

**Track: The Philosophical Roots of Organization Studies and Organizational Practice:  
Epistemologies, Methodologies, and Approaches**

**LE RADICI FILOSOFICHE DELLA PRATICA ORGANIZZATIVA: IL CASO DEI  
SERVIZI SANITARI**

**PAOLA ADINOLFI  
Università degli Studi di Salerno  
padinolfi@unisa.it**

## **Premessa**

L'idea di questo contributo nasce da una certa insoddisfazione nei confronti di taluni atteggiamenti di chiusura e autoreferenzialità di una parte degli aziendalisti (inclusa chi scrive), e di una certa angustia del loro focus analitico, che si concentra solo su strumenti e tecniche, senza risalire alle coordinate concettuali sottostanti. Tale impostazione appare particolarmente limitante nel campo dei servizi sanitari, dove, come dimostra Glouberman (2005), le scelte organizzativo-gestionali sono fortemente condizionate da alcune coordinate concettuali (relativamente alla medicina, all'idea di salute/malattia e più in generale dell'uomo e dei suoi rapporti con la natura). La *track* propostaci offre l'opportunità di aprire una riflessione ampia che coinvolge dimensioni culturali, normalmente trascurate dagli aziendalisti, che danno spessore e fondamento filosofico al dibattito organizzativo sulla più importante esperienza di 'welfare realizzato'.

Il presente lavoro si focalizza su due idee – la concezione dell'uomo e dei suoi rapporti con la natura – per verificarne l'influsso esercitato sui modelli di assistenza sanitaria nel nostro Paese, così come si sono evoluti nel tempo. Nell'analisi si individuano sette modelli medico-sanitari, corrispondenti a significative discontinuità nel dibattito culturale. Per motivi di spazio, non ci si sofferma su un'analitica descrizione e valutazione dei modelli stessi (per questo si rinvia a Adinolfi, 2008), limitandosi ad evidenziare in maniera critica il rapporto con le idee suesposte.

## **1. Il modello soprannaturale**

Per i popoli primitivi tutto ha un'anima, dagli alberi alle rocce, e l'uomo è parte integrante e armoniosa di un immenso mondo animato, dove il caos regna e solo le divinità sono in grado di mettere ordine. Questa visione panteistica condiziona le varie culture mediche arcaiche che, pur nelle significative differenze che le caratterizzano, hanno in comune un modello soprannaturale di medicina. La dimensione trascendente rappresenta per l'uomo primitivo il primo passo per la ricerca delle cause delle malattie e, quindi, del rapporto molto stretto che le stesse assumono con la morte. Gli eventi morbosi, al pari di altri fenomeni misteriosi e incomprensibili come i fenomeni atmosferici e tellurici, sono collegati al naturale carattere disordinato del mondo e all'opera di "esseri sovranaturali di per sé cattivi (demoni) o anche buoni (spiriti o divinità offesi da un qualche comportamento umano), i quali devono essere in grado di inserire nel corpo della persona un oggetto (una pietra, un pungiglione, un verme) o eventualmente penetrarvi essi stessi. Di conseguenza il trattamento utile consiste nel far fuoriuscire l'intruso", donde la pratica della trapanazione cranica, attestata da recenti studi archeologici (Pontieri, 1993, p.6).

Il medico-sacerdote risana non in virtù di un'acquisizione scientifica, ma di un dono soprannaturale. Dunque la prestazione medica non può essere oggetto di commercio e non è previsto un percorso di formazione: i medici-sacerdoti sono autenticati dalla consacrazione da parte di un sacerdote anziano, da un evento prodigioso collegato alla nascita, da una chiamata divina attestata dallo stesso sacerdote.

Il modello magico rappresenta un passo avanti, fondandosi sulla consapevolezza dell'uomo di poter intervenire direttamente per 'domare' le forze occulte, impersonali e diffuse, che regolano la natura, benché attraverso metodologie non razionali. Quelli che noi denominiamo "presidi medici", ossia i farmaci, sono costituiti da amuleti, gesti rituali individuali o collettivi, pozioni e misture di erbe (Lanata, 1967). Il modello è centrato sulla figura del mago/guaritore, che va a porsi di fronte a quella del sacerdote.

Elemento pregnante dei modelli 'teurgico' e 'magico' è la concezione 'sociale' dell'identità dell'uomo (l'identità di una persona è determinata dal suo circuito relazionale), la quale si collega ad una visione olistica della malattia, presente in maniera lucida e forte nei vari modelli di medicina. Nella medicina cinese (3500 a.c.) come in quella mesopotamica (3000 a.c. – 2000 a.c.), egiziana (3000 a.c. – 2000 a.c.), indiana (2500 a.c. – 1500 a.c.), assiro-babilonese (1792 a.c. – 323 a.c.), ebraica (1200 a.c. – 550 a.c.), è sempre l'uomo ad ammalarsi, non una sua parte (Lloyd, 1982). In tale contesto l'opera del medico-guaritore, già intrinsecamente umanitaria in quanto indirizzata all'uomo nella sua globalità, deve mostrare doti morali consone ad una relazionalità col

soprannaturale. La forte connotazione umanitaria dell'atto medico non viene intaccata neanche dall'emergere di una nuova comprensione storico-culturale della malattia e dal suo progressivo distaccarsi dal soprannaturale e ricondursi alla causalità naturale. È significativo il fatto che in Babilonia il mago-sacerdote abbandoni i malati giudicati inguaribili mentre il medico-guaritore li curi sino alla fine.

## **2. Il modello empirico**

Con l'età antica si afferma la concezione aristotelica di un mondo ordinato e conoscibile, dove gli esseri viventi sono distinti dagli oggetti inanimati in quanto dotati di anima – vegetale o animale – mentre solo gli uomini sono dotati di anima razionale. Si apre così un solco profondo e definitivo fra l'uomo e la realtà che egli vuol comprendere e trasformare: l'uomo riconquista una autonomia e una possibilità di comprensione e di controllo sulla natura, scoprendosi ad essa eterogeneo e, nella tensione del conoscere e dell'agire, alla polarità opposta di essa. La natura, a partire dal Corpus ippocratico, incomincia a diventare una funzione della tecnica, un qualcosa a cui la tecnica può sottrarre i suoi segreti; a cui la tecnica può rimediare, supplire. La tecnica interviene là dove la natura manca, dove essa fallisce: la malattia è proprio uno di questi casi. Si tratta di uno straordinario capovolgimento del rapporto tra uomo e natura e tecnica, una frattura epistemologica che si perpetuerà nell'intera storia dell'occidente, costituendo il perno stesso dell'Occidente (Barni, 2007).

Tale evoluzione può essere messa in rapporto con l'affermarsi, grazie in particolare all'opera del greco Ippocrate, di una vera e propria *téchne* medica (arte o specialità professionale), intesa come insieme di conoscenze teoriche e di applicazioni pratiche gestite da professionisti dotati di una specifica formazione intellettuale e di una notevole abilità manuale (Jouanna, 1994). La medicina si sgancia definitivamente dal soprannaturale e dà luogo alla nascita della clinica, intesa come studio dei segni e dei sintomi osservabili sul paziente. Il fondamento di questo nuovo modello 'empirico' è quello dell'osservazione, dell'elaborazione e della riproduzione di fenomeni naturali. Il grado di scientificità è elevato, tuttavia manca ancora l'indagine sulle cause di un certo fenomeno mentre tutti gli sforzi sono protesi ad una riproduzione fedele.

La nuova impostazione della medicina si traduce, quando la vocazione scientifica dei greci si innesta sull'efficiente organizzazione dei romani, nella nascita delle prime sale operatorie e della costruzione dei primi esempi di presidi ospedalieri del mondo occidentale - i *valetudinaria* - strutture di soccorso create prevalentemente nelle zone di frontiera per curare i legionari feriti (De Filippis Cappai, 1993). L'osservazione empirica si arricchisce con il metodo sperimentale grazie a Galeno, il quale, vagliando il materiale sino ad allora accumulato, dà origine alla più completa forma di medicina mai concepita sino ad allora (Gourevich, 2001). Ancora oggi si utilizzano alcuni dei rimedi che Galeno prescriveva per ribilanciare lo squilibrio tra gli umori corporei, considerato (già da Ippocrate) la principale causa delle malattie.

Con i romani e la loro epopea della conquista si accentua la visione di un mondo controllabile e in qualche modo dominabile. Questa concezione si rispecchia in un atteggiamento particolarmente combattivo nei confronti delle malattie, evidente in particolare nella scuola medica salernitana. Connesso a tale atteggiamento nei confronti della natura, va considerato l'avvio di imponenti opere di bonifica e risanamento, che inizia a partire dalla Repubblica insieme con la costruzione di terme, bagni e acquedotti (Krug, 1990).

Permane nel mondo antico la concezione unitaria dell'essere umano, chiaramente riflessa nell'impostazione della medicina, che considera strettamente interconnesse personalità e fisiologia delle persone. Per Ippocrate, come per Galeno, gli umori che compongono l'organismo umano non hanno solo una connotazione di fluido biologico, ma anche caratteriale, così come dipendono anche dall'ambiente fisico e sociale di riferimento: la rabbia, ad esempio, può incrementare il flusso di bile nera così come l'ambiente può accrescere il flusso di bile nera di una persona e renderla così nervosa. Il dolore non ha un significato soltanto biologico, ma anche un profondo senso umano e sociale.

### 3. Il modello teologico

Con il medioevo inizia la tendenza allo sconfinamento del conoscibile nel campo dell'inconoscibile: in primo piano passa Dio e il trascendente. La cultura religiosa incoraggia i singoli ad assumere una responsabilità diretta delle proprie azioni e dunque della propria salvezza, alimentando l'idea di separazione tra il corpo e l'anima e tra la nozione di identità personale e la posizione ricoperta in ambito sociale. L'anima viene vista in opposizione al corpo, prigione dell'anima e ostacolo al suo cammino verso Dio.

In tale contesto medico e paziente, malattia e terapia vengono considerati secondo la prospettiva religiosa: la chiesa si appropria della facoltà di decidere ciò che è buono o cattivo per l'anima e per il corpo, limita le pratiche di igiene perché connesse al contatto corporeo e stabilisce cosa sia utile per curare ed assistere. I medici, obbligati al celibato fino al 1452, possono curare solo i malati che si confessano, e soltanto con il consiglio di un sacerdote.

Il distacco nei confronti della corporeità, che arriva fino al disprezzo, mette in discussione le pratiche assistenziali tradizionali fondate sull'unità di corpo e spirito. Le donne che prestano assistenza sanitaria diventano il primo bersaglio dell'inquisizione cattolica, giacché detengono una conoscenza vissuta del corpo, connessa all'esperienza della maternità e alla pratica quotidiana delle cure per il mantenimento della vita. Si sviluppa un nuovo apparato di conoscenze mediche controllato dalla chiesa che rinnega con accanimento il sapere delle guaritrici e dichiara che qualsiasi donna osi dispensare cure senza aver effettuato gli studi di medicina è 'strega', cioè alleata del demonio, e dunque da sopprimere (Collière, 1992, p.32).

Nella concezione cristiana dell'epoca il mondo naturale, in quanto da Dio creato (e da Dio solo conoscibile) è oggetto del massimo rispetto, e anche il corpo, se da un lato è oggetto di disprezzo in quanto fonte di peccato, dall'altro lato è 'sacralizzato' in quanto creazione divina. Questo spiega i severi divieti nei confronti della dissezione anatomica, che peraltro impediscono significativi progressi nelle conoscenze mediche. La malattia è vista come un fatto naturale, connaturato alla fallibilità dell'uomo, e l'idea di una salute totale e di una vita priva di sofferenze è considerata illusoria e persino pericolosa (Von Engelhardt, 2000, p.9). La nuova visione della malattia e della sofferenza condiziona fortemente la pratica medica, e alimenta atteggiamenti di rassegnazione e preghiera piuttosto che di tensione verso la guarigione.

Coerentemente con la nuova impostazione scompare il modello dei *valetudinaria* e, con il crollo dell'impero romano, viene a mancare un sistema organico di assistenza sanitaria. Nuovi ospedali vedono la luce, ma sulla base di iniziative spontanee e locali, senza una regia centrale che stabilisca indirizzi e priorità, e con una valenza di assistenza spirituale più che medica: carenti sotto il profilo delle condizioni igieniche e strutturali e della qualità dell'assistenza prestata, sono invece ricchi di sculture, pitture ed opere d'arte. Queste, probabilmente, hanno anche una valenza terapeutica: i documenti biografici dell'epoca testimoniano come per alleviare le sofferenze si fa ampio ricorso a raffigurazioni del Crocefisso, mentre durante le operazioni chirurgiche, che si svolgono in condizioni estremamente dolorose, vengono letti ad alta voce brani del Vangelo e della vita dei martiri, così come per effettuare i salassi si ricorre ad opere letterarie (Von Engelhardt, 2000, p.12).

### 4. Il modello positivista

Con l'età moderna la prospettiva teologica del medioevo viene secolarizzata: passa in primo piano l'individuo. La scissione tra corpo e spirito si accresce nel corso del Rinascimento per divenire massima nel diciassettesimo secolo, con la visione cartesiana di uomo come anima separata dal corpo ed isolata dal mondo esterno. Tale concezione, poi ripresa da Locke e dai moderni esistenzialisti, si rivela pregna di conseguenze sull'approccio che caratterizza sia la teoria che la pratica medica.

Si affermano le interpretazioni iatromeccanica e iatrochimica della medicina, che tentano di applicare ai processi fisiologici leggi e regole proprie dei corpi inorganici. L'elaborazione di queste teorie in una cornice bio-meccanica dominerà la cultura medica per i successivi trecento anni. Essa

poggia anche sulla visione baconiana e galileiana di un mondo naturale ordinato, interamente conoscibile e controllabile dall'uomo. Da questo discende che tutte le malattie e le loro cause possono essere identificate, e le terapie chirurgiche e farmaceutiche possono restituire il perfetto funzionamento del corpo.

Il credo in un progresso scientifico senza limiti, nutrito dal Positivismo e dall'Illuminismo, raggiunge il suo culmine nel XIX secolo, quando i lavori di Kock e Pasteur forniscono la definitiva consacrazione del modello biomeccanico. Questo reca alla clinica una messe di acquisizioni fondamentali, ma contribuisce all'affermarsi di una nozione frammentata dei processi morbosi e dei loro rimedi, e di una sempre maggiore focalizzazione sulle componenti somatiche delle patologie a scapito di quelle psico-sociologiche. Ne consegue un grosso sviluppo dell'interventismo terapeutico, favorito dalle notevoli conquiste scientifiche: dalla scoperta dei gas anestetici, che rimpiazzano la 'biblioterapia' e l' 'anestesia spirituale' del medioevo, ai progressi nelle pratiche igieniche che aprono nuove frontiere alla chirurgia.

Al medievale 'nichilismo' della terapia si sostituisce un ipertrofico interventismo terapeutico, farmacoterapico e riparativo. Questo poco giova rispetto al 'nichilismo' della cura: il rapporto medico-paziente ne esce impoverito e la medicina comincia ad acquisire quel carattere riduzionista che gli sarà poi contestato. Si assiste dunque alla progressiva eclissi di una scienza medica 'filosofica', considerante l'uomo nella sua unitarietà e globalità.

In questo scenario, i vecchi asili e tutti gli altri luoghi di cura iniziano a trasformarsi in strutture con servizi di assistenza sempre più avanzati grazie anche all'introduzione dei laboratori per le analisi cliniche e delle sale operatorie. Vengono costruiti nuovi ospedali sulla base di esigenze di clinica e ricerca, non più di carità. In coerenza con la matrice scientifica che ne ispira la concezione, gli ospedali vengono progettati secondo le regole dell'igiene e dell'ingegneria ospedaliera e strutturati in modo da ricalcare gli indirizzi della ricerca e la suddivisione in discipline di insegnamento universitario. Tale modello organizzativo, funzionale al perseguimento di obiettivi di specializzazione e di ricerca, induce a focalizzare l'attenzione sulla prestazione piuttosto che sul bisogno.

L'evoluzione in senso moderno del modello medico-sanitario subisce un'ulteriore accelerazione in relazione ai notevoli sviluppi farmacologici e tecnologici di inizio secolo. La scoperta degli antibiotici affianca, alla certezza eziologica del tardo ottocento circa gli agenti biologici causali delle malattie infettive, la certezza terapeutica circa i farmaci che le debellano, rafforzando la concezione dualistica della malattia, tipica dell'ottocentesca batteriologia trionfante, come incontro-scontro tra due opposte entità: il microrganismo patogeno e il macroorganismo sano. Il progresso tecnologico accresce, al di là degli indubitabili benefici, il distanziamento tra il medico e la realtà antropologica del paziente, impoverendo ulteriormente la relazione, e determinando un sempre più evidente sbilanciamento in senso tecnocratico della medicina.

Sul piano assistenziale, il modello si evolve in direzione di un sistema mutualistico-previdenziale, ispirato a criteri di pura e semplice assicurazione della malattia e non anche di promozione della salute. La progressiva istituzione di una molteplicità di enti a tutela di varie categorie di lavoratori viene a determinare un caleidoscopio di forme assistenziali, diverse l'una dall'altra, ognuna rigorosamente all'oscuro delle attività dell'altra, burocratizzata da una pervasiva regolamentazione formale benché scarsamente controllabile sul piano dei costi e della qualità, con una dispersiva utilizzazione dei professionisti e un'anomala frammentazione delle strutture.

L'esperienza mutualistica è oggetto sia di pesanti critiche che di giudizi assolutori. Quello che per alcuni è un positivo adeguamento alle tante specificità del Paese, per altri non è che un cedimento ai tanti particolarismi tutelati; così come la celebrata espansione delle risposte ai bisogni sanitari della popolazione, per alcuni non è altro che l'ipertrofia di «un oggetto privilegiato di sottogoverno» (Cosmacini, 1994, p. 116); a chi sottolinea come il sistema abbia fatto rimontare ai meno abbienti il dislivello rispetto ai più abbienti di fronte alle malattie, si evidenzia come l'esclusione dei disoccupati o sottoccupati colpisca proprio quelle categorie di cittadini che avrebbero maggiore necessità di una tutela, e non solo a titolo di poveri (Illuminati, 1970, p. 28).

Più che spingersi in questa sede ad una valutazione dell'esperienza, ci interessa porre in evidenza la sua collocazione rispetto alle coordinate culturali di riferimento. Ambedue i pilastri su cui poggia il sistema mutualistico - la medicina scientifica e il paradigma burocratico - sono in perfetta sintonia con la visione moderna dell'uomo e dei suoi rapporti con la natura. L'organotropismo terapeutico della medicina scientifica, al pari della parcellizzazione del lavoro dell'impianto weberiano, rappresentano la negazione sistematica della relazionalità e riflettono una concezione dell'uomo riduzionista e oggettivizzante; similmente, l'ipertrofica medicalizzazione propria del modello ospedaliero-specialistico-farmacologico, al pari della pervasiva normazione tipica del paradigma burocratico, lasciano presumere la possibilità di un controllo e dominio totali dell'ambiente (organismo umano/organizzazione).

## **5. Il modello burocratico**

Sul finire del diciannovesimo secolo si comincia a considerare in maniera critica la concezione moderna di uomo. Nietzsche, Dilthey e Jaspers, tra gli altri, mettono in discussione la nozione di anima separata dal corpo, pervenendo ad una più ricca visione dell'individuo come frutto di molteplici connessioni. Il paradigma della scienza moderna viene messo in crisi dalle «tre ferite narcisistiche inferte all'uomo» secondo Freud (la scoperta delle geometrie non euclidee, i paradossi che minano i programmi di fondazione della logica matematica, la scoperta dell'inconscio). La visione trionfalistica del progresso comincia gradualmente a venire messa in discussione man mano che cresce la consapevolezza dei rischi determinati dallo sfruttamento della natura. La constatazione della vulnerabilità e fragilità di quella che viene chiamata *risk society* favorisce la progressiva affermazione di una visione più complessa e moderata della relazione dell'uomo con la natura, non di controllo e dominio, ma di armonia e interdipendenza.

A questa temperie culturale si aggiungono alcuni sviluppi in campo epidemiologico ed epistemologico. A seguito dell'utilizzo indiscriminato degli antibiotici i processi morbosi tendono a cronicizzarsi anziché risolversi, trasformando la lotta tra farmaci e germi, da battaglia risolutiva a guerriglia protratta senza vincitori né vinti. In aggiunta, accanto al recedere delle malattie acute-infettive si assiste allo sviluppo di nuove patologie (cardiovascolari e neoplastiche), generate da cause complesse, molteplici e in parte sconosciute, e per le quali non sono noti farmaci risolutivi. L'epistemologia della medicina comincia a vivere, inconsapevolmente, la transizione da un criterio di causalità forte, tipico delle malattie infettive, a un criterio di causalità debole, tipico delle malattie cronico-degenerative (Cosmacini, 1994, p.34).

Tutte queste evoluzioni fanno da sfondo ad una serie di istanze che tra gli anni '60 e '70 vengono messe in campo dai 'movimenti per la salute'. Comincia ad affermarsi l'idea dell'unità e globalità dell'assistenza sanitaria, cresciuta sulla scia della 'liberazione dal bisogno' propugnata dalla Carta Atlantica (1941), dell' 'assistenza sociale dalla culla alla tomba' sancita dal piano Beveridge (1942), della salute come 'stato di completo benessere fisico, psichico e sociale, e non semplice assenza di malattia', definita nella costituzione dell'OMS (1948).

In questo contesto vede la luce la riforma sanitaria istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale. Le innovazioni da questa introdotte lasciano invariata, sul versante organizzativo-gestionale, l'impostazione amministrativistica del modello mutualistico, e vanno ad agire sul versante medico-sanitario, recependo le nuove concezioni di salute/malattia e di medicina, a loro volta riconducibili alle istanze più nuove del dibattito culturale post-moderno. Due dei principali obiettivi della riforma - lo spostamento del baricentro della tutela pubblica dalla 'cura' alla 'salute', e dunque la deospedalizzazione e il rafforzamento dei servizi territoriali, così come il recupero della soggettività, attraverso il concetto di continuità delle cure e di integrazione ospedale/territorio - si possono collegare rispettivamente al recupero della dimensione ecologica nel rapporto uomo-natura e alla visione olistica di uomo.

Lo spirito informatore di tali riforme viene però in buona parte tradito, e gli obiettivi posti vengono solo parzialmente raggiunti. La prevenzione, esaurita la stagione della forte committenza sociale, si riduce alla sola profilassi delle malattie infettive, tramite le vaccinazioni, e alle diagnosi precoci e

visite preventive, che peraltro alimentano il consumismo sanitario. La rete ambulatoriale, la riabilitazione, l'assistenza domiciliare, le case protette, conoscono uno sviluppo marginale e burocratizzato. Il medico di base è visto per lo più come un prescrittore di farmaci, visite e ricoveri. L'ospedale continua ad essere il perno su cui ruota l'intero sistema, in assenza di un retroterra assistenziale capace di esercitare efficacemente una funzione di filtro in entrata, e agevolare le dimissioni in uscita. La deospedalizzazione si realizza, ma nel senso di diffusione del *day hospital* più che dell'assistenza domiciliare. Oltretutto, non essendosi sviluppata un'adeguata cultura della salute, il cittadino si accorge della sanità solo quando è ammalato, e allora esige il ricovero in ospedale. L'integrazione ospedale/territorio, così come la continuità delle cure, rimane una pia illusione, e anche quando vengono messe in campo soluzioni organizzative tecnicamente integrate, il pensiero operativo che le abita continua ad essere frammentato. Le ragioni di ciò sono di natura concettuale prima ancora che tecnico-amministrativa. Il provvedimento non interviene culturalmente sui protagonisti della riforma: viene attuato senza il coinvolgimento degli assistiti (senza promuovere l'educazione alla salute o l'autoeducazione sanitaria) né tantomeno vengono coinvolti i 'curanti' o viene proposto un riassetto degli studi di medicina. Il modello formativo delle facoltà mediche, il cui ordinamento dipende dal Ministro della Pubblica Istruzione, e non dal Ministro firmatario della 833, rimane informato a paradigmi istruttori, addestratori, nozionistici e teorici, inadeguati a fornire una formazione umana completa. Ovviamente, se non si aggiornano gli apparati concettuali della medicina, non si possono modificare gli statuti ontologici e scientifici delle organizzazioni (a partire dall'unità di base, ossia la relazione medico-paziente) e dunque non si riescono a creare condizioni di integrabilità a livello concettuale, propedeutiche ad un intervento organizzativo profondo e complesso (Cavicchi, 2008). È impossibile infatti perseguire la continuità delle cure, quando l'ospedale fonda il suo potere e la sua continuità organizzativa sulla discontinuità: discontinuità fra il tempo e lo spazio della cura e il tempo e lo spazio quotidiano, fra il razionale e l'irrazionale (Bordogna, 2004, p.90).

Dunque la cultura professionale rimane ancorata ad una settorialità che, sul piano assistenziale, si traduce nel mito della specializzazione mentre, sul piano organizzativo, continua a concepire un sistema di servizi a compartimenti stagni, e quindi si sposa con il paradigma burocratico, riproposto integralmente dalla 833. Le conseguenze disumanizzanti del modello burocratico sono evidenti. La specializzazione funzionale, se consente una maggiore efficienza, comporta una perdita di unitarietà della gestione, dovuta alla scomposizione rigida della struttura in servizi tra loro incomunicabili; l'onere della ricomposizione dell'offerta in un processo unico e coordinato ricade sull'utente, il quale è costretto a passare da un servizio all'altro per acquisire le singole componenti del processo, senza che il raccordo sia elaborato in maniera forte dall'azienda. Il burocraticismo permea di sé anche la professione medica: la norma burocratica ne definisce i compiti come se fossero quelli di un funzionario, che gode di un'autonomia burocratica con responsabilità burocratiche (Cavicchi, 2008, p.174).

## **6. Il modello aziendale**

Nei primi anni '80 si aprono spazi per un intervento in senso manageriale sul versante organizzativo-gestionale del sistema sanitario, dovuti ad una serie di fattori concomitanti: la vittoria della linea reaganiana-tatcheriana; la diffusione progressiva e generalizzata del discorso manageriale nel settore pubblico, e il connesso trend riformistico inaugurato dall'Inghilterra; la perdita di legittimazione da parte della politica, a seguito della gestione partitica e lottizzatoria delle USL; l'emergere della Regione come azionista prevalente, che rende il contesto sanitario pubblico meno complesso e più simile a quello privato, con una proprietà definita e chiaramente identificabile (Del Vecchio, 2008, p.4).

I provvedimenti di riforma attuati in buona parte recepiscono un'idea di azienda perfettamente in linea con le coordinate concettuali della moderna visione positivista: un modello gerarchico di governo monocratico onnipotente, basato sul *command and control* e piegato ai miti del

razionalismo e del tecnicismo, in totale sintonia con un'idea riduzionista di uomo che domina un mondo naturale ordinato.

Come si illustra brevemente di seguito, si tratta di idee superate nel mondo delle imprese private, e lontane anche dalla frontiera degli studi sull'azienda pubblica, ma che, in quanto capaci di forti suggestioni, sono sempre popolari in una certa letteratura Manageriale, oleografica e stilizzata per questo si definiscono 'miti' (Adinolfi, 2005).

### Il mito del monocentrismo

Da un lato gli aziendalisti suggeriscono per le aziende sanitarie modalità di governo *soft*, ispirate all'idea di *governance*, fondata sulla mediazione tra differenti razionalità e su un processo di co-produzione che coinvolge i diversi soggetti, in contrapposizione all'idea di *government* (implementazione autoritativa centralistica e mono-razionale di regole prestabilite); dall'altro lato il legislatore del '92, operando una scelta del tutto originale rispetto agli altri Paesi europei, struttura le aziende sanitarie secondo un modello di *ipergovernment*, dove il governo è esercitato da un organo monocratico forte, nominato (non delegato) dal soggetto politico (soggetto peraltro debole e in crisi di legittimazione).

Tale impostazione, volta a favorire l'unitarietà della gestione, si porta dietro la necessità del comando (attraverso il quale il manager impone il proprio ordine all'organizzazione) e del controllo (attraverso il quale egli verifica che l'ordine sia perseguito e mantenuto), ed è collegata all'introduzione di meccanismi di finanziamento che inducono maggiore responsabilizzanti, ma anche 'economicismo clinico' e 'consumismo sanitario'. Tutto questo favorisce una forte focalizzazione sul funzionamento interno dell'organizzazione, a discapito dell'orientamento al processo e all'integrazione interorganizzativa, e rende difficile lo sviluppo di forme di cooperazione interorganizzativa e l'introduzione di modalità evolute di gestione per processi, rese quanto mai indispensabili in campo sanitario dalla diffusione delle malattie cronico-degenerative e della non-autosufficienza.

### Il mito del razionalismo

Da una parte la letteratura manageriale concettualizza le aziende sanitarie come sistemi che apprendono e si trasformano attraverso l'azione di una pluralità di soggetti (interni ed esterni), seguendo processi di evoluzione e autocorrezione; dall'altra parte i provvedimenti applicati in sanità sottendono un modello razional-comprensivo, centrato sulla definizione di strategie finalistiche, elaborate e implementate sulla base di un'analisi razionale (impernata sulle relazioni mezzi-fini).

Collegata a tale concezione razionalistica, vi è il mito della misurazione "an ideology embraced with almost religious fervor by the Management movement" (Mintzberg, 1996, p. 139), ossia l'idea che ogni fenomeno possa, e debba, essere oggetto di misurazione.

Tale impostazione non ha prodotto, secondo molte analisi, un significativo miglioramento della gestione. I sistemi di pianificazione formale e i correlati sistemi di programmazione e controllo sono diventati una sovrastruttura che invece di aiutare la gestione ha introdotto ulteriori elementi di rigidità, dovuti anche alla crescente complessità. In un'indagine sul SSN, il 91% delle aziende intervistate dichiara di aver implementato mediamente da quattro anni un sistema di controllo di gestione, senza con questo aver modificato in alcun modo il comportamento decisionale dei dirigenti. L'innovazione si è dunque risolta in un esercizio astratto o in un mero adempimento burocratico (Borgonovi, 2002, p. 304).

Tale impostazione non produce, secondo molte analisi, significativi cambiamenti nei comportamenti decisionali dei manager, e si risolve piuttosto in un esercizio astratto o in un mero adempimento burocratico, che invece di aiutare la gestione introduce ulteriori elementi di rigidità.



### Il mito del tecnicismo

Da un lato gli studiosi dell'azienda sanitaria considerano riduttiva una *governance* focalizzata sulle sole variabili economiche, e superano la concezione weberiana di attività amministrativa 'neutrale', in favore di una concezione 'strumentale', secondo cui la dirigenza pubblica deve contribuire al processo di definizione degli obiettivi strategici, ponendosi con i politici in un rapporto di interazione; d'altro canto l'idea della scientificità e neutralità dei metodi manageriali ha un notevole *appeal* in Italia, dove la natura tecnica dell'esperienza manageriale è considerata come antidoto morale alla degenerazione della politica. Il nostro legislatore sancisce in maniera netta la separazione tra politica e amministrazione, senza, peraltro, rafforzarla con misure incidenti sul livello organizzativo-strutturale, ad esempio mediante l'attribuzione ad organismi 'terzi' del potere di nomina, revoca e valutazione dei dirigenti apicali. Tale potere è invece attribuito agli organi di direzione politica, ai quali si assicura così, grazie al rapporto fiduciario tra politici e amministratori, la guida effettiva dell'amministrazione.

La valorizzazione della relazione personale tra politici e figure dirigenziali apicali, che non è una prerogativa esclusiva del nostro Paese, teoricamente risponde all'esigenza di coniugare il binomio autonomia-responsabilità, affiancando alla rafforzata autonomia gestionale del dirigente pubblico una maggiore responsabilizzazione sui risultati. Tuttavia, nel contesto della sanità italiana, applicata al rapporto tra politici e direttori generali, sembra risentire della diversa ambientazione, finendo spesso per diventare uno strumento di rafforzamento del controllo politico sulla burocrazia (Longobardi, 1999, p. 182).

### **7. Il modello della *clinical governance***

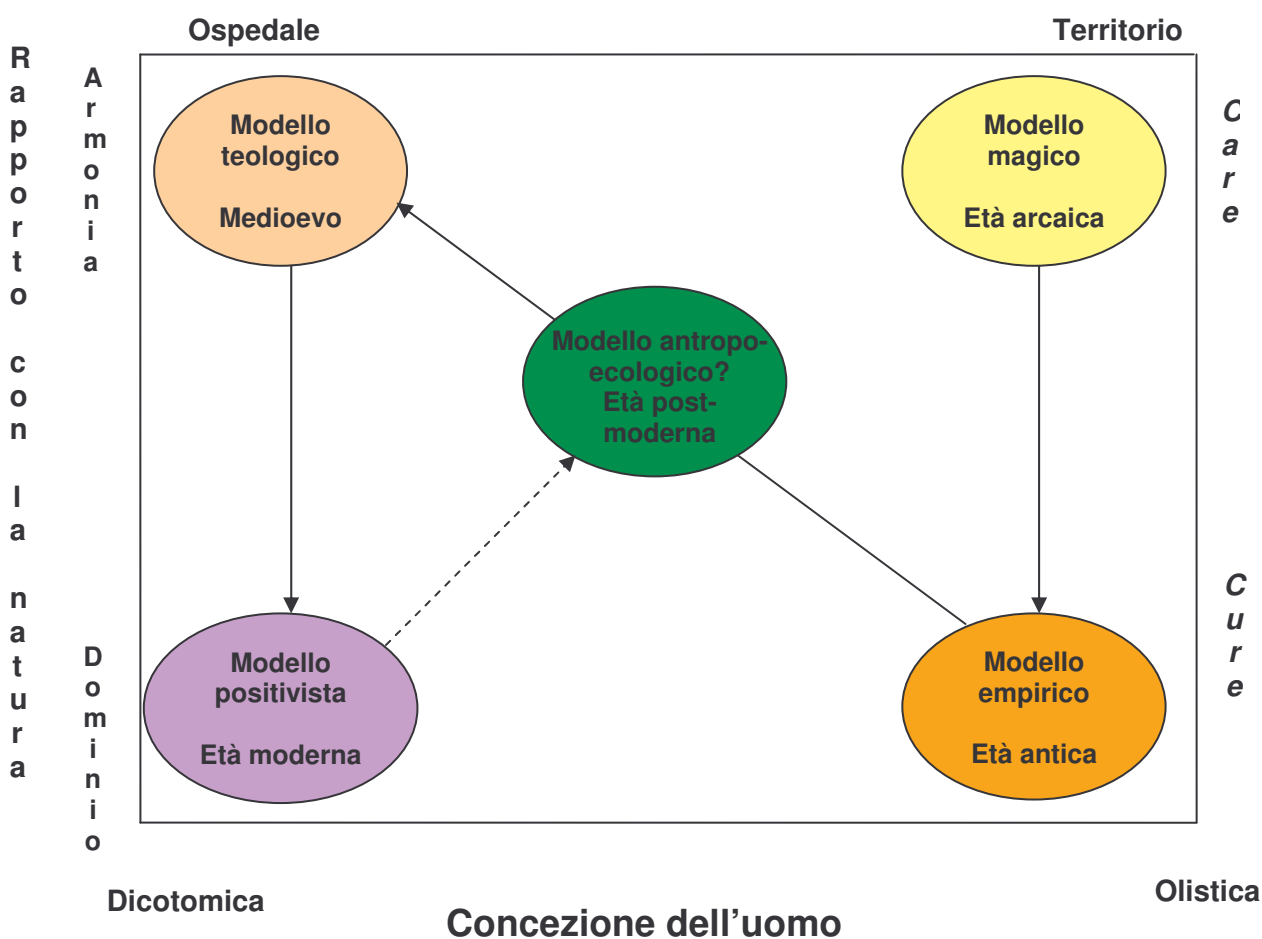
Nel complesso le innovazioni in senso aziendale introdotte nel '92 vengono ricondotte all'interno della concezione di matrice squisitamente giuridica dell'amministrazione. Si spreca dunque l'opportunità di introdurre strumenti di responsabilizzazione e autonomia sostanziali perché, tra l'altro, si manca di promuovere lo sviluppo di un contesto culturalmente idoneo a recepire concettualmente le novità di un'impostazione aziendale. Lo stesso legislatore recepisce nei provvedimenti quello che potremmo definire 'positivismo manageriale', totalmente superato negli studi sull'azienda privata. E' a tale aziendalismo mal concettualizzato e peggio praticato, e non all'azienda in sé, che può imputarsi l'esiguità dei risultati conseguiti, nonché la diffusione di sentimenti di avversione all'azienda, e di nostalgia per le antiche pratiche burocratico-amministrativiste, sempre più rassicuranti della responsabilità manageriale. A tali sentimenti anti-aziendali si abbina una nuova temperie culturale connessa alle riforme Clinton e Blair in direzione dello stato sociale, che tendono a soppiantare l'ideologia tatcheriana-reganiana.

In tale scenario, la riforma del '99 tenta di ripristinare lo spirito informatore della 833, e in tal senso va interpretata la scelta di coinvolgere gli enti locali nel processo di valutazione del direttore generale, così come di imporre agli ospedali requisiti assai stringenti per la trasformazione in azienda.

Il modello di *clinical governance* lanciato dalla riforma *ter* è un tentativo di risposta all' 'economicismo aziendale' e alla connessa erosione dell'autonomia professionale e comporta il coinvolgimento dei clinici nella gestione, in un quadro di managerialità diffusa, all'interno di una catena di responsabilità che collega al raggiungimento di obiettivi definiti la corresponsione della retribuzione accessoria, e al mancato raggiungimento degli stessi la revoca dall'incarico dirigenziale. Nel senso di un ridimensionamento degli eccessi monocratici va interpretata anche la significativa valorizzazione degli organi di integrazione intermedia (distretto e dipartimento), mediante il riconoscimento di una specifica autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria. Nonostante la sua impostazione lungimirante, anche la 229, in assenza di un intervento culturale forte sui soggetti, tende a ricadere sul 'vecchio'; il governo clinico rischia di assoggettarsi alla logica aziendale, portando ad una subordinazione della clinica alla gestione; l'enfasi sulla valutazione e sul controllo di gestione rischia di condurre ad un 'economicismo clinico' ben più preoccupante dell' 'economicismo aziendale'; il riduzionismo della statistica delle evidenze, delle

linee guida e dell'appropriatezza, finalizzate a governare, guidare e controllare la professione rendendo esplicito quello che è un sapere tacito, rischia di sfociare in un 'neoburocratismo clinico' che tradisce sfiducia nei soggetti, ne minimizza la responsabilità e stimola atteggiamenti difensivi; analoghi rischi può ingenerare il principio di esclusività per i medici del servizio pubblico, che porta quasi a compimento un percorso che vede ridursi i margini di discrezionalità del professionista nel giocare su una duplicità di ruolo (dipendente/libero professionista); infine, il rafforzamento della pianificazione centralizzata, volto a contenere differenziazioni e disomogeneità sul territorio, può sfociare in un 'neocentralismo amministrativista' (Cavicchi, 2005).

**Fig. 1 Coordinate culturali e modelli medico-sanitari**



Fonte: nostra elaborazione

## 8. Conclusioni

Dall'analisi condotta è possibile rilevare, pur con tutte le cautele e i limiti connessi alle semplificazioni e schematizzazioni di idee complesse, che sino all'epoca moderna il progresso nel dibattito filosofico va di pari passo con quello della medicina e dell'organizzazione dell'assistenza sanitaria: l'evoluzione delle idee di uomo e dei suoi rapporti con la natura si riflette nell'evoluzione delle idee di salute/malattia, e trova riscontro nel modello di medicina, il quale a sua volta 'modella' su di sé le scelte relative all'organizzazione e gestione dei servizi sanitari.

Con il ventesimo secolo le profonde trasformazioni, correlate agli sviluppi tecnologico-scientifici ed alle mutate condizioni epidemiologiche, socio-economiche, politiche, arricchiscono il dibattito culturale, il quale supera il positivismo riduzionista e il pensiero dicotomico moderno, cedendo il passo al più complesso ragionare sulle interdipendenze. Una nuova concezione olistica di salute, coerente con la più complessa visione di uomo e del suo rapporto col mondo naturale, inizia a prendere piede nelle società industrializzate, ispirando i più recenti pronunciamenti internazionali, e alimentando una stagione di riforme. Anche nel nostro Paese comincia ad essere accolta la nuova concezione di salute nel dibattito culturale, riflessa anche negli ultimi orientamenti giurisprudenziali.

A fronte di ciò la scienza medica, avendo perso la sua ispirazione filosofica, non ha avviato un processo di rinnovamento in senso 'umanistico', preferendo arroccarsi su posizioni di scientismo positivista, non 'aiutando' così i tentativi di rinnovamento del modello di tutela. Il restante mondo della sanità invece, recependo le istanze di cambiamento provenienti dalla società e i trend riformistici che interessano i sistemi sanitari delle nazioni industrializzate, ha cercato di dare risposte, e quindi ha cominciato a distanziarsi progressivamente dalla scienza medica.

Per tale motivo, a partire dalla seconda metà del secolo, si è cominciato a creare un profondo disallineamento concettuale tra i due mondi, sfociante talora in aperto conflitto. Come rileva Cosmacini (1994, p.274) «proprio nel momento in cui si vogliono collegare tra loro la prevenzione e la cura, l'educazione sanitaria e la terapia riparatrice, medicina e sanità restano paradossalmente le due parti scisse di un tutto artificialmente diviso e perciò privo di coesione interna, di forza unitaria, di portata globale». Ed è proprio la mancanza di coesione e forza unitaria alla base dei ripetuti fallimenti degli interventi riformatori, della loro incapacità di produrre cambiamenti reali. Le tre riforme sanitarie (1978, 1992, 1999) hanno introdotto nuove categorie, ma queste sono state inglobate nel 'pensiero vecchio' e non hanno prodotto significativi cambiamenti reali: se sul versante medico-sanitario concetti come prevenzione, deospedalizzazione, integrazione sono stati metabolizzati all'interno del modello scientifico-positivista, sul versante organizzativo-gestionale i concetti di gestione manageriale e governo clinico sono stati 'fagocitati' all'interno della concezione burocratico-manageriale. Dunque il modello di tutela della salute pubblica non si è allontanato significativamente dal modello mutualistico - ospedale-centrico, specialistico, farmacologico, burocratico, e attraversa attualmente una profonda crisi di disconnessione con il sistema sanitario e con la scienza medica.

Se è vero che, come disse Einstein, per uscire da una crisi bisogna evitare di ispirarsi agli stessi paradigmi che l'hanno scatenata, allora per uscire dall'attuale *impasse* in cui si trova il sistema sanitario occorrerebbe un cambiamento delle premesse filosofiche, e cioè una revisione critica di priorità, collegata ad una riconcettualizzazione in senso postmoderno<sup>1</sup> dell'idea di uomo e dei suoi rapporti con la natura. Questo significa recupero culturale di una concezione antropologica globale, dell'uomo sano-malato e del suo mondo, e proiezione culturale verso il contesto naturale e sociale, e dunque attenzione verso le grandi trasformazioni in atto e le correlate trasformazioni delle patologie e della quantità/qualità di vita. Un orientamento 'umanistico'- potremmo definirlo 'antropo-ecologico' - ben sintetizzato in un lavoro di Ruffiè e Sournia (1985, p. 242) degli anni

---

<sup>1</sup> Il termine postmoderno prescinde dai tanti aspetti del dibattito corrente e indica semplicemente un atteggiamento problematico nei confronti di alcune certezze della modernità,, sta dunque ad indicare un certo smarrimento, la mancanza di un approdo certo: sappiamo cosa finisce, non cosa ci aspetta (Minghetti, Cutrano, 2006).

ottanta: “Non dobbiamo tendere a un aumento smisurato della longevità, ma a un migliore equilibrio di fronte al nostro ambiente naturale e sociale.” A tal fine “dobbiamo noi stessi aver cura di noi” e “organizzare un ambiente naturale e sociale meno aggressivo possibile, in armonia con le nostre possibilità fisiche e con le nostre esigenze mentali.”

Ciò non significa rinnegare le conquiste della modernità, misconoscere i lati positivi del modello scientifico. Anche perché una estremizzazione delle due coordinate culturali in senso antipositivista comporta il rischio che la bandiera ecologista-umanizzante rappresenti una copertura o una scappatoia per bassi livelli di professionalità (Ortigosa, 1991, p.34), o dia spazio a medicine alternative e non meglio definibili saperi esoterici; in altre parole il rischio che la magia, cacciata dalla porta dalla moderna medicina scientifica, rientri dalla finestra, configurando un ritorno all'età arcaica. Quel che si propone è un'*Aufhebung*, termine hegeliano che nella manualistica viene infelicemente tradotto come 'superamento inglobante', fondato sulla capacità post-moderna di ricomporre le antinomie.

*Aufhebung* significa, sul versante medico-sanitario, affiancare al progresso della ragione tecnico-scientifica un pari sviluppo della ragione antropologico-sociale, coniugare la 'cura' della medicina scientifica con il 'prendersi cura' della medicina antropologica. Un 'prendersi cura' che significa anche stimolare l'uomo malato all' 'autocura', dove questa sia possibile, e l'uomo sano ad un' 'autovigilanza'. *Aufhebung* significa anche contrastare il tecnicismo e il consumismo dell'ipermedicalizzazione ristabilendo una connessione ecologica tra il sistema sanitario e l'ambiente esterno, acquisendo la consapevolezza del fatto che le determinanti della salute sono dipendenti sempre meno da interventi sanitari e sempre più da un mix di politiche/tendenze/comportamenti sociali, e che ogni intervento deve combinare le risorse dei sistemi sanitari pubblici con le altre risorse presenti e attivabili nella società e all'interno delle famiglie/individui. Tutto questo richiede politiche sanitarie e sociali di ampio respiro, alla cui base vi è il recupero della connessione società/salute/medicina/sanità, e in particolare il riallineamento medicina/sanità.

Sul versante organizzativo-gestionale, *Aufhebung* significa introdurre strumenti di responsabilizzazione e autonomia sostanziali, raccogliendo peraltro il contributo che può venire dai tre moderni automatismi che alimentano il progresso moderno - tecnica, mercato, burocrazia - ma valorizzandolo in ragione e funzione dell'uomo, reinserendo la sua intelligenza finalizzatrice nei meccanismi di intersezione di questi tre riduttori della complessità che hanno la caratteristica di essere astratti e unidimensionali, e recuperando il ruolo connettivo di un management in grado di porre in essere strategie di cooperazione interorganizzativa e interistituzionale. Si tratta in ultima analisi di andare oltre il *managerialismo positivista*, per valorizzare un approccio umanista, una *new health governance* che consenta di ristabilire la centralità dei soggetti, ricongiungere i mezzi ai fini, contemperare logiche d'azione diverse da quelle strettamente economico-finanziarie, recuperare un ruolo riflessivo per il management, perché possa valutare le conseguenze della produttività tecnica-economica-normativa, e controllare i rischi di una complessità che oltrepassa gli strumenti messi in campo per controllarla.

In conclusione, la rilettura critica dell'evoluzione dei modelli medico-sanitari come una storia di idee che si istituzionalizzano in modelli organizzativi consente, tra l'altro, di individuare le ragioni profonde, di natura concettuale, del fallimento dei vari interventi di riforma e riorganizzazione dell'assistenza sanitaria, nonché le possibili vie d'uscita dalla crisi. Il passo successivo è quello di indagare sul come e quando le idee si materializzano, ossia cessano di fluttuare liberamente nei mondi organizzativi pensati e si trasformano in modelli istituzionali.

## BIBLIOGRAFIA

- P. ADINOLFI, *Il mito dell'azienda*, McGraw Hill, Milano 2005.
- P. ADINOLFI, *L'innovazione gestionale nelle organizzazioni sanitarie. Dallo Scientific Health Management alla New Health Governance*, Bruno Libri, Salerno 2008
- T. BARNI, "Magna Grecia VI sec. a.c.: dalla sapienza all'indagine, dalla rivelazione alle congetture. La medicina si fa scienza", *Hematology Meeting Report*, 1(6) 2007.
- R. A. BERNABEO, G. M. PONTIERI, G. B. SCARANO, *Elementi di storia della medicina*, Piccin-Nuova Libreria, Padova 1993.
- M.T. BORDOGNA, "Umanizzazione dell'ospedale: le implicanze organizzative", in A. Delle Fave, S. Marsicano (a cura di). *L'umanizzazione dell'ospedale, riflessione ed esperienze*, Angeli, Milano 2004.
- E. BORGONOVI, *Principi e sistemi aziendali per le amministrazioni pubbliche*. Egea, Milano 2002.
- I. CAVICCHI, *Il pensiero debole della Sanità*, Dedalo, Bari 2008.
- M.F. COLLIÈRE, *Aiutare a vivere. Dal sapere delle donne all'assistenza infermieristica*, Sorbona, Milano 1992.
- G. COSMACINI, *Storia della Medicina e della Sanità nell'Italia contemporanea*, Laterza, Bari 1994.
- C. DE FILIPPIS CAPPALÀ, *Medici e medicina in Roma antica*, Tirrenia, Torino 1993
- M. DEL VECCHIO, *Le organizzazioni pubbliche tra autonomia aziendale e priorità politiche*, in «Mecosan» (65) 2008.
- S. GLOUBERMAN, *Changing Conceptions of Health and Illness: Three Philosophical Ideas and Health*. Workshop "Shaping the Future of Home Care," Sutton Place, Toronto - Ontario, March 29, 2005.
- D. GOUREVICH, *I giovani pazienti di Galeno*, Laterza, Bari 2001..
- F. ILLUMINATI, *La tutela della salute e l'assicurazione di malattia*, Vallecchi, Firenze 1970.
- J. JOUANA, *Ippocrate*, SEI 1994
- A. KRUG, *La medicina nel mondo classico*, Giunti, Firenze 1990.
- G. LANATA, *Medicina magica e religione popolare in Grecia fino all'età di Ippocrate*, Edizioni Ateneo, Roma 1967.
- G.E.R. LLOYD, *Magia, ragione, esperienza*, Bollati Boringhieri, Torino 1982.
- N. LONGOBARDI, *Il sistema politico amministrativo e la riforma mancata*, Giappichelli, Torino 1999.
- M. MINGHETTI, F. CUTRANO. *Nulla due volte. Il management attraverso le poesie di Wislawa Szymborska*, Scheiwiller, Milano 2006.
- H. MINTZBERG, "Managing Government, Governing Management". *Harvard Business Review*, Maggio-Giugno 1996.
- E. RANCI ORTIGOSA (a cura di). *L'umanizzazione dell'intervento sanitario*, Angeli, Milano 1991.
- J. RUFFIÈ, J. CH. SOURNIA, *Le epidemie nella storia*, trad.it. Anna Foa. Editori Riuniti, Roma 1985.
- D. VON ENGELHARDT, "Il sollievo della sofferenza nella storia della medicina", in E. Sgreccia (a cura di). *Storia della medicina e storia dell'etica medica verso il terzo millennio*, Rubettino, Catanzaro 2000.