

Il nuovo ruolo degli ospedali nella rete assistenziale

Carlo Favaretti

Direttore generale, Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari – Trento

Il concetto di rete può essere usato efficacemente sia in termini metaforici che descrittivi, in quanto rende bene l'idea della complessità che gli attuali sistemi sanitari si trovano a fronteggiare. Tuttavia è sempre opportuno ricordare che l'obiettivo di una rete assistenziale è quello di essere *uno strumento* per soddisfare al meglio le esigenze e aspettative di tutte le parti interessate al processo assistenziale stesso: i pazienti e le loro famiglie, il personale che opera nelle strutture, l'articolato sistema dei finanziatori, i fornitori di beni e servizi e la comunità nel suo complesso.

Tali esigenze e aspettative non sono monodimensionali ma bensì, utilizzando una partizione didattica ma utile, si giocano sul piano professionale, organizzativo e relazionale. Interessante è sottolineare come le diverse parti interessate hanno una diversa percezione di queste dimensioni della qualità e che il prodotto finale non può che essere il bilanciamento tra tutte le spinte (contrapposte e/o concorrenti) che vengono messe in atto in un determinato momento.

Sul piano della metafora, è bene sottolineare come la rete assistenziale non è una recinzione (che circonda), la rete del campo da tennis (che separa) né la ragnatela (che intrappola) ma può e deve essere vista come il World Wide Web (che collega), la rete del trapezista (che salva), la rete antigrandine (che protegge) o la rete del colino (che filtra).

Una rete è "costituita" non solo dai *nodi* e dalle *maglie* che li collegano, ma anche dal *contesto* nel quale viene usata. Questi tre elementi si influenzano a vicenda: per esempio, nodi importanti non possono essere tenuti insieme da legami deboli e viceversa, la larghezza delle maglie dipende dal contesto ma anche determina la funzione della rete, il contesto determina l'importanza dei nodi ma ne è a sua volta influenzato.

Continuando l'analisi di questi tre elementi, l'introduzione dell'idea (e della pratica) di rete assistenziale presuppone alcuni importanti cambiamenti. In estrema sintesi, a livello dei nodi, il cambiamento può essere riassunto dallo slogan "dalla casa al condominio" e la criticità sta nel cambiare le regole che sono alla base delle relazioni tra le parti interessate. Le maglie che collegano i nodi implicano che bisogna passare dalla erogazione della singola prestazione alla strutturazione di una catena di eventi assistenziali tra di loro coordinati (governo del processo) nella quale la criticità è rappresentata dalle interfacce. Infine, l'agire della rete presuppone il cambiamento del contesto culturale complessivo e su questo fronte è necessario introdurre il concetto di "co-produzione" del servizio tra le parti interessate, riassumibile dallo slogan "dalla compliance all'accordo".

Sul piano descrittivo è indubbio che la rete assistenziale italiana si colloca oggi all'interno dei LEA: è proprio lungo questa matrice che si snodano i processi assistenziali che, insieme, tessono la rete complessiva. Il ruolo dell'ospedale deve essere visto dentro questa complessità ed è del tutto riduttivo considerarlo solo dentro le reti che garantiscono il LEA ospedaliero. Allargando lo zoom, invece, deve poi essere considerato il fatto che i processi assistenziali sono solo uno degli strumenti con i quali la comunità tutela la propria salute e quindi la rete assistenziale va inserita nella più ampia rete della promozione della salute.

La teoria sta in piedi solo se accompagnata dalla pratica: come è stato declinato tutto ciò nell'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento?

I numeri dell'Azienda sono i seguenti: 480.000 abitanti serviti, 7.000 dipendenti (circa 3000 infermieri e 850 medici), 650 medici di medicina generale, pediatri e altri convenzionati, gestione diretta di 2 ospedali, di 11 distretti (con altri 5 ospedali) e numerose strutture ambulatoriali (circa 2650 liste di prenotazione ordinaria + le priorità cliniche), accordi contrattuali con alcune strutture ospedaliere e ambulatoriali private e con 50 Residenze Sanitarie Assistenziali accreditate, bilancio 2003 pari a 811 milioni di euro, in equilibrio.

Gli ospedali sono collocati all'interno della rete ospedaliera provinciale, articolata in dipartimenti strutturali provinciali (radiodiagnostica e laboratorio), dipartimenti strutturali intraospedalieri e dipartimenti funzionali; alcune unità operative svolgono una funzione multizonale e sono attivi meccanismi che incentivano la mobilità di personale medico tra le diverse strutture.

Sono attivi alcuni strumenti di integrazione tecnologica tra le diverse parti del sistema: teleradiologia (PACS), telepatologia, dossier clinico multimediale in oncologia, ginecologia, dermatologia anche per il teleconsulto, telecardiologia (rete di elettrocardiografia intra-ospedale, tra ospedale centrale e ospedale periferico, tra ospedale, RSA e alcuni medici di medicina generale, rete di ecocardiografia e teleconsulto cardiologico).

Dal punto di vista organizzativo sono stati avviati processi di integrazione con le attività distrettuali: messa a regime su base provinciale del sistema delle priorità cliniche per l'erogazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, attivazione delle Unità Valutative Multidimensionali per la predisposizione dei piani assistenziali (in ADI o in RSA) dopo il ricovero, definizione condivisa di protocolli assistenziali per importanti patologie (per esempio, BPCO, scompenso cardiaco).

Di particolare rilievo è l'uso che è stato fatto degli accordi contrattuali con i privati accreditati, con i quali sono stati regolamentati i grandi flussi di pazienti da una struttura e l'altra (acuti, lungodegenti, riabilitazione) e si sono acquisite prestazioni non su base storica ma sulle effettive necessità di completare l'offerta aziendale.

Per favorire il funzionamento della rete assistenziale, i due strumenti principali adottati sono stati l'adozione del Programma Aziendale di Sviluppo Strategico 2001-2004 (PASS 2004) e la strutturazione di un processo di budgeting diffuso che considera non solo le risorse disponibili ma anche le attività da svolgere (cliniche e organizzative) e che rappresenta il punto unificante di tutte le diverse forme di programmazione aziendale annuale (per esempio, edilizia, formazione, attrezzature, HW e SW, sicurezza).