mindlines”? Ethnographic study of knowledge management in primary care. *British Medical Journal*, 329, 1013-6.

Gherardi, S. (2000). Practice-based Theorizing on Learning and Knowing in Organizations. *Organization*, 7(2), 211-223.

Glouberman, S., & Mintzberg, H. (2001). Managing the care of health and the cure of disease – Part II: Integration. *Health Care Management Review*, 26(1), 70-84.

McNulty, T., & Ferlie, E. (2004). Reengineering health care – The complexities of organizational transformation. *International Public Management Journal*, 7(1), 133-137.

Morris, S. (2003). Contagion. *Review of Economic Studies*, 67(1), 57-78.

Nicolini, D., Powell, J., Conville, P., & Martinez-Solano, L. (2008). Managing knowledge in the healthcare sector: A review. *International Journal of Management Reviews*, 10(3), 245-263.

PUNTI DI VISTA

Innovare o perire: le sfide organizzative nel “Teatro delle Cure”

Amerigo CICHETTI, Irene GABUTTI

Una medicina tecnologica, complessa e costosa. Questo è ciò che le nuove generazioni di medici e manager sanitari si trovano di fronte. Un teatro delle cure sempre più complicato dove l'innovazione organizzativa è l'unica strada per la sostenibilità.

E' possibile salvare la medicina?

In molti paesi industrializzati ci si interroga sulla sostenibilità dei sistemi sanitari. Che ci si trovi in un sistema universalistico come il nostro, che spende quasi il 9% del PIL per la salute (tra pubblico e privato) o in un sistema di mercato come quello USA dove la spesa ha raggiunto il 17% del PIL, l'interrogativo è sempre lo stesso. Il sistema economico è in grado di sostenere le spese di una sanità sempre più tecnologica e costosa? La crescita della spesa sanitaria spinta dall'evoluzione demografica ed epidemiologica e dall'innovazione tecnologica è veramente inarrestabile? E' possibile che il modo in cui l'assistenza viene erogata e gestita possa essere migliorato in modo tale da rendere i sistemi “sostenibili” nel tempo? Atul Gawande, Professore di Medicina ad Harvard, in un famoso “Ted Talk” (<https://www.ted.com/>) ha posto la domanda cruciale: è possibile salvare la medicina?

Secondo Gawande il nostro modello di gestione delle cure è oramai in difficoltà perché continuiamo a gestire i processi di cura secondo le stesse logiche che si utilizzavano ai tempi dell'introduzione della penicillina, nel 1937. Una medicina poco costosa perché con poche soluzioni, amministrata da medici che operavano come degli “artigiani”, armati di coraggio, indipendenza ed autonomia. A quei tempi gli ospedali non assicuravano soluzioni certe ma pochi strumenti in un ambiente caratterizzato da un po' di calore umano e una attenta assistenza infermieristica. L'armamentario diagnostico terapeutico che negli anni '30 era fatto di poche decine di opzioni oggi si compone di oltre 4000 procedure chirurgiche e 6000 farmaci. Solo nel 1970 la cura di un malato in ospedale prevedeva la collaborazione, in media, delle competenze di 4 full time equivalent: oggi la media è salita a 15. Quello che era un lavoro da artigiano (o da cow-boy, secondo Gawande) è oggi un lavoro da svolgere in team dove le competenze individuali – profondamente frammentate – vanno ricomposte in percorsi di diagnosi e cura che utilizzano mezzi costosi su un “oggetto” di lavoro particolarmente delicato: la persona umana.

E' evidente come le dotazioni tecnologiche disponibili e le competenze dei singoli professionisti siano importanti per gli esiti nelle cure. Ma abbiamo altrettanta certezza ed evidenze che l'organizzazione del lavoro può fare la differenza e il coinvolgimento dei medici nel disegnare “l'organizzazione” delle cure sia fondamentale. Tre sembrano essere le competenze fondamentali oggi richieste ad un buon medico nella medicina “organizzata”:

- la capacità di collegare gli esiti di salute con gli interventi adottati ponendosi costantemente il problema di quali combinazioni di risorse generano più valore; questa è la prospettiva che oggi chiamiamo “value based healthcare”;
- la seconda competenza richiesta è quella del “problem solving”, ovvero l'attitudine all'osservare i problemi che emergono nei processi di cura per trovare delle soluzioni creative per il loro miglioramento. Un caso eclatante è rappresentato da quei medici che sono riusciti ad ottenere dall'uso delle check list pre-chirurgiche (di ispirazione aeronautica) una riduzione degli errori in sala operatoria del 47% e una riduzione della mortalità fino al 35% (dati WHO);
- la terza competenza è legata all'“implementazione” dei cambiamenti e ha a che fare con la leadership; il medico è l'unico attore, nel “teatro delle cure”, in grado di coinvolgere gli altri spiegando l'utilità di un cambiamento garantendo così il suo compimento.

Queste tre competenze, certamente non le uniche di un buon medico, suggeriscono però che la medicina di oggi non si fonda su coraggio, indipendenza ed autonomia, ma al contrario su umiltà, disciplina e lavoro di gruppo. Un cambiamento paradigmatico che ha bisogno di uno stravolgimento nei modi di lavorare in ospedale e fuori di esso.

L'attenzione posta sui percorsi di innovazione organizzativa nel settore della salute è significativa e crescente sia nell'ambito accademico che in quello professionale ed istituzionale.

Gli studiosi, in ambito organizzativo e manageriale, hanno visto negli ospedali uno dei campi più sfidanti per testare le proprie teorie e verificarne la validità.

L'importanza che i servizi sanitari rivestono nei sistemi di welfare di tutti i paesi del mondo, gli importanti investimenti che richiamano, l'innovazione tecnologica che stimolano e l'attenzione politica che su di essi viene posta, pongono il settore "salute" sotto osservazione per gli operatori del settore e i manager che in esso operano (Ribera et al. 2016).

Il contesto del Servizio sanitario nazionale tra innovazione e sostenibilità

In Italia, come in altri paesi dotati di sistemi sanitari pubblici ad impronta universalistica, l'esigenza di conciliare bisogni di salute crescenti e limitate risorse disponibili, sta imponendo percorsi di riorganizzazione e riforma a volte anche drammatici. In alcuni paesi Europei (come la Spagna) i governi hanno dovuto scegliere la strada del "razionamento" delle prestazioni per specifiche popolazioni rinunciando di fatto al carattere universalistico del proprio sistema di welfare.

In Italia, nel tentativo di mantenere il carattere universale dell'Ssn sono stati intraprese azioni in diverse direzioni:

- L'imposizione di stringenti piani di rientro dal deficit per le regioni in condizioni finanziarie di forte squilibrio spesso tesi a spostare il baricentro dell'attività dall'ospedale al territorio soprattutto per la gestione delle condizioni croniche;
- il blocco del turn-over del personale per riequilibrare la forza lavoro con le reali esigenze del sistema;
- l'applicazione della disciplina della *spending review* per eliminare le variabilità che caratterizzano l'acquisizione dei beni e dei servizi in sanità;
- la parallela centralizzazione degli acquisti per beni e servizi in sole 33 stazioni appaltanti;
- un intervento significativo sulla spesa per i farmaci attraverso l'adozione di approcci stringenti nella fase di definizione del prezzo e delle condizioni di rimborso, favorendo l'uso dei farmaci generici, imponendo dei tetti globali alla spesa farmaceutica e al fatturato delle singole aziende;
- l'imposizione di tetti globali per l'acquisto di dispositivi medici;
- l'introduzione della disciplina dei piani di rientro "aziendali" previsti dalla Legge di Bilancio 2017 per ospedali e Asl in squilibrio finanziario e con parametri di performance operativa inadeguati rispetto agli standard.

Molti di questi interventi puntano a generare efficienza nel sistema sanitario chiedendo uno sforzo a coloro che offrono i fattori produttivi al sistema: l'industria biomedica, gli ospedali accreditati, il personale (vedi blocco del turn over). Secondo molti osservatori il nostro sistema non è più in grado di recuperare efficienza operando sui fattori della produzione ed è oramai indispensabile operare per innovare il sistema nei suoi assetti organizzativi e nei suoi processi operativi.

Questa è la sfida dell'innovazione organizzativa che presuppone una trasformazione radicale nei modelli organizzativi, nella gestione dei processi di cura, nei sistemi di gestione delle performance, nelle competenze professionali degli operatori e nella loro cultura organizzativa (Lega, De Pietro 2005).

Dove va l'innovazione organizzativa in sanità?

Anche l'Università Cattolica del Sacro Cuore (attraverso il Cerismas, Centro di ricerche e studi sul management sanitario) ha investito le sue competenze multidisciplinari per avviare un programma di ricerca pluriennale che punta alla comprensione dei percorsi dell'innovazione organizzativa in campo sanitario ed ospedaliero traguardando l'orizzonte del 2020. Il programma di ricerca ha preso le mosse da una analisi sistematica della letteratura (Gabutti et al. 2017) che ha poi permesso di testare alcune ipotesi grazie allo sviluppo di una molteplicità di casi di studio a livello nazionale ed internazionale sulle più svariate forme di innovazione organizzativa nel contesto ospedaliero (Gabutti, Cicchetti 2017).

L'analisi svolta durante il 2016 ha permesso di individuare 3 pilastri del dell'innovazione organizzativa in campo sanitario e 4 driver che accelerano la transizione verso le nuove forme. I pilastri del cambiamento sono tre:

- progressive patient care;
- patient centred care;
- lean management.

Il raggiungimento di queste innovazioni è facilitato da specifici e mirati investimenti realizzati in quattro ambiti (drivers/enablers);

- lo sviluppo delle competenze;
- la selezione e la gestione delle tecnologie sanitarie;
- la raccolta dei dati e il governo dell'informazione;
- il governo della performance;

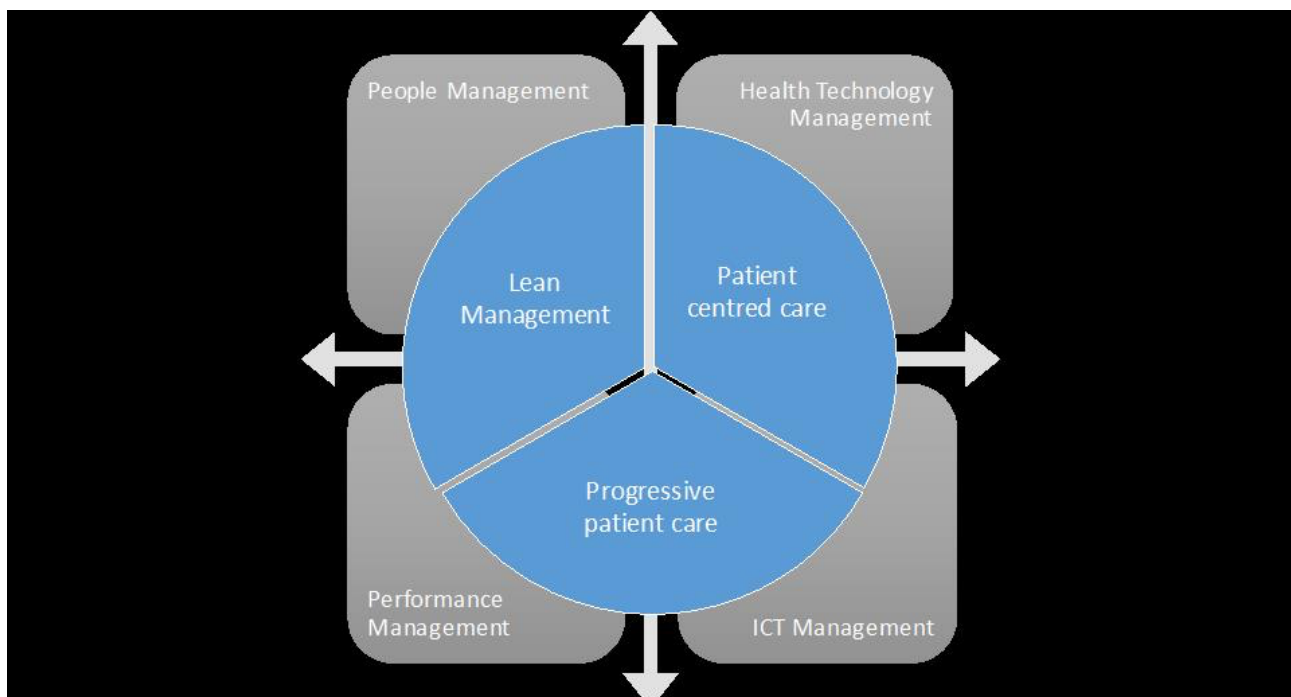


Figura 1. I pilastri e i driver dell'innovazione organizzativa in sanità

I pilastri del cambiamento

Il percorso del cambiamento che sembra caratterizzare gli ospedali e le altre organizzazioni sanitarie, risulta dall'interazione dei tre pilastri che si realizza in modi, forme e tempi diversi in relazione ai contesti di riferimento.

Progressive patient care (PCC)

I principi della progressive patient care non sono certo nuovi nel contesto sanitario (Raven 1962). Già alla fine degli anni '50 presso la Johns Hopkins University a Baltimora, il modello veniva sperimentato per la migliore gestione dei pazienti in un contesto accademico. Il modello, agli inizi del nuovo millennio, è stato riadattato alle esigenze di un sistema sanitario universalistico come quello Britannico e velocemente ha iniziato ad ispirare nuovi modelli progettuali degli ospedali sia sotto il profilo architettonico che organizzativo. L'evoluzione verso la PPC esprime la tendenza al superamento dei vecchi approcci per la divisione del lavoro basati sulla presenza di strutture organizzative "verticali" (come i dipartimenti assistenziali) popolate da clinici con la medesima specializzazione che controllano risorse, tecnologie e persone. Questo superamento conduce a modelli orizzontali in cui le responsabilità organizzative non riguardano le strutture ma i percorsi di cura e i relativi esiti. Diverse sono le etichette che in letteratura sono riconducibili a questi approcci oltre a quello della PPC: "comprehensive critical care", "intensity of care models", "care-focused organizations" sono i labels più comunemente utilizzati per evidenziare questa tendenza. In particolare l'approccio prevede nuove forme di aggregazione dei pazienti e l'organizzazione dei processi di assistenza al paziente attorno al livello di criticità delle condizioni dei pazienti e all'intensità dell'assistenza infermieristica necessaria per affrontarle. L'approccio delinea una nuova disciplina nella divisione del lavoro tra medici ed infermieri, affidando ai primi le decisioni cliniche e la responsabilità del percorso di cura, mentre ai secondi, la gestione dell'assistenza e delle risorse infrastrutturali, tecnologiche ed umane.

Recentemente in Italia alcune Regioni come la Toscana, l'Emilia Romagna e la Lombardia, nell'avviare il proprio piano di ammodernamento della rete ospedaliera, hanno scelto modelli architettonici e funzionali che hanno permesso l'adozione di un modello per intensità delle cure (o PCC).

Patient centred model

L'approccio centrato sul paziente (Hernandez et al. 2013) è strettamente connesso al modello della "progressive patient care" e consiste in una "filosofia" che guida l'organizzazione a rivedere tutti i suoi sforzi nella prospettiva delle esigenze del paziente, rivoluzionando la più tradizionale visione che centra il focus organizzativo sul lato dell'offerta ovvero sul lato della competenze specialistiche del medico. In altre parole, se con il modello a cure progressive l'attività è organizzata all'interno di piattaforme orizzontali e non più nelle direzioni cliniche verticali, l'approccio patient centred ha a che fare con il modo in cui queste piattaforme vengono riempite con percorsi clinici orizzontali che determinano i flussi tempestivi e fluidificati. In questo approccio il modello organizzativo tende ad una ottimizzazione congiunta dei processi clinico-assistenziali di base e quelli di supporto in quanto corresponsabili della qualità delle cure e dell'efficienza operativa. Tra i principali processi di supporto da allineare con il percorso principale di cura, certamente appare critica la logistica del farmaco, il trasporto dei pazienti, la nutrizione, le attività di laboratorio e di imaging. E' chiaro che la qualità di questo allineamento è fondamentale in un contesto dove "produzione" e "consumo" sono simultanei, con servizi che devono essere resi nel momento preciso in cui questi vengono richiesti. Le implicazioni della trasformazione dell'organizzazione in una logica di processo sono diversi e investono le competenze professionali, le tecnologie biomediche, l'architettura dei sistemi informativi sanitari e il modo di misurare la performance.

Lean management

L'applicazione delle logiche lean all'organizzazione sanitaria è strettamente connessa ad un approccio centrato sul paziente e, a sua volta, a un modello di governo del paziente basato sulla progressività e l'intensità delle cure. Se infatti il modello progressivo di cura dei pazienti può essere considerato come un "contenitore organizzativo" e l'approccio centrato sul paziente come un insieme di percorsi per "riempire" tale contenitore, l'approccio lean fornisce tutti quegli strumenti tecnici che permettono ai primi due di interagire fra loro. Questo approccio appare particolarmente adatto in un contesto dove il modello richiede la gestione di flussi di pazienti ognuno caratterizzato da esigenze differenziate ma che transitano nell'ambito di piattaforme logistiche (es. il reparto di degenza) e piattaforme tecnologiche (es. le camere operatorie o i servizi radiologici) con il contributo di operatori diversi. La gestione lean, applicata alla sanità, consente al personale di prima linea di individuare i problemi e di elaborare soluzioni adeguate con un duplice beneficio in termini di efficacia delle cure ed efficienza nell'uso delle risorse. L'adozione di tali logiche è già ampiamente sperimentata con evidenze significative nell'ottimizzazione dei

servizi operatori e dei dipartimenti di emergenza in ospedali europei e statunitensi in particolare. Nell'ambito della ricerca svolta da Cerismas casi di un certo interesse sono stati analizzati in Italia (es. Istituto Clinico Humanitas), Svezia (Karolinska Institutet), Belgio (Ospedale Accademico di Lovanio).

I driver del cambiamento

Le tre pilastri del cambiamento si intrecciano producendo soluzioni organizzative tra le più differenziate e i casi fin qui analizzati mostrano l'emergere di forme estremamente variegata. Questa dinamica evolutiva è però spinta da fattori sottostanti che appaiono critici per dare al modello organizzativo la possibilità di realizzarsi in maniera compiuta: la tecnologia, le competenze, l'informazione e il controllo.

La velocità nell'intraprendere le tre direzioni del cambiamento dipende quindi dalla capacità di governo delle quattro dimensioni abilitanti e dagli approcci e strumenti adottati per realizzare tale governo.

Le competenze

Come in ogni organizzazione knowledge based, anche per gli ospedali la capacità di selezionare e sfruttare a pieno le competenze professionali dei collaboratori appare chiave per il conseguimento degli obiettivi. In un ospedale la questione appare particolarmente complicata dalla presenza di competenze frammentate e al tempo stesso approfondite che sono chiamate ad una cooperazione che si deve realizzare in modo rapido e tacito (come nel caso di un intervento di angioplastica coronarica in condizioni di emergenza). Nel muovere verso modelli organizzativi orientati ai processi, i soli a garantire l'integrazione tra competenze altrimenti così "distanti", appare fondamentale lo sviluppo di nuovi profili professionali sia a livello medico (es. il medico tutor o l'hospitalist) che infermieristico (es. il case manager o il nurse coordinator). Al tempo stesso l'adozione di un modello per cure progressive (PCC), impone lo sviluppo di competenze specifiche soprattutto per il personale infermieristico di coordinamento chiamato a gestire piattaforme tecnologiche e logistiche che caratterizzano l'ospedale per intensità di cure. Team work, leadership, competenze relazionali, capacità di influenzare le scelte dei clinici sono indispensabili per un infermiere per governare la complessità di un modello organizzativo fondato sulla PCC. Da ultimo, la possibilità di implementare soluzioni "lean" implica un significativo "empowerment" in figure spesso considerate ancillari (come appunto gli infermieri) che, in questo modello, sono chiamati a scovare i problemi (es. gli sprechi) progettando ed implementando le relative soluzioni.

La tecnologia

Nell'evoluzione verso ospedali "lean" (zero sprechi), orizzontali (patient centred) e a cure progressive (per intensità di cura), la tecnologia sanitaria deve essere selezionata, allocata e gestita in relazione all'apporto che questa fornisce in termini di "valore terapeutico" in relazione all'investimento economico necessario. Questo implica una nuova visione dell'"health technology assessment & management", in cui la selezione della tecnologia stessa è il risultato di un lavoro di squadra dove tutti i clinici impegnati nell'ambito del percorso (e non il singolo specialista), concorrono ad analizzare il reale contributo al percorso di cura unitamente ad infermieri e tecnici (es. ingegneri clinici e farmacisti). In questi contesti orientati all'azzeramento degli sprechi e alla ricerca del valore, è evidente che la valutazione deve essere integrata con gli aspetti economici e finanziari nella più tradizionale logica HTA.

L'informazione

La capacità di governo dei dati sanitari, amministrativi e tecnici e la loro sistematica integrazione e lettura è di fondamentale importanza per garantire lo sviluppo dei tre pilastri del cambiamento. La cartella clinica elettronica, in sostituzione dei tradizionali "applicativi" dipartimentali, è la chiave per l'implementazione del modello "patient centred" in cui le scelte del percorso di cura – condivise tra diversi professionisti – devono essere indirizzate da informazioni fornite alla "comunità delle cure" in modo tempestivo e accurato. Per la gestione secondo il modello

delle cure progressive, è invece indispensabile che il sistema informativo abbia una capacità di localizzazione sistematica e tempestiva dei pazienti all'interno della struttura e garantire la chiara comprensione della "fase" della cura in cui si trovano. I sistemi di "visual management" permettono una puntuale gestione del percorso di cura come nella gestione di una "commessa" particolarmente delicata.

Il controllo

I modelli organizzativi orizzontali e per cure progressive pongono delle sfide importanti per i sistemi di programmazione e controllo e per la gestione della performance sotto due profili. In primo luogo i modelli tradizionali che misurano costi, ricavi, efficienza ed efficacia a livello dipartimentale risultano insufficienti in un modello dove le responsabilità sono associate ai percorsi di cura e condivise tra più professionisti. In secondo luogo la gestione per cicli di cura, caratteristica della PCC, si associa con una valutazione degli esiti di tali cicli da collegare ai consumi delle risorse. La conseguenza è la necessità di implementare modelli di activity based costing da associare con una attenta misurazione degli esiti utilizzando in modo combinato dati amministrativi e clinici "patient level". È evidente che le complessità organizzative e gli investimenti tecnologici appaiono importanti ma aprono anche la strada alla possibilità di creare basi di dati ricchissime di dettagli che, analizzate secondo approcci adeguati (*big data analytics*), promettono di fornire indicazioni cruciali per il progressivo miglioramento di efficienza ed esiti delle cure.

Un nuovo palcoscenico per il teatro delle cure

Lo scenario della medicina sta cambiando in maniera repentina e il "teatro delle cure" vede molti nuovi attori su un palcoscenico che si trasforma continuamente e che ha bisogno di una nuova generazione di "registi". Nuovi bisogni, tecnologie innovative per la diagnosi e la cura, domanda di salute sempre più accurata e informata, sostenibilità a rischio, implicano una trasformazione profonda dei modelli organizzativi e dei meccanismi di gestione. La sfida della gestione è quindi sempre più cruciale e impone nuove competenze per medici ed infermieri ma anche abilità manageriali del tutto nuove e che solo in parte sono state comprese.

Bibliografia

Gabutti I, Cicchetti A (2017): Translating strategy into practice: A tool to understand organizational change in a Spanish university hospital. An in-depth analysis in Hospital Clinic, International Journal of Healthcare Management, DOI:

10.1080/20479700.2017.1336837

Gabutti I, Mascia D, Cicchetti A (2017) Exploring "patient-centered" hospitals: a systematic review to understand change. BMC Health Serv Res. 17:364. doi:10.1186/s12913-017-2306-0

Hernandez S, Conrad D, Marcus-Smith M (2013) Patient-centered innovation in health care organizations: a conceptual framework and case study application.

Health Care Manage Rev. 38(2):166–175.

Lega F, De Pietro C (2005) Converging patterns in hospital organization: beyond the professional bureaucracy. Health Policy 74:261–281.

Raven, R. W. (1962). Progressive patient care. British Medical Journal, 1(5270), 43-44.

Ribera J, Antoja G, Rosenmoeller M (2016) Hospital of the future. A new role for leading hospitals in Europe. Barcelona: IESE Business School.

prospettive**in**ORGANIZZAZIONE)))

