

## COSTRUIRE RETI DI SERVIZI

Fausta Podavitte \*, Carmelo Scarcella \*\*

### LO SCENARIO ATTUALE

A fronte di una rete socio-sanitaria con elevato numero e varietà di tipologie di unità di offerta, oggi si assiste ad una forte pressione della domanda, in contrasto con la riduzione delle risorse disponibili. Lo scenario evidenzia però una crisi dell'intero sistema, in particolare per quanto riguarda la non autosufficienza, con criticità a più facce, anche politico-culturali ed etiche e non solo economiche, benché queste ultime siano state la causa scatenante, incidendo profondamente sull'impegno assistenziale richiesto sia alle Istituzioni sia ai familiari. La scommessa è pertanto volta a garantire forme di assistenza qualificata con equità, ricercando nel contempo la sostenibilità del sistema di *welfare*, ma anche quella del sistema familiare.

### ALCUNI PRINCIPI IMPRESCINDIBILI

Parlare di costruzione di rete oggi rimanda a due aspetti: da una parte alla necessità di un confronto su strategie organizzative, modelli, esiti alla luce dei lunghi anni di esperienza maturati dall'introduzione di tale concetto nel mon-

do socio-sanitario ed assistenziale, dall'altra al dubbio che ancora molto si debba fare per rendere acquisito quale stile di lavoro tale modello. Innanzitutto non appare sufficientemente diffusa la consapevolezza delle ricadute positive che scaturiscono dal lavorare all'insegna dell'integrazione. È altrettanto vero però che oggi disponiamo di modelli organizzativi ben funzionanti e di esiti rilevanti con verifiche puntuali ed oggettive. Le informazioni vanno perciò diffuse fra gli addetti ai lavori, per costruire una "cultura del possibile e doveroso, ma anche soddisfacente". L'alternativa alla costruzione di reti funzionanti e di rapporti di collaborazione e condivisione fra i vari attori del sistema è la solitudine lavorativa, un'autoreferenzialità che ripara solo dalla paura del confronto e del nuovo, ma non fornisce stimoli rimotivanti e la dinamicità di un modello flessibile.

Uno stimolo forte a costruire alleanze viene dal mondo delle fragilità che caratterizzano un numero crescente di persone che, per età, condizioni di non autosufficienza, stato sociale richiedono un particolare approccio sia clinico/gestionale sia assistenziale al paziente ed alla sua famiglia. Esso spinge a trovare nuove soluzioni organizzative, anche da parte di coloro che non hanno ancora investi-

to a sufficienza in questa direzione. Oggi inoltre emerge l'esigenza di compiere un'ulteriore passo andando oltre il concetto di rete inteso come insieme di unità d'offerta operanti nella stessa area, per orientarsi verso la costruzione di percorsi dedicati per tipologia di pazienti/fruitori/aree problematiche, poiché le complessità possono trovare risposta più adeguata in questo nuovo approccio più attuale. Esso permette una co-partecipazione sostanziale ed accordi reali fra enti ed attori di realtà diverse, a proposito di chi fa che cosa, come e quando rispetto ad un'area ben specifica di intervento.

Tutto ciò rimanda al termine "strategia" inteso qui come la definizione di una determinata modalità del "farsi carico". "Strategie" come piena assunzione di responsabilità nel definire piani di intervento a medio e lungo termine, per pianificare ed attivare in modo coordinato azioni tese a raggiungere uno scopo predeterminato e chiaro. Adottare strategie organizzative richiede innanzitutto una responsabilità forte e piena verso obiettivi, processi ed esiti superando due facili rischi:

- accontentarsi dell'improvvisazione quale metodo di lavoro, che in ambito organizzativo è causa di episodicità, frammentazione, mancanza di processi atti alla riproducibilità di azioni, anche

\*] Direttore Dipartimento ASSI ASL Brescia.

\*\*] Direttore Generale ASL Brescia.

## LE STRATEGIE DELL'ASL DI BRESCIA

*regia del sistema sanitario e socio sanitario locale  
al fine di garantire per i pazienti cronici,  
non autosufficienti, portatori di disabilità*



- **il governo clinico**
- **la continuità di intervento assistenziale**
- **porta unica di accesso Distrettuale ai Servizi** per semplificare i percorsi nella rete a pazienti e familiari
- **la valutazione multidimensionale** della complessità dei bisogni, risposte rapide, articolate e coordinate ed un costante monitoraggio del quadro dei pazienti
- **l'integrazione** fra ospedale e territorio

quando valide e replicabili, deleghe di responsabilità al singolo operatore, scarsa o nulla verifica degli esiti e controllo dei processi, mancanza di visioni relative al futuro quali "scenari guida";

- applicare meramente e pedissequamente le norme in vigore senza alcun tentativo di rilettura ed interpretazione per un'ottimale attuazione locale. Anche questo eccesso è una forma di deresponsabilizzazione nei vari livelli della scala gerarchica.

Il mondo dell'organizzazione ha bisogno di ricorrere a "strategie dell'evidenza", per dimostrare gli esiti effettivi di scelte, che spesso richiedono coraggio, capacità e voglia di rischiare con competenza e lungimiranza. I principi cardine imprescindibili sono la costruzione di strategie, processi, modelli, strumenti di lavoro, cultura oltre che celerità, professionalità, semplificazione ed una attenzione particolare agli operatori, costantemente formati per accompagnarli nell'evolu-

zione del sistema. Gli operatori infatti sono a loro volta co-responsabili e protagonisti di come si lavora nelle realtà di appartenenza, ma anche "fragili" vittime spesso di un sistema disorganizzato, confuso, a-finalizzato, demotivante. Il modello organizzativo deve es-

sere chiaro, ben definito, articolato, conosciuto e condiviso, innanzitutto flessibile, modificabile, implementabile, pur non perdendo mai la sua identità, alimentata dalla filosofia guida su cui deve essere imperniato, in grado di assimilare ed integrare nuove regole, sempre più frequenti e dirimenti. Solo così il modello evolve e con esso le persone di cui si compone.

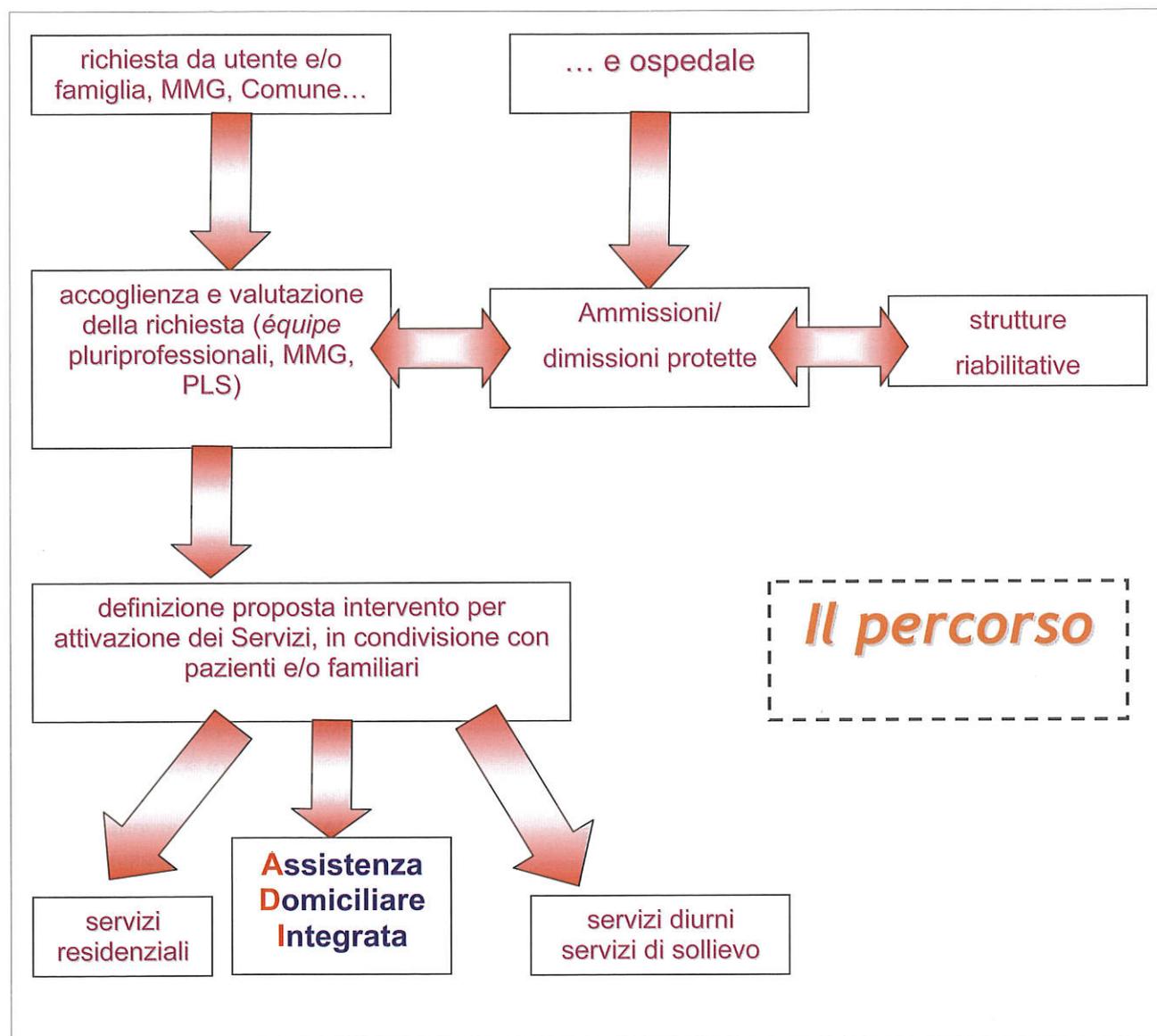
LE STRATEGIE DI GOVERNO  
E GLI STRUMENTI CARDINE

Sia la presenza di ricche reti di servizi, sia, viceversa, la necessità di attivare nuove unità di offerta richiedono una strategia di governo, individuando *in primis* in una realtà ben identificabile: la responsabilità di regia del sistema. Spesso vengono evidenziate criticità anche laddove si dispone di risorse generose, proprio per mancanza di un chiaro coordinamento nel loro utilizzo. Alcune fra le azioni strategiche di maggior significato nell'organizzazione di una real-

LETTURE...



Lo schema esemplifica il percorso di accompagnamento del cittadino, a partire dalla richiesta di intervento



tà territoriale, seppur di dimensioni diverse, sono:

- l'accompagnamento del cittadino nella complessità e varietà di reti disponibili, per semplificarli l'accesso, renderlo effettivamente libero di scegliere, in quanto consapevole e garantire la continuità di intervento assistenziale. Fondamentale è la presenza di *équipe* pluriprofessionali territoriali, perno di questo sistema per

la gestione della fragilità di qualunque età e della non autosufficienza, contando sulla presenza di medico, infermiere, assistente sociale, ed altre figure specialistiche al bisogno, per una valutazione globale;

- l'*assessment* multidimensionale quale approccio, sia nella valutazione che nella risposta e nel monitoraggio, con attenzione alla tempestività nell'accoglienza

della richiesta, procedendo nella decodifica della domanda, valutazione dei bisogni complessivi, proposta di servizi e loro attivazione, oltre che nel monitoraggio;

- il governo della spesa attraverso la valorizzazione dei bisogni, la razionalizzazione dell'uso delle risorse disponibili, l'appropriatezza delle prestazioni. Attraverso il rapporto fiduciario con gli Enti gestori può essere ga-

**ASL BRESCIA - LE DIMENSIONI****Territorio:**

- **3.465** km<sup>2</sup>
- **333** abitanti/km<sup>2</sup>
- **164** Comuni
- **1.154.003** abitanti (al 31.12.2010)

di cui

65-74enni: **111.416**  
 ultra 74enni: **101.610**  
 stranieri: **162.242**

**- 12 Distretti Socio Sanitari,**

aggregati in 6 Direzioni Gestionali Distrettuali con 1.653 Operatori ASL

n. **322.530** malati cronici e più di **20.000** persone  
 con bisogni assistenziali complessi

di cui

**12.663** in cure domiciliari  
**8.755** in RSA

**Persone con disabilità in carico all'équipe dell'ASL dal 2007 al 2011**

**4.030** < 18 anni e **4.016** > 18 anni

**La rete dei servizi socio-sanitari**

- 86 RSA (6.122 posti letto accreditati)
- 4 Istituti Di Riabilitazione (169 posti letto)
- 3 Hospice Residenziali (34 posti letto contrattualizzati)
- 49 Centri Diurni Integrati (988 posti)
- 19 Enti Accreditati per Cure Domiciliari
- 30 Consultori Familiari (di cui 14 ASL e 16 Privati)
- 6 Residenze Sanitarie Disabili - 29 Centri Diurni Disabili - 20 Comunità Socio Sanitarie
- 14 Servizi Ambulatoriali per le dipendenze (SerT/NOA/CCC/SMI)
- 19 Comunità Terapeutiche accreditate (348 posti)

**La rete dei servizi sanitari di base**

- 717 Medici di Medicina Generale e 131 Pediatri di Famiglia
- 30 postazioni di Continuità Assistenziale (191 Medici)
- La rete delle strutture di ricovero e cura accreditate:
- 3 Aziende Ospedaliere (10 Presidi e 5 Stabilimenti - 3.429 posti letto)
- 14 Strutture Private Accreditate e 2 IRCCS (2.450 posti letto)
- 7 Laboratori e 8 Poliambulatori Accreditati
- 17 Comunità Psichiatriche/Neuropsichiatriche dell'Infanzia e Adolescenza (residenziali e semiresidenziali)

rantito anche il governo degli ingressi nelle unità di offerta grazie ad una preliminare valutazione multidimensionale dell'utente e la proposta del servizio più adeguato fra quelli disponibili in relazione ai bisogni. Vengono così garantiti un controllo effettivo sul sistema, l'equilibrio domanda/offerta e razionalizzazione nell'uso delle risorse;

- la costruzione ed implementazione di sistemi informativi comunicanti ed integrati, dedicati ad esempio alla cronicità, fragilità, non autosufficienza. Tali sistemi devono venire implementati costantemente e direttamente da tutti gli operatori coinvolti, orientati a monitorare e valorizzare l'attività. Essi infatti forniscono informazioni preziose su utenza e sue caratteristiche principali, sui servizi/prestazioni e sui profili ed obiettivi di cura, oltre che sugli esiti, per compiere scelte mirate;
- l'elaborazione di linee guida, protocolli, regolamenti condivisi a garanzia di qualità ed omogeneità in prestazioni, interventi, procedure, coinvolgendo gli interlocutori già nella fase progettuale ed in quella di diffusione agli operatori per renderli azioni effettive;
- tavoli di lavoro con rappresentanti di Enti, con finalità propositive ed elaborative, per una sostanziale condivisione di vedute già nelle preliminari fasi creative;
- la sperimentazione e l'innovazione quale ambito a cui dare altrettanta dignità dell'ordinarietà, poiché occasione di sviluppo parallelo di modelli orientati al futuro, risposta precoce ai bisogni ed alle condizioni di contesto che cambiano con rapidità.

**ALCUNI ELEMENTI CHIAVE**

L'esito dei processi organizzativi ed operativi sin qui brevemente descritti è fortemente condizionato dalle motivazioni personali profonde di operatori e gruppi di appartenenza, che giocano un ruolo fondamentale nel trovare o meno accordo e condivisione su scelte lavorative, benché spesso non ci sia coscienza della loro portata.

La presa d'atto di tale rischio, se da una parte evidenzia che l'attribuzione eccessiva di responsabilità degli esiti ai vincoli dettati da norme di varia natura può divenire un alibi, dall'altra mette in luce lo spazio di potere personale da mettere in gioco. Le negoziazioni non debbono avvenire solo rela-

tivamente ai contenuti, ma anche ad obiettivi secondari ed aspettative personali, di appartenenza, di identità di gruppo.

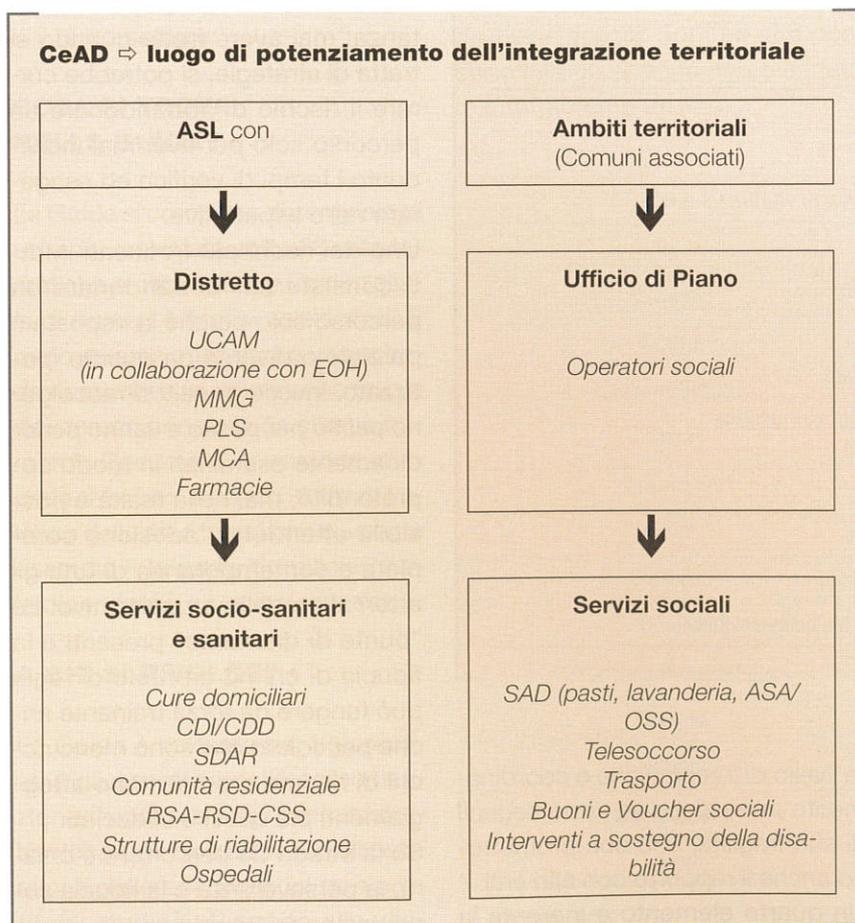
Di seguito si sottolineano alcuni elementi chiave, fra cui il primo riguarda la difesa della propria identità professionale attraverso l'irrigidimento riguardo a idee, strumenti, dati, producendo isolamento lavorativo a cui si contrappone la capacità e voglia di confronto, condivisione, innovazione. Questo secondo atteggiamento richiede professionalità forti, che non temano di confondersi nel confronto con altri. Per poter lavorare insieme gli operatori vanno aiutati a dialogare nella stessa lingua, consapevoli che ogni professione apporta un contributo specifico e prezioso. Le

appartenenze alle varie professioni pertanto devono superare una loro visione di sé per differenza, somiglianza o emulazione di altre professionalità, andando oltre una virtuale gerarchia di importanza fortemente condizionante comportamenti e relazioni.

Un secondo elemento riguarda le strategie organizzative, prerogativa di coloro che esercitano ruoli di responsabilità. Esse assumono valore anche operativo esclusivamente se accompagnate dalla costruzione di modelli, strumenti con il coinvolgimento degli operatori, per alimentare il senso di appartenenza. Le dichiarazioni di intenti a collaborare vanno così oltre una presunta disponibilità, che non troverebbe altrimenti materializzazione nei comportamenti.

Gli operatori infatti vanno supportati nel passaggio da una presunta disponibilità alla quotidianità fatta di azioni. Nella lunga esperienza di responsabilità organizzativa maturata, in qualunque momento storico il successo di un modello organizzativo si è basato sulla sua filosofia fondante e sugli strumenti per tenerlo in vita. Pertanto l'utilizzo condiviso di strumenti di valutazione, cartelle/fascicoli utenti, sistemi informativi, percorsi, protocolli, linee guida ed altri strumenti ancora e la partecipazione ad eventi formativi per gruppi eteroprofessionali, facilitano la spontanea acquisizione di un linguaggio comune e di visioni e scenari, collante più forte di qualunque dichiarazione di intenti.

Un terzo elemento riguarda l'integrazione con reti esterne, tanto più fattibile quanto più è stata raggiunta una buona integrazione interaziendale. Infatti spesso difficoltà e tensioni sono determinate da difformità sia di obiettivi e visioni, sia di com-



### ALCUNE IMPORTANTI STRATEGIE ORGANIZZATIVE "VINCENTI" ADOTTATE DALL'ASL

#### Garantire porte di accesso

ai Servizi per accogliere, valutare i bisogni ed accompagnare nelle reti, semplificando il percorso ai cittadini (es. *équipe* multidisciplinari UCAM- EOH)

#### Responsabilità e appropriatezza

d'uso delle risorse disponibili attraverso la valutazione multidimensionale dei bisogni prevalenti e multidimensionalità nella risposta

#### Riduzione della frammentazione

delle reti, operando in sinergia per obiettivi condivisi sia dentro che fuori ASL

#### Innovazione e sperimentazione

quale risposta all'intercettazione precoce di nuovi bisogni

### LEGENDA

ASL	Azienda Sanitaria Locale
CDI	Centri Diurni Integrati
CeAD	Centri di Assistenza Domiciliare
EOH	<i>Équipe</i> Operative Handicap
MCA	Medici di Continuità Assistenziale
MMG	Medici di Medicina Generale
PAI	Piano di Assistenza Individualizzato
PDTA	Percorso Diagnostico-Terapeutico-Assistenziale Decadimento Cognitivo/Demenza
PLS	Pediatri di Libera Scelta
RSA	Residenze Sanitario-Assistenziali
SISS	Sistema Informativo Socio-Sanitario
UCAM	Unità di Continuità Assistenziale Multidimensionale

portamenti, all'interno dello stesso Ente. In queste situazioni viene lasciata un'eccessiva responsabilità ai comportamenti del singolo operatore. La mancanza di un sufficien-

te livello di integrazione e coordinamento interaziendale sono segnali di sua fragilità, che compromettono anche il rapporto con altri enti. Un quarto elemento è inerente la

costruzione di banche dati, anche condivisibili fra Enti diversi, di cui gli operatori devono vedere gli esiti. La consapevolezza del ruolo fondamentale che la disponibilità di dati oggettivi esercita sia sul versante della pianificazione strategica sia su quello della credibilità di settori/ aree di intervento e professioni deve essere accresciuta affinché ogni operatore partecipi all'implementazione del sistema. La condivisione di una banca dati, addirittura da parte di enti diversi, non solo avvicina professionalmente, ma alimenta fiducia reciproca.

Quando gli operatori hanno intrapreso tale strada, possono scoprire che la condivisione con altri colleghi riguarda anche problemi e soluzioni, a beneficio della riduzione di ansia e solitudine.

Per ultimo, non certo per importanza: mai avere fretta quando si tratta di strategie, si potrebbe correre il rischio di abbandonare un percorso solo per aver mal individuato i tempi di verifica ed esagerato nelle aspettative.

Uno dei rischi più frequenti infatti consiste nell'abbandonare un percorso solo perché la risposta è parziale o diversa da quanto ipotizzato. Invece gli esiti si raccolgono passo per passo e vanno periodicamente esaminati in modo approfondito; mai nella realtà è possibile attendersi l'adesione completa e contemporanea di tutti gli attori al modello organizzativo. Le "punte di diamante" presenti e la fiducia di chi ha un ruolo di regia può fungere da forza trainante anche per coloro che sono meno ricchi di risorse o presentano atteggiamenti più critici e sfiduciati.

Se la strada da percorrere è chiara, la perseveranza e la fiducia sono una saggia guida.