

Tiziano Vecchiato

Fragilità, generatività e innovazione clinica

Fragilità e generatività sono condizioni esistenziali che coesistono in tanti momenti della vita, a partire da quando nasce fragile e piena di potenzialità. Avviene quando si affrontano sfide impegnative sapendo di non essere soli ad affrontarle. È anche una sfida per la clinica, la riabilitazione, il lavoro sanitario e sociale, in particolare quando il curare senza prendersi cura non basta, non aiuta, rende inefficienti le pratiche professionali. L'incontro tra fragilità e capacità è più frequente di quanto si possa pensare. Insegna a non adattarsi alla cronicità, a riconoscere le potenzialità, a valorizzarle, a ottimizzare le risorse a disposizione. È una grande sfida per le pratiche cliniche disposte ad esplorare i potenziali a disposizione. Si concentrano nelle pratiche generative, dove il concorso al risultato tra chi aiuta e chi è aiutato può fare la differenza. L'innovazione metodologica può favorirle, facendo tesoro di pratiche sperimentali che non si limitano a considerare l'effetto delle prestazioni ma soprattutto chi e come può trasformarle in soluzioni.

Fragilità

La fragilità è una condizione esistenziale in cui una o più funzioni vitali risultano debilitate o compromesse, per questa ragione in molti casi vengono compensate da altre. La condizione di fragilità prefigura la possibilità di essere esposti a difficoltà incrementali. Rappresentano altrettanti fattori di rischio organico, funzionale, comportamentale, socio ambientale, relazionale. Fragilità significa maggiore vulnerabilità, riduzione delle capacità, perdita, compromissione, dipendenza, esposizione a fattori socio ambientali senza possibilità

di fronteggiamento.

Ma ogni profilo di fragilità può essere associato a un profilo di capacità. Se non fosse così non sarebbe fragilità ma non autosufficienza, incapacità definitiva che mette la persona fuori da una gamma dinamica (progressiva o regressiva) e la confina dentro una diagnosi statica, tecnicamente un *endpoint* senza uscita.

A partire da questa apparente contraddi-

AUTORE

► Tiziano Vecchiato, Fondazione «E. Zancan», Padova.

zione, in cui si contrappongono capacità e incapacità, può essere spiegato l'affermarsi di pratiche cliniche e riabilitative di «riduzione del danno», rassegnate alla cronicità e poco fiduciose in una gestione attiva della fragilità. È quella che valorizza ogni capacità anche residua, ogni potenzialità anche minima, facendo leva sul «concorso al risultato clinico ed esistenziale» che ogni persona può esprimere e realizzare.

Le pratiche generative valorizzano proprio questo campo di azione, con soluzioni cliniche e riabilitative capaci di esiti incrementali, misurabili con indici di costo/risultato più favorevoli e sostenibili delle pratiche tradizionali. Nelle loro raccomandazioni ricorre costantemente l'indicazione «maneggiare con cura» (*handle with care*) per salvaguardare e non compromettere le capacità che ogni condizione di fragilità può mettere a disposizione.

Arco terapeutico

Il dibattito sulle pratiche sociosanitarie ha gradualmente evidenziato le potenzialità emergenti dalla capacità di scomporre e ricomporre i problemi riconoscendo quanto mettono a disposizione. La clinica tradizionale è specializzata per organi e funzioni, dentro spazi diagnostici focalizzati sulle parti e non sul tutto. La settorializzazione delle competenze ha certamente facilitato gli avanzamenti tecnici e metodologici, ma ha ostacolato quelli globali, necessari per meglio gestire le funzioni del diagnosticare, prognosticare, riabilitare, curare e prendersi cura, valutare risultati ed esiti, dentro spazi decisionali dove le componenti tecniche possono armonizzarsi fra loro per diventare globalità clinica e umana.

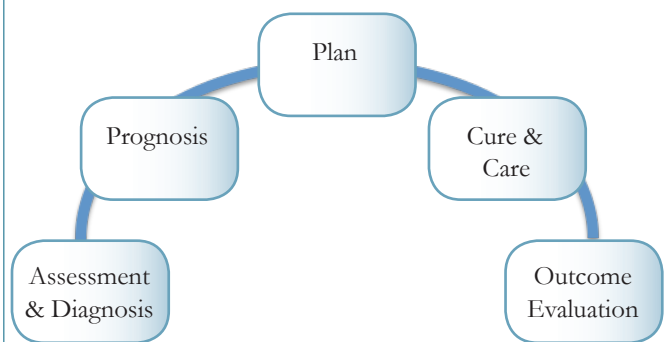
La proposta dell'arco terapeutico va in questa direzione, perché mette a disposizione un percorso metodologico, una strada da percorrere (*μέθοδος*), per gestire decisioni orientate verso benefici possibili (*outcome based*), evitando di chiudere il campo decisionale nei soli risultati prestazio-

nali (*output based*). Nell'arco terapeutico il processo decisionale è articolato in termini di *Assessment, Diagnosis, Prognosis, Plan, Cure & Care, Outcome Evaluation* (fig. 1).

Sono mattoni professionali basilari e fondamentali per collegare la diagnosi alla prognosi, la prefigurazione degli esiti al piano di cura, il curare al prendersi cura, i risultati agli esiti.

Se gestiti unitariamente diventano costruzione professionale autoportante, arco terapeutico capace di esprimere tutta la forza necessaria per affrontare problemi complessi, ad elevata intensità decisionale e assistenziale, in concorso al risultato. La forza dell'arco fatto di pietre non è la somma del loro peso (la loro gravità), è molto più grande, è forza che regge tutto il peso che sta sopra, è forza moltiplicativa non soltanto sommativa. Nasce dalla composizione (la relatività) che l'arco autoportante rende possibile, così che pietre sparse possano fare della loro imperfezione un'architettura di forze, in concorso di capacità professionali e umane autoportanti, da individui a persone in relazione.

Fig. 1 – Arco terapeutico

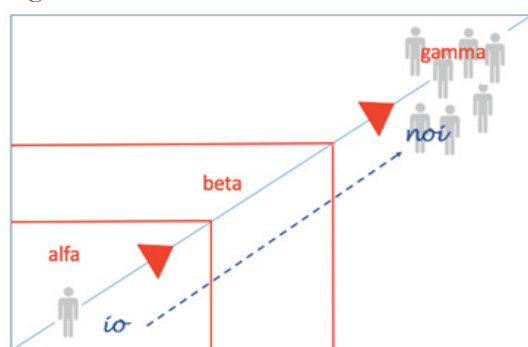


La fig. 1 descrive la sintassi professionale necessaria per valorizzare le potenzialità e comporre i fattori produttivi in modi coerenti con i bisogni e le capacità. È possibile con piattaforme collaborative facilitanti il trasferimento delle conoscenze e delle competenze con pratiche KTP (*Knowledge Translation Platform*), così da misurare l'impatto sociale lungo l'asse che va «dalla persona alla comunità» (Vecchiato T., 2015).

Metriche per l'esito generativo

Sono sintetizzate nella successiva figura 2, che evidenzia livelli di esito incrementali, misurabili con strumenti *ad hoc* per quantificare l'*outcome* prestazionale (di tipo Alfa), l'*outcome* «da personalizzazione» (di tipo Beta) e l'*outcome* da «concorso al risultato» (di tipo Gamma) messo a disposizione dalla persona e da quanti nel suo spazio di vita contribuiscono a gestire attivamente la condizione di fragilità.

Fig. 2 – Livelli di outcome



L'esito Alfa è frutto di interventi di tipo prestazionale quando seguono materialmente procedure, protocolli, linee guida. Gli assistiti ricevendo interventi «standardizzati» nel senso tecnico di questo termine, potendo contare sulle prestazioni previste dai Lea (Livelli essenziali di assistenza) e non di più.

L'esito di tipo Beta va oltre Alfa, con vantaggi derivanti dalla personalizzazione quando, oltre ad erogare prestazioni riconducibili alla buona pratica clinica, si realizzano interventi «personalizzati», commisurati alla condizione della persona e delle sue capacità. In questo caso il piano di assistenza richiede un accordo di esito, così da facilitare il raggiungimento dei benefici attesi. L'indice Gamma misura quanto la persona ha contribuito all'esito, ha aggiunto valore e differenza clinica agli indici Alfa e Beta (Vecchiato T., 2014). È ottenuto con pratiche capaci di rendimento e rigenerazione delle risorse personali (non professionali) gestite in regime di Arco terapeutico (Vecchiato T., 2016).

Antecedente giuridico

La valutazione di *outcome*, come l'abbiamo appena caratterizzata, non può quindi prescindere dall'Arco terapeutico, cioè da un percorso metodologico e decisionale *μετα-ὄδος* cioè necessario per strutturare la presa di decisione dentro «campi di forze e capacità» in tensione tra loro. La capacità di prefigurare esiti, associati alle azioni necessarie per conseguirli, consente di distinguere tra indici di esito netto e lordo. I primi sono riconducibili alle azioni realizzate, i secondi sono riconducibili al concerto delle capacità in concorso tra loro.

Il problema è stato prefigurato tecnicamente dal Dpcm 14.02.2001: «la complessità dell'intervento è determinata con riferimento alla composizione dei fattori produttivi impiegati (professionali e di altra natura), e alla loro articolazione nel progetto personalizzato» (art. 1, c. 5). La composizione dei fattori produttivi non è quindi soltanto un fatto gestionale. Prima ancora è un passaggio squisitamente clinico e professionale, da inquadrare nella «chiave di volta» dell'arco terapeutico in cui far convergere capacità professionali e non professionali, della persona e di chi ha interesse al suo bene.

Mentre nelle pietre iniziali dell'arco (diagnosi e prognosi) ci sono valutazioni di bisogno e capacità, nell'intero processo il *focus* è sulla combinazione di potenzialità e risorse da gestire. Dall'inizio alla fine, in linea continua, si collocano le valutazioni di processo, di risultato, di esito e di utilizzo generativo dei fattori produttivi.

Diagnosi e prognosi di capacità

Nelle pratiche correnti purtroppo il grande assente è l'Arco terapeutico. Le ragioni a difesa sono l'inadeguata organizzazione dei sistemi di offerta, che separano le diagnosi dalle prescrizioni, le prognosi dalle scelte di presa in carico, la verifica dalla valutazione, trasformando i potenziali di esito in obiet-



tivi di processo prestazionale.

Il risultato è un sistematico degrado dell'azione professionale deprivata delle responsabilità necessarie, cioè del bene più prezioso, dell'appropriatezza decisionale e operativa, a tutto vantaggio delle logiche «prestazionali» meno rischiose e più remunerative.

L'eccesso di diagnostica non lascia spazio alla gestione dei problemi in condizioni di «cure&care» necessarie per realizzare incontri di responsabilità in «concorso al risultato», con esiti di tipo «gamma», integrando risorse «professionali e non professionali». Quelle non professionali non rappresentano un costo ma un investimento pregiato e non oneroso per l'offerta pubblica, potenziando il costo/efficacia e le pratiche di welfare più sostenibili, perché gestite in condizioni di «aiutare ad aiutarsi».

Vanno quindi evitati gli errori di grammatica e sintassi professionale, costosi e pericolosi, che pregiudicano la speranza delle persone. Sono errori che nascono dal «bypass mentale e decisionale» che collega la diagnosi alle prestazioni, evitando la prognosi e la personalizzazione dei piani di intervento.

Se la prognosi è assente, il piano è assente a se stesso, si trasforma in repertorio di prestazioni, asseconda l'entropia professionale del fare senza esiti, consuma più risorse del necessario, è incapace di «rendere conto», consegnandosi a uno sterile prestazionismo.

Al contrario, se le responsabilità si mantengono a distanza di sicurezza dal materialismo metodologico, la clinica diventa generatrice di capacità e competenze, cioè molta più energia a disposizione. È potenziale tecnico ed economico in grado di affrontare domande impegnative: quello che faccio a cosa serve? Lo ho verificato? È clinicamente ed economicamente sostenibile? Accetto la sfida della verifica di esito? Il rapporto costo/risultato è ragionevole? (Vecchiato T., 2016).

L'incontro delle capacità per sua natura è convergente e bicondizionale perché l'*outcome* diventi bene sostanziale e non soltanto procedurale. La sfida si concentra cioè sull'arte professionale necessaria per agire con le persone e non senza di loro.

Prevenendo le pratiche di «Silo Approach», ridondanti, pesanti, resilienti al cambiamento. È quindi importante contrastare questo rischio e le conseguenze del carico insostenibile (*Allostatic Overload*) e i suoi costi ingiustificati, ridando speranza alle persone in un welfare in progressiva crisi di sostenibilità.

Ricerca e sperimentazione

Analisi comparative per gruppi omogenei di popolazioni ci offrono spunti interessanti per approfondire il rapporto tra «fragilità/capacità» (All. 1). Misurazioni di *outcome* gestite con schemi polari evidenziano quanto le pratiche generative fanno la differenza lungo l'asse delle fragilità e delle capacità. Rivelano incroci virtuosi per gestire la composizione dei fattori produttivi in diverse configurazioni organizzative.

Il coinvolgimento di gruppi gestiti con protocolli clinici coerenti con la sintassi dell'arco terapeutico consente anche di confrontare le pratiche usuali e quelle generative. Il differenziale di esito è evidente e mette in discussione le linee guida tradizionali dove la personalizzazione olistica si disperde in raccomandazioni etiche dissociate dalle scelte cliniche.

Il «deficit di costo/efficacia» tra pratiche correnti e pratiche generative ha spesso a che fare con l'eccessivo riferimento a due valori di verità: V (Vero)/F (Falso) gestiti con protocolli operativi di tipo 0/1 (sbagliato/giusto). In questo modo si riducono i gradi di libertà e il campo di discrezionalità necessario per conseguire il massimo bene possibile.

Le migliori raccomandazioni a disposizione del «curare e prendersi cura» oggi dovrebbero invece essere riconducibili alle logiche modali, che propongono gradazioni progressive di valore decisionale, in modo coerente con i problemi da affrontare. Se si privilegia la personalizzazione, le decisioni professionali che utilizzano le condizionalità della logica modale posso-

no meglio gestire decisioni multifattoriali (complesse) con «operatori vero funzionali» di tipo: necessario/possibile (aletici), obbligatorio/permesso (deontici), credo che/so che (epistemici) (Castellani F., 1990; von Wright G.H., 1989). Se ben gestiti, consentono di valorizzare scienza e coscienza nel «sapere pratico», evitando il sapere «follow me» che segue le raccomandazioni manualizzate senza armonizzare le responsabilità professionali e non professionali necessarie per fare la differenza.

Soluzioni di welfare generativo

Operare in regime di «concorso al risultato» significa mettere in relazione gli esiti associati alle prestazioni professionali con gli esiti associati alle «capacità della persona». Il concorso generativo al risultato avviene soltanto in una «theory of change» ma più concretamente e umanamente con «choices to change» cioè scelte condivise in un quadro prognostico capace di prefigurare esiti attesi in un sistema di tipo KTP (*Knowledge Translation Platform*) facilitante l'apprendere, l'implementare, il consolidare.

Negli studi di fattibilità realizzati dalla Fondazione Zancan negli ultimi 15 anni emergono notevoli differenze tra pratiche tradizionali e pratiche generative. Sono promettenti anche perché implementate con esperimenti di diversa portata senza incrementare le risorse professionali e organizzative (*l'input*), così da verificare la sostenibilità degli *output* a fronte della maggiore efficacia e impatto sociale.

È un potenziale strategico emergente da ricerche che non si sono concentrate sulla identificazione di nuovi trattamenti. Gli indici beta e gamma non dipendono infatti soltanto dai contenuti delle risposte ma anche dal come e chi le trasforma in soluzioni. Insieme potenziano l'esito con arte professionale, gestendo architetture di fragilità e capacità moltiplicative del bene a servizio dei più fragili e a vantaggio di tutti.

SUMMARY

Operating in a regime of «contribution to the result» means relating the outcomes associated with professional service provision to the outcomes associated with the «capabilities of the person». The studies carried out by the Fondazione Zancan over the last 15 years have analyzed the differences between traditional practices and generative practices. This is strategic potential, beyond the research that has traditionally focused on the identification of new services, measuring their effectiveness through «alfa» indices. The additional «beta» and «gamma» indices do not depend on the service provided but mostly on the professional and non-professional contribution to the result. They contribute to strengthen the outcome through professional craft, capable of managing frailty and capability that multiply the available resources i.e. the good necessary to the most vulnerable and to everyone.

RIFERIMENTI

BIBLIOGRAFICI

- Castellani F. (1990), *Intenzioni e mondi possibili*, Franco Angeli, Milano.
- von Wright G. H. (1989), *Norma e azione*, Il Mulino, Bologna, ed. or. 1963.
- Vecchiato T. (2014), *IM indicators and best practices in H&SHC (Health and Social Care)*, in «*La Finanza che include: gli investimenti ad impatto sociale per una nuova economia*», Rapporto italiano della Social Impact Investment Task Force (istituita in ambito G8).
- Vecchiato T. (2015), *L'Arco terapeutico*, in «*Studi Zancan*», 4, pp. 5-12.
- Vecchiato T. (2016), *GLA cioè valutazione di impatto generativo*, in «*Studi Zancan*», 2, pp. 5-18.



Allegato 1

Studi e sperimentazioni della Fondazione Zancan considerati nell'articolo:

1. Ricerca sanitaria sul tema «Prestazioni da includere nei livelli essenziali di assistenza integrata socio-sanitaria per malati di Alzheimer» (in collaborazione con Regione Toscana, con altre regioni e Ministero della salute 2001-2005)
2. Ricerca sanitaria «La depressione dell'anziano: profili di assistenza, soluzioni interprofessionali, indicatori di efficacia» (in collaborazione con Provincia di Trento, con altre Regioni e Ministero della Salute, 2003-2005)
3. Ricerca sanitaria «Fattori di disuguaglianza nell'accesso ai servizi che penalizzano le persone con gravi disabilità e le loro famiglie» (in collaborazione con Regione Campania e Ministero della Salute, 2002-2004)
4. Ricerca sanitaria «Strumenti operativi per una rete integrata di servizi sanitari e sociosanitari sul territorio» (in collaborazione con Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali, con 8 Regioni, Ministero della Salute – Roma, 2006-2007)
5. Ricerca sanitaria «Soluzioni professionali e organizzative per qualificare le risposte domiciliari nella rete integrata dei servizi sociosanitari» (Regione Abruzzo e Regione Autonoma della Sardegna, 2006-2009)
6. Ricerca sanitaria regionale «MEAS - Nuove soluzioni per la presa in carico dei bisogni e la valutazione dell'efficacia dell'assistenza sociosanitaria, con particolare riferimento all'apporto integrato dei medici di medicina generale, degli assistenti sociali e delle altre professioni sanitarie e sociali» (Regione Veneto, 2009-2011)
7. Ricerca sanitaria «Criteria for promoting equity in accessing integrated services for non-self-sufficient people: an evaluation of cost-effectiveness - Criteri per promuovere equità nell'accesso ai servizi sociosanitari per persone non autosufficienti: una valutazione di costo-efficacia» (Ministero della salute e Regione Abruzzo, 2009-2012)
8. Progetto CCM 2012 «Studio sulle prospettive di sviluppo dei servizi di riabilitazione diretti a soddisfare la domanda di salute e di autonomia funzionale dei soggetti disabili con particolare riferimento alla sostenibilità delle politiche sanitarie centrali e regionali nel settore e alla integrazione tra sociale e sanitario» (Agenas, 2013-2014)
9. Studio prospettico per «Valutare l'efficacia del lavoro per progetti personalizzati dell'Ospedale Riabilitativo di Alta Specializzazione di Motta di Livenza» (Oras, 2015-2017)

Pubblicazioni

Pubblicazioni in dialogo con altri paesi che documentano potenziali a disposizione con pratiche di valutazione di *outcome* e di impatto sociale generativo (in ordine cronologico):

- Vecchiato T. (2000), *Italian Experiences of Evaluation*, Journal of Social Work Research and Evaluation, vol. 1, n. 2.
- Vecchiato T., Maluccio A., Canali C, edited by (2002), *Evaluation in Child and Family Services. Comparative Client and Program Perspective*, Aldine de Gruyter, New York.
- Maluccio A., Canali C, Vecchiato T., edited by (2002), *Assessing outcomes in Child and Family Services. Comparative Design and Policy Issues*, Aldine de Gruyter, New York.
- Vergani C., Corsi M., Bezze M., Bavazzano A., Vecchiato T. (2004), *A polar diagram for comprehensive geriatric assessment*, *Archives of Gerontology and Geriatrics*, Volume 38, Issue 2, March-April.
- Vecchiato T. (2004), *Care Pathways*, in Nies H., Berman Ph., *Integrating Services for Older People*, Ehma, Dublin.
- Maluccio A.N., Canali C, Vecchiato T. (2005), *Outcome evaluation in services for families and children: cross-national perspectives*, *International Journal of Child & Family Welfare*, Vol. 8, n. 2-3, pp. 136-140.
- Canali C., Vecchiato T. (2007), *Multiple problem children and families: findings from Italy*, in Grietens H., Knorth E., Durning P., Dumas J. edited by, *Promoting Competence in Children and Families*, Eusarf, Leuven.
- Canali C., Vecchiato T., Whittaker J.K. (edited by) (2008), *Assessing the «Evidence-base» of Intervention for Vulnerable Children and Their Families*, Fondazione E. Zancan, Padova.
- Zeira A., Canali C., Vecchiato T., Jergeby U., Thoburn J., Neve E. (2008), *Evidence-based social work practice with children and families: a cross national perspective*, *European Journal of Social Work*, Vol. 11, No. 1, March, 57-72.
- Canali C., Vecchiato T. (2010), *Mapping the life space of children living in multi-problem families*, *International Journal of Child & Family Welfare*, Vol 13, N. 1-2.
- Maluccio A.N., Canali C., Vecchiato T., Lightburn A., Aldgate J., Rose W., eds (2011), *Improving Outcomes for Children and Families. Findings and Using International Evidence*, Jessica Kingsley Publishers, London and Philadelphia.
- Ezell M., Spath R., Zeira A., Canali C., Fernandez E., Thoburn J., Vecchiato T. (2011), *An international classification system for child welfare programs*, *Children and Youth Services Review* 33, pp. 1847-1854.
- Canali C., Vecchiato T, edited by (2013), *Foster care in Europe: what do we know about outcomes and evidence?*, Fondazione E. Zancan, Padova.
- Del Valle J.F., Canali C., Bravo A., Vecchiato T. (2013), *Child protection in Italy and Spain: Influence of the family supported society*, in Del Valle J.F., edited by, *Out of home care in child protection: An international overview*, *Psychosocial Intervention/Intervención Psicosocial*, Vol. 22, No. 3, December, pp. 227-238.
- Canali C., Fernandez E., Vecchiato T, Zeira A. eds, (2015), *Theoretical and Empirical Insights into Child and Family Poverty*, Springer, New York.
- Canali C., Joyce Ma, Vecchiato T., eds, (2017), *New Perspectives for Outcome-based Evaluation and Research on Family and Children Services*, Fondazione Zancan e The Chinese University of Hong Kong.