

Modello di valutazione degli interventi sanitari territoriali innovativi

*Proposta di una strategia
per il monitoraggio
e la valutazione*

Silvia Pilutti

Roberto Di Monaco



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI TORINO



Dipartimento di Scienze Cliniche e Biologiche



Questo contributo è stato ideato nell'ambito di un lavoro di valutazione commissionato dal Master di infermieristica di famiglia e di comunità, del Dipartimento di Scienze Cliniche e Biologiche dell'Università di Torino.

In particolare, il lavoro è stato orientato alla "Costruzione e sperimentazione di un modello di valutazione degli interventi socio-sanitari territoriali innovativi e del profilo professionale degli operatori impegnati, con particolare riguardo alla figura dell'infermiere di famiglia e di comunità". L'esperienza dell'introduzione dell'Infermiere formato dal master in alcune valli piemontesi, attraverso il progetto Co.N.S.E.N.So. – *Community Nurse Supporting Elderly in a changing Society*, ha fornito un'occasione di discussione con gli operatori e di verifica empirica di alcuni aspetti del modello.

In realtà quest'esperienza di analisi poggia su una vasta gamma di esperienze di ricerca condotte a livello italiano e internazionale dagli autori negli ultimi venticinque anni, intorno alle problematiche dell'innovazione e della valutazione, in molteplici ambiti di attività.

Si vuole quindi presentare un approccio alla valutazione immediatamente applicabile nei contesti organizzativi e territoriali per orientare l'evoluzione dei modelli di medicina territoriale, ma si vuole anche proporre una strategia solida e profondamente radicata nei più importanti filoni di lavoro intorno al miglioramento organizzativo e alla gestione del cambiamento, consapevoli della sfida sempre più attuale per la trasformazione dei modelli di welfare.

Il documento, volutamente sintetico, può tradursi in applicazioni a casi e situazione utilizzando un'ampia gamma di percorsi e strumenti di accompagnamento e formazione. A questo fine nell'ultima parte del documento vengono fornite indicazioni concrete di applicazione che, eventualmente con l'integrazione di un supporto di consulenza metodologica iniziale, possono consentire a qualsiasi organizzazione di servizi, pubblica o privata, di entrare nella logica del miglioramento continuo sostenuto dalla valutazione degli operatori.

Un caloroso ringraziamento alle figure direttive del Master, Giuseppe Costa, Ginetto Menarello, Giuliano Pasquale, Paola Obbia e agli specialisti dei servizi SEPI e DORS dell'ASLTO3, con cui molti contenuti di questo contributo sono stati discussi. Un ringraziamento anche alle/agli studenti del Master per la loro disponibilità a condividere e discutere le loro esperienze e a Eleonora Zocchetto che ha effettuato le interviste alle infermiere di famiglia e comunità per la realizzazione della tesi di laurea.

1ª edizione, marzo 2019

Prospettive ricerca socio-economica editrice, Torino

ISBN 978-88-907930-2-8

Riproduzione vietata ai sensi di legge

(art. 171 della legge 22 aprile 1941, n.633)

Senza regolare autorizzazione, è vietato riprodurre questo volume anche parzialmente e con qualsiasi mezzo, compresa fotocopia, anche per uso interno o didattico.

Sommario

Valutare per innovare	2
Valutare la qualità delle relazioni, motore dell'innovazione	3
Superare le forme di organizzazione meccanico-burocratica nei servizi	5
Il modello di valutazione dell'innovazione organizzativa e sociale: criteri e domande	7
L'impatto come obiettivo dell'innovazione e della valutazione.....	10
Il contributo dei sistemi di osservazione sulla salute e dei sistemi informativi dei servizi	14
Sfide aperte per l'innovazione, su cui la valutazione dovrebbe posizionarsi	17
Breve guida: come usare la valutazione a supporto del miglioramento dei servizi	28
Test di aderenza del modello sull'esperienze Co.N.S.E.N.So.....	34
Risorse bibliografiche	52

Valutare per innovare

Questo documento presenta la strategia messa a punto per il monitoraggio e la valutazione dei percorsi di innovazione del servizio socio-sanitario territoriale, elaborata a partire dallo studio dell'esperienza del progetto Co.N.S.E.N.So. e dalla riflessione sulle esperienze di innovazione e sulle questioni legate alla qualità e all'innovazione che emergono nella letteratura e nelle sperimentazioni in contesti di ricerca.

La strategia sceglie di assumere l'orientamento all'innovazione dei sistemi socio-sanitari territoriali come riferimento per la valutazione. Quest'orientamento dovrebbe essere finalizzato ad accrescere la loro capacità di migliorare la salute, soprattutto attraverso la prevenzione e con un'attenzione specifica per coloro che hanno minori capacità di controllo sulla medesima.

Per innovazione intendiamo, seguendo l'OCSE, *l'implementazione nuova o significativamente migliorata di un prodotto (bene o servizio), di un processo, di un approccio al mercato e alla domanda o di nuove modalità organizzative* (OECD Eurostat, 2005). Il miglioramento dell'organizzazione e della qualità di un servizio socio-sanitario, in realtà, può anche proporsi di avere una gamma di impatti e di significati più ampia, fino ad arrivare a rappresentare un'innovazione sociale (Barbera e Parisi, 2018). Ciò avverrebbe *“se si tratta di nuove idee (prodotti, servizi e modelli) che soddisfano dei bisogni sociali (in modo più efficace delle alternative esistenti) e che allo stesso tempo creano nuove relazioni e nuove collaborazioni. In altre parole, innovazioni che sono buone per la società e che accrescono le possibilità di azione per la società stessa, con un impatto strutturale e sostenibile.”* (Murray, Caulier Grice e Mulgan 2013). In questo caso, nella prospettiva di Europa 2020, l'innovazione è caratterizzata dalla compresenza di *sei elementi fondamentali, che risultano interdipendenti ed evolvono nel tempo: i) migliore soddisfazione di un'esigenza collettiva; ii) innovazione delle relazioni tra gli attori economici e sociali, e dei loro ruoli; iii) tecnologie; iv) miglior uso dei beni/risorse disponibili; v) impatto strutturale; vi) effetto economico.*

Quindi, l'innovazione dei servizi socio-sanitari dovrebbe tendere a trovare risposte nuove a bisogni personali e sociali, con una chiara priorità per le persone per le quali i bisogni si trasformano in problemi, se non emergenze, che le persone stesse non sono in grado di affrontare con le proprie risorse e capacità personali. Sono queste emergenze e i meccanismi sociali annessi, solitamente colti nella loro dimensione quantitativa attraverso gli indicatori dei determinanti sociali, che generano un impatto negativo sulla salute, intesa come *stato di completo benessere fisico, psichico e sociale e non semplice assenza di malattia* (WHO, 1948), se non più recentemente come *la capacità di adattamento e di auto gestirsi di fronte alle sfide sociali, fisiche ed emotive* (Huber et al. 2011, Godlee 2011). Per questo la promozione della salute richiederebbe innovazione, per sviluppare *il processo che consente alle persone (nelle nuove condizioni) di esercitare un maggior controllo sulla propria salute* (Carta di Ottawa, 1986). Una declinazione ulteriore delle direzioni che dovrebbe assumere il miglioramento nei servizi viene dal concetto di qualità e dalle sue dimensioni, che possiamo utilizzare per leggere la relazione con la persona destinataria di prevenzione e cura in ambito sanitario (Bengoa et al., 2006).

Valutare la qualità delle relazioni, motore dell'innovazione

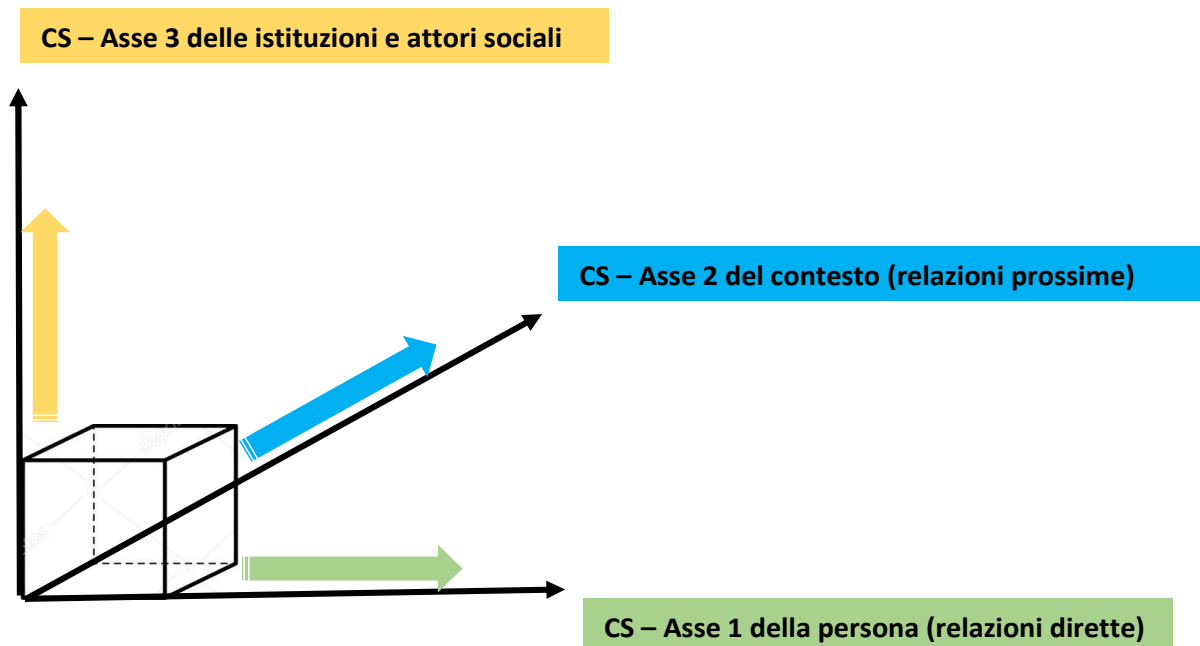
In questa prospettiva, è molto utile per lo schema di valutazione e per la sua applicazione, il concetto di capitale sociale, che evidenzia il tipo di cambiamento che potrebbe consentire alla persona di fronteggiare le emergenze. Il capitale sociale costituisce infatti l'insieme delle relazioni sociali di cui un individuo può disporre per perseguire i propri obiettivi (Coleman, 1990). Si tratterebbe, nel caso della salute, di concentrarsi sul suo potenziale di generatore di risorse (*resource generator*), per controllare problemi che creano rischi evitabili, ovvero di rafforzare (empowerment) contemporaneamente la persona e le sue relazioni prossime. Infatti, le risorse che essa può diventare in grado di mobilitare per affrontare i problemi della vita quotidiana (Van Der Gaaga M. Snijdersb 2005), hanno questa natura relazionale. Inoltre, per consentire alla persona di affrontare problemi complessi, come la povertà, la disoccupazione, il degrado del luogo di vita, ecc. la rete di relazioni che parte dai bisogni della persona dovrebbe mobilitare anche altri soggetti istituzionali e sociali e dovrebbe vederli cooperare per integrare e coordinare regole, azioni, risorse, ecc. in modo funzionale alla capacitazione della persona e della sua rete di relazioni (Di Monaco e Pilutti, 2014).

Sia la salute che il capitale sociale sono dunque concetti estesi e densi, che possono essere operativizzati in modo più o meno circoscritto a seconda del problema, dei destinatari e dell'azione su cui si concentra la valutazione. Considerare aspetti molto circoscritti della salute, come la frattura del femore negli anziani, o molto più estesi, come la loro salute fisica o mentale complessiva, non cambia la logica dello schema. Analogamente, si può considerare uno specifico tipo di relazioni o di interlocutori, come comprare le medicine all'anziano solo, risolvendo un suo specifico problema, o ampliare il campo di osservazione alle relazioni in un particolare ambiente, come il caseggiato o il borgo in cui vive, considerando la molteplicità di soggetti, scambi e relazioni che in quel contesto si possono attivare. Dunque, osservare il dispiegarsi della leva dell'innovazione organizzativa e sociale in un sistema di medicina territoriale significherebbe tenere nella sua massima ampiezza sia il profilo concettuale che operativo/misurabile di questi due concetti multidimensionali.

L'immagine di seguito rappresenta tre dimensioni della qualità del servizio sanitario, centrate sul concetto di capitale sociale, che vengono assunte come assi di innovazione per gli interventi territoriali (Fig.1).

Secondo l'ipotesi assunta dal quadro della valutazione, che interpreta la teoria dei progetti che mirano all'innovazione e al rafforzamento della qualità del servizio territoriale, il servizio sanitario burocratico tradizionale vede queste dimensioni fortemente compresse, all'interno del cubo centrale nell'immagine (Fig. 1). Il servizio ha prestazioni rigide, seguendo protocolli standardizzati, disegnati su specifiche patologie. La sua struttura interna attribuisce responsabilità sulla base di professioni e specializzazioni, con forte autonomia individuale dei professionisti nell'esercizio dell'attività e importanza centrale della dimensione tecnico-professionale della competenza. In questo modello, le relazioni con i destinatari sono per definizione ritenute utili al più per facilitare l'erogazione delle prestazioni pre-definite e quindi si concentrano sul comportamento del soggetto portatore della patologia o destinatario della prevenzione. I sistemi di monitoraggio e valutazione si focalizzano sulle prestazioni e sugli esiti, ed eventualmente sul livello di adesione e di soddisfazione dei destinatari.

Figura 1 – gli assi dell'innovazione del servizio socio-sanitario in rapporto con la comunità



In questo scenario, la persona (asse 1) che ha un problema deve recarsi, attendere, adattarsi ai processi predisposti dal servizio. Si trova in posizione di potere debole, per lo squilibrio che crea la competenza professionale e tecnica e la struttura burocratica. Deve usare un linguaggio specifico-specialistico e non sempre riesce ad accedere alle informazioni. Il servizio è esigente e selettivo e applica le sue soluzioni, definite in protocolli e procedure. Le persone con maggiori risorse e relazioni riescono più facilmente ad accedere, a ridurre lo squilibrio di potere, a utilizzare il servizio anche in modo appropriato. Se ciò non risulta possibile seguono canali alternativi, nell'ambito delle proprie conoscenze o del privato. Il coinvolgimento della persona è ritenuto importante dal sistema in quanto aumenta la probabilità che le indicazioni terapeutiche vengano seguite alla lettera. Si tratta però di un *coinvolgimento passivo* e di un apprendimento di informazioni e istruzioni da applicare in una logica di adattamento al servizio.

Il contesto prossimo alle persone (asse 2) è tendenzialmente irrilevante per il servizio tradizionale, in quanto la relazione viene sviluppata con la persona e l'azione di altri è importante solo quando la loro presenza e azione è indispensabile per l'adesione alle prescrizioni di cura. In questo caso viene interpretata come prestazione esterna da erogare o acquisire, anche sul mercato.

Gli altri soggetti istituzionali e sociali (asse 3) sono visti nel quadro di una rigida distinzione di competenze, che salvaguarda le proprie prerogative e responsabilità nell'area di propria competenza e che al più esige o negozia l'intervento di altri soggetti nei rispettivi ambiti di responsabilità, quando hanno ricadute dirette sui costi o sull'attuazione delle procedure del servizio.

Superare le forme di organizzazione meccanico-burocratica nei servizi

Secondo la nostra prospettiva valutativa, il servizio tradizionale, superando una visione tecnico-professionale rigida e circoscritta dei modi per influenzare la salute dei destinatari, dispone di un ampio spazio per estendere la propria azione, in un'area che potremmo definire di sviluppo del capitale sociale, nelle tre direzioni indicate.

È un'area dove il rapporto con la persona assume un profilo di potere meno asimmetrico, fino a impostare la relazione sui problemi che presentano un rischio per la salute come un'azione di co-diagnosi, co-progettazione, co-gestione e co-valutazione dei cambiamenti da praticare. Ciò implica cambiamenti nel dialogo, nel linguaggio, nella comprensione, che implicano un ruolo attivo e consapevole del destinatario, che viene coinvolto in processi di apprendimento, sperimentazione e scoperta di significati nuovi da attribuire alle sue esperienze.

In quest'area di innovazione, anche il rapporto attivo con il sistema di relazioni prossime significative per la persona diventa essenziale e diventa un ambito centrale di investimento del servizio, perché i processi di apprendimento, come i comportamenti, sono radicati in queste relazioni, e perché solo processi di coinvolgimento sociale possono attivare risorse nuove di tipo materiale ed emotivo, e mettere le persone in condizioni differenti nell'affrontare i loro problemi quotidiani e le scelte sulla loro salute (Di Monaco e Pilutti, 2018).

Infine, la logica delle relazioni istituzionali e con gli attori sociali viene completamente rovesciata: non più top down con le azioni degli enti che ricalcano in modo separato gli ambiti di competenza formale e le procedure di ciascuno, ma bottom up, centrata sulla persona e sui suoi problemi complessi e quindi sull'interazione e la sincronizzazione tra competenze istituzionali, professionali e settoriali diverse. Infatti, l'analisi dei problemi condotta con le persone mostra la necessità di un'azione integrata e cooperativa tra servizi differenti e politiche differenti, che abbiano come focus la riduzione delle situazioni critiche per le persone e i gruppi sociali. Dunque i problemi di risorse economiche, casa, lavoro, istruzione, degrado, criminalità, mobilità, isolamento, ecc. sono le facce concrete del rischio per la salute, e come tali andrebbero affrontate simultaneamente, anche per linearizzare e rendere efficace l'azione preventiva e curativa dello specifico ambito sanitario. Se i differenti piani di azione non sono coordinati con ogni probabilità gli sforzi per attenuare i rischi di salute vengono vanificati e compromessi.

Qui emerge una specifica prospettiva di osservazione delle politiche, che caratterizza questo schema di valutazione, che sottolineiamo con due esempi.

Tutte le politiche che hanno effetto sui determinanti (urbanistiche, lavoro, formazione, ecc.) sono importanti per la salute. Lo schema di valutazione, però, concentra l'attenzione sul modo con cui queste politiche possono facilitare la salute, soprattutto per le persone in difficoltà. L'ipotesi è che la via sia l'attivazione e il miglioramento della relazione tra gli attori che governano queste politiche e la sanità, finalizzata proprio a curare queste politiche non in generale sulla salute (cosa sempre utile), ma sugli aspetti specifici rilevanti per la capacitazione delle persone più deboli. Quindi, secondo questa logica, fare una buona piazza o una buona isola pedonale è probabilmente utile per la salute dappertutto, ma se si alza il livello di scambio di informazioni tra sanità locale, che segue le persone in quello specifico luogo, e gli attori sociali locali, c'è probabilità che la piazza locale venga fatta nel modo e nel posto giusto. Il caso della piazza potrebbe apparire complesso, ma può essere semplificato. Per esempio, lo schema di valutazione considererebbe diversamente la programmazione di interventi di manutenzione fatta dall'Agenzia Territoriale della Casa in ordine

cronologico di domanda, oppure reso urgente per i casi di persone fragili che non si possono muovere, segnalate e discusse con il servizio sanitario che le segue; oppure la ricerca del lavoro per i disoccupati più a rischio, o l'attenzione della scuola per i bambini disabili, ecc. Quindi lo schema richiederebbe di approfondire quanto si lavora su queste intersezioni tra politiche e servizi differenti. È vero che le intersezioni possono essere gestite con strumenti diversi a livello locale o regionale e nazionale, ma la logica della cooperazione potrebbe essere la stessa.

Un aspetto interessante da osservare in questo quadro riguarda l'innovazione interna al servizio. Si può facilmente presumere da un'ampia letteratura organizzativa che gli sforzi per rendere il servizio capace di modificare le proprie relazioni con il destinatario, con il suo contesto prossimo e con le istituzioni e attori sociali presenti sulla scena, richiedano di cambiare le relazioni interne all'organizzazione del servizio, lo stile di leadership, le competenze e i processi di lavoro (Di Monaco e Pilutti, 2016). Questo non solo perché cambiano le priorità e l'uso delle risorse dell'organizzazione del servizio territoriale, ma soprattutto perché si tratta di conseguire obiettivi differenti, che richiedono relazioni e competenze nuove. Per esempio, i meccanismi di apprendimento continuo richiesti dalle relazioni con i problemi reali delle persone, del territorio e della comunità implicano un coinvolgimento degli operatori che deve superare l'applicazione di istruzioni, procedure e del semplice principio gerarchico. In altre parole, il primo terreno di innovazione è rappresentato dalla cultura organizzativa del servizio stesso (Galvano, 2006).

Si potrebbe osservare che molte operazioni svolte dal servizio sanitario abbiano natura prescrittiva e che quindi l'unico coinvolgimento possibile del destinatario sia l'adesione all'azione. Crediamo che questo punto sia da approfondire. Può avere natura prescrittiva l'uso di un farmaco che si è dimostrato inevitabile con un certo quadro clinico (A). Ma, per esempio, l'architettura e le modalità d'uso di strumenti di telemedicina sono molto più aperti e possono essere sviluppati in modi assai differenti (B), corrispondenti a specifici modelli di servizio e visioni, anche opposte, della relazione con la persona, il contesto sociale, l'innovazione e la qualità. Qui la rigidità non è data necessariamente dall'evidenza scientifica, ma può derivare da molti altri vincoli e perfino interessi di vari soggetti, dalle regole predisposte discrezionalmente nei bandi, da disposizioni dall'alto o da parte delle stesse strutture che implementano le azioni, da orientamenti di natura difensiva o condizionati da specifiche posizioni ideologiche, ecc. Si potrebbe anzi sostenere che l'evidenza scientifica mostra l'opposto, ovvero l'architettura dovrebbe nascere da un processo di coinvolgimento di operatori e persone destinatarie del servizio, per poter contribuire all'innovazione e funzionare nel modo ottimale.

Quindi probabilmente c'è un continuum tra due casi estremi: di necessaria adesione del destinatario a una specifica linea d'azione prescritta o di definizione discrezionale della medesima sulla base di un processo che vede protagonisti i diversi soggetti coinvolti (operatori del servizio, persone destinatarie e loro network prossimo, operatori di altri servizi territoriali e di welfare). Esisterebbe quindi un ampio spazio per esplorare i margini di coinvolgimento attivo e, nei casi dove questi margini siano ridotti, di gestione ottimale del coinvolgimento "necessario".

L'empowerment delle persone – aumento del loro potere di decisione e delle competenze per farlo – che deriva dal cambiamento della qualità delle relazioni svolte, in questa prospettiva, un ruolo essenziale di capacitazione, ovvero aumenta le loro alternative di scelta realmente praticabili e la loro capacità culturale e tecnica di praticarle, per ottenere funzionamenti preferibili. Questo processo traduce concretamente in *outcome* dei servizi il contrasto alle disuguaglianze sociali e la promozione dell'equità. Terremo in primo piano in questo schema le disuguaglianze socio-economiche e quelle di genere, perché sono particolarmente rilevanti per i loro effetti sulla salute.

Il modello di valutazione dell'innovazione organizzativa e sociale: criteri e domande

Seguendo il filo della nostra ipotesi interpretativa e delle sue dimensioni qualificanti, abbiamo identificato quattro domande di valutazione che dovrebbero costituire il riferimento per la valutazione, data la loro centralità rispetto alla promozione dei servizi territoriali. Esse corrispondono all'applicazione dei seguenti criteri:

- **Efficacia:** grado di aumento della qualità delle relazioni esterne (Capitale sociale);
- **Innovazione di sistema:** grado di innovazione del servizio sanitario per aumentare il Capitale Sociale interno;
- **Efficienza:** grado di ritorno sulla salute della crescita del Capitale sociale esterno e interno;
- **Equità:** grado di riduzione, attraverso la crescita del Capitale Sociale esterno o interno, delle disuguaglianze di salute causate da disuguaglianze sociali e di genere.

Tabella 1

Criteria	Domande di valutazione
Efficacia	<i>L'azione aumenta la qualità delle relazioni sociali nelle tre direzioni identificate (persona destinataria, suo network prossimo e altri servizi-attori), per mettere le persone in grado di controllare meglio la propria salute?</i>
Innovazione di sistema	<i>L'azione sperimenta innovazioni permanenti nella cultura e nelle pratiche organizzative del servizio, tali da mettere le persone destinatarie in grado di controllare meglio la propria salute?</i>
Efficienza	<i>L'azione produce, nel breve o nel lungo periodo, un adeguato ritorno degli investimenti impiegati per accrescere la qualità delle relazioni esterne ed interne, finalizzate a mettere le persone in grado di controllare meglio la propria salute?</i>
Equità	<i>L'azione riduce, attraverso il capitale sociale esterno ed interno che genera, le disuguaglianze di salute derivate dalle disuguaglianze sociali e di genere?</i>

Si tratterebbe quindi di valutare lo sviluppo di relazioni utili a sostenere le persone nel controllo sulla propria salute. Si suppone che proprio questa focalizzazione dei processi di servizio dovrebbe avere effetti positivi in modo progressivo sulla salute delle persone destinatarie, incidendo sui meccanismi sociali che la influenzano.

Tabella 2

Criteri	Dimensioni della qualità delle relazioni da potenziare per produrre vantaggi di salute (Capitale Sociale)		
	con la persona	con il contesto prossimo alla persona	con istituzioni e attori sociali
Efficacia	<i>L'azione aumenta la qualità delle relazioni sociali con il destinatario, per produrre vantaggi per la sua salute?</i>	<i>L'azione aumenta la qualità delle relazioni sociali tra il destinatario e il suo contesto prossimo, per produrre vantaggi per la loro salute?</i>	<i>L'azione aumenta la qualità delle relazioni con attori istituzionali e sociali, al fine di per produrre vantaggi per la salute?</i>
Innovazione di sistema	<i>L'azione sperimenta innovazioni nella cultura e nelle pratiche organizzative del servizio, direttamente funzionali ad aumentare la qualità delle relazioni con il destinatario utili alla salute?</i>	<i>L'azione sperimenta innovazioni nella cultura e nelle pratiche organizzative del servizio, direttamente funzionali ad aumentare la qualità delle relazioni tra il destinatario e il suo contesto prossimo utili alla salute?</i>	<i>L'azione sperimenta innovazioni nella cultura e nelle pratiche organizzative del servizio, direttamente funzionali ad aumentare la qualità delle relazioni con attori istituzionali e sociali, al fine di integrare e coordinare le azioni per produrre vantaggi per la salute?</i>
Efficienza	<i>L'azione produce un ritorno degli investimenti per accrescere il capitale sociale nel rapporto con la persona, utile alla salute?</i>	<i>L'azione produce un ritorno degli investimenti per accrescere il capitale sociale nel contesto prossimo alla persona, utile alla integrare e coordinare le azioni salute?</i>	<i>L'azione produce un ritorno degli investimenti per accrescere il capitale sociale nel rapporto con istituzioni e attori sociali, utile alla salute?</i>
Equità	<i>L'azione riduce le disuguaglianze di salute derivate dalle disuguaglianze sociali e di genere, che penalizzano la persona, attraverso il miglioramento della relazione e ciò che ne consegue?</i>	<i>L'azione riduce le disuguaglianze di salute derivate dalle disuguaglianze sociali e di genere, che penalizzano la persona, attraverso l'aumento del capitale sociale nel contesto prossimo alla persona?</i>	<i>L'azione riduce le disuguaglianze di salute derivate dalle disuguaglianze sociali e di genere, che penalizzano la persona, attraverso il coordinamento e l'integrazione di azioni con istituzioni e attori sociali?</i>

La crescita di qualità delle relazioni è una sorta di passaggio obbligato verso l'innovazione, rappresenta il MODO attraverso cui il servizio può riuscire a personalizzare e migliorare la propria azione e proporsi di contrastare i problemi di salute delle persone destinatarie. Si tratta di un cambiamento subito osservabile e valutabile, attraverso indicatori relativi ai processi di lavoro del servizio, ai comportamenti organizzativi degli operatori e a quelli delle persone destinatarie e dei loro network prossimi. Viceversa, l'effetto finale sulla salute delle persone destinatarie può essere molto differito nel tempo, a seconda del meccanismo sociale che ci si propone di contrastare. La crescita di attenzione verso i problemi di inserimento sociale e disagio dei bambini, per esempio, può generare

effetti positivi nell'intero corso della loro vita. Quindi, l'innalzamento della qualità delle relazioni rappresenta contemporaneamente un impatto e un metodo, ovvero il modo per orientare l'azione organizzativa del servizio sui problemi di controllo della salute della persona.

L'orientamento all'innovazione che abbiamo assunto e la priorità che abbiamo assegnato alla dimensione sociale e relazionale del servizio – in quanto area specificamente carente nei modelli tradizionali burocratici, rispetto a quella tecnico professionale – ci ha portato a modificare l'accentazione dei criteri di qualità del servizio rispetto all'approccio istituzionale del WHO (Tab. 3; Bengoa et al. 2006).

Infatti, tutti i criteri sono stati riletti rispetto alla prospettiva dell'innovazione organizzativa e sociale e rispetto alla costruzione negoziale e relazionale della qualità, in rapporto ai bisogni della persona cui l'intervento si rivolge e alle risorse attivabili della comunità. In questa prospettiva l'efficacia o la sicurezza tecnica degli interventi sotto il profilo sanitario non sono oggetto prioritario di valutazione, in quanto presidiati dai protocolli e dalle competenze tecniche degli operatori. L'attenzione si concentra invece sui MODI in cui la dimensione tecnico-professionale e tecnologica entrano in relazione con i bisogni complessivi di ciascuna persona e quindi il dialogo e la sintonizzazione con la persona e con la sua rete sociale diventano l'area dove la valutazione e la misurazione possono accompagnare processi di miglioramento continuo e di bilanciamento tra criteri tecnico-professionali e criteri di qualità sociale. Inoltre, sulla base di una vasta letteratura sui processi organizzativi, si può sostenere che il progresso sul piano delle relazioni è anche una via obbligata per promuovere il miglioramento continuo sul versante tecnico-professionale, attraverso il monitoraggio e la verifica condotta dai professionisti, in dialogo continuo tra loro e con le persone destinatarie.

Tabella 3

«...It suggests that a health system should seek to make improvements in six areas or dimensions of quality, which are named and described below. These dimensions require that health care be:

- effective**, delivering health care that is adherent to an evidence base and results in improved health outcomes for individuals and communities, based on need;
- efficient**, delivering health care in a manner which maximizes resource use and avoids waste;
- accessible**, delivering health care that is timely, geographically reasonable, and provided in a setting where skills and resources are appropriate to medical need;
- acceptable/patient-centred**, delivering health care which takes into account the preferences and aspirations of individual service users and the cultures of their communities;
- equitable**, delivering health care which does not vary in quality because of personal characteristics such as gender, race, ethnicity, geographical location, or socioeconomic status;
- safe**, delivering health care which minimizes risks and harm to service users».

Fonte: Bengoa et al., 2006, p. 9

L'impatto come obiettivo dell'innovazione e della valutazione

Il fine ultimo della valutazione, come dell'innovazione, secondo questa proposta, consiste nell'accrescere l'impatto del servizio di medicina territoriale sulla salute e sull'equità. Prendere in esame l'impatto significa considerare l'insieme degli effetti che una determinata azione ha generato, voluti e non voluti, diretti e indiretti, nel breve e nel lungo periodo (OCSE, 2005). In questo senso, l'impatto rappresenta esattamente la capacità di trasformare la realtà nella direzione voluta, non solo nei suoi tratti – per esempio quante persone sono in situazione di malessere, di esclusione sociale, ecc. –, ma anche nei suoi meccanismi sociali di funzionamento, che *stanno dietro* la generazione delle disuguaglianze – per esempio, che cosa genera in una determinata comunità il malessere di alcune persone, la loro esclusione sociale, ecc.

Possiamo dunque rappresentare l'impatto in molti modi differenti, a seconda degli obiettivi che una determinata azione si propone in termini di trasformazione sociale. Al variare degli obiettivi dovrebbero anche assumere peso diverso i modi di misurare gli effetti delle azioni: cosa misurare, come misurare e chi investire del compito di misurare sono scelte che dovrebbero essere rese funzionali al focus dell'impatto cercato e all'utilizzo che si vuole fare del processo e dei risultati della misurazione. Ciò è rilevante perché è molto difficile isolare con precisione gli aspetti da misurare (impatti) e i fattori causali che li generano (su cui vorrebbero incidere gli interventi), che si presentano nelle storie delle persone e delle comunità in modo indissolubilmente intrecciato a molti altri elementi. Si deve quindi individuare una strategia per gestire la complessità dello scenario in cui si inserisce la misurazione dell'impatto e l'articolazione temporale degli effetti.

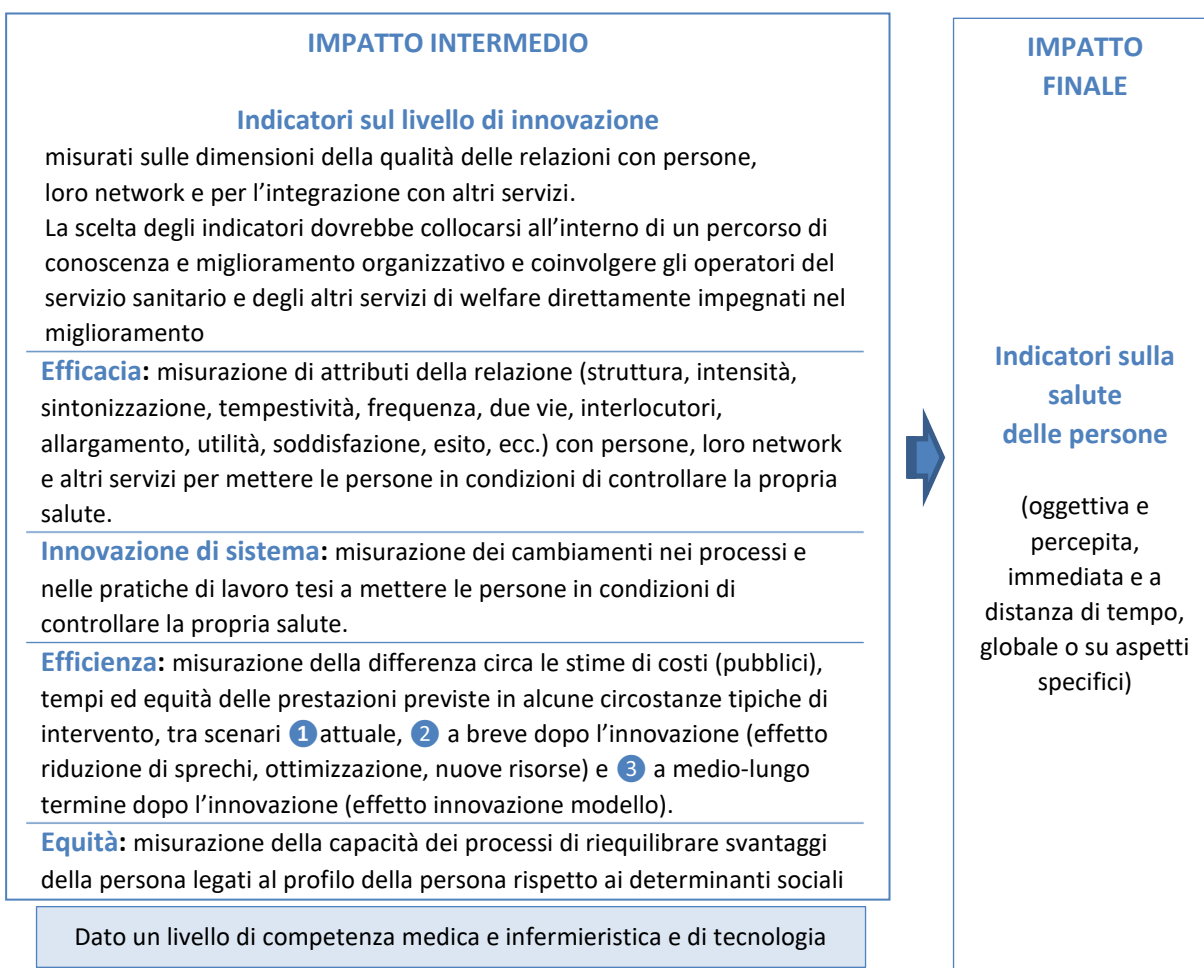
Schematicamente possiamo distinguere due livelli di analisi e due tipi di indicatori. Il primo livello di analisi riguarda l'esame dell'impatto dell'innovazione nei servizi sulla salute a livello territoriale. Più il territorio è ampio e articolato, per esempio una provincia, una regione o una nazione, più è difficile costruire un quadro valutativo capace di identificare relazioni causali tra l'innovazione nel sistema dei servizi e l'effetto sulla salute, salvo isolare relazioni almeno in parte dirette, come ad esempio l'effetto sulla riduzione del numero di bambini che si ammalano di alcune malattie nelle scuole conseguente alla reintroduzione dell'obbligo di quella specifica vaccinazione. Il secondo livello, invece, cambia prospettiva di osservazione e costruisce l'analisi nell'ambito del percorso di innovazione di uno specifico processo o di un modello di servizio, circoscrivendo il campo a definiti processi organizzativi in cui l'innovazione viene introdotta da un lato e ai suoi destinatari, reali o potenziali, dall'altro.

In merito agli indicatori, il primo tipo di indicatori riguarda la misurazione della salute. Si può trattare di salute misurata sulle percezioni o su parametri clinico-biologici, di salute complessiva, fisica o mentale, oppure di specifici aspetti della salute, il cui miglioramento è un obiettivo dell'innovazione. Il secondo tipo di indicatori, invece, riguarda la misurazione del cambiamento nelle relazioni con le persone, i loro network e con altri servizi e attori sociali.

I due livelli dovrebbero essere collegati, quando si punta a migliorare processi di servizio e modelli di relazione e integrazione, sarebbe necessario prendere in esame di volta in volta anche aspetti specifici della salute, direttamente collegati all'impatto che il servizio intende determinare come priorità e al processo su cui si interviene nel senso dell'innovazione. Ciò perché si intende lavorare direttamente sulla relazione causale tra azione socio-sanitaria e miglioramento della salute o riduzione delle disuguaglianze.

Usando la salute – generale e specifica – come indicatore, nel modo descritto, consentirebbe di cogliere gli effetti dei processi sociali di capacitazione, di taglio non assistenziale, che avvengono nelle comunità quando le persone, grazie alle relazioni sociali prossime, che i servizi di welfare possono sostenere e sviluppare, riescono a mantenere il controllo sulla propria salute anche se hanno risorse e capacità personali inadeguate a fronteggiare i problemi che ne logorano il benessere. La salute e l'equità di salute sono sensibili ai meccanismi sociali che si collocano in una posizione intermedia nelle catene causali che influenzano la salute. Per esempio la perdita del lavoro genera isolamento sociale, che a sua volta accresce lo stress e la difficoltà a fronteggiare i problemi quotidiani. Dunque è possibile, circostanziando le situazioni e gli obiettivi dell'intervento, misurare non solo l'impatto finale sulla salute, a volte molto spostato in avanti nel tempo, ma i più immediati impatti dell'innovazione sul sistema di relazioni sociali in cui l'individuo è inserito, misurando specifici comportamenti individuali e collettivi messi in atto nel servizio e nella comunità e la loro trasformazione nel tempo (per esempio di attivazione, dialogo, aiuto, reciprocità, dono, fiducia, impegno, responsabilità, apprendimento, ecc.).

Tabella 4



Da questo punto di vista l'esperienza di valutazione condotta sull'intervento nelle micro-aree della Città di Trieste¹, rappresenta un modello rispetto alle seguenti scelte:

- Il coinvolgimento diretto degli operatori dei servizi socio-sanitari nel processo di valutazione;
- la ricostruzione condivisa del processo causale che attraverso l'effetto di 27 problemi sociali e di salute critici porta le persone più deboli a perdere il controllo sulla propria salute;
- la ricostruzione del processo di empowerment messo in atto dal servizio attraverso il processo di erogazione e l'identificazione dell'impatto intermedio dell'intervento, rappresentato dal rafforzamento delle relazioni e dell'integrazione tra servizi (capitale sociale) per affrontare i problemi critici;
- La definizione di una metodologia quasi sperimentale per la misura dell'impatto intermedio, sul capitale sociale, e finale, sulla salute (confronto tra persone seguite dal servizio e sosia, selezionati con la tecnica del *propensity score matching*).

Riguardo al come misurare, seguendo le teorie sulla valutazione, si possono applicare strategie di tipo sperimentale-controfattuale, per misurare se la trasformazione della realtà imputabile all'azione è stata significativa sotto il profilo quantitativo-statistico. In questo caso si lavora per simulare condizioni sperimentali – dal campionamento, alla modellizzazione, alle strategie di confronto tra popolazioni esposte o meno all'intervento, tenendo conto dei fattori che ne modificano gli effetti, ecc. –, con la consapevolezza che nelle situazioni sociali non possono essere riprodotte in modo rigoroso. Questo metodo di misura si può utilizzare progettando ricerche ad hoc, ma può anche essere sistematicamente utilizzato per gestire i dati e le informazioni sull'attività del servizio, seguendo nel tempo l'andamento della relazione tra azioni di servizio, impatti intermedi sul sistema di relazioni e finali sulla salute delle persone.

Sarebbe altrettanto necessario utilizzare strategie di tipo realista-qualitativo, per misurare se sono avvenuti cambiamenti nei meccanismi sociali che caratterizzano il contesto e la comunità esposta all'intervento, e se di conseguenza si può ritenere che l'intervento abbia inciso sui processi di generazione della salute e dell'equità di salute.

Entrambi gli approcci rispondono a domande di valutazione di importanza strategica per gli attori che si impegnano nel cambiamento. Il primo si chiede se l'intervento ha modificato significativamente la realtà, nei suoi esiti finali o nei suoi funzionamenti intermedi, mentre il secondo intende chiarire i motivi per cui l'intervento ha funzionato o meno, ricostruendo dal punto di vista dei soggetti cosa li ha portati a cambiare comportamenti e relazioni. Quindi, sapere che c'è stato un impatto significativo, ma non sapere esattamente perché è avvenuto, è una situazione di conoscenza insoddisfacente sotto il profilo della valutazione quanto aver individuato esattamente il meccanismo sociale messo in moto dall'intervento, ma non sapere se il suo impatto può essere ritenuto significativo (Martini, 2006).

Ciò porta a suggerire nei servizi l'utilizzo di strategie miste per valutare l'impatto dell'innovazione, attente a comprendere e misurare aspetti e fasi differenti dell'impatto (Stame, 1998), fronteggiando la complessità della generazione degli impatti con una capacità di ricostruzione in sede analitica dei suoi differenti passi e dei differenti significati per i soggetti coinvolti.

¹ Alcuni materiali del convegno di presentazione dell'esperienza di valutazione sono disponibili al seguente indirizzo: <https://www.disuguaglianzedisalute.it/dal-seminario-di-trieste-la-comunita-che-fa-salute-le-microaree-di-trieste-per-lequita-le-interviste-ai-protagonisti/>. Un articolo è in valutazione sulla rivista *Social Science and Medicine*, Di Monaco R., Pilutti S., d'Errico A., Costa G., Promoting health equity through social capital in deprived communities: a natural policy experiment in Trieste, Italy.

Quando la misurazione degli impatti viene realizzata a partire dall'innovazione di processi organizzativi e di modelli su territori circoscritti, queste metodologie tendono a convergere e lo scenario valutativo risulta semplificato.

L'introduzione di innovazioni nei processi consente al servizio di misurare più facilmente il cambiamento con indicatori di impatto intermedio e finale, che possono scaturire dalla stessa operatività e dall'osservazione diretta, da parte degli operatori, delle esperienze e degli stati delle persone prima e dopo l'innovazione. La relazione diretta con i casi delle persone consente al servizio di formulare e verificare ipotesi causali sul rapporto tra aspetti del servizio, fragilità personali nel controllo ed effetti sulla salute.

L'elevato potenziale della valutazione a supporto dei processi di innovazione, tuttavia, richiede un approccio al cambiamento che veda protagonisti operatori e destinatari e che segua precisi itinerari metodologici, ben sviluppati in ambito organizzativo intorno agli approcci della *lean organization* e della *learning organization* (Bianchi 2019, Chiarini 2016).

Il contributo dei sistemi di osservazione sulla salute e dei sistemi informativi dei servizi

I sistemi di osservazione, longitudinale in particolare, sulla salute, in tanto quanto disponibili ed evoluti in un territorio, consentono di sostenere i processi di innovazione almeno in 3 modi:

1. Consentono di sviluppare una conoscenza approfondita dei livelli e delle tendenze della salute della popolazione e delle disuguaglianze di salute in un territorio. Inoltre consentono di costruire un quadro dettagliato del rapporto tra determinanti sociali e salute, facendo emergere l'effetto dei principali meccanismi sociali che sono alla radice delle disuguaglianze. Queste conoscenze sono importanti per contestualizzare l'azione dei servizi, definire le priorità e facilitare l'individuazione delle aree di maggiore fragilità, dal punto di vista sociale e territoriale. In sostanza costituiscono una base per orientare il miglioramento delle relazioni verso le persone, finalizzate a sostenerle nel controllo della propria salute. Un caso esemplare è rappresentato dallo studio 40 anni di salute a Torino (Costa, Stroschia et al., 2017), che mette a disposizione dei servizi socio-sanitari dati e rielaborazioni che forniscono tendenze e ipotesi interpretative su meccanismi generatori delle disuguaglianze. Questi dati possono orientare in modo preciso e circostanziato l'azione di osservazione dei processi da parte del servizio.
2. Permettono di sviluppare strategie attive, sulla base dei profili di rischio e l'entità e le caratteristiche delle fasce di popolazione che richiederebbero maggiori livelli di attenzione e specifici ri-orientamenti dei servizi e dei processi. Sono quindi la base per un atteggiamento proattivo fondato sulla conoscenza. Un caso orientato a promuovere la proattività è rappresentato, nell'ambito dell'attuazione del Piano Cronicità in Piemonte, dalla sperimentazione nel quartiere Vallette, nell'ambito della quale i servizi intendono costruire azioni tese a migliorare le relazioni con specifici target fragili e a migliorare l'integrazione tra i servizi.
3. Permettono di condurre valutazioni di impatto sulla salute, confrontando l'andamento della salute di specifiche popolazioni nel tempo, al variare di caratteristiche personali o territoriali o di esposizione a determinati servizi. Il caso esemplare di analisi dei dati epidemiologici a ridosso degli interventi territoriali in chiave di valutazione d'impatto, può essere rappresentato dal caso del progetto Co.N.S.E.N.So. (infermiere di famiglia e di comunità), nel quale sono state costruite varie tipologie di analisi utilizzando i flussi sanitari correnti. In particolare sono stati scelti indicatori relativi ad aspetti di salute più collegati agli effetti diretti che l'intervento si proponeva di generare. L'andamento di questi indicatori è stato seguito nel tempo – prima e dopo l'intervento – ed è stato confrontato tra aree diverse, simili per profilo geografico e socio-economico, ma esposte o meno all'intervento. In questo caso l'analisi dei dati di salute nell'area dove è stata promossa la figura dell'infermiere di famiglia e di comunità in Piemonte ha mostrato un effetto positivo sulla salute, in direzione dell'effetto atteso (Migliardi e Landriscina, 2018).

Rispetto al contributo che può dare alla promozione dell'empowerment l'attività di stratificazione del rischio, sia in fase di preparazione dell'intervento, sia in fase di valutazione, sembrerebbe necessario sviluppare una crescente integrazione tra la fase di analisi delle basi dati e la gestione dell'intervento (Dorr et al., 2006). In particolare, nei modelli organizzativi orientati alla persona la gestione della conoscenza, che deriva dalle basi dati informative e che proviene dalla

relazione diretta con i destinatari, dovrebbe essere gestita in modo integrato e continuo, a supporto dell'affinamento del servizio.

I limiti maggiori di questi archivi riguardo ai processi di innovazione derivano dalla impossibilità di utilizzare, per motivi di privacy, tutto il potenziale dei dati nominativi e quindi tutti i possibili incroci con ulteriori banche dati amministrative, da un lato, e con la conoscenza diretta delle storie delle persone, dall'altro.

I sistemi informativi e soprattutto il fascicolo sanitario personale costituirebbero un importante strumento intorno al quale costruire la revisione dei processi di servizio, soprattutto per quanto riguarda la cooperazione di diversi professionisti intorno alla persona e l'integrazione tra differenti servizi. Più in generale, qualsiasi processo di personalizzazione dei servizi deve necessariamente adottare forme di gestione della conoscenza, che permettono di lavorare sulla persona e di coordinare intorno alla persona gli sforzi di miglioramento organizzativo.

Anche in questo caso il potenziale dei sistemi informativi è largamente sottoutilizzato. Nell'organizzazione tradizionale dei servizi i dati hanno un ruolo prevalentemente amministrativo e procedurale, mentre sono poco usati per la definizione delle strategie e per la gestione della conoscenza finalizzata ai processi di innovazione e di miglioramento continuo. In sostanza, si potrebbero porre molte più domande ai sistemi informativi, per orientare l'azione e il comportamento degli operatori. Il collegamento tra i due livelli di analisi sarebbe particolarmente importante.

Infine, la condivisione dei dati individuali sulla salute delle persone è la base per l'integrazione dei servizi, sanitari, sociali e di welfare, che non possono operare efficacemente se non costruiscono rappresentazioni comuni della persona destinataria e del lavoro che svolgono intorno ai suoi bisogni e ai suoi problemi critici. In questa prospettiva, i dati potrebbero essere arricchiti, attraverso le relazioni con le persone e con gli altri servizi di welfare, con informazioni relative alle caratteristiche dei contesti sociali in cui le persone vivono, che hanno effetti sulla loro salute.

Proprio la qualità delle relazioni sociali, principale terreno di possibile innovazione dei servizi, non a caso è poco rappresentata nei sistemi di osservazione.

In questo quadro le informazioni sul profilo di rischio e lo stato di salute delle persone, derivate dai flussi sanitari correnti o da rilevazioni ad hoc, come quelle sulle prestazioni e i processi organizzativi del servizio sanitario o quelle relative ad altri aspetti essenziali della vita delle persone e della loro relazione con il sistema sanitario, sarebbero utilizzate in due ambiti: 1) come evidenze da mettere in relazione in vari modi e momenti con le rappresentazioni e i comportamenti sia degli operatori sanitari, sia dei destinatari dei servizi, al fine di facilitare la comprensione del significato e dell'effetto dei servizi, 2) nell'ambito delle analisi di carattere quantitativo sperimentale sopra citate, per misurare l'impatto dei cambiamenti.

In quest'ambito è possibile mobilitare le risorse e le potenzialità che scaturiscono dall'evoluzione delle tecnologie e dei sistemi di rilevazione delle informazioni: big data e modellistica di analisi, se utilizzate nel disegno descritto, possono aumentare le capacità di esplorazione dei fenomeni e di riduzione della complessità. Tuttavia, come evidenzia un'ampia letteratura, il problema strategico che si pone nell'analisi del funzionamento dei sistemi organizzativi e sociali riguarda innanzitutto l'accesso alle informazioni e la loro selezione (quali sono effettivamente rilevanti per le domande di valutazione). In secondo luogo, è rilevante l'attribuzione alle informazioni di specifici significati (non generici, ma verificati, per gli attori coinvolti in quella specifica situazione). Per attingere a queste informazioni è indispensabile coinvolgere gli attori in prima linea, quale che sia il loro ruolo (persone destinatarie di servizi, soggetti vicini ai destinatari, operatori che erogano i servizi, altri soggetti che partecipano ai processi e/o sono presenti sulla scena, ecc.).

Nondimeno, l'impatto finale sulla salute individuale e complessiva della comunità, misurata sulle percezioni o su parametri clinico-biologici, nelle diverse articolazioni temporali, nel breve e nel lungo

periodo, dovrebbe essere tenuta sotto osservazione in quest'approccio alla valutazione, in quanto *outcome* finale dei processi sociali, con l'avvertenza che in questa prospettiva assumerebbe significato prioritario non solo il livello medio di salute, ma anche la sua composizione rispetto alle disuguaglianze sociali. Questo perché dalla personalizzazione del servizio deriva che l'equità non è un obiettivo aggiuntivo, ma il criterio sostanziale per valutare la qualità della relazione che un servizio è in grado di instaurare.

Sfide aperte per l'innovazione, su cui la valutazione dovrebbe posizionarsi

1. La sfida del cambio di paradigma. L'innovazione richiederebbe regole nuove e coerenti.

Quali sono i differenti paradigmi organizzativi di riferimento per i servizi sanitari e i relativi principi ordinatori? Riguardo a questo, ipotizziamo che le pratiche innovative non si caratterizzino solo per una differente intensità nella presenza o nell'assunzione di determinate priorità: per esempio l'impegno ad ascoltare i bisogni del paziente, l'attenzione alle relazioni, la capacità di valorizzare risorse esistenti, l'adozione di nuove soluzioni tecnologiche. Esse si caratterizzerebbero per essere informate a differenti principi organizzativi, tanto da poter essere classificate come appartenenti a differenti paradigmi (Bertin, 2017; Rocca et al., 2016; Converso, 2015). La differenza nella letteratura sull'innovazione è chiara: per esempio, un sistema produttivo guidato da una cultura gerarchico-burocratica può lavorare per migliorare l'efficienza delle sue procedure, ma non può migliorare radicalmente la sua capacità di rispondere in modo personalizzato e flessibile ai pazienti, perché dovrebbe modificare la sua cultura e i suoi principi ordinatori. Per questo, per esempio, una logica "Lean" abbandona la pressione sulla standardizzazione estensiva delle procedure che garantiva efficienza ed economie di scala e mirava a ridurre la variabilità e gli errori, ma assume un altro principio di riferimento, centrato sul *flusso teso*, comandato dal cliente, che mira a prendere il tempo alla domanda e quindi a rendere tempestiva e personalizzata la risposta. Essa rappresenta un paradigma organizzativo completamente diverso e incompatibile con il primo (Chiarini, 2016). Allo stesso modo, dove esistono procedure e responsabilità gerarchiche rigide, non è possibile sviluppare forme di flessibilità nella risposta ai bisogni delle persone, salvo introdurre principi ordinatori differenti, come il decentramento delle responsabilità e la definizione locale delle modalità di intervento. Analogamente, se si adotta un modello che si muove nell'ambito di competenze strettamente sanitarie, attività rivolte a gestire altri bisogni della persona o della comunità, che hanno effetti sulla salute, potrebbero essere escluse. Dunque, il tema dei principi ordinatori che stanno dietro le pratiche innovative locali dovrebbe essere affrontato, introducendo nelle pratiche innovative regole esplicitamente differenti.

Peraltro, la crescente attenzione delle organizzazioni ai bisogni e alle specificità della persona è un tratto generale del cambiamento nell'area dei servizi pubblici e privati, che ha dato luogo a un'ampia letteratura sull'innovazione della dimensione culturale, organizzativa e relazionale nell'ambito dell'erogazione dei servizi, al fine di sostenere la loro qualità, personalizzazione e sostenibilità economica e sociale. Nell'area dei servizi il tema si è consolidato a partire dai contributi sulla gestione strategica dei servizi (Normann, 1985) e sui modelli organizzativi flessibili denominati *High Performance Work Systems* (Toner, 2011), come sul crescente ricorso ai paradigmi culturali e organizzativi della *lean organization* (Chiarini, 2016). Nell'area pubblica questo dibattito si è avviato fin dagli anni novanta nell'ambito del New Public Management e si è progressivamente precisato, fino a dar luogo a molte esperienze di ri-organizzazione non burocratica dei servizi.

Riguardo ai nuovi paradigmi nella sanità, fin dagli anni '90 sono stati concettualizzati, proposti e sperimentati modelli organizzativi che superassero le caratteristiche del tradizionale modello di organizzazione burocratica, che per definizione e consolidata letteratura è un paradigma che sul piano dei principi organizzativi e della pratica, non si presta ad attuare proprio ciò che viene richiesto per il trattamento personalizzato e non si propone alcun empowerment del destinatario (Laverack, 2009), oltre che generare uno sbilanciamento della spesa a sfavore degli investimenti nella

dimensione sociale e relazionale per la promozione della salute (Shrank et al., 2018). In questa direzione è di particolare rilievo il fatto che l'organizzazione sanitaria si orienti a livello di programmazione verso modelli differenti come il *Chronic Care Model* di Wagner (2001) ripreso anche nel Piano Nazionale Cronicità.

Bisogna però notare che fin dagli inizi, questi importanti modelli per la guida dell'organizzazione dei servizi sanitari hanno mostrato una sorta di ambiguità, che è riemersa in molti studi successivi e che soprattutto è stata messa a fuoco dagli studi valutativi, finalizzati a verificare le performance e gli effetti del modello sulla salute dei pazienti e della comunità in generale e sulla dimensione organizzativa ed economica dei servizi (Barr et al., 2003). L'ambiguità consiste nel fatto che sul piano degli obiettivi e del disegno organizzativo si sottolineano alcune novità sostanziali dell'approccio alla cura e alla prevenzione, che le parole chiave sopra riportate sintetizzano, mentre nel concreto funzionamento delle strutture e dei sistemi organizzativi risulta molto più difficile introdurre sostanziali innovazioni (Bonati, 2016; Gagliardi et al., 2014; Brambilla et al., 2014; Bertin et al., 2013; Pavesi, 2012; Calvaruso et al., 2012; Ardigò, 2017). Questa sorta di inerzia dei sistemi organizzativi è da molti anni oggetto di studio non solo nel settore della sanità, e può essere per la gran parte collegata alla difficoltà con cui si riesce a far evolvere le culture organizzative, soprattutto quando sono radicate in sistemi professionali e normativi molto sedimentati e proceduralizzati, anche per ragioni connesse alla delicatezza della gestione delle pratiche professionali, come nel campo della salute (Lusardi, 2015; Ciotti, 2013; Brunod et al., 2012; Pellegrino et al., 2012; Bosco, 2015).

Non stupisce quindi che studi e rassegne sistematiche dedicate a valutare l'efficacia di questi modelli mostrino il rilievo di fattori facilitanti e barriere (Kadu E Stolee, 2015; Davy et al., 2015), di carattere culturale e organizzativo all'interno del servizio e contestuale all'esterno, che vengono declinati in modi diversi, ma sostanzialmente fanno emergere la difficoltà a far funzionare il servizio, secondo i principi dichiarati nel loro insieme e coerentemente al contesto sociale in cui l'intervento si colloca (Glasgow et al., 2003). In pratica, l'efficacia risulta ampiamente provata ma per conseguirla non sono sufficienti interventi che promuovano i principi senza riuscire a cambiare in modo coerente i processi e le pratiche di lavoro, con tutto quel che ciò richiede in termini di guida e coinvolgimento delle persone nei sistemi organizzativi (Paoletti, 2015; Gallio e Cogliati, 2014; Russo e alt., 2017; Moro, 2015; Bertin, 2017; Rocca et al., 2016; Converso, 2015).

In questa luce, parrebbe necessario concepire processi di valutazione che esplicitino il loro posizionamento rispetto all'innovazione organizzativa e sociale.

2. La sfida del coinvolgimento degli operatori nella trasformazione culturale

Il punto focale dei cambiamenti organizzativi richiesti dai modelli non burocratici è relativo al ruolo attivo e cooperativo di tutte le persone coinvolte (Ommen et al., 2009; Lemieux-Charles e McGuire, 2006): tra queste in particolare i professionisti e operatori sanitari e degli altri servizi territoriali che hanno effetti sulla salute e sui suoi determinanti, i destinatari dei servizi (indipendentemente dal grado di compromissione della loro salute), e gli altri soggetti che vivono a contatto e in diretta relazione con i destinatari (dai familiari ai vicini di casa, dagli amici ai soggetti con cui i destinatari condividono attività e appartenenze). La natura e la qualità delle relazioni che le persone vivono hanno due tipi di effetti essenziali nell'intervento sulla salute. La prima area riguarda il modo di funzionare e di generare valore per i destinatari dei sistemi di servizio, che cresce in modo direttamente proporzionale al livello di coinvolgimento e di cooperazione delle persone che operano nell'ambito di un contesto organizzativo orientato al miglioramento (Di Monaco e Pilutti, 2016). La seconda area riguarda l'innalzamento della capacità che i destinatari dei servizi sviluppano nel controllo della propria salute, che avviene di nuovo in modo direttamente proporzionale alla qualità

delle relazioni di fiducia, aiuto, scambio e riconoscimento che le persone riescono a costruire con coloro con cui si trovano a condividere gli ambienti di vita quotidiana. Abbiamo chiamato capacitazione questo processo di rafforzamento delle capacità di controllo sulla salute (Di Monaco e Pilutti, 2014), in quanto a parità di risorse e competenze personali, la persona riesce a mettere in atto comportamenti tali da ridurre i rischi per la salute. Potremmo dire che rappresenta la dimensione sostanziale dell'empowerment, quella che è possibile conseguire con le persone nello stato talora molto fragile in cui sono, quando il loro livello di istruzione, esperienza professionale, risorse economiche, ecc. sono dati in quanto derivano dall'esperienza pregressa.

In letteratura il modo più consolidato per definire la qualità delle relazioni tra le persone negli ambienti di vita e di lavoro fa riferimento al concetto di capitale sociale (Coleman, 1990; Di Monaco e Pilutti, 2018), che descrive proprio intensità e qualità delle relazioni in cui la persona è immersa e che può mobilitare per fronteggiare difficoltà, fragilità e crisi, tra cui i rischi sociali e per la salute. Importanti lavori di ricerca hanno messo in evidenza il ruolo essenziale che il capitale sociale svolge nella prevenzione e nella riduzione dei rischi per la salute, tanto che possiamo ritenerlo una sorta di anello di trasmissione tra l'azione delle politiche e dei servizi e i miglioramenti nei comportamenti e negli stili di vita individuali (Kawachi, Takao e Subramanian, 2013). La letteratura sui risultati prodotti dagli interventi che hanno lavorato in questa direzione conferma che i risultati dipendono dall'effettivo investimento sulla dimensione organizzativa e sociale dell'intervento (Davy et al., 2015; Khazaeian, 2017), ovvero sull'innalzamento della qualità del coinvolgimento e della cooperazione delle persone e quindi dei profili culturali e organizzativi dei sistemi e dei processi di gestione degli interventi.

Per conseguire questi progressi, sul versante interno ed esterno delle relazioni, il servizio dovrebbe orientarsi all'innovazione. L'approccio potrebbe utilmente ispirarsi a tre riferimenti molto noti: 1) leggere il servizio seguendo il modello interpretativo di Normann, che propone la centralità della cultura organizzativa e delle dimensioni del concetto di servizio, del segmento di mercato e personalizzazione, dell'immagine e del sistema di erogazione del servizio; 2) sviluppare il miglioramento continuo e l'orientamento alla domanda seguendo l'approccio metodologico della *lean*; 3) puntare sui processi di apprendimento e sullo sviluppo delle pratiche di lavoro, applicando le logiche della *learning organization*.

I progressi possono essere molto rilevanti all'interno dell'organizzazione sanitaria. Per esempio, le applicazioni in singoli processi di servizio, fino a giungere ai grandi complessi ospedalieri, dei principi della *lean organization*, che costituisce il modo più avanzato e sperimentato oggi in tutti i settori per creare valore e qualità del servizio attraverso il coinvolgimento di tutti gli operatori, hanno raggiunto risultati molto rilevanti in termini di efficacia (Chiarini, 2016). Si tratta di interventi che, interpretati in modo corretto e pieno, non si limitano a incidere sui livelli di efficienza, ma introducono, con tecniche e metodi appropriati, significativi cambiamenti culturali e operativi nell'organizzazione, ri-orientando i processi in direzione della generazione di valore per il destinatario. La caratteristica di questi interventi organizzativi è di produrre primi risultati rilevanti in tempi relativamente brevi (1-2 anni), anche se l'orizzonte temporale di applicazione dovrebbe essere il miglioramento continuo nel lungo periodo (Galgano, 2018).

Più difficile dimostrare risultati misurabili quando l'intervento oggetto di misurazione si allarga a contesti complessi, su cui hanno effetto molti fattori, spesso non controllabili da chi gestisce l'intervento. In questi casi, che riguardano proprio l'area della cronicità, l'analisi degli studi valutativi fornisce risultati significativi (Davy et al., 2015; Coleman et al., 2009; Boyd et al., 2009; Stall et al., 2014; AHRQ, 2016; Aliotta e al., 2008; Leff e Novak, 2011; Leff et al., 2009) ma suggerisce anche, a nostro avviso, di muoversi su differenti piani di analisi. Da un lato ri-orientando i processi organizzativi nell'ambito dei servizi gestiti con personale sanitario, dedicati alla prevenzione e alla gestione della cronicità, che possono essere gestiti e riorganizzati in prima persona e quindi ottenere risultati

misurabili. D'altro canto, il servizio sanitario ampliirebbe il campo di influenza verso altri obiettivi direttamente funzionali a promuovere le condizioni di capacitazione e quindi empowerment delle persone.

Riguardo alla valutazione, ciò richiede di costruire l'analisi con gli operatori, partendo dalla ricostruzione dei processi di lavoro, che caratterizzano il servizio e che incrociano i meccanismi sociali in cui i destinatari sono coinvolti. È in questo contesto che occorrerebbe individuare gli indicatori per misurare la qualità della relazione e la capacità di creare valore per la persona destinataria, esattamente dove serve alla medesima.

Il distacco da modalità burocratiche tradizionali di gestione del servizio da parte dell'organizzazione sanitaria potrebbe essere promosso leggendo i processi anche in confronto ai domini proposti da Laverack (2009), individuando polarità gerarchico/burocratiche e coinvolgenti/partecipative negli ambiti di influenza del servizio relativi alle relazioni interne ed esterne al servizio (partecipazione delle persone, leadership dei processi, reticolarità e cooperazione nelle strutture organizzative, modalità di analisi dei problemi, mobilitazione di risorse aggiuntive, costruzione di consapevolezza critica, qualità delle relazioni tra persone e organizzazione, capacità di cooperare con attori esterni, capacità di monitorare e far crescere l'azione).

Il percorso e gli strumenti per la valutazione dovrebbero quindi essere definiti insieme ai protagonisti – dirigenti e operatori del servizio sanitario, dirigenti e operatori di istituzioni e attori sociali – e dovrebbero coinvolgere in modo attivo le persone destinatarie dei servizi e le persone loro prossime. Mirando al cambiamento culturale e strutturale dei processi di servizio, strumenti e attività di analisi dovrebbero il più possibile coinvolgere in prima persona questi soggetti, al fine di far diventare osservazione, riflessione e innovazione per creare valore per le persone modalità ordinarie di gestione della propria attività.

Il percorso dovrebbe sarebbe supportato dagli strumenti dell'analisi sociale e organizzativa (interviste, focus group, osservazione di situazioni, analisi di dati derivati dall'operatività, di dati amministrativi interni ed esterni, questionari studiati ad hoc su specifici problemi e target, ecc.), in modo da ricostruire letture dei processi di servizio facendoli diventare oggetto di rielaborazione, costruzione di significati e apprendimento. Al centro di questo percorso si troverebbero i meccanismi sociali che influenzano la salute e che possono essere a loro volta influenzati dai cambiamenti del servizio e del quadro di relazioni descritto. In questo percorso potrebbero risultare utili azioni di studio funzionali all'innovazione, di formazione, di co-progettazione di strumenti e percorsi, di integrazione e coordinamento di politiche e servizi, ecc.

Su specifici criteri e domande, sarebbe utile costruire azioni di valutazione di carattere sperimentale o quasi, conducendo analisi di tipo quantitativo destinate a misurare i cambiamenti (longitudinali o meno, tra gruppi di trattati e non trattati, ecc.) attribuibili all'azione: nei processi di erogazione dei servizi, nel capitale sociale interno ed esterno al servizio nei tre ambiti indicati e nella salute.

Questo approccio colloca quindi la valutazione all'interno del processo di innovazione della cultura organizzativa dei servizi.

3. La sfida del decentramento e dell'integrazione

La scelta tra differenti modelli di servizio, anche all'interno di un paradigma come quello dell'organizzazione gerarchico-burocratica tradizionale, implica la gestione di specifici trade-off, che richiedono scelte tra direzioni alternative di sviluppo. Queste scelte hanno conseguenze sui processi e sui ruoli professionali e non possono essere gestite in modo additivo, non solo perché mancherebbero le risorse, ma perché alcuni processi sono controvarianti. Se si affida la relazione con il paziente ad una specifica figura o struttura, o se si definiscono determinati canali di relazione, occorre contemporaneamente ridurre o eliminare le alternative. Nell'esame di alcune esperienze innovative, sono emersi chiaramente dei trade-off (Paoletti, 2015). Accentrare o decentrare le decisioni, rendere rigidi e standardizzati i protocolli o lasciare margini di personalizzazione agli operatori, limitare rigidamente le competenze disciplinari e settoriali, oppure occuparsi di ambiti molto differenti, seguendo i bisogni della persona, ecc. Occorre scegliere, per esempio, dato il bisogno di una certa persona, se investire su soluzioni che mobilitano il contesto in cui la persona vive, oppure potenziare soluzioni esclusivamente centrate sul caso in un rapporto individuale (Gallio e Cogliati, 2014, p.25). Ancora, se aumentare la polivalenza degli operatori che costituiscono l'interfaccia con il paziente sul territorio e la loro rete, oppure aumentare la specializzazione di differenti operatori che lavorerebbero in team professionali, lasciando di più o di meno al paziente l'onere di costruire relazioni multiple con il sistema sanitario e con i percorsi specialistici, pubblici e privati. Analogamente, occorre scegliere se investire tempo nella relazione personale con il paziente, o ridurre il tempo sostituendo le funzioni con strumenti tecnologici. Questi esempi mostrano la presenza di trade-off, che hanno effetti sui modelli di servizio e sui comportamenti dei professionisti (Russo et al., 2017), che andrebbero identificati sistematicamente a partire dai modelli più o meno espliciti di funzionamento delle pratiche locali ritenute di interesse (Moro, 2015). Il profilo del modello territoriale così elaborato in uno specifico luogo potrebbe aiutare a costruire coerenze, ad esplicitare i problemi e a prevenire resistenze, allargando l'effetto delle pratiche sul modello di medicina territoriale in costruzione.

Tra le scelte legate all'innovazione, dunque, vi sarebbero alcuni orientamenti di fondo del modello, per evitare una evoluzione per addizione, dove non si ridisegna il servizio ma si aggiungono pezzi che rispondono a logiche differenti e hanno posizioni controvarianti sui criteri di valutazione.

4. La sfida della trasferibilità: apprendere e non essere guidati

Secondo una rappresentazione semplificata della nota retorica delle buone pratiche, la trasferibilità delle soluzioni organizzative avverrebbe attraverso la diffusione di istruzioni e linee guida derivate da esperienze positive. Quando però si scavalcano i confini dei paradigmi organizzativi, i modi con cui si sviluppa l'innovazione diventano qualificanti, ovvero, in un contesto dove si accresce il ruolo attivo degli operatori, qualsiasi soluzione dovrebbe essere metabolizzata seguendo nuovi principi organizzativi che partono dalla crescita e dalla consapevolezza degli operatori stessi e dalla evoluzione delle pratiche situate nel loro contesto. Questa constatazione evidenzia un rischio, che si presenta quando alcune soluzioni strutturali, funzionali e professionali che sembrano rispondere ai nuovi bisogni di cambiamento della medicina territoriale (per esempio, l'infermiere di comunità, l'operatore della microarea, la casa della salute, la farmacia rurale, ecc.), vengono proposte come innovazione e innestate nel sistema tradizionale, con le sue caratteristiche culturali e organizzative consolidate (Bonati, 2016; Gagliardi et al., 2014; Brambilla et al., 2014; Bertin et al., 2013; Pavesi, 2012; Calvaruso et al., 2012; Ardigò, 2017). Dalla letteratura organizzativa, anche specifica sul sistema sanitario, traiamo l'evidenza che frequentemente il generale prevale sul particolare e che quindi non

è sufficiente proporre e implementare buone pratiche locali per cambiare i paradigmi organizzativi. Questo non significa negare che possano rappresentare soluzioni innovative, ma affinare strategie di innesto e di evoluzione coerenti con nuovi paradigmi organizzativi, per evitare di costruire con l'innesto, la morte della dimensione innovativa della buona pratica.

In particolare, riguardo alla promozione di modelli di servizi integrati e al possibile contributo di modelli pre-definiti da implementare in modo meccanico, vari contributi mettono in guardia dall'idea che sia possibile generare innovazione trasmettendo semplicemente dall'alto istruzioni o raccomandazioni, nella forma di buone pratiche o linee guida. Infatti, seguendo le logiche del miglioramento continuo e dell'apprendimento organizzativo orientato alla qualità, il processo di innovazione dovrebbe essere messo in atto in prima persona dai gruppi multidisciplinari e dovrebbe identificare i problemi e trovare soluzioni adatte alla propria realtà attraverso processi di apprendimento e attivazione di conoscenze situate (Minkman, 2012).

Se questo è vero, l'utilità della valutazione crescerebbe quando non valuta una pratica in sé, come fosse una soluzione tecnica, isolata e riproducibile, ma quando la valuta per il conseguimento di maggior valore per la persona, realizzato attraverso l'innovazione applicata in un determinato contesto, dove il processo gestito dagli attori è la parte qualificante della soluzione.

5. La sfida della tecnologia, alto potenziale in un sistema sociale coerente

Il punto che vogliamo sottolineare rispetto al complesso tema della tecnologia scaturisce da una recente rassegna di letteratura (Greenhalgh, 2017) che ha preso in esame le difficoltà per i sistemi socio-sanitari dei paesi occidentali a inglobare in modo efficace le sempre più importanti soluzioni tecnologiche offerte dal progresso dei sistemi ICT (Ventura, 2014; Moruzzi et al., 2014; Clemente, 2015; Ardisson, 2015; Siza, 2015).

In estrema sintesi, il lavoro evidenzia un problema di fondo che si presenta in modo sistematico tutte le volte che si intende inserire una soluzione tecnologica innovativa dentro un sistema organizzativo che ha un modo consolidato di funzionare. Si possono escludere i casi in cui la soluzione affronta in modo diretto un problema molto definito e circoscritto, sostituendo un precedente dispositivo tecnico, senza richiedere la modifica dei comportamenti degli operatori o dei pazienti. Tuttavia, solitamente, la nuova soluzione tecnologica ha esattamente l'obiettivo opposto, ovvero contribuire al miglioramento sistemico di alcuni processi organizzativi, modificando le relazioni tra gli operatori e con i pazienti, incidendo in profondità sui modelli di erogazione del servizio, modificandone i livelli di efficienza, efficacia e adeguatezza. In altre parole, la soluzione tecnica rappresenta un aspetto essenziale di un nuovo modello organizzativo, che si ritiene di poter implementare attraverso l'introduzione della soluzione stessa, contando su un progressivo adattamento del funzionamento organizzativo al nuovo modello.

La vasta casistica presentata nella rassegna mostra che questa strategia è quasi sempre destinata al fallimento e che le soluzioni tecnologiche innovative e vincenti sulla carta, una volta introdotte non solo non riescono a "imporre" il nuovo modello, ma vengono marginalizzate dalla cultura del servizio consolidata, spesso con il contributo convergente dei diversi attori coinvolti. Secondo questa lettura il ruolo marginale per esempio della telemedicina negli USA e in Norvegia non è casuale, ma ha a che fare con il rapporto tra l'innovazione di un aspetto del funzionamento dell'organizzazione (ICT) e l'innovazione organica e armonica dell'organizzazione nel suo complesso. Da questo punto di vista appaiono anche insoddisfacenti le spiegazioni che attribuiscono di volta in volta la responsabilità del fallimento a specifiche barriere: le disuguaglianze economiche tra i pazienti, i livelli di alfabetizzazione informatica di pazienti e operatori, i malfunzionamenti delle tecnologie, ecc.

Più in generale, rispetto al ruolo che possono svolgere i sistemi informativi e le attuali tecnologie digitali della comunicazione e dell'informazione, gli studi suggeriscono l'importanza di costruire coerenza tra la dimensione culturale e organizzativa del servizio, orientato alla persona e all'empowerment, e i sistemi tecnologici e digitali. Si tratta di mantenere allineate la produzione di informazioni, la gestione di determinate fasi del processo di erogazione o di gestione della relazione e i significati che operatori e destinatari gli attribuiscono (Gee et al., 2015). Ciò significa che non parrebbe possibile ottenere processi di empowerment solo attraverso la tecnologia, per quanto sofisticata, ma sarebbe necessario utilizzare la tecnologia nell'ambito di modelli organizzativi evoluti nelle direzioni che abbiamo indicato.

In questa prospettiva, coerentemente con la tradizione di studi organizzativi sul rapporto tra sistema tecnico e sociale, la valutazione della tecnologia non dovrebbe essere affrontata come si trattasse di un problema tecnico (performance tecniche) e non dovrebbe essere esaminata separatamente dal resto del processo di erogazione del servizio e di gestione della conoscenza. Sarebbe viceversa da valutare proprio per la sua capacità di sostenere la qualità delle relazioni, nelle tre direzioni indicate, e l'innovazione di sistema. Esemplicando, la performance del fascicolo sanitario individuale andrebbe misurata rispetto al livello di accrescimento conseguito della cooperazione tra differenti servizi e operatori per aiutare le persone a controllare i loro problemi. Se questo è vero, tutto il percorso di progettazione e implementazione di qualsiasi tecnologia dovrebbe partire proprio dall'identificazione dei fili della rete che gli operatori ritengono di potenziare o accelerare.

6. La sfida non scontata dell'equità

Riguardo all'equità, bisogna notare che la declinazione di qualsiasi set multidimensionale di criteri di valutazione nelle situazioni concrete richiede per definizione di esprimere più o meno esplicitamente giudizi di valore, che nella nostra prospettiva sono determinati a due livelli: 1) il livello delle priorità definite dalle politiche sanitarie e sociali e in generale da tutte le politiche che interferiscono con la salute e 2) il livello dei processi di interazione tra operatori sanitari, persone destinatarie, loro network prossimi e operatori di altri servizi. Peraltro, è noto che si riproducono nel tempo forti diversità territoriali, come emerge in Piemonte, nella spesa sociale, sommariamente articolata per tipologie di destinatari (anziani, famiglie, giovani, immigrati, disabili, ecc.) o per territorio.

In sostanza, un servizio territoriale può dedicare più o meno attenzione e risorse al tema dell'equità, può continuare nei fatti a dedicare risorse per la cura e la prevenzione in modo fortemente sbilanciato tra differenti gruppi sociali, etnici, territoriali, ecc., oppure, nell'ambito di un orientamento politico teso a promuovere l'equità, può nei fatti riprodurre situazioni non eque nei processi di implementazione dei servizi, per effetto di meccanismi sociali connessi al modo di gestire le relazioni tra operatori e persone destinatarie, segnati dall'effetto delle disuguaglianze.

Sotto il profilo dell'equità, quindi, la valutazione dovrebbe svolgere un ruolo cruciale, per far emergere sia l'impatto delle innovazioni eventualmente non orientate al riequilibrio o addirittura generatrici di aggravamenti dello squilibrio, sia gli effetti inconsapevoli in questa direzione di processi e comportamenti organizzativi.

7. La sfida dell'impatto economico e della sostenibilità

Il criterio dell'efficienza richiede di essere posto in relazione con gli altri criteri, sia per quanto riguarda il valore da attribuire ad investimenti e risparmi di risorse economiche in ambiti e attività differenti di intervento (rivolti a bambini, anziani, immigrati, alla riduzione di squilibri di genere o territoriali, alla prevenzione piuttosto che alla cura, ecc.), sia per quanto riguarda l'equilibrio temporale tra investimenti e risparmi. Un maggior costo oggi, che si traduce in un forte risparmio nel lungo periodo, consiste in una perdita o in un incremento di efficienza?

Tipicamente tutti gli investimenti organizzativi tesi ad accrescere la qualità degli interventi attraverso un potenziamento delle relazioni richiedono maggiori costi subito (tempo dedicato, formazione, strumenti di osservazione, maggior coordinamento, ecc.), ma dovrebbero generare progressivi risparmi nel tempo, per gli effetti di prevenzione, personalizzazione, qualità e attivazione di risorse che alimentano.

La cooperazione tra operatori e con le persone destinatarie e le comunità potrebbe anche comportare risparmi immediati attraverso la riduzione di sprechi (di tempo, di soldi, per attività non utili, per cattiva organizzazione del processo, per duplicazioni, ecc.) e la sostituzione di costi con altre risorse messe a disposizione, condivise o generate. La consistenza di questo effetto dipende dai livelli di efficienza pregressi e dalla possibilità formale-contrattuale di assorbire effettivamente gli sprechi che si manifestano. Il caso tipico consiste nell'emergere di un modo alternativo di rispondere ad un bisogno, a fronte del quale tuttavia non si riesce a ridurre il costo (convenzioni già stipulate, organici non modificabili, strutture o tecnologie ormai in carico, indisponibilità delle persone o delle strutture a riconvertirsi in nuove attività, ecc.). Inoltre dipende dalla effettiva capacità generativa di risorse alternative dei processi sociali avviati.

Questa prospettiva di impatto nell'applicazione del criterio dell'efficienza è fondamentale in tutti i processi produttivi di beni e servizi, dove l'investimento in modelli orientati alla qualità produce forti vantaggi di competitività, che si manifestano fisiologicamente ed in modo crescente nel medio e lungo periodo. Infatti, questi modelli vengono giustamente contrapposti a quelli orientati ad accrescere la competitività di costo, che limitano gli investimenti all'osso, tentano di generare risparmi nel breve periodo, ma non accrescono la qualità e la competitività, risultando quindi non sostenibili nel medio e lungo periodo.

La valutazione d'impatto, anche quando applicata su piccoli numeri, su problemi molto specifici, anche nell'ambito di osservazioni e sperimentazioni di processi in ambito organizzativo, dovrebbe avere il suo punto di forza nella natura scientifica dei risultati conoscitivi ottenuti e nella loro generalizzabilità, fondata sui metodi – riconosciuti dalla comunità scientifica – adottati nel dettaglio delle fasi di raccolta, analisi e interpretazione dei risultati, attentamente presidiato nelle sue diverse fasi da specialisti di ricerca sociale e valutazione.

In questo senso, i risultati si propongono di fornire una base di evidenze empiriche a supporto delle decisioni per tutti gli strumenti a sostegno della trasformazione migliorativa, nel senso dei diversi criteri di valutazione.

Inoltre, i risultati potrebbero essere la base per valutazioni di tipo economico-finanziario, a sostegno di strumenti come la finanza d'impatto, i social impact bond, il crowdfunding, ecc. e più in generale dell'uso efficace di fondi di origine filantropica. Si tratta di strumenti differenti che mirano a sostenere dal punto di vista finanziario iniziative di miglioramento del welfare, considerando che il miglioramento implicherebbe anche un impatto di carattere economico, sotto il profilo del risparmio di costi attuali o futuri o sotto il profilo della produzione di nuovo valore oggi non disponibile, in grado di intercettare una domanda di servizi presente o emergente.

Questi aspetti declinabili in termini di valore economico potenziale, possono interessare un imprenditore sociale, per esempio quando si tratta di creare nuovi servizi che hanno una domanda

latente (finanza d'impatto), o il gestore di servizi pubblici di welfare, per esempio quando si tratta di risparmiare costi futuri attraverso azioni preventive che oggi non hanno copertura economica (social impact bond) o ancora il filantropo, quando intende generare attraverso un contributo un innalzamento permanente della conoscenza e della qualità, ovvero del modo di funzionare di qualche sistema di servizio. Da notare che l'orientamento all'equità, uno dei criteri di riferimento, può correggere le potenziali distorsioni di un approccio semplicemente centrato sulla scoperta del valore economico di una determinata domanda di welfare, perché tendenzialmente gli operatori economici si concentrano sulla parte ricca del mercato, dove può essere più facilmente generato un ritorno dell'investimento, con il rischio però di aumentare l'asimmetria che ha radice nelle disuguaglianze sociali e nei limiti di copertura del welfare.

In questa prospettiva, il costo dei nuovi servizi – sostenuto da un'impresa profit, sociale o da un servizio pubblico – potrebbe essere correttamente qualificato come un investimento anche in senso economico, in grado di generare un rendimento futuro misurabile proporzionato al suo ammontare. Quindi, la valutazione d'impatto proposta fornirebbe elementi per misurare gli effetti sociali dell'azione nel suo insieme, unitamente ad alcuni specifici effetti cui può essere attribuito attraverso una stima un valore economico. Questo valore potrebbe per esempio riferirsi al volume potenziale (valore economico, occupazionale, ecc.) di servizi nuovi per rispondere a un'area di domanda oggi non soddisfatta oppure a servizi potenzialmente evitabili, nel caso si verificassero determinate condizioni (per esempio, valore economico dell'ospedalizzazione evitata per la riduzione di situazioni di isolamento sociale, aumento delle reti di aiuto, funzionamento di servizi leggeri professionali insieme ad attivazione della prossimità, ecc.).

Occorre tener presente tuttavia che per formulare stime precise sui livelli e i ritorni degli investimenti economici sarebbe necessario che, in un secondo tempo, un erogatore di un eventuale nuovo servizio ricostruisse in modo dettagliato il modello di business e il business plan di un servizio precisamente definito e dimensionato. Allo stesso modo, per analizzare risparmi o spostamenti di valore nell'ambito dei servizi pubblici sarebbe necessario ricostruire con esattezza i processi di lavoro precedenti e successivi al cambiamento, in modo da associare a ciascuna fase e attività i diversi costi eliminabili e quelli aggiuntivi. Ciò potrebbe richiedere di prefigurare scenari differenti, quando il concreto sviluppo dei processi dovesse dipendere da scelte di attori diversi dal servizio e dalla stessa persona destinataria.

Questo tipo di valutazione dovrebbe quindi muoversi nel campo dell'ottimizzazione dell'uso delle risorse economiche rispetto a definiti obiettivi sociali di breve, medio e lungo periodo, presumendo di disporre di ampie possibilità di riallocazione e ridefinizione, all'interno dei processi di innovazione.

8. La sfida dell'innescò dell'innovazione: il metodo dell'Health Equity Audit e del Capacity Building

Quale ruolo può svolgere la valutazione nella promozione dell'innovazione? La letteratura organizzativa evidenzia un rapporto molto stretto tra i processi di innovazione e miglioramento organizzativo e la formazione di tutti i soggetti coinvolti, operatori da un lato e clienti/pazienti dall'altro. La necessità di costruire nuove modalità di funzionamento dei servizi, ma anche nuove rappresentazioni e significati nell'organizzazione, richiede una mobilitazione estesa di processi formativi, che non vanno intesi in senso tradizionale, come corsi in aula o acquisizione di conoscenze, e neanche solo come accordi formali di cooperazione tra istituzioni, uffici, professionisti o categorie professionali (Lusardi, 2015; Ciotti 2013), ma soprattutto come processi di coinvolgimento nel miglioramento delle pratiche di lavoro (Brunod et al., 2012; Pellegrino et al., 2012; Bosco, 2015), secondo chiari principi ordinatori e regole coerenti. Il nuovo modo di creare valore attraverso i

processi di lavoro, sia all'esterno che all'interno dell'organizzazione, dovrebbe essere assimilato e fatto proprio da tutti gli attori, modellato, fino ad essere riconosciuto quale caratteristica essenziale delle pratiche innovative.

Dunque, il punto d'attacco dei processi di innovazione potrebbe essere rappresentato da azioni di capacity building che utilizzino l'approccio valutativo intorno ad uno o più criteri di valutazione, come per esempio avviene attraverso l'Health Equity Audit. Si potrebbe in questo caso far convergere all'interno del processo di Health Equity Audit la lettura dei processi dei servizi di welfare (socio-sanitari, lavoro, formazione, ecc.) e dell'interazione con altri soggetti collettivi del terzo settore, dell'associazionismo, del volontariato. Inoltre si presta al coinvolgimento delle imprese e delle organizzazioni delle imprese profit, che possono in questo quadro sviluppare approcci aziendali e modelli di business sensibili agli obiettivi della salute, dell'equità, della comunità e del territorio.

La valutazione d'impatto ex-ante, in itinere ed ex-post sarebbe un modo per sviluppare un percorso di mobilitazione e promozione delle comunità locali. In particolare, la valutazione mira a far crescere il potenziale di trasformazione e l'efficacia degli interventi, attraverso un aumento della capacità di integrare intorno all'azione dei servizi socio-sanitari risorse conoscitive e decisionali che nei contesti collettivi complessi in trasformazione rischiano di rimanere frammentate, sottoutilizzate o male orientate. Tali capacità consentirebbero un *up-grade* progressivo dei livelli di cooperazione nell'analisi e nell'azione degli attori locali, coinvolti in un processo che intende contemporaneamente favorire la trasformazione della realtà e l'apprendimento sociale.

Per questi motivi, in relazione all'interrogativo su CHI svolge l'attività di valutazione, si prospetta agli operatori e agli attori locali coinvolti di essere protagonisti di un percorso di valutazione d'impatto sull'equità osservata attraverso gli effetti sul capitale sociale e sulla salute (Health Equity Audit), articolato in fasi di riflessione e analisi, progettazione sociale, azione e osservazione/valutazione degli impatti.

Alla base di questa logica di intervento e di valutazione ci sono la prospettiva metodologica e gli strumenti della ricerca-azione (Dubost e Lévy, 2007). Essa può essere definita come «un'azione deliberata, volta a promuovere un cambiamento nel mondo reale, impegnata su scala ristretta ma inglobata in un progetto più generale, sottoposta a certe regole e discipline per ottenere degli esiti di conoscenza o di senso» (Dubost, 1984). In questa logica, la promozione della salute diventa un valore guida, che muove ricercatori e attori ad agire per modificare situazioni di disuguaglianza e rischio asimmetrico, per aumentare il benessere. Ciò può avvenire a partire da qualche ambito o problema sociale specifico, ma il processo non dovrebbe essere artificialmente circoscritto. Infatti, la ricerca-azione richiede a tutti di abbandonare la posizione di osservatore neutrale, che studia il problema dall'esterno e suggerisce soluzioni, e di entrare nel campo di ricerca-azione ponendosi a fianco degli attori che lo vivono, per interpretarne con loro il senso e, per questa via, giungere a scoprire differenti configurazioni del problema e ipotesi di azione, fatte proprie in prima persona dagli stessi soggetti, in coerenza con i loro ruoli e le loro responsabilità. Una strategia di questo genere, quindi, dovrebbe collocarsi all'interno dei contesti sociali e di relazione delle persone, dove sono attivi attori collettivi e servizi pubblici e privati, e dovrebbe mirare a rendere tutti più protagonisti, prima che dell'azione, della ricostruzione del senso che i loro comportamenti assumono in quel contesto sociale.

Non è detto infatti che in un contesto locale vi siano idee congruenti sui rischi disuguali per la salute e sulle possibili soluzioni, come non è detto che queste rappresentazioni siano coerenti con le conoscenze scientifiche, che costituiscono l'ancoraggio della conoscenza disponibile.

Per questo il percorso di Health Equity Audit si propone di formulare ipotesi non scontate sui problemi emergenti e sui cambiamenti che sarebbe utile generare. Nel fare questo, utilizza innanzitutto i dati esistenti, le teorie e le evidenze scientifiche, in modo che siano di aiuto a leggere la specifica realtà e a progettare cambiamenti, che partano dalla consapevolezza degli attori coinvolti.

Per questo motivo sarebbe appropriata l'opzione per la ricerca-azione. Essa include diverse dimensioni al suo interno: è un'attività che produce nuova conoscenza per chi la svolge, ma è anche un'azione di progettazione e di cambiamento, formativa per le persone e incisiva per le pratiche collettive che caratterizzano gruppi e ambienti coinvolti. Sono gli stessi partecipanti che si rendono conto del cambiamento, quando avviene, nel loro modo di interpretare alcuni aspetti della realtà in cui vivono ed è su questa trasformazione di prospettiva e di senso che si fonda il cambiamento dei comportamenti individuali e collettivi (Olivetti Manoukian, 2007). In questa prospettiva la ricerca-azione è soprattutto una modalità di approccio ai problemi, più che una rigida sequenza di strumenti e metodi (Olivetti Manoukian, 2007).

Dunque, in questa visione l'attività di valutazione d'impatto mira ad ottenere due risultati coerenti con l'azione complessiva. In primo luogo intende produrre e socializzare conoscenze scientifiche sull'effettiva trasformazione della realtà conseguente all'azione. In secondo luogo, intende rafforzare i processi di capacity building, contribuendo con un processo continuo e cooperativo di Health Equity Audit ad orientare l'azione territoriale.

Entrambi questi risultati si basano sull'inesistenza di processi di apprendimento, che da un lato hanno gli attori locali come protagonisti, dall'altro mirano a produrre conoscenza generalizzabile.

Il percorso si fonda su alcune constatazioni:

- Esiste conoscenza scientifica sulle disuguaglianze di salute e sui rischi evitabili di tipo sociale e sanitario che non siamo abituati a utilizzare e che ci può aiutare a costruire analisi territoriali e ad individuare ipotesi di azione;
- Esiste conoscenza sui bisogni e sui rischi delle persone, patrimonio degli operatori dei servizi di welfare pubblici e privati, che viene sottoutilizzata, perché non ci sono sedi dove possa essere condivisa e concorrere ad analisi sulle priorità della comunità rispetto all'equità di salute;
- Gli attori pubblici e privati che operano sul territorio hanno interesse a sviluppare azioni in cooperazione con altri, ma non è facile costruire processi coordinati di individuazione di priorità e di concorso in azioni comuni, ciascuno per le proprie competenze.

In questo quadro, la valutazione consisterebbe nello sviluppo di processi di coordinamento-cooperazione, tra gli operatori e gli altri attori al fine di:

- Far dialogare di più i processi di elaborazione di conoscenza con quelli di decisione;
- Far dialogare di più tra loro gli operatori che erogano i servizi socio-sanitari e con i destinatari;
- Far dialogare di più politiche differenti rispetto ai problemi critici delle persone.

Breve guida: come usare la valutazione a supporto del miglioramento dei servizi

La gestione del cambiamento all'interno di realtà organizzative complesse è un'impresa impegnativa, soprattutto quanto non si voglia limitare al puro ridisegno formale della denominazione e articolazione delle strutture e delle procedure, ma intenda cambiare i comportamenti degli operatori e la cultura organizzativa. Secondo una autorevole ricerca americana il 70% dei progetti di cambiamento organizzativo condotti all'interno di grandi organizzazioni sono falliti o comunque non hanno ottenuto i risultati sperati, lasciando la situazione pressoché immutata (Kotter, 2006). Analoghe ricerche mostrano che in buona misura si incorre in questi fallimenti quando non viene sufficientemente curato il coinvolgimento delle persone e il loro ruolo attivo nella individuazione delle azioni di innovazione organizzativa e nella loro attuazione.

Seguendo quanto scritto nel paragrafo precedente, il miglioramento richiede nuovi comportamenti degli operatori, maggiore cooperazione, integrazione con altri servizi e coinvolgimento delle persone destinatarie. Per andare in questa direzione è indispensabile aumentare le capacità individuali e collettive attraverso l'apprendimento nelle pratiche quotidiane di lavoro. In questa luce, la valutazione è sempre necessaria per sostenere il miglioramento organizzativo, sia nelle grandi trasformazioni, sia quando riguarda piccoli miglioramenti e il lavoro di singoli gruppi o unità organizzative. Anzi, la valutazione, in quanto basata sulla misura e la verifica sperimentale di ciò che avviene o si vorrebbe che avvenisse, costituisce l'ancoraggio alla realtà empirica per qualsiasi obiettivo di miglioramento.

La logica del cambiamento: un'azione in 5 tappe

Descriviamo di seguito il modo più semplice e diretto per svolgere concretamente un percorso orientato al miglioramento, guidato dalla strategia di valutazione e di *capacity building* che abbiamo presentato in questo documento. Qualsiasi organizzazione che eroga servizi socio-sanitari sul territorio può seguire queste tappe, anche se può avere bisogno, in assenza di competenze ed esperienze interne, di supporto metodologico.

Le condizioni essenziali per avviare il processo sono due. Una chiara decisione della Direzione di intraprendere il percorso di miglioramento e la costituzione di un gruppo di riferimento in ciascuna area organizzativa in cui si vogliono potenziare le capacità di miglioramento-valutazione. Nel gruppo dovrebbero essere presenti alcuni operatori rappresentativi del personale impegnato nei processi organizzativi che si vorrebbero valutare e migliorare. Si tratta quindi degli operatori che stanno lavorando nel servizio e che saranno in prima fila per progettare e realizzare i miglioramenti, modificando le loro stesse pratiche di lavoro. Se il cambiamento è già in atto la valutazione può essere utile a ri-orientarlo, focalizzarlo e osservarne e valorizzarne gli impatti.

Il miglioramento e la valutazione che stiamo descrivendo sono processi continui, a spirale, attraverso i quali un'organizzazione può gestire un progressivo miglioramento del suo impatto sulla realtà su cui ha la missione di intervenire. La valutazione quindi può essere introdotta in qualsiasi momento ed entrare a far parte degli strumenti e delle pratiche di lavoro.

Nel percorso il gruppo dovrebbe gestire la realizzazione dei seguenti 5 passi.

1. **Definire il valore che si vuole creare** per le persone cui il servizio si rivolge, seguendo la logica del flusso teso.
2. **Esaminare il processo di erogazione, per individuare come** è possibile aumentare il valore, eliminare sprechi e problemi e migliorare qualità e interazione con le persone destinatarie.
3. **Definire come misurare l'incremento del valore creato** (aspetti nuovi di qualità o di costo economico del servizio) per la persona, per la comunità, per il servizio, per gli operatori.
4. **Sperimentare** e mettere a punto ogni modifica nei processi e nelle pratiche di lavoro, **verificando se migliorano effettivamente il valore.**
5. **Rendere visibile e socializzare il nuovo valore** per alimentare il processo di miglioramento continuo.

1. Quale valore si vuole generare per le persone?

Ispirandosi al concetto di *flusso teso*, che è la bussola della qualità nella *lean organization*, potremmo dire che qualsiasi servizio socio-sanitario dovrebbe cercare di generare quel che serve alla persona destinataria del servizio per mantenersi in salute, nel momento in cui gli serve e nelle forme in cui gli serve. Obiettivo è il valore per la persona, ma il modo per generare questo valore non è predefinito e non è limitato all'azione diretta del servizio in risposta a specifici bisogni o domande: per esempio attivare persone e risorse, coordinarsi, creare cooperazione e sinergie con altri servizi o altre organizzazioni, ridurre sprechi o utilizzi inappropriati sono azioni che possono fare parte degli spazi di azione e miglioramento, se l'effetto tangibile e misurabile si traduce in valore per la persona. Essa dovrebbe riconoscere questo valore, anche se in alcuni casi la persona ha un bisogno ma per vari motivi non esprime una domanda esplicita di servizio.

I criteri che abbiamo proposto come guida per la valutazione – efficacia, innovazione di sistema, efficienza ed equità – aiutano a identificare le priorità e a misurare l'incremento di valore che il servizio potrebbe generare. Essi aiutano a passare in rassegna i problemi più gravi e urgenti delle persone, che i processi attuali non riescono ancora a gestire in modo soddisfacente. Per esempio, l'efficacia può essere misurata rilevando il numero di persone che vengono o meno concretamente aiutate a superare una fase critica, come una temporanea non autosufficienza. L'innovazione di sistema può essere misurata verificando l'effettiva presenza di interventi contemporanei, tempestivi e coordinati di operatori sociali e sanitari sulla stessa persona, in tutti i casi in cui sia necessario. L'efficienza può riguardare la riduzione di un costo specifico, per esempio di esami, farmaci o prestazioni specialistiche non utili, le cui risorse potrebbero essere utilizzate meglio. L'equità potrebbe riguardare, per esempio, la quota di persone nuove, prima non in contatto con il servizio sanitario e a rischio per la loro patologia e debolezza dal punto di vista dei determinanti di salute, che il servizio riesce a trovare di propria iniziativa ogni mese.

Si tratta quindi di problemi concreti e significativi su cui il servizio potrebbe decidere di voler aumentare la qualità del proprio intervento.

Inoltre bisognerebbe tenere in conto i problemi che incontrano gli operatori stessi nello svolgere il loro lavoro, che spesso segnalano una gamma di ostacoli alla qualità del lavoro, che a loro volta si ripercuotono sui destinatari. In questo caso il criterio fondamentale riguarda la possibilità di modificare il MODO di svolgere attività, processi e relazioni, al fine di aumentare il valore per i destinatari e la qualità del lavoro per gli operatori. Esiste un'ampia casistica di situazioni in cui la cattiva organizzazione delle pratiche di lavoro (per esempio eccesso di burocrazia non obbligatoria, sistemi informativi non ben allineati alle necessità, centralizzazione inutile di alcune decisioni, scarso

coordinamento tra uffici e specialisti, dislocazione non funzionale di personale e strumenti, carenza di sistemi efficaci di gestione delle informazioni interne e verso l'esterno, ecc.) genera difficoltà per gli operatori e contemporaneamente perdita di valore per i destinatari.

Sono quindi molti gli aspetti del lavoro che possono diventare oggetto di valutazione e di miglioramento per creare valore. La scelta delle priorità dovrebbe essere guidata dalla conoscenza diretta che gli operatori hanno sia dei problemi di svolgimento del lavoro, che dei destinatari. Nel tempo, la scelta dovrebbe modificarsi, riconoscendo il miglioramento ottenuto e puntando su nuove priorità.

2. Quale modifica dei processi di erogazione si deve introdurre?

Data la scelta di priorità circa il nuovo valore da creare che è stato identificato, il gruppo di operatori e la direzione del servizio dovrebbero capire come questo valore può essere generato modificando i processi di erogazione. Cosa si deve cambiare per ridurre le code, o integrare le azioni di uffici diversi, o raggiungere persone oggi non seguite e non conosciute, ma in grave necessità, ecc.?

Il metodo per fare scelte appropriate consiste nel prendere in esame il sistema di erogazione attuale, in merito allo specifico punto, ricostruendo che cosa oggi avviene e per quali motivi non si riesce già oggi a generare il valore che si vorrebbe aumentare. Il gruppo dovrebbe quindi ricostruire nei dettagli:

- Il processo attuale di erogazione, elencando e descrivendo tutti i passi/fasi che compongono l'attività (strumento schema del flusso), da quando la domanda si crea (ad esempio la persona prenota una visita), fino alla conclusione (ad esempio la persona è ritornata dal medico con l'esame).
- La posizione della persona destinataria o della sua pratica in ogni passo del processo.
- Gli operatori, le competenze interne ed esterne coinvolte in ogni passaggio.

La ricostruzione dovrebbe essere fatta dagli operatori realmente impegnati quotidianamente nel processo, che quindi lo conoscono bene e lo conoscono per come concretamente avviene, non solo per come dovrebbe essere svolto. Inoltre, la ricostruzione dovrebbe avvenire nei luoghi dove effettivamente il lavoro viene svolto, vedendo passo passo cosa avviene nella pratica, quali tempi, spazi e strumenti si usano effettivamente, come si gestiscono le azioni, ecc.

Strumento 1 – tabella per la ricostruzione del processo primario o di supporto

Esempio: medicina d'iniziativa – processo della presa in carico domiciliare

Attività	Eventuali fasi e strumenti	Soggetti coinvolti	Tempi, costi e impegni per la persona	Output
Identificazione caso				Nominativo e recapiti
Presa di contatto				Verifica delle caratteristiche del caso
Proposta di incontro				Appuntamento fissato
Prima visita domiciliare				Scheda del profilo rischi/bisogni
Dialogo successivo				Definizione percorso condiviso

Inoltre il gruppo dovrebbe approfondire l'analisi dei problemi che il processo attuale presenta.

In sostanza, si tratta di individuare le cause dei problemi organizzativi attuali: per questo vanno analizzate e fatte emergere le cause di ciò che oggi non funziona in modo ottimale (strumento di analisi delle cause di Ishikawa).

Supponiamo che si voglia allargare l'accesso a un determinato servizio, o ridurre i tempi di attesa, o aumentare il coinvolgimento della persona e l'adattamento del servizio ai suoi bisogni, aumentare

la sua comprensione di aspetti chiave, o ancora ridurre alcuni sprechi, o facilitare la persona integrando servizi ora separati, ecc. In ciascuno di questi casi sarebbe utile analizzare cosa avviene nel servizio, con il gruppo di operatori, in relazione al problema specifico, chiedendosi: perché qualcuno non viene raggiunto dal servizio? Perché si formano le code? Ecc.

Questo strumento consiste nell'esame dell'attuale processo di lavoro andando alla radice delle cause che generano il problema, che possono essere di natura molto diversa ed avere connessioni tra loro: ad esempio tecnologica, o di competenze degli addetti, o di procedure non adeguate, o di scarsa collaborazione tra operatori e uffici, o di scarsa collaborazione del paziente stesso, ecc. In questo approccio la corretta analisi delle cause e delle loro interazioni, condotta dagli operatori, è il primo passo fondamentale per migliorare il servizio e il valore generato.

Strumento 2 – diagramma per l'analisi delle cause di Ishikawa



La ricostruzione del processo, condotta con i due strumenti presentati, dovrebbe quindi porre le basi per le ipotesi di intervento. In questa fase la metodologia della *lean* prevede uno sforzo creativo, detto *moon-shine*, dove gli operatori si chiedono se non esista un altro modo per svolgere quella fase del processo in grado di raggiungere meglio gli obiettivi, e devono progettare differenti soluzioni concrete, che possono anche comportare l'uso di strumenti differenti, competenze diverse, cambio di procedure, di luoghi, di fasi di lavoro, di operatori coinvolti, ecc., per scegliere la migliore. Questa riprogettazione può anche comportare l'abolizione di alcune attività, ritenute inutili, o l'introduzione di nuove attività, che oggi non si fanno ma sarebbero necessarie.

3. Come misurare l'incremento del valore creato (aspetti nuovi di qualità o di costo economico del servizio) per la persona, per la comunità, per il servizio, per gli operatori?

L'esame del processo attuale e dei possibili miglioramenti richiede al gruppo e alla direzione di definire il miglioramento di valore atteso, e quindi di definire le unità di misura che si intendono adottare come obiettivo e come metro di misura del miglioramento.

Strumento 3 – tabella degli indicatori per rappresentare il valore generato dal processo

Tipi di indicatori da scegliere e definire	Ambiti e significati
Qualità	Adeguatezza, esito, appropriatezza, efficacia interna, efficacia esterna, impatto, soddisfazione dei destinatari, soddisfazione degli operatori, ecc.
Impatto di sistema	Miglioramento a regime e diffuso del modo ordinario del servizio di svolgere una determinata attività, migliorata in modo sperimentale.
Efficienza	Risultato (n. cose fatte, utenti ricevuti, visite, ecc.) su risorse impiegate (n. ore lavoro, giornate, operatori, ecc.)
Equità	Riduzione della disuguaglianza (sociale e di salute) tra i gruppi meglio e peggio serviti dal processo o coinvolti dal problema
Indicatori sul processo	<p>Tempo di processo (tempo di lavoro effettivamente dedicato alla persona, ad esempio per una visita medica)</p> <p>Tempo di attraversamento (tempo che trascorre da quando la persona esprime un bisogno a quando questo viene soddisfatto, ad esempio da quando chiede una visita a quando viene visitata)</p> <p>Disponibilità (tempo effettivo di lavoro impiegato nel processo, o con il destinatario, su tempo totale di lavoro disponibile, ad esempio tempo dell'infermiere passato con pazienti e tempo totale di lavoro dell'infermiere)</p> <p>Numero di passi interni (numero di passaggi che richiede il processo all'interno dell'organizzazione, ad esempio da quanti operatori deve passare una persona, o un documento)</p> <p>Numero di passi per il destinatario (numero di volte in cui la persona si deve muovere o fare qualcosa per mandare avanti il processo, ad esempio prenotazione, visita, ritiro, ecc.)</p>

La progettazione del nuovo processo, o del miglioramento, dovrebbe essere precisa, articolata nelle diverse fasi e strumenti, e logicamente connessa con il valore da generare. Non dovrebbe essere burocratica e formale, ma operativa e sostanziale. Il nuovo modo di fare le cose dovrebbe collocarsi organicamente tra i processi esistenti migliorandone uno o aggiungendone uno nuovo.

È necessario che il gruppo di operatori e la direzione fissi il livello degli indicatori di valore scelti, relativi ad aspetti migliorabili o da creare, prima dell'intervento, in modo da verificare successivamente se il valore è stato creato. Per esempio, oggi la coda per la visita è di 30 giorni e quella per l'esame di 20, dopo l'intervento (avendo introdotto un nuovo modo di prendere le prenotazioni, o di gestire la visita o l'esame, ecc.), potrebbe risultare ridotto.

4. La sperimentazione nei processi e nelle pratiche di lavoro migliora effettivamente il valore?

La progettazione del miglioramento, anche specifico e circoscritto, dovrebbe essere attuata dal gruppo e dalla direzione subito in modo completo e sperimentale, misurando l'effetto sul valore che è stato definito (nuovo accesso più rapido, nuovi tempi più brevi, nuova integrazione tra servizi più efficace, ecc.). Il momento della sperimentazione dovrebbe essere preparato, in quanto la direzione

e tutti gli operatori coinvolti hanno predisposto spazi, strumenti, informazioni, software, ecc. richiesti per gestire il nuovo processo. Le variazioni dovrebbero essere introdotte con determinazione e tutti i problemi che possono emergere nelle prime ore o giorni dovrebbero essere rilevati, affrontati e risolti, in modo da rendere efficace la sperimentazione. Se si prende atto che ci sono aspetti non previsti che rendono impraticabile la sperimentazione, essa dovrebbe essere subito abbandonata.

Dopo un breve arco di tempo è indispensabile valutare e prendere la decisione di rendere strutturale la sperimentazione, sulla base di indicatori empirici precedentemente definiti, anche se non è detto che sia già possibile ottenere gli indicatori più importanti relativi alla creazione del valore.

Il confronto tra prima e dopo dovrebbe tenere conto, a fianco degli indicatori direttamente utilizzati per misurare il valore generato per la persona, anche degli altri effetti collegati a meccanismi sociali attivati e misurati in modi diversi:

- Per la comunità (riduzione di sprechi, creazione di beni collettivi, cambiamento culturale, ecc.).
- Per il servizio, come organizzazione (riduzione di sprechi, utilizzo migliore delle risorse, assetto tecnologico, o di decentramento, o di integrazione con altri soggetti più funzionale alla qualità del servizio, ecc.).
- Per gli operatori (lavorare meglio, più facile adattamento ai bisogni delle persone, maggiore cooperazione, soddisfazione per i risultati, crescita professionale, ecc.).

5. Come rendere visibile e socializzare il nuovo valore per alimentare il processo di miglioramento continuo?

Questo approccio al cambiamento si regge sul superamento di una cultura e un modo di funzionare burocratico dei servizi, e quindi è sospinto dalla motivazione degli operatori e dei dirigenti e dall'alleanza con le persone destinatarie, che progressivamente riconoscono che i miglioramenti sono orientati a rendere il servizio più rispondente ai propri bisogni.

Questo riconoscimento ha bisogno di essere tradotto nei fatti e di trovare conferme nell'esperienza del servizio che fanno sia le persone destinatarie, sia gli operatori.

Attraverso la misura del valore generato il servizio dispone di conferme empiriche sul proprio funzionamento, che dovrebbero essere in sintonia con il crescente coinvolgimento degli operatori e con il miglioramento dell'esperienza di lavoro e di relazione.

In questo senso la misura tecnica del valore e il racconto del modo in cui l'esperienza del miglioramento viene vissuta diventano componenti fondamentali del cambiamento di cultura del servizio, che alimenta ulteriore motivazione e ricerca di soluzioni migliorative, superando pratiche e procedure che hanno dei limiti. Le informazioni derivate dalla valutazione e auto-valutazione sul processo dovrebbero quindi essere raccolte, ordinate, socializzate e valorizzate, nell'organizzazione e nella comunità.

Per l'organizzazione e gli attori politici la misura del valore prodotto dovrebbe fornire le basi per ulteriori analisi del ritorno degli investimenti sul miglioramento, sia rispetto agli effetti sui criteri di qualità adottati, sia rispetto al potenziale risparmio sugli sprechi e al migliore uso delle risorse che il miglioramento implica, anche senza considerare gli effetti preventivi sulla salute della comunità e sull'impatto economico sul sistema nel lungo periodo.

Test di aderenza del modello sull'esperienze Co.N.S.E.N.So.²

La verifica del modello di valutazione è stata condotta in modo sperimentale utilizzando le interviste agli infermieri di famiglia e comunità che sono stati coinvolti nella sperimentazione del progetto Co.N.S.E.N.So, un caso di innovazione nella gestione della medicina territoriale. L'obiettivo della verifica consisteva nell'accertare se le domande di valutazione formulate per verificare l'innovazione nei tre livelli di relazione ipotizzati dal modello fossero in grado di intercettare i temi più importanti che caratterizzano l'esperienza degli infermieri di famiglia e di comunità. Sulla base dell'analisi sintetizzata nelle tabelle seguenti, si ritiene che la verifica abbia confermato l'efficacia dello schema di valutazione proposto.

Le interviste sono state condotte sulla base della seguente traccia di intervista:

1. Le caratteristiche del contesto
2. I problemi emergenti
3. Gli interventi erogati
4. Le figure che si sono interfacciate con gli infermieri in questo progetto
5. Le risorse presenti sul territorio
6. Il coinvolgimento della famiglia
7. Le difficoltà riscontrate
8. Le motivazioni iniziali e quelle che si sono sviluppate in itinere

Nel corso delle interviste sono stati esplorati con particolare attenzione i seguenti temi

1. L'accessibilità dei luoghi
2. Le reti e i servizi presenti sul territorio
3. Le azioni infermieristiche: dirette, politiche, di integrazioni con altri soggetti del SSN, rivolte alla famiglia e i follow up
4. Il rapporto di fiducia tra utente e infermieri di famiglia
5. Le difficoltà riscontrate durante il progetto: logistiche, con l'utenza e con altri servizi
6. Le motivazioni che hanno spinto gli infermieri a intraprendere il percorso di infermieristica di famiglia e di comunità

Le interviste sono state realizzate nelle seguenti province, dove è stata condotta la sperimentazione: 2 AT, 5 CN, 5 NO, 5 VCO, 2 GE.

² Progetto "Co.N.S.E.N.So. - **Community Nurse Supporting Elderly in a changing Society**" nell'ambito del Programma transnazionale di Cooperazione Territoriale Europea INTERREG Spazio Alpino 2014-2020Il progetto si propone di favorire l'invecchiamento sano ed attivo della popolazione, permettendo agli anziani di vivere a casa il più a lungo possibile, attraverso il sostegno di interventi innovativi e pro-attivi centrati sulla figura dell'Infermiere di Famiglia e di Comunità (IFC)

Dimensioni della qualità delle relazioni da potenziare per produrre vantaggi di salute (Capitale Sociale)			
Criteria	con la persona	con il contesto prossimo alla persona	con istituzioni e attori sociali
Efficacia	<i>L'azione aumenta la qualità delle relazioni sociali con il destinatario, per produrre vantaggi per la sua salute?</i>	<i>L'azione aumenta la qualità delle relazioni sociali tra il destinatario e il suo contesto prossimo, per produrre vantaggi per la loro salute?</i>	<i>L'azione aumenta la qualità delle relazioni con attori istituzionali e sociali, al fine di per produrre vantaggi per la salute?</i>
Verifica	<p>In tutti i contesti, più o meno disagiati, di pianura o di montagna, l'accoglienza dell'IFeC all'interno delle famiglie è difficile. Gli ostacoli maggiori sono la paura verso gli estranei, i pregiudizi verso la figura professionale e le resistenze culturali. Il primo impegno è, dunque, quello di attivare meccanismi di fiducia diretti con gli utenti o mediati da altri attori della comunità.</p> <p>La conoscenza delle persone è fondamentale perché avere una persona che tu conosci, di cui poterti fidare, che si interfaccia con tutto quello che c'è sul territorio oltre al medico di famiglia fa la differenza. Siamo riusciti ad entrare in casa di alcune persone e ad accompagnarle mano nella mano nei percorsi a volte non facilissimi sia specialistici che ospedalieri che sociali. (GE)</p>	<p>L'attività svolta dall' IFeC mette in luce un sistema di relazioni virtuose già esistenti, che opera in direzione degli anziani più fragili o che vede gli ultra 65enni come risorsa attiva verso altri membri della famiglia o della comunità. Talvolta, però, è necessario un intervento diretto di attivazione.</p> <p>Spesso i 65enni intervistati sono in buona salute e prestano cure ad altri famigliari. Es. guardano i nipoti o i genitori anziani (NO)</p> <p>Ad esempio a Giniese, hanno una forma di aiuto, in cui io non entro in contatto, che è questa ragazza che gira casa per casa pagata dal comune come assistente sociale che si occupa di andare a fare la spesa. Quindi c'è poco spazio dove sarebbe necessario entrare e questo me lo confermano anche gli assistenti sociali. (VCO)</p>	<p>L'efficacia dell'attività dell' IFeC è assicurata dalla collaborazione con i soggetti istituzionali prossimi all'utente. Una gestione coordinata e congiunta con sindaci, parroci, medici di medicina generale, ecc. rappresenta, dunque, la strategia migliore.</p> <p>Noi quindi abbiamo dato il nostro elenco fornitoci dall'Asl ai comuni e mi relaziono con i sindaci e da lì poi parte tutto l'iter. Noi quindi diamo questo elenco degli over 65 e loro che verificano con l'anagrafica recente (è attuale) e fanno un primo contatto con gli utenti. Onestamente ho molta collaborazione perché mi fanno anche l'elenco e avvisano loro gli utenti che io andrò in questa settimana nel giro di 2-3 giorni quindi io arrivo nei vari cortili e loro sanno già chi sono, cosa vado a fare più o meno, poi glielo spiego meglio io, mi aspettano. Per questo motivo posso dire che ho le porte aperte e sono abbastanza facilitata. (AT)</p>

Prosegue nelle pagine successive

Verifica

<p>Ci sono persone che mi tengono 2 ore/2 ore e mezza a raccontarmi tutta la loro vita e anche i sindaci sono stupiti di queste persone perché normalmente, invece, non parlano mai con nessuno, si stupiscono che alla fine con me riescono ad avere un bel rapporto (AT)</p> <p>Con loro [gli utenti] ho instaurato un rapporto di fiducia reciproco infatti mi stanno già chiamando dopo le prime visite per chiedere informazioni quindi posso dire che sta prendendo piede molto bene questa figura dell'infermiere di famiglia lì. (AT)</p> <p>Come interventi uno dei primi è quello del monitoraggio continuo e una volta che conosciamo una persona non è che non la vediamo e non la sentiamo più ma al contrario ci siamo sempre. (CN)</p> <p>Sì, spesso viene coinvolta anche la famiglia ad esempio per questa attivazione della Cura di Casa ho contattato il figlio dell'utente perché la signora era un po' titubante e quindi magari lui ci avrebbe aiutato a spiegare alla madre la situazione e che avrebbe avuto bisogno di alcuni volontari che le dessero una mano in casa, che la accompagnassero a fare delle visite ed è stato favorevole. Non è mai successo però che l'assistenza da un utente si sia spostata anche su una parte della famiglia. (VCO)</p> <p>I familiari sono sempre coinvolti anche perché molte volte vai per una persona e poi ti ritrovi a risolvere i problemi di un'altra. A me è capitato di andare per un'utente anziana che aveva un Alzheimer molto avanzato che non interagiva assolutamente con me però io ho interagito molto con la figlia che aveva delle grosse problematiche psicologiche, aveva tanto bisogno di parlare perché viveva malissimo questa situazione. Io ho consigliato un supporto</p>	<p>Hanno i volontari della Croce Rossa che sono molto presenti infatti se qualcuno sta male i primi ad arrivare sono loro poi se è necessaria l'ambulanza o l'elicottero lo chiamano loro. C'è il gruppo Auser molto presente e alcune persone hanno fatto un tesseramento e se magari devono fare delle visite ci sono loro, ma la maggior parte prende il pullman. Questo gruppo consiste in volontari di gente in pensione che se c'è una persona della valle che deve fare una visita in ospedale loro vanno su, la prendono, la portano a fare la visita, aspettano che finisca e la riportano a casa. La maggior parte delle persone però non sono iscritte a questo gruppo e prendono la corriera che sale e scende fino a Macugnaga quindi cercano sempre di essere autonomi oppure ci sono i figli che li accompagnano. (VCO)</p> <p>Sì, la famiglia viene coinvolta anche perché lì sono tantissimi a casa dei figli o i figli stanno a casa con loro. Sono tutti molto contenti del servizio e di questo progetto infatti ad esempio quando lascio il dépliant se lo tengono lì vicino al telefono. La famiglia quindi posso dire che è molto partecipe in quanto è una popolazione in cui la famiglia è la prima cosa fondamentale per loro e non penserebbero mai di mettere mamma o papà in una struttura anzi vogliono che muoiano lì a casa loro (AT)</p> <p>Quasi tutti abitano vicino alla famiglia infatti con queste interviste mi sono resa conto che la fortuna degli anziani di Biandrate è che il 95% hanno il figlio in casa (sopra o sotto, di fianco o a 100 mt) o un fratello. Le difficoltà le ho trovate dove non c'erano familiari o dove sono lontani quindi anche se l'utente è relativamente giovane e sano ha più difficoltà rispetto al 90enne acciaccato che però vive di fianco alla figlia perché quello senza il familiare si preoccupa nel caso dovesse succedere qualcosa non sa chi chiamare (NO)</p> <p>Ho un'agenda con tutti gli alberelli e i disegni delle famiglie e delle dinamiche senno poi mi dimentico e questo serve anche per evitare di dire cose a qualcuno che magari non deve sapere e ti rendi conto che se ci</p>	<p>In questo paese c'è la medicina di gruppo, quindi, i medici non solo si conoscono tra di loro ma utilizzano gli stessi spazi e con loro c'è un confronto. E' possibile anche un rapporto diverso con il Distretto che è presente sul posto con l'infermiera di riferimento. Quando chiamo le persone e posso dire loro che ci possiamo incontrare al Distretto o possono fare riferimento al proprio medico di base è tutto molto più semplice (NO)</p> <p>Io faccio quello che mi dice l'Asl. Mi hanno detto che loro avrebbero pensato ai medici e a me toccavano il Sindaco e le associazioni, quindi io ho fatto quello che mi toccava. Ma se avessi potuto sarei andata a parlare direttamente dai medici.</p> <p>L'Asl mi ha detto che hanno mandato tutto ai medici. Però ripeto le cose sono migliorate dopo che ci siamo conosciuti nell'ambulatorio. (NO)</p> <p>Con noi collaborano quelli del CIS e la Cura di Casa che è un progetto che fa sempre parte dei servizi sociali in cui entrano in gioco anche le case di riposo. In questo progetto rientrano tutte le persone che sono sconosciute ai servizi, ultra 65enni. A loro vengono offerti diversi servizi tra cui la fisioterapia (che non è offerta da nessun'altra soluzione), i servizi per poterli aiutare nelle cure igieniche con un accesso massimo di una volta a settimana (in caso contrario bisognerebbe ricorrere al CIS e ai servizi sociali), portare i pasti a domicilio, servizi di trasporto per andare ad esempio a ritirare gli esami del sangue o per andare dal medico o per andare a fare la spesa, il supporto psicologico. Io personalmente ho usufruito molto di questo progetto. Con noi lavorano anche le infermiere dell'educazione terapeutica quindi se troviamo dei valori alterati possiamo avere anche questo appoggio, sicuramente anche il medico di base (la loro collaborazione è indispensabile). Io lavoro molto anche con le ragazze delle Cure Domiciliari. Abbiamo quindi cercato di creare una rete con il servizio diabetologico, con l'educazione terapeutica, con le Cure Domiciliari, con il medico, con questo progetto della Cura di Casa, con il</p>
--	---	--

<p>psicologico perché in quel caso c'era proprio un problema di depressione però anche lì non puoi forzare la mano ma dai delle indicazioni dicendo che c'è chi può aiutarla se poi loro non vogliono rivolgersi non è che puoi fare più di tanto. (AT)</p> <p>Come dicevo prima mi è capitato di intervistare nuclei familiari perché tutti interessati al progetto. Ci aiuta sicuramente ad entrare in casa perché i grandi anziani sono tutelati dai figli e a loro volta sono comunque all'interno del progetto. (NO)</p> <p>Soprattutto nei grandi anziani la famiglia è importante infatti chiedo sempre se ci può essere qualcuno in quanto già ho difficoltà nel contatto telefonico perché mi dicono di no allora cerco di contattare i figli. Infatti io vado anche a degli appuntamenti pomeridiani proprio perché la famiglia lavora e mi chiedono se per favore può essere presente al pomeriggio allora io mi rendo disponibile perché in questi casi preferisco in quanto è più facile in questo modo interagire con qualcuno che poi li segua o con cui io poi posso rimanere in contatto nel tempo. (VCO)</p> <p>Loro sono ancora abituati a mangiare burro e formaggi e ce l'hanno insito nel loro stile di vita. Sono persone anziane che sono arrivate fino ad adesso vivendo in questo modo e abbiamo fatto più fatica. Una signora, ad esempio, con una glicemia 400/500 che si beveva a pranzo il latte con lo zucchero. Essendo però sempre stati abituati così la difficoltà nel cambiamento è elevata anche se per il momento quasi tutti hanno accettato passo per passo, goccia dopo goccia. Nessuno si è opposto chiudendoti la porta e dicendo "no, non mi importa". Prima loro forse si sentivano un po' abbandonati dalla struttura sanitaria quindi il fatto che tu come figura ti presenti e ti rendi partecipe della loro salute (ad esempio: ho riscontrato questa</p>	<p>sono delle problematiche devi davvero entrare in punta di piedi perché rischi di andare a compromettere la fiducia che ti sei pian piano guadagnato, devi stare attento a quello che dici e a chi li dici (NO)</p> <p>Per le persone in cui trovavo dei problemi, dei parametri alterati oppure per i quali pensavo di attivare una rete come servizi sociali, cure igieniche, il pasto a casa o aiutarli a fare la spesa ho chiesto di darmi un recapito di un familiare con cui io potessi comunicare. La famiglia devo dire che fino ad adesso ha accolto molto bene questa figura dell'infermiere di famiglia perché si sono sentiti sicuri e seguiti soprattutto gli utenti che abitano da soli. (VCO)</p> <p>Tendenzialmente sono utenti che hanno resistito a tutto, hanno delle grandissime risorse personali anche perché se no non sarebbero riusciti a sopravvivere in posti così isolati. Anche le persone che vivono da sole hanno una buona rete sociale che li sostiene che a volte non è neanche il parentado ma sono anche amicali o vicini di casa, anche quei pochi negozi che ci sono fanno una buona rete perché portano su richiesta anche nei paesi più lontani la spesa, a volte accompagnano anche con medicinali, fanno un servizio a livello sociali importante... I pochi casi in cui non sono presenti le reti sociali allora le persone non riescono proprio a vivere in questi posti e devono venire a Genova in strutture protette o a casa dei figli e parenti. (GE)</p> <p>[Sono stati realizzati dei] gruppi di cammino dentro i quali abbiamo trovate delle risorse anche delle persone. Abbiamo attivato un percorso che già esisteva in Asl3 come gruppi di cammino regionale che avevano un certo circuito, erano diciamo stati pensati e studiati appositamente per le persone di una certa età perché potessero muoversi camminando in gruppo. Abbiamo preso questo, fatto dei corsi, lo abbiamo rimodulato nella valle e, a dispetto di chiunque pensasse che non sarebbe venuto nessuno, siamo riusciti a fare dalle 14 alle 16 persone quasi tutte donne e 2 uomini... In quella sede abbiamo fatto ben più che camminare ma abbiamo</p>	<p>CIS e stiamo aiutando gli anziani a muoversi dentro questa rete di servizi. (VCO)</p> <p>La collaborazione con i comuni è stata fondamentale e quando non l'abbiamo avuta è stato un problema perché i sindaci in queste zone della valle sono un riferimento importante perché conoscono gli utenti personalmente, hanno i numeri di telefono, vanno a bussare alla porta, conoscono i vicini di casa, sono mezzi parenti. Fanno proprio la differenza. (GE)</p>
--	---	--

glicemia alterata, che ne dici se domani ripasso per ricontrollarla? Cosa facciamo? Oppure indagare cosa hanno mangiato per capire se questo è dovuto a una cattiva alimentazione) loro ti premiano e si rendono partecipi a migliorare. Il fatto di avere quell'appoggio che ti dice come e dove devi muoverti si sentono seguiti e sono molto contenti. La risposta continua ad essere buona. (VCO)

Loro mangiano parecchio, hanno la cultura del mangiare e quindi vedi questi uomini tutti con le pance ed è difficile andare ad intervenire sui fattori modificabili che creano poi le patologie. È molto difficile perché vai a modificare le abitudini di persone di 80 anni anche se è più facile con le donne proprio perché fanno riferimento a gruppi sociali diversi ad esempio quando abbiamo fatto il gruppo di cammino erano tutte donne... (GE)

Cadute non ce ne sono tantissime ma c'è trascuratezza e il fatto di sottovalutare certe cose tanto che quando vai in casa loro ti dicono di stare benissimo e poi scopri la pressione a 200. (GE)

Spesso hanno orti e fanno attività fisica. Sono persone in buona salute e seguite che non sentono necessario l'intervento dell'IFeC. (NO)

Rileviamo problemi sanitari vari, tra i più importati il diabete. Rileviamo anche molti casi di decadimento cognitivo che non sono riconosciuti dalle famiglie. (CN)

In alcuni casi abbiamo fatto proprio la differenza. Siamo andati a casa di una signora 66enne che prendeva 18 tipologie di farmaci, tutto il giorno non faceva altro che prenderne,

anche socializzato in maniera pensata, si è parlato di alimentazione perché era nato spontaneamente da loro, spontaneamente da loro sono state fatte richieste sull'incontinenza che mai avrebbero detto al medico e che mai avrebbero detto a chiunque... abbiamo parlato di igiene intima, di alimentazione... Abbiamo fatto un corso per i diabetici con un'associazione che in Liguria... (GE)

<p>non sappiamo come non sia morta perché molto di questi erano doppi, tripli con gli stessi dosaggi generici e no, messi tutti insieme perché era stata ricoverata e nella fase acuta le avevano somministrato una certa terapia che poi lei aveva continuato a prendere poi era cambiato il medico di famiglia che le ha dato un'altra tipologia quindi si sono sommati più errori e di 18 farmaci ora siamo arrivati a 3. Io ho continuato a tenerla monitorata perché mi sono detta non vorrei che adesso era abituata talmente tanto a prenderli tutti che tolti si scompensa dall'altra parte. Grande attenzione per il singolo perché fa la differenza e conoscere bene le persone ti aiuta ad aiutarli. (GE)</p>		
--	--	--

Innovazione di sistema	<i>L'azione sperimenta innovazioni nella cultura e nelle pratiche organizzative del servizio, direttamente funzionali ad aumentare la qualità delle relazioni con il destinatario utili alla salute?</i>	<i>L'azione sperimenta innovazioni nella cultura e nelle pratiche organizzative del servizio, direttamente funzionali ad aumentare la qualità delle relazioni tra il destinatario e il suo contesto prossimo utili alla salute?</i>	<i>L'azione sperimenta innovazioni nella cultura e nelle pratiche organizzative del servizio, direttamente funzionali ad aumentare la qualità delle relazioni con attori istituzionali e sociali, al fine di integrare e coordinare le azioni per produrre vantaggi per la salute?</i>
<p>Verifica</p>	<p>Molti vivono da soli, con i figli magari lontani, e però continuano a volersi gestire da soli. In questi casi di solitudine c'è il servizio socio-assistenziale che va una volta a settimana e ogni tanto passo io anche solo con la scusa di vedere come va e si dà un'occhiata in generale, si guarda un po' il contesto se ci sono difficoltà si chiacchiera un pochino e più che altro facciamo un intervento a livello sociale e comunicativo per far vedere anche che ci siamo e che se hanno problemi possono chiamare. (AT)</p> <p>Abbiamo creato anche una locandina che fosse anche un po' accattivante da mettere in farmacia piuttosto che al negozio di alimentari. Abbiamo organizzato incontri e questi pomeriggi sono serviti per farsi conoscere, per vedere i nostri visi. (CN)</p> <p>Abbiamo ricevuto dei rifiuti soprattutto in bassa valle, in 2 comuni grandi. Non abbiamo ancora ben capito se è per la vicinanza ai servizi o anche il vicinato è più presente e quindi uno si aggiusta di più e forse è anche meno sentita la questione della prevenzione, ci vuole ancora un cambio culturale da parte loro. Loro sono ancora convinti che l'infermiera sia la figura che esegue prestazioni e quindi dobbiamo ancora lavorare per poter ricevere un riconoscimento anche da parte loro. (CN)</p>	<p>Un grosso problema è rappresentato dalla mobilità e dalla mancanza di reti sul territorio. Laddove c'è una RSA si sviluppano servizi domiciliari e reti di volontariato, in tal caso però c'è anche una maggiore resistenza nei confronti dell'IFeC. Si devono cercare, quindi, raccordi con queste realtà (CN - NO)</p> <p>In assenza di volontariato ci sono servizi a pagamento (es. Croce Rossa) (CN)</p> <p>Fare più iniziative comunitarie per raggiungere molte persone in un contesto più informale, vincendo molte resistenze. Questo consentirebbe di raggiungere più persone in poco tempo, mentre i contatti casa per casa sono molto dispendiosi.</p> <p>Non è comunque tempo tolto alla visita domiciliare perché viene messa sempre al primo posto da noi e viene data a tutti la possibilità di ricevere la visita quando vogliono e quando ce n'è la necessità in quanto abbiamo preso in carico l'utente e la famiglia con questo progetto. Per noi questo è stato vincente e per questo motivo abbiamo rallentato con le nuove visite per poter avere il tempo di risolvere alcune situazioni. Una volta che poi la situazione è messa a posto ti sganci gradualmente dalla famiglia. (CN)</p> <p>Tra i cittadini c'è anche il parroco che ha una forte presa sulla comunità anche perché hanno una serie di loro tradizioni che seguono ancora per cui essendo inserito anche lui in CO.N.S.E.N.SO. ha una bella presa su di loro. Forse è una delle persone più problematiche da un punto di vista di multi-patologie. (VCO)</p>	<p>Fare rete con le amministrazioni locali e sinergie con gli attori chiave della sanità sul territorio. (tutti)</p> <p>I medici diciamo hanno iniziato ad accogliere meglio l'IFeC dopo che abbiamo cercato di far capire che noi non vogliamo sostituirli, che siamo soltanto un supporto in più per creare la rete quindi facilitare anche il loro lavoro. Io adesso sto lavorando in una zona in cui c'è solo un medico ed è un po' vecchio stampo ad esempio lo chiamano alle 2 di notte e lui va, se c'è un arresto cardiaco arriva per primo ed è lui ad iniziare il massaggio quindi è molto disponibile e io lavoro molto bene con lui. (AT)</p> <p>Mi è piaciuto perché avrei cambiato un po' alcuni obiettivi lavorativi e mi piace molto il mio lavoro. Io sono stata in Rianimazione per tanti anni poi ho lavorato anche un po' di anni al domicilio e mi è piaciuto molto il rapporto che si viene a creare con il paziente. Questo percorso che ho fatto penso che l'abbia ancora di più valorizzato quindi sono ben contenta, è un modo di vedere il lavoro diverso sempre aiutando le persone e cercando di non farle ammalare tanto. Sono più che motivata quindi a far questo (AT)</p>

<p>Verifica</p>	<p>Abbiamo attivato un servizio che c'era e che per anni è stato utilizzato cioè quello dei pasti a domicilio per le persone anziane. Una volta che il servizio sociale ha lasciato questa parte perché si è spostato nessuno aveva più fatto richiesta e adesso tramite la necessità di un utente è stato riattivato e il Sindaco è presente e molto attento da questo punto di vista. (NO)</p> <p>Si fa fatica a star dietro a tutto questo perché non siamo dedicati solo a questo in questo momento. Sono l'infermiera delle cure domiciliari però un giorno ci sono, un giorno non ci sono, un giorno accendo il telefono e un giorno non posso accenderlo perché sono dedicata ad un'altra cosa. Questa frammentazione non permette di dare un'identità a questa figura in questo momento. Mi auguro che per il futuro ci sia, che le idee siano un po' più chiare. (VCO)</p> <p>Io sono impegnata anche nelle Cure Domiciliari e devo coprire anche quei turni. Per questo motivo non sempre si può organizzare la cosa come invece si vorrebbe. Purtroppo le risorse, soprattutto quelle economiche, sono sempre scarse. La difficoltà sta proprio nel personale ridotto e quindi non sempre si arriva a fare tutto quello che si vorrebbe. (VCO)</p> <p>E' problematico che la presa in carico della popolazione che seguo non sia dello stesso distretto per cui lavoro. (NO)</p> <p>Una particolarità: una signora 90enne che dovevo richiamare perché aveva una visita geriatrica in corso l'ho trovata mentre uscivo dallo studio del medico nella frazione più grande del comune in cui c'è anche l'unico ufficio postale nell'ufficio della Pro Loco in cui c'è un po' il punto di ritrovo di tutti i servizi. Qui ho</p>	<p>Io vorrei proprio che ci fosse questa visione di apertura non soltanto della cosa piccola ma del contesto in cui loro vivono. Faccio un'ipotesi: ci sono delle situazioni in cui il fatto che ci siano dei negozianti disponibili a fare un certo percorso potrebbe essere un punto di partenza per progettare un altro discorso a livello sociale insieme a sindaci. (GE)</p>	<p>Abbiamo fatto una riunione con tutti i sindaci per fare il punto della situazione, senno i contatti rimangono singolarmente per problemi relativi a quel comune, mentre è utile trovare delle soluzioni comuni. Ad esempio la disponibilità che abbiamo chiesto per i gruppi di cammino e di trovare qualcuno che possa prenderli in gestione. (CN)</p> <p>...le cose da migliorare sono sicuramente la comunicazione con i medici e gli altri servizi perché siamo sempre noi unilateralmente che chiamiamo per avere le informazioni. Non sappiamo niente ma neanche da parte delle nostre colleghe delle Cure Domiciliari quindi quello è una cosa che sarebbe fantastica è la cartella sanitaria, il fascicolo elettronico perché andare a casa a chiedere all'anziano le sue condizioni di salute e non sa dirti se è BPCO o se non lo è, non sa dirti nello specifico cos'ha e non puoi pensare di andare per ogni utente dal medico a chiedere a lui informazioni perché non è fattibile. Con queste 2 cose si riuscirebbe già a fare un bel passo avanti. E non sono 2 cose piccole. (CN)</p>
------------------------	--	---	--

<p>incontrato questa signora infatti tutte le signore di questo comune alle ore 10.30 del mattino si ritrovano per il caffè tutti i giorni nel periodo estivo/primaverile (autunno e inverno no perché c'è la neve). Ho scoperto questa cosa e l'ho utilizzata perché quando non riuscivo a trovare le persone (ed è una mia criticità – soprattutto nel periodo estivo non ci sono, i telefoni fissi non ci sono, i cellulari non li lasciano a nessuno neanche in comune per cui era difficile trovarli) e ho scoperto dove andare. (VCO)</p> <p>Non riesco a fare più di 4 incontri al giorno perché ci vuole tempo per creare un legame, un'empatia per un futuro lavorativo sia mio sia soprattutto per loro è giusto così. Non riesco a farne tantissimi al giorno proprio per questo e il tempo è quello che è (AT)</p> <p>Cercare la fiducia reciproca quindi io mi fido di loro e loro si devono fidare di me e l'obiettivo ovviamente è quello di farli vivere bene e in modo autonomo al proprio domicilio il più a lungo possibile come è il progetto</p> <p>Co.N.S.E.N.So., possibilmente in salute. Per chi non è più in salute, gestendo al meglio le cronicità quindi essere anche di supporto se ci sono delle problematiche. È importante per loro essere presenti anche non soltanto fisicamente ma se mi telefonano cerchiamo di risolvere il problema poi magari faccio un passaggio da loro appena riesco concordano l'ora e il giorno. (AT)</p> <p>Sì, abbiamo tutte un tablet su cui è presente un applicativo in cui inseriamo in egual modo i vari utenti con l'anagrafica e tutte le informazioni che raccogliamo tramite le interviste. In più la nostra Asl, grazie ad un'amministrativa che è molto brava e molto attenta e crede molto in questa attività riusciamo, oltre ad estrapolare i dati per Co.N.S.E.N.So., riesce ad estrapolare soprattutto quello che viene fatto in corso di intervista oppure, come le colleghe del Verbano,</p>		
---	--	--

	<p>anche le attività che poi vengono messe in opera. Per cui riusciamo anche a quantificare non solo il valore dell'intervista ma tutte le attività che seguono l'intervista che possono essere di tipo educativo o l'attivazione di servizi o la segnalazione ad altri servizi di questi cittadini. Sull'applicativo noi abbiamo la possibilità di inserire anche le seconde visite. (VCO)</p> <p>La camminata durava più o meno un'oretta di cui 10-15 minuti di camminata normale, 30 minuti di camminata veloce come se stessero andando a prendere l'autobus di corsa e 3 step in cui facevamo esercizi molto semplici sull'equilibrio e sull'attenzione che era la cosa fondamentale infatti abbiamo utilizzato le palle. Sono migliorate tantissimo. Il progetto prevedeva anche di fare una scheda per tutte queste persone di volta in volta dove mettersero il loro grado di difficoltà che parte da un valore che mi sembra sia 6 e arriva fino a 12 e questo valore equivale alla frequenza cardiaca 60 e 120, devono rimanere all'interno di queste frequenze e loro insieme al numero hanno scritto una frasetta come "sono molto stanco", "mi sono sentito affaticato", "ho fatto più (o meno) difficoltà" oppure "no assolutamente niente difficoltà" e abbiamo visto che nel giro di 2 mesi molta gente ha diminuito la frequenza cardiaca. Purtroppo non abbiamo potuto portarlo come esempio in maniera concreta perché un giorno sono voluti andare ad arrampicarsi su per i monti, io gliel'ho concesso e mi ha invalidato tutto perché hanno fatto fatica ed è aumentata la soglia della frequenza cardiaca e quindi avremmo dovuto continuare a fare tutto per un altro periodo di tempo per poter avere un po' più di materiale su cui ragionare con le percentuali. (GE)</p> <p>L'infermiere di famiglia è questo, tu ci sei sempre perché è questa presa in carico totale</p>		
--	---	--	--

<p>dell'utente finché non muore. Questo dovrebbe essere il nostro iter lavorativo ed è fondamentale, è differente da tutti gli altri sistemi che io ho conosciuto in 23 anni di lavoro. Si è sempre lavorato su un bisogno mentre in questo caso abbiamo lavorato sì su un bisogno ma soprattutto su un'attività di tipo preventivo. È un cambio di paradigma. Sembrano cose semplici ma sono molto complesse e per noi infermieri di vecchia data, di vecchio stampo è molto difficile da comprendere. (GE)</p> <p>Noi facciamo le cose in maniera un po' artigianale e alcuni percorsi non sono perfettamente qualificati questo perché sono cose anche completamente nuove che sono da sviluppare. Sono da sviluppare dei percorsi più o meno qualificati con cui poi puoi prendere delle deviazioni perché tutte le persone sono diverse tra di loro e sono anche contesti diversi. Ci vorrebbe anche un maggior monitoraggio di alcune condizioni e utilizzare magari tecniche di telemedicina può cambiare molto la situazione. (GE)</p>		
--	--	--

Efficienza	<i>L'azione produce un ritorno degli investimenti per accrescere il capitale sociale nel rapporto con la persona, utile alla salute?</i>	<i>L'azione produce un ritorno degli investimenti per accrescere il capitale sociale nel contesto prossimo alla persona, utile a integrare e coordinare le azioni salute?</i>	<i>L'azione produce un ritorno degli investimenti per accrescere il capitale sociale nel rapporto con istituzioni e attori sociali, utile alla salute?</i>
	<p>Spesso l'oggettiva "rarefazione" degli abitanti aumenta i costi di mantenimento dei servizi. L'altro problema rilevante per tutte le zone periferiche, non solo su territori montani, è la mobilità.</p> <p>Il fatto che una persona debba essere visitata perché ha una patologia cronica e non ha la possibilità di scendere a valle e non c'è nessun'altra possibilità diciamo sul territorio comincia ad essere un po' un problema. Tenete conto che poi molte di queste persone che hanno l'ipertensione fanno uso anche dei farmaci diuretici per cui lungo il tragitto, che per alcuni fare anche 50 km, devono potersi fermare o mettersi dei pannoloni. (GE)</p> <p>Abbiamo attivato corsi di ginnastica dolce e gruppi di cammino.</p> <p>Il gruppo di cammino è stato fatto in bassa Val Grana è stato più semplice poi farlo proseguire, le colleghe che lo hanno gestito hanno trovato 2 persone e lo hanno fatto proseguire. Più difficile far proseguire la ginnastica dolce, devono ancora trovare qualcuno. (CN)</p>	<p>Non dico che devono smettere [di fumare] perché se glielo dico non mi aprono più la seconda volta la porta di casa, se invece dico "proviamo, facciamo insieme questo percorso però quando se la sente lei", non posso dire "domani arrivo e iniziamo a ridurre le sigarette" perché avrei una reazione totalmente chiusa e quindi iniziamo a fare questo percorso e aiutati dalla famiglia, dalla moglie, dal figlio cerchiamo di far qualcosa. Sono pochi però gli utenti con cui ho avuto difficoltà perché gli altri hanno reagito molto bene al cambiamento smettendo di fumare dopo ad esempio un problema cardiologico per paura e anche perché io nel colloquio valorizzo molto il posto dove abitano che è un posto bellissimo e c'è la pace. Io vado lì, faccio un'ora di macchina ma sto bene anche io, quindi vuol dire tanto. (AT)</p> <p>Una volta mi è capitato che sono andata per 2 fratelli: un fratello sposato con figli che ha tenuto a casa il fratello e in quel caso abbiamo preso in carico tutti quanti perché entrambi i fratelli son stati ricoverati contemporaneamente tutti e due per problemi importanti, la moglie non è molto attenta e i figli hanno dei veri deficit cognitivi. Non riuscivano a gestire la situazione e quindi con l'aiuto della collega del Distretto, con il medico di famiglia siamo andati lì ad aiutarli e abbiamo creato una buona rete intorno a loro e stiamo facendo un buon lavoro. In questi casi si prende ovviamente in carico tutta quanta la famiglia. (AT)</p>	<p>A volte abbiamo organizzato anche trasporti perché purtroppo essendo territori molto isolati e anche i pullman passano una volta al giorno o passano ad orari in cui per loro è impossibile da riuscire a prenderli. Abbiamo dovuto recuperare per alcune persone anche dei passaggi, abbiamo contattato gli assistenti sociali. Manca un po' tutto questo aspetto sociale perché se non hai la tua rete personale, a livello sociale tende ad essere un po' con la maglia troppo larga. (GE)</p> <p>Sicuramente vivere in questi posti ha sviluppato tantissima resilienza, si aiutano molto tra di loro ad esempio se un anziano non può andare a fare la spesa, va al posto suo la famiglia che abita accanto o comunque vicino a lui. Qualcuno poi ovviamente ha anche i servizi sociali che lo aiutano come ad esempio l'OSS del nostro consorzio intercomunale dei servizi sociali che passa magari 2-3 volte a settimana e dà una mano con la spesa (AT)</p>

[Prosegue nelle pagine successive](#)

<p>Verifica</p>	<p>Per la famiglia dipende dalle occasioni: abbiamo tantissime coppie quindi la famiglia è già presa in carico diciamo e quindi in quel caso essendoci marito e moglie si coinvolgono un po' a vicenda e i figli vengono coinvolti solo in caso di necessità diversamente no. (CN)</p> <p>Ci sono tante problematiche sanitarie perché sono pazienti con pluripatologie, l'ipertensione è quella più frequente poi ci sono diversi diabetici, problemi cardiaci e poi quella che abbiamo riscontrato noi, che è emersa e al momento non trattata è il declino cognitivo e ce ne sono molti, forse un po' sottovalutato da tutti come familiari, medici ma non dalla comunità perché a volte ci vengono segnalate da parte loro qualche utente con questa problematica. (CN)</p> <p>In molti territori, quando si è partiti con il progetto, sono state mandate le lettere a tutti gli utenti target. Di fatto, però, potendo fare poche visite domiciliari al giorno, l'effetto mediatico è stato di basso impatto, poiché le persone sono state contattate a distanza di molti mesi dalla ricezione della lettera di sensibilizzazione.</p> <p>Quando finiremo questa lista l'idea è che ci sia un aggiornamento con i nuovi utenti, ma è inutile continuare a mettere nomi nuovi quando già non riusciamo non dico a star dietro a tutti ma quelli che dovevamo fare. (NO)</p> <p>Sì, abbiamo tutte un tablet su cui è presente un applicativo in cui inseriamo in egual modo i vari utenti con l'anagrafica e tutte le informazioni che raccogliamo tramite le interviste. In più la nostra Asl, grazie ad un'amministrativa che è molto brava e molto attenta e crede molto in questa attività riusciamo, oltre ad estrapolare i dati per Co.N.S.E.N.So., riesce ad estrapolare</p>	<p>Organizzare momenti un po' conviviali ha avuto sempre un buon riscontro sia di persone presenti all'incontro e sia di risultato nel senso che dove è stata organizzata il risultato a favore di accettazioni e di partecipazioni è stato maggiore. (CN)</p> <p>Il contatto con il medico di base che in molti casi è stato favorente ad una visita domiciliare e/o avvio di cure domiciliari; ha richiesto gli ausili alla protesica direttamente all'Asl; I Servizi Sociali e con loro ci sono state delle attivazioni anche se non tante</p> <p>Con il volontariato in due grandi aree con cui abbiamo soprattutto collaborato: il pensionato della Valle Grana con cui stiamo collaborando e noi li abbiamo portato dei nuovi casi e loro dall'altra parte ci hanno segnalato dei casi utili e quindi attivazioni del loro servizio; il Caffè Alzheimer che a Dronero ha creato, oltre al Caffè Alzheimer classico quindi malati che vanno lì e fanno gruppo con i familiari, un nuovo progetto a Gennaio 2017 che dovrebbe durare fino a Giugno 2018 con una psicologa che va a casa con cui abbiamo collaborato molto e abbiamo anche lì condiviso dei casi e lavorato in modo coordinato sul domicilio poi abbiamo portato magari anche qualcuno presso la sede del Caffè Alzheimer. (CN)</p> <p>[Guardiamo alle] problematiche sociali in generale perché guardiamo anche la rete familiare se è presente oppure no e quindi cerchiamo di attivarci.</p> <p>Magari è presente fisicamente nel luogo però non è presente effettivamente nella vita dell'utente oppure ci sono casi in cui sono assolutamente ben seguiti.</p> <p>Dipende un po' dai casi, è abbastanza vario. (CN)</p>	<p>Per come ci hanno lasciato diciamo carta bianca ci siamo organizzate noi e quello è sicuramente una cosa positiva per carità perché non c'era niente di impostato e quindi è venuto tutto da noi e non mi lamento perché abbiamo costruito tutto noi ed è bello anche se da un lato è stato difficile perché ci è voluto tempo per fare tante cose però dall'altro non mi posso lamentare.</p> <p>Un'altra cose che si potrebbe migliorare è anche avere un po' più di comunicazione con gli altri che stanno facendo il progetto perché comunque a parte questi eventi qui in cui ci vediamo c'è uno scambio di pochi minuti e non è costruttivo. Avrebbero dovuto organizzare forse più incontri tra gli infermieri veri e propri. (CN)</p>
-----------------	--	---	--

<p>soprattutto quello che viene fatto in corso di intervista oppure, come le colleghe del verbano, anche le attività che poi vengono messe in opera. Per cui riusciamo anche a quantificare non solo il valore dell'intervista ma tutte le attività che seguono l'intervista che possono essere di tipo educativo o l'attivazione di servizi o la segnalazione ad altri servizi di questi cittadini. Sull'applicativo noi abbiamo la possibilità di inserire anche le seconde visite. (VCO)</p> <p>Sarebbe opportuno avere una sede fissa ambulatorio e medico, con il medico almeno una volta a settimana. (VCO)</p> <p>Noi avevamo avuto il caso ultimamente di un utente diabetico che vive a Torriglia, un giorno ha deciso di mangiare 2 brioches con la marmellata che però ha tolto con il dito, la glicemia è schizzata, ha cominciato a sentirsi male e aveva finito gli stick per la glicemia quindi lui non poteva uscire e voleva che qualcuno andasse a casa per misurargliela per capire cosa dovesse fare e non voleva essere ricoverato. Chiama il medico che in quel momento stava facendo una visita quindi non ha potuto rispondere, ha chiamato i miei colleghi dell'Asl che non si possono muovere se non c'è una richiesta esplicita per quella persona, caso vuole che io fossi al piano di sopra dell'Asl perché non avevo appuntamenti e il mio collega mi ha esposto il problema. Nel frattempo l'utente ha chiamato la croce per chiedere se potesse andare qualcuno e sono andati con l'ambulanza e lui li ha cacciati via perché non voleva essere ricoverato. Quando sono andata io li abbiamo misurato la glicemia, l'ho calmato, abbiamo parlato di cosa avesse mangiato e che fosse in un momento di depressione e che non mangiava da 2 giorni un pasto completo. Era un paziente che bisognava cominciare a seguire quindi l'ho fatto vestire e l'ho accompagnato a</p>		
--	--	--

	<p>mangiare al ristorante e poi abbiamo continuato a tenerlo monitorato tutti i giorni dopo perché era caduto in depressione e non aveva più voglia di farsi niente a casa. Questi sarebbero ricoveri che non hanno senso perché sarebbe stato fatto un ricovero per misurare una glicemia, avrebbe aspettato tante ore in Pronto Soccorso a Genova. Successivamente infatti lui mi ha chiamato, ci siamo sentiti. Anche il fatto che sei tu che lo chiami, che anticipi le sue chiamate rinforza il rapporto che hai con l'utente e si sente più seguito. Quando faremo delle cose con il gruppo dei diabetici, stiamo pensando di spingere questa persona quando starà un po' meglio ad essere anche un leader, per far uscire le sue risorse perché è una persona che può dare tanto. (GE)</p>		
--	---	--	--

Equità	<i>L'azione riduce le disuguaglianze di salute derivate dalle disuguaglianze sociali e di genere, che penalizzano la persona, attraverso il miglioramento della relazione e ciò che ne consegue?</i>	<i>L'azione riduce le disuguaglianze di salute derivate dalle disuguaglianze sociali e di genere, che penalizzano la persona, attraverso l'aumento del capitale sociale nel contesto prossimo alla persona?</i>	<i>L'azione riduce le disuguaglianze di salute derivate dalle disuguaglianze sociali e di genere, che penalizzano la persona, attraverso il coordinamento e l'integrazione di azioni con istituzioni e attori sociali?</i>
Verifica	<p>I paesi meglio serviti dai servizi sono anche quelli che più rifiutano l'intervento dell'IFeC. Allo stesso modo in contesti più benestanti c'è già una rete di aiuto intorno alle persone fragili. ... gente che sta bene economicamente e che non ha bisogno, faccio molta fatica ad applicare la proattività anche se cerco poi di stimolarli. (VCO)</p> <p>Hanno degli stili di vita abbastanza sani perché passeggiano molto, escono tra vicini di casa, non vanno magari in palestra perché lì non ce l'hanno e non la farebbero mai perché sono persone che arrivano a 90 anni andando a fare la passeggiata nel bosco a raccogliere funghi e quindi svolgono comunque un'attività. Non bisogna sconvolgergli troppo la vita. Ho trovato un po' di difficoltà e ci sto lavorando con 2 utenti per il fumo perché hanno insomma 15/20 sigarette al giorno che sono tante e io gliel'ho buttata lì come proposta e non voglio forzarli e quando se la sentono e decideranno loro di iniziare un percorso per poter ridurre lo iniziamo infatti io ho lasciato a questi 2 utenti il depliant del progetto con i miei numeri di telefono. (AT)</p>	<p>La collaborazione comunque con i sindaci è stata sempre buona, loro credevano nel progetto quindi i primi ad essere molto collaboranti anche segnalando magari casi particolari da cui andare per primi perché potevano avere necessità maggiori quindi c'è stata una buonissima collaborazione. (CN)</p> <p>In quel momento ci consigliavano, ci davano già 2 indicazioni su magari le persone più isolate e con una rete sociale meno forte e quindi ci orientavamo già su quelle. Di lì si decideva insieme. (CN)</p> <p>I figli o altri parenti vengono coinvolti solo nei casi di particolare difficoltà per consentire ai destinatari il supporto necessario (CN)</p> <p>Nei casi di realtà troppo periferiche (come possono essere alcune frazioni) è molto difficile creare una rete intorno alle persone, perché i vicini non sono così vicini ed è oggettivamente difficile trovare dei volontari (CN)</p>	<p>Qualcuno che ho trovato avevano bisogno di un supporto sanitario prettamente infermieristico-prestazionale (ulcere trofiche es.) e magari loro stessi non sanno neanche dei servizi che hanno a disposizione, nella Langa astigiana se la sono sempre cavata da soli con la loro resilienza. Tanti non sanno dell'esistenza di certi servizi e che ne hanno diritto quindi io glieli illustro. Ho trovato problemi anche di tipo socio-assistenziale e allora abbiamo attivato i servizi sociali del CIS che è il nostro consorzio. Collaboriamo sempre con il medico, con l'amministrazione comunale e tra noi colleghe infatti lavoro molto bene con quelle del Distretto e andiamo a creare una vera rete. (AT)</p> <p>Un problema è che io sono l'unica infermiera di famiglia dell'Asti Sud quindi sarebbe bello che, finito il progetto, si riuscisse a mettere in ogni unità territoriale 1 ora almeno di sportello alla settimana e sarebbe anche utile collaborare con il medico in prima persona per 1 ora e vedere se lui ha delle difficoltà ad esempio e poi tutto viene da sé. Se c'è il servizio e si parla, ci si confronta, c'è di conseguenza più collaborazione con il medico di base e con la collega del Distretto. (AT)</p>

[Prosegue nelle pagine successive](#)

<p>Verifica</p>	<p>C'è una certa diffidenza nei confronti dell'infermiere di comunità, soprattutto quando si spiega che non fanno solo iniezioni e medicazioni. Non capiscono, c'è un pregiudizio culturale.</p> <p>In bassa valle in genere hanno più bisogni sanitari, ma percepiscono meno l'utilità della figura dell'infermiere di famiglia e comunità perché sono più vicini ai servizi. (CN)</p> <p>Le cose da migliorare sono sicuramente la comunicazione con i medici e gli altri servizi perché siamo sempre noi unilateralmente che chiamiamo per avere le informazioni. Non sappiamo niente ma neanche da parte delle nostre colleghe delle Cure Domiciliari quindi quello e una cosa che sarebbe fantastica è la cartella sanitaria, il fascicolo elettronico perché andare a casa a chiedere all'anziano le sue condizioni di salute e non sa dirti se è BPCO o se non lo è, non sa dirti nello specifico cos'ha e non puoi pensare di andare per ogni utente dal medico a chiedere a lui informazioni perché non è fattibile. Con queste 2 cose si riuscirebbe già a fare un bel passo avanti. E non sono 2 cose piccole. (CN)</p> <p>L'unica cosa che spero e su cui ci hanno già dato qualche indicazione è che vogliono concentrarsi sui cronici e sulle comorbilità. Io spero solo che non vadano a concentrarsi solo sui cronici che, per carità sono molto importanti, ma che si punti sulla prevenzione visto che dicono che prevenire è meglio che curare ma non lo fa nessuno. (CN)</p> <p>Generalmente quando vai al domicilio, soprattutto se sono anziani, c'è sempre la presenza di qualche familiare ed è comprensibile, ed è giusto, proprio per la comprensione e per la comunicazione perché anche se noi in qualità di professionisti</p>	<p>Solitamente sono marito e moglie che vogliono fare la visita insieme mentre se ci sono degli anziani ultra 80enni allora c'è la nipote o la figlia ma più perché sono io che chiedo la presenza dei parenti soprattutto per la firma del consenso perché quando vai in casa delle persone e la prima cosa che chiedi è la firma diciamo che si irrigidiscono un po' e invece con la presenza di un parente sono più tranquilli perché c'è magari il figlio che dice "sì, sì...firma pure". Ma anche loro stessi gli utenti sono molto più tranquilli a dirti le cose infatti vedi che si girano verso il parente come a dire "posso dirlo?". (NO)</p> <p>Non riesco a programarmi le visite ma una volta che andavo nel paese suonavo alle varie case dicendo che il giorno dopo sarei andata a fare una visita anche a casa loro, molto importante è stato il passaparola in tutte le frazioni che ho fatto fino ad adesso. Adesso che già un po' mi conoscono, quando mi vedono arrivare sono loro stessi che mi portano nelle varie case o comunque mi indicano dove andare. (VCO)</p>	<p>Abbiamo avuto un'ottima relazione via via sempre migliorata nel corso di questo periodo con i medici di medicina generale con i quali abbiamo cercato di collaborare per alcuni utenti. Adesso in particolare stiamo collaborando abbastanza bene soprattutto con un medico di famiglia che ha capito l'importanza di questa cosa e un po' gli serve chiaramente ma ha capito che si può fidare, che possiamo fare la differenza insieme, andiamo a vedere i casi, se ne parla e addirittura me li propone. Questo perché una cosa difficile è riuscire ad entrare a casa delle persone se non su una richiesta del soggetto quindi "se io non ho un problema, perché mi disturbi?" invece no, noi veniamo, ci conosciamo e poi cerchiamo di fare tutte quelle attività preventive che si possono fare e a volte facciamo anche emergere delle situazioni. (GE)</p>
------------------------	---	--	--

	<p>cerchiamo comunque di livellare e tarare è giusta la presenza di qualcuno che testimonia un dialogo corretto e di un certo tipo. (NO)</p> <p>Una volta che avrò raggiunto i numeri, ho paura che il progetto poi finisca lì e quindi sei servito per raccogliere dei dati e per eventualmente segnalare dei casi particolari fuori dai range però poi non lo so...(VCO)</p>		
--	--	--	--

Risorse bibliografiche

- Aliotta, S.L., Grieve K., Giddens J.F., Dunbar L., Groves C., Frey K., Boulton C., (2008), *Guided Care. A New Frontier for Adults with Chronic Conditions*, in *Professional Case Management*; 13(3): 151–158.
- Ardigò M., (2017), *Case della Salute, efficacia terapeutica, risolutività e integralità delle cure: una sperimentazione su modelli di intervento nell'assistenza primaria*, in *Salute e società*; 3: 148-161.
- Ardisson A., (2015), *La rivoluzione digitale in sanità: verso lo sviluppo della medicalizzazione o dell'autocura?*, in *Salute e società*; 2: 179-190.
- Barbera F., Parisi T. (2019), *Innovatori sociali. La sindrome di Prometeo nell'Italia che cambia*, Il Mulino, Bologna.
- Bertin G., Cipolla C., (a cura di), (2013), *Verso differenti sistemi sanitari Regionali*, Edizioni Ca' Foscari - Digital Publishing, Venezia.
- Bengoa R, Kawar R, Key P, Leatherman S, Massoud R, Sturmo P, (2006), *Quality of care: a process for making strategic choices in health systems*, World Health Organization Press. 2006:1-50.
- Bertin G., Pantalone M., (2017), *Governare l'Assistenza Primaria, Manuale per operatori di sanità pubblica*, Bruno Mondadori, pp. 111-127.
- Bianchi F. e Bianchi M., *Lean giorno per giorno. In produzione, nei servizi, negli uffici*, Guerini Next, Torino, 2019
- Bodenheimer T., Wagner E.H., Grumbach, K., (2002), *Improving Primary Care for Patients with Chronic Illness*, in *JAMA*; 288 (14):1775-1779.
- Bonati M., (2016), *Casa della Salute/Comunità*, Il Pensiero Scientifico Editore, Dipartimento di Salute Pubblica, IRCCS-Istituto di Ricerche Farmacologiche, Mario Negri, Milano.
- Bosco N., (2015), *Per non smettere di imparare: saperi che comunicano*, in *Salute e società*; XIV(3): 19-33.
- Boyd C.M., Reider L., Frey K., Scharfstein D., Leff B., Wolff J., Groves C., Karm L., Wegener S., Marsteller J., Boulton C., (2009), *The Effects of Guided Care on the Perceived Quality of Health Care for Multi-morbid Older Persons: 18-Month Outcomes from a Cluster-Randomized Controlled Trial*, in *J Gen Intern Med*; 25(3): 235–42.
- Brambilla A., Maciocco G., (2014), *Le Case della salute*, in *Recenti Progressi in Medicina*, 105: 147-150.
- Brunod M., Cicero S., Di Tommaso B., (2012), *Il case management: modelli e strumenti operativi nell'area dell'integrazione socio-sanitaria*, in *Salute e società*; 1: 176-182.
- Calvaruso, C. and R. Frisance, (2012), *The House of Health: The Need for a New Welfare*, in F. Foglietta and F. Toniolo (eds.), *New Models of Governance and Health System Integration*, in *Salute e società*; XI (1): 182-203.
- Capra P., Coppo A., Dettoni L., Di Monaco R., Marino M., Pilutti S., Suglia A. (2018), *Coinvolgimento della comunità per il contrasto alle disuguaglianze di salute*, *Centro Regionale di Documentazione per la Promozione della Salute*, ASLTO3 - Regione Piemonte (DoRS), Grugliasco, [https://www.dors.it/documentazione/testo/201803/policybrief_comunita_1.pdf].
- Carta di Ottawa, (1986), *Carta di Ottawa per la promozione della salute (Ottawa Charter for Health Promotion) Prima Conferenza Internazionale sulla Promozione della Salute*. Ottawa, Canada, 7-21 novembre.
- Chiarini A., (2016), *Lean Organisation for Excellence. Hoshin Kanri, Value Stream Accounting, Lean Metrics e Toyota Production System e Lean Agile Scrum*, Milano, Franco Angeli.
- Ciotti E, (2013), *Le caratteristiche delle modalità organizzative della medicina territoriale nella gestione della patologia cronica. Il caso di studio dell'azienda Ausl di Bologna*, Dottorato di ricerca in sanità pubblica e medicina del lavoro, Ciclo XXV, Alma Mater Studiorum – Università di Bologna.
- Clemente C., (2014), *E-Health and social innovation*, in *Salute e società*, 1EN: 101-114.
- Coleman, J. S., (1990), *Foundations of social theory*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

- Coleman K., Austin B.T., Brach C., Wagner E.H., (2009), *Evidence On The Chronic Care Model In The New Millennium*, in *Health Affairs*; 28(1): 75-85.
- Converso D., (2015), *La sfida della cronicità: quale organizzazione delle cure è necessaria?*, in *Salute e società*; XIV(3): 72-88.
- Costa G., Stroschia M., Zengarini N. e Demaria M. (a cura di), 2017, *40 anni di salute a Torino. Spunti per leggere i bisogni e i risultati delle politiche*, Inferenze, Milano.
- Davy C., Bleasel, J., Liu, H., Tchan, M., Ponniah, S., & Brown A. (2015), *Effectiveness of chronic care models: opportunities for improving healthcare practice and health outcomes: a systematic review*, in *BMC health services research*, 15(1), [<https://doi.org/10.1186/s12913-015-0854-8>].
- Di Monaco R. e Pilutti S., (2014), *Le azioni di correzione nel senso dell'equità delle politiche non sanitarie*, in Costa G., Bassi M., Gensini G.F., Marra M., Nicelli A.L. e Zengarini N. (a cura di), *L'equità nella salute in Italia*, Fondazione Smith Kline presso Franco Angeli, Milano.
- Di Monaco R., Pilutti S., (2018), *Partire dalle persone*, in AA.VV. (2018), *Coinvolgimento della comunità per il contrasto alle disuguaglianze di salute*, Policy brief, [<http://www.disuguaglianzedisalute.it>].
- Di Monaco R., Pilutti S., (2016), *Scommettere sulle persone. La forza della leadership distribuita*, Egea, Milano.
- Dorr D., Wilcox A., Burns L., Bruncker C.P., Narus S.P., Clayton P.D., (2006), *Implementing a Multidisease Chronic Care Model in Primary Care Using People and Technology*, in *Disease Management*; 9(1): 1-15.
- Dubost J. (1984), *Une analyse comparative des pratiques dites de Recherche-Action*, in *Connexions*, 43: 8-28.
- Dubost J., Levy A., (2007), *Origine e sviluppo della ricerca-azione*, in *Spunti*, VIII(9): 66-106.
- Gagliardi R., Valentini P., Mastromattei A., Medori P., Pedio M., Priore S., (2014), *Per una medicina di prossimità. Sentirsi a Casa della Salute*, Master di II Livello in Management e innovazione nelle Aziende Sanitarie, Dipartimento Di Scienze Sociali, Facoltà di Scienze Politiche, Sociologia, Comunicazione, Anno Accademico 2013-14 Università La Sapienza, Roma.
- Galgano A. (2006), *Fare Qualità. Il Sistema Toyota per Industria, Servizi PA, Sanità*, Guerini e Associati, Milano.
- Galgano A. e Galgano C. (2018), *Il Sistema Toyota per la Sanità. Più qualità meno sprechi*, goWare & Guerini Next, Milano.
- Gallio G., Cogliati Dezza M.G., (a cura di), (2014), *Azioni di partecipazione di soggetti terzi nei percorsi di cura e salute*, Dossier Ass n.1 "Triestina" e EnAIP-FVG, Volume Cura e partecipazione, n.7, Testi e materiali di documentazione raccolti nella seconda parte del progetto (aprile – dicembre 2014).
- Gee P.M., Greenwood D.A., Paterniti D.A., Ward D., Soederberg Miller L.M., (2015), *The eHealth Enhanced Chronic Care Model: A Theory Derivation Approach*, in *Med Internet Res*; 17(4): e86.
- Glasgow R.E., Lichtenstein E., Marcus, A.C., (2003), *Why Don't We See More Translation of Health Promotion Research to Practice? Rethinking the Efficacy-to-Effectiveness Transition*, in *American Journal of Public Health*; 93(8): 1261-1267.
- Godlee F. (2011), *What is health?*, in *BMJ* 2011;343: d4817.
- Greenhalgh T., Wherton J., Papoutsi C. Lynch J. Hughes G., A'Court C., Hinder S. Fahy N. Procter R. Shaw S., (2017), *Beyond Adoption: A New Framework for Theorizing and Evaluating Nonadoption, Abandonment, and Challenges to the Scale-Up, Spread, and Sustainability of Health and Care Technologies*, in *J Med Internet Res*; 19 (11): e367.
- Huber M et al. (2011), *How should we define health?*, in *BMJ* 2011;343:d4163.
- Kadu M. K., & Stolee P., (2015), *Facilitators and barriers of implementing the chronic care model in primary care: a systematic review*, in *BMC family practice*; 16(1):1-12.
- Kawachi I., Takao S. e Subramanian S.V. (a cura di), (2013), *Global Perspectives on Social Capital and Health*, Springer Nature, Berlin.

- Khazaeian S., Kariman N., Ebadi A., Nasiri M., (2017), *The impact of social capital and social support on the health of female-headed households: a systematic review*, in *Electronic Physician*; 9(12): 6027-6034.
- Laverack G. (2009), *Public health: power, empowerment and professional practice*, Macmillan International Higher Education, London.
- Leff B. e Novak T., (2011), *It takes a team: Affordable Care Act policy makers mine the potential of the Guided Care Model*, in *Generations*, 35(1): 60-63.
- Lemieux-Charles L. e McGuire W. L. (2006), *What do we know about health care team effectiveness? A review of the literature*, in *Medical care research and review*, 63(3): 263-300.
- Lusardi R., (2015), *Pratiche di welfare nel terzo millennio: verso l'integrazione sociosanitaria tra organizzazioni, tecnologie e professionisti*, in *Salute e società*; 3: 185-208.
- Martini A. (2006), *Metodo sperimentale, approccio controfattuale e valutazione degli effetti delle politiche pubbliche*, in *Rassegna italiana di valutazione*, 34: 61-74.
- Migliardi A., Landriscina T., (a cura di), (2018), *Progetto Co.N.S.E.N.So. - Community Nurse Supporting Elderly in a changing Society, Report di valutazione di efficacia di intervento*, Servizio di Epidemiologia ASL TO3 – Regione Piemonte, Grugliasco (TO), 31 ottobre 2018.
- Minkman M.N., (2012), *Developing integrated care. Towards a development model for integrated care*, in *The Netherlands International Journal of Integrated Care*; 12:e197 [<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3601512/>]
- Moro G., (2015), *Evaluating social innovation*, in *Salute e società*; XIV(1): 68-78.
- Moruzzi M., Pugliè C., (2014), *Il Fascicolo Sanitario Elettronico. Tecnologia, Alta Comunicazione e abbattimento delle barriere spazio-tempo per la cura e la prevenzione*, in *Salute e società*; 3: 135-146.
- Murray R., Caulier-Grice J., & Mulgan G. (2010), *Il libro bianco sull'innovazione sociale*, The Young Foundation, London.
- NHQD (2106), *National Healthcare Quality and Disparities Report*, Agency for Healthcare Research and Quality, 17(1), <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/research/findings/nhqdr/nhqdr16/final2016qdr-cx.pdf>].
- Normann R. (1985), *La gestione strategica dei servizi*, Etas, Milano.
- OECD Eurostat, (2005), *Oslo Manual. Guidelines for Collecting and Interpreting Innovation Data*, 3rd Edition, [<https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/9789264013100-en.pdf?expires=1583148570&id=id&accname=guest&checksum=EE3C70E562B69C14D8A955FD28DFB9ED>].
- OECD (2014), *Studi dell'OCSE sulla qualità dell'assistenza sanitaria, Italia: migliorare gli standard*, OECD Publishing, [https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/studi-dell-ocse-sulla-qualita-dell-assistenza-sanitaria-italia-2014_9789264268128-it#page1].
- Olivetti Manoukian, F., (2007), *Presupposti ed esiti della ricerca-azione. L'intrapresa di percorsi di conoscenza insieme ad altri*, in *Spunti*; 9: 107-126.
- Ommen O., Driller E., Köhler T., Kowalski C., Ernstmann N., Neumann M., Steffen P., Pfaff H. (2009), *The Relationship between Social Capital in Hospitals and Physician Job Satisfaction*, in *BMC Health Services Research* 2009, 9:81, [<http://www.biomedcentral.com/1472-6963/9/81>].
- Paoletti F., (2015), *Nuovo welfare locale e di comunità: le microaree triestine*, 150 · Studi Zancan · 2/2015
- Pavesi, N. (2012), *L'integrazione socio-sanitaria, con particolare attenzione alla dimensione di integrazione professionale. Una ricerca su 12 regioni italiane*, in *Salute e Società*, 1: 236-247.
- Pellegrino V., Nicoli M.A., (2012), *Cosa insegna la partecipazione del cittadino ai processi di riorganizzazione dei servizi socio-sanitari?*, in *Salute e società*; 1: 141-150.
- Rocca M., Orlando G., Stagliano M., Cilurzo R., (2016), *La Casa della Salute di Chiaravalle, il tentativo di un modello di community-oriented primary care*, in *Ric&Pra*; 32(5):218-225.

-
- Russo A.G., Greco M.T., (2017), *Applying a set of indicators to evaluate the primary health care*, www.epiprev.it, in *Epidemiologia e Prevenzione*, 41(2): 91-101.
 - Shrank WH, Keyser DJ, Lovelace JG., (2018), *Redistributing Investment in Health and Social Services—The Evolving Role of Managed Care*, in *Journal of American Medical Association*, 320(21): 2197–2198.
 - Siza R., (2015), *Social innovation and processes of individualization in the transformation of the Italian National Health System*, in *Salute e società*, 1EN: 17-35.
 - Stall N., Nowaczynski M., Sinha K.S., (2014), *Systematic Review of Outcomes from Home-Based Primary Care Programs for Homebound Older Adults*, in *The American Geriatrics Society*; 62:2243–2251.
 - Stame N., (1998), *L'esperienza della valutazione*, Seam, Roma.
 - Toner P., (2011), *Workforce Skills and Innovation: An Overview of Major Themes in the Literature*, in *OECD Science, Technology and Industry Working Papers*.
 - Van Bruggen A. C., (2001), *Individual production of social well-being: an exploratory study*, Doctoral dissertation, University of Groningen.
 - Van Der Gaaga M., Snijdersb T.A.B., (2005), *The resource generator: social capital quantification with concrete items*, in *Social Networks*; 27: 1-29.
 - Ventura M., (2014), *Salute e nuove tecnologie: Le Linee Guida della FDA*, in *Salute e Società*; 3: 176-180.
 - Wagner E.H., (2004), *Chronic disease care*, in *British Medical Journal*; 328(7433): 177–178.
 - Wagner E.H., Austin B.T., Davis C., Hindmarsh M., Schaefer J., Bonomi A., (2001), *The role of patient care teams in chronic disease management*, in *BMJ*; 320(7234): 569–572.
 - WHO, (1948), *Constitution of World Health Organization (WHO)*. Geneva (World Basic Documents)