

La valutazione multidimensionale dei servizi sanitari territoriali nella prospettiva "Citizen Care in Community"

Claudio Travaglini

(Alma Mater Studiorum - Università di Bologna, Dipartimento di Scienze Aziendali)

Salvo eventuali più ampie autorizzazioni dell'autore, il contributo può essere liberamente consultato e può essere effettuato il salvataggio e la stampa di una copia per fini strettamente personali di studio, di ricerca e di insegnamento, con espresso divieto di qualunque utilizzo direttamente o indirettamente commerciale. Ogni altro diritto sul materiale è riservato.

DOI: <https://doi.org/10.6092/unibo/amsacta/8739>

La valutazione multidimensionale dei servizi sanitari territoriali nella prospettiva "Citizen Care in Community"

Claudio Travaglini

Dipartimento di Scienze Aziendali – Università di Bologna

La valutazione delle cure territoriali

Il contributo propone considerazioni per un modello di gestione e valutazione multidimensionale per le cure primarie come "l'erogazione di servizi universalmente accessibili integrati, centrati sulla persona" con approccio applicabile anche alle cure intermedie ed ospedaliere: metteremo al centro il cittadino e configureremo attorno a lui il Piano di Salute Personale, espressione dell'ecosistema della cura

Proporremo un modello multidimensionale di valutazione degli interventi aggiungendo alle dimensioni di efficacia clinica e costo quelle di autonomia, soddisfazione, impatto sociale, impatto ambientale ed equità sociale complessiva.

La valutazione della performance dei servizi sanitari ha per oggetto tipicamente servizi erogati in ambiente (ospedaliero od ambulatoriale) specifico, controllato dall'erogatore in un punto preciso del territorio, a cui accede il cittadino.

Utilizzeremo l'espressione cittadino evitando quelle di paziente, assistito od utente per sottolineare come stiamo parlando di una persona titolare di diritti e non solo di necessità e che agisca per la tutela ed il recupero della propria salute.

Ciò deriva da un modello di separazione per cui il cittadino conduce la sua vita "normale" nelle comunità (famiglia, scuola, lavoro) e, se necessita di prestazioni di diagnosi, cura o riabilitazione, si rivolge ai servizi sanitari specifici e separati.

L'interazione del cittadino con il sistema di cura è interpretata con il concetto di "coproduzione", attivata nella relazione tra il servizio sanitario ed il cittadino, oggetto di crescente attenzione dalle discipline aziendali.

Introdurremo la "coproduzione estesa" non limitata alla collaborazione tra cittadino, famiglia ed equipe curante ma riferita alla "comunità curante" che rappresenta l'interpretazione operativa del "welfare di comunità".

In questo quadro il ricorso ai servizi ospedalieri di ricovero è da escludersi per le patologie croniche e rappresenta ipotesi residuale in cui si chiede al cittadino di "mettere in pausa" le proprie attività per dedicarsi esclusivamente alla cura della salute, non potendo provvedervi in altro modo.

All'organizzazione dei servizi sanitari pubblici è richiesto di "mettersi dalla parte dei cittadini" riducendo al massimo il proprio impatto socioeconomico su persone e famiglie attraverso la conciliazione di modelli e modalità di accesso.

L'attività delle cure primarie riguarda la popolazione su un territorio, deve adeguarsi alle caratteristiche geografiche, economiche e sociali quali densità di popolazione, condizioni dei trasporti, presenza di aree montane e periferiche, varietà di culture delle comunità e delle persone che ivi vivono e lavorano.

I professionisti trattano i cittadini secondo Piani Diagnostici Terapeutico

Assistenziali (PDTA) ossia "sequenze standardizzate di prestazioni e attività sanitarie che coordinano il processo di cura per specifiche patologie, basato su evidenze scientifiche e adattato al contesto locale".

Il PDTA colloca nel tempo e suddivide le prestazioni per modalità di erogazione (ospedaliera, ambulatoriali, domiciliari) e tipologia di centro erogatore.

La traduzione del PDTA in un Piano Assistenziale Individualizzato (PAI) viene operata dal professionista di riferimento o dal "case manager" e concordata con il cittadino coprodotto che svolge un ruolo attivo (e non semplicisticamente "prescritto" ad un paziente passivo) con la famiglia ed il caregiver.

Profilo di Salute, Profilo di Risorse ed Ecosistema di Cura

Il mutamento dell'oggetto di riferimento (dal singolo assistito alla comunità) comporta l'adozione del Profilo di Salute, "una descrizione quantitativa e qualitativa della salute dei cittadini e dei fattori che la influenzano: identifica problemi, propone aree d'intervento e stimola l'azione»: se il profilo di salute rappresenta la diagnosi, della comunità il "progetto di salute" ne rappresenta l'ipotesi terapeutica.

Il progetto di salute è "strumento di programmazione, gestione e verifica che associa la stratificazione della popolazione alla classificazione del bisogno di salute identificando gli standard essenziali delle risposte cliniche e socioassistenziali, diagnostiche, riabilitative e di prevenzione".

Ma una comunità non è solo un insieme di bisogni: lo stesso sistema sociale presenta un sistema di risorse sanitarie e sociali, pubbliche e private, professionali e familiari, economiche e volontarie, formali ed informali, che provvedono ogni giorno ad offrire risposte ai bisogni sanitari e sociali delle persone.

Per ogni comunità (popolazione, territorio, struttura sociale) avremo un "Profilo delle Risorse" (non solo sociosanitarie) contrapposto al "Profilo di salute"

I sistemi di profili di salute e risorse, originano l'Ecosistema Globale della Cura, oggetto di analisi con cui co-prodotto e case-manager devono confrontarsi.

Il rapporto di coproduzione tra cittadino e professionisti nel nostro approccio si trasforma in "coproduzione estesa" non limitata alla sola collaborazione tra singolo cittadino, famiglia ed equipe curante ma riferita alla comunità "curante".

La coproduzione estesa rappresenta l'interpretazione operativa del "welfare di comunità", un'aggregazione di risorse operante nello svolgersi della vita sociale della comunità che può esitare in una procedura formale di (co)progettazione.

Il posizionamento del cittadino sul territorio e nella comunità locale riconfigura l'ecosistema delle risorse: sviluppando l'approccio, "Citizen in Community Care" (CCC) intendendo non la cura non del "paziente" ma del "cittadino nella comunità".

L'approccio è applicabile a tutti i programmi di cura ma particolarmente adatto alla presa in carico territoriale domiciliare dei cittadini con patologie croniche per le quali le relazioni con l'ambiente sono più rilevanti e con maggiori effetti.

Disegniamo l'Ecosistema Personale della Cura attorno al cittadino: attraverso il Piano Assistenziale Individualizzato otteniamo il Piano di Salute Personale (PSP).

Parliamo di ecosistema poiché dobbiamo considerare tutti i soggetti sociali e

comporli a sistema: essi non sono statici ed isolati ma interagiscono tra loro.

Il Piano di Salute Personale ricompone i percorsi di prevenzione, cura e riabilitazione, comprendendo la prevenzione secondaria e la riabilitazione che rappresentano il completamento dei segmenti in un unico Percorso.

Gli elementi dell'ecosistema della cura

Rappresentiamo gli elementi dell'ecosistema globale della cura con il cittadino al centro e per ogni cittadino i diversi ecosistemi personali tra loro connessi composti di elementi visti secondo prossimità, natura giuridica, livello di controllo.

Rappresentando l'ecosistema personale con al centro il cittadino, collochiamo successivamente in ordine decrescente di vicinanza logica i soggetti sul territorio:

1. la famiglia e/o i conviventi;
2. il caregiver professionale convivente o no;
3. gli amici e vicini prossimi.
4. Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta e Farmacie;
5. servizi sanitari pubblici territoriali (es. Case della Comunità);
6. servizi sanitari pubblici domiciliari (Assistenza Domiciliare Integrata);
7. servizi di telemedicina attivabili a domicilio del cittadino;
8. servizi di Assistenza Domiciliare (SAD) di enti locali pubblici o convenzionati;
9. Ospedali di Comunità;
10. Servizi ospedalieri.
11. Servizi sanitari territoriali privati;
12. Servizi sociosanitari di ricovero con componente di assistenza sanitaria;
13. presidi sanitari privati territoriali non convenzionati.
14. Enti locali ed altri enti pubblici rapporto con i cittadini.
15. soggetti formalizzati di terzo settore che svolgono attività sociali;
16. soggetti informali di terzo settore (gruppi spontanei).
17. altri soggetti privati (bar, negozi ed altri esercizi aperti al pubblico).

Nell'ecosistema personale gli elementi sono legati da relazioni sociali:

- affettive e familiari (il cittadino con la famiglia e gli amici);
- di coproduzione (il cittadino con il caregiver, l'ambiente ed i servizi);
- professionali (il cittadino con MMG, Infermiere, Farmacista, altri professionisti);
- organizzative (i servizi con la direzione);
- di collaborazione istituzionale (tra enti pubblici);
- economiche (il cittadino con i servizi privati);
- di condivisione sociale (il cittadino con aggregazioni non-profit);

che si incrociano e sovrappongono (il rapporto con i soggetti non-profit ha aspetti economici e quello con il Farmacista ha aspetti economici e professionali).

Una relazione sia alternativa che sovrapponibile a quelle sopra elencate è rappresentata da quella sulle reti sociali in cui cittadini interagiscono tra loro e con i professionisti per acquisire o trasmettere informazioni.

La gestione della multicanalità (in presenza, telefonica, nelle reti sociali) della

comunicazione nella relazione tra professionisti ed unità organizzative non è sempre consapevole determinando l'assenza di una strategia di comunicazione.

Per interpretare le relazioni nei sistemi sociali si utilizza il concetto di "Capitale Sociale" come "l'insieme di reti di relazioni interpersonali, norme sociali e fiducia che permettono alle persone di agire collettivamente per il raggiungimento di obiettivi condivisi"; nel nostro contesto esso è il sistema di legami dell'ecosistema territoriale globale della cura che influenza processi e risultati di salute.

Nell'osservazione del capitale sociale distinguiamo:

- capitale sociale coesivo o esclusivo (bonding social capital);
- capitale sociale congiungente o inclusivo (bridging social capital);
- capitale sociale istituzionale (linking social capital).

Il capitale coesivo ed inclusivo è costituito da legami forti come il nucleo familiare o gli amici più stretti, con apporti di solida fiducia e chiusura della rete; esso provvede il supporto emotivo e pratico immediato per la vita quotidiana. Esso assicura il supporto principale ai cittadini non autosufficienti o cronici e dipende in gran parte da composizione familiare e prossimità spaziale dei familiari.

Il capitale sociale congiungente o inclusivo è costituito da legami formali o informali deboli tra individui appartenenti a cerchie sociali diverse, caratterizzato da fiducia sottile e connessioni che colmano le lacune strutturali tra gruppi.

La dotazione di capitale congiungente è presente in varia misura nelle relazioni tra cittadini e corpi sociali intermedi (circoli, gruppi sportivi, parrocchie, comunità religiose e nazionali, organismi associativi e di volontariato, pro-loco).

Esso, collegando ambienti sociali diversi, potenzia la dotazione delle reti riguardo alla disponibilità di informazioni e facilita la fruizione dei servizi pubblici.

In assenza di forti reti familiari, se il cittadino non ha il supporto quotidiano della famiglia, la presenza di una rete collaborativa extrafamiliare (di paese, di parrocchia, di comunità in genere) permette di mantenere il cittadino nel proprio ambiente evitando ricoveri in strutture residenziali. Per supportare queste persone "isolate" in continuo aumento è necessario coltivare il capitale sociale congiungente nella relazione tra cittadini, servizi pubblici e aggregazioni sociali intermedie.

Assieme al capitale sociale congiungente il capitale istituzionale connette singoli, gruppi e strutture istituzionali (esplicitandosi in rapporti di fiducia tra cittadini e sistema pubblico inclusi Scuole, Aziende Sanitarie o Comuni).

Gli ecosistemi utilizzano il capitale sociale delle comunità per circondare di cure il cittadino, ed allo stesso tempo lo riproducono attivando relazioni di cura e collaborazione tra persone e soggetti sociali ed erogando servizi pubblici.

La valutazione multidimensionale del Piano di Salute Personale

Se il Piano di Salute Personale si sviluppa nella comunità la sua valutazione non si limita all'efficacia sanitaria ma deve essere considerata secondo:

- a) efficacia sanitaria;
- b) autonomia personale;
- c) costo dell'intervento;

- d) impatto socioeconomico;
- e) soddisfazione percepita;
- f) impatto ambientale.

La valutazione dell'efficacia sanitaria misura la modifica dello stato clinico-sanitario del cittadino basandosi su indicatori specifici riferiti alle varie patologie.

Il recupero o mantenimento del massimo livello di autonomia personale è importante specie per gli anziani, per cui l'autonomia evita il ricorso a soluzioni di ricovero peggioranti la qualità della vita e più onerose per famiglia e sistema.

Una terza dimensione di valutazione è rappresentata dal costo, raramente considerato per il trattamento complessivo di cura come il PSP.

Una quarta dimensione raramente quantificata è l'impatto socioeconomico sulla vita del cittadino con valutazioni complesse e senza una metodologia univoca.

Possiamo approssimare l'impatto identificando costi ed oneri in termini di tempi di vita e di lavoro indotti su cittadino e famiglia dalle scelte di attuazione del PSP.

La minimizzazione dell'impatto socioeconomico negativo su cittadino e famiglia è la declinazione operativa del principio secondo cui le cure primarie vanno erogate "nelle condizioni di vita" del cittadino, ossia nel suo ecosistema.

La quinta dimensione è la soddisfazione del cittadino e della sua famiglia, valutata attraverso questionari appositi, nonché la rilevazione dei risultati soggettivamente percepiti dell'esperienza del PSP tipicamente rilevati attraverso la rilevazione di PREMs e PROMs. La rilevazione sistematica di soddisfazione e suggerimenti del cittadino permette di permettere un adattamento continuo.

La sesta dimensione di valutazione del Piano di Salute Personale è quella dell'impronta ambientale, ossia dell'effetto (tipicamente di maggiore inquinamento) determinato dalla realizzazione del piano sull'ambiente circostante.

Se consideriamo non tanto il singolo PSP ma un aggregato territoriale di essi possiamo (e in un servizio sanitario pubblico e universalistico dobbiamo) valutare l'equità di accesso dei cittadini ai servizi sanitari, stimando se le diverse "popolazioni" (suddivise per territorio, provenienza, istruzione e reddito) abbiano la stessa possibilità di accesso ai servizi.

Le valutazioni sono applicabili a singoli interventi mentre la dimensione di equità sociale nell'accesso agli interventi dei servizi è applicabile al loro complesso.

Prime riflessioni

L'attuazione del nuovo modello di cure primarie per l'assistenza al cittadino "nel suo ambiente di vita e di lavoro" delineato dal DM 77, reso ancor più necessario dall'invecchiamento della popolazione e dalla maggiore incidenza delle cronicità richiede di riprogettare il sistema della cura ponendo al centro il cittadino.

Tale riprogettazione deve prevedere una valutazione multidimensionale degli interventi che accompagni alle valutazioni di efficacia clinica e costo degli interventi il monitoraggio di autonomia personale, impatto socioeconomico, soddisfazione dei cittadini e impronta ambientale.

Per verificare l'utilità del modello concettuale esso deve essere accompagnato dallo sviluppo degli strumenti operativi e da una prima applicazione sperimentale

Riferimenti bibliografici essenziali

Ministero della Salute (2022): Decreto Ministeriale n. 77 del 23 maggio 2022. Modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel SSN. GU n. 144 del 22 giugno 2022..

Istituto Superiore di Sanità. Profilo di salute: guida alla redazione. Roma: ISS, 2019.

Agenas. Indicatori di performance per la valutazione dei PDTA. Roma: Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali, 2021.

Regione Emilia-Romagna. Linee guida per la valutazione multidimensionale nei servizi territoriali. Bologna: Servizio Sanitario Regionale, 2022.

Alakeson V., Bunnin A., & miller C. (2013). Coproduction of health and wellbeing outcomes: the new paradigm for effective health and social care. London: OPM.

Brandsen T., Honingh M. (2018), "Definitions of co-production and co-creation", in Co-production and co-creation, Routledge, pp. 9-17.

Buntin, M.B., et al. The Impact of Health Information Technology on Quality, Efficiency, and Costs of Medical Care. Health Affairs, 2011.

Cepiku D., Marsilio M., Sicilia M., & Vainieri M. (2021), The co-production of public services. Management and Evaluation. Palgrave Macmillan

Fusco F., Marsilio M., & Guglielmetti C. (2023), "Co-creation in healthcare: framing the outcomes and their determinants", Journal of Service Management, 34(6), pp. 1-26.

Giachello M. Ugolini C. "La valutazione dei servizi sanitari territoriali: indicatori, criticità e prospettive." Politiche Sanitarie, 2024.

Hyde P., Davies H. T. (2004), "Service design, culture and performance: Collusion and co-production in health care", Human relations, 57(11), pp. 1407-1426.

Kuzic J, Pope N, (eds) Multi-Dimensional Criteria Evaluation of E-Health Services. IGI Global, 2011.

Levesque, Jean-Frederic. "A Global Approach to Evaluation of Health Services Utilization." Pratiques et Organisation des Soins, 2011.

Marasca, S., Travaglini, C., D'Andrea, A. (2025). Gli antecedenti della co-produzione nei servizi di assistenza domiciliare integrata: la "voce" dei professionisti sanitari. Azienda Pubblica, 2025, 9-32

Marsilio M., Fusco F., Gheduzzi E., Guglielmetti C. (2021), "Co-production performance evaluation in healthcare. A systematic review of methods, tools and metrics", International journal of environmental research and public health, 18(7).

Osborne S.P., Radnor Z., Strokosch K. (2016), "Co-Production and the CoCreation of Value in Public Services: A suitable case for treatment?", Public Management Review, (18, 5), pp. 639-653.

Starfield B. "Primary Care: Balancing Health Needs, Services, and Technology." Oxford University Press, 1998.

Steen T., Tuurnas S. (2018), "The roles of the professional in co-production and co-creation processes", in Co-production and co-creation, Routledge, pp. 80-92.

Travaglini C. (2024), Valutare l'Assistenza Domiciliare Integrata, University of Bologna, DOI 10.6092/unibo/amsacta/7537.