

La Sanità territoriale alla luce della teoria della complessità e delle reti sanitarie*

Antonio Fortino** e Giusy Casazza***

SOMMARIO: 1. Il paradigma della complessità applicato all'organizzazione sanitaria. – 2. La Rete Territoriale descritta dal DM 77. – 3. L'Agente di Rete e il Manager di rete. – 4. Conclusioni.

1. Il paradigma della complessità applicato all'organizzazione sanitaria

L'organizzazione del nostro sistema sanitario sta vivendo una profonda trasformazione, spinta dalla necessità di superare la frammentazione dei servizi e di mettere il paziente al centro del percorso di cura. Il modello che sta emergendo è quello della rete, un concetto preso in prestito dalla teoria della complessità che riguarda trasversalmente molte discipline del sapere, dalla fisica, alla biologia, alle scienze sociali, all'etica. Anche in ambito sanitario, questo approccio offre una prospettiva innovativa per ripensare l'assistenza sanitaria e sociosanitaria, con un focus particolare sull'assistenza primaria che intrinsecamente ha aspetti di complessità sociale, professionale, epidemiologica.

La teoria delle complessità e delle reti mostra infatti che molti fenomeni, sia naturali che costruiti, sono organizzati come un insieme di nodi o “punti” connessi da “legami” o relazioni. Questi legami, che possono essere forti o deboli, centrali o periferici, non solo determinano il risultato complessivo del sistema, ma influenzano anche le proprietà dei sin-

* Il testo costituisce la rielaborazione, frutto della collaborazione tra i due Autori, dell'intervento svolto da Antonio Fortino durante il workshop “La Casa della Comunità presa sul serio” (Castelfranco Emilia, 29 maggio 2025), nell'ambito del PRIN “Il diritto costituzionale della salute e dell'organizzazione sanitaria, dopo l'emergenza della pandemia” (p.i. prof. Renato Balduzzi). Il contributo è destinato al volume “La Casa della Comunità presa sul serio”, a cura di R. Balduzzi e D. Servetti, Pisa, Pacini, 2026, in corso di pubblicazione.

** Direttore del Dipartimento Area sanitaria, Agenas, fortino@agenas.it.

*** Dipartimento Area sanitaria, Agenas, casazza@agenas.it.

goli elementi, sicché dall'intrecciarsi di esse possono sorgere proprietà nuove del sistema che le singole parti non posseggono (caratteristiche emergenti). Concetti come hub (nodi centrali), bridge (punti di connessione tra diverse parti della rete), auto-organizzazione, plasticità ed adattamento sono fondamentali per comprenderne il funzionamento.

L'esperimento di Milgram ("sei gradi di separazione"), applicato al sistema sanitario, suggerisce che l'informazione e il paziente possono muoversi attraverso le reti con sorprendente rapidità ed efficacia, a condizione che i legami e i nodi (come gli hub e i bridge citati nella presentazione) siano stati ben definiti e funzionanti.

Già il Decreto ministeriale 70 del 2015 [1] ha introdotto il concetto di reti per patologia, come quelle per le emergenze cardiologiche, l'ictus, o l'oncologia, che integrano l'attività ospedaliera con quella territoriale. Tuttavia, la sfida attuale è estendere questo modello all'intera assistenza territoriale, creando una rete diffusa e integrata. La definizione di rete sanitaria, secondo l'Intesa Stato-Regioni del 24 gennaio 2018 [2], è di un "modello organizzativo che assicura la presa in carico del paziente mettendo in relazione, con modalità formalizzate e coordinate, professionisti, strutture e servizi che erogano interventi sanitari e sociosanitari di tipologia e livelli diversi".

Negli anni, in parallelo all'evoluzione tecnologica ed organizzativa, si è assistito ad una evoluzione degli scopi e delle caratteristiche delle reti sanitarie (v. Box 1), con un progressivo passaggio da un approccio economico che mette in comune risorse limitate lungo l'intera filiera produttiva, ad un approccio di percorso e di presa in carico che assicuri la continuità dell'assistenza tramite i PDTA (Percorsi Diagnostico-Terapeutico-Assistenziali) e ramifichi l'accessibilità dei servizi senza tuttavia frammentarli. Più recentemente si è sottolineato l'importanza di un approccio centrato sulle competenze che valorizza le professionalità, riconosce l'interdipendenza e migliora così gli esiti di salute. Infine, una prospettiva socio-politica finalizza le reti all'inclusione, sperimentando soluzioni nate ai "margini" e raggiunga i bisogni inespressi dei gruppi di popolazione isolati, al fine di poter affrontare efficacemente le minacce e i mutamenti del contesto attuale.

Box 1. Evoluzione degli scopi delle reti sanitarie

Approccio economico	Approccio della presa in carico (<i>patient-centred</i>)
• mettere in comune risorse limitate, filiera produttiva • affrontare minacce e ambienti mutevoli	• dare continuità al percorso dei pazienti, PDTA • ramificare l'accessibilità ai servizi tenendoli uniti senza frammentarli
Approccio delle competenze	Approccio dell'inclusione
• valorizzare la professionalità ed essere più efficaci negli esiti di salute • riconoscere l'alterità, la reciprocità, l'interdipendenza, la multidisciplinarietà	• sperimentare soluzioni che sono conosciute più ai margini che al centro • raggiungere gruppi di popolazione/aree isolati, esclusi, bisogni inespressi o repressi

Ciò che si è appreso dalle esperienze realizzate è che le reti funzionano al meglio se sono note ai vari attori le regole, se vi è una forte e credibile leadership che vi investe e le sostiene, se vi è meno gerarchia e più reciprocità.

2. La Rete Territoriale descritta dal DM 77

Il DM 77/2022 rappresenta il punto di svolta per la creazione della rete territoriale. La nuova visione descritta è quella di una rete “geografica e professionale”, in cui le strutture fisiche (Case e Ospedali di Comunità) si uniscono a reti di professionisti (come l’Infermiere di Famiglia e Comunità) e a sistemi informativi integrati. In questa nuova geografia dei servizi viene superata l’attuale frammentazione con l’obiettivo di creare un distretto reale e virtuale in cui i sistemi informatici sono progettati per essere “nativamente in rete” e i percorsi di cura siano fluidi e coordinati.

La Casa della Comunità (CdC) è posta al centro di questa rete, collegata ad altri servizi assistenziali come l’assistenza domiciliare integrata (ADI), la specialistica ambulatoriale, gli Ospedali di Comunità (OdC) e i servizi sociali. Il regista di questa rete territoriale è il Distretto sociosanitario, che il decreto definisce come “Distretto della Comunità”. Strumenti chiave per il funzionamento della rete sono la Centrale Operativa Territoriale (COT), il numero unico 116117, l’integrazione sociosanitaria con i Comuni e gli ATS (ambiti territoriali sociali) e la figura dell’Infermiere di Famiglia o Comunità (IFoC).

Il monitoraggio semestrale di AGENAS misura lo stato di avanzamento nell’attivazione di tutti gli elementi descritti dal DM 77 nell’allegato 1. Il Report viene reso pubblico da Agenas a partire dall’anno 2025 [3]. I seguenti dati si riferiscono quindi agli strumenti di rete, così come sviluppati fino al 31 dicembre 2024.

- Centrali Operative Territoriali (COT): attive 641 COT in tutta Italia, con un totale di 611.216 pazienti presi in carico. Lombardia (102 COT attive) e Piemonte (121.025 pazienti presi in carico) si distinguono per il maggior volume di attività
- Centrali 116117: attive sperimentalmente 18 centrali di questo numero unico europeo dedicato alle cure non urgenti, con una marcata variabilità tra le Regioni per il tipo di servizi offerti (risposta laica, risposta infermieristica, invio alle Case della Comunità o al medico di medicina generale, ecc.)
- Infermieri di Famiglia o Comunità (IFoC): la diffusione di questa figura professionale mostra un quadro molto diversificato tra le regioni, per dotazioni e percorsi formativi. Sebbene molte regioni abbiano valutato il fabbisogno di IFoC, il numero di infermieri da reclutare è ancora molto alto in alcune aree, come in Campania (1.876) e Lombardia (1.121)
- Quanto all’integrazione sociosanitaria, gli Accordi di programma sono stati sottoscritti in 10 regioni (Emilia-Romagna, Liguria, Marche, Piemonte, PA Trento, Puglia, Sardegna, Toscana, Valle d’Aosta e Veneto), i PUA sono presenti nel 73% delle Cdc con servizi attivi e costituiscono il front-office in grado di informare ed indirizzare l’utente distinguendo tra bisogni “semplici” e “complessi”. A seconda della complessità del bisogno, il paziente può essere indirizzato a servizi semplici o, nel caso di bisogni complessi, alla Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) per l’avvio di una presa in carico integrata.

Nel contesto di questa nuova organizzazione, emerge una figura fondamentale: il Case manager. Si tratta di un professionista sanitario o sociale, individuato in base ai bisogni prevalenti della persona, che ha il compito di assicurare la presa in carico effettiva del paziente, interagendo in modo proattivo con tutti i soggetti coinvolti nell'attuazione del Piano Assistenziale Individualizzato (PAI). La figura dell'IFoC rappresenta quella più naturalmente votata a ricoprire questo ruolo.

3. L'Agente di Rete e il Manager di rete

L'esperienza delle reti esistenti insegna che il loro successo dipende da una serie di fattori, tra cui un forte coordinamento, una leadership locale efficace e risorse dedicate [4]. L'Agente di rete, o Case manager, è la figura sanitaria o sociale che assicura la concreta presa in carico della persona, interagendo pro-attivamente con tutti i soggetti coinvolti nel percorso; mentre il Manager di rete rappresenta il "regista" responsabile del coordinamento e della gestione dell'insieme dei servizi sanitari e socio-sanitari presenti sul territorio, al fine di garantire una gestione della rete di assistenza territoriale efficiente e centrata sul paziente.

La sfida principale è evitare di creare nuovi "silos" e garantire che le singole reti siano inserite in un sistema più ampio e armonico. Un ruolo chiave è quello del manager di rete [5], che deve possedere non solo doti tecniche e manageriali, ma anche competenze umane, come la capacità di innovazione, di adattamento, di collaborazione e di comunicazione. Il passaggio a un'organizzazione basata sulla rete richiede una profonda trasformazione del ruolo del manager sanitario che identifichiamo nel Direttore di Distretto, che non può più limitarsi a una gestione burocratica e gerarchica.

I manager territoriali, in questo nuovo scenario, devono sviluppare un "pensiero di rete" (*network thinking*), una competenza essenziale per comprendere, descrivere, misurare e creare nuove reti. Questo implica la capacità di riconoscere e valorizzare le interconnessioni, promuovendo il dialogo e la reciprocità al posto dell'autoreferenzialità.

4. Conclusioni

Oggi viviamo in un mondo di reti collegate, la comunità è un insieme di reti e di relazioni, e se applichiamo all'organizzazione il paradigma della complessità e delle reti aumentiamo l'efficacia degli interventi e la resilienza degli attori coinvolti.

L'assistenza territoriale è intrinsecamente un intreccio di reti formali e informali, in cui ogni singola struttura sanitaria e sociale acquista maggior valore ed efficacia se interagisce con le altre. La concreta attuazione del DM 77 è un passo fondamentale in questa direzione. Saper leggere, descrivere e misurare le reti esistenti e crearne di nuove è una competenza cruciale per i manager territoriali, da apprendere o consolidare favorendo la reciprocità e il dialogo piuttosto che la gerarchia.

Alla fine, costruire relazioni di rete non è solo un fatto tecnico o organizzativo ma una visione che ha un fondamento etico, il bene comune che supera gli interessi individuali e promuove la collaborazione e l'interazione tra tutti gli attori coinvolti nel processo di cura, valorizzando i legami, la cooperazione e la reciprocità.

Bibliografia

- [1] Decreto Ministeriale 2 aprile 2015, n. 70 Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera
- [2] Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, 24 gennaio 2018. Accordo in materia di: "Linee guida per la revisione delle reti cliniche - Le reti tempo dipendenti"
- [3] Agenas: Report Nazionale Monitoraggio DM 77/2022, 2024. <https://geopnrr.agenas.it/web/uploads/Report%20nazionale%20II%20semestre%202024%2010.3.pdf>
- [4] Brown BB, Patel C, McInnes E, Mays N, Young J, Haines M. The effectiveness of clinical networks in improving quality of care and patient outcomes: a systematic review of quantitative and qualitative studies. *BMC Health Serv Res.* 2016 Aug 8;16(1):360. doi: 10.1186/s12913-016-1615-z. PMID: 27613378; PMCID: PMC5018194.
- [5] JSpanos, S., Leask, E., Patel, R. *et al.* Healthcare leaders navigating complexity: a scoping review of key trends in future roles and competencies. *BMC Med Educ* **24**, 720 (2024). <https://doi.org/10.1186/s12909-024-05689-4>

