



Università Ca' Foscari – Venezia

L'ORGANIZZAZIONE FA LA DIFFERENZA?

IX Workshop dei Docenti e dei Ricercatori di Organizzazione Aziendale

7 – 8 Febbraio 2008

Track: Quali differenze per le organizzazioni nel settore sanitario?

**PUO' UN ARTEFATTO TECNOLOGICO “FARE LA
DIFFERENZA” NELLE PRATICHE DI ASSISTENZA
DOMICILIARE INTEGRATA? RIFLESSIONI SU UN
CASO DI STUDIO**

MADDALENA SORRENTINO

Università degli Studi di Milano

maddalena.sorrentino@unimi.it

Introduzione

Nei Paesi avanzati il quadro epidemiologico complessivo e la dinamica tecnologica richiedono una struttura di offerta dei servizi sanitari in grado di realizzare il coordinamento tra una “rete” di organizzazioni e istituzioni chiamate ad assicurare continuità delle cure ai cittadini ai diversi livelli di intensità assistenziale (Cicchetti et al., 2005). Nelle aree maggiormente industrializzate la popolazione sta rapidamente e progressivamente invecchiando. Inoltre, per effetto del prolungamento della sopravvivenza nelle malattie croniche e degenerative, si sono delineate nuove categorie di pazienti a fronte delle quali la sanità pubblica è chiamata a realizzare strategie di risposta caratterizzate da prossimità e continuità nell’assistenza.

In Italia va affermandosi un modo di “fare assistenza”, fondato sul “superamento della specializzazione e frammentazione della produzione sociale” (Longo, 2000). L’ultimo Piano sanitario nazionale 2006-2008, varato dal governo italiano, dà notevole risalto alle reti territoriali e interistituzionali, intese come strumenti per migliorare la qualità e l’efficacia dei servizi offerti. Il documento di programmazione del Ministero della Salute (2006) fa riferimento ad aggregati già operanti nel nostro paese o in via di costituzione, vale a dire:

- reti assistenziali di interesse nazionale e sovraregionale dedicate alle cure primarie;
- reti che coinvolgono i diversi livelli di assistenza (prevenzione, assistenza di base, assistenza ospedaliera).

L’integrazione tra reti del sistema sanitario e reti istituzionali diverse – per consentire alle diverse entità sul territorio di operare in sinergia, dando così attuazione al principio di sussidiarietà, ritenuto oggi l’elemento fondante delle attività di interesse pubblico - è dunque uno dei capisaldi delle politiche della salute sviluppate nel nostro paese, tuttavia essa può non bastare per garantire la copertura di bisogni complessi.

Un ambito assistenziale che manifesta una domanda spiccata di integrazione tra i servizi sanitari e i servizi sociali è il settore delle cure palliative, tema sempre più importante per la sanità pubblica del ventunesimo secolo (Organizzazione Mondiale della Sanità, 2004). La medicina palliativa si rivolge a pazienti con prognosi infausta - tra cui, principalmente, i tumori e, in misura minore, l’AIDS e le malattie neurologiche - le cui aspettative di vita non superano le poche settimane. Essa richiede l’implementazione di specifici servizi sul territorio, dall’assistenza domiciliare all’hospice, integrati con gli ospedali in un continuum di assistenza (Venturiero et al., 2000) capace di offrire risposte adeguate sia ai pazienti che alle loro famiglie. In questo settore il momento assistenziale domiciliare prevale su quello medico ospedaliero (la *care* prevale sulla *cure*).

Il sistema di offerta nel nostro paese include una molteplicità di soggetti erogatori di prestazioni (cooperative sociali, associazioni di volontariato, associazioni pro-sociali, privati) affianca i soggetti pubblici. Le cure palliative domiciliari si caratterizzano per un intervento assistenziale multidisciplinare, nel quale il lavoro è organizzato tra diversi professionisti che operano in équipe.

Già questi pochi tratti lasciano trasparire le peculiari condizioni che caratterizzano il campo d'azione (Thompson, 1967) delle organizzazioni attive nell'ambito delle cure palliative. Ma anche le pratiche di lavoro poste in essere da coloro che interagiscono con gli ammalati e i loro familiari, unitamente all'unicità e complessità delle problematiche trattate, suggeriscono interessanti spunti per la riflessione organizzativa. La selezione, la combinazione e la sequenza degli interventi attuati, variabili per specie e per tempo (Maggi, 1989), sono determinate dal feedback dell'assistito. Significa che sono le condizioni fisiche e psichiche di quest'ultimo a guidare le attività dell'équipe. Si hanno dunque relazioni intensive in uno scenario caratterizzato da elevata incertezza.

Nello specifico, questo articolo si propone – sulla scorta delle prime risultanze di un caso di studio tuttora in corso di svolgimento – di mettere in luce e comprendere il senso di alcune decisioni in campo tecnologico intraprese da un'associazione privata di volontariato che qui chiameremo Gamma (uno pseudonimo), impegnata da oltre vent'anni nell'assistenza a domicilio di pazienti terminali dislocati sul territorio lombardo. L'Associazione Gamma ha recentemente introdotto un sistema telematico a supporto delle proprie équipe socio-assistenziali, basato su computer palmari utilizzabili come “cartella clinica informatizzata” aggiornata in tempo reale in occasione delle visite domiciliari. Le informazioni riguardanti gli assistiti, una volta trasmesse attraverso linea Gprs, consentono l'allineamento istantaneo delle informazioni in possesso dei diversi specialisti e il contestuale aggiornamento di una banca dati centrale consultabile anche a distanza.

Occorre precisare che, da un punto di vista strettamente tecnologico, la scelta di Gamma non è particolarmente originale. Il settore sanitario è un ambito nel quale trovano utilizzo tecnologie concepite originariamente per altri scopi, basti pensare al laser, agli ultrasuoni, alla risonanza magnetica o al computer ossia la macchina *general purpose* per eccellenza (Gelijns, Rosenberg, 1994). L'impiego dei primi computer palmari in campo medico risale a una decina d'anni fa, dapprima per usi personali, quali la gestione dell'agenda degli impegni e poi, progressivamente, per la gestione di dati clinici sia all'interno delle strutture sanitarie che tra unità geograficamente distanti (Shah, 2001).

L'articolo si interroga sulla rilevanza della soluzione tecnologica nelle scelte di strutturazione di Gamma, ossia nei modi con cui le azioni e decisioni vengono coordinate e controllate. Pertanto, l'ambito di interesse è il rapporto tra cambiamento tecnologico e cambiamento organizzativo, un tema di fondamentale importanza ma, al tempo stesso, assai difficile da affrontare perché generatore di contraddizioni, equivoci, se non di vere e proprie 'illusioni' (Masino, 2005, p. 164) presenti anche nel dibattito odierno.

L'articolo richiama dapprima i tratti salienti del percorso che ha portato all'introduzione del nuovo sistema telematico nelle attività di assistenza domiciliare. Le scelte operate da Gamma vengono messe a confronto con le indicazioni presenti in letteratura, e in particolare con lo schema d'analisi offerto dalla teoria dell'agire organizzativo (Maggi, 1990; 2003).

Questo apparato teorico verrà utilizzato per rispondere alle seguenti domande: come si configura il rapporto tra le scelte tecnologiche e le organizzative? In che termini la soluzione tecnologica contribuisce a 'fare la differenza', ossia influenza le pratiche di intervento terapeutico e assistenziale verso il paziente e i suoi familiari?

Il quadro di riferimento

Il problema dell'«assistenza globale per persone le cui condizioni non rispondono a interventi di cura» (Venturiero et al., 2000) è senza dubbio destinato a diventare un tema di importanza prioritaria nel prossimo futuro. Ogni anno, in Italia, circa 160mila persone muoiono di tumore, più di un terzo in ospedale, e nella maggior parte dei casi senza ricevere appropriate cure palliative (Ripamonti, Costantini, 2006). Si calcola che nel nostro Paese siano circa 180mila i malati non oncologici bisognosi di un trattamento palliativo (Scalvini, 2006). Questi pochi dati bastano a far comprendere le dimensioni del problema, che a partire dal 1999 è stato oggetto di una serie di interventi legislativi specifici (per una rassegna: Feola, Di Corato, 2006).

Il settore delle cure palliative, analogamente al più generale modello di riferimento italiano in campo sanitario, assume le sembianze di un "Welfare mix partecipato con autonomia da una pluralità di soggetti organizzati" (Rebora, 1999, p. 21). Al governo centrale spetta la determinazione e il monitoraggio dei livelli standard delle prestazioni, la legislazione-quadro e la garanzia ultima che a ciascuna regione arrivino risorse sufficienti per garantire l'offerta degli standard. Alle amministrazioni regionali, invece, compete la gestione e l'organizzazione dei servizi, la legislazione di dettaglio e, purché autonomamente finanziati, la possibilità di offrire servizi aggiuntivi a quelli standard nazionali (Maino, 2006, p. 193).

La Lombardia, nella quale risiedono quasi 10 milioni di abitanti, è stata la prima regione italiana a mettere in campo iniziative concrete in questo particolare settore d'intervento, a partire dalle

indicazioni delineate dall'”Atto di indirizzo e coordinamento per le cure palliative” del 30 novembre 1998 (Regione Lombardia, 1998). Il primo servizio italiano di cure palliative è nato più di venti anni fa a Milano, nell'ambito dell'Istituto per la diagnosi e cura dei tumori.

Secondo stime recenti, il numero di pazienti in fase terminale, ossia con un'aspettativa di vita inferiore a tre mesi, da assistere annualmente sul territorio regionale lombardo sarebbe compreso tra 40.000 e 54.000 unità.

Il caso dell'Associazione Gamma

Il panorama del volontariato organizzato lombardo è composito e polarizzato: accanto a organizzazioni legate alle radici volontaristiche e partecipate convivono esperienze maggiormente connotate in senso imprenditoriale. Da un lato, cioè, vi sono piccole realtà in grado di allestire “servizi leggeri”, rivolti a destinatari precari o marginali assistiti essenzialmente da volontari; mentre dall'altro esistono realtà più strutturate, orientate verso l'efficienza, impegnate nell'erogazione di prestazioni specialistiche e continuative, garantite attraverso operatori retribuiti (IReR, 2005, p. 45). L'Associazione Gamma ricade in questa seconda categoria.

Gamma è una Onlus (organizzazione non lucrativa di utilità sociale) che da oltre 20 anni offre assistenza domiciliare integrata e regolare (festivi compresi), in forma gratuita, ai pazienti affetti da patologie irreversibili in fase terminale. Essa opera a Milano e in una cinquantina di comuni della provincia prestando servizi sul territorio mediante le proprie équipe di specialisti in terapia del dolore e cure palliative che comprendono medici, infermieri, assistenti sociali, psicologi, operatori di igiene personale, fisioterapisti. Questi professionisti visitano a domicilio il malato, garantendo una presenza almeno bisettimanale. Ad essi si affiancano oltre 100 volontari.

Gamma opera in collegamento con le strutture pubbliche preposte all'assistenza (ASL, Aziende ospedaliere, Residenze per anziani ecc.) che le affidano i malati ai quali esse non possono più offrire degenza ospedaliera. Gamma interviene con il costante coinvolgimento del medico di medicina generale e nell'ambito di un piano individualizzato, formulato dall'équipe al momento della presa in carico del paziente. Tale piano prevede livelli variabili di “intensità assistenziale” ed è ridefinibile in qualsiasi momento in base alle necessità del malato e della sua famiglia.

L'Associazione può prendersi cura fino a un massimo di 160 pazienti al giorno, garantendo una copertura 365 giorni all'anno con una reperibilità telefonica che copre 24 ore. Inoltre mette a disposizione presidi ortopedici e materiali sanitari atti a favorire un'appropriata assistenza domiciliare di tipo globale.

La Direzione socio-sanitaria di Gamma ha introdotto nel 2004 una soluzione informatizzata basata su una rete di computer palmari di dimensioni ridotte, poco più grandi di un normale telefono cellulare. Ognuno di questi apparecchi è dotato di un particolare software che funge da “cartella clinica multidisciplinare”, costantemente aggiornata dagli stessi operatori impegnati nel piano assistenziale. Il palmare permette la registrazione delle informazioni cliniche e assistenziali, ed attesta lo svolgimento degli interventi relativi all’assistito e al suo contesto familiare. Informazioni che, opportunamente recepite e trasmesse in modalità wireless, vanno ad aggiornare istantaneamente sia gli archivi personali dei *care giver* che hanno in carico lo stesso paziente, sia una banca dati centrale comprendente tutte le cartelle cliniche.

In sintesi, la cartella clinica multidisciplinare, quale rappresentazione “in tempo reale” del paziente, è uno strumento indirizzato a:

- chi presta assistenza in prima persona nell’ambito delle équipe socio-assistenziali e chi, dalla sede dell’associazione, supporta il lavoro dei professionisti;
- chi fruisce dei servizi medesimi, vale a dire i pazienti affidati e i loro familiari;
- chi - ai vertici dell’Associazione - ricopre responsabilità gestionali.

Il sistema prevede che ciascun professionista annoti, per la parte di propria competenza, le prestazioni e i processi posti in essere. La dotazione personale prevede altresì una stampante portatile. Questo dispositivo viene attivato per produrre in copia cartacea - generalmente al termine di ciascuna visita - la “scheda” personale aggiornata.

La banca dati centrale, contenente sia l’archivio storico che quello corrente, è collocata su un server funzionante presso un’azienda esterna ed è fruibile con modalità cosiddetta ASP (Application Service Provisioning). Ciò significa il fornitore ospita le dotazioni tecnologiche (elaboratori, infrastrutture, programmi e archivi informativi) cui i diversi utenti autorizzati, facenti capo all’Associazione Gamma, possono accedere mediante connessioni protette. Data la natura delle informazioni gestite (la cartella clinica è un atto pubblico che riporta dati di tipo “sensibile”), alla Direzione socio-sanitaria di Gamma è attribuita la responsabilità del trattamento dei dati raccolti.

La soluzione tecnologica è stata realizzata da una software house specializzata che, sotto la guida di Gamma, ha svolto l’analisi funzionale e poi ha sviluppato i programmi applicativi necessari. Superato il periodo iniziale di test, di formazione degli utenti e di messa a punto della soluzione definitiva, l’applicazione è infine entrata a regime.

La cartella elettronica è stata progettata per essere un omologo della cartella clinica cartacea (l’uso del palmare dal 2004 è obbligatorio), tuttavia la versione informatizzata è portatrice di opportunità aggiuntive rispetto ai supporti tradizionali. Ad esempio, il palmare sistematizza e

supporta la raccolta dei dati clinici, sia al momento della “presa in carico” del paziente che delle successive visite domiciliari. Il software è predisposto per segnalare eventuali errori di digitazione, sono previste procedure di controllo sulla coerenza delle informazioni introdotte. L’archiviazione centralizzata (sul server remoto) permette a più persone simultaneamente di condividere le informazioni, senza rischi per l’integrità delle stesse. La disponibilità di archivi omogenei, dal punto di vista del formato e della struttura, agevola il riutilizzo delle informazioni per scopi di tipo gestionale, amministrativo e di ricerca scientifica.

Il palmare ha sostituito le precedenti “schede” cartacee che venivano conservate in originale a domicilio dei pazienti. In passato la completezza di tali documenti variava considerevolmente da un caso all’altro, pertanto l’effettiva fruibilità delle informazioni contenute dipendeva dalle attitudini personali e dall’impegno dedicato alla fase di compilazione manuale.

Il sistema produce prospetti chiari e dettagliati delle terapie e delle somministrazioni che nei pazienti terminali sono generalmente complesse e impegnative. Questa funzionalità è molto apprezzata dai familiari, perché la stampa tramite palmare evita possibili errori dovuti a un’inesatta interpretazione della calligrafia del medico. Come pure è importante disporre di un promemoria aggiornato che riporti le informazioni pratiche essenziali e indichi con chiarezza i recapiti telefonici dei care giver, insieme con i rispettivi turni di servizio.

I dati archiviati sul server centrale permettono al medico e all’infermiere di guardia (che sono reperibili telefonicamente nei giorni festivi e prefestivi) di consultare le “schede” degli assistiti. In tal modo il professionista interpellato, anche se non ha conoscenza diretta di quel determinato paziente, può disporre di una base informativa minima per mettere in atto l’intervento di risposta adeguato alla circostanza. Tutto ciò contribuisce a evitare molti ricoveri “impropri” in strutture ospedaliere o di pronto soccorso.

I contenuti delle cartelle vengono utilizzati dai professionisti che sostituiscono i colleghi temporaneamente assenti. Inoltre i documenti prodotti dal sistema vengono utilizzati come supporto informativo per il medico di medicina generale che ha in carico l’assistito.

Ogni équipe si riunisce settimanalmente presso la sede dell’Associazione per discutere le questioni più rilevanti relative ai casi di propria competenza. Mensilmente, in forma plenaria (ossia alla presenza di tutto il personale che svolge assistenza sul territorio), la Direzione socio-sanitaria illustra la situazione complessiva, anche avvalendosi dei dati contenuti negli archivi elettronici. Le riunioni periodiche sono occasioni di aggiornamento sui percorsi diagnostico-terapeutici, su protocolli e linee guida, e di condivisione delle informazioni sugli interventi in corso o già conclusi, per valutarne la congruenza o segnalare aspetti degni di nota. Poiché gli incontri avvengono presso la sede centrale e prevedono l’intervento di una figura con

responsabilità manageriale (il direttore socio-sanitario), lo schema adottato presenta un'interazione diretta tra valutatore e valutati secondo una modalità "peer review" (Rebora, 1999).

Commento al caso

L'interesse di ricerca che fa da sfondo a questo caso può essere ricondotto alla relazione tra cambiamento tecnologico e cambiamento organizzativo. Si tratta di un tema da sempre centrale nella riflessione degli studiosi, come dimostra l'intervento di Leavitt e Whisler: "Management in the 1980's" apparso sull'*Harvard Business Review* nel 1958, cioè dopo appena quattro anni dalla prima applicazione commerciale del computer (nel caso specifico si trattava di un programma per la gestione degli stipendi attivato presso la General Electric). Da allora, svariate proposte interpretative sono state elaborate con l'intento di fornire chiavi di lettura che potessero dar conto di fenomeni che si accompagnavano all'introduzione di tecnologie nelle realtà organizzative, quali ad esempio: l'accentramento decisionale, l'adozione di nuove forme organizzative, i cambiamenti nelle dimensioni aziendali, gli effetti sugli skill professionali e sulle strategie. Numerosi studi, indubbiamente interessanti, hanno contribuito negli anni a comporre un quadro che oggi si presenta assai eterogeneo, dove le impostazioni di ricerca adottate rendono difficile la valutazione delle proposte teoriche: talvolta la variabile dipendente è l'organizzazione: "le organizzazioni devono adattarsi al cambiamento tecnologico" (Cyert, Kumar, 1994, p. 333). In altri casi la variabile dipendente è il vincolo tecnologico: "[la tecnologia] è il mezzo per raggiungere gli obiettivi di coloro che la utilizzano" (Kraemer, Dutton, 1979, p. 102).

I limiti della letteratura dominante sono stati oggetto di diversi contributi di taglio critico (si vedano ad esempio: Hickson, Pugh, Pheysey, 1969; Attewell, Rule, 1984; Markus, Robey, 1988; Orlikowski, Baroudi, 1991; Sorge, van Witteloostuijn, 2004). Tra le molte voci che si sono espresse in tal senso, la riflessione proposta da Masino (2005) si distingue perché pone al centro dell'attenzione la questione concettuale. La prima osservazione di questo autore riguarda il fatto che sia gli studi che impostano il problema della relazione tra tecnologia e organizzazione in termini di "imperativo tecnologico", sia quelli che sostengono il cosiddetto "imperativo organizzativo" - pur basandosi su concezioni di fondo opposte sono accomunati dal fatto di considerare l'"oggetto" tecnologia e l'"oggetto" organizzazione come elementi distinti e separati. Questa separazione porta ad attribuire alla tecnologia una presunta, quanto indimostrata, capacità di risolvere problemi organizzativi. Inoltre la retorica dominante sul cambiamento organizzativo contribuisce ad alimentare l'illusione che le tecnologie rappresentino sempre e comunque

occasioni di emancipazione delle condizioni e delle pratiche di lavoro. Infine Masino (ivi, p. 166) confuta la presunta neutralità della tecnologia della visione mainstream, quando quest'ultima afferma la superiorità della razionalità tecnica su quella organizzativa, e sulle razionalità e interessi di parte.

È possibile, allora, cogliere il senso complessivo del cambiamento organizzativo secondo una chiave di lettura che eviti ingannevoli semplificazioni? La risposta, nuovamente, non può che essere trovata sul versante concettuale.

Le concezioni dominanti in letteratura poggiano su modi contrapposti di vedere l'organizzazione. Secondo la logica dell'azione organizzativa, invece, la tecnologia, è intesa come conoscenza tecnica, non è un elemento estraneo al processo organizzativo, bensì è, a tutti gli effetti, una scelta intrinseca all'organizzazione, assunta dai soggetti agenti in un quadro di vincoli e di opportunità.

Sulla scorta degli schemi d'analisi che fanno proprio questo modo diverso di concepire i fenomeni organizzativi, proviamo ora a leggere il caso di Gamma. Di particolare interesse è la definizione analitica di tecnologia, in termini di "conoscenza tecnica" riguardante: "l'oggetto della trasformazione..., il mezzo di trasformazione ..., il processo..." (Maggi, 1990, p. 60).

Il caso di Gamma rivela l'esistenza di un complesso intreccio di processi decisionali (di progettazione, di adozione e di utilizzo) di livello diverso, nei quali l'artefatto tecnologico è 'organizzativamente rilevante' (Masino e Zamarian, 2000; 2003), in quanto portatore di regole provenienti da differenti fonti. La Direzione socio-sanitaria ha inteso mantenere un presidio strategico sui processi relativi alla *progettazione* della soluzione applicativa, pur affidandone la realizzazione a un fornitore esterno. In modo analogo può essere letta la decisione con cui Gamma ha esternalizzato la gestione tecnica dei programmi e degli apparati, scegliendo una formula contrattuale capace di contenere i costi di conduzione e di manutenzione. Nel processo di progettazione sono state assunte alcune decisioni, sia generali che di dettaglio, che rappresentano la materializzazione delle conoscenze tecniche dei progettisti. La razionalità limitata e intenzionale di questi ultimi ha portato a definire l'architettura, le caratteristiche delle apparecchiature, gli standard tecnici, il tipo e il formato dei dati, l'interfaccia utente e così via. Da tali decisioni sono scaturiti opportunità e vincoli che sono entrati nell'ordine (Maggi 2003) del processo assistenziale, contribuendo alla sua strutturazione.

I processi di *adozione*, anch'essi guidati da razionalità limitata e intenzionale, hanno definito i destinatari degli strumenti, i tempi e i modi di utilizzo relativi alle diverse categorie di fruitori. I processi assistenziali che vedono impegnate le équipes multidisciplinari rappresentano il livello che il management di Gamma ha ritenuto determinante per cogliere le opportunità attese dal

nuovo sistema. Con l'adozione del palmare, che è stato preceduto da corsi di formazione e addestramento, l'ambito d'azione dei membri delle équipes è sottoposto a un vincolo nuovo, eteronomo e non negoziabile, ossia l'uso obbligatorio dello strumento ogniqualvolta si attua un intervento o viene assunta una decisione riguardante l'assistito. Nel contempo, questo vincolo per gli utilizzatori ha generato una regola nuova per i responsabili dell'Associazione, ossia l'obbligo di verificare che lo strumento sia utilizzato secondo le condizioni d'uso stabilite dalle norme interne. Ulteriori regole (sotto forma di procedure di autenticazione) sono state introdotte per disciplinare l'accesso sicuro al sistema e agli archivi, sulla base dei diversi profili-utente.

Infine i processi di *utilizzo*, vero e proprio punto nodale, segnano il momento in cui l'artefatto è diventato parte integrante del processo di lavoro delle équipes. In questo senso esso manifesta pienamente la sua rilevanza organizzativa. Gli utilizzatori, in base alla propria razionalità limitata e alle personali convinzioni, se ne sono "appropriati" e, col tempo, hanno imparato a conoscere le possibilità e i limiti dello strumento.

Abbiamo visto che la cartella clinica informatizzata impone un ordine allo svolgimento delle attività di selezione, di raccolta e di trattamento delle informazioni relative ai singoli casi: l'introduzione dei dati nel sistema procede infatti secondo una precisa sequenza stabilita dal programma, quindi non è modificabile dall'utilizzatore. A causa delle dimensioni contenute dell'apparecchio, l'interfaccia è a "menu" e prevede l'uso di uno "stilo" direttamente sullo schermo. Date queste scelte di progettazione e adozione, le modalità di dialogo con l'utente non possono che essere molto semplificate. Lo stato clinico di un assistito viene rilevato mediante la raccolta (guidata dal sistema) di una serie di risposte "chiuse" e predefinite. Mediante annotazioni a testo libero (introdotte tramite la piccola tastiera di cui l'apparecchio è dotato), l'utilizzatore può integrare le informazioni inserite mediante procedura standard, tuttavia si tratta di una possibilità poco praticata, a causa della scarsa dimestichezza degli operatori nell'uso della tastiera. Talvolta, poi, anche lo spazio disponibile per le note risulta insufficiente per rappresentare adeguatamente una certa situazione: "Non posso scrivere note dettagliate perché impiegherei troppo tempo", osserva un medico. Per tutti questi motivi le informazioni riportate in alcune sezioni della cartella informatizzata possono risultare generiche. In altri termini, l'artefatto restituisce un 'modello' di paziente ipersemplificato rispetto alla realtà dei singoli casi trattati.

Ogni professionista opera nell'ambito delle équipes con pari dignità, tuttavia il medico e l'infermiere rappresentano le figure centrali di riferimento sia per l'assistito che per i familiari. Nella pratica medica e in quella infermieristica – ricordiamo che quest'ultima è l'ambito in cui l'interazione col paziente assume connotati olistici (Nicolini, Bruni, Fasol, 2003) – l'uso dello

strumento introduce nuovi vincoli. Ad esempio, le incombenze legate all'aggiornamento della cartella informatizzata dopo ogni visita domiciliare comportano un tempo materiale, di fatto incompressibile, nel quale il professionista è assorbito in modo esclusivo dagli aspetti tecnico-procedurali. Il medico percepisce che il palmare lo distoglie dal motivo principale del suo incontro col malato, il che crea disagio: "Mi sento l'uomo del gas". Lo spazio di interazione si svuota, quando l'attenzione è tutta rivolta alla "macchina". Prima dell'avvento del sistema telematico, invece, il care giver continuava a colloquiare anche durante la compilazione manuale dei documenti cartacei. "Agli occhi del paziente o dei familiari, il tempo che dedico al palmare è tempo sottratto alla visita", osserva un infermiere.

L'artefatto si affianca ad altri mezzi di comunicazione utilizzati in seno all'équipe, come il telefono o i contatti personali diretti. Il palmare consente al medico, per esempio, di seguire i mutamenti delle condizioni dell'assistito rilevate da un altro operatore, e di adeguare a distanza la terapia o indicare gli interventi più opportuni. È possibile effettuare annotazioni "a testo libero" di tipo riservato, utilizzando una parte della scheda elettronica non visibile ai pazienti. Ciascuno è sempre aggiornato su ciò che gli altri operatori stanno facendo.

In termini generali possiamo affermare che la soluzione informatizzata orienta l'azione delle équipe verso 'direzioni desiderate' (Masino e Zamarian, 2000). Il management ha stabilito alcune regole di utilizzo dell'artefatto che si configurano come regole eteronome rispetto agli utilizzatori. Parallelamente all'introduzione di tali regole eteronome, per gli utilizzatori si sono aperti spazi di autoregolazione e di discrezionalità. Se da un lato l'aggiornamento della cartella è effettuato sistematicamente da parte di tutti i professionisti in occasione di ogni visita domiciliare, dall'altro è meno frequente che la cartella venga annotata quando il medico o l'infermiere sono contattati telefonicamente dall'assistito o da un suo familiare. "La variazione spicciola raramente viene registrata", afferma un medico. In termini generali, le scelte d'uso autonome sono più frequenti in tutti quei casi in cui la soluzione tecnologica viene percepita come incapace di apportare concreti miglioramenti sotto forma di riduzione degli errori, minore sforzo cognitivo, migliore servizio alle famiglie e agli assistiti.

La tecnologia è uno dei mezzi mediante i quali le azioni cooperative si esprimono. Resta da vedere in che modo l'artefatto influisce sull'azione cooperativa delle équipe socio-assistenziali. Queste ultime devono affrontare problemi di incertezza elevati. La selezione, la combinazione e la sequenza degli interventi posti in essere, variabili per specie e per tempo (Maggi, 1989), sono determinate dal feedback dell'assistito. Ciò significa che sono le condizioni fisiche e psichiche di quest'ultimo a guidare le attività dell'équipe. Si hanno relazioni intensive (Thompson, 1967) in uno scenario caratterizzato da elevata incertezza.

La teoria dell'agire organizzativo ha proposto una definizione secondo cui la cooperazione è un'azione orientata verso un obiettivo condiviso. Il caso di Gamma mostra che anche dopo l'introduzione dell'artefatto il fine dei processi di assistenza integrata è rimasto invariato: ossia assicurare la cura attiva, continuativa e totale dei pazienti al domicilio, inteso come luogo per l'umanizzazione delle cure, controllando il dolore e gli altri sintomi. Nell'ambito delle équipes socio-assistenziali le funzionalità dell'artefatto hanno innescato nuove azioni cooperative, ancorché separate nello spazio e nel tempo. Ad esempio, se il paziente necessita di una sedia a rotelle o di un particolare materasso, il programma consente di trasmettere automaticamente (ossia con pochi 'clic' da parte del medico o dell'infermiere) i dettagli della richiesta alla sede centrale. Qui alcuni addetti si occupano delle relative incombenze: dall'eventuale acquisto, al riutilizzo o al reperimento dal magazzino dell'Associazione, fino al recapito a domicilio. Con modalità analoghe può essere inoltrata una richiesta all'assistente sociale, ad esempio per segnalare la necessità di supportare i familiari del paziente nel disbrigo di pratiche amministrative, oppure può essere chiesto l'intervento dello psicologo o dell'assistente spirituale. La dimensione sanitaria e quella socioassistenziale si intrecciano continuamente sia durante l'erogazione della prestazione (ossia a casa del paziente) che presso la sede centrale.

L'artefatto tecnologico non ha cambiato in modo significativo l'azione di coordinamento svolta a cura della Direzione socio-sanitaria. Le riunioni in sede vengono organizzate con periodicità invariata. Gli investimenti in addestramento operativo, formazione e comunicazione interna continuano come in passato.

Le decisioni sono, come sempre, prese dal singolo professionista, ma è cresciuta la visibilità esterna delle azioni e degli esiti relativi ai processi assistenziali. La gamma di opzioni disponibili si è ampliata: è aumentata la capacità di controllo esercitabile sull'operato dei professionisti, e inoltre sono cresciute le possibilità di controllo manageriale, grazie alle elaborazioni statistiche prodotte dal sistema. Prima del 2004 queste informazioni erano difficilmente disponibili, mentre oggi possono essere utilizzate dal management come base per effettuare valutazioni, per monitorare particolari situazioni o singoli casi, o per supportare decisioni riguardanti l'organizzazione delle attività.

Conclusioni

L'articolo ha affrontato il tema della rilevanza degli artefatti tecnologici della strutturazione dei processi organizzativi, richiamando i tratti salienti dell'esperienza dell'associazione di volontariato Gamma.

La soluzione tecnologica impiegata nei processi di assistenza domiciliare integrata e le relative implicazioni per le équipe attive sul territorio sono state lette alla luce degli schemi interpretativi offerti dalla teoria dell'agire organizzativo. Secondo questo quadro teorico l'artefatto si inserisce nel processo di lavoro come un portatore di vincoli e di opportunità. Vincoli perché limita le alternative decisionali, ma opportunità perché esso dischiude nuove possibilità d'azione e decisione che i soggetti agenti assumono in condizioni di razionalità intenzionale e limitata.

Il caso discusso, di tipo esplorativo, si è focalizzato sul processo socio assistenziale, tuttavia è chiaro che uno studio approfondito richiederebbe di indagare le relazioni con altri processi organizzativi, ai diversi livelli, che configurano l'azione di Gamma.

In tempi recenti l'Associazione ha inaugurato a Milano una struttura residenziale ("Hospice") il cui scopo è assistere il paziente che presenta un quadro clinico non compatibile con la permanenza a domicilio. Le prestazioni offerte dalla nuova struttura si caratterizzano per un limitato grado di medicalizzazione, ma spiccata intensità assistenziale e relazionale. Anche in questo caso, analogamente all'assistenza domiciliare, è richiesto un lavoro di équipe tra diverse figure professionali che utilizzano il palmare. Potrebbe essere interessante proseguire l'analisi del caso in questa direzione, per studiarne gli sviluppi dal punto di vista del governo del processo organizzativo e delle scelte relative al campo d'azione di Gamma. La ricerca, dunque, è appena cominciata.

Bibliografia

- ATTEWELL P., RULE J. (1984), *Computing and Organizations: What we Know and What we Don't Know*, in "Communications of the ACM", 27, 12, pp. 1184-1192.
- CICCHETTI A., CIPOLLONI E., DE LUCA A., MASCIA D., PAPINI P., RUGGERI, M. (2005), *L'analisi dei Network Organizzativi nei Sistemi Sanitari: il caso della Rete di Emergenza della Regione Lazio*, Atti del convegno AIES, Associazione Italiana di Economia sanitaria, Genova, 10-11 novembre 2005.
- CISLAGHI C. (2006) (a cura di), *Gli scenari della sanità*, Franco Angeli, Milano.
- CYERT R. M., KUMAR P. (1994), *Technology Management and the Future*, in "IEEE Transactions on Engineering Management", Vol. 41, n. 4, pp. 333-334.
- FABBRI. M. (2003), *L'apprendimento organizzativo*, Carocci, Roma.
- FEOLA T., DI CORATO A. (2006), *SSN Stato e Regioni nel governo della salute*, Minerva Medica, Torino.
- GELIJS A., ROSENBERG N. (1994), *The dynamics of technological change in medicine*, in "Health Affairs", Vol. 13, Issue 3, pp.28-46.
- HICKSON D. J., PUGH D. S., PHEYSEY D. C. (1969), *Operations Technology and Organization Structure: An Empirical Reappraisal*, in "Administrative Science Quarterly", Vol. 14, No. 3 (Sep., 1969), pp. 378-397
- IRER (2005), *Il volontariato in Lombardia, un sistema in evoluzione: fattori di sviluppo e impatto istituzionale*, Milano, gennaio.
- KRAEMER K., DUTTON W. (1979), *The interests served by technological reform*, in "Administration and Society", 11, 1, pp. 80-106.

- LEAVITT H., WHISLER T. (1958), *Management in the 1980's* in "Harvard Business Review", Nov-Dic, pp. 41-48.
- LONGO F. (2000), *Logiche e strumenti manageriali per l'integrazione tra settore socio-assistenziale*, Workshop nazionale dell'Associazione Italiana Economisti Sanitari, Padova, 13-14 ottobre 2000.
- MAGGI B. (1989), *L'organizzazione dei servizi sanitari*, in "Sviluppo e Organizzazione", n. 115 Settembre, pp. 53-64.
- MAGGI B. (1990), *Razionalità e benessere. Studio interdisciplinare dell'organizzazione*, ETAS, Milano (terza ristampa 2000).
- MAGGI B. (2003), *De l'agir organisationnel. Un point de vue sur le travail, le bien-être, l'apprentissage*, Octarès, Toulouse.
- MAINO F. (2006), *L'evoluzione degli assetti politico-istituzionali e le possibili conseguenze sul sistema salute*, in C. Cislighi (a cura di) *Gli scenari della sanità*, Franco Angeli, Milano.
- MARKUS M. L., ROBEY D. (1988), *Information Technology and Organizational Change: Causal Structure in Theory and Research*, in "Management Science", 34,5, pp. 583-598.
- MASINO G. (2000), *Nuove tecnologie e azione organizzativa*. Isedi, Torino.
- MASINO G., ZAMARIAN M. (2000), *La mediazione degli artefatti nella regolazione organizzativa*. in B. Maggi (a cura di) *Le sfide organizzative di fine/inizio secolo tra post-fordismo e deregolazione*, Etas, Milano.
- MASINO G., ZAMARIAN M. (2003), *Information Technology Artefacts as Structuring Devices in Organizations: Design, Appropriation and Use Issues*, in "Interacting with computers", 15, 5, pp. 693-707.
- MINISTERO DELLA SALUTE (2006), *Piano Sanitario Nazionale 2006-2008*, Roma.
- NICOLINI D., BRUNI A., FASOL R. (2003), *Telemedicina: una rassegna bibliografica introduttiva*, Quaderno n. 29, Dipartimento di Sociologia e ricerca sociale, Università degli Studi di Trento.
- ORGANIZZAZIONE MONDIALE DELLA SANITÀ (2004), *Cure palliative. I fatti concreti*.
- ORLIKOWSKI W., BAROUDI J. (1991), *Studying Information Technology in Organizations: Research Approaches and Assumptions*, in "Information Systems Research", 2, 1, pp. 1-28.
- REBORA G. (1999), *Un decennio di riforme. Nuovi modelli organizzativi e processi di cambiamento delle amministrazioni pubbliche (1989-1999)*. Guerini e Associati, Milano.
- REGIONE LOMBARDIA (1998), *Atto di indirizzo e coordinamento per le cure palliative*, Delibera della Giunta Regionale, 30.11.1998, n. 39990.
- RIPAMONTI C., COSTANTINI M. (2006), *Sofferenza e terapie palliative nei pazienti oncologici: un'indagine sugli interventi negli ultimi mesi di vita*, in "il Sole 24 Ore Sanità", Allegato al n. 43 del 7 novembre 2006.
- SCALVINI S. (2006), *Il caso particolare della sclerosi laterale amiotrofica: quando il dolore incontra una patologia debilitante*, in "il Sole 24 Ore Sanità", Allegato al n. 43 del 7 novembre 2006.
- SHAH S.(2001), *Grassroots Computing: Palmtops in Health Care*", in "JAMA Journal of the American Medical Association", April 4, vol. 285, n. 13, pp. 1764-1769.
- SORGE A., VAN WITTELOOSTUIJN A. (2004), *The (non)sense of Organizational Change: An Essay about Universal Management Hypes, Sick Consultancy Metaphors, and Healthy Organization Theories*, in "Organization Studies", 25, 7, pp. 1205-1231.
- THOMPSON J. D. (1967), *Organizations in action*, McGraw Hill, New York (trad. it. *L'azione organizzativa*. Isedi, Torino, 2000).
- VENTURIERO V., TARSITANI P., LIPEROTI R., ARDITO F., CARBONIN P., BERNABEI R., GAMBASSI G. (2000), *Cure palliative nel paziente anziano terminale*, in "Giornale di Gerontologia", 48, pp. 222-246.