



[www.fiaso.it](http://www.fiaso.it)  
Federazione Italiana Aziende Sanitarie e Ospedaliere



# AGENDA

1. Definizioni e concezioni di Community Building/Engagement, *E. Barzan (15 minuti)*
2. Contemporaneità o retaggio partecipativo: a cosa serve? *F. Longo (15 minuti)*
3. La matrice finalità/programmi di Community Building, *S. Barsanti (15 minuti)*
4. Casi ed esempi, *A. Bunea e A. Zazzera (15 minuti)*
5. Testimonianza: La Bottega del possibile, *S. Rao (15 minuti)*
6. Community Building per il COVID 19, *F. Longo (15 minuti)*

# AGENDA

- 1. Definizioni e concezioni di Community Building/Engagement, *E. Barzan*  
(15 minuti)**
2. Contemporaneità o retaggio partecipativo: a cosa serve? *F. Longo*
3. La matrice finalità/programmi di Community Building, *S. Barsanti*
4. Casi ed esempi, *A. Bunea e A. Zazzera*
5. Testimonianza: La Bottega del possibile, *S. Rao*
6. Community Building per il COVID 19, *F. Longo*

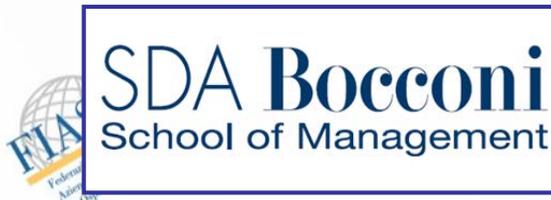
# Community Building Network a tutela della salute

## La nascita del progetto

- Il progetto si inserisce in un cammino di ricerca e sperimentazione promosso dal «**Gruppo Interregionale**»: **Fondazione Santa Clelia Barbieri** del Comune dell'Alto Reno Terme (Bologna) e **Fondazione Casa della Carità** di Milano
- Il gruppo ha ragionato sui temi che riguardano la comunità e la salute e su come interpretare in maniera autentica e innovativa il tema della “Casa della Salute” come possibile nuovo “luogo” di **identità delle nostre comunità** e **strumento di coesione sociale**
- Questo percorso ha portato alla nascita del “**Manifesto per una autentica casa della salute**”, che ha trovato adesioni e interlocutori attenti e significativi



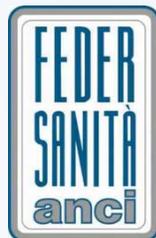
**Sara Barsanti**, Assistant professor of Management, Scuola superiore Sant'Anna di Pisa  
**Anita Bunea**, ricercatrice, Scuola superiore Sant'Anna di Pisa  
**Manila Bonciani**, ricercatrice, Scuola superiore Sant'Anna di Pisa



**Francesco Longo**, Professore Associato Università Bocconi  
**Angelica Zazzera**, Junior Research Fellow SDA Bocconi  
**Elisabetta Barzan**, Junior Research Fellow SDA Bocconi

# Community Building Network a tutela della salute

## Gli attori



- |   |  |
|---|--|
| <b>1</b> <i>Asl Roma 2</i>                | <b>16</b> <i>Asl Roma 1</i>              |
| <b>2</b> <i>Asp Bologna</i>               | <b>17</b> <i>AOU Parma</i>               |
| <b>3</b> <i>ASS 5 Friuli Occidentale</i>  | <b>18</b> <i>ISS San Marino</i>          |
| <b>4</b> <i>ASST Rhodense</i>             | <b>19</b> <i>Ausl Reggio Emilia</i>      |
| <b>5</b> <i>Ausl Modena</i>               | <b>20</b> <i>ASST Mantova</i>            |
| <b>6</b> <i>Ausl Parma</i>                | <b>21</b> <i>Asl Cuneo 1</i>             |
| <b>7</b> <i>Asl Torino 3</i>              | <b>22</b> <i>Ausl Bologna</i>            |
| <b>8</b> <i>Ausl Toscana Centro</i>       | <b>23</b> <i>Ausl Toscana Nord Ovest</i> |
| <b>9</b> <i>Aulss 6 Euganea</i>           | <b>24</b> <i>Ausl Piacenza</i>           |
| <b>10</b> <i>ATS Val Padana</i>           | <b>25</b> <i>Asuits Trieste</i>          |
| <b>11</b> <i>Fondaz. Pol. Tor Vergata</i> | <b>26</b> <i>Asl Vercelli</i>            |
| <b>12</b> <i>Ausl Toscana Sud Est</i>     | <b>27</b> <i>Asp Agrigento</i>           |
| <b>13</b> <i>ASST Bergamo Est</i>         | <b>28</b> <i>Usl Umbria 1</i>            |
| <b>14</b> <i>ATS Milano</i>               | <b>29</b> <i>AOU Perugia</i>             |
| <b>15</b> <i>Ausl Ferrara</i>             |  |

**Popolazione interessata: circa 18 mln  
(30% popolazione italiana)**

*Centro servizi per il volontariato  
Monza-Lecco-Sondrio Proges  
Fondazione Santa Clelia Barbieri La Bottega del Possibile  
Fondazione Casa della Carità*

# Definizioni di Community Building/Engagement

Community organizing

**Community-centred approaches**

Community empowerment

**Community Building**

**Community development**

Community participation

## Community engagement

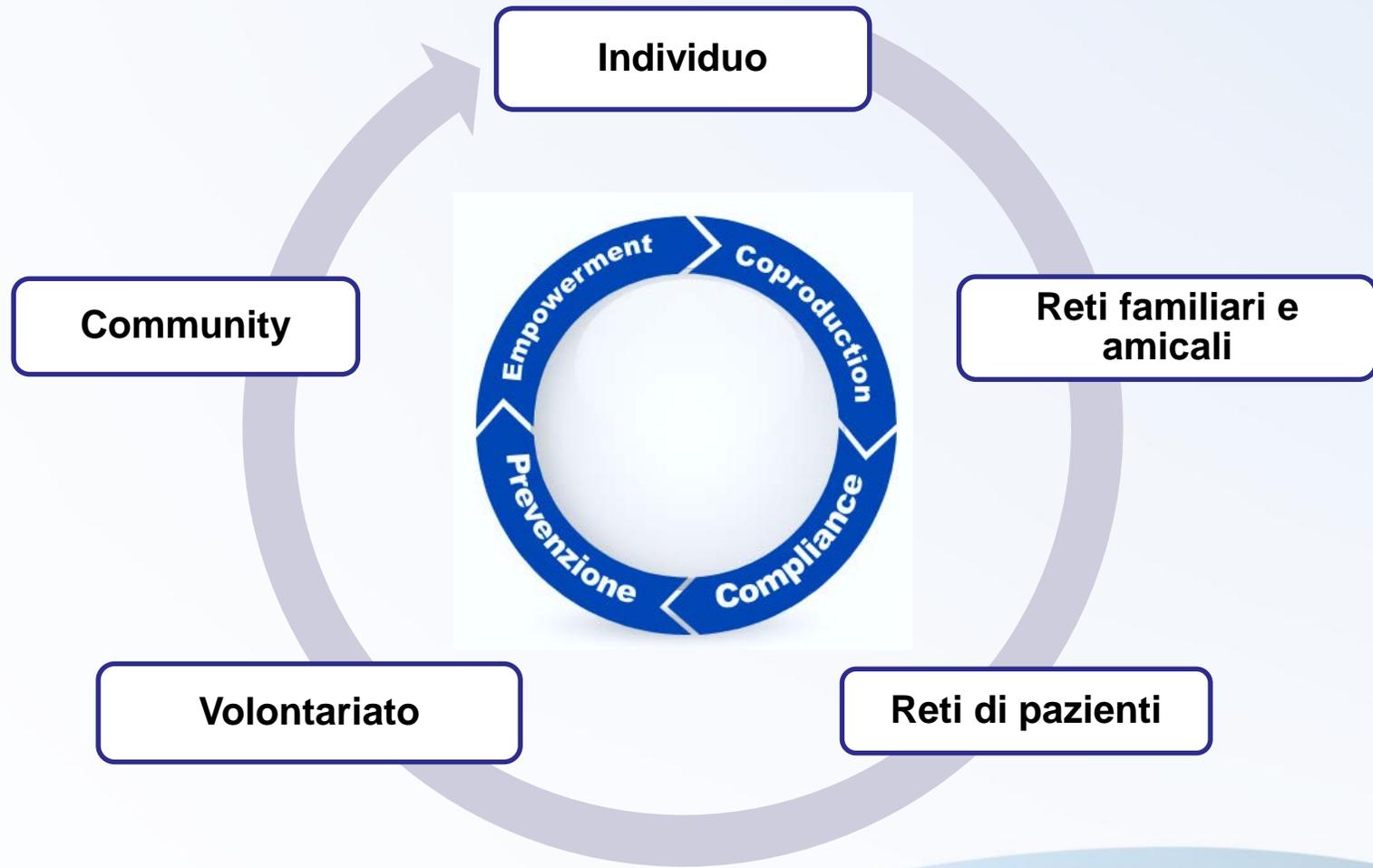
Orientamento per il quale i soggetti facenti parte una comunità si impegnano a operare congiuntamente nel processo di evoluzione della comunità stessa.



# La diffusione di logiche di Community engagement

- La logica propria del **Community Engagement** si propone di sperimentare forme di **partecipazione attiva di attori di natura diversa** (enti pubblici, privati, singoli cittadini), volte a innovare le politiche pubbliche e favorire processi collettivi, attraverso forme innovative di partecipazione delle comunità locali.
- Questo permette la costituzione di percorsi “strutturati” di **empowerment di comunità**, che mirano auspicabilmente a rifondare legami di fiducia, di condivisione, di assunzione di un’ottica di comunità che va oltre all’interesse individuale.
- **Il ruolo delle Istituzioni Pubbliche:**
  - *IP come promotore dell’iniziativa vs iniziative che partono dalla comunità?*
  - *Quale supporto le IP danno alle iniziative (risorse umane o monetarie, formazione dell’utenza/operatori, promozione, etc)?*

# Community Engagement: framework di riferimento



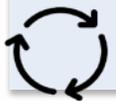
# Le reti sociali

Le reti sociali sono gruppi di persone **interdipendenti** tra di loro

Nelle reti sociali operano meccanismi di **influenza reciproca**

Nelle reti sociali possono agire meccanismi di **sostegno e aiuto reciproco**

Le reti sociali fanno sentire i membri parte di un **gruppo sociale**, in cui l'avvicinamento reciproco risulta più facile e immediato



**Le reti sociali possono diventare oggetto di azione manageriale**

**Agire sulle reti è «costo-efficace»**

**Come dialogare con le reti sociali?**

# Le reti sociali: i driver di identificazione

Le reti sociali possono basarsi su differenti **logiche di riconoscimento reciproco**:



Vicinato



Stessa identità o appartenenza a una comunità religiosa (parrocchia)



Stessa identità nazionale (comunità dei cinesi)



Frequentatori di uno stesso servizio (genitori di una scuola)



Comune malattia (gruppo dei dializzati)



Partecipazione ad associazione o volontariato o circoli



Frequentatori abituali di uno stesso luogo (parco, piazza, bar)



Attività sportive, culturali, ludiche condivise (gruppi sportivi, amici della lirica)



Lavoratori di una comune azienda o reti professionali



Iscritti a partiti, sindacati, gruppi di advocacy

# Le reti sociali: caratteristiche

Le reti sociali possono configurarsi con caratteristiche molto diverse tra di loro

Gerarchiche (leader)

Solo locali

Basate solo su relazioni

Logiche redistributive

Focalizzate sul sostegno ai membri interni

Reti attente

Attente o in dialogo con le istituzioni

**VS**

Paritarie (mutuo aggiustamento reciproco)

Reti di nodi locali (ass. di volontariato nazionale)

Basate su strumenti di connessione ICT

Logiche di scambio equo

Focalizzate sul sostegno a esterni

Reti autonome e chiuse

Autonome, disilluse o ostili alle PA

**La postura di dialogo con le reti sociali deve differire e adattarsi alle loro caratteristiche**

# AGENDA

1. Definizioni e concezioni di Community Building/Engagement, *E. Barzan*
2. **Contemporaneità o retaggio partecipativo: a cosa serve? *F. Longo (15 minuti)***
3. La matrice finalità/programmi di Community Building, *S. Barsanti*
4. Casi ed esempi, *A. Bunea e A. Zazzera*
5. Testimonianza: La Bottega del possibile, *S. Rao*
6. Community Building per il COVID 19, *F. Longo*

# Perché abbiamo bisogno di iniziative di Community Engagement?



Fragilità, vulnerabilità e solitudine: l'incapacità di trasformare il bisogno in domanda



Clusterizzazioni culturali e rischio iniquità



Gap tra bisogni e risorse



Co-production nella platform economy

# Perché abbiamo bisogno di iniziative di Community Engagement?

**Fragilità, vulnerabilità e solitudine: l'incapacità di trasformare il bisogno in domanda**

- Per affrontare il problema della fragilità, della vulnerabilità e della solitudine che impediscono ai cittadini di accedere ai servizi → Il bisogno non sempre si traduce in domanda e quindi non viene intercettato

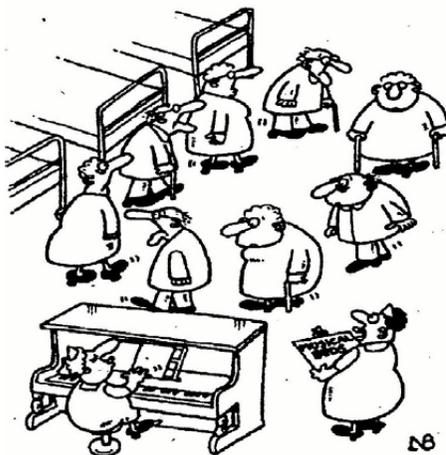


# Perché abbiamo bisogno di iniziative di Community Engagement?

## Clusterizzazioni culturali e rischio iniquità



- Per ridurre le barriere dettate dalle clusterizzazioni culturali: alcuni dei nostri servizi sono costruiti in modo da catturare prioritariamente alcuni target, escludendone altri



Managing  
scarce  
resources  
?

“And when the music stops,  
grab a bed . . .”

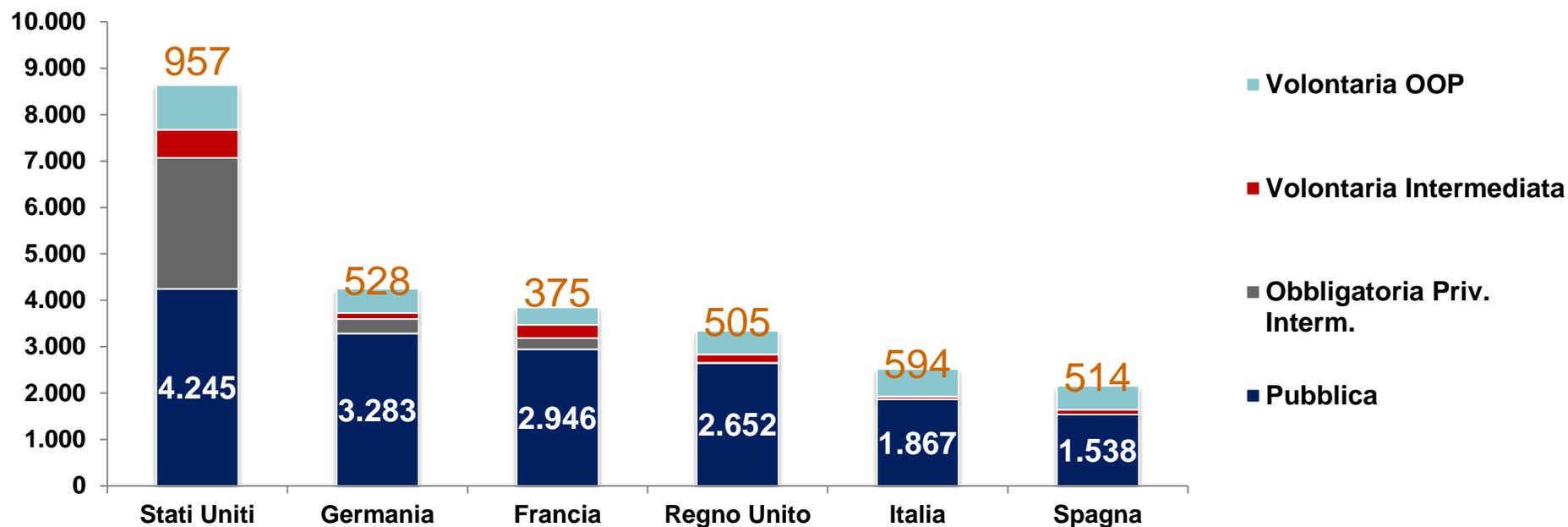
# Perché abbiamo bisogno di iniziative di Community Engagement?

## Gap tra bisogni e risorse



- Per governare il gap tra bisogni e risorse, che mette sotto stress i servizi (gatekeeping) → i servizi possono diventare respingenti

## Spesa sanitaria pro-capite, per tipologia (2016)



# Perché abbiamo bisogno di iniziative di Community Engagement?

Co-production nella platform economy

×



Piattaforma che permette di **listare, scoprire e prenotare alloggi** unici a qualsiasi prezzo in tutto il mondo (oltre 34.000 città)



La più grande community di **viaggi in auto condivisi** che oggi conta oltre 20 milioni di iscritti in 19 Paesi

**Bla Bla Car**

# Le reti sociali: quale valore pubblico per il SSN?

Le reti sociali possono essere delle piattaforme sociali per importanti obiettivi del SSN

Promozione connessioni sociali e lotta alla solitudine

Educazione sanitaria, promozione literacy medica, prevenzione primaria

Presentazione e diffusione conoscenza dei servizi

Welfare e medicina di iniziativa: reclutare pazienti

Sostegno della compliance e dell'autocura

Monitoraggio patient experience e raccolta voice

Co-progettazione servizi



# AGENDA

1. Definizioni e concezioni di Community Building/Engagement, *E. Barzan*
2. Contemporaneità o retaggio partecipativo: a cosa serve? *F. Longo*
- 3. La matrice finalità/programmi di Community Building, *S. Barsanti (15 minuti)***
4. Casi ed esempi, *A. Bunea e A. Zazzera*
5. Testimonianza: La Bottega del possibile, *S. Rao*
6. Community Building per il COVID 19, *F. Longo*

# La matrice finalità/programmi di Community Building

Macro Tipologia di  
interventi

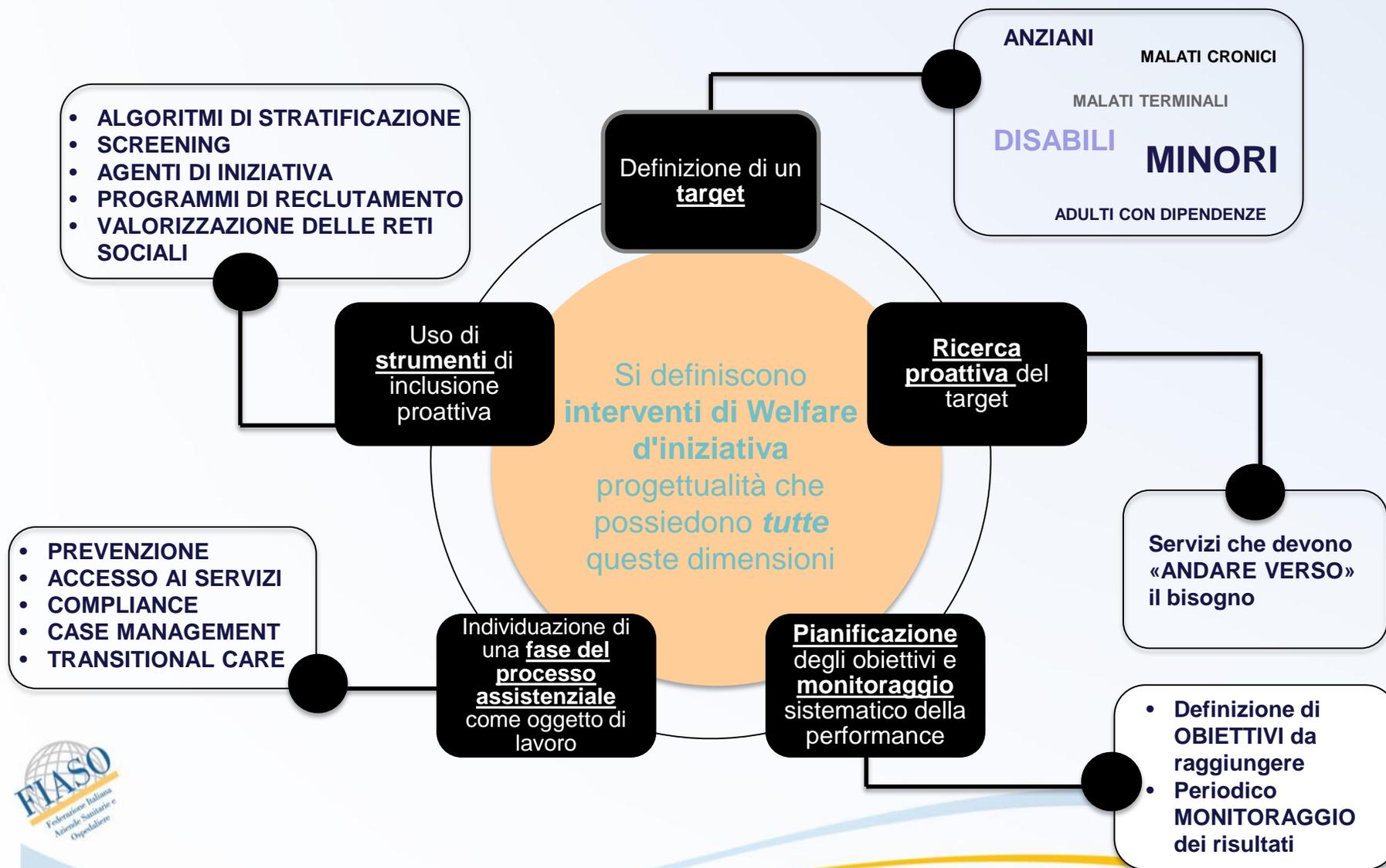
Obiettivi e attività

Attori promotori

Popolazione target

Ruolo delle reti

# Interventi di Welfare di iniziativa: definizione



# Valorizzazione delle Reti di comunità: definizione

Si definiscono **interventi di valorizzazione delle reti di comunità**, progettualità che prevedono **una o più** di queste azioni



La **mappatura** delle reti sociali e dei relativi processi di riproduzione sociale



L'**analisi delle interdipendenze** che le reti sociali producono



La **valorizzazione delle interdipendenze** prodotte dalle reti sociali



L'**azione di influenza** sulle reti sociali e/o l'utilizzo della **rete sociale come strumento di welfare**



La creazione di **sistemi di incentivi o vantaggi reciproci** tra l'istituzione pubblica e la rete

## ***La matrice di classificazione delle esperienze***

<b>Strumenti di community building</b>	<b>Obiettivi</b>	<b>Attività</b>
<b>Welfare di iniziativa</b>	Contrasto solitudine, fragilità, inclusione sociale	<i>Service design</i> che raggiunga i target più fragili
	Equità	Iniziative per coloro che non arrivano ai servizi
	Appropriatezza e efficacia di salute	Iniziative per raggiungere standard clinici uniformi
<b>Reti di comunità</b>	Tutelare i pazienti	Valutazione dei servizi (advocacy)
	Migliorare l'esperienza del servizio	Processi decisionali (co-progettazione)
	Aumentare la compliance	Iniziative a sostegno della coproduzione
	Migliorare la salute	Iniziative per diffondere la prevenzione
	Migliorare il benessere	Iniziative per il sostegno psicologico alla malattia
	Creazione capitale sociale	Sviluppo di Collaborative lifestyles

## La matrice di classificazione delle esperienze

		Istituzionale	Partecipativo			TOTALE
			Professionale	Volontariato	Tra pari	
WELFARE DI INIZIATIVA	Service design che raggiunga i target più fragili	14	5			19
	Iniziative per coloro che non arrivano ai servizi	6	1	1		8
	Iniziative per raggiungere standard clinici uniformi	3				3
RETI DI COMUNITÀ	Valutazione dei servizi (advocacy)					
	Processi decisionali (co-progettazione)	4	1			5
	Iniziative a sostegno della coproduzione	6	4			10
	Iniziative per diffondere la prevenzione	8	2			10
	Iniziative per il sostegno psicologico alla malattia	3	1		1	5
	Sviluppo di Collaborative lifestyles	4		1		5
	<b>TOTALE</b>	<b>48</b>	<b>14</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>65</b>

# Matrice gruppi popolazione

	Popolazione target					
	Paziente			Caregiver (4)	Comunità (5)	
<b>Bisogno</b>	Minore/ Adolescente (1)	Indistinto (2)	Anziano (3)			
A Cronicità	1	9				<b>10</b>
- AP Polipatologia						
B Fragilità		3	18	1		<b>22</b>
C Disabilità		4		1		<b>5</b>
- CN Neurodegenerative		2		3		5
D Dipendenze e salute mentale	2	5				<b>7</b>
F Fase avanzata/terminale		1				<b>1</b>
G Determinanti sociali	3	1				<b>4</b>
- GM migranti						
- GP Povertà/emarginazione		7				7
- GS Stili di vita	1	2	1			4
<b>Totale</b>	<b>7</b>	<b>33</b>	<b>19</b>	<b>6</b>		<b>65</b>

## Reti di comunità a tutela della salute e per l'inclusione sociale

**Creare**  
le reti di  
comunità



**Rafforzare**  
le reti di  
comunità



**Valorizzare**  
le reti di  
comunità

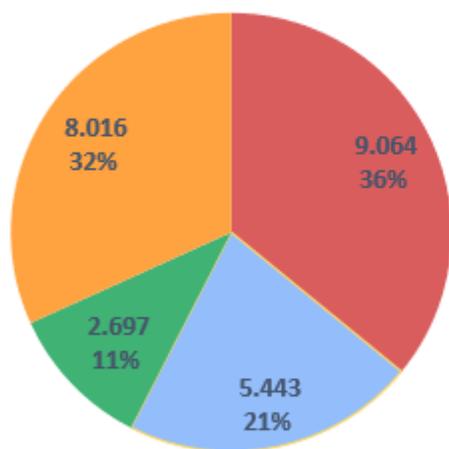


# Perché abbiamo bisogno di iniziative di Community Engagement?

## Efficacia dei servizi

- Per aumentare l'efficacia dei servizi: le reti contrastano la **solitudine e favoriscono dinamiche di coproduzione**, che migliorano gli outcome di salute

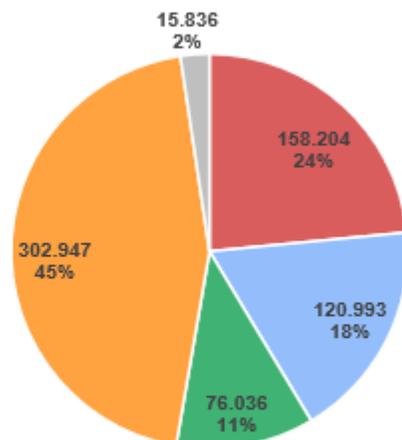
**ITALIA:** Nuclei per tipologia (**migliaia**) e incidenza % su totale famiglie (25.220=100%), 2016



■ Coppie con figli   ■ Coppie senza figli  
■ Monogenitori   ■ Persone sole

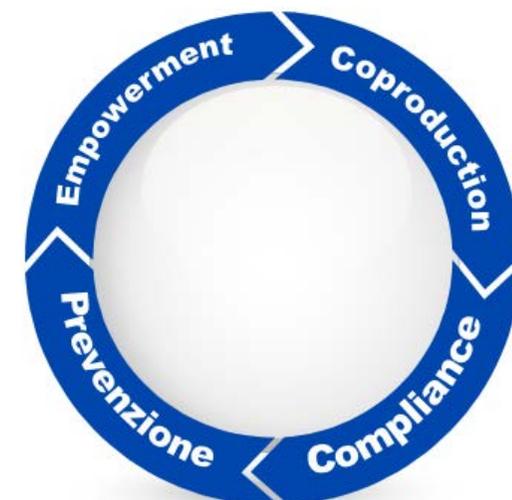
Fonte: Elaborazioni OASI su dati ISTAT, Strutture familiari

**MILANO:** Nuclei per tipologia e incidenza % su totale famiglie (674.016=100%), 2015



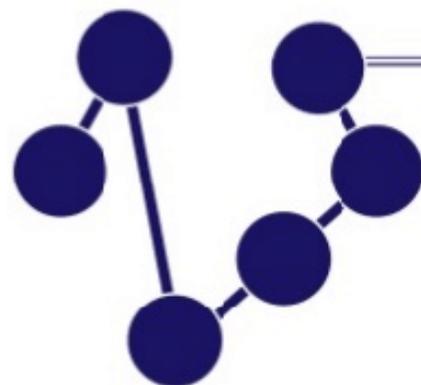
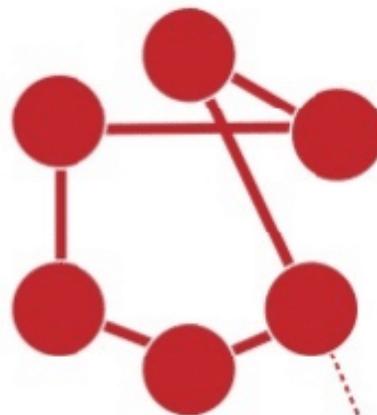
■ Coppie con figli   ■ Coppie senza figli   ■ Monogenitori  
■ Persone sole   ■ Altro

Fonte: Elaborazione CeRGAS su dati Ufficio Statistica del Comune di Milano



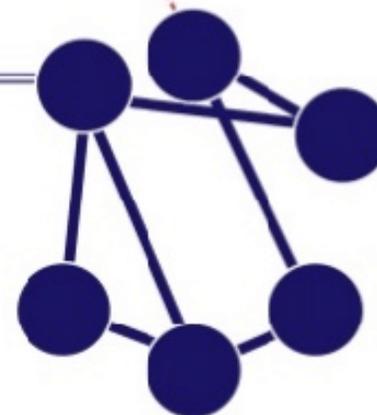
### Linking Social Capital *across vertical gradients*

People or entities with power or resources, such as government representatives, nongovernmental organizations or authority figures



### Bonding Social Capital *within networks*

Connections to people like you, such as family, relatives or kinship



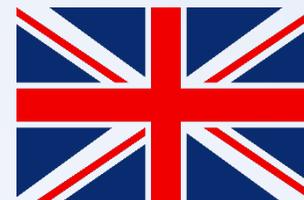
### Bridging Social Capital *between networks*

Connections to people who are not like you in some demographic sense

# AGENDA

1. Definizioni e concezioni di Community Building/Engagement, *E. Barzan*
2. Contemporaneità o retaggio partecipativo: a cosa serve? *F. Longo*
3. La matrice finalità/programmi di Community Building, *S. Barsanti*
- 4. Casi ed esempi, *A. Bunea e A. Zazzera (15 minuti)***
5. Testimonianza: La Bottega del possibile, *S. Rao*
6. Community Building per il COVID 19, *F. Longo*

# SELEZIONE DI 4 ESPERIENZE RAPPRESENTATIVE DELLA REALTÀ ITALIANA ED INGLESE



<b>ATTIVITÀ</b>	Piattaforma per relazioni e contatti sociali	Promozione della salute
<b>ESPERIENZA</b>	<i>Alzheimer Café</i>	<i>Social Prescribing: the Shropshire Model</i>
<b>TARGET</b>	Anziano fragile	Comunità
<b>IMPATTO SUI CLUSTER SOCIALI</b>	Bonding	Linking/mixing
<b>ESPERIENZA</b>	<i>Non restate soli</i>	<i>Get Oldham Growing</i>



N° 047



# I CASI ITALIANI

## ESEMPIO DI PIATTAFORMA PER RELAZIONI SOCIALI

<b>NOME</b>	Presa in carico dei pazienti con Alzheimer: apertura di un Alzheimer caffè
<b>REGIONE</b>	Lombardia
<b>PROMOTORE</b>	ASST Rhodense
<b>APPROCCIO</b>	Istituzionale
<b>ATTORI COINVOLTI</b>	ASST Rhodense, Enti territoriali, Aziende dei Piani di Zona, Associazioni di Volontariato
<b>ATTIVITÀ</b>	Piattaforma per relazioni e contatti sociali, Supporto psicologico, Educazione all'alfabetizzazione sanitaria
<b>TARGET</b>	Dipendenze e salute mentale; Caregiver
<b>IMPATTO SUI CLUSTER SOCIALI</b>	Bonding

# I CASI ITALIANI

## ESEMPIO DI PIATTAFORMA PER RELAZIONI SOCIALI



<b>Nome</b>	Presenza in carico dei pazienti con Alzheimer: apertura di un Alzheimer caffè
<b>Descrizione</b>	<p>L'Alzheimer Caffè è un <b>luogo</b> dove le <b>persone con Alzheimer</b>, le loro <b>famiglie</b> e le <b>figure professionali</b> si incontrano per un certo numero di volte ogni anno. Al Caffè il paziente può affrontare, con il supporto di altri, un problema drammatico attraverso lo sviluppo di <b>relazioni interpersonali</b> e la <b>valorizzazione delle sue risorse</b> residue. Durante i Caffè si svolgono attività come attività manipolative, motorie, canto, danza, arteterapia, musicoterapia, ecc.</p> <p>I familiari e chi assiste il malato, hanno la possibilità di interagire con un medico, uno psicologo, un infermiere o un assistente sociale per saperne di più, confrontarsi sulle modalità di relazione con i propri familiari, <b>condividere</b> esperienze, preoccupazioni, soluzioni.</p> <p>L'Alzheimer Caffè si può organizzare in <b>locali messi a disposizione</b> all'interno di Residenze sanitarie assistenziali, Centri diurni, spazi parrocchiali o comunali. Sono organizzati da <b>associazioni di volontariato</b> locali, cooperative sociali, anche sindacati. La partecipazione è gratuita o al massimo si paga una quota di iscrizione.</p>
<b>Tempistiche</b>	Attivo dal 2009, cicli semestrali o annuali
<b>Obiettivi</b>	<p>Dare risposta ai bisogni dei malati e delle loro famiglie, fornendo spazi per la <b>condivisione</b> delle <b>difficoltà</b> pratiche e per <b>l'espressione</b> delle <b>emozioni</b> spesso inascoltate a causa dell'isolamento. Il Caffè vuol realizzare tre obiettivi principali:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. fornire <b>informazioni</b> sugli aspetti medici e psicosociali della malattia</li><li>2. offrire la possibilità ai malati, ai familiari e a chi assiste i malati, di <b>parlare</b> apertamente dei propri problemi</li><li>3. promuovere la <b>socializzazione</b> e prevenire l'isolamento delle persone malate e delle loro famiglie</li></ol>
<b>Strumenti utilizzati</b>	<p>Medico Specialista, psicologo, infermiere o ass. sociale o operatore qualificato, esperti in musicoterapia, arte terapia e riabilitazione cognitiva, volontari.</p> <p>Incontri con le associazioni del territorio, incontro con i familiari, corso di formazione dei volontari, attivazione di uno sportello telefonico</p>
<b>Indicatori di performance</b>	Grado di adesione, continuità di frequenza, soddisfazione care giver
<b>Contatti</b>	Daniele Perotta, 02/994304529 – 3288548327, dperotta@asst-rhodense.it



# I CASI ITALIANI

## ESEMPIO DI INTERVENTO PER ANZIANI FRAGILI

<b>NOME</b>	Non REstaTE Soli: Rete per minimizzare la solitudine sociale e accrescere il supporto alla salute e al benessere della popolazione anziana di Roma nella stagione estiva
<b>REGIONE</b>	Lazio
<b>PROMOTORE</b>	Asl Roma 1
<b>APPROCCIO</b>	Istituzionale
<b>ATTORI COINVOLTI</b>	Asl Roma 1, Enti territoriali, Municipio 1, Associazioni di Volontariato
<b>ATTIVITÀ</b>	Programmi di welfare di iniziativa, Monitoraggio della fragilità della comunità, Piattaforma per relazioni e contatti sociali
<b>TARGET</b>	Anziani fragili
<b>IMPATTO SUI CLUSTER SOCIALI</b>	Bonding

# I CASI ITALIANI



## ESEMPIO DI INTERVENTO PER ANZIANI FRAGILI

<b>Nome</b>	Non REstaTE Soli: Rete per minimizzare la solitudine sociale e accrescere il supporto alla salute e al benessere della popolazione anziana di Roma nella stagione estiva
<b>Descrizione</b>	I MMG <b>individuano</b> tra i loro assistiti le persone a rischio per inserirle in un <b>programma di sorveglianza</b> , che prevede visite domiciliari nelle giornate più calde. I volontari della Comunità di S. Egidio sono in rete con i servizi con campagne informative, servizio telefonico, <b>visite domiciliari</b> ed <b>eventi di socializzazione</b>
<b>Tempistiche</b>	Dal 1 giugno al 15 settembre di ogni anno
<b>Obiettivi</b>	Riduzione mortalità e ricoveri nella popolazione anziana (75-84 anni) e molto anziana (> 84 anni) - <b>Identificazione</b> della la popolazione a rischio per le ondate di calore - <b>Prevenzione</b> dell'impatto delle ondate di calore sulla salute delle persone dai 65 anni, residenti in area urbana, in particolare degli individui "suscettibili" agli effetti del caldo per specifiche caratteristiche socio-demografiche, di salute e condizioni di vita - Contrasto dell' <b>isolamento sociale</b> degli anziani
<b>Strumenti utilizzati</b>	Tavolo di lavoro distrettuale istituito ad hoc Strumenti per identificare il rischio dei pazienti come il livello di suscettibilità Produzione di report di monitoraggio
<b>Indicatori di performance</b>	Coinvolgimento della popolazione a rischio: -15% nel primo mese del periodo target, 30 % al secondo mese, 45 % al terzo mese Indicatori di performance organizzativa: - Numero incontri integrati tra gli attori in gioco - Numero incontri di informazione al target e alla popolazione generale; - Numero di Accessi domiciliari; - Piano di comunicazione; - Numero di incontri di monitoraggio e verifica - Strumento per la soddisfazione dell'intervento
<b>Contatti</b>	Romagnuolo Marisa (direttore distretto) e Teresa Miceli (direttore UOC Accoglienza e tutela Salute) 06.68353158, teresa.miceli@aslroma1.it

# I CASI INGLESI

## ESEMPIO DI INTERVENTO DI PROMOZIONE DELLA SALUTE



<b>NOME</b>	“Social Prescribing: the Shropshire Model” (Prescrizione sociale)
<b>REGIONE</b>	Midlands Occidentali, Inghilterra
<b>PROMOTORE</b>	Comune di Shropshire
<b>APPROCCIO</b>	Istituzionale
<b>ATTORI COINVOLTI</b>	Comune di Shropshire, Partner del NHS (National Health Service), Enti territoriali, Medici di medicina generale (MMG), Associazioni di Volontariato
<b>ATTIVITÀ</b>	Design dei servizi, Programmi di promozione della salute, Monitoraggio della fragilità della comunità
<b>TARGET</b>	Pazienti con malattie croniche; Pazienti in long term care
<b>IMPATTO SUI CLUSTER SOCIALI</b>	Bridging

# I CASI INGLESI

## ESEMPIO DI INTERVENTO DI PROMOZIONE DELLA SALUTE



<b>Nome</b>	Prescrizione sociale: il modello di Shropshire
<b>Descrizione</b>	I partner di livello strategico provenienti da tutto il NHS, dal settore <b>volontario</b> e <b>comunitario</b> e dal <b>governo locale</b> , attraverso il «Consiglio di salute e benessere» («Health and Wellbeing Board»), hanno sviluppato un modello di <b>prescrizione sociale</b> per la contea di Shropshire, negli ultimi due anni. Il progetto è stato guidato dal team di salute pubblica del consiglio, che lavora direttamente con i <b>MMG</b> locali, il gruppo di commissioning clinico, le organizzazioni di volontariato e altri partner locali, nell'ambito del più ampio programma di salute della popolazione in buona salute. Il modello si allinea alle linee guida nazionali stabilite nel Piano a lungo termine del NHS, sostiene in modo proattivo lo sviluppo della prescrizione sociale e le reti di assistenza.
<b>Tempistiche</b>	Nato nel 2017, 12 mesi per sviluppare il concetto, dopo 2 anni il progetto era già funzionante.
<b>Obiettivi</b>	Tre obiettivi principali: 1. comprendere come è stato utilizzato il modello di prescrizione sociale concettuale e in che modo i componenti del modello hanno lavorato insieme (inizialmente erano solo 4 MMG) 2. sviluppare un solido servizio di prescrizione sociale utilizzando le migliori pratiche di sviluppo 3. raccogliere e analizzare i dati usando un approccio sistematico.
<b>Strumenti utilizzati</b>	Partnership tra il settore volontario e gli enti territoriali, creazione di una team multidisciplinare, individuare i soggetti fragili attraverso la rete dei MMG
<b>Indicatori di performance</b>	Workshops e incontri per avere feedback, strumenti di misurazione della soddisfazione, riduzione degli appuntamenti con i MMG
<b>Contatti</b>	Jo Robins, Consultant in Public Health <a href="http://www.shropshiretogether.org.uk/social-prescribing/">www.shropshiretogether.org.uk/social-prescribing/</a>

# I CASI INGLESI

## ESEMPIO DI TARGET COMUNITA' E LINKING/MIXING



**NOME** «Get Oldham Growing» (Fai crescere Oldham)

**REGIONE** Grande Manchester, Inghilterra

**PROMOTORE** Comune di Oldham

**APPROCCIO** Istituzionale

**ATTORI COINVOLTI** Comune di Oldham, Enti territoriali, Associazioni di Volontariato, Imprese sociali

**ATTIVITÀ** Piattaforma per relazioni e contatti sociali, Educazione all'alfabetizzazione sanitaria

**TARGET** La comunità

**IMPATTO SUI CLUSTER SOCIALI** Linking/Mixing

# I CASI INGLESI

## ESEMPIO DI TARGET COMUNITA' E LINKING/MIXING



<b>Nome</b>	«Get Oldham Growing» (Fai crescere Oldham)
<b>Descrizione</b>	Get Oldham Growing (GOG) è un programma incentrato sul <b>collegamento tra persone</b> che usano cibo e coltivazione. Questo viene fatto attraverso i "Growing Hubs", che riuniscono le persone e creano connessioni tra <b>residenti</b> , il <b>volontariato</b> locale e il <b>settore comunitario</b> (VCS), le <b>imprese sociali</b> e le <b>autorità locali</b> . Questi hub sono <b>piattaforme</b> per l'impegno della comunità, portando a livelli maggiori di <b>connessione sociale</b> in un'area e riunendo le persone per migliorare la salute e il benessere, promuovere l'impresa e costruire <b>competenze</b> e <b>fiducia</b> . L'accesso a frutta e verdura fresca e non modificata migliora anche le diete delle popolazioni locali e incoraggia le persone a provare cose nuove, ampliando la loro conoscenza di frutta e verdura non familiari.



# I CASI INGLESI

## ESEMPIO DI TARGET COMUNITA' E LINKING/MIXING



<b>Tempistiche</b>	I lavori preparatori per "Get Oldham Growing" sono iniziati nel 2013 con il lancio del programma ad aprile 2014. Il lavoro è ancora in corso.
<b>Obiettivi</b>	Quattro obiettivi principali: <ul style="list-style-type: none"><li>• Sviluppare <b>opportunità di lavoro</b> attraverso la produzione alimentare locale e una migliore creazione dell'economia alimentare locale</li><li>• Aumentare le <b>competenze</b>, le qualifiche e l'imprenditorialità in iniziative legate all'alimentazione</li><li>• Ridurre gli ostacoli alla <b>partecipazione</b> alle attività di coltivazione alimentare attraverso l'accesso sostenuto alla terra, formazione e consulenza, sviluppo di materiali e infrastrutture</li><li>• Aumentare la partecipazione della comunità ai progetti di coltivazione, cottura e alimentazione degli alimenti per migliorare la salute e il <b>benessere</b> dei residenti di Oldham.</li></ul>
<b>Strumenti utilizzati</b>	Strumenti per facilitare la collaborazione tra i vari enti implicati nel progetto (open-minded), approccio dal basso (idee che provengono dalla comunità), ecc.
<b>Indicatori di performance</b>	Numero di partecipanti ad eventi, numero di visualizzazioni online, indicatori qualitativi (ad es. soddisfazione dei partecipanti ad eventi),
<b>Contatti</b>	Anne Fleming, Programme Manager, Food & Health anne.fleming@oldham.gov.uk

# IL CATALOGO DELLE GOOD PRACTICES DI COMMUNITY BUILDING

<https://www.cergas.unibocconi.eu/wps/wcm/connect/cdr/cergas/home/resources/datasets/progetto+community+building+network>

**CER GAS** CENTRE FOR RESEARCH ON HEALTH AND SOCIAL CARE MANAGEMENT

ABOUT US | PEOPLE | PUBLICATIONS | RESEARCH | OBSERVATORIES | NEWS & EVENTS | RESOURCES | CONTACT

## COMMUNITY BUILDING NETWORK - CATALOGO DI GOOD PRACTICES

Il Catalogo di Good Practices raccoglie alcune delle principali iniziative di Community Building a tutela della salute, sviluppate sul territorio nazionale e internazionale. Il catalogo è stato sviluppato nell'ambito del Community Building Network, un percorso di ricerca e formazione promosso da Cergas SDA Bocconi e dal Laboratorio Management e Sanità della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, a cui partecipano 30 aziende sanitarie ed enti del terzo settore.

English Italiano

Titolo Intervento

Nazione

Tipo Iniziativa

**CER GAS** CENTRE FOR RESEARCH ON HEALTH AND SOCIAL CARE MANAGEMENT

ABOUT US | PEOPLE | PUBLICATIONS | RESEARCH | OBSERVATORIES | NEWS & EVENTS | RESOURCES | CONTACT

Dettaglio Progetto

### Alzheimer café

○ Nazione

> Italia

○ Regione

> Lombardia

○ Tipo Iniziativa

> Reti di comunità

○ Approccio

> Istituzionale

○ Attività

> Iniziative per il sostegno psicologico alla malattia

○ Target

> Cronicità

> Disabilità Neurodegenerative

> Caregiver

# AGENDA

1. Definizioni e concezioni di Community Building/Engagement, E. Barzan
2. Contemporaneità o retaggio partecipativo: a cosa serve? F. Longo
3. La matrice finalità/programmi di Community Building, S. Barsanti
4. Casi ed esempi, A. Bunea e A. Zazzera
- 5. Testimonianza: La Bottega del possibile, S. Rao (15 minuti)**
6. Community Building per il COVID 19, F. Longo

# Il Progetto Piossasco «Una Comunità che si prende cura»



**Ente promotore e responsabile: La Bottega del Possibile**

# La Partnership



**Enti pubblici e privati che partecipano alla programmazione e al coordinamento del progetto**

Comune di Piossasco

Asl To3

Associazione La Bottega del Possibile

Compagnia di San Paolo

Consorzio Social Coop  
Cooperativa Itaca

Associazione San Giacomo

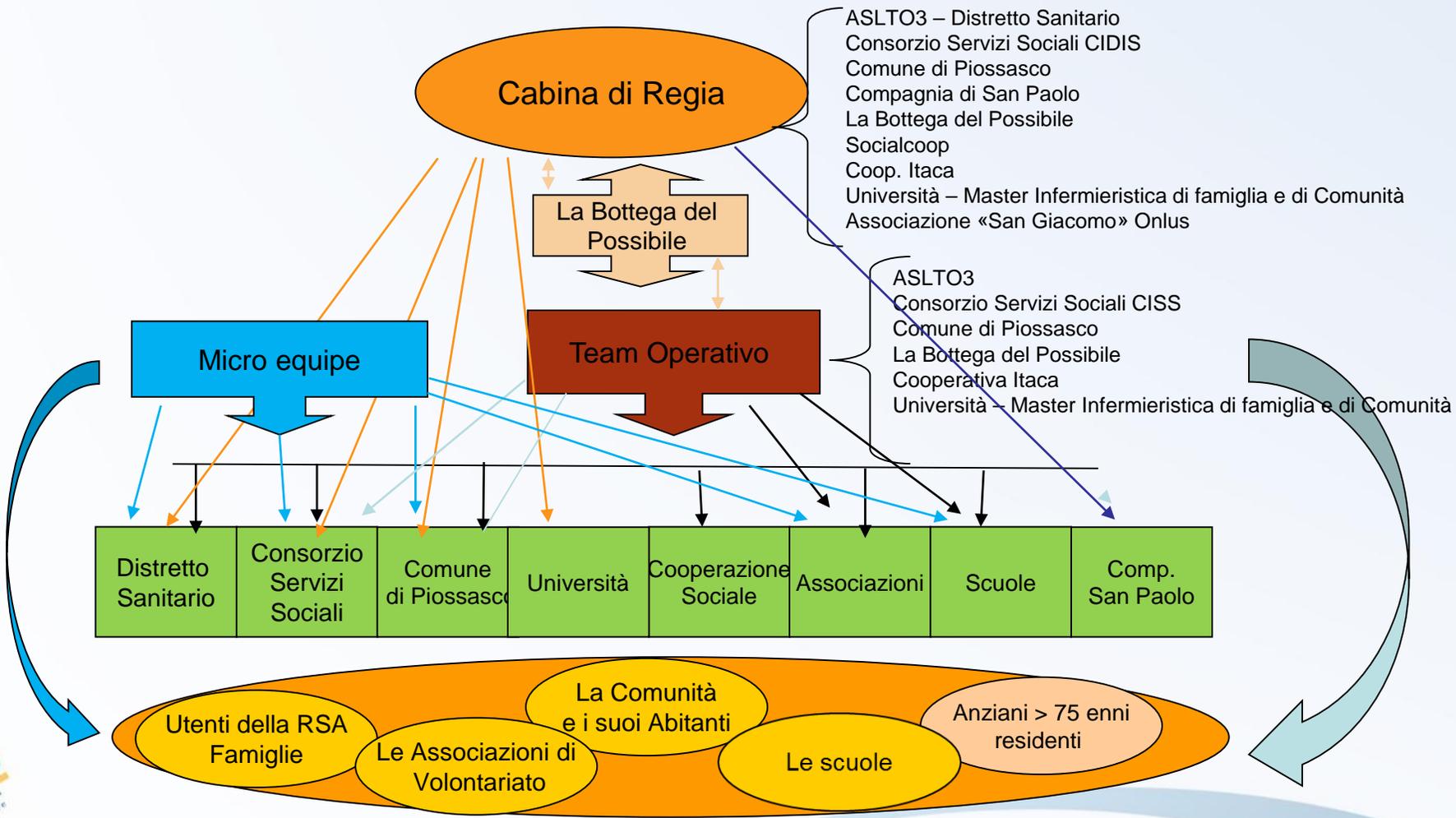
Consorzio dei servizi sociali di  
Orbassano

Master Infermiere di famiglia e  
Comunità

# Le responsabilità degli attori:

- **Comune di Piossasco:** partecipa alla Cabina di Regia e nel Team operativo, responsabile del rapporto con le scuole, con le associazioni di volontariato e con le cooperative sociali, collabora nelle azioni di sensibilizzazione e coinvolgimento della cittadinanza,
- **ASLTO3:** partecipa nella Cabina di regia e nel Team operativo, assicura la figura infermieristica per supportare l'attività di assistenza domiciliare e le attività affidate alla micro equipe territoriale
- **Consorzio dei servizi sociali CiDiS:** partecipa nella Cabina di regia e nel Team operativo, titolare delle azioni che prevedono una presa in carico di persone in situazioni di disagio, contribuisce al lavoro di rete e di sviluppo di comunità
- **Consorzio Socialcoop:** partecipa alla Cabina di regia, coordina le attività che vengono realizzate all'interno della struttura, lo sviluppo dei servizi e degli interventi domiciliari, nonché, la promozione dell'RSA aperta e come Centro Servizi
- **Cooperativa Itaca:** partecipa alla Cabina di regia, individua il personale Oss, assicura le erogazioni dei servizi domiciliari, assicura l'impiego della figura dell'educatore professionale e della psicologa a supporto delle attività previste dal progetto.
- **Università di Torino – Master Infermiere di famiglia e di Comunità:** partecipa alla Cabina di regia e al Team operativo al fine di valorizzare la figura professionale dell'Infermiere di Famiglia e di Comunità, contribuisce alla sperimentazione di nuovi percorsi di cura rivolti agli anziani fragili,
- **L'Associazione Casa di Riposo per Anziani “San Giacomo” Onlus:** collabora nelle attività finalizzate a promuovere la struttura come Centro Servizi e nelle azioni di sensibilizzazione e coinvolgimento della popolazione
- **La Bottega del Possibile:** svolge la funzione di capofila, di segreteria, cura il coordinamento della cabina di regia e del Team operativo, il piano di comunicazione, la formazione degli operatori della partnership, il monitoraggio e la valutazione.

# Il sistema di governance



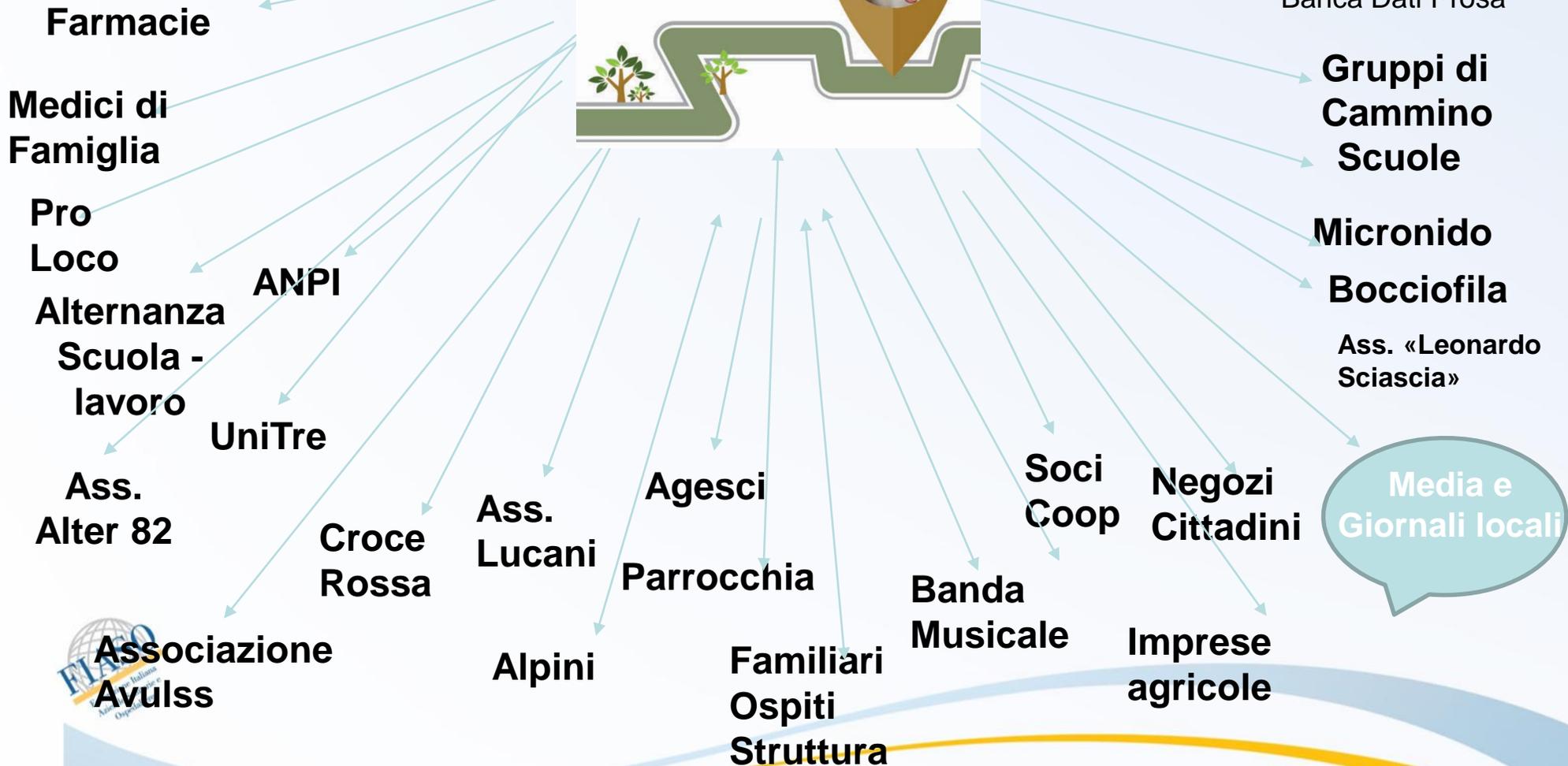
# LA RETE DEL PROGETTO SVILUPPATASI

Un progetto che si avvale dell'opera di 40 volontari



## SITI WEB:

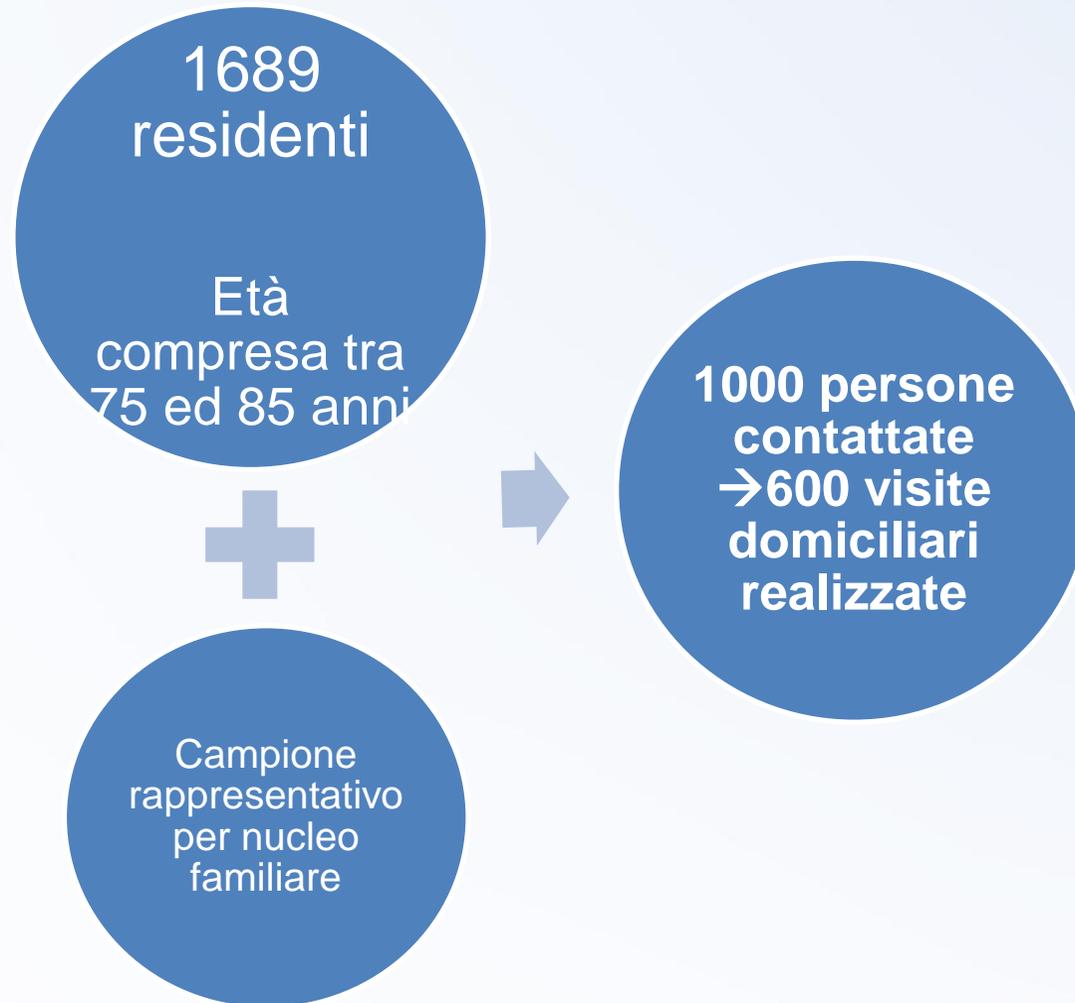
Comune di Piossasco  
La Bottega del Possibile,  
Banca Dati Prosa



# Obiettivi

1. Sperimentare un modello «Altro» di sostegno alla domiciliarità
2. Sperimentare nuovi percorsi, luoghi e modalità del prendersi cura della fragilità
3. Promuovere eventi di promozione alla salute
4. Promuovere la trasformazione dell' RSA in Centro Servizi, risorsa a supporto del sostegno alla domiciliarità, sportello informativo e di orientamento per il supporto ai caregiver, migliorare la qualità della vita delle persone accolte
5. Promuovere e consolidare lo sviluppo di comunità, il lavoro di rete, la cittadinanza attiva

# POPOLAZIONE TARGET: ANZIANI 75 – 85 ANNI



**FASI OPERATIVE DEL PROGETTO**

Azione di sensibilizzazione e coinvolgimento della comunità

Invio lettera - Sindaco  
Anziani 75 > 85

Contattato telefonico

Visita domiciliare

Riunione micro equipe

Progettazione dei percorsi individuali o di gruppo

Calendarizzazione della seconda visita

Riunione Micro equipe monitoraggio/valutazione

Attivazione dei percorsi individuali e di gruppo

Attivazione profili di accompagnamento

Riunione Micro equipe monitoraggio/valutazione



# LA VISITA DOMICILIARE PER:

- ANDARE VERSO
- ARRIVARE PRIMA
- CONTRASTARE L'ISOLAMENTO E LA SOLITUDINE
- PREVENIRE E PROMUOVERE SALUTE
- SOSTENERE LA DOMICILIARITÀ
- PRENDERSI CURA



# La visita domiciliare come intervento cardine del progetto, base della progettazione delle azioni successive

- Azione che ha lo scopo di “**mettersi in ascolto**”, superando la logica dell'intervento prestazionale che si attiva a fronte di uno specifico bisogno conclamato
- Si è partiti dal contatto con gli anziani per verificare le loro condizioni di vita e impostando quindi eventuali successivi interventi sulla base degli specifici bisogni e desideri emersi in quella sede
- “**Andare verso**” le persone e non solo attendere che siano loro a rivolgersi a un servizio, ha consentito di “raggiungere gli irraggiungibili”, di prevenire i rischi legati alla fragilità e offrire opportunità di azioni volte alla promozione della salute ad un numero molto più grande di popolazione.

# AZIONI INDIVIDUALI E DI GRUPPO MESSE IN CAMPO A SEGUITO DELLA VISITA DOMICILIARE

**Tipologia di azione che hanno finora coinvolto circa 400 persone con continuità**

**Azioni supportive a domicilio:** visita infermieristica, intervento OSS, pasti a domicilio, bagno assistito, fisioterapia, supporto psicologico

**Azioni in RSA:** animazione, laboratori, servizi di supporto (es. bagno, fisioterapia, medicazioni, serv. infermieristico, pasti...)

**Attività di promozione alla salute** attraverso incontri educativi su: su ipertensione, corretta alimentazione, prevenzione cadute, stimolazione cognitiva, movimento

**Azioni di comunità:** Gruppi di cammino, promozione volontariato, laboratori con le scuole, alternanza scuola-lavoro

**Attivazione Rete:** coinvolgimento associazioni, volontari al domicilio

# LABORATORI ATTIVATI







# GRUPPI DI CAMMINO



## La Formazione come momento di ricerca-azione

- Un percorso di Formazione rivolto a tutti gli operatori della struttura “San Giacomo”
- Incontri formativi dedicati alla visita domiciliare
- Percorsi di formazione rivolti a tutti gli operatori e attori della partnership centrati sul lavoro di comunità
- Un percorso rivolto ai volontari per divenire camminatori esperti
- Incontri di informazione/formazione alla cittadinanza sulla promozione alla salute
- I laboratori con le scuole ( nido, materne, elementari e medie)

# LA VALUTAZIONE E IL MONITORAGGIO

- **Il modello metodologico** adottato è quello **partecipativo** in cui la valutazione è organizzata come gruppo di progetto in cui il responsabile della valutazione, insieme ai soggetti che partecipano alla cabina di regia, lavorano collaborativamente per sviluppare il piano di lavoro, condurre la valutazione, disseminare ed utilizzare i risultati. L'approccio seguito è quello della cosiddetta **empowerment evaluation** (Fetterman e Wandersman (2007) che si propone di mettere le persone in condizione di aiutare se stesse e di essere in grado di sviluppare programmi usando una forma di auto-valutazione e riflessione.
- **Strumenti quantitativi: 3 questionari** per una valutazione ex-ante, in itinere ed ex-post (scale validate a livello internazionale: TFI, Sunfrail, Casp12, EQ-5D). 500 questionari somministrati con la prima visita, 250 questionari somministrati a tempo x
- **Strumenti qualitativi:** 11 Interviste a beneficiari e stakeholder; 2 Focus Group (Microequipe e camminatori esperti)

# STRUMENTI UTILIZZATI: Questionario 1

*Dati socio anagrafici; narrazione delle principali attività quotidiane (luoghi frequentati, hobby e interessi principali)*

*Problemi di salute, conoscenza e utilizzo dei servizi sociosanitari presenti sul territorio*

*Rilevazione delle fragilità attraverso l'utilizzo del Tilburg Fragility Index **TFI** integrato da alcuni item del questionario Sunfrail:*

**Scala EQ-5D** sull'autonomia e la salute percepita

LA PRIMA VISITA DOMICILIARE

Ha la durata di circa un'ora, il tempo necessario per compilare il questionario insieme al cittadino

L'operatore spiega le opportunità del progetto e ascolta i desideri e i bisogni della persona

# STRUMENTI UTILIZZATI: Questionario 2

*Aggiornamento sullo stato di salute e sulle condizioni psicosociali*

**Scala CASP**  
**12** sulla qualità della vita

*Condivisione dei percorsi individuali o i gruppo*

**LA SECONDA VISITA DOMICILIARE**

*Ha la durata di meno di un'ora, il tempo necessario per compilare il questionario insieme al cittadino*

*L'operatore condivide con la persona le proposte della microequipe rispetto ai percorsi individuali e di gruppo*

# STRUMENTI UTILIZZATI: Questionario 3

*Valutazione congiunta  
dell'impatto del  
progetto*

*Problemi di salute,  
conoscenza e utilizzo  
dei servizi sociosanitari  
presenti sul territorio*

*Rilevazione delle  
fragilità attraverso  
l'utilizzo del Tilburg  
Frailty Index TFI  
integrato da alcuni  
item del questionario  
Sunfrail*

*Scala EQ-5D  
e CASP 12*

*LA VISITA  
DOMICILIARE  
A TEMPO X*

*Ha la durata di circa  
un'ora, il tempo  
necessario per  
compilare il  
questionario insieme  
al cittadino*

*L'operatore valuta  
insieme alla persona  
i cambiamenti  
intervenuti e  
l'eventuale impatto  
del progetto*

# STRUMENTI UTILIZZATI

## Interviste

Medico di Medicina Generale

Farmacista

Direttore RSA San Giacomo

Direttore Distretto sanitario di  
Orbassano

Presidente Consorzio CiDiS

Sindaco di Piossasco

Assessore politiche sociali  
Comune di Piossasco

Coordinatore Master Inf. di Fam  
e di Comunità

Due Beneficiari

## Focus Group

MICRO  
EQUIPE

CAMMINATORI  
ESPERTI

# Obiettivi delle interviste e dei Focus Group

- *Approfondire qualitativamente il punto di vista degli intervistati rispetto al progetto in merito a:*
  - Impatto del progetto sulla popolazione anziana
  - Impatto rispetto al sostegno della domiciliarità
  - Impatto del progetto sulla comunità
  - Impatto del progetto sul proprio ruolo e lavoro nella comunità, in particolare rispetto a 1) rete sociale; 2) riposizionamento professionale 3) qualità lavorativa
  - Punti di forza e criticità del progetto
- *Confrontare il punto di vista degli intervistati con quello degli altri attori del progetto*
- *Contribuire a una meta riflessione sull'iniziativa e sul proprio ruolo e partecipazione, anche in rispetto agli sviluppi futuri del progetto.*

# Cosa è avvenuto nel corso dell'emergenza Covid

- Attivati 180 volontari
- Realizzato un percorso di formazione a loro rivolto per supportarli nella loro attività
- Contattati e supportati telefonicamente tutti gli anziani fragili e soli
- Coinvolto i commercianti per promuovere la spesa solidale «carrello sospeso»
- Consegna farmaci e spesa al domicilio
- Consegna pasti confezionati dall'RSA al domicilio
- Supporto psicologico
- In corso la raccolta dei vissuti

## PUNTI DI FORZA

Partnership ricca con soggetti pubblici e del privato sociale

Micro equipe multiprofessionale pubblico – privato

La disponibilità e generosità degli operatori

Le azioni di prevenzione e promozione alla salute

La Compagnia di San Paolo come partner e non solo come finanziatore

L’RSA come struttura aperta e Centro Servizi

La visita domiciliare come importante occasione di ascolto, di relazione e attivazione di risorse, «Andando verso»

## ASPETTI MIGLIORABILI

- Il sistema di governance
- Il piano di comunicazione
- Il coinvolgimento dei MMG
- La partecipazione del servizio sociale
- Le azioni per consolidare la sostenibilità
- Il lavoro di rete
- Le azioni interne agli Enti per integrare pienamente la sperimentazione nella propria programmazione
- Il tempo dedicato per giungere alla stipula di un accordo di programma tra gli attori della partnership
- Le azioni atte alla creazione di un fondo di comunità per responsabilizzare la stessa

# Aspetti necessari per la trasferibilità

- Maggiore investimento sulla prevenzione e promozione alla salute in ambiti sia macro che micro (distretto e singole municipalità) da parte degli Enti
- Dare preminenza al sostegno alla domiciliarità da parte dell'azienda sanitaria, sostenendo tutte le azioni utili a mantenere la persona nel suo contesto di vita
- Piano della cronicità non ancorato solo su interventi di contrasto a determinate patologie
- Attivazione della micro equipe multiprofessionale sul territorio
- Disporre di luoghi non connotati per promuovere il coinvolgimento delle persone e per la promozione alla salute
- La presenza di un sistema di servizi territoriali in cui le persone possano essere riconosciute e trovare uno spazio per esprimere le proprie competenze e risorse
- Investire per rendere possibile il passaggio da una collaborazione ad una alleanza tra pubblico e privato sociale, riposizionando ruoli e riconoscimenti

**Grazie per l'ascolto**



# AGENDA

1. Definizioni e concezioni di Community Building/Engagement, E. Barzan
2. Contemporaneità o retaggio partecipativo: a cosa serve? F. Longo
3. La matrice finalità/programmi di Community Building, S. Barsanti
4. Casi ed esempi, A. Bunea e A. Zazzera
5. Testimonianza: La Bottega del possibile, S. Rao
6. **Community Building per il COVID 19, F. Longo (15 minuti)**

# Community Building per il COVID 19

- Le principali politiche introdotte per far fronte all'emergenza sanitaria sono «**politiche di comunità**» e non «di risposta individuale» (ad es. misure di contenimento-*lockdown*- e di distanziamento sociale).
- Riscoperta della **potenza della «community action»**.
- Tuttavia, è emersa **l'assenza di una cultura di comunità nel nostro Paese**: la scelta è stata infatti quella di adottare **politiche uguali in tutto il territorio nazionale**, anche se gli scenari regionali erano oggettivamente molto diversi.
  - *Le regole per l'Italia possono nascere in base a cosa succede sui Navigli a Milano o sul lungomare di Napoli?*
- Il rischio è di **confondere l'equità con l'omogeneità**

# Community Building per il COVID 19

Quale può essere il ruolo delle iniziative di Community Building/Community Engagement in risposta all'emergenza sanitaria?

- La comunità può essere un potente **vettore di educazione ai protocolli di sicurezza e alla misure di contrasto al Covid 19** (ad es: comunità come vettore di indicazioni per la diffusione della conoscenza sulle misure di distanziamento sociale): questo permetterebbe anche di **personalizzare messaggi educativi in funzione dei cluster sociali**
- Lavorare con le comunità e le reti sociali può sostenere il **contact-tracing digitale**
- La comunità può agire per il **sostegno alle persone anziane isolate**
- L'emergenza sanitaria ha diffuso l'utilizzo degli **strumenti digitali di comunicazione e condivisione**: questi strumenti permettono di passare da prestazione sanitarie individuali a **prestazioni collettive**, soprattutto per quanto riguarda il *case management* o le attività di educazione sanitaria di pazienti cronici e in LTC