

INTRODUZIONE ALL'APPROCCIO ECONOMICO-AZIENDALE ALLE CURE INFERMIERISTICHE DI FAMIGLIA E DI COMUNITA'

Claudio Travaglini –
Professore di Economia Aziendale
Università degli Studi di Bologna

1 - L'economia aziendale

L'economia aziendale propone un metodo e strumenti per considerare in ogni **attività umana organizzata** (identificata come **azienda**) quali e quante **risorse economiche** (**fattori produttivi** costituiti da personale, beni, servizi, attrezzature) siano impiegate e quali **risultati** siano stati raggiunti **in un certo tempo** in relazione agli **obiettivi** definiti.

1.1 - Le aziende ed i loro sottosistemi

Le **aziende sanitarie** possono essere viste come **sistemi sociali, aperti, complessi, dinamici, probabilistici, finalistici** e analizzabili con approccio sistemico considerando:

- **operazioni elementari:** fatti che a seguito di una **decisione** programmata o no dall'organizzazione, determinano un cambiamento in una **variabile** oggetto di **rilevazione**;
- **processi:** successioni di operazioni collegate da relazioni funzionali e temporali;
- **coordinazioni parziali: insiemi di processi omogenei per tipologia** (riferibili alle stesse funzioni aziendali o secondo la specializzazione sanitaria, tecnica, amministrativa)
- **combinazioni parziali: insiemi di processi raggruppati per oggetto o destinatari** (riferiti a determinati cittadini, famiglie, aziende, territori o gruppi o segmenti di essi);
- **combinazione generale: l'azienda** nella sua complessità.

1.2 - Le aziende sanitarie

Possiamo quindi applicare il **modello** alle **aziende sanitarie** (ed in esse al sottosistema rappresentato dalle cure infermieristiche di famiglia e di comunità) osservando:

- prestazioni preventive, terapeutiche, riabilitative, assistenziali o di supporto quali prestazioni;
- procedure, protocolli o Pda quali processi;
- le coordinazioni parziali nelle unità specialistiche;
- le combinazioni parziali nei gruppi di cittadini o nei territori;
- la combinazione generale rappresentata dall'azienda.

Nell'approccio aziendale per i processi organizzativi e gestionali sottesi ai processi di cura e ai sottosistemi aziendali osserviamo:

- **quale rapporto esista tra risorse impiegate e risultati;**
- **se ed in che modo tale rapporto possa essere migliorato.**

La riflessione sistematica sulla migliore allocazione delle risorse e sui risultati ottenuti rappresenta un obbligo morale e deontologico di ogni professionista ma caratterizza il profilo dei coordinatori delle professioni infermieristiche e di ogni dirigente con responsabilità anche limitata di gestione di persone e risorse.

2 - Gli elementi che definiscono l'azienda

Applicare l'analisi aziendale richiede di **osservare le caratteristiche che determinano il comportamento del sistema**: applicheremo l'analisi alle tipologie aziendali interessate all'erogazione delle cure di famiglia e comunità delineandone caratteristiche e conseguenze.

2.1 – L'assetto istituzionale

L'assetto istituzionale è dato dalla configurazione dei *soggetti nell'interesse dei quali* l'azienda si svolge, *dei contributi che essi* forniscono all'azienda, delle *ricompense che ne* ottengono, delle loro *prerogative di governo economico, nonché dei meccanismi e delle strutture che regolano le correlazioni* tra i contributi e le ricompense ed attraverso i quali le prerogative di governo economico sono esercitate.

L'azienda sanitaria pubblica territoriale che solitamente eroga cure di famiglia e di comunità è tipicamente costituita come **azienda pubblica non profit** e svolge la propria attività utilizzando contrattualmente servizi e collaborazioni da parte di altre aziende private profit e professionisti. Considerare l'assetto istituzionale significa **tener conto dei soggetti coinvolti nell'erogazione delle cure tra cui infermieri, medici di medicina generale sanitari ed altri professionisti che operando da privati singoli ed associati nel sistema sono portatori di interessi economici e professionali propri** da integrare nel sistema con meccanismi contrattuali di coordinamento, remunerazione e controllo.

2.2 – Professionisti come fiduciari

Come nella generalità delle aziende nonprofit, anche pubbliche, dirigenti e professionisti sono **“fiduciari” dei cittadini destinatari dei servizi** specie in sanità in cui **l'asimmetria informativa** rende inefficaci i meccanismi di mercato ed in cui **i meccanismi di finanziamento dalla parte dell'offerta** non orientano necessariamente i servizi alla domanda dei cittadini. Dirigenti e professionisti devono continuamente rendersi espressione delle esigenze (talvolta inesprese) dei cittadini e **riorientare continuamente i servizi ai cittadini** sia per gli aspetti professionali, che per quelli organizzativi e relazionali. Il **finalismo aziendale** è la **specificazione nello specifico sistema di obiettivi aziendali** degli obiettivi di **equilibrio economico, finanziario, patrimoniale, strategico e sociale**

delle aziende. L'azienda sanitaria ed il sistema di cure di famiglia e comunità al suo interno **definisce specifici obiettivi che opportunamente controllati da indicatori orientano le azioni dei sottosistemi aziendali**

2.3 – L'organismo ed il modello organizzativo

L'organismo personale e il modello organizzativo sono costituiti **dalle persone** che operano all'interno del sistema, dai **modelli di divisione del lavoro e specializzazione, dai meccanismi di coordinamento, da gerarchie e norme anche legislative e contrattuali: sistemi di procedure e sistemi informativi** completano il sistema organizzativo aziendale.

I sistemi di cure di famiglia e comunità in aziende sanitarie sono:

- inseriti in **organizzazioni pubbliche** regolate da norme;
- volti alla produzione di **servizi sanitari personalizzati**;
- in **aziende (multi)professionali** in cui le competenze sono **gestite da gruppi professionali**, definite e controllate attraverso **protocolli o linee-guida professionali** rilevanti nella definizione degli obiettivi e delle procedure aziendali.

2.4 – L'autonomia clinica e professionale

Nel sistema **il professionista agisce in significativa autonomia clinica e professionale** adattando lo specifico sistema di servizi in base all'interpretazione fatta del bisogno espresso o stimato del cittadino, **spesso in sostanziale assenza del prezzo quale strumento di regolazione tra domanda ed offerta di servizi.** L'autonomia richiede che **lo stesso professionista o l'equipe multiprofessionale eserciti direttamente il controllo economico** bilanciando le esigenze di arricchimento e personalizzazione di servizi gratuiti e **di efficienza nell'utilizzo delle complessive risorse scarse assegnate al sistema di cure.**

3 - Combinazioni economiche dell'azienda sanitaria

3.1 – Le combinazioni economiche

Le combinazioni economiche sono **sottosistemi di processi aziendali con la stessa tipologia** (analoghe successioni di operazioni) **o lo stesso oggetto** (cittadini singoli o loro gruppi).

Il sistema dei prodotti o servizi è il complesso dei **prodotti oggetto dell'attività aziendale** (tipicamente organizzati per **linee di prodotto** e destinati a **clienti su mercati** analizzati per segmenti) tipicamente destinati nelle imprese a remunerare con i ricavi i fattori produttivi impiegati per la loro produzione.

L'analisi per combinazioni economiche costruisce la **combinazione generale di tutti i servizi** in una **matrice n-dimensionale** che per **azienda sanitaria e popolazione** mostra:
COSA: quali prestazioni sono attivabili (il prodotto-servizio)
PER CHI: per quali destinatari (cliente-cittadino, loro gruppi)

COME **in quale modello erogativo** (domiciliare, ambulatoriale, strutture intermedie, ospedaliero, presso il MMG, specialista)

QUANDO: **con quale modalità di accesso** (richiesta, proposta della struttura sanitaria a singoli o gruppi, valutazione sanitari)

DOVE: **in quale struttura** (il centro erogativo).

3.2 – Medicina di iniziativa e gruppi di destinatari

Il paradigma della **Medicina di Iniziativa** praticata attraverso modelli di **Population Health Management** identifica nella popolazione di riferimento (cittadini, famiglie, comunità) **individui e gruppi a cui proporre specifici servizi sanitari.**

All'interno del sistema della **matrice combinazione economica generale** si evidenziano sottosistemi che possono corrispondere:

- alle prestazioni preventive, terapeutiche e riabilitative ed assistenziali dei programmi di cura di famiglia e comunità
- alle prestazioni proposte a tutta la popolazione o a gruppi selezionati per età, sesso o altra condizione (gli screening);
- alle prestazioni previste per cittadini in specifici stati patologici o di rischio (i Piano Diagnostico Terapeutico Assistenziali per i cronici o gruppi di patologia);
- alle prestazioni erogate con un certo modello erogativo (le prestazioni domiciliari o ambulatoriali o in day-hospital);
- alle prestazioni rese disponibili da specifici centri sanitari.

3.3 – Il sistema informativo

Il **sistema informativo** è costituito dal **complessivo sistema di informazioni, strumenti e procedure per la raccolta, il trattamento e l'utilizzo delle informazioni** da parte dell'**azienda sanitaria, degli operatori e dei cittadini.**

Lo sviluppo di strumenti e tecnologie per il trattamento e la condivisione delle informazioni e l'interoperabilità dei sistemi informativi dei sottosistemi aziendali, del più ampio sistema pubblico e dei cittadini rende possibile il loro efficace utilizzo nel sistema sanitario, nelle cure primarie e in quelle di comunità.

4 Il Piano Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA)

4.1 – IL PDTA come processo

Il **Piano Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA)** è un processo organizzativo di particolare rilevanza rappresentando:

- una **sequenza predefinita, articolata e coordinata**
- di **prestazioni erogate** a livello ambulatoriale, di ricovero ospedaliero, territoriale o domiciliare
- che prevede la **partecipazione integrata di diversi professionisti** oltre al paziente stesso
- per **realizzare prevenzione diagnosi, terapia riabilitazione ed assistenza adeguata**

- per la **specifica situazione patologica** o le **particolari condizioni personali, familiari ed ambientali**
- dato il **sistema di offerta disponibile** sul territorio.

4.2 – La funzione del PDTA

Nella definizione dei PDTA si realizza la **scelta di cosa, per chi, come, quando e dove erogare** esprime la **strategia di copertura dei bisogni sanitari** e di **presa in carico dei cittadini**: strategia di ogni organizzazione (sia a livello generale che di sottosistemi territoriali) è decidere **quali servizi intesi come sistemi di utilità** offrire in **modo indistinto o differenziato per gruppi di cittadini e con quali modelli di erogazione**. Ad esempio nel trattamento del diabete o dell'ipertensione sarà l'organizzazione a dovere definire:

- se inserire nel PDTA l'offerta di prestazioni dietetiche o di un programma di attività fisica (utilità inseribili nel **sistema di prodotto** PDTA trattamento diabete o ipertensione);
- se destinare tale prodotto a tutti i cittadini interessati al rischio od al trattamento oppure solo a determinate classi di età o condizione clinica (**scelta di cittadini-clienti**);
- se erogare tale servizio a domanda, oppure proporlo a tutti direttamente con propri professionisti o con palestre o dietologi convenzionati (**modalità di erogazione**)

5 L'integrazione dei servizi ambulatoriali, domiciliari, intermedi ed ospedalieri. Il cittadino nel sistema di famiglia e comunità

5.1 – I modelli di erogazione

L'erogazione dei servizi sanitari è tradizionalmente attuata ed organizzata **secondo le modalità di offerta**: la Medicina di Base assicurata a livello ambulatoriale, la Specialistica Ambulatoriale, le Cure Ospedaliere e le Cure Intermedie sviluppate negli Ospedali di Comunità. L'approccio secondo il PDTA cerca di **ricomporre il processo di cura sul cittadino mettendolo al centro del sistema** anche attraverso l'integrazione dei sistemi informativi delle unità di offerta attraverso una integrazione dei servizi ambulatoriali, domiciliari e ospedalieri che si ampli se necessario all'assistenza sociale.

5.2 – Le cure di famiglia e di comunità

Organizzare ed attuare **cure infermieristiche di famiglia e di comunità** non può significare l'introduzione di una nuova modalità di cura ma la declinazione nell'ambiente del sistema delle cure per il paziente in cure **di famiglia e comunità** quali:

- **sottosistema dell'azienda sanitaria** e allo stesso tempo
- **sottosistema della comunità familiare e sociale**
- **in cui il cittadino normalmente vive.**

I sottosistemi di cura devono quindi inserirsi organicamente **sia nel sistema familiare e sociale della comunità e nel sistema di prevenzione, cura e riabilitazione dell'azienda sanitaria.**

L'inserimento delle cure di famiglia nella vita del cittadino:

- richiede **le cure siano compatibili con la vita ordinaria** del cittadino nel proprio ambiente (al contrario del ricovero ospedaliero) quanto ad orari e modalità di erogazione;
- prevede **il coinvolgimento e la valorizzazione** di cittadino e risorse familiari e sociali nella coproduzione delle cure;
- definisce **i segmenti dei percorsi** diagnostico terapeutico assistenziali da erogare nell'ambiente di vita.

6 Le dimensioni di valutazione: Efficacia, efficienza, impatto ed externalità indotte

6.1 – Le valutazioni sui servizi sanitari e assistenziali

Per attuare queste valutazioni sui servizi sanitari occorre:

- **comprendere le relazioni causali tra fenomeni;**
- **analizzare, rappresentare e misurare;**
- **i processi** di utilizzo di risorse nella produzione dei servizi;
- **definire gli obiettivi** dell'attività aziendale;
- **misurarne ed analizzarne sistematicamente i risultati.**

Ciò viene svolto:

- **per rendere conto ai soggetti pubblici o privati** (con gli strumenti di **rendicontazione o accountability** tra cui primariamente i **diversi tipi di bilanci o rendiconti**);
- per **monitorare il rapporto tra risorse impiegate e risultati ottenuti nei diversi processi e sottosistemi** (con gli strumenti di **programmazione e controllo**);
- **per migliorare i processi ed innovare prodotti e servizi** in relazione al mutare dell'ambiente, delle tecnologie, dei bisogni espressi dai destinatari e delle risorse disponibili.

L'analisi delle condizioni di produzione ed erogazione dei servizi infermieristici richiede di considerare **distintamente le diverse dimensioni di valutazione di servizi e processi sanitari di prevenzione, cura e riabilitazione** distinguendo:

- **efficacia sanitaria ed assistenziale;**
- **efficacia gestionale;**
- **efficienza gestionale;**
- **impatto di salute complessivo.**

6.2 – L'efficacia sanitaria o assistenziale

L'efficacia sanitaria o assistenziale è l'idoneità di un **trattamento o processo a perseguire gli obiettivi sanitari od assistenziali secondo le migliori evidenze disponibili**: l'economia aziendale ne acquisisce standard, criteri o linee guida di buon trattamento da documenti o comunità professionali e richiede solamente che i trattamenti ed i processi siano professionalmente corretti.

6.3 – L'efficacia gestionale

L'efficacia gestionale esprime la capacità delle attività di raggiungere gli obiettivi, ed è misurata dal rapporto tra risultati raggiunti e gli obiettivi definiti (misurabili e controllabili) che riferibili ad uno specifico attimo (grandezze fondo) oppure ad un periodo (grandezze flusso).

6.4 – Gli indicatori di efficacia gestionale

Valutare l'efficacia gestionale richiede di misurare i servizi con indicatori che possono essere:

- di risultato (es. le diagnosi precoci di patologie neoplastiche realizzate);
- di processo (es. il tempo che intercorre tra richiesta e effettuazione esame)
- di attività svolta (es. il numero di ore di apertura dell'ambulatorio della prevenzione).

Le tre tipologie di indicatori hanno valore informativo decrescente: se disponibili si misurano i risultati assieme a processi ed attività, se non disponibili si misurano i soli processi, oppure le sole attività funzionali a produrre risultati.

6.5 – L'efficienza gestionale ed il costo di produzione

L'efficienza gestionale è invece espressa dal rapporto tra i servizi sanitari o assistenziali e le risorse utilizzate per produrli espresse sinteticamente dal costo di produzione e misura la capacità di organizzare economicamente i processi produttivi assistenziali con il minimo utilizzo di risorse.

Per ottenere le valutazioni di efficienza gestionale è necessario costruire opportune configurazioni di costo di produzione attraverso allocazione ed imputazione di quote di costi specifici e comuni, variabili e fissi, riferiti agli oggetti di riferimento ai quali vanno riferiti gli indicatori che misurano i servizi.

Tali oggetti di riferimento possono essere costituiti da servizi, attività, unità organizzative, piani assistenziali, cittadini, gruppi.

6.6 – La valutazione di costi ed esternalità

Nella valutazione dei costi e degli effetti delle attività sanitarie specie di cura di famiglia e comunità è necessario prendere in considerazione le esternalità indotte dall'organizzazione dei servizi sul cittadino e sulla sua famiglia, (tipicamente rappresentati da oneri sostenuti dai cittadini e dalle famiglie per trasporti, ore di lavoro perse per accompagnare congiunti o chilometri per ritirare documenti o semplicemente tempo e disagi indotti dall'organizzazione dei servizi). La valutazione degli oneri è parte della valutazione complessiva di adeguatezza ed economicità dell'erogazione del servizio per orientare orari e modelli di erogazione dei servizi al cittadino considerato parte del sistema e non utente passivo.

6.7 – L’impatto od efficacia complessiva

L’**impatto o efficacia complessiva** di una attività sanitaria od assistenziale è rappresentata invece dalla sua **idoneità a incidere sulle condizioni di salute e di vita di una popolazione o di una comunità** date le modificazioni culturali sociali, ambientali senza riconoscere necessariamente un rapporto causale tra attività svolta ed effetti di salute indotti nella popolazione. Un esempio può essere quello della incidenza del fumo di tabacco e delle patologie connesse sulla popolazione che possono dipendere da attività di prevenzione ma anche dalla diffusione della pratica sportiva e da modelli sociali e norme legislative.

La costruzione di **valutazioni di efficacia, efficienza ed impatto** richiede un **modello di comprensione e rappresentazione delle attività** e di un **sistema di rilevazione, elaborazione e rappresentazione delle risorse utilizzate, dei servizi prodotti ed erogati, dei loro effetti su cittadini e gruppi comprese le esternalità** nonché sulle condizioni di salute della popolazione considerata, **che si sviluppi per un certo tempo** riferendosi a oggetti di riferimento significativi.

7. I SERVIZI INFERMIERISTICI DI FAMIGLIA E COMUNITA’: CO-PRODUZIONE ED EROGAZIONE

7.1 Caratteristiche dei servizi: immaterialità

In una azienda di servizi la produzione richiede di **comporre a sistema elementi materiali ed immateriali per offrire utilità**. Il servizio è **immateriale e quindi intangibile** dato che è costituito **da una relazione frutto di uno sforzo e di una azione che non esiste prima di essere effettivamente erogato, fruito, co-prodotto** (segnalando il fruitore come soggetto attivo). L’immaterialità comporta **l’impossibilità di immagazzinare il servizio** e quindi la necessità di **gestire la domanda e le sue variazioni nel tempo** con la programmazione (attraverso i sistemi di prenotazione) e di **rendere flessibile l’offerta** con sistemi di erogazione polivalente in grado di riconvertirsi rapidamente a seconda dell’evoluzione della domanda.

Il servizio immateriale **va ricostruito ad ogni interazione quindi non esiste un servizio identico al precedente** ma solo un modello da applicare tenendo conto, specie nei servizi sanitari, della peculiarità dell’ambiente in cui si opera.

7.2 Caratteristiche dei servizi: eterogeneità

L’**eterogeneità che si realizza nella definizione** del servizio richiede che il cittadino-coproduttore venga informato ed orientato ad una partecipazione attiva al servizio **in assenza di un impossibile controllo preventivo**. Nell’organizzazione dei servizi per la popolazione si deve sempre temperare:

- la **standardizzazione** perseguendo la maggiore efficienza produttiva ed erogativa grazie alle economie di scala;
- la **personalizzazione** ricercando l'adeguamento delle condizioni di erogazione alle necessità della popolazione.

La **personalizzazione e l'adeguamento del servizio alle esigenze dello specifico cittadino e della sua condizione personale e familiare** è caratteristica di un buon servizio sanitario e richiede la capacità degli operatori di **adattare discrezionalmente i sistemi di servizio e gestirne le eccezioni**. In una visione complessiva le scelte di organizzazione di servizi sanitari specifici (ambulatori, screening) per fasce di età, condizione personale, gruppo sociale o semplicemente per territorio rappresentano **scelte di segmentazione di gruppi significativi** che richiedono la **valutazione dell'equilibrio tra standardizzazione e specificazione degli elementi di servizio**.

7.3 – La comunicazione del servizio

La comunicazione **non si basa sull'inesistente oggetto materiale** e quindi deve gestire la fiducia e le attese del cliente e la sua partecipazione **controllando ogni interazione informativa con il sistema aziendale** a partire dalla presentazione anche fisica di operatori sanitari e del personale che entra in relazione con cittadino, famiglia e comunità.

In un servizio sanitario di comunità **occorre inoltre definire la comunicazione programmata verso la popolazione o verso gruppi definiti** e quella di risposta alle richieste dei cittadini a partire dalle **indicazioni e risposte offerte telefonicamente da tutti gli operatori dei punti di accesso** ai servizi.

La disponibilità di **strumenti di comunicazione telematica** (messaggi, posta elettronica, contenuti resi disponibili su strumenti web e dei social network) **ne richiede il presidio** dato che possono rappresentare primari strumenti di informazione dei cittadini sui servizi determinandone i modi di partecipazione.

7.4 La pianificazione ed il controllo strategico del servizio

Un servizio è costituito da **un sistema di utilità con un servizio centrale (nucleo) ed alcuni elementi di servizio accessorio (periferici)** che differenziano il servizio tra altri omologhi.

La caratteristica di servizio centrale o periferico **muta nel tempo, nei diversi ambienti e per diversi destinatari**: da un servizio periferico può **gemmare un nuovo servizio centrale divenendo autonomo e completandosi** con elementi periferici

Ad esempio un ambulatorio diabetologico può avere proporre come servizio periferico un servizio dietetico ma tale attività possono divenire centrali nella fruizione per specifici utenti fino a costituire un servizio autonomo rivolto a tutti i cittadini portatori di dismetabolismi e fornire come servizio periferico una consulenza sulle attività fisiche utili ai gruppi seguiti.

Nei servizi ceduti su un mercato concorrenziale il cliente segnala le proprie preferenze con la domanda e la disponibilità a pagare prezzi differenziati per i diversi di servizi offerti dall'azienda. Tale processo di adeguamento all'evoluzione della domanda non funziona **nei servizi sanitari offerti ai cittadini in condizione di asimmetria informativa gratuitamente o con prezzi non espressivi del loro costo o della loro utilità.**

7.5 Il controllo strategico del servizio

Gestire efficacemente **definizione e controllo di un sistema di servizi sanitari** di prevenzione personale e collettiva, diagnosi precoce, cura, riabilitazione per la popolazione richiede:

- di **definire la configurazione del servizio offerto**
- in termini di **servizio principale ed elementi accessori**
- e **controllarla periodicamente** attraverso
- **l'analisi critica degli elementi di servizio** previsti
- in relazione **all'utilità stimata per i cittadini**
- ed alle **preferenze e valutazioni** da essi espresse
- da **confrontarsi con le risorse impiegate** per erogarlo.

Ciò permette **ridefinire il servizio arricchendolo con l'inserimento di nuove funzionalità o l'eliminazione di elementi superflui fonte di costi non motivati**; responsabilità della dirigenza è quella di **riprogettare il servizio interpretando le situazioni ed i cambiamenti demografici, sociali, culturali ed ambientali** delle popolazioni, dei modelli familiari e dell'organizzazione sociale delle famiglie e delle comunità. Si pensi alla necessità attuale di adeguare i servizi ai nuovi modelli di famiglia nucleare o alla necessità di offrire servizi di prevenzione a donne e famiglie provenienti da culture e paesi diversi, anche solo superando la barriera linguistica

8 - Gli elementi della servuction (il sistema di erogazione)

8.1 Il modello di erogazione (servuction)

Il modello di erogazione (servuction) del servizio definisce come l'azienda eroga le utilità integrando i diversi elementi:

- **il cliente, utente, cittadino, coproduttore;**
- **il personale** di contatto
- **l'ambiente ed il supporto fisico (servicescape)**
- **gli altri clienti, utenti, cittadini**
- **il sistema organizzativo interno (backoffice)**
- **il sistema informativo.**

8.2 Il cliente, paziente, utente, cittadino, co-produttore

Il cliente, paziente, utente, cittadino, co-produttore è elemento necessario del servizio dato che in assenza del cliente non esiste servizio ma solo potenzialità di servizio: **egli partecipa all'erogazione con una partecipazione da orientare e guidare.** Nei sistemi sanitari specie in famiglie e comunità

vediamo non un cliente o utente (nozioni di mero acquisto o utilizzo passivo) ma un attivo **cittadino coproduttore**.

Ciò in forza di una azione di “**patient engagement**” per cui **i servizi sono definiti ed erogati dai professionisti assieme agli stessi cittadini destinatari e i “caregiver” (familiari, vicini, amici, volontari) in famiglia e nella comunità**. Si supera così l’approccio assistenziale del cittadino-assistito e quello commerciale del cittadino-cliente per giungere al welfare comunitario della coproduzione per cui **le persone non usano i servizi ma contribuiscono a produrli con il coinvolgimento proprio e della comunità in un patto sociale e terapeutico**.

La condizione di coproduttore del cittadino come richiede che:

- lui e i caregivers comprendano pienamente le informazioni;
- egli con i professionisti a scelga tra le alternative di cura;
- egli controlli direttamente percorsi sanitari ed esiti.

8.3 Gli operatori dell’equipe ed il personale di contatto

Ogni servizio sanitario viene **erogato in una relazione** più o meno diretta, intensa e lunga **tra il cittadino co-produttore, la sua famiglia e la comunità e il personale** (medico, infermieristico, tecnico, amministrativo dell’azienda, del sistema pubblico o di aziende partners inserite nel sistema).

Il servizio passa da mani, dal viso ed attenzione del personale.

Questa **relazione di aiuto, stimolo o accompagnamento** media il servizio e rappresenta l’interfaccia tra il sistema organizzativo aziendale e il cittadino ed il suo ambiente familiare e sociale.

La **qualità della relazione** e la **sintonizzazione del personale** sulle esigenze del cittadino e della comunità rappresenta un elemento determinante nella qualità percepita del servizio; l’atteggiamento degli operatori e la loro condivisione dell’approccio del servizio, da realizzare con formazione continua e gestione dei gruppi di lavoro è centrale per la qualità.

8.4 Gli altri clienti e cittadini

L’immagine dei servizi intermediata tra cittadino-coproduttore ed altri cittadini (specie per servizi fruiti in famiglia e nella comunità ove si svolge normalmente la vita del cittadino) orienta la fruizione del servizio. **Esperienze positive o riferite orientano positivamente il cittadino mentre quelle negative sono ostacolo per la partecipazione fattiva**. La testimonianza di chi abbia usufruito dello stesso servizio (anche attraverso associazioni di pazienti) rappresenta il migliore supporto per l’erogazione del servizio. L’adozione di comportamenti e il corretto utilizzo di servizi specie preventivi nelle abitudini di una comunità rappresenta un risultato di valore (si pensi all’abitudine del fumo tra i giovani) e può essere perseguita anche con la collaborazione di testimoni (sportivi, artisti, leaders) riconosciuti quali autorevoli così come attraverso il supporto di organizzazioni della società civile che offrono il proprio supporto organizzativo e di sensibilizzazione.

8.5 Il servicescape o ambiente fisico: macro e micro

Il servizio è immateriale ma si svolge in un ambiente fisico che deve essere preventivamente definito e strutturato per guidare personale di contatto e cittadini-coproductori. Scegliere l'ambiente fisico tra le possibilità significa scegliere stante il modo di erogazione (ambulatoriale, domiciliare, altro):

- la **macro-collocazione urbanistica del luogo di erogazione** (nell'ospedale, nel centro scolastico, al mercato, nella parrocchia o del centro commerciale) che
- le **caratteristiche dell'ambiente specifico di erogazione** (arredo, percorsi, distanze, ingressi, collocazione accoglienza e segreteria, supporti e materiali informativi).

L'ambiente fisico **comunica il servizio e ne condiziona l'utilizzo regolando i modi di fruizione** (presenza di punti accoglienza, i percorsi differenziati, la segnaletica specifica, il personale immediatamente raggiungibile o dietro vetri).

L'orientamento alla relazione manifestato nei servizi finanziari e distributivi **dovrebbe orientare quelli sanitari**: esempi sono ambienti di case della salute in alcune regioni.

La progettazione degli elementi ambientali che costituiscono **la parte "stabile e preventivamente definita" del servizio** va poi applicata alla **definizione delle interfacce informatiche** della componente telematica dei servizi rivolti a cittadini ed operatori che regolando le procedure di accesso ne guidano l'utilizzo.

8.6 Il sistema di supporto organizzativo (backoffice)

Organizzare un sistema di servizi attivabile per il cittadino in una relazione di aiuto od accompagnamento anche in condizioni non previste (es. servizi di emergenza o complicanze a domicilio) richiede che dietro la facciata rappresentata dal personale di contatto e dall'ambiente fisico vi sia un sistema organizzativo e logistico a rispondere alle domande programmabili e non. Componenti fondamentali del sistema di supporto sono:

- la selezione, gestione, coordinamento aggiornamento ed organizzazione delle persone coinvolte nel servizio, dipendenti, professionisti o regolate da vari contratti;
- l'approvvigionamento, magazzinaggio e logistica per la tempestiva consegna dei materiali necessari al servizio;
- la gestione e manutenzione degli apparati tecnologici in uso;
- i sistemi informativi per il trattamento delle informazioni.

8.7 Il sistema informativo per la gestione dei servizi di cura

Il sistema informativo è **strumento di integrazione organizzativa necessaria dell'equipe multiprofessionale con il cittadino-coproductore, i familiari ed i caregivers**, sia nella gestione dei PDTA che nel complesso dei servizi.

In aziende complesse come quelle sanitarie infatti **procedure e protocolli organizzativi regolano la collaborazione** supportati e indirettamente regolati da procedure informatiche predefinite.

Condizione perché questo si realizzi è che **sia costruito attorno al cittadino, ed integri pienamente i sottosistemi parziali di offerta** (Cartella MMG, FSE, Cartelle ospedaliere, Cartelle Assistenza Domiciliare, Altre Documentazioni Settoriali). Riferire **al cittadino i sottosistemi informativi** supera la frammentazione integrando **le informazioni sul PDTA e quindi sul cittadino coproduttore**. L'uso di applicazioni informatiche e smartphone permette di restituire al cittadino e famiglia il controllo sui servizi trasformando utenti in coproduttori. Elemento non formale ma efficace di **integrazione informativa ed organizzativa** è rappresentato dalla contiguità fisica dei professionisti: talvolta avere la sede nello stesso edificio e condividere il caffè consente un coordinamento molto efficace.

8.8 Dal supporto professionale all'azienda dei servizi

L'approccio dei servizi sanitari è tradizionalmente quello del **supporto professionale** in cui si supporta l'attività professionale con segreterie, assistenti e supporti organizzativi. La prospettiva del **sistema sanitario come azienda nonprofit di servizi sanitari personalizzati** inserisce le attività professionali nel sistema dei servizi considerando gli altri elementi non necessariamente professionali quali ambienti, orari, sistemi di erogazione e di comunicazione con i cittadini. Gli elementi del sistema di servizi (**coproduttore, personale, ambiente fisico, altri clienti, sistema organizzativo, sistema informativo**) vanno **analizzati e ne va gestita l'integrazione in una unica esperienza di servizio** a supporto della relazione di prevenzione, diagnosi cura, riabilitazione o aiuto al cittadino nella famiglia e nella comunità.