

Tante reti, tanti paradigmi

Network analysis in sanità



Comunità, equità e partecipazione

Tante reti, tanti paradigmi

Network analysis in sanità

La redazione del volume è a cura di

Simonetta Simoni psicosociologa - Format.bo srl

Maria Augusta Nicoli Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna

Luigi Palestini Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna

La collana Dossier è curata dall'Area di programma Sviluppo delle professionalità per l'assistenza e la salute dell'Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna responsabile Corrado Ruozi

redazione e impaginazione Federica Sarti

Stampa Regione Emilia-Romagna, Bologna, settembre 2014

Copia del volume può essere richiesta a

Federica Sarti - Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna

viale Aldo Moro 21 - 40127 Bologna

e-mail fsarti@regione.emilia-romagna.it

oppure può essere scaricata dal sito Internet

<http://assr.regione.emilia-romagna.it/it/servizi/pubblicazioni/dossier/doss241>

Chiunque è autorizzato per fini informativi, di studio o didattici, a utilizzare e duplicare i contenuti di questa pubblicazione, purché sia citata la fonte.

Indice

Sommario	5
<i>Abstract</i>	7
Premessa	9
1. Introduzione	11
2. Una prima distinzione utile per chi lavora in sanità	15
3. La <i>network analysis</i>	19
4. La <i>network analysis</i> in sanità	23
5. <i>Network analysis</i> e reti assistenziali: alcune esperienze significative di mappatura della rete	27
5.1. Le reti di assistenza per i pazienti anziani e cronici	29
5.2. La descrizione dei percorsi di cura	35
5.3. Dal diagramma di flusso all'analisi di rete	42
5.4. Alcune riflessioni	52
6. Dal <i>network</i> al <i>networking</i>: perché nascono le reti?	55
7. Dal <i>network</i> al <i>networking</i>: come funzionano le reti in sanità?	61
8. Le interdipendenze	67
9. I workshop sulle reti dei servizi per anziani fragili	71
10. Il caso per l'analisi del <i>networking</i>: una scelta di metodo	75
10.1. Il caso del workshop	77
10.2. La giornata di workshop	83
11. Conclusioni	87
Riferimenti bibliografici	91

Sommario

Il presente report può essere considerato una rilettura di alcuni progetti di modernizzazione svolti dall'Agenzia sanitaria e sociale della Regione Emilia-Romagna "Continuità assistenziale: implementazione di modelli clinici e clinici organizzativi" (2007-2008); "La continuità assistenziale: applicazione del set minimo di scale per la valutazione del paziente anziano e del percorso di presa in carico" (2008-2009); "Gestione delle malattie croniche ad alto impatto assistenziale sul territorio secondo il chronic care model al fine di ridurre la disabilità, il ricorso inappropriato all'ospedalizzazione e di migliorare la qualità di vita del paziente e del caregiver" (2009-2010).

Parallelamente a quei progetti si sono associate iniziative di ricerca e formazione per la mappatura e l'analisi del funzionamento delle reti di cura, realizzate nel novembre 2011. Vengono qui presentati strumenti di analisi del paradigma di rete utilizzabili dagli attori delle organizzazioni che ogni giorno sono impegnati nel funzionamento dei servizi sociosanitari.

Il volume è composto da tre Parti e undici Capitoli.

La prima Parte (dal *Capitolo 1* al *Capitolo 5*) è dedicata alla *network analysis*, ovvero quell'insieme di concetti e indicatori che permettono di descrivere una rete e di rappresentarla in forma grafica. Vengono poi forniti esempi di ricerche svolte in sanità con tale prospettiva, con un approfondimento dedicato alla mappatura delle reti di assistenza per pazienti anziani e cronici in alcune Aziende USL della Regione Emilia-Romagna.

In questa indagine sono stati incrociati gli strumenti del diagramma di flusso, della rete ego-centrata e le schede di rilevazione di scambi e transazioni tra i nodi (corrispondenti a singoli operatori dei servizi sociosanitari). Mappe diverse delle reti di cura permettono a ciascuno di loro di visualizzare le connessioni più o meno intense che intrattengono con colleghi e servizi del territorio, migliorando la loro consapevolezza di cosa significhi operare in reti cliniche e organizzative.

La seconda Parte (dal *Capitolo 6* al *Capitolo 8*) si concentra su una ricognizione sintetica di teorie e concetti utili a comprendere il *networking*, ovvero le modalità di funzionamento delle reti organizzative, le modalità tipiche di comunicazione e di collaborazione, i meccanismi operativi, le competenze da sviluppare lavorando con il paradigma della rete.

La terza Parte (*Capitoli 9 e 10*) riporta l'esperienza e gli strumenti utilizzati nei workshop dedicati al *networking* degli stessi Servizi coinvolti nella precedente mappatura delle reti di cura di pazienti anziani e cronici, con un programma dedicato a comunicazione dei principi teorici, sperimentazione con analisi di un caso aziendale, sintesi metodologica e trasferibilità ai propri contesti di lavoro. I tre laboratori si sono svolti con la stessa metodologia, pur avendo come oggetto problematiche sanitarie diverse (*stroke*, frattura

di femore, demenze). L'analisi del *networking* è, di fatto, un'analisi dei processi organizzativi utili a comprendere criticità e potenzialità delle interdipendenze tra Servizi connessi nel medesimo percorso di continuità assistenziale.

Nelle Conclusioni (*Capitolo 11*) vengono riprese questioni e domande sul tema delle reti di cura negli attuali sistemi sanitari e vengono indicati i progetti dell'Agenzia sanitaria e sociale regionale che continuano le attività di sensibilizzazione al paradigma della rete in altre aree di servizio, ampliando prospettive e metodi utilizzati.

Abstract

Many networks, many paradigms: network analysis in healthcare

The report collects information and experiences related to some projects "Continuity of care: implementation of clinical-organizational models" (2007-2008), "Multidimensional assessment of elderly patients: Applying tools to evaluate continuity of care" (2008-2009), "Management of high territorial impact chronic diseases according to the chronic care model, in order to reduce disability, the inappropriate use of hospitalization, and to improve patients' and caregivers' quality of life" (2009-2010) realized by the Regional Agency for Health and Social Care of Emilia-Romagna.

Connected to these works, the project for network analysis of care was started in November 2011.

In this report tools and methods are presented which can be used by health care professionals.

The report is divided into three Parts and 11 Chapters.

The first Part (from Chapter 1 to Chapter 5) deals with concepts and indicators of network analysis that describe and give a graphic representation of clinical and organization networks. Examples of some Italian researches on health care system and networks are given, and the map of networks of care for elderly chronic patients in some Health Trusts of Emilia-Romagna are analyzed. In this research different tools are used: flowchart, ego-network pattern, exchanges and transactions tables. Each participant, a professional of the health care system, makes a picture of his network of care, the main connections and the characteristics such as dimensions, density and centralization. Through the map, all professionals can develop a better awareness of their different roles in network functioning.

The second Part (from Chapter 6 to Chapter 8) illustrates the main theories and tools for analysis of networking, the process of functioning, communication and cooperation, operation mechanism and relevant skills for networks of care.

The third Part (Chapter 9 and 10) focuses on the workshops of November 2011 with the same professionals of health care for elderly chronic patients of the first Part. They worked on three different problems (stroke, femur fracture and dementia) with the same method (case analysis and networking analysis), in order to understand the characteristics of network connections and interdependence in Chronic Care Model for the continuity of care.

The Conclusions (Chapter 11) highlight the importance of care networks continuity in health care organizations and present more projects of the Regional Agency for Health and Social Care dealing with the paradigm of network analysis.

Premessa

Il presente lavoro costituisce una rilettura di alcuni progetti di modernizzazione svolti dall'Agenzia sanitaria e sociale della Regione Emilia-Romagna nell'ambito della gestione dei percorsi di continuità assistenziale per utenti anziani con condizioni croniche acquisite. Nello specifico ci si riferisce a tre progetti consecutivi e direttamente connessi.

- Il primo - "Continuità assistenziale: implementazione di modelli clinici e clinici organizzativi" (2007-2008) - era collegato alle linee programmatiche orientate ad assicurare la continuità assistenziale dei pazienti cronici implementando l'integrazione tra le diverse Unità operative funzionalmente impegnate nella presa in carico e nella gestione dei percorsi assistenziali. Obiettivi dello studio erano individuare gli elementi che identificano i percorsi clinico-assistenziali in uso, rispetto a quelli che possono esserne considerati i "requisiti minimi", e identificare i punti qualificanti il passaggio di cura a garanzia della continuità assistenziale, ovvero gli snodi che consentono il trasferimento del paziente da un *setting* assistenziale a un altro. Una sintesi dei risultati ottenuti con questo progetto è riportata nel Capitolo 5, in riferimento alla gestione a rete dei servizi assistenziali per pazienti cronici.
- Il secondo progetto - "La continuità assistenziale: applicazione del set minimo di scale per la valutazione del paziente anziano e del percorso di presa in carico" (2008-2009) - costituisce la prosecuzione del progetto precedente, i cui risultati avevano evidenziato diverse criticità: alcune riguardano i processi assistenziali (ad esempio la difficoltà a dare continuità assistenziale e a gestire l'integrazione sociosanitaria), altre si riferiscono alla capacità di misurare l'esito assistenziale (ridotta capacità di estendere la metodologia di valutazione multidimensionale a tutti i *setting* assistenziali, difficoltà di monitoraggio per gli *outcome* dei piani assistenziali, ...). Il progetto si è pertanto focalizzato sulla creazione e sperimentazione di un set minimo di scale per la valutazione del paziente cronico anziano; il set minimo utilizzato affiancava indici clinico-funzionali e correlati psicosociali, al fine di confrontare le reti assistenziali omogenee e verificare l'appropriatezza dei percorsi delineabili al loro interno. I risultati, riportati in altro volume della Collana Dossier (Palestini *et al.*, 2012), hanno indicato la fattibilità d'uso del set minimo, nonché la funzionalità nell'integrare scale già ampiamente utilizzate con nuovi elementi di valutazione multidimensionale del paziente.
- Il terzo e ultimo progetto di modernizzazione - *Gestione delle malattie croniche ad alto impatto assistenziale sul territorio secondo il chronic care model al fine di ridurre la disabilità, il ricorso inappropriato all'ospedalizzazione e di migliorare la qualità di vita del paziente e del caregiver*" (2009-2010; Palestini *et al.*, 2013) - si collega al precedente in quanto ha valutato l'esito dell'implementazione di un modello di intervento assistenziale secondo l'approccio del *chronic care model* per i percorsi relativi alla frattura di femore e allo *stroke*. Il modello propone un superamento

dell'utilizzo "a domanda" dei servizi sanitari per passare a un sistema sanitario proattivo, incentrato sul mantenimento della salute, sull'interazione con pazienti/*caregiver* e sull'integrazione con le risorse della comunità. I risultati indicano che lo strumento di valutazione multidimensionale fornisce dati di grande valore informativo sullo stato clinico-funzionale dei pazienti e sull'andamento delle reti assistenziali indagate, oltre che sugli elementi di *chronic care* introdotti in esse.

Parallelamente alle attività di ricerca previste, i progetti sopra citati hanno visto lo sviluppo di una serie di materiali orientati alla mappatura delle reti assistenziali e la lettura dei percorsi e alla formazione degli operatori coinvolti. In questa sede si è pertanto ritenuto opportuno fornire uno strumento che consentisse da un lato di inquadrare il lavoro svolto in questi anni in una prospettiva di rete, dall'altro di allargare la riflessione sulle reti assistenziali al sistema sanitario in senso più ampio. Vengono dunque presentati strumenti di lettura/analisi e i possibili usi degli stessi, per promuovere la consapevolezza della logica di rete tra gli attori delle organizzazioni che ogni giorno sono impegnati nel funzionamento dei servizi sociosanitari.

1. Introduzione

Negli ultimi venticinque anni il concetto di rete è stato sviluppato in campi eterogenei e con modalità differenziate, ma con alcune caratteristiche trasversali ricorrenti; si pensi alla sociologia della famiglia, dove sono state studiate le reti di cura nei confronti di soggetti "dipendenti" come bambini, anziani e disabili; alla sociologia dell'organizzazione con le ricerche sulle imprese a rete e sui fenomeni di cooperazione/potere/confitto nei reticoli interorganizzativi; senza dimenticare il dibattito di sociologi ed economisti sul capitale sociale e sulle reti come risorsa per lo sviluppo nei contesti locali. Inoltre, tra gli studiosi di politiche sociali e di organizzazione dei servizi, nella formazione degli operatori il concetto di rete ha assunto il valore di vera e propria metodologia, laddove il lavoro di rete viene considerato un insieme di attività per il miglioramento del benessere delle persone e della collettività, per la connessione degli interventi tra servizi pubblici e *no profit*, per la realizzazione di progetti innovativi nei quali le famiglie siano, ad esempio, protagoniste della soluzione di disagi e difficoltà comuni.

Anche negli studi organizzativi numerosi sono gli approcci finalizzati all'analisi di rete, intesa come un modello strutturale (un'architettura, un disegno) oppure come meccanismo di coordinamento dell'azione. Integrando le due prospettive è possibile identificare nella rete quel modello organizzativo che sottintende l'utilizzo di meccanismi di coordinamento tra attori sociali, siano essi semplici o complessi, diversi da quelli tradizionali della gerarchia e del mercato: il modello a rete, infatti, implica la presenza di attori che mantengono gradi di autonomia e discrezionalità nella propria azione, ma che nelle loro relazioni coordinate rinunciano all'opportunismo - trasformandolo in opportunità - grazie alla mutualità e alla fiducia reciproca (Granovetter, 1985; Powell, 1990).

In senso generale, la rete, come metafora e come concetto, permette di leggere i collegamenti tra una serie di punti-nodi (siano essi persone, gruppi, Unità organizzative, strade o altre entità). Quando si usa questa metafora così efficace per rendere visibili e spiegare i flussi in cui si è quotidianamente immersi, in realtà si fatica a comprendere fino a che punto si sia autori, attivatori delle reti in cui si vive, o al contrario quanto le si subisca o le si distrugga.

Il tema delle reti assomiglia a quello della comunicazione: si è quasi costantemente in rete così come si comunica continuamente, in tanti modi e con tante persone, enti e organizzazioni ed è talmente connaturato al modo di vivere, di stare al mondo come esseri umani che l'esercizio del "ri-conoscimento" è particolarmente difficile.

Questa consapevolezza "relativa" accomuna tutti, studiosi accademici inclusi: si sa che si è connessi con altri, che si è dipendenti da persone, organizzazioni e istituzioni che possono influenzare fortemente il destino, ma la visuale resta limitata e non si sa valutare quali siano veramente gli effetti dei legami, deboli o forti che siano, se non ricostruendo retrospettivamente la propria storia.

La tecnologia (Internet) da un lato, il moltiplicarsi di studi e ricerche che stanno sviluppando una vera e propria scienza delle reti dall'altro stanno modificando la percezione dell'essere interconnessi. Si è partiti da una fotografia quantitativa simile a una mappa (oggi esistono software in grado di costruirla dettagliatamente) e si va costruendo una scienza delle reti con teorie che permetteranno, nel prossimo futuro, di raffinarne le capacità previsionali e di governo.

Restano tuttavia aperte molte domande, come sottolinea tra gli altri Albert-László Barabási¹ in una recente intervista:

che cosa significa essere parte di una rete e pensare in termini di rete? cosa vuol dire trarre vantaggio dalle connessioni e capire come si fa? come leggiamo i dati che possiamo raccogliere sulle connessioni di rete?

Nei testi dedicati alle reti in sanità - settore a cui è dedicato questo report - si trovano dettagliate analisi dei modelli adottati in Italia e all'estero: sono studi in cui prevalgono la logica, il linguaggio della modellistica formale in prospettiva di sistema, i diagrammi di flusso, le linee guida, i protocolli. Anche nei testi più recenti (per esempio, i *Rapporti* annuali della Fondazione Smith Kline) tuttavia, non sono state trovate ricerche empiriche sulle azioni di chi attiva le reti, di chi vi opera ogni giorno, sul senso del *networking*, come processo attivato ogni giorno dai professionisti della cura.

Con una metafora, è come se si guardasse il paesaggio delle reti stradali solo dall'alto di un grattacielo di venti piani e non si scendesse mai in mezzo al traffico di quei puntini che da lassù si vedono muoversi, fermarsi, sorpassarsi, svoltare e talvolta scontrarsi.

Infine c'è un problema di formazione/apprendimento: studiare e descrivere le reti è una cosa, farle funzionare è un'altra perché richiede una "testa ben fatta", come direbbe Edgar Morin, un insieme di competenze del pensiero della complessità da sviluppare e coltivare aldilà degli schematismi che, pur semplificando la vita, riducono il repertorio di risposte alla ripetizione di ciò che ha funzionato in passato.

Ciò che i tanti approcci sulle reti hanno in comune, a prescindere dall'oggetto di studio e dal livello studiato, è la distinzione tra l'analisi della rete intesa come disegno/descrizione (*network analysis*) e l'analisi del suo funzionamento, della qualità delle relazioni e dei processi (*networking*).

Se nella *network analysis* parole e concetti si ripetono e in gran parte si sovrappongono, capire il *networking* non è la stessa cosa, e cambia a seconda delle prospettive.

Le scelte di approfondimento dipendono molto dall'oggetto - di quale rete si tratta? è una rete tra aziende, tra istituzioni, tra Enti locali, tra pubblico e Terzo settore, ecc.? - e dalle finalità - a cosa serve l'analisi del *networking*? serve per un maggiore governo della rete? serve per una maggiore comprensione di quali siano gli snodi critici, dove il processo si blocca? serve per migliorare il coordinamento tra parti della rete la cui collaborazione è indispensabile per il buon esito di un intervento? serve per mettere in comunicazione nodi di rete che non si intendono perché hanno culture organizzative molto diverse?

¹ Autore di *Link. La scienza delle reti*, un bel libro sulle reti (Einaudi, 2004).

Nella letteratura di taglio organizzativo si trova dunque una ricchezza di paradigmi e di concetti da utilizzare più a livello sistemico che a livello micro, per comprendere la logica degli "attori reticolari". Riprendendo la metafora, dall'alto del grattacielo (prospettiva sistemica) si è scesi in mezzo al traffico (capire la logica degli attori reticolari): questo il principale obiettivo che ha guidato le esperienze di ricerca-intervento e dei Laboratori illustrati nei Capitoli 5, 9 e 10.

2. Una prima distinzione utile per chi lavora in sanità

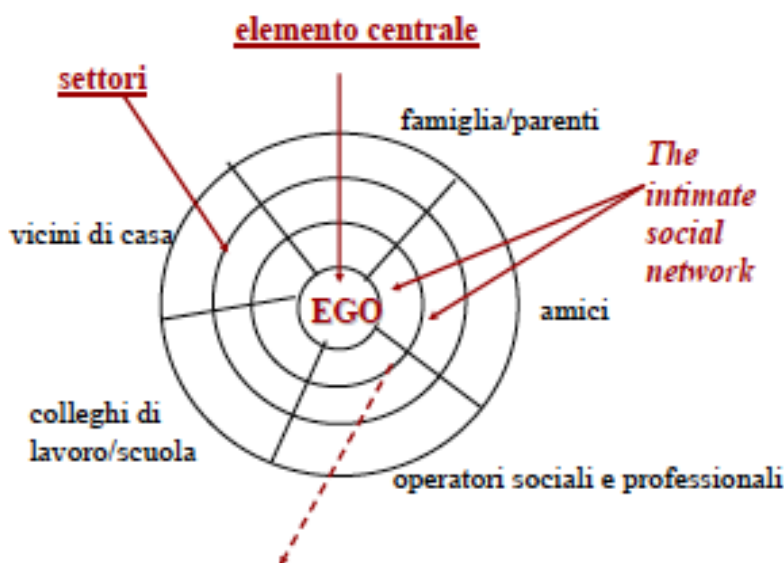
Come osserva Amerio (2000), è importante distinguere tra il concetto di rete intesa come reticolo di interazioni e quello di rete come sistema: spesso sono usati come sinonimi e invece richiamano modi di funzionamento veramente diversi.

Nella rete come sistema, interazione significa interdipendenza di unità e ruoli specializzati e differenziati, finalizzati al funzionamento del sistema stesso.

Nel reticolo che si forma intorno a un soggetto, invece, le interazioni dei singoli nodi significano comunicazione e non hanno necessariamente un obiettivo comune, fini e valori riconosciuti e riconoscibili. Ciò significa, allora, che se si considera la rete ego-centrata, ovvero l'insieme di tutti i soggetti che intrattengono una qualche relazione con una persona considerata come il centro della rete (per esempio un paziente di un ospedale o un utente di un servizio territoriale o residenziale), si avrà una fotografia della sua rete sociale che interagisce e comunica, composta da reti primarie o naturali (famiglie, amici, vicini di casa, colleghi di lavoro), da reti sociali formali (istituzioni e servizi) e dalla rete secondaria informale (gruppi e associazioni di Terzo settore, volontariato e reti di prossimità).

La rete sociale intorno a un soggetto "ego" (rete ego-centrata) può essere un'opportunità, ma anche un vincolo forte per chi vi rimane imbrigliato, ed è esperienza comune a tutti il vivere in reti in parte scelte e in parte subite (per esempio, in famiglia o sui luoghi di lavoro), reti che non dipendono da noi e costruite nel corso della vita (*Figura 1*).

Figura 1. Rete ego-centrata



La struttura della rete è rappresentata con cerchi concentrici di relazioni definite zone. Nel cerchio più piccolo è collocato ego, che rappresenta l'elemento centrale, dal quale si diramano le linee di relazione: tanto più queste zone sono centrali rispetto a ego, tanto più elevate sono l'intimità, l'importanza, il tempo trascorso con le persone che ne fanno parte. Convenzionalmente, in psicologia sociale si assume che nella zona 1, quella più vicina al soggetto, stiano i familiari e via via sempre più distanziandosi fino a coloro che sono conoscenti:

- prima zona: famiglia nucleare, relazioni intime, contatti regolari, interazioni affettive
- seconda zona: amici più cari, ma anche colleghi, vicini, parenti con cui c'è un buon livello di scambio e di interazioni affettive
- terza zona: persone con cui si hanno contatti meno regolari o relazioni che hanno un livello di intimità non elevato
- quarta zona: relazioni con persone "strategicamente importanti", con cui le relazioni possono essere utili in particolari occasioni (es. medici, vicini, ecc.)
- quinta zona: persone che si conoscono casualmente o operatori di servizi di vario tipo a cui si ricorre in caso di bisogno.

Trasferimenti, cambi di posti di lavoro, emigrazione, costruzione di nuovi nuclei familiari possono chiaramente portare sensibili modifiche alle zone significative in termini affettivi e relazionali. Inoltre quando si utilizza questo tipo di schema facendone oggetto di dialogo approfondito con chi lo compila, ci si rende conto di come intimità, affettività e distanza fisica, ad esempio, non siano per forza direttamente proporzionali. Alcuni nodi, più vicini fisicamente, possono sentirsi lontani affettivamente, e viceversa, nodi lontani fisicamente hanno molte affinità, affettività e si sentono molto vicini.

Si ricordi anche che rete sociale e approccio di rete come metodologia professionale di intervento sono connessi. L'intervento sociale nella prospettiva di rete significa, tra l'altro, riconoscere che accanto alla rete dei servizi (cioè la cosiddetta rete secondaria formale) anche la rete primaria e quella secondaria informale hanno un ruolo rilevante nella cura/assistenza di persone dipendenti per qualche motivo (età, malattia o fragilità legata al ciclo di vita).

L'intervento di rete dei professionisti sociosanitari ha come principale oggetto di lavoro l'interazione tra i segmenti di rete vincolati da interdipendenze sistemiche nei servizi e che dovrebbero condividere almeno gli obiettivi generali della cura da un lato, e quelli dell'ambiente di vita della persona che sono più vicini alla persona ego, oppure che sono più lontani ma disponibili a seconda delle necessità dall'altro. Gli operatori dei servizi utilizzano tale metodologia ogni volta che si attivano per sbloccare situazioni relazionali sfilacciate, di isolamento; mettono in relazione nodi lontani, valorizzano il contributo di ciascuno in ottica sinergica, andando aldilà della prospettiva individualistica della classica relazione operatore-utente.

L'intervento di rete mira ad avere una visione dell'insieme di risorse, vicine e lontane, che possono aiutare in un momento di difficoltà, oppure svolge un ruolo di "regia" della rete stessa, veicolando gli sforzi di diverse persone/agenzie in una stessa direzione,

riorganizzando e rafforzando i legami esistenti, oppure contattando gli irraggiungibili (parenti/amici o servizi).

Come si vedrà nei Capitoli 5 e 10, la descrizione della rete in prospettiva ego-centrata è uno strumento utilizzabile in diversi modi, dall'analisi del percorso terapeutico di un paziente a quella delle attività in rete e di rete dei diversi professionisti-nodi.

3. La *network analysis*

Tutte le reti, di qualsiasi natura esse siano, possono essere descritte in base a disegno, forma (estensione, presenza di uno o più centri, numero di nodi), ampiezza, collocazione dei nodi (vicinanza, lontananza), modalità di relazione tra i nodi (chi cerca chi? per fare cosa? quando?), tipo di risorse circolanti nella rete, direzioni dei passaggi di risorse. Altre caratteristiche sono la mobilità nel funzionamento della rete (come entrare ed uscire dalla rete? è possibile spostarsi dal centro alla periferia?), la densità, ovvero il numero di relazioni diadiche o di relazioni *tout court* tra i nodi della rete, l'omogeneità o eterogeneità dei membri (professionisti, operatori sanitari, famigliari, volontari), le interconnessioni (che permettono di vedere se tutti interagiscono con tutti o se alcuni fanno da mediazione verso altri). Infine, è possibile individuare anche i cosiddetti *cluster*, segmenti di rete con densità di relazioni particolarmente elevata dove le persone si relazionano frequentemente.

Qui di seguito sono definite le principali caratteristiche da considerare per la *network analysis*, intesa come fotografia e descrizione di una rete rappresentabile in forma grafica:

- La dimensione/ampiezza è il numero di attori che compongono la rete (con l'eventuale problema dei confini: chi viene percepito all'interno della rete? chi ne è esterno?)
- La densità è il livello complessivo di connettività di un *network*.

Quanto maggiore è il numero di relazioni tra coppie di attori che appartengono a una rete, tanto maggiore sarà la densità di un *network*. La densità mette in rapporto il numero di relazioni esistenti e il massimo numero di relazioni teoricamente possibili tra nodi, sulla base di relazioni binarie (presenza /assenza di relazioni) o di intensità del legame (frequenza). Non è detto che a una densità maggiore corrisponda un'efficacia maggiore del *network*: uno studio sui *network* sanitari per la cura delle malattie mentali in tre diverse città statunitensi ha evidenziato come livelli di efficacia più elevati siano associati a livelli di densità più bassi (Provan, Sebastian, 1998), il che significa che i nodi si consultano e interagiscono in caso di reale necessità per la soluzione di problemi.

Al contrario, si può verificare il caso di una rete con alta densità di relazioni conflittuali tra i nodi, perché le relazioni sono "costrette" da legami obbligati e vincolanti: ciò può accadere nei nuclei familiari (per esempio, tra coloro che si prendono cura di un familiare anziano e che non riescono a mettersi d'accordo sul "chi fa che cosa e quando") e anche tra organizzazioni (per esempio, le procedure "costringono" a frequenti connessioni tra due o più Unità/reparti/Service che non riescono a collaborare per differenze di impostazione, culture organizzative o finalità).

In linea generale, si possono individuare precise relazioni tra ampiezza della rete e intensità delle relazioni: una rete ampia spesso ha un livello più basso di densità rispetto a una rete più ristretta; alta densità e alta estensione individuano una rete ricca; una rete ristretta con alta densità di relazioni è tendenzialmente chiusa nei confronti di nodi esterni a quel circuito di relazioni; una rete con bassa densità e bassa estensione delle relazioni configura una situazione di isolamento.

- La centralizzazione misura il grado di compattezza complessiva di una rete, indicando quanto le relazioni sono organizzate intorno a particolari nodi focali. Un elevato grado di centralizzazione indica la concentrazione delle relazioni e dei legami intorno a pochi attori della rete.
- Nelle ricerche di taglio economico-organizzativo è rilevante individuare anche la configurazione strutturale che indica quale sia la forma di governo della rete (Butera, 1990): una rete paritetica è basata su relazioni di influenza e di negoziazione tra i partecipanti (come avviene in molti percorsi assistenziali) i quali devono rispondere ad assetti gerarchici interni a ciascun nodo; una rete con centro di gravità ha un luogo preciso di governo centrale; una rete con più centri di gravità vede l'alternarsi di più centri di gravità che si succedono (per esempio quando un paziente "passa" da un Servizio o da un reparto a un altro). Nella rete paritetica senza centro di gravità il flusso delle attività avviene in modo concomitante su più fronti (è il caso di una rete aperta, ad esempio un *social network* come Facebook).
- La raggiungibilità è un'altra misura utilizzata per studiare la coesione e la connettività di un *network* (la distanza tra gli attori della rete e il numero di passaggi tra un nodo e un altro).
- La frammentazione misura il numero di nodi disconnessi da tutti gli altri.

Le misure e gli indicatori descritti vengono applicati per studiare le proprietà strutturali dell'intera rete, come insieme di relazioni dei nodi che compongono il network.

Altri indicatori servono per l'analisi delle proprietà relazionali dei singoli nodi o di gruppi di nodi.

- La centralità della posizione indica gli attori più o meno importanti nel *network* in termini di prestigio, potere, influenza e status, ed è misurata da un indice di centralità ovvero il numero di legami che un attore detiene all'interno di un insieme di relazioni, e il suo fungere o meno da *broker* ovvero da attivatore di connessioni tra nodi distanti tra loro, il che denota una buona competenza di gestione della rete.
- La *clique* è un sottoinsieme in cui ogni possibile coppia di nodi è direttamente collegata da una relazione. Le *clique* forti sono quelle in cui le connessioni sono caratterizzate da intensa reciprocità.
- Alcuni nodi possono fungere da ordinatore locale (una sorta di "semaforo delle relazioni") oppure da *broker*: hanno le capacità di fare da intermediario e collegare tra loro nodi del *network* non adiacenti e lontani che possono diventare decisive nella soluzione dei problemi, quando le risorse abituali sono già state esplorate con esito

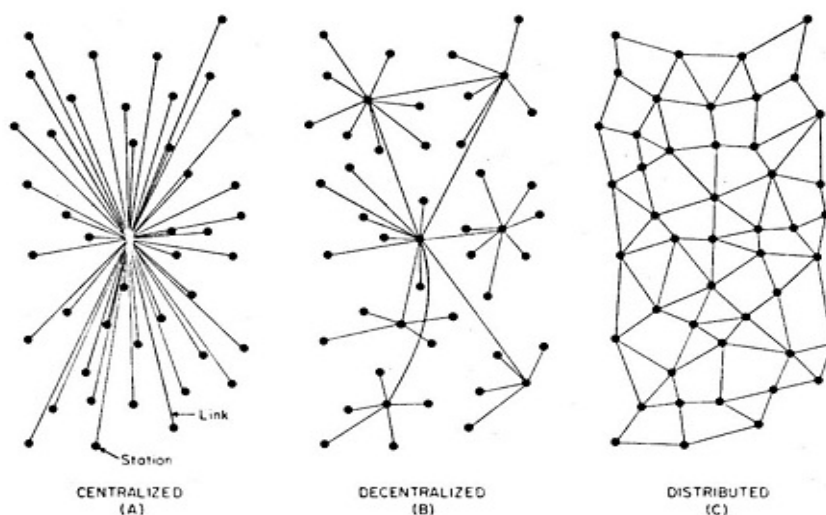
negativo. I *broker* possono fungere da connettori esclusivi o da facilitatori delle connessioni tra un segmento di rete con un altro, oppure da *gatekeeper* (guardiani dell'accesso, il che significa che per accedere ad un certo segmento della rete bisogna che questi "aprano la connessione") con altri segmenti di rete.

- La plessità (vedi anche *Capitolo 5*) è un indicatore delle qualità relazionali di ciò che passa tra i nodi (informazioni, servizi, attività, consulenze), risorse che sono oggetto di transazioni tra i nodi. Se tra i nodi ci si scambia un tipo prevalente di risorsa o è prevalente un'area di contenuto, la relazione si definisce *uniplex* (per esempio, i nodi della rete si scambiano informazioni e consulenze solo in campo lavorativo, e si tratta di scambi, per così dire, specializzati); se invece gli scambi coinvolgono più aree di contenuto (tra i nodi ci si scambiano informazioni e risorse anche in altri campi, oltre a quello lavorativo e professionale, ad esempio si pratica sport o si fanno le vacanze insieme), la relazione tra i nodi è *multiplex*.

Con l'insieme di questi indicatori, la *network analysis* dà un primo quadro d'insieme sulle reti che si desiderano analizzare, ed è la fase da cui partire per trovare risposte sul perché vengono a formarsi specifiche configurazioni relazionali, sull'esistenza o meno di condivisione di obiettivi, di linguaggi e valori della rete, sulle collaborazioni possibili tra i nodi e quelle che non sono invece attuabili. La *network analysis* è una fotografia da cui partire: una volta ottenuta questa descrizione, sarà necessario intervistare chi l'ha disegnata per capirne meglio il funzionamento, ovvero il *networking*.

Diversi autori, come Butera (1990) e Boari *et al.* (1989), differenziano le configurazioni della rete a seconda dell'esistenza o meno di un centro e di relazioni orizzontali o verticali in diversi tipi (*Figura 2*).

Figura 2. Configurazioni della rete



- (A) rete con un centro di gravità unico (centralizzata)
 (B) rete con molti centri di gravità (decentrata)
 (C) rete paritetica senza centro di gravità (distribuita)

4. La *network analysis* in sanità

Quando si parla di *network analysis* in sanità è necessario fare una distinzione tra l'immagine della rete prescritta e formalizzata in protocolli e la rete praticata, che può essere più o meno diversa da quella prescritta in tutti i casi in cui non tutte le funzioni e i passaggi siano stati codificati e siano soggetti a pianificazione, come nei rapporti tra ospedale e territorio. Avviando la *network analysis*, bisogna dare grande attenzione alla differenza tra ciò che è previsto sulla carta (la rete modello *flowchart*) e la rete praticata nella realtà, che può discostarsi dal modello previsto e funzionare con modalità perlopiù non formalizzate e che dipendono dalla professionalità e dalla conoscenza della rete da parte degli operatori sanitari. In altre parole, quando si intervistano gli operatori dei Servizi o chi lavora in ospedale ci si accorge di quanto la rete praticata non sia esattamente sovrapponibile alla rete prevista sulla carta e dai protocolli. Si verifica così quanto la conoscenza e la consapevolezza di operare come "attori reticolari" faccia veramente la differenza nel funzionamento di una rete rispetto a un'altra.

Le reti in sanità sono diventate molto importanti perché finalizzate al miglioramento dell'offerta di fronte alla crescente scarsità di risorse finanziarie (Lega, 2002): l'integrazione orizzontale viene infatti promossa per ridurre l'eventuale ridondanza e duplicazione dell'offerta; l'integrazione verticale è stata invece progettata come sostegno alle dinamiche di sostituzione tra livelli di cura: il trattamento di una specifica malattia/patologia viene riportato nell'ambito più appropriato dal punto di vista clinico, organizzativo/economico e della soddisfazione del paziente.

L'integrazione verticale riguarda le relazioni tra i diversi livelli di assistenza in cui si articola la risposta al bisogno di salute. A livello dell'integrazione verticale le strutture ospedaliere dovrebbero specializzarsi sulla sola fase acuta che richiede la degenza. Il concetto di rete verticale è collegato a quello di continuità assistenziale: con la costituzione delle reti diventa possibile dare una risposta ai fabbisogni di integrazione organizzativa; nel modello "ideale" la logica di rete dovrebbe garantire unitarietà della presa in carico, del progetto assistenziale e del percorso di fruizione dei servizi.

Come osserva Lega, dal punto di vista operativo gli strumenti più utilizzati per favorire l'integrazione tra i diversi attori della rete sono di tipo formale, come i sistemi di programmazione e di controllo, il sistema delle decisioni e la specializzazione tra funzioni. Altre azioni importanti sono quelle per condividere le culture organizzative, l'*empowerment* degli utenti e i percorsi di cura del paziente, dove i diversi nodi interagiscono dando il loro contributo per i medesimi obiettivi. Secondo l'autore, i benefici dell'organizzazione a rete di più strutture sanitarie sono:

- razionalizzazione delle risorse in economia di scala e diffusione del *know how*;
- vantaggi competitivi per ciascuno dei nodi della rete (più specializzazione, meno pressione concorrenziale, capacità attrattiva per ciascun nodo grazie alla qualità del marchio della rete);
- maggiore qualità e continuità dell'assistenza.

I tre principali modelli di rete in sanità sono (vedi *Figura 2*):

- modello *hub & spoke* con un centro di riferimento specializzato in cui le relazioni sono bidirezionali tra centro e nodi connessi dai raggi che partono dal centro; è presente un unico centro di gravità (es. Reti per le patologie ad alta complessità, come l'infarto miocardico acuto o l'ictus ischemico);
- *web model*, nel quale le relazioni e i flussi dei pazienti sono bidirezionali e le connessioni sono presenti non soltanto tra i singoli nodi e il centro ma anche tra i nodi, quindi la rete è più ampia e meno centralizzata e specializzata rispetto al modello *hub & spoke* (es. reti di cura di pazienti fragili anziani, nella quali sono importanti i rapporti tra ospedale, territorio e famiglie dei pazienti). È una rete con centri di gravità decentrati, distribuiti;
- *integrated web-hub model*, che combina le due logiche precedenti: i centri di riferimento sono molteplici, le relazioni e i flussi si stabiliscono anche tra i centri di riferimento e fra gli altri nodi della rete. È una rete paritetica, distribuita senza centro di gravità (es. nel *chronic care model* di malattie come asma, diabete, artrite, nel quale è molto importante la formazione/informazione dei pazienti per l'autogestione della malattia).

In campo sanitario sono state condotte interessanti ricerche di *network analysis* per la descrizione delle reti, sia dal lato dell'offerta di servizi sia da quello dell'utilizzo e della domanda da parte degli utenti. Sul versante inter e intra-organizzativo, ad esempio, negli Stati Uniti diversi ricercatori hanno valutato l'importanza dei legami relazionali nella diffusione di innovazione tra gli ospedali partner di alleanze strategiche, nei processi di adozione di procedure come il *total quality management*, o di adozione o abbandono di forme organizzative a matrice, nel funzionamento di Unità di *day hospital* appena aperte in grandi ospedali.

In Italia, uno studio su 36 reparti di un grande policlinico universitario (Profili, 2004) evidenzia che le relazioni informali - più che quelle formali - hanno maggiore rilevanza nella creazione di nuova conoscenza e che il prestigio (inteso come numero di volte in cui un reparto viene "scelto" da altri reparti) nel *network* di relazioni e di comunicazioni influisce positivamente sull'acquisizione di conoscenza e di apprendimento organizzativo.

Altrettanto interessante è lo studio del *network* tra Dipartimenti ospedalieri dell'Azienda USL di Bologna (Mascia, 2009), indagine svolta nel 2007 in nove presidi (Bazzano, Porretta Terme, Vergato, Loiano, Bentivoglio, Budrio, San Giovanni in Persiceto, Maggiore, Bellaria di Bologna) e nove case di cura accreditate. La ricerca ha l'obiettivo di verificare quale modello di rete venga praticato per lo scambio di informazioni e di consulenze tra i clinici delle diverse Unità operative e di valutare se le attuali strutture formali siano in grado di "contenere" le relazioni che sottostanno alla gestione dei

processi di cura dei pazienti, e quanto la struttura formale e informale dell'organizzazione coincidano. Oltre ad esprimere la diffusione tra i medici di soluzioni cliniche per i pazienti, la relazione di consulenza è una forma di condivisione e di trasferimento di conoscenze tra professionisti. Le relazioni funzionali sono invece utili a comprendere l'effettivo processo di produzione e l'esistenza di interdipendenze tra Unità operative. Come si vedrà, le interdipendenze sono indicatori fondamentali per il funzionamento delle reti, perché quelle organizzate creano valore, quelle non organizzate lo distruggono a cause di ridondanze, sovrapposizioni e aree di bisogno lasciate scoperte da reti mal funzionanti.

Dai dati della rilevazione emergono alcune caratteristiche significative e interessanti: per esempio, i Dipartimenti di oncologia e di neuroscienze presentano la maggiore densità di relazioni informali tra i medici al loro interno e sono anche quelli che collaborano di più tra Dipartimenti, mentre nel Dipartimento materno-infantile le relazioni all'interno e con l'esterno sono molto inferiori.

Se si analizzano i rapporti tra strutture ospedaliere in termini di *network*, ad esempio mettendo insieme il numero di pazienti dimessi, l'indice di *case mix* (sulla complessità della casistica trattata), le giornate di degenza, i ricavi economici totali, il flusso di risorse tra ospedali (numero di pazienti che transitano da una struttura all'altra), dall'analisi statistica dei flussi emergono dati interessanti: quanto più le organizzazioni sono eterogenee in termini di volumi di attività, tanto più sarà probabile osservare relazioni di scambio tra le stesse (ovvero le relazioni più frequenti sono tra strutture piccole e grandi). La similarità e l'omogeneità nelle attività svolte è spesso legata positivamente all'efficienza nella gestione dei posti letto, così come la vicinanza geografica delle strutture. La propensione alla collaborazione aumenta se le strutture appartengono alla stessa categoria istituzionale (pubblico o privato), il che limita l'ampiezza della rete praticata, anche se sarebbero teoricamente possibili connessioni molto più ampie. In altre parole, il pubblico tende a collaborare con il pubblico e il privato con il privato.

Per entrare più in dettaglio sulle potenzialità conoscitive della *network analysis* sul versante dell'offerta, nel Capitolo successivo si riprende il lavoro svolto in Agenzia sanitaria nel 2010 sulla mappatura della rete assistenziale rivolta alla cura di alcune patologie geriatriche (frattura di femore e *ictus cerebri*).

5. ***Network analysis* e reti assistenziali: alcune esperienze significative di mappatura della rete**

Il concetto di continuità assistenziale, definita come il processo mediante il quale pazienti e medici cooperano attivamente nella gestione del percorso di cura, si estende al di là degli aspetti interpersonali dell'assistenza, fino ad essere intesa come il prolungarsi nel tempo della relazione medico-paziente. La relazione assistenziale diviene continuativa, incentrata sui bisogni individuali del paziente, sulla comunicazione e gestione delle patologie nel contesto più ampio della vita del paziente (Tarrant *et al.*, 2003).

Contestualmente è emersa la necessità di migliorare la qualità dell'assistenza, la cui complessità raggiunge oggi un livello che può aggravare gli elementi di criticità costituiti dall'integrazione nel sistema tra i vari componenti erogativi dei servizi. Dare continuità significa promuovere la centralità del paziente nel percorso assistenziale (Haggerty *et al.*, 2003), ma non solo ponendo il paziente al centro di un sistema di servizi: già Shortell (1976) definiva la *continuity of care* come la misura in cui i servizi sanitari sono recepiti quale parte di una successione coordinata e ininterrotta di eventi coerenti con i bisogni dei pazienti. Più recentemente l'accento è stato posto sull'integrazione verticale dei percorsi assistenziali, dall'ambito specialistico delle strutture ospedaliere al contesto delle cure primarie (Gulliford *et al.*, 2006): la percezione di continuità assistenziale diviene un elemento fondamentale per la soddisfazione dei pazienti (Freeman *et al.*, 2003) e, soprattutto per i pazienti cronici, risulta influenzata maggiormente dal modello assistenziale più che dal tipo di patologia (Cowie *et al.*, 2009).

La programmazione sanitaria dell'Emilia-Romagna ha dedicato nell'ultimo ventennio particolare attenzione ai temi della continuità assistenziale e dell'integrazione sociosanitaria. Già nel Piano sanitario regionale 1999-2001 l'attenzione si concentra sulla razionalizzazione di alcuni percorsi intra-ospedalieri in un'ottica di rete, tramite la logica delle Reti integrate di Servizi:

La realizzazione di Reti integrate di Servizi ha il sostanziale obiettivo di combinare le esigenze di accessibilità con la qualità e l'efficienza. Si punta a garantire a tutti i cittadini l'equità di accesso piuttosto che riprodurre la stessa dotazione di servizi nei diversi ambiti territoriali (equicapacità di produzione). La collocazione e la dimensione delle strutture si giustificano più in funzione delle esigenze della rete che dell'efficienza operativa della singola unità. Nella logica di rete, la mobilità degli operatori prevale rispetto a quella dei malati. [...] Il modello delle Reti integrate di Servizi interessa tutti i livelli del sistema: a livello di singolo servizio e intra-aziendale si applica alla integrazione di prestazioni in processi di produzione di

servizi a favore di categorie di soggetti o nell'ambito di programmi di intervento; a livello sovra-aziendale implica l'integrazione delle risorse esistenti per garantire equità di accesso a servizi di qualità adeguata.

Il Servizio viene definito come

l'erogazione, in forma integrata, di prestazioni rese in modo tale da soddisfare le necessità e le domande espresse da categorie di malati accomunate da problemi analoghi. La fornitura di un servizio implica la presa in carico del problema del paziente, sia dal punto di vista tecnico-professionale che dal punto di vista relazionale e amministrativo, nell'intento di trovare la soluzione ottimale per il paziente.

Il Piano sociale e sanitario regionale 2008-2010 delinea percorsi di analisi e sviluppo più ampi e profondi rispetto al tema dell'integrazione sociosanitaria (che può essere definita come il *leit motiv* di tutto il Piano):

L'integrazione tra servizi sociali e sanitari è una necessità per organizzare risposte e interventi fondati sul riconoscimento delle persone nella loro globalità ed in rapporto ai loro contesti di vita. Per rendere concretamente praticabile qualsiasi forma di integrazione, occorre ribadire che il concetto di salute deve comprendere e valorizzare anche aspetti di benessere legati alle condizioni economiche dei cittadini, alle relazioni, al grado complessivo di coesione sociale, alle azioni di contrasto delle disuguaglianze. [...] Questo approccio spinge ad un passaggio decisivo tra un sistema di offerta prevalentemente basato sulle professionalità specialistiche ad un sistema di offerta caratterizzato dall'accompagnamento e la presa in cura in continuità della persona.

Le nuove relazioni dovranno instaurarsi all'interno della medesima Azienda e nei rapporti fra Aziende, soggetti del Terzo settore e Autonomie locali, che hanno competenze su servizi integrativi, complementari o sinergici con quelli direttamente gestiti dalle Aziende sanitarie.

I motivi dell'ampliamento di prospettiva risiedono nei cambiamenti di ordine istituzionale, organizzativo e professionale, fra di loro interdipendenti: le grandi dimensioni raggiunte dalle Aziende sanitarie territoriali della regione; la forte autonomia conferita ai Distretti dalla Legge regionale n. 29/2004; lo sviluppo e la differenziazione dei servizi territoriali e in particolare delle forme di assistenza sanitaria e sociosanitaria alternative alla degenza tradizionale, che hanno determinato una espansione quantitativa e una differenziazione qualitativa quanto a destinatari e forme di assistenza e quanto a professionalità e discipline interessate alla produzione dei servizi.

Gli elementi di complessità nel governo del sistema sono chiaramente definiti:

Mentre nella assistenza ospedaliera è possibile individuare una relativamente chiara divisione del lavoro, per fasi e competenze, fra i diversi nodi operativi della rete, l'assistenza territoriale è caratterizzata da processi di produzione congiunta in cui i servizi sanitari direttamente gestiti dalle Aziende sanitarie partecipano alla produzione con i servizi sociali comunali, il volontariato, il settore informale, la famiglia e il destinatario stesso del servizio. Questo contribuisce altresì a rendere

più complesso prefigurare i percorsi assistenziali necessari per rispondere ai bisogni complessi e di natura eterogenea che emergono a livello territoriale, in contrasto con le caratteristiche relativamente omogenee e codificate, anche in termini di risposta assistenziale, dei bisogni sanitari dei pazienti in condizione di acuzie.

In questa ottica l'ospedale diventa un nodo della rete, con funzioni non solo di gestione del paziente in acuzie, ma anche di presa in carico e di congiunzione - tramite le dimissioni protette - con i servizi territoriali al fine di garantire la continuità assistenziale.

Quanto visto finora orienta nel rintracciare i nodi fondamentali e in essi gli attori rilevanti che compongono le reti assistenziali a supporto dei percorsi. Il contesto è eterogeneo e l'ospedale, come principale erogatore di cure in regime di acuzie, si vede investito dell'importante ruolo di accompagnare l'assistito verso una presa in carico territoriale della condizione di post-acuzie. Questo passaggio assume caratteristiche diverse in base a variabili quali tipo e intensità della patologia, capacità/potere dell'individuo, presenza o meno di reti di supporto, qualità delle maglie (linee guida e protocolli) che legano i nodi della rete, tipologia delle relazioni formali e informali fra professionisti.

5.1. Le reti di assistenza per i pazienti anziani e cronici

All'interno delle attuali linee programmatiche, la Regione Emilia-Romagna ha posto come prioritario assicurare la continuità assistenziale dei pazienti cronici implementando l'integrazione tra le diverse Unità operative funzionalmente impegnate nella presa in carico e nella gestione dei percorsi assistenziali. Il Piano sanitario e sociale regionale 2008-2010 si concentra particolarmente sull'assistenza agli anziani e ai soggetti fragili: di fronte al crescente numero di persone che presentano specifiche necessità assistenziali si è andato configurando un sistema articolato di risposte, basato sul presupposto che la risposta a un bisogno complesso può essere offerta solo da forme organizzative integrate e da gruppi di professionisti provenienti anche da istituzioni diverse. In tal senso è necessario consolidare le relazioni funzionali tra le *équipes* sanitarie e socio-assistenziali, strutturando collegamenti espliciti tra le diverse strutture erogatrici di servizi del medesimo territorio. I bisogni della persona sono eterogenei ma richiedono una visione unitaria, orientata alla personalizzazione delle risposte, al rispetto dell'unicità e delle scelte della persona stessa.

Come si è detto in precedenza, per continuità assistenziale si intende un processo nel quale, individuati i bisogni del paziente anziano, viene prestata assistenza in preparazione al suo spostamento/dimissione da livello di cura a un altro, sia esso domicilio, ospedale o altra realtà (Manoukian, 2004). Il modello di cura tradizionale focalizzato sulla patologia acuta non può essere l'unico riferimento quando si tratta di patologie croniche: la loro peculiarità fa sì che la cura abbia come obiettivi il contenimento del deterioramento delle funzioni del paziente, l'alleviamento della sofferenza e il sostegno alle risorse esistenti (Hunter, 2008; National Healthcare Group Polyclinics, 2008). Il processo di cura mette quindi in gioco più attori, che si trovano coinvolti in relazioni multiple e sfaccettate:

operatori di servizi pubblici e privati, amministratori locali, associazioni di volontariato, familiari e *caregiver* sono soggetti attivi con cui va costruita e mantenuta una comunicazione che non può essere mai data per scontata.

In questo senso è molto importante prestare una cura e un'attenzione particolare alla relazione: ascoltare le emozioni, cooperare, gestire le conflittualità e offrire supporti nella direzione della promozione di autonomie rappresentano aspetti fondamentali a garanzia del processo di continuità dell'assistenza sanitaria (Manoukian, 2004; Mauri, 2007). Da un'ottica centrata sulla patologia (modello tradizionale di cura) si passa quindi a un'ottica centrata sulla persona (modello di cura della cronicità) in cui le parole chiave sono:

- integrazione
- *équipe/team*, gruppo di lavoro
- progettazione continua o dialogica
- organizzazione a rete

La continuità assistenziale diviene quindi un modello organizzativo che mira a superare un sistema sanitario focalizzato sugli erogatori delle prestazioni a favore di un sistema centrato sul paziente inteso come persona globale, sistema che vive la progressione clinica della malattia in tutti i suoi aspetti e la affronta attraverso un percorso integrato (Vecchiato, 2002). L'efficacia del modello dipende fortemente da quanto i professionisti sanitari, il paziente e la sua famiglia riescono nel tempo a condividere obiettivi comuni. Occuparsi di continuità assistenziale significa pertanto gestire tutti gli aspetti in cui essa si declina (Mazzali, Maistrello, 2008):

- continuità gestionale, in relazione all'appropriata sequenza di interventi efficaci, adottati da differenti soggetti nell'ambito del sistema sanitario;
- continuità informazionale, pertinente al collegamento tra una struttura sanitaria o singolo operatore sanitario erogatore di cura e un altro soggetto, o tra un evento sanitario e un altro;
- continuità relazionale, relativa alla forza con cui si instaura la relazione tra soggetto erogatore di cura e paziente.

La situazione attuale, in termini di assistenza riferita ai bisogni degli anziani - specie se non autosufficienti o a rischio di diventarlo, ha evidenziato diverse criticità, tra cui la difficoltà a dare continuità assistenziale, la complessità nell'integrazione sociosanitaria e la qualificazione dell'assistenza nelle strutture residenziali e semiresidenziali, oggi valutate per posti letto e non per i loro progetti di struttura e individuali. In questa prospettiva, emerge la necessità di approntare interventi di accompagnamento/*counseling* aziendale per meglio modulare le competenze acquisite ai contesti specifici e nel contempo portare a sistema i presupposti organizzativi che rendano operative le strategie adottate. Appare fondamentale agire a livello regionale, individuando le tipologie clinico-organizzative dalle quali far scaturire modelli aderenti ai quadri epidemiologici emergenti; inoltre, va avviata a livello aziendale la sperimentazione di pratiche organizzative che possano costituire un riferimento per l'intero sistema regionale.

In questa ottica, la Regione Emilia-Romagna ha attivato il progetto di modernizzazione "Continuità assistenziale: implementazione di modelli clinici e clinici-organizzativi", incentrato su tre obiettivi principali:

- individuazione di macrotipologie di gestione della continuità assistenziale a partire dalla mappatura dell'esistente e dalla rilevazione dei percorsi attivati presso le Aziende sanitarie;
- analisi dei percorsi desunti dalle tipologie di cui al punto precedente, per rilevare criticità organizzative;
- descrizione delle esperienze attive.

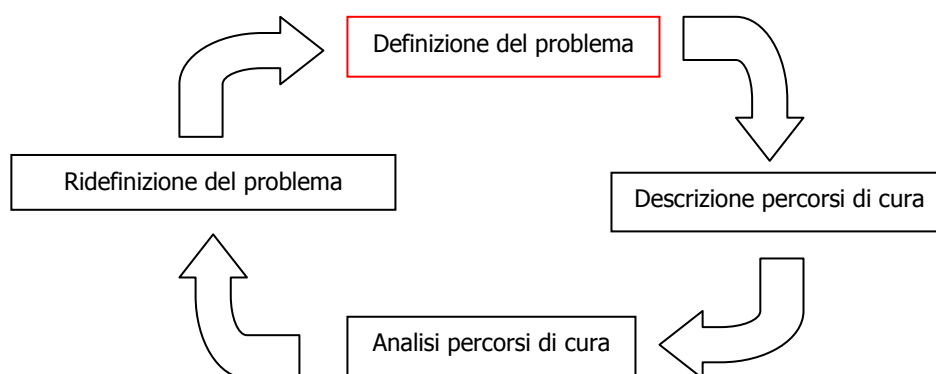
Nello specifico, gli obiettivi del progetto possono essere classificati in due fasi distinte:

- individuazione degli elementi che identificano gli ingredienti dei percorsi: una fotografia istantanea dei percorsi clinico-assistenziali in uso rispetto a quelli che possono essere considerati i requisiti minimi;
- individuazione dei punti qualificanti il passaggio di cura a garanzia della continuità assistenziale: una rappresentazione dinamica che descriva gli snodi, i cosiddetti "punti traghetto" che permettono il trasferimento del paziente da un *setting* assistenziale a un altro, includendo sia gli aspetti comuni sia quelli specifici dei vari scenari di cura.

Il progetto si muove all'interno del paradigma della ricerca-intervento (Lewin, 1946), una metodologia di lavoro che è al tempo stesso conoscenza e trasformazione della realtà in una cooperazione tra ricercatori e operatori impegnati a formulare il problema, individuare i metodi da usare e delineare gli interventi da mettere in atto. Questo tipo di indagine ha una connotazione molto dinamica, che pone in essere meccanismi di formazione e trasformazione continua e ricorsiva tra idee e azioni.

Nello specifico del progetto è possibile evidenziare alcuni passaggi decisionali che hanno scandito le fasi dello studio (*Figura 3*).

Figura 3. Passaggi dello studio



Fase 1. Definizione del problema

Nella prima fase è stato definito il problema emergente ed è stato condiviso il percorso di analisi: il gruppo di lavoro si è impegnato nell'analisi dei bisogni, usando i dati esistenti per individuare i termini del problema e precisare gli obiettivi perseguibili.

Il presupposto di fondo, condiviso tra tutte le Aziende sanitarie regionali coinvolte nel progetto di ricerca, è stato quello di attivare anche un percorso culturale oltre che clinico-organizzativo, per occuparsi di continuità assistenziale mettendo al centro il modello della cronicità. La cronicità è analizzabile rispetto a una molteplicità di livelli, riferiti a varie fasce di età e con differenti stadi di evoluzione a cui è necessario dare diverse e specifiche risposte: la scelta condivisa è stata quella di approfondire l'analisi del *target* anziani con disabilità conclamata e dei percorsi attualmente attivi nelle Aziende per rispondere ai bisogni di cura di questa particolare popolazione di pazienti.

Si è concordato tra le Aziende partecipanti alla ricerca di utilizzare la mappatura delle tipologie di assistenza emersa da una precedente ricognizione di modelli clinici e clinico-organizzativi nelle strutture LD-PARE (Lungodegenza post-acuti e riabilitazione) per la ricognizione in modo da individuare un paradigma di intervento, in grado di considerare la cronicità e affrontarne le molteplici implicazioni.

Attraverso un incrocio tra i cinque percorsi di cura su cui si concentra il 70% dell'assistenza (ortopedia, cardiologia, neurologia, apparato respiratorio, gastroenterologia) e i diversi *setting* assistenziali emersi dall'analisi condotta attraverso lo strumento Mattone 1 (ospedale, territorio, altre Agenzie), ciascuna Azienda, rispetto alle esigenze e peculiarità della propria realtà, si è attivata per lo studio e la sperimentazione su uno specifico *setting* e relativa patologia/percorso (*Tabella 1*).

Tabella 1. Aziende partecipanti e *setting* di ricerca

Patologia	Setting	
	Ospedale	Territorio
Ortopedia	AOU Ferrara: UO Geriatria AUSL Ferrara: UO Geriatria AOU Bologna: UO Geriatria AUSL Forlì: UO Geriatria AO Reggio Emilia: UO Geriatria	AUSL Ferrara: Servizi territoriali (lungodegenze, LPA, ADI, ...)
Neurologia (<i>ictus cerebri</i> ; demenze)	AUSL Imola: UO Geriatria AUSL Piacenza: UO Neurologia	AUSL Parma - Distretto di Fidenza: Geriatria territoriale
Gastroenterologia (malnutrizione/disfagia)		AUSL Rimini: Centro disfagia
Oncologia		AUSL Reggio Emilia: Cure primarie, assistenza domiciliare

Fase 2. Descrizione dei percorsi di cura

In una seconda fase di indagine sul campo, partendo dal proprio contesto assistenziale di riferimento, ogni Azienda si è impegnata nella descrizione dei propri modelli assistenziali evidenziando buone pratiche o fattori di criticità che emergono nel percorso organizzativo attivo rispetto alla patologia scelta come oggetto privilegiato di studio. In questa fase del processo di ricerca-intervento, l'Agenzia sanitaria e sociale regionale ha effettuato un incontro presso ciascuna Azienda per comporre il quadro complessivo del progetto e condividere il piano di lavoro e lo sviluppo dello stesso.

Partendo dal punto di vista del responsabile del *setting* di cura scelto come punto di osservazione, si è cercato di mettere in luce la complessità dell'architettura organizzativa del servizio assistenziale, stimolando una riflessione sulle strutture sanitarie e sociali concretamente coinvolte nel percorso nel suo effettivo compiersi:

- come si relazionano tra loro?
- come è concordato il processo decisionale?
- c'è una gestione funzionale della rete che permette di presidiare il passaggio del paziente da un erogatore di cura all'altro?

Incoraggiando una valutazione degli aspetti di natura più oggettiva relativi alla strutturazione del percorso di accesso ai servizi e della loro organizzazione, si è focalizzata l'attenzione su quegli elementi che incidono maggiormente sulla presa in carico continuativa:

- i percorsi non sono lineari, quali possono essere i diversi punti di accesso per la presa in carico del paziente?
- quali sono i fattori che rendono ottimale, o viceversa critico, il percorso?

Tali riflessioni hanno permesso di cogliere il modo in cui gli attori organizzativi coinvolti si rappresentano il contesto assistenziale attraverso le tappe salienti che scandiscono il percorso del paziente, specificando gli elementi utili a circoscriverle e caratterizzarle:

- cosa accade in quella tappa?
- qual è la tempistica della tappa?
- qual è l'ubicazione della tappa? chi è il responsabile della tappa (Servizio/reparto, ma anche figura professionale)?
- quali sono le figure professionali coinvolte in quella tappa?

In questo modo è stato possibile cogliere e mettere in luce gli elementi clinico-organizzativi che possono rendere ottimale o critico il percorso di cura: molte delle considerazioni scaturite dai *focus group* hanno evidenziato come i rapporti interpersonali siano un fattore cruciale nella gestione dei percorsi di continuità assistenziale e come non siano sufficienti le linee guida sull'integrazione per renderla concretamente attuabile ed efficace.

Infine, nell'incontro regionale del gruppo di lavoro (aprile 2008) finalizzato alla presentazione dei percorsi assistenziali definiti dalle varie Aziende è emerso con maggiore chiarezza quanto ipotizzato nelle fasi iniziali del progetto di ricerca: per trattare in modo efficace il tema della cronicità è necessario tenere presente l'intero sistema, ovvero la rete a cui tale problematica afferisce.

Fase 3. Analisi dei percorsi di cura

Si è giunti successivamente alla produzione di un report, elaborato sulla base di una griglia predisposta per la lettura del fenomeno della continuità assistenziale. Ciascuna Azienda ha così esplicitato, in alcuni casi anche attraverso diagrammi di flusso, l'articolazione del percorso di cura considerato (punti di accesso, tappe, punti di destinazione, connessioni tra i nodi della rete).

Successivamente l'Agenzia sanitaria e sociale regionale si è impegnata in una valutazione dei contesti di cura emersi al fine di elaborare le informazioni in forma di diagramma di flusso, in modo da rendere più immediata la lettura del percorso assistenziale. Il report così sistematizzato è stato restituito alle diverse Aziende per una loro approvazione ed è stato sottoposto a una successiva fase di indagine.

In questa fase ha iniziato a rendersi esplicito il contesto dei servizi sanitari e sociali come una rete, in cui una serie di organizzazioni (nodi), autonome e specializzate in attività diversificate, attivano e mantengono attraverso processi di negoziazione una serie di legami di interdipendenza e influenza reciproca.

Fase 4. Ridefinizione del problema

Seguendo il paradigma della rete, una serie di elementi assume importanza: esplicitare i punti di criticità, anche in relazione ai ruoli e ai compiti dei diversi soggetti e delle diverse "agenzie" che intervengono nel percorso del paziente (Azienda sanitaria, ospedale, Distretto, Autonomie locali, Servizi sociali, volontariato, famiglia, ...); monitorare la gestione corretta degli snodi e delle interfacce nel percorso di cura; salvaguardare nel contempo la globalità della presa in carico della persona che ha bisogno di cure.

In questa prospettiva, la griglia proposta inizialmente non permette di cogliere appieno la complessità del processo di continuità assistenziale: il progetto ha visto pertanto una fase di valutazione e riflessione sul campo, attraverso una serie di interviste ai diversi referenti aziendali al fine di analizzare insieme i dati e avere così il loro contributo per interpretarli e contemporaneamente fornire loro diversa chiave di lettura utile alla comprensione della problematica della garanzia di una continuità di cura.

Fase 5. Descrizione delle reti

Un ulteriore approfondimento riguarda la mappatura e l'analisi di rete che integra e completa l'immagine dei nodi attivamente coinvolti e operanti per il processo di continuità assistenziale.

5.2. La descrizione dei percorsi di cura

I risultati presentati di seguito sono un estratto di quanto emerso nell'indagine, ovvero una descrizione di percorsi di cura particolarmente esemplificativa per le osservazioni che se ne possono trarre in termini di approccio alla lettura di percorsi e *network* sociosanitari.

Nello specifico sono descritti nel dettaglio i risultati relativi all'Azienda USL e all'Azienda ospedaliero-universitaria di Ferrara - Arcispedale Sant'Anna riassunti sia con lo strumento del diagramma di flusso sia con lo schema di rilevazione della rete ego-centrata (vedi *Capitolo 2*).

AZIENDA USL DI FERRARA

MAPPATURA DELLA RETE ASSISTENZIALE PER LA FRATTURA DI FEMORE

Motivazione della scelta della patologia

Motivazioni relative alla patologia in sé

Il modello di attività integrata tra UO di ortopedia e ortogeriatrics è finalizzato a ridurre i tempi di degenza in Ortopedia, aumentare il numero dei pazienti operati, ridurre le complicanze mediche e chirurgiche, favorire il recupero funzionale del paziente (stato funzionale precedente la frattura).

Motivazioni relative al contesto organizzativo ricevente

Il modello ortogeriatrico:

- favorisce un rapido trasferimento dall'Ortopedia dopo l'intervento;
- consente ai pazienti di effettuare mobilizzazione, riattivazione, terapie ed eventuali indagini diagnostiche in ambiente adeguato;
- consente il ritorno in Ortopedia per intervento ai pazienti precedentemente giudicati inoperabili per malattie acute intercorrenti.

Nell'obiettivo di dare risposte adeguate ai bisogni è necessario incidere sul versante dell'appropriatezza: la scelta del *setting* assistenziale è una delle strategie più premianti; la costituzione di programmi interaziendali trasversali rappresenta uno strumento operativo dalle grandi potenzialità.

Il Programma di geriatria si propone di gestire le risorse (UVG, consulenze, attività ambulatoriali, aggiornamento professionale) con un'azione di governo clinico attento al rispetto dei criteri di appropriatezza, continuità assistenziale e standard assistenziali.

I rapporti del Programma geriatrico con la Rete dei Servizi devono garantire processi di ottimizzazione e integrazione professionale in termini di continuità assistenziale, assistenza domiciliare integrata e formazione del *caregiver*.

Motivazioni relative al paziente anziano (modalità di approccio e soluzioni organizzative adottate)

Il modello ortogeriatrico dimostra efficacia clinica, efficienza e sinergia tra le varie parti del sistema che prendono in carico il paziente e la sua famiglia. Il paziente geriatrico è il più complesso, ha scarse risorse, ha ridotte capacità di recupero, vive tra l'autosufficienza e il rischio di essere travolto da una cascata di disabilità e complicanze, e troppo spesso diventa irreversibile.

All'atto dell'ingresso in reparto devono essere individuate le persone a rischio, cioè quei pazienti che presentano uno stato di non autosufficienza e/o instabilità clinica ma con presenza di reti familiari/parentali/amicali in grado di fornire un supporto al momento delle dimissioni.

(continua)

Strutture coinvolte

Azienda USL di Ferrara

- Dipartimento delle cure primarie
- Servizio infermieristico
- Lungodegenze
- Ambulatori di medicina generale
- LPA geriatrica AUSL
- LPA convenzionate

Azienda ospedaliero-universitaria di Ferrara

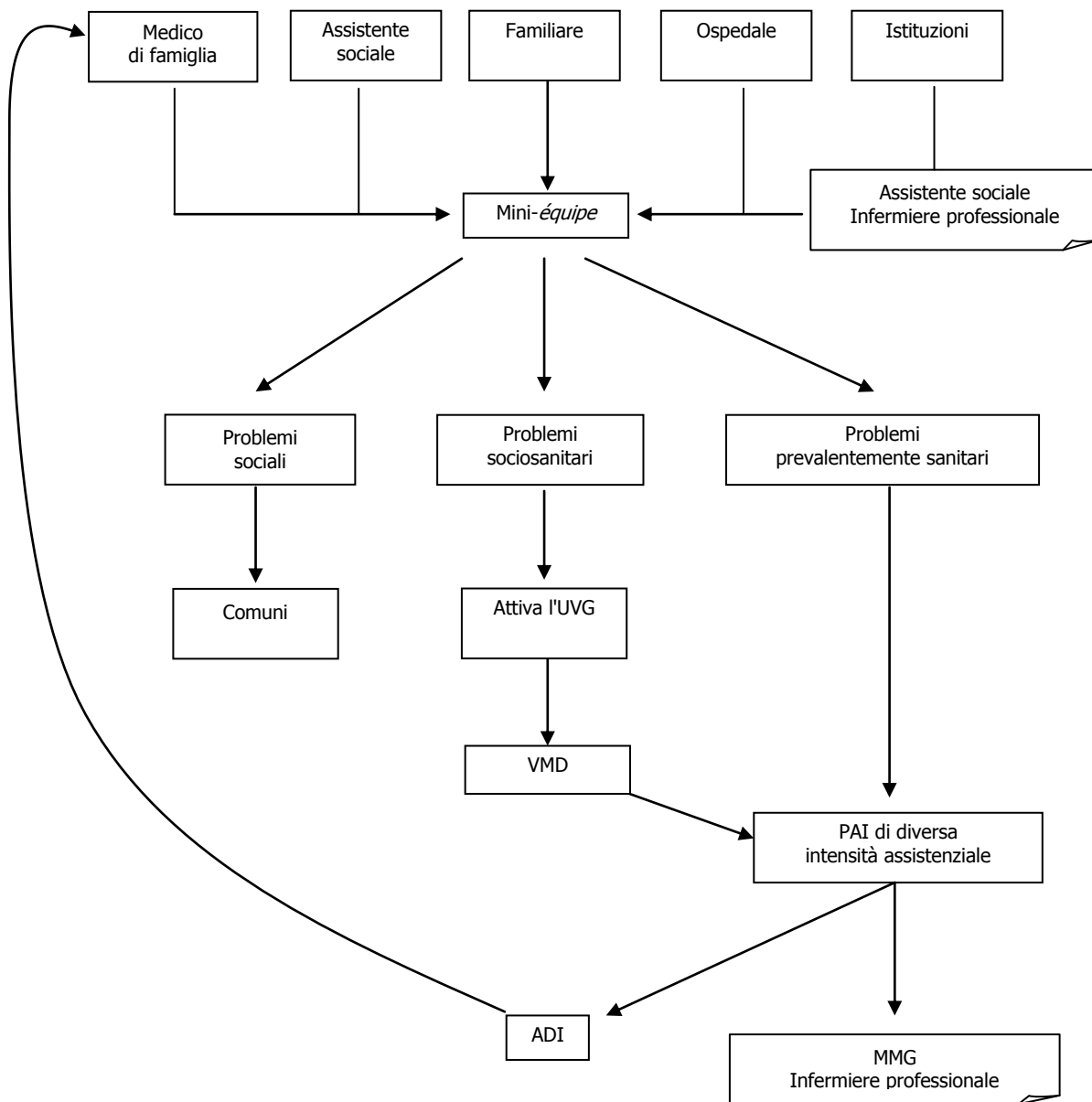
- UO di ortopedia
- UO di geriatria (Sezione di ortogeriatrics)
- Pronto soccorso
- Ambulatori
- *Day hospital*
- UVGO

Comune

- RSA
- Case protette
- Assistenza domiciliare integrata (ADI)
- Centri diurni
- Servizi sociali integrati

L'articolazione del percorso è stata successivamente rappresentata mediante un diagramma di flusso, definendo le "tappe" (accessi, trattamento, uscita, altri elementi utili), i legami tra i punti del percorso, gli strumenti utilizzati per garantire i legami e per il monitoraggio/valutazione del percorso.

Figura 5. Diagramma di flusso



AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI FERRARA - ARCISPEDALE S. ANNA
MAPPATURA DELLA RETE ASSISTENZIALE PER LA FRATTURA DI FEMORE

Motivazione della scelta della patologia

Motivazioni relative alla patologia in sé

La scelta del percorso relativo alla frattura di femore o patologia acuta traumatica dell'apparato osteoarticolare è dovuta al fatto che la tipologia di paziente coinvolto è particolarmente critica, sia per la fragilità clinica sia per la necessità di un adeguato apporto assistenziale (disabilità motoria, frequenti comorbidità, complicanze di carattere internistico, ...). Il percorso di recupero funzionale diviene pertanto lungo e articolato, con una forte complessità di bisogni per i quali si rendono necessari *setting* assistenziali diversi e un adeguato progetto di continuità assistenziale tra ospedale e territorio. Inoltre, il rischio di deficit funzionali residui prevede la possibilità di integrazioni tra prestazioni sanitarie e sociali in ambiti diversificati e l'opportunità di praticare un governo clinico basato su un approccio "globale", mediante percorsi clinico-assistenziali delineati soprattutto nel momento dell'evento acuto.

Motivazioni relative al contesto organizzativo ricevente

La Sezione di ortogeriatrics è una degenza funzionalmente e organicamente annessa all'Unità operativa di geriatria dell'Azienda ospedaliero-universitaria di Ferrara. È di fatto una Lungodegenza post-acuzie intraospedaliera che riceve pazienti anziani con patologie traumatiche osteoarticolari acute provenienti dall'Unità operativa di ortopedia, dove giornalmente i geriatri, in collaborazione con i colleghi ortopedici, effettuano un intervento di consulenza su tutti i pazienti anziani ricoverati avvalendosi di procedure operative standardizzate (visita giornaliera, compilazione di cartella clinica ortogeriatrica, presenza di infermiere *case manager* e di specializzando in ortopedia dedicato).

Il paziente viene preso in carico prima dell'intervento chirurgico; successivamente, nel post-operatorio si prevede un percorso assistenziale che va dal rientro al domicilio alla necessità di strutturazione di un percorso ospedale-territorio.

Motivazioni relative al paziente anziano (modalità di approccio e soluzioni organizzative adottate)

Nella Sezione di ortogeriatrics si applica il metodo clinico-assistenziale geriatrico (valutazione multidimensionale mediante strumenti standardizzati, intervento multiprofessionale, presa in carico complessiva dei bisogni del paziente, utilizzo di procedure assistenziali che prevedono modalità di riattivazione motoria). Nel corso della degenza in Ortogeriatrics si procede a una stabilizzazione delle condizioni cliniche del paziente, con particolare riguardo alle comorbidità o complicanze più frequenti, e quindi a un programma di riattivazione che va dalla mobilizzazione al letto/poltrona all'assistenza alla deambulazione con ausili - a seconda delle indicazioni ricevute dall'ortopedico in merito al tipo di frattura e di intervento chirurgico. Il paziente viene sottoposto a una valutazione multidimensionale con indicazione, se necessario, di un programma di continuità assistenziale (es. dimissione semplice al domicilio, dimissione protetta in ADI, trasferimento in RSA o in struttura protetta, ...) con stesura di un progetto assistenziale individuale.

(continua)

Strutture coinvolte

Azienda ospedaliero-universitaria di Ferrara

- UO di ortopedia
- UO di geriatria (Sezione di ortogeriatrics)
- Post-acuti e riabilitazione estensiva (UO di fisioterapia)

Azienda USL di Ferrara

- UO di lungodegenza post-acuzie (5 sedi: Comacchio, Ospedale del Delta Valle Oppio, Bondeno, Copparo, Argenta)

Lungodegenze post-acuzie internistiche private convenzionate con Azienda USL

- Casa di cura Salus
- Casa di cura Quisisana

Lungodegenza post-acuzie riabilitativa privata convenzionata con Azienda USL

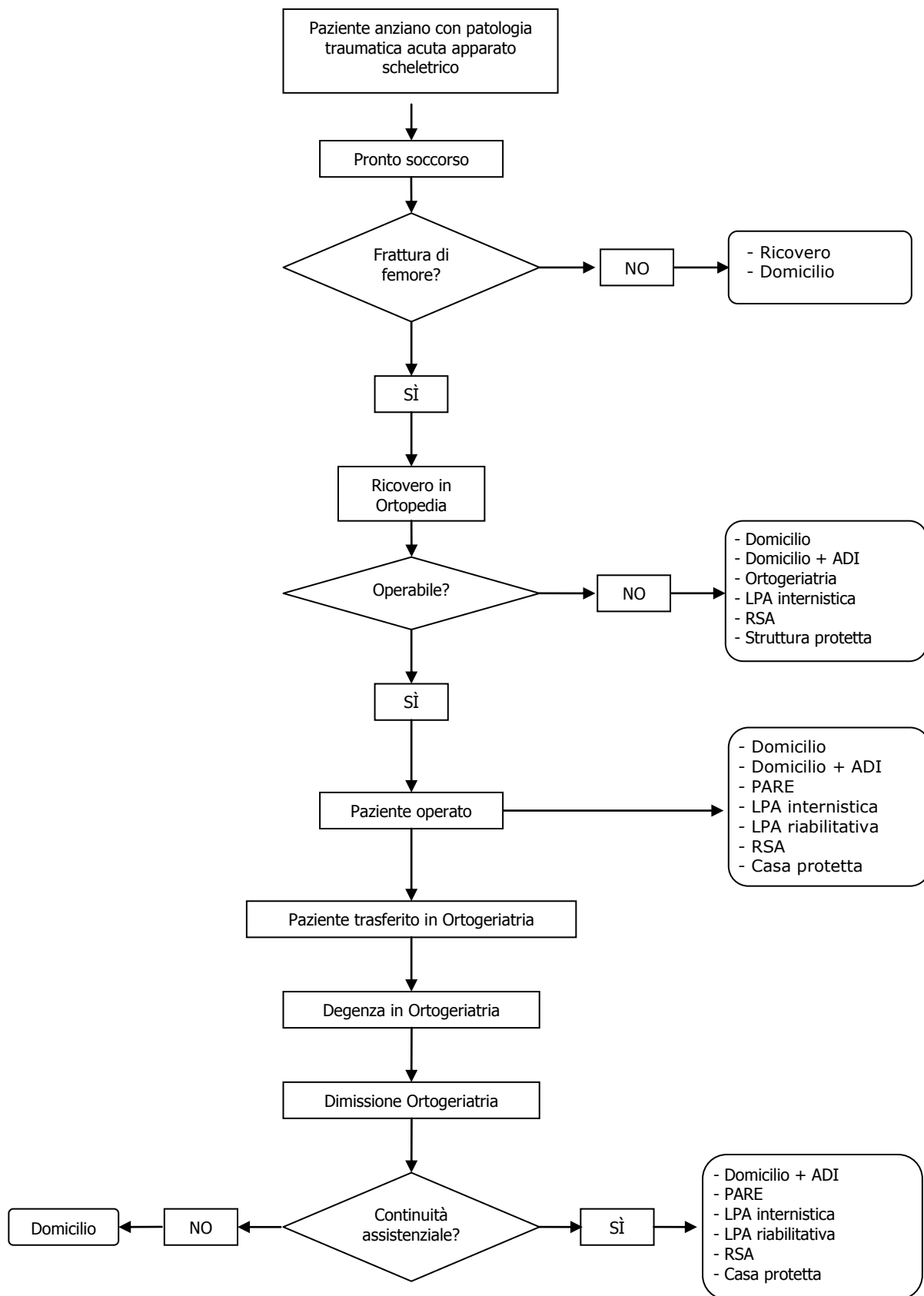
- Casa di cura Quisisana

L'articolazione del percorso è stata successivamente rappresentata mediante un diagramma di flusso, definendo le "tappe" (accessi, trattamento, uscita, altri elementi utili), i legami tra i punti del percorso, gli strumenti utilizzati per garantire i legami e per monitorare/valutare il percorso.

Nella strutturazione del percorso ortogeriatrico dell'Azienda, l'unico punto decisionale non governato dal geriatra è l'invio del paziente con frattura di femore dal Pronto soccorso al Reparto di ortopedia; le dinamiche successive sono gestite sempre dal geriatra referente, prima in collaborazione con il collega ortopedico e poi autonomamente (dopo l'ingresso del paziente in Ortogeriatrics).

In particolare il geriatra governa direttamente i trasferimenti del paziente nelle Lungodegenze post-acuzie internistiche e riabilitative private convenzionate e la dimissione in assistenza domiciliare integrata, mentre per l'accesso alla rete dei servizi territoriali (RSA, strutture protette) convoca l'Unità di valutazione geriatrica territoriale dell'Azienda USL per stabilire il progetto di continuità assistenziale. Prima del trasferimento si effettua una valutazione multidimensionale aggiornata con stesura di un progetto assistenziale individualizzato, che individua in via presuntiva le necessità di continuità assistenziale del paziente in modo da fornire una serie di elementi utili alla struttura ricevente o al medico curante.

Figura 6. Percorso del paziente



5.3. Dal diagramma di flusso all'analisi di rete

Come detto nel Paragrafo 5.1, il modello di cura della cronicità centrato sulla persona richiede integrazione e assunzione di una logica di rete. Se è vero che l'efficacia del modello stesso dipende fortemente da quanto i professionisti sanitari, il paziente e la sua famiglia riescono nel tempo a condividere obiettivi comuni, è necessario fare emergere la consapevolezza di come funzionano le reti organizzative nel processo per la continuità assistenziale.

Le due dimensioni - analisi del percorso assistenziale visualizzata nel diagramma di flusso e analisi di rete - sono strettamente intrecciate e complementari nella rappresentazione che gli operatori si fanno del loro lavoro, dell'integrazione e della collaborazione indispensabili per arrivare a obiettivi comuni.

Si è innanzitutto condivisa una definizione comune di cosa sia un'organizzazione a rete nella prospettiva della sociologia delle organizzazioni:

Un insieme di meccanismi di coordinamento e cooperazione che legano fra loro organizzazioni autonome (così come attori sociali) le cui relazioni prevedono lo scambio continuo e stabile di vari elementi (risorse, attività, consenso ecc.) utili al raggiungimento di un obiettivo. Il profilo dinamico della rete (struttura, cultura ecc.) è oggetto di continua negoziazione e non esente da possibili elementi di discussione, proprio in virtù del fatto che la rete è composta da entità autonome, anche se per mantenersi ha bisogno di condividere elementi che la rinsaldano (valori, norme, obiettivi ecc.) (Gosetti, La Rosa, 2006).

Si è poi proceduto a una prima descrizione della rete attraverso l'elenco dei nodi che la compongono. L'elenco è stato verificato con il responsabile o figure apicali del percorso assistenziale. Tutti i nodi censiti (es. ADI, UVG) sono stati trascritti su cartoncini dai colori diversi che ne identifichino le appartenenze istituzionali. I nodi sono stati collocati sulla mappa, disponendoli secondo il criterio territoriale e di appartenenza organizzativa.

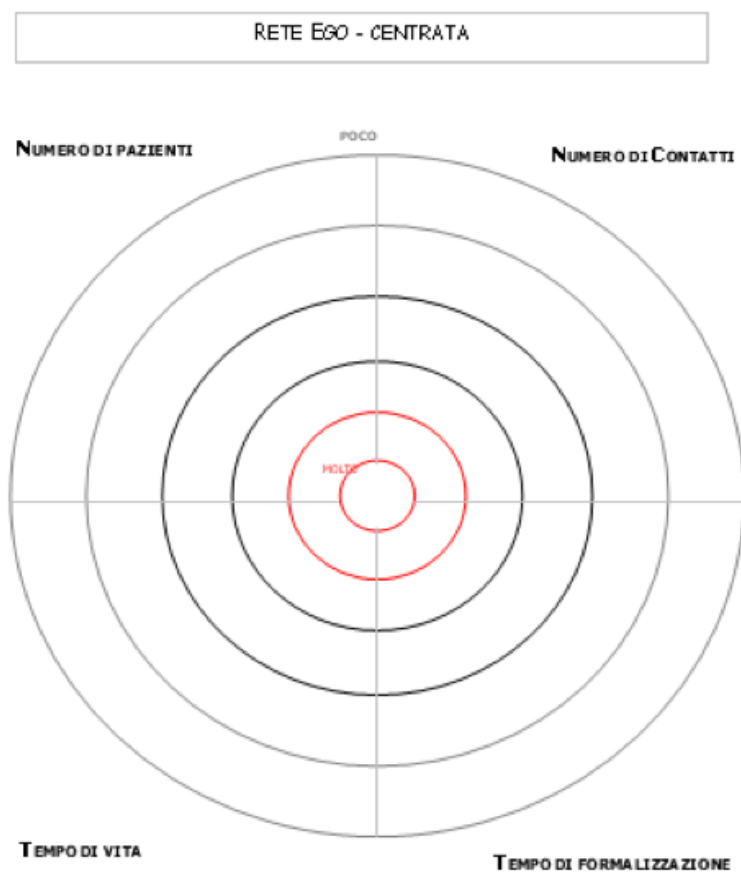
Come si vedrà nelle Tabelle 2-7, il disegno del *network* di cura dell'Azienda USL di Ferrara, integrato con la precedente immagine del diagramma di flusso, permette di capire chi sono, cosa si scambiano e in quale *network* operano gli attori organizzativi che entrano direttamente in gioco nel caso, ad esempio, di una patologia come la frattura di femore.

Il primo livello di descrizione della rete ego-centrata (vedi *Capitolo 2*) mostra chi è in contatto con chi, le relazioni tra i nodi che intervengono nel processo di cura, la direzione degli scambi, tutti bidirezionali. Si vedrà inoltre che alcuni nodi non hanno alcun rapporto.

Il secondo livello di descrizione con l'uso di questo stesso schema permette ad ognuno dei nodi censiti nell'immagine precedente di rappresentare con cerchi concentrici le diverse tipologie di relazione, raggruppate in settori (es. numero pazienti, tempo di vita della relazione, ecc.). Nel cerchio più piccolo è localizzato ego (il nodo), che costituisce l'elemento centrale della configurazione da cui si irradiano le linee di relazione. Tanto più i nodi sono centrali rispetto a ego tanto maggiore è la vicinanza, l'importanza e il tempo trascorso con le persone che ne fanno parte. In questo caso oltre all'intensità rilevata dal

“molto” e “poco”, la valutazione delle relazioni tra i nodi si gioca su quattro dimensioni: numero di pazienti, numero di contatti, tempo di vita della relazione tra i nodi, tempo di formalizzazione dei rapporti.

Figura 7. Schema di rilevazione rete ego-centrata



I dati raccolti con lo schema della rete ego-centrata, visualizzati a titolo di esempio nelle due successive tabelle riassuntive, permettono a tutti i nodi (ovvero agli operatori che compilano lo schema) di verificare quale sia la loro attività come attori della rete di cura e quali siano le interazioni più intense e quelle più lontane. Attraverso tale strumento, gruppi di lavoro ed *équipe* possono confrontarsi sulle differenze interne e rendersi conto di quali siano le relazioni sulle quali si investe di meno e quali siano i nodi poco visibili e presenti come risorsa nel processo. Queste attivazioni, scelte, vicinanze e distanze tra i nodi sono solo in parte riferibili alla collocazione organizzativa e al ruolo rivestito da chi descrive la rete. Paragonando lo stesso tipo di professionisti, si può infatti rilevare quanto estensione e uso della rete siano in realtà solo in parte prescritti da protocolli e *routine* organizzative e possano invece essere frutto dell’iniziativa di singoli o gruppi.

In Tabella 2 è rappresentata la rete di un medico coordinatore dell'Unità di valutazione geriatrica territoriale ospedaliera di Ferrara, una fotografia dei rapporti di questo nodo di rete, che appaiono più intensi con la rete intra-aziendale dell'AOU, con il privato convenzionato e con l'Unità di valutazione geriatrica territoriale.

In Tabella 3 è invece rappresentata la rete di un coordinatore infermieristico ADI di Ferrara: per questo nodo i rapporti più frequenti sono interaziendali e con il domicilio del paziente, trattandosi di un nodo che interviene in un'altra fase del percorso terapeutico.

Il colore dei quadratini - che definisce i nodi, istituzionali e non - permette una visione sintetica e un colpo d'occhio immediato sulle differenze tra le reti e l'intensità dei rapporti intrattenuti nelle reti attivate dai due professionisti-nodi: il primo è più strettamente connesso con strutture sanitarie e riabilitative (*Tabella 2*, riga 1, molti rapporti, prevale il colore arancione e il verde); il secondo, invece, è più strettamente connesso con le Unità operative territoriali e post-ospedaliere (*Tabella 3*, riga 1, prevale il colore giallo, seguito da arancione e rosa).

Tabella 2. Rete ego-centrata: UVGO (AOU) (nodo 19) AUSL FE
 Coordinatore medico

Azienda USL
ComuneAzienda ospedaliero-universitaria
Volontariato e Terzo settorePrivato convenzionato
Domicilio

	N. pazienti	N. contatti	Tempo vita	Tempo formalizzazione
1 (molto)	<p>13 Ortopedia (AOU)</p> <p>15 Geriatria</p> <p>16 Lungodegenze convenzionate</p> <p>18 UVGT</p> <p>33 RSA convenzionate</p> <p>35 Lungodegenza riabilitativa ortogeriatrica (privato convenz.)</p>	<p>13 Ortopedia (AOU)</p> <p>15 Geriatria</p> <p>16 Lungodegenze convenzionate</p> <p>18 UVGT</p> <p>33 RSA convenzionate</p> <p>35 Lungodegenza riabilitativa ortogeriatrica (privato convenz.)</p>	<p>13 Ortopedia (AOU)</p> <p>15 Geriatria</p> <p>16 Lungodegenze convenzionate</p> <p>18 UVGT</p>	<p>15 Geriatria</p> <p>16 Lungodegenze convenzionate</p> <p>18 UVGT</p>
2	<p>20 <i>Case manager</i> dimissione protetta</p> <p>32 Domicilio</p> <p>34 Riabilitazione (AOU)</p>	<p>20 <i>Case manager</i> dimissione protetta</p> <p>32 Domicilio</p> <p>34 Riabilitazione (AOU)</p>	<p>30 Servizio sociale</p> <p>32 Domicilio</p> <p>34 Riabilitazione (AOU)</p> <p>35 Lungodegenza riabilitativa ortogeriatrica (privato convenz.)</p>	<p>32 Domicilio</p>
3	<p>1 Assistenza domiciliare (ADI)</p> <p>30 Servizio sociale</p>	<p>1 Assistenza domiciliare (ADI)</p> <p>30 Servizio sociale</p>	<p>1 Assistenza domiciliare (ADI)</p> <p>25 RSA (AUSL)</p> <p>26 RSA (Comune)</p> <p>27 Case protette</p>	<p>1 Assistenza domiciliare (ADI)</p> <p>13 Ortopedia (AOU)</p> <p>27 Case Protette</p> <p>35 Lungodegenza riabilitativa ortogeriatrica (privato convenz.)</p>
4 (poco)	<p>25 RSA (AUSL)</p> <p>26 RSA (Comune)</p> <p>27 Case protette</p>	<p>25 RSA (AUSL)</p> <p>26 RSA (Comune)</p> <p>27 Case protette</p>	<p>20 <i>Case manager</i> dimissione protetta</p> <p>33 RSA convenzionate</p>	<p>20 <i>Case manager</i> dimissione protetta</p> <p>25 RSA (AUSL)</p> <p>26 RSA (Comune)</p> <p>30 Servizio sociale</p> <p>33 RSA convenzionate</p> <p>34 Riabilitazione (AOU)</p>

Tabella 3. Rete ego-centrata: ADI Ferrara (nodo 1) AUSL FE
 Coordinatore infermieristico

Azienda USL	Azienda ospedaliero-universitaria	Privato convenzionato
Comune	Volontariato e Terzo settore	Domicilio

	N. pazienti	N. contatti	Tempo vita	Tempo formalizzazione
1 (molto)	<p>3 Nuclei di cure primarie</p> <p>6 Attività ambulatoriale specialistica ospedaliera</p> <p>20 <i>Case manager</i> dimissione protetta</p> <p>32 Domicilio</p>	<p>3 Nuclei di cure primarie</p> <p>6 Attività ambulatoriale specialistica ospedaliera</p> <p>20 <i>Case manager</i> dimissione protetta</p> <p>22 Team nutrizionale</p> <p>30 Servizio sociale</p> <p>32 Domicilio</p>	<p>2 Sportello unico</p> <p>3 Nuclei di cure primarie</p> <p>6 Attività ambulatoriale specialistica ospedaliera</p> <p>20 <i>Case manager</i> dimissione protetta</p> <p>22 Team nutrizionale</p>	<p>2 Sportello unico</p> <p>3 Nuclei di cure primarie</p> <p>6 Attività ambulatoriale specialistica ospedaliera</p> <p>20 <i>Case manager</i> dimissione protetta</p> <p>22 Team nutrizionale</p>
2	<p>22 Team nutrizionale</p> <p>30 Servizio sociale</p>	<p>2 Sportello unico</p> <p>16 Lungodegenza convenzionate</p> <p>37 Assistenza familiare (badanti)</p>	<p>32 Domicilio</p>	<p>32 Domicilio</p>
3	<p>2 Sportello unico</p> <p>14 UO geriatria e lungodegenza</p> <p>15 UO geriatria</p> <p>16 Lungodegenza convenzionate</p> <p>28 Centri diurni</p> <p>31 Volontariato</p> <p>37 Assistenza familiare (badanti)</p>	<p>12 Ortopedia (AUSL)</p> <p>13 Ortopedia (AOU)</p> <p>14 UO geriatria e lungodegenza</p> <p>15 UO geriatria</p> <p>28 Centri diurni</p> <p>31 Volontariato</p>	<p>28 Centri diurni</p>	<p>16 Lungodegenza convenzionate</p>
4 (poco)	<p>12 Ortopedia (AUSL)</p> <p>13 Ortopedia (AOU)</p>	-	<p>12 Ortopedia (AUSL)</p> <p>13 Ortopedia (AOU)</p> <p>14 UO geriatria e lungodegenza</p> <p>15 UO geriatria</p> <p>16 Lungodegenza convenzionate</p>	<p>12 Ortopedia (AUSL)</p> <p>13 Ortopedia (AOU)</p> <p>14 UO geriatria e lungodegenza</p> <p>15 UO geriatria</p> <p>28 Centri diurni</p>

La descrizione delle reti ottenuta nei due precedenti *step* - la mappa delle relazioni di tutti i nodi del percorso assistenziale e la rete ego-centrata di ogni nodo - si arricchisce ulteriormente di informazioni analizzando le transazioni, ovvero ciò che i nodi si scambiano come risorse, attraverso un indicatore di sintesi denominato plessità. In questo modo ogni nodo avrà una rappresentazione non solo degli altri nodi con cui gli scambi sono più frequenti, ma anche del tipo di risorse scambiate (in Tabella 4 sono unificati i due nodi di cui sopra).

Tabella 4. Rete ego-centrata - transazioni: UVGO (AOU) (nodo 19) AUSL FE
Coordinatore medico

	Quantità risorse	Intensità	Tempo vita	Durata
1 (molto)	A. Consulenza B. Valutazione K. Documentazione J. Informazione	A. Consulenza B. Valutazione G. Coordinamento K. Documentazione J. Informazione	A. Consulenza B. Valutazione G. Coordinamento K. Documentazione J. Informazione	-
2	F. Valutazione pre-dimissioni G. Coordinamento	F. Valutazione pre-dimissione	F. Valutazione pre-dimissione	F. Valutazione pre-dimissione J. Informazione
3	-	-	-	A. Consulenza K. Documentazione
4 (poco)	-	-	-	B. Valutazione

Tabella 5. Rete ego-centrata - transazioni: ADI Ferrara (nodo 1) AUSL FE
 Coordinatore infermieristico

	Quantità risorse	Intensità	Tempo vita	Durata
1 (molto)	F. Valutazione pre-dimissione	F. Valutazione pre-dimissione	A. Consulenza	F. Valutazione pre-dimissione
	G. Coordinamento	G. Coordinamento	F. Valutazione pre-dimissione	G. Coordinamento
	H. Dimissione	H. Dimissione	G. Coordinamento	H. Dimissione
	K. Documentazione	K. Documentazione	H. Dimissione	K. Documentazione
2	I. Formazione	I. Formazione	B. Valutazione	B. Valutazione
	J. Informazione	J. Informazione	I. Formazione	I. Formazione
3	A. Consulenza	A. Consulenza	-	A. Consulenza
	B. Valutazione	B. Valutazione	J. Informazione	J. Informazione
4 (poco)	-	-	-	-

La differenza di plessità, dell'area di contenuto delle relazioni e degli scambi dei due nodi è evidente: il nodo coordinatore medico dell'UVGO scambia molta consulenza e valutazione, mentre il nodo coordinatore infermieristico è molto più impegnato in azioni di coordinamento con altri nodi.

Dopo queste prime due immagini rilevate con lo strumento della rete ego-centrata, che rispondono alle domande: chi è connesso con chi? chi cerca chi? con quale intensità/frequenza? per scambiare cosa? con quale intensità/frequenza?, con il medesimo strumento è possibile elaborare un quadro di sintesi nel quale incrociare tipo di transazione (cosa scambia il nodo) e con chi, come illustrato negli schermi successivi (*Tabella 6 e 7*).

Tabella 6. Transazioni: UVGO (AOU) (nodo 19) AUSL FE
 Coordinatore medico

Azienda USL	Azienda ospedaliero-universitaria	Privato convenzionato
Comune	Volontariato e Terzo settore	Domicilio

Transazioni	Nodi coinvolti
A. Consulenza	<ul style="list-style-type: none"> 1 Assistenza domiciliare (ADI) 11 Pronto soccorso (AOU) 13 Ortopedia (AOU) 14 Geriatria e lungodegenza 15 UO geriatria (AOU) 16 Lungodegenze convenzionate 20 <i>Case manager</i> dimissione protetta 25 RSA (AUSL) 26 RSA (Comune) 27 Case protette 32 Domicilio 33 RSA convenzionate 35 Lungodegenza riabilitativa ortogeriatrica (privato convenzionato)
B. Valutazione	<ul style="list-style-type: none"> 1 Assistenza domiciliare (ADI) 11 Pronto soccorso (AOU) 13 Ortopedia (AOU) 14 Geriatria e lungodegenza 15 UO geriatria (AOU) 16 Lungodegenze convenzionate 20 <i>Case manager</i> dimissione protetta 25 RSA (AUSL) 26 RSA (Comune) 27 Case protette 32 Domicilio 33 RSA convenzionate 35 Lungodegenza riabilitativa ortogeriatrica (privato convenzionato)
C. Ricovero	-
D. Intervento	-
E. Riabilitazione	-
F. Valutazione pre-dimissione	<ul style="list-style-type: none"> 1 Assistenza domiciliare (ADI) 11 Pronto soccorso (AOU) 13 Ortopedia (AOU) 14 Geriatria e lungodegenza 15 UO geriatria (AOU) 16 Lungodegenze convenzionate 20 <i>Case manager</i> dimissione protetta 25 RSA (AUSL) 26 RSA (Comune) 27 Case protette 32 Domicilio 33 RSA convenzionate 35 Lungodegenza riabilitativa ortogeriatrica (privato convenzionato)

G. Coordinamento	<ul style="list-style-type: none"> 1 Assistenza domiciliare (ADI) 11 Pronto soccorso (AOU) 13 Ortopedia (AOU) 15 UO geriatria (AOU) 20 <i>Case manager</i> dimissione protetta 25 RSA (AUSL) 26 RSA (Comune) 27 Case protette 32 Domicilio 33 RSA convenzionate 34 Riabilitazione (AOU) 35 Lungodegenza riabilitativa ortogeriatrica (privato convenzionato)
H. Dimissione/trasferimenti	-
I. Formazione	-
J. Informazione	<ul style="list-style-type: none"> 1 Assistenza domiciliare (ADI) 3 Nuclei di cure primarie 11 Pronto soccorso (AOU) 13 Ortopedia (AOU) 15 UO geriatria (AOU) 16 Lungodegenze convenzionate 18 UVGT 20 <i>Case manager</i> dimissione protetta 29 SAD (Servizio assistenza domiciliare) 30 Servizio sociale 32 Domicilio 33 RSA convenzionate 35 Lungodegenza riabilitativa ortogeriatrica (privato convenzionato)
K. Documentazione	<ul style="list-style-type: none"> 1 Assistenza domiciliare (ADI) 13 Ortopedia (AOU) 15 UO geriatria (AOU) 16 Lungodegenze convenzionate 20 <i>Case manager</i> dimissione protetta 29 SAD (Servizio assistenza domiciliare) 30 Servizio sociale 33 RSA convenzionate 35 Lungodegenza riabilitativa ortogeriatrica (privato convenzionato)

Tabella 7. Transazioni: ADI Ferrara (nodo 1) AUSL FE
 Coordinatore infermieristico

Azienda USL	Azienda ospedaliero-universitaria	Privato convenzionato
Comune	Volontariato e Terzo settore	Domicilio

Transazioni	Nodi coinvolti
A. Consulenza	<ul style="list-style-type: none"> 3 Nuclei di cure primarie 5 Attività ambulatoriale specialistica ospedaliera (AUSL) 6 Attività ambulatoriale specialistica ospedaliera (AOU) 19 UVGO 20 <i>Case manager</i> dimissione protetta 22 Team nutrizionale 29 SAD (Servizio assistenza domiciliare)
B. Valutazione	<ul style="list-style-type: none"> 2 Sportello unico 19 UVGO 20 <i>Case manager</i> dimissione protetta 22 Team nutrizionale 30 Servizio sociale
C. Ricovero	<ul style="list-style-type: none"> 3 Nuclei di cure primarie 14 UO geriatria e lungodegenza 15 UO geriatria (AOU)
D. Intervento	-
E. Riabilitazione	-
F. Valutazione pre-dimissione	<ul style="list-style-type: none"> 3 Nuclei di cure primarie 20 <i>Case manager</i> dimissione protetta 30 Servizio sociale 32 Domicilio 37 Assistenza familiare (badanti)
G. Coordinamento	20 <i>Case manager</i> dimissione protetta
H. Dimissione	<ul style="list-style-type: none"> 3 Nuclei di cure primarie 19 UVGO 20 <i>Case manager</i> dimissione protetta 22 Team nutrizionale 30 Servizio sociale 32 Domicilio
I. Formazione	<ul style="list-style-type: none"> 29 SAD (Servizio assistenza domiciliare) 32 Domicilio 37 Assistenza familiare (badanti)
J. Informazione	<ul style="list-style-type: none"> 20 <i>Case manager</i> dimissione protetta 30 Servizio sociale 32 Domicilio 37 Assistenza familiare (badanti)

K. Documentazione	2	Sportello unico
	3	Nuclei di cure primarie
	12	Ortopedia (AUSL)
	13	Ortopedia (AOU)
	14	UO geriatria e lungodegenza
	15	UO geriatria (AOU)
	16	Lungodegenza convenzionate
	20	Case manager dimissione protetta
	21	Commissione invalidità civile
	22	Team nutrizionale
	34	Riabilitazione

In queste ultime tabelle, compilate con la stessa logica, ciascuno dei due professionisti-nodi verifica le transazioni effettuate con i diversi nodi della sua rete, acquisendo così consapevolezza di come funziona il segmento di rete in cui opera, dando visibilità alla prevalenza delle risorse scambiate.

In questo Paragrafo sono stati ricostruiti i passaggi principali del metodo di descrizione con lo schema della rete ego-centrata, che permette di avere dati di facile utilizzo, di immediato riscontro e facilmente paragonabili nel tempo in quanto ripetibili. Gli strumenti di analisi utilizzati possono costituire la base per periodiche autovalutazioni organizzative delle reti funzionanti, consentendo il monitoraggio dei cambiamenti intervenuti tra rete prevista dai protocolli e rete realmente praticata.

5.4. Alcune riflessioni

Le esperienze raccolte in questo percorso di lavoro (e di cui sono state qui riportate in dettaglio solo le schede di Ferrara; Palestini *et al.*, 2013) sono un esempio delle varie modalità adottate da alcune Aziende sanitarie della Regione Emilia-Romagna per descrivere la rete di supporto prevista per diverse patologie (frattura di femore e *ictus cerebri*). Ciò non toglie che le discrepanze emerse non siano totalmente ascrivibili al tipo di patologia in esame, e allo stesso tempo si rilevano alcune similarità di approccio alla descrizione della rete trasversali rispetto alle Aziende in questione.

Dal punto di vista delle differenze rilevate nelle diverse descrizioni si possono notare alcuni elementi principali. In primo luogo, chiedere di descrivere una rete assistenziale per una patologia non restituisce necessariamente risultati sovrapponibili rispetto al modo di interpretare la rete stessa: in altri termini, il concetto di "rete assistenziale" appare largamente variabile spostandosi da un'Azienda all'altra. Per usare una metafora, chi ha "letto" le reti non ha usato la stessa "lente", per cui il livello di dettaglio ottenuto è ampiamente variabile. In alcuni casi, la descrizione è particolarmente approfondita e declinata tenendo conto della varietà di strutture che possono essere coinvolte nel percorso (e non solo strettamente riferibili all'Azienda sanitaria). Nello specifico, non tutti i nodi sono obbligatoriamente attivati per l'assistenza ai pazienti con frattura di femore, per cui il paziente può attraversare la rete dei servizi seguendo percorsi diversi a seconda

del livello di gravità del trauma, degli *outcome* clinico-funzionali e del grado di autonomia in termini economici, sociali e abitativi. Si riscontra inoltre uno sforzo nel cercare di definire una tempistica massima per i diversi passaggi all'interno della rete, che si traduce nella possibilità di leggere la complessità del percorso non solo come "densità di nodi", ma anche come approssimativo "tempo di percorrenza".

Al contrario, in casi come quello riportato dall'Azienda ospedaliero-universitaria di Ferrara, il livello di dettaglio rimane elevato, ma non sembra prendere in considerazione la presenza di eventuali ricorsività o passaggi multipli attraverso lo stesso nodo: la rete diviene un percorso lineare in cui gli snodi decisionali sono ben definiti e funzionano come gli scambi di un binario. Il tracciato del paziente è preciso ma apparentemente limitato da un ingresso e un'uscita, così come le transazioni previste da ogni nodo sono solo quelle con il nodo precedente e il nodo successivo. Se si considera la prospettiva del governo della rete e delle *skill* necessarie per mantenerla funzionante, un simile processo di modularizzazione dell'assistenza riduce gli spazi per pensare a un coordinamento globale della rete e, per assurdo, non implica la necessità che i nodi si percepiscano in quanto tali. In altre parole, se l'unica preoccupazione del nodo è quella di gestire un processo di ingresso → trattamento → uscita, si rischia di perdere di vista il fatto che il paziente è un elemento sfaccettato e complesso e non solo l'espressione di un bisogno contingente.

In generale, molte Aziende sanitarie utilizzano un procedimento comparabile a quello appena descritto. Non si trova infatti una lettura della rete come insieme di nodi interconnessi, ma una lettura dei processi decisionali che la governano: la rappresentazione della rete diviene pertanto la descrizione di un diagramma di flusso e i percorsi all'interno della rete sono letti come procedure per la gestione del paziente. In questi casi la lente per la lettura della rete si è probabilmente allontanata troppo dal *target*, ma va tuttavia evidenziato che le Aziende si sono concentrate su uno sforzo di sintesi per dare l'idea di un percorso standard di gestione della patologia.

Così come un differente posizionamento nell'approccio alla rete si traduce in differenti modi di esplicitarne la struttura, dagli esempi posti si può vedere anche una diversità nell'interpretazione del governo della rete. Riprendendo quanto detto in precedenza, si nota che un livello di dettaglio elevato consente di individuare diverse titolarità dei processi gestionali e decisionali della rete: il geriatra è sicuramente la figura di riferimento, ma il carico del percorso assistenziale si distribuisce su un'*équipe* multidisciplinare e viene delegato ai diversi reparti di competenza in cui il paziente viene ricoverato. Man mano che la lente si allontana dalla rete, l'individuazione dei processi di governo è sempre meno definita: la specificazione delle strutture coinvolte si riduce fino a limitarsi alla sola Azienda sanitaria e così anche il numero delle figure di riferimento (in alcuni casi è il solo geriatra, in altri non vengono individuate esplicitamente).

C'è poi un ultimo elemento da prendere in considerazione, che si distacca dalle modalità di approccio e lettura della rete e si riconferma in modo trasversale per tutti gli esempi presentati finora. Sebbene in misura diversa, infatti, tutte le esperienze considerate sembrano ignorare il fatto che una rete assistenziale non è composta solamente da servizi sanitari. In altre parole, nel momento in cui il percorso assistenziale passa

dall'ospedale al territorio la rete tende a sparire: i percorsi assistenziali si concentrano in larga parte - quando non esclusivamente - su strutture sanitarie che fanno parte delle Aziende o comunque sono convenzionate con il sistema sanitario. Inoltre, quando le reti si allargano sul mondo al di fuori degli ospedali (ad esempio includendo l'assistenza domiciliare o le RSA), i nodi indicati sono generalmente visti come punti di arrivo del percorso.

Tale visione è sicuramente plausibile se si considera il punto di vista di chi descrive la struttura della rete: le esperienze presentate provengono direttamente dall'interno del sistema sanitario ed è pertanto prevedibile che il risultato risenta di un punto di vista parziale sul percorso che i pazienti compiono nell'affrontare la propria patologia. Tuttavia, soprattutto quando si parla di frattura di femore o ictus, è altrettanto prevedibile immaginare che la rete assistenziale non si esaurisca nel momento in cui il paziente rientra al domicilio o viene affidato a una struttura convenzionata, e tale "sforzo di immaginazione" porta a due considerazioni principali. *In primis*, come già accennato, il concetto di rete assistenziale non può essere sovrapposto interamente a quello di percorso o procedura: in sostanza, la gestione delle patologie in esame è una gestione complessa e multifaccettata, che dovrebbe includere la possibilità di passaggi ricorsivi tra alcuni nodi, o al contrario di salti o abbreviazioni del percorso. In secondo luogo, non si può dimenticare che una rete assistenziale è composta da elementi formali e informali: il paziente può rivolgersi non solo ai servizi offerti dal sistema sanitario, ma anche a una rete altrettanto densa e complessa che include familiari e *caregiver*, badanti, volontariato, gruppi di sostegno, ... Fare lavoro di rete significa soprattutto essere coscienti di fare parte della rete stessa, per cui assumere una prospettiva circoscritta agli elementi che si conoscono di prima mano è una prospettiva limitata. Tale limitazione rischia a sua volta di tradursi in una serie di complessità "impreviste ma prevedibili": difficoltà di comunicazione o coordinamento, utilizzo improprio delle risorse disponibili, allungamento dei tempi dell'assistenza, ... In sintesi, non riconoscere la rete o una parte di essa può fare perdere traccia del paziente e perdere di vista i bisogni del paziente stesso in quanto persona, introducendo una difficoltà di gestione del percorso assistenziale e potenzialmente riducendo l'efficacia del servizio offerto.

6. Dal *network* al *networking*: perché nascono le reti?

La letteratura di studi organizzativi per comprendere i motivi per cui nascono le reti tra organizzazioni è ricca. Qui di seguito se ne riepilogano i "titoli" e gli approcci, rielaborando uno schema riassuntivo di Lega (2002) il quale sintetizza efficacemente come le diverse teorie spieghino le reti in quanto risposte alle necessità delle organizzazioni di "non fare da sole".

Tabella 8. Teorie che spiegano le reti

TEORIE "ECONOMICHE"	CONTINGENZA CHE SPIEGA LA RETE
Dipendenza da risorse	Bisogno di ridurre la dipendenza da risorse specifiche. Forte interdipendenza e competizione per le stesse risorse
Costi di transazione e produzione	Minimizzazione dei costi
Dello scambio	Bisogno di controllo e riduzione dell'asimmetria nella gestione di risorse critiche
TEORIE "SOCIOLOGICHE"	CONTINGENZA CHE SPIEGA LA RETE
Reciprocità	Mutui vantaggi
Prossimità sociale e cooperazione	Stimolo che scaturisce dalla condivisione di valori, finalità e cultura
Omofilia	Cooperare anziché competere con attori simili
Capitale sociale	Le relazioni sono opportunità
Istituzionale e neo-istituzionale	Bisogno di legittimazione e consenso socio-istituzionale Le relazioni consentono alle organizzazioni di ottenere legittimazione, conformandosi alla norma Isomorfismo nelle reti

Questi paradigmi aiutano a trovare risposte a domande del tipo: che succede quando le risorse sono scarse e il taglio dei costi diventa indispensabile per la sopravvivenza? come evitare che la competizione tra soggetti per le stesse risorse si risolva nell'eliminazione dell'uno a scapito dell'altro? a quali necessità risponde la rete in contesti molto competitivi?

Nelle prime tre prospettive citate in Tabella viene spiegato come la principale necessità che spinge le organizzazioni a fare rete sia comunque la scarsità: il fattore determinante è la vulnerabilità delle organizzazioni in quanto dipendenti da risorse come materie prime, forza lavoro, capitali, finanziamenti, strutture o tecnologie. Altri vincoli determinanti sono l'incertezza (l'impossibilità di prevedere con accuratezza i cambiamenti futuri) e la

“finitezza” delle risorse stesse, che spinge le organizzazioni e i loro dirigenti a creare reti, con l’obiettivo di controllare quante più risorse possibili. La teoria della dipendenza da risorse ruota quindi intorno a un assunto di base: le organizzazioni dipendono dalle risorse necessarie allo svolgimento delle loro attività e, anche quando si trovano “costrette” a collaborare, il controllo delle stesse resta un tema centrale. È per questo che diventa molto importante - ad esempio nel caso dei modelli *hub & spoke* - stabilire procedure, linee guide e protocolli che limitino i possibili conflitti tra organizzazioni in competizione.

Ma questo non basta. Quando un meccanismo rodato si inceppa proprio per la scarsità delle risorse (per esempio, se non è disponibile un posto letto nel reparto dove ricoverare un paziente arrivato al Pronto soccorso per ictus), la prospettiva della rete da un lato rende più visibili risorse lontane (altre organizzazioni, ospedali, strutture convenzionate, reparti), dall’altro fa emergere le capacità negoziali indispensabili per chi si muove in contesti di questo genere (l’operatore che conosce i colleghi di altre strutture e Unità ospedaliere sa con chi e come negoziare la soluzione più adatta al paziente).

Rimanendo a livello di sistema, anche la prospettiva istituzionalista offre interessanti spunti di riflessione. Questo paradigma cerca di rispondere alle domande: come mai le organizzazioni dello stesso tipo sono così simili tra loro? come mai certe organizzazioni tendono a collaborare prevalentemente tra di loro, oppure a confliggere secondo modalità ripetitive nel tempo?

Secondo la prospettiva istituzionale l’ambiente fornisce regole (architetture organizzative) comuni a tutte le organizzazioni, suggerendo loro comportamenti che spingono ad assomigliarsi: questo processo viene definito isomorfismo e assume diverse forme (coercitivo, quando le pressioni sono governative e istituzionali; normativo, quando le pressioni derivano da aspetti culturali, come la formazione dei professionisti; mimetico, quando per fronteggiare l’incertezza iniziano dei processi di imitazione istituzionale: stesse delibere, stessi modelli che hanno funzionato altrove).

Utilizzando questo paradigma, Mascia (2009) propone un’analisi della storia istituzionale del Servizio sanitario nazionale che sarebbe caratterizzata da tre tipi di isomorfismo: nella prima fase - tra il 1978 e il 1992 - l’isomorfismo è soprattutto mimetico (di imitazione). La fase dal 1992 al 1999, caratterizzata da una forte crisi economica-finanziaria, è un’epoca più marcatamente organizzativo-funzionale per maggiore efficienza e contenimento della spesa: le pressioni istituzionali sono prevalentemente coercitive, bisogna “rientrare nei parametri”. Nel terzo periodo, che inizia con il DLgs n. 299/1999, si va affermando il modello della *clinical governance* per l’integrazione di modelli clinici e gestionali, per il miglioramento della qualità, per il contenimento degli errori clinici, di *audit* delle *performance* cliniche verso una cultura condivisa intorno ai temi della qualità e delle performance. Qui si è in presenza di un isomorfismo normativo, legato a processi di professionalizzazione e alla consapevolezza della comprovata superiorità delle nuove pratiche rispetto a quelle vecchie.

L'isomorfismo istituzionale, di natura sistemica, porta a imitare soluzioni che hanno funzionato altrove, ma blocca la ricerca di proposte nuove e adeguate al contesto specifico, ed è speculare alla cosiddetta "omofilia". È un meccanismo selettivo noto: si parla e si collabora prevalentemente con chi appartiene allo stesso ambiente e allo stesso tipo di organizzazione. Questo meccanismo restringe il campo delle relazioni di rete ai professionisti che si assomigliano e che rispondono così ai propri bisogni di identità, non considerando ambienti diversi da quelli dello specialismo. Isomorfismo e omofilia sono due meccanismi che fanno capire come mai in certi gruppi ristretti e parti della rete dei servizi non siano, di fatto, percepiti come disponibili partner alternativi della rete in settori diversi da quelli di provenienza (il pubblico non "vede" il privato e viceversa, le collaborazioni sono concentrate in certi segmenti della rete, mentre altri nodi e altri segmenti della rete vengono sistematicamente ignorati).

Diverse teorie sociologiche aiutano a capire che cosa spinge a mettersi in rete, quali siano i vantaggi dei comportamenti cooperativi, rispondendo a domande come: quali sono i vantaggi delle reti? qual è il valore aggiunto della cooperazione in rete? che cosa ci si scambia nei segmenti di rete ad alta densità relazionale (informazioni, servizi, risorse, consulenze)? che direzione prendono gli scambi? Le asimmetrie (c'è chi dà di più e chi riceve di più) sono "tollerabili" e come? nelle reti si costruisce capitale sociale?

Partendo dall'ultima domanda, il capitale sociale può essere definito come

l'insieme di risorse, reali o virtuali, a cui individui o gruppi hanno la possibilità di accedere attraverso la creazione e il mantenimento di legami relazionali più o meno istituzionalizzati (Bourdieu, Wacquant, 1992).

Secondo questa prospettiva le relazioni sarebbero veri e propri investimenti nella ricerca di rapporti da cui ci si aspetta di avere dei benefici (da cui la definizione di capitale). La numerosità, la struttura e l'intensità delle relazioni sarebbero dunque il frutto delle attese di benefici e costi associati alle relazioni. Come spiega Coleman (1990), il capitale sociale è l'insieme delle relazioni che gli individui posseggono per parentela o ceto (ascrittivamente) o che costruiscono attivamente nel corso della loro vita. Coleman insiste poi sull'aggettivo "fiduciario" come qualità delle relazioni, variamente estese e interconnesse "atte a favorire, tra i partecipanti, la capacità di riconoscersi e intendersi, di scambiarsi informazioni, di aiutarsi reciprocamente e di cooperare a fini comuni". La rete di relazioni comunque è il frutto di attività volontarie, intenzionali e non, che producono benefici, non solo per i diretti interessati, ma anche per coloro che li circondano, creando un clima di fiducia diffuso.

La fiducia è una caratteristica importante, anche se non indispensabile, per le reti organizzative (ovvero si può fare rete anche con un quoziente di fiducia limitato, concentrandosi sugli obiettivi comuni). Come spiega Mutti (1998), la fiducia non può essere creata soltanto attraverso un calcolo razionale e intenzionale, ma è un effetto secondario di azioni razionali e non razionali diretti ad altri fini. In quanto tale, la fiducia può comunque funzionare quale stabilizzatore di processi cooperativi e di aspettative razionali di tipo fiduciario continuative nel tempo. La fiducia, conclude Mutti, ha una forte

componente cognitiva (è una previsione in situazione di incertezza) ed emotiva (è rassicurante, si manifesta nelle relazioni faccia a faccia, e può essere espressione di appartenenza a una certa istituzione sociale o di sanzione verso comportamenti scorretti). Un ruolo fondamentale nelle reti è quello dei cosiddetti intermediari della fiducia (Coleman, 1990) costituiti da persone di cui ci si fida e che si fanno garanti dell'affidabilità di altre persone o garanti di altre istituzioni con una funzione attivatrice simile ai *broker* di rete, e questo è un processo che può richiedere molto tempo ed essere sottoposto a verifiche in successione nel tempo. La fiducia è un'aspettativa di esperienze e risposte positive (una fiducia ben riposta) per le persone, si sviluppa in condizioni di incertezza, ha componenti in parte razionali e in parte emotive che permettono di superare la soglia della mera speranza.

Si tratta di una caratteristica molto importante nei segmenti di rete, qualsiasi sia il numero dei nodi e la densità delle relazioni, perché spesso è la fiducia - intesa come "previsione in situazione di incertezza" - la moneta scambiata e circolante nelle reti tra servizi, istituzioni, professionisti, famiglie.

La collaborazione in rete è efficace quando, in situazione di complessità, si può contare sull'altro, ovvero si presume che gli altri nodi faranno del loro meglio per risolvere il problema. Alle dimissioni di un paziente, un reparto ospedaliero si fida di un collega di un servizio territoriale il quale, a sua volta, si fida del familiare che seguirà la corretta somministrazione dei farmaci, ecc. Nella storia di un paziente sono diversi gli intermediari e gli attivatori della fiducia, nella convinzione che ciascuno farà bene il compito che gli è stato affidato.

In questa prospettiva, un altro tema importante è la teoria del bilanciamento, secondo la quale le persone cercano relazioni bilanciate tra dare e avere, ovvero relazioni caratterizzate da reciprocità e transitività, aspetti tipici della fiducia. Anche nelle relazioni tra servizi e tra professionisti è molto importante il fatto di poter "reciprocare" la consulenza, l'informazione, la soluzione del problema.

Un'ulteriore domanda a cui si può rispondere è la seguente: è possibile che le relazioni tra nodi siano nello stesso tempo cooperative e competitive? quali sono gli equilibri di processo raggiungibili nel *network*? Secondo De Rond e Bouchikhi (2004) l'instabilità e l'eventuale fallimento delle alleanze di rete si gioca su tre coppie di tensioni:

- cooperazione/competizione, rigidità/flessibilità;
- orientamento verso il breve/lungo periodo;
- influenza di interdipendenze esogene (che stimolano le organizzazioni a cercare cooperazione) e meccanismi incorporati nella rete (che determinano con chi stringere - prima - e mantenere - poi - le alleanze).

Talvolta questo gioco di equilibri si realizza attraverso la "*coopetizione*", neologismo che sottolinea come le due dimensioni siano compresenti nelle relazioni tra Unità organizzative (Bruni, Perrotta, 2007). La competizione esiste in tutte quelle situazioni in cui organizzazioni diverse producono il medesimo prodotto/servizio e lottano per la conquista del medesimo segmento di mercato; la collaborazione rappresenta invece un comportamento attivato da organizzazioni che lavorano congiuntamente per l'erogazione

di un servizio, i cui ritorni economici o i vantaggi sono distribuiti equamente tra tutti gli attori organizzativi coinvolti. La coo-petizione sarebbe dunque una forma di relazione diadica e paradossale che emerge quando due organizzazioni cooperano per alcune attività e nello stesso tempo competono per altre. È un tipo di comportamento che unisce i vantaggi della condivisione di attività da una parte, e della spinta all'efficacia e alla *performance* dall'altra. In altre parole, si sta parlando di interdipendenza competitiva: quando due organizzazioni sviluppano la consapevolezza che per certi aspetti dipendono le une dalle altre e in altri contesti o per altri aspetti competono, l'esito sarà o una maggiore collaborazione, o un maggiore rispetto reciproco, oppure la filosofia del "vivi e lascia vivere". La competizione non sarebbe antitetica alla collaborazione; al contrario, essa può rappresentare uno strumento attraverso il quale le organizzazioni si avvicinano ai propri concorrenti e sviluppano più relazioni di scambio. Ciò accade ad esempio a livello sistemico e di governo delle reti quando vengono costituite reti interaziendali, quando vengono accorpati presidi ospedalieri e servizi territoriali.

Concludendo la breve disamina dell'insieme di teorie sul funzionamento delle reti, si ricordano alcuni concetti che sembrano più interessanti:

- la scarsità e il controllo delle risorse in sanità sono attivatori di reti;
- l'isomorfismo e l'omofilia sono fattori da superare perché restringono il campo delle collaborazioni in rete;
- la possibilità di cooperare e competere (coo-petizione) tra nodi, per esempio nei rapporti tra Unità ospedaliere, può migliorare i rapporti tra i nodi stessi;
- la fiducia - come qualità da curare nelle relazioni - permette di avviare e mantenere la continuità assistenziale.

7. Dal *network* al *networking*: come funzionano le reti in sanità?

La *network analysis* è una fotografia dell'esistente. Da questa immagine si possono trarre indicazioni utili a capire, ad esempio, su quali nodi intervenire non solo per far funzionare meglio la rete ma anche per connettere processi e creare una cultura della rete; ci si potrebbe allora accorgere che l'azione verso un nodo con molte connessioni potrebbe essere più efficace del ricorso alla gerarchia.

L'analisi del *networking* (il processo del fare rete) è un passaggio ulteriore e fondamentale per rispondere alle tante domande che nascono da un'osservazione attenta della fotografia ottenibile con la *network analysis*.

Nei testi dedicati alle reti e all'integrazione sociosanitaria, sia di taglio economico-organizzativo sia di *management* della sanità, sono state individuate alcune modalità di connessione tipiche:

- la consultazione reciproca: i soggetti agiscono in autonomia, ma si scambiano informazioni, anche per le decisioni da prendere;
- la collaborazione: il lavoro parallelo per progetti su obiettivi comuni;
- il coordinamento, ovvero le connessioni operative tra servizi;
- l'integrazione vera e propria: un unico progetto di intervento di cui sono corresponsabili un ente e le sue Unità organizzative insieme a altri enti e Unità organizzative).

Molteplici sono gli strumenti per la programmazione sociosanitaria nella quale sono indispensabili relazioni di rete (dal Piano sanitario nazionale fino ai Programmi di Distretto e i Piani di Zona). A livello gestionale, più specificamente, gli strumenti che servono per la regolazione dei rapporti tra servizi delle Aziende sanitarie, Comuni, privato convenzionato, Terzo settore sono: deleghe, strutture miste di gestione, convenzioni, accordi di programma, protocolli di intesa, linee guida. A livello di integrazione in rete tra professionisti, gli strumenti più comunemente adottati sono: sistema informativo, *équipe* multidisciplinari, linee guida, protocolli, organizzazione di percorsi di cura formalizzati caratterizzati dalla continuità, progetto individualizzato di intervento o di cura, *case management*, iniziative di formazione in gruppi di operatori appartenenti a enti/servizi diversi.

Le reti e gli strumenti per l'integrazione sociosanitaria costituiscono i quadri di riferimento diffusi in ambito sociosanitario, ne costituiscono il linguaggio, e sono alla base di un insieme di regole interiorizzate, visibili nei comportamenti degli operatori sanitari. In altre parole, quando si chiede agli operatori sanitari di raccontare come lavorano in rete, si sentono molto spesso termini quali collaborazione, consultazione, integrazione, il cui

significato viene dato per scontato ma cambia da contesto a contesto; inoltre, si sente spesso ripetere "come previsto dal protocollo", come se la rete potesse equivalere a un percorso stabilito e dettagliato a priori. Se però si esplora più da vicino cosa significhino nell'operatività questi termini, ci si accorge di quanto le parole etichettino convenzionalmente processi che possono essere eterogenei, seppure chiamati con lo stesso nome. Ciò accade, ad esempio, nel differenziare l'uso di protocollo con un altro termine tipico del mondo sanitario: linee guida.

Come ben chiarisce Maino (2005), le linee guida hanno la funzione di dare indicazioni di operatività in aree di intervento innovative, con l'obiettivo di trovare soluzioni qualitativamente apprezzabili ed economicamente contenute, senza togliere autonomia agli operatori, creando ponti tra culture organizzative diverse. Le linee guida sono un insieme di indicazioni procedurali suggerite e finalizzate ad assistere gli operatori in determinate circostanze. Hanno una funzione pratica, un'utilità relazionale (suggeriscono quali sono le responsabilità e i compiti degli attori in campo) e una funzione simbolica sulle priorità e gerarchie nei casi ad alta complessità; includono e rafforzano impliciti professionali e confermano accordi tra soggetti diversi. Il protocollo, invece, è una procedura da seguire passo passo, che stabilisce prassi consolidate e vincolanti e che si configura come una sorta di *checklist* definita della correttezza di ogni passaggio.

Secondo Maino, le interpretazioni possibili della funzione delle linee guida sono due:

- per alcuni si tratterebbe di procedure piane e chiare che conducono per fasi successive e ripetibili verso una meta prestabilita, certa e misurabile; sarebbero quindi strumenti in grado di orientare gli operatori in caso di incertezza secondo modelli di riferimento definiti. Il significato sarebbe dunque molto vicino a quello di protocollo;
- per altri invece, accanto a indicazioni performative, nelle linee guida restano spazi per le ipotesi e le domande: esse sarebbero dunque da intendere come percorsi nei quali sono presenti sia prescrittività sia libertà di azione, a seconda della situazione e seguendo la valutazione dei professionisti. Le linee guida andrebbero considerate come un testo aperto, oggetto di comunicazione e di scambio tra operatori per arrivare a interpretazioni condivise. In questa accezione la funzione principale delle linee guida sarebbe dunque quella di mantenere una cornice di coerenza con le scelte operative, una cornice di senso fondamentale quando gli interventi sono complessi e il campo di azione "perturbato".

Un altro esempio di "stessa etichetta, interpretazioni diverse" può essere il *Rapporto Sanità 2011* della Fondazione Smith Kline (2011) dedicato al rapporto tra ospedale e territorio. Ovviamente in esso si parla moltissimo di integrazione e di reti tra servizi, di percorsi assistenziali tra ospedale e territorio. A una lettura attenta di come l'insieme degli strumenti per l'integrazione e per le reti sopracitati vengano intesi, ci si accorge che chi scrive ha tuttavia in mente modelli diversi sia di funzionamento sia di governo delle reti. Carmelo Scarcella, dal 2003 Direttore generale dell'ASL di Brescia, parla di strumenti di indirizzo organizzativo della rete dei servizi sanitari, con la regia dell'ASL, per

ottimizzare i meccanismi di collegamento e di scambio tra le diverse unità ambulatoriali e di ricovero, attraverso la

definizione e adozione di protocolli tecnico-organizzativi, scale di valutazione condivise da applicare uniformemente, perfezionamento degli strumenti operativi per garantire la continuità di cura alla dimissione, definizione delle procedure ospedaliere preliminari alla dimissione (Scarcella, 2011).

La rappresentazione della rete e dei suoi meccanismi è molto influenzata dalla formalizzazione e standardizzazione dei processi di funzionamento identificati con "procedure e protocolli". Tramite queste attività, gran parte di ciò che passa per le reti viene via via formalizzato e pianificato per omogeneizzare e standardizzare il trattamento, ma diventa difficile riflettere e analizzare tutte le azioni che non rientrano in un quadro così dettagliatamente codificato. In questi contesti gli operatori faticano molto a vedersi come attori della rete e identificano la rete stessa con le procedure e i protocolli che indirizzano le loro decisioni, attività e interazioni tra servizi.

In un altro saggio dello citato *Rapporto* della Fondazione Smith Kline, Tommaso Langiano, dal 2012 confermato Direttore generale dell'Azienda ospedaliero-universitaria Meyer di Firenze, e Salvatore De Masi, direttore medico della medesima Azienda, a proposito delle reti pediatriche affermano:

un modello di rete caratterizzato da nodi organizzativi e professionali molto rigidi non favorisce la collaborazione. In un contesto del genere, i professionisti che operano nei nodi periferici della rete si sentiranno penalizzati e poco propensi alla collaborazione. Un modello di rete, invece, caratterizzato dalla capacità di individuare ruoli appropriati a ciascuno dei nodi al suo interno, nonché orientato a consentire, anzi favorire, un certo grado di mobilità dei professionisti all'interno della rete stessa, rende molto più facili le disponibilità alla collaborazione (Langiano, De Masi, 2011).

Alla prospettiva della rete è qui associata l'azione e la mobilità dei nodi per la collaborazione, riconoscendo l'importanza di intenzionalità e iniziativa degli attori della rete: ciò non significa che in tale tipo di rete non vi siano protocolli o procedure, ma che queste linee guida (come suggerito nella seconda interpretazione di Maino, 2005) sono più aperte, flessibili e meno standardizzate.

Si è partiti da questi esempi per spiegare la necessità di comprendere bene i termini usati quando ci si riferisce all'analisi del *networking*, perché chi usa questi termini si rappresenta cose diverse, ha in mente processi differenti.

In molta letteratura sia accademica sia manageriale emergono infatti fattori di complessità organizzativa che caratterizzano le reti in sanità, come ricorda Mascia (2009), laddove sono presenti spinte contrapposte tra frammentazione e specializzazione marcate (ognuno fa "il suo pezzo") e forte interdipendenza tra interventi sanitari (la salute di un paziente dipende sempre più dal mettere in connessione e in sinergia il chi "fa che cosa", l'intervento su malattie diverse che colpiscono la stessa persona). Se le reti tra Unità, operatori e altre persone (familiari, volontari, privati a pagamento) impegnate nella cura

di un paziente non funzionano, l'integrazione non si realizza. I fattori di complessità sono individuati in:

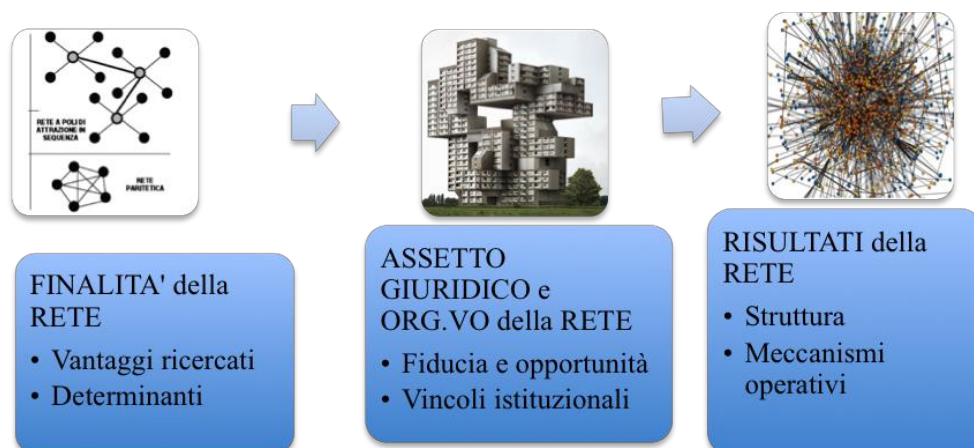
- progressiva specializzazione e la frammentazione delle conoscenze:
si sono moltiplicate le Unità operative specialistiche, i Dipartimenti, i Presidi ospedalieri e i Distretti, il che significa che la mappa della rete è molto più densa di nodi e di scambi di quanto fosse in passato;
- differenziazione dei processi interni:
la specializzazione della medicina tecnologica si è andata raffinando sempre più, le conoscenze utilizzate e gli orientamenti diagnostici sono molto complessi, i linguaggi e i valori non sempre coincidono (per esempio, l'approccio più o meno interventista nella storia sanitaria di un paziente oncologico);
- autonomia professionale e policentrismo decisionale:
l'autonomia professionale e la decisione individuale sono sempre stati valori fondamentali per la professione e la scienza medica: ciò talvolta è in contrasto con la *evidence based medicine*, che sta evolvendo verso un processo decisionale incrementale basato sulle prove di efficacia e sulle decisioni di diversi soggetti;
- interdipendenza intensa:
in controtendenza rispetto alla specializzazione e alla differenziazione, emerge una crescente necessità di interdipendenza riconosciuta per il bene del paziente, nei passaggi da Unità di reparto ai servizi territoriali, alla cura a domicilio. Ciò che è stato differenziato e specializzato nell'organizzazione delle cure deve essere ricomposto per integrare le attività e le conoscenze in un'unica storia clinica;
- natura complessa e diversificata del sapere medico:
nella medicina contemporanea non tutte le conoscenze sono codificate e hanno la stessa natura, molte sono traducibili in codici alfanumerici e documentabili per iscritto, ma moltissima è anche la conoscenza tacita, non codificata. Quando si è di fronte a questo tipo di conoscenza si devono usare altre forme di coordinamento più frequenti e meno standardizzabili che servono anche a valutare - se non misurare - i risultati.

La letteratura e la pratica manageriale testimoniano di come le reti in sanità possano funzionare se il bisogno di coordinamento viene soddisfatto facendo ricorso alla gerarchia e ai protocolli insieme ad altri meccanismi, come l'adozione di standard condivisi, il lavoro di gruppo, l'attenzione ai ruoli di integrazione, il contatto diretto tra professionisti e tra le persone impegnate in compiti di cura.

Non si dimentichi poi che le finalità e gli obiettivi a medio e lungo termine di una rete sono funzione sia delle determinanti ultime (normativa e linee guida) sia dei vantaggi ricercati (integrazione ed economicità, gestione di processi complessi) (Longo, 2005).

L'assetto istituzionale-giuridico e organizzativo di una rete, sia nella struttura sia nei meccanismi operativi, è largamente influenzato dal grado di fiducia e percezione di opportunismo sviluppato tra le parti e dai vincoli istituzionali e dal bisogno di legittimazione che porta all'isomorfismo istituzionale. Finalità e assetto giuridico influenzano i meccanismi operativi dando luogo a infiniti assetti di rete (*Figura 8*).

Figura 8. Fattori determinanti l'assetto di rete



La logica di rete avrà dunque sia vantaggi che svantaggi percepiti da chi ne fa parte e così riassumibili.

Tabella 9. Vantaggi e svantaggi delle reti

Vantaggi	Svantaggi
Economia di scala	Perdita superiorità tecnologica
Maggiori risorse a disposizione	Perdita di risorse dedicate a favore di una maggiore condivisione di gruppo
Condivisione dei rischi	Condivisione perdite
Condivisione dei costi di ricerca e sviluppo	Perdita/limitazione di autonomia e controllo
Accesso a nuovi "mercati"	Conflitti su obiettivi, mezzi per ottenerli e territorio di riferimento
Protezione e supporto reciproco	Ritardi per problemi di coordinamento
Vantaggi competitivi da focalizzazione e specializzazione	Difficoltà di integrazione
Apprendimento organizzativo e diffusione conoscenza	Informazioni e conoscenza non sono "esclusive" di uno solo dei nodi
Accesso a nuove risorse manageriali e operative	Eliminazione di risorse "ridondanti"

Per la creazione e il mantenimento di una rete tra organizzazioni sanitarie è necessario che il bilancio tra vantaggi e svantaggi risulti di segno positivo per i vantaggi, in termini sia di raggiungimento di obiettivi non altrimenti perseguibili, sia di economicità, sia di apprendimento e crescita grazie alle informazioni e all'accrescimento del *know how* ottenibile esclusivamente in questo modo.

Dall'insieme di queste osservazioni, si può dunque concludere che le condizioni minime per la fattibilità e la permanenza di una rete tra organizzazioni sanitarie sono l'economicità di gestione, la comunanza di intenti e lo sviluppo di un gioco non a somma zero (ovvero la percezione che cooperare in rete sia comunque vantaggioso). Perché questo bilancio si mantenga di segno positivo e i nodi siano incentivati a mantenere viva e attiva la logica di rete è necessario dare senso alla fatica del pensarsi connessi (e non fare da soli) e curare le interdipendenze come esito vantaggioso per tutti. Altrimenti "il gioco non vale la candela" e nessuno si pensa e agisce come attore di una rete sanitaria ma, nella migliore delle ipotesi, si pensa come parte di un meccanismo nel quale "non mi riguarda ciò che avviene prima e ciò che avviene dopo".

8. Le interdipendenze

Come detto in precedenza, una delle caratteristiche imprescindibili di una rete organizzativa è l'interdipendenza, che non è una scelta ma piuttosto un dato di fatto di cui gli attori della rete possono in realtà essere poco consapevoli. Secondo Longo (2005), le interdipendenze organizzate creano valore, quelle non organizzate lo distruggono.

I principali tipi di interdipendenza sono due:

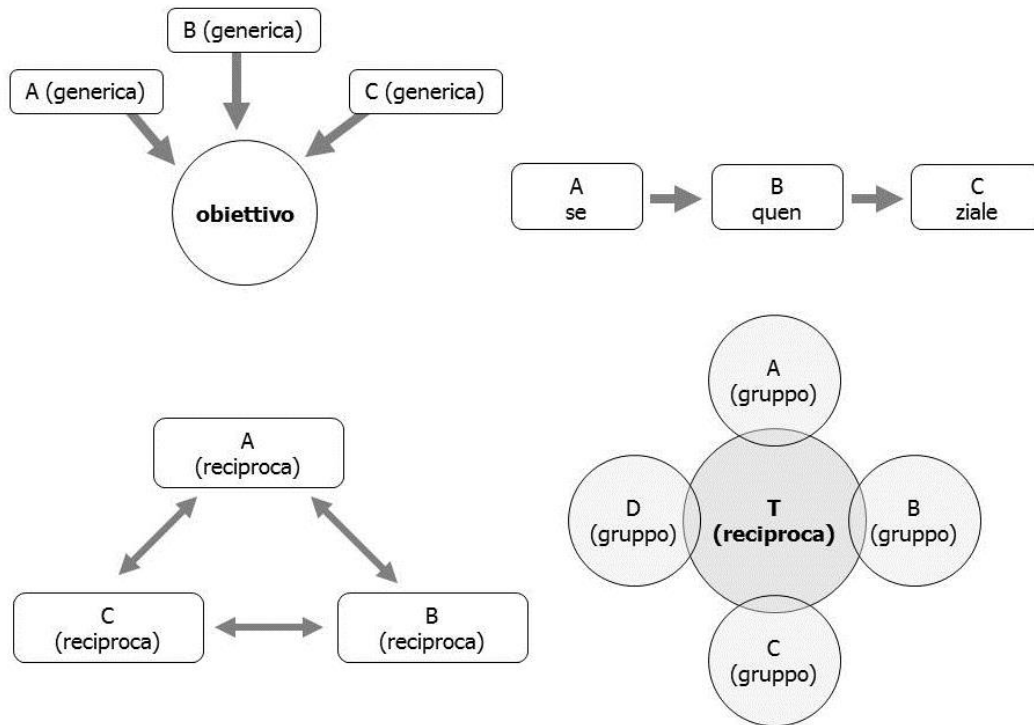
- quelle associative, che promuovono comportamenti cooperativi che possono essere legati a valori condivisi, per esempio nelle reti tra associazioni o tra professionisti;
- quelle di scambio di risorse, beni, informazioni.

Le condizioni perché una rete si sviluppi e duri nel tempo sono quindi legate a fattori di consapevolezza e a un minimo di organizzazione: lettura delle interdipendenze come dato che influenza i comportamenti le scelte e le interazioni dei nodi; la rete produce valore aggiunto e lo ridistribuisce; i nodi rinunciano a parte della propria autonomia proprio in relazione ai vantaggi della rete; il rapporto tra il dare e l'avere degli scambi è percepito come equo; fiducia sui risultati ottenibili con questo modello. Qualsiasi lavoro formativo o di ricerca-intervento sulle reti in sanità deve quindi partire proprio da questi assunti che, in prima battuta, risultano molto lontani dalla percezione della maggior parte degli operatori. In particolare si fatica a riconoscere la centralità dell'interdipendenza perché questa sembra smentire sia l'esigenza di autonomia professionale dei singoli sia la capacità delle Unità organizzative a prendersi in carico il paziente. Inoltre, l'interdipendenza comporta faticosi passaggi di integrazione organizzativa, professionale e amministrativa che vengono spesso superati solo grazie a protocolli o a buoni rapporti informali tra Unità operative o reparti.

Tabella 10. Interdipendenza e integrazione

Tipologia di interdipendenza	Fabbisogno di integrazione
Interdipendenza istituzionale	Integrazione e coordinamento responsabilità istituzionali
Interdipendenza amministrativa	Integrazione di alcuni processi amministrativi
Interdipendenza da risorse	Integrazione delle risorse
Interdipendenza gestionale	Integrazione gestione e bacini di utenza
Interdipendenza professionale	Integrazione del <i>know how</i> delle informazioni, dei processi

La nozione di interdipendenza ha una lunga storia negli studi organizzativi ed è riconducibile al lavoro di Thompson (1967) che definì tre tipi di interdipendenza che necessitano forme di coordinamento (*Figura 9*).

Figura 9. Tipi di interdipendenza

- Il primo tipo di interdipendenza è quella generica o per accumulazione che avviene quando una serie di attori organizzativi-nodi contribuiscono con il proprio *output* a un risultato complessivo in modo relativamente indipendente o quando ricevono come *input* risorse o informazioni da una fonte comune. Ogni componente fornisce un contributo e riceve supporto dal sistema. In questo tipo di interdipendenza i nodi fanno magari la stessa cosa all'interno di un quadro di regole prestabilito senza avere bisogno di confrontarsi, se non occasionalmente. In questi casi gli errori o le omissioni compiute da un singolo interlocutore hanno un'influenza difficilmente quantificabile sulla rete.

Ciò avviene, ad esempio, nel modello *hub & spoke*: l'*hub* può essere l'ospedale che riceve il paziente che necessita di interventi di alta specialità - nel caso di infarto miocardico acuto - dagli *spoke* (reti di emergenza territoriale). In caso di saturazione delle risorse, dopo la fase acuta l'*hub* può reindirizzare i pazienti agli *spoke*.

- L'interdipendenza sequenziale si realizza quando è possibile precisare la sequenza delle attività e la direzione dello scambio, cioè quando l'*output* dell'uno rappresenta l'*input* dell'altro. La prima attività avviene in sequenza temporale prima della seconda attività e finché la seconda non entra in azione, la prima non può risolvere i propri problemi di *output*. Questo tipo di interdipendenza può verificarsi in forme diverse: convergente (se l'*output* di più attività rappresenta l'*input* di un'altra attività), discendente (se l'*output* di una certa attività rappresenta l'*input* per più attività); ciclico (si avvicina al tipo successivo di interdipendenza, quella reciproca). In questo tipo di processo la sequenza è prestabilita e lineare, c'è necessità di un frequente

feedback per correggere deviazioni possibili dal processo, con responsabilità di errore rilevabili sia a monte che a valle del processo.

Questo tipo di interdipendenza si ha ad esempio quando un paziente anziano viene ricoverato in Pronto soccorso per rottura di femore o per ictus e i passaggi da un reparto all'altro - fino alle dimissioni e all'attivazione di servizi territoriali e domiciliari - avvengono uno dopo l'altro, in sequenza.

- Il terzo tipo di interdipendenza è quella reciproca, quando l'*output* di una attività è l'*input* di un'altra e viceversa, vale a dire quando ogni unità crea contingenza all'altra. Questi tipi di interdipendenza possono essere ordinati secondo gradi di complessità crescente e sono inclusivi, cioè un tipo di interdipendenza più complesso include anche quello più semplice.

Secondo Amovilli (2006), l'interdipendenza reciproca è la più "invadente" sotto il profilo emozionale perché essendo la più strettamente interconnessa, l'eventuale errore dell'uno impatta fortemente sull'azione dell'altro. È anche l'interdipendenza meno "riconosciuta" dai singoli nodi, che possono rappresentarsi la loro interazione come più autonoma di quanto realmente sia. Qui si entra nel territorio dell'analisi della qualità delle relazioni tra i nodi e anche dei modi in cui essi si rappresentano il tipo di interdipendenza che li lega, e dunque che tipo di *networking* e quali processi di funzionamento mettono in moto. Infatti, riconoscere il valore dell'interdipendenza nelle reti significa da un lato andare contro una diffusa cultura che promuove l'autonomia e l'autodeterminazione, dall'altro non dare per scontato che un'alta densità di rapporti in un certo segmento della rete equivalga a buona qualità dei rapporti. Può accadere che frequenti interazioni in certi segmenti della rete siano connotate da alta conflittualità.

Amovilli propone alcuni esempi interessanti dal mondo aziendale, applicabili anche in campo sanitario. Nelle aziende manifatturiere, tra produzione e manutenzione le identità dei gruppi di lavoro e le loro funzioni sono distinte, ma chi fa manutenzione aiuta a produrre e chi produce deve essere competente a chiedere l'aiuto della manutenzione. Per realizzare efficacemente le loro funzioni le due unità dovrebbero trovare un modo di "condizionarsi a vicenda" finalizzato non al dominio ma all'efficacia, non al servizio inteso come "essere servo di" ma dalla logica del "cosa ti serve per lavorare meglio?". Spesso tuttavia succede che i due gruppi si rappresentino il loro rapporto come potere dell'uno sull'altro, oppure come rapporto sbilanciato e non reciproco, ovvero un gruppo si vede come debitore dell'aiuto dell'altro o troppo dipendente dal servizio dell'altro. Non essere in condizioni di reciprocità non significa restituire la stessa risorsa con la stessa quantità (scambio simmetrico), significa non poter scambiare *tout court*. Oppure può accadere che i nodi si rappresentino un'interdipendenza che sarebbe reciproca come una interdipendenza sequenziale ed effettivo scambi incongrui rispetto agli obiettivi dell'organizzazione.

Aldilà di quello che si dichiara, sottolinea Amovilli, è importante cercare di capire quali siano le simbolizzazioni e le rappresentazioni che veramente guidano l'agire delle due funzioni interdipendenti. Per esempio il settore ricerca e sviluppo e il *marketing*

potrebbero avere una rappresentazione di interdipendenza sequenziale anziché reciproca: chi lavora nella ricerca e sviluppo è convinto che il proprio ruolo sia tecnico e altamente propositivo; il *marketing* invece si rappresenta nel ruolo di ascolto dei consumatori. Se le due funzioni non agiscono nella corretta percezione dell'interdipendenza reciproca, si muoveranno in direzioni opposte: per i primi si tratta di lanciare sul mercato qualcosa di nuovo, inventato e "imposto" dall'azienda sul mercato; per i secondi sono i consumatori a produrre innovazione (cambiando gusti, ad esempio) e compito dell'azienda è recepirlo e svilupparlo a livello industriale. La contemporaneità di tali rappresentazioni separate si ripercuoterà negativamente sulla capacità innovativa dell'azienda portando a ritardi, ad esempio, nell'uscita di nuovi prodotti, o nella caccia al colpevole nel caso di lanci pubblicitari non riusciti.

Si può provare a trasferire questo tema in sanità, considerando ciò che accade, non quello che è scritto sulla carta. Durante il workshop sulle reti dei servizi per anziani fragili, di cui al Capitolo 9, gli operatori evidenziavano il problema del ri-ricovero di un paziente da un ospedale a un altro anche nella stessa città: il mancato passaggio della cartella clinica fa perdere molte informazioni preziose. In queste situazioni l'interdipendenza non è affatto riconosciuta e crea problemi nel seguire le tappe della storia clinica. Un altro esempio è rappresentato dai frequenti casi in cui un paziente anziano fragile viene ri-ricoverato nello stesso ospedale per una frattura di femore, passando da un altro reparto prima di tornare in geriatria. Talvolta accade che il geriatra curante debba "rincorrerlo" da un reparto all'altro per seguire il paziente e, così facendo, esprime la necessità di lavorare nel quadro dell'interdipendenza reciproca (ogni reparto dipende dall'altro, ogni intervento si riflette su quello successivo, l'attenzione ai passaggi tra Unità ospedaliere o al territorio non è ancora sufficiente come qualità del processo delle dimissioni). Ma gli operatori si rappresentano questi passaggi come interdipendenza generica o sequenziale (risolto un problema acuto, passiamo il paziente ad altro reparto). Cosa significa questo? Si può ipotizzare che l'interdipendenza generica e quella sequenziale possano essere considerate "rappresentazioni difensive" che soddisfano due bisogni: da un lato, la necessità di controllo/governo di segmenti della rete nei quali i nodi organizzativi e i singoli professionisti possano pensarsi come autonomi e separati gli uni dagli altri ("ognuno fa il suo pezzo, e la dimissione equivale a chiusura del caso"); dall'altro, pensarsi in sequenza significa poter attribuire ad altri (al reparto/servizio inviante o ricevente) l'eventuale responsabilità in caso di problemi insorti dopo un certo intervento/cura specialistica.

È per questo che nei tre laboratori formativi sulle reti per anziani fragili il tema dell'interdipendenza è stato uno dei punti centrali del lavoro, poiché il mancato riconoscimento del tipo di interdipendenza e del livello di integrazione necessario nella rete ha un visibile impatto sulla salute dei pazienti e, talvolta, rende più complicate le sinergie tra operatori e Unità organizzative, se nessuno ha in mente la domanda "cosa ti serve per lavorare meglio?".

9. I *workshop* sulle reti dei servizi per anziani fragili

Nel novembre 2011, gli operatori delle Aziende USL di Bologna, Parma e Forlì, impegnati nelle reti dei servizi per anziani fragili (sia dell'ospedale sia sul territorio) che erano state oggetto della prima rilevazione sui percorsi assistenziali di cui al Capitolo 5, hanno partecipato anche a una fase successiva di analisi del *networking*, ovvero delle modalità con cui i nodi si connettono e della qualità delle loro relazioni.

Il *workshop* "Continuità assistenziale secondo il paradigma della rete per le patologie croniche nell'anziano" è stato progettato con la finalità di condividere e sperimentare concetti e strumenti della metodologia del lavoro in rete con particolare attenzione al *networking*. Le fasi principali delle attività sono state: comunicazione dei principi teorici, sperimentazione con analisi di un caso aziendale, sintesi metodologica e trasferibilità ai propri contesti di lavoro.

I tre laboratori si sono svolti in modo analogo e parallelo, pur avendo come oggetto problematiche sanitarie diverse: a Bologna è stato affrontato lo *stroke*, a Forlì la frattura di femore, a Parma le demenze.

Si trattava di cominciare un percorso di analisi e comprensione dei processi di lavoro e delle connessioni operative tra i servizi e i presidi ospedalieri che costituiscono le reti di cura di questi pazienti, concentrando l'attenzione sugli snodi cruciali che garantiscono o rischiano di interrompere la continuità assistenziale, dopo la prima fotografia della composizione e ampiezza delle reti condotta nei mesi precedenti il laboratorio per mezzo della *network analysis*.

Già nel Piano sanitario regionale per il triennio 1999-2001 e nella Delibera di Giunta n. 1167 del 2002 (Approvazione di linee guida per l'organizzazione delle aree di attività di livello regionale secondo il modello *hub & spoke*) la Regione Emilia-Romagna aveva individuato nella rete un concetto fondamentale per lo sviluppo dei servizi, realizzato a diversi livelli, a partire dai centri ad alta specializzazione (dai trapianti ai grandi traumi, dalla cardiologia alle malattie rare). Sul versante organizzativo, si tratta di un modello caratterizzato dalla necessità di cooperazione e integrazione, di interventi sulle relazioni funzionali, il cui luogo di governo della rete risiede nel centro *hub*. Sul versante clinico, perché la rete funzioni è fondamentale il ricorso a strumenti (come le linee guida) finalizzati a orientare le decisioni dei professionisti e la concatenazione degli interventi in protocolli.

Come detto sopra, in sanità le reti rispondono ad esigenze di sostenibilità dei costi, di facilità di accesso per i cittadini, di rafforzamento di competenze professionali diffuse: si parla quindi di processi di integrazione orizzontale (per evitare ridondanze e duplicazioni dell'offerta a fronte di una riduzione di risorse) e di integrazione verticale (per il

trattamento di una patologia nell'ambito di cura più appropriato), di uniformità e unitarietà (della presa in carico, del progetto assistenziale e del percorso di fruizione dei servizi), di programmi interaziendali trasversali.

Qual è il modello proposto per le reti di assistenza geriatrica?

Nelle "Linee di indirizzo per l'organizzazione dell'assistenza integrata al paziente con ictus - Programma Stroke Care" (Delibera di Giunta della Regione Emilia-Romagna n. 1720 del 16/11/2007) non viene menzionato il sopracitato modello *hub & spoke*, anche se la terminologia ne richiama più volte le principali modalità di funzionamento: per esempio, la Rete *stroke* prevede il coordinamento tra le strutture ospedaliere del ricovero di pazienti con fase acuta dell'ictus, il sistema di emergenza territoriale e altri nodi della rete come gli ospedali periferici e i servizi extraospedalieri per la riabilitazione, un coordinamento che dovrebbe essere assicurato da protocolli operativi condivisi. Tuttavia, la Rete *stroke* si distingue dal modello *hub & spoke* per:

- una maggiore enfasi sulla presa in carico come *continuum* tra ospedale e territorio;
- la centralità della figura del *case manager* territoriale (affiancato da un *case manager* ospedaliero durante il ricovero e per i controlli di *follow up*);
- la rilevanza della parte sociale (in senso ampio) degli interventi (assistenza domiciliare, Unità di valutazione geriatrica, rapporto con i *caregiver*/familiari, aspetti economici);
- l'assenza di indicazioni precise su dove sia collocato il governo della rete, a cui si sostituisce la sottolineatura dell'integrazione interdisciplinare, interprofessionale e intersettoriale in *team* multiprofessionali guidati da protocolli operativi condivisi;
- l'autonomia di ogni Azienda sanitaria nel modellare l'estensione territoriale della propria Rete *stroke* a seconda delle esigenze organizzative locali.

Rispetto al modello *hub & spoke*, le reti in geriatria presentano alcune peculiarità legate proprio alla continuità assistenziale di una presa in carico temporalmente lunga, con una particolare attenzione alla qualità della vita del paziente e della sua famiglia. Tali reti sono differenziate nei territori, mettono insieme culture di servizio e attori della cura relativamente eterogenei (sanitario, sociale, famiglie), hanno un disegno meno centralizzato, specializzato e ad integrazione verticale di altri settori. Più che organizzativo, il centro di gravità sembra professionale e ruota intorno al *case manager* territoriale (ruolo chiave a cui sono delegati molti compiti, con funzione di *broker* e di ordinatore locale della rete).

Collaborare tra organizzazioni in rete dal punto di vista tecnico-scientifico per mezzo del coordinamento dei protocolli ma lasciando immutate le proprie strutture è una situazione ben diversa dal progettare organizzazioni a rete che dovranno riconfigurare la propria offerta, come accade nel modello *hub & spoke*. Interiorizzare questa differenza di denominazione traducendola in comportamenti, decisioni, *routine*, strumenti operativi condivisi non è facile, richiede tempo e un notevole investimento in energie per la riorganizzazione dei processi. Spesso l'obiettivo dichiarato è quello dell'integrazione a rete (che spinge/costringe a organizzare le interdipendenze tra nodi a tutti i livelli con obiettivi

comuni, da quello istituzionale a quello professionale e organizzativo), ma gli atteggiamenti e il modo di lavorare continuano a essere quelli dell'integrazione in rete (dove c'è collegamento tra i protocolli diagnostico-terapeutici, ma resta immutato il modello strutturale e organizzativo di ogni nodo).

Nei *workshop* si è partiti dunque con l'ipotesi che si trattasse di "reti paritetiche a integrazione orizzontale", con un disegno meno strutturato di quello *hub & spoke* sia in senso orizzontale che verticale, con nodi diversi ed eterogenei (dai servizi ai familiari), senza un luogo predefinito e centralizzato di governo della rete, con un centro di gravità e *broker* interpretati da *case manager* oppure da familiari: in questo tipo di rete è molto importante sviluppare capacità di negoziazione e monitoraggio delle connessioni.

Lo strumento scelto per il lavoro di analisi era il caso, scritto sulla base delle informazioni raccolte durante due focus group condotti a Bologna con una trentina di operatori di reparti ospedalieri e del territorio, divisi in due sottogruppi. I focus group sono stati condotti facendosi raccontare due storie "tipiche" di funzionamento della rete, ad esempio partendo dall'arrivo in Pronto soccorso di un paziente affetto da ictus. Una storia aveva un esito positivo e una aveva un esito negativo: man mano che i due sottogruppi andavano avanti nel racconto, sono state poste domande tese a evidenziare gli snodi cruciali, la condivisione di linguaggi e obiettivi, le azioni svolte separatamente o insieme dei diversi nodi, la percezione delle influenze reciproche di azioni e scambi, le impossibilità di collaborazione, gli eventuali malintesi, gli imprevisti più frequenti, le responsabilità di intervento e decisionali.

Dai focus sono emerse alcune caratteristiche interessanti della rappresentazione del *networking* per la cura di anziani fragili e vari elementi sul linguaggio con cui la rete viene raccontata:

- il caso con esito positivo non è quello che presenta problemi facilmente risolvibili; è, piuttosto, un caso che presenta problemi chiari e definibili rapidamente all'interno di procedure di *routine* e standardizzate; dove gli operatori seguono un iter lineare con passaggi governati da protocolli e con uno schema rodato. Secondo gli intervistati, i casi di questo genere sono, nella migliore delle ipotesi, la metà del totale. Per tutti gli altri il percorso è molto più accidentato, complesso e punteggiato di imprevisti, per fronteggiare i quali è necessario trovare altre soluzioni, altri percorsi, altri passaggi tra strutture ospedaliere e del territorio.

Alla richiesta di dare un titolo a questa storia gli operatori hanno scelto "La pesca miracolosa", come se il miracolo avvenisse a prescindere dalle scelte e dalle azioni dei nodi della rete, grazie allo straordinario (fuori dall'ordinario) concatenarsi di eventi positivi;

- il caso con esito negativo è quello in cui la maggior parte degli automatismi evidenziati in quello positivo si inceppano per diversi motivi: mancanza di risorse (posti letto insufficienti); limitata visione dell'estensione della rete (le strutture consultate sono sempre le stesse - soluzione dettata dall'omofilia - e il territorio è "un buco nero"); si tratta di un paziente definito "improprio", e quindi non c'è un protocollo a cui fare riferimento; il problema non è così facilmente definibile (i sintomi

sono diversamente interpretabili: in quale reparto ricoverarlo?); i familiari del paziente "non collaborano e non vogliono riportare a casa l'anziano". In questi casi - molto numerosi, più della metà del totale, a quanto hanno affermato i partecipanti al focus - diventa allora cruciale la responsabilità professionale e organizzativa di chi fa parte della rete, un agire intenzionale con capacità di iniziativa che presuppone la consapevolezza delle connessioni di rete e del lavoro in rete.

Alla richiesta di dare un titolo a questa storia gli operatori hanno scelto "Il debito inestinguibile", riferendosi alla cronica mancanza di posti letto disponibili. Come nel caso con esito positivo, anche quello con esito negativo viene rappresentato come qualcosa che dipende da fattori che esulano dalle capacità degli attori della rete e dalle loro possibilità di agire e incidere sulla situazione. Usando una terminologia psicologica legata agli individui, il meccanismo in gioco è il *locus of control* esterno, che scatta quando le persone attribuiscono a fattori esterni, alla cattiva o buona sorte, o a fattori contingenti incontrollabili e imprevedibili ciò che accade loro questo aspetto naturalmente incide sia sulla soddisfazione lavorativa sia sull'autostima ("il mio contributo non è né visibile né decisivo alla soluzione del problema").

Quando la percezione delle proprie possibilità di incidere su qualcosa di predeterminato che funziona o non funziona "a prescindere" dalle azioni dei singoli attori organizzativi è raccontata in questi termini, quando la rete viene identificata con protocollo, l'immagine emergente è quella dei meccanismi di un ingranaggio. Ma dietro questa immagine c'è un mondo di esperienze e di capacità, di conoscenze tacite che non vengono espresse perché non previste dal modello organizzativo formale, "dagli ingranaggi della macchina". La scrittura dei casi oggetto delle giornate di laboratorio aveva dunque come finalità anche quella di far emergere tutte quelle competenze di rete agite dagli operatori e poco visibili dietro il modello previsto dai protocolli.

10. Il caso per l'analisi del *networking*: una scelta di metodo

Per lavoro sui casi si intende una serie di strumenti e metodologie didattiche usate nella formazione degli adulti; possono essere utilizzati anche altri termini per indicare questo stesso metodo (esercitazioni, problemi, casi di discussione). L'elemento comune - ciò che definisce il metodo - è la scrittura di una situazione verosimile che sia di stimolo alla riflessione di un gruppo con finalità di analisi e di apprendimento. Il metodo dei casi può infatti essere utilizzato per sviluppare capacità per:

- risolvere problemi che prevedono ragionamenti complicati ma basati su passaggi precodificati e noti (casi chiusi), quindi risposte giuste (al massimo 2-3) e risposte sbagliate;
- risolvere problemi che prevedono schemi di ragionamento più liberi, non predefiniti, che riguardano l'apprendimento di capacità complesse (casi aperti), per i quali non esistono risposte giuste o sbagliate in senso assoluto, bensì diverse soluzioni, ciascuna con vantaggi e limiti.

I tipi di casi utilizzabili a scopi formativi sono diversi.

- *Casi della decisione*
da una situazione di partenza fittizia, esplicita e precisa nei particolari, si definisce uno scopo (soluzione a cui si vuole arrivare) e il gruppo deve cercare il mezzo o i mezzi per arrivare a una soluzione. Di solito in questo tipo di attività il gruppo riceve tutte le informazioni utili a trovare la soluzione, e quindi si tratta di attività finalizzate ad allenare alle capacità decisionali e all'azione rapida.
- *Casi di identificazione e soluzione dei problemi*
viene presentata una situazione complicata, multidimensionale, in cui problemi apparenti si sovrappongono a problemi reali, e in cui un sistema di priorità di intervento non è immediatamente identificabile. Compito del gruppo è utilizzare le metodologie dell'analisi e della soluzione dei problemi per identificare quelli prioritari e le strategie di intervento, ipotizzando nessi di causa-effetto, e per stabilire un ordine di priorità di azione. Vengono fornite informazioni rilevanti e altre irrilevanti; altre informazioni necessarie devono essere invece cercate dai partecipanti. Tutto il processo di analisi e soluzione del problema è caratterizzato dal fatto che i partecipanti devono prima di tutto negoziare un sistema di osservazione e di valutazione di quali siano le informazioni più o meno rilevanti per la soluzione. Questo processo, che talvolta potrà sembrare lungo e tortuoso, in realtà ha la finalità di fare sperimentare al gruppo due dimensioni fondamentali:

- il fatto che i problemi vanno mentalmente costruiti prima di essere risolti (il che non è facile dato che le persone si sentono sempre pressate a trovare una soluzione rapida);
 - la necessità di arginare gli effetti indesiderati dei giudizi frettolosi e stereotipati su persone e situazioni.
- *Casi di studio*
nel laboratorio ci si è rifatti a quest'ultima variante del metodo di lavoro sui casi. Il caso riproduce un caso reale con i medesimi personaggi che l'hanno vissuto. La finalità non è trovare o riprodurre una soluzione che ha funzionato secondo un modello ideale, ma analizzare, retrospettivamente, anche ciò che non ha funzionato, evidenziando i vincoli che talvolta impediscono la soluzione ottimale dei problemi via via affrontati (vincoli legati alle *routine* organizzative, a comunicazioni carenti o a incomprensioni, a priorità operative diverse tra chi agisce e chi è coinvolto dal caso, a visioni diverse su chi deve fare che cosa e in quali tempi).

Per costruire questo caso reale, molto verosimile, che presenta tre varianti dello stesso schema a seconda del tipo di patologia (*stroke*, frattura di femore e demenze), sono state utilizzate tre principali fonti di dati:

- informazioni raccolte con i focus group sopracitati;
- ricognizione sui casi raccontati da parenti di pazienti anziani fragili, reperibili su siti specializzati;
- la supervisione di un medico geriatria esperto durante la scrittura del caso (prof. Fernando Anzivino, Azienda USL di Ferrara, consulente dell'Agenzia sanitaria e sociale regionale).

10.1. Il caso del *workshop*

Qui di seguito si propone la versione del caso sulla frattura di femore; con qualche modifica ne sono stati proposti uno sull'ictus e uno sulla demenza senile.

Il caso è descritto da un osservatore esterno che si concentra sulla storia della paziente e di suo figlio e sui passaggi tra reparti e strutture.

*Le informazioni sulle procedure ospedaliere e le interazioni tra strutture-nodi sono da ricostruire e completare. Vi chiediamo di descrivere che cosa fa la struttura e cosa fanno gli operatori in ogni passaggio, **integrandolo ciò che manca**, con particolare attenzione alla **logica di rete, ai rapporti tra strutture che sono nodi della rete**, al chi fa che cosa e con chi, alla comunicazione, senza soffermarvi sugli aspetti clinici.*

Siamo in una città capoluogo di provincia dell'Emilia-Romagna di media grandezza, una piccola Università, su una popolazione totale di 118.496 abitanti, 25.386 cioè il 22,2% del totale, hanno più di 65 anni. Circa cinquemila over65 vivono completamente da soli e, di questi, l'80% è di sesso femminile.

L'Azienda USL e il Comune della città, come si legge sul sito Internet, hanno organizzato percorsi per i bisogni sociosanitari e socio-assistenziali della popolazione anziana; l'ospedale è un centro piuttosto importante e bene attrezzato per l'assistenza geriatrica.

Il 20 ottobre 2011 alle 18,30 il 118 riceve una chiamata dal sig. Giovanni Rossi (50 anni) che ha trovato la madre (Emma Bianchi di 79 anni) dolorante e in stato confusionale, stesa a terra sul pavimento della cucina, dopo averla cercata per telefono più volte nel corso del pomeriggio. Il figlio non ha idea di cosa sia successo e da quante ore; l'aveva lasciata la sera prima in buone condizioni e inizialmente non si era preoccupato più di tanto del fatto che non avesse risposto al telefono, visto che il cellulare lo dimenticava spesso spento e stava il più possibile in giardino, tempo permettendo, o, dopo aver fatto la spesa, si fermava a fare due chiacchiere con qualche vicina. L'unica cosa che è riuscito a capire è che non doveva muoverla, per timore di qualche frattura, in attesa degli operatori del Pronto soccorso. Questi infatti si accorgono subito che la signora ha molto probabilmente subito una frattura di femore e così decidono di portarla al Pronto soccorso ortopedico.

Qui il medico di turno conferma al figlio che si tratta di frattura di femore, con qualche complicazione da tenere sotto osservazione, visto che la signora ha problemi cardiaci e la TAC ha evidenziato un episodio ischemico legato alla caduta.

La signora Bianchi viene ricoverata la prima notte in un reparto di medicina in osservazione: è monitorata e sembra tranquilla, il figlio viene invitato ad andare a casa.

(continua)

*1° PASSAGGIO DELLE INTERDIPENDENZE: LA DIAGNOSI AL PRONTO SOCCORSO ORTOPEDICO
I RAPPORTI TRA PRONTO SOCCORSO E REPARTI: QUALI CONTATTI DA ATTIVARE?
L'OSSERVAZIONE*

Durante la notte gli infermieri devono accorrere perché la signora stava per cadere dal letto.

Al mattino presto, il figlio si accorge che la madre ha qualche livido sulle braccia, e gli viene comunicato dalla caposala che durante la notte la signora voleva alzarsi a tutti i costi, "sono cose che possono accadere a pazienti di questo tipo", e comunque forse i lividi sono legati alla caduta in casa.

In giornata la signora Emma viene portata al reparto di neurologia per una consulenza, le sue condizioni sono stazionarie. Le conseguenze dell'episodio ischemico sembrano rientrare rapidamente grazie alla terapia farmacologica. Al figlio viene comunicato che la signora Emma dovrà essere valutata dal reparto di ortogeriatrics per verificare la possibilità dell'intervento chirurgico per la frattura.

*2° PASSAGGIO DELLE INTERDIPENDENZE: LA PRIMA NOTTE IN OSPEDALE
I TEMPI DI ATTESA PER IL PASSAGGIO DA UN REPARTO ALL'ALTRO
IL PASSAGGIO AD ALTRO REPARTO: ULTERIORI CONTATTI DA ATTIVARE?
LA COMUNICAZIONE TRA REPARTI, LA COMUNICAZIONE CON IL FAMILIARE*

1. Elenco dei nodi

Il figlio della paziente è un nodo della rete? Perché sì, perché no?

Che risorse porta?

Ci sono nodi eventualmente attivabili, anche se lontani, in questa fase della storia?

Ci sono nodi irraggiungibili (e magari necessari)? Come raggiungerli?

2. Per ogni nodo

Tra i nodi c'è interdipendenza? Di che tipo?

È più di scambio o di collaborazione?

È formalizzata in protocolli?

A che livello (istituzionale, amministrativa, da risorse, gestionale, professionale)?

Che risorse passano tra i nodi (informazioni via telefono, faccia a faccia, mail; consulenza; documentazione; operazioni concrete - come visite o procedure diagnostiche; risorse economiche; altro)?

In quale direzione?

Chi cerca chi?

Per fare cosa?

Che cosa significa qui agire in rete, da cosa si vede il lavoro in rete?

3. Mappa dei nodi

C'è e qual è il nodo che ha la funzione di ordinatore locale (il semaforo della rete)?

C'è una funzione di coordinamento della rete? Svolta da chi?

(continua)

4. Valutazione complessiva

Quali sono i vantaggi di pensarsi e agire in rete in questa fase?

Quali sono gli svantaggi, i costi (di tempo, di autonomia o altro)?

Su cosa e come comunicano i nodi in questa fase?

Su cosa invece non comunicano o non si intendono?

Ci sono regole non dette e non scritte, abitudini di lavoro che influenzano i rapporti tra i nodi?

Che obiettivi hanno i diversi nodi?

Sono diversi, conciliabili, paralleli, inconciliabili?

Che cosa potrebbe motivare i nodi ad agire di più e meglio nella logica di rete?

Che cosa invece li demotiva e li scoraggia?

Ci sono "vecchie abitudini dure a morire" che ostacolano il processo di lavoro in rete?

Dal pomeriggio del secondo giorno la signora Emma viene trasferita presso il reparto di ortopedia, dove le vengono fatti tutti gli esami per accelerare la programmazione dell'intervento chirurgico che, dice il primario, deve essere fatto il prima possibile. La signora è più lucida, reagisce agli stimoli, mangia, è contenta quando il figlio e i due nipoti la vanno a trovare.

Il terzo giorno, al mattino presto, la signora viene operata e, dopo l'operazione, viene trasferita in ortogeriatrics per le terapie di riabilitazione che, differenza di quanto si aspettava il sig. Rossi, cominciano subito, dal pomeriggio stesso.

Secondo le valutazioni del fisiatra, del geriatra e del fisioterapista il recupero della signora Emma è nella norma, ma il sig. Rossi è preoccupato, perché ha l'impressione che la mamma sia uscita molto provata dall'operazione, crede che l'anestesia non sia stata smaltita, o che abbia provocato danni, la vede spenta, alterna momenti di lucidità e momenti in cui è in stato confusionale, anche se per la deambulazione i miglioramenti sono visibili.

Allo scadere della settimana, il primario lo informa che per il completamento della riabilitazione sarebbe meglio il ricovero in altro reparto post-acute oppure in centri convenzionati, per alcuni dei quali è previsto il pagamento di una retta. Il figlio concorda con la soluzione proposta, accetta e firma per le richieste. Il sig. Rossi incontra anche l'assistente sociale per un primo colloquio informativo sulla rete dei servizi non residenziali e sulla possibilità di avviare la pratica per l'assegno di accompagnamento.

(continua)

3° PASSAGGIO DELLE INTERDIPENDENZE: LA RIABILITAZIONE INTENSIVA: ULTERIORI CONTATTI DA ATTIVARE?

LA PREPARAZIONE DELLE DIMISSIONI

LA COMUNICAZIONE CON IL FAMILIARE

L'INTERVENTO DELL'ASSISTENTE SOCIALE

All'ottavo giorno la signora Emma entra in una struttura riabilitativa e lì si manifestano una serie di problemi: la signora alterna collaborazione e momenti in cui rifiuta in modo perentorio le terapie, insiste per tornare a casa; subentrano altri problemi clinici, come febbre e cistiti a ripetizione. Il figlio si rende conto del fatto che nel tentativo di recuperare la mobilità viene prolungata l'ospedalizzazione e, di conseguenza, compaiono problematiche come l'incontinenza, che porta quindi a cateterismo vescicale e uso di pannoloni. Telefona al geriatra dell'ospedale, con il quale aveva stabilito un buon rapporto, o almeno così gli sembrava, per avere un parere, perché non si sente tranquillo. Il geriatra gli dice che si metterà in contatto con la struttura per avere notizie.

4° PASSAGGIO DELLE INTERDIPENDENZE: LA RIABILITAZIONE ESTENSIVA

LE TERAPIE E I RAPPORTI TRA STRUTTURE: ULTERIORI CONTATTI DA ATTIVARE?

IL PASSAGGIO DELLE INFORMAZIONI

IL PASSAGGIO DELLA PAZIENTE E DEI FAMILIARI

1. Elenco dei nodi

Il figlio della paziente è un nodo della rete? Perché sì, perché no?

Che risorse porta?

Ci sono nodi eventualmente attivabili, anche se lontani in questa fase della storia?

Ci sono nodi irraggiungibili (e magari necessari)? Come raggiungerli?

2. Per ogni nodo:

Tra i nodi c'è interdipendenza? Di che tipo?

È più di scambio o di collaborazione?

È formalizzata in protocolli?

A che livello (istituzionale, amministrativa, da risorse, gestionale, professionale)?

Che risorse passano tra i nodi (informazioni via telefono, faccia a faccia, mail; consulenza; documentazione; operazioni concrete - come visite o procedure diagnostiche; risorse economiche; altro)?

In quale direzione?

Chi cerca chi?

Per fare cosa?

Che cosa significa qui agire in rete, da cosa si vede il lavoro in rete?

3. Mappa dei nodi

C'è e qual è il nodo che ha la funzione di ordinatore locale (il semaforo della rete)?

C'è una funzione di coordinamento della rete? Svolta da chi?

(continua)

4. Valutazione complessiva

Quali sono i vantaggi di pensarsi e agire in rete in questa fase?

Quali sono gli svantaggi, i costi (di tempo, di autonomia o altro)?

Su cosa e come comunicano i nodi in questa fase?

Su cosa invece non comunicano o non si intendono?

Ci sono regole non dette e non scritte, abitudini di lavoro che influenzano i rapporti tra i nodi?

Che obiettivi hanno i diversi nodi?

Sono diversi, conciliabili, paralleli, inconciliabili?

Che cosa potrebbe motivare i nodi ad agire di più e meglio nella logica di rete?

Che cosa invece li demotiva e li scoraggia?

Ci sono "vecchie abitudini dure a morire" che ostacolano il processo di lavoro in rete?

Dopo qualche tempo nella struttura riabilitativa, la signora viene di nuovo ricoverata in ospedale a causa di episodi febbrili preoccupanti e di un aggravarsi della situazione cardiologica, e ripassa dal Pronto soccorso. Il medico di servizio capisce subito di cosa si tratta e in sua presenza fa una telefonata senza preoccuparsi più di tanto che il figlio stia ad ascoltare: "... ciao C., senti, ho un problema con una signora che viene dalla struttura X, vedi se riesci a far liberare un letto!".

5° PASSAGGIO DELLE INTERDIPENDENZE: IL RI-RICOVERO

LE TERAPIE E I RAPPORTI TRA STRUTTURE: ULTERIORI CONTATTI DA ATTIVARE?

IL PASSAGGIO DELLE INFORMAZIONI, IL PASSAGGIO DELLA PAZIENTE E DEI FAMILIARI

In quel periodo il figlio si era attivato sia per ottenere l'invalidità e l'ADI per l'eventuale ritorno a casa e la signora era stata visitata dall'UVG, momento che lui descrive come una cosa penosissima, in cui ha l'impressione che l'attenzione della Commissione si concentri essenzialmente sulla verifica della veridicità o meno delle affermazioni sull'anziana, più che sulla gravità del problema geriatrico. Sull'invalidità civile era in attesa di risposta dell'INPS. Aveva chiesto un consiglio ai sanitari, prendendo in considerazione tutte le ipotesi, dal ricovero in struttura all'assistenza a domicilio, recandosi anche dall'assistente sociale del Quartiere.

6° PASSAGGIO DELLE INTERDIPENDENZE: IL RAPPORTO CON UVG E COMUNE

IL PERCORSO TRA SANITARIO E SOCIALE: ULTERIORI CONTATTI DA ATTIVARE?

LE INFORMAZIONI E LA COMUNICAZIONE CON I FAMILIARI

In ospedale appare chiaro che il danno subito con la frattura di femore e con i successivi trattamenti delineavano un *continuum* senza più cambiamenti sostanziali, fatto di alti e bassi in un lentissimo quanto inesorabile declino delle condizioni della signora che appare sempre più deperita e confusa.

(continua)

Questa volta le assistenti sociali dell'ospedale intervengono subito dopo il nuovo ingresso per informare il figlio di dover fare una nuova domanda per il ricovero in una struttura esterna (RSA o Casa protetta), al fine di abbreviare i tempi di questo secondo ricovero in un reparto per lungodegenti. La prima struttura proposta viene rifiutata dal sig. Rossi perché troppo lontana dalla sua abitazione. Egli decide allora di organizzare l'assistenza a casa, per assicurare alla madre un'assistenza più umana, con l'aiuto dei familiari e di una badante.

*7° PASSAGGIO DELLE INTERDIPENDENZE: DALLA LUNGODEGENZA AL RITORNO A CASA
PASSAGGIO ORGANIZZATIVO DELLE DIMISSIONI: ULTERIORI CONTATTI DA ATTIVARE?
PASSAGGIO CON I FAMILIARI*

Dopo alcune settimane la signora viene dunque riportata a casa, con l'assistenza 24 ore su 24 di una badante a pagamento. Nel momento della dimissione il sig. Rossi ha un lungo colloquio con un medico e un infermiere dell'ospedale, e contatta di nuovo l'assistente sociale sia dell'ospedale sia del Quartiere. In particolare il sig. Rossi vuole accertarsi che quello che ha predisposto per l'assistenza a domicilio vada bene e chiede di essere aiutato nel rapporto con la badante che gli è stata raccomandata da una vicina di casa. È la prima volta che deve assumere il ruolo di datore di lavoro di qualcuno che diventa il principale responsabile della cura della madre.

*8° PASSAGGIO DELLE INTERDIPENDENZE: ORGANIZZARE L'ASSISTENZA A CASA, TRA OSPEDALE
E TERRITORIO
ALTRI CONTATTI DA ATTIVARE?
QUALI LE INFORMAZIONI PIÙ RILEVANTI?*

1. Elenco dei nodi
 - Il figlio della paziente è un nodo della rete? Perché sì, perché no?
 - Che risorse porta?
 - Ci sono nodi eventualmente attivabili, anche se lontani in questa fase della storia?
 - Ci sono nodi irraggiungibili (e magari necessari)? Come raggiungerli?
2. Per ogni nodo:
 - Tra i nodi c'è interdipendenza? Di che tipo?
 - È più di scambio o di collaborazione?
 - È formalizzata in protocolli?
 - A che livello (istituzionale, amministrativa, da risorse, gestionale, professionale)?
 - Che risorse passano tra i nodi (informazioni via telefono, faccia a faccia, mail; consulenza; documentazione; operazioni concrete - come visite o procedure diagnostiche; risorse economiche; altro)?
 - In quale direzione?
 - Chi cerca chi?
 - Per fare cosa?
 - Che cosa significa qui agire in rete, da cosa si vede il lavoro in rete?

(continua)

3. Mappa dei nodi
C'è e qual è il nodo che ha la funzione di ordinatore locale (il semaforo della rete)?
C'è una funzione di coordinamento della rete? Svolta da chi?
 4. Valutazione complessiva
Quali sono i vantaggi di pensarsi e agire in rete in questa fase?
Quali sono gli svantaggi, i costi (di tempo, di autonomia o altro)?
Su cosa e come comunicano i nodi in questa fase?
Su cosa invece non comunicano o non si intendono?
Ci sono regole non dette e non scritte, abitudini di lavoro che influenzano i rapporti tra i nodi?
Che obiettivi hanno i diversi nodi?
Sono diversi, conciliabili, paralleli, inconciliabili?
Che cosa potrebbe motivare i nodi ad agire di più e meglio nella logica di rete?
Che cosa invece li demotiva e li scoraggia?
Ci sono "vecchie abitudini dure a morire" che ostacolano il processo di lavoro in rete?
-

10.2. La giornata di *workshop*

La narrazione del caso è stata scritta adottando come punto di vista quello del percorso di una signora anziana e di suo figlio e di tutti i passaggi tra strutture e interventi che l'insorgere di una patologia (ictus, frattura di femore, primi segni di demenza) comporta.

Nelle istruzioni offerte come guida alla lettura e all'analisi del caso, si era specificato che il lavoro dei gruppi consisteva nel ricostruire la logica delle azioni di coloro che intervengono nel percorso assistenziale e delle loro connessioni in rete.

Ad ogni passaggio cruciale, ad ogni evento critico che avviene nella storia agli operatori veniva richiesto di "sostare" per l'analisi, di rispondere a domande mirate a comprendere quali sono i processi di *networking* e le interazioni tra gli operatori in quella situazione. Ciò che viene dato per scontato nel lavoro quotidiano, che non si vede quando si è impegnati nella rete, diventa oggetto di osservazione e di riflessione: per questo ad ogni passaggio cruciale della storia, alcune domande venivano ripetute, ad esempio quelle sull'interdipendenza, sulle funzioni di ordinatore locale e di coordinamento della rete.

Si trattava poi di confrontare le risposte alle domande sullo svolgersi del caso con quanto di solito accade nella realtà dei partecipanti: cosa avreste fatto voi in una situazione analoga? quanto questa situazione vi assomiglia e quanto è diversa dal vostro modo consueto di operare?

L'obiettivo era dunque comprendere la logica e il linguaggio della rete praticata dagli operatori, vissuta da loro in prima persona al di là dei protocolli.

Oltre al caso e alla griglia di domande, ai partecipanti venivano anche date ulteriori istruzioni per chiarire meglio le finalità di questa metodologia.

Il caso è suddiviso in otto passaggi, in cui la storia della paziente, che ne è la protagonista, insieme al figlio, è l'elemento tracciante che ci permette di osservare il funzionamento della rete dall'esterno. Il caso è come un film: vediamo alcuni personaggi in azione, ma di altri, che non sono in scena, non sappiamo nulla e magari agiscono dietro le quinte, e delle loro azioni vediamo gli effetti successivamente. Dovremo quindi tenere presenti anche le azioni non visibili in quel momento, come retroscena che possono essere determinanti nello svolgimento della storia. Il caso è uno stimolo alla riflessione, è verosimile, prende spunto dalla realtà e ne propone solo alcune parti che ci sono sembrate importanti.

Così come è stato scritto, è un film parziale e INCOMPLETO, è una "prima sceneggiatura" che sta a voi completare a partire dalla vostra esperienza professionale e lavorativa. Il risultato che cerchiamo di ottenere non è la riproposizione della procedura così come DOVREBBE ESSERE, non è il modello ideale, ma è l'analisi e il confronto tra di voi su ciò che accade veramente, sugli intoppi, sulle risorse, sulle soluzioni pratiche che avete trovato o inventato, da soli o con altri, per risolvere i problemi.

Questa analisi e riflessione vi sarà utile per capire se e come agite come NODI-ATTORI DELLA RETE, al di là dei vincoli dei protocolli, e ci permetterà di scoprire anche come funzionano le reti in cui operate.

Vi chiediamo dunque di fermarvi nella lettura e nella discussione ad ogni passaggio, senza fretta di arrivare alla conclusione o di passare subito alla fase successiva, cercando di "riempire i buchi" della storia ipotizzando cosa stanno facendo gli operatori in quella fase, a partire dalla vostra esperienza.

Ad ogni passaggio abbiamo associato il concetto di interdipendenza, partendo dall'ipotesi che non ci sia rete senza INTERDIPENDENZE CONSAPEVOLI e che organizzazione e consapevolezza di agire in rete creino valore aggiunto e fiducia nel valore aggiunto della rete (anche quando il collegamento costa fatica, i vantaggi sono maggiori degli svantaggi?).

Nelle tre giornate di laboratorio (a Bologna, Parma e Forlì nel novembre 2011) l'obiettivo era dunque fare emergere la rappresentazione dei processi di funzionamento delle reti e la consapevolezza del ruolo degli operatori come attori di rete.

La difficoltà del compito stava nel già evidenziato sovrapporsi della rappresentazione di rete come protocollo consolidato da un lato, dall'altro da una sorta di timore a confrontarsi sulla rete praticata e non su quella prevista e formalizzata, come se questo potesse esporre i partecipanti al giudizio su modalità ritenute "informali" e, in quanto tali, da "tenere per sé."

Dall'analisi del caso nei sottogruppi dei tre laboratori si è verificato che le interdipendenze riconosciute nelle reti agite dagli operatori sono del tipo generico (azioni parallele con scambi minimi) e sequenziale (una fase successiva all'altra, con scarsa retroazione) (vedi *Figura 9*).

La rete prescritta da protocolli, linee guida, normativa, modelli organizzativi è vissuta in tre modi diversi nelle tre sedi del laboratorio; è rappresentata come:

- un automatismo e un meccanismo in gran parte "avulso" dall'intenzionalità dei professionisti a cui ci si affida per uniformare e standardizzare i processi;
- un insieme di passaggi altamente burocratizzati e sequenziali con scarsa consapevolezza delle interdipendenze, in cui i passaggi da un servizio all'altro sono ancora troppo poco curati. La logica di rete comporta la fatica di relazioni tra istituzioni che per collaborare dovrebbero uscire da una certa autoreferenzialità, accettando una parziale perdita di controllo e di autonomia decisionale e operativa;
- una risorsa fondamentale che crea valore. Laddove integrazione delle reti e organizzazione dell'interdipendenza sono diventati oggetto di un lavoro progettuale dei servizi, tra ospedale e territorio, e funzione organizzata di nodi ad alta densità di connessioni, sono emersi i vantaggi della rete. Gli operatori stessi sottolineano quanto il lavoro in rete produca apprendimento e crescita professionale-organizzativa per migliorare i percorsi della cura, come una visione più ampia della rete arrivi a trovare soluzioni attraverso il contatto con i nodi più lontani e come i tempi della degenza diventino più brevi. Oltretutto, diminuiscono le patologie legate a una prolungata ospedalizzazione (come le piaghe da decubito) e il paziente rientra a casa in condizioni più gestibili per la famiglia. Inoltre, quando la rete funziona, quando l'interdipendenza è consapevole e organizzata, la misurazione e la tangibilità degli effetti positivi dell'integrazione in rete ha portato gli operatori ad assumere "il coordinamento di segmenti della rete" come compito normale, visibile, rappresentabile della loro attività quotidiana; in questo modo essi diventano attori e autori delle reti organizzative di cura.

Tutto il percorso svolto sulle reti di cura nelle due fasi fondamentali - *network analysis* e analisi dei processi di *networking* finalizzati a far emergere la qualità delle connessioni e l'importanza dell'interdipendenza - non è che l'inizio di un processo in cui accompagnare e sostenere la consapevolezza che essere attori della rete significa fare attenzione all'insieme delle azioni e degli interventi connessi e che si influenzano reciprocamente nei percorsi assistenziali.

11. Conclusioni

Come scritto nell'Introduzione a questo lavoro, tutti lavorano e vivono in diversi tipi di reti che però conoscono poco perché vi sono completamente immersi; per averne consapevolezza è necessario adottare una prospettiva esterna che permetta di descriverle e successivamente capirne il funzionamento.

Oltre a fornire il quadro degli strumenti utilizzabili nelle due fasi (*analisi del network*, comprensione del *networking*), ci si è soffermati su esempi realizzati dall'Agenzia sanitaria e sociale regionale per sensibilizzare il mondo dei servizi su questa prospettiva. Su ognuno dei due assi tematici delle due dimensioni sono stati forniti esempi dal mondo della sanità che permettano a chi legge di rendersi conto delle potenzialità della metafora della rete e di ciò che essa permette di scoprire.

Dai requisiti minimi per creare un *network* tra organizzazioni (presenza di nodi dotati di autonomia, scambi regolari e continuativi di diversa natura - economica, informativa, operativa -, centralità di un programma di intervento o una visione comune per creare valore, consapevolezza del vantaggio reciproco che deriva dalla partecipazione al *network*), sono state poi considerate nel dettaglio alcune caratteristiche della cultura del *network* che sono particolarmente apprezzate e apprezzabili ogniqualvolta la rete funziona per risolvere problemi e ampliare le risorse, ovvero:

- comunicazione estesa
- apprendimento diffuso
- flessibilità
- adattamento al contesto e rapidità di innovazione
- modelli culturali condivisi a partire da "buone pratiche"

In sanità queste caratteristiche sono presenti in certi segmenti di servizi, in alcuni contesti di Aziende sanitarie e ospedaliere, con termini e rappresentazioni diversificate (si chiamano "reti" modi di interagire molto differenziati) che sono riconducibili sostanzialmente a due "etichette": il percorso socio-assistenziale (di cui al *Capitolo 5*) e il protocollo (esplorato nel *Capitolo 10* dedicato al laboratorio sulle reti per anziani fragili). Gli operatori tendono dunque a identificare il buon funzionamento della rete con un percorso formalizzato e "deciso da altri", e faticano a riconoscere l'importanza di ciò che ciascuno di loro fa quotidianamente per mantenere attive le connessioni, gli scambi, le transazioni.

L'Agenzia sanitaria e sociale della Regione Emilia-Romagna ha continuato e continua tuttora le attività di promozione del paradigma della rete con più modalità e obiettivi.

- In aggiunta a quanto visto sul monitoraggio delle reti di assistenza per pazienti con ictus o frattura di femore, è stata svolta un'attività di valutazione di efficacia dei diversi percorsi presenti in varie Aziende sanitarie della Regione al fine di confrontare percorsi assistenziali solo apparentemente omologhi (Palestini *et al.*, 2012) utilizzando un set minimo di valutazione multidimensionale.
- Contestualmente, il paradigma della rete è stato utilizzato per affrontare la complessità dei Percorsi nascita previsti dalle Aziende sanitarie della Regione, che si prestano particolarmente a un'analisi di questo genere: da un lato si tratta formalmente di veri e propri percorsi caratterizzati da un punto di ingresso e un punto di uscita, che a loro volta racchiudono una serie di step sequenziali per le future madri; dall'altro, l'esperienza indica che difficilmente i Percorsi nascita sono utilizzati e vissuti in quanto tali e si trasformano in qualcosa di molto meno lineare e più simile a una rete, i cui nodi sono costituiti dai diversi servizi sociosanitari ai quali le donne in gravidanza si rivolgono. In questa prospettiva, una prima indagine basata su una serie di focus group ha fornito un'analisi delle rappresentazioni dei percorsi (Bisagni *et al.*, 2009) che è stata poi approfondita in alcune giornate seminariali utilizzando il paradigma della *network analysis*; successivamente, è stata avviata una sperimentazione in collaborazione con quattro Aziende sanitarie del territorio per ottenere una ricostruzione quantitativa e dettagliata della complessità dei Percorsi nascita dal punto di vista sia degli operatori coinvolti, sia delle utenti che ne fanno uso.
- Il paradigma della rete e lo strumento della rete ego-centrata sono attualmente in uso in un'indagine avviata in due Aziende sulla ricostruzione delle reti informali di assistenza per pazienti con patologie quali demenza, sclerosi multipla e sclerosi laterale-amiotrofica: la ricerca mira non solo a una descrizione delle interfacce tra reti formali e informali di assistenza, ma anche a individuare le correlazioni tra estensione della rete e ricaduta psicosociale sui *caregiver* di tali pazienti, in termini di *empowerment*, autoefficacia e qualità della vita.

La logica delle riflessioni presentate finora non è quella di forzare una lettura in termini di rete di percorsi assistenziali o assetti organizzativi esistenti; la proposta è rendersi conto che le reti esistono anche laddove non sono visibili, e che il funzionamento del sistema sanitario si appoggia sempre più sulla necessità che le strutture che ne fanno parte si percepiscano e funzionino come nodi di una rete. In altre parole, il sistema sanitario è un sistema, un insieme complesso di servizi che non può e non deve funzionare come una semplice sequenza di prestazioni, dove c'è scarsa consapevolezza e attenzione di "ciò che viene prima e ciò che viene dopo".

In quest'ottica, pertanto, sono stati presentati opportunità e strumenti per comprendere meglio i *network* sanitari: si può scegliere di descrivere una rete in termini di struttura o di funzionamento, se ne possono individuare i punti di forza e di debolezza, si può avvicinare più o meno la "lente di ingrandimento" in modo da leggere la rete dei servizi

o la rete degli operatori all'interno dei servizi stessi, si può interpretare la rete a livello di frequenza degli scambi così come di efficacia degli scambi stessi, e così via.

Ciò che non si può fare, invece, è sottostimare (o peggio, ignorare) il fatto che esercitare una professione sanitaria e assistenziale oggi non si concretizza come evento isolato e a se stante, ma è parte di un quadro più ampio composto da elementi altamente interdipendenti tra loro: non essere coscienti dell'esistenza di questa interdipendenza così come dei suoi potenziali effetti rischia di tradursi in una perdita di qualità, efficacia e appropriatezza degli interventi rivolti agli utenti dei servizi sociosanitari.

Riferimenti bibliografici

- Amerio P. *Psicologia di comunità*. Il Mulino, Bologna, 2000.
- Amovilli L. *Noi e loro. Gruppi di lavoro nelle organizzazioni*. Raffaello Cortina Editore, Milano, 2006.
- Barabási A-L. *Linked: the new science of networks*. 2002. Traduzione italiana *Link. La scienza delle reti*. Torino, Einaudi, 2004.
- Bisagni M, Borghi L, Chiari C, Nicoli MA, Fantoni F. *I percorsi nascita in una prospettiva di servizi in rete. Rapporto di ricerca*. 2009.
- Boari C, Grandi A, Lorenzoni G. Le organizzazioni a rete: tre concetti di base. *Economia e Politica Industriale*, 64: 283-310, 1989.
- Bourdieu P, Wacquant L. *An Invitation to Reflexive Sociology*. University of Chicago Press, 1992.
- Bruni A, Perrotta M. Apprendimento inter-organizzativo e biotecnologie: dai network al networking. *Studi organizzativi*, 1: 197-214, 2007.
- Buchanam M. *Nexus. Small Worlds and the Groundbreaking Science of Networks*. 2003. Traduzione italiana *Nexus*. Milano, Mondadori, 2003.
- Butera F. *Il castello e la rete. Impresa, organizzazioni e professioni*. FrancoAngeli, Milano, 1990.
- Cicchetti A, Mascia D. Organizzare le reti in sanità: teoria, metodi e strumenti di social network analysis. In Biocca M, Grilli R, Riboldi B. *La governance nelle organizzazioni sanitarie*. FrancoAngeli, Milano, 2008.
- Coleman JS. *Foundations of Social Theory*. Cambridge Mass. University Press, 1990.
- Cowie L, Morgan M, White P, Gulliford M. Experience of continuity of care of patients with multiple long-term conditions in England. *J Health Serv Res Policy*, 14: 82-87, 2009.
- De Martino S, Gariboldi F. Persone, competenze e reti in sanità. *Prospettive sociali e sanitarie*, 8: 5-10, 2007.
- De Rond M, Bouchikhi H. On the dialectics of strategic alliances. *Organization Science*, 15 (1): 56-69, 2004.
- Fondazione Smith Kline. *Rapporto Sanità 2011. Il rapporto dinamico tra ospedale e territorio*. Il Mulino, Bologna, 2011.
- Freeman GK, Olesen F, Hjortdahl P. Continuity of care: an essential element of modern general practice? *Fam Pract*, 20 (6): 623-627, 2003.
- Gosetti G, La Rosa M. *Sociologia dei Servizi*. FrancoAngeli, Milano, 2006.
- Granovetter M. Economic Action And Social Structure: The Problem Of Embeddedness. *American Journal of Sociology*, 91: 481-510, 1985.

- Gulliford MC, Naithani S, Morgan M. What is 'continuity of care'? *J Health Services Research Policy*, 11: 248-250, 2006.
- Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK, Starfield BH, Adair CE, McKendry R. Continuity of care: a multidisciplinary review. *BMJ*, 327 (7425): 1219-1221, 2003.
- Hunter DJ. Health needs more than health care: the need for a new paradigm. *The European Journal of Public Health*, 18 (3): 217-219, 2008.
- Langiano T, De Masi S. Alcuni percorsi preferenziali: i bambini e le malattie croniche. In Fondazione Smith Kline. *Rapporto Sanità 2011. Il rapporto dinamico tra ospedale e territorio*. Il Mulino, Bologna, 2011, pp. 183-200.
- Lega F. *Gruppi e reti aziendali in sanità*. Egea, Milano, 2002.
- Lewin K. Action research and minority problems. *J Soc Issues*, 2 (4): 34-46, 1946.
- Longo F. *Governance dei network di pubblico interesse*. Egea, Milano, 2005.
- Maino G. Le linee guida. In Bissolo G, Fazzi L. (a cura di). *Costruire l'integrazione socio-sanitaria*. Carocci Faber, Roma, 2005.
- Manoukian FO. *Lavorare con la cronicità*. Carocci Faber, 2004.
- Mascia D. *L'organizzazione delle reti in sanità*. FrancoAngeli, Milano, 2009.
- Mauri L. *Politiche per il Long Term Care e Reti Formali ed Informali*. Convegno Civitas. Synergia, Padova, 2007.
- Mazzali C, Maistrello M. *Il paradigma della rete*. Convegno nazionale promosso dall'Agenzia nazionale per i Servizi sanitari regionali: "Sperimentazione di una serie di indicatori per la misura della continuità assistenziale", Roma, 2008.
- Morin E. *La testa ben fatta. Riforma dell'insegnamento e riforma del pensiero*. Raffaello Cortina Editore, Milano, 2000.
- Mutti A. *Capitale sociale e sviluppo*. Il Mulino, Bologna, 1998.
- National Healthcare Group Polyclinics. *Improving Chronic Disease Management in Primary Care*. International Forum on Quality and Safety in Health Care, Paris, 2008.
- Palestini L, Anzivino F, Nicoli MA. *La valutazione multidimensionale del paziente anziano. Applicazione di strumenti nei percorsi di continuità assistenziale*. Dossier n. 218, Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna, 2012.
<http://assr.regione.emilia-romagna.it/it/servizi/pubblicazioni/dossier/doss218>
(ultimo accesso luglio 2014)
- Palestini L, Anzivino F, Nicoli MA. *Valutazione multidimensionale dei percorsi di continuità assistenziale. Gestione sul territorio secondo il chronic care model*. Dossier n. 236, Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna, 2013.
<http://assr.regione.emilia-romagna.it/it/servizi/pubblicazioni/dossier/doss236>
(ultimo accesso luglio 2014)
- Powell WW. Neither market nor hierarchy: Network forms of organization. *Research in organizational behaviour*. 12: 295-336, 1990.
- Profili S. *Il knowledge management. Approcci teorici e strumenti gestionali*. FrancoAngeli, Milano, 2004.

- Provan KG, Sebastian J. Networks Within Networks: Service Link Overlap, Organizational Cliques, and Network Effectiveness. *Academy of Management Journal*, 41: 453-463, 1998.
- Scarsella C. La regia dell'ASL per la continuità di cura tra territorio e ospedale. In Fondazione Smith Kline. *Rapporto Sanità 2011. Il rapporto dinamico tra ospedale e territorio*. Il Mulino, Bologna, 2011, pp. 47-64.
- Shortell SM. Continuity of medical care: conceptualization and measurement. *Med Care*, 14: 377-391, 1976.
- Tarrant C, Windridge K, Boulton M, Baker R, Freeman G. Qualitative study of the meaning of personal care in general practice. *BMJ*, 326: 1310-1312, 2003.
- Thompson JD. *Organizations in Action*. 1967. Traduzione italiana *L'azione organizzativa*. ISEDI, Torino, 1994.
- Vecchiato T. Integrazione delle responsabilità, continuità assistenziale, umanizzazione dei servizi. *Punto Omega*, n. 8/9. Provincia Autonoma di Trento, 2002.
<http://www.trentinosalute.net/Contenuti/Pubblicazioni>
(sezione Archivio storico → Punto Omega) (ultimo accesso luglio 2014)

COLLANA DOSSIER

Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna

1990

1. Centrale a carbone "Rete 2": valutazione dei rischi. Bologna. (*)
2. Igiene e medicina del lavoro: componente della assistenza sanitaria di base. Servizi di igiene e medicina del lavoro. (Traduzione di rapporti OMS). Bologna. (*)
3. Il rumore nella ceramica: prevenzione e bonifica. Bologna. (*)
4. Catalogo collettivo dei periodici per la prevenzione. I edizione - 1990. Bologna. (*)
5. Catalogo delle biblioteche SEDI - CID - CEDOC e Servizio documentazione e informazione dell'ISPESL. Bologna. (*)

1991

6. Lavoratori immigrati e attività dei servizi di medicina preventiva e igiene del lavoro. Bologna. (*)
7. Radioattività naturale nelle abitazioni. Bologna. (*)
8. Educazione alimentare e tutela del consumatore "Seminario regionale Bologna 1-2 marzo 1990". Bologna. (*)

1992

9. Guida alle banche dati per la prevenzione. Bologna.
10. Metodologia, strumenti e protocolli operativi del piano dipartimentale di prevenzione nel comparto rivestimenti superficiali e affini della provincia di Bologna. Bologna. (*)
11. I Coordinamenti dei Servizi per l'Educazione sanitaria (CSES): funzioni, risorse e problemi. Sintesi di un'indagine svolta nell'ambito dei programmi di ricerca sanitaria finalizzata (1989 - 1990). Bologna. (*)
12. Epi Info versione 5. Un programma di elaborazione testi, archiviazione dati e analisi statistica per praticare l'epidemiologia su personal computer. Programma (dischetto A). Manuale d'uso (dischetto B). Manuale introduttivo. Bologna.
13. Catalogo collettivo dei periodici per la prevenzione in Emilia-Romagna. 2ª edizione. Bologna.

1993

14. Amianto 1986-1993. Legislazione, rassegna bibliografica, studi italiani di mortalità, proposte operative. Bologna. (*)
15. Rischi ambientali, alimentari e occupazionali, Attività di prevenzione e controllo nelle USL dell'Emilia-Romagna. 1991. Bologna. (*)
16. La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica delle USL dell'Emilia-Romagna, 1991. Bologna. (*)
17. Metodi analitici per lo studio delle matrici alimentari. Bologna. (*)

1994

18. Venti anni di cultura per la prevenzione. Bologna.
19. La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica dell'Emilia-Romagna 1992. Bologna. (*)
20. Rischi ambientali, alimentari e occupazionali, Attività di prevenzione e controllo nelle USL dell'Emilia-Romagna. 1992. Bologna. (*)
21. Atlante regionale degli infortuni sul lavoro. 1986-1991. 2 volumi. Bologna. (*)

(*) volumi disponibili presso l'Agenzia sanitaria e sociale regionale. Sono anche scaricabili dal sito <http://assr.regione.emilia-romagna.it/it/servizi/pubblicazioni/dossier>

22. Atlante degli infortuni sul lavoro del distretto di Ravenna. 1989-1992. Ravenna. (*)
23. 5ª Conferenza europea sui rischi professionali. Riccione, 7-9 ottobre 1994. Bologna.

1995

24. La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica dell'Emilia-Romagna 1993. Bologna. (*)
25. Rischi ambientali, alimentari e occupazionali, Attività di prevenzione e controllo nelle USL dell'Emilia-Romagna. 1993. Bologna. (*)

1996

26. La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica dell'Emilia-Romagna. Sintesi del triennio 1992-1994. Dati relativi al 1994. Bologna. (*)
27. Lavoro e salute. Atti della 5ª Conferenza europea sui rischi professionali. Riccione, 7-9 ottobre 1994. Bologna. (*)
28. Gli scavi in sotterraneo. Analisi dei rischi e normativa in materia di sicurezza. Ravenna. (*)

1997

29. La radioattività ambientale nel nuovo assetto istituzionale. Convegno Nazionale AIRP. Ravenna. (*)
30. Metodi microbiologici per lo studio delle matrici alimentari. Ravenna. (*)
31. Valutazione della qualità dello screening del carcinoma della cervice uterina. Ravenna. (*)
32. Valutazione della qualità dello screening mammografico del carcinoma della mammella. Ravenna. (*)
33. Processi comunicativi negli screening del tumore del collo dell'utero e della mammella (parte generale). Proposta di linee guida. Ravenna. (*)
34. EPI INFO versione 6. Ravenna. (*)

1998

35. Come rispondere alle 100 domande più frequenti negli screening del tumore del collo dell'utero. Vademecum per gli operatori di front-office. Ravenna.
36. Come rispondere alle 100 domande più frequenti negli screening del tumore della mammella. Vademecum per gli operatori di front-office. Ravenna. (*)
37. Centri di Produzione Pasti. Guida per l'applicazione del sistema HACCP. Ravenna. (*)
38. La comunicazione e l'educazione per la prevenzione dell'AIDS. Ravenna. (*)
39. Rapporti tecnici della Task Force D.Lgs 626/94 - 1995-1997. Ravenna. (*)

1999

40. Progetti di educazione alla salute nelle Aziende sanitarie dell'Emilia Romagna. Catalogo 1995 - 1997. Ravenna. (*)

2000

41. Manuale di gestione e codifica delle cause di morte, Ravenna.
42. Rapporti tecnici della Task Force D.Lgs 626/94 - 1998-1999. Ravenna. (*)
43. Comparto ceramiche: profilo dei rischi e interventi di prevenzione. Ravenna. (*)
44. L'Osservatorio per le dermatiti professionali della provincia di Bologna. Ravenna. (*)
45. SIDRIA Studi Italiani sui Disturbi Respiratori nell'Infanzia e l'Ambiente. Ravenna. (*)
46. Neoplasie. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna. (*)

2001

47. Salute mentale. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna. (*)
48. Infortuni e sicurezza sul lavoro. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna. (*)

49. Salute Donna. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna. (*)
50. Primo report semestrale sull'attività di monitoraggio sull'applicazione del D.Lgs 626/94 in Emilia-Romagna. Ravenna. (*)
51. Alimentazione. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna. (*)
52. Dipendenze patologiche. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna. (*)
53. Anziani. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna. (*)
54. La comunicazione con i cittadini per la salute. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna. (*)
55. Infezioni ospedaliere. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna. (*)
56. La promozione della salute nell'infanzia e nell'età evolutiva. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna. (*)
57. Esclusione sociale. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna. (*)
58. Incidenti stradali. Proposta di Patto per la sicurezza stradale. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna. (*)
59. Malattie respiratorie. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna. (*)

2002

60. AGREE. Uno strumento per la valutazione della qualità delle linee guida cliniche. Bologna. (*)
61. Prevalenza delle lesioni da decubito. Uno studio della Regione Emilia-Romagna. Bologna. (*)
62. Assistenza ai pazienti con tubercolosi polmonare nati all'estero. Risultati di uno studio caso-controllo in Emilia-Romagna. Bologna. (*)
63. Infezioni ospedaliere in ambito chirurgico. Studio multicentrico nelle strutture sanitarie dell'Emilia-Romagna. Bologna. (*)
64. Indicazioni per l'uso appropriato della chirurgia della cataratta. Bologna. (*)
65. Percezione della qualità e del risultato delle cure. Riflessione sugli approcci, i metodi e gli strumenti. Bologna. (*)
66. Le Carte di controllo. Strumenti per il governo clinico. Bologna. (*)
67. Catalogo dei periodici. Archivio storico 1970-2001. Bologna.
68. Thesaurus per la prevenzione. 2a edizione. Bologna. (*)
69. Materiali documentari per l'educazione alla salute. Archivio storico 1970-2000. Bologna. (*)
70. I Servizi socio-assistenziali come area di policy. Note per la programmazione sociale regionale. Bologna. (*)
71. Farmaci antimicrobici in età pediatrica. Consumi in Emilia-Romagna. Bologna. (*)
72. Linee guida per la chemioprolifassi antibiotica in chirurgia. Indagine conoscitiva in Emilia-Romagna. Bologna. (*)
73. Liste di attesa per la chirurgia della cataratta: elaborazione di uno score clinico di priorità. Bologna. (*)
74. Diagnostica per immagini. Linee guida per la richiesta. Bologna. (*)
75. FMEA-FMECA. Analisi dei modi di errore/guasto e dei loro effetti nelle organizzazioni sanitarie. Sussidi per la gestione del rischio 1. Bologna.

2003

76. Infezioni e lesioni da decubito nelle strutture di assistenza per anziani. Studio di prevalenza in tre Aziende USL dell'Emilia-Romagna. Bologna. (*)
77. Linee guida per la gestione dei rifiuti prodotti nelle Aziende sanitarie dell'Emilia-Romagna. Bologna. (*)
78. Fattibilità di un sistema di sorveglianza dell'antibioticoresistenza basato sui laboratori. Indagine conoscitiva in Emilia-Romagna. Bologna. (*)
79. Valutazione dell'appropriatezza delle indicazioni cliniche di utilizzo di MOC ed eco-color-Doppler e impatto sui tempi di attesa. Bologna. (*)
80. Promozione dell'attività fisica e sportiva. Bologna. (*)

- 81.** Indicazioni all'utilizzo della tomografia ad emissione di positroni (FDG - PET) in oncologia. Bologna. (*)
- 82.** Applicazione del DLgs 626/94 in Emilia-Romagna. Report finale sull'attività di monitoraggio. Bologna. (*)
- 83.** Organizzazione aziendale della sicurezza e prevenzione. Guida per l'autovalutazione. Bologna. (*)
- 84.** I lavori di Francesca Repetto. Bologna, 2003. (*)
- 85.** Servizi sanitari e cittadini: segnali e messaggi. Bologna. (*)
- 86.** Il sistema di incident reporting nelle organizzazioni sanitarie. Sussidi per la gestione del rischio 2. Bologna. (*)
- 87.** I Distretti nella Regione Emilia-Romagna. Bologna. (*)
- 88.** Misurare la qualità: il questionario. Sussidi per l'autovalutazione e l'accreditamento. Bologna. (*)

2004

- 89.** Promozione della salute per i disturbi del comportamento alimentare. Bologna. (*)
- 90.** La gestione del paziente con tubercolosi: il punto di vista dei professionisti. Bologna. (*)
- 91.** Stent a rilascio di farmaco per gli interventi di angioplastica coronarica. Impatto clinico ed economico. Bologna. (*)
- 92.** Educazione continua in medicina in Emilia-Romagna. Rapporto 2003. Bologna. (*)
- 93.** Le liste di attesa dal punto di vista del cittadino. Bologna. (*)
- 94.** Raccomandazioni per la prevenzione delle lesioni da decubito. Bologna. (*)
- 95.** Prevenzione delle infezioni e delle lesioni da decubito. Azioni di miglioramento nelle strutture residenziali per anziani. Bologna. (*)
- 96.** Il lavoro a tempo parziale nel Sistema sanitario dell'Emilia-Romagna. Bologna. (*)
- 97.** Il sistema qualità per l'accreditamento istituzionale in Emilia-Romagna. Sussidi per l'autovalutazione e l'accreditamento. Bologna.
- 98.** La tubercolosi in Emilia-Romagna. 1992-2002. Bologna. (*)
- 99.** La sorveglianza per la sicurezza alimentare in Emilia-Romagna nel 2002. Bologna. (*)
- 100.** Dinamiche del personale infermieristico in Emilia-Romagna. Permanenza in servizio e mobilità in uscita. Bologna. (*)
- 101.** Rapporto sulla specialistica ambulatoriale 2002 in Emilia-Romagna. Bologna. (*)
- 102.** Antibiotici sistemici in età pediatrica. Prescrizioni in Emilia-Romagna 2000-2002. Bologna. (*)
- 103.** Assistenza alle persone affette da disturbi dello spettro autistico. Bologna.
- 104.** Sorveglianza e controllo delle infezioni ospedaliere in terapia intensiva. Indagine conoscitiva in Emilia-Romagna. Bologna. (*)

2005

- 105.** SapereAscoltare. Il valore del dialogo con i cittadini. Bologna. (*)
- 106.** La sostenibilità del lavoro di cura. Famiglie e anziani non autosufficienti in Emilia-Romagna. Sintesi del progetto. Bologna. (*)
- 107.** Il bilancio di missione per il governo della sanità dell'Emilia-Romagna. Bologna. (*)
- 108.** Contrastare gli effetti negativi sulla salute di disuguaglianze sociali, economiche o culturali. Premio Alessandro Martignani - III edizione. Catalogo. Bologna. (*)
- 109.** Rischio e sicurezza in sanità. Atti del convegno Bologna, 29 novembre 2004. Sussidi per la gestione del rischio 3. Bologna.
- 110.** Domanda di care domiciliare e donne migranti. Indagine sul fenomeno delle badanti in Emilia-Romagna. Bologna. (*)
- 111.** Le disuguaglianze in ambito sanitario. Quadro normativo ed esperienze europee. Bologna. (*)
- 112.** La tubercolosi in Emilia-Romagna. 2003. Bologna. (*)

- 113.** Educazione continua in medicina in Emilia-Romagna. Rapporto 2004. Bologna. (*)
- 114.** Le segnalazioni dei cittadini agli URP delle Aziende sanitarie. Report regionale 2004. Bologna. (*)
- 115.** Proba Progetto Bambini e antibiotici. I determinanti della prescrizione nelle infezioni delle alte vie respiratorie. Bologna. (*)
- 116.** Audit delle misure di controllo delle infezioni post-operatorie in Emilia-Romagna. Bologna. (*)

2006

- 117.** Dalla Pediatria di comunità all'Unità pediatrica di Distretto. Bologna. (*)
- 118.** Linee guida per l'accesso alle prestazioni di eco-color doppler: impatto sulle liste di attesa. Bologna. (*)
- 119.** Prescrizioni pediatriche di antibiotici sistemici nel 2003. Confronto in base alla tipologia di medico curante e medico prescrittore. Bologna. (*)
- 120.** Tecnologie informatizzate per la sicurezza nell'uso dei farmaci. Sussidi per la gestione del rischio 4. Bologna. (*)
- 121.** Tomografia computerizzata multistrato per la diagnostica della patologia coronarica. Revisione sistematica della letteratura. Bologna. (*)
- 122.** Tecnologie per la sicurezza nell'uso del sangue. Sussidi per la gestione del rischio 5. Bologna. (*)
- 123.** Epidemie di infezioni correlate all'assistenza sanitaria. Sorveglianza e controllo. Bologna.
- 124.** Indicazioni per l'uso appropriato della FDG-PET in oncologia. Sintesi. Bologna. (*)
- 125.** Il clima organizzativo nelle Aziende sanitarie - ICONAS. Cittadini, Comunità e Servizio sanitario regionale. Metodi e strumenti. Bologna. (*)
- 126.** Neuropsichiatria infantile e Pediatria. Il progetto regionale per i primi anni di vita. Bologna. (*)
- 127.** La qualità percepita in Emilia-Romagna. Strategie, metodi e strumenti per la valutazione dei servizi. Bologna. (*)
- 128.** La guida DISCERNere. Valutare la qualità dell'informazione in ambito sanitario. Bologna. (*)
- 129.** Qualità in genetica per una genetica di qualità. Atti del convegno Ferrara, 15 settembre 2005. Bologna. (*)
- 130.** La root cause analysis per l'analisi del rischio nelle strutture sanitarie. Sussidi per la gestione del rischio 6. Bologna.
- 131.** La nascita pre-termine in Emilia-Romagna. Rapporto 2004. Bologna. (*)
- 132.** Atlante dell'appropriatezza organizzativa. I ricoveri ospedalieri in Emilia-Romagna. Bologna. (*)
- 133.** Reprocessing degli endoscopi. Indicazioni operative. Bologna. (*)
- 134.** Reprocessing degli endoscopi. Eliminazione dei prodotti di scarto. Bologna. (*)
- 135.** Sistemi di identificazione automatica. Applicazioni sanitarie. Sussidi per la gestione del rischio 7. Bologna. (*)
- 136.** Uso degli antimicrobici negli animali da produzione. Limiti delle ricette veterinarie per attività di farmacovigilanza. Bologna. (*)
- 137.** Il profilo assistenziale del neonato sano. Bologna. (*)
- 138.** Sana o salva? Adesione e non adesione ai programmi di screening femminili in Emilia-Romagna. Bologna. (*)
- 139.** La cooperazione internazionale negli Enti locali e nelle Aziende sanitarie. Premio Alessandro Martignani - IV edizione. Catalogo. Bologna.
- 140.** Sistema regionale dell'Emilia-Romagna per la sorveglianza dell'antibioticoresistenza. 2003-2005. Bologna. (*)

2007

- 141.** Accreditemento e governo clinico. Esperienze a confronto. Atti del convegno Reggio Emilia, 15 febbraio 2006. Bologna.
- 142.** Le segnalazioni dei cittadini agli URP delle Aziende sanitarie. Report regionale 2005. Bologna. (*)
- 143.** Progetto LaSER. Lotta alla sepsi in Emilia-Romagna. Razionale, obiettivi, metodi e strumenti. Bologna. (*)
- 144.** La ricerca nelle Aziende del Servizio sanitario dell'Emilia-Romagna. Risultati del primo censimento. Bologna. (*)
- 145.** Disuguaglianze in cifre. Potenzialità delle banche dati sanitarie. Bologna. (*)

146. Gestione del rischio in Emilia-Romagna 1999-2007. Sussidi per la gestione del rischio 8. Bologna. (*)
147. Accesso per priorità in chirurgia ortopedica. Elaborazione e validazione di uno strumento. Bologna. (*)
148. I Bilanci di missione 2005 delle Aziende USL dell'Emilia-Romagna. Bologna. (*)
149. E-learning in sanità. Bologna. (*)
150. Educazione continua in medicina in Emilia-Romagna. Rapporto 2002-2006. Bologna. (*)
151. "Devo aspettare qui?" Studio etnografico delle traiettorie di accesso ai servizi sanitari a Bologna. Bologna. (*)
152. L'abbandono nei Corsi di laurea in infermieristica in Emilia-Romagna: una non scelta? Bologna. (*)
153. Faringotonsillite in età pediatrica. Linea guida regionale. Bologna. (*)
154. Otite media acuta in età pediatrica. Linea guida regionale. Bologna. (*)
155. La formazione e la comunicazione nell'assistenza allo stroke. Bologna. (*)
156. Atlante della mortalità in Emilia-Romagna 1998-2004. Bologna. (*)
157. FDG-PET in oncologia. Criteri per un uso appropriato. Bologna. (*)
158. Mediare i conflitti in sanità. L'approccio dell'Emilia-Romagna. Sussidi per la gestione del rischio 9. Bologna. (*)
159. L'audit per il controllo degli operatori del settore alimentare. Indicazioni per l'uso in Emilia-Romagna. Bologna. (*)
160. Politiche e piani d'azione per la salute mentale dell'infanzia e dell'adolescenza. Bologna. (*)

2008

161. Sorveglianza dell'antibioticoresistenza e uso di antibiotici sistemici in Emilia-Romagna. Rapporto 2006. Bologna. (*)
162. Tomografia computerizzata multistrato per la diagnostica della patologia coronarica. Revisione sistematica della letteratura e indicazioni d'uso appropriato. Bologna. (*)
163. Le Aziende USL dell'Emilia-Romagna. Una lettura di sintesi dei Bilanci di missione 2005 e 2006. Bologna. (*)
164. La rappresentazione del capitale intellettuale nelle organizzazioni sanitarie. Bologna. (*)
165. L'accreditamento istituzionale in Emilia-Romagna. Studio pilota sull'impatto del processo di accreditamento presso l'Azienda USL di Ferrara. Bologna. (*)
166. Assistenza all'ictus. Modelli organizzativi regionali. Bologna. (*)
167. La chirurgia robotica: il robot da Vinci. ORientamenti 1. Bologna. (*)
168. Educazione continua in medicina in Emilia-Romagna. Rapporto 2007. Bologna. (*)
169. Le opinioni dei professionisti della sanità sulla formazione continua. Bologna. (*)
170. Per un Osservatorio nazionale sulla qualità dell'Educazione continua in medicina. Bologna. (*)
171. Le segnalazioni dei cittadini agli URP delle Aziende sanitarie. Report regionale 2007. Bologna. (*)

2009

172. La produzione di raccomandazioni cliniche con il metodo GRADE. L'esperienza sui farmaci oncologici. Bologna. (*)
173. Sorveglianza dell'antibioticoresistenza e uso di antibiotici sistemici in Emilia-Romagna. Rapporto 2007. Bologna. (*)
174. I tutor per la formazione nel Servizio sanitario regionale dell'Emilia-Romagna. Rapporto preliminare. Bologna. (*)
175. Percorso nascita e qualità percepita. Analisi bibliografica. Bologna. (*)
176. Utilizzo di farmaci antibatterici e antimicotici in ambito ospedaliero in Emilia-Romagna. Rapporto 2007. Bologna. (*)
177. Ricerca e innovazione tecnologica in sanità. Opportunità e problemi delle forme di collaborazione tra Aziende sanitarie e imprenditoria biomedicale. Bologna. (*)
178. Profili di assistenza degli ospiti delle strutture residenziali per anziani. La sperimentazione del Sistema RUG III in Emilia-Romagna. Bologna. (*)

179. Profili di assistenza e costi del diabete in Emilia-Romagna. Analisi empirica attraverso dati amministrativi (2005 - 2007). Bologna. (*)
180. La sperimentazione dell'audit civico in Emilia-Romagna: riflessioni e prospettive. Bologna. (*)
181. Le segnalazioni dei cittadini agli URP delle Aziende sanitarie. Report regionale 2008. Bologna. (*)
182. La ricerca come attività istituzionale del Servizio sanitario regionale. Principi generali e indirizzi operativi per le Aziende sanitarie dell'Emilia-Romagna. Bologna. (*)
183. I Comitati etici locali in Emilia-Romagna. Bologna. (*)
184. Il Programma di ricerca Regione-Università. 2007-2009. Bologna. (*)
185. Il Programma Ricerca e innovazione (PRI E-R) dell'Emilia-Romagna. Report delle attività 2005-2008. Bologna. (*)
186. Le medicine non convenzionali e il Servizio sanitario dell'Emilia-Romagna. Un approccio sperimentale. Bologna. (*)
187. Studi per l'integrazione delle medicine non convenzionali. 2006-2008. Bologna. (*)

2010

188. Misure di prevenzione e controllo di infezioni e lesioni da pressione. Risultati di un progetto di miglioramento nelle strutture residenziali per anziani. Bologna. (*)
189. "Cure pulite sono cure più sicure" - Rapporto finale della campagna nazionale OMS. Bologna. (*)
190. Infezioni delle vie urinarie nell'adulto. Linea guida regionale. Bologna. (*)
191. I contratti di servizio tra Enti locali e ASP in Emilia-Romagna. Linee guida per il governo dei rapporti di committenza. Bologna. (*)
192. La *governance* delle politiche per la salute e il benessere sociale in Emilia-Romagna. Opportunità per lo sviluppo e il miglioramento. Bologna. (*)
193. Il *mobbing* tra istanze individuali e di gruppo. Analisi di un'organizzazione aziendale attraverso la tecnica del *focus group*. Bologna. (*)
194. Linee di indirizzo per trattare il dolore in area medica. Bologna. (*)
195. Indagine sul dolore negli ospedali e negli *hospice* dell'Emilia-Romagna. Bologna. (*)
196. Evoluzione delle Unità di terapia intensiva coronarica in Emilia-Romagna. Analisi empirica dopo implementazione della rete cardiologica per l'infarto miocardico acuto. Bologna. (*)
197. TB FLAG BAG. La borsa degli strumenti per l'assistenza di base ai pazienti con tubercolosi. Percorso formativo per MMG e PLS. Bologna.
198. La ricerca sociale e socio-sanitaria a livello locale in Emilia-Romagna. Primo censimento. Bologna. (*)
199. Innovative radiation treatment in cancer: IGRT/IMRT. Health Technology Assessment. ORientamenti 2. Bologna. (*)
200. Tredici anni di SIRS - Servizio informativo per i rappresentanti per la sicurezza. Bologna. (*)
201. Sorveglianza dell'antibioticoresistenza e uso di antibiotici sistemici in Emilia-Romagna. Rapporto 2008. Bologna. (*)
202. Master in Politiche e gestione nella sanità, Europa - America latina. Tracce del percorso didattico in Emilia-Romagna, 2009-2010. Bologna. (*)

2011

203. Buone pratiche infermieristiche per il controllo delle infezioni nelle Unità di terapia intensiva. Bologna.
204. Le segnalazioni dei cittadini agli URP delle Aziende sanitarie. Report regionale 2009. Bologna. (*)
205. L'informazione nella diagnostica pre-natale. Il punto di vista delle utenti e degli operatori. Bologna. (*)
206. Contributi per la programmazione e la rendicontazione distrettuale. Bologna. (*)
207. Criteria for appropriate use of FDG-PET in breast cancer. ORientamenti 3. Bologna. (*)

- 208.** Il ruolo dei professionisti nell'acquisizione delle tecnologie: il caso della protesi d'anca. Bologna. (*)
- 209.** Criteria for appropriate use of FDG-PET in esophageal cancer. ORientamenti 4. Bologna. (*)
- 210.** Sorveglianza dell'antibioticoresistenza e uso di antibiotici sistemici in Emilia-Romagna. Rapporto 2009. Bologna. (*)
- 211.** Criteria for appropriate use of FDG-PET in colorectal cancer. ORientamenti 5. Bologna. (*)
- 212.** Mortalità e morbosità materna in Emilia-Romagna. Rapporto 2001-2007. Bologna. (*)
- 213.** Atlante della mortalità in Emilia-Romagna 2003-2007. Bologna.
- 214.** Atlante della mortalità in Emilia-Romagna 2008-2009. Bologna.
- 215.** "Fidatevi dei pazienti". La qualità percepita nei Centri di salute mentale e nei Servizi per le dipendenze patologiche. Bologna. (*)
- 216.** Piano programma 2011-2013. Agenzia sanitaria e sociale regionale. Bologna. (*)
- 217.** La salute della popolazione immigrata in Emilia-Romagna. Contributo per un rapporto regionale. Bologna.

2012

- 218.** La valutazione multidimensionale del paziente anziano. Applicazione di strumenti nei percorsi di continuità assistenziale. Bologna. (*)
- 219.** Criteria for appropriate use of FDG-PET in lung cancer. ORientamenti 6. Bologna. (*)
- 220.** Le segnalazioni dei cittadini agli URP delle Aziende sanitarie. Report regionale 2010. Bologna. (*)
- 221.** Criteria for appropriate use of FDG-PET in head and neck cancer. ORientamenti 7. Bologna. (*)
- 222.** Linee guida per la predisposizione di un Bilancio sociale di ambito distrettuale. Bologna.
- 223.** Analisi e misurazione dei rischi nelle organizzazioni sanitarie. Bologna. (*)
- 224.** Il percorso assistenziale integrato nei pazienti con grave cerebrolesione acquisita. Fase acuta e post-acuta. Analisi comparativa dei modelli organizzativi regionali. Bologna. (*)
- 225.** Sorveglianza dell'antibioticoresistenza e uso di antibiotici sistemici in Emilia-Romagna. Rapporto 2010. Bologna. (*)
- 226.** La ricerca e le politiche sociali e socio-sanitarie in Emilia-Romagna. Applicazione e approcci per la valutazione. Bologna.
- 227.** Criteria for appropriate use of FDG-PET in malignant lymphoma. ORientamenti 8. Bologna. (*)
- 228.** Linee guida per la stesura e l'utilizzo della Carta dei servizi delle ASP. Bologna.
- 229.** Indagine sul dolore negli ospedali, negli hospice e in assistenza domiciliare in Emilia-Romagna. Bologna. (*)
- 230.** Le segnalazioni dei cittadini agli URP delle Aziende sanitarie. Report regionale 2011. Bologna. (*)
- 231.** *Incident reporting* in Emilia-Romagna: stato dell'arte e sviluppi futuri. Bologna. (*)

2013

- 232.** La nascita pretermine in Emilia-Romagna. Anni 2004-2009. Bologna. (*)
- 233.** La qualità del servizio sociale territoriale in Emilia-Romagna. Bologna.
- 234.** Sorveglianza dell'antibioticoresistenza e uso di antibiotici sistemici in Emilia-Romagna. Rapporto 2011. Bologna. (*)
- 235.** La ricerca sociale e sociosanitaria: gli attori pubblici coinvolti. Indagine online in Emilia-Romagna. Bologna. (*)
- 236.** Valutazione multidimensionale dei percorsi di continuità assistenziale. Gestione sul territorio secondo il chronic care model. Bologna. (*)

2014

- 237.** Misurazione della qualità dei servizi alla persona. Risultati di un progetto regionale. Bologna. (*)
- 238.** Esiti riferiti dal paziente. Concetti, metodi, strumenti. Bologna. (*)
- 239.** Risorse umane in sanità: per una previsione dei fabbisogni in Emilia-Romagna. Bologna. (*)
- 240.** Programma regionale per i disturbi del comportamento alimentare. Contributi 2009-2012. Bologna. (*)
- 241.** Tante reti, tanti paradigmi. Network analysis in sanità. Bologna (*)
- 242.** Progetto regionale SOS.net - Rete sale operatorie sicure. 2011-2012. Bologna (*)
- 243.** Il Programma di ricerca Regione-Università dell'Emilia-Romagna. L'esperienza dal 2007 al 2013. Bologna (*)

