

**CORSI DI FORMAZIONE PER LA
PUBBLICA AMMINISTRAZIONE**



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI
DI PERUGIA
DIPARTIMENTO DI FILOSOFIA SCIENZE
SOCIALI UMANE E DELLA FORMAZIONE

formatbo
consulenza formazione editoria

MACRO AREA DI ATTIVITA'	SERVIZI SOCIO-ASSISTENZIALI E SANITARI
LIVELLO II TIPO B	
TITOLO DEL CORSO	Fare rete nei servizi sociosanitari e sociali: ri-disegnare implementare modelli organizzativi
COORDINATORE DIDATTICO FISSUF UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PERUGIA	Prof. Piero Dominici

PROGRAMMA DETTAGLIATO DEL CORSO LIVELLO II TIPO B

MACRO AREA DI ATTIVITA'	SERVIZI SOCIO- ASSISTENZIALI E SANITARI
TITOLO DEL CORSO	Fare rete nei servizi sociosanitari e sociali: ri-disegnare i modelli organizzativi
DURATA	80 ore su 10 giornate di otto ore. Totale 10 giornate. L'offerta formativa può essere modulabile anche con 60 ore di aula e un massimo di 20 ore presso sedi di sottogruppi.
PROGRAMMA	<p>Per i corsi di tipo B viene richiesta la descrizione del modello di gestione dei servizi pubblici in collaborazione tra Pubbliche Amministrazioni da realizzare in gruppi di lavoro coordinati dall'Università per l'individuazione concreta delle "modalità di implementazione in una logica di rete tra le Pubbliche Amministrazioni nel rispetto delle specificità di ogni singola Amministrazione.</p> <p>Il progetto qui proposto parte da una constatazione: di logica di rete e dei modelli di rete tra le Pubbliche Amministrazioni e, in particolare, nel sistema sociosanitario si parla da almeno vent'anni, con interessanti modelli sperimentati e funzionanti, e altri "incompleti" o malfunzionanti o non codificati, dove c'è una grande differenza tra quanto previsto sulla carta e quanto effettivamente realizzato.</p> <p>Partendo da questa constatazione, ampiamente suffragata da diversi studi e ricerche, e rispettando le specificità di ciascuna Amministrazione proponiamo un progetto che parta dalla ricognizione del modello di rete reale, praticato, per arrivare a migliorarne il funzionamento e l'architettura. Questo forte aggancio con la realtà di modelli con diversi gradi di formalizzazione (in alcune amministrazioni saranno già molto formalizzati in vere e proprie procedure, in altre no, saranno reti praticate e "poco visibili") permetterà ai partecipanti di arrivare a progetti veramente realizzabili risparmiando risorse, elevando la qualità del servizio e con un visibile impatto sul contesto sociale.</p> <p>Passeremo dunque per cinque fasi di lavoro che saranno esercitate a partire dalla scelta di un ambito (che potrà essere, ad esempio, territoriale, legato ad un particolare tipo di assistenza o patologia):</p> <ol style="list-style-type: none">1) analisi del network esistente, formalizzato e non)2) analisi di protocolli, linee guida, strumenti di programmazione3) analisi del networking (processi e relazioni di collaborazione)4) progettazione per il miglioramento del modello e sua modifica5) scrittura dettagliata del progetto e consegna dello

stesso alla Direzione Regionale INPS o Coordinamento metropolitano di competenza, alla Pubblica Amministrazione di appartenenza del partecipante e alle Pubbliche Amministrazioni potenzialmente coinvolte nella realizzazione. Utilizzeremo i seguenti **strumenti e metodi: infografica, visual design, schede di rilevazione, flowchart, analisi della documentazione di servizio e analisi di casi.**

1) Analisi del network esistente, formalizzato e non formalizzato

I tre modelli più diffusi in Sanità

Le reti in Sanità sono diventate molto importanti perché finalizzate al miglioramento dell'offerta di fronte alla crescente scarsità di risorse finanziarie: l'integrazione orizzontale, infatti, viene promossa per ridurre l'eventuale ridondanza e duplicazione dell'offerta. L'integrazione verticale, invece, è stata progettata come sostegno delle dinamiche di sostituzione tra livelli di cura: il trattamento di una specifica malattia/patologia viene dunque 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.

Dal punto di vista operativo gli strumenti che si possono utilizzare per favorire l'integrazione tra i diversi attori della rete più utilizzati 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 questo autore, i benefici dell'organizzazione a rete di più strutture sanitarie sono:

- 1) razionalizzazione delle risorse in economia di scala e diffusione del know-how;
- 2) 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);

3) maggiore qualità e continuità dell'assistenza.

I tre principali modelli di rete in Sanità sono:

- a. Il modello *Hub & Spoke* (centralizzato) presenta uno o più centri di riferimento ad alta specializzazione per il trattamento delle situazioni più complesse, collegati con i centri *Spoke*, strutture con un ruolo diagnostico-assistenziale e di controllo medico dei pazienti che si avvalgono delle competenze dell'Hub solo nei casi di maggiore complessità. Le relazioni, in questo tipo di rete, sono bidirezionali tra centro e nodi connessi dai raggi che partono dal Centro. Si tratta di una rete disegnata con un "centro di gravità unico" (per esempio, le Reti per le Patologie ad Alta Complessità, come l'infarto miocardico acuto o l'ictus ischemico).
- b. Un altro modello è il cosiddetto *Web Model* (decentralizzato), dove le relazioni e i flussi dei pazienti sono bi-direzionali e le connessioni sono presenti non soltanto tra i singoli nodi e il centro ma tra i nodi, quindi la rete è più ampia e meno centralizzata e specializzata rispetto al modello *Hub & Spoke* (nelle reti di cura di pazienti fragili anziani, dove sono importanti i rapporti tra Ospedale, territorio e famiglie dei pazienti). È una rete con centri di gravità decentrati, distribuiti.
- c. Un terzo modello è quello che combina le due logiche precedenti *Integrated Web-Hub Model*: in questo modello "distribuito" sono molteplici i centri di riferimento, 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 (per esempio, nel *Chronic Care Model* di malattie come l'asma, il diabete, l'artrite, dove è molto importante la formazione/informazione dei pazienti per l'autogestione della malattia).

Nella prima fase del progetto (**network analysis**) lavoreremo dunque sul ri-conoscimento del modello di rete e delle sue caratteristiche, anche con **strumenti di infografica e visual design**: il disegno della rete, la forma (l'estensione, la presenza di uno o più centri, il numero di nodi), l'ampiezza, la collocazione dei nodi (vicinanza, lontananza), le modalità di relazione tra i nodi (chi cerca chi? per fare cosa? quando?), il tipo di risorse circolanti nella rete, le direzioni dei passaggi di risorse. Altri indicatori saranno, ad esempio, 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, familiari, volontari), e le interconnessioni (che ci permettono di vedere se tutti interagiscono con tutti o se alcuni fanno da mediazione verso altri). Con questi ed altri indicatori arriveremo ad una

rappresentazione grafica che permetterà ai diversi sottogruppi di riconoscerne le caratteristiche in forma grafica

La *network analysis*, con l'insieme di questi indicatori, ci dà un primo quadro d'insieme sulle reti organizzative delle Amministrazioni partecipanti al progetto, 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, invece, che non sono attuabili.

2) Analisi di protocolli, linee guida, strumenti di programmazione

In questa fase esploreremo cosa è stato definito e formalizzato per la regolazione dei rapporti tra servizi (che possono comprendere, ad esempio le AUSL, le Aziende Ospedaliere, i Comuni, il Privato convenzionato, il terzo settore e il volontariato) in atti come le deleghe, le strutture miste di gestione, le convenzioni, gli accordi di programma, i protocolli di intesa, le linee guida, i protocolli per determinate patologie. Queste definizioni formali vanno rilette perché costituiscono i quadri di riferimento diffusi in ambito socio-sanitario, ne costituiscono il linguaggio, e sono alla base di un insieme di regole interiorizzate, pratiche consolidate, visibili nei comportamenti degli operatori dei servizi socio-sanitari. Scopriremo così che ci sono una serie di parole e di etichette che vengono usate con significati diversi e che sono all'origine di malintesi e disfunzioni di rete.

3) Analisi del networking (processi di lavoro e relazioni di collaborazione)

In questa fase lavoreremo con i partecipanti sulla qualità delle connessioni, degli scambi e delle collaborazioni attuate all'interno delle reti che saranno oggetto del lavoro progettuale. Ci concentreremo dunque sulle interdipendenze che danno valore al lavoro di rete e sulle connessioni aperte. Queste saranno oggetto di **analisi, di mappatura con schede e di rappresentazione grafica con l'obiettivo di comprendere su quali segmenti di rete intervenire nel progetto della fase successiva**. Diverso ricerche e sperimentazioni dimostrano infatti che laddove integrazione delle reti e organizzazione dell'interdipendenza sono diventati oggetto di un lavoro progettuale dei servizi e funzione organizzata di nodi ad alta densità di connessioni emergono i vantaggi della rete. **Il passaggio-chiave è la comprensione di come e quanto il lavoro in rete produca apprendimento e crescita professionale-organizzativa per migliorare i percorsi della cura e come una visione più ampia dell'ampiezza della rete porti a trovare soluzioni attraverso il contatto con i**

nodi più lontani. Non solo: 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 della loro attività quotidiana. E' nella fase di analisi del networking che potremo accompagnare e sostenere la consapevolezza dei partecipanti del fatto che essere **attori e autori delle reti organizzative** significhi fare attenzione all'insieme delle azioni e degli interventi connessi e che si influenzano reciprocamente nei percorsi assistenziali e socio-sanitari.

Nelle fasi 4 (progettazione per il miglioramento del modello e sua modifica) e 5 (scrittura dettagliata del progetto e consegna dello stesso alla Direzione Regionale INPS o Coordinamento metropolitano di competenza, alla Pubblica Amministrazione di appartenenza del partecipante e alle Pubbliche Amministrazioni potenzialmente coinvolte nella realizzazione) accompagneremo la redazione del progetto conclusivo con attenzione all'utilizzo mirato delle categorie di analisi di rete sopraillustrate e di un progetto corredato di un piano di azione realizzabile nel dettaglio.

Ci saranno contesti dove sarà utile proporre l'implementazione di un modello molto formalizzato e predefinito, in altri, invece, gli strumenti e il disegno dovranno essere più flessibili e variabili a seconda del contesto e delle risorse esistenti.

Ciò che fa da comunque da sfondo a qualsiasi modello di rete è comunque un **cambiamento di mentalità e di cultura organizzativa e professionale**, caratterizzate da competenze di cooperazione, negoziazione, scambio di informazioni, consapevolezza del valore delle interdipendenze e delle corresponsabilità. Ed è anche questo un obiettivo importante di questo progetto.