



COMMUNITY BUILDING: LOGICHE E STRUMENTI DI MANAGEMENT

Sara Berloto, Francesco Longo, Angelica Zazzera – CERGAS SDA Bocconi
Sara Barsanti, Manila Bonciani, Anita Bunea – Scuola Superiore Sant'Anna

4 Novembre 2021



Integrazione

- Dalla prevenzione alla presa in carico
- Sanitario & sociale
- Multi-professionalità
- Collaborazione con terzo settore

Community building

- Coinvolgimento
- Proattività
- Promozione delle connessioni sociali
- Co-produzione

PARTIRE DALLA COMUNITÀ

- Persone unite in base a rapporti, interessi, vincoli comuni
- Collegamento con un territorio specifico
- Non come retaggio nostalgico con accezione arcaica, caratterizzata da chiusura e compattezza monolitica
- Sistema di **reti sociali**, con diverse caratteristiche e connotazioni, con cui le istituzioni possono relazionarsi e collaborare per promuovere la salute individuale e collettiva

NECESSITÀ DI CAMBIARE APPROCCIO STRATEGICO E OPERATIVO

1. Approfondire **cosa si intende per reti sociali** e come si diversificano, riflettendo su **quale ruolo le reti rivestono per la creazione del capitale sociale** individuale e collettivo
2. Acquisire le competenze metodologiche per **analizzare le reti sociali e mapparle**, al fine di sistematizzare le informazioni che le riguardano, poter conoscerne le caratteristiche che le contraddistinguono e quindi **potersi relazionare con loro in maniera efficace** per quelle che sono le finalità della tutela e promozione del benessere di una comunità

RETI SOCIALI NELLA COMUNITÀ

- Le reti sociali sono gruppi di **persone interdipendenti** tra di loro
- Nelle reti sociali operano meccanismi di **mutuo riconoscimento e 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



Lo scambio di esperienze, la disponibilità ad aiutarsi e la fiducia verso l'altro proprio delle reti sociali ne rappresentano il **capitale sociale** da attivare per promuovere il benessere della comunità



Le reti sociali possono diventare oggetto di azione manageriale



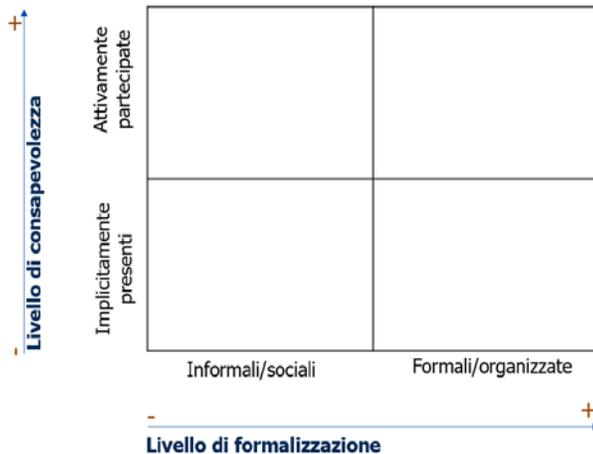
Agire sulle reti è «costo-efficace»



Come dialogare con le reti sociali?

PLURALITÀ DELLE RETI SOCIALI

*Presenza di **reti formali ed informali** negli specifici territori con caratteristiche diversificate*



-  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, fungaioli)
-  Lavoratori di una comune azienda o reti professionali
-  Iscritti a partiti, sindacati, gruppi di advocacy

ALCUNE CARATTERISTICHE DELLE RETI SOCIALI

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



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

- Necessaria per **identificare le reti sociali esistenti** in un territorio e comprendere quali sono le loro potenzialità sia in termini di capitale sociale che di azione all'interno ed all'esterno della rete stessa
 - **Analisi degli stakeholders**, per riconoscere la **capacità di influenza** delle reti sociali, condizionata dalle dimensioni, rappresentatività, risorse attuali e potenziali, conoscenze e competenze specifiche, collocazione strategica, dall'altra si guarda al **livello di interesse**, inteso come possibilità di incidere sull'ambito su cui si sta intervenendo, ma anche come coinvolgimento intrinseco in tale ambito
 - **Social network analysis**, per analizzare e descrivere le strutture relazionali delle reti sociali e capire quali dinamiche le caratterizzano
- Creazione di un **data base** dinamico e aperto delle reti sociali
 - Missione o finalità della rete;
 - Attività o servizi che svolge;
 - Dimensionamento e soggetti coinvolti;
 - Modalità di partecipazione alla rete;
 - Target di popolazione per cui la rete può essere rilevante;
 - Cosa la rete può dare e ricevere;
 - Contatti, link ad eventuale sito web

CONOSCERE LE RETI SOCIALI PER DIALOGARE CON LORO

Dalla conoscenza della caratterizzazione delle reti stesse e della cultura che sottostà alle relazioni che ci sono tra i componenti della rete, è possibile identificare ed utilizzare delle **metriche appropriate di dialogo** e capire i **meccanismi più efficaci per il loro coinvolgimento** negli interventi volti alla salute delle comunità



La comunità nei processi decisionali

RETI DECISIONALI



Le reti come strumento di azione

RETI STRUMENTO



Le reti come oggetto di azione

RETI OGGETTO (TARGET)





Cosa può offrire la rete?

→ *Messa a fuoco e valorizzazione dei **contributi** che le reti possono offrire rispetto alla tutela della salute per specifici target prioritari*

- Promozione delle connessioni sociali
- Educazione sanitaria
- Presentazione e diffusione conoscenza dei servizi
- Reclutare utenti
- Sostegno alla compliance
- Sostegno all'autocura
- Monitoraggio patient experience
- Raccolta voice
- Co-progettazione servizi
- Offerta di servizi complementari a quelli pubblici
- Supporto in contributo economico
- Canale di comunicazione/contatto con gli utenti o comunità



Cosa le istituzioni possono offrire alla rete?

- Accreditamento istituzionale/branding istituzionale
- Visibilità
- Spazi
- Contributi economici
- Integrazione con i servizi pubblici
- Invio di utenti o volontari
- Voice politica
- Networking (altri contatti)

→ *Comprensione delle ricompense che le reti richiedono alle istituzioni pubbliche o che le istituzioni possono offrire alle reti*

Importanza dell'equilibrio tra tipo di contributo e tipo di ricompensa

IL FRAMEWORK DI RIFERIMENTO PER IL SSN

1. Contemporaneità o retaggio partecipativo?

2. Quali modelli nella pratica?

3. Quali cambiamenti?

CONTEMPORANEITÀ O RETAGGIO PARTECIPATIVO?

1. Invecchiamento demografico e aumento della domanda

- Dal 2010 al 2017 +1.322.000 anziani over 65 (22% su tot popolazione)
- 39% della popolazione con patologie croniche di cui il 20% pluri patologici

2. Struttura dei nuclei familiari

- In Italia il 32% delle famiglie è unipersonale: 8,1 milioni di persone vivono sole (di cui 4,4 milioni over 60)

3. Fabbisogno di anziani 65+ non autosufficienti e persone con disabilità

- 2,8 milioni di anziani non autosufficienti
- 708.000 persone con disabilità

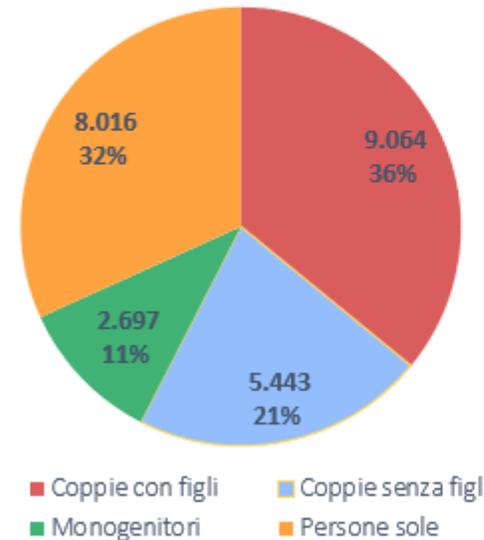
4. Le risposte dei servizi

- 909.186 utenti in carico ai servizi per anziani 65+ non autosufficienti (31,9% del bisogno coperto)
- 204.176 utenti in carico ai servizi per persone con disabilità (28,8% del bisogno coperto)

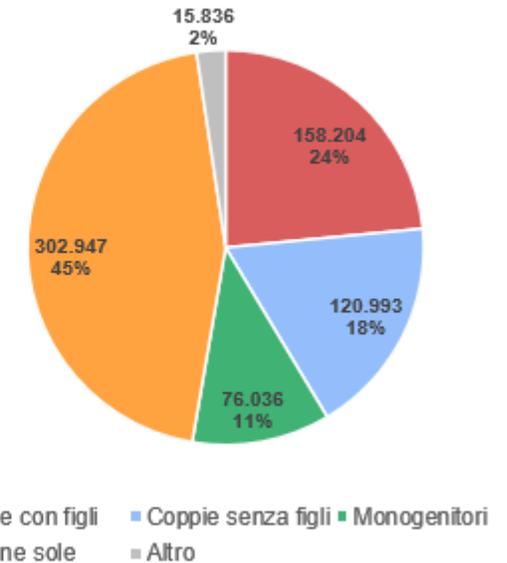
5. Lo sviluppo del territorio

- DM 296/2007 Case della Salute, 350 stimate a livello nazionale
- Luogo di innovazione per il territorio (sanità di iniziativa, presa in carico della cronicità, progetti di prevenzione, comunità multidisciplinari)

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



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



- Tradizionalmente le organizzazioni, tra cui anche quelle sanitarie, quali strutture gerarchiche a silos, sono meticolosamente progettate per scomporre i problemi in frammenti più semplici e risolvibili, risultando però meno efficaci nel gestire alti livelli di complessità. Per questo motivo, molte delle nostre istituzioni stanno più di recente cercando di adattarsi a un mondo sempre più complesso, fluido, dinamico e in continua evoluzione. (Freire & Sangiorgi, 2010).

CONTEMPORANEITÀ O RETAGGIO PARTECIPATIVO?

Tre principali logiche di produzione e organizzazione dei servizi sanitari e sociosanitari:

1. la **produzione di massa**, ovvero una sorta di modello fordista di erogazione dell'assistenza sanitaria, in cui i pazienti entrano nel sistema sanitario con una malattia e i medici, con le loro conoscenze specialistiche, li curano. I punti focali di questa logica organizzativa dei servizi sono quindi l'applicazione delle conoscenze specialistiche per il trattamento delle malattie e una attenzione rivolta all'efficienza del servizio.

2. la **personalizzazione di massa**, ovvero un modello personalizzato di erogazione dell'assistenza sanitaria, in cui la nozione di valore dei cittadini passa dai costi alla qualità. In questo scenario, le organizzazioni hanno iniziato ad adattare l'offerta di servizi alle diverse esigenze dei cittadini, mantenendo però l'approccio sequenziale alla creazione di valore. Gli obiettivi maggiormente stressati sono lo sviluppo di "percorsi clinici" efficaci e le singole esperienze dei pazienti.

3. la **collaborazione di massa**, ovvero la logica che vede la spinta verso un modello partecipativo di assistenza sanitaria e sociosanitaria. Le sfide dell'assistenza sanitaria sono cambiate diventando più complesse, con malattie più croniche che dipendono in modo significativo da dati demografici e stili di vita. Poiché i problemi complessi sono causati da molteplici fattori che interagiscono in modi complessi (Horne & Shirley, 2009), gli approcci lineari alla fornitura di servizi possono essere solo parzialmente efficaci (Freire & Sangiorgi, 2010). **In questo modello prevale la logica delle reti, sia di professionisti che di individui e comunità, per rispondere alle diverse complessità dei contesti.**



Community building rispecchia l'orientamento per il quale i soggetti facenti parte una comunità si impegnano a **operare congiuntamente nel processo di evoluzione** della comunità stessa (Blackwell and Colmenar, 2000; Walter, 2004).

Il concetto di community building si basa sul “**coinvolgimento della comunità** nelle decisioni che la riguardano, inclusa la pianificazione, lo sviluppo e la gestione dei servizi, nonché le attività che mirano a migliorare salute o ridurre le disuguaglianze di salute.” (National Institute for Health and Care Excellence (NICE, 2008) del Regno Unito).

La logica propria del community building si propone di sperimentare forme di **partecipazione attiva di attori di natura diversa** (enti pubblici, privati, singoli cittadini, etc), volte a innovare le politiche pubbliche e favorire processi collettivi, attraverso forme attive di partecipazione delle comunità locali (Ponzo, 2014).

Nel CB, a mischiarsi sono sia gli **attori**, sia i sistemi di **regole** e le **logiche di azione** (Razavi 2007; Fisher e Tronto 1990; Brennan et al., 2012).

CONTEMPORANEITÀ O RETAGGIO PARTECIPATIVO?

THE COMMUNITY PARADIGM

WHY PUBLIC SERVICES NEED RADICAL CHANGE AND HOW IT CAN BE ACHIEVED

Adam Lent and Jessica Studdert



Public Health England

Protecting and improving the nation's health



A guide to community-centred approaches for health and wellbeing

Full report

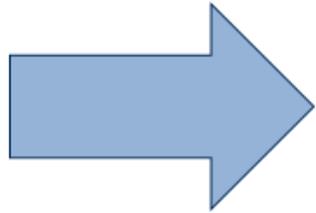
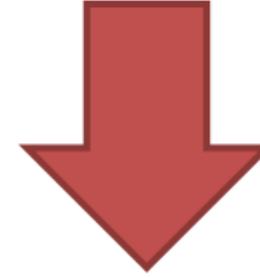


COMMUNITY ENGAGEMENT

A health promotion guide for universal health coverage in the hands of the people



QUALI MODELLI NELLA PRATICA?

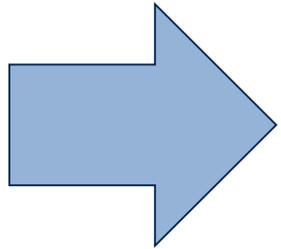


ATTIVITÀ	APPROCCIO		
	Istituzionale	Partecipativo	
		Professionale	Volontario

Gli obiettivi e le attività che si prefigge l'intervento (welfare di iniziativa o valorizzazione delle reti di comunità). Ciascuna tipologia di iniziativa è stata suddivisa in attività specifiche in base agli obiettivi da raggiungere e benefici rilevanti per il sistema sanitario e sociale. In termini di attività, si identificano due tipologie, gli interventi di welfare di iniziativa e gli interventi di valorizzazione delle reti sociali; che saranno descritte nei paragrafi successivi.

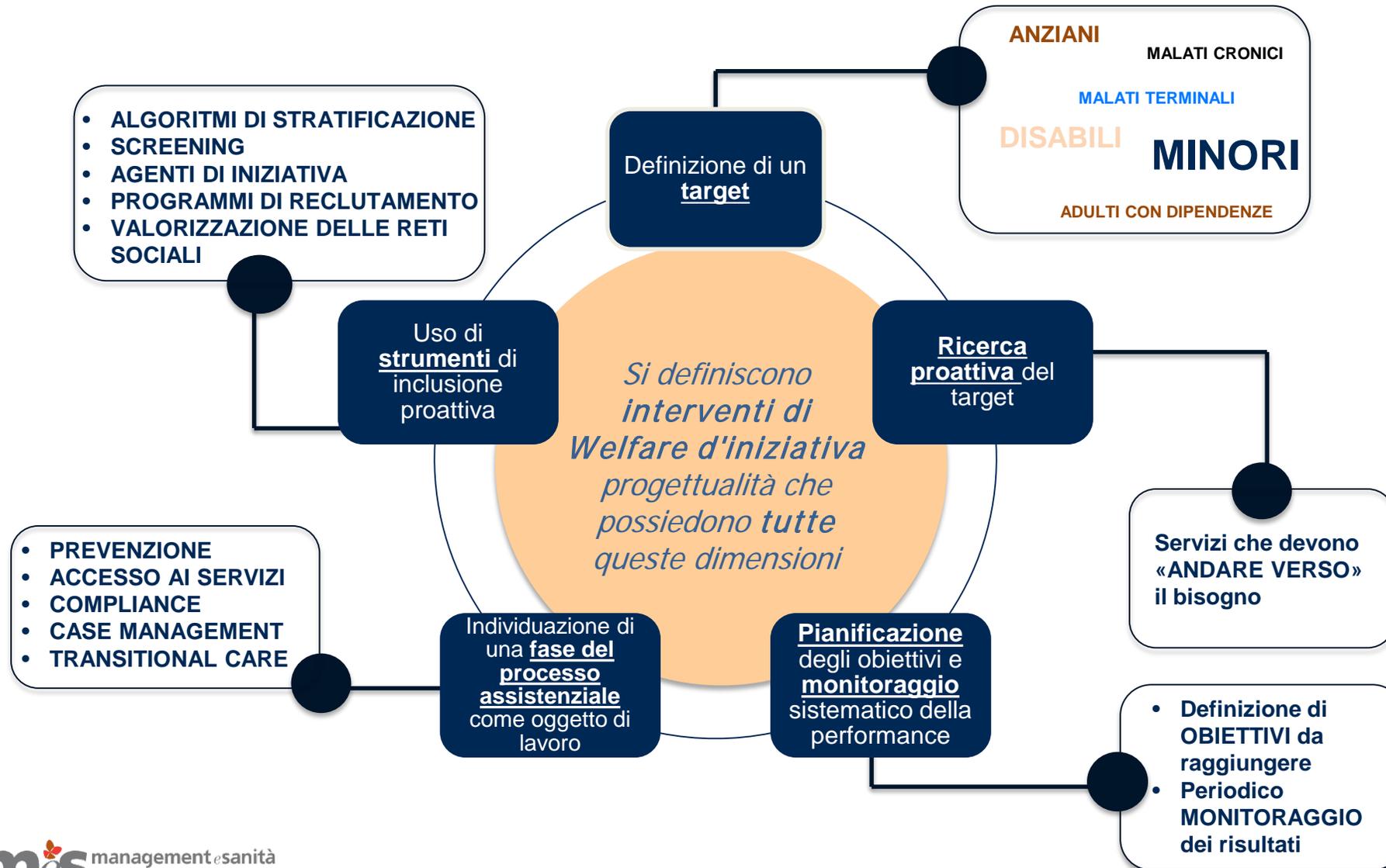
La tipologia di approccio, ovvero la natura dell'ente promotore l'intervento (istituzionale o partecipativo) considerando l'importanza degli attori coinvolti o da coinvolgere al fine di valorizzare il capitale sociale da una parte e stimolare il capitale sociale nonché la partecipazione della comunità dall'altra; tra i diversi, si identificano due tipologie di approcci, quello istituzionale e quello partecipativo descritti nel paragrafo seguente.

QUALI MODELLI NELLA PRATICA?

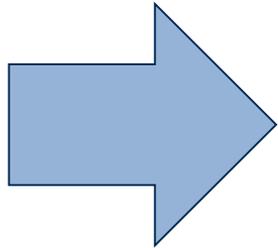


Strumenti di community building	Obiettivi	Attività
Welfare di iniziativa	Contrasto solitudine, fragilità, inclusione sociale	<i>Service design</i> che raggiunga i target più fragili
	Equità	Iniziative per coloro che non arrivano ai servizi
	Appropriatezza e efficacia di salute	Iniziative per raggiungere standard clinici uniformi
Reti di comunità	Tutelare i pazienti	Valutazione dei servizi (advocacy)
	Migliorare l'esperienza del servizio	Processi decisionali (co-progettazione)
	Aumentare la <i>compliance</i>	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

Interventi di Welfare di iniziativa: definizione



QUALI MODELLI NELLA PRATICA?

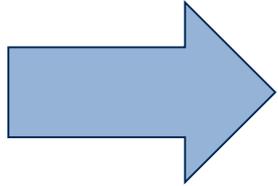
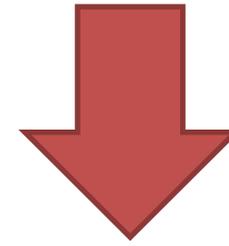


Strumenti di community building	Obiettivi	Attività
Welfare di iniziativa	Contrasto solitudine, fragilità, inclusione sociale	<i>Service design</i> che raggiunga i target più fragili
	Equità	Iniziative per coloro che non arrivano ai servizi
	Appropriatezza e efficacia di salute	Iniziative per raggiungere standard clinici uniformi
Reti di comunità	Tutelare i pazienti	Valutazione dei servizi (advocacy)
	Migliorare l'esperienza del servizio	Processi decisionali (co-progettazione)
	Aumentare la <i>compliance</i>	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

Valorizzazione delle Reti di comunità: definizione



QUALI MODELLI NELLA PRATICA?



		ATTIVITÀ	APPROCCIO			
			Istituzionale	Partecipativo		
				Professionale	Volontario	Tra pari
Welfare di iniziativa		<i>Service design</i> che raggiunga i target più fragili				
		Iniziative per coloro che non arrivano ai servizi				
		Iniziative per raggiungere standard clinici uniformi				
Reti di Comunità		Valutazione dei servizi (<i>advocacy</i>)				
		Processi decisionali (co-progettazione)				
		Iniziative a sostegno della co-produzione				
		Iniziative per diffondere la prevenzione				
		Iniziative per il sostegno psicologico della malattia				
		Sviluppo di Collaborative Lifestyles				



Le iniziative di Community Building possono agire attivando meccanismi di bonding, bridging e linking/mixing.



Quando la rete oggetto è formata da persone di uno stesso cluster e l'impatto dell'iniziativa di Community Building sulla rete oggetto è la connessione di persone dello stesso gruppo sociale e il rafforzamento dei loro legami, si parla di **bonding**.

Ad esempio, una rete oggetto che unisce anziani fragili crea bonding.



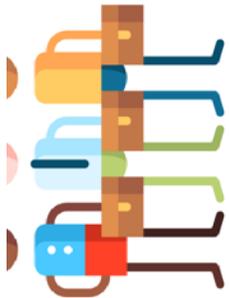
Quando la rete oggetto unisce persone di due cluster sociali diversi, si parla di **bridging**. Si tratta del livello di intensità intermedia di connessione, in cui si crea un ponte tra due gruppi diversi.

Ad esempio, una rete oggetto che unisce anziani fragili e giovani crea bridging.



Quando la rete oggetto unisce persone di più cluster sociali diversi, si parla di **linking/mixing**. Si tratta del caso più forte di connessioni sociali, in cui vengono collegati più nodi diversi tra di loro.

Ad esempio, una rete oggetto che unisce anziani fragili, giovani, persone disabili e caregiver crea linking/mixing.



BRIDGES

distant friends,

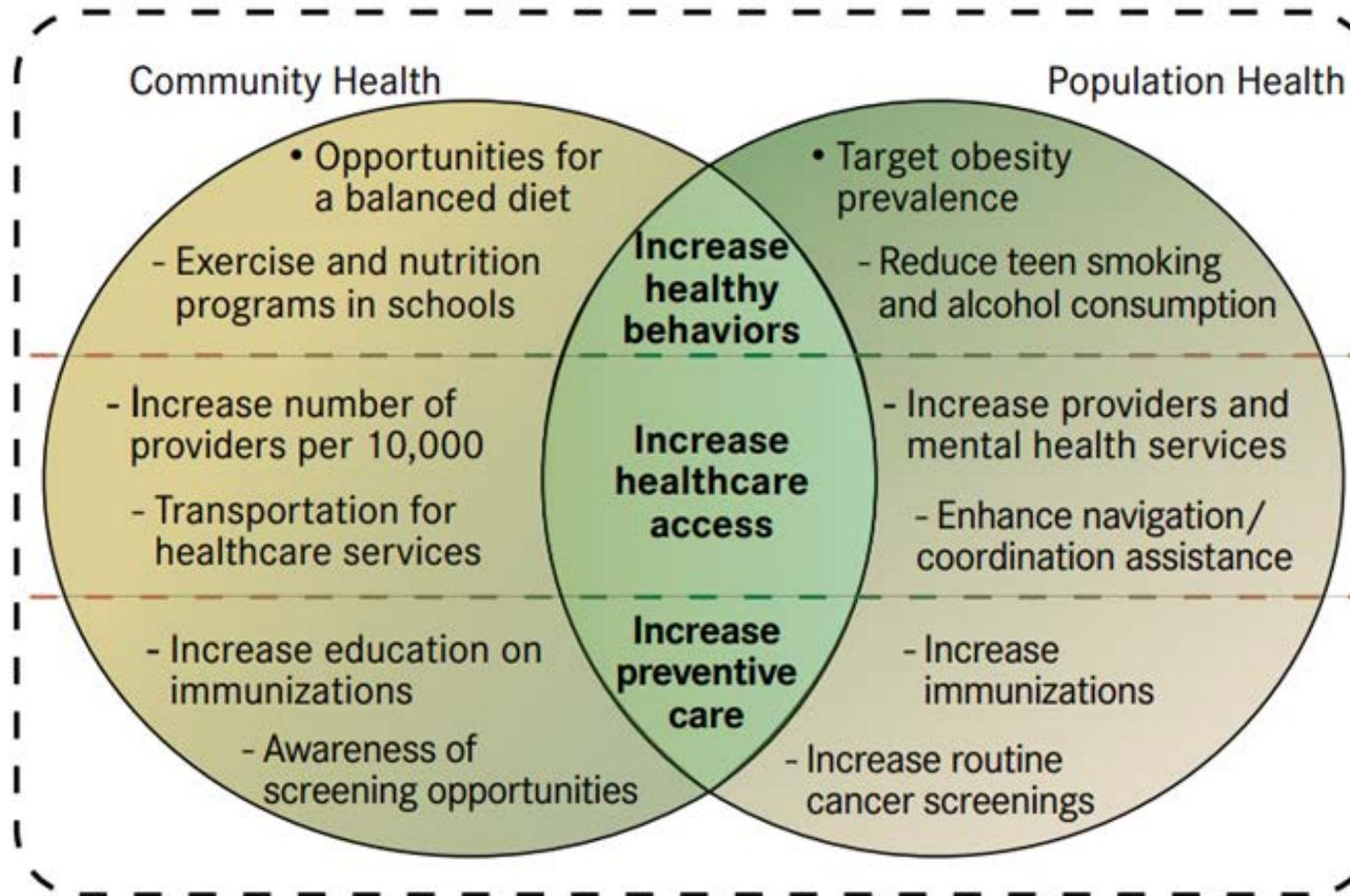


LINKAGES

people or groups

QUALE CAMBIAMENTO?

“una prospettiva sulla salute pubblica che presuppone che la comunità sia un determinante essenziale della salute e che considera le caratteristiche materiali e immateriali della comunità: le sue reti formali e informali e i sistemi di supporto, le sue norme e sfumature culturali e le sue istituzioni, politiche e sistemi di credenze.”



D «La salute di una popolazione misurata da indicatori sullo stato di salute; considerando anche l’influenza dei fattori sociali, economici e ambienti fisici; delle abitudini sanitarie personali; delle capacità individuali e capacità di coping; della biologia umana; e dei servizi sanitari.»



QUALE CAMBIAMENTO?

In Olanda sono 1,3 milioni le persone che hanno più di 75 anni (su un totale di 17 milioni), e più della metà di loro afferma di sentirsi sola, come dimostra un sondaggio del 2019 della Statistics Netherlands. «Il 26 per cento degli olandesi di età superiore ai 15 anni si sente “moderatamente solo”, e questa proporzione sale al 33 per cento tra gli over 75», si legge nella ricerca che chiarisce come la solitudine possa essere intesa come un senso di isolamento sociale o emotivo. E ancora: «Il 12 % di tutte le persone di età pari o superiore a 15 anni sperimenta un grave isolamento sociale, tanto che l' 8% ha riferito di sentirsi spesso emotivamente isolato». Le persone single e i genitori soli «hanno maggiori probabilità di segnalare l'isolamento sociale rispetto alle coppie e ai bambini che vivono in casa. La solitudine moderata è più diffusa tra gli anziani che tra le persone di età inferiore ai 75 anni», tanto che una persona su 3 di età pari o superiore a 75 anni dichiara di sentirsi un po' sola, mentre la quota è di circa 1 su 4 tra gli under 75.

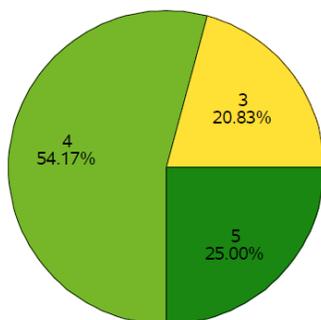
Fare la spesa lentamente, senza preoccuparsi di dover poggiare sul rullo, in tempi da record, i prodotti dentro il carrello. Fermarsi a chiacchierare con la cassiera o il cassiere, senza pensare alla fretta della persona in coda dietro di noi. Tornare a immaginare (anche) il supermercato non come «un non luogo», ma come uno spazio di socialità, soprattutto per gli anziani. È questa l'idea del programma lanciato dal governo olandese «Uno contro la solitudine» («One Against Loneliness»), con il quale l'esecutivo di Mark Rutte vuole combattere (anche) la piaga dell'isolamento delle persone della terza età. **In 200 supermercati del Paese — nel 2022 — verrà lanciata l'idea della «cassa leggera» — «Klets-kassa» — per chi vuole, anzi desidera, fare la spesa tranquillamente, stabilendo un contatto con il cassiere e le altre persone in coda.**

Questionario di assessment strategico: strategia e visione

Quanto nel vostro contesto Aziendale le logiche di CB sono **adatte a rispondere ai bisogni di salute** della popolazione/utenti di riferimento?
(1 per niente – 5 totalmente)

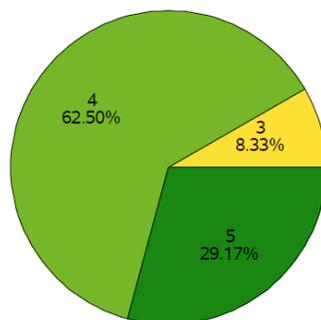
Quanto le logiche di CB sono **già implementate** nella vostra azienda?
(1 per niente – 5 totalmente)

Welfare/medicina di iniziativa



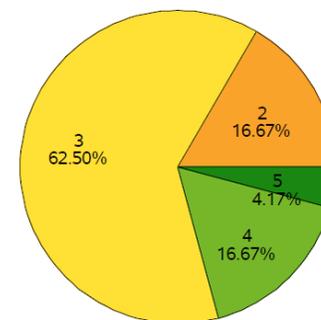
Punteggio	Numero	Percentuale
3	5	20.83
4	13	54.17
5	6	25.00

Reti di comunità



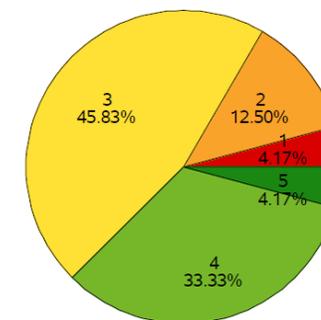
Punteggio	Numero	Percentuale
3	2	8.33
4	15	62.50
5	7	29.17

Welfare/medicina di iniziativa



Punteggio	Numero	Percentuale
2	4	16.67
3	15	62.50
4	4	16.67
5	1	4.17

Reti di comunità



Punteggio	Numero	Percentuale
1	1	4.17
2	3	12.50
3	11	45.83
4	8	33.33
5	1	4.17

- Le logiche di CB sono considerate **adatte** a rispondere ai bisogni di salute della popolazione di riferimento
- Propensione** e voglia di lavorare secondo le logiche di CB ma **sovrastima** del punto di partenza
- Bassa diffusione** di **strumenti** che valorizzano le logiche di CB e mancanza di strumenti informatici
- Costruire percorsi di CB è considerato **faticoso** da un punto di vista **amministrativo** e per la numerosità degli **attori** con cui collaborare
- Rete di attori** locali ritenuta con alte **potenzialità** per costruire percorsi di CB
- Il **management**, i **professionisti** medici e infermieri e i professionisti del sociale e sociosanitario si **ispirano** a logiche di welfare di iniziativa/reti di comunità

LA RILEVANZA DEGLI STRUMENTI MANAGERIALI PER L'ATTUAZIONE DI INIZIATIVE DI CB

1. Logiche, strumenti e processi per l'analisi dei bisogni e la definizione delle priorità
2. Governance del sistema di reti
3. Il Piano strategico di CB
4. Change management per l'introduzione di logiche di CB
5. Logiche di programmazione e controllo per le iniziative di CB

1. LOGICHE, STRUMENTI E PROCESSI PER L'ANALISI DEI BISOGNI E LA DEFINIZIONE DELLE PRIORITÀ

1. A quale target di bisogno ci riferiamo?
2. In quale ambito territoriale?
3. Con quale rete di alleanze tra reti sociali e istituzioni pubbliche?

Metriche per identificare i cluster di bisogni prioritari

CLUSTER CLINICI	CLUSTER SOCIALI
Malattie croniche mono-morbide	Solitudine e isolamento sociale
Malattie croniche plurimorbide	Immigrazione e iniquità correlata
Fragilità - Long Term Care	Povertà
Malattie mentali	Working poors
Dipendenze	Povertà educativa/NEET
Disabilità	Disoccupazione cronica

I target prioritari dovrebbero essere le aree di bisogno percepite nei valori collettivi come **rilevanti**, con una importante **incidenza quantitativa** e con **modesti tassi di copertura** del bisogno.

Quando adottare **logiche di CB**?

- Insufficienza di risorse pubbliche di welfare disponibili per il target identificato
- Inefficacia parziale o totale dei servizi pubblici tradizionali sul target
- Presenza di rilevanti interdipendenze tra reti sociali e welfare pubblico

1. LOGICHE, STRUMENTI E PROCESSI PER L'ANALISI DEI BISOGNI E LA DEFINIZIONE DELLE PRIORITÀ

1. A quale target di bisogno ci riferiamo?
2. **In quale ambito territoriale?**
3. **Con quale rete di alleanze tra reti sociali e istituzioni pubbliche?**

	CAPITALE SOCIALE	
	Basso capitale sociale	Alto capitale sociale
FORZA ISTITUZIONALE		
SCARSE ENERGIE ISTITUZIONALI	Un solo territorio Il territorio socialmente più ricco Un solo progetto di CB	Molti territori Benchlearning tra territori Pochi progetti di CB
SIGNIFICATIVE ENERGIE ISTITUZIONALI	Due territori sperimentatori Il territorio socialmente più ricco e quello più povero Pochi progetti di CB	Tutti i territori Benchlearning tra i territori Molti progetti di CB

Dopo aver mappato le reti sociali esistenti, il processo logico da compiere è interrogarsi quali reti abbiano più **possibilità di influenzare** positivamente il target di CB e quali abbiano più **risorse** al proposito.

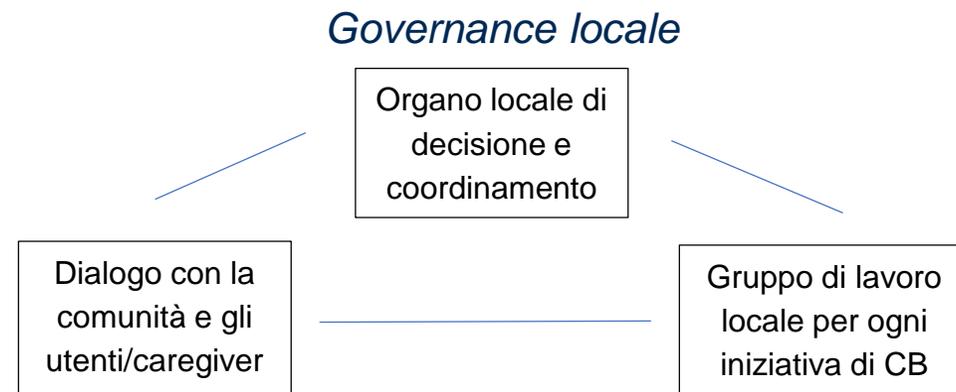
2. GOVERNANCE DELLE RETI DI CB

Il perimetro degli attori, organismi e funzioni

La governance deve essere articolata su due livelli:

- livello locale (promozione della partecipazione attiva delle reti)
- livello centrale (coordinamento e supporto)

La componente pubblica della governance integra Asl ed Enti Locali.



La sequenza decisionale di CB

TIPOLOGIA DI SEQUENZA	LEADERSHIP	PROs/CONs
Gerarchica	Vertici politico-istituzionali pubblici	PROs: Commitment da parte dei vertici istituzionali CONs: coinvolgimento successivo della comunità
Partecipativa	Concertazione con i rappresentanti della comunità	PROs: forte commitment dei rappresentanti della comunità CONs: vertice istituzionale potrebbe risultare poco coinvolto
Tecnocratica	Dirigenti pubblici	PROs: allineamento tra i dirigenti e realismo attuativo CONs: doppio livello di concertazione, con vertice istituzionale e comunità

3. IL PIANO STRATEGICO DI CB

Documento programmatico di medio periodo che mostra la **vision e mission** dell'Azienda/Ente Locale sul tema del Community Building. Rappresenta una sintesi strategica delle **iniziative di CB** che si vogliono attivare nei singoli territori. Si ispira alle good practice presenti nel paese o industrializza esperienze pilota dell'Azienda stessa.

Metodologia

- **Struttura** del Piano Strategico
- **Sequenza di processo** di redazione e monitoraggio avanzamento
- **Tempistiche** a seconda del processo di redazione scelto
- **Knowledge sharing** (delle good practice da replicare)

1. TARGET

2. TERRITORI

3. MOTIVAZIONI

4. RETI STRUMENTO

5. RETI OGGETTO

6. RISORSE

7. GOVERNANCE

8. OBIETTIVI

9. TEMPISTICHE

4. CHANGE MANAGEMENT PER L'INTRODUZIONE DI LOGICHE DI CB

L'adozione di logiche di CB rappresenta per molti versi una rottura delle culture organizzative del welfare pubblico tradizionale, che richiede un accompagnamento per la trasformazione cognitiva, esperienziale e di competenze tecnico-professionali specifiche.

	WELFARE PUBBLICO TRADIZIONALE	WELFARE INTEGRATO CON LOGICHE DI CB
RECLUTAMENTO UTENTI	Welfare di attesa	Welfare di iniziativa
RISORSE	Esclusivamente pubbliche	Combinazione tra risorse pubbliche e di comunità
PROGRAMMABILITA' ATTIVITA'	Fino ad esaurimento budget	Aperta: in funzione delle risorse che si attivano durante il processo di CB
PERIMETRO ISTITUZIONALE PUBBLICO	Mono istituzionale	Integrazione sanitario-sociale come precondizione al CB
GOVERNANCE	Pubblica	PA in dialogo con la comunità
PREROGATIVE DI GOVERNO	Gerarchiche	Concertative
FUNZIONAMENTO	Meccanicistico	Dinamiche sociali
LIVELLI DI GOVERNO	2: Azienda e distretto	3: Azienda sanitaria, distretto/ambito sociale, Casa della Comunità

Obiettivi principali del processo di change management:

- a) **Allineamento cognitivo** sulle premesse che portano a investire sul CB e sui dati di bisogno e copertura per selezionare i target prioritari
- b) Studio desk e l'osservazione empirica di **concrete esperienze di CB** interne ed esterne
- c) **Selezione delle esperienze** di CB che si vogliono replicare
- d) Apprendimento di nuove competenze e tecniche utili per il **network management**, per costruire sistemi di contributi e ricompense equilibrati, per mappare i bisogni e svolgere analisi sui relativi dati

5. LOGICHE DI PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO PER LE INIZIATIVE DI CB

Il CB richiede un sistema di programmazione e controllo impostato per progetti e non per centri di responsabilità, dove ogni iniziativa di CB rappresenta un progetto. Oggetti di misurazione:

- Variabili rilevanti per l'impatto sulle performance del **sistema di welfare**
- Variabili rilevanti per l'aumento del **capitale sociale** locale
- Misure del tasso di **integrazione** raggiunto

DRIVER DI EFFICACIA DEI SERVIZI DI WELFARE	CRESCITA RETI E CAPITALE SOCIALE	POOLING DELLE PERSONE E DELLE RISORSE
Indici di equità e tasso copertura bisogni	N. membri reti sociali/POP.	% di risorse sociali e socio-sanitarie integrate
Misure di literacy e stili di vita (BES)	N. persone attive nel volontariato/POP.	Quantità di risorse del welfare integrate con quelle di comunità
% pazienti aderenti ai percorsi di cura/assistenza	N. di persone attive nella partecipazione diretta/POP.	% utenti che usufruiscono di servizi con pooling domanda

IL CATALOGO DELLE ESPERIENZE DI CB

- Il Catalogo raccoglie **80 iniziative** di Community Building nazionali ed internazionali
- È uno strumento che consente di **ricercare** attraverso **alcuni parametri** di ricerca le iniziative in esso contenute
- È disponibile **online** e **liberamente consultabile** da chiunque voglia sviluppare un nuovo progetto di Community Building o da chi voglia confrontare la propria esperienza già attivata con quelle presenti nel catalogo
- È possibile **aggiornare periodicamente** il Catalogo con nuove iniziative

CERGAS CENTRE FOR RESEARCH ON HEALTH AND SOCIAL CARE MANAGEMENT

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

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

PEOPLE

Francesco Longo

Associate Professor at the Department of Social and Political Sciences and Director of the Healthcare sector Observatory at Bocconi University. He holds the MSc degree in Public Economics with a focus in public policy and management from Bocconi University. His research interests revolve around pub ...

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

IL LIBRO “COMMUNITY BUILDING: LOGICHE E STRUMENTI DI MANAGEMENT”

A cura di
Francesco Longo
Sara Barsanti

Community building: logiche e strumenti di management

Comunità, reti sociali e salute



Indice:

1. Definizione e finalità del community building
2. Contemporaneità o retaggio partecipativo: a cosa serve il community building?
3. Mappatura, clusterizzazione e selezione delle reti sociali: quale ruolo possono giocare per il community building?
4. Come si concretizzano nella realtà sanitaria, sociosanitaria e sociale le logiche di community building?
5. Gli strumenti di supporto manageriale per la gestione del community building
6. Buone pratiche di community building e classificazione delle esperienze

https://www.cergas.unibocconi.eu/sites/default/files/media/attach/Community%20building_OA.pdf