

## ***Gli antecedenti della coproduzione nei servizi di assistenza domiciliare integrata: la “voce” dei professionisti sanitari***

Co-production antecedents in home-care services: the regular providers' “voice”

**Stefano Marasca**

Università Politecnica delle Marche – Dipartimento di Management

**Claudio Travaglini**

Università di Bologna – Dipartimento di Scienze Aziendali,

**Alessia D’Andrea\***

Università Politecnica delle Marche – Dipartimento di Management

DOI: 10.30448/AP.2025.2.01

Sommario: 1. Introduzione – 2. Coproduzione in assistenza domiciliare – 3. Gli antecedenti relativi ai professionisti sanitari: un quadro di insieme – 4. Metodologia – 5. Risultati – 6. Discussione – 7. Conclusioni

---

*L’articolo indaga i fattori che influenzano la coproduzione, insita nei processi di erogazione dei servizi di assistenza domiciliare. Si indagano gli antecedenti, intesi quali fattori che direttamente guidano o ostacolano il fenomeno della coproduzione nonché le interazioni tra i diversi attori coinvolti e la condivisione degli outcome raggiunti. Sono state condotte interviste semi-strutturate, a livello individuale, ai professionisti sanitari in due differenti contesti regionali. L’ambiente familiare assume un ruolo critico nell’accrescimento della propensione a coprodurre. Educare il caregiver e instaurare una relazione di fiducia – attraverso un’adeguata comunicazione – consentono il raggiungimento di desiderati livelli di outcome per i diversi attori della coproduzione.*

---

*The article investigates the factors influencing the co-production, inherent in home-care service delivery processes. The antecedents are investigated, understood as factors that directly guide or hinder the co-production as well as the interactions between the different actors involved and the sharing of the achieved outcomes. Semi-structured, individual level interviews were carried out with healthcare professionals in two different regional contexts. The family environment plays a critical role in increasing the willingness to co-produce. By educating the caregiver and establishing a relationship of trust through adequate communication it enables the achievement of desired outcome levels for the different actors of co-production.*

---

*L’article étudie les facteurs qui influencent la coproduction, inhérents aux processus de prestation de services de soins à domicile. Les antécédents sont étudiés, compris comme des facteurs qui guident ou entravent directement la coproduction, ainsi que les interactions entre les différents acteurs impliqués et le partage des résultats obtenus. Des entretiens semi-directifs ont été réalisés auprès de professionnels de santé dans deux contextes régionaux différents. L’environnement familial joue un rôle important dans l’augmentation de la propension à coproduire. La communication adéquate et l’éducation du soignant et l’établissement d’une relation de confiance permettent d’atteindre les niveaux de résultats souhaités pour les différents acteurs de la co-productivité.*

---

\*Autore corrispondente; e-mail: a.dandrea@univpm.it

Articolo ricevuto il 2/06/2024 – accettato il 6/11/2024

Parole chiave: coproduzione, assistenza domiciliare, interviste semi-strutturate

Keywords: co-production, home-care, semi-structured interviews

Mots-clés: coproduction, services de soins à domicile, entretiens semi-directifs

## 1. Introduzione

Negli ultimi decenni, gli studiosi hanno delineato diversi profili definatori del concetto di coproduzione, anche in virtù dei mutamenti che ha subito il rapporto tra cittadini e professionisti negli anni. Ad un approccio prevalentemente basato sulla «*public service-dominant logic*» (Osborne et al. 2013) si sono affiancate interpretazioni che hanno enfatizzato la capacità della relazione interattiva e dinamica, tra cittadino e professionista, di determinare la qualità processo di erogazione del servizio pubblico. Questa relazione è al centro del concetto di coproduzione: i risultati del processo sono prevalentemente plasmati da aspettative degli utenti, loro ruolo (attivo o passivo) nell'erogazione del servizio e loro successive esperienze (Osborne et al., 2018; Brandsen, Honingh 2018); il professionista agisce come facilitatore del processo (Osborne 2018).

La coproduzione assume caratteri distintivi in assistenza domiciliare, dove in qualsiasi fase del servizio di natura pubblica (progettazione, realizzazione e valutazione) i cittadini (in qualità di pazienti, familiari e/caregiver) interagiscono costantemente con i professionisti sanitari nell'erogazione delle prestazioni. Già più di un decennio fa, Lindahl et al. affermava che «*home-care is jointly shaped by health professionals, patients and family members*» (2011: 459). La coproduzione in questo ambito è una componente essenziale e costitutiva della fornitura del servizio.

Diversi studiosi si sono interessati alla ricerca di alcune variabili che influenzano il funzionamento dei processi di coproduzione dei servizi sanitari erogati a domicilio (Gheduzzi et al. 2021; Röhnsch, Hämel 2021; Silverglow et al. 2022; Sirimsi et al. 2023). La letteratura non ha ancora affrontato un'analisi sistematica dei fattori che direttamente influenzano l'attivazione, la gestione e la valutazione della coproduzione in assistenza domiciliare. Un framework di riferimento è offerto dallo studio di Cepiku et al. (2021) che definisce i *pillar* della coproduzione in contesto generale, antecedenti (relativi a cittadini, professionisti e natura del servizio), management e *outcome*.

L'articolo intende contribuire al dibattito attuale sui fattori che condizionano, sul piano fattuale, la coproduzione nei/dei servizi di assistenza domiciliare. Rispetto al framework citato, l'attenzione è posta sui professionisti sanitari che operano a contatto con i pazienti.

Lo studio propone una ricerca empirica in differenti contesti regionali, svolta adottando un approccio di ricerca qualitativo. Sono svolte interviste semi-strutturate, a livello individuale, ai professionisti sanitari cioè gli infermieri che prestano servizio in assistenza domiciliare.

Dopo una breve revisione della letteratura sui principali aspetti del processo di coproduzione che caratterizza l'erogazione dei servizi in assistenza domiciliare, si presenta la metodologia di ricerca che ha guidato l'indagine dei fattori richiamati. Lo studio si conclude con l'esposizione dei risultati della ricerca e alcune riflessioni critiche che emergono

dal confronto delle principali conoscenze della letteratura, ad oggi, con le evidenze della ricerca sul campo.

## 2. Coproduzione in assistenza domiciliare

*Gli attori della coproduzione: pazienti (e familiari/caregiver) e professionisti sanitari*

Come definito da McMullin e Needham, la coproduzione si riferisce al contributo diretto dei pazienti, degli utenti del servizio e/o dei familiari al servizio sanitario «*from which they (or their family members) benefit*» (2018: 151). In assistenza domiciliare, il coproduttore è il destinatario diretto (paziente) oppure una persona che agisce a beneficio dello stesso (Wilson 1994).

Il contributo attivo del paziente (e familiari e/o *caregiver*) come coproduttore è inevitabile e cruciale nell'erogazione del servizio. I destinatari del servizio di assistenza domiciliare sono principalmente «*older people*» e/o fragili con patologie croniche (OECD 2023; Longo, Tozzi 2023: 196). Sovente essi sono supportati da *caregiver*, ai quali è richiesto di erogare assistenza e, conseguentemente, di possedere conoscenze combinate su effetti collaterali di regimi terapeutici complessi e abilità cognitive e percettive (Ekstedt et al. 2022). Inoltre, lo sviluppo e il mantenimento delle competenze di auto-cura rappresentano non solo un mezzo di erogazione del servizio ma anche il fine della relazione terapeutica (Travaglini 2024).

Comunemente i trattamenti a favore di questa tipologia di pazienti hanno lunga durata: la letteratura riconosce che – in casi analoghi, di trattamenti di lunga durata – gli assistiti e le loro famiglie possono diventare esperti (Alakeson 2013) e il loro contributo nel generare «*social outcomes and impact*» (Slay, Stephens 2013: 25) può acquisire più rilevanza rispetto al supporto dei professionisti.

In assistenza domiciliare, il professionista è l'operatore sanitario (cioè l'infermiere) che coproduce un trattamento con pazienti, familiari e/o *caregiver*. Gli stessi operatori sanitari sono chiamati a adattarsi a situazioni di incertezza con carenza di supporto e supervisione da parte di medici di medicina generale, specialisti e team multidisciplinari (Ekstedt et al. 2022). Il loro ruolo è prevalentemente di coordinatore e facilitatore dei processi di coproduzione, come riconosciuto da alcuni studiosi anche in altri ambiti di erogazione dei servizi di natura pubblica (Deschodt et al. 2020; Moynihan, Thomas 2013; Verschuere et al. 2012).

*Il funzionamento e i risultati della coproduzione in assistenza domiciliare: lo schema di riferimento*

Un recente studio ha proposto una serie di variabili che influenzano la coproduzione, le dinamiche di collaborazione tra i diversi attori nonché i risultati finali per i coproduttori o per la comunità (Cepiku et al. 2021).

Il framework promuove un'analisi olistica dei fattori che spingono i di-

versi attori alla coproduzione. La prima valutazione è relativa alla fattibilità della coproduzione considerando le variabili relative al contesto generale e agli antecedenti. Segue la necessità di identificare le leve manageriali da impiegare durante l'attuazione della coproduzione sia per gestire gli elementi di contesto e gli antecedenti sia per definire adeguati assetti istituzionali, efficaci strumenti di pianificazione e strategie di comunicazione, meccanismi operativi e di *accountability*. Infine, lo schema propone *outcome* per ciascuno degli attori della coproduzione e richiama la necessità di definire un sistema di misurazione e valutazione della performance multidimensionale.

La comprensione del funzionamento della coproduzione in assistenza domiciliare richiede l'analisi del contesto e degli antecedenti. L'ambiente dove la coproduzione è attuata è il domicilio del paziente: recenti politiche nazionali e sovranazionali promuovono da anni iniziative tese a garantire l'«*ageing in place*» o «*aging at home*» (WHO, 2018), definito come «*to remain at home in their familiar surroundings and maintain the relationships that are important to them*» (WHO 2020: 37). Il quadro regolatorio dei diversi Paesi delinea i fattori esogeni influenzanti il contesto di erogazione dei servizi a domicilio. Gli antecedenti sono relativi ai cittadini – in qualità di pazienti e familiari e/o *caregiver* («*lay actor*»), ai professionisti sanitari («*regular provider*») – rappresentati dagli infermieri che prestano servizio in assistenza domiciliare – e alla prestazione sanitaria erogata («*co-produced service*») durante ciascun accesso a domicilio nel percorso della presa in carico del paziente (Travaglini 2024).

Va precisato che un recente studio (Fusco et al. 2023), focalizzato sulla coproduzione in sanità, distingue gli antecedenti relativi a utenti sanitari, fornitori del servizio sanitario, servizi e professionisti sanitari. In particolare, gli autori riconoscono nei fornitori del servizio sanitario le organizzazioni come ospedali, case di cura, ambulatori, ecc. e nei professionisti sanitari gli operatori sanitari che forniscono cure e trattamenti come medici, infermieri, fisioterapisti, ecc.

Alcuni studi si sono interessati di indagare l'impatto dell'agire dei *caregiver* sulla gestione della coproduzione nelle cure erogate a domicilio (Gheduzzi et al. 2021; Röhsch, Hämel 2021). Altri studiosi hanno approfondito gli aspetti relativi ai fattori psicologici che incidono sulla collaborazione tra pazienti e professionisti, catturando le opinioni di questi ultimi (Sirimsi et al. 2023). Un recente contributo ha affermato la dipendenza dell'erogazione di una «*safe care*» a domicilio da alcune variabili: interazione tra operatore sanitario e paziente, responsabilità del *caregiver*, disponibilità di tempo per la gestione delle relazioni e risorse a disposizione (Silverglow et al. 2022).

È assente uno studio che miri a indagare i fattori che direttamente influenzano la coproduzione in assistenza domiciliare. Assente risulta anche uno studio che ponga in evidenza le interrelazioni, in una logica sistemica, tra i diversi *pillar* della coproduzione in assistenza domiciliare.

Il presente studio vuole contribuire a colmare alcuni *gap* della letteratura focalizzando la ricerca sull'atteggiamento assunto dai professionisti sanitari.

La chiamata degli studiosi a indagare i fattori attivati dai professionisti sanitari è stata oggetto di diversi contributi. Steen e Tuurnas (2018) affermano che studi empirici sui ruoli e gli atteggiamenti dei professionisti pubblici nei confronti della coproduzione e della co-creazione sono ancora rari. Marsilio et al. (2021) propongono ricerche che indaghino l'impatto di variabili (individuali e organizzative) sul livello di benessere dei professionisti sanitari. Cepiku et al. (2021) affermano che poca attenzione è prestata alla comprensione degli antecedenti relativi a professionisti e delle implicazioni generate dalla natura del servizio nonché all'analisi di come questi elementi possano influenzare l'attivazione della coproduzione, la sua gestione e i conseguenti risultati. Infine, il recente contributo di Fusco et al. (2023) espressamente sottolinea come "Few studies have analyzed the perspective of healthcare professionals" (2023: 10).

### **3. Gli antecedenti relativi ai professionisti sanitari: un quadro di insieme**

Secondo il framework citato, gli antecedenti relativi ai professionisti sanitari sono l'orientamento al cittadino da parte dei *policy makers*, l'accettazione del «*lay actor*» come partner delle attività della coproduzione, la cultura organizzativa (che include la condivisione di presupposti, credenze, valori, significati e artefatti nonché l'attitudine all'innovazione). Va sottolineata l'importanza di cogliere i cambiamenti in atto in sanità: il paziente non è più visto come consumatore di servizi; da tempo si assiste alla rilevanza degli approcci incentrati sulla cura del paziente e sulla salute personalizzata (Hyde e Davies 2004; Needham 2009).

Accettare il ruolo attivo dell'utilizzatore del servizio richiede però ai professionisti di mettere in discussione il *modus operandi* tradizionale e adottare un approccio orientato alla condivisione di decisioni e responsabilità (Cepiku et al. 2021: 64). Per questo servono opportuni strumenti di comunicazione, atti a «comunicare adeguatamente le opportunità dischiuse dalla co-produzione, creando incentivi al suo fattivo conseguimento» (Palumbo 2015: 147).

La letteratura riconosce altresì la necessità di competenze specifiche (Cepiku, Giodano 2014; Porter, Guth 2012; Verschuere et al. 2012; Wagenaar 2007). Non mancano contributi che evidenziano come la coproduzione in ambito sanitario possa generare un impatto positivo su aspetti quali l'emotività, l'empatia, la sicurezza, la motivazione e l'impegno del professionista sanitario (Ding et al., 2019; Hastings et al. 2018).

Allo stesso tempo, come evidenziato dallo studio sviluppato da Fusco et al. (2023) si possono riscontrare alcuni effetti negativi, tra i quali una

significativa apprensione e la percezione di pressioni dovute ad aspettative dei pazienti, soprattutto in contesti dove si manifestano vincoli nell'uso di risorse; ma anche disagi derivanti da possibili critiche da parte dei pazienti, visti come colleghi nell'erogazione del servizio, o correlati a dinamiche di potere piuttosto che al timore di offendere i pazienti.

Van Eijk et al. (2019) evidenziano che l'impegno dei professionisti nella coproduzione è influenzato dall'ambiente di lavoro e del supporto organizzativo alla coproduzione. Supporto organizzativo e ambiente di lavoro rappresentano due aspetti significativi in assistenza domiciliare: le condizioni socio-economiche e il *setting* assistenziale a domicilio sono fattori esogeni che il professionista sanitario deve gestire.

Altre ricerche affermano che *l'encouragement* e la motivazione dei coproduttori incidono sulle loro capacità di impegnarsi nella coproduzione (Bovaird et al. 2015; Thomsen, Jakobsen 2015), ostacolando o favorendo il ruolo di facilitatore assunto dal professionista. Per alcuni autori la fiducia nei confronti del professionista da parte dei coproduttori acquista una rilevanza cruciale: una sfiducia potrebbe generare un effetto negativo sull'efficacia dei servizi (Alford 2002; van Eijk, Steen 2014). Gli studiosi riconoscono che anche il paziente sprovvisto di competenze mediche utili per l'erogazione del servizio, influenza comunque la pianificazione e la realizzazione dei servizi (Batalden et al. 2016). Allo stesso tempo, il paziente apporta proprie conoscenze ed esperienze contribuendo a nuove conoscenze e competenze dell'operatore sanitario e migliorando anche l'erogazione del servizio assistenziale (Thörne et al. 2017; Marsilio 2022). Infine, alcuni studi mostrano che servizi altamente professionalizzati potrebbero comportare una minore coproduzione da parte di paziente e familiari e/o *caregiver* (Neghina et al. 2017; Parado et al. 2013).

L'analisi della letteratura brevemente condotta supporta la definizione delle seguenti domande di ricerca:

- (1) I professionisti sanitari, in assistenza domiciliare, riconoscono il contributo attivo del paziente, familiare e/o *caregiver* e, quindi, assumono un approccio orientato alla condivisione di decisioni e responsabilità con essi?
- (2) Gli antecedenti della coproduzione relativi ai professionisti in assistenza domiciliare sono influenzati dal contesto (ambiente di lavoro e supporto organizzativo), dalla natura del servizio (prestazioni specialistiche/complesse vs prestazioni meno complesse), dall'atteggiamento dei coproduttori (grado di motivazione, livello di fiducia, *encouragement*)?

La Figura 1 fornisce una schematizzazione dei fattori influenzanti la coproduzione da parte dei professionisti sanitari, come richiamato dalla letteratura. La schematizzazione guida l'analisi di seguito sviluppata.

Figura 1 – Fattori influenzanti l'attivazione della coproduzione da parte dei professionisti sanitari



#### 4. Metodologia

Al fine di rispondere alle domande di ricerca, lo studio sviluppa una ricerca sul campo, attraverso la metodologia delle interviste semi-strutturate.

Lo strumento di ricerca è stato ritenuto appropriato grazie al suo alto grado di flessibilità (Qu, Dumay 2011): l'intervista semi-strutturata consente di approfondire le categorie concettuali utilizzate dall'intervistato, le motivazioni che guidano le sue decisioni così come le sue interpretazioni della realtà. Quindi, consente di rilevare aspetti del comportamento dell'intervistato rimasti fino a quel momento taciti (Montemari, Nielsen 2013).

Sono state condotte ventuno interviste, svolte a livello individuale con tredici infermieri in servizio presso il Distretto di Senigallia (nella Regione Marche) e otto infermieri in servizio presso il Distretto di Riccione (nella Regione Emilia Romagna).

In primo luogo, la scelta di effettuare interviste a infermieri – in qualità di professionisti sanitari – risiede nel loro ruolo primario nell'erogazione dell'assistenza: come riconosciuto da alcuni autori, infatti, «nurses are among the largest providers of home care services» (Ganann et al. 2019:605; si vedano anche i contributi di Htay e Whitehead 2021; Grasmio et al. 2021).

Alcuni studiosi, inoltre, li riconoscono come «lead coordinators» (Deschodt et al. 2020: 2) dell'erogazione dei servizi che rientrano nelle cure primarie. Altri contributi indicano che gli infermieri di assistenza domiciliare forniscono assistenza multi-dimensionale, dal livello di base a quello avanzato (De Vlieghe et al. 2014; Fjørtoft et al. 2021; Smolowitz et al. 2015).

In secondo luogo, la scelta di effettuare interviste in distretti afferenti a regioni diverse consente di esplorare se il diverso contesto «amministrativo» e «normativo» determini mutamenti nei fattori che influenzano la coproduzione (Chaebo e Medeiros 2017; Sicilia et al. 2015; Voorberg et al. 2018).

Al fine di indagare i fattori propulsivi e gli ostacoli alla coproduzione – ascoltando gli infermieri - i ricercatori hanno identificato i seguenti temi rilevanti, che rappresentano le sezioni principali della guida all'intervista (Allegato A):

- fattori propulsivi e ostacoli alla coproduzione – focus sulla natura del servizio (prestazioni complesse vs prestazioni meno complesse);
- fattori propulsivi e ostacoli alla coproduzione – focus sulla natura delle relazioni con paziente, familiare/caregiver (livello di fiducia, motivazione dei coproduttori a collaborare, conoscenze richieste vs possedute da paziente/familiare/caregiver e dall'infermiere);
- fattori propulsivi e ostacoli alla coproduzione – focus sulla natura delle relazioni con gli altri fornitori del servizio sanitario (es: specialisti, medici di medicina generale, ecc.) e sulle condizioni socio-economiche a domicilio.

L'intervista è stata arricchita da una prima domanda sulla presentazione dell'attività giornaliera svolta dall'infermiere e sulla descrizione dell'organizzazione del servizio nel contesto indagato.

Gli elementi informativi acquisiti hanno favorito il «discovering the implicit and hidden principles that govern empirical phenomena» (Kreiner e Mouritsen 2005: 154). Infatti, durante l'intervista gli autori hanno richiesto esempi, storie e approfondito con domande di tipo riflessivo (Kreiner, Mouritsen 2005). Ciò con il fine di spingere gli intervistati a spiegare cosa accade realmente durante la loro giornata lavorativa e a fornire dettagli.

Le interviste sono state trascritte integralmente e l'analisi delle stesse è stata eseguita definendo un albero di codifica strutturale (Krippendorff, 1980), che parte dalle sessioni della guida all'intervista (Allegato B). A seguito della codifica, gli autori hanno stilato una lista delle variabili caratterizzanti ciascun tema della guida all'intervista, che saranno espone nel prossimo paragrafo, unitamente a *quote* che comprovano i risultati ottenuti dalla ricerca.

Ciascun intervistato è identificato con un numero progressivo cui è associata la sigla DR (Distretto di Riccione) o DS (Distretto di Senigallia).

### *Il contesto esaminato*

Si illustrano, di seguito, le principali caratteristiche degli intervistati nonché del contesto, oggetto di studio.

La maggior parte degli intervistati presta servizio in qualità di infermiere da oltre 10 anni e è in assistenza domiciliare da almeno da 5 anni (Tabella 1). Solo un intervistato ha esclusiva esperienza nelle cure domiciliari fin dall'inizio del proprio percorso lavorativo. Venti intervistati hanno avuto precedenti esperienze presso strutture ospedaliere e/o in RSA.

Tabella 1 – Anzianità di servizio degli intervistati

	Nel SSN			In assistenza domiciliare		
	Distretto di Riccione	Distretto di Senigallia	Totale	Distretto di Riccione	Distretto di Senigallia	Totale
più di 20 anni	5	7	12	3	3	6
tra 10 e 20 anni	0	2	2	1	2	3
tra 5 e 10 anni	2	4	6	2	7	9
meno di 5 anni	1		1	2	1	3
<b>Totale</b>	<b>8</b>	<b>13</b>	<b>21</b>	<b>8</b>	<b>13</b>	<b>21</b>

Nei due distretti si configura una diversa organizzazione del servizio di assistenza domiciliare.

Nel Distretto di Riccione, il servizio è organizzato in macro-aree, di cui due articolate sulla base del criterio territoriale (assistiti residenti in un determinato gruppo di Comuni) e una sulla base del criterio della specialità assistenziale (assistiti per cure palliative e assistiti affetti da patologie neuromuscolari). Nelle due macro-aree (articolate per Comuni), ogni infermiere presta servizio con il meccanismo operativo della turnazione a domicilio del paziente; lo stesso non avviene per gli infermieri dedicati alla terza macro-area, i quali presentano un alto grado di specializzazione.

Nel Distretto di Senigallia, il servizio è organizzato in quattro macro-aree, tutte articolate sulla base del criterio territoriale, e gli *infermieri hanno dei turni fissi nella settimana*. In entrambi i distretti è prevista la reperibilità.

## 5. Risultati

*Ruolo del paziente, familiare e/o caregiver nel processo di erogazione del servizio*

La condivisione di decisioni e responsabilità è 'naturale' nell'agire quotidiano degli infermieri, indipendente dalla natura dei servizi erogati.

Ascoltando le parole degli infermieri:

«Senza la collaborazione del *caregiver*/familiare, non può esserci assistenza domiciliare. È importantissimo che la famiglia collabori, che sia d'accordo su quello che viene deciso.» Int. 12DS

«La collaborazione con le famiglie è cruciale per l'efficacia del piano terapeutico, che spesso include la somministrazione di terapie al bisogno. La decisione di gestire il fine vita a domicilio viene presa insieme alla famiglia del paziente, assicurando una piena informazione e co-decisione.» Int. 1DR

In assistenza domiciliare, l'infermiere si rapporta essenzialmente con il familiare/*caregiver*, la cui presenza è ritenuta indispensabile («se non c'è un caregiver non c'è l'assistenza» Int. 6DR).

*Natura delle relazioni con paziente, familiare/caregiver*

Il rapporto infermiere-familiare (e/o caregiver) «per il bene del paziente è fondamentale» (Int. 11DS). Questo rapporto è finalizzato prevalentemente all'educazione terapeutica e all'addestramento alle famiglie per le pratiche assistenziali di base (es: mobilitazione, igiene, cura della cute, nutrizione), viste come «leve» (Int. 8DS) su cui l'assistenza domiciliare può basarsi. L'educazione e l'addestramento consumano risorse in termini di tempo-uomo impiegato dall'infermiere ma, al contempo, producono *outcome* positivi per il paziente, cioè consentono efficacemente di raggiungere desiderati livelli di soddisfazione dell'utente e di ottimizzare l'impiego delle risorse impiegate nell'assistenza.

«Più istruisci il paziente e il caregiver più loro sono tranquilli, più il risultato della cura è ottimale...il paziente può vivere più sicuro, quanto più lui stesso e/o il caregiver sa fare e sa gestire e più stiamo meglio tutti.» Int. 4 DR

«I primi giorni affianco il caregiver e eseguo più accessi per educarlo poi pian piano sempre meno.» Int. 9DS

Queste attività assorbono maggiori risorse, in termini di tempo, qualora i servizi da erogare presentano un significativo grado di complessità.

«Più la situazione è complessa (pazienti con Sclerosi Laterale Amiotrofica), più c'è il ruolo educativo che sovrasta la prestazione... la gestione più importante (per tutte le 24h) la ha la famiglia» Int. 12DS

«Se non si insegna al caregiver di un paziente allettato con lesione come gestirlo (mobilitazione, igiene) la medicazione dura anni perché cronicizza.» Int. 9DS

Anche il servizio di reperibilità genera un impatto positivo su salute del paziente, comunità e risorse del SSN. Tempestività del servizio, non movimentazione dell'assistito fragile, riduzione dei tempi di spostamento dei familiari e sicurezza del servizio, costi evitati per i servizi di emergenza sono fra gli obiettivi raggiunti.

«Spostare un paziente in ambulanza può generare aggravamenti al suo stato di salute: in tre ore di attesa su una barella al pronto soccorso, il paziente può vedere aggravate le piaghe da decubito, prendere freddo.» Int. 12DS

«La reperibilità evita una serie di costi per il SSN e genera un significativo beneficio al paziente e anche ai familiari che sono più tranquilli.» Int. 11DS

A contempo, la configurazione geografica del territorio, ove insiste il servizio di assistenza domiciliare, può avere un impatto sul persegui-

mento di obiettivi di efficienza. Nelle realtà montane e collinari, dove il territorio si estende oltre i 30 kmq, l'organizzazione territoriale e la programmazione giornaliera degli accessi consente di perseguire profili di efficienza (*cost efficiency*). Una riduzione dei tempi di spostamento da un domicilio all'altro ha un impatto sul numero di accessi (misura di *output*). Affermano gli intervistati:

«In base ai turni, cerchiamo di raggruppare nella giornata gli accessi considerando le distanze e i tempi di spostamento per cercare farne il più possibile» Int. 1DS

«Nel contesto urbano, vista la densità abitativa e le poche distanze, faccio tanti accessi.» Int. 8DS

La codifica strutturale delle interviste ha consentito di rintracciare alcuni fattori in grado di influenzare la coproduzione.

Il primo fattore è la comunicazione tra infermiere e familiare e/o *caregiver* (Palumbo 2015). Comunicazione ostacolata dalla significativa presenza di *caregiver* anch'essi anziani (chiamati a gestire da soli il paziente poli-cronico, come dichiarato da due intervistati) e di *caregiver* con scarsa alfabetizzazione linguistica (sette intervistati dichiarano difficoltà di interazione con stranieri). Comunicazione anche ostacolata dalla non disponibilità, da parte dei familiari, di ascoltare gli infermieri: indisponibilità imputata prevalentemente a stili di vita «frenetici» (Int. 12DS). Quest'ultima variabile presenta un grado di intensità maggiore nei contesti prevalentemente urbani.

«Abbiamo un rapporto diverso con le famiglie della campagna, perché sono più propense, cioè sono più aperte... Situazione diversa è a Riccione centro.» Int. 6DR

Di contro, la presenza di «famiglie allargate» (Int. 4DS) nell'entroterra mitiga l'effetto negativo di questo ostacolo alla collaborazione.

Tutti gli intervistati concordano su una determinata leva, foriera di attivare la coproduzione, di gestirla correttamente e di generare *outcome* positivi: il tempo da dedicare all'educazione e al rapporto personale con i coproduttori. Il tempo dovrebbe essere dedicato a instaurare un rapporto fondato sulla fiducia (aspetto richiamato da tutti gli intervistati) e insegnar loro che «non è richiesto di far un favore al servizio sanitario e sostituirti ad esso ma di agire per il bene del paziente gestito a domicilio» (Int. 8DS). L'intervista di seguito riassume questo pensiero, rintracciato comunque in ogni confronto.

«se noi non abbiamo tempo di insegnare e di instaurare un buon rapporto con i pazienti/*caregiver* fin dall'inizio, nel lungo termine aumentano le complicanze sulla salute del paziente con due conseguenze molto rilevanti: è maggiore il nostro lavoro ma ancor di più si riduce il

benessere per il paziente. Se ci limitiamo alla prestazione senza guardare il paziente, tralasciamo alcuni aspetti dei bisogni del paziente che poi si riversano su un peggioramento del suo stato di salute.» Int. 11DS

#### *Supporto organizzativo e ambiente a domicilio*

Alle variabili presentate si uniscono altri fattori che determinano la qualità e gli esiti dell'erogazione del servizio. Uno di questi è rappresentato dall'ambiente fisico di lavoro e dalle condizioni socio-economiche della famiglia del paziente. La presenza di spazi fisici non idonei ad accogliere i bisogni residenziali del paziente e l'assenza di ausili («materasso anti-decubito, sistemi di movimentazione assistita» Int. 2DS) sono variabili enfatizzate dagli intervistati, cui si aggiungono condizioni igieniche non rispondenti ai bisogni di sicurezza del paziente. L'esistenza delle condizioni richiamate è vincolo all'erogazione della prestazione stessa:

«Un paziente, che abita in una casa super spaziosa, ha il letto sanitario e il sollevatore. Un altro paziente potrebbe avere la stessa problematica assistenziale ma non avere gli spazi, il caregiver che lo segue non parla italiano e non si è adoperato per avere i presidi. La mia attività, nei due casi, non è la stessa: non ho le stesse attività a parità di problematica assistenziale.» Int. 8DS

L'elevato livello di istruzione del *caregiver* e l'assenza di precedenti esperienze di assistenza – dei familiari/*caregiver* – sono altre due variabili che impattano negativamente sulla volontà di coprodurre, soprattutto nelle fasi iniziali della presa in carico del paziente. Le interviste rilevano maggiore reticenza all'assistenza nei giovani «più spaventati dalla cosa nuova da gestire, soprattutto se non hanno mai avuto situazioni simili» (Int. 6DS). Inoltre, laddove il «livello di istruzione dei familiari è più alto, si incontrano situazioni dove pretendono molto dal servizio sanitario e quindi da noi.» (Int. 8DR).

Un altro fattore è rappresentato dal supporto di altri attori che interagiscono nei servizi di assistenza domiciliare. Il principale richiamo degli intervistati è al necessario supporto richiesto ai medici di medicina generale, spesso assenti nelle fasi iniziali della valutazione della presa in carico e difficilmente rintracciabili nella condivisione delle decisioni che hanno un impatto sulla salute del paziente. Testimonia un intervistato:

«A seguito di una richiesta di prestazioni per una ferita semplice, attivata dal medico di medicina generale dopo la segnalazione telefonica del familiare del paziente – ma senza preliminare visita a domicilio – al nostro primo accesso a domicilio la valutazione è stata di medicazione complessa da gestire in emergenza» Int. 1DS

Al contempo, il ruolo dell'assistente sociale e di altri professionisti (fisiatri, nutrizionisti, oncologi) si manifesta diversamente da macro-

zona a macro-zona e a seconda della natura del servizio. Ciò che rileva è la richiesta da parte degli intervistati di momenti di confronto con gli stessi.

#### *Grado di soddisfazione sul lavoro e fabbisogni formativi*

Tutti gli intervistati sceglierebbero nuovamente di lavorare in assistenza domiciliare, dove riconoscono enfatizzati la propria professionalità e il giusto livello di autonomia. Tale livello di autonomia emerge nell'organizzazione quotidiana del lavoro da parte dei professionisti sanitari, dove gli accessi sono, nella maggior parte dei casi, programmati sulla base delle esigenze del paziente. Nel Distretto di Senigallia, gli infermieri organizzano gli accessi tenuto conto delle esigenze del paziente («lo seguono gli stessi pazienti» Int. 8DS; «La nostra agenda la decidiamo noi» Int. 9DS). Nel Distretto di Riccione, contrariamente, gli infermieri si alternano nell'erogazione della prestazione a domicilio al fine di coprire il fabbisogno nelle due macro-aree territoriali («Noi non dividiamo i pazienti per infermiere. Li dividiamo per macro», Int. 8 DR); gli assistiti per cure palliative e gli assistiti affetti da patologie neuromuscolari sono, invece, seguiti da infermieri dedicati e specializzati nella gestione delle patologie richiamate.

Gli infermieri, in aggiunta, si mostrano motivati nella gestione della relazione a domicilio. Per essi è importante:

«far parte di quella famiglia» (Int. 13DS)

«l'impatto positivo che possiamo avere sul benessere dei nostri pazienti e delle loro famiglie durante momenti critici della loro vita» (Int. 1DR).

Nessuno di coloro che ha avuto precedenti esperienze in strutture ospedaliere tornerebbe in reparto.

Richiamano la necessità di possedere skill di «malleabilità» (Int. 1DS), «diplomazia e empatia» (Int. 10DS), di essere «insegnanti, e mediatori» (Int. 10DS) nonché di accrescere le proprie competenze di natura gestionale e organizzativa mediante attività formative.

In questo servizio, dove l'aspetto relazionale è leva per ottenere *outcome* desiderati, gli infermieri necessitano di:

«supporto psicologico per affrontare le sfide emotive legate al lavoro» Int. 1DR

«supporto per gestire la relazione a domicilio» Int. 10DS

«corsi su come essere motivatore» Int. 1DS

«incontri con i medici di medicina generale» Int. 2DR

«corso di comunicazione per interpretare le situazioni che ci troviamo ad affrontare in famiglia, per aiutarci a relazionarci, a farci capire, a farci accettare anche nelle famiglie.» Int. 8DR

## 6. Discussione

In riferimento alla prima domanda di ricerca «(1) I professionisti sanitari, in assistenza domiciliare, riconoscono il contributo attivo del paziente, familiare e/o caregiver e, quindi, assumono un approccio orientato alla condivisione di decisioni e responsabilità con essi?», le interviste hanno consentito di evidenziare che:

1. gli infermieri – facilitatori e coordinatori della coproduzione – riconoscono la necessità di adottare un approccio *patient-center* (Hyde, Davies 2004) nella coproduzione del servizio;
2. la condivisione di decisioni e responsabilità (Cepiku et al. 2021) è condizione per l'erogazione del servizio; condivisione realizzata, seppur con alcuni ostacoli, con familiari/caregiver (*lay actor* e utenti del servizio).

In riferimento alla seconda domanda di ricerca «(2) Gli antecedenti relativi ai professionisti in assistenza domiciliare sono influenzati dal contesto (ambiente di lavoro e supporto organizzativo), dalla natura del servizio (prestazioni specialistiche/complesse vs prestazioni meno complesse), dall'atteggiamento dei coproduttori (grado di motivazione, livello di fiducia)?», dalle interviste emergono chiaramente le interrelazioni tra i diversi *pillar* della coproduzione. L'ambiente di lavoro influenza in modo rilevante il ruolo di facilitatore della coproduzione e di coordinatore delle risorse, cui è investito l'infermiere. Le variabili sottese a scarsa disponibilità di spazi e ausili genera ritardi nell'erogazione del servizio, se non – a volte – anche impossibilità a operare a domicilio. Il diverso contesto «amministrativo» e «normativo» regionale non determina mutamenti nell'implementazione della coproduzione o nei fattori propulsivi/ostacolanti la stessa (Chaebo, Medeiros 2017; Sicilia et al. 2015; Voorberg et al. 2018). Sono da considerare, comunque, i vantaggi riconosciuti alla reperibilità, con *outcome* positivi sul sistema sanitario e sugli utenti. I fattori geomorfologici del territorio possono costituire una variabile che impatta su profili di efficienza del servizio.

La dichiarata necessità di agire con carenze di supporto e supervisione da parte di medici di medicina generale o specialisti e *team* multidisciplinari (Ekstedt et al. 2022) genera un impiego di tempo-uomo alla ricerca di soluzioni nonché accessi inappropriati (nei quali si riconosce una misura di efficacia del servizio).

La natura del servizio appare avere un peso nella coproduzione: la gravità assistenziale (cure palliative, malattie neuromuscolari degenerative) comporta trattamenti di lungo periodo e/o maggior impegno assistenziale da parte dei coproduttori e dei professionisti. In questi casi imprescindibile è l'azione del caregiver in qualità di coproduttore e del professionista quale attivatore e motivatore (Neghina et al. 2017; Parrado et al. 2013) per la salvaguardia dei bisogni (psicologici ed esistenziali)

dei pazienti (Silverglow et al. 2022). Di contro, non si rilevano differenze di atteggiamento da parte dei professionisti sanitari: il riconoscimento della necessità di un contributo attivo da parte del coproduttore è definito in modo rilevante sia in caso di erogazione di prestazioni complesse che in caso di erogazione meno complesse.

Va, infatti, rilevato che il benessere del paziente, *outcome* primario, è un valore condiviso tra familiari/caregiver e professionisti. La motivazione è una variabile rilevante degli antecedenti relativi al *caregiver*. In linea con gli studi (Gheduzzi et al. 2021; Röhnsch, Hämel 2021; Sirimsi et al. 2023) i fattori psicologici e culturali incidono sulla volontà a coprodurre. L'*encouragement* (Bovaird et al. 2015; Thomsen, Jakobsen 2015) rappresenta una leva su cui il facilitatore può agire: il tempo dedicato all'educazione terapeutica del *caregiver* e alla gestione del rapporto personale con esso è la risposta fornita dagli intervistati per influenzare questo specifico antecedente.

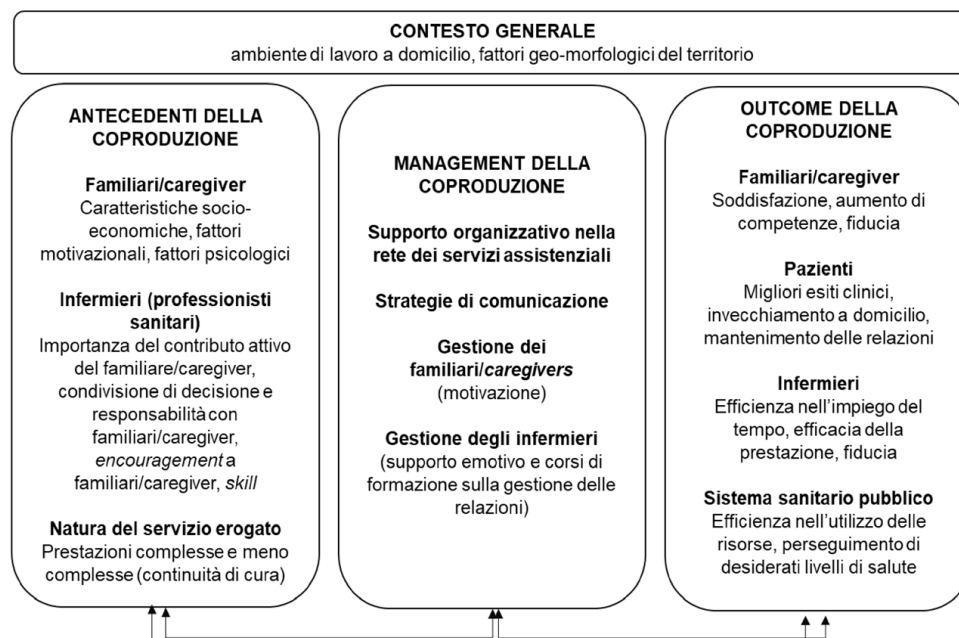
Rileva sottolineare che gli infermieri si sentono riconosciuti professionalmente in virtù della fiducia che il coproduttore ha nei propri confronti. Ottenere fiducia richiede, secondo gli intervistati, tempo da dedicare all'educazione terapeutica e al rapporto personale con i membri del nucleo familiare. Questa azione genera due benefici principali: ottimizzare la risorsa tempo-uomo durante l'intera presa in carico e perseguire il fine della relazione terapeutica. Si generano positivi impatti sugli esiti clinici dei pazienti (Alford 2002; Marsilio 2022; van Eijk e Steen 2014), che mantengono le relazioni «*that are important to them*» (WHO 2020: 37)

Carenze di competenze (*skill*) nella gestione delle relazioni sono emerse dallo studio così come la dichiarata necessità di corsi di formazione che li indirizzino nella gestione della comunicazione e nella maturazione di competenze di natura gestionale e organizzativa (Fanelli et al. 2019; Palumbo 2015).

Non si ravvisano interpretazioni differenti tenuto conto della diversità del profilo degli intervistati (anzianità di servizio e precedenti esperienze lavorative).

Al termine della discussione sviluppata, si propone una contestualizzazione del framework richiamato all'assistenza domiciliare (Figura 2), proposto tenuto conto del contributo di altri studiosi in materia (Ding et al., 2019; Fusco et al. 2023; Hastings et al. 2018; Thörne et al. 2017).

Figura 2 – Un primo quadro interpretativo della coproduzione in assistenza domiciliare



## 7. Conclusioni

Lo studio ha cercato di evidenziare alcuni dei «*cause-effect links tra gestione e risultati*» (Cepiku et al. 2021: 118) della coproduzione, partendo dalle percezioni dei professionisti. Le variabili attinenti al contesto sono di natura esogena e sulle stesse l'azione dei *policy makers* del sistema di assistenza è certamente limitata. Di contro, una corretta comunicazione da parte dei professionisti – in grado di elevare il livello di fiducia tra gli attori della coproduzione e di accrescere motivazione dei coproduttori – può mitigare alcuni fattori che ostacolano la coproduzione.

Il quadro offerto è sicuramente parziale, in quanto costruito sulla base delle percezioni di un ristretto gruppo di professionisti sanitari. In prima battuta, estendere la metodologia della ricerca ad altri contesti regionali consentirebbe di validare i risultati del presente lavoro. In aggiunta, il coinvolgimento diretto dei familiari/*caregiver* rappresenta la prima sfida della ricerca futura, mirata a comprendere e cogliere le variabili che caratterizzano gli antecedenti relativi ai pazienti e ai familiari/*caregiver* e la condivisione della visione dei professionisti. Offrire un quadro olistico delle interrelazioni tra i fattori della coproduzione dei servizi di assistenza domiciliare rappresenta l'ulteriore sfida di ricerca futura del presente studio.

## Bibliografia

ALAKESON V., BUNNIN A., MILLER C. (2013), *Coproduction of health and wellbeing outcomes: the new paradigm for effective health and social care*. London: OPM.

- ALFORD J. (2002), "Why do public-sector clients coproduce? Toward a contingency theory", *Administration & Society*, 34(1), pp. 32-56.
- BATALDEN M., BATALDEN P., MARGOLIS P., SEID M., ARMSTRONG G., OPIPARI-ARRIGAN L., HARTUNG H. (2016), "Coproduction of healthcare service", *BMJ quality & safety*, 25(7), pp. 509-517.
- BOVAIRD T., LÖFFLER E. (2013), "From engagement to co-production: How users and communities contribute to public services", *New public governance, the third sector, and co-production*, Routledge, pp. 35-60.
- BOVAIRD T., VAN RYZIN G. G., LOEFFLER E., PARRADO S. (2015), "Activating citizens to participate in collective co-production of public services", *Journal of Social Policy*, 44(1), pp. 1-23.
- BRANDSEN T., HONINGH M. (2018), "Definitions of co-production and co-creation", in *Co-production and co-creation*, Routledge, pp. 9-17.
- CEPIKU D., GIORDANO F. (2014), "Co-Production in Developing Countries: Insights from the community health workers experience", *Public Management Review*, 16(3), pp. 317-340.
- CEPIKU D., MARSILIO M., SICILIA M., VAINIERI M. (2021), *The co-production of public services. Management and Evaluation*. Palgrave Macmillan
- CHAEBO G., MEDEIROS J. J. (2017), "Conditions for policy implementation via co-production: the control of dengue fever in Brazil", *Public Management Review*, 19(10), pp. 1381-1398.
- DING B., LIU W., TSAI S.B., GU D., BIAN F. AND SHAO X. (2019), "Effect of patient participation on nurse and patient outcomes in inpatient healthcare", *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(8).
- DE Vlieghe K., DECLERCQ A., AERTGEERTS B., GOSSET C., HEYDEN I., MOONS P. (2014), "The activity profile of home nurses: A systematic review", *Home Health Care Management & Practice*, 26(4), 257-265.
- EKSTEDT M., SCHILDMEIJER K., BACKÅBERG S., LJUNGHOLM L., FAGERSTRÖM C. (2022), "'We just have to make it work': a qualitative study on assistant nurses' experiences of patient safety performance in home care services using forum play scenarios", *BMJ open*, 12(5).
- FANELLI S., LANZA G., ENNA C., ZANGRANDI A. (2019), "Innovare nei metodi di gestione nelle aziende sanitarie pubbliche: quali variabili di successo?", *Azienda Pubblica*, 3, pp. 237-254.
- FJØRTOFT A. K., OKSHOLM T., DELMAR C., FØRLAND O., ALVSVÅG H. (2021), "Home-care nurses' distinctive work: A discourse analysis of what takes precedence in changing healthcare services", *Nursing Inquiry*, 28(1), e12375.
- FUSCO F., MARSILIO M., GUGLIEMMETTI C. (2023), "Co-creation in healthcare: framing the outcomes and their determinants", *Journal of Service Management*, 34(6), pp. 1-26.
- GANANN R., WEERES A., LAM A., CHUNG H., VALAITIS R. (2019), "Optimization of home care nurses in Canada: A scoping review", *Health & social care in the community*, 27(5), pp. e604-e621.

- GHEDUZZI E., MORELLI N., GRAFFIGNA G., MASELLA C. (2021), "Facilitating co-production in public services: empirical evidence from a co-design experience with family caregivers living in a remote and rural area", *Health Services Management Research*, 34(1), pp. 21-35.
- GRASMO S. G., LIASET I. F., REDZOVIC S. E. (2021), Home care workers' experiences of work conditions related to their occupational health: a qualitative study, *BMC health services research*, 21, pp. 1-13.
- HASTINGS R.P., GILLESPIE D., FLYNN S., MCNAMARA R., TAYLOR Z., KNIGHT R., ... HUNT P.H. (2018), "Who's challenging who training for staff empathy towards adults with challenging behaviour: cluster randomised controlled trial", *Journal of Intellectual Disability Research*, Vol. 62 No. 9, pp. 798-813
- HTAY M., WHITEHEAD D. (2021), "The effectiveness of the role of advanced nurse practitioners compared to physician-led or usual care: A systematic review", *International Journal of Nursing Studies Advances*, 3, 100034.
- HYDE P., DAVIES H. T. (2004), "Service design, culture and performance: Collusion and co-production in health care", *Human relations*, 57(11), pp. 1407-1426.
- KREINER K. MOURITSEN J. (2005), "The analytical interview: relevance beyond reflexivity", in TENGBLAD S., SOLLI R., CZARNIAWSKA B. (Eds), *The art of science*, Liber & Copenhagen Business School Press: Kristianstad.
- KRIPPENDORFF, K. (1980), "Validity in content analysis", in *Computerstrategien für die Kommunikationsanalyse*, Vol. 69.
- DESCHODT M. et al. (2020), "Core components and impact of nurse-led integrated care models for home-dwelling older people: A systematic review and meta-analysis.", *International journal of nursing studies*, 105: 103552.
- LINDAHL B., LIDÉN E., LINDBLAD B. M. (2011), "A meta-synthesis describing the relationships between patients, informal caregivers and health professionals in home-care settings", *Journal of clinical nursing*, 20(3-4), pp. 454-463.
- MARSILIO M. (2022), "La misurazione del valore pubblico co-creato attraverso l'innovazione digitale: un'analisi qualitativa comparativa (QCA)", *Azienda Pubblica*, 4, pp. 317-341.
- MARSILIO M., FUSCO F., GHEDUZZI E., GUGLIELMETTI C. (2021), "Co-production performance evaluation in healthcare. A systematic review of methods, tools and metrics", *International journal of environmental research and public health*, 18(7).
- MCMULLIN C., NEEDHAM C. (2018), "Co-production in healthcare", in *Co-production and co-creation*, Routledge, pp. 151-160.
- MONTEMARI M., NIELSEN C. (2013), "The role of causal maps in intellectual capital measurement and management", *Journal of Intellectual Capital*, 14(4), pp. 522-546.
- MOYNIHAN D. P., THOMAS J. C. (2013). Citizen, Customer, Partner: Rethinking the Place of the Public in Public Management. *Public Administration Review*, 73(6), 786-796.

- NEEDHAM C. (2009). Interpreting Personalization in England's National Health Service. *Critical Policy Studies*, (3, 2), 204-220.
- NEGHINA C., BLOEMER J., VAN BIRGELEN M., CANIËLS M. C. (2017), "Consumer motives and willingness to co-create in professional and generic services", *Journal of Service Management*, 28(1), pp. 157-181.
- OECD (2023), *Health at a Glance Indicators*, <https://www.oecd.org/health/health-at-a-glance/>.
- OSBORNE S. P. (2018), "From public service-dominant logic to public service logic: are public service organizations capable of co-production and value co-creation?", *Public management review*, 20(2), pp. 225-231.
- OSBORNE S. P., RADNOR Z., NASI G. (2013), "A new theory for public service management? Toward a (public) service-dominant approach", *The American Review of Public Administration*, 43(2), pp. 135-158.
- OSBORNE S. P., STROKOSCH K., RADNOR Z. (2018), "Co-production and the co-creation of value in public services: a perspective from service management", in *Co-production and co-creation*, Routledge, pp. 18-26.
- OSBORNE S.P., RADNOR Z., STROKOSCH K. (2016), "Co-Production and the Co-Creation of Value in Public Services: A suitable case for treatment?", *Public Management Review*, (18, 5), pp. 639-653.
- PALUMBO R. (2015), "Una contestualizzazione del concetto di co-produzione al caso dei servizi pubblici: una rassegna critica della letteratura internazionale", *Azienda Pubblica*, 2, pp. 132-156.
- PARRADO S., VAN RYZIN G. G., BOVAIRD T., LÖFFLER E. (2013), "Correlates of co-production: Evidence from a five-nation survey of citizens", *International Public Management Journal*, 16(1), pp. 85-112.
- PORTER M. E., GUTH C. (2012), *Redefining German health care: moving to a value-based system*, Berlin: Springer.
- QU S.Q., DUMAY J. (2011), "The qualitative research interview", *Qualitative Research in Accounting and Management*, 8(3), pp. 238-264.
- RÖHNSCH G., HÄMEL K. (2021), "Co-production in coping with care dependency in Germany: How can integrated local care centres contribute?", *Health & social care in the community*, 29(6), pp. 1868-1875.
- SICILIA M., GUARINI E., SANCINO A., ANDREANI M., RUFFINI R. (2015). "Motivazioni, condizioni organizzative e competenze manageriali per la co-produzione dei servizi pubblici: un caso di studio", *Azienda pubblica*, 28(2, aprile/giugno 2015), pp. 163-179.
- SILVERGLOW A., JOHANSSON L., LIDEN E., WIJK H. (2022), "Perceptions of providing safe care for frail older people at home: A qualitative study based on focus group interviews with home care staff", *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 36(3), pp. 852-862.
- SIRIMSI M. M., DE LOOF H., VAN DEN BROECK K., DE VliegHER K., VAN ROYEN P., PYPE P., VAN BOGAERT P. (2023), "Development of a toolkit to improve interprofessional collaboration and integration in primary care using qualitative interviews and co-design workshops", *Frontiers in Public Health*, 11.

- SLAY J., STEPHENS L. (2013), "Co-production in mental health: A literature review", *London: new economics foundation*, 4, pp. 1-36.
- SMOLOWITZ J., SPEAKMAN E., WOJNAR D., WHELAN E.-M., ULRICH S., HAYES C., WOOD L. (2015), "Role of the registered nurse in primary health care: Meeting health care needs in the 21st century", *Nursing Outlook*, 63(2), 130–136.
- STEEN T., TUURNAS S. (2018), "The roles of the professional in co-production and co-creation processes", in *Co-production and co-creation*, Routledge, pp. 80-92.
- THOMSEN M. K., JAKOBSEN M. (2015), "Influencing Citizen Coproduction by Sending Encouragement and Advice: A Field Experiment", *International Public Management Journal*, 18 (2), pp. 286–303.
- THÖRNE K., ANDERSSON-GÄRE B., HULT H., ABRANDT-DAHLGREN M. (2017), "Co-producing interprofessional round work: Designing spaces for patient partnership", *Quality Management in Healthcare*, 26(2), pp. 70-82.
- TOZZI V., LONGO F. (2023), *Management della cronicità: logiche aziendali per gestire i nuovi setting sanitari finanziati dal PNRR*, Egea.
- TRAVAGLINI C. (2024), *Valutare l'Assistenza Domiciliare Integrata*, University of Bologna, DOI 10.6092/unibo/amsacta/7537.
- VAN EIJK C. J., STEEN T. P. (2014), "Why people co-produce: Analysing citizens' perceptions on co-planning engagement in health care services", *Public management review*, 16(3), pp. 358-382.
- VAN EIJK C., STEEN T., TORENVLIED R. (2019), "Public professionals' engagement in coproduction: The impact of the work environment on elderly care managers' perceptions on collaboration with client councils", *The American Review of Public Administration*, 49(6), pp. 733-748.
- VERSCHUERE B., BRANDSEN T., PESTOFF V. (2012), "Co-production: The state of the art in research and the future agenda", *VOLUNTAS: International Journal of Voluntary and Nonprofit Organizations*, 23, pp. 1083-1101.
- VOORBERG W., JILKE S., TUMMERS L., BEKKERS V. (2018), "Financial rewards do not stimulate coproduction: Evidence from two experiments", *Public Administration Review*, 78(6), pp. 864-873.
- WAGENAAR H. (2007), "Governance, complexity, and democratic participation: How citizens and public officials harness the complexities of neighborhood decline", *The American review of public administration*, 37(1), pp. 17-50.
- WHO (2018), Concept Note: International Technical Meeting AGING IN PLACE <https://extranet.who.int/agefriendlyworld/wp-content/uploads/2018/12/Concept-note.pdf>
- WHO (2020), Decade of Healthy Ageing Baseline Report <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/338677/9789240017900-eng.pdf?sequence=1>
- WILSON G. (1994), "Co-Production and Self-Care: New Approaches to Managing Community Care Services for Older People", *Social Policy & Administration*, 28(3), pp. 236-250.

**Allegato A****Guida all'intervista (durata: 30-45 minuti cadauna)**1. Presentazione dell'intervistatore e del team di ricerca2. Introduzione

Profilo personale dell'intervistato (anzianità di servizio, precedenti esperienze lavorative)

Può raccontarci qualcosa di come è organizzato il servizio ADI nella realtà dove lavora?

Quali attività occupano la sua giornata (timing giornaliero, compreso tempo di spostamento)

3. Fattori propulsivi e ostacoli – natura del servizio

Prestazioni specialistiche/complesse (es. terapie complesse):

Chi è coinvolto? (paziente e/o familiare o nessuno dei due)

È sempre necessaria, a suo giudizio, la collaborazione del paziente? E dei suoi familiari?

Prestazioni meno complesse (es: prelievo ematico):

Chi è coinvolto? (paziente e/o familiare o nessuno dei due)

È sempre necessaria, a suo giudizio, la collaborazione del paziente? E dei suoi familiari?

4. Fattori propulsivi e ostacoli – natura delle relazioni con paziente, familiare/caregiver

Quali sono i rapporti tra voi e i pazienti e i suoi familiari? Su quali leve si basa il rapporto?

Ci sono relazioni difficili da gestire?

Che tipo di competenze dovrebbero avere il paziente e familiare per un rapporto soddisfacente?

Ritiene di avere le competenze necessarie per gestire il rapporto con il paziente/familiare?

5. Fattori propulsivi e ostacoli – supporto organizzativo e ambiente a domicilio

Può descrivere il rapporto che ha con gli altri fornitori del servizio sanitario (es: Specialisti, MMG, ecc.)

L'ambiente domestico influenza il suo lavoro e la coproduzione?

Domande informali finali

Nel complesso è soddisfatto del suo lavoro?

Cosa cambierebbe? Quali proposte di miglioramento propone?

## Allegato B Albero di codifica strutturale

<b>ALBERO DI CODIFICA STRUTTURALE</b>		
<b>INTRODUZIONE</b>		
	GENERALE	SPECIFICO
<b>Profilo personale dell'intervistato</b>  Anzianità di servizio in sanità Anzianità di servizio in ADI Precedenti esperienze lavorative (ospedale e/o territorio)	PR	PR-ANZ.SAN PR-ANZ.ADI PR-ESP
<b>Organizzazione servizio ADI</b>  Gestione assistiti Altri servizi erogati Reperibilità Influenza di fattori geo-morfologici	ORG	ORG-ASS ORG-ALTRO ORG-REP ORG-GEO
<b>Attività giornaliera</b>  Timing di lavoro	ATT	ATT-TIM
<b>FATTORI PROPULSIVI e OSTACOLI - NATURA DEL SERVIZIO</b>		
	GENERALE	SPECIFICO
<b>Prestazioni specialistiche/complesse</b>  Coinvolgimento paziente Coinvolgimento familiare/caregiver Necessità di collaborazione paziente Necessità di collaborazione familiare/caregiver	SPEC	SPEC-PAZ SPEC-FAM/CAR SPEC-NEC.PAZ SPEC-NEC.FAM/CAR
<b>Prestazioni meno complesse</b>  Coinvolgimento paziente Coinvolgimento familiare/caregiver Necessità di collaborazione paziente Necessità di collaborazione familiare/caregiver	NOSPEC	NOSPEC-PAZ NOSPEC-FAM/CAR NOSPEC-NEC.PAZ NOSPEC-NEC.FAM/CAR
<b>FATTORI PROPULSIVI E OSTACOLI - NATURA DELLE RELAZIONI CON PAZIENTE, FAMILIARE/CAREGIVER</b>		
	GENERALE	SPECIFICO
<b>Rapporti con pazienti e familiari</b>  LEVA - fiducia LEVA - motivazione coproduttore LEVA - encouragement a coproduttore Difficoltà nei rapporti	RAPP	RAPP-FID RAPP-MOT RAPP-ENC RAPP-DIFF



<b>Competenze</b>		COMP	
	Competenze dei pazienti		COMP-PAZ
	Competenze dei familiari/caregiver		COMP-FAM/CAR
	Competenze dell'infermiere		COMP-INF
<b>FATTORI PROPULSIVI E OSTACOLI – SUPPORTO ORGANIZZATIVO E AMBIENTE A DOMICILIO</b>			
		GENERALE	SPECIFICO
<b>Supporto organizzativo</b>		SUPP	
	Supporto da specialisti		SUPP-SPEC
	Supporto da MMG		SUPP-MMG
	Supporto da altri fornitori di servizi sanitari		SUPP-ALTRO
<b>Ambiente a domicilio</b>		AMB	
	Setting assistenziale		AMB-SETT
	Condizioni socio-economiche della famiglia		AMB-COND
<b>DOMANDE FINALI</b>			
		GENERALE	SPECIFICO
<b>Grado di soddisfazione</b>		SODD	
	Buono/Scarso		SODD-B/S
	Volontà di cambiare lavoro		SODD-CAM
<b>Miglioramenti</b>		MIGL	
	Formazione		MIGL-FORM
	Bisogni percepiti		MIGL-BIS
	Altro		MIGL-ALTRO