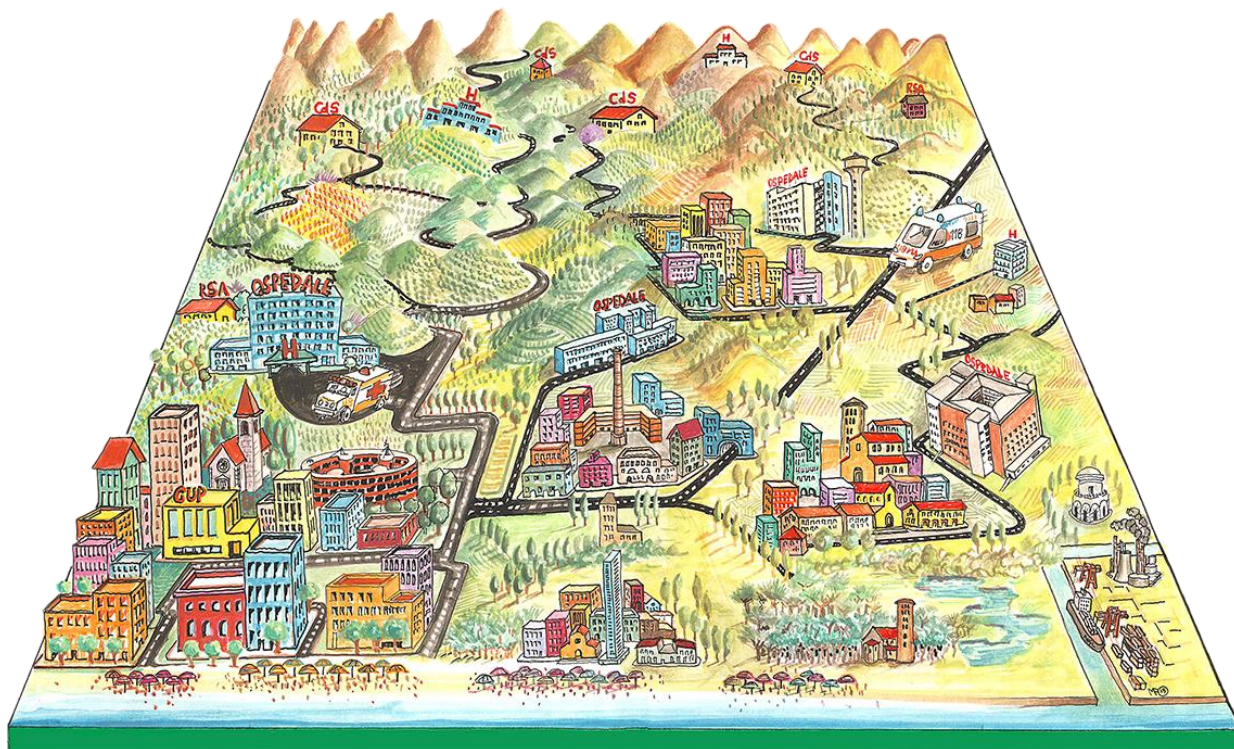




**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA**  
Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna



**Per un modello  
dell'AUSL della Romagna**

Maggio 2015

Tenendo ben presente che la riorganizzazione dell'AUSL della Romagna deve procedere nell'alveo della semplificazione e della sostenibilità organizzativa, nell'esplicitazione di un possibile modello di riferimento si deve comunque tenere conto di alcuni elementi che ci caratterizzano.

La fusione di quattro aziende sanitarie in una, comporta una crescita che non è la semplice sommatoria di quanto presente, bensì determina uno **sviluppo esponenziale** dei sistemi che sottendono a tale potenza erogativa di servizi. In altri termini rendere fluidi, omogenei ed efficienti i percorsi, quando si moltiplicano modalità di funzionamento e di relazione tra i vari soggetti che li determinano, richiede una particolare attenzione a che il disegno organizzativo favorisca **l'equilibrio tra concentrazione e decentramento** dei sistemi di governo.

Un secondo elemento è la necessità di predefinire un **modello dinamico**, che tenga conto di un approccio multidimensionale ai problemi di salute e consenta un adattamento attivo alla realtà. Siamo costituiti da più elementi in continua interazione tra loro con una reciprocità informativa che richiede continui meccanismi di retroazione per affrontare l'evoluzione dei bisogni sociosanitari.

Per gestire situazioni che chiedono capacità d'equilibrio e flessibilità di governo, occorrono **nuove attitudini** al coordinamento e nuove capacità decisionali anche nelle aree di minore chiarezza organizzativa. Questo deve tuttavia avvenire in una situazione dove le possibilità istituzionali di prevedere nuovi profili gestionali e richiedere competenze innovative, sono legate alla normativa attuale che predetermina i margini del cambiamento possibile.

Quello di "rete" è un concetto assai esteso, oggetto d'interesse per più discipline (economia, sociologia, informatica, telecomunicazioni, biologia, scienze dell'organizzazione, ecc.), quindi, per non generare ambivalenze e confusione, il suo utilizzo necessita di una contestualizzazione.

Nella prospettiva della sociologia delle organizzazioni per rete si intende "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 G., La Rosa M.: *Sociologia dei servizi*, Franco Angeli, 2006).

"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" (da: *"Tante reti, tanti paradigmi: Network analysis in sanità - Dossier Agenzia sanitaria e Sociale 241/2014 - Regione Emilia Romagna*).

"L'azienda si configura come una struttura di reti multiple a maglie non gerarchiche, che si integrano per nodi e per legami orizzontali e verticali. Le reti strutturali, di supporto e clinico-professionali, costituiscono la matrice organizzativa entro cui identificare definite aree di responsabilità e di raccordo" (*Atto Aziendale AUSL Romagna, 2015*).

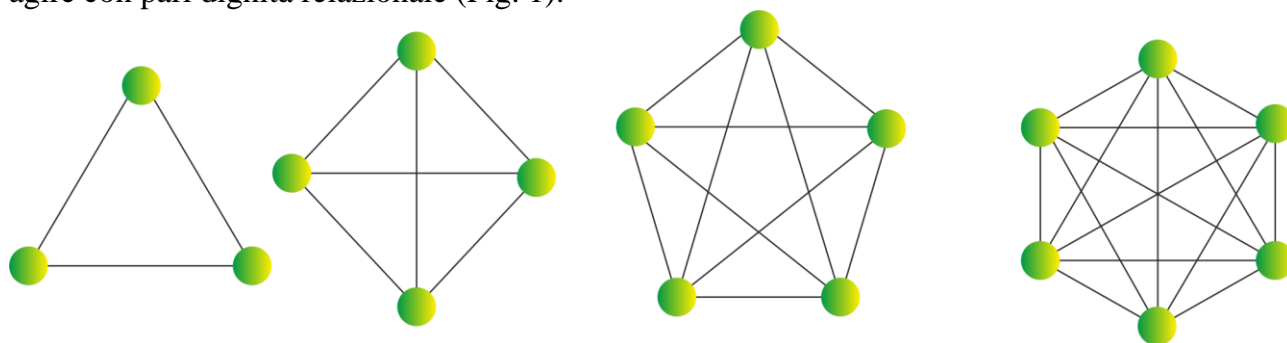
I vari soggetti che agiscono nella rete sono coinvolti in un tessuto di elementi sociali come la cultura, le abitudini, il senso di responsabilità e la reciprocità verso gli altri. È per questo che sociologi di riferimento (*K. Polany, M. Granovetter*) affermano che l'economia è incapsulata nel sociale dimostrando che gli attori non agiscono secondo principi di razionalità assoluta ed economica, perché ogni essere umano gode di una razionalità limitata all'interno di ogni decisione. Entrano in gioco altri concetti chiave come quelli di legame forte e legame debole.

I **legami forti** sono quelli che legano tra loro i membri di una famiglia, la rete degli amici di una vita, la militanza politica e creano relazioni importanti e durature, fondati su grande reciprocità, dove trovi aiuto quando hai bisogno ed offri aiuto. Si distinguono anche per relazione di lunga durata, frequenza del contatto e tempo passato assieme, investimento in emozione e sentimento, reciprocità e regolarità dello scambio tra le persone, natura del legame. Quindi sono connessioni in cui gli attori economici godono di forte fiducia, senso di collaborazione, e rispetto per i partner.

I **legami deboli** non godono di valori forti, ma sono comunque produttivi al fine di instaurare rapporti di collaborazione. I legami deboli sono di breve durata, contestuali ad una occasione, casuali e sono relativi ad attività che non giustificano la creazione di un rapporto duraturo.

Ricerche empiriche hanno dimostrato che i legami deboli sono molto più utili di quelli forti in situazioni di incertezza o di crisi, mentre tendiamo tutti a circondarci di amicizie fidate e siamo poco propensi a collegarci-aprirci con persone che non conosciamo, in un ottica di rafforzamento dei legami forti, in cui ci sentiamo più sicuri.

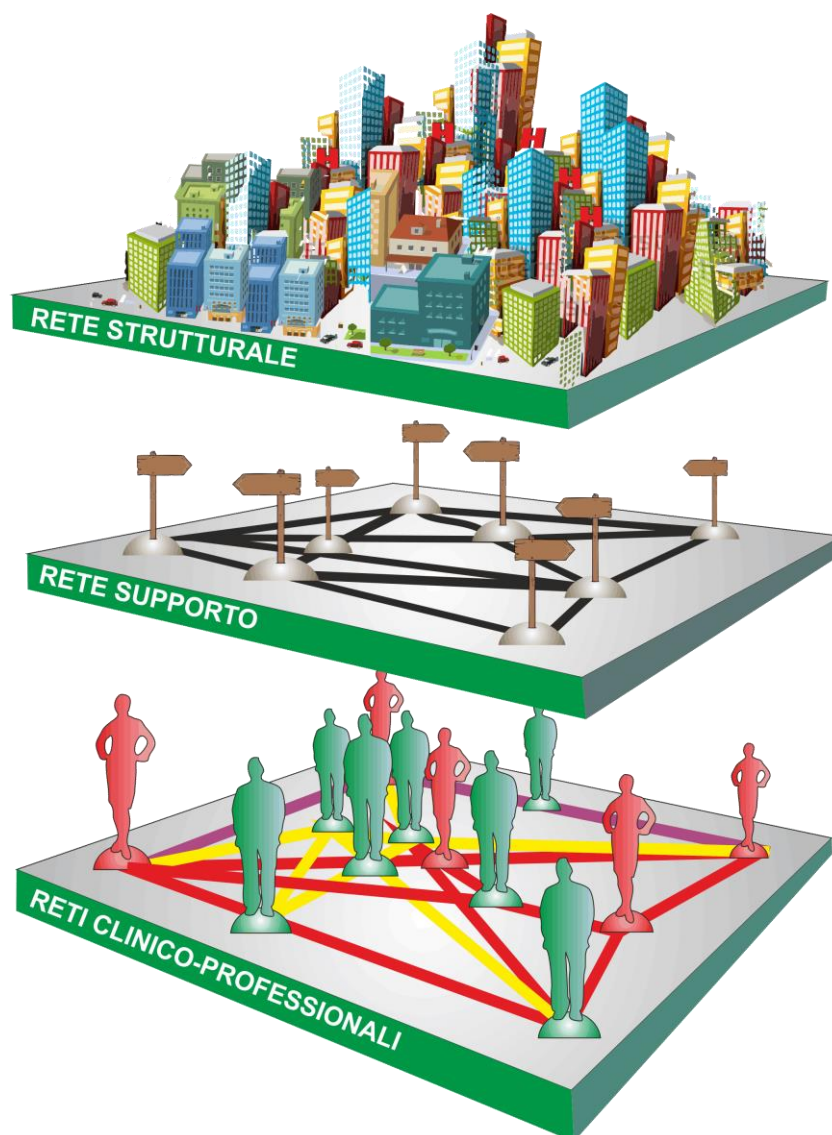
Nei legami forti l'informazione è detta "ridondante", ovvero vi è la tendenza (e il pericolo) che le informazioni circolanti siano sempre le stesse, mentre nei rapporti deboli le informazioni cambiano, sono sempre nuove e consentono all'individuo di poter godere di vantaggi quali maggiore reperimento di notizie sul cambiamento ambientale, maggiore tasso di innovazione, e possibilità di instaurare legami con soggetti sempre nuovi. Ad un aumento del numero dei nodi corrisponde un aumento esponenziale del numero dei legami che permettono ai nodi stessi di agire con pari dignità relazionale (Fig. 1).



Questa crescita esponenziale ha dei limiti cognitivi in chi esercita con accortezza e profondità un mandato di coordinamento, specie professionale (esplicitato nell'idea del noto *numero di Dumber* che definisce questo limite in un massimo di 150 relazioni con contatto diretto di conoscenza), rendendo inevitabili dispositivi intermedi di coesione, specie per gruppi non "fisicamente" vicini.

E' per questo motivo che è necessario dotarsi di nuovi sistemi gestionali in grado di favorire tali interconnessioni. In futuro sarà necessario ridisegnare gli assetti istituzionali in una visione di macrosistema (regionale e nazionale) più adatta alle nuove esigenze, ma oggi occorre proporre modelli che tenendo conto di questa invarianza, riescano ad assecondare una modularità coerente tra i vari portatori d'interesse.

Abbiamo identificato almeno tre reti principali (ma ne esistono altre), determinanti l'assetto organizzativo (Fig 2):

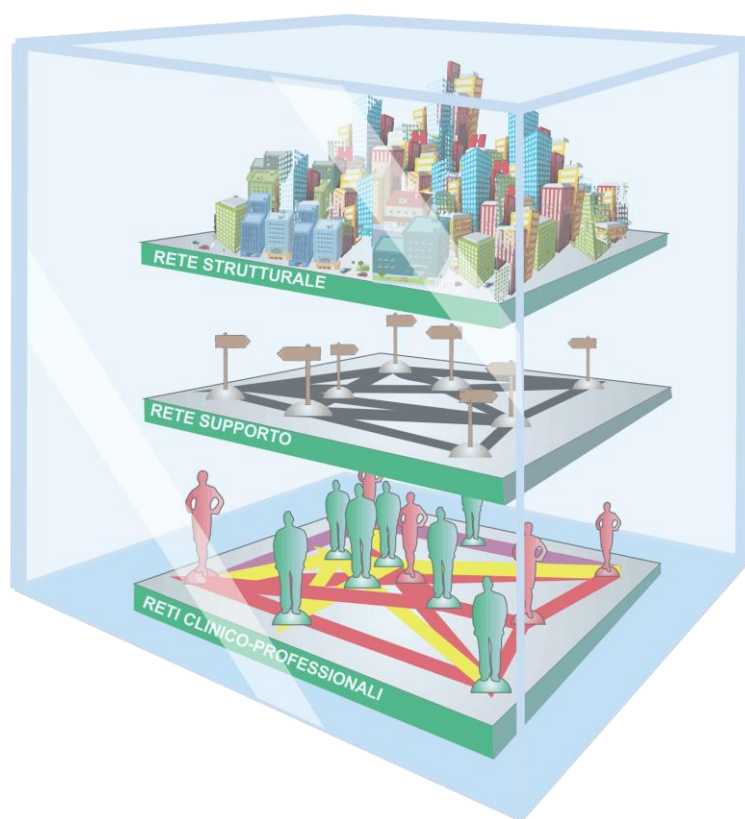


- **Rete strutturale.** E' costituita dall'insieme visibile delle attività clinico-assistenziali e comprende tutte le strutture erogative di servizi disponibili per i cittadini (15 ospedali pubblici, 8 Distretti, 20 Case della Salute, Strutture Intermedie, Unità Operative, ambulatori, sportelli, uffici, punti di assistenza domiciliare, ecc.).
- **Rete di supporto.** E' costituita dai sistemi che facilitano l'erogazione dei servizi permettendo il normale svolgersi delle attività nel rispetto delle normative europee, nazionali e regionali e che hanno come riferimento principale il cliente interno e le sue relazioni con l'ambito istituzionale. Comprendono tutti servizi delle aree amministrative, delle aree tecniche e tecnologiche, dei servizi di Staff, ecc. che a loro volta costituiscono ulteriori reti non gerarchiche.
- **Reti clinico-professionali.** Consentono la generazione dei servizi secondo i criteri condivisi del modello scientifico, che garantisce trasparenza, appropriatezza, efficacia, efficienza e verificabilità. Sono costituite dai professionisti (medici, tecnici, infermieri e tutte le altre professioni sanitarie) che attraverso il confronto interno ed esterno (nazionale ed



internazionale) sviluppano competenze di base e specialistiche in grado di garantire ai cittadini i migliori servizi possibili in coerenza con le risorse disponibili (governo clinico).

Queste reti, interconnesse, costituiscono una **matrice** (che definiamo **sociale** in quanto integrata in un ambito comunitario (Regione, Comuni, Organismi istituzionali di riferimento, che la istituisce e ne determina obiettivi, risorse e tempi) (Fig. 3)



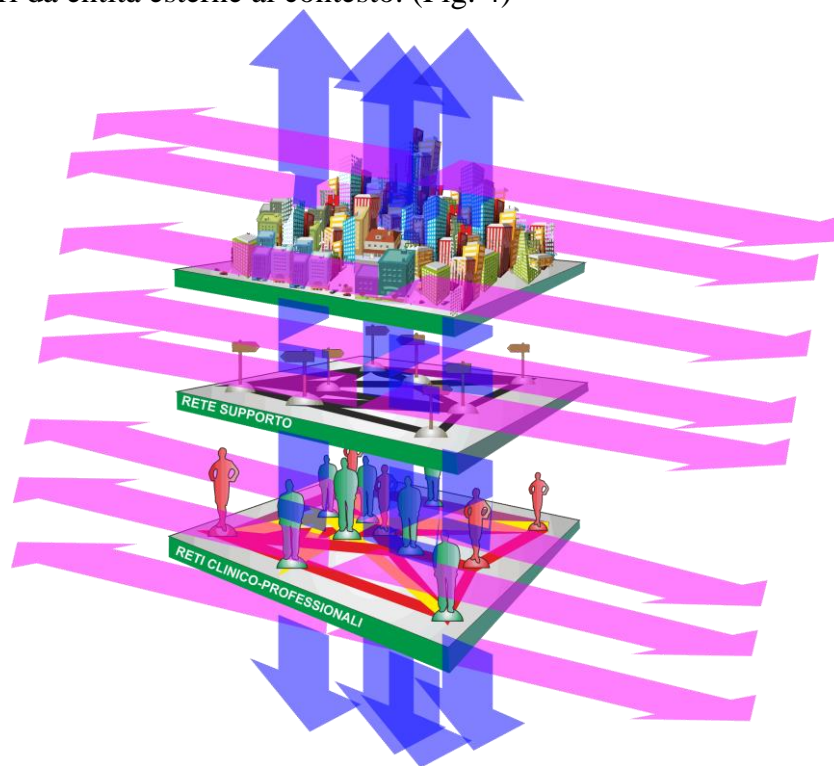
Ogni funzione di governo generale o parziale ha il compito di connettere i tre piani delle reti cercando d'integrare nel modo più funzionale e nel rispetto dei principi descritti nell'atto aziendale, i vari punti di vista e le proposte operative degli attori coinvolti, per conseguire gli obiettivi assegnati.

Le funzioni di governo aziendale costituiscono nell'emergenza tra la loro verticalità (i normali percorsi di ogni livello di direzione) e l'orizzontalità (le competenze e i meccanismi operativi propri dei professionisti) il punto d'incrocio nodale che determina la matrice. Il continuo movimento tra verticalità ed orizzontalità (grado di trasversalità) definisce il grado di adattabilità dell'intero sistema al contesto.

Tale modello permette di sviluppare dispositivi istituzionali flessibili che possono ricomprendere vari sottosistemi che a loro volta generano strutture operative composite. Si possono così definire aree funzionanti secondo lo schema "hub & spoke" (per funzioni definite) e contemporaneamente strutture a "reti non gerarchiche" laddove la capillarità erogativa richiede estrema frammentazione dei servizi, oppure modulare le azioni secondo il modello per "intensità di cura" e nello stesso tempo gestire "piattaforme" articolate su bisogni omogenei dei pazienti e aggregative di funzioni altrimenti ridondanti.

Lo **schema a matrice** riesce a garantire coerenza i vari sistemi di coordinamento in grado di favorire equità e prossimità di accesso. I sistemi di governo aziendale si posizionano nei legami

tra i vari nodi componendoli e aggregandoli secondo le necessità determinate dagli obiettivi di volta in volta individuati e con responsabilità definite. L'Azienda sanitaria della Romagna si può considerare un sistema complesso adattativo nel senso che presenta in alcune sue parti, interagenti in modo non lineare, capacità di auto-organizzazione con modelli impliciti e non progettati a priori da entità esterne al contesto. (Fig. 4)



Si spiega così l'importanza delle reti clinico-professionali che non possono essere dominate dai sistemi di controllo gerarchico, in quanto portatrici di conoscenza, spesso tacite, ma aderenti al compito dell'atto clinico-sanitario. I sistemi di governo devono pertanto assecondare tali movimenti trasversali più con la facilitazione dei flussi comunicativi e informativi che con istruzioni operative rigide; più con la condivisione anticipata degli obiettivi intermedi e finali che con l'osservanza di sistemi di valutazione a posteriori, spesso impliciti.

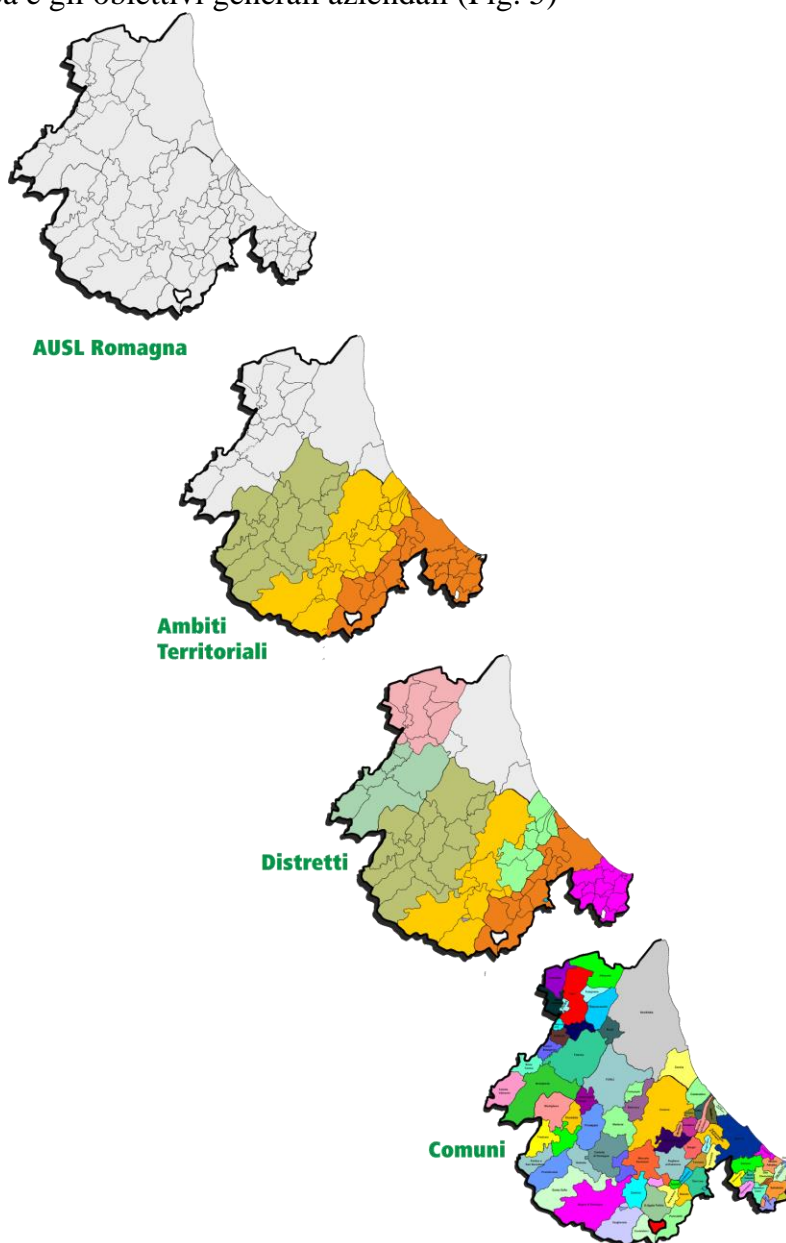
**Nell'approccio sistemico** è necessario decentrare per consentire la presa di decisioni ai livelli più vicini all'interesse clinico, ma nello stesso tempo creare reattive modalità di ripresa del controllo nelle situazioni di conflitto o d'impasse.

Disegnare un modello simile richiede realismo e gradualità. Il **realismo** appartiene alla sfera di "*ciò che è*", più che di "*ciò che dovrebbe essere*". Ovvero non saranno indicati a riferimento modelli che non esistono e che si distaccano troppo dall'orizzonte del quotidiano. L'ottica pragmatica è quella che si confronta con ciò che già ha di fronte nel tentativo di razionalizzare l'esistente per migliorarlo. Dobbiamo partire da quanto già presente e strutturato senza prefigurare soluzioni suggestive che poi evaporano al calore della quotidianità. Una visione "**gradualista**" termine in realtà piuttosto inusitato perché si richiama ad un approccio teorico che concepisce l'evoluzione come un processo graduale di strutturazione, ma a velocità variabile, secondo i casi. Modifiche discrete, progressive, costanti, di singole parti dell'organizzazione, che possono essere suggerite e accompagnate, alla fine, come in un organismo vivente, si rendono evidenti come trasformazioni profonde. Ogni rimodulazione non può prescindere dal **fattore tempo**, ammesso che già vi sia una predisposizione positiva al cambiamento, e non può essere solo la conseguenza attuativa di scelte radicali. E' evidente che

in vent'anni si siano sedimentate esperienze locali per qualche aspetto positive, per altri ridondanti, ed è altrettanto evidente che le necessarie correzioni devono avvenire con la consapevolezza del risultato che tutti si attendono ma che non può essere identificato solo in voci di bilancio (qualsiasi amministratore o portatore d'interessi quando si riferisce ai vantaggi delle riorganizzazioni, tenta di quantificarli in risparmi economici)

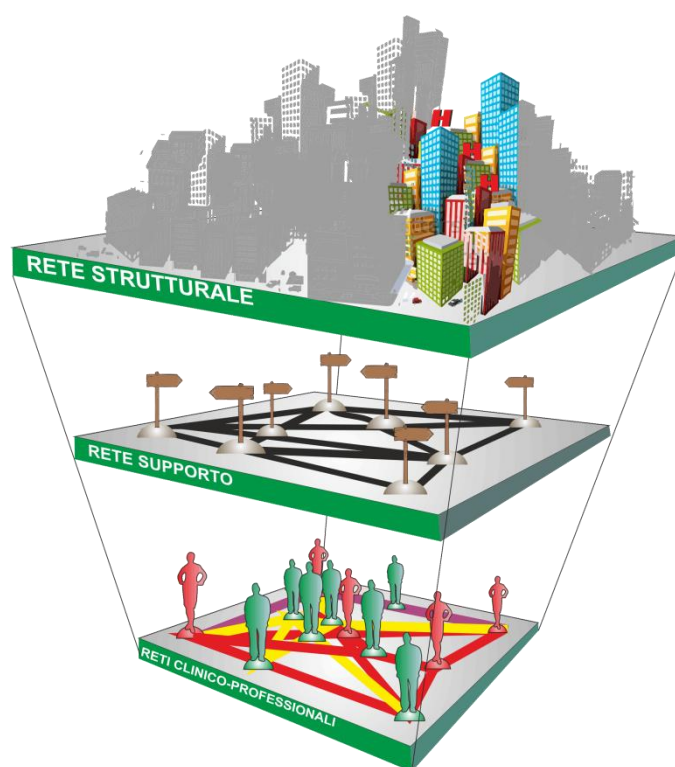
Realismo, pragmatismo e gradualismo senza cielo sopra sono però sterili. Per questo dichiariamo che l'azienda tende ad un modello a rete assistenziale che riesca a mediare tra tre elementi essenziali per ogni attività sanitaria: competenze professionali, strutture/tecnologie e prossimità erogativa. La rete attuale dei servizi è infatti il risultato di un lungo periodo di assestamento istituzionale-organizzativo di quattro realtà locali.

Tra la Direzione Generale (che non può gestire direttamente i rapporti con tutte le articolazioni aziendali) e le centinaia di Unità che garantiscono la produzione dei servizi, sono previste due aree di governo di cui quella costituita dagli otto Distretti è istituzionalmente definita dall'attuale normativa ed una seconda, di nuova istituzione nell'AUSL della Romagna, che prevede i Responsabili di Ambito Territoriale e che si pone come punto di raccordo tra la direzione strategica e gli obiettivi generali aziendali (Fig. 5)



Per raggiungere l'obiettivo di ricomposizione di una azienda unica l'AUSL della Romagna attribuisce grande valore ai **meccanismi operativi condivisi**, che sono lo strumento principe di governo (oltre naturalmente all'attribuzione delle risorse economiche a disposizione), e costituiscono la trama comune di interrelazioni tra le reti. Attraverso l'analisi dei meccanismi operativi si rende evidente la struttura organizzativa e quali specifiche tecnologiche e di professionalità sono richieste agli operatori per lo svolgimento del sistema di attività. I meccanismi operativi descrivono l'aspetto dinamico dell'organizzazione. Questi meccanismi quindi chiariscono ai membri l'ambito di riferimento ed i vincoli funzionali in cui svolgere il proprio loro lavoro al fine del raggiungimento dell'obiettivo dell'organizzazione.

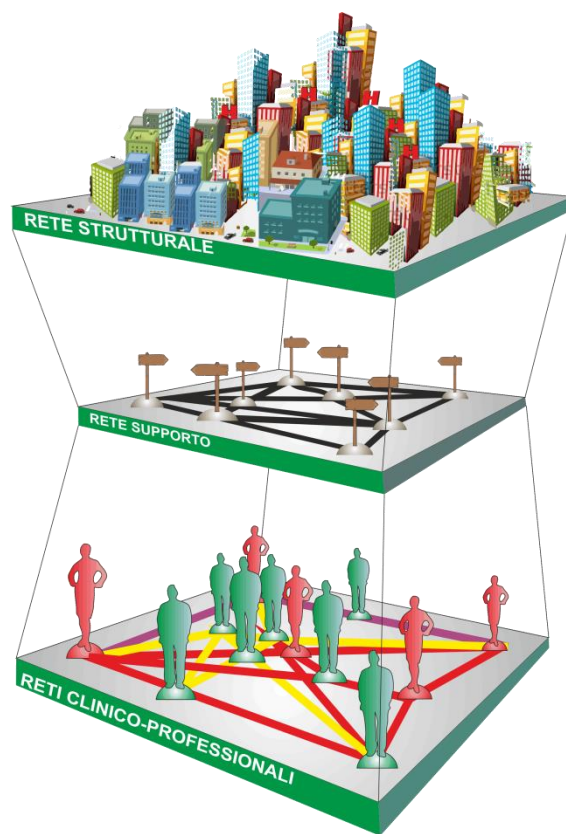
**Dipartimenti Verticali** (fig. 6). Si basano sul principio dell'aggregato per aree funzionali omogenee ed hanno la caratteristica di insistere all'interno di uno degli ambiti territoriali definiti (presidio ospedaliero o territoriale) per garantire elevata prossimità e alto potenziale d'integrazione con i servizi territoriali coinvolti nella prevenzione, cura e riabilitazione, oltre la condivisione di tecnologie. I sistemi di governo si esplicitano nell'integrazione con le reti di supporto e clinico-professionali individuando, e verificandone l'adesione nel tempo, ai meccanismi operativi comuni.



**Dipartimenti Orizzontali** (Fig. 7). Sono aggregati per aree funzionali omogenee, per apparato, per patologie o per disciplina/funzione. Hanno la caratteristica di garantire un profilo operativo unico su tutti i punti della rete strutturale, garantendo la massima omogeneità funzionale e il grado di specializzazione. Per vari motivi già condividono obiettivi integrati, utilizzano



procedure e meccanismi operativi condivisi e talvolta sovraordinati. Garantiscono su tutta la rete l'appropriatezza dell'offerta graduando e coniugando efficienza ed efficacia. I sistemi di governo si esplicano nel garantire uniformità e coerenza operativa clinico-professionali e individuando nell'integrazione con la rete di supporto le modalità erogative più coerenti con gli obiettivi e i principi aziendali.



Per quanto affermato è evidente che tale organizzazione sanitaria è un sistema ad elevatissimo fabbisogno di coordinamento e integrazione, quindi si viene a determinare un **profilo dirigenziale** che, oltre alla competenze specifiche professionali (centrali e tipiche delle reti clinico-professionali), si definisce anche per altre dimensioni proprie dei sistemi complessi, che verranno definite e descritte proprio in base ai livelli di responsabilità gestionale. Diviene importante l'approccio sistemico, la capacità di gestione dei sistemi relazionali tra flussi comunicativi, scambi, feedback e relazioni con i contesti esterni. Viene assegnato valore all'esperienza ma, paradossalmente, molto di più alla *"capacità negativa"*, ovvero alla capacità di riuscire ad agire positivamente anche in situazioni d'incertezza; *"possedere una sorta di apertura verso il mondo, una capacità di aver fiducia in cose vaghe che non sono completamente sotto controllo e che potrebbero destabilizzarti spingendoti in circostanze che vanno anche al di là della tua sfera di responsabilità"* (Martha Nussbaum). Si amplia la necessità di discrezionalità, che è praticamente assente nei contesti semplici ma che diviene altissima nell'integrazione di reti.