

Alma Mater Studiorum – Università di Bologna

DOTTORATO DI RICERCA IN

SCIENZE MEDICHE GENERALI E DEI SERVIZI: PROGETTO N. 3
“SANITA’ PUBBLICA E MEDICINA DEL LAVORO”

Ciclo XXV

Settore Concorsuale 06/M1

Settore Scientifico- Disciplinare MED42

TITOLO TESI

“L’UTILIZZO DEI CASI DI STUDIO PER FAVORIRE L’APPRENDIMENTO DI
METODOLOGIE E STRUMENTI PER LO SVILUPPO ORGANIZZATIVO O DI
PERCORSI DI CURA NELLE AZIENDE SANITARIE”

Presentata da: dr.ssa Tiziana Lavalle

Coordinatore Dottorato

Relatore

Chiar.mo Prof. Nicola Rizzo

Chiar.ma Prof.ssa Maria Pia Fantini

Esame finale anno 2014

Sommario

Riassunto	4
Abstract.....	4
1 - IL PROGETTO DI RICERCA.....	5
La sintesi della letteratura.....	7
2 - Metodi di ricerca e ricerca in ambito organizzativo	11
L'evoluzione dei paradigmi	11
L'evoluzione della revisione della letteratura nelle scienze organizzative: la <i>scoping review/scope study</i>	14
I Metodi di ricerca	17
La ricerca etnografica	22
3 - I CASI DI STUDIO O CASE STUDY	24
I casi di studio nell'ambito pedagogico	24
Come progettare un Case Study	25
4 - La diagnosi organizzativa e gli strumenti per l'analisi dei casi	34
Analizzare le organizzazioni.....	34
Henry Mintzberg.....	35
Gareth Morgan	41
Igor H. Ansoff.....	44
STRUMENTI DI ANALISI.....	49
La rete egocentrica.....	57
La rete delle transazioni	58
Rete delle transazioni	60
La matrice costo/contributo.....	61
La cultura nelle organizzazioni.....	63
Fig. 4.16 – La tensione creativa, fonte Senge, 1990, p.9	67
La <i>leadership</i> facilitatrice nei team di lavoro	68
Teaching notes	70
Un modello di lettura dell'applicazione della disciplina infermieristica all'assistenza: lo <i>Human Caring</i> di Jean Watson.....	72
5. I CASI DI STUDIO NELLE AZIENDE CAMPIONE.....	76
CASO 1 - I pazienti con Stroke nell'AUSL di Piacenza: integrazione ospedale-territorio	76
Le proposizioni e le ipotesi.....	80
INDICE DI BISOGNO ASSISTENZIALE(SIA)	91
Teaching note	97
VALUTAZIONE DI TRE REFEREE DEL CASO	103
CASO 2 - Case Report, il Sig. Franco, affetto da BPCO, comorbilità diabetica e depressione.	105
Le proposizioni e le ipotesi.....	113
Teaching Note	120
VALUTAZIONE DI TRE REFEREE DEL CASO	129
CASO 3 - La rete dei servizi per le persone affette da disturbi cognitivi nella Provincia di Piacenza	131
Le proposizioni e le ipotesi.....	131
Teaching note	158
VALUTAZIONE DI TRE REFEREE DEL CASO	163

CASO 4 - La Formazione 2013 dei Pediatri di libera scelta nell'AUSL di Bologna.	165
.....	
Le Proposizioni ed ipotesi.....	166
Teaching note.....	184
VALUTAZIONE DI TRE REFEREE DEL CASO	190
Conclusioni	192
BIBLIOGRAFIA	191

Riassunto

“L’UTILIZZO DEI CASI DI STUDIO PER FAVORIRE L’APPRENDIMENTO DI METODOLOGIE E STRUMENTI PER LO SVILUPPO ORGANIZZATIVO O DI PERCORSI DI CURA NELLE AZIENDE SANITARIE”

La formazione, in ambito sanitario, è considerata una grande leva di orientamento dei comportamenti, ma la metodologia tradizionale di formazione frontale non è la più efficace, in particolare nella formazione continua o “*long-life education*”.

L’obiettivo primario della tesi è verificare se l’utilizzo della metodologia dello “studio di caso”, di norma utilizzata nella ricerca empirica, può favorire, nel personale sanitario, l’apprendimento di metodi e strumenti di tipo organizzativo-gestionale, partendo dalla descrizione di processi, decisioni, risultati conseguiti in contesti reali.

Sono stati progettati e realizzati 4 studi di caso con metodologia descrittiva, tre nell’Azienda USL di Piacenza e uno nell’Azienda USL di Bologna, con oggetti di studio differenti: la continuità di cura in una coorte di pazienti con *stroke* e l’utilizzo di strumenti di monitoraggio delle condizioni di autonomia; l’adozione di un approccio “*patient-centred*” nella presa in carico domiciliare di una persona con BPCO e il suo *caregiver*; la percezione che *caregiver* e Medici di Medicina Generale o altri professionisti hanno della rete aziendale Demenze e Alzheimer; la ricaduta della formazione di Pediatri di Libera Scelta sull’attività clinica.

I casi di studio sono stati corredati da note di indirizzo per i docenti e sono stati sottoposti a quattro *referee* per la valutazione dei contenuti e della metodologia. Il secondo caso è stato somministrato a 130 professionisti sanitari all’interno di percorso di valutazione delle competenze e dei potenziali realizzato nell’AUSL di Bologna. I *referee* hanno commentato i casi e gli strumenti di lettura organizzativa, sottolineando la fruibilità, approvando la metodologia utilizzata, la coniugazione tra ambiti clinico-assistenziali e organizzativi, e le *teaching note*. Alla fine di ogni caso è presente la valutazione di ogni *referee*.

Abstract

The use of “case Study” to improve learning of methodologies and tools for the organizational development and clinical pathways and care processes in Local Health Authorities

Education, in health care, is a great lever to orient behaviors. The usual training methods are not the most effective, especially in continuing or “long-life” education.

The primary objective is to determine if the “case study” methodology, normally used in empirical research, can help health professionals to learn methods and tools about organizational and managerial domain, starting from description of processes, decisions, results in real contexts.

The case studies were designed and built, with descriptive methodology, in two Local Health Authorities, the first-one in Piacenza and the second-one in Bologna. The cases have different study objects: the continuity of care in a cohort of patients with stroke and use of tools for monitoring the conditions of their autonomy; the adoption of “patient-centred” approach in a patient with COPD at home and caregiver engagement into self-care and self-monitoring; the perception that caregivers, General Practitioners and other professionals have about Dementia and Alzheimer’s network; the fallout of the training 2013 of pediatricians in their clinical activity.

The case studies are accompanied by “teaching note” for teachers and have been subjected to 4 referees for the evaluation of methodology used and contents. The second case has been submitted to 130 professionals in the path of “skills and potentials assessment” realized in Bologna’s Local Authority.

The referees have commented on the contents of each case, the method of presentation and reading tools of the organization, emphasizing usability, approving the methodology used, the conjugation between different areas of clinical care and organizational areas, and teaching notes. They provided helpful suggestions for administration in education. At the end of each case there is the evaluation of each of the referees.

1 – IL PROGETTO DI RICERCA

“The enjoyment of the highest attainable standard of health is one of the fundamental rights of every human being¹” WHO constitution

La formazione, in ambito sanitario, è considerata una grande leva di orientamento dei comportamenti e, per riprendere alcune parole di Henry Mintzberg (1985), la formazione rappresenta un meccanismo di controllo del comportamento organizzativo e operativo che l’organizzazione adotta per costruire l’addestramento e lo sviluppo della carriera e rendere sempre più aderente il comportamento dell’operatore alle richieste aziendali.

Il raggiungimento di *high value* in sanità, implica un massiccio investimento nelle risorse umane e le aziende sanitarie, indentificandosi come *learning organization* e riconoscendo nella formazione continua e nel miglioramento delle competenze professionali gli ingredienti fondamentali per migliorare la qualità dell’assistenza, potrebbero tendere al raggiungimento di standard di assistenza tendenti all’eccellenza (Cartabellotta, 2011²; Porter, 2010, Keller, 1994)

La necessità di mantenere aggiornato il proprio status professionale è un concetto espresso in tutti i codici deontologici che regolano le professioni sanitarie, un obbligo di legge imposto dalla legge 833/78 e attuato dalle leggi 502/92 e 299/99 attraverso la Educazione Continua in Medicina (ECM), richiesto dalla necessità di adeguamento delle competenze alle innovazioni scientifiche ed organizzative.

Nel Sistema Sanitario Inglese le competenze dei professionisti in sanità sono sviluppate seguendo le sei direttrici del portfolio definito dal Department of Health ed inserito nel progetto “*Medical Engagement*”, esteso a tutto lo staff delle strutture sanitarie (Spurgeon, 2003).

Il modello è stato utilizzato, negli ultimi dieci anni, anche per definire l’output formativo dei corsi universitari per medici e delle Scuole di Specialità Mediche. In parallelo il “Royal College of Nurses and Midwifery” (Ordine delle infermiere e delle ostetriche) ha definito le competenze per ogni specifico ruolo del personale sanitario, utilizzando la stessa classificazione di ambiti.



Fig. 1.1 – Struttura della Leadership

in ambito sanitario, NHS, UK, Spurgeon, 2003. Fonte www.institute.nhs.uk/mlcf

I livelli organizzativi con responsabilità di gestione hanno, rispetto ai livelli professionali, anche le due aree di competenza “Saper creare Visione” e “Sapere realizzare la strategia”.

¹ <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/en/index.html>

² Cartabellotta N. (2011) La formazione continua in medicina nell’era della clinical Governance: opportunità e criticità. *Formazione sanità*, n. 87, pp. 98-104; Porter ME (2010) What Is Value in Health Care? *N Engl J Med*, 363; 26: 2477-2481; Koller T. (1994) What is value-based management? *The McKinsey Quarterly*, number 3: 87-101

In Italia si sono diffuse metodologie attive come il metodo PBL (problem based learning), soprattutto nella formazione professionale primaria (corsi di laurea).

Il problem based learning (PBL) nasce, come metodo d'insegnamento, dalla teoria costruttivistica³ e prevede l'apprendimento attivo da parte dei discenti.

E' stato adottato da Howard Barrows e dai suoi colleghi presso la McMaster University di Hamilton, Ontario, Canada alla fine del 1960 (Neville, 2009) nel corso di laurea in Medicina e Chirurgia che lamentavano, nel corso degli studi, poca attinenza tra formazione teorica e pratica medica, nei primi tre anni del percorso formativo. Fu poi introdotto in altri ambiti disciplinari come diritto, economia, studi sociali, ingegneria (Kenney, 2012) e nella Facoltà di Medicina dell'Università Kebangsaan Malaysia (UKM) nel 1987.

Barrows, nel 1996, introdusse il metodo PBL per aiutare gli studenti ad apprendere ruoli futuri, ricercare motivazioni, sviluppare attitudini professionali. Da allora è stato adottato come principale metodologia di insegnamento basato sull'apprendimento per scoperta/ricerca individuale (Savin-Baden, 2000, Sasso, 2008) anche in Italia.

Uno degli elementi principali del metodo è lo sviluppo della capacità di valutare e di autovalutarsi dello studente. In Italia è utilizzato sistematicamente nei Corsi di Laurea in Infermieristica dell'Università di Ferrara, Parma (sede di Piacenza), Genova e, in quest'ultima università, anche nella formazione dei medici, all'interno del laboratorio di "medical education" presso il Dipartimento di Scienze della Salute.

Le fasi che il PBL prevede sono:

- Identificare gli obiettivi
- Decidere le attività e gli strumenti di accertamento.
- Decidere quanto tempo occorre per definire il setting.
- Descrivere il problema.
- Identificare le risorse.
- Definire I vincoli.
- Definire I risultati da valutare.
- Monitorare e supportare.

La "scoperta" individuale, il confronto in gruppo, la discussione e il feedback del docente sono elementi che radicano l'apprendimento, stimolano il giudizio critico e la capacità di confronto.

Molti autori sostengono che il PBL promuova, nell'analisi di un problema, situazione, contesto, la riflessione sulle migliori opzioni di scelta, sulla migliore risposta. Marton e Saljo⁴ nel 1976 sottolinearono l'importanza della rielaborazione in modo autonomo delle conoscenze acquisite attraverso il collegamento ai dati provenienti dall'esperienza, in particolare al radicamento, consolidamento dell'apprendimento e alla sua "costruzione" di senso e le ricerche qualitative sul PBL hanno dimostrato che l'esperienza maturata è più significativa rispetto ai programmi basati su lezioni frontali o conferenze plenarie. (Taylor⁵ 1997; Savin-Baden 2000; Wilkie 2000).

Anderson et al.⁶ (2011) hanno affermato che il PBL, sviluppando la capacità di soluzione dei problemi, educa alla discussione, a sostenere le proprie tesi basandole su evidenze e documentazioni, ad avere fiducia in se stesso ed a gestire l'incertezza ed il conflitto, a sviluppare la capacità critica.

³ il costruttivismo è un approccio teorico fondato sulla comprensione della struttura e della dinamica del sistema di significati che una persona adotta. L'iniziatore del costruttivismo può essere considerato lo psicologo statunitense George Kelly che già negli anni '50 precorse gli sviluppi della scienza cognitiva. Non è un pensiero totalmente originale in quanto già Giambattista Vico (1168.1744) diceva: "Il vero è identico al fatto", o anche "... la verità umana è ciò che l'uomo conosce costruendolo con le sue azioni, e formandolo attraverso di esse", Giambattista Vico, *De antiquissima Italorum sapientia* in Opere filosofiche a cura di P. Cristofolini, Firenze, Sansoni 1971, p.70, o G.B. Vico, Opere, Sansoni, Firenze, 1971, I, 1 p. 63

⁴ Marton, F. and Saljo, R. (1976a). "On qualitative differences in learning: I. Outcome and process," *British Journal of Educational Psychology* 46: 4–11. Saljo, R. (1981). "Learning approach and outcome: Some empirical observations," *Instructional Science* 10: 47–65

⁵ Taylor, S. (1997). *Educational policy and the politics of change*. Routledge (London and New York), ISBN 0415118700.

⁶ Anderson, M. F., Pérez, L. C., Jones, D., & Zafft, C. (2011). Success factors for students transferring into undergraduate engineering degree programs. In *Frontiers in Education Conference (FIE)*, 2011 (pp. F2F-1). IEEE. <http://dx.doi.org/10.1109/FIE.2011.6142851>

Se il PBL è un metodo per apprendere come risolvere i problemi nella formazione professionale primaria, utilizzando quesiti o situazioni “semplici” anche se con molteplici aspetti da indagare, il metodo dei casi di studio può essere il metodo per individuare, descrivere i problemi in ambito organizzativo-gestionale, ai quali applicare, per la soluzione, una metodologia “*problem solving*” e l’utilizzo di strumenti diagnostici e decisionali.

La ricerca presentata in questa tesi è quindi centrata nel valutare se l’apprendimento in ambito organizzativo-manageriale può essere sollecitato attraverso metodi di ricerca empirica, i case-study, metodi non tradizionali di ricerca, non epidemiologica e sperimentale, che permettano lo studio di situazioni, processi decisionali, risultati delle decisioni e, se possibile, nell’applicazione del metodo ad alcuni contesti disponibili a diventare oggetto di studio.

Lo sviluppo della tesi è stato il seguente:

- a) Attraverso la revisione della letteratura sui metodi di ricerca sono stati isolati i metodi descrittivi di ambito o contesto. Per sostenere la validità di alcuni metodi sono stati ripresi alcuni concetti di base degli approcci teorici sottostanti (cap. 2). Tra tutti i metodi, la ricerca etnografica e lo studio di caso si sono rivelati i più utili alla progettazione degli studi nelle aziende e, tra questi, è stato scelto lo studio di caso.
- b) Sono state descritte le caratteristiche e le modalità di progettazione dei *Case Study* (cap. 3), per ottenere una guida semplice alla progettazione, per il successivo lavoro sul campo. E’ stato anche identificato uno schema semplificato di *Case Report* per la presentazione dei risultati dello studio di caso.
- c) Poiché i *Case Study* da progettare si riferivano all’apprendimento organizzativo-gestionale e non quello clinico, sono stati sintetizzati alcuni metodi di analisi organizzativa e alcuni strumenti di diagnosi organizzativo-processuale, utili nell’interpretazione/utilizzazione dei *case report* successivi e alla predisposizione delle *teaching note* per i conduttori/docenti.
- d) Sono stati progettati 4 casi e condotte quattro ricerche sul campo, coinvolgendo operatori locali. I casi sono centrati su alcuni temi “caldi” nelle aziende sanitarie:
 1. La dimissione assistita e la presa in carico territoriale di persone con malattie croniche
 2. L’attuazione di percorsi assistenziali per malati cronici e loro caregiver
 3. La verifica della conoscenza delle reti territoriali che le organizzazioni promuovono, sia da parte di professionisti che dei caregiver
 4. L’orientamento della formazione a sostegno di interventi per la salute pubblica o di particolari target di popolazione.

Ogni caso è presentato sotto forma di *case report* e contiene le indicazioni per i docenti, al fine di facilitare l’utilizzo dei casi da parte dei partecipanti alla formazione. Le *teaching note* contengono alcuni approfondimenti sugli oggetti di apprendimento o in particolari ambiti di conoscenze che potrebbero non essere patrimonio collettivo, in modo che il docente possa essere di supporto o integrare le conoscenze dei discenti e presentano alcune indicazioni operative o quesiti che il docente può porre all’aula.

Nella parte finale della tesi (cap. 5) sono presenti gli elementi interpretativi di ogni caso, per supportare la discussione e la proposta di soluzione da parte dei discenti.

I casi sono stati sottoposti a quattro *referee* per la loro valutazione.

La sintesi della letteratura

La letteratura in materia di ricerca organizzativa è rilevante, sono stati identificati 2400.000 documenti, sono stati identificati 2970 documenti centrati sui casi di studio, prevalentemente in ambito pedagogico e di altre discipline.

La letteratura sull’uso del caso di studio nella formazione sanitaria è scarsa, 111 articoli, prevalentemente nelle aree delle neuroscienze ed infermieristica.

Gli elementi più evidenti della letteratura sono:

- l'uso dei casi di studio permette l'utilizzo del metodo induttivo, che facilita la comprensione della teoria attraverso l'applicazione pratica,
- come ricerca empirica, è applicabile a piccoli gruppi o singoli "individui" che costituiscono il campione di studio,
- permette valutazioni qualitative e quantitative e l'utilizzo di diversi metodi e strumenti di raccolta dei dati, l'utilizzo di fonti multiple,
- rende più efficace il processo di apprendimento
- è utile come strumento di apprendimento e la sperimentazione di metodologie diagnostiche e di problem solving.

I casi di studio si basano su una dettagliata analisi contestuale, un numero limitato di eventi o circostanze da esaminare e le loro relazioni, i risultati delle azioni prodotte.

Gli scienziati sociali hanno fatto ampio uso dei *case study* per esaminare situazioni di vita reale, mentre nell'ambito delle scienze mediche il *case study* o *case report* è stato utilizzato per rappresentare i risultati della ricerca empirica su campioni limitati o i risultati di trattamenti su singoli individui, come base per l'estensione della ricerca stessa.

Si riportano gli estratti di 6 articoli pertinenti.

Anthony e Jack (2009) nella revisione "*Qualitative case study methodology in nursing research: an integrative review.*" hanno analizzato 42 *papers* di *case study* in ambito infermieristico, pubblicati tra il 2005 e il 2007 su riviste indicizzate.

Hanno utilizzato il metodo guidato di analisi e revisione di Whittermore e Knaf's. Il risultato più evidente è che esiste confusione nell'uso del metodo e nella denominazione "*case study*", mentre il *case study* è una metodologia esclusiva per esplorare particolari aspetti di un fenomeno utilizzando metodi multipli o misti di indagine e raccolta dati.

Meil (2007) in "*The Use of Case Studies in Teaching Undergraduate Neuroscience*" afferma che in ambito neurologico i *case study* sono stati pietre miliari nello sviluppo delle conoscenze e rimangono fonti indispensabili di conoscenza.

L'articolo identifica i vantaggi pedagogici della metodologia del caso di studio testati su un cluster di 90 medici specializzandi:

- legano l'apprendimento a qualcosa di reale
- la revisione della letteratura è specifica all'*assessment* del caso e non generale,
- permette di realizzare analisi sia quantitative che qualitative.

Prince e Felder (2006) in "*Inductive Teaching and Learning Methods: Definitions, Comparisons, and Research Bases*" hanno affermato che lo studio di caso, come metodo induttivo, è applicabile anche in ingegneria perché permette la scoperta delle teorie di riferimento attraverso un'esperienza o una situazione reale. L'uso di caso di studio, come gli altri metodi induttivi tra i quali indagini, apprendimento per problemi, apprendimento attraverso la scoperta, permette l'apprendimento teorico in modo in genere più efficace e con maggiori esiti pedagogici dei metodi deduttivi.

Henderson e Rado (1980) in "*Case Studies and the Teaching of Development*" hanno esaminato il ruolo del caso di studio nell'insegnamento. Hanno esaminato l'attività della Università di Harvard negli anni 1920-30 confrontata con le esperienze successive. Hanno identificato tre dimensioni del caso di studio, non chiarite nella letteratura dell'epoca: a) è un metodo di insegnamento che si rivolge a piccoli gruppi; b) è una attività di ricerca; c) permette di fare inferenze e generalizzazioni in un'area di studio interdisciplinare.

Leston-Bandeira (2013) in "*Methods Teaching through a Discipline Research-Oriented Approach*" presenta il caso di studio come metodo di insegnamento della metodologia della ricerca focalizzato sull'ambito disciplinare

di apprendimento. Attraverso il caso di studio gli studenti sperimentano la ricerca, il suo sviluppo e l'analisi dei risultati e si impegnano nella disciplina, si appropriano del processo di apprendimento.

Pedreira de Freitas e Carmona (2011) in *“Case study as a strategy for teaching the Nursing Process and the use of standardized language”* descrivono l'esperienza dell'utilizzo del caso di studio per discutere il processo di assistenza infermieristica e l'utilizzo di un linguaggio standardizzato. L'esperienza, sviluppata con 35 studenti, ha dimostrato maggior interesse verso il caso di studio che verso le lezioni frontali perché gli studenti si sentivano soggetti nel processo di insegnamento-apprendimento e corresponsabili della propria formazione.

Marjorie (2004) in *“Implications of Using Case Study Instruction in a Foreign/Second Language Methods Course”* presentano l'esperienza dell'uso del caso di studio nell'insegnamento delle lingue straniere nella formazione secondaria. I risultati indicano che l'insegnamento basato sui casi è un metodo che facilita la scoperta delle abilità personali nel collegare la teoria alla pratica permette di capire ed utilizzare le teorie pedagogiche per diventare educatori efficaci.

Arellano, Barcenal, Bilbao, Castellano, Nichols e Tippins (2001) in *“Case-based pedagogy as a context for collaborative inquiry”* presentano una ricerca sull'uso della pedagogia basata sui casi di studio nelle scienze elementari nelle Filippine. Nell'articolo si dimostra che l'uso del caso ha permesso agli studenti di estrarre la teoria dall'applicazione pratica, fare inferenze, ritrovare codici morali espliciti e codici linguistici, identità e dilemmi.

ALCUNE TESTIMONIANZE DI ISTITUTI CHE UTILIZZANO I CASI DI STUDIO NELLA FORMAZIONE (www.thecasecentre.org)

Darden Business School

Un elemento distintivo dell'esperienza accademica della Darden Business School è la formazione basata sui casi. In opposizione all'approccio educativo basato sulla lettura, in Darden il tempo in aula è speso nella discussione di casi su problemi aziendali attuali e sulla ricerca di potenziali soluzioni. Sotto la direzione competente di un membro del corpo docente, gli studenti rinforzano le loro capacità comunicative e di leadership apprendendo come assumere difficili decisioni con informazioni limitate e una significativa incertezza — competenze critiche, queste, per ogni leader aziendale attuale o futuro. Gli studenti, difendendo attivamente le loro scelte, hanno un ambiente sicuro nel quale apprendere come persuadere ed ispirare gli altri, riconciliare diversi punti di vista e prioritarie obiettivi e capitalizzare opportunità.

IESE Business School

Il metodo di studio attraverso i casi, pratico e altamente dinamico, è lo strumento metodologico principalmente utilizzato nei programmi IESE. Attraverso l'uso di casi aziendali basati sulla ricerca, studenti e corpo docente si impegnano in un processo di analisi e in profonde discussioni su sfide reali affrontate da aziende in tutto il mondo.

IMD

Il metodo dei casi descrive i temi reali del management in aziende reali. I casi sono usati come base per discussioni in classe e danno ai partecipanti l'opportunità di assumere il ruolo di giocatore chiave nella situazione aziendale descritta.

INSEAD

INSEAD crede che il metodo dei casi di studio offra il più efficace modo per produrre lezioni sulla leadership. Nella classe, il metodo dei casi sfida gli studenti ad utilizzare le loro capacità di soluzione dei problemi, di decisione come dovrebbero fare in ambito lavorativo. L'approccio forza il lavoro in gruppo, la riflessione individuale e la partecipazione attiva.

Harvard Business School

C'è solo un modo per apprendere l'arte della leadership, così richiesta, ed è attraverso il suo esercizio. Ecco perché la formazione in Harvard Business School è stata e continua a essere costruita attraverso lezioni pratiche con il metodo dei casi di studio. Impegnando gli studenti in conflitti aziendali sviluppati da eventi reali, i casi immergono gli studenti nelle sfide che si aspettano di fronteggiare. Sfide che richiedono analisi a tutto pensiero con informazioni limitate o insufficienti. Che richiedono risposte efficaci in circostanze ambigue o contesti economici e politici complessi. Che, soprattutto, richiedono azioni decisive che devono essere articolate e spesso difese, in mezzo ad altri talentuosi ed ambiziosi individui.

Richard Ivey School of Business

Dai suoi inizi nel 1922, il metodo dei casi di studio è stato la pietra miliare dell'approccio all'apprendimento della Ivey.

Il metodo dei casi è un modo attivo di apprendere facendo. Ogni caso fornisce agli studenti una opportunità per impersonare il decisore, analizzando i temi aziendali presentati, esprimendo un giudizio e determinando il corso delle azioni.

Alcune testimonianze (www.thecasecentre.org) di studenti e docenti

Cosa dicono gli studenti

"La parte non valutabile è la sollecitazione delle emozioni che si sviluppano con la progressione dei temi quali una decisione difficile, incertezze e competitività, E' veramente piacevole vedere come maneggiamo questa "terra di nessuno" dove puoi osservare come persone diverse approcciano una situazione data."

Steven Fouskarinis, IESE Global Executive MBA participant

"I casi sono un modo incredibile per guadagnare esperienza e vedere differenti approcci per risolvere una specifica situazione. Ci si arricchisce con una situazione di vita reale"

Xavier Cornella, IESE Global Executive MBA participant

Cosa dicono i docenti

"I casi offrono agli studenti una magnifica opportunità di applicare ciò che pensano e conoscono alle sfide manageriali, temi e opportunità sono ritratte nel caso"

Jim Erskine, Richard Ivey School of Business

"Le discussioni che ho avuto in classe su alcuni casi sono state veramente "ad occhi aperti" tra i partecipanti e me. Ci avevano portato a capire che non tutto è bianco o nero e che alcune persone scoprono presto come possono rapidamente sfociare in posizioni eticamente sfidanti."

Daniel Muzyka, Sauder School of Business, University of British Columbia

"Management education is not just about theory, it's also about practice. The case method allows the teacher to bring a slice of life, a snapshot of reality, into the classroom setting. Real life may not fit nicely in to an over simplified framework or a neat and elegant theory. Cases help students discover reality in its full complexity which in itself is an energising experience."

Kamran Kashani, IMD

"The key thing that makes cases so effective in management education is their ability to engage people. In a learning experience it's very much about engagement, as the saying goes, tell me and I'll forget, teach me and I'll remember, involve me and I'll learn. Teaching with cases is very rewarding because you are part of a learning experience which is really enriching."

Martin Kupp, ESMT

2 – Metodi di ricerca e ricerca in ambito organizzativo

La ricerca, in ambito organizzativo sanitario, richiede metodi e strumenti differenti da quelli utilizzati dalla conoscenza scientifica tradizionalmente intesa, come quella biologica, matematica, epidemiologica. La numerosità di variabili presenti in un'organizzazione e l'influsso che cultura e comportamenti hanno sui processi e sui risultati organizzativi, richiedono un approccio che permetta di esplorare l'ambiente, di narrare le relazioni, di descrivere i processi, di documentare le decisioni, di raccogliere dati e discutere i risultati ottenuti e le azioni di miglioramento possibili, tutto nello stesso tempo. Inoltre, per studiare una organizzazione, l'osservazione non può essere limitata solo ad un piccolo nucleo di soggetti, senza esplorarne anche le relazioni interne ed esterne, perché anche le strutture più piccole, in una organizzazione, non sono mai autosufficienti e autodeterminate. Per questo motivo occorre, per studiare una organizzazione, rivolgersi ad approcci a forte impronta qualitativa, pur non tralasciando i metodi quantitativi.

L'evoluzione dei paradigmi

Il paradigma positivista, nato con Auguste Comte (1798-1857), parte dalla considerazione generale della realtà (mondo) come un'entità oggettiva e nota a priori (data), che può essere descritta mediante proprietà misurabili, indipendentemente dall'osservatore (ricercatore) e dagli strumenti utilizzati. Gli studi effettuati in questa prospettiva tendono ad attuare lo schema *descrizione della realtà - formulazione delle ipotesi - test delle ipotesi*, identificando un set di variabili dipendenti ed indipendenti le cui relazioni sono governate da nessi di causalità sequenziale. Nella scelta di un modello di scienza di riferimento, Lee (1989) fa riferimento al *modello delle scienze naturali applicato alle scienze sociali* (Susman e Evered, 1978; Burrell e Morgan, 1979; Behling, 1980; Daft, 1983; Shon et al., 1984), secondo cui le *scienze naturali* rappresentano un modello ideale su cui le scienze naturali dovrebbero modellarsi. Secondo quanto proposto da Orlikowski e Baroudi (1991), la visione positivista trova applicazione nell'ambito delle ricerche laddove vi sia evidenza di:

- formulazione preliminare di ipotesi formali;
- misurazione oggettiva delle variabili individuate;
- test delle ipotesi proposte;
- estensione inferenziale dei risultati ottenuti mediante l'osservazione del fenomeno osservato (oggetto della ricerca).

Lee (1989) evidenzia come l'utilizzo del paradigma positivista porta all'identificazione di quattro problemi principali.

1. *Effettuazione di osservazioni controllate.* Al fine di testare e verificare le relazioni causali, i metodi di ricerca ispirati ad una visione positivista prevedono l'osservazione dell'influenza di un fattore (variabile indipendente) su un altro (variabile dipendente) al fine di confermare o confutare i nessi di causalità previsti. Il problema del *controllo* di questi test riguarda la garanzia che altri fattori che possano influenzare potenzialmente il fenomeno in oggetto, possano essere rimossi o "tenuti sotto controllo" (il tipico caso è quello dei "gruppi di controllo" negli esperimenti di laboratorio). Ricorrendo a tecniche di analisi quantitativa, quali quelle imperniate sugli strumenti statistici, esistono delle tecniche di controllo, come ad esempio quelle basate sulla regressione lineare. Tuttavia, quando lo studio di un fenomeno deve essere condotto nell'ambito del suo *real-world setting* (Yin, 1989) non è possibile ricorrere né a tecniche di laboratorio, né statistiche di controllo dei dati (è la situazione, in particolare, del metodo del *Case Study*).

2. *Effettuazione di deduzioni controllate.* La visione deterministica del mondo su cui si impronta la visione positivista consente di effettuare deduzioni ricorrendo a modelli formali e matematici. Lo stesso rigore formale incorpora la garanzia di proporre delle deduzioni *controllate*. Al contrario, il ricorso a tecniche di analisi qualitative, essendo basate su *proposizioni verbali* prestano maggiori problemi per il controllo delle deduzioni.

3. *Abilitazione della replicabilità*. La replicabilità rappresenta l'essenza del metodo Galileano che sta alla base delle *scienze naturali*.

4. *Abilitazione alla generalizzabilità*. Data la natura *nomotetica* delle scienze naturali, l'estensione della portata e della validità delle teorie riguarda la generalità dei fenomeni osservati. Tale generalizzabilità non è sempre garantita dalle tecniche di ricerche qualitative. Infatti, se da un lato l'uso della *Grounded Theory* consente di pervenire a talune forme di generalizzazione, l'interpretazione dei singoli Casi di studio tende ad essere fortemente *idiografica* (vedi oltre).

Una menzione particolare deve essere riservata al positivismo di Karl Popper (1968), inteso come la verifica deduttiva delle teorie. Il punto di partenza è rappresentato dall'affermazione che il criterio di demarcazione tra scienza e non scienza è rappresentato dalla possibilità di *falsificare* una teoria (Popper, 1968: 40-42). Altro punto evidenziato da Popper è che non possiamo dimostrare vera nessuna teoria scientifica a causa del quantificatore universale: le teorie "non si verificano", bensì se ne controlla il contenuto. Compito dello scienziato è quindi quello di cercare l'errore della teoria per poi falsificarla. La scienza avanza, secondo Popper, perché avviene la ricerca dei fatti contrari, dove per fatto si intende un frammento di realtà interpretata. Lo spirito falsificazionista consiste quindi nella ricerca di fatti che smentiscano la teoria, non di fatti che la accarezzino e di conseguenza un asserto diventa vero solamente se corrisponde ai fatti.

Sempre secondo Popper, un altro mito che deve crollare è quello dell'"evidenza": non bisogna lasciarsi ingannare dal fatto che la teoria assorba i fatti, le evidenze. Ma la sua *falsificabilità* non è l'unico requisito per dare dignità scientifica ad una teoria; a ciò si aggiungono la *consistenza logica*, la necessità che sia *esplicativa* o *predittiva* e che resista appunto alle verifiche di *falsificazione*. Il problema della verifica dell'applicabilità dello schema Popperiano è stato affrontato da Markus (1983) e in seguito è stato ripreso da Lee (1989).

E' doveroso rilevare che la visione positivista non preclude il ricorso a processi di acquisizione delle conoscenze di tipo qualitativo; in tale prospettiva, il metodo del *Case Study* viene proposto ed illustrato dai lavori, tra gli altri, di Benbasat et al. (1987) e Yin (1994).

Il paradigma interpretativo, altrimenti detto anche naturalistico, parte dal presupposto che l'accesso alla realtà (interpretazione del mondo, che può essere data o socialmente costruita) sia possibile esclusivamente attraverso il ricorso a costruzioni sociali, come il linguaggio, la consapevolezza (*consciousness*) e i significati condivisi. La prima critica all'uso ed alla inappropriata degli schemi positivistici viene mossa da Franz e Robey (1984), i quali evidenziano i limiti dei metodi di ricerca *nomotetici* e promuovono l'utilizzo di metodi *idiografici* più idonei alla comprensione dei fenomeni nell'ambito dei propri contesti. Le basi filosofiche delle ricerche interpretative possono essere rinvenute nell'ermeneutica e nella fenomenologia (Boland, 1985). Dato che le ricerche interpretative mirano alla comprensione dei fenomeni attraverso i significati ad essi assegnati dalle persone (ricercatori), l'applicazione dei metodi di ricerca interpretativi possono essere definiti come "...finalizzati alla produzione di una comprensione del contesto e il processo attraverso il quale la ricerca influenza ed è influenzata dal contesto" (Walsham, 1993: 4-5). Di conseguenza, le ricerche di tipo interpretativo non predefiniscono variabili dipendenti ed indipendenti ma, al contrario, si focalizzano sullo studio complessivo del fenomeno, così come viene percepito attraverso lo *human sense making* (Kaplan e Maxwell, 1994). La visione interpretativa, così come adottata da Checkland e Holwell (1998), conduce alla reinterpretazione della tradizionale distinzione tra dati-informazioni-conoscenza verso una visione più complessiva dei modi in cui l'*informazione* interagisce con le altre attività organizzative.

Tab. 2.1 Differenze tra paradigma positivista e naturalista (Lincoln e Guba, Naturalistic Inquiry, 1985)

<i>Assiomi</i>	<i>Paradigma positivista</i>	<i>Paradigma naturalista</i>
<i>Natura della realtà</i>	<i>Realtà singola, tangibile, frammentata</i>	<i>Realtà multipla, costruita, olistica</i>
<i>Relazioni tra conoscente e conosciuto</i>	<i>Soni indipendenti, dualistici</i>	<i>Sono interattivi, inseparabili</i>
<i>Possibilità di generalizzazione</i>	<i>Generalizzazioni libere nel tempo e contesto (descrizioni nomotetiche)</i>	<i>Ipotesi legate a contesti e tempi di lavoro (descrizioni idiografiche)</i>
<i>Possibilità di relazioni causa-effetto</i>	<i>Cause reali, temporalmente precedenti o contemporanee ai loro effetti</i>	<i>Le variabili si influenzano vicendevolmente, così è impossibile distinguere cause ed effetti</i>
<i>Ruolo dei valori</i>	<i>Ricerca slegata dai valori</i>	<i>Ricerca legata ai valori</i>

All'interno del paradigma naturalistico è presente **la visione critica, un particolare punto di vista** che presuppone che la realtà sociale sia storicamente costituita e continuamente prodotta e riprodotta dalle persone. L'ipotesi sottostante a questa visione è che gli individui siano capaci di interferire e cambiare il contesto sociale ed economico in cui agiscono ma la loro azione è limitata ed ostacolata da varie forme di *dominazione*: sociale, culturale e politica. In tale prospettiva la ricerca assume una connotazione definibile come *critica* rispetto alle restrizioni ed alle condizioni di alienazione che caratterizzano lo *status quo* ed il *ricercatore* si focalizza sulle opposizioni, sulle contraddizioni e sui conflitti che caratterizzano la realtà osservata.

Il paradigma dominante nelle scienze organizzative, dalla seconda metà degli anni '60, è il neopositivismo di stampo anglosassone, che prende come modello di riferimento quello delle *scienze naturali*, con largo ricorso al linguaggio matematico ed alle tecniche quantitativo-statistiche. Tale paradigma ha, col tempo, trovato sempre maggiori limiti di applicazione per la sua implicita aridità ed incapacità di analizzare i comportamenti sottostanti all'azione organizzativa. Tali limiti hanno favorito l'emergere di un altro paradigma di tipo qualitativo etnografico-culturale, maggiormente improntato sull'analisi dei *significati* piuttosto che alla mera registrazione dei *fatti* (Nacamulli, 1996), studiando orientamenti e movimenti degli attori sociali nel loro contesto organizzativo (Piccardo, 1996).

Negli studi organizzativi, quindi, si confrontano due grandi paradigmi di riferimento: quello positivista-quantitativo e quello fenomenologico-qualitativo.

L'approccio induttivo-qualitativo in ambito organizzativo: la grounded theory

La *Grounded Theory* è una teoria basata sull'*induzione*, attraverso cui il ricercatore sviluppa ipotesi teoriche di portata generale attraverso l'elaborazione simultanea di dati empirici ed osservazioni (Martin e Turner, 1986), mediante l'utilizzo di tecniche *qualitative* (Strauss e Corbin 1990) e l'utilizzo di un metodo narrativo. La *Grounded Theory* preclude l'utilizzo di qualsiasi tecnica di codifica e di classificazione che possa implicare il ricorso a tecniche quantitative per l'analisi dei dati (Yin, 1993). La sua caratteristica principale è che lo sviluppo delle generalizzazioni/teorie avviene in base alla sistematica elaborazione di dati ed osservazioni ed attraverso

una continua interazione tra raccolta ed elaborazione dei dati. “*La teoria rappresenta una strategia con cui trattare i dati nella ricerca e fornire modalità di concettualizzazione ai fini della descrizione e della spiegazione di determinati fenomeni*” (Barney⁷ e Strauss, 2009, p. 32). Secondo alcuni (Strauss e Corbin, 1980; Yin, 1993) la *Grounded Theory* si colloca nell’ambito di una visione positivista, in quanto emula il *metodo delle scienze naturali*. Tuttavia, studi recenti hanno utilizzato questo metodo di ricerca seguendo una logica interpretativa e non positivista (Orlikowski, 1993). Date le sue caratteristiche, risulta particolarmente adatta per lo studio di problemi che non siano investigati in maniera esaustiva da precedenti contributi teorici (PriesHeje, 1992), come l’ambito dei sistemi informativi, e per la descrizione di contesti e di fenomeni *process-oriented*. Le tre caratteristiche della *Grounded Theory* possono essere individuate nei seguenti aspetti (Martin e Turner, 1986):

- l’uso dell’*induzione* come base per la formulazione di ipotesi interpretative di portata generale che prendono corpo dalle evidenze empiriche analizzate;
- l’intuizione del ricercatore è trasformata in concetti che rappresentano la realtà
- la produzione di risultati utili ad accurati deve avvenire attraverso la considerazione della complessità dei contesti organizzativi di riferimento, senza ricorrere a semplificazioni (tipiche delle tecniche quantitative).
- la generazione di teorie di processi, sequenze e cambiamenti relativi ad organizzazioni, posizioni ed interazioni organizzative.

L’analisi del ricercatore si sviluppa attraverso la comparazione (Barney & Strauss, p. 51) che permette, attraverso l’emersione delle differenze, di verificare le influenze che le determinano ed elaborare ipotesi di generalizzazione.

Tra gli studi recenti il più significativo sembra essere quello di Orlikowski (1993) il quale analizza due esperienze organizzative di adozione ed uso di strumenti CASE (*Computer-Aided Software Engineering*) nell’ambito di un arco temporale. Attraverso l’uso della *Grounded Theory* lo studio interpreta le esperienze di introduzione del CASE come processi di cambiamento organizzativo incrementale o radicale, e perviene alla formulazione di un framework teorico di riferimento sulla portata organizzativa dell’adozione degli strumenti informatici analizzati.

Le critiche mosse alla *Grounded Theory* si riferiscono alla condizione “situazionale” della GT e all’impossibilità di individuare un “punto di vista esterno” della ricerca: alla fine dell’osservazione, contesto, attori e processi non sono più come erano all’inizio, la ricerca si inserisce profondamente nel contesto all’interno del quale il ricercatore esplora e nel tempo tutto si modifica anche in considerazione della partecipazione/presenza/influenza del ricercatore sugli attori e degli attori sul ricercatore.

L’evoluzione della revisione della letteratura nelle scienze organizzative: la *scoping review/scope study*

Gli studi di “ambito” sono il modo più popolare di ricerca delle evidenze nella letteratura organizzativa. Nel 2005, Arksey e O’Malley⁸ pubblicarono il primo quadro metodologico per lo svolgimento di studi di ambito e proposero raccomandazioni che sono tutt’ora seguite: a) chiarire e collegare lo scopo e la domanda della ricerca (fase uno); b) valutare la fattibilità di garantire sia l’ampiezza che la completezza del processo di valutazione (fase due); c) utilizzare un approccio di squadra interattivo per la selezione studi (fase tre) e per estrarre i dati (fase quattro); d) analizzare i risultati attraverso una sintesi numerica e qualitativa, considerando le implicazioni per la politica, la pratica o la ricerca (quinta tappa) e incorporando consultazioni con i soggetti interessati a raggiungere lo scopo (fase sei).

⁷ Barney, G.G. Strauss, A.L. (2009) *La scoperta della Grounded Theory. Strategie per la ricerca qualitativa*. Armando Editore, Roma.

⁸ Grant, J.M. Booth, A. (2009) *A typology of reviews: an analysis of 14 review types and associated methodologies*, *Health Information and Libraries Journal*, 26, pp.91–108, DOI: 10.1111/j.1471-1842.2009.00848.x

Nella Tabella 2.2 sono riportate alcune definizioni degli studi di ambito o *scope study*.

Tab. 2.2 Definizioni e scopi degli "studi di ambito (scope study)" (Levac, 2010, p. 2)

Autori	Definizioni	Scopi
Ehrich et al. (2002)	Non fornita.	"Lo scopo di un esercizio di <<ambito>> è sia quello di mappare una vasta gamma di letteratura, che di prevedere dove le lacune e gli approcci innovativi possono mentire' [p. 28].
Arksey and O'Malley (2005)	" Lo scopo di mappare rapidamente i concetti chiave alla base di un settore di ricerca e le principali fonti ei tipi di prove a disposizione '[p. 194],	<ol style="list-style-type: none"> 1. Per esaminare la misura, la gamma, e la natura delle attività di ricerca. 2. Per determinare il valore di intraprendere una revisione completa sistematica. 3. Per riassumere e diffondere i risultati della ricerca. 4. Per identificare le lacune della ricerca nella letteratura esistente. [p. 21]
Anderson et al. (2008)	Studi di ambito che riguardano come contestualizzare le conoscenze in termini di identificazione dello stato attuale della conoscenza, individuando i tipi di cose che conosciamo e non conosciamo, e l'impostazione della conoscenza all'interno della politica e dei contesti pratici	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mappatura della letteratura: è una mappa della letteratura rilevante. La letteratura varia come peso scientifico degli studi e vi sono studi che sono poco meno di revisioni sistematiche. Gli studi di esplorativi (scoping) spesso coinvolgono anche la sintesi di risultati di diversi tipi di studio. ' 2. Mappatura concettuale: 'uno studio esplorativo è progettato per stabilire come un particolare termine è usato in letteratura, da chi e per quale scopo.' 3. Mappatura politica: 'uno studio esplorativo è finalizzato a identificare i principali documenti e le dichiarazioni di agenzie governative e organizzazioni professionali che hanno un rapporto con la natura della pratica in quella zona" 4.. Consultazione delle parti interessate: 'non costituiscono studi di ambito, ma hanno un ruolo importante da svolgere per

		studi di ambito nel'individuazione delle priorità di ricerca, nel contribuire a indirizzare domande di ricerca e nella convalida dei risultati di studi di scoping attraverso peer-review .
Grant et al. (2009)	'Valutazione preliminare della dimensione potenziale e della portata della letteratura di ricerca.' [p.95]	'Si propone di individuare la natura e la portata delle evidenze della ricerca (di solito compresa la ricerca in corso)''p.95].
Davis et al. (2009)	'La ricerca di scopo (ambito) prevede la sintesi e l'analisi di una vasta gamma di materiale di ricerca e non la ricerca di una maggiore chiarezza concettuale su un argomento o un campo specifico di evidenza' [p.1386].	'La proponiamo come un costruito sintetizzante comune che emerge per spiegare lo <i>scoping</i> , ossia una ricognizione di ambito '. In genere è sinonimo di un'indagine preliminare in cui le informazioni sono sistematicamente raccolte ed esaminate al fine di stabilire i punti di forza e di debolezza e di guida, in quali contesti e futuri decisionali ' [p. 1396].
National Institute for Health Research (NIHR) Service Delivery and Organisation Research and Development Programme (SDO)	Non fornita	. 1 'Chiarimento delle definizioni operative e confini concettuali di un argomento, sviluppato in forma di visione sistematica (revisione narrativa) della letteratura, ma specificamente escluso una revisione sistematica, per determinare un quadro di riferimento; 2. Delineare ciò che è già noto e identificare le lacune nella ricerca esistente, 3. Analisi concettuale che può includere la 'mappatura' dei dati empirici disponibili per descrivere e interpretare i problemi che potranno sollecitare ulteriori ricerche e opportunità di sviluppo. '[P. 1387]

Rebecca Armstrong, Belinda J. Hall, Jodie Doyle e Elizabeth Waters⁹ hanno pubblicato nel 2013 l'articolo "Cochrane Update. 'Scoping the scope' of a cochrane review". Nel corso della revisione confermano quanto riportato nella tabella 2.3. Hanno anche confrontato¹⁰ (tab. 2.3) le revisioni sistematiche tradizionali con le revisioni di ambito o *scoping review*.

Tab. 2.3 – confronto tra revisione sistematica e *scoping review*. Fonte ricostruzione da Armstrong et al. 2013

Revisione sistematica	Revisione di ambito (<i>scoping review</i>)
Quesito di ricerca formulato con parametri ristretti	Il quesito/i di ricerca spesso può essere sviluppato in modo ampio
Inclusione o esclusione definiti preliminarmente	L'inclusione / esclusione può essere sviluppata anche a posteriori
Filtri di qualità spesso applicati	La qualità non è una priorità iniziale
Estrazione dei dati dettagliata	Può o non può comportare l'estrazione di dati
Sintesi quantitativa spesso prevista	La sintesi è più qualitativa e non tipicamente quantitativa
Valuta formalmente la qualità degli studi e genera conclusioni relative ai focus del quesito di ricerca	E' usata per identificare i parametri e le lacune nella letteratura

I Metodi di ricerca

I metodi di ricerca hanno sempre riferimenti a teorie, approcci epistemologici o teorici.

La scelta di un metodo, quindi, esprime l'epistemologia del ricercatore il focus della ricerca stessa.

I problemi legati alla definizione di una metodologia di ricerca, in massima sintesi, si riducono alla scelta tra metodi quantitativi o qualitativi. I primi hanno avuto la loro origine nelle scienze naturali, e si sono espressi con i metodi sperimentali o quasi sperimentali sia nelle scienze matematiche che fisiche, biologiche o in ambito medico. I secondi, invece, sono stati sviluppati nell'ambito delle scienze sociali al fine di consentire ai ricercatori di studiare fenomeni sociali e culturali. Gli strumenti maggiormente utilizzati sono l'osservazione dei fenomeni, l'osservazione partecipante, interviste, questionari, documenti, impressioni e reazioni (incluse quelle dei ricercatori).

Questa semplice distinzione, però, si presta a numerose critiche. La prima è che la comunità scientifica non condivide completamente che la distinzione tra ricerche quantitative e qualitative implichi necessariamente una dicotomia tra le due tecniche di ricerca. La seconda, di maggiore spessore, riguarda il fatto che il disegno di ricerca complessivo risulta valido solo se le sue componenti fondanti (visione epistemologica, strategia di ricerca ed analisi dei dati) risultano coerenti tra loro.

I Metodi di Ricerca rappresentano la strategia attraverso la quale si sviluppa il disegno di ricerca e l'acquisizione della conoscenza relativa al fenomeno in esame (raccolta dei dati). Il metodo, in particolare, sviluppa l'articolazione della ricerca e ne sovrintende lo svolgimento secondo le direttrici individuate dalla visione epistemologica adottata, in quanto ad ogni visione epistemologica corrisponde un set di metodi appositamente disegnati (Zuboff, 1988).

Mentre la scelta epistemologica incorpora una *visione del mondo*, ed è quindi del tutto indipendente dalla natura del problema oggetto di ricerca, il metodo è fortemente influenzato dalla natura del fenomeno in esame. La ragione di tale affermazione risiede nel fatto che il Metodo determina in maniera rilevante la scelta sulle

⁹ Journal of Public Health, Vol. 33, No. 1, pp. 147–150, doi:10.1093/pubmed/fdr015, <http://jpubhealth.oxfordjournals.org/>

¹⁰ ibidem, p. 148

modalità di acquisizione dei dati e della conoscenza relativa al problema di ricerca. Di conseguenza, la scelta di un metodo inappropriato rispetto alla natura del problema e dell'oggetto di ricerca può precludere al ricercatore la possibilità di acquisire la conoscenza necessaria per la condotta della ricerca.

Nella tabella 2.3 sono rappresentate le differenze tra ricerca qualitativa e quantitativa.

<i>Impostazione della ricerca</i>	ricerca qualitativa	ricerca quantitativa
<i>Relazione teoria-ricerca</i>	Aperta, interattiva, anche circolare, induzione ed ipotesi deboli (o assunzioni)	Strutturata, fasi logicamente sequenziali. Deduzione ed ipotesi forti
<i>Funzione della letteratura preesistente sull'oggetto della ricerca</i>	Ausiliaria	Fondamentale per la definizione di teoria ed ipotesi per la conduzione della ricerca
<i>Costrutti</i>	Orientativi ed aperti	Operativizzati e chiusi
<i>Interazione osservato-osservatore</i>	Coinvolgimento, relazione empatica	Distaccata, fredda, neutrale
<i>Ruolo del soggetto studiato</i>	Attivo	Passivo
<i>Oggetto di studio</i>	Significati e conoscenze degli attori sociali	Verifica delle relazioni tra le variabili (verifica dell'ipotesi)
<i>Rappresentatività</i>	Contesti spaziali specifici	Statistica
<i>Disegno della ricerca</i>	Destrustrurato, co-istituito nel corso della ricerca	Strutturato, chiuso, precedentemente operativizzato, lineare
<i>Portata dei risultati</i>	Specificità	Generalizzabilità

Tab. 2.3 – differenze tra metodo quantitativo di ricerca e metodo qualitativo

La ricerca qualitativa (Malterud, 2001, p. 398) si è sviluppata soprattutto nelle scienze umane e sociali. Come evidenziato da Marshall e Rossman (1999) le ricerche di tipo qualitativo traggono spunto da contributi e scuole di pensiero che si rifanno all'antropologia, alla sociologia ed alla filosofia ma sono utilizzate in numerosi ambiti di applicazione, incluse le discipline manageriali. La ricerca qualitativa si riferisce all'approccio interpretativo, in particolare all'ermeneutica e alla fenomenologia (analisi dell'esperienza umana). E' molto utilizzata nella ricerca dei significati dei fenomeni sociali. La multidisciplinarietà che caratterizza questo metodo di ricerca spiega la pluralità di categorie e classificazioni che possono essere adottate (Tab. 2.4).

Tab. 2.4 – Tipologie di ricerca qualitativa

Ricerca qualitativa, Jacob (1987, 1988) Human ethology Ecological Psychology Holistic ethnography Cognitive anthropology Ethnography of communication Symbolic Interactionism Fonte: Marshall e Rossman (1999).
L'Action Research, Atkinson, Delamont e Hammersley (1988) Symbolic Interactionism Anthropology Sociolinguistic Ethnometodology Democratic evaluation Neo-Marxist ethnography Feminism Case Studies Ethnography Phenomenology and ethnomethodology Grounded theory Biographical method Historical social science Partecipative inquiry Clinical Research Fonte, Densin e Lincoln (1994)

L'*action research*, o ricerca-intervento, si basa sull'inscindibilità tra i momenti di ricerca e di intervento, sottintendendo che in campo organizzativo i fenomeni di consulenza e ricerca sarebbero legati. Idealmente, la differenza tra ricercatore e soggetto partecipante alle attività oggetto di ricerca è sfumato (Marshall e Rossman, 1999) e il punto fondamentale risiede nella *collaborazione* che viene a crearsi tra la *practice*, impegnata direttamente nella gestione di un fenomeno problematico (che assurge, cioè, a problema di ricerca) e gli *obiettivi* scientifici che guidano la ricerca stessa.

Molte delle ricerche condotte secondo questo metodo trovano applicazione nel *business management* e nello sviluppo organizzativo, laddove il consulente/ricercatore sostiene il manager (partecipante) nell'investigare in modo critico la propria *practice*, compiendo cambiamenti e studiando gli effetti indotti. L'estensione di questo metodo nei Sistemi Informativi è stata descritta da Baskerville e Wood-Harper (1996) ed ha trovato applicazione nel lavoro di Checkland (1991).

L'analisi dei dati nella ricerca qualitativa.

Nelle ricerche di tipo quantitativo l'analisi dei dati non presenta particolari problemi in quanto, innanzitutto, si tratta di informazioni numeriche di natura precisa. In secondo luogo, i momenti della raccolta dei dati (*data gathering*) e della loro analisi (*data analysis*) sono due momenti distinti.

Le ricerche di tipo qualitativo pongono invece dei problemi sia per quanto concerne la *natura* dei dati empirici raccolti, sia per quanto attiene alla raccolta e all'analisi.

Per quanto attiene alla *natura* delle rilevazioni empiriche effettuate, le ricerche qualitative si caratterizzano, in generale, per una *pluralità* di fonti informative che includono documenti pubblicati, lettere, interviste, e-mail, etc. L'utilizzo di uno strumento piuttosto che un altro (es. questionario strutturato o intervento sul campo) dipende dall'oggetto della ricerca, che influenza di conseguenza la composizione dei risultati empiriche a disposizione del ricercatore. Nell'ambito di questa pluralità di fonti informative, anche le scienze organizzative, accettano la distinzione tra fonti primarie e secondarie. In particolare, sono definite fonti *primarie* tutte quelle che prevedono un'interazione diretta tra ricercatore e organizzazione: interviste, documenti non pubblicati, etc. Le fonti *secondarie*, invece, alle fonti che sono state in precedenza pubblicate (libri, articoli, etc.). Il ricorso a fonti primarie a secondarie dipende dal metodo di ricerca adottato. Se, infatti, la ricerca etnografica preferisce il ricorso a fonti primarie, attraverso la presenza diretta del ricercatore sul campo, il metodo dei casi è più aperto al ricorso a fonti secondarie.

Nella ricerca qualitativa i diversi modi di analizzare i dati scontano diverse filosofie di raccolta, analisi ed interpretazione dei dati qualitativi. Tra i molteplici approcci esistenti, quelli che hanno trovato maggiore sviluppo nel campo dei SI sono tre: ermeneutico, semiotico e narrativo/metaforico.

1) L'approccio *ermeneutico* può essere inteso sia come una filosofia fondante che come un modo di analisi. Come approccio filosofico alla comprensione del comportamento umano esso può rappresentare la base dell'*interpretativismo*. Come modo di analisi di evidenze qualitative esso suggerisce un modo di comprendere un testo scritto. In particolare, come Gadamer (1976) evidenzia la comprensione di un testo, intesa come

interpretazione del tutto e delle sue parti, sia guidata da spiegazioni pre-esistenti. La comprensione, infatti, segue le attese di significato pre-esistenti muovendosi continuamente dall'insieme del testo alle sue parti e viceversa. Come Ricoeur (1974) afferma, inoltre, l'*interpretazione* consiste nel decifrare i significati nascosti, rispetto a quelli apparenti, spiegando i livelli di significato impliciti in quello letterale. Le forme di ermeneutica sono molteplici: la principale distinzione è tra ermeneutica *pura* e quella *critica*. L'uso di *analisi dei dati di tipo ermeneutico* nell'ambito dei Sistemi Informativi (Butler, 1998; Myers, 1995; Winograd e Flores, 1987) implica che il fenomeno oggetto di studio sia *interpretato* secondo l'analogia del "testo". La considerazione di partenza è che nell'ambito di un sistema organizzativo esistono diverse forme di *stakeholders* che possono avere visioni diverse, antitetiche o contraddittorie. A tal fine lo scopo del metodo ermeneutico è fornire una visione di insieme (dare un senso del tutto), attraverso l'analisi della interazione tra le diverse componenti: persone, Information Technology, organizzazione. (Boland, 1991; Lee, 1994; Myers 1994, 1995). Particolarmente interessante, in tale prospettiva, è la lettura presentata da Myers (1994) sul fallimento di un sistema di pagamento centralizzato presso il New Zealand Education Department nel 1989. Lo studio in parola ricorre alla *critical hermeneutics* di Gadamer e Ricoeur come un quadro di riferimento teorico, che integra sia gli elementi interpretativi che quelli critici, in termini di condizioni sociali ed organizzative cruciali al fine dell'implementazione dei SI.

2) L'uso dell'analisi *semiotica* sconta la stessa *duplicità* di quella ermeneutica in quanto rappresenta sia una filosofia fondante sia un modo di analisi. In linea generale la *semiotica* si interessa del significato dei simboli e dei simboli nel linguaggio. I concetti basilari della semiotica possono essere individuati, a grandi linee, nella constatazione che segni e parole possono essere assegnate a categorie concettuali che rappresentano le basi della teoria che si vuole testare; inoltre, la *rilevanza* di un'idea o di un concetto si può evincere dalla *frequenza* con cui l'idea compare nel testo.

L'estensione di questi concetti ai sistemi organizzativi o ai processi operativi (Andersen, 1991; Anderson e Holmqvist, 1995) si basa sulla concettualizzazione di *informazione* così come concettualizzata da Boland (1978). Tale visione si discosta da quella proposta da Simon e dalla Scuola Decisoria dell'Organizzazione², fornendo una concezione di informazione più focalizzata sul *significato* e sulla *struttura* delle forme di comunicazione. In tale prospettiva l'*analisi semiotica* verte su differenti aspetti sostantivi (Bryant, 2000): a) i mezzi di comunicazione (*empirics*); b) la forma (*syntactics*); c) il contenuto (*content*); la questione rilevante (*purpose*). L'applicazione dell'analisi *semiotica* ai SI rileva principalmente in 3 forme (Liebeneau, 1990):

a) Analisi di contenuto: attraverso cui l'oggetto della ricerca sono le strutture e forme di regolarità che possono essere individuate (ad esempio in un testo) e da cui partono le ipotesi induttive sulla base delle regolarità riscontrate.

b) Analisi della conversazione: con tale metodologia di analisi, il ricercatore pone se stesso nella situazione che sta studiando (Klein e Truex, 1995), assunto che i significati del fenomeno (*interpretazioni*) siano modellati in un contesto di scambio.

c) Analisi del discorso: si basa sia sull'analisi del contenuto, sia sull'analisi della conversazione, ma si focalizza su "*language games*", basati sull'interazione di movimenti verbali abbinati all'uso di metafore.

3) L'uso della *narrativa* e delle *metafore* ha trovato applicazione negli ultimi anni negli studi organizzativi (e.g. Morgan, 1986). Nell'ambito degli studi sul MIS l'applicazione della *narrativa* e delle *metafore* sono molto focalizzate sulla comprensione di linguaggi, comunicazioni e significati tra sviluppatori di SI, da un lato, e utilizzatori finali dall'altro.

Il principio d'indeterminazione di Heisenberg (1927) e la sua meccanica delle matrici, in sintesi afferma che in microfisica è impossibile, in un istante dato, attribuire a una particella una posizione e una velocità determinate. Più la posizione è definita, meno sarà conosciuta la velocità e viceversa. In sostanza il principio indica che la natura dell'informazione dipende dalle scelte dell'osservatore, e che queste scelte determineranno le differenze. Se misuriamo prima la velocità della particella, ne modifichiamo la posizione. Se iniziassimo prima dalla posizione, ne altereremmo la velocità. Questo è spiegato matematicamente attraverso la teoria delle matrici elaborata dal fisico tedesco: $A \times B$ è diverso da $B \times A$.

Un altro principio è la condizione policentrica della verità e sapere scientifico *Observer-dependent*, che afferma che ogni verità scientifica è “locale” e frutto della relazione che si instaura tra il ricercatore e l’oggetto indagato (la verità è *observer dependent*) e che la soggettività (creatività) del ricercatore è una fonte ineliminabile della ricerca scientifica.

La valutazione della ricerca qualitativa non può avvenire con gli stessi criteri di quella quantitativa, anzi è ancora aperto il dibattito su come valutare la ricerca qualitativa, in modo particolare quella Etnografica, che ha come obiettivo la narrazione di un fenomeno in un contesto sociale/organizzativo e che quindi, percettivamente, appare significativa nel “qui ed ora”, in quel contesto, non necessariamente replicabile.

Nel paradigma naturalistico sono stati mutati alcuni parametri della ricerca quantitativa, con una contestualizzazione nel significato specifico:

- la validità interna (verità dei risultati rappresentati) è stata tradotta come *credibilità*;
- la validità esterna (replicabilità dei risultati) è diventata la *trasferibilità*;
- l’affidabilità (coerenza tra disegno di ricerca e risultati, consistenza e ripetibilità dei risultati) è diventata la *dipendenza diretta* (o tracciabilità) dei risultati dalle azioni
- l’obiettività (neutralità dei risultati) è stata ridefinita come *confermabilità* (possibilità di ripetere i risultati neutralizzando i punti di vista dei ricercatori).

Le tecniche che possono essere utilizzate nella ricerca qualitativa si possono brevemente riassumere in osservazione e coinvolgimento prolungati, triangolazione, *debriefing* tra pari, analisi dei casi negativi/scostamenti, revisione dei dati non analizzati, revisione con i partecipanti (o revisione partecipata), la descrizione dettagliata di fatti e contesto, la revisione finale (*inquiry audit*) e la riflessività.

Osservazione prolungata (Lincoln e Guba, 1985, p.304)

L’osservazione diretta “*on site*” e prolungata nel tempo permette di registrare tutti gli aspetti (o il numero maggiore possibile) del fenomeno da studiare. In ambito organizzativo permette di conoscere la storia, l’influenza che ha avuto sull’organizzazione, gli elementi derivanti dai modelli culturali, la formulazione e l’applicazione delle regole, come si sviluppano e realizzano i processi, i meccanismi di coordinamento e la misurazione e valutazione dei risultati. L’osservazione prolungata permette di entrare in profondità nel contesto e di comprenderne anche i significati.

Triangolazione¹¹

E’ il confronto contemporaneo di differenti elementi: dati, fonti, metodi al fine di identificare il senso compiuto dei risultati. Si possono triangolare i metodi: analisi dei dati con metodologie diverse per valutare se i risultati che si producono siano gli stessi o se divergano e, nel caso, esplorare le divergenze. La triangolazione delle fonti analizza le fonti dei dati e ricerca la analogie e le differenze tra le fonti, per dare consistenza ai risultati prodotti. La triangolazione degli analisti, invece, sottopone gli stessi dati a più analizzatori non in relazione tra loro, per verificare se i risultati si replicano nello stesso modo o no, e nel caso poter valutare le differenze. La triangolazione delle prospettive prevede l’utilizzo di differenti approcci teorici per analizzare i risultati prodotti.

Il debriefing tra pari

Rappresenta il riesame tra pari dell’intero processo. L’obiettivo è individuare ed eliminare influenze del ricercatore quali l’effetto alone e l’effetto pregiudizio.

¹¹ Denzin, NK (1978) *Sociological Methods*, New York: McGraw-Hill; Patton, MQ (1999) *Enhancing the quality and credibility of qualitative analysis*. HSR, 34(5) *patII*, pp 1189-1208

Analisi dei casi negativi

L'analisi delle discordanze o delle differenze emerse dai confronti o dalle osservazioni è necessaria per comprendere le variazioni e confermare o rivedere il percorso di ricerca.

Revisione dei dati non analizzati

Ogni ricerca qualitativa produce una mole di dati superiore a quanto programmato. La revisione periodica dei dati non classificati o non inseriti nell'analisi strutturata può fornire elementi per arricchire punti di vista e interpretazioni.

Revisione partecipata

Il riesame del processo di raccolta dati, i dati e le analisi possono essere riviste insieme ai partecipanti/osservati durante la ricerca. Se da un lato questo controllo sostiene la credibilità della ricerca, quando vi è consenso generale, può però falsare il proseguimento della ricerca¹² se i partecipanti modificano i loro comportamenti "naturali".

Descrizione dettagliata

La descrizione dettagliata del metodo, del contesto, dei modelli culturali e delle relazioni permette di valutare se la ricerca è replicabile in altri contesti, in un altro periodo temporale e di verificare le eventuali "deviazioni" dal percorso originale. E' realizzabile anche con rivalutazione da parte di un componente esterno come nel caso dell'*Inquiry audit*. Lo scopo è valutare anche l'accuratezza del processo di ricerca.

Riflessività

La riflessività è l'analisi dell'influenza del ricercatore sullo studio. L'analisi può essere condotta attraverso la revisione dei risultati da parte di un altro ricercatore e dall'analisi del "diario delle riflessioni", il racconto sistematico, quotidiano che il ricercatore può fare per documentare le decisioni, le difficoltà, i passaggi che hanno avuto necessità di ripensamenti, riorientamenti o che sono sembrati dissonanti.

La ricerca etnografica

Il Metodo Etnografico deriva dalla antropologia culturale e prevede che il ricercatore (etnografo) prenda parte attivamente alla vita delle persone che costituiscono il suo oggetto di studio, interagendo con i fenomeni che hanno luogo nel contesto sociale e culturale in cui si trova. Nonostante la peculiarità dell'ambito scientifico di origine, questo metodo ha trovato, sebbene con prospettive diverse, grande applicazione nell'ambito dei Sistemi Informativi (Suchman, 1987; Pettigrew, 1985; Harvey e Myers, 1995; Zuboff, 1988; Myers, 1999). Il metodo mira a fornire una descrizione *spessa* (thick description) del fenomeno, accettando una interpretazione non indipendente dall'osservatore/ricercatore, basandosi sulla lettura non strutturata della realtà oggetto della ricerca. Come Meyers (1999) rileva, lo spettro dei problemi di ricerca investigati con questo metodo è molto ampio e va dallo sviluppo dei SI (Orlikowski, 1991; Preston, 1991), agli aspetti maggiormente legati al *Management Information Systems*, passando attraverso il *system design* (Holzblatt e Beyer, 1993).

Orlikowski (1991) utilizza il metodo etnografico per investigare, nell'ambito di una singola organizzazione, il rapporto tra Sistemi Informativi (SI) e processi di produzione. I risultati di questo studio evidenziano come l'*imperativo tecnologico* sotteso allo sviluppo dei SI non sempre trovi applicazione ed evidenzia come l'infrastruttura di tecnologie informatiche (IT) possa facilitare o contrastare il rinforzo di pre-esistenti meccanismi di controllo. Inoltre, esso evidenzia come la medesima infrastruttura IT possa generare delle percezioni molto diverse negli *stakeholders* di riferimento.

¹² Angen, MJ (2000) Evaluating interpretative inquiry: reviewing the validity debate and opening the dialogue. QHR, 10 (3), pp. 378.95

Una nota metodologica di particolare rilievo sull'utilizzo dell'approccio fenomenologico negli studi sociali o di popolazione è offerta da Zuboff (1988). Il lavoro in parola sviluppa un disegno di ricerca "*rigorous and systematic*" (p. 424) per le ricerche sul campo.

Il Case Study

Il *case study* rappresenta una strategia di ricerca molto diffusa nell'ambito dei sistemi organizzativi (Benbasat et al. 1987; George e McKeown, 1985; Kling e Iacono, 1984; Lee, 1989; Markus, 1983; Orlikowski e Baroudi, 1991; Alavi e Carlson, 1992; Orlikowski, 1996).

E' un metodo compatibile con una molteplicità di visioni epistemologiche; può essere utilizzato, infatti, nell'ambito di una visione di tipo positivista (Yin, 1994), interpretativa (Walsham, 1993), o qualitativa. In particolare, l'impostazione di una ricerca tramite la <<raccolta di dati "sul campo" è particolarmente utile per comprendere le interazioni>> (Orlikowski e Baroudi, 1991). Ciò non toglie che possano manifestarsi difficoltà pratiche associate alla rigorosità, al pragmatismo ed efficacia (Darke, Shanks e Broadbent, 1998).

Gli stessi autori citati raccomandano in ambito qualitativo l'uso di "*soft methodologies*" come i *cases studies*, che possono invece essere agevolmente applicati nel mondo reale.

La ricerca condotta tramite *case study* può essere effettuata per il raggiungimento di diversi scopi: per fornire la descrizione dei fenomeni, sviluppare teorie e testarle. Questa metodologia di ricerca è spesso stata associata con la descrizione e con lo sviluppo di teorie, ed è utilizzata per fornire evidenza per la generazione di ipotesi e l'esplorazione di aree dove la conoscenza esistente è limitata (Cavaye, 1996).

Il Metodo del *Case Study* può essere definito come una strategia di ricerca empirica che (Yin, 1994: 13):

- investiga un fenomeno contemporaneo all'interno del suo contesto di vita reale (*real-life context*), specialmente quando

- i confini tra fenomeno e ambiente non sono chiaramente evidenti. Di conseguenza, come Yin (1994) evidenzia, si dovrebbe prediligere il metodo dei casi quando le condizioni contestuali (quali, ad esempio, quelle organizzative) sono altamente pertinenti con il fenomeno indagato (ad esempio, il Sistema Informativo). Inoltre, la contemporaneità richiesta dal metodo implica che la ricerca non si focalizza sulla *storia* del fenomeno ma, bensì, sulla sua attualità. Il fenomeno deve essere strettamente analizzato nell'ambito del suo contesto; laddove sia possibile isolare il fenomeno dal contesto, infatti, il metodo più adatto sarebbe quello dell'*esperimento*.

Il successo di questo metodo nell'ambito dei sistemi organizzativi trova la sua ragione nel fatto che l'oggetto di ricerca in tale ambito si sempre più spostato dagli aspetti puramente tecnologici a problematiche di tipo organizzativo (Benbasat et al. 1987). Come anticipato il metodo del Case Study si presta a metodologie di ricerca basate, sia sul visioni *positiviste* (Benbasat et al., 1987; Yin, 1993, 1994), sia su visioni interpretativista (Walsham, 1993).

Secondo Gadamer, "interpretare" significa usare la propria pre-comprensione. Un individuo, durante il corso della vita, diventa erede di una conoscenza non solo biologica ma anche culturale: si forma cioè un bagaglio di idee e di pregiudizi. Interpretare diventa quindi formulare una congettura (in base alle proprie conoscenze) su ciò che un testo contiene. Se qualche pezzo di testo urta contro l'interpretazione effettuata, occorre sottoporre un'altra interpretazione causando la formazione in questo modo di un ciclo di interpretazioni (Gadamer, 1972).

3 – LO STUDIO DI CASO O CASE STUDY

Casi di studio sono stati utilizzati, nell'area disciplinare del management, dell'economia aziendale e della strategia, della formazione per facilitare la comprensione di un problema complesso o di un particolare oggetto di apprendimento (*learning object*) e possono estendere l'esperienza maturata attraverso la riflessione focalizzata o aggiungere solidità a ciò che è già noto.

I casi di studio nell'ambito pedagogico

Il metodo proposto da Robert K. Yin come “studio di caso” nell'ambito delle scienze naturali e della produzione scientifica classicamente intesa, è applicabile anche all'ambito pedagogico.

Dagli anni '70 molte università utilizzano “lo studio di caso” con fini pedagogici. L'Università di Harvard li utilizza nell'apprendimento delle teorie del management e per l'apprendimento dei fondamenti della strategia, per lo sviluppo di competenze di analisi, sintesi, di *problem finding* e di *problem solving*; per sostenere l'adozione di comportamenti e per la loro l'analisi. I suoi casi più efficaci sono poi pubblicati sulla rivista *Harvard Business Review* e sono disponibili, per chi li voglia utilizzare a solo scopo didattico, a prezzo contenuto: 6,95\$ a caso. Per i docenti universitari, inoltre, sono disponibili le *teaching note* che spiegano la metodologia utilizzata nel caso e la parte interpretativa relativa all'ambito specifico di sviluppo del caso (management, strategia, leadership, valutazione delle performance, qualità, governance, *business development*, risorse umane, *asset* economici e altro ancora).

La *Haute École d'Étude Économiques* di Montréal, la *London School of Economics* di Londra o, per prendere come riferimento alcune università italiane, l'Università Bocconi o la LUISS, utilizzano da oltre 30 anni i casi come strumento di apprendimento nelle discipline relative all'organizzazione, gestione, direzione.

In ambito pedagogico l'utilizzo di metodi empirici per l'apprendimento, in particolare di abilità tecniche, è diventato prassi alla fine del 1800, ma dalla fine degli anni '60¹³ si discute di metodi e strumenti per la formazione e l'apprendimento e l'evoluzione verso una pedagogia pragmatica, proattiva, applicativa e non nozionistica è stata sostenuta anche dallo sviluppo di tecnologie che amplificano le possibilità di ricerca dell'individuo nella “pratica”. (Mialaret, 1986)

Negli stessi anni si sviluppò la contrapposizione tra ricerca quantitativa e ricerca qualitativa, con una suddivisione che per molto tempo ha decretato la scissura tra scienza positiva, concreta, pragmatica e discipline effimere o poco concrete come le quelle psicologiche e sociali: le prime utilizzando prevalentemente metodi di ricerca quantitativi avevano come prodotto “la verità scientifica”, le seconde utilizzando metodi prevalentemente qualitativi avevano come prodotto “frequenze di parole”, percezioni o altri elementi che dovrebbero costruire un profilo dell'uomo in un dato momento e in una certa cultura.

Oggi rimane aperta la dialettica tra metodi quantitativi e metodi qualitativi applicati alla pedagogia, in particolare nella formazione di primo e secondo ciclo, mentre è completamente scomparsa in riferimento agli studi di tipo universitario. Anzi è sempre più seguita l'affermazione di Gattico “Quantitativo e qualitativo, quindi, possono considerarsi approcci complementari, sempre parziali e provvisori, scelti sulla base dei problemi che si deve studiare, delle teorie di riferimento, del tipo di ipotesi formulabili, delle risorse, del tempo concretamente disponibile” (Gattico e Mantovani, 1988, p. 9).

¹³ Per approfondimenti: Becchi E. Problemi di sperimentalismo educativo, Falmer press, Londra, 1998; Dewey J. Le fonti di una scienza dell'educazione, trad. it. La nuova Italia, Firenze, 1951

In ambito pedagogico, come nelle altre discipline, lo studio di caso è solo una delle strategie di ricerca possibile. Nello specifico le strategie di ricerca sono sostanzialmente cinque: l'esperienza, l'indagine, l'analisi storica, la storia (o narrazione), lo studio di caso. Si possono scegliere l'una o l'altra strategia sulla base delle loro caratteristiche, come mostrato in Tab. 3.1

Tab. 3.1 – Condizioni che determinano la strategia di ricerca

E' richiesto controllo di comportamenti	Occorre attenzione su eventi contemporanei	Forma del quesito di ricerca	Tipo di strategia
Si	Si	Come, perché	Esperimento
No	Si	Chi, cosa, dove, quanti, quanto	Indagine
No	Si No	Chi, cosa, dove, quanti, quanto	Analisi storica
No	No	Come, perché	Storia (narrazione)
No	Si	Come, perché	Studio di caso

(fonte Yin, 2005 p.37)

La condizione principale per scegliere la strategia di ricerca da applicare alla formazione è il tipo di problema da affrontare, rappresentato in forma sintetica dal tipo di quesito. Se si vuole sapere “come” o “perché” qualcosa accade o un evento si produce si possono utilizzare gli esperimenti se si presume che il campione di individui o situazione possa essere numeroso, la storia o narrazione, se si deve spiegare/interpretare qualcosa di difficilmente parametrabile in dati, in qualunque forma siano raccolti e rappresentati, lo studio di caso quando vi sono condizioni intermedie tra le precedenti o variabili sconosciute o mixate in modo sconosciuto, in modo particolare nei casi in cui il ricercatore/osservatore non ha nessuna influenza o controllo su accadimenti che avvengono o possono avvenire in modo contemporaneo. Un caso tipico è lo studio dei modelli di relazione sociale, di apprendimento organizzativo, di progettazione e realizzazione di modificazioni organizzative o l'osservazione della vita sociale in un gruppo più o meno grande di individui.

Schramm¹⁴ nel 1971 già affermava che l'essenza di uno studio di caso è la tendenza a chiarire una decisione o una serie di decisioni, come furono assunte, attuate e con quali risultati. Per sostenere le sue affermazioni aveva ipotizzato (cosa che Yin ha confermato nel 2003) che uno studio di caso è comunque una ricerca empirica che studia un fenomeno contemporaneo nel suo ambiente di vita reale, in particolare quando i confini tra ambiente e fenomeno non sono netti o evidenti; che lo studio di caso analizza situazioni nelle quali vi sono molte variabili da osservare e relativamente pochi problemi di dati.

Come progettare un Case Study

Il ricercatore Robert K. Yin definisce il caso di studio come “un caso di ricerca empirica che indaga un fenomeno contemporaneo nel suo reale contesto, quando i confini tra fenomeno e contesto non sono chiaramente evidenti, e in cui molteplici fonti di prova vengono utilizzate” (Yin, 1984, p. 23).

I critici del metodo affermano che lo studio di un piccolo numero di casi non è grado di offrire alcun motivo per stabilire l'affidabilità o la generalità dei risultati, sicuramente vero nelle scienze naturali e nelle scienze mediche, ma ne riconoscono l'utilità come strumento esplorativo. Certamente si può affermare che il *case study*,

¹⁴ Schramm W, Notes on case studies of instructional media projects. Academy for Educational Development, Washington, DC, 1971.

comunque si presenti, suscita interesse tanto da far creare alla rivista BMJ (*British Medical Journal*) una speciale sezione on line "BMJ Case Report" che due specifiche finalità:

- sostenere la diffusione di osservazioni che possano confermare o sviluppare le conoscenze scientifiche;
- sostenere la cultura del confronto anche su oggetti particolari, sporadici, a bassa frequenza di occorrenza, stimolando il dibattito sui risultati delle decisioni cliniche.

Gli studi di caso si suddividono in:

* *case report* – resoconti successivi agli avvenimenti descritti,

* *case research/study* – progetti di ricerca predisposti anticipatamente agli eventi descritti, sia in ambito clinico che sociale o organizzativo.

Molti ricercatori che utilizzano i casi di studio, come Stake e Simons (2003) e Robert Yin (2003) hanno descritto la metodologia di costruzione/progettazione del caso di studio, definendo che le sei fasi fondamentali sono:

- Determinare e definire le domande di ricerca/oggetto di studio, anche in rapporto alla letteratura esistente
- Selezionare il contesto e il campione, determinando le tecniche di raccolta dati e analisi
- Preparare la raccolta dei dati
- Raccogliere i dati
- Valutare ed analizzare i dati
- Preparare il report

Determinare e definire le domande di ricerca/oggetto di studio

Il primo passo progettazione di un caso di studio è stabilire un focus di ricerca/approfondimento su un fenomeno complesso o un oggetto multiproblematico o multidimensionale. Il ricercatore/creatore stabilisce il focus dello studio formulando domande per definire sia l'oggetto specifico, sia lo scopo dello studio.

L'oggetto, in un caso di studio, è spesso un programma, una diagnosi, un ente, una persona o un gruppo, un comportamento organizzativo, un risultato imprevisto. Ogni oggetto è probabile che sia strettamente collegato a questioni politiche, sociali, culturali, esperenziali, storiche e personali, offrendo ampie possibilità interpretative o soluzioni possibili. Il ricercatore indaga l'oggetto dello studio di caso in profondità utilizzando una varietà di metodi di raccolta di dati per produrre le prove che conducono alla comprensione del caso e rispondono alle domande di ricerca.

Caso studio di ricerca risponde in genere una o più domande che iniziano con "come" o "perché". Le domande sono rivolte ad un numero limitato di eventi o condizioni ed alle loro interrelazioni. L'attenta definizione delle domande orienta nella ricerca delle prove e nella determinazione dei metodi di analisi da impiegare nello studio.

La revisione della letteratura, nello studio di caso, è necessaria per verificare se vi sono risposte certe ai quesiti o per raffinare le domande sul problema. In particolare, nell'ambito dei casi di studio a fini educativi e di sviluppo di competenze manageriali/comportamentali, la letteratura offre una visione della classificazione degli oggetti, dei quesiti, delle "istruzioni per i docenti" (*teaching note*) utili nella composizione del testo del caso.

E' importante, nella fase di progettazione, definire il quesito di ricerca, anche per verificare se la strategia migliore, per dare una risposta pertinente sia proprio lo studio di caso.

Alcuni quesiti, in ambito pedagogico applicato al management, potrebbero essere:

- come è evoluta l'organizzazione del blocco operatorio "X" negli ultimi 5 anni, nella struttura "Y"
- come è cambiata la percezione di ruolo degli operatori (tutti o una parte) nella struttura "Y"
- Perché sono aumentati i casi di ricovero nell'area "X" della struttura "Y"
- Perché le persone oltre gli 85 anni del distretto "X" presentano il consumo di prestazioni "Z"

La finalità del caso di studio è sì di rispondere al quesito posto, ma in modo da poter trasformare le informazioni in un oggetto di apprendimento organizzativo, gestionale, direzionale, educativo ecc.

Le proposizioni teoriche sono gli elementi che si vorrebbero confermare o confutare e che supportano l'ipotesi di ricerca. Se per esempio si utilizza il quesito "come è evoluta l'organizzazione del blocco operatorio "X" negli ultimi 5 anni, nella struttura "Y", le proposizioni teoriche potrebbero essere:

- l'applicazione della metodologia *Lean* ai blocchi operatori ha dato risultati positivi nella semplificazione delle procedure organizzative, nella riduzione delle ridondanze.
- L'evolversi della analisi logistica nelle aree ad alta tecnologia o nelle strutture omogenee costituite in forma di <<piastra o piattaforma>> produce maggiore attenzione al "patient flow" e alle esigenze di comunicazione nelle interfacce del flusso. L'evoluzione ospedaliera tende a separare le attività intermedie dalla produzione classicamente intesa, attribuendo loro una specifica funzione di servizio scollegato dalle gerarchie della produzione clinica e le relazioni professionali sono in forte cambiamento a causa della maggior professionalizzazione di alcune professioni e della riduzione demografica di altre.
- Estratte da teorie organizzative e/o documenti, articoli che fanno parte della cultura scientifica o manageriale e che sono stati esaminati nella preliminare revisione della letteratura e l'ipotesi potrebbe essere, ipotesi 1, "Nel blocco operatorio "X" della struttura "Y" l'evoluzione organizzativa si è basata sulla semplificazione logistica" nel caso in cui si voglia studiare come prima variabile la logistica e poi le altre variabili del modello organizzativo attuale vs il precedente, recuperato da atti, documenti o interviste di operatori a diversi livelli di responsabilità.

Vi sono casi in cui le proposizioni teoriche non sono accompagnate dall'ipotesi, che non appare formulabile chiaramente. Anche in questi casi, però, è possibile costruire una ipotesi logica che parte dalla consapevolezza di non avere elementi precisi nel quesito.

Sempre prendendo in esempio il quesito "com'è evoluta l'organizzazione del blocco operatorio "X" negli ultimi 5 anni, nella struttura "Y" appare evidente che il formulatore del quesito non ha informazioni precise sulle modalità organizzative attuate e che lo studio del "Blocco operatorio X" oggi è la base per una comparazione storica che potrebbe svilupparsi in una comparazione multicentrica, innescando uno studio di caso multiplo o uno studio comparativo di casi, come avviene nelle recenti pubblicazioni che analizzano le aziende sanitarie in Italia¹⁵. In assenza di una ipotesi ben formulata, è possibile formularne una nel modo seguente (ipotesi 2) "Non sono evidenti i costrutti di base dell'evoluzione del blocco operatorio "X" nella struttura "Y", quali di questi sono stati consapevolmente elaborati e quali no, quanto le persone sono consapevoli del cambiamento avvenuto nel loro lavoro".

Rispetto all'ipotesi 1, la seconda non privilegia una variabile organizzativa rispetto alle altre, mettendole tutte sullo stesso piano, ma orienta la ricerca in diverse direzioni:

- le differenze prima-dopo tra le variabili organizzative
- la consapevolezza di progettazione del cambiamento
- la consapevolezza dei cambiamenti lavorativi, che comprende la valutazione dei cambiamenti di ruolo.

L'ipotesi è quindi molto orientante nella scelta dei metodi e degli strumenti di indagine.

Selezionare il contesto e il campione, determinando le tecniche di raccolta dati e analisi

Durante la fase di progettazione del caso di studio, il ricercatore determina i criteri di selezione degli individui/situazioni singoli o multipli da studiare e con quali strumenti, i dati da raccogliere e le metodologie o gli approcci da utilizzare.

Quando si utilizzano più "individui"¹⁶, ognuno di essi è trattato come un singolo "caso". Ogni individuo può quindi essere utilizzato come informatore che contribuisce all'intero studio, ma ogni individuo rimane un

¹⁵ Francesco Longo, Daniela Cristofoli, a cura di. (2007) Strategic Change Management in the Public Sector: An EFMD European Case Book. John Wiley & Sons, Hoboken, NJ, USA

¹⁶ Per individuo si intendono singole persone in un programma o sottoposte ad un trattamento/indagine, singole aziende esaminate sulla base di criteri definiti, singole situazioni oggetto di esplorazione, singoli comportamenti studiati

singolo individuo. Ovviamente, più individui sono esaminati, maggiore sarà la validità dello studio e l'ampiezza delle valutazioni/considerazioni necessarie nell'analisi.

Il ricercatore deve stabilire se studiare casi unici nella propria esperienza, casi considerabili come "tipici", rappresentativi di molte situazioni analoghe; rappresentare la variabilità geografica, la variabilità di parametri dimensionali o di altro tipo.

Un passo importante nel processo è l'attenzione allo scopo dello studio, al fine di rispondere alle domande di ricerca poste.

Selezione di più casi o uno singolo è un elemento chiave, ma un caso di studio può includere più di una unità di analisi. Ad esempio, un caso può comportare lo studio di un singolo settore di attività e di una azienda che ne è parte. Questo tipo di studio di caso coinvolge due livelli di analisi – l'azienda e il settore - e aumenta la complessità e la quantità di dati raccolti e analizzati.

Un punto di forza dello studio di caso è l'uso di fonti multiple e tecniche nel processo di raccolta dei dati. Il ricercatore/costruttore del caso, avendo determinato in anticipo quali dati raccogliere e quali tecniche di analisi utilizzare, individua gli strumenti di raccolta dati e le fonti: report o tabulazioni per i dati di attività/produzione da sistemi correnti di monitoraggio o rendicontazione, i dati epidemiologici, economici o di mercato, inchieste, interviste, *focus group*, griglie di analisi, griglie di osservazione, documenti specifici. I dati raccolti sono normalmente in gran parte qualitativi, ma possono anche essere quantitativi.

Durante la fase di progettazione, come per la ricerca scientifica, è necessario assicurarsi che il caso di studio sia ben costruito per garantire la validità di costruito, la validità interna, la validità esterna e l'affidabilità.

La validità del costruito dipende dall'utilizzo di misure corrette per i concetti studiati. La validità interna (particolarmente importante in casi che ricercano un nesso causale) dimostra che certe condizioni sono ancorate ad altre condizioni e richiede l'uso di test statistici che valutino le correlazioni. La validità esterna definisce se i risultati sono generalizzabili oltre il caso descritto, il luogo e le persone e se le procedure presentate sono in grado di produrre gli stessi risultati altrove, in un'altra situazione, in un altro tempo, in un'altra organizzazione. Tecniche come il *cross-case*¹⁷ (lo studio incrociato in due contesti diversi e in tempi complementari di una stessa procedura/modalità organizzativa, intervento formativo) aiutano ad assicurare la validità esterna.

L'affidabilità si riferisce alla stabilità, l'accuratezza e la precisione della misurazione e alla sua riproducibilità.

Preparare la raccolta dati

Poiché lo studio di un caso genera una grande quantità di dati provenienti da più fonti, è importante organizzare sistematicamente i dati, per evitare che il ricercatore sia distolto dalla quantità e perda di vista lo scopo della ricerca e delle domande cui deve rispondere. E' in questa fase che si predispongono i data base per categorizzare, ordinare, archiviare e recuperare i dati per l'analisi. E' in questa fase che si decide anche chi dovrà raccogliere e chi imputare i dati, prevedendo una formazione per le persone coinvolte sui concetti di base dello studio, la terminologia, i processi e i metodi utilizzati, al fine di rendere comprensibile l'oggetto di studio. I rilevatori in particolare, ma anche le persone coinvolte nel *data entry* non devono essere informate sullo scopo dello studio e sui quesiti posti per lo sviluppo del caso.

Nel caso si utilizzino strumenti quali l'intervista, il *focus group*, la ripresa cinematografica di situazioni reali o strumenti quali questionari, griglie di analisi, test quali *in tray* o *in basket*¹⁸ il rilevatore deve anche essere in

¹⁷ analogo alla tipologia *cross-sectional* degli studi clinici

¹⁸ Il primo strumento permette di esaminare le capacità organizzative di base, la sensibilità nei confronti dei problemi, e successivamente, le capacità e le modalità di decisione. Questo strumento esplora l'area del *problem solving* e, quindi, l'attitudine e l'interesse nella ricerca di soluzioni. Il secondo strumento (*in basket*) è composto da esercizi che prevedono l'evasione di pratiche in "arrivo". Valuta la capacità di organizzare informazioni, individuare i problemi, prendere decisioni e gestire il tempo in condizioni di incertezza o stress.

grado di fare buone domande e documentare le risposte. Ogni studio di caso richiede attenzione per i partecipanti, siano essi persone o organizzazioni, perché l'intervento esterno o l'osservazione diretta sarà comunque per loro una fonte di incertezza o di stress e, la consapevolezza di ciò, deve far misurare all'osservatore/ricercatore l'impatto della propria presenza. E' altresì evidente che tale disagio o modificazione delle condizioni abituali è proporzionale al tempo di presenza del ricercatore/osservatore/rilevatore ed è maggiore quando si utilizzano strumenti di indagine focalizzati sulle persone, quali questionari, interviste, test, *focus group* ecc. La preparazione della rilevazione è molto delicata e può influire positivamente o negativamente sui risultati.

Nello studio di caso, le unità di analisi rappresentano i componenti del campione, uno solo o molti, persone o altri oggetti singoli o multipli come gruppi, nazioni, classi di studio, organizzazioni. Quando è difficile definire bene le unità di analisi, il quesito è troppo vago e le proposizioni teoriche sono incerte: occorre ripartire dall'inizio.

Se si riparte dall'esempio <<come è evoluta l'organizzazione del blocco operatorio "X" negli ultimi 5 anni, nella struttura "Y">>, e dall'ipotesi 2, l'unità di analisi è il blocco operatorio "X" della struttura "Y" nel suo insieme, quindi è una unità di analisi composita, perché all'interno le variabili da porre in osservazione sono¹⁹:

- variabili organizzative: *mission e vision*, struttura organizzativa esistente vs pregressa (ruoli attuali e precedenti, numerosità e tipologia di persone inserite nella unità organizzativa, relazioni gerarchiche e funzionali); meccanismi operativi (sistema informativo, procedure, modalità di assunzione delle decisioni, gestione della comunicazione interna ed esterna, gestione del potere e modalità di premio/sanzione);
- variabili sociali intese come le relazioni esistenti tra famiglie professionali, e tra unità di servizio vs esterno; composizione e qualità del team (distribuzione per qualifica, anzianità di servizio, curricula, eccellenze professionali o *clinical competence*, posizioni di lavoro/*job description*, obiettivi individuali e di gruppo per la parte professionale); risultati ottenuti vs risultati attesi.
- Variabili logistiche: come è cambiato l'assetto logistico del Blocco Operatorio e quali influenze ha prodotto nei processi di lavoro e sugli operatori
- Variabili metasociali: come sono variate le relazioni tra l'unità di analisi e l'esterno, quali sono i processi che si sono modificati, integrati, disintegrati, come sono gestite le interfacce.

Come appare evidente, anche se l'unità di analisi scelta è semplicemente "il blocco operatorio "X" della struttura "Y", in realtà il quesito è ampio "com'è evoluta l'organizzazione in 5 anni", se si formula l'ipotesi 2 le variabili da sottoporre in studio, nel caso, sono molto numerose.

Nel caso si formulasse l'ipotesi 1, invece, le variabili da sottoporre a valutazione sarebbero, prioritariamente, le variabili logistiche: come è cambiato l'assetto logistico del Blocco Operatorio e quali influenze ha prodotto nei processi di lavoro e sugli operatori. Solo dopo aver esplorato le "influenze" si potrebbe/dovrebbe approfondire ogni specifico ambito.

Raccogliere i dati

Il rilevatore/osservatore deve raccogliere e documentare i dati in modo sistematico, affinché possano essere referenziati e ordinati. Questo permetterà l'analisi con gli strumenti previsti e la verifica delle ipotesi. Alcuni suggerimenti utili possono essere:

- utilizzare le note per i record che lo richiedono
- predisporre un data base per facilitare l'inserimento e l'analisi statistica o la revisione
- registrare in campi del data base sensazioni o intuizioni (se è il ricercatore che rileva direttamente) o dubbi
- registrare domande che scaturiscono dalla raccolta dati
- documentare il work in progress.

¹⁹ In questo caso specifico si è scelto il modello di lettura organizzativa di Igor Ansoff.

- registrare affermazioni, eventi, episodi che possono essere utilizzati nel report o in revisioni successive del lavoro.

In questa fase si può avere la percezione di un *bias* emergente (errore) o di una variabile costante, sia per il tempo di vicinanza con gli “individui” del caso, sia per il tipo di strumenti utilizzati.

Queste sensazioni devono essere registrate, ma non devono modificare le modalità previste di raccolta dati. Sono indicazioni che possono servire per la riformulazione dei quesiti o la motivazione di alcuni risultati, ma fanno parte delle informazioni che saranno analizzate nella fase di analisi dei dati perché occorre mantenere il rapporto tra il problema posto e la raccolta dati progettata. Nella fase successiva, il ricercatore classifica, descrive, analizza i riferimenti e le note per effettuare un esame approfondito delle informazioni in suo possesso e costruire i risultati del caso di studio.

Anche da queste valutazioni emerge la necessità, nella progettazione, di definire il genere di dati da raccogliere nel caso di studio.

Nella tab. 3.2 sono illustrati i tipi di dati che si possono raccogliere.

E’ necessario che la raccolta dati sia coerente con le fonti disponibili. Autori come Bouchard (1976), Webb e Weich (1979), King, Morris e Fitz-Gibbon (1987) hanno definito le regole sulle fonti di dati e classificato i loro punti di forza e di debolezza negli studi organizzativi e manageriali (i primi tre) e nella valutazione di programmi, gli altri.

Tab. 3.2. Genere di dati nei casi di studio, Fonte Lipset, Trow & Coleman, 1956, p.422. Adattato sull’esempio formulato del blocco Operatorio “X”.

Unità di analisi	Sistema totale	Unità intermedie		Individui	
	Prospettive, dati storici, di occupazione, accordi, regole	Storia locale, numero di elementi, , regole locali, obiettivi locali	Numero di unità, numero di addetti	Dirigenti	Altri individui
Blocco operatorio	Regole aziendali acquisite, prodotti in uscita	Meccanismi operativi, mission e vision, sistemi preminati e di controllo	Numero e tipo di addetti, qualifiche e competenze	Percezione e azione nella struttura organizzativa	Percezione e azione nella struttura organizzativa
Logistica	Percorsi in condivisione	Divisione degli spazi, elenco dei processi di flusso dei pazienti e degli operatori	Numero di spostamenti uomo-condotti e destinazioni		
Relazioni con l’esterno		Tipo e contenuto Interfacce in uscita, stakeholders esterni/interni	Persone coinvolte nelle interfacce verso l’esterno	Caratteristiche delle relazioni con l’esterno	Caratteristiche delle relazioni con l’esterno

Relazioni tra professionisti	Regole organizzative/ interprofessionali aziendali	Relazioni gerarchiche e funzionali	Job description e responsabilità nei processi, ruoli di coordinamento e di staff	Competenze eccellenti per ruolo, gap tra competenze agite e competenze attese	Competenze eccellenti per ruolo, gap tra competenze agite e competenze attese
Ruoli di governo	Valori e interessi dominanti	Valori e interessi locali, risultati ottenuti	Grado di partecipazione dei singoli ai risultati	Aderenza ai valori e agli interessi	Aderenza ai valori e agli interessi
Metodi/strumenti di indagine	Analisi documentale, diacronica	Analisi documentale, reportistica, analisi procedure	Analisi documentale, osservazione diretta su griglie di osservazione	Interviste, Questionari, Test, focus group,	Interviste, questionari, test, focus group

Valutare ed analizzare i dati

Il ricercatore esamina i dati al fine di trovare o disconfermare relazioni tra l'oggetto di ricerca ed i risultati attesi. Durante tutto il processo di valutazione e di analisi, il ricercatore è aperto a nuove opportunità di approfondimento. Nei casi di studio ben costruiti si ordinano i dati in modi diversi per verificare le ipotesi, nuove intuizioni, cercare deliberatamente elementi di conflitto o confutazione dell'analisi.

Si possono rappresentare le informazioni e i risultati in varie forme, tabellari, grafiche, si possono utilizzare percentuali, frequenze, trend, matrici di categorie. Nel caso di analisi di processi organizzativi si possono rappresentare le informazioni con diagrammi di flusso o a blocchi; nel caso di valutazioni comparative di performance, si possono utilizzare matrici a quattro quadranti o altre forme ancora. Spesso si usano dati quantitativi a supporto di dati qualitativi. Quando le osservazioni multiple convergono, i risultati diventano più robusti.

Nella ricerca scientifica è poco frequente, o quasi nulla la diffusione di risultati che non confermano le ipotesi. Il *case study* e il relativo report sono una opportunità per far conoscere anche le ipotesi non verificate come forma di conoscenza ulteriore, utile forse a tutto il mondo scientifico, oltre che al mondo "operativo" che, di norma, si confronta sulle azioni, le decisioni, i fatti che coinvolgono singoli o pochi individui.

La *cross-analysis* del caso è un metodo di analisi classifica i dati per tipo in tutti gli "individui" esaminati e valuta le corrispondenze e le differenze per ogni tipo di dato e per ogni individuo, anziché la sola analisi cumulativa, per verificare se vi siano cluster differenti che possono spiegare le variazioni nei risultati singoli e, quindi, poter rispondere ai "come" e ai "perché" delle domande di ricerca iniziali.

Nello studio di caso è importante, come nella ricerca scientifica tradizionalmente intesa, rispettare alcuni requisiti di qualità e verificarli per ogni progetto.

Kidder e Judd²⁰ hanno proposto quattro tipi di valutazioni di validità dello studio di caso:

- **Validità di formulazione** – stabilire corrette misure per i concetti che si utilizzano/studiano. Si ottiene nella fase di raccolta dati attraverso fonti multiple di informazioni (permettono di confrontare più dati), stabilire le relazioni attese e verificarle, rivedere il disegno di studio prima di entrare sul campo.

²⁰ Kidder L. Judd C.M. Research methods in social relations. Ved. Holth, Rinehart & Winston, NY, 1986 pp 26-29

- **Validità interna** – definire il campione/unità di analisi in modo chiaro e univoco, descrivere le unità di analisi, i dati e i significati che apportano allo studio di caso, definire quali testi utilizzare per l’analisi ed fare analisi in serie temporali (se pertinente)
- **Validità esterna** – la riproducibilità dei risultati è da valutare negli studi multipli o multicentrici (multiple unità di analisi)
- **Attendibilità** – disegno dello studio di caso ben fatto.

Anche da queste valutazioni emerge la necessità, nella progettazione, di definire il genere di dati da raccogliere nel caso di studio.

In merito all’acquisizione delle fonti dei dati, Yin riassume i punti di forza e di debolezza di questi e altri autori, come presentato in tab. 3.3.

Fonte dei dati	Punti di forza	Punti di debolezza
Documentazione	<i>stabile</i> , può essere rivista più volte <i>equilibrata</i> , non prodotta come risultato di un singolo studio di caso <i>esatta</i> , contiene nomi, riferimenti precisi, dettagli <i>completa</i> , copre un arco di tempo, molti eventi e situazioni	<i>recuperabilità</i> , può essere bassa <i>selettività</i> , alterata se la raccolta dati è incompleta <i>pregiudizio</i> , può riflettere i pregiudizi dell’autore <i>inaccessibilità</i> , l’accesso può essere bloccato
Verbali	Come sopra <i>precisi e quantitativamente definiti</i>	Come sopra <i>riservatezza (negli accessi)</i>
Interviste	<i>finalizzate</i> , focalizzano l’oggetto di studio <i>significative</i> , forniscono le relazioni causali	<i>pregiudizio</i> , nelle risposte soprattutto se i quesiti sono poco elaborati <i>inesattezza</i> , dovuta alla memoria <i>riflessività</i> , inducono la scelta della risposta coerente con le attese dell’intervistatore, se mal poste
Osservazione diretta	<i>reali</i> , su evento reale <i>contestuali</i> , contemporanee agli eventi	<i>dispensiosità</i> , di tempo selettività, in assenza di completezza <i>riflessività</i> , si osservano anche i cambiamenti di rotta e sollecita adattamenti <i>costosità</i> , costo-operatore tempo dipendente
Osservazione partecipante	Come sopra <i>intuitive</i> , per comportamenti e motivazioni	Come Sopra <i>pregiudizio</i> , possibili manipolazioni

Fonte dei dati	Punti di forza	Punti di debolezza
Oggetti fisici (es. luoghi, tecnologie, reportistiche, <i>flow-chart</i> , piantine, flussogrammi)	<i>significativi</i> , per le caratteristiche culturali e per le operazioni tecniche	<i>selettività</i> , alterata se la raccolta dati è incompleta <i>disponibilità</i> , possono esistere, ma non essere disponibili

Tab. 3.3. Punti di forza e di debolezza delle fonti di dati. Fonte Yin, 2005, p. 111

Questi elementi sono importanti nella progettazione, al fine di scegliere la fonte più appropriata, tra quelle disponibili e per progettare anche il “contenimento/annullamento” dei punti di debolezza con azioni mirate.

Preparare la relazione

I casi di studio ben costruiti presentano il contesto, le attività, i risultati e i dati raccolti in un modo da trasformare un problema complesso in una forma facilmente comprensibile, permettendo al lettore di mettere in discussione ed esaminare lo studio e raggiungere una comprensione indipendente.

L'obiettivo della relazione scritta è quello di rappresentare il percorso e i risultati ad una platea variegata di lettori, ma in modo che tutti possano comprenderlo e formulare un proprio giudizio critico, portando il lettore ad applicare l'esperienza nella sua propria vita reale.

Tra le tecniche per la composizione del report si possono includere:

- il racconto di ogni caso come un capitolo di un libro
- il racconto del/ogni caso come un racconto cronologico
- la composizione di una storia.

Durante la preparazione del report, si esamina criticamente il documento per verificarne la completezza. Si può sottoporre il report ad uno o più *referee* per una valutazione esterna del documento. Sulla base delle osservazioni, il ricercatore rivede il documento. Poiché uno degli scopi del caso di studio è la diffusione, si può includere tra i *referee* un giornalista per modulare il linguaggio per il pubblico non esperto.

4 - La diagnosi organizzativa e gli strumenti per l'analisi dei casi

Questo capitolo presenta alcuni approcci di lettura delle organizzazioni, per l'analisi organizzativa, e alcuni strumenti utili per la diagnosi o l'interpretazione delle condizioni, processi, attività, problemi presentati nei casi. E' necessario che, prima di presentare un caso, il docente verifichi quale conoscenza abbiano i discenti dei metodi interpretativi o degli strumenti utili all'analisi e alla costruzione di una proposta, sia essa di conferma dell'organizzazione attuale o di soluzione dei problemi diagnosticati.

Analizzare le organizzazioni

Le organizzazioni sanitarie sono sistemi complessi, influenzati da vari fattori: tipologia d'obiettivi, variabilità dell'ambiente esterno, diversificazione interna della struttura organizzativa, grado d'autonomia dei professionisti e dimensione dell'organizzazione stessa. Ogni sistema organizzativo è in continua evoluzione, perché per definizione "aperto" verso un esterno variamente mutevole, con il quale interagisce continuamente.

Esistono differenti modi di leggere ed interpretare le realtà organizzate: attraverso la logica del sistema meccanico, del sistema organico e del sistema concreto e la logica dell'azione organizzativa.

Le modifiche del contesto politico, economico e socio-culturale verificatosi negli ultimi anni, e fondamentalmente il passaggio da un ambiente stabile, privo di controlli sulla produzione e di concorrenza esterna, ad un ambiente dinamico, orientato all'utenza, con attenzione ai fattori economici della produzione e concorrenziale, hanno negli ultimi dieci anni determinato un nuovo impatto della cultura professionale anche nelle Aziende Sanitarie Pubbliche e un superamento complessivo del concetto di organizzazione meccanica delle attività, sia dirette alla produzione che al supporto amministrativo e tecnico.

Le tendenze rilevabili sono essenzialmente tre:

1. professionalizzazione del management e professionalizzazione della generalità degli operatori,
2. cambiamento dei parametri di riferimento dei ruoli professionali già esistenti e consolidati,
3. impostazione condivisa della produzione per processi.

Questo ampio evolversi verso una professionalizzazione diffusa, sostanzialmente originata dall'accrescersi esponenziale delle conoscenze scientifiche e dalla necessità di specializzazione per dominare le tecniche e le metodologie sempre più complesse, porta ad un profondo cambiamento nella visione delle organizzazioni.

L'analisi organizzativa è uno strumento di diagnosi per esaminare carenze ed incongruenze, orientando in modo nuovo gli interventi di riprogettazione; registra le situazioni organizzative, consentendo di chiarirne e renderne esplicito il funzionamento.

L'analisi sistemica offre una lettura ed una interpretazione delle relazioni tra gli elementi (variabili organizzative) che compongono l'organizzazione stessa. Questi elementi sono tra di loro legati da un rapporto di interdipendenza dinamica e finalizzati a raggiungere uno scopo.

Spesso l'analisi organizzativa è vista come la sola analisi degli elementi dell'organizzazione: la capacità produttiva, quella finanziaria, il disegno organizzativo, lo scenario, ecc. Le persone in questa visione sembrano avere un peso relativo. Un percorso strutturato di analisi organizzativa consente quindi di osservare tutti i fattori interni ed esterni all'organizzazione, cogliendo le criticità dei singoli fattori e, data la sua caratteristica dinamica, di rilevare le relazioni tra i fattori. Gli elementi costitutivi di un modello sistemico di analisi dell'organizzazione sono indicati di seguito.

- Variabili esterne: forniscono input e pongono condizioni positive e negative all'organizzazione sanitaria.

- Contesto: sociale, culturale, economico e politico.
- Mandato: leggi e direttive dell'autorità sovraordinata -Regione,Governo,Parlamento.
- Bisogni e domande: dei singoli e delle comunità, espressi o inespressi, al cui servizio l'organizzazione sanitaria, pubblica e privata, è posta.
- Variabili interne: sono i fattori che costituiscono l'essenza dell'organizzazione.
 - Struttura: nel modello sistemico dell'analisi organizzativa, il termine struttura comprende tutte le risorse effettivamente disponibili come "dote" dell'organizzazione (persone, locali, finanze, tecnologie, ecc.).
 - Obiettivi specifici: nell'analisi organizzativa sono il fattore che determina la concreta e valutabile finalizzazione dell'organizzazione sanitaria.
 - Regole e procedure: sono il "dover essere" dell'organizzazione sanitaria sia sul versante tecnico che sul versante gestionale
 - Processi: sono le azioni che sono messe in campo, di tipo tecnico, gestionale e sociale.
- Variabili in uscita: sono le prestazioni specifiche che ogni articolazione e l'intera organizzazione forniscono ai cittadini-utenti.
- Effetti/risultati: sono i cambiamenti che l'organizzazione genera con le sue prestazioni.

L'utilizzo di modelli di analisi applicati a realtà complesse agevola una visione globale e ordinata dei fenomeni senza semplificarli e aiuta a cogliere i nessi esistenti tra gli elementi del sistema e tra il sistema ed il proprio contesto; ciò parte dal concetto che le organizzazioni sanitarie, come molte altre, sono sistemi complessi, influenzati dall'ambiente che li circonda.

La scelta del modello organizzativo è influenzata fondamentalmente da tre fattori:

1. la complessità dell'organizzazione: dipende dal numero di attività, di funzioni, di compiti da svolgere, dal loro grado di eterogeneità ed interdipendenza. Una elevata complessità comporta maggiori problemi di coordinamento e controllo;
2. il grado di formalizzazione: si riferisce all'intensità di impiego di procedure interne, di politiche, di regole formali e scritte, che vincolano le scelte dei membri dell'organizzazione. Nelle organizzazioni informali il grado di libertà di azione è superiore;
3. la centralizzazione delle decisioni: si riferisce alla distribuzione del potere e dell'autorità all'interno dell'organizzazione. Forte accentramento significa che le decisioni sono prese dal vertice aziendale e la discrezionalità dei livelli più bassi è vincolata da regole e procedure formali. Forte decentramento comporta invece che la maggior parte delle decisioni sia presa dai livelli più bassi dell'organizzazione.

L'organizzazione deve imparare a "leggere" se stessa, in modo da generare un processo di consapevolezza di ciò che l'organizzazione è e produce. Questo è particolarmente rilevante ai fini dei risultati e del benessere organizzativo stesso.

L'analisi organizzativa è l'analisi degli elementi dell'organizzazione quali la capacità produttiva, la capacità finanziaria, le condizioni, lo scenario, le persone, la comunicazione e il clima organizzativo.

I modelli di analisi organizzativa proposti dalla letteratura sono molteplici. Essi tengono conto sia delle persone che degli elementi dell'organizzazione.

Henry Mintzberg

Uno dei modelli presi in considerazione per lo studio della struttura organizzativa è quello di Mintzberg. Questo modello approfondisce l'assetto organizzativo, cioè struttura, meccanismi e sistemi operativi.

Henry Mintzberg nasce a Montreal il 2 settembre 1939, tutt'ora vivente; è un accademico canadese, studioso di

scienze gestionali, ricerca operativa, organizzazione e strategia.

Henry Mintzberg (1985, 1991) riassume gli approcci precedenti in una visione sistemico – ambientale - strutturale. La teoria²¹ ipotizza che l'organizzazione in senso generale si compone di cinque parti che, combinate insieme, danno luogo a cinque configurazioni organizzative principali e ad altre che costituiscono gli ibridi intermedi. Alla fine del suo libro (Mintzberg, 1991) elabora una sesta configurazione con caratteristiche ulteriormente differenti e negli scritti successivi apporterà altre modifiche alla teoria originale.

Le variabili che compongono l'organizzazione devono essere individuate ed elaborate in modo da creare una congruenza interna e un ottimale rapporto esterno all'organizzazione. L'utilità delle configurazioni consiste nella loro capacità di spiegare la maggior parte delle strutture organizzative presenti oggi nelle aziende.

I componenti dell'organizzazione sono:

- le parti
- i meccanismi di coordinamento
- i parametri di progettazione
- il funzionamento
- i fattori situazionali.

Secondo il tipo di composizione che si ottiene, si identificano sei tipi di organizzazioni:

- la struttura semplice
- la burocrazia meccanica
- la burocrazia professionale
- la soluzione divisionale
- la soluzione innovativa o *adhocrazia*
- la soluzione politica o missionaristica

La base delle organizzazioni è costituita dalle persone che svolgono le attività produttive che permettono la creazione di beni e servizi. Tale parte prende il nome di nucleo operativo (*centre operationel*). Se applichiamo questa lettura ad un ospedale, il nucleo operativo rappresenta le uu.oo. e i servizi che operano direttamente sul paziente o su suoi prodotti (es. laboratori) e che agiscono il processo di produzione primario. In estrema sintesi, il nucleo operativo è quello che il paziente attraversa quando incontra la struttura sanitaria, sia essa territoriale o ospedaliera, di prevenzione o di trattamento o riabilitazione, dal momento in cui manifesta un bisogno e si attiva la presa in carico della persona, al momento in cui la stessa esce dal processo. Il vertice strategico (*sommet strategique*) è costituito dai dirigenti che decidono le strategie, guidano l'azienda/impresa. Nelle strutture sanitarie pubbliche il vertice strategico corrisponde alla Direzione Generale. Quando le organizzazioni sono complesse e di grandi dimensioni, per mantenere il governo dei processi, dei risultati e delle risorse si costituiscono linee dirigenziali intermedie come primo passo dello sviluppo della gerarchia organizzativa. Tale linea intermedia (*ligne hierarchique*) mantiene i contatti con il vertice strategico e l'attività di coordinamento del nucleo operativo.

²¹ Mintzberg H., *Management: tra mito e realtà*, Garzanti, Milano, 1991 - Professore di Management alla McGill University a Montréal.

Figure 6-1 — Les six parties de base de l'organisation

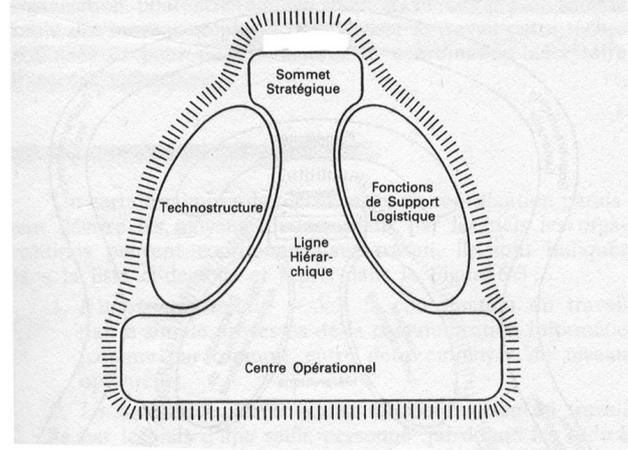


Fig. 4.1- Tratto da Henry Mintzberg (1990) *Le management - Voyage au centre des organisations*, Les edition de l'Organisation pag, 155, edito in Italia da Garzanti, Milano nel 1991: *Management: mito e realtà* (figura a pag. 135)

In modo chiaro, anche se poco accettato in Italia, Mintzberg pone tutto il personale delle unità organizzative: medico, infermieristico, tecnico, di supporto, nel nucleo operativo e la Direzione Dipartimentale, Ospedaliera, Infermieristica nella linea intermedia.

Se le aziende utilizzano come meccanismo principale di coordinamento la standardizzazione dei processi (Fiat, McDonald, strutture in cui la scomposizione o codifica dei compiti rappresenta un meccanismo per l'aumento dell'efficienza), un altro elemento essenziale è la tecnostuttura, cioè quella sezione composta da tutti quelli che ideano, controllano, programmano attività o parti di essa, come gli uffici dedicati alla elaborazione/controllo delle "procedure", protocolli operativi ecc. Gli operatori della tecnostuttura sono chiamati, da Mintzberg, "gli analisti" perché analizzano i processi produttivi, l'attività aziendale o parti di essa e ne elaborano l'ottimizzazione per il fine aziendale. Una caratteristica della tecnostuttura è la dinamica della sopravvivenza. In linea solamente teorica, la tecnostuttura dovrebbe essere una parte dell'organizzazione variabile nelle competenze e a tempo determinato: si affronta un'area di intervento, si riordinano i processi, si verifica e, nelle fasi successive, le attività si trasferiscono ai processi produttivi, mantenendo centralizzato solo il monitoraggio finale. La competenza e la responsabilità del controllo dovrebbero essere trasferiti ai soggetti che governano il processo specifico. Nella realtà, invece, la tecnostuttura è un segmento stabile dell'organizzazione che cerca il proprio sviluppo e mantenimento, affermando la necessità del controllo esterno e di procedure codificate.

Il quinto elemento è lo staff di supporto (*fonction de support logistique*), cioè l'insieme delle persone che svolgono attività collaterali, che sono esterne al ciclo produttivo, ma ad esso forniscono servizi. Nello staff di supporto sono da inserire tutte quelle funzioni che, ad esempio, un'azienda può esternalizzare perché non sono parte del "core business" (attività produttiva specifica). Oltre a queste, esiste un elemento che pervade e circonda l'organizzazione: l'ideologia. L'ideologia rappresenta la cultura propria dell'organizzazione che pervade l'organizzazione stessa e ne traccia un confine invisibile verso l'esterno, ma ben percettibile, tanto che nel passaggio tra differenti organizzazioni, spesso si sente la presenza di una "diversa cultura".

I meccanismi di coordinamento indicano quale tipo di divisione del lavoro è stata operata e come vengono coordinati gli operatori che svolgono i compiti. Possono essere individuati come:

- adattamento reciproco, o accordo informale

- supervisione diretta
- standardizzazione dei processi di lavoro
- standardizzazione della produzione
- standardizzazione delle norme
- standardizzazione degli input o delle conoscenze.

L'adattamento reciproco è rappresentato dalla comunicazione informale tra gli operatori di tutta la linea e degli staff. Anche nella divisione del lavoro non si adottano procedure formali, ma si persegue l'accordo diretto tra i membri. E' presente nella soluzione innovativa o nella struttura semplice.

La supervisione diretta è il coordinamento attuato attraverso una o più persone che rivestono posizioni di responsabilità del lavoro altrui impartendo gli ordini e controllando le azioni. E' presente nella struttura semplice.

La standardizzazione dei processi di lavoro si ottiene quando l'attività è scomposta in segmenti più semplici attuati secondo standard predefiniti. Rappresenta la forma storica di divisione del lavoro per compiti limitati e definiti come quelli osservabili, ad esempio, nelle catene di montaggio. Nelle aziende di servizio, la standardizzazione dei processi di lavoro si ottiene applicando rigidamente la scomposizione delle attività in procedure (esempio, standard di prodotto). E' presente nella burocrazia meccanicistica.

La standardizzazione della produzione (o degli output) è un altro modo di scomposizione della produzione. Non si scompone l'attività complessa in elementi semplici, ma si scompone il risultato complessivo dell'azienda o dell'impresa in risultati specifici delle singole linee di prodotto/servizio. E' presente nella struttura divisionale.

La standardizzazione delle norme rappresenta la modalità di coordinamento delle organizzazioni politiche o missionaristiche: si controllano le procedure che regolano il lavoro o le relazioni, in modo che siano rispettati i principi.

La standardizzazione degli input (capacità lavorative o conoscenze) richiede che siano predeterminate le capacità che gli operatori devono possedere per poter occupare una posizione nell'organizzazione. Questo tipo di meccanismo di coordinamento si interessa prevalentemente della formazione pre e intralavorativa (quest'ultima per i percorsi di sviluppo della carriera) dei membri della organizzazione. E' il meccanismo di coordinamento specifico degli ambiti professionali, all'interno dei quali la collaborazione e l'interdipendenza si apprendono durante la formazione e i meccanismi di raccordo reciproco automatici ne sono l'espressione. Ad esempio, sia medici, sia infermieri, quando accedono al mercato del lavoro, hanno una formazione certificata predefinita e, quando operano nelle unità operative, attuano immediatamente comportamenti coordinati.

Componendo i meccanismi di coordinamento con la struttura aziendale si possono individuare le cinque configurazioni principali:

- struttura semplice (o imprenditoriale): organizzazione di dimensioni contenute, necessita di un ambiente semplice e dinamico, caratterizzata dalla supervisione diretta del vertice strategico, il flusso di autorità e il flusso di decisioni sono top-down, il potere è del capo.
- Burocrazia meccanicistica caratterizzata dalla standardizzazione dei processi di lavoro. La parte fondamentale dell'organizzazione è la tecnostuttura, ha un funzionamento basato sulle attività regolate e le procedure formali; il flusso di autorità è top-down. L'ambiente è semplice e stabile.
- Burocrazia professionale: è l'organizzazione che opera attraverso i professionisti. Rappresenta la configurazione che più si adatta alle aziende sanitarie, le università, gli studi professionali. Le caratteristiche di questa configurazione sono di seguito applicate all'area sanitaria.

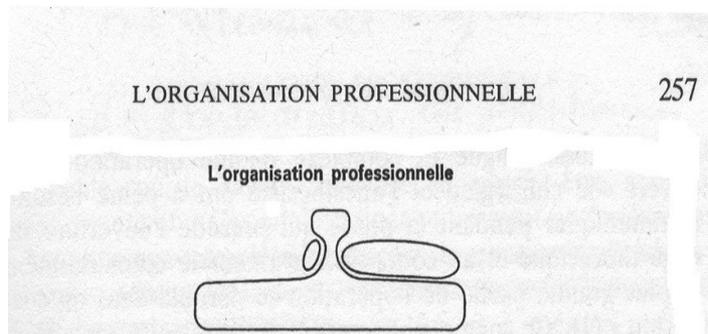


Fig. 4.2- Tratto da Henry Mintzberg (1990) *Le management - Voyage au centre des organisations*, Les edition de l'Organisation pag, 257, edito in Italia da Garzanti, Milano nel 1991: *Management: mito e realtà* (figura a pag. 224)

Le caratteristiche della burocrazia professionale che interessano i servizi sanitari sono le seguenti:

- Il vertice strategico e la tecnostuttura sono di piccole dimensioni: i professionisti rispondono a pochi “capi” e non necessitano di qualcuno che dica loro *come* devono lavorare.
- La parte fondamentale dell’organizzazione è il nucleo operativo costituito dai professionisti.
- La linea intermedia è ridotta (i professionisti non hanno bisogno di grandi gerarchie e controlli), prediligono la comunicazione informale.
- Lo staff di supporto è sviluppato per concentrare i professionisti sullo specifico professionale e sul processo fondamentale della struttura (prevenzione, cura, riabilitazione).
- Il meccanismo principale di coordinamento è la standardizzazione delle conoscenze e delle capacità.
- Il flusso di decisione è *bottom-up* e il potere è dei professionisti, che costituiscono il personale strategico dell’azienda. Questo elemento, nelle organizzazioni sanitarie, rappresenta oggi il potere informale.

Per comprendere il funzionamento dell’organizzazione professionale, occorre capire cosa/chi sono i professionisti. Mintzberg afferma che i professionisti sono persone che presentano, tutti, alcuni caratteri:

- la loro formazione di base e di specializzazione avviene all’esterno dell’organizzazione in cui lavorano. Tutti i professionisti sanitari si formano in università ed operano nelle strutture sanitarie ospedaliere o territoriali.
- Hanno prioritariamente sentimenti di appartenenza alla professione e solo in secondo luogo all’organizzazione per cui lavorano. Sia un medico, sia un avvocato rispondono prima “Sono un medico ... un avvocato” e poi indicano dove e con chi lavorano.
- Hanno uno specifico professionale unico: nessun altro professionista può operare al loro posto, se non su specifiche deleghe e sotto il loro controllo.
- Gli standard professionali sono identificati e legittimati dalle società scientifiche di appartenenza o di categoria (anche ordini e collegi), al di fuori dell’organizzazione in cui lavorano.
- L’evoluzione professionale, il cambiamento dei paradigmi, la legittimazione dei comportamenti avviene attraverso il confronto con l’esterno (*benchmarking*)²²

- Soluzione divisionale caratterizzata dalla standardizzazione degli output, la parte fondamentale dell’organizzazione è costituita dalla linea intermedia, il flusso di autorità è rilevante in tutte le parti dell’organizzazione e presenta flussi di decisioni differenti tra vertice e divisioni. In questa configurazione il potere è nelle mani della linea intermedia. La diversificazione della produzione rispetta la diversità dei mercati.

- Soluzione innovativa o *adhocrazia*: caratterizzata dall’adattamento reciproco, la parte fondamentale dell’organizzazione è lo staff di supporto (nell’*adhocrazia* amministrativa) e, o il nucleo operativo nella forma operativa. Il funzionamento è per costellazioni di lavoro, il flusso di autorità è scarso. Il potere deriva dalle conoscenze ed è in mano agli esperti. Vive in un ambiente complesso e dinamico. Altra caratteristica di questa configurazione è che è individuata come “sistema di progetto” e, se si prolunga nel tempo, si trasforma in un’altra configurazione più stabile.

- Soluzione/configurazione Missionaria e Politica. La sesta configurazione organizzativa ha come elemento tracciante la cultura, sia sotto forma di ideologia che di politica. L’ideologia agisce come forza centripeta, mentre la politica agisce come forza centrifuga. L’organizzazione ideologica o missionaria è basata sulla condivisione dei principi e dei valori che determinano la missione affascinante dell’organizzazione, rinforzata dall’identificazione progressiva tra organizzazione (spesso rappresentata da un leader carismatico) e suoi membri. Il coordinamento avviene attraverso la standardizzazione delle norme. La soluzione politica è quella che caratterizza i partiti. Le idee che rappresentano il punto di coesione richiedono diffusione per aumentare il consenso e, per raggiungere questo obiettivo il proselitismo avviene attraverso alleanze formali o informali. In

²² benchmarking: termine inglese che indica il confronto con realtà migliori

genere le alleanze si sviluppano, come le organizzazioni stesse, per rispondere o risolvere un conflitto. La soluzione politica, frequentemente, rappresenta una parte di un'organizzazione o della sua evoluzione, soprattutto quando si presenti la necessità di distribuire diversamente il potere o di modificare radicalmente la struttura dell'organizzazione stessa.

Progettare un'organizzazione significa definire le posizioni di lavoro o, più semplicemente, decidere la modalità di divisione del lavoro, la distribuzione delle "mansioni"²³, intese, nel linguaggio organizzativo, come somma di compiti.

Nella divisione del lavoro i parametri che sono presi in considerazione sono tre:

- la specializzazione della mansione
- la formalizzazione del comportamento nell'esecuzione della mansione
- la formazione e l'indottrinamento richiesti dalla mansione.

Le mansioni possono essere specializzate in larghezza o in profondità. La larghezza è inerente al numero di compiti diversi attribuiti ad ogni mansione (specializzazione orizzontale); la profondità è inerente al controllo sul lavoro svolto (specializzazione verticale). Maggiore è la specializzazione orizzontale, minori sono i compiti attribuiti (come nella catena di montaggio), maggiore è la specializzazione verticale, minore è il controllo che l'operatore può compiere sul processo di lavoro. Un esempio di specializzazione orizzontale e verticale è dato dal lavoro per compiti fissi in alcuni ambienti ospedalieri e non, dalla divisione formale per turno, per giornata.

La specializzazione delle mansioni ha provocato, negli anni, una condizione di disagio legato al lavoro parcellizzato (alienazione) e la necessità di ridurre il fenomeno è stato introdotto l'allargamento della mansione sia in senso orizzontale, che in senso verticale, quindi il ritorno ad una divisione del lavoro che prevede maggiori compiti affidati ad ogni singolo operatore e maggior controllo sui compiti svolti. In ambiente infermieristico questo allargamento è palesato da un modello assistenziale per obiettivi o per piano di assistenza individualizzato. In questo modello l'infermiere svolge una parte dell'attività assistenziale complessiva, il che facilita al paziente il raggiungimento degli obiettivi individuati (allargamento orizzontale e controllo dei risultati) ottenuti con la sua prestazione (allargamento verticale).

Fig. 4.3 - La specializzazione delle mansioni nelle diverse parti dell'organizzazione. (da H. Mintzberg, 1985, p. 79)

Spe ciali zzaz ione verti cale	Alta	Mansioni non qualificate - nucleo operativo e staff	Alcune posizioni manageriali di basso livello
	Bassa	Mansioni professionali (nucleo operativo)	Tutte le altre posizioni manageriali
		Alta	Bassa
		Specializzazione orizzontale	

La formazione rappresenta un meccanismo di controllo del comportamento organizzativo e operativo che l'organizzazione adotta per costruire l'addestramento e lo sviluppo della carriera e rendere sempre più aderente il

²³ Nella divisione del lavoro si può descrivere una scala crescente in difficoltà e grado di autonomia: operazione, azione, compito, mansione, prestazione, funzione.

comportamento dell'operatore alle richieste aziendali. L'indottrinamento, invece, rappresenta il processo di comunicazione e apprendimento delle norme organizzative e di comportamento che permettono di costruire il senso di appartenenza del dipendente all'azienda.

Nella tabella sottostante vengono riepilogate in modo sintetico i principali elementi delle cinque configurazioni precedentemente descritte.

Tab. 4.1 Sintesi delle caratteristiche delle Configurazioni, Mintzberg, 1991

CONFIGURAZIONE ORGANIZZATIVA	MECCANISMO PRINCIPALE DI COORDINAMENTO	PARTE FONDAMENTALE ORGANIZZAZIONE	TIPO DI DECENTRAMENTO
STRUTTURA SEMPLICE	SUPERVISIONE DIRETTA	VERTICE STRATEGICO	ACCENTRAMENTO VERTICALE/ ORIZZONTALE
BUROCRAZIA MECCANICA	STANDARDIZZAZIONE E PROCESSI	TECNOSTRUTTURA	DECENTRAMENTO ORIZZONTALE LIMITATO
BUROCRAZIA PROFESSIONALE	STANDARDIZZAZIONE E CAPACITA'	NUCLEO OPERATIVO	DECENTRAMENTO VERTICALE/ ORIZZONTALE
SOLUZIONE DIVISIONALE	STANDARDIZZAZIONE E OUTPUT	LINEA INTERMEDIA	DECENTRAMENTO VERTICALE LIMITATO
ADHOCRAZIA	RECIPROCO ADATTAMENTO	STAFF DI SUPPORTO	DECENTRAMENTO SELETTIVO

Gareth Morgan

“Qui mi preoccupo di mostrare in che modo le intuizioni creative generate dalle metafore possano venire usate per comprendere il fenomeno organizzativo da prospettive diverse.” Gareth Morgan, “Images. Metafore dell'organizzazione”

Gareth Morgan è un noto autore internazionale, consulente e oratore, conosciuto per la sua teoria di gestione. Nato in Inghilterra nel 1943, è Professore alla York University di Toronto in Canada. Autore di best-seller sull'organizzazione, egli utilizza le immagini e le metafore per creare risorse e modi di funzionamento e di gestione.

Morgan sostiene che le teorie, i modi di pensare e di percepire le organizzazioni, possono essere espresse con alcune “metafore”, ossia con immagini che, in forza di un'analogia con altre realtà più familiari, le rappresentano in forma sintetica e semplificata. La scelta dipenderebbe dall'osservatore, dai suoi obiettivi conoscitivi e dal momento in cui si osserva un'organizzazione.

Le metafore esercitano un'influenza decisiva sul linguaggio, sulla percezione dei problemi, sull'espressività dei nostri comportamenti e perfino sulle nostre cognizioni scientifiche.

Uno degli aspetti interessanti delle metafore è che esse sono immagini schematiche, succinte, perciò parziali della realtà, della quale esaltano alcuni aspetti che si ritengono salienti, sacrificandone naturalmente altri.

La lettura che Morgan propone delle organizzazioni ne vede la classificazione come macchine, organismi, cervelli, cultura, prigionie psichiche, politiche, cambiamento/trasformazioni e domini.

La metafora della macchina: in ambito organizzativo, la metafora della macchina come da modello per progettare, realizzare e controllare le attività lavorative è ancora oggi assai diffusa in ambito sanitario.

La descrizione e specificazione accurata delle mansioni, la razionalizzazione dei tempi e dei materiali, la standardizzazione dei processi, la specializzazione, sono pratiche talmente diffuse che hanno ormai condizionato il vocabolario di qualunque settore. I vantaggi dell'approccio organizzativo di tipo "meccanicistico" sono evidenti: chiarezza degli obiettivi e dei risultati finali, accuratezza nella progettazione dei percorsi, corretta individuazione di risorse umane e materiali, limitazione degli sprechi, controllo e correzione immediata dell'errore.

I limiti di quest'approccio sono però rilevanti. Progettare l'organizzazione come se fosse una macchina, è utile solo in ambienti stabili, cosa abbastanza rara in un contesto come un'azienda sanitaria. Gli stessi professionisti, senza esserne consapevoli, assumono atteggiamenti che tendono a conservare l'ambiente piuttosto che sviluppare capacità di fronteggiare l'imprevisto. Frammentare il lavoro in attività semplici e spingere verso la specializzazione sono strategie funzionali ad una maggiore precisione e competenza, che riguardano però settori sempre più ristretti, dove si richiede un'autorità gerarchica in grado di ricomporre costantemente le singole parti, pena un caos ingovernabile nel quale ciascun settore agisce senza integrarsi con altri. La condizione perché l'organizzazione funzioni come una macchina perfetta è il costante controllo delle variabili, prime fra tutte la discrezionalità di scelta degli operatori.

Uno degli effetti indesiderati è che l'impossibilità di fare scelte personalizzate e la consapevolezza di essere ingranaggi controllati di un sistema, in un primo momento offrono sicurezza e riduzione dell'ansia, mentre a lungo termine producono disaffezione, perdita di interesse e di senso di responsabilità, sensazione di spersonalizzazione. Conseguenza di questo malessere personale è, fra l'altro, una minore resa lavorativa.

La metafora dell'organismo: anche nelle strutture sanitarie esiste una organizzazione "informale" con propri obiettivi e specifiche strategie relazionali, parallela alla organizzazione "formale", che riconosce l'importanza della motivazione e delle relazioni umane. La sicurezza economica e la garanzia del posto fisso non sono l'unico motivo per cui i dipendenti si recano a lavorare tutti i giorni. Altre motivazioni quali la creatività, l'investimento emotivo, le relazioni interindividuali positive che migliorano il clima dell'azienda, incidono positivamente anche sulla produttività, sia in termini quantitativi, sia qualitativi. L'organizzazione è dunque un "sistema aperto", una sorta di organismo biologico che comunica costantemente con l'ambiente esterno ed è a sua volta costituito da sottosistemi che interagiscono fra loro.

La metafora dell'organismo vivente comporta un approccio "situazionale", cioè un modello organizzativo flessibile, in grado di adattarsi costantemente alle variazioni dei sottosistemi interni ed alle trasformazioni del contesto esterno. Le decisioni devono essere decentrate a differenti livelli, coinvolgendo i gruppi di lavoro nella elaborazione degli obiettivi aziendali e formando operatori competenti per assumere decisioni appropriate e responsabili. Dalla concezione dell'organizzazione come organismo vivo e in costante evoluzione si elaborano modelli manageriali applicabili in varie situazioni: modelli "per gruppi di progetto", "modelli a matrice", modelli "adhocratici", modelli "ecologici".

La metafora del cervello: in questa visione delle organizzazioni, l'elemento posto in assoluto rilievo è l'intelligenza dei sistemi operativi. Investire nel "pensiero", nella competenza decisionale che tutti gli operatori devono possedere per svolgere la loro attività, nella condivisione di processi, nell'apprendimento costante che passa anche attraverso gli errori riconosciuti ed analizzati collettivamente, è la caratteristica delle organizzazioni in grado di sostenere le sfide evolutive.

La metafora della cultura: Morgan definisce la cultura di un'impresa come il sistema valoriale e comportamentale dell'impresa stessa, ossia come quell'insieme di valori che sono posti alla base del modo di lavorare, del sistema premiante delle regole formali ed informali e, inoltre come quell'insieme di attese più o meno formali che rendono il comportamento di un soggetto adeguato e degno di premio o inadeguato e da riprendere. Per Morgan, le caratteristiche della cultura in una impresa sono influenzate, dall'esterno, da elementi

sociali, etnici, politici, religiosi, e, dall'interno, dalle sottoculture e dalle contro-culture che i gruppi portano formalmente o informalmente. Le differenze interculturali, ormai, non si hanno più solo tra ambiti geografici differenti; la maggior parte delle nostre imprese, anche quelle che non hanno sedi su territorio internazionale, si presentano come aggregati sociali multietnici nei quali i portati culturali di origine sono vari. In realtà nell'impresa non ci sono solamente gruppi differenti per base etnica ma anche per base anagrafica (età, sesso), o per aggregato professionale (gli impiegati, gli operai), o per funzione (quelli delle vendite, quelli della produzione, quelli della amministrazione): è presumibile che ognuno dei gruppi porti come minimo una propria interpretazione di quella che deve essere la cultura dominante così come è facilmente intuibile quanto diventi strategico il controllo della cultura dominante per i dirigenti di quelle organizzazioni che si basano soprattutto su meccanismi di integrazione incentrati su valori, senso di appartenenza e motivazione. Meccanismi di integrazione e differenziazione, riti, usanze e credenze, diventano allora i segnali per leggere la cultura aziendale e per alcuni dirigenti, diventano le leve per gestire tale cultura o addirittura tentare di manipolarla (in senso negativo) o gestirla (in senso positivo) per creare un modo condiviso di guardare alla realtà interna ed esterna alla azienda.

La metafora politica. In questa metafora si mettono in luce le relazioni di potere latenti ed esplicite vigenti nell'organizzazione. E' una situazione abbastanza diffusa specie nel settore industriale, dove si sono sviluppate vere e proprie trincee che separano i dirigenti dalla forza lavoro. I dirigenti parlano spesso di autorità, potere e di rapporti gerarchici. Si tratta di problematiche di natura politica che riguardano i comportamenti di chi comanda e di chi è comandato. La metafora politica evidenzia tutto ciò che di "politico", in senso lato, esiste nell'organizzazione: il processo e la mediazione politica possono rappresentare un elemento essenziale della vita organizzativa non sempre superflua o disfunzionale.

La metafora politica mostra come ogni aspetto dell'attività organizzativa trovi la sua origine in qualche interesse specifico. Tutte le parti apparentemente formali dell'organizzazione hanno una dimensione politica e non sono solo le lotte di potere ad essere caratterizzabili in senso politico. La metafora politica quindi mette al centro dell'analisi organizzativa il potere, il suo ruolo e l'uso che ne può essere fatto e sottolinea che gli obiettivi organizzativi possono risultare razionali per alcuni, ma non per altri. Quindi si evidenziano le tendenze e le tensioni disgregatrici che derivano dall'insieme di interessi diversi su cui si basa l'organizzazione stessa.

La metafora della prigione psichica. In questa metafora si evidenziano i condizionamenti psicologici di cui i membri dell'organizzazione possono essere vittime. In pratica si ipotizza che le organizzazioni siano, in ultima analisi, create e mantenute da una serie di processi consci ed inconsci dando per scontato il fatto che gli uomini possono rimanere imprigionati anche da immagini, idee, pensieri, azioni a loro volta risultanti da tali processi.²⁴ Tale metafora fa capire che, quando si cerca di modificare i comportamenti organizzativi, in effetti, si cerca di cambiare qualcosa di molto più profondo e che abbiamo razionalizzato in maniera eccessiva il modo di comprendere le organizzazioni. Per quanto si possa far ricorso a misure di controllo rigide, non si riuscirà mai a liberare le organizzazioni da forze repressive quali rabbia, aggressività, paura e odio. E' inutile tentare di sviluppare culture aziendali favorevoli al cambiamento, se si ignora la dimensione inconscia della natura umana.

La metafora del cambiamento e della trasformazione. Le organizzazioni non sono sistemi statici, ma caratterizzati da diverse forme di dinamismo. Morgan attraverso questa metafora prende in considerazione quattro processi detti "logiche di cambiamento" che si trovano alla base delle organizzazioni in divenire.

1. Logica dell'autopoiesi: autopoiesi deriva dal greco *auto*, ovvero se stesso, e *poiesis*, ovvero sia creazione e indica la capacità dei sistemi caratterizzati da rapporti chiusi di autoriprodursi. Il sistema è determinato dall'insieme di rapporti e relazioni che un'organizzazione intrattiene. Attribuisce il cambiamento a modificazioni che avvengono all'interno del sistema che quindi si auto determina.

²⁴

G. Morgan, "Images. Le metafore dell'organizzazione", Franco Angeli, 2002, Milano

2. Logica del caos e della complessità: spiega in che modo i nuovi modelli organizzativi possono emergere da processi auto-organizzativi spontanei. Le relazioni all'interno di un sistema sono sia di natura ordinata che caotica, ciò crea interazioni multiple complesse. Un fattore casuale crea reazioni che spingono l'organizzazione verso un nuovo stato, quindi dalla casualità e dal caos emerge sempre un nuovo ordine coerente. Un evento che accade in un punto del mondo ha ripercussioni impercettibili nella politica, nell'organizzazione, nell'economia di un altro segmento culturale o organizzazioni. E' stato definito l'"effetto farfalla", se una farfalla muove le ali in Giappone, il movimento si ripercuote nell'aria e nella sua migrazione aumenta la propria energia che si scaricherà in un altro punto del mondo. Secondo Morgan nella gestione del cambiamento dei sistemi complessi è importante ripensare l'organizzazione, gestire e cambiare l'ambiente, sfruttare i piccoli cambiamenti sollecitando un effetto-farfalla positivo e vivere l'emergenza.
3. Logica della casualità reciproca: si basa sui concetti del modello cibernetico per descrivere il cambiamento in termini di tensioni rintracciabili nelle relazioni di tipo circolare.
4. Logica del cambiamento dialettico: interpreta il cambiamento come il prodotto di tensioni interne che rappresentano due stati contrapposti, ma entrambi desiderabili. Ogni cambiamento potenziale è ostacolato da elementi che spingono nella direzione opposta. Le modalità di integrazione risultano efficaci se si riformulano le contraddizioni in modo positivo.

La metafora del dominio. Le organizzazioni spesso sono utilizzate come strumenti di potere, al fine di mantenere gli interessi della élite a spese della maggioranza. Infatti, in ognuna di esse si possono sempre trovare casi in cui gli obiettivi di pochi vengono perseguiti con il lavoro di molti. Gli elementi caratterizzanti identificati da Morgan sono:

- sfruttamento dei dipendenti: la loro vita è sacrificata a nome dell'organizzazione;
- divisione delle organizzazioni in classi contrapposte: netta divisione tra proprietari, dirigenti e lavoratori;
- ubriacarsi di lavoro; le condizioni di lavoro, le aspirazioni di carriera interagiscono con gli individui portandoli a determinati livelli di stress fisico e mentale.

Morgan, quindi, presenta una sistematizzazione, attraverso le sue metafore, delle teorie organizzative precedenti.

Igor H. Ansoff

“Il prodotto finale delle decisioni strategiche non è così semplice come può apparire”, Igor Ansoff

Igor Ansoff nasce in Russia nel 1918 e la sua famiglia emigra negli Stati Uniti nel 1936 e muore a San Diego (California) nel 2002. I suoi primi studi accademici si rivolgono alla matematica e ottiene un dottorato in matematica applicata alla Brown University di Rhode Island. Entra a far parte della *Rand Corporation* nel 1950, poi alla *Lockheed Aircraft Corporation*, dove diventa vicepresidente della sezione Piani & Programmi e poi vicepresidente e direttore generale della divisione Tecnologia Industriale. Nel 1963 Ansoff viene nominato professore di amministrazione industriale al *Carnegie Institute of Technology* di Pittsburgh. Continua la sua carriera ottenendo diversi incarichi in varie università sia negli Stati Uniti sia in Europa. Nel 2000 si ritira dalla vita accademica e, dopo il pensionamento, è nominato professore emerito alla United States International University.

Ansoff intuisce che, nello sviluppare una strategia, è essenziale anticipare sistematicamente le sfide ambientali future che si presenteranno all'organizzazione, e redigere piani strategici appropriati per rispondere a queste sfide. Ansoff costruisce un approccio sistematico alla costruzione della strategia e del processo decisionale attraverso una struttura di teorie, tecniche e modelli.

Ansoff identifica quattro tipi standard di decisioni organizzative legate a:

1. Strategia

2. Policy
3. Programmazione
4. Procedure operative standardizzate.

Le ultime tre, afferma, sono create per risolvere problemi o questioni ricorrenti e, una volta formulate, non prevedono una decisione originale ogni volta che si verifica una certa situazione. Questo significa che il processo decisionale può essere facilmente delegato. Al contrario, le decisioni strategiche sono differenti poiché si applicano sempre su situazioni nuove e richiedono soluzioni originali create al momento.

Ansoff sviluppa una nuova classificazione delle decisioni:

- 1) Strategiche (focalizzate sulle aree della produzione e del mercato),
- 2) Amministrative (organizzazione e allocazione delle risorse),
- 3) Operative (pianificazione aziendale e gestione diretta).

La classificazione del processo decisionale di Ansoff è diventata famosa con il nome di "*Strategy-Structure-System*", o modello delle 3S.

Secondo Ansoff l'organizzazione perfetta è un esagono, come si evidenzia dallo schema seguente.



Fig. 4.4 – Rappresentazione dell'organizzazione secondo Ansoff

L'organizzazione che ha la capacità di mantenere adeguato il sistema organizzativo, prevede la necessità per il sistema di mantenersi aperto, avendo così la possibilità di cogliere i segnali provenienti dall'esterno e di attivare il sistema verso l'ambiente, in un'ottica che rende proattiva la missione dell'organizzazione, cioè la capacità di prevedere gli eventi che si potrebbero verificare e di predisporre dei modelli di comportamento come nel caso della prevenzione. Oltre alle variabili dell'ambiente esterno, l'organizzazione è composta da una serie di variabili interne tra di loro interagenti. Esse vengono tradizionalmente così elencate e descritte (secondo il modello di pianificazione strategica di Ansoff).²⁵

²⁵ Ansoff HI, Corporate Strategy, McGrawHill, US, 1965; Ansoff HI, Implanting Strategic Management, Longman Higher Education; 2nd edition, UK, 1990

- Mission: scopo della struttura, si collega all'ambiente esterno attraverso la Vision (come si realizzerà la ragion d'essere dell'organizzazione).
- Strategia: rappresenta il "come" perseguire la mission dell'organizzazione. Consiste nella costituzione di sotto-obiettivi attraverso cui si tende al perseguimento della finalità primaria definita in rapporto all'ambiente.
- Struttura: rappresenta la "forma" da attribuire all'organizzazione che sia più coerente con la mission da perseguire. Essa stabilisce il disegno formale delle posizioni organizzative necessarie e i loro rapporti reciproci, i criteri con cui sono disegnati i ruoli e i relativi contenuti di responsabilità.
- Meccanismi operativi: costituiscono gli strumenti per rendere operanti le strutture. Vi troviamo, quindi, gli strumenti che consentono di regolare alcuni modi con cui interagiscono i diversi ruoli nella struttura (per esempio procedure, pianificazione strategica e operativa, processo di controllo di gestione, sistema amministrativo, sistema informativo, sistema formativo, budget).
- Risorse umane (persone). Costituiscono la risorsa principale per l'organizzazione. Si tratta di riflettere su quante persone occorrono per perseguire la mission ma soprattutto di quale tipologia, con quale formazione, tipo e natura di competenza ed esperienza professionale, con quali motivazioni personali, quali aspettative verso il lavoro, quali bisogni da soddisfare.
- Comportamenti organizzativi (attesi): costituiscono i modelli comportamentali che sono più adatti all'interno di un sistema organizzativo che persegue quella determinata mission. Vi ritroviamo, quindi, i modelli comportamentali che governano le principali relazioni tra le persone dentro il sistema (rapporti orizzontali, livello e tipo di collaborazione, rapporti capo/collaboratore, stili di guida, a gestione dell'autorità, la gestione dei conflitti) e tutto il sistema di atteggiamenti ed azioni espresse dai singoli (atteggiamento verso il rischio o alla prudenza, sguardo al futuro, al passato, al presente, orientamento alla fiducia, alla sfiducia).
- Sistema premiante: costituisce l'insieme dei modelli di comportamenti organizzativi apprezzati o puniti dall'organizzazione. Vi troviamo, quindi, i criteri con cui sono valutate le prestazioni e il potenziale delle risorse umane, i criteri impliciti o espliciti di promozione e sviluppo, con cui vengono privilegiati e riconosciuti (o meno) i meriti.
- Hard: le componenti visibili dell'organizzazione. Le descrizioni della mission o le norme che la determinano, la struttura organizzativa e i meccanismi operativi nella loro espressione visibile e/o prescrittiva (documenti, regole, regolamenti, accordi, circolari, sistemi informativi...)
- Soft: le componenti riguardanti le persone, i comportamenti e sistemi premianti soddisfazione personale, la cultura dell'organizzazione e quella professionale dentro l'organizzazione.
- Vision: mezzo di comunicazione con il mondo esterno, contiene i valori, le aspirazioni, e i criteri di valutazione.

Le diverse variabili in precedenza descritte sono tutte tra di loro interdipendenti.

All'interno del sistema ogni variabile è influenzante e influenzata reciprocamente in una serie complessa di rapporti biunivoci che la collegano con tutte le altre variabili del sistema.

In concreto non è possibile realizzare un decentramento di strutture se le risorse umane del sistema non sono orientate all'autonomia, se la pianificazione non consente di definire obiettivi concordati ai diversi livelli, se il sistema premiante non riconosce e apprezza l'autonomia professionale degli individui e se i rapporti gerarchici sono talmente "forti" che non lasciano spazio ai rapporti orizzontali.

Non basta formare le risorse umane alla gestione di quelle economiche, se il sistema informativo non sostiene le funzioni gestionali con informazioni tempestive e mirate.

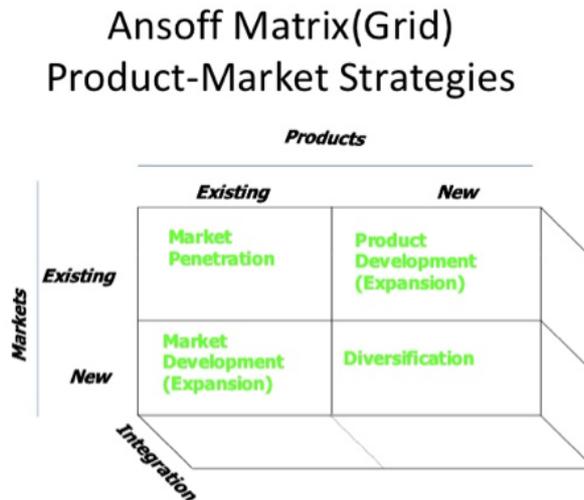
I modelli descritti si basano su alcune condizioni indispensabili quali la tensione "olografica", cioè il trasferimento della struttura fondamentale del sistema in ciascuno dei suoi sottosistemi, l'indispensabilità di curare processi comunicativi efficaci, la necessità di una differenziazione interna e di una successiva integrazione funzionale, da realizzare con gruppi multidisciplinari, l'importanza di avere poche regole, ma chiare e condivise da tutti, l'importanza di apprendere dall'esperienza. Si sperimentano con successo nuove forme di gestione e nuovi stili direzionali che mirano al consenso e che prevedono il coinvolgimento capillare degli operatori, la valorizzazione del capitale umano. Tra i limiti dei modelli c'è, purtroppo, la sottostima degli aspetti

connessi con la gestione del potere poiché non è facile tradurre nella pratica quotidiana la differenza che esiste fra “autorevolezza” degli esperti e loro “potere” decisionale.

Non esiste un modello ottimale di sistema organizzativo, ma occorre passare al concetto di sistema organizzativo coerente.

La sfida per un'organizzazione non consiste nell'essere conforme ad un modello astratto, di per sé ottimale, ma di essere una organizzazione coerente, quella cioè nella quale le diverse variabili sono tra di loro coerenti e compatibili. Si deve evitare, dunque, di sostenere la necessità di andare a tutti i costi verso modelli di per sé ottimi, poiché nessun modello diventa di per sé valido in assoluto.²⁶

Fig. 4.5 – La matrice di Ansoff, (fonte www.12manage.org)



La matrice di Ansoff (chiamata anche matrice prodotto-mercato) è uno strumento per l’analisi del mercato. La matrice permette di determinare quattro strade per incrementare i propri affari, attraverso i prodotti esistenti o di nuova concezione, in mercati esistenti o emergenti. Questo strumento aiuta le aziende a classificare le strategie di crescita intensiva e diversificativa e a valutare le implicazioni in termini di mutamento delle competenze necessarie per percorrere con successo i sentieri di crescita individuati. La matrice consiste di quattro strategie:

- **Market penetration** (prodotto esistente, mercato esistente) Questa posizione, caratteristica della maggior parte delle imprese, vede la proposta di un prodotto esistente in un mercato esistente. Esistono diversi modi per ottenere questo: il migliore è conquistare i clienti dei concorrenti, attraverso politiche sui prezzi. Un altro modo, attuabile attraverso campagne pubblicitarie e di promozione, è quello di attirare nuovi clienti. Ovviamente non è possibile aumentare continuamente la propria quota di mercato e spesso le aziende *nascono* e *muoiono* in questo settore.
- **Product development** (nuovo prodotto, mercato esistente) Un'azienda che controlla già un mercato può decidere di inserirvi nuovi prodotti. Ad esempio, nonostante McDonald’s sia leader del settore “*fast food*” sovente introduce nuovi panini. Una volta che un prodotto è stato introdotto, è importante poi trovare clienti che lo acquistino; per consentire a un'azienda di rimanere competitiva, lo sviluppo di nuovi prodotti è di cruciale importanza.
- **Market development** (prodotto esistente, nuovo mercato) Un prodotto esistente in un mercato può essere esportato in un segmento diverso di consumatori, a livello *geografico* o di *settore*. Questa strategia è meno rischiosa della precedente.

²⁶ Ansoff HI, Business Strategy, Penguin Books (Penguin Modern Management Readings), 1974; Ansoff HI, Antonoiou PH, The Secrets of Strategica Management: The Ansoffian approach, BookSurge Publishing, 2006;

- **Diversification** (nuovo mercato, nuovo prodotto) Questa strategia è caratterizzata da un alto rischio e da alti investimenti, ma in caso positivo garantisce i migliori risultati. Il concetto fondamentale è trovare un nuovo prodotto e di inserirlo in un nuovo mercato, tipo strategie "Blue Ocean".

Le differenze tra la strategia Red Ocean, tradizionale, e quella Blue Ocean, considerata innovativa e introdotta da Kim Chan e Renée Mauborgne²⁷, è la seguente:

Strategia Red Ocean	Strategia Blue Ocean
Compete in un mercato esistente L'obiettivo è battere i competitori Sfrutta una domanda esistente Si basa sullo scambio valore/costo Allinea l'intero sistema delle attività aziendali con le scelte strategiche di differenziazione o basso costo	Crea uno spazio di mercato incontrastato Rende irrilevante la competizione Crea e cattura nuova domanda Rompe lo scambio valore/costo Allinea l'intero sistema delle attività aziendali con la ricerca della differenziazione e del basso costo

Tab. 4.2 differenze tra strategia Oceano rosso e Oceano blu, (Kim, 2004)

Benché il lavoro di Ansoff sia spesso citato dagli strateghi e sia stato di ispirazione per alcuni guru del management e teorici di strategia come Hamel, Prahalad, Kotler, Porter, non è così conosciuto come quello dei suoi successori. La complessità del suo lavoro e il fatto che si basa sulle discipline dell'analisi e della pianificazione, sono forse le ragioni per cui Ansoff non è considerato tra i maggiori teorici di management. Ansoff fu uno dei primi teorici a considerare la strategia come una disciplina di management, e a porre solide basi su cui lavorarono in seguito numerosi studiosi. Egli inventò l'approccio moderno alla strategia e il suo lavoro riunì diverse idee e frammenti teorici, dando nuova coerenza e disciplina al concetto che definì di pianificazione strategica.

Confronto tra modelli teorici di progettazione organizzativa

Teoria/teorico	Parole Chiave
Organizzazione scientifica del lavoro (Friederck Taylor)	Focus efficienza, massimizzazione del profitto. Ricerca "del modo migliore di fare il lavoro" (one best way)
Organizzazione Burocratica (Max Weber)	Responsabilità declinata sull'applicazione delle regole. Divisione del lavoro basata sulle specificità "di ufficio". Fedeltà all'amministrazione. Lavoro a tempo indeterminato. Il Funzionario amministra gli uffici in modo centralizzato. Il lavoro come dovere.
Relazioni Umane (Scuola di Palo Alto, Chester Barnard, Mc Gregor e Crozier)	Fattore umano e partecipazione modificano la produttività Comunicazione e responsabilità costituiscono fattori motivanti sul lavoro

²⁷ Kim, W. Chan; Mauborgne, Renée (2005). *Blue Ocean Strategy: How to Create Uncontested Market Space and Make Competition Irrelevant*. Harvard Business Press. Kim, W. Chan; Mauborgne, Renee (October 2004). "Blue Ocean Strategy". *Harvard Business Review* (Boston: Harvard Business School Press): 76–85

	La relazione capo-collaboratore influenza la produttività e la qualità del prodotto finito (convergenza tra fini organizzativi e soddisfazione individuale) Relazione presente tra contributo e incentivo (riconoscimento del contributo)
Ambientale (Philip Selznick)	Le interazioni tra organizzazione e ambiente influenzano i risultati. Le organizzazioni si adattano per la sopravvivenza
Sistemica (Von Bertalanffy)	L'organizzazione è un sistema aperto. Per ottenere risultati deve scambiare con l'ambiente esterno e trovare un equilibrio (the best fit)
Sistemico-culturale (Edgar Schein)	I valori guidano determinano la cultura aziendale. La cultura aziendale plasma i comportamenti. Adesione e successo dipendono dalla condivisione della cultura aziendale (valori e modi di realizzarli nel lavoro).
Configurazionale (Henry Mintzberg)	Le organizzazioni hanno caratteristiche che ne determinano la progettazione e i comportamenti in modo aggregabile, anche in ambiti e ambienti differenti. Queste caratteristiche permettono di classificare le organizzazioni e regolano le relazioni con l'esterno.
Astrazione metaforica (Gareth Morgan)	Le organizzazioni si comportano in analogia ad attività esperienziali degli uomini che le generano e le popolano. Le organizzazioni si comportano in modo definito, sulla base delle caratteristiche principali.
Strutturalista-strategica (Igor Ansoff)	Le organizzazioni si strutturano per posizionarsi in un mercato. La struttura deve permettere di reagire alle variazioni del mercato ed essere equilibrata e finalizzata al prodotto. L'uomo giusto al posto giusto produce il massimo della produttività e della qualità (Strategy-structure-system).

STRUMENTI DI ANALISI

Qualunque sistema di allerta o monitoraggio sia attivo nella vostra organizzazione, il primo principio da rispettare è che la valutazione deve produrre le implicazioni operative. Alcuni suggerimenti, perché ciò avvenga, sono i seguenti:

- attivare una sistematica rilevazione delle opportunità e delle minacce esterne
- responsabilizzare lo staff per la valutazione delle informazioni con esperienze diverse: politiche, economiche, sociali, tecnologiche, strategiche
- addestrare o acquisire un esperto in scenari per capire l'impatto che il cambiamento dell'ambiente avrà sull'organizzazione e in che tempi.

Oggi, tali sistemi di monitoraggio anticipatorio, sono chiamati sistemi di veglia strategica e sono supportati da metamotori o società che, in quest'ambito, hanno sviluppato il loro centro di gravità.

Dopo aver finito la diagnosi e definito le soluzioni, non si deve dimenticare di comunicare tali risultati e decisioni alle persone che operano nell'organizzazione, pena un distacco tra vertice e nucleo operativo che può mettere a rischio l'esito di tutti gli interventi.

Le tecniche di *assessment* ambientale più conosciute sono l'analisi delle tendenze (trend) e degli *stakeholder*. Per *stakeholder* si intende chiunque abbia interesse per un certo tema, argomento, oggetto, evento. Qualunque azienda ha soggetti ad essa interessati, in positivo o in negativo: tutti sono *stakeholder*. Il termine deriva dai tempi della Corsa all'Oro, nello Yukon (USA). All'epoca, i cercatori d'oro delimitavano la superficie loro attribuita per la ricerca del prezioso metallo con pali di legno che si chiamavano, *stake*. Oggi, riferito a una organizzazione, il termine *stakeholder* può essere tradotto con "detentore della scommessa", proprio nel senso dell'interesse.

Alcune tecniche di analisi sono esemplificate nella tab. 4.1.²⁸

Tabella 4.3 - Sinopsi degli strumenti di analisi

Tecnica - elementi	Valutazione e monitoraggio della tendenza (TEAM)	Analisi tendenza ambientale	Analisi stakeholder	Analisi dei competitori (della concorrenza)
Punto di partenza	Segni di cambiamento nelle pubblicazioni e rapporti	I partecipanti identificano le tendenze critiche e le implicazioni sul lavoro	Individuazione degli stakeholder che possono colpire o essere colpiti dalle azioni dell'organizzazione.	Determinazione dei concorrenti attuali e futuri
Cos'è	Un processo di esplorazione strategica partecipativo	Una sessione partecipativa usualmente condotta durante incontri di lavoro speciali	Analisi dei collegi elettorali con cui l'organizzazione deve avere rapporti	Identificazione e analisi dei concorrenti e come loro possono colpire l'organizzazione
Idee chiave - passi	Trarre informazioni, monitorando la letteratura. Utilizzare le informazioni nei diversi livelli dell'organizzazione.	Condurre una discussione a ruota libera sulle tre o quattro tendenze critiche individuate. Analizzare le implicazioni delle tendenze: identificare i cambiamenti che possono colpire in futuro l'organizzazione	Identificare le aspettative e le richieste degli stakeholder e i loro cambiamenti nel tempo. Chiedersi: i valori del management dell'azienda, riflettono queste attese?	Identificare i concorrenti diretti, i potenziali. Specificare il loro ruolo, piani, strategie, le loro forze e debolezze. Elencare le implicazioni/impatto per l'organizzazione
Punto di	Determinazione di	Compilazione	Necessità di	Esplorazione

²⁸ Webber J. B. , Peters P. J. - *Basic elements of Strategic Thinking and Management*, in Strategic Thinking, New Frontier for Hospital Management, cap. 2 - pp. 7-18 - 1983,

partenza	dove siamo in rapporto alla concorrenza	delle opinioni e delle risorse/ supporti di base	identificare e accertare i fattori esterni importanti	delle probabilità attese e dell'impatto dei vari cambiamenti
Cos'è	Una valutazione sistematica per determinare la forza del mercato	Accertamento delle minacce per supportare l'organizzazione	Un sistematico sistema di diagnosi e pesatura delle minacce ambientali e delle opportunità	Accertamento della probabilità e dell'impatto di cambiamenti esterni
Idee chiave - passi	Considerare i seguenti fattori: mercato condiviso e posizionamento, politiche dei prezzi, grado di integrazione, posizione finanziaria, mix di prodotti, capacità tecnologica, qualità dei servizi, capacità del mercato	Identificare i supporti dell'organizzazione Identificare le minacce Accertare le minacce Mostrare i risultati	I partecipanti o lo staff pesano i vari fattori e misurano l'impatto potenziale sull'organizzazione. I fattori pesano da +5 (fortemente positivo) a 0 (neutro) fino a -5 (fortemente negativo). Scala: da impatto molto alto - opportunità (+ 50), a seria minaccia (-50)	Classificare i livelli di probabilità e di impatto dei vari cambiamenti attesi.

L'analisi delle tendenze è, in genere, svolta dai professionisti all'interno di gruppi di pari ed esperti per la valutazione dei cambiamenti possibili, imminenti o futuri, letti attraverso i segnali dell'ambiente. La sintesi, attraverso *focus groups* (gruppi di focalizzazione), produce gli elementi necessari per assumere le decisioni. Una modalità di rappresentare i trend è presentata nella scheda che segue²⁹

Scheda 4.1 - Schema di analisi dei trend

Analisi delle tendenze ambientali (trend)			
Istruzioni:			
Elenca i fattori ambientali e i cambiamenti che potrebbero essere considerati nello stabilire la direzione futura nell'Ospedale. Usa queste informazioni, la tua esperienza e la tua conoscenza e seleziona le tre o quattro tendenze più critiche e le implicazioni per le categorie ambientali assegnate al gruppo. Individua le tre o quattro minacce ed opportunità che, secondo te, sono critiche per il futuro dell'ospedale.			
Foglio di lavoro n° _____			
Categoria _____			
Tendenza	Implicazioni	Opportunità	Minacce

²⁹ Webber J. B. , Peters P. J., 1983, op. cit.

Le tendenze, o *trend*, sono condizioni esterne all'organizzazione e su di essa hanno o avranno un impatto. Come tali sono da considerarsi contingenze e non possono essere dimenticate e sottovalutate dal gestore. Alcuni trend: modificazioni epidemiologiche, di mercato, sociodemografiche, sviluppo delle tecnologie, ridefinizione dei profili delle professioni di cura, evoluzione scientifica, modificazioni nella struttura delle aziende, volontà di partecipazione dei cittadini alle decisioni in materia di salute.

Esempio di analisi degli *stakeholder*

Scheda 4.2 - Schema di analisi degli *stakeholder*

Item	Descrizione	Analisi
Scala e importanza	Numero stimato del gruppo, giudizio sull'importanza relativa	
Preoccupazioni degli stakeholders	Loro dipendono da noi? E per cosa? A cosa contribuiscono? Quali benefici si aspettano? Perché si comportano così?	
Preoccupazioni dell'organizzazione	Quanto noi dipendiamo da loro? Cosa ci aspettiamo da loro?	
Contesto sociale, politico, economico e tecnologico	Cosa sottolineano e producono le tendenze esterne e i cambiamenti. Inoltre hanno un impatto sulle interazioni tra organizzazione e stakeholders?	
Problemi	Aree problematiche, controversie, cambiamenti di direzione, aspettative non soddisfatte,, impatto sulle azioni e sui programmi	

Se si elencano tutti soggetti che hanno interesse verso il sistema sanitario, la lista risulta molto popolata: il cittadino, il paziente, lo Stato, la Regione, il Comune, i dipendenti di ogni categoria professionale, le famiglie, le Associazioni di volontariato, il Tribunale dei Diritti del Malato, le Associazioni di Pazienti o di Patologia, gli Ordini e i Collegi, le Università, la Stampa, le industrie farmaceutiche e di produzione di materiale sanitario, le società scientifiche e le associazioni professionali. Si potrebbe continuare ancora. E' chiaro, a questo punto, che identificare chi sono gli *stakeholder* e cosa pensano è importante per decidere del futuro. La sintesi a cui giungere, in modo molto schematico, è la classificazione secondo la posizione rispetto ai problemi e il grado di importanza.

Fig. 4.6 - Modello di classificazione degli *Stakeholder* per importanza

opposizione	-5	Stakeholders "nemici"	Antagonisti
	-4		
	-3		
	-2		
	-1		
Posizione	0		
Stakeholder	1	Stakeholders i cui interventi hanno basso peso	Alleati
rispetto ai	2		
problemi	3		
	4		
	5		
supporto			
		0 1 2 3 4 5	6 7 8 9 10
		Minimo	Massimo
		Importanza degli stakeholder	

Questo esame dovrebbe essere portato a termine per ogni categoria *di stakeholder*, ma potrebbe essere anche orientato a comprendere l'interesse e l'impegno mostrati:

Fig. 4.7 - Modello di classificazione degli *stakeholder* per impegno-interesse

I	10	Diffidenti che stanno alla finestra, in attesa degli eventi	Sostenitori e alleati
N	9		
T	8		
E	7		
R	6		
E	5	Indifferenti	Collaboratori, sostenitori sulla fiducia a priori
S	4		
S	3		
E	2		
	1		
	0		
		0 1 2 3 4 5	6 7 8 9 10
		IMPEGNO	

Questa chiave di lettura è particolarmente utile nell'analisi degli *stakeholder* interni all'organizzazione. Nel decidere come comportarsi, è utile uno strumento proposto da Freeman³⁰ e che permette di stabilire quali comportamenti adottare con ogni *stakeholder*, anche nella diagnosi e proposta di soluzione in un caso di studio.

³⁰ "A stakeholder in an organisation is (by definition) any group or individual who can affect or is affected by the achievement of the organisation's objectives". Freeman, 1984. Strategic Management: A Stakeholder Approach. Boston: Pitman-Ballinger, page 46

Potere +	Soddisfare le aspettative	Oltrepassare le aspettative
Potere -	Sorvegliare	Informare
- Interessi tutelati +		

Fig. 4.8 - Analisi e governo degli interessi degli *stakeholder*

Un altro strumento di analisi è la S.W.O.T. analisi. L'acronimo indica punti di forza, punti di debolezza, opportunità, minacce. Il confronto che S.W.O.T. permette è nella dimensione temporale: i punti di forza e di debolezza di oggi e le opportunità e le minacce di domani. Ciò significa che, quando si analizza un contesto per comprenderne le necessità e far emergere i punti critici o quando si vuole introdurre un cambiamento, la S.W.O.T. permette di scegliere decisioni che potenzino i punti di forza, riducano o eliminino i punti di debolezza, realizzino le opportunità, prevengano le minacce. La S.W.O.T. è anche chiamata analisi situazionale e il suo schema grafico più conosciuto è il seguente:

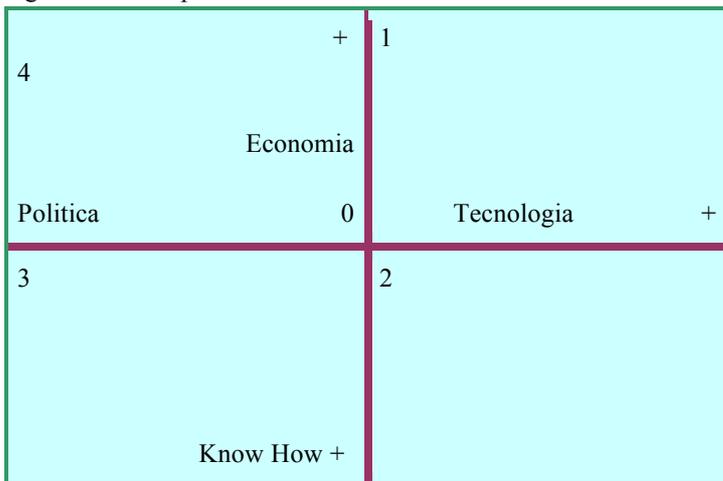
Fig.4.9 - S.W.O.T. analisi

Punti di forza	Punti di debolezza
Opportunità	Minacce

Questi semplici strumenti facilitano il percorso di analisi e di comprensione sia all'interno che all'esterno dell'organizzazione e la loro flessibilità di utilizzo li rende accessibili a tutti. Se si devono confrontare due situazioni diverse, con la S.W.O.T. possiamo comparare le differenze di effetto e di impatto, scegliendo l'opzione di massimo effetto (misurato sui punti di forza e le opportunità) e minimo impatto (misurato sui punti di debolezza e le minacce).

Sempre nel campo della diagnosi rivolta sia all'ambiente (esterno), sia all'organizzazione (interno), l'analisi delle forze integra quella dei trend. Le forze rappresentano le spinte che possono derivare da elementi esterni o interni che, nella loro esistenza, influenzano o condizionano le decisioni del vertice. Lo strumento utilizzato, di grande semplicità, non fornisce una diagnosi puntuale, ma una mappa degli eventi che, dopo l'analisi situazionale (S.W.O.T.), possono o devono essere inseriti nella valutazione complessiva prima della decisione. I quattro fattori qui presentati sono: know-how (conoscenze legate alle attività lavorative, a tutti i livelli); tecnologia, economia, politica.

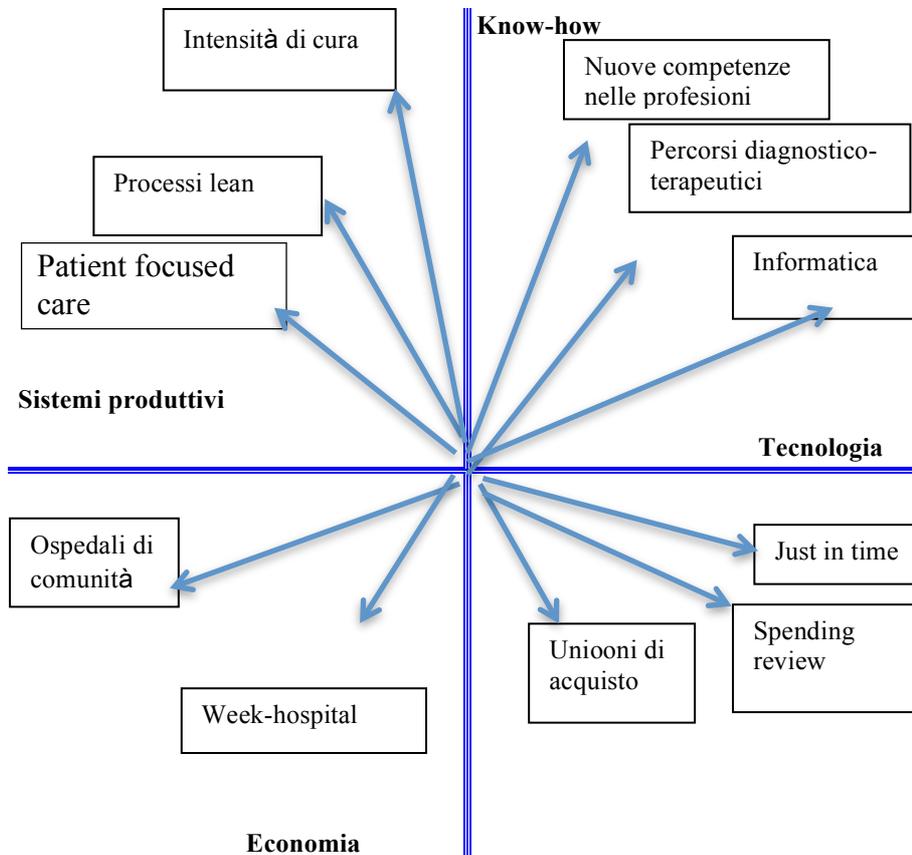
Fig. 4.10 - Esempio di classificazione delle forze tra interno ed esterno dell'organizzazione



I quadranti prevedono, in senso orario, l'identificazione delle variabili derivanti da economia e tecnologica, il secondo contiene le variabili tra tecnologia e conoscenze (competenze, modi di fare le cose), il terzo tra conoscenze e politica, il quarto tra economia e politica. La lunghezza dei vettori che partono dal centro e l'inclinazione ne rappresentano l'intensità e la prossimità maggiore all'ambito.

L'analisi delle forze può integrare l'analisi dei trend anche nella valutazione dell'effetto turbolenza o dell'effetto complessità. Si parla di ambiente o contesto turbolento quando un elemento cambia ad elevata velocità. Si parla di ambiente complesso quando più elementi cambiano velocemente e sono tra di loro, in tutto o in parte, interdipendenti.

La rappresentazione esemplificativa delle forze che spingono il SSN che segue mostra come sia complesso il contesto nazionale.



4.11 – Descrizioni di alcune forze che rappresentano fattori ambientali del Sistema Sanitario

L'analisi delle forze non è quantitativa, ma una rappresentazione che descrive elementi di scenario o di contesto che possono rappresentare la complessità del sistema. Più numerose sono le variabili in gioco e maggiore è la lunghezza dei vettori (peso della singola variabile), maggiore è la complessità.

Sempre nel campo degli strumenti di analisi, si propone ora quella della vulnerabilità. In molte occasioni si sente l'affermazione "in questo punto siamo vulnerabili". Associare l'analisi situazionale (S.W.O.T.), quella dei Trend e degli *stakeholder* permette una lettura complessiva dell'organizzazione e dell'ambiente in cui essa vive, dando la possibilità di individuare tutte le minacce che possono incombere e attivare i "meccanismi di difesa o di prevenzione". Ritornando alla frase precedente "in questo punto siamo vulnerabili³¹", cosa significano queste parole? Per prima cosa che vi sono punti definiti e limitati di collisione tra organizzazione e minaccia, in secondo luogo che la minaccia può ferire, attaccare l'organizzazione, ma non è ancora un pericolo reale. Ciò suggerisce l'importanza dell'analisi preliminare, ampia e approfondita, per assumere decisioni pragmatiche ed efficaci. Lo schema proposto rappresenta un percorso semplificato che analizza l'impatto della minaccia con l'organizzazione e la probabilità che la condizione minacciosa si verifichi realmente

Scheda 4.3 - Schema di analisi della vulnerabilità

Catastrofica				
Impatto severo				
Impatto moderato				
Basso impatto				
Nessun impatto				
	0 - 24%	25 - 49%	50 - 74%	75 - 100%
	Probabilità che la condizione si verifichi			

Il calcolo delle probabilità, per essere accompagnato dalle valutazioni di impatto, richiede la costruzione di uno scenario che può utilizzare dati numerici e modelli di analisi chiamati "*What If*", che potremmo tradurre con Cosa accadrebbe se...? Oppure scenari che disegnano la situazione futura in determinate condizioni.

Gli strumenti fin qui proposti, costruiti per la pianificazione aziendale, per l'analisi e il monitoraggio, per l'anticipazione e la previsione e per altri utilizzi, facilitano la comprensione, la previsione, la pianificazione anche nello specifico settore della direzione delle risorse umane.

Analisi dei trend sui cambiamenti prossimi e sulle forze che premono verso il futuro; SWOT per comprendere sia l'efficacia organizzativa e gestionale rivolta alle risorse umane, sia il punto di vista degli operatori, facendo comporre a loro stessi la griglia; analisi degli *stakeholder* per comprendere il posizionamento dei professionisti rispetto a variabili quali la formazione o un certo tipo di formazione, verso il cambiamento di un turno, verso un progetto, verso una proposta di accordo con le Organizzazioni Sindacali e altro ancora; analisi delle vulnerabilità sia in termini di organizzazione, sia in termini professionali o di categoria.

³¹ da vulnera, latino, ferita - vulnerabilis: che può essere offeso, ferito - debole (Vocabolario della lingua italiana - Zanichelli)

La rete egocentrica

La prima definizione del concetto di “rete” la si deve a Barnes (1954), che in uno studio di natura antropologica descrisse la struttura delle relazioni tra gli abitanti di un villaggio norvegese, come “una serie di punti collegati da linee” (Barnes 1954, in Piselli 2001). La metafora della “rete” è stata in seguito ampiamente utilizzata per indicare l’insieme delle relazioni che connettono diversi soggetti individuali o collettivi, normalmente detti “nodi” della rete. L’analisi delle reti sociali costituisce l’oggetto di studio della *network analysis*, disciplina che negli ultimi trent’anni ha conosciuto un indubbio successo, trovando applicazione a un insieme assai vasto di temi.

Perché il concetto di “rete” sia utile all’analisi sociale è anzitutto necessario definire i confini della rete stessa, ovvero individuare i criteri in base ai quali un singolo Network può essere, in qualche modo, distinto e messo in evidenza all’interno della fitta rete dei legami sociali considerata nel suo complesso (Hannerz 1980). Per far questo, Hannerz individua due criteri analitici. Anzitutto, la rete può essere definita in riferimento ad un soggetto, individuale o collettivo, che funge da focus della rete e punto di diramazione di tutti i suoi legami (rete egocentrica). Un secondo criterio di delimitazione di una rete fa riferimento alla natura delle relazioni. Nell’insieme complessivo delle relazioni sociali, ad esempio, posso decidere di considerare solo quelle di natura politica, oppure economica, ecc (rete parziale). Il rapporto tra il numero delle relazioni effettivamente stabilite e il numero complessivo di tutte le relazioni teoricamente attivabili all’interno di una rete, si definisce della rete.

L’insieme delle relazioni che un individuo tesse con altri soggetti è definito, in letteratura, rete “egocentrica” o “personal network” (van der Poel, 1993): in essa rientrano i contatti che si generano sia con l’“*emotional support group*” (gruppo di supporto emotivo) sia con il “*social support group*” (gruppo di supporto sociale).

Il primo passo nel percorso che conduce alla misurazione e quindi all’analisi delle reti sociali consiste nell’identificare tali relazioni. A tale fine è utile richiamare la distinzione nei quattro approcci proposta da McCallister e Fisher (1978):

- *Interaction approach* (approccio basato sull’incontro/interazione tra soggetti). Ai soggetti coinvolti viene chiesto di registrare tutti i contatti intercorsi in un determinato arco temporale. Questo metodo non permette di rilevare il contenuto della relazione osservata, per cui non è perseguibile come criterio generale per identificare le reti di relazione personali;

- *Role relation approach* (approccio attento ai ruoli riconosciuti ai soggetti interagenti): si assume che gli individui siano influenzati principalmente dalle persone che rivestono un preciso ruolo all’interno della cerchia di riferimento.

Seguendo quest’approccio si rischia di sopravvalutare forme di relazioni che, pur non rientrando nell’insieme degli scambi dovuti al rispetto di precise norme sociali, evidenziano una forte connotazione di supporto.

- *Affective approach* (approccio basato sulla dimensione affettiva): agli individui si chiede ad esempio di nominare le persone con cui essi hanno instaurato una stretta relazione o quelle che si considerano come importanti punti di riferimento. Il vantaggio principale, che contemporaneamente rischia di essere anche lo svantaggio maggiore, risiede nella valutazione totalmente soggettiva mostrata dal soggetto coinvolto. Questo rende oneroso il confronto tra le diverse tipologie di reti non favorendo la standardizzazione di una metodologia esatta di misurazione.

- *Exchange approach* (approccio basato sulla teoria dello scambio sociale): tale approccio si identifica con il concetto più generale di “supporto sociale” cui appartengono tre distinte dimensioni. La prima propria della sfera emotiva (“*emotional support*”) si traduce nel dare consigli e nel parlare dei propri problemi, mentre la seconda (“*instrumental support*”) comporta l’offerta e quindi il trasferimento di beni materiali o servizi tangibili. La terza (“*social companionship*”) si mostra, invece, nel condividere determinate attività sociali. Adottando questo approccio, le interazioni hanno una connotazione molto più specifica: si favorisce l’interpretazione unidirezionale e le eventuali diversità riscontrate nella dimensione o nella composizione del network risulterebbero veritiere e non frutto della metodologia utilizzata.

Per compiere l'analisi dei nodi della rete, seguendo l'approccio "role approach" per le relazioni tra ruoli e "exchange approach" per l'analisi delle transazioni, è stata scelta la rappresentazione grafica della rete egocentrata, applicata.

La rete si configura come una serie di cerchi concentrici al cui centro si pone l'intervistato. Lo schema è suddiviso in quattro quadranti che rappresentano una delle dimensioni attraverso le quali la rete prende forma.

Nel settore indicato come "numerosità dei pazienti" si chiede di posizionare ciascun nodo in base alla quantità dei pazienti che dal "setting" privilegiato transitano verso altro nodo, intesi come percentuale di pazienti assistiti, dal 100% in prossimità del centro al 10% in periferia.

Nel settore indicato come "numerosità dei contatti" si chiede di posizionare in relazione al numero di contatti/anno, ciascun nodo in base alla quantità di contatti che dal "setting" privilegiato si sviluppano verso l'altro, da oltre 100 contatti/anno in prossimità del centro a meno di 10 contatti/anno in periferia.

Nel settore "tempo di vita" si chiede di posizionare ciascun nodo rispetto al tempo da cui è attivo il contatto.

Nel settore "tempo di formalizzazione" si chiede da quanto tempo è stata resa formale attraverso procedure o protocolli, la relazione. Per entrambi gli ultimi due, la temporizzazione data è a partire da una data definita, in genere la data di *start-up* di un fenomeno.

La rete delle transazioni

Un altro elemento di fondamentale importanza per il funzionamento di una rete, è la Transazione ossia quell'insieme di scambio di risorse professionali ed economiche che avviene attraverso relazioni stabili e durature nel tempo che il "setting" scelto come punto di vista privilegiato attiva con Servizi, Reparti o figure professionali con una funzione operativa.

In una rete assistenziale, il concetto di transazione può essere assimilato alle procedure cliniche ed organizzative che si attivano nei processi di cura. Ogni transazione richiede l'attivazione di una relazione con uno o più servizi al fine di scambiare una certa quantità di risorse e implica un impegno per un certo periodo.

Usando come mappa la stessa rete ego-centrata, in questo caso si indicano nei quattro settori alcune delle dimensioni attraverso cui si configurano le transazioni:

Nel settore "quantità di risorse" si chiede di porre ciascuna transazione rispetto alla quantità di risorse che vengono scambiate, collocando quelle nelle quali vengono scambiate più risorse nelle aree centrali, mentre quelle con le quali le risorse scambiate sono poche nelle aree più esterne.

Nel settore "intensità" ciascuna transazione dovrà essere posizionata vicino al centro se sono frequenti, in periferia se avvengono raramente.

Nel settore "durata" l'attenzione va posta sulla quantità di tempo che impegna ciascun tipo di transazione, vicino al centro le transazioni che occupano molto tempo e perifericamente quelle che ne impegnano poco.

Nel settore "tempo di vita" si chiede di rendere evidente da quale periodo (data) è attiva una particolare transazione posizionando vicino al centro l'anno/tempo di inizio analisi e nel cerchio più esterno l'anno/tempo di fine analisi.

Nella tabella 4.4 è presentato un esempio di descrizione delle transazioni.

Transazioni	Nodi Coinvolti
1- Rilevazione di un problema di salute	1-MMG 2-Persona assistita 3-Familiare/caregiver
2- Consulenza clinica	1-MMG 2-persona assistita 3-familiare care-giver 4-specialista

3- Diagnostica strumentale	1-MMG 2-Persona assistita 3-Familiare/Care giver 5-Diagnostica 4-Specialista
4- Valutazione socio assistenziale	1- MMG 6- UVM 7- Servizi sociali 3- familiare care-giver
5- Ricovero per complicanze/comorbidità	1-MMG 8- UUOO ricovero ordinario 9- PS 5- Diagnostica 3- familiare care-giver
6- Dimissione Protetta	1-MMG 2- persona assistita 6- UVM 8- UO di ricovero 10- team dimissione protetta 3- familiare care-giver
7- Presa in carico domiciliare	1- MMG 2- persona assistita 11-Infermiere ADI 12-Ass. Sociale Comune 7- Servizio sociale 3-familiare care-giver 13-Centro Adattamento Domestico 14-Centro riabilitazione 15-Fisioterapista domiciliare
8- Intervento domiciliare	1- MMG 11-Infermiere ADI 12-Ass. Sociale Comune 16-Centro Diurno 3-familiare care-giver 15-Fisioterapista domiciliare

Tab. 4.4 – esempio di identificazione e numerazione delle transazioni e dei nodi della rete coinvolti nelle diverse transazioni.

La descrizione nella rete egocentrata

Al centro è messo di volta in volta l'intervistato, che è un nodo della rete. Prima si costruisce l'elenco di tutti i nodi esistenti e l'elenco delle relazioni (possono coincidere con i processi più importanti o con singole attività di interfaccia). In seguito si individua se la relazione è formale, sostanziale o solo possibile e i contenuti delle relazioni che i nodi sviluppano con gli altri.

Porre i nodi della rete nel grafico per ogni quadrante seguendo la descrizione che fornisce il nodo intervistato.

I cerchi concentrici devono essere quantificati numericamente:

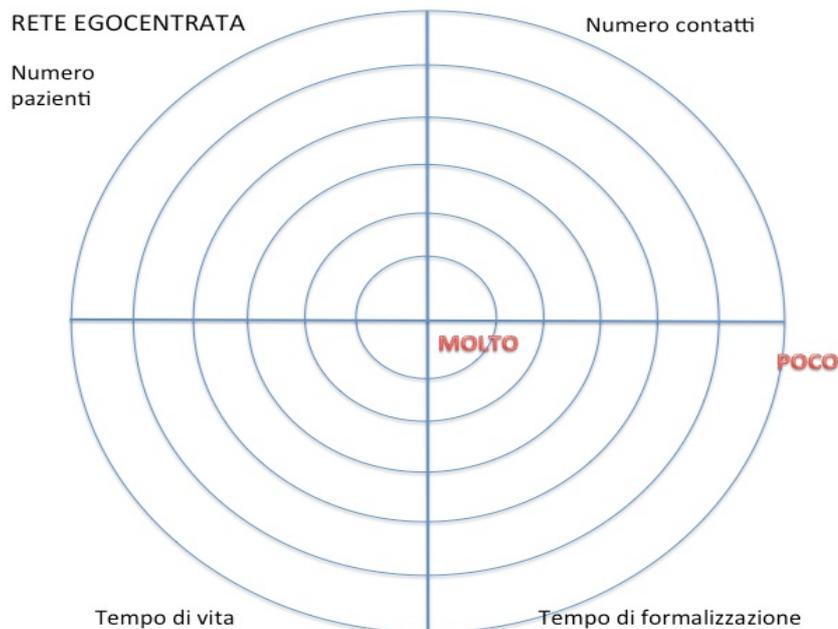
numero dei pazienti coinvolti nel processo, dal 100% allo 0% dei pazienti assistiti

numero contatti/ anno da 100 a 0

tempo di formazione della relazione dal ____ al _____ (scegliere di volta in volta l'unità di tempo e farla coincidere con l'unità di tempo al punto successivo)

tempo di vita della relazione dal ____ al _____

Se ogni punto è collegato al centro con un vettore, l'unione dei punti fornisce un'immagine della distanza delle relazioni tra nodo intervistato ed altri nodi.



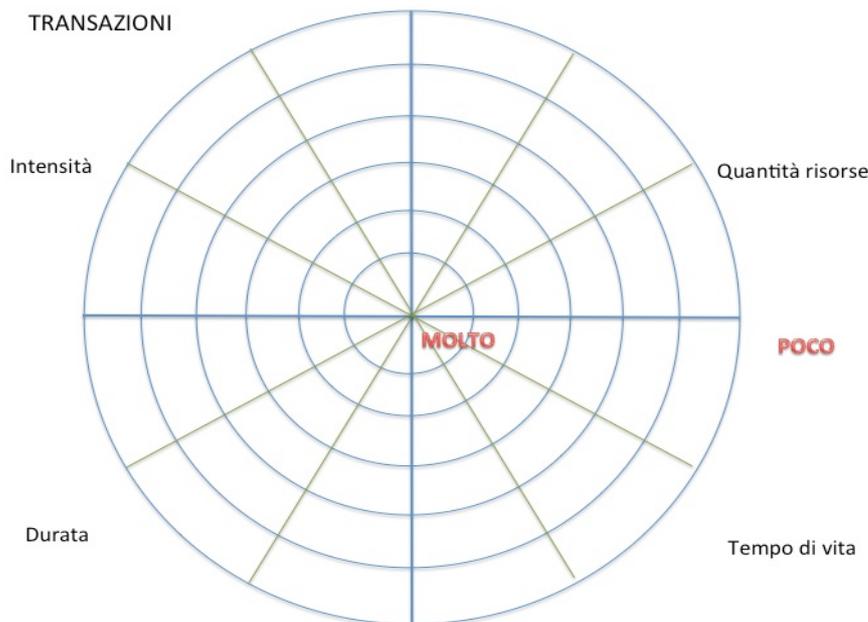
Schema 4.1 – Modello di rappresentazione della rete egocentrata

Rete delle transazioni

E' possibile che non tutti i nodi della rete sviluppino tutte le relazioni, ma solo alcune.

Rilevazione delle relazioni: per ogni nodo solo le relazioni previste.

L'analisi prevede che ogni nodo descriva il proprio punto di vista o realtà, pertanto si otterranno molti grafici (1 per ogni nodo intervistato) che potrebbero evidenziare risposte diverse, relative alla diversa partecipazione reale alla transazione o alla percezione di valore assegnata alla transazione.



Schema 4.2 – modello di rappresentazione della rete delle transazioni

Intensità:

- pluriquotidiana, quotidiana, plurisettimanale, settimanale, plurimensile, mensile, periodica, saltuaria o indicare un numero in un periodo (es mese) con una graduazione dichiarata. Nel caso del mese può essere 0-30, nel caso del trimestre 0-90 o mantenere la descrizione di frequenza.

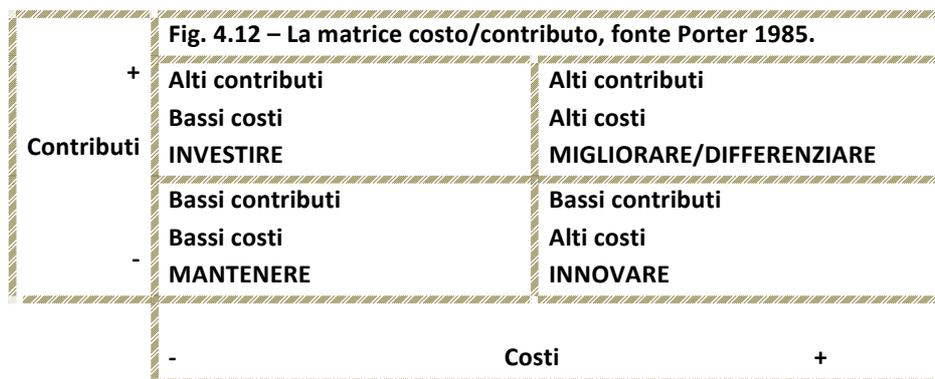
Quantità di risorse:

- risorse impegnate possono essere persone, tecnologie, materiali. In genere sono considerate in valore economico-equivalente, ma possono essere descritte anche come somma numerica. Occorre dichiarare la metrica.

Durata e tempo di vita, come per il grafico precedente.

La matrice costo/contributo

"Change³² in the way office functions can be performed is one of the most important types of technological trends occurring today for many firms, though few are devoting substantial resources to it." Porter 1985, p. 45



³² "Cambiare il modo in cui le funzioni aziendali possono essere prodotte è uno dei più importanti trend che oggi coinvolge molte aziende, anche se poche devolvono risorse sostanziose per fare ciò"

Nella scelta delle priorità da affrontare, quando cambiamenti o progetti richiedono valutazioni di costo/beneficio, oltre alle valutazioni economiche può essere utile una valutazione di opportunità del cambiamento o della riprogettazione confrontando tra di loro due dimensioni, i contributi richiesti e i costi conseguenti per mantenere la situazione attuale vs il cambiamento previsto. Le domande da porsi sono sostanzialmente queste:

- quanti contributi richiede il mantenimento della situazione attuale? Quali richiede il cambiamento? (che tradotto in misura può essere il numero di persone, il tempo previsto da dedicare, il numero di cambiamenti strutturali da realizzare)
- quali delta di costo tra mantenere e cambiare? (in termini economici costi emergenti-cessanti, se il risultato è positivo, si opera nel quadrante “+”, se il delta è negativo si opera nel quadrante “-“). Se risulta difficile misurare il delta dei costi, i quadranti possono essere definiti anche come “basso costo di sviluppo” o “alto costo di sviluppo”, “basso o alto costo di mantenimento”. Alcuni descrittori possono essere relativamente l’impegno intellettuale, lo sforzo di modificare le strategie, i conflitti da superare.

Questa valutazione prevede il confronto tra le condizioni del progetto e quelle di permanenza dello stato attuale in cui versa l’organizzazione. Se il mantenimento della situazione attuale richiede Bassi costi di manutenzione e alto contributo, soprattutto se vi è un vantaggio competitivo nel cambiamento, è opportuno investire nel cambiamento/progettazione. Se il costo di manutenzione è alto e il contributo anche, in particolare se la valutazione è equivalente nelle due situazioni, è bene migliorare il presente e non cambiare radicalmente. Se l’organizzazione si trova nel quadrante 2, è meglio qualsiasi cambiamento del mantenere lo *status quo*, perché il mantenimento è costoso anche senza grandi impegni di altre risorse. Se l’organizzazione versa nel quadrante 1, non vale la pena di affrontare cambiamenti, se non richiesti dal mercato, perché la condizione di costi/contributi è la più vantaggiosa.

Questa chiave di lettura deriva dalla “Matrice di Porter³³” presentata nella figura 4.12.

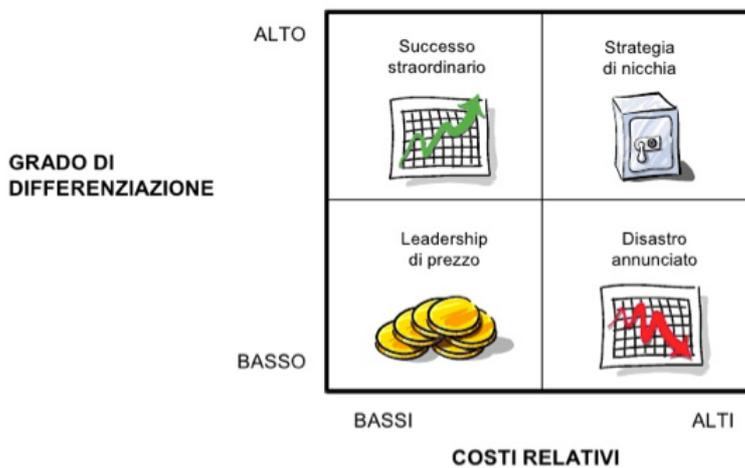


Fig. 4.13 - La matrice di Porter di analisi del mercato. Fonte www.12manage.org

³³ Porter, M.E. (1979) "How Competitive Forces Shape Strategy", *Harvard Business Review*, March/April 1979.

Porter, M.E. (1980) *Competitive Strategy*, Free Press, New York, 1980.

Porter, M.E. (1985) *Competitive Advantage*, Free Press, New York, 1985. Wendy Robson, *Strategic Management and Information Systems: An Integrated Approach*, (2nd Edition), Financial Times, 1997.; Porter, M.E. *Competitive Advantage: Creating and Sustaining Superior Performance*, (Revised edition), The Free Press, 2004.

La cultura nelle organizzazioni

La cultura organizzativa è considerata un fattore critico per il successo della strategia aziendale, della programmazione, della realizzazione degli obiettivi. Nagel e Senge (1990) hanno identificato la cultura organizzativa come l'ambito dell'organizzazione trasformabile attraverso la scelta dei valori, la selezione delle persone, il sostegno alla motivazione, l'identificazione di un sistema premiante centrato sulle persone, la formazione continua e l'esercizio della leadership.

Edgar Schein (1990) descrive la cultura delle organizzazioni come comportamenti usati regolarmente quando le persone interagiscono, come ad esempio:

- il linguaggio utilizzato e i rituali comportamentali (Goffmann, 1959, 1967; Van Maanen, 1979; Schein, 1990 pag 33);
- le norme che si sviluppano nei gruppi di lavoro, quale ad esempio "un buon salario per un buon lavoro" (Schein, ibidem);
- i valori dominanti di un'organizzazione, quali "product quality" o "price leadership" (Deal e Kennedy, 1982, Schein, ibidem)
- la filosofia che guida la politica aziendale nei confronti dei dipendenti e/o clienti (Ouchi, 1981; Pascale e Athos, 1981; Schein, ibidem);
- le regole del gioco per rimanere all'interno di un'organizzazione, "i trucchi" che un nuovo arrivato deve apprendere per essere accettato quale nuovo membro (Schein, 1968, 1978; Van Maanen, 1976,1979; Schein, ibidem);
- la sensazione o atmosfera che l'organizzazione comunica tramite l'aspetto e le modalità di interazione tra i membri dell'organizzazione e i clienti o altri esterni (Tagiuri e Litwin, 1968).

Tutti questi significati, e molti altri, riflettono, secondo Schein, la cultura dell'azienda, dell'organizzazione, ma nessuno corrisponde all'essenza della cultura, anzi ritiene che il termine "cultura" vada riservato al livello più profondo, quello degli assunti di base e delle convinzioni condivise dai membri dell'organizzazione, che agiscono inconsciamente e che definiscono la visione "scontata" che un'azienda ha di se stessa e del suo ambiente (Schein, 1990).

Per Pettigrew (1979) la cultura è il sistema di significati pubblicamente e collettivamente accettati, operante per un gruppo determinato in un momento determinato.

Gagliardi (1995) afferma che pur fornendo l'orientamento generale, la cultura trattata come concetto unitario manca di mordente analitico; un'impostazione potenzialmente più fruttuosa è quella di considerare la cultura come la sorgente di una famiglia di concetti: da quello di cultura discendono i concetti di simbolo, linguaggio, ideologia, credenza, rituale e mito. Fra tutti, il simbolo costituisce la categoria più ampia e inclusiva, non soltanto perché linguaggio, rituale e mito sono forme di simbolismo, ma perché l'analisi simbolica è di per sé stessa un quadro di riferimento e uno stile di analisi.³⁴

La cultura organizzativa individua il particolare stile di vita di un'organizzazione.

Alcune definizioni di cultura che sono state avanzate dai teorici dell'organizzazione associano il concetto di cultura al gruppo, e tutte si riferiscono a qualcosa che i membri del gruppo hanno in comune o condividono: significati, assunti, modi di vedere le cose, norme, valori, conoscenze.

Queste definizioni evidenziano quanto la nozione di "condivisione" sia stata centrale allo sviluppo del concetto di cultura organizzativa.

Alcune di queste definizioni sono:

- "La cultura della fabbrica sta nel suo modo solito e tradizionale di pensare e di fare le cose, che è condiviso in

³⁴ per approfondimenti anche Duncan, 1968; Abner Cohen, 1974; Willis, 1975

misura minore o maggiore da tutti i suoi membri; ogni membro la deve imparare, o almeno accettare parzialmente, se vuole essere assunto dall'impresa"³⁵.

- "La cultura è un sistema di significati accettati pubblicamente e collettivamente, che operano per un certo gruppo, in un certo momento. Questo sistema di termini, forme, categorie e immagini aiuta le persone ad interpretare le situazioni in cui si trovano ad essere" (Pettigrew, 1979, in Hatch M. J. pag 199).

- "Le organizzazioni (sono) contesti pieni di cultura, ovvero (esse sono) unità sociali distinte con un set d'interpretazioni comuni per organizzare l'azione (che spiegano ad esempio cosa stiamo facendo in un certo gruppo, e il modo giusto di agire al suo interno) espressi attraverso linguaggi e altri veicoli simbolici" (Louis, 1983, in Hatch M. J. pag 199).

- "La cultura organizzativa può essere vista come una colla che tiene insieme l'organizzazione attraverso la condivisione di schemi di significato. La cultura consiste nei valori, nelle credenze e nelle aspettative che i membri si trovano a condividere" (Siehl e Martin, 1984, in Hatch M. J. pag, 199).

- "La cultura è lo schema di assunti fondamentali che un certo gruppo ha inventato, scoperto o sviluppato mentre imparava ad affrontare i problemi legati al suo andamento esterno o alla sua integrazione interna, e che hanno funzionato in modo tale da essere considerati validi e quindi degni di essere insegnati ai nuovi membri come il modo corretto di percepire, pensare e sentire in relazione a tali problemi" (Schein, 1985, in Hatch M. J. pag199).

- "La cultura si riferisce alle conoscenze che si pensa che i membri di un certo gruppo condividano in misura minore o maggiore; è il tipo di conoscenze che si dice informi, incarnati, formi e giustificati le attività, di routine e non, svolte dai membri della cultura. Una cultura è espressa o costituita soltanto attraverso le azioni e le parole dei suoi membri e deve essere interpretata da, non consegnata a, il ricercatore. La cultura non è visibile in sé, ma è resa visibile soltanto attraverso la sua rappresentazione" (Van Maanen, 1988, in Hatch M. J. pag 199).

- "Le culture sono fenomeni collettivi, che incarnano le risposte della gente alle incertezze e al caos intrinseci all'esperienza umana. Ci sono due tipi principali di risposte. La prima è la sostanza di una cultura – quei sistemi di credenze condivise e cariche di emotività che si chiamano ideologie. La seconda risposta sono le forme culturali – quelle entità osservabili attraverso cui i membri di una cultura esprimono, affermano e comunicano l'uno all'altro la sostanza della propria cultura" (Trice e Bayer, 1993, in Hatch M. J. pag 199).

In ambito sanitario, la cultura organizzativa è spesso stata confusa o trasposta nella cultura professionale. Da un decennio circa, nei paesi evoluti si sta affermando un principio "*Patients and their families want to be actively engaged in managing their health conditions, expecting the right care at the right time*" (Blueprint for Action, Ontario, 2007)³⁶. Un altro contributo alla definizione della cultura organizzativa, contenuto in un documento successivo³⁷ definisce i principi che "rafforzano" la collaborazione interpersonali "*The responsibility to meet the public's expectations for improved access to high quality, safe services and patient-centred care; optimizing the contribution of all health professionals, and maintaining self-regulation*" (La responsabilità di incontrare le aspettative del pubblico per migliorare l'accesso a servizi di qualità, sicuri e con una assistenza centrata sul paziente, di ottimizzare il contributo di tutti i professionisti della sanità e di mantenere l'autoregolazione professionale).

³⁵ Jacques, 1952, citato in "Teoria dell'organizzazione", Hatch M. J., pag 199

³⁶ HealthForceOntario (July 2007). Interprofessional Care: A Blueprint for Action in Ontario, Interprofessional Care Steering Committee, Government of Ontario, p. 7. "I pazienti e le loro famiglie vogliono essere attivamente impegnati nelle loro condizioni di salute, attendendosi la cura giusta al momento giusto"

³⁷ Health Professions Regulatory Advisory Council (HPRAC) Interprofessionale Collaboratiom among Health Colleges and Regulated Health Professionals, Ontario gov. march 2008

Frenk e colleghi (2010) hanno proposto un modello di transizione tra un modello di formazione monoprofessionale e uno transprofessionale. Nel loro lavoro (Fig. 4.14) propongono la transizione dalla monocultura alla transcultura professionale in ambito sanitario. Quello che si potrebbe rispondere, alla proposta presentata, è che le tre tipologie di cultura (e quindi di approccio educativo sia nella formazione universitaria che in quella definita “*long-life education*”) è che la formazione monoprofessionale costruisce le basi tecniche del sapere disciplinare, il cosiddetto saper fare; la formazione interdisciplinare permette di comprendere e sviluppare la competenza specifica diagnostico-terapeutico-assistenziale e di integrarla con gli altri *core competence* professionali, per poter agire in modo collaborativo. Riconoscere le proprie aree di competenze, e riconoscere i confini con gli altri professionisti, facilita l’integrazione e il lavoro in equipe. La formazione trans-disciplinare deve potenziare le capacità di tutti i professionisti sanitari e sociali, relativamente alla reciproca conoscenza di metodi e strumenti utili a tutti gli ambiti professionali, sia di tipo strettamente tecnico che di altra natura. Alcuni “saperi” sono oggi trasversali alle professioni: qualità, sicurezza dei pazienti, governo clinico, rischio clinico, valutazione di esiti, analisi di dati sanitari o di popolazione, gestione di progetti, riorganizzazione di processi, valutazione di risultati. Tutta la formazione attinente a questi ambiti dovrebbe essere trans-professionale, per creare una cultura comune e fiducia tra le parti.

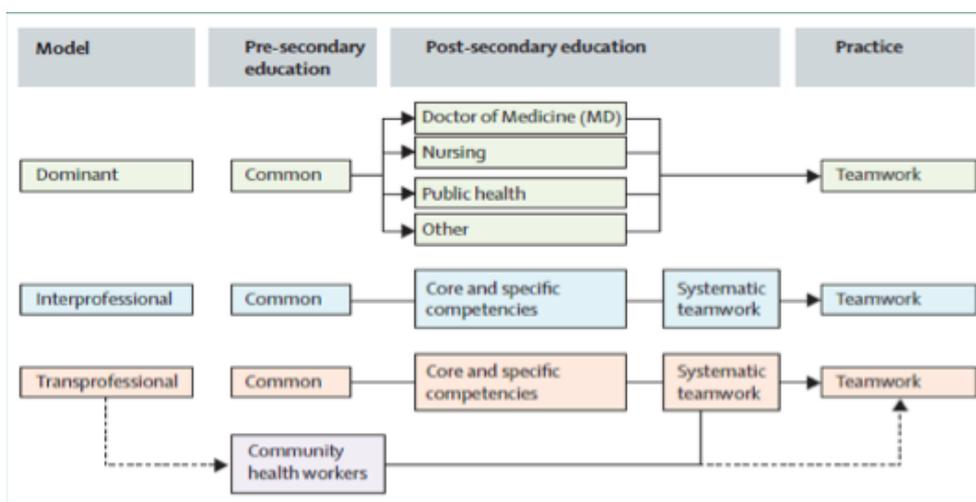


Fig. 4.14 Modello della formazione mono, inter, transprofessionale.

Satterfield³⁸ e colleghi hanno presentato una interessante visione dell’evoluzione della *evidence based practice* (EBP) e nel modello proposto alla fig. 4.15 si evidenziano alcune convergenze con l’approccio di Frenk e colleghi o dell’HPRAC dell’Ontario. I punti interessanti sono:

- la cultura delle buone pratiche riguarda l’intero sistema delle competenze professionali disponibili,
- la cultura delle buone pratiche influenza la pratica professionale e ha rapporti con le caratteristiche della popolazione, i bisogni di salute e i valori della comunità
- La pratica professionale vive nel contesto organizzativo, ma riceve influenze dal contesto politico, da quello professionale, comunitario ed economico.

Questa lettura ampia della cultura organizzativa e della cultura professionale, che identifica ambiti comuni come leve per un modello trans-disciplinare della salute è forse una delle prossime frontiere per il nostro “Sistema Salute”.

³⁸ Satterfield, JM. Spring, B. Brownson, C. Mullen, E.J. Newhouse, R.P. Walker B.B. Whitlock, E.P. (2009) Toward a Transdisciplinary Model of Evidence-Based Practice, The Milbank Quarterly, Vol. 87, No. 2, pp. 368–390

Fig. 4.15 – Il modello transdisciplinare della buona pratica clinica, fonte Satterfield 2009, p. 382.



Senge³⁹ nel 1990 ha descritto la possibilità di creare organizzazioni che apprendono sia in modo adattivo che in modo generativo. La distinzione tra apprendimento adattivo e generativo è quello che Argyris e Shon hanno chiamato apprendimento a singolo o doppio loop. L'apprendimento a singolo loop è quello nel quale le persone modificano il proprio comportamento per raggiungere specifici obiettivi, norme o assunti. L'apprendimento a doppio loop, invece, gli obiettivi, le norme e gli assunti, i comportamenti sono aperti ad ogni cambiamento.⁴⁰

Gli elementi fondamentali per creare delle organizzazioni che apprendono sono:

- creare una tensione tra la situazione attuale quella futura (principio della tensione creativa, fig. 4.16)
- incoraggiare l'espressione della visione personale (per creare una visione condivisa)
- comunicare e chiedere supporto
- sostenere il processo di appropriazione della visione da parte degli operatori
- bilanciare i processi, il tempo e i ritardi
- contestualizzare le attività e gli obiettivi
- sequenziare le attività (descrivere i processi)
- esplorare le relazioni circolari e le sinergie
- riconoscere le routine e valutarle
- sostenere la trasparenza e rifiutare l'ipocrisia
- distinguere i dettagli della complessità dalla dinamica della complessità
- cercare soluzioni ai problemi e distinguere le soluzioni sintomatiche da quelle radicali.

L'organizzazione che apprende ha una forte attenzione alle persone e il modello di "presa in carico" dei dipendenti è presentato nella fig. 4.17

³⁹ Senge, P.M. The Leader's New Work: Building Learning Organization, Sloan Management Review, MIT, Fall 1990, Vol 32, n. 1 pp 7-22 reprint 3211

⁴⁰ Argyris, C. Shon, D. (1978) Organizational Learning. A Theory-in-Action Perspective. Reading, Massachusset Addison-Wesley. tr. It Apprendimento organizzativo, Guerrini e associati, Milano 1998.

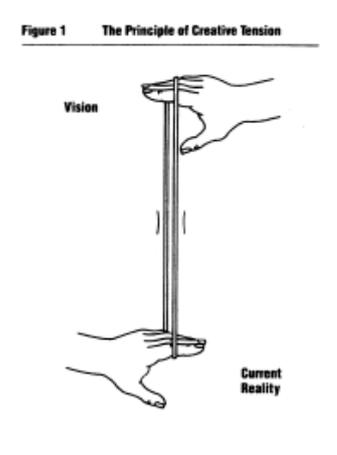


Fig. 4.16 – La tensione creativa, fonte Senge, 1990, p.9

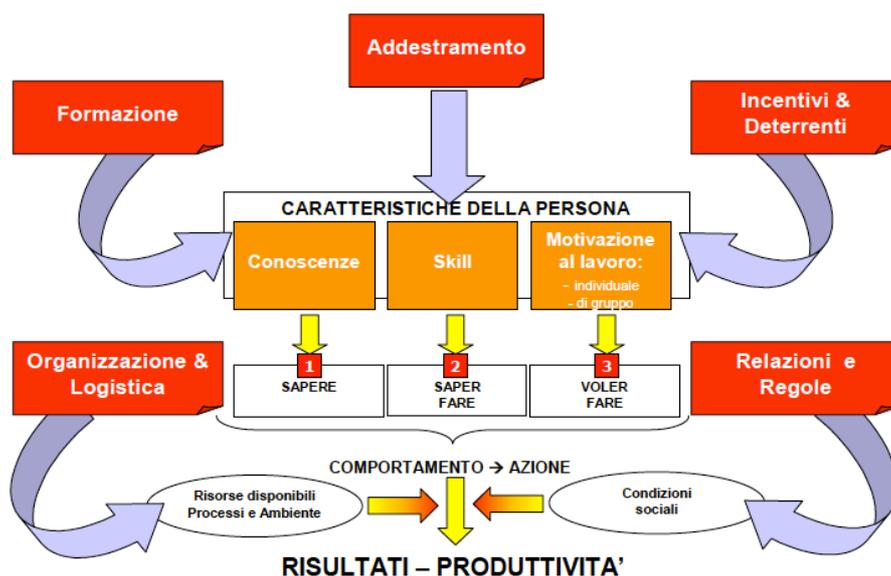


Fig. 4.17 – Il modello di presa in carico dei dipendenti nella learning organization, fonte Argyris 1978, modificato Serpelloni 2010

Un'organizzazione intelligente “facilita l'apprendimento di tutti i suoi membri e li trasforma continuamente” (M. Pedler, J. Burgoyne, T. Boydell, 1991). Nonaka e Takeuchi (1995) sostengono che un'organizzazione che apprende amplifica la conoscenza degli individui e la cristallizza come una parte della conoscenza di rete dell'organizzazione. L'approccio dell'apprendimento “*attraverso il fare e l'interagire*” ha dato origine alla teoria dell'apprendimento situato “Imparare diventa una trattativa continua dell'individuo all'interno della propria comunità di pratiche, si tratta di un apprendimento situato, in cui la maggior possibilità di formarsi è legata alla condizione di aggirarsi ai bordi della comunità”⁴¹.

L'apprendimento “situato” è una pratica sociale; una conoscenza che è integrata e distribuita nella vita di una comunità, un atto di appartenenza, inesistente quando è negata la “partecipazione”, un coinvolgimento in pratiche, quando è legato alla possibilità di contribuire allo sviluppo della comunità. *La servant leadership:*

⁴¹ Costa M., 2002, L'economia della formazione. Glocal Learning, Utet Libreria, Torino; pp 93-94.

La *leadership* facilitatrice nei team di lavoro

Graham (1991) e Farling et al. (1999) hanno definito che la “*servant leadership*” è simile alla leadership trasformazionale proposta da Burns (1978, p. 20) e Nadler (1990) perché in entrambi gli approcci si incoraggiano leader e seguaci a “accrescere alti livelli di motivazione e moralità”. Vi sono però delle differenze. La leadership trasformazionale (Bass, 1985) orienta i comportamenti del leader al sostegno e sviluppo dei collaboratori (seguaci del leader) e al loro *empowerment*, mentre la *servant leadership* è un atteggiamento di servizio del leader per ottenere migliori risultati per il gruppo (Graham, 1991, p. 110), per l’organizzazione e solo successivamente per sé.

Barbuto e Wheeler (2006) e Stone (2004) hanno di nuovo presentato questi principi affermando “gli obiettivi organizzativi sono acquisiti in una prospettiva a lungo termine attraverso la facilitazione della crescita, sviluppo e generale benessere degli individui di una organizzazione”. In effetti, da questa concettualizzazione la *servant leadership* (leadership di servizio o facilitatrice) ha una tensione forte sull’elevazione morale ed etica dei leader e dei loro seguaci (Greenleaf, 1977).

I leader autentici, in questa visione, sono definiti “individui che hanno un senso di appartenenza ai propri e altrui valori, prospettive e contesti in cui operano, e sono positive nel loro sguardo verso l’esterno” (Avolio et al., 2004; Gardner et al., 2005).

La letteratura propone un confronto tra leadership di servizio e leadership spirituale (Fry, 2003). I punti di convergenza sono le pratiche virtuose, la motivazione intrinseca a coltivare il senso, lo scopo e l’interdipendenza nel luogo di lavoro. In particolare entrambi gli stili di leadership cercano di facilitare una organizzazione che guardi in modo olistico e motivante i processi, impegnando i lavoratori nell’integrazione e nel trovare soddisfazione e senso di appartenenza. Le tre qualità del leader, capacità di visione, altruismo, speranza e fede (Greenleaf, 1977, pp. 21–22) producono il senso del “conoscibile e del programmabile” anche in un contesto di incertezza. Le caratteristiche individuali che ne derivano (fiducia, integrità, accettazione, umiltà, compassione, perseveranza) sono proprie della *servant leadership* (Russell and Stone, 2002; Wong and Page, 2003) e sostengono il buon funzionamento delle relazioni organizzative e dei gruppi di lavoro.

Greenleaf (1977) iniziò l’elaborazione teorica della *servant leadership* dopo aver letto “Journey to the East” di Herman Hesse (1956), in cui il servitore, Leo, diviene leader attraverso il servizio svolto ad un gruppo di persone in pellegrinaggio spirituale. La storia di Leo illustra che dietro al “naturale sentire che uno vuole servire, c’è la scelta conscia che uno aspira a guidare” (Greenleaf, 1977, p. 13). Daft and Lengel (2000, p. 176) hanno scritto che “il desiderio di servire gli altri è precedente e supera il desiderio di essere in una posizione formale di leadership”. La letteratura identifica più di 20 temi pertinenti alla leadership di servizio che possono essere categorizzati in sei dimensioni:

- subordinazione volontaria
- autenticità
- relazioni significative
- responsabilità morale
- spiritualità trascendentale
- influenza trasformazionale.

Servant Leadership Behaviour in Organizations

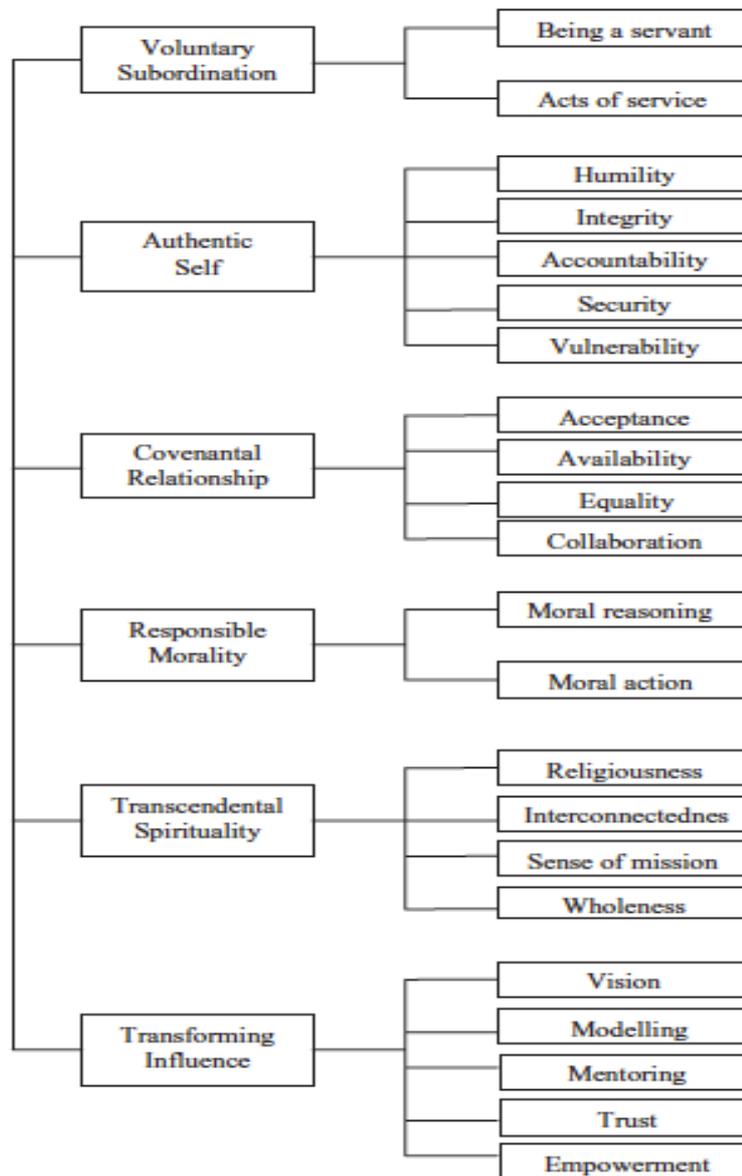


Fig. 4.18 La struttura concettuale della leadership di servizio o facilitatrice: caratteri strutturali e caratteristiche individuali (fonte Sendjaya et al, 2008, p. 409)

Spears, nel 2004, ha descritto i comportamenti caratteristici del *servant leader*:

- Ascolto. Capacità di ascoltare intenzionalmente e rispettosamente quello che gli altri hanno da dire.
- Empatia. Capacità di comprendere le circostanze delle persone
- Sensibilità . Capacità di riconoscere la vulnerabilità umana e di conoscere quando e come procedere con un processo
- Attenzione – Capacità di leggere ed interpretare i segnali dell’ambiente
- Persuasione – Capacità di influenzare gli altri senza rilevanza o posizioni di potere o autorità gerarchica
- Concettualizzazione – Capacità di promuovere la creatività ed essere aperti alle possibilità in situazioni date
- Previsione – Capacità di essere politicamente astuti e prevedere le direzioni future e le loro implicazioni

- Equipaggiamento – Capacità di identificare contributi a breve e lungo termine, e lasciare l’eredità ad altri di continuare
- Crescita - Capacità di riconoscere e nutrire i bisogni di sviluppo degli altri
- Creare comunità – Capacità di sviluppare una struttura di comunità nell’organizzazione.

Teaching notes

Gli approcci e strumenti di analisi presentati prima sono solo alcuni di quelli che possono essere utilizzati per l’analisi dei casi di studio da parte degli studenti.

E’ necessario che la formazione teorica preceda la somministrazione di un caso e, se il caso può necessitare di strumenti o modelli teorici particolari per essere affrontati, questi devono essere proposti prima per l’apprendimento.

I casi prevedono la costruzione di note esplicative per i docenti che devono presentare il caso in aula e somministrarlo agli studenti.

Le note esplicative dedicate ai docenti che utilizzano il caso sono gli elementi che permettono di orientare l’analisi e la sintesi o il processo decisionale sugli accadimenti presentati nel “*case report*”.

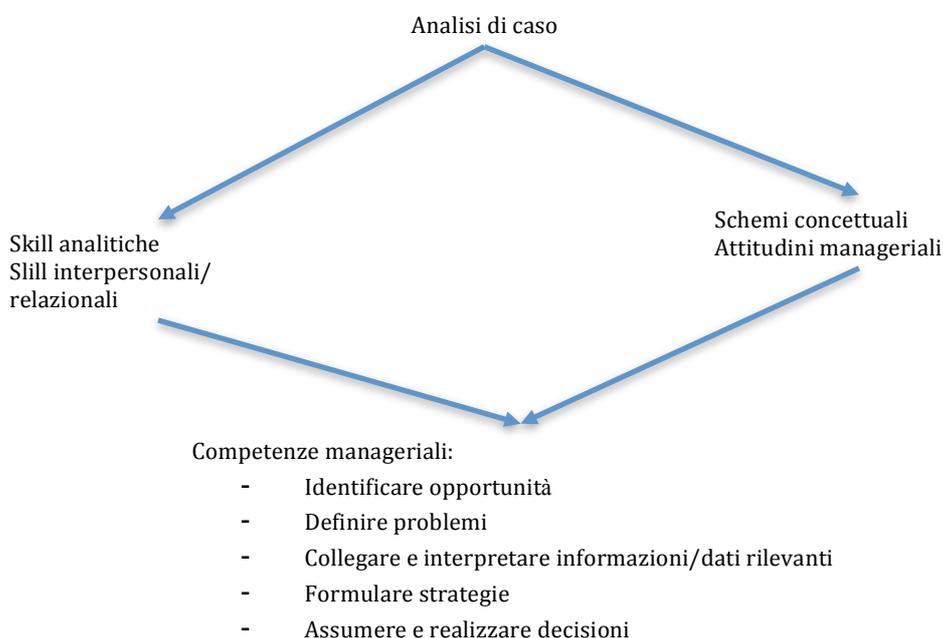
Lo schema concettuale elaborato da E. Raymond Corey⁴² è presentato nello schema 4.3.

Le note per il docente devono presentare le competenze analitiche e relazionali che devono essere sollecitate perché rappresentano l’area di apprendimento per gli studenti e gli studenti, nell’analisi, devono poter applicare schemi concettuali appresi e sviluppare attitudini manageriali per il loro futuro.

Sulla base delle indicazioni di Corey, Shapiro e Clowson, è stato possibile predisporre una scheda di valutazione dei casi da sottoporre a docenti e studenti/partecipanti a corsi di formazione manageriale per avere un feedback sull’utilizzabilità dei casi a fini didattici (schema 4.4) e valutare gli ambiti prioritari di applicazione nell’insegnamento.

⁴² Corey ha preparato per la Harvard Business School gli strumenti esplicativi sullo studio di caso e sulla metodologia didattica. In particolare vedere The Case Method Teaching, HBR, www.thecasecentre.org 9-581-058, rev november,6,1998. Per approfondimenti vedere Shapiro BP, An introduction to cases, HBR, 9-584-097 Rev October 12,1988 e Clawson JG, Case Method, UVA-PHA-0032, Darden University of Virginia, 1995, ritrovabili in www.thecasecentre.org

Schema 4.3 – Lo schema concettuale dell'apprendimento attraverso il metodo dei casi (Corey, op cit pag 10)



Schema 4.4 – Griglia di valutazione dei casi

<i>Critero di progettazione organizzativa/strumenti di gestione</i>	Analisi strategica o organizzativa (competenze analitiche)	Rappresentazione dei dati (Competenze di sintesi e comunicative)	Monitoraggio/ Rendicontazione (accountability)	Formulazione di decisioni (competenze decisionali)
Reingegnerizzazione dei processi organizzativi (efficienza)				
Miglioramento di percorsi di cura (efficacia)				
Attivazione di garanzie per i cittadini (advocacy)				
Integrazione professionale orizzontale (teamwork)				

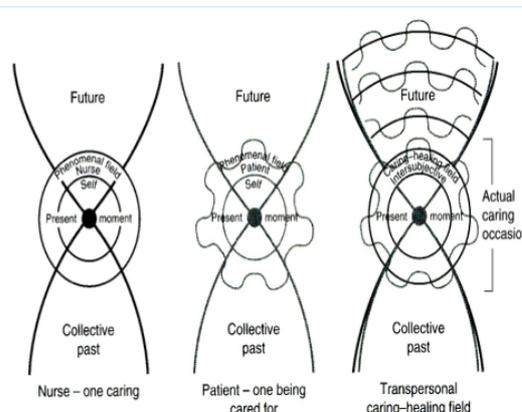
Un modello di lettura dell'applicazione della disciplina infermieristica all'assistenza: lo *Human Caring* di Jean Watson

La centralità della teoria di Jane Watson nel mondo infermieristico è innanzitutto la divisione tra le tecniche, le procedure, le manovre specialistiche e tutto ciò che ruota intorno ad essi (quello che lei chiama "Trim"), dal "Nursing Core", cioè dalla vera essenza dell'assistenza infermieristica. I "Trim" sono azioni, attività, tecnologie, strumenti che



permettono la realizzazione tecnica delle azioni di assistenza, mentre la decisioni, la motivazione, il fine di queste azioni si ricercano nel "core professionale" che lei chiama "Caring".

Anche utilizzando Trim differenti, l'area di intervento rimarrà sempre riconducibile al Core, in quanto l'attività principale degli infermieri sarà sempre il "caring" (avere cura).



I presupposti della teoria di Jean Watson, sono:

- L'assistenza può essere dimostrata e praticata in modo efficace soltanto se agita interpersonale.
- L'assistenza è composta da fattori caratteristici che hanno come risultato la soddisfazione di alcuni bisogni umani.
- L'assistenza efficace promuove la salute e la crescita dell'individuo o della famiglia.
- Le risposte assistenziali accettano la persona non solo come è in quel momento ma anche per ciò che può diventare.
- Un ambiente assistenziale efficace offre lo sviluppo del potenziale personale, permettendo alla persona di scegliere la migliore azione per se stessa in un dato momento.
- L'assistenza è vicina alla salute. Le pratiche assistenziali integrano conoscenze biofisiche con conoscenze del comportamento umano per generare o favorire la salute e dare aiuto a coloro che sono ammalati. Una scienza dell'assistenza è perciò complementare alla scienza della cura.
- La pratica assistenziale è centrale nel nursing.

Secondo Watson, il nursing cerca di capire in che modo la salute, la malattia e il comportamento umano siano in relazione tra loro. Nella sua filosofia e nella scienza dell'assistenza che disegna, cerca di definire un risultato dell'attività scientifica riguardo agli aspetti umanistici della vita. Ritiene che il nursing abbia come finalità quella di favorire e ripristinare la salute e di prevenire la malattia. Ma la salute è qualcosa di più dell'assenza della malattia ed è un concetto instabile, perché la salute è valutata soggettivamente, anche in relazione al benessere percepito. Nel volume <<Nursing: The Philosophy and Science of Caring>> la Watson scrive "l'assistenza (il nursing) esiste in ogni società. Ogni società ha avuto alcune persone che si sono occupate di altre. L'atteggiamento assistenziale non viene trasmesso da una generazione per via genetica, ma attraverso la cultura dell'azione, come unico modo di adattamento al proprio ambiente. Il nursing è sempre stato caratterizzato da una "linea assistenziale" nei confronti di altri esseri umani. Tale orientamento è stato minacciato da una scuola di pensiero che ha privilegiato l'aspetto tecnico-procedurale del nursing. Tuttavia, le opportunità per l'infermiere di ottenere un'istruzione avanzata e di occuparsi di analisi di problemi ad un più alto livello, nella formazione e nella pratica, hanno consentito al nursing di combinare il suo orientamento umanistico con quello scientifico"

I dieci “carative factors”

La Watson definisce i “carative-factors” (care active factors: fattore del prendersi cura) come le basi fondamentali della scienza del caring, cioè quegli elementi che gli infermieri utilizzano per assistere una persona, e che derivano dalla filosofia umanistica che, secondo l'autrice, deve essere parte integrante dell'essere professionale di ogni infermiere. I Carative Factors sono:

1. Formazione di un sistema di valore umanistico, altruista. I Valori altruistici e umanistici, appresi molto presto nella vita, possono essere fortemente influenzati dai formatori in Infermieristica, collegando i valori personali ai valori professionali.

2. Infondere fiducia e speranza. Il ruolo dell'infermiere si esplica nel favorire il benessere, aiutando l'assistito ad adottare comportamenti di ricerca della propria salute, usando il potere della motivazione in modo positivo per sostenerlo, sviluppando efficaci relazioni interpersonali.

3. Sviluppo di sensibilità nei confronti di sé e degli altri. Il riconoscimento dei sentimenti porta alla autorealizzazione attraverso l'accettazione di sé da parte dell'infermiere. Se un infermiere è in grado di esprimere i propri sentimenti è più capace di permettere agli altri di esprimere i loro.

4. Sviluppo di una relazione di fiducia. Una relazione di fiducia promuove e fa accettare l'espressione di sentimenti positivi e negativi. Implica congruenza, empatia, calore non possessivo e comunicazione efficace:

Congruenza è l'essere reali, onesti, genuini ed autentici.

Empatia: L'empatia è la capacità di sperimentare, e quindi capire, le percezioni e i sentimenti di un'altra persona e di comunicarli.

Calore non possessivo: Il calore non possessivo si dimostra con un tono di voce moderato, una postura rilassata e aperta e con congruenti espressioni del viso. *Comunicazione efficace:* La comunicazione efficace ha componimenti di risposta cognitive, affettive e comportamentali

5. Promozione e accettazione dell'espressione di sentimenti positivi e negativi. Condividere i sentimenti è un'esperienza che comporta rischi sia per l'infermiere che per l'assistito. L'infermiere deve essere preparato a rielaborare ed accettare nell'esercizio della propria professione anche sentimenti negativi.

6. Uso sistematico del metodo scientifico del problem solving, nel prendere decisioni. L'uso del processo di nursing garantisce un approccio scientifico di tipo problem solving alla assistenza infermieristica, scardinando così l'immagine tradizionale degli infermieri come “professionisti senza metodo e linguaggio professionale specifico”. Il processo infermieristico è un ragionamento diagnostico-risolutivo, un ragionamento critico, come il processo diagnostico terapeutico della Medicina.

7. Promozione dell'insegnamento-apprendimento interpersonale. Questo elemento introduce un concetto importante per il nursing, poiché distingue l'assistenza dalla cura. L'infermiere facilita l'apprendimento del paziente tramite tecniche di insegnamento-apprendimento che mettono in grado l'assistito di diventare autonomo, secondo le proprie possibilità, nell'assistenza, di determinare i propri bisogni e di provvedere alla propria crescita.

8. Garantire un ambiente di sostegno, protettivo o correttivo, mentale, fisico, socioculturale e spirituale. Il nursing deve riconoscere che l'ambiente dell'assistito comprende variabili esterne ed interne. Il cambiamento si può sperimentare in qualsiasi aspetto e richiede capacità di cavarsela. L'infermiere valuta ed agevola le capacità dell'assistito. Comfort, privacy, sicurezza, pulizia ed estetica degli ambienti circostanti sono importanti.

9. Assistenza con gratificazione dei bisogni umani. L'infermiere riconosce i bisogni biofisici, psicofisici, psicosociali e interpersonali propri e del suo assistito. Gli assistiti devono ottenere il soddisfacimento dei bisogni, da quelli di base a quelli di livello superiore. Il cibo, l'eliminazione e la ventilazione sono i bisogni biofisici. L'attività-inattività e sessualità sono bisogni psicofisici di livello primario. La realizzazione e il senso di appartenenza sono bisogni psicosociali di livello superiore. L'autorealizzazione è un bisogno intra- personale di livello superiore.

10. Riconoscimento di forze esistenziali fenomenologiche. La fenomenologia descrive i dati della situazione immediata che aiutano le persone a capire i fenomeni in questione.

Watson ritiene che sia difficile agire coerentemente soprattutto per coloro che nel percorso formativo non sviluppano uno studio approfondito di materie umanistiche. Necessita di una esperienza riflessiva e porta ad una migliore comprensione di se stessi e degli altri.

La comunicazione

La comunicazione è un elemento fondamentale nella vita quotidiana in quanto intrinseco nella natura umana. La capacità di costruire relazioni costruttive con i nostri interlocutori basate sull'empatia, è il sistema più rapido per raggiungere il consenso in qualsiasi tipo di comunicazione. Il 93% della comunicazione si svolge a livello inconscio: per questo è fondamentale decodificare la gestualità e tutti quei segnali a cui generalmente non prestiamo attenzione. Solo in questo modo è possibile comprendere la direzione inconscia dei nostri interlocutori.

La **comunicazione efficace** segue delle leggi ben precise, partendo da una buona comunicazione con se stessi per arrivare empaticamente verso l'altro.

Gli strumenti per una comunicazione efficace

1. Parlare in prima persona

Utilizzare semplici, ma fondamentali formule: “secondo me”, “a mio parere”, “mi sembra che”, “io sento che”, “io provo che”.

2. Evitare dogmatismi e non generalizzare

Evitare l'utilizzo delle seguenti espressioni: “è necessario agire in tal modo”, “mai si è provata questa strada”, “tutti noi abbiamo appreso pregevoli contenuti, ma nessuno riuscirà a renderli spendibili efficacemente”

3. Esprimere fatti e proposte concrete

4. Differenziare le osservazioni dalle interpretazioni

La maggior parte delle difficoltà comunicative dipendono dalla punteggiatura dell'interazione comunicativa e non dalla differenziazione delle osservazioni dalle interpretazioni

5. Evitare monopolizzazioni e critiche negative

La tendenza a parlare troppo non facilita lo scambio interattivo.

6. Riconoscere vantaggi e svantaggi negli interventi

La valorizzazione degli interventi è uno strumento fondamentale e rafforza l'autostima del nostro interlocutore.

7. Utilizzare efficacemente i livelli della comunicazione

Il livello di comunicazione è una specifica modalità comunicativa da adottare in contesti e circostanze differenti in ragione dei risultati che si intendono raggiungere.

8. Fare metacomunicazione

Volontà e coraggio di riconoscere i propri pregi e difetti nel nostro stile comunicativo, valorizzando i primi ed impegnandosi a modificare i secondi.

Si raggiunge una **comunicazione efficace** quando il destinatario si assume la piena responsabilità di passare dal sentire all'ascoltare.

Per ascolto si intende l'**ascolto empatico**, il quale, permettendo l'ascolto passivo e superando in pregevolezza, difficoltà e abilità quello attivo, oltre a mantenere la comunicazione aperta e straordinariamente efficace, permette all'altro di scoprire aspetti di sé fino allora inesplorati.

Watson, nella relazione con la persona assistita, ricorda anche l'utilizzo protocolli SPIKES e VALUE, quando la comunicazione attiene a condizioni infauste e di difficile accettazione, per creare un rapporto più stretto con i pazienti. Con il modello SPIKES si può comunicare gradualmente ed efficacemente anche con i malati terminali, e ciò può essere utile anche per ascoltare (ed eventualmente rispondere) alle loro domande.

L'acronimo SPIKES ripropone le sei fasi progressive della comunicazione con i pazienti:

- 1. Setting:** preparare opportunamente l'ambiente.
- 2. Patient's assessing:** valutare la percezione del paziente e cercare di capire cosa sa sulla sua malattia.
- 3. Invitation:** invito al paziente a esprimere la sua volontà ad essere informato o meno sulla diagnosi.
- 4. Knowledge:** fornire al paziente le informazioni utili per comprendere la sua situazione.

5. **Emotions:** aiutare il paziente a esprimere le proprie emozioni
6. **Strategy:** programmare e concordare con il paziente una strategia che valuti le possibilità di intervento e i risultati attesi.

Il protocollo VALUE è un approccio che prende in considerazione la comunicazione verso i familiari e la comunicazione con i caregiver può facilitare/sostenere l'adesione alla cura.

Anche in questo caso si tratta di un acronimo:

- **Value:** valutare le dichiarazioni della famiglia
- **Aknowledge:** ricercare le sensazioni
- **Listen:** ascoltare i membri della famiglia
- **Understand:** capire che il paziente è una persona
- **Elicit:** sollecitare i membri della famiglia alle domande.

La comunicazione è più efficace se è coerente e multidisciplinare.

5. I CASI DI STUDIO NELLE AZIENDE CAMPIONE

CASO 1 - I pazienti con Stroke nell'AUSL di Piacenza: integrazione ospedale-territorio

Tiziana Lavallo.

Hanno collaborato: Annalisa Albertini, Rita Cigalini, Cristina Parrillo

Il contesto: l'Azienda USL di Piacenza

Totale popolazione	281.613
Posti letto ospedalieri	925
Numero di sedi che erogano prestazioni territoriali	13 (20 punti prelievo)
Totale personale aziendale	3450
Personale afferente al CDR	2250

delle Professioni sanitarie	
Personale infermieristico sul livello ospedaliero	1100
Personale infermieristico sul livello territoriale	300



Tab. 5.1- Alcuni dati dell'Azienda USL di Piacenza, anno 2011 (fonte Bilancio di Missione)

Il territorio di competenza dell'Azienda Usl di Piacenza è costituito da 48 comuni, con 281.879 abitanti su una superficie di 2589 Km² ed una densità di popolazione di 109 abitanti/Km². Il presidio ospedaliero a gestione diretta è unico ed articolato in 4 sedi: Piacenza, Fiorenzuola, Villanova, Bobbio, Castelsangiovanni e, solo temporaneamente, è presente una UO di Riabilitazione Neuromotoria nella sede dell'ex Presidio di Borgonovo Val Tidone.

L'Asl di Piacenza fa parte dell'Area Vasta Emilia Nord, AVEN, associazione costituita nel 2004 tra le Aziende Sanitarie territoriali e ospedaliere di Piacenza, Parma, Reggio Emilia e Modena, si fonda sul presupposto che, nel rispetto dell'autonomia delle singole aziende, esista un insieme di settori e processi per i quali una gestione coordinata sovraziendale possa condurre a migliori economie di scala e ad una maggiore efficacia di sistema.

L'assistenza infermieristica nelle cure primarie

L'assistenza infermieristica nelle cure primarie ha come principale riferimento i problemi prioritari di salute, caratterizzati dalla multidimensionalità riferita in particolare alle malattie croniche e alla pluripatologia. Per queste caratteristiche l'intervento infermieristico non riguarda solo la valutazione relativa all'individuazione del bisogno di assistenza, ma anche il tipo di risposta necessaria, in quanto agisce in un ambito di bassa specializzazione verticale, tipicamente professionale: infatti tra i pazienti/assistiti, esiste una variabilità di bisogno di assistenza infermieristica che deve trovare la propria traduzione nella capacità di adottare modalità di ragionamento critico finalizzate alla determinazione della natura del bisogno, del grado e dell'intensità dello stesso.

L'assistenza infermieristica nelle cure primarie si esercita in diversi ambiti: residenziali, semiresidenziali, domiciliari e ambulatoriali.

La Direzione Assistenziale dell'ASL di Piacenza

La Direzione Assistenziale dell'Asl di Piacenza ha una evoluzione piuttosto recente e fortemente connessa alla visione strategica della Direzione generale e alla determinazione dell'attuale dirigente. Infatti sino al 2003 esisteva un Servizio Infermieristico, ma non aveva un ruolo gestionale in quanto non era stata prevista la distinzione della linea assistenziale da quella clinica. Quindi il modello organizzativo delle professioni sanitarie era di tipo funzionale con una forte dipendenza dalla componente medica. Il cambiamento in verità era stato già iniziato nel 1998, quando la prima Direttrice responsabile della Direzione Assistenziale era stata chiamata in azienda con l'obiettivo di riorganizzare la rete ospedaliera a partire dal riordino del personale (al tempo i coordinatori e gli infermieri dipendevano gerarchicamente dal Direttore di unità operativa). Cominciò a lavorare sull'innovazione dei processi con l'intenzione di realizzare un presidio ospedaliero organizzato per intensità di cura. Tale progetto fu ritenuto non realizzabile anche in conseguenza del fatto che prima di implementare un progetto con una così forte connotazione innovativa, era indispensabile riordinare il bilancio dell'azienda che presentava un rilevante deficit. La necessità di contenere i costi fu la leva che spinse a riflettere sull'opportunità di separare la linea gestionale (clinica e assistenziale) con l'obiettivo di responsabilizzare anche il personale del comparto nei confronti del bilancio aziendale, identificando le ferie e gli straordinari come fattori produttivi principali da governare. Quindi nel 2004 venne effettuata la separazione della linea clinica assistenziale e venne attribuita la responsabilità di tutte le risorse infermieristica, tecniche e ausiliare alla Direzione assistenziale.

La Direzione Assistenziale, a partire dal 2005, è diventata infatti responsabile di obiettivi di budget che a cascata si attribuiscono al personale del "comparto sanitario". Dal 2007, l'evoluzione del modello ha portato la Direzione Generale ad attribuire gli obiettivi clinici di produzione, qualità e costi al Direttore medico di dipartimento, mentre la Direzione Assistenziale attribuisce gli obiettivi assistenziali, di produzione e costi ai Responsabili Assistenziali di linee (dipartimentali), e quest'ultimi a cascata sui livelli di coordinamento. Il passaggio successivo in questa direzione è avvenuto nel 2008 con l'attribuzione ai responsabili assistenziali di dipartimento (RAD) della gestione degli straordinari pagabili, degli obiettivi sulle ferie fruita e del monitoraggio della formazione.

Il 2008 è stato un anno caratterizzato da un ulteriore passaggio per l'evoluzione della professione infermieristica, infatti si è istituita la prima Unità Operativa ad alta complessità a direzione infermieristica nel Dipartimento di Cure Primarie, a dimensione aziendale e non distrettuale, denominata UO Gestione della Non Autosufficienza e al cui vertice fu assegnata la Direttrice della Direzione Assistenziale. La Direzione Assistenziale fu poi affidata all'attuale Direttrice Assistenziale.

L'attuale assetto organizzativo

L'Atto aziendale⁴³ stabilisce che l'Asl di Piacenza orienta la propria azione cercando di sviluppare e rafforzare congiuntamente le funzioni di governo-committenza e quelle di gestione-produzione, con la finalità di governare in modo più puntuale la complessità territoriale, garantendo maggiore omogeneità nell'offerta e nell'accesso ai servizi: la committenza persegue l'equità, la sostenibilità, il controllo strategico sugli *outcome*, mentre la produzione persegue l'accessibilità, l'appropriatezza, la qualità e l'innovazione delle prestazioni. I dipartimenti rappresentano la struttura organizzativa fondamentale dell'azienda con l'obiettivo di gestire la produzione garantendo la globalità degli interventi preventivi, assistenziali e riabilitativi e la continuità dell'assistenza.

Il Modello Assistenziale nella UOC Gestione territoriale Non Autosufficienza: il team

Le modificazioni normative degli ultimi anni relative alle professioni sanitarie non mediche, la necessità di adeguare i modelli organizzativi ai vincoli del mercato del lavoro e il confronto costante con le realtà europee richiedono una revisione radicale del modello organizzativo di erogazione dell'assistenza, considerando sempre di più la multiprofessionalità necessaria a curare o assistere le persone malate o fragili, l'inserimento dei

⁴³ Approvato con delibera del Direttore Generale n. 301 del 3.07.2008 (<http://www.ausl.pc.it/azienda/attoaziendale.asp>)

caregiver nell'equipe di cura, le relazioni sempre più forti con l'area sociale o sociosanitaria. Il modello organizzativo che ne deriva è quello del team assistenziale che prevede l'assistenza erogata da un infermiere in integrazione con il medico di medicina generale, il fisioterapista, l'educatore, l'assistente domiciliare, gli specialisti necessari. L'infermiere dell'assistenza domiciliare, nel suo ruolo di attore privilegiato nel rapporto con il paziente è stato formato per agire sia il ruolo autonomo, che quello interdipendente con gli altri attori⁴⁴ Secondo Diane Doran, il modello del team di cura integrato ha come proprio impegno, per valutare l'efficacia dell'assistenza erogata, la valutazione degli esiti e ha scelto, come prima tappa dell'evoluzione della professione, alcuni ruoli chiave e alcune aree di esito per la valutazione di efficacia delle attività svolte.⁴⁵

Funzioni del ruolo	Attività del ruolo
1. Assistenza del paziente	Sorveglianza Erogazione dell'assistenza Facilitazione e supporto di gruppo Case management Consulenza
2. Educazione	Disegno ed erogazione dell'educazione nello staff educativo Tutorato e mentoring dello staff educativo Risorsa informative e modello di ruolo
3. Organizzazione e sistema	Miglioramento della qualità Guida e facilitazione al cambiamento Sviluppo di police e procedure Trasferimento/traduzione delle consocenze
Tipi di outcome	Outcome sensibili alle cure infermieristiche
Outcome clinici	Segni e sintomi specifici della malattia Severità e frequenza dei sintomi Prevenzione di complicanze Prevenzion di effetti collaterali di farmaci
Outcome funzionali	Funzioni fisiche Funzioni psicologiche Funzioni sociali Qualità della vita Self-management
Percezione degli esiti di salute	Soddisfazione dell'assistenza ricevuta Percezione di qualità dei servizi
Outcome economici	Utilizzo dei servizi finanziari Durata della degenza Riospedalizzazioni Accessi al Pronto Soccorso

⁴⁴ Irvine, D. M., Sidani, S., & McGillis Hall, L. (1998b). Linking outcomes to nurses' roles in health care. *Nursing Economics*, 16(2), 58-64, 87

⁴⁵ Doran, D.M., Sidani, S., Di Pietro, T. Nursing Sensitive Outcomes. (2010). In Fulton, J.S., Lyon, B., & Goudreau, K. (Ed). *Foundations of Clinical Nurse Specialist Practices*, New York: Springer Publishing Company, pp. 35-37

Tab. 5.2 – Ruoli agiti ed esiti possibili della professione infermieristica (Fonte, Doran 2010, pp 35-37, trad. Lavallo T.)

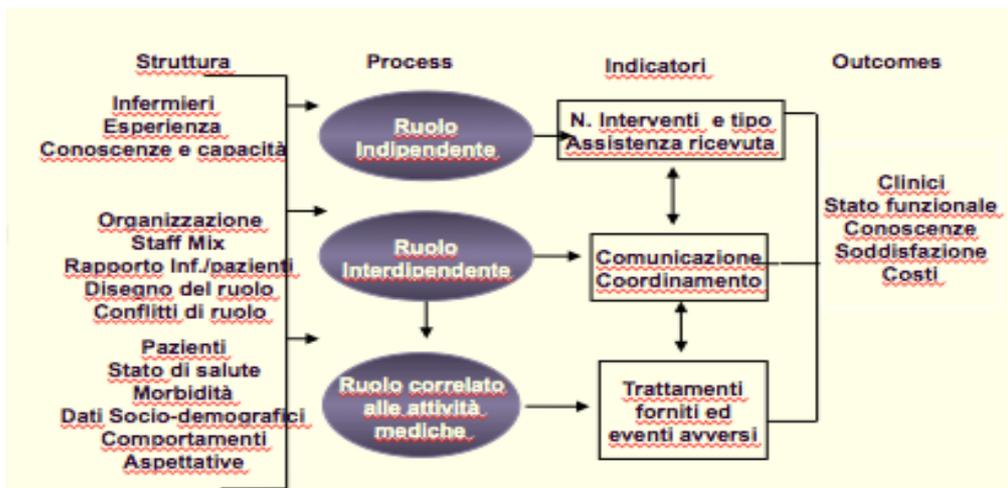


Fig. 5.2 – Traslazione dei ruoli dal modello di Diane Doran alla realtà UO Gestione Territoriale Non autosufficiente

OUTCOMES CORRELATI ALLE MODALITA' ASSISTENZIALI	LESIONI CUTANEE CADUTE SODDISFAZIONE CLIENTE DOLORE STIPSI DISPNEA FATICA Effetti di "cure perse"
OUTCOMES CORRELATI ALL'OPERATORE	CONOSCENZE DELLO STAFF COMPETENZE CAMBIAMENTI NEI COMPORTAMENTI SODDISFAZIONE NEL LAVORO
OUTCOMES CORRELATI ALL'ORGANIZZAZIONE	UTILIZZARE MODELLI INNOVATIVI DI CURA O DI ASSISTENZA RIDURRE I COSTI DI GESTIONE DELLE ATTIVITA' DI SUPPORTO

Tab. 5.3 – Alcuni outcome sensibili alle attività infermieristiche cliniche e ai livelli organizzativi⁴⁶

In coerenza con il modello di assistenza infermieristica di Diane Doran e con l'approccio qualitativo diffuso sia dalle Scuole di pensiero in ambito qualitativo, sia dagli uffici regionali a ciò preposti, nella UO Gestione Territoriale della Non Autosufficienza, si sono individuati alcuni *outcome* da misurare per valutare l'efficacia dell'assistenza erogata.

⁴⁶ The American Medical Association and The National Committee for Quality Assurance, Desirable Attributes of Performance Measures. A Consensus Document from The American Medical Association, The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. 1999

Inquadramento dell'esperienza e sintetica descrizione

L'aspetto caratterizzante di questo caso di studio riguarda l'utilizzo diffuso di strumenti di *assessment* (accertamento, valutazione) per la pianificazione dell'assistenza infermieristica, in particolare nei pazienti dimessi dopo il primo episodio di ictus e la valutazione di alcuni esiti: in particolare l'autonomia raggiunta. Infatti a partire dal 2005-2006 nell'AUSL di Piacenza tali strumenti sono stati inseriti nelle attività di valutazione dei pazienti ospedalizzati, ma non si erano diffusi a livello territoriale. Nel 2008 è iniziata la diffusione di questi strumenti per rendere più completa la presa in carico del paziente, per la gestione delle risorse a personale del ruolo sanitario addetto all'assistenza con particolare riferimento all'infermiere e per monitorare gli esiti dell'assistenza infermieristica.

Obiettivi del caso di studio

L'obiettivo generale del progetto è la misurazione dell'efficacia del percorso di "continuità assistenziale" sanitaria nei pazienti *post-stroke*, attraverso:

L'utilizzo di un set di scale per la valutazione delle aree di problema reale o potenziale che richiedono focalizzazione dell'assistenza sociosanitaria in vari momenti del percorso assistenziale come *assessment* iniziale, intermedio e nel *follow-up*.

La verifica dell'efficacia dell'assistenza progettata nel PIVeC (progetto di vita e di cure) a partire dai risultati della valutazione.

I problemi di ricerca sono stati così definiti:

- L'utilizzo di un set di scale permette di valutare gli esiti e quindi l'efficacia dell'assistenza erogata a domicilio?
- Il set di scale fornisce informazioni coerenti con lo Score di Intensità Assistenziale utilizzato nella UOC Gestione Territoriale della Non Autosufficienza?

Le proposizioni e le ipotesi

La condizione essenziale per garantire uniformità e continuità nei comportamenti assistenziali, sia preventivi che terapeutici, posti in essere dagli operatori durante i passaggi fra i vari *setting* operativi nei quali si svolgono le attività di cura e riabilitazione è l'utilizzo di strumenti di valutazione, previsione, pianificazione che permettano di descrivere i bisogni delle persone e la loro trasformazione nel tempo. Altrettanto importante è che gli interventi di presa in carico domiciliare possano essere sviluppati, dopo le fasi di cura intensiva o estensiva, in sinergia fra operatori sanitari e sociali dell'area della disabilità per giungere al reinserimento della persona disabile nell'ambiente di vita e con i supporti più consoni alle sue condizioni, alle sue aspettative, ed al suo contesto familiare (Colle, Palese, Brusaferrò, 2004).

Di fronte al crescente numero di soggetti che presentano specifiche necessità assistenziali, si è configurato, nei paesi sviluppati, un sistema complesso ed articolato di risposte. Contestualmente è emersa la necessità di migliorare la risposta alla persona, che oggettivamente ha raggiunto livelli di complessità notevoli anche per l'intrinseca criticità costituita dall'integrazione nel sistema dei vari enti erogatori di servizi (De Looper, Lafortune, 2009). Lo studio ILSA (1999), che ha preso in esame 5.600 anziani tra i 65 e gli 84 anni selezionati da una lista di otto centri distribuiti sul territorio nazionale, ha dimostrato una correlazione positiva tra depressione e mortalità e tra riduzione delle autonomie (ADL e IADL) e insorgenza di demenza. Senin e Fried (Senin, Cherubini, Mecocci, 2003 – Fried, Walston, 1999) hanno evidenziato le principali caratteristiche del paziente fragile, caratterizzato da un'elevata labilità omeostatica da ricondurre alla presenza di riserve funzionali estremamente ridotte, "omeostasi" della quale esemplificativo è il cosiddetto "scompenso a cascata".

Proposizione 1: Se si considerano alcuni elementi del decadimento “a cascata”: le lesioni cutanee, l’andamento dello stato di autonomia, il mantenimento del peso corporeo e dell’equilibrio nutrizionale, il mantenimento dello stato di idratazione (con tutte le implicazioni che ha sullo stato cognitivo) e l’incontinenza, si evidenzia come siano tutti *outcome* assistenziali che risentono molto di come è stato valutato il bisogno e di come è stata progettata, condivisa e attuata l’assistenza alla persona (Parkers, Shepperd, 2003 - Bull, Hansen, Gross, 2000) e posso essere utilizzati come indici che monitorano l’efficacia dell’assistenza infermieristica pianificata (ipotesi 1).

Proposizione 2: Maggiore è la fragilità, maggiore è l’attenzione da porre nel passaggio di affidamento della persona ad un altro nodo della rete di cura, affinché non si interrompano né la continuità terapeutica, né quella assistenziale (Dullers, Wynand, Berns, 1999). Quando gli score di fragilità sono più elevati, occorre progettare il progetto individuale di vita e di cure con attenzione non solo alla parte sanitaria, ma anche a quella familiare/sociale, in modo da rilevare precocemente segni di criticità nella capacità dei *caregiver* e dell’ambiente di mantenere il livello di cura della persona necessario (ipotesi 2).

Metodi e strumenti

La metodologia di ricerca nel caso di studio è di tipo osservazionale.

Il *setting* di intervento, la selezione del campione e il reclutamento dei partecipanti allo studio.

Setting

L’assistenza domiciliare, nell’Ausl di Piacenza, negli anni 2009-2011 era erogata da 53 infermiere/i distribuite nel territorio di 48 Comuni. Le infermiere avevano nel 2008 iniziato a lavorare strettamente con assistenti sociali e medici di medicina generale proprio per la diversa suddivisione territoriale operata, da infermieri di Distretto, ad infermieri di comune o zona comunale, nei centri maggiori. La microorganizzazione prevedeva che la prima valutazione venisse effettuata, per le dimissioni protette o “dimissioni assistite” in ospedale, prima della dimissione (uno-due giorni prima) da una infermiera dell’assistenza domiciliare, particolarmente competente nella valutazione infermieristica⁴⁷ e da una assistente sociale del Servizio Anziani individuata dall’Ufficio di Piano Distrettuale. Dopo la prima valutazione i due professionisti si incontravano per definire i problemi di salute della persona, le priorità di intervento, le implicazioni verso la famiglia ed i servizi; proporre un Progetto Individualizzato di Vita e di Cure (PIVeC) al medico di medicina generale competente o, nel caso di utente totalmente impossibilitato a tornare al domicilio, al geriatra distrettualmente individuato per la valutazione specialistica ai fini dell’accesso alle strutture residenziali per anziani.

Il campione (unità di analisi)

L’unità di analisi è costituita dai pazienti dimessi dall’ospedale dopo il primo episodio di ictus. Questa unità di analisi è costituita da persone che, affette da episodio ictale in qualunque momento della vita e con qualsiasi condizione patologica preesistente, riceveva un ricovero ospedaliero in acuzie - corredo o meno di trattamento fibrinolitico, un trattamento riabilitativo della durata di 4-8 settimane.

La popolazione campione fu quantificata in 312 pazienti. Questo numero è stato ricavato dalle raccomandazioni di Pett, Lackey, & Sullivan (2003) che suggeriscono un campione di almeno 150-200 casi o di un decimo della popolazione. I casi di primo ictus nella Provincia di Piacenza si attestavano, nel 2009, a 660-670/anno. Fu scelto un campione molto prossimo al 50% della popolazione perché l’evoluzione post ictus avrebbe potuto far ridurre notevolmente il numero delle persone inseribili nel follow-up a 12 mesi.

I criteri di eleggibilità furono stabiliti in:

- Almeno 18 anni di età

⁴⁷ una équipe per ogni distretto.

- Primo episodio di ictus
- Nessuna richiesta di intervento sociosanitario prima della dimissione.

Criteri di esclusione:

- Ospedalizzazione con diagnosi iniziale o sospetta di TIA (attacco ischemico transitorio)
- Episodio ricorrente di *stroke*
- Demenza o malattia di Alzheimer preesistente.

Strumenti utilizzati nel caso

Gli strumenti utilizzati sono un set di scale costituito da strumenti già validati a livello internazionale: Autonomia nelle attività della vita quotidiana (ADL-BADL), Autonomia nelle attività strumentali della vita quotidiana (IADL), Valutazione breve dello stato mentale (SPMSQ); *Geriatric Depression Scale* (GDS a 5 item); Indice di Comorbidità (CIRS); Scala di Braden (valutazione del rischio di insorgenza di lesioni cutanee da pressione); Scala di Conley (valutazione del rischio di caduta); BMI (*Body Mass Index*); Valutazione Qualità della Vita (Scala analogico-visiva); *Blaylock Risk Assessment Screening* (BRASS). È stato valutato il peso corporeo come indicatore proxy dello stato nutrizionale e, per indagare le ragioni delle variazioni ponderali è stato richiesto un approfondimento direttamente con il paziente o il care giver.

Il set di scale è stato applicato nel percorso di cura, in particolare alla dimissione, dopo 30 giorni di presa in carico domiciliare, dopo 6 mesi e dopo un anno. La progettazione dell'assistenza è avvenuta basandosi sul modello dei bisogni, adottando un approccio "*focused nursing care*" (Issele, Bekemeier, 2010), utilizzando la scheda presentata in allegato 2.

I rilevatori sono stati infermieri e assistenti sociali (per la valutazione dei *caregiver* e dei bisogni sociali) dei servizi assistenza anziani competenti in materia di valutazione, formati congiuntamente.

Lo Score di Intensità Assistenziale, SIA (all. 1), era stato sperimentato negli anni 2005-2007 in 3568 pazienti con accesso alle cure ospedaliere per verificare la coerenza tra il livello di cure necessarie previste dall'infermiere e il livello di cure prevedibile con altri strumenti non solo infermieristici. Il confronto con la BINA – Breve Indice di non autosufficienza, utilizzato in Regione Emilia Romagna o la VAOR, utilizzata in Regione Lombardia, era stato una concordanza di livello in 3495 casi (97,95% dei casi) versus VAOR e 3456 casi (96,86% dei casi) versus BINA.

Significatività della coerenza tra SIA

Per la coerenza tra SIA e altri strumenti è stata effettuata la valutazione con il test non parametrico di Wilcoxon.

Indicatori in studio

Gli indicatori individuati per la valutazione dell'efficacia dell'assistenza sono stati (quesito 1):

- variazione del peso
- rischio di caduta
- autonomia nelle ADL,
- dolore percepito

La rilevazione è iniziata nel giugno 2010 ed è terminata, per la prima fase, nel settembre 2011.

I pazienti valutati alla dimissione e dopo 30 giorni di assistenza domiciliare sono stati 312. I casi rimasti in assistenza domiciliare infermieristica dopo 180 giorni sono stati 208. Il 38,86% del campione (115 casi) era composto da donne e 63,14% (197 casi) da uomini (197). L'età media del campione: 76,76 anni per i maschi e 80,2 per le donne.

Al termine dei 365 giorni di presa in carico, 104 casi (56 donne, 48 uomini) sono stati dimessi dall'assistenza domiciliare e sono stati affidati a *caregiver* o inseriti in Case Residenziali Assistite (3 uomini e 5 donne).

Analisi dei dati

I 312 pazienti con “*focused care*” domiciliare riceveranno assistenza infermieristica a domicilio, training riabilitativo (attività fisica adattata, A.F.A.), cure mediche e, nei casi di difficoltà di cure familiari, di assistenza domiciliare socio-sanitaria da parte del Servizi Assistenza Anziani. Si verificarono 18 decessi nei primi 6 mesi e 97 persone uscirono dallo studio perché ricoverate in strutture residenziali per anziani. Si è descritto il campione attraverso alcuni indici antropometrici, alcuni dei quali utili nell’esame successivo e si è verificato se le differenze tra sessi erano significative (tab. 5.1 – 5.2). Sono risultate significative le differenze in età, I dati del campione sono stati stratificati per classi di età, altezza, peso tra maschi e femmine. L’analisi stratificata per classi di età (tab. 5.3 -5.4) ha dimostrato una significativa differenza di peso e BMI nella stratificazione per età.

Tab. 5.4 – indicatori di età, peso, altezza e BMI del campione per sesso

		media	dev std	mediana
FEMMINE	Età	78,8	11,34	79,5
	Altezza (cm)	162,5	12,3	165
	Peso (kg)	65,6	12,25	66,5
	BMI (kg/m ²)	24,9	4,07	24,2
MASCHI	Età	74,6	10,47	76
	Altezza (cm)	169,4	6,42	169
	Peso (kg)	73,7	10,68	71
	BMI (kg/m ²)	25,7	3,4	25,1

Tab. 5.5 – significatività delle differenze negli indicatori tra maschi e femmine

Test di Wilcoxon M vs F	p value
Età	0,0302
Altezza (cm)	0,0015
Peso (kg)	0,0048
BMI (kg/m ²)	0,1965

Tab 5.6 – significatività delle differenze per classi di età

Test di Kruskal Wallis classi età	p value
Altezza (cm)	0,5926

Peso (kg)	0,0263
BMI (kg/m ²)	0,023

Un gruppo regionale che studiava i percorsi delle malattie croniche aveva fatto una valutazione, nel 2011, sulla correlazione tra le scale di valutazione normalmente utilizzate nelle dimissioni protette utilizzando il test retest. Si è confermato quanto già evidenziato in letteratura tra BRASS e Barthel: l'Indice di Brass – inteso come rischio di dimissione protetta e indice di fragilità - risulta correlato in modo significativo con tutti i valori degli altri strumenti legati all'autonomia.

Tab. 5.7 – Test retest tra scale di valutazione⁴⁸

	BADL	IADL	Conley	Braden	BRASS
BADL	-				
IADL	.737**	-			
Conley	-.473**	-.470**	-		
Braden	.440**	.437**	-.413**	-	
BRASS	-.649**	-.600**	.583**	-.521**	-

Nota: * $p < .05$; ** $p < .01$ correlazioni tra gli “indici” misurati con i vari strumenti alla dimissione del paziente.

Tab. 5.8: variazione del peso tra dimissione e 30 gg di presa in carico domiciliare

	Peso medio alla dimissione	Peso medio dopo 30 giorni	Differenza %	Variazione media in Kg durante il ricovero ospedaliero
Uomini	64,67	66,55	2,90%	- 1,5kg
Donne	69,55	71,7	3,60%	- 2,8 kg

Le recenti indagini condotte (Consiglio di Europa, 2002; De Magistris et al. 2003) a vari livelli hanno documentato che il 10% della popolazione ricoverata sviluppa forme di malnutrizione durante il ricovero. Un indicatore di malnutrizione è la riduzione del peso durante il ricovero. La causa della riduzione del peso durante il ricovero per i pazienti del campione è da tutti stata attribuita alla perdita di alcuni pasti (media 5 per episodio di ricovero) per le seguenti motivazioni:

- necessità di valutazione della disfagia
- interventi diagnostici con mezzo di contrasto
- dolore
- assenza di familiari presenti per la somministrazione del pasto.

⁴⁸ La ricerca sulla valutazione multidimensionale è stata pubblicata nel Dossier Agenzia sanitaria e sociale regionale emilia romagna n. 218/2012. La tabella di riferimento è a pag. 32

Il dato è stato rilevato chiedendo ai pazienti/*caregiver* (per i pazienti con disartria o afasia) “se durante il ricovero ha saltato qualche pasto, può ricordare quanti e per quali motivi?”

In ogni caso, il ritorno a domicilio ha modificato la dinamica alimentare favorendo il ritorno al peso precedente il ricovero. Le informazioni raccolte non permettono altre valutazioni scientifiche.

La valutazione della presenza di disfagia o del rischio di insorgenza è stata effettuata in tutti i pazienti presi in carico all'atto della prima valutazione e dopo 30 giorni con il *Three-Oz Water Swallow Test* (TOWST) senza verificare modificazione dello stato: chi era disfagico alla dimissione, ha mantenuto lo stesso grado di disfagia e chi non presentava il sintomo non lo ha sviluppato.

I pazienti presentavano un valore medio di rischio o bisogno di tutela alla dimissione misurato con *BRASS Index* di 16,35 per le Femmine (56,1% dei casi con valore *BRASS* tra 11 e 20) e di 12,04 per gli uomini (59% dei casi con valore *BRASS* inferiore o uguale a 10). La variazione dopo 30 giorni di presa in carico è stata positiva in tutto il campione, con una riduzione del valore medio del 37,9% per le donne e del 22,8% negli uomini. La variazione del *BRASS Index* nei 30 gg successivi alla dimissione è stata prevalente legata al miglioramento delle ADL.

Il dolore percepito è stato misurato alla dimissione e, pur essendo di media intensità, mostra un miglioramento nelle persone con variazione positiva delle ADL. Si manifesta una presenza di dolore maggiore nelle donne che negli uomini, in particolare di dolore alle articolazioni e al rachide

Il numero di persone inserite nello studio nei sei mesi successivi al ricovero si ridusse a 294 casi: 10 furono i decessi e 8 le persone inserite in strutture residenziali per anziani in via definitiva.

Il primo dato interessante è che sono state documentate modificazioni significative nelle medie di alcuni score che risultano concordanti:

- aumento dell'autonomia nelle ADL
- riduzione del rischio di caduta
- riduzione del rischio di lesioni cutanee
- riduzione dei bisogni di assistenza infermieristica.

L'approfondimento sulle cartelle dell'assistenza domiciliare ha evidenziato che:

- i livelli di autonomia (*Barthel Index*) si sono modificati maggiormente nei pazienti con minore comorbilità all'esordio che avevano potuto effettuare con più costanza l'attività riabilitativa specialistica associata ad attività fisica adattata supportata dai *caregiver*.
- la riduzione del rischio di caduta ha fatto emergere tre possibili condizioni favorevoli: addestramento dell'utente e del *caregiver* nei trasferimenti orizzontali e verticali, recupero dell'equilibrio nell'alzarsi dalla sedia o nello scendere dal letto; utilizzo di accorgimenti nelle attività quotidiane: appoggi nei percorsi medio-lunghi a domicilio, utilizzo di scarpe adeguate e controllo della distribuzione nella giornata di farmaci ipotensivi e psicotropi.
- Il rischio di lesioni si era ridotto prevalentemente nei punteggi legati all'umidità cutanea e nelle autonomie motorie e l'insieme dei fattori sopra indicati, oltre al recupero di una alimentazione equilibrata e delle capacità familiari di gestire la fase di malattia producevano la riduzione dello score di bisogno di assistenza infermieristica (SIA)

Nei mesi successivi al primo, il dolore non si modificò di intensità percepita, ma quando presente, si era ridotta la prescrizione di antidolorifici ed erano privilegiati interventi di tipo posturale per la facilità di ricorso con esito positivo nel 91% dei casi.

Dopo 12 mesi è stata effettuata la rivalutazione sui 197 pazienti rimasti in carico. Il gruppo di persone aveva una età media di 79,9 aa. nelle donne e 76,16 negli uomini. Nessun paziente era deceduto nel secondo semestre

postictale. La rivalutazione, condotta con il medesimo set di scale, non ha presentato differenze significative nelle medie rispetto alla valutazione dopo 180 giorni, ma alcuni dati sono emersi con chiarezza:

- Scolarità (< 8aa) genere (F vs M) ed obesità (BMI > 30) hanno mostrato una correlazione positiva con l'aumento del *BRASS Index* (indice di fragilità) e il SIA ($p < 0,05$)
- 97 persone (49,24%) non hanno ricevuto re-ricovero in ospedale o ricovero in strutture protette per anziani, non hanno presentato recidive di *stroke*. In queste persone gli indici di autonomia (Barthel) e di bisogno di assistenza (SIA) si sono ridotti in modo significativo
- La qualità della vita è risultata correlata con quasi tutti gli indici rilevati, non peggiorata in modo significativo nel tempo, ma la percezione misurata con il test sintetico non permette ulteriori approfondimenti.
- I pazienti maschi hanno mantenuto uno stato cognitivo migliore delle donne (item specifico della BRASS approfondito con *Minimental test* nella valutazione clinica neurologica, riabilitativa o geriatrica (*Minimental test examination* M=5.98, ds=3.93), ma hanno dimostrato un maggior rischio di lesioni cutanee e uno stato funzionale complessivamente peggiore.
- I pazienti più giovani non hanno riportato peggioramenti funzionali, mentre i più anziani sono peggiorati o non hanno recuperato autonomie funzionali.
- I pazienti più anziani (over 85) hanno presentato, durante tutto il monitoraggio, un quadro significativamente peggiore sulla quasi totalità degli indici.

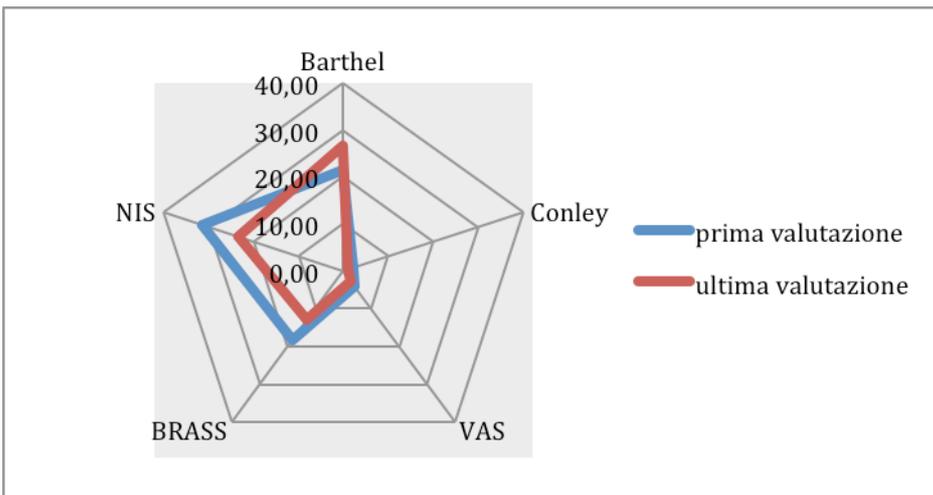
Un elemento emerso è anche stato il differente costo medio procapite per materiale protesico (ausili, carrozzine, letti, materassi, montascale) e presidi integrativi (ausili per assorbenza) nella coorte di casi seguiti in modo continuativo dalla media di tutti i casi colpiti da ictus negli anni precedenti. **I 197 casi con presa in carico continuativa per 12 mesi hanno prodotto un costo medio procapite di 708€/anno, mentre i pazienti con ictus non seguiti nel 2009, 2010 e 2011 hanno prodotto un costo medio procapite/anno 1112€, con una riduzione del 36,3% della spesa.**

Gli indici di funzionalità hanno mostrato una tendenza a peggiorare nel tempo, ma l'intervento riabilitativo e di attività fisica autogestita a domicilio hanno prodotto un parziale recupero di autonomia, anche dopo i primi sei mesi dalla dimissione.

Il *BRASS Index* è peggiorato nel tempo. L'analisi delle cartelle ha suggerito che era dovuto alle aumentate difficoltà nel mantenere a domicilio l'anziano, per riduzione della compliance familiare (conferma ipotesi 2)

Le differenze tra i valori delle scale alla dimissione dall'ospedale e dopo un anno sono significative (tab. 5.9) e indicano che nelle femmine Braden, Conley e SIA sono maggiormente sensibili, mentre nei maschi sono più sensibili alle variazioni Braden, Barthel e BRASS.

Grafico 5.0. Rappresentazione della variazione tra prima e ultima valutazione.



Nel grafico 5.0 sono rappresentate le aree di miglioramento dell'autonomia e del bisogno di assistenza e di protezione.

Mentre per il vertice Barthel, il guadagno è rappresentato dalla differenza rosso vs blu perché maggiore è il punteggio, maggiore è l'autonomia, per l'indice di BRASS (bisogno di protezione) e NIS o SIA (score di intensità di assistenza infermieristica) il guadagno è la differenza blu vs rosso, perché minore è il punteggio, minore è il bisogno di assistenza o protezione della persona assistita. Va ricordato che la BRASS (*Blaylock Risk Assessment Screening Scale*) è utilizzata internazionalmente come indice di fragilità.

Tab. 5.9 – significatività delle differenze nei valori delle scale tra valutazione alla dimissione e dopo 12 mesi

		WILCOXON Test Ultima valutazione VS prima
		p value
Femmine	Barthel	0,3704
	Conley	0,0038
	Braden	0,0004
	SPMQ	1
	GDS	1
	CIRS	1
	QoL	1
	VNS	1
	Brass	0,0631
	SIA	0,0108
Maschi	Barthel	0,041
	Conley	0,12
	Braden	0,0034

SPMQ	1
GDS	1
CIRS	1
QoL	1
VNS	1
Brass	0,0102
SIA	0,043

Per valutare l'attendibilità delle misurazioni è stato effettuato un test-retest su 4 indici clinico-funzionali sui valori del Barthel Index, del BRASS Index, del Braden score e del SIA. Nei tre tempi della misurazione: 30 gg, 6 mesi, 12 mesi dopo la dimissione ospedaliera. Si è evidenziata una correlazione positiva e significativa tra tutti e tre i momenti della rilevazione con tutti e quattro gli strumenti (tra 0.189 a 0.615 con $p < .01$), risultato che conferma quanto descritto nella letteratura specifica di ogni strumento ed interessante soprattutto in considerazione che tali indici sono fortemente influenzati dall'esposizione dei casi ad eventi acuti o improvvisi che possono modificare pesantemente i quadri clinico-funzionali.

Rispetto ai quesiti posti

L'utilizzo di un set di scale permette di valutare l'efficacia dell'assistenza erogata a domicilio?

Il set di scale fornisce informazioni coerenti con lo Score di Intensità Assistenziale utilizzato nella UOC Gestione Territoriale della Non Autosufficienza?

Si può rispondere che la variazione significativa degli score delle scale è un elemento utilizzabile come indicatore dell'efficacia dell'assistenza erogata. Essendo gli score metricamente differenti e avendo solo alcuni "classi" o "range" universalmente riconosciuti, si potrebbero utilizzare suddivisioni in quartili o quintili per trovare "misure" confrontabili, valutando l'effetto di questa classificazione con uno studio successivo.

La concordanza tra andamento del SIA e degli altri strumenti indica che il SIA è utilizzabile come strumento per la valutazione dell'intensità del bisogno assistenziale, che il suo score può essere un indicatore proxy dell'andamento delle altre scale legate all'autonomia e alla capacità di self-care, ma che non può sostituire il BRASS Index nella valutazione della fragilità, sostenuto da valutazioni anche della fragilità sociale.

La misurazione effettuata con scale validate ha dimostrato che l'utilizzo di strumenti scientifici nell'assistenza produce molte informazioni utili per la progettazione del piano assistenziale e come indicatori predittivi del bisogno. Il monitoraggio degli esiti dei pazienti (Doran, 2003) sostiene la capacità di assumere decisioni, di dare senso all'infermieristica clinica e danno visibilità ai risultati nell'organizzazione. La tracciabilità dei processi assistenziali riduce la frammentazione dell'assistenza e facilita l'attivazione dei percorsi assistenziali sostiene i processi ed è coerente con la logica multiprofessionale, orienta la presa in carico personalizzata, genera dati che orientano l'appropriatezza clinica e il monitoraggio dei costi.

Il Team territoriale

La valutazione al momento della presa in carico e trimestrale dei pazienti in Assistenza Domiciliare - tutti i pazienti - si consolidò. Rimase però un'attività che le/gli infermiere/i attuavano per poter pianificare attentamente, che permetteva di confrontarsi con gli assistenti sociali che partecipavano alla prima valutazione in tutti i casi di dimissione ospedaliera "protetta" e ad una parte (oltre il 50%, però) delle prime valutazioni a domicilio. Divenne importante anche nel collegamento con i fisioterapisti per l'assegnazione di ausili domiciliari (letti, materassi, cuscini, sollevatori), ma non coinvolse mai attivamente la maggioranza dei Medici ospedalieri e

di Medicina generale, se non in casi sporadici particolarmente critici. Coinvolse attivamente i geriatri del territorio, gli specialisti ospedalieri inseriti in percorsi specialistici. In ogni caso permise la definizione del “tempo”: il tempo della valutazione, il tempo della discussione della valutazione con gli altri componenti necessari per il team di cura e il tempo della progettazione. Questo risultato ebbe un effetto importante soprattutto sulla riduzione del tempo di processazione (da 15 giorni a 48 ore) del bisogno di servizi sociali, di accesso alle attività di sollievo e ricovero in strutture sociosanitarie e la possibilità (da 30 giorni a 7 giorni), in assenza di soluzioni ottimali per l’utente e la famiglia, di trovare soluzioni intermedie tra infermieri ed assistenti sociali, per permettere il mantenimento a domicilio dell’utente.

Il programma futuro

Nel 2009 la Direttrice della UOC Gestione Territoriale della non autosufficienza aveva avviato il riorientamento del sistema informativo dell’assistenza domiciliare, che proseguì anche negli anni successivi con la codifica di alcuni valori delle scale come componenti di tracciati per monitorare l’evoluzione dei casi in assistenza domiciliare. La cartella infermieristica domiciliare era informatizzata per la prima valutazione in accesso, per quelle trimestrali e per la pianificazione, mentre il diario degli accessi, delle prestazioni e delle osservazioni domiciliari rimaneva a domicilio, ma la compilazione con penna scanner permetteva il mantenimento delle informazioni anche nelle sedi organizzative su supporto digitale.

Analizzando alcuni dati, sono emersi elementi interessanti, presentati nella tabella 5.10

Tab. 5.10 – pazienti in carico all’assistenza domiciliare

Assistenza domiciliare 2010-11	popolazione in carico
popolazione in carico ADI/SID	7689
popolazione totale	289.887
utenti over64	68901
% utenti in carico over 64	11,16%
pazienti valutati per dimissione protetta (DP)	2889
utenti in carico dopo valutazione per DP	1331
% utenti in carico dopo valutazione per DP	46,07%
utenti in carico anche ai fisioterapisti	2800
% utenti in carico anche ai fisioterapisti	36,42%
N° infermieri	55
Accessi medi per paziente	12,75
Accessi totali	98.000
N° accessi medi per infermiere/anno	1781,81
N: di accessi medi die/infermiere	7,36

Considerando la distribuzione dei casi, i tempi di percorrenza, i tempi di prestazione, registrazione delle attività, pianificazione e valutazione, il tempo lavoro degli operatori è saturato e, nonostante l’informatizzazione delle cartelle, alcune attività sono svolte extratime.

Mentre l'utilizzo delle scale risultava costante nell'area domiciliare, in ambito ospedaliero le difficoltà nel tracciare l'evoluzione dei pazienti persisteva.

Confrontandosi con una collega, si chiese un giorno “Come possiamo garantire la stessa efficacia assistenziale nei diversi *setting*?”, “Quali indicatori dovremo utilizzare come *outcome*, vista la brevità dei ricoveri?” “Quali lezioni possiamo apprendere da questo caso?” “Quali errori evitare?” “Come rispondere all'ipotesi 2 formulata?” “Basterà informatizzare la cartella infermieristica ospedaliera e collegarla a quella dell'assistenza domiciliare?”

Indicazioni per gli studenti

Analizzare il caso, utilizzare strumenti di analisi, rispondere ai quesiti posti alla fine del caso.

Allegato 1

INDICE DI BISOGNO ASSISTENZIALE (SIA)

Leggenda cure infermieristiche	valutazione
	Data
1- FUNZIONE RESPIRATORIA	
Non richiede interventi	0
Necessita di O2 con mascherina e/o occhiali ad intervalli	1
Mantenimento della postura/ dispnea	2
Educazione alla gestione degli ausili/presidi	3
Presenza di canula tracheale/gestione	4
Broncoaspirazione canula tracheale/ broncoaspirazione malato terminale	5
Presenza di respiratore / BIPAP / gestione	5
2- FUNZIONE CARDIOCIRCOLATORIA	
Non si richiedono interventi	0
Rilevazione parametri vitali	2
Educazione mantenimento postura corretta / edemi	2
3- IGIENE	
Autonomo	0
Igiene parziale utente/ igiene cavo orale	2
Educazione fam/ badanti	2
Igiene totale	3
4- ALIMENTAZIONE	
L'utente ha un'alimentazione normale	0
Ha una dieta speciale è necessaria una educazione alimentare	1
Si alimenta con dieta solida ma ha difficoltà ad assumere liquidi	2
Si alimenta con sondino naso-gastrico/ gestione della sonda	3
Si alimenta con PEG / gestione	5
Alimentazione parenterale / gestione ed educazione alla famiglia	5
5- MOBILIZZAZIONE	
Autonomo	0
Si alza se aiutato	1
Si muove nel letto ma ha bisogno d'aiuto	2
Necessita di cambio postura al letto / si aiuta nell'alzata dal letto	3

Necessita di cambio postura al letto / totalmente dipendente nell'alzata dal letto alla carrozzina	4
Non può e non riesce a muoversi / paz. In coma/ tetraplegico/ cambio completo del letto	5
Educare la famiglia a mobilitarlo ed a utilizzare gli ausili e presidi	6
6- ELIMINAZIONE	
Autonomo	0
Necessita di clistere o rettoclisi	1
Paziente incontinente, necessita di pannolone	2
Stomia/ gestione	3
catetere esterno / gestione	3
Portatore di catetere vescicale	4
richiede svuotamento meccanico, presenza di diarrea in paz. allettato	5
Rieducazione in paz. stomizzato, auto-cateterismo / educazione all'autonomia del paz e/o famigliari	5
7- COMUNICAZIONE / FAMIGLIA (CARE GIVER)	
Non problemi di relazione	0
Presenza di difficoltà comunicative della famiglia / badanti straniere	3
Presenza di care giver anziano	4
Presenza di care giver vicinale	4
8- COMUNICAZIONE CON L'UTENTE	
Afasico	2
Demente	5
Assopito	5
Aggressivo / psichiatrico	6
9- PROCEDURE DIAGNOSTICHE	
Nessun esame	0
Esami ematici generali o controlli INR, stik glicemico /educazione/ prelievi di campioni biologici	3
Prelievo arterioso	5
10- PROCEDURE TERAPEUTICHE	
Nessuna terapia	0
Terapia im, sc	2
Educazione alla gestione della terapia (non infusiva)	3

Terapia infusiva	4
Educazione alla famiglia per la gestione della terapia infusiva	4
Terapia parenterale totale	5
Gestione di port-cat / pompa per la terapia del dolore	6
11- MEDICAZIONI	
Nessuna medicazione	0
Medicazione semplice a piatto / medicazione stomie	2
Medicazione CVC / Giugulare / CVP	2
Medicazione di 2° grado + varie medicazioni 1° stadio	4
Medicazioni lesioni 3° stadio, rimozione escara, ferite complicate, supurate, deiscenza di sutura	6
Lesioni necrotiche, medicazioni complesse arti, capo, troco	6
Lesioni trofiche	6
Deiscenze, fistole, ascessi	6
Gestione delle lesioni in pazienti a rischio infettivo (HIV, HCV, ...)	7
Totale score	
60 - Assistenza alla terminalità oncologica	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
61 - Assistenza alla terminalità non oncologica	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
62 - Trattamento riabilitativo neurologico in presenza di disabilità	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
63 - Trattamento riabilitativo ortopedico in presenza di disabilità	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
64 - Trattamento riabilitativo di mantenimento in presenza di disabilità	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
65 - Supervisione continua di utente con disabilità	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
66 - Supervisione continua di utente con disabilità	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
67 - Assistenza nelle IADL di utente con disabilità	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
68 Se sì <input type="checkbox"/> familiare <input type="checkbox"/> assistente domestica <input type="checkbox"/> SAD	
LEGGENDA	
<i>Indice di complessità assistenziale BASSO</i>	≤ 20
<i>Indice di complessità assistenziale MEDIO</i>	< 40
<i>Indice di complessità assistenziale ALTO</i>	> 40

Bibliografia

- The Italian Longitudinal Study Working Group. Prevalence of chronic diseases in older Italians: comparing self reported and clinical diagnoses. *Internal Journal of Epidemiology* 1997;26:995-1002
- Senin U, Cherubini A, Mecocci P. Impatto dell'invecchiamento della popolazione sull'organizzazione socio-sanitaria: necessità di un nuovo modello di assistenza continuativa. *Ann Ital Med Int* 2003, 18:1
- Fried L, Walston J. Frailty and failure to thrive. *Principles of geriatric medicine and gerontology*. 4th ed. New York, NY: McGraw-Hill, 1999: 1387-1402.
- Parkers R.J., Shepperd S.; "Discharge planning from hospital to home"; *The Cochrane Database of Systematic Reviews*; 2003, vol. 3;
- Bull M.J., Hansen H. E., Gross C. R.; "A professional-patient partnership model of discharge planning with elders hospitalised with heart failure" *Appl. Nurs res.* 2000; 12:19-28;
- Colle F., Palese A., Brusaferrò S.; "La continuità dell'assistenza basata su informazioni scritte e infermieri dedicati: revisione della letteratura", *Assistenza Infermieristica e Ricerca*, 2004; 3: 179-85
- Dullers van Emden DM, Wynand JGR, Berns M. Transition of care: an evaluation of the role of the discharge liaison nurse in the Netherlands. *J Adv Nurs* 1999; 30:1186-94
- Issele L.M., Bekemeier B, Safe practice of population-focused nursing care: Development of a public health nursing concept, *Nursing Outlook*, Volume 58, Issue 5, sept. 2010, pp 226-232 ([http://www.nursingoutlook.org/issues/contents?issue_key=S0029-6554\(10\)X0005-7](http://www.nursingoutlook.org/issues/contents?issue_key=S0029-6554(10)X0005-7))
- Hurst J., Effective ways to realise policy reforms in health system, WHO Health work in progress n° 51, DELSA/HEA/WD/HWP(2010)2, 29 marzo 2010 (www.who.org)
- Demagistris A, Bianco B, Cardinali L, Caudera V et al. Incidence of nutritional risk in a university hospital. *Clin Nutr* 2003; 22(S1): S97.
- Food and Nutritional Care in Hospitals. How to Prevent Undernutrition. Report and recommendations of the Committee of Experts on Nutrition, Food safety and Customer Protection. Council of Europe Publishing, Strasbourg, 2002.
- Kyle UG, Pirllich M, Schuetz T et al. Prevalence of malnutrition in 1760 patients at hospital admission: a controlled population study of body composition. *Clin Nutr* 2003; 22: 473-481.
- De Looper, M. and G. Lafortune (2009), "Measuring Disparities in Health Status and in Access and Use of Health Care in OECD Countries", *OECD Health Working Papers*, No 43, Paris
- Alexander, J.W. & Bauerschmidt, A.D. (1987). Implications for nursing administration of the relationship of technology and structure to quality of care. *Nursing Administration Quarterly*, 11(4), 1-10
- Alexander, J. & Kroposki, M. (2001). Using a management perspective to define and measure changes in nursing technology. *Journal of Advanced Nursing*, 35(5) 776-783.
- Alexander, J.W. & Mark, B. (1990). Technology and structure of nursing organizations. *Nursing & Healthcare*, 11(4), 195-199.
- Barrick, A.L., Rader, J., Hoeffler, B., & Sloane, P.D. (2002). *Bathing without a battle: personal care of individuals with dementia*. New York: Springer Publishing Company.
- Beck, C., Heacock, P., Mercer, S.O. Walls, R.C., Rapp, C.G., & Vogelpohl, T.S. (1997). Improving dressing behavior in cognitively impaired nursing home residents. *Nursing Research*, 46(3), 126-132.
- Bernal, H., Wooley, S., & Schensul, J.J. (1997). The challenge of using Likert-type scales with low-literate ethnic populations. *Nursing Research*, 46, 179-181.
- Campbell, S.L. (2003). Empowering nursing staff and residents in long-term care *Geriatric Nursing*, 24(3), 170-175.
- DeVellis, R.F. (1991). *Scale development: theory and applications*. NewburyPark: Sage Publications

- Doran D.M. & Sidani S. *Outcomes-Focused Knowledge Translation: A Framework for Knowledge Translation and Patient Outcomes*. Article first published online: 12 MAR 2007.
- Doran D.M., Mylopoulos J., Kushniruk A., Nagle L., Sidani S., Laurie-Shaw B., Tourangeau A., Lefebvre N., Reid-Haughian C., Cranley L., Carryer J. & McArthur, G. *Evidence in the Palm of Your Hand: Development of an Outcomes-Focused Knowledge Translation Intervention*. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 2007. 4(2), 69-77.
- Irvine D. M., Sidani S., & McGillis Hall L. *Linking outcomes to nurses' roles in health care*. *Nursing Economic\$*, 1998. 16(2), 58-64, 87.
- Doran D.M., O'Brien-Pallas L., Sidani S., McGillis Hall L., Petryshen P., Hawkins J., Watt-Watson J. & Thompson, D. *An evaluation of nursing sensitive outcomes for quality care*. *Journal of International Nursing Perspectives*, 2003. 3(3), 109-125.
- Doran, D. *Patient and system outcomes to nurses' role functions*. *Nursing Economics*, 1998: 16, 58-64, 87.
- Doran, D. Paterson, J. Clark, C. Srivastava, R. Goering, R.N. Kushniruk, A. W. Bajnok, I. Nagle, L. Almost, J. Carryer, J. *A pilot study of an electronic interprofessional Evidence – Based Care planning tool for clients with mental health problems and addictions*. *Worldviews on Evidence – Based Nursing*, 2010; x (x):1-11.
- Doran, D. Haynes, R. B. Kushniruk, A.W. Straus, S. Grimshaw, McGillis Hall, J. L. Dubrowski, A. Di Pietro, T. Newman, K. Almost, J. Nguyen, H. Carryer, J. Jedras, D. *Supporting Evidence – Based Practice for nurses through information technologies*. *Worldviews on Evidence – Based Nursing*, 2010; 7 (1):4-15.
- Field, A. (2000). *Discovering statistics using SPSS for Windows*. London: Sage Publications.
- Feldman, P.H. & Kane, R.L. (2003). *Strengthening research to improve the practice and management of long-term care*. *The Milbank Quarterly*, 81(2), 179-220.
- Ferguson, L. (2004). *External validity, generalizability, and knowledge utilization*. *Journal of Nursing Scholarship*, 36(1), 16-22.
- Ferketich, S. & Muller, M. (1990). *Factor analysis revisited*. *Nursing Research*, 39(1), 59-62.
- Ferketich, S. (1990). *Internal consistency estimates of reliability*. *Research in Nursing & Health*, 13, 437-440.
- Ferketich, S. (1991). *Aspects of item analysis*. *Research in Nursing & Health*, 14, 165- 168.
- Flesner, M.K. & Rantz, M.J. (2004). *Mutual empowerment and respect: effect on nursing home quality of care*. *Journal of Nursing Care Quality*, 19(3), 193- 196.
- Hickson, D.J., Pugh, D.S., & Pheysey, D.C. (1969). *Operations technology and organization structure: an empirical reappraisal*. *Administrative Science Quarterly*, 14, 378-397.
- Wunderlich G.S. & Kohler, P.O. (Eds.). (2001). *Improving the quality of long-term care*. Washington, DC: National Academy Press. Institute of Medicine (IOM).
- Jones, K.R., Fink, R., Vojir, C., Pepper, G., Hutt, E., Clark, L., Scott, J., Martinez, R., Vincent, D., & Mellis, B.K. (2004). *Translation research in long-term care: improving pain management in nursing homes*. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, Supp 1, S13-20.
- Lee, J.W., Jones, P.S., Mineyama, Y., & Zhang, X.E. (2002). *Cultural differences in responses to a Likert Scale*. *Research in Nursing & Health*, 25, 295-306.
- Mark, B.A., Salyer, J., & Wan, T.T.H. (2003). *Professional nursing practice: impact on organizational and patient outcomes*. *Journal of Nursing Administration*, 33(4), 224-234.
- McDaniel, R.R., Jordan, M.E., Fleeman, B.F. (2003). *Surprise, surprise, surprise! A complexity science view of the unexpected*. *Health Care Management Review*, 28(3), 266-278. Medicare NH Compare (2005). Retrieved September 15, 2005: <http://www.medicare.gov/NHCompare/>

- Morgan, D.G., Semchuk, K.M., Stewart, N.J. & D'Arcy, C. (2002). Job strain among staff of rural nursing homes. A comparison of nurses, aides, and activity workers. *Journal of Nursing Administration*, 32(3), 152-161.
- Mueller, C. (2002). Quality care in nursing homes: when the resources aren't there. *Journal of the American Geriatrics Society*, 50(8), 1458-1460.
- Myers, D., Silverstein, B., & Nelson, N.A. (2002). Predictors of shoulder and back injuries in nursing home workers: a prospective study. *American Journal of Industrial Medicine*, 41, 466-47
- Pett, M.A., Lackey, N.R., & Sullivan, J.J. (2003). *Making sense of factor analysis*. Thousand Oaks, CA: Sage Publication
- Perrow, C. (1967). A framework for the comparative analysis of organizations. *American Sociological Review*, 32(2), 194-208.
- Ray, W. (2000). Improving quality of long-term care. *Medical Care*, 38(12), 1151.
- Redman, B.K. (2001). *The practice of patient education* (9th ed.). St. Louis: Mosby.
- Riggs, C.J. & Rantz, M.J. (2001) A model of staff support to improve retention in long-term care. *Nursing Administration Quarterly*, 25(2), 43-54)
- Schnelle, J.F., Simmons, S.F., Harrington, C., Cadogan, M., Garcia, E., & Bates-Jensen, B.M. (2004). Relationship of nursing home staffing to quality of care. *HSR: Health Services Research*, 39(2), 225-250.
- The Future Supply of Long-term Care Workers in Relation to the Aging Baby Boom Generation (May 14, 2003). Report to Congress. Retrieved July 30, 2003
- from: <http://aspe.hhs.gov/daltcp/reports/ltcwork.pdf>
- Van De Ven, A.H. (1976). A framework for organizational assessment. *Academy of Management Review*. 64-78.
- Van De Ven, A.H. (1979). Organizations and environments (book review). *Administrative Science Quarterly*, 24(2), 320-326.
- Verran, J.A. (1982). *Development of the Ambulatory Care Classification Instrument*. Unpublished doctoral dissertation, University of Arizona, Tucson, AZ.
- Verran, J.A. (1986). Testing a classification instrument for the ambulatory care setting. *Research in Nursing & Health*, 9, 279-287.
- Verran, J.A. (1996). Quality of care, organizational variables, and nurse staffing. In *Nursing Staff in Hospitals and Nursing Homes: Is It Adequate?* (pp. 308-331). Washington DC: National Academy press.
- Verran, J.A., Gerber, R.M., & Milton, D.A. (1995). Data aggregation: criteria for psychometric evaluation. *Research in Nursing & Health*, 18, 77-80.
- Verran J.A. & Reid, P.J. (1987). Replicated testing of the Nursing Technology Model. *Nursing Research*, 36(3), 190-194. Verran, J.A. & Shaw, J. (1986). Theoretical testing of a nursing technology model. *Communicating Nursing Research*, 18, 81.

Teaching note

Il caso di studio è stato progettato in una azienda reale come ricerca descrittiva, per osservare alcuni fenomeni individuati come esiti dell'assistenza.

Le misure utilizzate per monitorare i fenomeni sono stati gli score di alcuni strumenti (scale di valutazione) con rilevazione diretta da parte dei professionisti che assistevano i pazienti.

Gli strumenti di registrazione sono stati la cartella infermieristica domiciliare, la scheda di valutazione e rivalutazione allegata alla cartella infermieristica, il diario - nel quale registrare le informazioni/osservazioni, risposte alle domande poste, ad esempio, sull'andamento del peso durante il ricovero o altri quesiti durante l'assistenza.

I dati anagrafici, registrati direttamente in cartella, sono stati collegati con il codice fiscale per nel data base di raccolta delle informazioni necessarie per la ricerca, per rendere anonima l'elaborazione.

Il dato dell'altezza, quando non misurabile, è stato richiesto direttamente al paziente/care giver.

Il data base di raccolta dati è stato costruito con un foglio elettronico e i dati sono stati analizzati attraverso un programma statistico.

Come sottoporre il caso in ambito formativo

Il caso va letto per intero.

Sottolineare la differenza tra gli obiettivi e i quesiti della ricerca

L'obiettivo generale del progetto è la misurazione dell'efficacia del percorso di "continuità assistenziale" sanitaria nei pazienti post-stroke, attraverso:

L'utilizzo di un set di scale per la valutazione delle aree di problema reale o potenziale che richiedono focalizzazione dell'assistenza sociosanitaria in vari momenti del percorso assistenziale come *assessment* iniziale, intermedio e nel *follow-up*

La verifica dell'efficacia dell'assistenza progettata nel PIVeC (progetto di vita e di cure) a partire dai risultati della valutazione

Conceptual Framework

La letteratura identifica tre tipi di continuità assistenziale: di informazione, gestione e relazione⁴⁹.

Continuità nelle informazioni: l'informazione è il filo che lega l'assistenza da un professionista all'altro e tra più episodi di malattia. Le informazioni documentate tendono ad essere centrate sulle condizioni cliniche, meno sulle preferenze del paziente, sui suoi valori e sulla situazione familiare e sociale: dimensioni altrettanto importanti per garantire servizi appropriati. Questo tipo di continuità presuppone che i professionisti documentino le informazioni raccolte.

Gestione della continuità: è particolarmente importante nei casi di pazienti con malattie croniche o complicate dal punto di vista clinico che richiedono l'intervento di diversi professionisti che non devono intralciarsi a vicenda. La continuità si ottiene quando i servizi sono erogati in maniera complementare e tempestiva. La condivisione di piani di lavoro o di cure facilita la gestione della continuità, garantendo sicurezza ai pazienti e professionisti. I piani sono gestiti con flessibilità: l'assistenza può essere adattata ai cambiamenti dei bisogni del paziente e della situazione, in particolar modo quelle a lungo termine.

Continuità relazionale: permette di collegare le esperienze di assistenza già vissute con quella attuale; garantisce ai pazienti punti stabili di riferimento, ed ai professionisti la possibilità di confronto dell'evoluzione del paziente nel tempo, di approfondire la relazione e di continuare ad apprendere.

L'importanza attribuita a ogni tipologia di continuità assistenziale dipende dai professionisti, dal contesto di cura e dalla loro prospettiva: se centrata sulla persona o sulla malattia.

⁴⁹ Haggerty JI, Reid RJ, Feeman Gk, Starfield B, Adair C, Mckendry R in Bmj 2003; 327: p. 1219 – 1221

Per pazienti ed i loro familiari la continuità assistenziale è il sentirsi presi in carico da un professionista che è a conoscenza del percorso ospedaliero e territoriale, in grado di sviluppare un piano assistenziale e di seguirlo nel tempo. Per i professionisti significa invece avere sufficienti conoscenze ed informazioni sul paziente e applicare al meglio le proprie competenze⁵⁰.

Figure dedicate alla continuità assistenziale

Da una revisione della letteratura sono emerse diverse figure professionali impegnate nella gestione della dimissione ospedaliera. Tali figure sono: liaison nurse in Inghilterra, *discharge coordinator* negli USA, *discharge liaison nurse*, liaison nurse o transfer nurse nei Paesi Bassi. Tutte le figure si ispirano a due modelli di riferimento: da un lato abbiamo il *discharge planner* e dall'altro il *liaison nurse*.

Il *discharge planner* è un professionista (non necessariamente un infermiere) dipendente dell'ospedale che in quanto tale fa riferimento alle politiche e alle procedure interne alla struttura per cui opera. Tra i suoi impegni, vi è anche la partecipazione all'aggiornamento del personale. La qualità della dimissione gestita da questo tipo di professionista è strettamente legata alla conoscenza delle risorse presenti sul territorio e alla sua capacità di coordinare la comunicazione tra gli operatori coinvolti nell'assistenza al paziente.

Il liaison nurse funge da collante tra l'ospedale e i servizi territoriali per assicurare l'effettiva continuità delle cure. E' un infermiere che svolge la propria attività all'interno della struttura ospedaliera ma nella maggioranza dei casi lavora alle dipendenze di un'organizzazione territoriale e in quanto tale fa riferimento alle procedure e politiche di quest'ultima.

L'efficacia del *professional discharge* è stata oggetto di molti studi⁵¹ che hanno prodotto risultati contrastanti. Nel Regno Unito e nei Paesi Bassi, l'introduzione del liaison nurse ha contribuito ad assicurare una migliore continuità delle cure e una maggiore comunicazione tra gli operatori sanitari⁵², un aumento della qualità nella pianificazione delle dimissioni⁵³ e una riduzione dei disagi percepiti dai pazienti al loro rientro a casa⁵⁴. Altre ricerche volte a dimostrare il contributo di questa figura sono giunte a risultati contrastanti⁵⁵. La causa è da imputare all'esiguo numero di lavori prodotti sull'introduzione di questa figura nella gestione nella dimissione e alla scarsa qualità metodologica con la quale sono stati condotti.

In Italia, la dimissione ospedaliera è uno dei momenti più critici durante il periodo di ricovero di un paziente. In genere la dimissione si programma secondo criteri clinici, senza tenere conto anche di altri fattori quali ad esempio quelli sociali. Infatti, tante volte i pazienti sono dimessi senza essere stati interpellati. Si creano dunque delle situazioni molto spiacevoli come ad esempio: la casa non è predisposta a loro rientro (le barriere architettoniche non sono state abbattute) oppure sono gli stessi familiari a non essere pronti ad accoglierli (ad esempio non sono riusciti ad attivare un'assistenza privata).

Quando un paziente ha bisogno dell'attivazione del Distretto o di altri servizi territoriali, il medico e gli infermieri dell'ospedale riportano sulla lettera di dimissione medica ed infermieristica le cure erogate e ciò che sarebbe opportuno fare una volta arrivato a casa; educano il paziente coinvolgendo anche la famiglia oppure assicurano il flusso di informazioni attraverso una figura dedicata che lavora quasi esclusivamente sulle dimissioni difficili e non. Questo tipo di figura è operativa nella realtà residenziale dell'A.S.S. 5 "Bassa Friulana" – Distretto Est con il nome di infermiere di continuità. Questa figura dedicata alla dimissione e alla continuità delle cure è per certi aspetti sovrapponibile a quella del case manager.

⁵⁰ Saiani L, Palese A, Brugnolli A, Benaglio C in Assistenza Infermieristica e Ricerca, 2004, 23, 4, p. 237 - 238

⁵¹ Chaboyer W – Foster M – Kendall E – James H 2004, p. 25 - 32

⁵² Jowett S in J. Adv. Nurs. 1988; 13: p 579 - 587

⁵³ Hofmeyer A – Clare J in Contem. Nur. 1999; 8: p. 99 - 106

⁵⁴ Edwards J – Reiley P – Morris Am – Doody J in J. Nurs. Qual. Assur 1991; 5. p. 17 – 27

⁵⁵ Peters P – Fleuren M – Wijkel D in Qual. Health Care, 1997; 9: p. 283 – 287

Il focus sulla Fragilità

La presenza di una patologia cronica implica, per la persona, la necessità di ripetuti adattamenti del percorso assistenziale nonché di costanti interazioni con il sistema sanitario; quest'ultimo deve transitare da un approccio reattivo ad uno proattivo, che affianchi alla preparazione del team sanitario anche un'interazione costante con pazienti e *caregiver*.

Il cambiamento, quindi, prevede attenzione alle risorse che offre la comunità in cui il paziente vive: rete sociale primaria (familiari, amici) e secondaria (policy a livello locale per l'assistenza sanitaria, enti e organizzazioni di supporto sul territorio) per evitare la duplicazione degli interventi di sostegno non finalizzati. Un altro requisito fondamentale del sistema è un orientamento organizzativo improntato al lavoro di rete per meglio gestire la presa in carico e accompagnare la persona nella traiettoria dell'assistenza e della cura.

Predittività e anticipazione per differire la non autosufficienza

Ferrucci⁵⁶ et al. (2004) riportano i risultati di un trial controllato sulla efficacia della Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) svolto nell'ambito del Progetto Finalizzato Invecchiamento del CNR. Dieci Centri italiani hanno selezionato 139 soggetti di età >65 anni che avevano richiesto il servizio di ADI e che erano disabili in almeno un'attività di base della vita quotidiana ma in grado di trasferirsi e di alimentarsi, non in condizioni cliniche terminali e non in lista per l'ammissione in RSA. Lo studio conclude che l'ADI previene il decadimento fisico funzionale e cognitivo ed ha effetti positivi sul tono dell'umore e sulla percezione soggettiva della salute in anziani disabili, rispetto ad una popolazione di controllo di pari età e grado di disabilità, mentre gli effetti sul rischio di istituzionalizzazione devono essere ulteriormente studiati.

Altre esperienze hanno dimostrato che la presa in carico precoce può ritardare complicanze e disabilità permanenti o ridurre la non autosufficienza. Le stesse raccomandazioni derivanti dall'analisi attraverso i livelli differenti nel modello Kaiser Permanente si concentrano sulla "ritardabilità" dei livelli maggiori di gravità e di non autosufficienza

Il modello predittivo presentato dalla John Hopkins University indica, come fattori predittivi di fragilità e non autosufficienza, l'età, il genere, la multimorbilità, l'uso di farmaci, alcune condizioni cliniche selezionate.

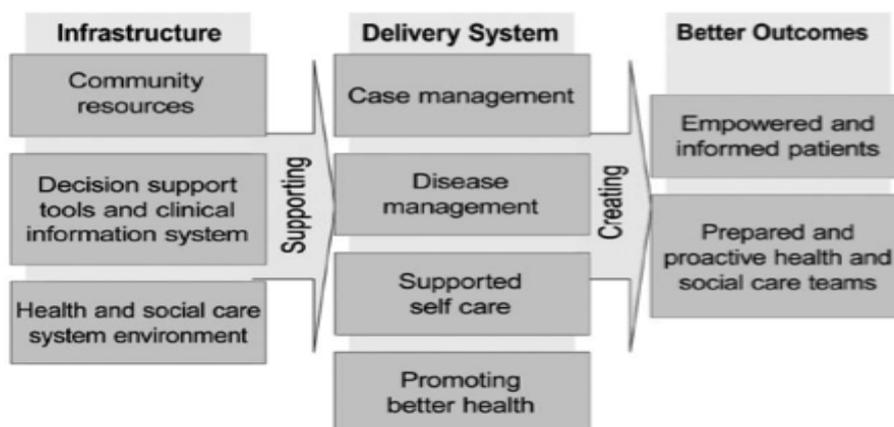


Risk factors in the Johns Hopkins Diagnosis-Based Predictive Model (Dx-PM).

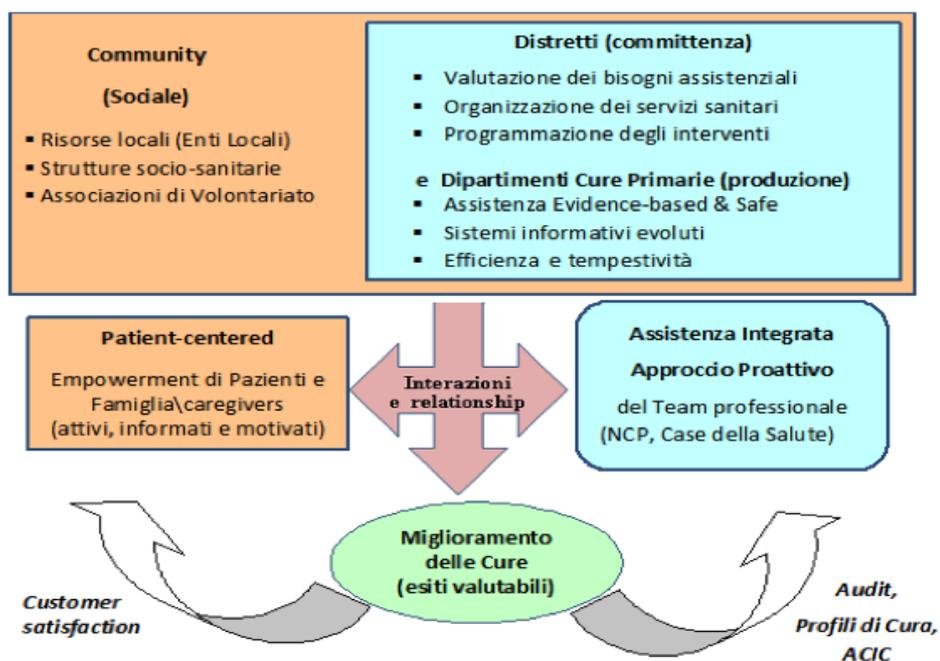
Il Servizio Sanitario Inglese, nel 2005, ha elaborato un modello comprensivo (*comprehensive*) per la presa in carico e la cura/assistenza di persone con problemi di salute cronici.

⁵⁶Ferrucci L, Guralnik JM, Studenski S, Fried LP, Cutler GB Jr, Walston JD; Interventions on Frailty Working Group. Designing randomized, controlled trials aimed at preventing or delaying functional decline and disability in frail, older persons: a consensus report. J Am Geriatr Soc. 2004 Apr;52(4):625-34

National Health Service Social Care and Chronic Disease Management Model



La Regione Emilia Romagna (Brambilla A, 2012), nei suoi documenti di programmazione, ha indicato il *Chronic Care Model* come il modello di riferimento che si può rappresentare nel modo seguente:

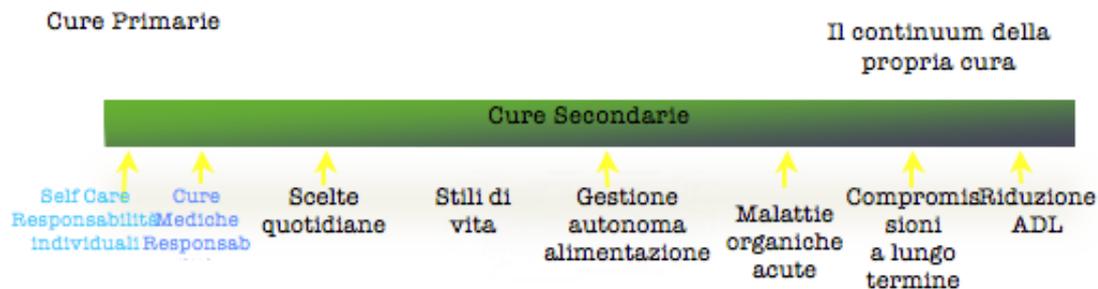


La continuità della cura e le attività di tutela della salute come è stato rappresentato nel documento del Servizio Sanitario del Regno Unito⁵⁷ sulle cure progressive e sull'assistenza *patient-centred*:

NOTA 1: è vero che la descrizione permette di valutare la "continuità assistenziale?" E' quantificato il grado di miglioramento raggiunto negli indici?

I problemi di ricerca sono stati così definiti:

⁵⁷ www.selfcareforum.uk; www.patientexpert.org



L'utilizzo di un set di scale permette di valutare gli esiti e quindi l'efficacia dell'assistenza erogata a domicilio? Il set di scale fornisce informazioni coerenti con lo Score di Intensità Assistenziale utilizzato nella UOC Gestione Territoriale della Non Autosufficienza?

Nel caso si riesce a decodificare solo la continuità territoriale, manca tutto il percorso precedente. Sono documentati gli strumenti utilizzati nella valutazione per la pianificazione (*assessment*) e sono documenti i delta-dati nelle diverse rilevazioni. Le differenze sono descritte ed è comprensibile il giudizio finale attribuito sia agli strumenti, che ai risultati ottenuti. La conferma locale delle conoscenze già presenti in letteratura rafforza l'approccio utilizzato perché, evidentemente, neutralizza i fattori di contesto.

NOTA 2: Quale risposta si può dare a queste domande?

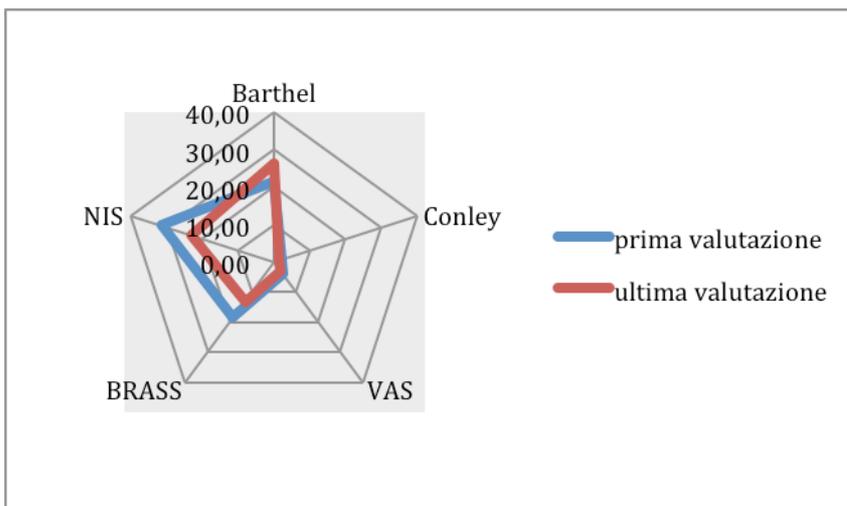
NOTA 3: le due proposizioni e ipotesi, confrontate con il testo del caso, devono essere verificate o confutate, oppure occorre individuare quali sono gli elementi che non permettono la verifica o la confutazione

Il caso, nella sua parte iniziale, presenta due proposizioni e due ipotesi:

- Proposizione 1: Se si considerano alcuni elementi del decadimento "a cascata": le lesioni cutanee, l'andamento dello stato di autonomia, il mantenimento del peso corporeo e dell'equilibrio nutrizionale, il mantenimento dello stato di idratazione (con tutte le implicazioni che ha sullo stato cognitivo) e l'incontinenza, si evidenzia come siano tutti outcome assistenziali che risentono molto di come è stato valutato il bisogno e di come è stata progettata, condivisa e attuata l'assistenza alla persona (Parkers, Shepperd, 2003 - Bull, Hansen, Gross, 2000) e posso essere utilizzati come indici che monitorano l'efficacia dell'assistenza infermieristica pianificata (ipotesi 1).
- Proposizione 2: Maggiore è la fragilità, maggiore è l'attenzione da porre nel passaggio di affidamento della persona ad un altro nodo della rete di cura, affinché non si interrompano né la continuità terapeutica, né quella assistenziale (Dullers, Wynand, Berns, 1999). Quando gli score di fragilità sono più elevati, occorre progettare il piano individuale di vita e di cure con attenzione, prevedendo obiettivi e interventi non solo sui "problemi sanitari", ma anche su quelli familiari/sociali, in modo da rilevare precocemente segni di criticità nella capacità dei caregiver e dell'ambiente di mantenere il livello di cura della persona necessario (ipotesi 2).

L'ipotesi 1 è confermata. Il monitoraggio di alcuni parametri biologici (peso/altezza per il BMI) o di alcune variabili (autonomia, rischi specifici) sono importanti come indicatori di "status" della persona assistita e rappresentano elementi che, aggregati in un profilo individuale, utilizzando ad esempio un grafico radar, permettono di evidenziare lo stato di un paziente o della media della coorte in carico e di dare evidenza ai risultati complessivi delle attività di cura e assistenza.

Nel grafico riportato (grafico 5.0, riportato alla pagine seguente) si evidenziano le differenze tra i punteggi medi di alcune variabili. Le aree tra le linee blu e rosse sono da considerare l'area di guadagno di autonomia e di riduzione di bisogni sanitari o socio-assistenziali.



L'ipotesi due due non è confermata o confutata dai dati raccolti. E' invece confermato che il lavoro in team riduce i tempi organizzativi di processazione delle attività e di decisione o identificazione delle soluzioni tecniche possibili (vedere tempi di processazione nella sezione Il Team Territoriale).

NOTA 4: nell'analisi del caso si può utilizzare una griglia che permetta di rispondere alle seguenti domande:

- è chiara l'organizzazione?

Nel caso è descritto il modello assistenziale della UOC Gestione Territoriale della Non Autosufficienza, ma non il modello organizzativo aziendale. Non è descritto nulla sulle regole aziendali in materia di "affidamento" professionale di un paziente in un percorso di continuità di cura. Non è nemmeno presente se l'approccio (a parte la descrizione del team territoriale) è condiviso a livello aziendale. Non è definito il profilo della/e figura/e di riferimento per la continuità di cura o la posizione ricoperta nell'organizzazione.

- sono chiari gli strumenti utilizzati? SI
- sono chiare le interfacce implicate? Sono presenti, ma non sono descritte
- sono chiari i risultati? Si
- sono coerenti le interpretazioni con i dati descritti? si
- qual è l'oggetto vero del caso (in ambito formativo)

L'apprendimento è in particolare centrato sulla necessità di interdipendenza tra servizi e professionisti e sulla necessità di conoscere metodi e strumenti di interpretazione delle condizioni del paziente, della famiglia e della disponibilità di servizi

- quali strumenti posso utilizzare nell'analizzare la narrazione?

Sono quelli presenti nelle teaching note

- come posso classificare il caso?

Per rispondere alle domande:

- far descrivere quali sono gli elementi del testo che confermano o non confermano le ipotesi, che rispondono agli obiettivi del caso e ai problemi/quesiti specifici dello studio
- far descrivere gli elementi portanti dell'organizzazione descritta e le interfacce nei processi principali descritti nel caso di studio
- far descrivere gli strumenti più importanti del caso, quelli legati all'organizzazione che supporta la raccolta dati e quelli della raccolta dati
- far descrivere i risultati che chiariscono le risposte ai quesiti di ricerca alla base del caso di studio
- far descrivere l'oggetto formativo (learning object) contenuto nel caso
- far analizzare il caso con SWOT analysis o altro strumento scelto dal gruppo

- far classificare il caso con la griglia presentata nello schema 4.4

Schema 4.4 - griglia di classificazione del caso, Lavallo 2012

<i>Critério di progettazione organizzativa/strumenti di gestione</i>	Analisi strategica o organizzativa (competenze analitiche)	Rappresentazione dei dati (Competenze di sintesi e comunicative)	Monitoraggio/Rendicontazione (accountability)	Formulazione di decisioni (competenze decisionali)
Reingegnerizzazione dei processi organizzativi (efficienza)			x	
Miglioramento di percorsi di cura (efficacia)				
Attivazione di garanzie per i cittadini (advocacy)			x	
Integrazione professionale orizzontale (teamwork)				x

E far rispondere alle domande poste alla fine del caso.

VALUTAZIONE DI QUATTRO REFEREE DEL CASO

Prof. Robert H. Desmarteau, Docente di Strategia, Università del Québec a Montréal, Canada
Sviluppo esemplare dal punto di vista ontologico tra clinica e gestione. Grande pertinenza dell'elaborazione delle teaching note che rappresentano lo strumento pedagogico per moltiplicare l'applicazione tra clinica e gestione.

E' possibile approfondire e applicare lo strumento metodologico della "triangolazione dei dati".

Dott. Guido Prato Previde, Presidente Decathlon Consulting Human qualities, Milano

Il caso descritto è bene documentato e si riferisce ad una tematica di grande attualità (integrazione dei servizi ospedale territorio, interdipendenza professionale, focused care, dimissioni protette, etc.).

La preparazione e lo sviluppo del caso sono molto completi, la scelta del campione è veramente significativa. L'approfondimento teorico sulle metodologie applicate è rigoroso e permette di inquadrare in modo lineare una problematica molto complessa e discussa come la dimissione assistita e la presa in carico di persone con patologia cronica.

Il focus sulle problematiche organizzative e gestionali connesse alla dimensione clinica è bene evidenziato così come l'impatto tra le soluzioni tentate/sperimentate e la misurabilità dell'outcome. Il caso stimola la riflessione individuale, bene si presta al lavoro formativo nel piccolo gruppo ed al confronto tra professionisti, stimolando l'analisi critica dei dati, la condivisione di un metodo di lavoro e di una visione su cui progettare azioni che presuppongono "più saperi", un linguaggio comune ed un intento finalizzato alla presa in carico della situazione del paziente. Ottimi gli spunti sul teamwork professionale che forse avrei sviluppato maggiormente nelle domande. Viene infatti posto il problema del team come insieme di persone che si percepiscono in reciproca interazione verso un obiettivo comune, ma forse non sufficientemente sviluppato/suggerito/evidenziato

come l'aspetto relazionale non possa essere creato dai metodi e dagli strumenti a differenza di quanto avviene con la dimensione informativa e gestionale.

Complimenti all'Autore che ha prodotto un pezzo di ricerca che ho letto con grande interesse e che mi ha permesso di comprendere in modo tangibile ed esemplare le problematiche dell'assistenza integrata e il valore dell'ECC Model.

Dr. Corrado Ruozi, Agenzia Sanitaria e Sociale, Regione Emilia-Romagna

Il caso descrive in modo puntuale tutti gli elementi informativi necessari per permettere un'adeguata identificazione del soggetto in apprendimento nel contesto di riferimento dove sono collocate le problematiche relative alla dimissione assistita. Una nota critica potrebbe riferirsi ad una possibile ridondanza d'informazione (es. modelli organizzativi per la presa in carico della cronicità) che, se da una parte offre maggiori opportunità di collocazione teorico-culturale del caso studio, d'altra parte può rendere più confusiva la traccia didattica per l'elaborazione del caso. Da un punto di vista della scelta degli strumenti metodologici utilizzati per la verifica delle ipotesi (preposizione 1 e 2) probabilmente sarebbe utile inserire alcune tecniche maggiormente orientate alla valutazione dei modelli di costruzione di senso del paziente e della sua famiglia (Illness Narrative?) e alla qualità percepita, al fine di orientare la raccolta delle informazioni non solo da strumenti caratterizzati dal privilegio dell'osservazione eterodiretta e del punto di vista del professionista. L'ingegneria didattica del caso, intesa come successione logica delle descrizioni, delle domande, delle informazioni tecniche, ecc, è perfetta

Dott. Alessandro Suppressa, Direzione Sanitaria AUSL di Piacenza

L'obiettivo del progetto "misurazione dell'efficacia del percorso di continuità assistenziale sanitaria nei pazienti post-stroke" risulta chiaro ed adeguatamente declinato nelle sue due proposizioni/ipotesi. Interessanti i metodi e strumenti scelti riconducibili alle diverse scale che hanno permesso di definire, all'interno del campione, i diversi indici di autonomia al momento della dimissione, a 30 giorni, a 6 mesi, a 1 anno. La congruità tra teaching note e caso permette la lettura in termini critici del caso, così da rendere facilmente fruibile lo studio in ambito organizzativo/fruibile lo studio in ambito formativo.

CASO 2 - Case Report, il Sig. Franco, affetto da BPCO, comorbilità diabetica e depressione.

Tiziana Lavallo

Hanno collaborato: Annalisa Marchetti, Rita Cigalini, Tiziana Taggiasco

La regione Emilia-Romagna ha sostenuto, in vari documenti, la necessità di trattare le patologie croniche in ambito intraospedaliero, lasciando all'ospedale i trattamenti delle riacutizzazioni o i trattamenti acuti che necessitano di controllo medico e infermieristico intensivo.

Nella AUSL di Piacenza, l'UO Pneumologia ospedaliera ha una dotazione limitata di posti letto, di norma occupati da pazienti con impegni o problemi polmonari/respiratori maggiori.

Nel Dipartimento di Cure Primarie, invece, l'UOC Gestione territoriale Non Autosufficienza segue in ambito domiciliare tutti i pazienti non autosufficienti con problemi respiratori o meno.

La famiglia del sig. Franco, ricoverato presso un ospedale extraprovinciale, contatta il Punto unico di Accesso dell'assistenza domiciliare del Distretto di Piacenza e la Coordinatrice delle attività domiciliari, ricostruisce il caso del sig. Franco.

“F.B. uomo di 74 anni, ricoverato per BPCO in prossimità di dimissione. Il paziente in questione vive con la moglie Paola di 70 anni lucida e collaborante in attesa di intervento chirurgico per glaucoma e la figlia di 40 anni Linda operaia, ex-tossicodipendente fuori casa per tutta la giornata. F.B. pensionato, ex fumatore di 40 sigarette al giorno ora si limita a 20, è diabetico insulinodipendente ed è stato fino ad ora assistito dalla moglie in quanto non compliant per sindrome depressiva; è in carico da sei mesi al servizio di salute mentale. Prima del ricovero ospedaliero il sig. Franco era vigile, collaborante e autonomo negli spostamenti in ambito domestico con tripode a causa di una displasia congenita all'anca. La collega della UO di degenza, contattata telefonicamente, riferisce i seguenti problemi:

- ossigeno terapia a domicilio - già attivato il percorso di fornitura sottolineando che il paziente è deciso a continuare a fumare, l'unica negoziazione possibile ad oggi è stata quella del dimezzamento del quantitativo.
- Ausili per il nursing domiciliare - attivata richiesta ausili (letto, materassino) e richiesta di visita fisioterapica a domicilio per la valutazione delle barriere architettoniche all'interno della casa, riferite dalla moglie.

La moglie chiede aiuto in quanto è previsto a breve il suo intervento per il glaucoma ed è molto preoccupata per la gestione delle terapie insuliniche, per la sindrome depressiva e per l'aiuto nelle cure igieniche del marito, che rifiuta qualunque altra persona nella sua cura”.

La Coordinatrice assistenziale, Rita, registra le informazioni e prende un appuntamento con la moglie e l'assistente sociale del Servizio Anziani del Comune di residenza del sig. Franco per fare una visita e una valutazione del caso nell'ospedale in cui è ricoverato.

Appena uscita la moglie del Sig. Franco, Rita e Annalisa rivedono la letteratura clinica sulla BPCO per identificare quali elementi devono aggiungere alla valutazione standard, che prevede la misurazione del rischio di caduta (*Conley score*), del rischio di lesioni cutanee (*Braden Score*), dell'autonomia (*Barthel Index*), della valutazione dello stato nutrizionale, del peso, della circonferenza del punto vita (come alternativa al BMI), dello stato cognitivo attraverso il *Minimental Test Examination*, della percezione del dolore (NRS o VAS), della valutazione del livello di bisogno di assistenza infermieristica (SIA) e del grado di fragilità per la dimissione protetta (BRASS).

La revisione della letteratura

La broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) è una malattia che coinvolge vie aeree e parenchima polmonare inducendo una cronica limitazione dei flussi espiratori forzati (sindrome ostruttiva). Si deve sospettare la presenza di BPCO quando il paziente presenta le seguenti condizioni: fumatore/trice o ex fumatore/trice, > 35 anni e almeno uno dei seguenti sintomi:

- dispnea o difficoltà respiratoria
- tosse cronica
- produzione continua di secrezioni bronchiali evidenti
- frequenti bronchiti invernali.

La gravità della BPCO secondo le linee guida GOLD⁵⁸ si può classificare nel seguente modo:

- Stadio 0: A RISCHIO, caratterizzato da spirometria normale, sintomi cronici (tosse, espetrato);
- Stadio I: LIEVE, caratterizzato da spirometria con VEMS/CVF<70%, VEMS≥80% del teorico con o senza sintomi cronici (tosse, espetrato);
- Stadio II: MODERATO, caratterizzato da spirometria con VEMS/CVF<70%, 50%≤VEMS<80% del teorico con o senza sintomi cronici (tosse, espetrato);
- Stadio III: GRAVE., caratterizzato da spirometria con VEMS/CVF<70%, 30%≤VEMS<50% del teorico con o senza sintomi cronici (tosse, espetrato);
- Stadio IV: MOLTO GRAVE, caratterizzato da spirometria con VEMS/CVF<70%, VEMS<30% del teorico o VEMS<50% del teorico in presenza di insufficienza respiratoria o di segni clinici di scompenso cardiaco.

Secondo le Linee Guida NICE 2010⁵⁹ la gravità della malattia si può definire sulla base del grado di ostruzione delle vie aeree, del livello di disabilità, sulla frequenza delle esacerbazioni, la presenza di dispnea, la presenza del fattore di trasferimento del monossido di carbonio, lo stato di salute generale, la resistenza allo sforzo, l'Indice di Massa Corporea, la pressione parziale di ossigeno nel sangue arterioso, la presenza di cuore polmonare.

La gravità della bronco-ostruzione può essere differenziata in livelli diversi di gravità utilizzando l'ATS/ERS *index*⁶⁰ che valuta due parametri: il volume espiratorio forzato (FEV) a riposo e dopo somministrazione di broncodilatatori.

Tabella 5.11 - Stadi di gravità della ostruzione bronchiale secondo l'ATS/ERS *index* e le Linee Guida NICE 2010

FEV1/FVC post broncodilatazione	FEV1% predittivo	Stadio	Descrizione
<0,7	≥ 80%	1 - lieve	Non compromissione delle attività quotidiane e della respirazione; a volte, tosse cronica e produzione di espetrato
<0,7	50-79%	2 - Moderata	Dispnea tipicamente da sforzo. Iniziale limitazione

⁵⁸ Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) (2008) Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease.

⁵⁹ NICE, Chronic obstructive pulmonary disease. Management of chronic obstructive pulmonary disease in adults in primary and secondary care. NHS, June 2010.

⁶⁰ ATS/ERS task force: Standards for the diagnosis and treatment of patients with COPD: a summary of the ATS/ERS position paper. Eur Respir J 2004, 23, 932-946

			delle attività quotidiane. Possono essere presenti anche tosse ed espettorazione
<0,7	31-49%	3 - Severa	Maggiore dispnea, ridotta tolleranza allo sforzo anche minimo. Tosse ed espettorazione sistematici
<0,7	≤30%	4 – Molto severa	Con insufficienza respiratoria cronica A questo stadio la qualità della vita è significativamente alterata e le riacutizzazioni possono mettere a rischio la vita stessa.

Nel valutare il rischio, tenere in considerazione il valore più alto fra gravità della ostruzione bronchiale o storia di riacutizzazioni.

Il grado di dispnea cronica è definibile attraverso la MRC Scale (Scala del Medical Research Council), che indica la gravità con score crescente:

- dispnea per esercizio intenso
- dispnea camminando a passo svelto in pianura o camminando su una leggera salita
- impossibilità di mantenere il passo dei coetanei o necessità di fermarsi per la dispnea camminando al proprio passo in pianura
- necessità di fermarsi per la dispnea dopo 100 metri o dopo pochi minuti in pianura
- impossibilità ad uscire di casa a causa della dispnea

Secondo i parametri del *Medical Research Council* (MRC), la dispnea è lieve, se presente quando si marcia frettolosamente in piano o si cammina in leggera salita, moderata, se non si tiene il passo nella marcia con un coetaneo ovvero se bisogna interrompere la marcia dopo 100 metri o dopo pochi minuti, grave, se impedisce al paziente di uscire di casa o insorge, per esempio, già durante il suo vestirsi o svestirsi.⁶¹

È stato recentemente proposto un indice che riassume in uno score unico i valori di FEV1, BMI, 6MWD (metri percorsi in 6 minuti) e punteggio MRC della dispnea, il BODE *Index* o indice prognostico di mortalità⁶².

Le classi del BODE index per la prognosi della mortalità sono:

- (0-2 punti): mortalità a 52 mesi circa 20%
- (3-4 punti): mortalità a 52 mesi circa 30%
- (5-6 punti): mortalità a 52 mesi circa 40%
- (7-10 punti): mortalità a 52 mesi circa 80%

Questo indice necessita di ulteriori conferme, ma è interessante l'associazione di variabili diverse nella stadiazione della gravità della BPCO.

⁶¹ Canadian Thoracic society raccomandation for management of COPD-2007 update Can Resp J vol 14 Suppl D september 2007.

⁶² Celli BR, Cote CG, Marin JM, et al. The body-mass index, airflow obstruction, dyspnea, and exercise capacity index in chronic obstructive pulmonary disease. New Engl J Med 2004;350:1005-12.

Test diagnostici	Punteggio nel "BODE index"			
	0	1	2	3
VEMS (% teorico)	>65%	50-64%	36-49 %	<35%
Distanza percorsa in 6 min (m)	>350 m	250-349m	150-249 m	<149m
Grado di dispnea (MMRC)	0-1	2	3	4
Body-mass index	>21	<21		

Tabella 5.12 - La composizione del punteggio del BODE Index.

La BPCO è spesso associata a comorbidità che ne peggiorano il quadro clinico e prognostico.

Le comorbidità più frequenti sono:

- patologie cardiovascolari: ischemia coronarica, insufficienza cardiaca, aritmie, ipertensione polmonare.
- neoplasie: neoplasia polmonare
- patologie dell'apparato visivo: glaucoma e cataratta
- disfunzioni metaboliche: disfunzioni della muscolatura scheletrica, Osteoporosi e fratture, cachessia e malnutrizione, diabete
- patologie psichiatriche: depressione, ansia e crisi di pianto.

Quali decisioni assumere per il Sig. Franco?

Rita e Annalisa decidono prima di tutto di utilizzare tutte le scale standard per misurare alcune condizioni e bisogni assistenziali. Prevedono, inoltre, di verificare se durante la degenza sia stato verificato l'*Impairment* del paziente attraverso test di funzionalità respiratoria e la valutazione della forza dei muscoli respiratori e la valutazione di *disabilità* attraverso test da sforzo:

a) Test incrementali: sono prove in cui il lavoro aumenta in maniera costante rispetto all'unità di tempo. A questo gruppo appartengono (a.1) il **test da sforzo incrementale**, che può essere eseguito su cicloergometro o su treadmill valutando l'andamento delle variabili fisiologiche (frequenza cardiaca e respiratoria, pressione arteriosa, la SpO₂, l'ECG e il massimo consumo di ossigeno) durante l'esercizio. In questo test il carico aumenta in modo costante fino alla massima tolleranza o al raggiungimento di una frequenza cardiaca pari all'85% del predetto.

(a.2) **Lo shuttle walking test**: è un test meno costoso che consiste nel far camminare il paziente lungo una distanza di 10 metri a velocità gradualmente crescenti. La velocità è scandita da un "beep" gradualmente crescente trasmesso da un registratore. Il test termina quando il paziente accusa una dispnea tale da non poter andare avanti.

b) Test di endurance: sono test in cui il carico di lavoro viene mantenuto costante nel tempo e in questo caso l'*outcome* è rappresentato dal tempo o dalla distanza percorsa a parità di tempo.

Di questa famiglia fanno parte il test su cicloergometro e il **walking test**.

Il test su cicloergometro o treadmill normalmente è tarato su una potenza in Watt pari al 60% di una precedente prova incrementale (o di valori di riferimento per età e peso) e il test termina quando il paziente viene limitato dai sintomi. Il *walking test* è il test più usato in riabilitazione respiratoria e consiste nel far camminare il

paziente per un certo tempo, in genere 6 minuti, lungo un percorso di cui si conosce preventivamente la distanza. L'outcome è rappresentato dalla distanza percorsa.

La valutazione della gravità della dispnea può essere effettuata utilizzando:

- Scala di Borg: valuta l'entità della dispnea da sforzo in una scala da 0 a 10 in cui viene associato un numero a un giudizio verbale
- Scala di VAS: è una scala analogico visiva rappresentata da un linea di 100 mm dove 0 rappresenta "assenza di dispnea" e 100 mm "dispnea insopportabile"
- Medical Research Council (MRC) misura la dispnea a riposo e in attività della vita quotidiana
- Baseline Dyspnea Index (BDI)
- Transitional Dyspnea Index (TDI);

o il grado di handicap:

- Scala di valutazione della QOL (generiche, *Sickness Impact Profile* (SIP), *Short form 36* (SF36))
- Chronic Respiratory Questionnaire (CRQ)
- St. George Respiratory Questionnaire (SGRQ)
- Maugeri Foundation Respiratory Failure Questionnaire (MRF-28).

La pianificazione

Queste verifiche servono per fornire le informazioni al pneumologo e al fisioterapista e fisiatra prima della visita domiciliare.

Oltre all'anamnesi standard, Rita e Annalisa decidono di utilizzare anche una carta della "complessità assistenziale" del paziente:

Tab. 5.13 – Score di complessità multifattoriale per il paziente con BPCO, compilata per il sig. Franco

Fattori	Score 1	Score 2	Score 3	Note/valori specifici
Età	<59	59-69	>69 X	
Dispnea	lieve, se presente quando si marcia frettolosamente in piano o si cammina in leggera salita	moderata, se non si tiene il passo nella marcia con un coetaneo ovvero se bisogna interrompere la marcia dopo 100 metri o dopo pochi minuti	grave, se impedisce al paziente di uscire di casa o insorge per e. già durante il suo vestirsi o svestirsi. X	
FEV in un secondo	>=80	50-79% X	<50	
Fumo sigarette	<10 pacchi-anni	10-14 pacchi-anni X	>=15 pacchi-anni	
Esposizione professionale a fumi o polveri o sostanze chimiche	Sempre assente	Anamnestica X (agricoltura)	Attuale	
Alimentazione	Equilibrata	Basso tenore di frutta e verdura X	Priva di frutta e verdura	

BMI	BMI <21	BMI 22-27	BMI ≥27 X	
Attività fisica	Regolare	Saltuaria	Assente X	
Uso di Alcool	Assente	Saltuario X	Frequente	
Flogosi/infezioni vie respiratorie	Anamnesi negativa	Anamnesi di singolo episodio X	Recente o anamnestica plurima	
Fattori genetici individuali	Assenti X	Presenti	Presenti	
Score totale		25		Max 33

Sulla base della valutazione multidimensionale effettuata con l'assistente sociale nei giorni precedenti la dimissione, Annalisa prepara una scheda di analisi e progettazione sul caso:

Tab. 5.14 – griglia di analisi del caso

Fase di problem finding	Contenuti	Metodi	Attori coinvolti	Strumenti da adottare (presenti o meno)
<p>. Prima definizione del dei problemi di salute legati alla BPCO</p> <p>Identificarne le cause/effetto</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ridotta tolleranza all'esercizio fisico, - ridotta autonomia, - dispnea ingravescente, - riacutizzaz. infettive - diabete e terapia insulinica depressione <p>Cause: lavoro in agricoltura</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fumo - Ridotta attività fisica <p>Effetto</p> <ul style="list-style-type: none"> - aggravamento condizioni di salute e di vita - re-ricoveri - consumo farmaci - risorse impegnate (operatori /servizi/ ausili) depressione <p>La presa in carico e il</p>	<p>Applicazione percorso dimissione protetta e presa in carico domiciliare. Valutazione clinica multidisciplinare</p>	<p>infermiere domiciliare, fisioterapista, assistente sociale</p> <ul style="list-style-type: none"> - Medico di Medicina Generale (MMG) - Medico continuità assistenziale (MCA) <p>MMG</p> <ul style="list-style-type: none"> - Infermiere - Servizi Sociali - CSM Pneumologo Fisioterapista 	<p>Scheda valutazione multidimensionale , scale specifiche Briefing peer to peer</p> <p>ISHIKAWA</p>

<p>Anticipabilità/ritardabilità del problema e come</p> <p>Descriverne gli strumenti di assessment e approfondimento diagnosi del/dei problemi</p> <p>Ridefinizione dei problemi</p>	<p>monitoraggio possono:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ritardare le riacutizzazioni - evitare scompensi diabetici - ritardare l'aggravamento della dispnea e dell'aumento della CO2 - anticipare la rilevazione di segni predittivi di peggioramento <p>Braden Barthel, BRASS, SIA, NRS, MRC, scale complessità della BPCO, Geriatric Depression Scale, Get-up and go test, Nutritional Assesment, diario alimentare, scheda monitoraggio glicemia, peso, terapia insulinica, saturimetria, BINA, Short portable questionanire (stress dei caregiver) Spirometria di controllo</p> <p>Inadeguata modalità respiratoria da ostruzione cronica, diabete mellito insulinodipendente, depressione, rischio di lesioni cutanee da pressione o di origine angiodiabetica, rischio di caduta da riduzione dell'equilibrio e autonomia motoria, rischio di ipo-ossigenazione cerebrale da aumento CO2, riduzione attività fisica da dispnea, eccesso di peso e da astenia, rischio di complicanze neurologiche da inadeguata adesione alla terapia insulinica</p>	<p>Monitoraggio settimanale a domicilio ed educazione del paziente e dei caregiver</p> <p>Accesso al domicilio</p> <p>Visita domiciliare</p> <p>Follow up clinico</p>	<p>Infermieri, MMG, fisioterapisti, Assistente domiciliare del Comune</p> <p>Psichiatra ed equipe CSM MMG Assistente sociale Infermiere Fisioterapista</p>	<p>Esami ematochimici Piano Assistenziale (PAI) cheek list di monitoraggio</p> <p>reflettometro per glicemia capillare saturimetro spirometro erogatore O2 e bombola O2 liquido cartella ADI bilancia o sedia-bilancia</p>
--	--	---	--	--

Fase di problem solving	Contenuti	Metodi	Attori coinvolti	Strumenti da adottare (presenti o meno)
<p>Identificare e gli obiettivi di soluzione/intervente condizioni, le risorse, gli attori per la soluzione (*)</p>	<p>Individuazione caregiver principale e secondario Valutazione abitativa per fornitura ausili Attivazione Ossigeno a domicilio e presidi per diabetici. Valutazione fisioterapica domiciliare respiratoria e funzionale Ridefinizione delle condizioni psico-cognitive e sociali Monitoraggio del metabolismo glucidico e cliniche generali Valutazione geriatrica per eventuale ricovero di sollievo Abolizione totale del fumo (quanto meno forte riduzione). Educazione al movimento (Attività fisica adattata – AFA – o esercizio fisico adattato – EFA) Educazione dei familiari sull'alimentazione, igiene, attività motoria, cura del piede e della cute, uso degli ausili, controllo glicemico, saturimetrica e della dispnea Medio: attivazione servizi sociali per eventuale assistente familiare. Attivazione follow-up con pneumologo Lungo: monitoraggio degli interventi e follow up clinico mantenimento funzioni respiratoria e metabolica ottimali. Sostegno alla compliance al trattamento terapeutico.</p>	<p>Guided care Incontri di team; briefing; mail; cartelle informatizzate condivise Stesura progetto di vita ed assistenziale condiviso d tutti gli attori</p>	<p>MMMG, Inf Domiciliare, ass. sociale, pneumologo, fisiatra. Caregiver operatori CSM e AD del Comune</p>	<p><i>Questionario</i> di Morisky SatO₂, glicemia e Hb glicata</p>
<p>Identificare e gli outcome di salute per la persona</p>	<p>N° riacutizzazioni con ospedalizzazione <2/anno Adesione alla terapia Glicemia stabile, Dispnea costante o ridotta Capacità di percorrere oltre 100 mt senza soste, in piano Assenza lesioni del piede o altra</p>			
<p>Identificare le azioni per conseguire gli obiettivi . Analizzare i vincoli principali e le soluzioni.</p>	<p>Assenza cadute nelle variazioni posturali o cammino Riduzione del peso (10% nel primo anno) Igiene corporea mantenuta Vedi (*)</p>			
<p>Scrivere il piano di intervento (Progetto di vita e di cure della persona) deponendo risultati attesi a breve-medio e lungo t.</p>	<p>PAI</p>			

Annalisa condivise il programma con il team: MMG, assistente sociale, fisioterapista, pneumologo, psichiatra, infermiera dell'ADI (assistenza domiciliare integrata) a cui affida il paziente e con la moglie. Durante la settimana nella quale la moglie fu operata, l'assistenza a domicilio fu garantita dalla figlia e da una assistente domiciliare.

Obiettivi del caso di studio

L'obiettivo generale del progetto è la misurazione dell'efficacia del percorso di "continuità assistenziale" sanitaria nel caso di un paziente affetto da BPCO, sconosciuto precedentemente ai servizi sociali e sanitari territoriali e, in particolare, l'efficacia dell'assistenza progettata nel PAI.

I problemi di ricerca sono stati così definiti:

- La valutazione multidimensionale permette di attivare la conoscenza e l'assistenza necessaria alla presa in carico globale del paziente?
- La scheda di complessità del quadro assistenziale di BPCO è utile ai fini della pianificazione assistenziale?

Le proposizioni e le ipotesi

La BPCO una patologia diffusa e in espansione⁶³. Il 4-6% degli adulti europei soffre di BPCO clinicamente rilevante. La "pooled" prevalenza di BPCO, sulla base dei valori spirometrici è del 8.9%, mentre la prevalenza dei sintomi aumenta con l'età ed interessa più del 50% di maschi fumatori di età superiore ai 60 anni. La storia naturale della BPCO è costellata da riacutizzazioni che, per definizione, richiedono l'intervento del medico e modificazioni terapeutiche, segnano il peggioramento funzionale della malattia, possono richiedere il ricovero ospedaliero (per le riacutizzazioni si spende il 50% di tutto quanto viene speso dalla BPCO).

In Italia 12.2 milioni di persone fumano (28.6% dei maschi e 20.3% delle femmine) e l'OMS stima nel mondo oltre 1 miliardo di fumatori, con un aumento fino ad oltre 1.6 miliardi nel 2025. Nei Paesi a basso-medio tenore di vita la percentuale di fumatori sta crescendo in modo allarmante. Circa il 30% dei fumatori (> 10 pack-year) oltre i 40 anni presenta una limitazione al flusso aereo e circa il 40-50% dei fumatori sviluppa BPCO.

Proposizione 1: Se si considerano i fattori di rischio e predisponenti alla patologia bronco-ostruttiva (attività lavorativa, fumo di sigarette, alimentazione povera di frutta e verdura, fattori genetici, sovrappeso e ridotta attività fisica), questi elementi, tranne la predisposizione genetica e l'attività lavorativa, sono tutti modificabili attraverso programmi di presa in carico per l'educazione alla salute. Il loro miglioramento/annullamento è già un esito intermedio in termini di salute della persona e la riduzione del peso, l'aumento dell'attività fisica, la riduzione/disassuefazione dal fumo di tabacco, il controllo alimentare con le giuste porzioni quotidiane di frutta e verdura possono essere utilizzati come indici che monitorano l'efficacia dell'assistenza infermieristica pianificata (*ipotesi 1*).

Proposizione 2: I Modelli organizzativi per la gestione delle malattie croniche sono accomunati dal fatto di essere sistemi organizzati, integrati, proattivi che, con un approccio sistemico, pongono al centro dell'intero sistema assistenziale sia il paziente che la famiglia e i *caregiver* adeguatamente informati ed educati a svolgere un ruolo attivo nella gestione della patologia. Nella letteratura recente, il *Chronic Care Model* (CCM) è stato indicato come approccio efficace, responsivo, sicuro ed efficiente, capace di focalizzare l'attenzione sulle patologie croniche e sulla loro prevenzione con un orientamento integrato tra cure territoriali e ospedaliere. Il modello è basato sul principio che nello sviluppo di una buona assistenza per i pazienti cronici è importante agire su sei fondamentali elementi (Wagner, 1998; Bodenheimer et al., 2002):

⁶³Shafey O, Eriksen M, Ross H, et al. The Tobacco Atlas. 3rd Edn. World Lung Foundation, American Cancer Society, 2010.

- Le risorse della comunità: mobilitare le risorse della comunità per soddisfare i bisogni dei pazienti anche attraverso gruppi di volontariato, gruppi di auto aiuto ecc.
- Le organizzazioni sanitarie: creare una cultura, un'organizzazione e meccanismi che promuovano un'assistenza sicura e di alta qualità.
- Il supporto all'auto-cura: occorre promuovere efficaci strategie di supporto auto-gestite che includano valutazione, definizioni degli obiettivi, pianificazioni delle azioni, strategie di *coping* e *problem solving, follow-up*.
- L'organizzazione del team: un team competente e proattivo allo scopo di avere un paziente informato e responsabilizzato con l'obiettivo di ottenere cure di alta qualità, e miglioramenti nello stato di salute della popolazione.
- Il supporto alle decisioni: promozione di un'assistenza basata sulle evidenze e sulle preferenze del paziente, condividere le Linee Guida e le informazioni con i pazienti per incoraggiare la loro partecipazione.
- I sistemi informativi: registri di patologia, sistema di Alerts per supportare i team ad attenersi alle linee-guida ecc.

Inoltre, la promozione della salute della popolazione opera per sviluppare le abilità personali e le capacità di affrontare i problemi, e per riorientare i servizi sanitari ad una maggiore enfasi sulla prevenzione e le questioni di salute pubblica. Tale approccio produce esiti di salute di successo, che hanno di fatto ridotto i costi sanitari e portato ad una migliore qualità della vita dei pazienti e delle loro famiglie (Barr et al, 2003; Nasmith et al, 2010).6465

Interventi differenti possono essere utilizzati per pazienti con differenti gradi di complessità (Feachem et al, 2002; Shapiro & Smith, 2003; Light & Dixon, 2004; Frølich et al, 2008; Nasmith, 2010) e maggiore è la presenza di comorbidità, maggiore è l'attenzione da porre nella scelta del team di cura, affinché non si interrompano né la continuità terapeutica, né quella assistenziale. Il ruolo dei singoli attori è reciprocamente complementare ed è necessario prevedere momenti di confronto e valutazione congiunta dell'avanzamento del PAI per valutare le condizioni del paziente e la capacità dei caregiver e dell'ambiente di mantenere il livello di cura della persona necessario (*ipotesi 2*).

Metodi e strumenti

La metodologia di ricerca nel caso di studio è di tipo case report.

Il setting di intervento, la selezione del campione e il reclutamento dei partecipanti allo studio.

Setting

L'assistenza domiciliare, nell'Ausl di Piacenza, nel 2013 è erogata da 55 infermiere/i distribuiti nel territorio di 48 Comuni. La microrganizzazione prevede che la prima valutazione sia effettuata, per le dimissioni protette o "dimissioni assistite" in ospedale, prima della dimissione (uno-due giorni prima) da una infermiera

64 Barr V. J, Robinson S, Marin-Link B, Underhill L, Dotts A, Ravensdale D, Salivaras S, 2003, The Expanded Chronic Care Model: An Integration of Concepts and Strategies from Population Health Promotion and the Chronic Care Model, *Healthcare Quarterly*, 7(1): 73-82.

65 Nasmith L., Ballem P., Baxter R., Bergman H., Colin-Thomé D., Herbert C., Keating N., Lessard R., Lyons R., McMurchy D., Ratner P., Rosenbaum P., Tamblin R., Wagner E., & Zimmerman B. (2010). Transforming care for Canadians with chronic health conditions: Put people first, expect the best, manage for results - Appendices. Ottawa, ON, Canada: Canadian Academy of Health Sciences.

66 Feachem RG, Sekhri NK, White KL. (2002), "Getting more for their dollar: a comparison of the NHS with California's Kaiser Permanente, *BMJ*; 324; 135-141.

67 Shapiro J. and Smith S. (2003) Lessons for the NHS from Kaiser Permanente. *BMJ*;327;1241-1242.

68 Light D. and Dixon M. (2004) Making the NHS more like Kaiser Permanente. *BMJ*; 328;763-765.

69 Frølich A, Schiøtz ML, Strandberg-Larsen M, Hsu J, Krasnik A, Diderichsen F, Bellows J, Sogaard J, White K. (2008), "A retrospective analysis of health systems in Denmark and Kaiser Permanente, *BMC Health Services Research*, 8:252.

dell'assistenza domiciliare, particolarmente competente nella valutazione infermieristica⁷⁰ e da una assistente sociale del Servizio Anziani individuata dall'Ufficio di Piano Distrettuale. Dopo la prima valutazione i due professionisti si incontrano per definire i problemi di salute della persona, le priorità di intervento, le implicazioni verso la famiglia ed i servizi; proporre un Progetto Individualizzato di Vita e di Cure (PIVeC) al medico di medicina generale competente o, nel caso di utente totalmente impossibilitato a tornare al domicilio, al geriatra distrettualmente individuato per la valutazione specialistica ai fini dell'accesso alle strutture residenziali per anziani.

Il campione (unità di analisi)

L'unità di analisi è costituita dal singolo paziente descritto nel caso.

Strumenti utilizzati nel caso

Gli strumenti utilizzati sono la scheda di valutazione della complessità assistenziale del quadro di BPCO e la griglia di strutturazione dell'analisi del caso.

I rilevatori sono stati l'infermiera di quartiere, responsabile dell'assistenza domiciliare del caso e l'assistente sociale (per la valutazione dei *caregiver* e dei bisogni sociali) responsabile sociale del medesimo quartiere.

Analisi statistica

Non sono stati utilizzati descrittori statistici nel *case study*,

Indicatori ipotesi 1

Gli indicatori individuati per la valutazione dell'efficacia dell'assistenza sono stati (quesito 1):

- variazione del peso
- metri effettuati in 6 minuti di deambulazione
- autonomia nell'igiene
- glicemia
- riduzione dell'abitudine al fumo.

Indicatori ipotesi 2

- n° di obiettivi condivisi nel team
- n° di incontri del team
- continuità della progettazione-valutazione-adeguamento del PAI.

L'osservazione è iniziata nel marzo 2012 ed è terminata nell'ottobre 2013, quando il paziente è stato ricoverato in CRA (casa residenziale per anziani) per la morte della moglie e l'impossibilità dei figli di mantenerlo a domicilio.

Lo sviluppo dell'assistenza del Sig. Franco e delle sue condizioni di salute.

Al Sig. Franco fu progettato un piano di assistenza, monitoraggio e *counselling*, sia per la patologia respiratoria che per il diabete.

⁷⁰ una équipe per ogni distretto.

Tab. 5.15 Piano per la patologia respiratoria e diabetica

CHI FA	COSA	QUANDO	DOVE
MMG/Infermiere	Registrazione dei dati Prescrizione Ausili e O2 terapia	Valutazione MD	Ambulatorio MMG Uff ADI e domicilio
MMG/infermiere Infermiere + caregiver Infermiere Pneumologo Psichiatra Fisiatra Fisioterapista Caregiver/paziente	Monitoraggio controllo terapia assunta Monitoraggio peso, glicemia, saturimetria Modalità di uso O2 Spirometria Refertazione Spirometria Valutazione terapia antidepressiva Raccomandazione di AFA Addestramento a domicilio anche caregiver Realizzazione AFA	Ogni 6 mesi Al bisogno 10 minuti 3 volte al giorno	Domicilio Domicilio Domicilio Ambulatorio specialistico Domicilio + breathing ambulatorio MMG Domicilio Domicilio Domicilio
Infermiere/dietista	Atlante alimentare	Ogni 6 mesi	Domicilio/ambulatorio MMG
Pneumologo	Visita specialistica	Ogni 6 mesi e per urgenze	Domicilio/Ambulatorio pneumologico
Podologo	Valutazione piede diabetico	Inizio presa in carico e per taglio unghie dei piedi	Domicilio
Infermiere	Conselling alimentare, sull'igiene del piede e del corpo, sul monitoraggio del peso, sull'attività motoria e sul controllo respiratorio	Almeno 10 minuti al giorno per 5 giorni la settimana su temi differenti	Domicilio
Gruppo AMA (auto- mutuo-aiuto)	Intervento motivazione per la disassuefazione dal fumo	30 minuti ogni settimana	Domicilio

Per le attività di *counselling*/educazione terapeutica è stato utilizzato il metodo dell'apprendimento situato⁷¹. L'apprendimento situato, proposto da Lave nel 1990, è una metodologia di sostegno all'apprendimento attivo che prevede (a) la costituzione di una comunità di pratica (tra i formatori) che condividano valori, conoscenze e comportamenti, integrazione e collaborazione nelle attività; (b) la partecipazione di soggetti periferici (es. *caregiver*) all'"apprendente", ma che rinforzino il contesto, la cultura e l'attività del soggetto in apprendimento. Benner⁷², in anni successivi, nel suo libro riporta «La conoscenza è: la capacità di coordinare e adeguare dinamicamente i comportamenti alle circostanze [...] Il valore più grande della partecipazione è relativo al divenire parte della comunità, che comporta il cambiamento dell'identità del novizio nella relazione con i membri anziani e con la cultura della comunità e contribuisce alla riproduzione sociale e culturale della comunità stessa»

Il percorso fu monitorato nel tempo, anche per valutare eventuali adeguamenti da apportare al piano (tab. 5.16)

Tab. 5.16 - I risultati, dopo 6, 12, 19 mesi di trattamento.

Tipo di valutazione	Presa in carico	Dopo 6 mesi	7-12 mesi	13-19 mesi
Peso	92kg	86 kg	82 kg	77 kg
Sat O2%	87	88	89	92
N° episodi scompenso glicemico	3 nel mese precedente la presa in carico	4	2	1
Metri percorsi in 6 minuti	Nessun percorso	20 metri	50 metri	100 metri
Autonomia nelle ADL	Nessuna autonomia	Autonomo nell'igiene del tronco	Autonomo anche nell'igiene intima/gambe	Autonomo anche nella doccia (no talgio unghie dei piedi)
Autonomia nell'alimentazione	Mangia da solo	Sceglie e mangia	Sceglie, e mangia	Prepara cose semplici
Fumo di sigaretta	20/die	18/die	15/die	5/die
Riunioni di team	1	6	12	22
Obiettivi condivisi nel team	5	6	5	5
Variazioni nel tempo del PAI		Si	Si	Si
O2 terapia a domicilio	12 ore/die	12 ore/di	10 ore/die	6 ore/die (la notte)
Stato depressivo	Grave	Riduzione farmaci	Mantenimento farmaci	Riduzione farmaci

⁷¹ Lave J, Wenger E. *Situated Learning: Legitimate Peripheral Participation*, Cambridge University Press, 1990.

⁷² Benner P. *L'eccellenza nella pratica clinica dell'infermiere. L'apprendimento basato sull'esperienza*. Edizione italiana Calamandrei C., Rasero L. (a cura di). Milano: McGraw Hill, 2003

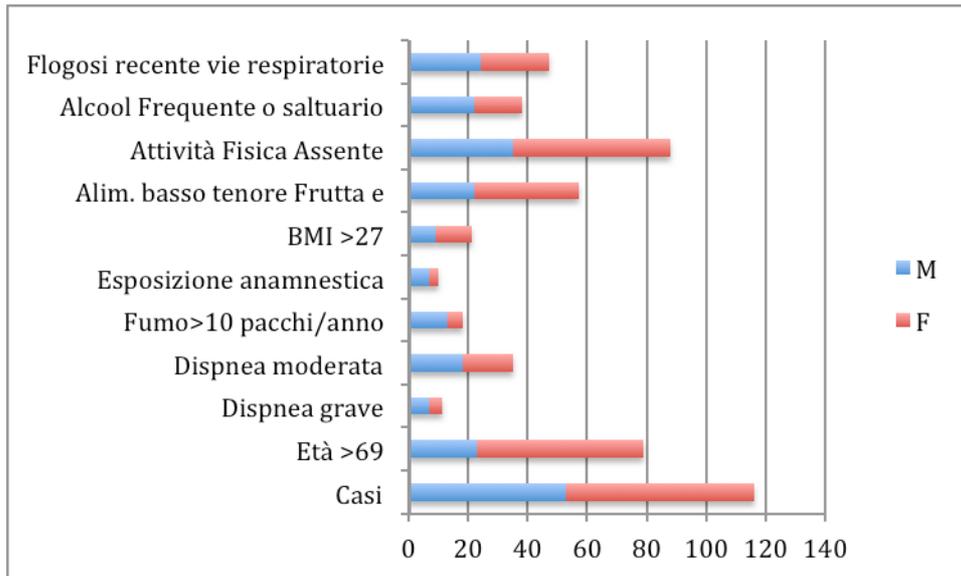
I risultati ottenuti con il Sig. Franco sono stati positivi e, se non fosse deceduta la moglie *avrebbe potuto rimanere al proprio domicilio con un supporto familiare*.

Dopo aver analizzato il caso, durante l'estate 2013 le infermiere hanno proposto alla loro Responsabile di sperimentare la scheda sulle condizioni di rischio per problemi respiratori ad altri pazienti, per valutare la possibilità di attivare una presa in carico proattiva. Sono stati scelti tutti i pazienti in dimissione dall'ospedale di Piacenza senza diagnosi di BPCO, maggiori di 14 anni, non in fase terminale o in predicato per accedere in Hospice. La scheda è stata compilata sempre dall'Infermiera Annalisa. Durata della sperimentazione: 2 mesi, dal 1 maggio al 30 giugno, periodo apparso favorevole per l'assenza di fenomeni stagionali (influenza invernale o sindromi da raffreddamento ai primi mutamenti termici estivi) e di influenze relative al periodo feriale, che si concentrano tra fine giugno e metà settembre. I dati sono sintetizzati nella tabella 5.17.

Tab. 5.17 – la sintesi dei dati del campione di 116 casi dimessi dall'Ospedale di Piacenza

Sesso	M	F
Casi	53	63
Età >69	23	56
Dispnea grave	7	4
Dispnea moderata	18	17
Fumo >10 pacchi/anno	13	5
Esposizione anamnestica	7	3
BMI >27	9	12
Alim. basso tenore Frutta e Verdura	22	35
Attività Fisica Assente	35	53
Alcool Frequente o saltuario	22	16
Flogosi recente vie respiratorie	24	23

Grafico 5.1 – differenze tra maschi e femmine rispetto ai fattori di rischio per BPCO nel campione osservato



Il gruppo era costituito da 53 uomini e 63 donne. 23 uomini e 56 donne con età > di 69 anni e, tra questi, 16 uomini e 36 donne avevano una età >75 anni.

Dalla sintesi dei dati per fattore di rischio, si può vedere che:

- le donne praticano meno attività fisica, hanno una alimentazione a minor tenore di frutta e verdura e un BMI elevato
- gli uomini hanno maggiore rischio da esposizione lavorativa, da fumo di sigarette, anche se è elevata la percentuale di uomini che fa poca o nulla attività fisica.

In relazione al fumo di sigarette, hanno dichiarato di fumare oltre 10 pacchi anno 5 donne e 13 uomini, ma tutti gli intervistati hanno dichiarato di essere fumatori o di esserlo stati fino al ricovero.

In seguito a ciò, è stato deciso di inserire nelle schede di valutazione dei pazienti alla dimissione, come integrazione all'anamnesi di rischio potenziale, il fumo di sigaretta, le abitudini alimentari, l'attività fisica esercitata e il tipo di lavoro svolto. Poiché il calcolo del BMI non sempre è possibile nel tempo dedicato alla valutazione predimissione, le infermiere hanno deciso di adottare come misura proxy la misura della circonferenza del "punto vita".

Quesiti per gli studenti

Quale condizioni organizzative si descrivono nel caso?

Come è stato inquadrato il caso del Sig. Franco?

Quali strumenti decisionali sono stati utilizzati?

Quali decisioni sono state assunte per la "popolazione" di riferimento?

Come definireste l'approccio introdotto dai professionisti per fronteggiare efficacemente il caso di Bruno?

Quali interfacce sono state attivate e quali no?

Che cosa rende difficile lavorare come è descritto nel caso?

Cosa manca?

Teaching Note

Il caso di studio è stato progettato in una azienda reale come ricerca descrittiva, per osservare la modalità di presa in carico di un paziente complesso, che presentava diverse comorbidità:

- diabete
- depressione
- Broncopneumopatia cronico-ostruttiva
- obesità

e alcuni fattori di rischio specifici:

- fumo di sigaretta
- ridotta attività fisica
- ridotta attenzione ad alimentazione.

Il caso si svolge descrivendo la modalità di valutazione del paziente e la modalità di pianificazione dell'assistenza e di monitoraggio degli esiti individuati come descrittivi del successo/insuccesso della presa in carico.

Gli strumenti di registrazione sono stati la cartella infermieristica domiciliare, la scheda di valutazione e rivalutazione allegata alla cartella infermieristica, il diario - nel quale registrare le informazioni/osservazioni, la scheda di monitoraggio dei descrittori di risultato.

Come sottoporre il caso in ambito formativo

Il caso va letto per intero.

Far verificare la coerenza tra obiettivi, proponimenti e risultati ottenuti

L'obiettivo generale del progetto è la misurazione dell'efficacia del percorso di "continuità assistenziale", attraverso:

- l'utilizzo di una pianificazione strutturata con metodologia Problem solving e scheda di descrizione delle attività/responsabilità
- l'utilizzo di indicatori biometrici (es peso, Sat. %O₂), indicatori di comportamento (es ADL recuperate indicatori proxy di adesione alla terapia/assistenza (es n° episodi di scompenso glicemico), indicatori proxy di adesione a comportamenti salutari (es n° sigarette fumate, n° di metri percorsi
- l'utilizzo appropriato delle risorse professionali competenti e l'integrazione dei contributi nel quadro di un disegno condiviso.

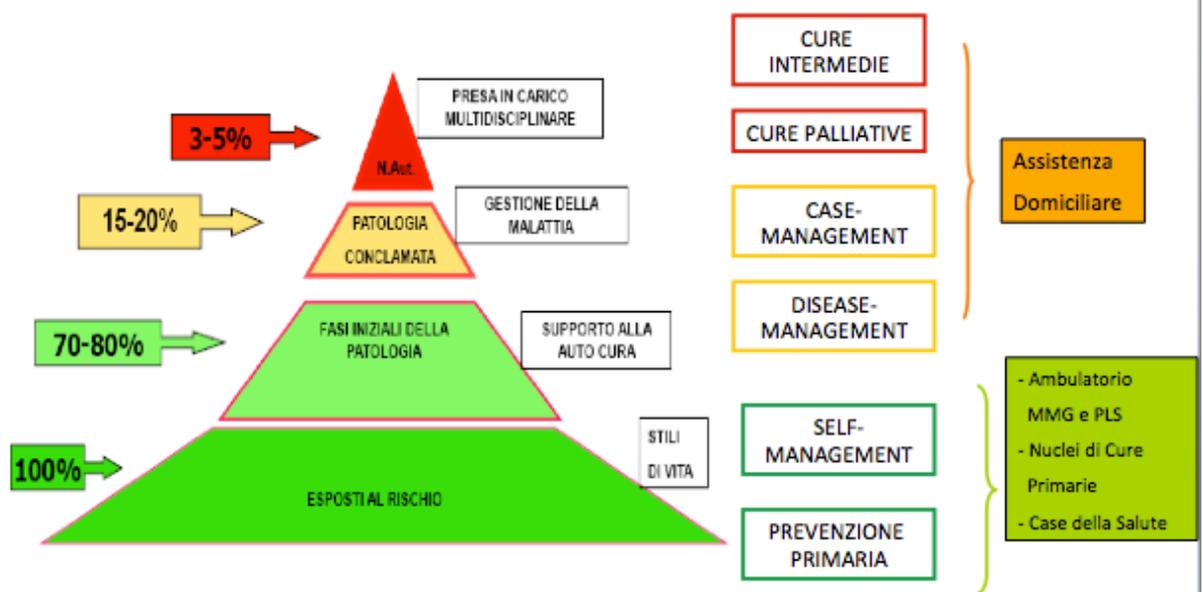
Conceptual framework

Modelli assistenziali patient-centered nella gestione integrata del paziente cronico

I Modelli organizzativi per la gestione delle malattie croniche sono accomunati dal fatto di essere sistemi organizzati, integrati, proattivi che, con un approccio sistemico, pongono al centro dell'intero sistema assistenziale sia il paziente che la famiglia e i caregiver, adeguatamente informati ed educati a svolgere un ruolo attivo nella gestione della patologia. Nella letteratura recente, il Chronic Care Model (CCM) è stato indicato come approccio efficace, responsivo, sicuro ed efficiente, capace di focalizzare l'attenzione sulle patologie croniche e sulla loro prevenzione con un orientamento integrato tra cure territoriali e ospedaliere. Il modello è basato sul principio che nello sviluppo di una buona assistenza per i pazienti cronici è importante agire su sei fondamentali elementi (Wagner, 1998; Bodenheimer et al., 2002):

- Le risorse della comunità: mobilitare le risorse della comunità per soddisfare i bisogni dei pazienti anche attraverso gruppi di volontariato, gruppi di auto aiuto ecc.
- Le organizzazioni sanitarie: creare una cultura, un'organizzazione e meccanismi che promuovano un'assistenza sicura e di alta qualità.

- Il supporto all'auto-cura: occorre promuovere efficaci strategie di supporto auto-gestite che includano valutazione, definizioni degli obiettivi, pianificazioni delle azioni, strategie di coping e problem solving, follow-up.
- L'organizzazione del team: un team competente e proattivo allo scopo di avere un paziente informato e responsabilizzato con l'obiettivo di ottenere cure di alta qualità, e miglioramenti nello stato di salute della popolazione.
- Il supporto alle decisioni: promozione di un'assistenza basata sulle evidenze e sulle preferenze del paziente, condividere le Linee Guida e le informazioni con i pazienti per incoraggiare la loro partecipazione.
- I sistemi informativi: Registri di patologia, sistema di Alerts per supportare i team ad attenersi alle linee-guida ecc.



Brambilla A (2012) Assistenza basata sulla popolazione, sulla stratificazione del rischio e su differenti livelli di intensità assistenziale.

Una estensione del CCM è rappresentata dall' Expanded chronic care model (ECCM) che sostiene il ruolo fondamentale dei determinanti sociali della salute nell'influenzare la salute dell'individuo, della comunità e dell'intera popolazione. Tale approccio prevede la creazione di politiche pubbliche che promuovono la salute, rafforzano l'azione della comunità, e creano ambienti favorevoli a supporto. Inoltre, la promozione della salute della popolazione opera per sviluppare le abilità personali e le capacità di affrontare i problemi, e per riorientare i servizi sanitari ad una maggiore enfasi sulla prevenzione e le questioni di salute pubblica. Tale approccio produce esiti di salute di successo, che hanno di fatto ridotto i costi sanitari e portato ad una migliore qualità della vita dei pazienti e delle loro famiglie (Barr et al, 2003⁷³; Nasmith et al, 2010⁷⁴). Interventi differenti

⁷³ Barr V. J, Robinson S, Marin-Link B, Underhill L, Dotts A, Ravensdale D, Salivaras S, 2003, The Expanded Chronic Care Model: An Integration of Concepts and Strategies from Population Health Promotion and the Chronic Care Model, Healthcare Quarterly, 7(1): 73-82.

possono essere utilizzati per pazienti con differenti gradi di complessità, come presentato nella figura (Feachem et al, 2002⁷⁵; Shapiro & Smith, 2003⁷⁶; Light & Dixon, 2004⁷⁷; Frølich et al, 2008⁷⁸; Nasmith, 2010) precedente.

Al livello di rischio basso (70-80%) corrispondono interventi di supporto all'autocura (self-management), gli interventi sono indirizzati ad attività educative rivolte agli individui o ai loro familiari per sviluppare le conoscenze, le abilità e la fiducia a gestire in maniera autonoma la propria condizione. Questo può aiutarli a prevenire complicanze, rallentare il deterioramento ed evitare di aggiungere altre patologie.

A livelli di moderato/alto rischio (15-20%) corrispondono interventi integrati dei diversi professionisti per la gestione integrata della malattia (disease management) e/o l'individuazione di una figura che garantisca il raccordo tra i diversi professionisti e quindi una reale continuità assistenziale (care o case management). Per i pazienti cronici, con scarso controllo della malattia, questa modalità di intervento dei professionisti risulta più efficace.

Al Livello 3 persone con pluripatologie complesse (3-4%) ed alti livelli di consumo di prestazioni.

Dalla letteratura non emergono modelli specifici particolarmente adatti all'assistenza dei pazienti con malattia respiratoria cronica, ma si delineano differenti possibilità di mix organizzativi: modello clinico differenziato nel delineare il percorso clinico evolutivo e nel progettare i diversi setting e le diverse intensità di intervento, modello dell'assistenza specializzata per alcune fasi della malattia, ad esempio quelle a più alta necessità di supporto tecnologico, modello centrato sul paziente nella fase iniziale e intermedia della malattia, con l'utilizzo del *case manager* per particolari fasi o attività, ad esempio nella gestione delle riacutizzazioni a domicilio o nel monitoraggio periodico, ad esempio, con spirometria ed emogasanalisi. Questa varietà di modalità di organizzare l'assistenza intorno al paziente con BPCO e alla sua famiglia è interessante soprattutto per la possibilità di identificare competenze, professionisti, setting e strutture differenziabili come ruolo nella rete di cura e assistenza.

*La Patient focused care o patient centred medicine*⁷⁹

La cura e assistenza centrate sul paziente (o sul destinatario) (Coulter⁸⁰, 2002) si concentra su tre punti focali:

- all'appropriatezza delle cure e gli esiti dell'assistenza possono migliorare se i pazienti si impegnano nella cura e partecipano alle decisioni,
- la sicurezza del paziente può aumentare e si risolvono i conflitti se il paziente è sempre più coinvolto nel suo processo di cura,
- la revisione sistematica del processo con il paziente è condizione necessaria per migliorare la qualità della cura e responsabilizzare i pubblici gestori della salute.

Nei tre punti si sostiene l'impegno e la partecipazione consapevole (*empowerment*) del paziente. Per poter raggiungere questo obiettivo Coulter suggerisce di:

⁷⁴ Nasmith L., Ballem P., Baxter R., Bergman H., Colin-Thomé D., Herbert C., Keating N., Lessard R., Lyons R., McMurchy D., Ratner P., Rosenbaum P., Tamblin R., Wagner E., & Zimmerman B. (2010). Transforming care for Canadians with chronic health conditions: Put people first, expect the best, manage for results - Appendices. Ottawa, ON, Canada: Canadian Academy of Health Sciences.

⁷⁵ Feachem RG, Sekhri NK, White KL. (2002), "Getting more for their dollar: a comparison of the NHS with California's Kaiser Permanente, BMJ; 324; 135-141.

⁷⁶ Shapiro J. and Smith S. (2003) Lessons for the NHS from Kaiser Permanente. BMJ;327;1241-1242.

⁷⁷ Light D. and Dixon M. (2004) Making the NHS more like Kaiser Permanente. BMJ; 328;763-765.

⁷⁸ Frølich A, Schiøtz ML, Strandberg-Larsen M, Hsu J, Krasnik A, Diderichsen F, Bellows J, Søgaard J, White K. (2008), "A retrospective analysis of health systems in Denmark and Kaiser Permanente, BMC Health Services Research, 8:252.

⁷⁹ Bardes L C. Defining Patient-Centred Medicine. n engl j med 366;9 nejm.org march 1, 2012

⁸⁰ Coulter A, After Bristol: putting patients at the centre, BMJ vol 324, 648-51, www.bmj.com; Barelli P, Pallaoro G, Perli S, Strimmer S, Zattoni ML, Modelli di organizzazione dell'assistenza: sono efficaci?, AIR, 2006, 25, 1: 35-4; Safran DG, Miller W, Beckman H. Organizational Dimensions of Relationship-centered Care Theory, Evidence, and Practice, DOI: 10.1111/j.1525-1497.2006.00303.x J GEN INTERN MED 2006; 21:S9-15

- riconoscere capacità, valori e preferenze dei pazienti;
- offrire informazioni per la scelta consapevole e non perseguire il consenso passivo;
- fornire ai pazienti opzioni *evidence based*, educare la popolazione ad interpretare le evidenze cliniche, utilizzare l'esperienza dei pazienti "sopravvivenuti" per la priorità dei miglioramenti necessari;
- agire con apertura ed empatia con i pazienti o con i *caregiver* dopo il verificarsi di problemi o errori;
- dare accesso pubblico ai dati sulla qualità e sugli esiti,

tutti elementi in sintonia sia con le indicazioni NICE, sia con le linee guida GOLD, sia con le riflessioni dell' European Hospital and Healthcare Federation (HOPE)⁸¹.

L'organizzazione per programmi centrati sul paziente hanno lo scopo di ridurre la disuguaglianza di accesso ai servizi, migliorare la continuità della presa in carico, personalizzare le cure, ridurre le ridondanze, aumentare la reattività del sistema, migliorare gli esiti. I principi su cui si basa sono la responsabilità verso la popolazione e la condivisione con essa della responsabilità⁸² di rendere accessibile un insieme completo di servizi, la presa in carico e l'accompagnamento della persona nell'uso dei servizi e nella scelta degli indicatori di misurazione del valore del servizio prodotto. Tale organizzazione permette di modificare la gerarchia tra i servizi esaltando le loro complementarità, finalizzate a facilitare il percorso sulla base di meccanismi di riferimento di integrazione intersettoriale (orizzontale) e di integrazione tra differenti gradi di specializzazione (verticale). L'assistenza centrata su paziente necessita, quindi, di professionisti con abilità di *assessment* clinico- assistenziale e sociorelazionale, di valutazione dei profili di rischio potenziale, in grado di identificare le cause dei rischi, di operare attraverso la "*health problem based evaluation*", di operare in team orizzontali basati sulla competenza e non sulla gerarchia, in grado di operare in modo interprofessionale e di trasferirsi conoscenze, abilità e sensibilità in modo da "fertilizzare" gli uni le competenze degli altri e aumentare il potenziale intellettuale e professionale di tutti. E' importante che il team di cura e assistenza sia orientato alla "Predictive Preemptive Personalized Participatory care"⁸³ (cura/assistenza che utilizzano metodi, strumenti e azioni predittive del risultato atteso; preventiva, partecipativa, personalizzata) sia che l'organizzazione sia basata su programmi, percorsi o altro modello.

Strumenti di prioritizzazione e analisi

Lo strumento del problem solving non necessita di presentazioni, è intuitivo e ripercorre il processo diagnostico-terapeutico o ragionamento diagnostico del medico; il processo di nursing o ragionamento critico infermieristico. Il processo pedagogico o educativo per l'area degli educatori professionali.

L'approccio educativo

Nella presa in cura e assistenza delle persone con malattie croniche, in particolare con comorbilità, l'approccio educativo per la prevenzione terziaria e l'allontanamento della non autosufficienza o della disabilità totale è essenziale.

Si può utilizzare un approccio cosiddetto "bopsico-sociale o sistemico"⁸⁴ che risponde ai quesiti:

- CHE COSA HA? (Dimensione biomedica)

⁸¹ AAVV, Chronic diseases. A clinical and managerial challenge. HOPE, Octobre 2010, www.hope.be

⁸² Ministère de la Santé et des services sociaux, Vers un réseau de soins de santé et de services sociaux intégré centré sur son unique raison d'être : les citoyens du Québec, Perspective Réseau, décembre 2003, volume 1; Mintzberg H, Toward Healthier Hospitals, Health Care Management Review, 1997, volume 22, numéro 4, pages 9-18; Nugent K.E,

Lambert V.A, The Advanced Practice Nurse in Collaborative Practice, Nursing Connections, 1997, volume 9, numéro 1, pages 5-16.

⁸³ Hood, L., and Flores, M., A personal view on systems medicine and the emergence of proactive P4 medicine: predictive, preventive, personalized and participatory, New Biotechnol. (2012), doi:10.1016/j.nbt.2012.03.004 Hood L, Friend SH. (2011) Predictive, personalized, preventive, participatory (P4) cancer medicine. Nat Rev Clin Oncol. Mar;8(3):184-7. Tian Q, Price ND, Hood L. Systems cancer medicine: towards realization of predictive, preventive, personalized and participatory (P4) medicine. J Intern Med. 2012 Feb;271 (2):111-21. doi: 10.1111/j.1365-2796.2011.02498.x. (in press).

⁸⁴ Gagnayre R, Magar Y, D'Ivernois JF. (1999) "Educare il paziente asmatico" Pisa, EDI-AIPO Scientifica; HADJI C.(1992) "L'évaluation des actions éducatives", Paris, PUF Editeur; HADJI C. (1995) "L'évaluation règles du jeu. Des intentions aux outils", Paris, ESF Editeur.

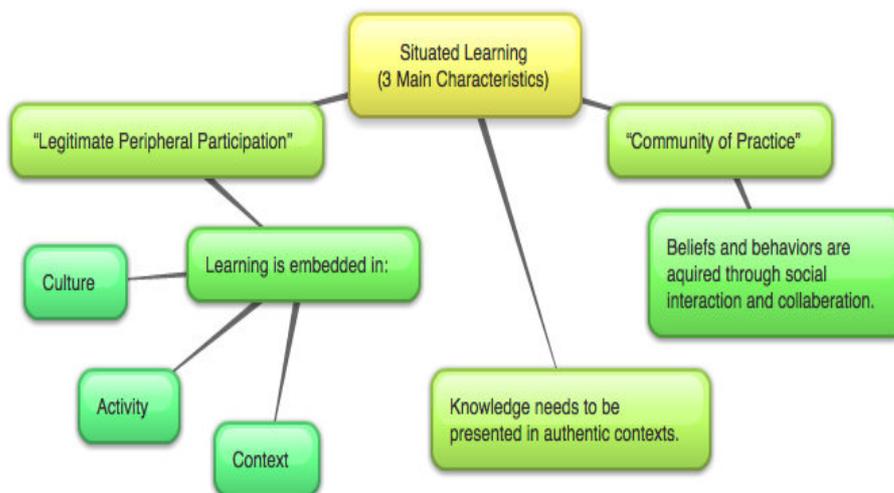
- CHE COSA SA? Dimensione cognitiva)
- CHE COSA FA? (Dimensione socioprofessionale)
- CHI E' ? QUAL'E' IL SUO PROGETTO? (Dimensione psicologica)

Hadji, 1995 – Il modello biopsicosociale dell'educazione terapeutica



Watts e Segal⁸⁵ nelle loro analisi sulle malattie croniche affermano “L’aumento della prevalenza delle malattie croniche rappresenta una voce importante in molti sistemi sanitari. Nonostante si stimi che la maggior parte della spesa sia legata a queste malattie, i sistemi sanitari hanno una preferenza nel trovare risposte alle malattie di tipo acuto, piuttosto che per la prevenzione di quelle croniche ... La documentazione del processo educativo, ed in particolare della diagnosi educativa necessita di strutturazione attraverso modelli e strumenti appropriati. Nelle politiche di *disease management*, l’educazione al paziente viene considerata parte della cura, al fine di avere una maggiore partecipazione del paziente stesso al percorso terapeutico.”

Un altro approccio: l’apprendimento situato⁸⁶



Lave, 1990 – I componenti dell'apprendimento situato

⁸⁵ Watts JJ, Segal L (2009) Market failure, policy failure and other distortions in chronic disease markets *BMC Health Services Research*. doi: 10.1186/1472-6963-9-102

⁸⁶ Lave J., Wenger E., *Situated Learning: Legitimate Peripheral Participation*, Cambridge University Press, 1990

L'apprendimento situato di Lave è presentato schematicamente nella figura sopra inserita. I punti salienti del modello sono la necessità di presentare le conoscenze in un contesto reale, si utilizzare cultura, attività e contesto come leve per facilitare e stabilizzare l'apprendimento e, non ultimo, la necessità di creare una comunità di pratica (un gruppo di educatori, ad esempio, comprensivo di utenti esperti o di caregiver esperti) che possa sostenere valori e comportamenti anche attraverso le relazioni sociali.

Nella tabella sotto riportata sono indicate gli ambiti che beneficiano positivamente di self-management (autocura e autoassistenza) e che quindi necessitano di counselling motivazione e supporto educativo⁸⁷

Self management skill	single morbidity	multiple morbidity	p value
Monitor important symptoms	51,3%	69,6%	<0,001
Use medication correctly	56,9%	74,9%	<0,001
Manage medical emergencies	56,4%	67,4%	0.02
Eat health diet	53,9%	65,6%	0.01
Lose weight	44,6%	62,1%	<0,001
Exercise or stay physically active	52,8%	63,0%	0.03
Reduce stress	59,0%	68,3%	0.047
Talk to and question physician	48,2%	66,5%	<0,001
Identify or use resources in community	37,4%	48,0%	0.03
Meet responsibilities at work or home	46,2%	54,6%	0.08
Adjust to physical limits	46,2%	63,0%	<0,001
Get support from family and friends	40,5%	51,5%	0.02
Manage emotional reactions	45,6%	62,1%	<0,001
Identify or use hospital resources	55,4%	66,5%	0.02
Handle finances or benefits	44,1%	55,1%	0.02
Manage pain	51,3%	69,2%	<0,001
Improve sleep	55,9%	69,6%	0.004
Develop hobbies or leisure activities	34,4%	52,0%	<0,001

⁸⁷ Hitchcock, P.N.; Parchman, M.L.; Williams, J.W.Jr; Cornell, J.E; Shuka,L.; Zeber, J.E.; Lewis, E.K.; Austin, F.S.L.; Pugh, J.A. (2007) The challenge of multimorbidity from the patient perspective, J Gen Intern Med 22 (suppl 3):419:24 doi:10.1007/s11606-007-0308-z

Improve sexual relationship	40,0%	56,4%	<0,001
Take care of spiritual or religious needs	33,9%	48,5%	0.002
Stop smoking	8,7%	23,4%	<0,001
Reduce alcohol intake	8,7%	12,4%	0.018

Se si utilizza il metodo dell'appendimento situato, uno strumento utile sono le Carte di Barrows. Queste carte (costruite come le carte da gioco, con simboli e numeri) al posto dei semi, hanno figure metaforiche, descrizioni di segni, sintomi, comportamenti, monitoraggi, rischi, obiettivi, esiti. Il gioco educativo consiste nel far apprendere tutti i contenuti alla persona in educazione e nel far ordinare tutti i contenuti secondo la sequenza logica e il progetto educativo personalizzato.

L'università di Stanford ha costituito il Patient Education Research Centre diretto dalla prof.ssa Kate Lorig⁸⁸, infermiera, che ha iniziato a pubblicare i risultati delle sue ricerche nel 1999.

Le attività educative promosse sono:

a) Attività che utilizzano l'esperienza diretta

- Fare piani d'azione
- Problem solving
- Monitorare il livello di intensità dell'esercizio
- Respirazione diaframmatica
- Rilassamento muscolare progressivo

b)attività che utilizzano l'esperienza vicaria (modelli)

- Gestire gli aspetti medici della malattia
- Fare piani d'azione
- Problem solving
- Gestione emozioni
- Comunicazione

c) attività che utilizzano la persuasione verbale

- Reinterpretazione sintomi
- Importanza di nutrizione sana
- Importanza dell'esercizio

NOTA 1: è vero che la descrizione permette di valutare la "continuità assistenziale?" E' quantificato il grado di miglioramento raggiunto negli indici?

Gli obiettivi dello studio erano stati identificati:

La valutazione multidimensionale permette di attivare la conoscenza e l'assistenza necessaria alla presa in carico globale del paziente?

La scheda di complessità del quadro assistenziale di BPCO è utile ai fini della pianificazione assistenziale?

⁸⁸ Lorig KR, Sobel DS, Stewart AL, Brown BWJr, Bandura A, Ritter P, Gonzalez VM, Laurent DD, Holman HR (1999) Evidence suggesting that a chronic disease self management program can improve health status while reducing hospitalization: a randomized trial. Med Care Jan;37(1): 5-14.

NOTA 2: Quale risposta si può dare a queste domande?

Il caso, nella sua parte iniziale, presenta due proposizioni e due ipotesi:

Proposizione 1: Se si considerano i fattori di rischio e predisponenti alla patologia bronco-ostruttiva (attività lavorativa, fumo di sigarette, alimentazione povera di frutta e verdura, fattori genetici, sovrappeso e ridotta attività fisica), questi elementi, tranne la predisposizione genetica e l'attività lavorativa, sono tutti modificabili attraverso programmi di presa in carico per l'educazione alla salute. Il loro miglioramento/annullamento è già un esito intermedio in termini di salute della persona e la riduzione del peso, l'aumento dell'attività fisica, la riduzione/disassuefazione dal fumo di tabacco, il controllo alimentare con le giuste porzioni quotidiane di frutta e verdura possono essere utilizzati come indici che monitorano l'efficacia dell'assistenza infermieristica pianificata (*ipotesi 1*).

Proposizione 2: I Modelli organizzativi per la gestione delle malattie croniche sono accomunati dal fatto di essere sistemi organizzati, integrati, proattivi che, con un approccio sistemico, pongono al centro dell'intero sistema assistenziale sia il paziente che la famiglia e i caregivers, adeguatamente informati ed educati a svolgere un ruolo attivo nella gestione della patologia. Nella letteratura recente, il Chronic Care Model (CCM) è stato indicato come approccio efficace, responsivo, sicuro ed efficiente, capace di focalizzare l'attenzione sulle patologie croniche e sulla loro prevenzione con un orientamento integrato tra cure territoriali e ospedaliere. Inoltre, la promozione della salute della popolazione opera per sviluppare le abilità personali e le capacità di affrontare i problemi, e per riorientare i servizi sanitari ad una maggiore enfasi sulla prevenzione e le questioni di salute pubblica. Tale approccio produce esiti di salute di successo, che hanno di fatto ridotto i costi sanitari e portato ad una migliore qualità della vita dei pazienti e delle loro famiglie (Barr et al, 2003; Nasmith et al, 2010). Interventi differenti possono essere utilizzati per pazienti con differenti gradi di complessità (Feachem et al, 2002; Shapiro & Smith, 2003; Light & Dixon, 2004; Frølich et al, 2008; Nasmith, 2010) e maggiore è la presenza di comorbidità, maggiore è l'attenzione da porre nella scelta del team di cura, affinché non si interrompano né la continuità terapeutica, né quella assistenziale. Il ruolo dei singoli attori è reciprocamente complementare ed è necessario prevedere momenti di confronto e valutazione congiunta dell'avanzamento del PAI per valutare le condizioni del paziente e la capacità dei caregiver e dell'ambiente di mantenere il livello di cura della persona necessario (*ipotesi 2*).

NOTA 3: le due proposizioni e ipotesi, confrontate con il testo del caso, devono essere verificate o confutate, oppure occorre individuare quali sono gli elementi che non permettono la verifica o la confutazione.

NOTA 4: nell'analisi del caso si può utilizzare una griglia che permetta di rispondere alle seguenti domande:

- è chiara l'organizzazione?
- sono chiari gli strumenti utilizzati?
- sono chiare le interfacce implicate?
- sono chiari i risultati?
- sono coerenti le interpretazioni con i dati descritti?
- qual è l'oggetto vero del caso (in ambito formativo)?
- quali strumenti posso utilizzare nell'analizzare la narrazione?
- come posso classificare il caso?

Per rispondere alle domande:

- far descrivere quali sono gli elementi del testo che confermano o non confermano le ipotesi, che rispondono agli obiettivi del caso e ai problemi/quesiti specifici dello studio

- far descrivere gli elementi portanti dell'organizzazione descritta e le interfacce nei processi principali descritti nel caso di studio
- far descrivere gli strumenti più importanti del caso, quelli legati all'organizzazione che supporta la raccolta dati e quelli della raccolta dati
- far descrivere i risultati che chiariscono le risposte ai quesiti di ricerca alla base del caso di studio
- far descrivere l'oggetto formativo (learning object) contenuto nel caso
- far analizzare il caso con uno strumento tra quelli presentati nel cap. 4
- far classificare il caso con la griglia nel prossimo schema 4.4

Schema. 4.4 – Griglia di classificazione del caso, Lavallo 2012

<i>Critério di progettazione organizzativa/strumenti di gestione</i>	Analisi strategica o organizzativa (competenze analitiche)	Rappresentazione dei dati (Competenze di sintesi e comunicative)	Monitoraggio/Rendicontazione (accountability)	Formulazione di decisioni (competenze decisionali)
Reingegnerizzazione dei processi organizzativi (efficienza)				
Miglioramento di percorsi di cura (efficacia)				
Attivazione di garanzie per i cittadini (advocacy)				
Integrazione professionale orizzontale (teamwork)				

E far rispondere alle domande poste alla fine del caso.

VALUTAZIONE DI QUATTRO REFEREE DEL CASO

Prof. Robert H. Desmarteau, Professore di strategia, Università del Québec a Montréal

“La struttura delle griglie di analisi per l’interpretazione è appropriata e specifica ». Eccellente ponte tra clinica e gestione.

La presenza delle teaching note, molto pertinenti, favoriscono l’apprendimento didattico.

Dott. Guido Prato Previde, Presidente Decathlon Consulting Human Qualities, Milano

Ritengo che il caso riportato sia estremamente rilevante e attuale e coerente con i fini della riflessione organizzativa e gestionale che l’Autore si propone.

Il report del Signor Franco è una vivida vignetta di una situazione critica oggi molto diffusa alla quale l’organizzazione sanitaria in Italia cerca di dare una risposta efficace e innovativa. Lo sviluppo del caso è molto ricco di informazioni e offre stimoli concettuali per guardare alla situazione del paziente in modo articolato e secondo una prospettiva non unidimensionale.

La revisione della letteratura è ampia, aggiornata e con importanti riferimenti internazionali.

La scelta delle riflessioni proposte per analizzare il caso è pertinente e stimola il lettore a formulare delle ipotesi ed a volerle testare/verificare nei fatti.

Gli strumenti di analisi e di intervento presentati sono di qualità ed originali.

Come lettore ho seguito lo sviluppo dei fatti attraverso il personaggio di Annalisa, paradigma di una professionista che cerca di interpretare in modo intelligente e proattivo il proprio ruolo all’interno di un sistema di relazioni professionali complesso ed in una logica integrata.

Il report non dà una soluzione ma offre spunti per identificare in fase formativa i fattori di successo e quelli di insuccesso nella impostazione e nella realizzazione di un approccio efficace al paziente cronico applicando il CCM.

In chiave formativa, nel caso sono bene evidenziati (suggeriti) e portati alla discussione temi di natura organizzativa, professionale e gestionale che bene si prestano per facilitare apprendimento individuale ed il confronto nel gruppo. In questo senso suggerirei all’Autore di sviluppare in futuro dal caso di Franco un “caso tascabile” da gestire in un contesto d’aula di 2 ore o anche da utilizzarsi come assessment delle conoscenze e attitudini al servizio.

Sperimentazione del caso “in vivo”.

Il caso è stato somministrato a 124 persone sottoposte ad un assessment centre (sessione composita di valutazione individuale per evidenziare i potenziali professionali e personali). Il caso è stato sottoposto in una prima fase per analisi e soluzione individuale; in una seconda fase è stato utilizzato per la discussione in gruppi di 10-12 persone.

Prova individuale

La prova richiedeva di analizzare il caso nel tempo di 15 minuti.

Tutti i partecipanti hanno dimostrato grande interesse per la prova, che hanno trovato concreta e pertinente.

*Sono state segnalate difficoltà nel comprendere se era necessario comporre la rete delle transazioni rispetto al caso descritto o come avrebbe dovuto/potuto essere. Le persone hanno per lo più lavorato ricostruendo la sequenza del caso (le cose come sono andate) più che indicare come dovrebbero essere gestite (il compito era questo). Solo un 15% ha lavorato sull’ipotesi innovativa evolutiva. Coloro che hanno lavorato basandosi sulle proprie esperienze (ospedale, territorio) hanno dato la sequenza che meglio conoscono e vedono in atto. C’è una buona correlazione (non ho elaborato ancora i dati quantitativi, però) tra l’appartenenza e la soluzione. Inoltre, nell’individuazione degli attori per le varie attività, i candidati hanno scelto le attività più conosciute, ad esempio gli ospedalieri consulenza e prestazioni diagnostiche, mentre gli appartenenti alle aree territoriali, hanno preferito valutazione per la presa in carico. Va detto, comunque, che in modo più o meno articolato, un buon 40% delle persone ha voluto esprimersi sugli attori di tutte le 8 attività. La **valutazione** della prova individuale era data in base alla correttezza (o quantomeno la coerenza logica) della sequenza logica indicata (visione di insieme) e sulla completezza dell’elenco di attori indicati nel processo. Le persone*

che hanno (40%) voluto esprimersi su tutti gli attori, hanno ricevuto un punteggio più alto sulla competenza "proattività" alla fine dell'assessment centre.

Prova di gruppo

La prova di gruppo ha confermato la validità didattica dell'esercizio. Alle persone è stato dato il compito di completare le risposte al caso.

La discussione nei gruppi è stata molto produttiva e, in genere, ha portato ad una conclusione comune di qualità (è stato in questa fase essenziale il contributo degli "esperti" che hanno affinato e arricchito le soluzioni) Altrettanto, è stato determinante il teamwork e la presenza di una funzione di leadership che guidasse il processo senza essere competente. I migliori risultati sono arrivati forse proprio dai gruppi in cui la leadership di processo non era identificata nell'esperto. Le conclusioni che posso trarre dai gruppi sono:

- L'esercizio è efficacissimo per suscitare l'attenzione dei presenti su un tema di attualità aziendale e professionale;
- L'esercizio è stato percepito da tutti i componenti dei gruppi come una occasione molto apprezzata di confronto professionale e di riflessione organizzativa;
- L'esercizio ha in generale promosso la cross-fertilizzazione delle esperienze e l'integrazione di punti di vista diversi funzionali ad un discorso più complessivo e meno "autocentrato"
- L'esercizio ha generato apprendimento di ciò che gli altri "fanno" e non solo di come pensano
- L'esercizio ha fatto scaturire la consapevolezza che su questi aspetti organizzativi l'azienda sta lavorando, ma bisogna saperne di più
- Le persone del territorio hanno forse una visione maggiore di quanto succede in ospedale di quanto le persone in ospedalesappiano di ciò che succede sul territorio. Tutti sono piuttosto pronti a ripensare l'organizzazione e a dare il proprio contributo.

Dr. Corrado Ruozi, Agenzia Sanitaria e Sociale, Regione Emilia Romagna

Il caso rappresenta un'ottima opportunità formativa per sollecitare l'allievo ad una analisi delle diverse "viste" epistemologiche che caratterizzano i modelli d'intervento presentati (biomedico, biopsicosociale, apprendimento situato). Sarebbe pertanto opportuno formulare una domanda che pone attenzione a questa analisi, magari formulando il quesito: Come cambia l'idea di malato e di malattia in questi diversi approcci metodologici? E' possibile, rispetto alla maggior efficacia dell'intervento di cura, l'utilizzo di diversi modelli o, le differenze epistemologiche che li contraddistinguono, producono confusività (quindi ipotetica minor efficacia) nel percorso di cura?

Il signor Franco è un ottimo esempio di come la patologia cronica è sovradeterminata da diversi fattori di causa (contesto e storia di vita, caratteristiche della struttura di personalità, caratteristiche biomediche, ecc.) che spesso rendono poco efficaci interventi prodotti rispetto a scelte assistenziali e terapeutiche orientate dall'utilizzo di un'unica chiave di lettura dell'esperienza di malattia.

Particolarmente ricca e dettagliata l'informazione relativa agli aspetti organizzativi, professionali e gestionali del caso, ricchezza certamente utile per favorire una riflessione del professionista in apprendimento sul rapporto fra bisogno di semplificazione e bisogno di pensiero complesso nell'approccio alla cronicità.

Dott. Alessandro Suppressa, Direzione Sanitaria AUSL di Piacenza

Il case study, seppur ben definito e contestualizzato su uno specifico paziente, **permette** dal punto di vista metodologico, **un approccio strutturato** esportabile a tutti quei pazienti cronici affetti dalle più comuni comorbilità.

Le teaching note permettono inoltre di **comprendere i punti di forza e debolezza** del case study offrendo una lettura critica ed un supporto formativo alle domande che i discenti si troveranno ad affrontare durante l'analisi del caso in esame.

CASO 3 - La rete dei servizi per le persone affette da disturbi cognitivi nella Provincia di Piacenza

Tiziana Lavallo

Responsabili del progetto Anna Maria Andena, Tiziana Taggiasco

L'Azienda USL di Piacenza ha partecipato al progetto CRONOS della Regione Emilia-Romagna. Dopo 10 anni di attività della rete sui disturbi cognitivi, la Direzione ha incaricato un Medico di Medicina Generale, la Dott.ssa Anna Maria Andena, di valutare il grado di soddisfazione dei MMG in relazione ai supporti ai pazienti presenti o forniti in azienda

La Dott.ssa Andena si prefissò, nel 2011, i seguenti obiettivi specifici:

- Descrivere la rete "Alzheimer" nella provincia di Piacenza
- Verificare se i principali attori della cura percepiscono l'esistenza della rete
- Verificare se utenti o caregiver hanno consapevolezza dell'esistenza della rete e la sua facilità di accesso.

Storicamente, in particolare nel nostro paese, la gestione del paziente demente è sempre stata affrontata in due momenti distinti: quello diagnostico e quello assistenziale e/o riabilitativo. Il momento diagnostico, fondamentale, è quasi sempre di pertinenza dei reparti di neurologia o di geriatria ma anche dei reparti di psichiatria e di medicina generale. Il momento assistenziale-riabilitativo, invece, grava quasi sempre sulle famiglie e, in maniera ancora contenuta nel nostro paese, su istituzioni di tipo sociale quali le residenze sanitarie assistenziali.

La Regione Emilia Romagna diventa in buona sostanza dal 2000, una sorta di laboratorio per la messa a punto e la correzione "in itinere", di una rete socio-sanitaria.

Tale progetto incorona anche la Regione Emilia Romagna come regione capofila dei progetti di assistenza integrata ai pazienti affetti da demenza.

Le proposizioni e le ipotesi

Secondo l'ICD-10 la "demenza" è una sindrome dovuta ad una malattia cerebrale, abitualmente di natura cronica e progressiva in cui è presente un disturbo di diverse funzioni corticali superiori (memoria, pensiero, orientamento, comprensione, capacità di calcolo e di apprendimento, linguaggio e giudizio). Le alterazioni della sfera cognitiva sono comunemente accompagnate da un deterioramento nel controllo delle emozioni, nel comportamento sociale o nella motivazione.

La demenza non consiste soltanto in un deficit della memoria ma compromette pensiero, capacità di ragionamento e velocità nell'elaborare le idee.

Le più comuni demenze sono⁸⁹:

- Demenza primaria (m. di Alzheimer e degenerazione fronto-temporale)
- Demenza secondaria (vascolare, traumatica, infettiva, idrocefalica)
- Demenza associata ad altre malattie degenerative (m. di Parkinson, paralisi progressiva sopranucleare, corea di Huntington)

⁸⁹ Fratiglioni L. Incidence of dementia and major subtypes in Europe: A collaborative study of population-based cohorts. *Neurology*, 2000, 54, S10-15

La prevalenza della demenza è circa dell'1% a 60 anni, raddoppia ogni 5 anni, raggiungendo una frequenza quasi del 40% negli over 85 anni.⁹⁰

La malattia di Alzheimer rappresenta circa il 50% delle demenze e la demenza vascolare circa il 20%, per quanto spesso si trovano forme associate e con l'avanzare dell'età la demenza di Alzheimer tende a diminuire mentre aumentano le forme vascolari.

Affiancano queste classiche forme di demenza e sono in progressione rapida in termini di incidenza, poi le demenze persistenti da uso di sostanze, in particolare la cocaina, responsabile di un deficit perfusionale dell'encefalo. Queste demenze hanno la particolare caratteristica di comparire più precocemente e di rispondere molto modestamente alle terapie tradizionali.

Il dato dell'aumento dell'aspettativa di vita media, il dato della sopravvivenza più lunga dei pazienti affetti da Demenza, il dato dell'insorgenza più precoce di talune forme danno la dimensione e l'urgenza del problema.

In relazione al fatto che la prevalenza di Malattia di Alzheimer (DA) è la più elevata, l'immissione in commercio degli inibitori reversibili dell'acetilcolinesterasi per il trattamento della Demenza di Alzheimer (DA) ha destato notevole interesse nell'intera comunità.

Per tale motivo nasce il progetto CRONOS⁹¹, diffuso anche a livello regionale, quest'ultimo è stato uno studio di coorte prospettico di sorveglianza post-marketing, realizzato su scala nazionale, per valutare la trasferibilità nella pratica clinica dei risultati ottenuti nei trial clinici condotti prima dell'autorizzazione all'immissione in commercio dei farmaci anticolinesterasici.

Lo studio osservazionale prospettico è stato condotto su un campione rappresentativo di pazienti con DA in trattamento presso le Unità di Valutazione Alzheimer (UVA) istituite in tutte le regioni italiane secondo i criteri previsti nel protocollo dello studio.

La conduzione dello studio osservazionale CRONOS, nel documentare il modesto valore terapeutico dei farmaci inibitori delle colinesterasi nel trattamento della DA, ha costituito anche l'occasione per una serie di riflessioni su alcuni temi centrali nella diagnosi e trattamento della demenza in Italia quali:

- la questione metodologica relativa all'uso dei test neuropsicologici e delle scale cliniche nella diagnosi e nel monitoraggio della progressione della malattia;
- gli aspetti assistenziali dei malati e di supporto dei loro familiari;
- i diversi approcci terapeutici e riabilitativi;
- la necessaria evoluzione delle 500 UVA, attivate con il progetto CRONOS, in una rete socio-assistenziale efficace ed efficiente
- una definizione più esplicita del ruolo del medico di medicina generale nelle cure della DA.

Proposizione 1: Se si assume la prospettiva della prevalenza della malattia e della progressiva precocizzazione dei sintomi, poiché nessun sistema sanitario o sociale potrà nei prossimi anni assumersi in toto il carico assistenziale residenziale dei casi, è necessario che i sistemi socio-sanitari, sanitari e sociali e che i servizi del volontariato costruiscano una rete di supporto alle famiglie, al fine di mantenere presso il domicilio il più a lungo possibile le persone malate. La presenza formale della rete di servizi, se non è vissuta come un sistema integrato nelle azioni e nelle decisioni dai caregiver, risulta un sistema inefficace (*ipotesi 1*).

Proposizione 2: I Modelli organizzativi per la gestione delle malattie progressive e degenerative devono prevedere un forte intervento della comunità e il modello Chronic Care Expanded è probabilmente il modello

⁹⁰ The Italian Longitudinal Study on Aging. Prevalence of chronic disease in older Italians: comparing self-reported and clinical diagnoses. *Int J Epidemiol* 1997;26:995-1002.

⁹¹ DGR n.2110/09, DGR 219/09 e DGR 1336/10, Regione Emilia Romagna (DGR 514/09 "Primo provvedimento della Giunta regionale attuativo dell'art. 23 della l.r. 4/2008 in materia di accreditamento dei servizi socio-sanitari" e s.m.i. di cui alla DGR 390/11

meglio orientato alla presa in carico anche educativa di persona e caregivers (Wagner, 1998; Bodenheimer et al., 2002)

Il ruolo dei singoli attori è reciprocamente complementare ed è necessario prevedere momenti di confronto e valutazione congiunta dell'avanzamento del PAI per valutare le condizioni del paziente e la capacità dei caregivers e dell'ambiente di mantenere il livello di cura della persona necessario (*ipotesi 2*).

Metodi e strumenti

Il disegno della ricerca è stato di tipo descrittivo.

La metodologia di indagine è stata prima epidemiologica per definire i volumi di popolazione interessati da questo problema di salute.

Per effettuare l'analisi delle relazioni esistenti e per definire la percezione che ogni nodo della rete ha rispetto agli altri sono stati identificati come strumenti la Rete Egocentrata, la Rete delle Transazioni. Inoltre è stata elaborata un'intervista semi strutturata da sottoporre ai rappresentanti dei nodi per la valutazione della percezione dell'esistenza della rete dei servizi e della facilità di accesso sia negli attori dei servizi, sia nei caregivers.

Lo scopo della rilevazione effettuata con le schede è quello di evidenziare e riportare le relazioni più forti e più deboli rilevate tra i nodi.

Campionamento

Il campione di operatori ed utenti/caregiver da intervistare è stato selezionato sulla base della disponibilità a rispondere.

Per la ricerca, si è definito un campione minimo di 25 MMG su 238, 25 referenti distrettuali dei servizi, 25 pazienti/caregiver.

Fasi della ricerca

Fase 1

Revisione della letteratura e della normativa. Analisi della struttura della popolazione dei servizi nella provincia di Piacenza. Scelta del metodo di descrizione della rete.

Fase 2

Analisi dei "setting" assistenziali coinvolti (nodi della rete), in modo da definire esattamente la rete, dell'architettura organizzativa attraverso la descrizione delle relazioni o transazioni che coinvolgono più o meno intensamente i nodi della rete.

Fase 3

Interviste semi strutturate ai caregivers dei pazienti che già hanno avuto accesso alla rete.

Analisi statistica

Non sono stati utilizzati descrittori statistici nel *case study*,

Indicatori ipotesi 1

Gli indicatori individuati per la valutazione dell'efficacia dell'assistenza sono stati (quesito 1):

- conoscenza della rete da parte dei caregivers
- utilizzo dei nodi della rete da parte dei caregiver
- autonomia nell'igiene

- Indicatori ipotesi 2
- n° di obiettivi condivisi nel team
- n° di incontri del team
- continuità della progettazione-valutazione-adeguamento del PAI
- presenza di un progetto educativo di sostegno della famiglia.

Piacenza: popolazione e servizi

Come è evidenziabile dai dati aggiornati al 31/12/2011 in allegato (tab.5.18, 5-19, 5.20) , la popolazione della provincia di Piacenza conta 289.199 abitanti.

Essi risiedono in tre Distretti: Distretto di Ponente ad Ovest, Distretto di Lavante ad Est, e Distretto di Piacenza che comprende il territorio del comune di Piacenza.

Nel Distretto di Ponente e nel Distretto di Levante la struttura orogeografica comprende sia territori siti in aree pianeggianti che in aree montane e pedemontane, mentre il Distretto di Piacenza è accolto in un territorio esclusivamente pianeggiante.

La popolazione residente nel Distretto di Ponente è di 77.131 abitanti; dei Comuni che compongono questo Distretto 15 appartenevano all'ex Comunità Montana e sono comuni in cui il territorio si caratterizza per strette valli con crinali scoscesi e fitta vegetazione boschiva soprattutto nei Comuni più a sud. In questi 15 Comuni risiedono 21.432 abitanti, mentre i rimanenti 55.699 sono residenti in Comuni di area pianeggiante o collinare (tab.4).

La popolazione residente nel Distretto di Levante è di 108.862 abitanti. Appartenevano all'ex Comunità Montana 10 Comuni con un totale di residenti in tali ambiti di 26.336 abitanti, mentre i rimanenti 82.526 risiedono in aree pianeggianti o collinari.

Va fatto notare che le zone abitate in questa Provincia si sviluppano prevalentemente lungo le vallate dei fiumi che scendono in direzione Sud-Nord verso il Po' e che la rete stradale accompagna prevalentemente queste vallate dalla Montagna con convergenza verso la Città Capoluogo Piacenza.

Da questo deriva che anche la rete dei Servizi di trasporto Pubblici, sia ferroviaria che di autobus segue dei percorsi periferia-centro quasi a stella, dove il centro verso cui convergono i trasporti è la Città di Piacenza come si evidenzia in figura 1. Non esistono percorsi di reti di trasporto pubblico che colleghino trasversalmente Comuni della Provincia che non siano posti su queste traiettorie.

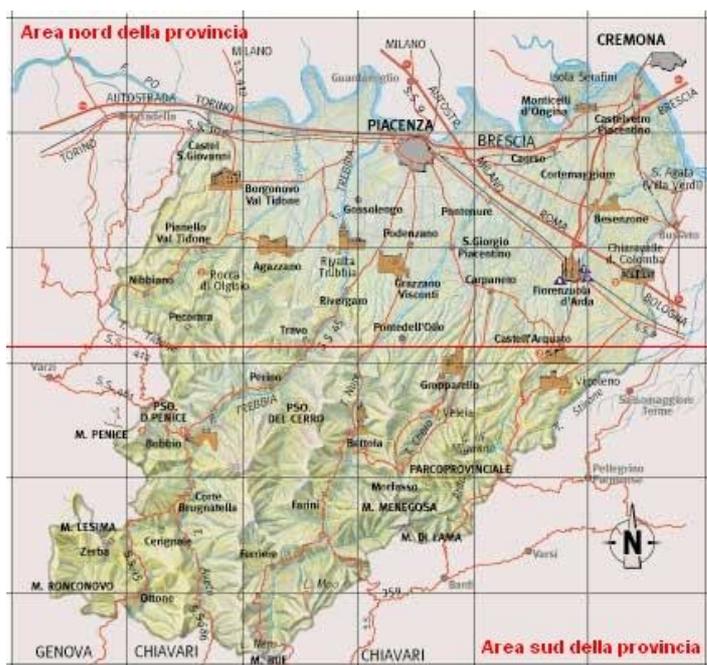


Fig.5.3 la provincia di Piacenza

Le strutture ospedaliere della Provincia sono situate in aree di pianura, fatta eccezione per il presidio ospedaliero di Bobbio.

La distribuzione delle strutture residenziali e semiresidenziali convenzionate destinate ad accogliere anche i pazienti affetti da deterioramento cognitivo, è diversa nei vari Distretti : in particolare mentre nel Distretto di Ponente sono comunque prevalentemente situate in aree di pianura (delle 6 strutture esistenti 1 sola è in area montana mentre le altre 5 sono in territorio pianeggiante) nel Distretto di Levante delle 11 strutture residenziali presenti 6 sono in ambito montano/pedemontano.

La distribuzione geografica dei residenti non è ovviamente omogenea in tutti i territori comunali, a seguito di un progressivo spopolamento delle aree montane per scarsità di opportunità di lavoro e per condizioni abitative meno confortevoli.

Il dettaglio numerico della distribuzione della popolazione divisa in sottogruppi per fasce di età è in tabella 5.18 sotto riportata, nella quale, per la rappresentazione orografica e la distanza dal capoluogo di distretto, la popolazione appartenente all'ex Comunità Montana è indicata nella sottofamiglia "Montagna", mentre la popolazione del territorio pedecollinare e di pianura è inserito nella sottofamiglia "Pianura".

Distretti/popolazione	Somma di Popolazione totale	Somma di Popolazione >64 aa	Somma di Pop 65-74	Somma di Pop 75-84	Somma di Pop >84
Levante	108862	26219	12164	9891	4146
Montagna Lev	26336	7606	3208	2894	1389
Pianura Lev	82526	18613	8956	6997	2757
Piacenza	103206	24716	12169	8808	3739
Pianura	103206	24716	12169	8808	3739

Ponente	77131	18961	8323	6324	4314
Montagna Pon	21432	7187	2871	2587	1729
Pianura Pon	55699	11774	5452	3737	2585
Totale	289199	69896	32656	25023	12199

Tab.5.18 distribuzione della popolazione nei distretti della provincia di Piacenza, suddivisi per montagna e pianura, fonte come 5.18

Levante %	24,08%
Levante Montagna %	28,88%
Levante Pianura %	22,55%
Piacenza (pianura)	23,95%
Ponente %	24,58%
Ponente Montagna %	33,53%
Ponente Pianura %	21,14%

Tab. 5.19 distribuzione % della popolazione nei distretti della provincia di Piacenza, suddivisi per zona orogeografica



Fig. 5.4 – distribuzione territoriale delle Case Residenziali per Anziani, fonte Ufficio di Supporto Conferenza Socio-Sanitaria Territoriale

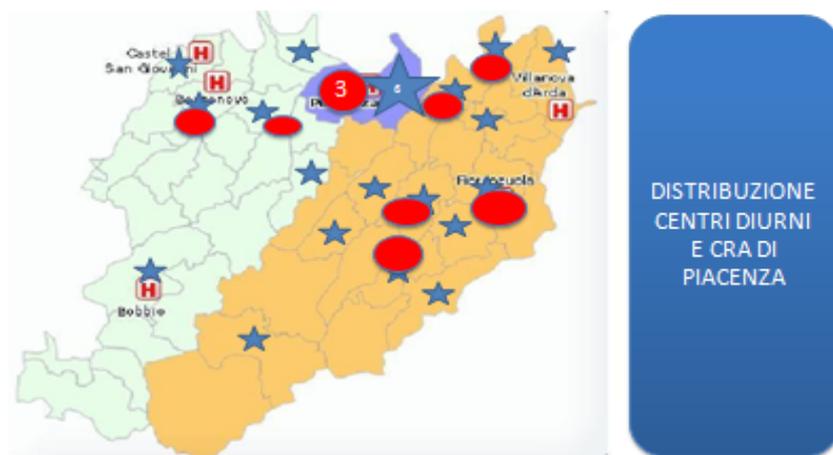


Fig.5.5 – distribuzione territoriale dei centri diurni, in rapporto alle CRA, fonte come 5.4

Dai dati della tabella 5.19 emerge che tutti e tre i Distretti presentano una percentuale di soggetti anziani relativamente omogenea e attestantesi attorno al 24%, ma scomponendo le aree abitative in montane e non, compare una significativa differenza salendo ad un tasso del 31% per il Distretto di Ponente e quasi del 29% per il Distretto di Levante nei Comuni appartenenti all'ex Comunità Montana.

Il dato viene evidenziato iconograficamente Comune per Comune in Fig. 5.6

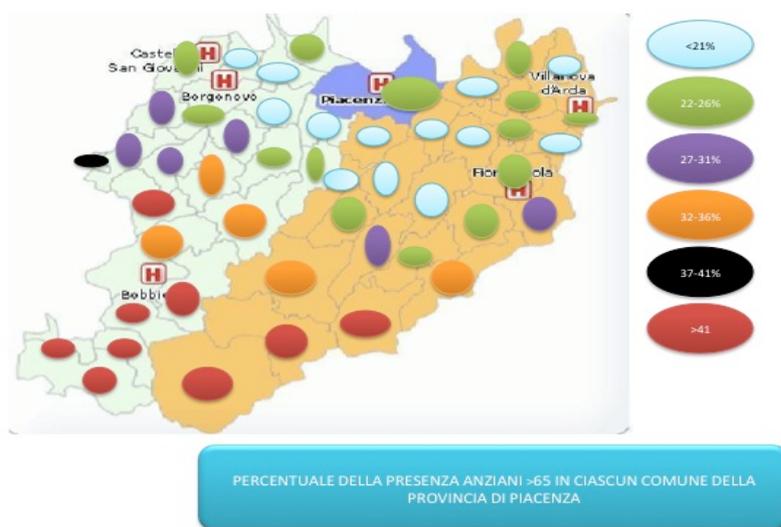


Fig.5.6 – densità di anziani nei comuni del territorio, elaborazione DCP, Piacenza

E' ben sottolineato dal colore rosso che 8 Comuni della Provincia di Piacenza hanno un tasso di anzianità superiore al 41%, e comunque tutti i Comuni di area montana/collinare di entrambi i Distretti hanno un tasso superiore al 32%.

Il valore percentuale, sebbene si disaccoppi dal dato del numero “secco” dei pazienti anziani per Comune di residenza come si vede nella figura 5.6, è di interesse in quanto, come si vedrà dall’analisi successiva, il peso dell’assistenza all’anziano è supportato prevalentemente dalle famiglie, e questo peso ingigantisce ancor più quando il soggetto è affetto da deterioramento cognitivo. Il rapporto fra popolazione anziana, destinataria dell’assistenza, e popolazione più giovane, fornitrice di assistenza, fornisce un parametro della sostenibilità dell’assistenza stessa.

Le considerazioni che si traggono invece dal numero “secco” dei residenti anziani di ciascun Comune indirizzano maggiormente quei parametri che condizionano i posti residenziali della Provincia.

In figura 5.7 sono descritti quanti anziani sono presenti sul territorio di ciascun Comune.

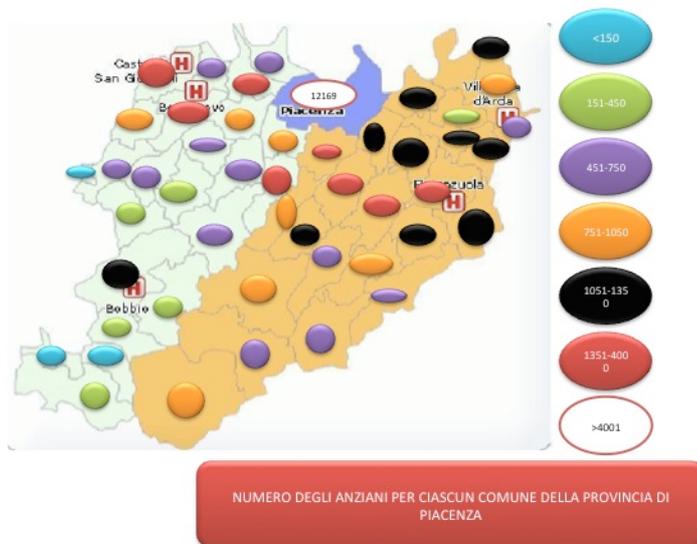


Fig.5.7 – distribuzione numerica degli anziani nei comuni della provincia di Piacenza, elaborazione DCP, Piacenza

La demenza, in qualunque sua forma, è correlata all’età. I dati di letteratura evidenziano che la prevalenza di malattia dai 65 ai 74 anni si attesta attorno a 5%, dai 75 agli 84 anni è circa del 24%, e sopra gli 85 anni è del 40%.

Possiamo pensare di applicare questi indici alla popolazione piacentina in modo da prevedere approssimativamente il numero di soggetti affetti attesi ed il carico assistenziale inerente i pazienti affetti da deterioramento cognitivo, suddivisi per aree come si vede in tabella 5.20.

Percentuale attesa di persone demenza	5%	24%	40%
Attesi levante	608	2.374	1.658
Attesi levante zona montuosa	160	695	556
Attesi levante pianura	448	1.679	1.103
Attesi piacenza	608	2.114	1.496
Attesi ponente	416	1.518	1.726
Attesi ponente zona montuosa	144	621	692
Attesi ponente pianura	273	897	1.034
Attesi totali	1.633	6.006	4.880

Tab.5.20 – Aspettativa di prevalenza di persone con forme di demenza

Nel 2011 sono stati 930 i nuovi casi di Alzheimer diagnosticati e 1714 i casi in carico del Centro Demenze. Sono escluse le persone ricoverate in CRA.

Le Strutture Residenziali e Semiresidenziali

Dai dati a disposizione i soggetti affetti da demenza sono complessivamente 12.519 di cui 3.660 nel Distretto di Ponente, 4.218 nel Distretto di Piacenza, 4.640 nel Distretto di Levante.

Scomponendo il dato ulteriormente dei presumibili pazienti affetti da demenza nel Distretto di Ponente 1.457 sarebbero residenti in area montana (pari al 40% circa), e per il Distretto di Levante 1.411 sarebbero residenti in area montana (pari al 30% circa).

I posti disponibili nelle strutture residenziali convenzionate sono riassunti nella tabella 5.21, suddivisi per Distretto, mentre i posti diurni sono riassunti in tabella 5.22.

Gestori	Ospiti classificati	classe A	classe B	classe A+B	classe C	classe D
CRA TOT. DISTRETTO PONENTE	339	70	67	137	177	25
CRA TOT. DISTRETTO PIACENZA	396	88	123	211	184	3
CRA TOT. DISTRETTO LEVANTE	445	104	97	201	220	25

Tab.5.27 distribuzione degli ospiti in Centri Diurni per gravità di case mix (A = persone con disturbi cognitivi), anno 2011. Fonte Sistema Informativo Regionale

GESTORI	Osp. Classificati	Classe A	Classe B	Classe A+B	Classe C	Classe D
CD TOT DISTRETTO PONENTE	23	2	0	2	15	6
CD TOT. DISTRETTO PIACENZA	66	5	0	5	46	15
CD TOT DISTRETTO LEVANTE	49	21	0	6	23	35

Si possono desumere approssimativamente i posti occupati da malati con deterioramento cognitivo presso le strutture residenziali perché, nella classificazione di carico assistenziale essi sono ricompresi nelle categorie A e, in qualche caso, anche nel B.

Va precisato, a completamento della descrizione della rete delle Strutture Residenziali la presenza, nella Provincia di alcune altre Strutture non convenzionate, che tuttavia non modificano di molto la percentuale di anziani dementi assistiti presso Residenze Protette.

Pare evidente che la scelta assistenziale prevalente in provincia di Piacenza sia di accudire il paziente anziano affetto da demenza presso il suo stesso domicilio piuttosto che istituzionalizzarlo in struttura.

E' confortante vedere che le scelte della Regione Emilia Romagna espresse dai DRG dal 2000 a tutt'oggi aggiornatisi periodicamente, sostengono questa tipologia di approccio assistenziale di domiciliarità del paziente.

La lettura della rete

Il concetto di *rete* ha avuto in anni recenti una notevole fortuna negli studi sociali, per indicare una particolare forma di *legame sociale* dotato di caratteristiche specifiche

La principale distinzione esistente è quella fra *reti organizzative* e *reti sociali*.

Una *organizzazione a rete* può essere definita come “un modello organizzativo in cui i diversi soggetti (produttori ed erogatori del servizio o nodi del sistema) convergono su obiettivi comuni.”⁹²

Le *reti sociali* sono invece costituite da persone tra cui esistono legami significativi, che consentono e favoriscono meccanismi di scambio finalizzati al conseguimento del benessere: le parole chiave delle reti sociali sono allora *relazionalità* e *associazione*, cioè capacità di perseguire degli obiettivi condivisi attraverso la costruzione di legami.

Numerosi approcci metodologici hanno arricchito negli ultimi anni 'la teoria delle reti e l'analisi del network, sociale. Numerosi autori hanno affermato che il vantaggio cruciale della rete, in un mondo globalizzato, è quello di permettere una specializzazione e flessibilità selettiva basata su attività strutturate complementari (Grandori e Soda, 1995). Le reti “istigano” le aziende a decentralizzare il potere e allo stesso tempo consentono un processo di *decision-making* focalizzato (Todeva, 2006, p. 5).

Le reti possono essere analizzate a partire dall'interazione che si viene a costituire tra attori, risorse, ed attività. Si tratta di interazioni complesse più che di singole ed isolate transazioni, che implicano investimenti specifici e mutuo adattamento tra le imprese e all'interno di queste.

Ciascun nodo della rete, che possiede risorse tecniche ed umane specifiche ed idiosincratice è legato agli altri nodi attraverso varie modalità e tipologie di relazioni.

Nell'analisi della scuola svedese ARA il *network*⁹³ è definito su tre livelli complementari interconnessi:

- a) gli attori che danno vita ad un network, le loro caratteristiche, le risorse “dedicate” da questi al funzionamento della rete,
- b) le relazioni che vengono a crearsi tra i nodi del network, la loro intensità e durata,
- c) l'evoluzione dell'architettura delle competenze coinvolte.

La rete egocentrata

Per effettuare le interviste ai rappresentanti dei diversi nodi della rete è stata scelta una rappresentazione grafica, la rete egocentrata.

La rete si configura come una serie di cerchi concentrici al cui centro si pone l'intervistato. Lo schema è suddiviso in quattro quadranti che rappresentano una delle dimensioni attraverso le quali la rete prende forma.

Nel settore indicato come “numerosità dei pazienti” si chiede di posizionare ciascun nodo in base alla quantità dei pazienti che dal “setting” privilegiato transitano verso altro nodo, intesi come percentuale di pazienti assistiti, dal 100% in prossimità del centro al 10% in periferia.

Nel settore indicato come “numerosità dei contatti” si chiede di posizionare in relazione al numero di contatti/anno, ciascun nodo in base alla quantità di contatti che dal “setting” privilegiato si sviluppano verso l'altro, da oltre 100 contatti/anno in prossimità del centro a meno di 10 contatti/anno in periferia.

Nel settore “tempo di vita” si chiede di posizionare ciascun nodo rispetto al tempo da cui è attivo il contatto.

⁹² Butera F. L'organizzazione a rete attivata da cooperazione, conoscenza, comunicazione, comunità: il modello 4C nella Ricerca e SviluppoI pubblicato nel volume Callieri C. (a cura di) “*Lavoro e economia della conoscenza*”, FrancoAngeli, Milano, 1998

⁹³ Ribolzi L. - Le reti di scuole come luogo di apprendimento – Gold Train (trasferimento e innovazione) progetto biennale 2004-2006

Nel settore “tempo di formalizzazione” si chiede da quanto tempo è stata resa formale attraverso procedure o protocolli, la relazione. Per entrambi gli ultimi due la temporizzazione data è a partire dal 2000, anno in cui si è attivata la rete delle Demenze

Ogni “nodo” della rete ha una serie di funzioni autonome e più o meno diversificate, può essere rappresentato da un Servizio, un Reparto o una Figura professionale con una funzione operativa.

La continuità dei processi di cura è garantito dal fatto che i “nodi” siano in collegamento tra loro attraverso relazioni stabili e durature nel tempo.

Sono state effettuate interviste ad un campione di professionisti appartenenti a nodi privilegiati individuati nei vari distretti presenti nelle diverse province.

A parte la figura del familiare care-giver, che accompagna e gestisce le relazioni per conto del paziente affetto da malattia dementigena, i “setting” di cura immaginati come privilegiati nel lavoro sono stati, tra tutti, quelli detentori del maggior numero di relazioni o transazioni che dir si voglia.

Esse sono: il Medico di Medicina Generale, il responsabile dell’ Ambulatorio delle Demenze, il Direttore dell’Unità Operativa Gestione Territoriale della Non-Autosufficienza, l’ UVM nelle due figure dell’Infermiera dell’ADI e dell’ Assistente Sociale del Comune di residenza del paziente, il Centro Diurno, la Struttura Residenziale. Per i 7 setting identificati come più significativi si è deciso di rappresentare le transazioni prevalenti del servizio o del professionista analizzato.

Per il Medico di Medicina Generale le transazioni prevalenti oltre alla relazione col familiare care-giver sono:

1. Rilevazione del sospetto diagnostico
2. Consulenza clinica
3. Diagnostica laboratoristica e strumentale
4. Dimissione protetta (solo per RER)
5. Presa in carico domiciliare
6. Ricovero in Struttura residenziale

Per il Responsabile dell’ Ambulatorio Demenze (RER) o UVA (RL)

- 2) Consulenza clinica
- 3) Diagnostica laboratoristica e strumentale
- 5) Ricovero per complicanze o comorbidità
- 10) Supervisione clinico-terapeutica
- 13) Sostegno al familiare care-giver

Per il Direttore Unità Operativa GTNA(PC) /Direttore S.C. Anziani(IM):

- 4)Valutazione socio-assistenziale
- 7) Presa in carico domiciliare
- 9) Ricovero in struttura
- 11)Coordinamento
- 12)Riabilitazione (solo per RER)

Per l’Infermiera dell’UVM/ADI (RER)/Direttore Sanitario Distretto (RL)

- 4)Valutazione socio-assistenziale
- 6) Dimissione Protetta (RER)
- 7) Presa in carico domiciliare
- 8) Intervento domiciliare
- 11) Coordinamento
- 12) Riabilitazione (RER)

Per l’Assistente Sociale del Comune di residenza del paziente (UVM) (RER)/ Direttore Distretto Sociale (RL)

- 4)Valutazione socio-assistenziale
- 6).Dimissione Protetta (RER)
- 7)Presenza in carico domiciliare
- 8)Intervento domiciliare
- 11) Coordinamento

Per la Struttura Residenziale Convenzionata:

- 9)Ricovero in struttura
- 11)Coordinamento
- 13)Sostegno al care-giver

Per il Centro Diurno:

- 8)Intervento domiciliare
- 11)Coordinamento
- 13)Sostegno al care-giver

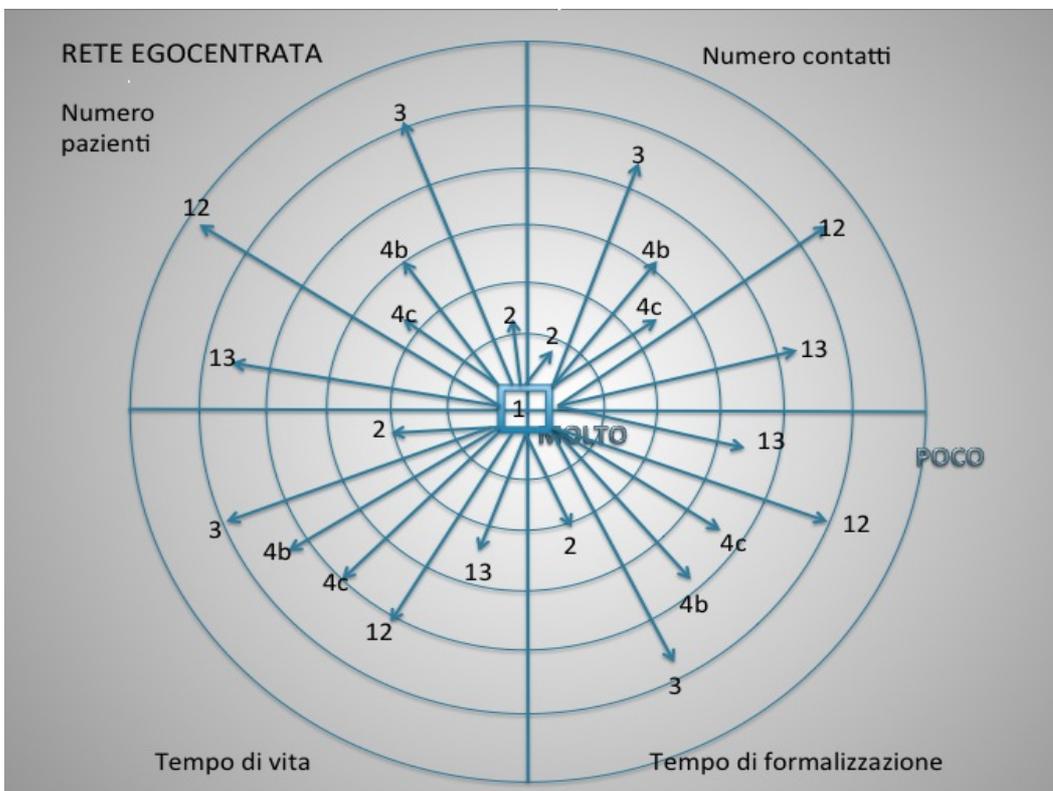


Fig. 5.8 Rappresentazione della Rete Egocentrata. Sintesi del punto di vista dei Medici di Medicina Generale intervistati

La rete delle transazioni

Un ulteriore elemento di fondamentale importanza per la funzionalità di una rete è la Transazione ossia quell'insieme di scambio di risorse professionali ed economiche che avviene attraverso relazioni stabili e durature nel tempo che il "setting" scelto come punto di vista privilegiato attiva con Servizi, Reparti o figure professionali con una funzione operativa.

In una rete assistenziale il concetto di transazione può essere assimilato alle procedure cliniche ed organizzative che si attivano nei processi di cura. Ogni transazione richiede l'attivazione di una relazione con uno o più servizi al fine di scambiare una certa quantità di risorse ed implica un impegno per un certo periodo di tempo.

Usando come mappa la stessa rete ego-centrata, in questo caso si indicano nei quattro settori alcune delle dimensioni attraverso cui si configurano le transazioni:

Nel settore "quantità di risorse" si chiede di posizionare ciascuna transazione rispetto alla quantità di risorse che vengono scambiate, collocando quelle nelle quali vengono scambiate più risorse nelle aree centrali, mentre quelle con le quali le risorse scambiate sono poche nelle aree più esterne.

Nel settore "intensità" ciascuna transazione dovrà essere posizionata vicino al centro se sono frequenti, in periferia se avvengono raramente.

Nel settore "durata" l'attenzione va posta sulla quantità di tempo che impegna ciascun tipo di transazione, vicino al centro le transazioni che occupano molto tempo e perifericamente quelle che ne impegnano poco.

Nel settore "tempo di vita" si chiede di esplicitare a partire da quale periodo è attiva una particolare transazione posizionando vicino al centro l'anno 2000 e lontano il 2011.

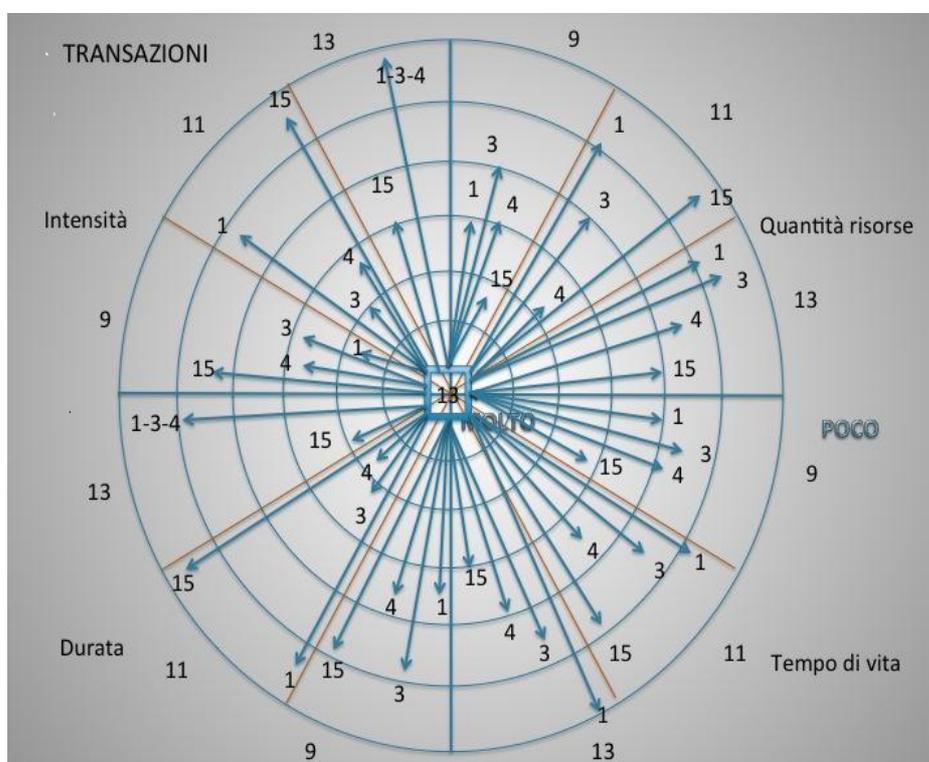


Fig. 5.9 – Rete delle transazioni: il punto di vista del Centri Residenziali per persone con Alzheimer

Questionario semi strutturato rivolto ai Nodi

Per completare la percezione del funzionamento della rete delle demenze si è sottoposto a ciascuno dei nodi un breve questionario indirizzato ad evidenziare i legami da sostenere, quelli ben evidenziati, i punti di forza e i punti di debolezza.

Le domande poste sono le seguenti:

1. Nella rete delle demenze di cui fate parte esistono dei legami da sostenere?
2. Esistono dei legami consolidati e di facile intesa?
3. Nella rete di servizi e di cura così come è stata delineata è possibile per voi evidenziare dei punti di forza?
4. E' possibile tracciare dei punti di debolezza?

Questionario semi strutturato rivolto ai caregivers

Per effettuare le interviste ai caregivers dei pazienti affetti da demenza sono state scelte due domande che consentissero di evincere la conoscenza della rete da parte della popolazione e la facilità di accesso escludendo il MMG come primo nodo perché la relazione tra le due figure in questo caso è immediata.

In ogni provincia sono stati intervistati familiari di pazienti attualmente inseriti nella rete socio assistenziale e ad essi è stato chiesto:

1. Da chi avessero ricevuto informazioni relative all'esistenza della rete o di uno dei suoi nodi
2. Quanto tempo hanno impiegato ad accedere alla rete

Struttura della Rete delle demenze

In provincia di Piacenza si è provveduto a costruire, come previsto dai Decreti Regionali, una consistente rete sanitaria/socio-assistenziale per supportare una realtà così pesante e che le previsioni di aumento di aspettativa di vita e di insorgenza di nuove tipologie di demenze danno in crescita ulteriore.

Ogni Distretto, strutturandosi in maniera omogenea, ha costituito la sua rete di assistenza ai pazienti dementi come riassunto nella tabella 5.28

La rete risulta composta da numerose figure che sviluppano attività clinica, di supporto psicologico sia ai pazienti che ai familiari, di assistenza infermieristica e di intervento sociale. Va inoltre precisato che presso l'Ambulatorio demenze è pure rintracciabile una figura di sostegno legale per consulenza ai familiari.

Ulteriore precisazione da farsi è che in alcuni ambiti montani la figura del geriatra che svolge attività presso l'Ambulatorio del deterioramento Cognitivo si identifica con quella che svolge attività come geriatra dell'UVM, pur appartenendo a due Unità Operative (ospedaliera una e territoriale l'altra) distinte.

Questa posizione sebbene sia un ibrido dal punto di vista contrattuale, favorisce le relazioni fra gli operatori.

Le figure siglate con asterisco in tabella, sono poi figure uniche che sviluppano la propria attività a cavaliere fra i tre Distretti, comportando in particolare nella figura del Direttore GTNA una visione più complessiva e gestionale.

La descrizione di questa rete identifica come una sorta di fotografia istantanea i nodi che la compongono e li descrive dal punto di vista organizzativo.

Tab. 5.23 I nodi della rete nei tre Distretti della Provincia di Piacenza

DISTRETTO DI PONENTE	
1) Medico di medicina generale	47 MMG, 2 MDG
2) Ambulatorio demenza	2a) Medico specialista (2 unità)
	2b) Psicologo (1 unità)
	2c) Infermiere (1 unità)
	2d) Assistente sociale (1 unità)
3) Direttore Gestione Non Autosufficienza *	
4) UVM	4a) Medico geriatra (2 unità)
	4b) Infermiere ADI Comune di res.
	4c) Ass. Sociale Comune di res.

5) Reparti di ricovero per complicanze e comorbidità	5a) Medicina (2 reparti in 2 Osped.)
	5b) Geriatria (nessuno)
	5c) Ortopedia (1 reparto)
	5d) Neurologia (nessuno)
6) Dipartimento di Emergenza Urgenza (2 reparti in 2 Ospedali)	
7) Diagnostica	7a) Laboratorio Analisi (2 unità)
	7b) Diagnostica Radiologica (1 unità)
8) Dimissioni Protette	8a) Infermiere UOGTNA
	8b) Ass. Sociale SAA
9) ADI	1) MMG
	4b) Infermiere ADI Comune di res.
	4c) Ass. Sociale Comune di res.
10) Reparti di Lungo-degenza (LD_PARE) (2 unità)	
11) Ricoveri di sollievo (2 unità presso CRA)	
12) Centri Diurni (2 unità)	
13) Centri Residenziali (6 unità)	
14) SAA	
15) Familiare care-giver	
16) Associazioni volontariato	
17) Centro adattamento ambiente domestico (CAD) *	
18) Caffè Alzheimer (1 unità)	
19) Centro Riabilitazione crisi atassiche **	
20) FKT prevenzione cadute e addestramento ausili (2 unità)	
21) Psichiatra CSM	

DISTRETTO DI PIACENZA	
1) Medico di medicina generale	79 MMG, 4 MDG
2) Ambulatorio demenza	2a) Medico specialista (2 unità)
	2b) Psicologo (1 unità)
	2c) Infermiere (2 unità)
	2d) Assistente sociale (1 unità)
3) Direttore Gestione Non Autosufficienza *	
4) UVM	4a) Medico geriatra (2 unità)
	4b) Infermiere ADI Comune di res.
	4c) Ass. Sociale Comune di res.
5) Reparti di ricovero per complicanze e comorbidità	5a) Medicina (3 reparti)
	5b) Geriatria (1 reparto)
	5c) Ortopedia (1 reparto)
	5d) Neurologia (1 reparto)
6) Dipartimento di Emergenza Urgenza	6a) 3 reparti
7) Diagnostica	7a) Laboratorio Analisi (1 unità)
	7b) Diagnostica Radiologica (3 unità)
8) Dimissioni Protette	8a) Infermiere UOGTNA
	8b) Ass, Sociale SAA
9) ADI	1)MMG
	4b) Infermiere ADI Comune di res.
	4c) Ass. Sociale Comune di res.

10)Reparti di Lungo-degenza (LD_PARE) (2 unità)	
11) Ricoveri di sollievo (1 unità presso CRA)	
12) Centri Diurni (3 unità)	
13) Centri Residenziali (6 unità)	
14) SAA	
15) Familiare care-giver	
16) Associazioni volontariato	
17) Centro adattamento ambiente domestico (CAD) *	
18) Caffè Alzheimer (nessuno)	
19) Centro Riabilitazione crisi atassiche **	
20 FKT prevenzione cadute e addestramento ausili (4 unità)	
21) Psichiatra CSM	
DISTRETTO DI LEVANTE	
1) Medico di medicina generale	78 MMG, 5 MDG
2) Ambulatorio demenza	2a) Medico specialista (2 unità) 2b) Psicologo (1 unità) 2c) Infermiere (1 unità) 2d) Assistente sociale (1 unità)
3) Direttore Gestione Non Autosufficienza *	
4) UVM	4a) Medico geriatra (1 unità) 4b) Infermiere ADI Comune di res. 4c) Ass. Sociale Comune di res.
5) Reparti di ricovero per complicanze e comorbilità	5a) Medicina (1 reparto) 5b) Geriatria (nessuno) 5c) Ortopedia (1 reparto) 5d) Neurologia (nessuno)

6) Dipartimento di Emergenza Urgenza	6a) 1 reparto
7) Diagnostica	7a) Laboratorio Analisi (1 unità) 7b) Diagnostica Radiologica (1 unità)
8) Dimissioni Protette	8a) Infermiere UOGTNA 8b) Ass, Sociale SAA
9) ADI	1)MMG 4b) Infermiere ADI Comune di res. 4c) Ass. Sociale Comune di res.
10) Reparti di Lungo-degenza (LD_PARE) (1 unità)	
11) Ricoveri di sollievo (2 unità presso CRA)	
12) Centri Diurni (6 unità)	
13) Centri Residenziali (11 unità)	
14) SAA	
15) Familiare care-giver	
16) Associazioni volontariato	
17) Centro adattamento ambiente domestico (CAD) *	
18) Caffè Alzheimer (nessuno)	
19) Centro Riabilitazione crisi atassiche **	
20) FKT prevenzione cadute e addestramento ausili (3 unità)	
21) Psichiatra CSM	

Le Transazioni

Sono state classificate e descritte le transazioni e i nodi coinvolti in ogni transazione nella tabella 5.24.

Transazioni	Nodi Coinvolti
1- Rilevazione del sospetto diagnostico	1-MMG 15-familiare care-giver
2- Consulenza clinica	1- MMG 2-Ambulatorio Demenze 15-familiare care-giver
3- Diagnostica strumentale	1- MMG 2-Ambulatorio Demenze 7- Diagnostica 15-familiare care-giver
4- Valutazione socio assistenziale	1- MMG 3-Direttore GTNA 4-UVM 14-SAA 15-familiare care-giver
5- Ricovero per complicanze/comorbilità	1-MMG 2-Ambulatorio Demenze 5-Reparti di ricovero ordinario 6-DEU 7-Diagnostica 15-familiare care-giver
6- Dimissione Protetta	1- MMG 4-UVM 5-Reparto ricovero 8-team dimissione protetta 1 10-LDPARE 15-familiare care-giver
7- Presa in carico domiciliare	1- MMG 3-Direttore GTNA 4b-Infermiere ADI 4c-Ass. Sociale Comune 14-SAA 15-familiare care-giver 17-CAD 19-Centro riabilitazione 20-FKT
8- Intervento domiciliare	1- MMG 4b-Infermiere ADI 4c-Ass. Sociale Comune 12-Centro Diurno 15-familiare care-giver 20-FKT
9- Ricovero in struttura	1- MMG

	3-Direttore GTNA 4-UVM 5-Reparti di ricovero 8-Team dimissione protetta 13-Centri Residenziali 14-SAA 15-familiare care-giver
10- Supervisione clinico/terapeutica	1- MMG 2-Ambulatorio Dmenze 15-familiare care-giver 21-Psichiatra CSM
11-Coordinamento	1- MMG 3-Direttore GTNA 4b-Infermiere ADI 4c-Ass. Sociale Comune 12-Centro Diurno 13-Centro Residenziale
12- Riabilitazione	1- MMG 3-Direttore GTNA 4b-Infermiere ADI 15-familiare care-giver 19-Centro riabilitazione 20-FKT
13- Sostegno al care-giver	2b-Psicologo 2d-Ass.Sociale amb demenze 11-Ricoveri di sollievo 12-Centro Diurno 14-SAA 16-Ass. Volontariato 17-CAD 18-Caffè Alzheimer

Tab 5.24 I nodi e le transazioni che sono state descritte

Analisi dei dati

Dall'analisi dei dati sono emersi risultati i risultati di seguito riportati:

MMG: sono stati intervistati 25 Medici di Medicina Generale per Distretto scelti per appartenenza ad aree montane o di pianura, e sviluppanti attività lavorativa in forma associata o singola.

All'interno della rete egocentrata si è indagata la tipologia di relazione con il Centro Demenze, l'UVM, il Direttore Unità Operativa GTNA, i Centri diurni e i Centri residenziali.

Per la rilevazione delle transazioni si sono indagate quelle relazioni indicate in elenco sempre nei confronti delle stesse figure.

In base alle risposte dei MMG il nodo con cui essi si relazionano maggiormente sia per numero di pazienti che per contatti è l'Ambulatorio delle Demenze, malgrado tutti indistintamente lamentino la mancanza della prescrivibilità all'interno del Progetto Sole, perché la voce di visita presso tale Ambulatorio è assente dal

tabellario Regionale e quindi non transitabile sul Percorso Sole, con utilizzo frequente di contatti telefonici diretti tra i professionisti. Il tempo di vita e di formalizzazione risulta variabile dal 2000 al 2004.

A seguire si sta progressivamente consolidando la relazione con l'assistente sociale del Comune di Residenza per la concomitante richiesta di incentivi economici previsti per sostenere l'assistenza domiciliare dei pazienti.

La transazione maggiormente utilizzata è la rilevazione del sospetto diagnostico e la diagnostica sia strumentale che di laboratorio. In graduale implementazione, ma da sostenere sia la Dimissione Protetta che la Presa in carico domiciliare.

La relazione meno consolidata appare quella con la Direzione della UOC Gestione Territoriale della Non Autosufficienza (DUOGTNA), figura vista come molto lontana, e con i Centri Diurni, anche per la scarsa presenza dei medesimi sul territorio, ad eccezione dei MMG di Fiorenzuola che invece hanno un rapporto stretto e consolidato.

Punti di forza: progressiva integrazione con i Servizi sociali

Punti di debolezza: mancanza di programmazione e formazione e informazione specifica

Centro Demenze: viene sottolineata una relazione abbastanza forte con alcuni MMG ma per lo più attraverso legami informali e non per percorsi strutturati, relazione contemporaneamente quasi inesistente con altri, buona la relazione con L'UMV in particolare nel Distretto di Ponente e ben consolidata quella con DUOGTNA. Percepiti come scarsissime per numero di pazienti e contatti le relazioni con i Centri Diurni ed episodicamente anche con i Centri Residenziali, dai quali non c'è ritorno di informazioni.

La transazione maggiormente utilizzata è in assoluto quella di consulenza clinica, mentre compare la necessità di sostenere fortemente il coinvolgimento nei Ricoveri per complicanze e comorbilità.

Intensa e consolidata viene descritta la transazione di sostegno al care-giver.

Punti di forza: aumento della sensibilità dei care-giver alla patologia e collaborazione col SAA, collaborazione con la UO GTNA anche per il monitoraggio/prevenzione delle cadute a domicilio.

Punti di debolezza: collaborazione coi reparti extrageriatrici con gli psichiatri del CSM e con una parte dei MMG

Centri Diurni: le relazioni con tutti i nodi presi in esame sono piuttosto scarse, fatta eccezione per i MMG se si considera la compilazione del modulo di ingresso in strutture come relazione e più stretta ancora con DUOGTNA.

Le transazioni in cui i centri diurni appaiono coinvolte sono le funzioni di coordinamento.

Punti di forza: sostegno importante nel coordinamento da parte dell'UOGTNA

Punti di debolezza: povertà di relazioni con gli altri nodi della rete

Centri Residenziali: sono stati intervistati 3 Centri Residenziali in tre Distretti differenti.

I nodi con i quali maggiori sono il numero di relazioni sono con i MMG che peraltro nelle strutture intervistate sono anche Medici di Struttura.

Le risposte dei responsabili di struttura sono state abbastanza vaghe con scarsa percezione e conoscenza della rete delle Demenze.

La transazione maggiormente utilizzata pare essere il sostegno al care giver.

Non sono stati elencati punti di forza o di debolezza.

Direttore gestione territoriale della non-autosufficienza: segnalate come molto intense per numero di pazienti e contatti le relazioni con CR, CD, ADI intervento FKT, mentre scarsi i rapporti con le Case di riposo private. I tempi di vita e di formalizzazione datano 2008 epoca in cui è stata istituita l'Unità operativa.

La transazione più rilevante è costituita ovviamente dal coordinamento.

Il Direttore Generale non descrive legami conflittuali, piuttosto una percezione di confini di proprietà, segnalazioni assenti dalle strutture ospedaliere e mancanza di informazioni dall'area psicologica/psichiatrica.

Descritti come ben consolidate i legami con i MMG gli Ambulatori Demenze, UVM, SAA, CR, CD e servizi riabilitativi.

Punti di forza: strutture territoriali in progressivo consolidamento e integrate con quelle sociali

Punti di debolezza: scarsa segnalazione di Utenti affetti da Alzheimer in ospedale per poter anticipare colloquio con MMG e care-giver

Infermiere UVM (6): il maggior numero di relazioni avviene coi MMG e con le strutture residenziali

La transazione maggiormente rappresentata è data dagli interventi domiciliari e paradossalmente quella meno rappresentata è quella di sostegno al care giver.

Legami da sostenere perché “fragili” sono le relazioni con le strutture ospedaliere, mentre ben consolidati i legami con i Servizi Sociali.

Punti di forza: integrazione con i servizi sociali

Punti di debolezza: scarsa comunicazione con tutti gli ambiti clinici

Assistente sociale del Comune di residenza (24) : maggior numero di relazioni con i MMG ma solo intendendoli come la comunicazione di stampati compilati, abbastanza numerosa e comunque in aumento la relazione con l’Ambulatorio Demenze. Numerosi i rapporti con CR e CD.

Punti di forza: collaborazione coi servizi infermieristici domiciliari (UO GTNA)

Punti di debolezza: irregolare rapporto con le figure cliniche MMG e specialisti.

Sono stati intervistati anche una 15 care giver (i soli che hanno accettato) in relazione a:

- 1) come sono venuti a conoscenza della rete e, quindi, da chi hanno ricevuto maggiormente l’informazione
- 2) quanto tempo hanno impiegato ad accedervi escluso il contatto col MMG.

La più frequente fonte di informazione è risultata l’assistente sociale del Comune di Residenza o il MMG.

Il tempo intercorso circa 1 mese.

FOCUS sul fenomeno “CADUTE a domicilio” nei pazienti con disturbi cognitivi

Il Direttore della UO Gestione Territoriale Non autosufficienza ha attivato un monitoraggio specifico dei casi di caduta nella coorte “persone affette da disturbi cognitivi”. Il monitoraggio è stato organizzato nel modo seguente:

- ad ogni valutazione specialistica presso il Centro Demenze o i Centri Delegati (Distretto di Levante e di ponente), le infermiere dell’ambulatorio chiedevano ai caregiver se il loro congiunto fosse caduto a domicilio fuori dal domicilio e con quale modalità ad ogni comunicazione telefonica con le famiglie, ponevano la stessa domanda.
- Il Direttore della UO GTNA riceveva mensilmente il dato numerico sulle persone cadute e l’elenco nominativo al sistema informativo dei ricoveri, il Direttore della UO GTNA, riceveva un report con i nomi/indirizzi delle persone ricoverate con trauma da caduta associato a diagnosi di disturbi cognitivi, demenza, Alzheimer.

Le persone segnalate per caduta erano contattate dai fisioterapisti territoriali Case Manager per la valutazione per ausili che, in visita domiciliare, provvedevano a:

- valutare l’ambiente
- fornire consigli ai care giver per l’adattamento domestico
- attivavano il fisiatra, se necessario
- davano supporto e istruzione ai caregiver/pazienti su postura e movimento, se necessario.

Nella tabella 5.25 sono rappresentati i dati cumulati.

Episodi	N°	M	F	Modalità/luogo e frequenza		
Caduta a domicilio	101	56	45	31 In bagno	39 In camera scendendo dal letto	31 Alzandosi dalla sedia
Caduta in strada/giardino	28	11	17	9 Camminando	16 Oltrepassando un piccolo ostacolo	1 Senza motivo apparente
Tot anno 2011	129	67	62			
Di cui Ricoveri in traumatologia	11	5	6	2 Frattura Femore	4 Frattura collo del femore	5 Frattura altra sede (3 polso, 1 omero, 1 malleoli)
Di cui Ricovero in medicina	15	7	8	11 Stato confusionale	4 Presenza ematoma parti molli	

Tabella 5.25 – Persone con Alzheimer cadute ed esito della caduta

Il monitoraggio ha evidenziato un numero di persone cadute (n. 129) pari al 4,88% di tutti i casi di Alzheimer (930 nuovi casi e 1714 casi in carico da oltre 1 anno). Di questi, il 20,16% è stato ricoverato per un esito della caduta di tipo fratturativo o non fratturativo. Il ricovero in ambito medico è durato mediamente 6 giorni, mentre quello in ambito traumatologico di 13 giorni.

I fisioterapisti hanno elaborato un algoritmo per le famiglie, basandosi sulla valutazione di screening con Conley Scale:

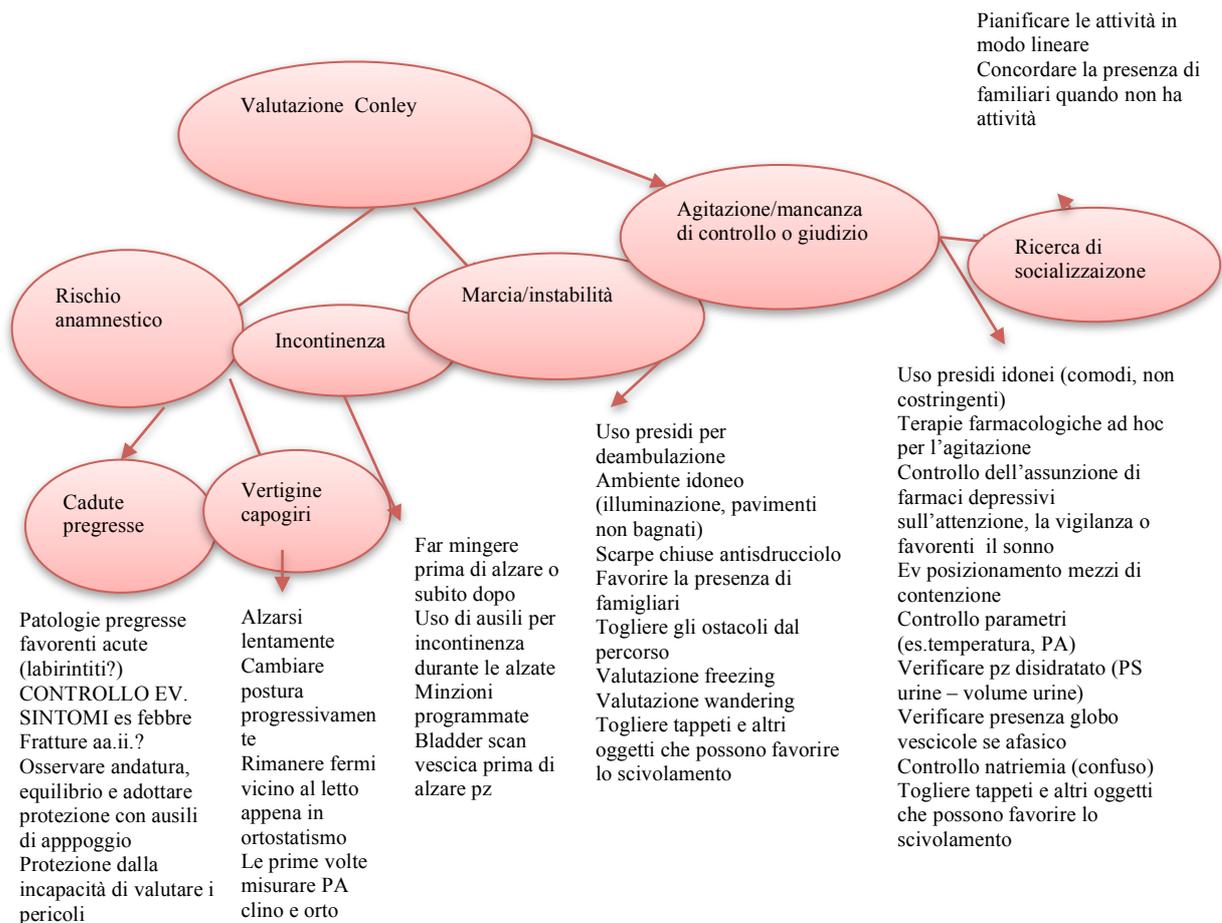


Fig. 5.10 – algoritmo utilizzato dai fisioterapisti per informare i caregiver sulla prevenzione delle cadute

Dall'analisi delle interviste dei caregiver, anche se limitate numericamente, si è evidenziato che i familiari delle persone con demenza, disturbi cognitivi o Alzheimer, hanno una scarsa percezione della rete territoriale della Non Autosufficienza e ne conoscono parti o nodi solo quando il bisogno tocca uno specifico problema o area di intervento. Visitando un centro per disabili, la Dr.ssa Taggiasco vide il sistema analogico di orientamento delle persone con disabilità mentale o insufficienza mentale. Pensando che potesse essere applicato anche alle persone con disturbi cognitivi, progettò un insieme di schede per la stimolazione cognitiva delle persone e il supporto ai caregiver (allegato 1)

Conclusioni

Nell'AUSL di Piacenza e nel territorio provinciale esiste una complessa rete per la presa in carico delle persone con disturbi cognitivi.

Tale rete distribuita capillarmente sul territorio, sebbene alcune strutture risultano concentrate nelle aree pianeggianti o di costa, presenta al suo interno una complessità legata anche alla presenza di numerose professionalità diverse.

I professionisti che operano all'interno della rete non hanno tutti la stessa percezione del proprio "essere in rete" si sviluppano relazioni più o meno intense anche grazie all'utilizzo di rapporti informali legati a consuetudini professionali.

Dove presenti figure di coordinamento è maggiore l'armonizzazione della rete e delle relazioni strutturate. Ad esempio in provincia di Piacenza le figure sovradistrettuali istituite a partire dal 2007, hanno contribuito ad omogenare, grazie ad un'opera di coordinamento capillare, il servizio sui tre Distretti e con esso la rete delle demenze.

L'intervento dell'Unità Operativa Gestione Territoriale non-Autosufficienza ha favorito indubbiamente l'applicazione della normativa Regionale in Azienda.

La difformità dei comportamenti all'interno delle aziende prese in esame crea talvolta per il caregiver tempi diversi di accesso alla rete e determina una significativa variabilità della figure con cui si relazionano. I casi di Alzheimer, in aumento, richiedono una rielaborazione della rete e degli strumenti da utilizzare.

Indicazioni per gli studenti

Quali osservazioni fareste sull'organizzazione territoriale? E sui componenti della rete "Alzheimer"?

Quali considerazioni fareste sull'efficacia della rete?

Come valutate il focus sulle cadute? E' veramente una priorità?

Come valutate l'approccio al supporto ai caregiver?

Esiste un problema? Avete soluzioni da proporre?

Allegato 1

La stimolazione cognitiva analogica (si presenta solo la sezione legata all'attività di vita del vestirsi)



mutande



calze



canottiera

Insieme per ricordare



camicia



maglione



pantaloni



scarponi

Vestirsi

Teaching note

Per determinare se e in quale misura la prevenzione delle cadute possa essere efficacemente realizzata attraverso interventi di esercizio motorio⁹⁴ sono stati 17 studi nel 2013 su 4.305 casi. Sono state individuate quattro categorie di cadute tutte le cadute, cadute conseguenti a cure mediche, gravi cadute e cadute con frattura. L'esercizio fisico ha avuto un effetto significativo in tutte le categorie, con un pool con tassi di confidenza 0,63 (95 % intervallo di 0,51-0,77). L'esercizio programmato progettato per prevenire le cadute negli anziani e negli adulti è risultato utile anche per prevenire le complicanze derivate dalle cadute.

Il caso di studio è stato progettato in una azienda reale come ricerca descrittiva, per osservare la struttura della rete territoriale per la cura delle persone affette da Alzheimer, disturbi cognitivi o demenza. Il caso ha cinque focalizzazioni:

- la struttura della rete,
- le relazioni tra nodi della rete
- la percezione della rete da parte dei caregiver
- quali interventi mettere in atto per ridurre le cadute
- come sostenere i caregiver.

Il caso descrive i nodi della rete “formale” e, utilizzando lo strumento della rete egocentrata, e le relazioni utilizzando la descrizione delle Transazioni.

Come sottoporre il caso in ambito formativo

Il caso deve essere letto individualmente.

La prima analisi è verificare la coerenza tra obiettivi, proponimenti e risultati ottenuti.

L'obiettivo generale del progetto è la verifica della conoscenza della rete da parte degli attori e dei caregiver, attraverso:

L'utilizzo dello strumento della rete egocentrata

L'intervista semistrutturata a MMG e Care Giver.

Conceptual framework

Modelli assistenziali patient-centered nella gestione integrata del paziente cronico

I Modelli organizzativi per la gestione delle malattie croniche sono accomunati dal fatto di essere sistemi organizzati, integrati, proattivi che, con un approccio sistemico, pongono al centro dell'intero sistema assistenziale sia il paziente che la famiglia e i caregivers, adeguatamente informati ed educati a svolgere un ruolo attivo nella gestione della patologia. Nella letteratura recente, il Chronic Care Model (CCM) è stato indicato come approccio efficace, responsivo, sicuro ed efficiente, capace di focalizzare l'attenzione sulle patologie croniche e sulla loro prevenzione con un orientamento integrato tra cure territoriali e ospedaliere. Il modello è basato sul principio che nello sviluppo di una buona assistenza per i pazienti cronici è importante agire su sei fondamentali elementi (Wagner, 1998; Bodenheimer et al., 2002):

Le risorse della comunità: mobilitare le risorse della comunità per soddisfare i bisogni dei pazienti anche attraverso gruppi di volontariato, gruppi di auto aiuto ecc.

⁹⁴ El-Khoury F, Cassou B, Charles MA, Dargent-Molina P, The effect of fall prevention exercise programmes on fall induced injuries in community dwelling older adults: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials, BMJ 2013;347:f6234 doi: 10.1136/bmj.f6234 (Published 29 October 2013)

Le organizzazioni sanitarie: creare una cultura, un'organizzazione e meccanismi che promuovano un'assistenza sicura e di alta qualità.

Il supporto all'auto-cura: occorre promuovere efficaci strategie di supporto auto-gestite che includano valutazione, definizioni degli obiettivi, pianificazioni delle azioni, strategie di coping e problem solving, follow-up.

L'organizzazione del team: un team competente e proattivo allo scopo di avere un paziente informato e responsabilizzato con l'obiettivo di ottenere cure di alta qualità, e miglioramenti nello stato di salute della popolazione.

Il supporto alle decisioni: promozione di un'assistenza basata sulle evidenze e sulle preferenze del paziente, condividere le Linee Guida e le informazioni con i pazienti per incoraggiare la loro partecipazione.

I sistemi informativi: Registri di patologia, sistema di Alerts per supportare i team ad attenersi alle linee-guida ecc.

Una estensione del CCM è rappresentata dall'Expanded chronic care model (ECCM) che sostiene il ruolo fondamentale dei determinanti sociali della salute nell'influenzare la salute dell'individuo, della comunità e dell'intera popolazione. Tale approccio prevede la creazione di politiche pubbliche che promuovono la salute, rafforzano l'azione della comunità, e creano ambienti favorevoli a supporto. Inoltre, la promozione della salute della popolazione opera per sviluppare le abilità personali e le capacità di affrontare i problemi, e per riorientare i servizi sanitari ad una maggiore enfasi sulla prevenzione e le questioni di salute pubblica. Tale approccio produce esiti di salute di successo, che hanno di fatto ridotto i costi sanitari e portato ad una migliore qualità della vita dei pazienti e delle loro famiglie (Barr et al, 2003⁹⁵; Nasmith et al, 2010⁹⁶).

Dalla letteratura non emergono modelli specifici particolarmente adatti all'assistenza dei pazienti con demenza/disturbi cognitivi/Alzheimer, ma, vista la numerosità relativa dei casi e l'evoluzione della malattia che, in molti casi, nella fase di massima acuzie, porta la persona al ricovero in struttura residenziale permanente, si possono ipotizzare tre tipi di intervento:

- presa in carico ambulatoriale e interventi di educazione/empowerment del caregiver nella fase intermedia di malattia – quando la persona è a domicilio – nella fase iniziale/intermedia
- presa in carico continuativa da parte di un case manager quando la persona è a domicilio, con medio-elevato grado di non autosufficienza
- ricovero in struttura residenziale, nelle fase terminali.

La Patient focused care o patient centred medicine⁹⁷

La cura e assistenza centrate sul paziente (o sul destinatario) (Coulter⁹⁸, 2002) si concentra su tre punti focali:

- all'appropriatezza delle cure e gli esiti dell'assistenza possono migliorare se i pazienti si impegnano nella cura e partecipano alle decisioni,
- la sicurezza del paziente può aumentare e si risolvono i conflitti se il paziente è sempre più coinvolto nel suo processo di cura,

⁹⁵ Barr V. J, Robinson S, Marin-Link B, Underhill L, Dotts A, Ravensdale D, Salivaras S, 2003, The Expanded Chronic Care Model: An Integration of Concepts and Strategies from Population Health Promotion and the Chronic Care Model, *Healthcare Quarterly*, 7(1): 73-82.

⁹⁶ Nasmith L., Ballem P., Baxter R., Bergman H., Colin-Thomé D., Herbert C., Keating N., Lessard R., Lyons R., McMurchy D., Ratner P., Rosenbaum P., Tamblyn R., Wagner E., & Zimmerman B. (2010). *Transforming care for Canadians with chronic health conditions: Put people first, expect the best, manage for results - Appendices*. Ottawa, ON, Canada: Canadian Academy of Health Sciences.

⁹⁷ Bardes L C. Defining Patient-Centred Medicine. *n engl j med* 366;9 nejm.org march 1, 2012

⁹⁸ Coulter A, After Bristol: putting patients at the centre, *BMJ* vol 324, 648-51, www.bmj.com; Barelli P, Pallaoro G, Perli S, Strimmer S, Zattoni ML, Modelli di organizzazione dell'assistenza: sono efficaci?, *AIR*, 2006, 25, 1: 35-4; Safran DG, Miller W, Beckman H. Organizational Dimensions of Relationship-centered Care Theory, Evidence, and Practice, DOI: 10.1111/j.1525-1497.2006.00303.x *J GEN INTERN MED* 2006; 21:S9-15

- la revisione sistematica del processo con il paziente è condizione necessaria per migliorare la qualità della cura e responsabilizzare i pubblici gestori della salute.

Nei tre punti si sostiene l'impegno e la partecipazione consapevole (*empowerment*) del paziente o del caregiver. Per poter raggiungere questo obiettivo Coulter suggerisce di:

- riconoscere capacità, valori e preferenze dei pazienti;
- offrire informazioni per la scelta consapevole e non perseguire il consenso passivo;
- fornire ai pazienti/care giver opzioni *evidence based*, educare la popolazione ad interpretare le evidenze cliniche, utilizzare l'esperienza dei pazienti "sopravvivenenti" per la priorità dei miglioramenti necessari;
- agire con apertura ed empatia con i pazienti o con i *caregiver* dopo il verificarsi di problemi o errori;
- dare accesso pubblico ai dati sulla qualità e sugli esiti,

L'organizzazione per programmi centrati sul paziente hanno lo scopo di ridurre la disuguaglianza di accesso ai servizi, migliorare la continuità della presa in carico, personalizzare le cure, ridurre le ridondanze, aumentare la reattività del sistema, migliorare gli esiti. I principi su cui si basa sono la responsabilità verso la popolazione e la condivisione con essa della responsabilità⁹⁹ di rendere accessibile un insieme completo di servizi, la presa in carico e l'accompagnamento della persona nell'uso dei servizi e nella scelta degli indicatori di misurazione del valore del servizio prodotto. Tale organizzazione permette di modificare la gerarchia tra i servizi esaltando le loro complementarità, finalizzate a facilitare il percorso sulla base di meccanismi di riferimento di integrazione intersettoriale (orizzontale) e di integrazione tra differenti gradi di specializzazione (verticale). L'assistenza centrata su paziente necessita, quindi, di professionisti con abilità di *assessment* clinico- assistenziale e sociorelazionale, di valutazione dei profili di rischio potenziale, in grado di identificare le cause dei rischi, di operare attraverso la "*health problem based evaluation*", di operare in team orizzontali basati sulla competenza e non sulla gerarchia, in grado di operare in modo interprofessionale e di trasferirsi conoscenze, abilità e sensibilità in modo da "fertilizzare" gli uni le competenze degli altri e aumentare il potenziale intellettuale e professionale di tutti. E' importante che il team di cura e assistenza sia orientato alla "Predictive Preemptive Personalized Participatory care"¹⁰⁰ (cura/assistenza che utilizzano metodi, strumenti e azioni predittive del risultato atteso; preventiva, partecipativa, personalizzata) sia che l'organizzazione sia basata su programmi, percorsi o altro modello.

L'approccio educativo

Nella presa in cura e assistenza delle persone con Alzheimer, l'approccio educativo è orientato alla prevenzione terziaria e al rallentamento della disabilità totale.

Si può utilizzare un approccio cosiddetto "bopsico-sociale o sistemico"¹⁰¹, che risponde ai quesiti:

- CHE COSA HA? (Dimensione biomedica)
- CHE COSA SA? Dimensione cognitiva)
- CHE COSA FA? (Dimensione socioprofessionale)
- CHI E' ? QUAL'E' IL SUO PROGETTO? (Dimensione psicologica)

⁹⁹ Ministère de la Santé et des services sociaux, Vers un réseau de soins de santé et de services sociaux intégré centré sur son unique raison d'être : les citoyens du Québec, Perspective Réseau, décembre 2003, volume 1; Mintzberg H, Toward Healthier Hospitals, Health Care Management Review, 1997, volume 22, numéro 4, pages 9-18; Nugent K.E,

Lambert V.A, The Advanced Practice Nurse in Collaborative Practice, Nursing Connections, 1997, volume 9, numéro 1, pages 5-16.

¹⁰⁰ Hood, L., and Flores, M., A personal view on systems medicine and the emergence of proactive P4 medicine: predictive, preventive, personalized and participatory, New Biotechnol. (2012), doi:10.1016/j.nbt.2012.03.004 Hood L, Friend SH. (2011) Predictive, personalized, preventive, participatory (P4) cancer medicine. Nat Rev Clin Oncol. Mar;8(3):184-7. Tian Q, Price ND, Hood L. Systems cancer medicine: towards realization of predictive, preventive, personalized and participatory (P4) medicine. J Intern Med. 2012 Feb;271 (2):111-21. doi: 10.1111/j.1365-2796.2011.02498.x. (in press).

¹⁰¹ Gagnayre R, Magar Y, D'Ivernois JF. (1999) "Educare il paziente asmatico" Pisa, EDI-AIPO Scientifica; HADJI C.(1992) "L'évaluation des actions éducatives", Paris, PUF Editeur; HADJI C. (1995) "L'évaluation règles du jeu. Des intentions aux outils", Paris, ESF Editeur.

Nel caso della persona con Alzheimer i quesiti richiedono una rimodulazione:

- A quale stadio di malattia è?
- Quale autonomie/consapevolezza ha mantenuto?
- Quale consapevolezza ha il caregiver sull'evoluzione?
- Quali capacità effettiva di assistenza riesce a garantire?

*Un altro approccio: l'apprendimento situato*¹⁰²

L'apprendimento situato di Lave è presentato schematicamente nella figura sopra inserita. I punti salienti del modello sono la necessità di presentare le conoscenze in un contesto reale, si utilizzare cultura, attività e contesto come leve per facilitare e stabilizzare l'apprendimento e, non ultimo, la necessità di creare una comunità di pratica (un gruppo di educatori, ad esempio, comprensivo di utenti esperti o di caregiver esperti) che possa sostenere valori e comportamenti anche attraverso le relazioni sociali.

Nella tabella sotto riportata sono indicate gli ambiti che beneficiano positivamente di self-management (autocura e autoassistenza) nei casi di Alzheimer e dei loro familiari¹⁰³

Self management skill	single morbidity	multiple morbidity	p value
Monitor important symptoms	51,3%	69,6%	<0,001
Use medication correctly	56,9%	74,9%	<0,001
Manage medical emergencies	56,4%	67,4%	0.02
Reduce stress	59,0%	68,3%	0.047
Identify or use resources in community	37,4%	48,0%	0.03
Meet responsibilities at work or home	46,2%	54,6%	0.08
Adjust to physical limits	46,2%	63,0%	<0,001
Manage emotional reactions	45,6%	62,1%	<0,001
Identify or use hospital resources	55,4%	66,5%	0.02

In questo caso, utilizzando l'apprendimento situato le Carte di Barrows possono essere sostituite da Carte che ricostruiscono analogicamente i gesti quotidiani e le sequenze, per mantenere viva la memoria

NOTA 1: La descrizione del caso permette di individuare il modello organizzativo e gli attori deputati a prendersi cura delle persone con demenza/disturbi cognitivi/Alzheimer?

- è chiara l'organizzazione?
- sono chiari gli strumenti utilizzati?
- sono chiare le interfacce implicate?

¹⁰² Lave J, Wenger E., *Situated Learning: Legitimate Peripheral Participation*, Cambridge University Press, 1990

¹⁰³ Hitchcock, P.N.; Parchman, M.L.; Williams, J.W.Jr; Cornell, J.E; Shuka,L.; Zeber, J.E.; Lewis, E.K.; Austin, F.S.L.; Pugh, J.A. (2007) The challenge of multimorbidity from the patient perspective, *J Gen Intern Med* 22 (suppl 3):419:24 doi:10.1007/s11606-007-0308-z

NOTA 2: Le proposizioni e le ipotesi sono state dimostrate?

Proposizione 1: Se si assume la prospettiva della prevalenza della malattia e della progressiva precocizzazione dei sintomi, poiché nessun sistema sanitario o sociale potrà nei prossimi anni assumersi in toto il carico assistenziale residenziale dei casi, è necessario che i sistemi socio-sanitari, sanitari e sociali e che i servizi del volontariato costruiscano una rete di supporto alle famiglie, al fine di mantenere presso il domicilio il più a lungo possibile le persone malate. La presenza formale della rete di servizi, se non è vissuta come un sistema integrato nelle azioni e nelle decisioni dai caregiver, risulta un sistema inefficace (*ipotesi 1*).

Proposizione 2: I Modelli organizzativi per la gestione delle malattie progressive e degenerative devono prevedere un forte intervento della comunità e il modello Chronic Care Expanded è probabilmente il modello meglio orientato alla presa in carico anche educativa di persona e caregivers (Wagner, 1998; Bodenheimer et al., 2002)

Il ruolo dei singoli attori è reciprocamente complementare ed è necessario prevedere momenti di confronto e valutazione congiunta dell'avanzamento del PAI per valutare le condizioni del paziente e la capacità dei caregiver e dell'ambiente di mantenere il livello necessario di cura della persona (*ipotesi 2*).

NOTA 3: Gli obiettivi dello studio erano stati identificati chiaramente e se sì, sono coerenti con gli indicatori descritti?

Indicatori ipotesi 1

Gli indicatori individuati per la valutazione dell'efficacia dell'assistenza sono stati (quesito 1):

- conoscenza della rete da parte dei caregivers
- utilizzo dei nodi della rete da parte dei caregivers
- autonomia nell'igiene

Indicatori ipotesi 2

- n° di obiettivi condivisi nel team
- n° di incontri del team
- continuità della progettazione-valutazione-adequamento del PAI
- presenza di un progetto educativo di sostegno della famiglia.

NOTA 4: nell'analisi del caso si può utilizzare una griglia che permetta di rispondere alle seguenti domande:

- sono chiari i risultati?
- sono coerenti le interpretazioni con i dati descritti?
- qual è l'oggetto vero del caso (in ambito formativo)?
- quali strumenti posso utilizzare nell'analizzare la narrazione?
- come posso classificare il caso?
- La rete era descritta e, in particolare, lo strumento di descrizione era adeguato all'obiettivo che si voleva raggiungere?

Per rispondere alle domande:

- far descrivere quali sono gli elementi del testo che confermano o non confermano le ipotesi, che rispondono agli obiettivi del caso e ai problemi/quesiti specifici dello studio
- far descrivere gli elementi portanti dell'organizzazione descritta e le interfacce nei processi principali descritti nel caso di studio
- far descrivere gli strumenti più importanti del caso, quelli legati all'organizzazione che supporta la raccolta dati e quelli della raccolta dati
- far descrivere i risultati che chiariscono le risposte ai quesiti di ricerca alla base del caso di studio

- far descrivere l'oggetto formativo (learning object) contenuto nel caso
- far analizzare il caso con uno strumento tra quelli presentati nel cap. 4
- far classificare il caso con la griglia nello schema n. 4.4

Schema 4.4 - griglia di classificazione del caso, Lavalle 2012

<i>Critério di progettazione organizzativa/strumenti di gestione</i>	Analisi strategica o organizzativa (competenze analitiche)	Rappresentazione dei dati (Competenze di sintesi e comunicative)	Monitoraggio/ Rendicontazione (accountability)	Formulazione di decisioni (competenze decisionali)
Reingegnerizzazione dei processi organizzativi (efficienza)				
Miglioramento di percorsi di cura (efficacia)				
Attivazione di garanzie per i cittadini (advocacy)				
Integrazione professionale orizzontale (teamwork)				

E far rispondere alle domande poste alla fine del caso.

VALUTAZIONE DI QUATTRO REFEREE DEL CASO

Prof. Robert H. Desmarteau, Professore di Strategia, Università del Québec a Montréal

La presentazione, rappresentazione dei dati e la loro discussione genera molto significato. Le teaching note e la presentazione degli strumenti nel capitolo 4 (l'analisi della rete) sono di grande supporto didattico.

Dott. Guido Prato Previde, Presidente Decathlon Consulting Human qualities, Milano

Il case study risulta molto bene congegnato nella sua impostazione e coerente con l'impalcatura teorica e strumentale proposta nella parte introduttiva.

Ancora una volta l'Autore dimostra un'ampia conoscenza della problematica dal punto di vista concettuale ed una particolare abilità nel disporre le problematiche organizzative insieme a quelle strettamente clinico-assistenziali per formulare le giuste proposizioni in apertura e suggerire alcune conclusioni memorabili nella chiusura.

Il metodo del caso è applicato al concetto di rete che viene spiegato e dimostrato in modo esaustivo e con molta logica. La rete risulta composta da numerose figure che sviluppano attività clinica, di supporto psicologico sia ai pazienti che ai familiari, di assistenza infermieristica e di intervento sociale.

I dati raccolti e presentati costituiscono un patrimonio di informazioni sul quale costruire ipotesi e soluzioni. Di particolare interesse, a mio avviso, risulta il fatto che uno degli aspetti più critici riguarda il fatto che la percezione degli (almeno una buona parte) attori della rete è inferiore al reale, quello della comunicazione come strumento di coinvolgimento/empowerment nel processo educativo e nella realizzazione del servizio di assistenza centrato sul paziente.

Ottimi spunti, questi che insieme agli altri evidenziati nello sviluppo del caso possono essere utilizzati per promuovere la consapevolezza dei ruoli, espandere le transazioni e integrare le reti. Le domande finali stimolano e provocano il cambiamento di prospettiva nella logica del servizio e del significato dell'azione professionale e di team.

Dr. Corrado Ruozzi, Agenzia Regionale e Sociale, Regione Emilia Romagna

Aver vissuto per 6 anni l'esperienza di caregiver di mia madre, affetta da demenza secondaria di tipo vascolare, mi pone in posizione non neutrale nella valutazione di questo caso. Le emozioni, le attese, le relazioni con gli operatori che hanno caratterizzato questa mia lunga storia inevitabilmente mi predispongono ad un orientamento dell'utilizzo didattico del caso verso una formazione indirizzata allo sviluppo di quelle competenze e comportamenti professionali che più mi sono stati di aiuto.

In particolare ritengo, sempre come esito della mia esperienza, che conoscenza della rete e capacità dell'operatore di adattare il percorso assistenziale all'assoluta imprevedibilità dei bisogni del paziente e del suo contesto familiare, sia la caratteristica che maggiormente può qualificare l'offerta di servizi per i casi di demenza. Per questo il caso descritto offre elementi riflessivi molto ben descritti e domande guida che ben colgono gli elementi caratterizzanti il lavoro di rete.

Credo pertanto che il caso meriti una sua diffusione nelle esperienze formative dei nostri professionisti, al fine di poter offrire l'opportunità di una palestra cognitiva per l'esercizio riflessivo sulle pratiche che attualmente caratterizzano l'offerta assistenziale dei nostri servizi.

Dott. Alessandro Suppressa, Direzione Sanitaria AUSL di Piacenza

***Precisa e puntuale** la definizione delle più comuni forme di demenza, del progetto cronos. **Chiare** le 2 proposte/ipotesi su cui viene formulato il caso studio e gli specifici indicatori. Lo studio viene descritto compiutamente nelle sue fasi, nei materiali e metodi. L'epidemiologia del territorio è **ben descritta**, con risalto delle diverse variabili di interesse, vale a dire la densità di anziani nei diversi comuni della provincia di Piacenza. Viene data **chiara evidenza** del fatto che i pazienti anziani affetti da demenza siano prevalentemente seguiti al domicilio piuttosto che istituzionalizzati. La fase di studio riguardante la lettura della rete (rete egocentrica, rete delle transazioni) permette di definire, in accordo con i riferimenti della teaching note, la reale organizzazione della rete delle demenze con i suoi nodi/attori/transazioni in modo da rendere fruibile ai discenti in ambito formativo la lettura del caso in termini di punti di forza e debolezza dell'organizzazione. Quest'ultimo aspetto risulta maggiormente evidente e sviluppato nel focus "cadute a domicilio". Le domande che si leggono al termine della descrizione del caso e a disposizione dei discenti **trovano una corrispondenza** nelle teaching note con particolare riferimento alla griglia di classificazione del caso.*

CASO 4 - La Formazione 2013 dei Pediatri di libera scelta nell'AUSL di Bologna.

Tiziana Lavallo

Hanno collaborato Anna Tomesani, Concetta Randazzo

Gli Accordi Stato Regioni del 2007 e 2009

Con gli accordi Stato Regioni del 2007 e 2009 è ridefinito e strutturato il sistema di formazione continua in Sanità.

Tra le novità introdotte dagli accordi si evidenzia l'introduzione del processo di accreditamento dei Provider. Tale processo consiste nel "riconoscimento pubblico, sulla base di un sistema di requisiti minimi e di procedure concordate a livello nazionale, di un soggetto attivo nel campo della formazione continua in sanità, che lo abilita a realizzare attività didattiche per l'ECM e ad assegnare direttamente i crediti ai partecipanti"¹⁰⁴.

In sostanza negli Accordi vengono individuati Enti Accreditanti (Commissione Nazionale per la Formazione Continua, Regioni e Province Autonome) che hanno il compito di accreditare come Provider soggetti attivi e qualificati nel campo della formazione continua in sanità, abilitandoli a "realizzare attività formative riconosciute idonee per l'ECM"¹⁰⁵.

Gli Enti Accreditanti si occuperanno di accreditare i Provider in base alla sede di erogazione del piano formazione:

- I soggetti che erogano esclusivamente sul proprio territorio regionale o provinciale (tra i tanti soggetti, pubblici o privati, troviamo le Aziende Sanitarie) verranno accreditate dalle Regioni, Province Autonome o altri enti regionali o provinciale
- I soggetti che erogano sul territorio nazionale (Università, IRCCS, Ordini, Collegi e Assoc. Professionali, ecc...) verranno accreditate dalla Commissione Nazionale per la Formazione Continua

Gli accordi danno mandato agli enti accreditanti di definire criteri minimi per l'accREDITAMENTO dei Provider e riconoscono ai soggetti riconosciuti come Provider la funzione di attribuire direttamente crediti ECM.

Nelle linee di indirizzo definite dagli accordi si fa particolare riferimento agli strumenti di programmazione e valutazione degli obiettivi formativi. L'accordo del 1 agosto 2007 definisce nello specifico gli strumenti: Dossier Formativo (Individuale e di Gruppo), Piano della Formazione Aziendale, Rapporto sulla Formazione Aziendale.

Il Dossier Formativo viene definito lo strumento di programmazione e valutazione del percorso formativo del singolo operatore o del gruppo di cui fa parte. Con l'Accordo del 5 novembre 2009 si fa riferimento al Dossier Formativo come strumento che:

- Esprime il fabbisogno formativo del singolo operatore e/o dell'équipe;
- Definisce obiettivi formativi che soddisfino il fabbisogno o, tenendo in considerazione le esigenze del singolo operatore, le linee di indirizzo Nazionali e Regionali, le istanze strategiche dell'organizzazione in cui il singolo opera.

La Regione Emilia-Romagna

In base agli Accordi la Regione Emilia-Romagna ha intrapreso un percorso per la definizione dei criteri di accREDITAMENTO che si è concluso con la pubblicazione delle seguenti delibere:

- Delibera 1332/2011 ACCREDITAMENTO DELLA FUNZIONE DI GOVERNO AZIENDALE DELLA FORMAZIONE CONTINUA. La delibera definisce i soggetti che hanno titolo per richiedere

¹⁰⁴ Accordo Stato Regioni del 1 agosto 2007

¹⁰⁵ Accordo Stato Regioni del 5 Novembre 2009

l'accreditamento della Funzione di Governo Aziendale della Formazione Continua - Aziende Sanitarie pubbliche e altri soggetti erogatori di prestazioni sanitarie pubblici o privati della regione Emilia-Romagna (a condizione che abbiano già ottenuto l'accreditamento istituzionale). Inoltre vengono descritti ruoli, funzioni, modalità e requisiti per l'accreditamento.

- Delibera 1333/2011 ACCREDITAMENTO DELLA FUNZIONE DI PROVIDER ECM. Anche questa delibera definisce i soggetti che hanno titolo per richiedere l'accreditamento della funzione - Aziende Sanitarie pubbliche e agli altri soggetti erogatori di prestazioni sanitarie pubblici o privati che abbiano già ottenuto l'accreditamento della funzione di governo aziendale della formazione continua. Anche nella suddetta delibera vengono descritti ruoli, funzioni, modalità e requisiti per l'accreditamento.

Per quanto riguarda il Dossier formativo la Regione Emilia-Romagna ha avviato un percorso di confronto tra le Aziende Sanitarie per la definizione dei criteri di strutturazione dei Dossier Formativi. La prima fase di questo confronto, tutt'ora in atto, si è conclusa con l'elaborazione di un documento regionale che dovrà essere sperimentato all'interno delle Aziende Sanitarie.

Il documento elaborato pone particolare attenzione al sistema di competenze da individuare per soddisfare obiettivi di struttura che hanno un interesse formativo.

Vengono definite tre tipologie di competenze da esplorare per l'analisi del fabbisogno formativo:

- competenze generali o di sistema
- tecnico specifiche;
- competenze organizzativo gestionali e di sistema;
- competenze relazionali e comunicative.

Le Proposizioni ed ipotesi

Dal 2008 a oggi sono diminuiti i bambini di 8-9 anni in sovrappeso e quelli obesi, ma l'Italia resta ai primi posti d'Europa per l'eccesso ponderale infantile. Sono ancora troppo frequenti tra i piccoli le abitudini alimentari scorrette, come pure i comportamenti sedentari, anche se aumentano, sia pur di poco, i bambini che fanno attività fisica.

E' questa la fotografia scattata nel 2012 dal Sistema di sorveglianza "OKkio alla SALUTE", promosso dal Ministero della Salute e dal CCM (Centro per il controllo e la prevenzione delle malattie), nell'ambito del programma strategico Guadagnare salute - Rendere facili le scelte salutari.

La rilevazione, che è a carattere biennale ed è alla terza edizione, ha coinvolto 46.492 bambini appartenenti a 2.623 classi terze della scuola primaria. Dai dati 2012 risulta che il 22,1% dei bambini di 8-9 anni è in sovrappeso rispetto al 23,2% del 2008/09 (-1,1%) e il 10,2% in condizioni di obesità, mentre nel 2008/09 lo era il 12% (- 1,8%). Complessivamente, dunque, nel 2012 l'eccesso ponderale riguarda il 32,3% dei bambini della terza elementare (-2,9% rispetto alla prima rilevazione).

Le percentuali più elevate di sovrappeso e obesità si riscontrano nelle regioni del Centro-Sud: in Abruzzo, Molise, Campania, Puglia e Basilicata l'eccesso ponderale riguarda più del 40% del campione, mentre Sardegna, Valle d'Aosta e Trentino-Alto Adige sono sotto il 25%.

L'educazione alimentare resta cruciale: risultano ancora troppo frequenti tra i bambini le abitudini che possono favorire l'aumento di peso, specie se concomitanti.

In particolare il 9% dei bambini salta la prima colazione e il 31% fa una colazione non adeguata (ossia sbilanciata in termini di carboidrati e proteine); il 67% fa una merenda di metà mattina troppo abbondante; il 21% dei genitori dichiara che i propri figli non consumano quotidianamente frutta e/o verdura; il 43% consuma abitualmente bevande zuccherate e/o gassate.

I valori dell'inattività fisica e dei comportamenti sedentari mostrano un piccolo miglioramento, pur rimanendo elevati: il 16% dei bambini pratica sport soltanto per un'ora a settimana o anche meno, rispetto al 25% del 2008-9; il 17% non ha fatto attività fisica il giorno precedente l'indagine (quattro anni prima erano il 26%); il 42% ha la TV in camera (-6%), il 36% guarda la TV e/o gioca con i videogiochi per più di 2 ore al giorno (-11%) e solo un bambino su 4 si reca a scuola a piedi o in bicicletta.

Sovrappeso, obesità e stili di vita non salutari rappresentano una sfida rilevante per la sanità pubblica. In particolare, la loro diffusione tra i bambini è preoccupante in quanto predittori di future condizioni di salute sfavorevoli, considerando l'attuale quadro epidemiologico caratterizzato dall'alta prevalenza delle malattie cronico-degenerative. A ciò si aggiunge il fatto che i genitori non sempre sono consapevoli dei problemi relativi al peso dei propri figli: tra le madri di bambini in sovrappeso o obesi, il 38% non ritiene che il proprio figlio sia in eccesso ponderale.

Questi risultati sottolineano la necessità di investire ancora di più nella prevenzione per ridurre le disuguaglianze e i costi sanitari e sociali.

Proposizione 1: La formazione è da molti considerata la leva migliore per modificare i comportamenti¹⁰⁶. A livello internazionale, per migliorare la qualità della formazione dei professionisti sanitari, sono stati previsti requisiti di accreditamento degli enti formativi. L'Italia si è adeguata negli ultimi 10 anni. Gli esiti attesi dalle organizzazioni sanitarie, sia in relazione al governo clinico che a quello organizzativo, impongono ai formatori la responsabilità di indirizzare i professionisti verso un apprendimento che consenta di far fronte a tali cambiamenti e di favorire lo sviluppo di un servizio sanitario di livello avanzato. Il raggiungimento di obiettivi formativi, quindi, deve essere strettamente correlato agli obiettivi formativi da raggiungere e alle competenze cliniche o organizzative da sviluppare.

La garanzia di una formazione di qualità è una responsabilità collettiva, che coinvolge in primo luogo la Direzione e la Comunità professionale; infatti, pianificare ed erogare "formazione" richiede la visione della meta da raggiungere, la declinazione operativa di tali mete nei vari ambiti professionali, la declinazione delle competenze per ogni famiglia professionale, la definizione dell'utilità per gli utenti, l'individuazione della ricaduta formativa sia per gli utenti della formazione (i professionisti), sia per gli utenti finali dei comportamenti dei professionisti (i pazienti e i cittadini).

Le questioni da affrontate sono essenzialmente due: quale orientamento è necessario per l'anno specifico di riferimento e qual è il livello di manutenzione necessario della formazione, affinché sia aggiornata rispetto a conoscenze che cambiano continuamente e che richiedono competenze adeguate. La formazione in sanità deve rivedere le modalità di insegnamento e la strategia di apprendimento, sfruttando le nuove opportunità del dossier formativo e del portfolio di competenze, i nuovi strumenti di apprendimento e di insegnamento (piattaforme e-learning, web sociali, aggregatori e librerie on line). Nel Regno Unito, Lord Darzi¹⁰⁷ ha detto: "Dobbiamo fare di più per cogliere le potenzialità della formazione come leva per il miglioramento del servizio". Ha inoltre descritto un futuro in cui tutti i pazienti possano veder riconosciuto il diritto di essere trattati con "dignità e rispetto" e di avere uno standard professionale di cura fornito da personale adeguatamente qualificato e con esperienza, in un ambiente "pulito e sicuro". Pertanto, per migliorare i comportamenti dei professionisti, la sperimentazione del dossier formativo è una occasione per orientare nuovi comportamenti e a questi collegare la misurazione dell'impatto della formazione o ricaduta formativa (*ipotesi 1*).

Proposizione 2: Se si assume la prospettiva della prevalenza del sovrappeso o dell'obesità nella prima infanzia e nell'adolescenza, si evidenzia la necessità di operare con interventi di prevenzione primaria durante la gravidanza e il periodo neonatale. E' dimostrato che genitori obesi aumentano il rischio di obesità infantile nei figli e che l'allattamento prolungato al seno riduce la tendenza all'obesità dei neonati. L'obesità e il sovrappeso

¹⁰⁶ Diabetes, P. (2003). Il contesto italiano. *Diabetes Care*, 26(11), 2990-2993.

¹⁰⁷ High Quality Care For All. NHS Next Stage Review Final Report. NHS Department of Health, June 2008, nella prefazione del Primo Ministro Gordon Brown

nella prima infanzia, per la loro soluzione, richiedono l'intervento dei genitori. Per operare sul nucleo familiare i PLS devono avere competenze educative o di colloquio motivazionale. (*ipotesi 2*).

Proposizione 3: La percentuale di persone in sovrappeso è inferiore nelle zone urbane ad alta densità di organizzazioni che offrono attività collaterali o integrative a quelle scolastiche (palestre, centri sportivi, circoli sportivi), confermando i dati di letteratura. (*ipotesi 3*).

Metodi e strumenti

Il disegno della ricerca è stato di tipo descrittivo.

Il campione di operatori è il 100% dei PLS della Provincia di Bologna.

Per la ricerca sulla ricaduta della formazione, si è concentrata l'attenzione sull'evento formativo legato allo sviluppo di competenze di monitoraggio e prevenzione. Per l'ambito, i PLS hanno scelto quello dell'obesità infantile.

Indicatori ipotesi 1

- Gli indicatori individuati per la valutazione dell'efficacia dell'assistenza sono:
- adesione alla formazione programmata tramite dossier formativo
- adesione alla misurazione della ricaduta formativa del 100% dei PLS

Indicatori ipotesi 2

- Misurazione del BMI nei bambini di 3 e 6 anni,
- Indicatori ipotesi 3
- differenza significativa tra città e provincia nella prevalenza del sovrappeso nelle coorti 3 e 6 anni, sia maschi che femmine.

L'Azienda USL di Bologna

In base agli Accordi Stato Regioni e alle delibere regionali l'Azienda USL di Bologna ha avviato un processo di verifica dei criteri di Accreditamento delle Funzioni di Governo della Formazione e di Provider e sperimentato, nel 2013, l'utilizzo del dossier formativo di gruppo per la programmazione della formazione del personale dipendente e convenzionato. Dal 13 giugno 2012 l'Azienda Usl di Bologna è accreditata per entrambe le funzioni.

Alcuni dati dell'Azienda USL di Bologna nell'anno 2012 e primo semestre 2013

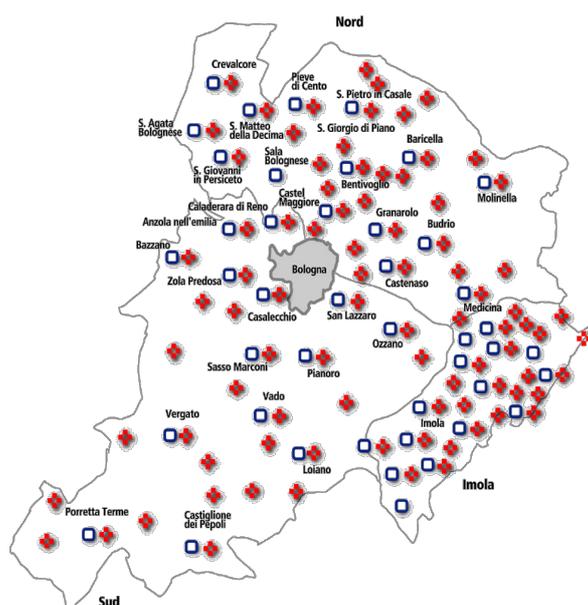
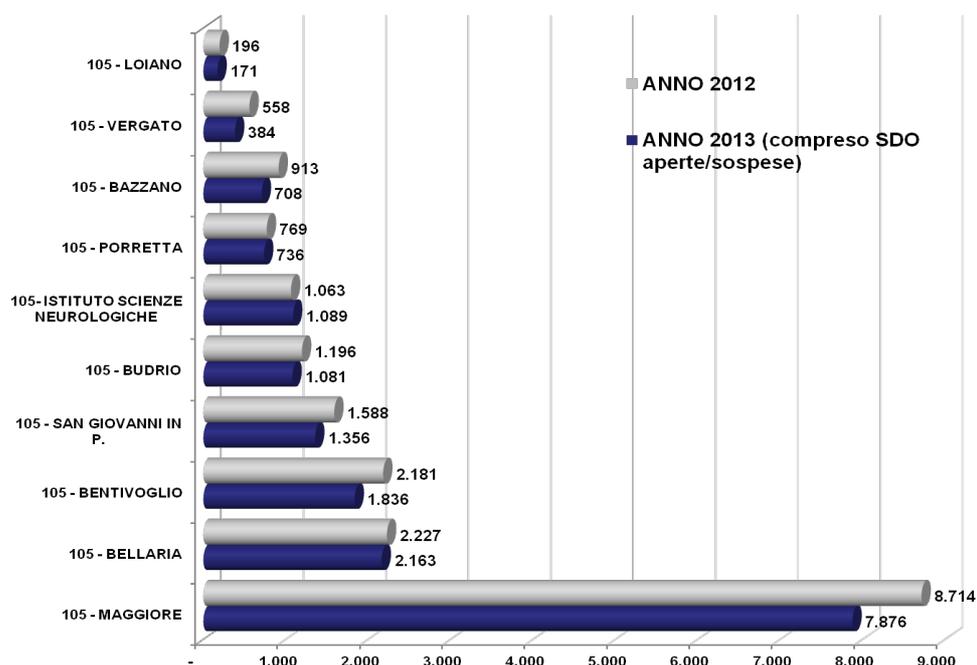


Fig. 5. 11 Il territorio di competenze dell'AUSL di Bologna e i punti di erogazione di prestazioni sanitarie.
Fonte Ausl di Bologna

I Volumi di attività relativi all'accesso nell'anno 2012 erano stati:

- 5.1316.583 operazioni
- 2.977.302 appuntamenti prenotati
- 653.470 annullati
- 1.088.748 incassi
- 114.297 presa in carico
- 18.713 informative urgenze
- 21.722 cartelle cliniche gestite
- 73.517 accessi diretti
- 183.814 sportello anagrafe

Grafico 5. 2 Ricoveri in ospedale, primo trimestre 2013 vs stesso periodo anno 2012, fonte Ausl di Bologna



Per il Dipartimento di Cure Primarie, a cui afferiscono i medici convenzionati, la Direzione Generale aveva assegnato alcuni mandati specifici, riassumibili in una trasformazione organizzativo/gestionale. I punti salienti della trasformazione sono espressi nella tabella successiva.

Tab. 5. 26 Orientamenti del Dipartimento di Cure Primarie per l'ano 2013. Fonte Ausl di Bologna

DA . . .

. . . A

Cura	Care
Paziente/Utente	Persona che presenta il bisogno e famiglia di riferimento
Standardizzazione dell'intervento	Personalizzazione dell'intervento
Valutazione puntuale	Definizione di un percorso di verifica
Lavoro sul singolo	Lavoro sulle comunità e sulle reti sanitarie e socio-sanitarie
Intervento monoprofessionale	Presenza in carico multidimensionale

Non esiste in Azienda un sistema informativo che rilevi le prestazioni dei MMG e dei PLS né in ambulatorio né a domicilio né al telefono. Le uniche prestazioni eventualmente rilevate sono quelle dell'assistenza ADI che per i pediatri sono una parte irrilevante delle attività.

DISTRETTO	TOT.PREST. /1000 ABIT.	VISITE DOM. /1000 ABIT.	VISITE AMB /1000 ABIT.	CONSIGLI TELEF. /1000 ABIT.
TOT. BOLOGNA	169	9	28	132
TOT. PIANURA EST	180	26	39	115
TOT.PIANURA OVEST	176	18	59	99
TOT.CASALECCHIO	262	25	88	149
TOT.PORRETTA T.	248	55	61	132
TOT.SAN LAZZARO	174	24	34	117
TOTALE AZIENDA	189	19	43	127

Tab. 5.27 Attività 2012 della Medicina di Continuità assistenziale. Fonte DCP, Ausl di Bologna

ASSISTENZA DI BASE		
Continuità assistenziale	1 sem. 2013	1 sem.2012
N. PUNTI DI C.A.	22	23
N. MEDICI DI C.A. (TITOLARI + MEDIA SOSTITUTI IN ATTIVITA')	165	169
N. CONTATTI TELEFONICI	50.602	50.818
n.contatti telefonici CA/popolazione*1000	58,41	58,68
N. VISITE AMBULATORIALI	16.061	17.398
n.visite ambulatoriali CA/popolazione*1000	18,54	20,09
N. VISITE DOMICILIARI	7.641	7.552
n. visite domiciliari CA/popolazione*1000	8,82	8,72
Medicina generale		
N. MMG	595	605
N. MMG IN GRUPPO	312	304
n. PPIP MMG	26.327	26.799
di cui SUCCESSIVE MEDICAZIONI	9.713	9.236
di cui PRIMA MEDICAZIONE	4.767	4.812
Pediatria di Libera Scelta		
N. PLS	121	118
N. PLS IN GRUPPO	18	18
n. PPIP PLS	691	799
di cui SUCCESSIVE MEDICAZIONI	216	294
di cui PRIMA MEDICAZIONE	235	215
	obiettivo 2013	anno 2012
n.vacc.antinfl.MMG>=65 anni/n.scelte MMG >=65 anni*1000	0,75	0,55

Tab. 5.28 Attività 2012 e primo semestre 2013, fonte DCP Ausl di Bologna

In quella riunione sono stati presentati anche gli indirizzi della Direzione, ambiti nei quali sviluppare i processi formativi dell'anno 2013. È stato inoltre chiesto loro, inoltre, di individuare gli “esperti disciplinari”, professionisti con particolari competenze nei settori oggetto di priorità o di sviluppo dei processi formativi. Sono stati presentati anche i “facilitatori dipartimentali”, professionisti dell'UOC Formazione, che avrebbero affiancato gli Esperti Disciplinari in tutte le fasi di programmazione, progettazione, erogazione e valutazione della formazione dipartimentale o distrettuale. Lo stesso approccio è stato proposto al tavolo dei medici convenzionati, considerando i precedenti “animatori di formazione” equivalenti agli “esperti disciplinari”.

Gli obiettivi della sperimentazione, oltre alla verifica dello strumento, sono stati:

- orientare la formazione alle priorità aziendali
- riportare la definizione delle priorità degli obiettivi in capo ai responsabili gestionali
- proporre una modalità di lettura delle competenze per la costruzione del portfolio individuale (nel 2014).

Percorso per formulare il DOSSIER formativo e il PAF

La formulazione del Piano Annuale di Formazione, PAF, e i ruoli per la sua costruzione sono profondamente cambiati rispetto al passato, dopo che la Regione Emilia-Romagna ha definito che le Aziende Sanitarie possono essere accreditate per la “Funzione di Governo” e per la “Funzione di Provider”.

La Funzione di Governo assolve alle attività connesse alla programmazione annuale della formazione:

- Analisi del fabbisogno formativo sulla base delle **competenze da sviluppare**
- Stesura del Dossier Formativo di gruppo, costruzione del PAF
- Distribuzione del budget economico della formazione
- Monitoraggio delle attività/crediti ECM
- Collegamento con il Comitato Scientifico Aziendale della Formazione ECM e con il Collegio di Direzione Aziendale,
- Stesura del RAF (Rapporto annuale formazione)
- Stesura del Rapporto annuale per il Bilancio di Missione e la verifica dei LEA

La Funzione di Provider assolve alle attività connesse alla produzione di eventi formativi dopo che il PAF è stato definito:

- Progettazione degli eventi formativi
- Accredimento e certificazione ECM
- Gestione del sistema informativo
- Gestione delle attività e dei controlli inerenti alla partecipazione
- Valutazione di gradimento e di apprendimento
- Relazione annuale sulla formazione svolta

I ruoli previsti nelle attività di formazione dell'AUSL di Bologna

Esperto Disciplinare (ED)

Professionista con competenza scientifica in relazione ad uno o più ambiti clinico-assistenziali, oltre alla competenza nella disciplina oggetto della proposta formativa, l'Esperto Disciplinare deve avere capacità organizzative ed esperienze in campo formativo.

All'interno dei Dipartimenti:

- Costruiscono la scheda di autovalutazione delle competenze per gli eventi ed obiettivi formativi previsti
- Partecipano alla definizione del fabbisogno formativo
- Partecipano alla costruzione del dossier formativo di UO e del PAF dipartimentale
- Presentano al Comitato di Dipartimento il PAF Dipartimentale

- Supportano le attività del Responsabile Scientifico e, ove possibile, assumono l'incarico di Responsabile Scientifico
- Monitorano la ricaduta della formazione
- Diffondono nel Dipartimento i risultati della formazione.

Facilitatore dipartimentale (FD)

Referente operativo della UOC Formazione individuato sulla base di esperienza in ambito formativo, capacità andragogiche, capacità comunicative, disponibilità a frequentare appositi percorsi formativi. Sono l'anello di congiunzione tra gli esperti professionali delle Unità Operative e il Responsabile della Funzione di Provider. In particolare supportano le UUOO.

All'interno dei Dipartimenti devono:

- Supportare la definizione della "cascata" degli obiettivi dal Dipartimento alla UO
- Sostenere metodologicamente l'individuazione delle competenze necessarie per raggiungere gli obiettivi
- Sostenere metodologicamente la costruzione della scheda di autovalutazione delle competenze
- Elaborare i dati della autovalutazione e preparare il rapporto sul fabbisogno formativo con gli Esperti Disciplinari del Dipartimento
- Redigere il dossier formativo di UO/gruppo/dipartimento
- Predisporre il PAF dipartimentale con gli ED per la presentazione al Direttore Dipartimento e Responsabile SATeR
- Predisporre con il Responsabile Scientifico il progetto formativo
- Accreditarne gli eventi nel sistema regionale ECM
- Verificare i questionari di valutazione dell'apprendimento e predisporre il report specifico
- Chiudere l'evento (registrazione partecipanti e chiusura della procedura)
- Monitorare la formazione dipartimentale
- Diffondere i report predisposti dalla Funzione di Governo della Formazione.

Responsabile Scientifico

All'interno dei Dipartimenti:

- predispone le schede di progettazione con il FD;
- sceglie i docenti;
- individua il target della proposta formativa e le modalità di valutazione dell'apprendimento;
- nel caso che la verifica dell'apprendimento sia il questionario, firma la copia con le risposte esatte che serve per la correzione degli elaborati;
- fornisce al FD la documentazione per l'accreditamento dell'evento (CV formato europeo dei docenti, autocertificazioni, elenco docenti, questionario dell'apprendimento completo delle domande da parte di tutti i docenti);
- coordina tutte le attività didattico-scientifiche del progetto comprese le relazioni con i docenti;
- propone l'eventuale acquisizione del materiale didattico e scientifico e stabilisce le attrezzature necessarie alla realizzazione dell'attività;
- presiede all'evento formativo e stipula il "contratto l'aula o patto d'aula" con i partecipanti, cioè informa sulle finalità dell'evento, i tempi di realizzazione, definisce la micro organizzazione di gestione del tempo: cadenza e durata pause, scansione attività frontale ed interattiva, logistica per gruppi di lavoro, modalità di valutazione dell'apprendimento. Con i partecipanti concorda gli obiettivi di apprendimento ed informa sulle modalità di verifica della ricaduta della formazione.

- chiude l'evento (verifica presenze, firme, superamento del test di valutazione apprendimento, presenza test di gradimento) e invio dell'elenco nominativo dei partecipanti con percorso completo al FD
- predispone la relazione scientifica finale delle attività ove prevista, compresa la valutazione dell'apprendimento e della ricaduta, se possibile, o i temi/modi di verifica della ricaduta, insieme al FD.

Fasi per la costruzione del PAF Dipartimentale

- definizione delle priorità determinate dagli obiettivi della Direzione e contenute nelle linee strategiche aziendali e negli obiettivi di budget del Dipartimento;
- declinazione dei meta obiettivi in obiettivi specifici di UO o di sottogruppo (anche interdipartimentali, PDTA, piattaforme logistiche, tecnologiche o assistenziali) nel dossier;
- Individuazione delle competenze necessarie per raggiungere gli obiettivi di UO/Gruppo nel dossier;
- Compilazione della scheda di autovalutazione delle competenze possedute dagli operatori della UO/Gruppo
- sulla base di tale autovalutazione, individuazione dei bisogni formativi (analisi del fabbisogno) prioritari e creazione della coerenza con gli obiettivi di Dipartimento/Distretto/Staff;
- scelta degli eventi formativi da progettare, dei Responsabili Scientifici, dei partecipanti e della tipologia di formazione e compilazione della scheda PAF;
- validazione del piano di Dipartimento da parte del Direttore di Dipartimento e dal Responsabile SATeR dipartimentale ed invio al Responsabile del Governo della Formazione (RGF), presso la UOC Formazione;
- valutazione delle coerenze dei singoli piani con gli obiettivi aziendali a cura del RGF e presentazione al Comitato Scientifico Aziendale della formazione ECM, che approva il PAF;
- assegnazione del budget aziendale al RGF e verifica di sostenibilità economica del PAF;
- presentazione al Collegio di Direzione e autorizzazione del Collegio di Direzione alla realizzazione Piano Formativo Annuale e approvazione del budget complessivo dedicato alla Formazione;
- ripartizione del budget, a cura del RGF, ai dossier formativi di Dipartimenti/Distretti/Staff presenti nei PAF.

Il PAF derivante direttamente dal DOSSIER FORMATIVO deve contenere tutte le tipologie di formazione:

- interna (residenziale, blended, on work)
- esterna (residenziale, FAD, blended)
- obbligatoria
- facoltativa.

Dopo l'approvazione, il PAF annuale del Dipartimento/Distretto/Staff deve essere diffuso a tutti gli operatori/professionisti attraverso Intranet, nell'area dedicata, e con lettere e incontri.

Condivisione delle conoscenze acquisite

Nell'ambito del Dipartimento/Distretto/Staff, la condivisione delle conoscenze acquisite durante i corsi, convegni e altri eventi tra tutti gli operatori deve avvenire secondo le seguenti modalità:

- discussione negli incontri formativi periodici o mediante specifici incontri professionali, mettendo a disposizione dei colleghi la documentazione consegnata nell'ambito formativo,
- pubblicazione del materiale sull'intranet del Dipartimento.

La formazione dei Pediatri di Libera Scelta

Nell'ultimo trimestre 2012 si concordò con i PLS di orientare la formazione sull'obiettivo "Migliorare la condivisione di percorsi di cura ed educazione nei bambini". Gli elementi salienti della programmazione sono stati:

- Categoria di competenze: Tecnico Specifiche e Comunicativo-relazionali

Evento 1

Competenze da sviluppare: saper valutare e trattare il dolore acuto e cronico in età pediatrica

Obiettivi formativi: controllare e trattare adeguatamente il dolore

Contenuti formativi: Criteri di diagnosi stadiazione, trattamento e registrazione di patologie/condizioni del bambino e dell'adolescente (dolore acuto, cronico e bisogno di cure palliative).

Metodologia: Residenziale interattiva 2 incontri di 5 ore, 1 incontro sull'approccio al dolore acuto in ambito pediatrico generalista; 1 incontro sulla valutazione e trattamento del dolore in particolari condizioni croniche.

Autoformazione senza tutor 2 ore: revisione della letteratura specifica suggerita dai docenti. On work 8 ore per valutazione del dolore nei bambini utilizzando una scala condivisa con i docenti e revisione della propria attività di trattamento del dolore e informazione dei familiari e bambini sul dolore percepito (ricaduta della formazione).

Evento 2:

Competenze da sviluppare: saper riconoscere il grado di gravità di patologie acute e croniche e di particolari condizioni di rischio nel minore e nell'adolescente. Saper scegliere i trattamenti appropriati

Obiettivi formativi: Uniformare i comportamenti diagnostico-prescrittivi

Contenuti: Linee guida per corretti stili di vita del minore e della famiglia; alimentazione nel bambino in età scolare. La comunicazione con le famiglie e il colloquio educativo. La prevenzione e diagnosi precoce di patologie croniche.

Metodologia: residenziale in 3 incontri di 5 ore sulle patologie croniche pediatriche e i problemi di salute emergenti. 1 incontro residenziale interattivo in sottogruppi da 25 partecipanti sul tema "alimentazione e obesità". On work: 5 ore di autoapprendimento senza tutor: misurazioni di parametri nei propri pazienti.

Ricaduta attesa della formazione: Misurazione di un parametro/ dato/ rischio nei bambini.

Il percorso formativo ha impegnato complessivamente i 118 PLS per 45 ore di attività formativa. Ricaduta scelta durante il corso: misurazione del BMI nei bambini di 3 e 6 anni e valutazione della prevalenza di sovrappeso e obesità nelle due coorti.

Alla misurazione della ricaduta hanno partecipato tutti i 118 pediatri.

Le misurazioni effettuate sono state 7162. I bambini erano 3.436 femmine, 3.726 maschi.

La distribuzione per sesso delle coorti di bambini era:

- Coorte di tre anni: 1817 femmine, 1940 maschi

- Coorte di sei anni: 1619 femmine 1786 maschi.

Grafico 5.3 Distribuzione del BMI nelle due coorti di bambini, fonte DCP Ausl di Bologna

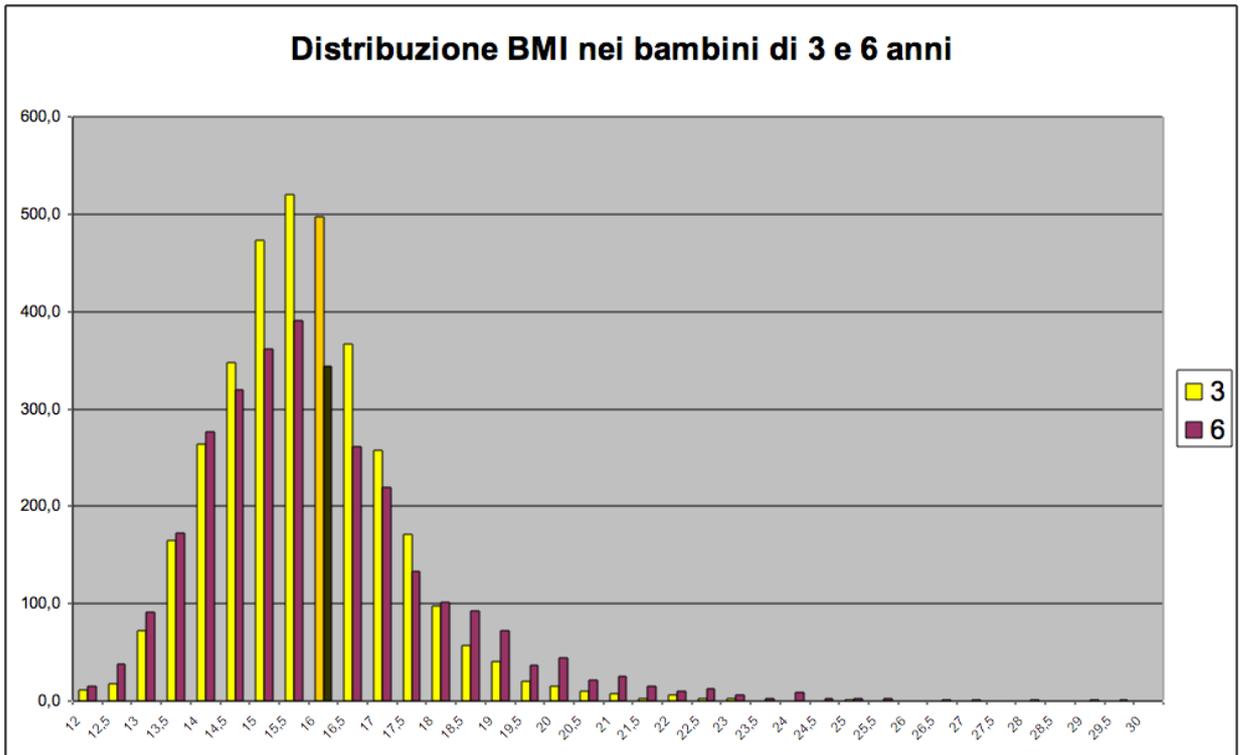
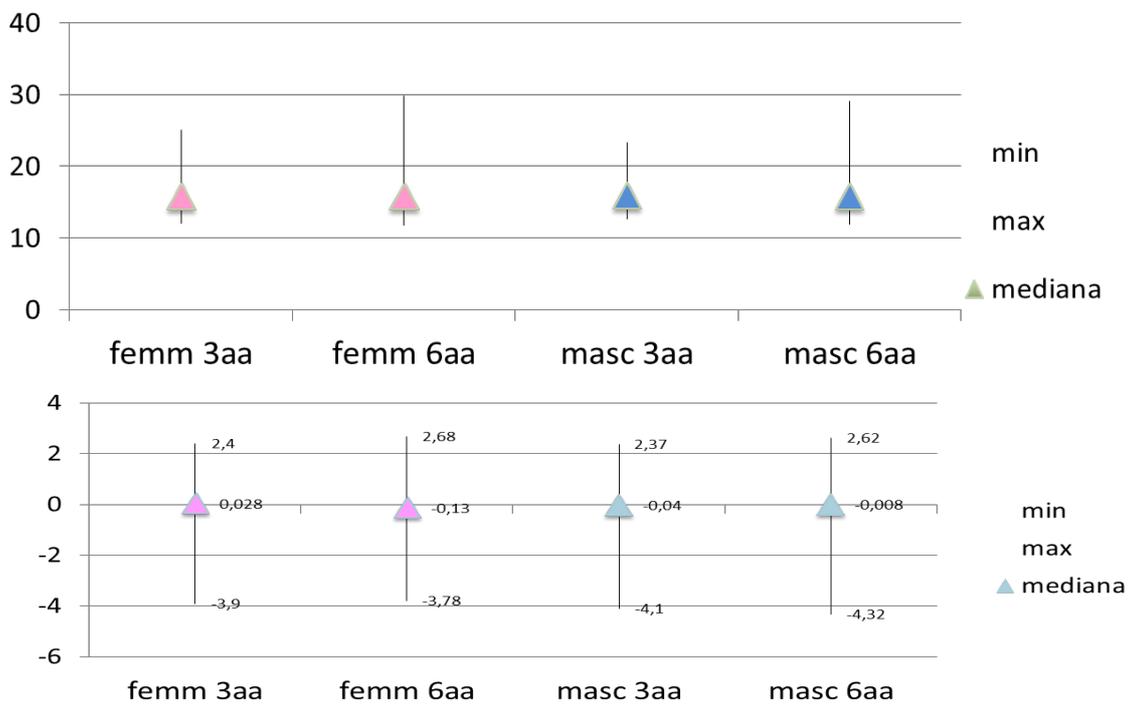


Grafico 5.4 Variazioni del BMI e della SDS, fonte DCP Ausl di Bologna



La condizione sulla quale concentrare i maggiori interventi educativi è risultata quella del “sovrappeso”. Nel grafico 5.7 sono evidenziate le prevalenze di bambini in sovrappeso.

Come si può notare non vi sono significative differenze tra maschi e femmine e tra le due coorti di età.

Grafico 5.5 – Distribuzione altezza in percentili nelle femmine (fonte, dati AUsl Bologna)

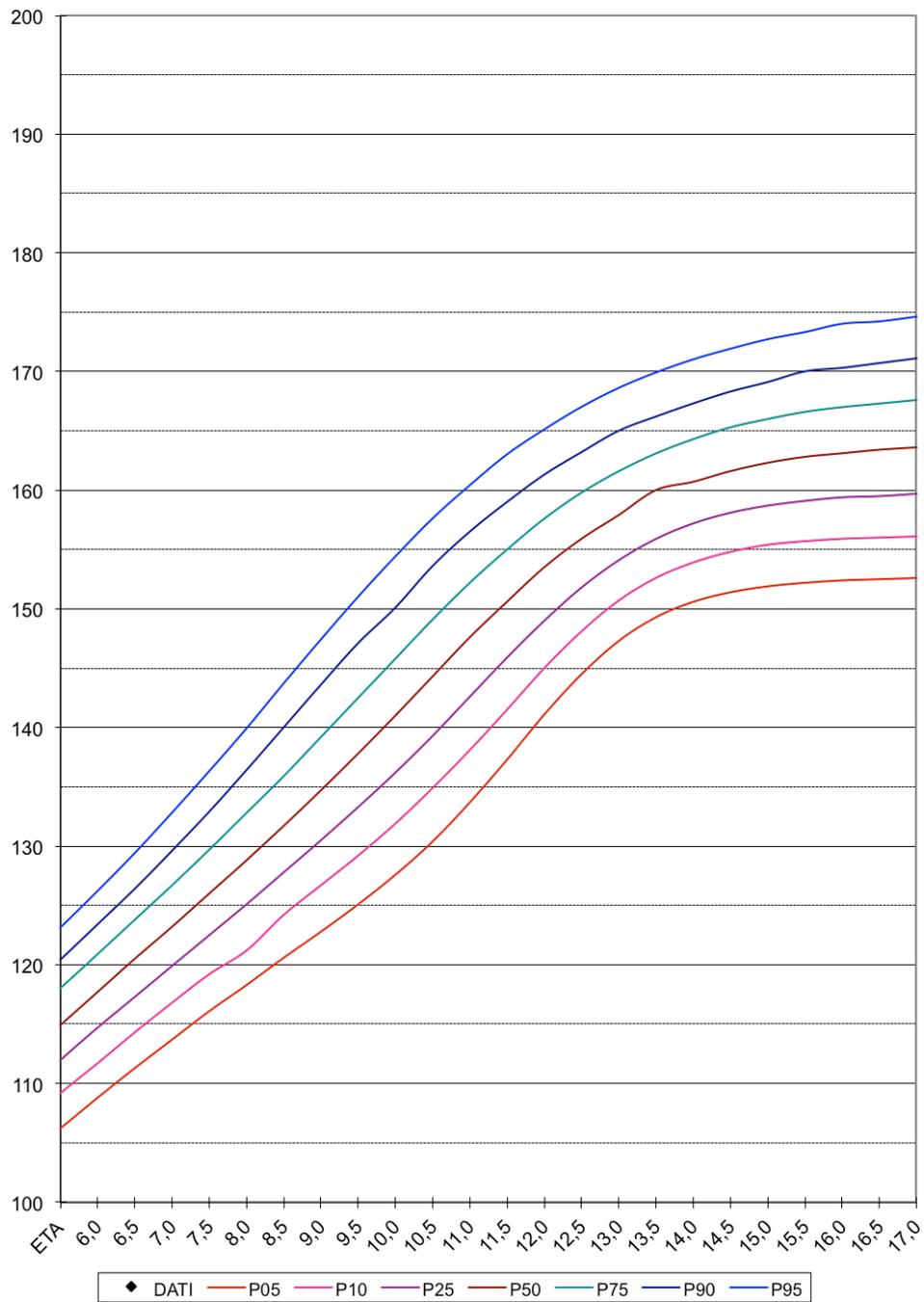
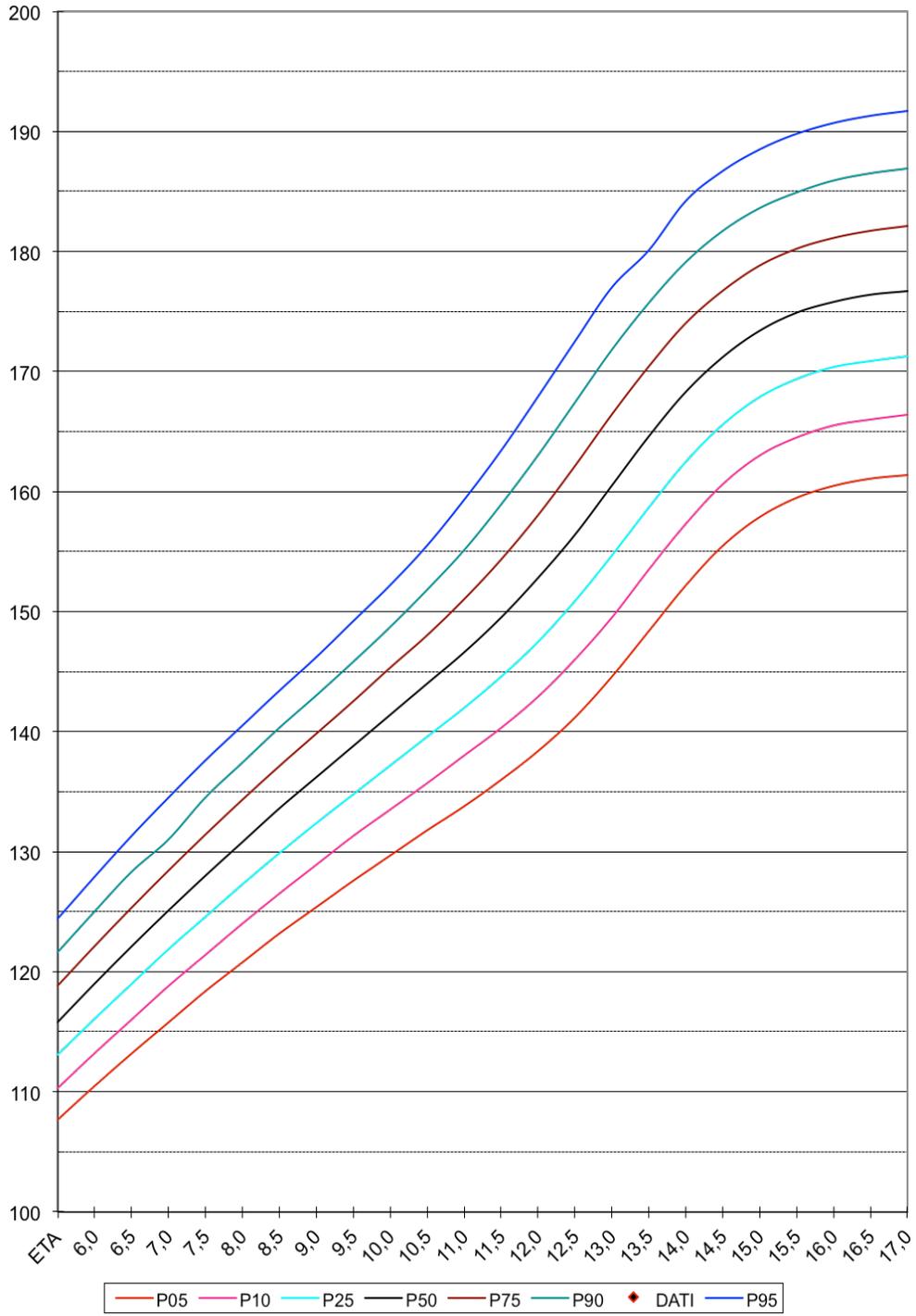


Grafico 5.6 – distribuzione dell’altezza in percentili nei maschi (fonte, dati AUsl Bologna)



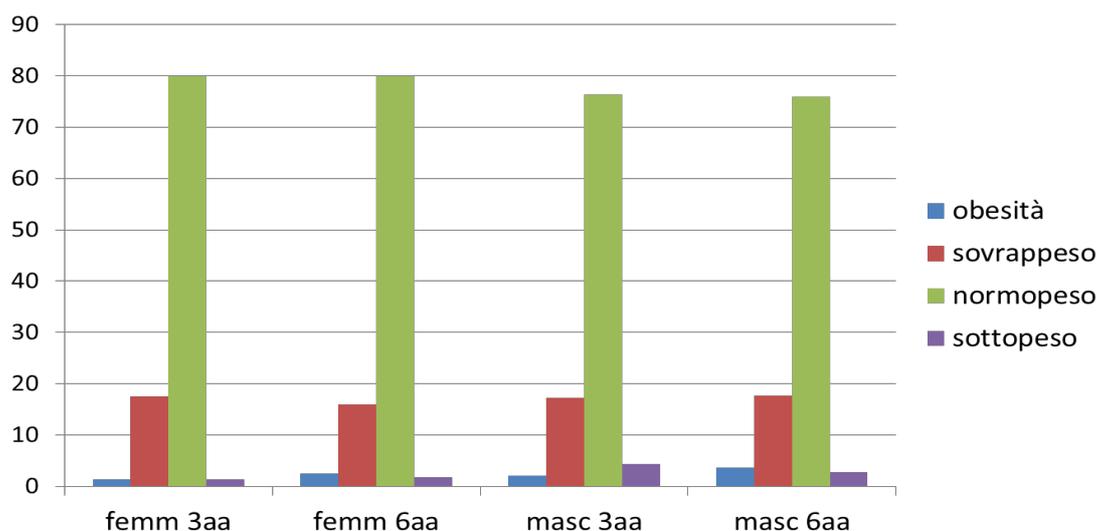


Grafico 5.7 Prevalenza del BMI nelle coorti, distribuzione per sesso. Fonte DCP, Ausl di Bologna

Analizzando la distribuzione territoriale (grafico 5.8) è possibile notare una minore prevalenza di bambini in sovrappeso nella Città di Bologna, differenza risultata significativa ($p < 0,05$). Le zone dell'interland bolognese, invece, presentano la stessa prevalenza di bambini obesi, in sovrappeso, sottopeso o normopeso dell'area di pianura o montagna.

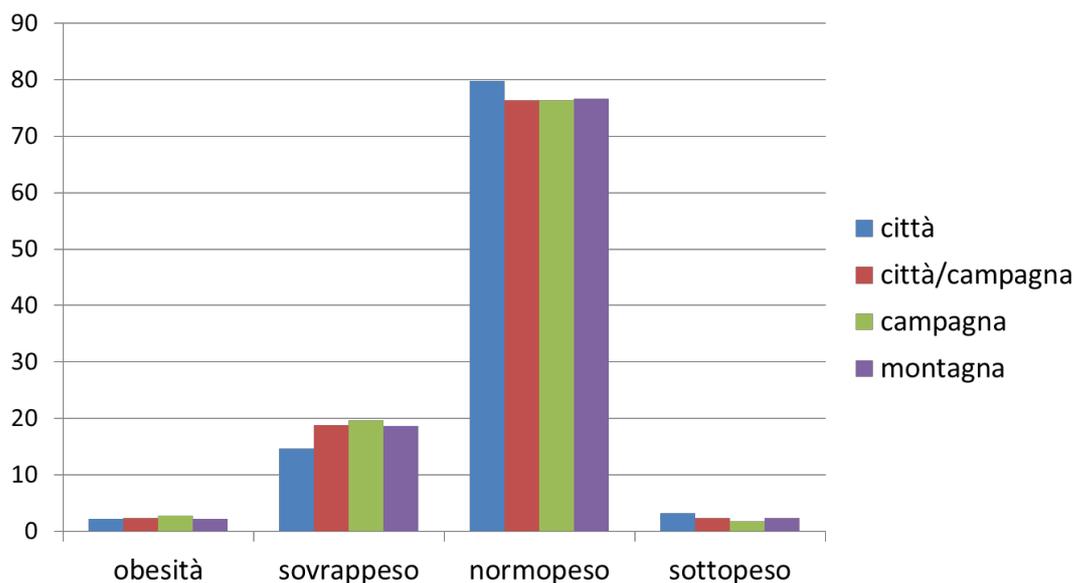


Grafico 5.8 Distribuzione del BMI per zone territoriali. Fonte DCP, Ausl di Bologna.

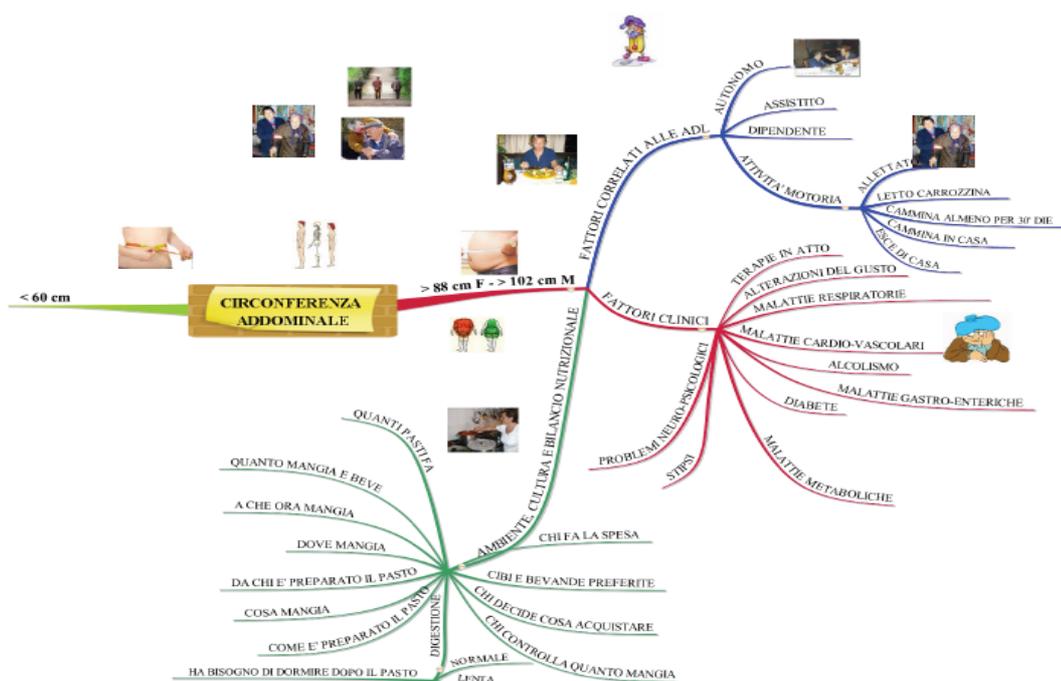
I dati sono stati confrontati con precedenti studi della Regione Emilia-Romagna e si sono dimostrati concordanti con le indagini effettuate sia nel 2002 che nel 2006 (Cacciari E, Milani S, Balsamo A, JEI 2006).

Gli infermieri dell'assistenza domiciliare, che avevano approntato un programma di assessment e di educazione alimentare per gli adulti, hanno in programma, insieme al gruppo consultoriale e al gruppo di lavoro "Chirone" - che sta predisponendo le informazioni e la formazione per i genitori di bambini affetti da malattie croniche - di

costruire un programma di informazione/formazione dei genitori e sono disponibili ad affiancare i PLS nell'educazione/informazione dei bambini e dei genitori.

Si propongono anche per costruire una mappa mentale del percorso di assessment e di individuazione dei problemi di salute alimentazione-correlati o dei rischi potenziali, così come hanno identificato per gli adulti.

Fig. 5.13 – La mappa mentale dell'assessment sui rischi/problemi correlati al sovrappeso/obesità o alla condizione di sottopeso nell'adulto.



Conclusioni

La formazione è stata sempre interpretata con uno strumento per il miglioramento della propria competenza e della qualità dei propri interventi. Con i PLS, la programmazione concordata ha previsto anche attività sul campo (on work) per la sperimentazione/utilizzo delle conoscenze condivise o sviluppate durante la formazione. Che vi sia una prevalenza in aumento di bambini sovrappeso, è noto. Il Ministero della salute proprio per questo motivo ha attivato le campagne a supporto dell'alimentazione mediterranea, dell'aumento della frazione di frutta e verdura e della riduzione dei carboidrati semplici o di quelli nascosti in prodotti dolciari o da forno utilizzati come spuntini. E' però la prima volta che si produce un collegamento diretto tra formazione e attività di monitoraggio dell'età pediatrica, con conseguente avvio di attività preventiva/curativa.

Dopo aver analizzato i dati delle due coorti di bambini i PLS hanno deciso, per il 2014:

- di proseguire l'attività di monitoraggio del BMI nei bambini
- di intraprendere colloqui educativi con i genitori dei bambini in sovrappeso ed obesi
- di sostenere l'attività motoria/sportiva nei bambini in sovrappeso ed obesi
- di monitorare la PA nei bambini obesi e in sovrappeso, per valutare un altro parametro e segnalare precocemente i bambini con ipertensione o parametri pressori "borderline" allo specialista, individuare i bambini a rischio di sindrome multiorgano

Per gli studenti:

- Quali problemi individuate nel caso presentato
- Quali elementi di forza e di debolezza nelle attività/azioni/decisioni

- Quali suggerimenti vorreste dare all'organizzazione.

Bibliografia

- Beard JD, Marriott J, Purdie H, Crossley J. (2011) Assessing the surgical skills of trainees in the operating theatre: a prospective observational study of the methodology, *Health Technol Assess.* Jan;15(1): i-xxi, 1-162
- Bortone G. (a cura di) (2008) *Formazione e cambiamento - Teoria e prassi.* Aracne
- Boyatzis R.E. (1982) *The Competent Manager: A Model for Effective Performance,* Wiley, New York
- Carli R., Paniccio R.M. (2004) *Analisi della domanda. Teoria e intervento in psicologia clinica.* Il Mulino, Bologna.
- Carli R., Paniccio R.M. (1999) *Psicologia della formazione.* Il Mulino, Bologna.
- Ceci A, Prandi F, Ruozi C. (2002) "Coniugare organizzazione e professionalità: la valorizzazione delle risorse umane". In Cipolla C, Giarelli G, Altieri L. *Valutare la qualità in sanità.* Franco Angeli, Milano.
- Frank Jr, Danoff D (2007) The CanMEDS initiative: implementing an outcomes-based framework of physician competencies, *Medical Teacher*; 29: 642–647
- Gillespie, B.M., et al. (2010). Enhancing communication in surgery through team training interventions: A systematic literature review. *AORN Journal*, 92(6), 642-657
- Health Foundation (2012) *Quality improvement training for healthcare professionals,* August
- Kurtz S., Laidlaw T., Makoul G., Schnabl G. (2009) *Medical Education Initiatives in Communication Skills Cancer, Prevention & Control*, 3:1, pp. 37-45,
- Le Boterf G. (2000) *Construire le compétences individuelles et collectives.* Éditions d'Organisation, Paris
- Loidice I. (2006) *Politiche per l'educazione degli adulti: proposte. 'Lifelong Lifewide Learning',* Rivista online di Edaforum. Anno 2, n.4
- Maggi B., *La formazione apparente: alcune ipotesi di ricerca.* Studi Organizzativi 1/1974.
- Mattalucci L., Sarati E. (2011) *La cultura della formazione nel panorama aziendale: elementi di criticità, best practice e riflessioni possibili.* Dialoghi, Rivista di studi sulla formazione e sullo sviluppo organizzativo Anno II, n.1
- NHS Institute for Innovation and Improvement and Academy of Medical Royal Colleges (2010) *Medical Leadership Competency Framework, 3rd edition,* Coventry: NHS Institute for Innovation and Improvement
- Østergaard HT, Østergaard D, Lippert A. (2008) Implementation of team training in medical education in Denmark *Postgrad Med J.* Oct;84(996):507-1
- Pantani T., Ruozi C. *La Formazione sul campo in ambito sanitario: il valore di una formazione oltre l'aula.* Janus, 24/ 2006.
- Patey RE (2008) Identifying and Assessing Non-Technical Skills, *The Clinical Teacher*; 5: 40–44
- Poletti P (2008) *Competenza, Care, 3,* Il Pensiero Scientifico editore, Roma.
- Quaglino GP, Carrozzi GP (1992) *Il processo di formazione.* Franco Angeli, Milano
- Spencer LM e Spencer SM (1993). *Competenza nel lavoro. Modelli per una performance superiore.* Milano, Edizioni Franco Angeli.
- W.H.O. *Patient Safety Curriculum Guide, Multi-professional Edition, 2011*
- Walton M et al (2010) *The WHO patient safety curriculum guide for medical schools.* *Qual Saf Health Care.* Dec;19(6):542-6
- Walton MM, Shaw T, Barnet S, Ross J (2006) *Developing a national patient safety education for Australia,* *Qual Saf Health Care*;15:437-442
- WFME (2007) *Global Standards for Quality Improvement in Medical Education European Specifications: Quality Assurance Task Force WFME Office, University of Copenhagen Denmark*

- World Health Organisation (1988) Learning to work together for health. Report of a WHO study group on multiprofessional education for health personnel: a team approach. WHO Switzerland, pag 68

Approfondimenti in ambito pedagogico:

- L. Althusser, Per Marx, Roma, Editori Riuniti, 1967
- W. Brezinka, Metateoria dell'educazione, Roma, Armando, 1978
- Broccoli, Ideologia e educazione, Firenze, La Nuova Italia, 1974
- F. Cambi, Il congegno del discorso pedagogico, Bologna Clueb, 1986
- F. Cambi, Storia della pedagogia, Roma-Bari, Laterza, 1995
- F. Cambi, Abitare il disincanto, Torino, UTET, 2006
- F. Cambi, L'inquietudine della ricerca, Palermo, Fondazione Nazionale "Vito Fazio-Allmayer", 2011
- F. Cambi, L. Santelli Beccegato (a cura di), Modelli di formazione, Torino, UTET, 2004
- J. Dewey, Le fonti di una scienza dell'educazione, Firenze, la nuova Italia, 1951
- G. Flores d'Arcais, Discorso educativo e discorso pedagogico, 2 voll., Liviana, Padova, 1972-1974
- M. Foucault, La nascita della clinica Torino, Einaudi, 1969
- M. Foucault, L'ordine del discorso, Torino, Einaudi, 1972
- M. Foucault, Microfisica del potere, Torino, Einaudi, 1977
- M. Gennari, Trattato di pedagogia generale, Milano, Bompiani, 2006
- Granese, Dialettica e educazione, Roma, Editori Riuniti, 1975
- M. Laeng, Problemi di struttura della pedagogia, Brescia, La Scuola, 1960
- R. Laporta, L'assoluto pedagogico, Firenze, La Nuova Italia, 1996
- Mariani, La pedagogia sotto analisi, Milano, Unicopli, 2004
- Mariani, La decostruzione in pedagogia, Roma, Armando, 2008
- Mariani (a cura di), Scienze dell'educazione, Lecce, Pensa MultiMedia, 2005
- R. Massa, La scienza pedagogica, Firenze, La Nuova Italia, 1975
- R. Massa, Teoria pedagogica e prassi educative, Bologna, Cappelli, 1979
- R. Massa, Le tecniche e i corpi, Milano, Unicopli, 1986
- R. Massa (a cura di), La clinica della formazione, Milano, FrancoAngeli, 1992
- R. Massa (a cura di), Istituzioni di pedagogia e scienze dell'educazione, Roma-Bari, Laterza, 1990
- Metelli di Lallo, Analisi del discorso pedagogico, Padova, Marsilio, 1966
- G. Mialaret, Introduzione alla pedagogia, Roma, Armando, 1970
- G. Mialaret, Le scienze dell'educazione, Torino, Loescher, 1976
- G. Mialaret (a cura di), Introduzione alle scienze dell'educazione, Bari, Laterza, 1989
- Porcheddu (a cura di), Gli incontri mancati, Milano, Unicopli, 1992
- F. Ravaglioli, Interdisciplinarietà, Roma, Armando, 1974
- F. Papi, Educazione, Milano, ISEDI, 1978
- G. Sola (a cura di), Epistemologia pedagogia, Milano, Bompiani, 2003

Teaching note

Nell'età pediatrica¹⁰⁸, la valutazione del BMI considera obeso un bambino con un BMI > 95° percentile per età e sesso; in sovrappeso un bambino con un BMI tra 85°- 95° percentile¹⁰⁹ per età e sesso. In età pediatrica la misurazione della circonferenza vita può essere considerata da sola un marcatore di rischio cardiovascolare nei soggetti in sovrappeso/obesi

Percentili della circonferenza della vita

Sesso	Età (anni)	n	PERCENTILI						
			5°	10°	25°	50°	75°	90°	95°
Maschi	5+	254	46.8	47.7	49.3	51.3	53.5	55.6	57.0
	6+	349	47.2	48.2	50.7	52.2	54.6	57.1	58.7
	7+	334	47.9	48.9	50.9	53.3	56.1	58.8	60.7
	8+	333	48.7	49.9	52.1	54.7	57.8	60.9	62.9
	9+	337	49.7	51.0	53.4	56.4	59.7	63.2	65.4
	10+	357	50.8	52.3	55.0	58.2	61.9	65.6	67.9
	11+	298	51.9	53.6	56.6	60.2	64.1	67.9	70.4
	12+	347	53.1	55.0	58.4	62.3	66.4	70.4	72.9
	13+	319	54.8	56.9	60.4	64.6	69.0	73.1	75.7
	14+	279	56.9	59.2	62.6	67.0	71.6	76.1	78.9
	15+	288	59.0	61.1	64.8	69.3	74.2	79.0	82.0
	16+	90	61.2	63.3	67.0	71.6	76.7	81.8	85.2
Femmine	5+	401	45.4	46.3	48.1	50.3	52.8	55.4	57.2
	6+	400	46.3	47.3	49.2	51.5	54.2	57.0	58.9
	7+	376	47.4	48.4	50.3	52.7	55.6	58.7	60.8
	8+	413	48.5	49.6	51.5	54.1	57.1	60.4	62.7
	9+	395	49.5	50.6	52.7	55.3	58.5	62.0	64.5
	10+	364	50.7	51.8	53.9	56.7	60.0	63.6	66.2
	11+	357	52.0	53.2	55.4	58.2	61.6	65.4	68.1
	12+	375	53.6	54.8	57.1	60.0	63.5	67.3	70.5
	13+	390	55.2	56.4	58.7	61.7	65.3	69.1	71.8
	14+	404	56.5	57.8	60.2	63.2	66.8	70.6	73.2
	15+	433	57.6	58.9	61.3	64.4	67.9	71.7	74.3
	16+	462	58.4	59.8	62.2	65.3	68.8	72.6	75.1

5+ significa bambini di età compresa tra 5 e 5,99 anni.

HD McCarthy, KV Jarrett and HF Crawley. Original Communication The development of waist circumference percentiles in British children aged 5.0 ± 16.9 y. *European Journal of Clinical Nutrition*, 2001; 55:902-907.

Anche per i bambini è dimostrato che un valore di circonferenza della vita > 90° percentile per sesso ed età si associa a maggior rischio cardiovascolare. E' utile valutare anche il rapporto WHtR = circonferenza addominale (cm) / statura (cm) che fornisce indicazione di rischio se > 0.5, come hanno indicato Maffeis et al. Nell'articolo "Waist-to-height ratio, a useful index to identify high metabolic risk in overweight children" nel 2008¹¹⁰ Per comprendere quali condizioni possano beneficiare di interventi educativi e counselling prima della nascita, se possibile, o subito dopo la nascita, i PLS devono comprendere quali dei fattori di rischio seguenti caratterizza la famiglia di origine del bambino.

¹⁰⁸ Brambilla, P., Bedogni, G., & Bongiovanni, C. (2010). Progetto di prevenzione dell'obesità infantile tra 0 e 6 anni. "Mi voglio bene". *Medico e Bambino pagine elettroniche*, 13(8).

¹⁰⁹ Cicognani, A., & Balsamo, A. (2002). I nuovi percentili italiani. *Eur J Clin Nutr*, 56, 171-80; Nisticò, C. (2010). BMI e sprint performance in bambini 7-12 anni obesi e non obesi. *New Athletics: Research in Sport Sciences*, 24-29.

¹¹⁰ Journal of Pediatric Endocrinology

Fattori di rischio per obesità	Rischio di obesità a 7 anni
BMI dei genitori	Il rischio raddoppia se 2 genitori sono obesi
Peso alla nascita	Basso peso (malnutrizione materna, fumo di sigaretta, insufficienza placentare) Peso elevato (diabete gestazionale o iperalimentazione materna)
Incremento del tasso di crescita	Elevato Z score del peso tra gli 8 e i 18 mesi Incremento della velocità di crescita nei primi 12 mesi Catch-up growth prima dei 2 anni Precoce adiposity rebound (incremento annuale dei valori di BMI prima dei 5 anni)
Ore di televisione/ videogiochi e computer	Rischio maggiore se più di 8 ore a settimana

Il caso di studio è stato progettato in una azienda reale come ricerca descrittiva, per osservare l'esito della formazione (misurazione della ricaduta formativa) in una coorte di professionisti, i Pediatri di libera scelta (PLS), che appartengono alla famiglia dei medici convenzionati. La caratteristica principale di questa famiglia è quella di non essere dipendenti dell'Azienda Sanitaria in senso classico, pur fornendo una attività professionale retribuita dall'Azienda stessa. I PLS hanno un "contatto nazionale" (Convenzione nazionale) che stabilisce, per le aziende sanitarie, l'obbligo di fornire 40 ore di formazione/anno, distribuite in 10 sabati mattina.

Nell'Azienda USL di Bologna, la formazione di PLS era sempre stata organizzata nel modo tradizionale: una successione di seminari monotematici, senza nessuna verifica della ricaduta.

Come sottoporre il caso in ambito formativo

Il caso deve essere letto individualmente.

La prima analisi è verificare la coerenza tra obiettivi, proponimenti e risultati ottenuti.

Conceptual Framework

La tendenza alla tecnica è, in molte delle attività che oggi ognuno di noi svolge, il presupposto per dimenticare perché le cose vengono fatte, lo spirito che le anima le motivazioni che portano all'azione. Anche nella formazione ciò avviene, e chi si occupa di formazione di adulti deve avere la consapevolezza che un adulto si chiederà sempre il perché delle informazioni fornite nella formazione, per quale uso pratico, professionale. Questo significa che chi si occupa di formazione ha come obiettivo modificare i comportamenti, ma anche quello di sostenere/ sviluppare le capacità critiche, l'astrazione, la capacità di sintesi cognitiva: tutto il sistema che permette di dare risposte alle domande che iniziano con "perché".

Le scelte che si fanno nella formazione, nell'incontro in aula, nel setting formativo, dipendono dalle competenze dei docenti, da quelle dei partecipati, dai valori o ideali che animano le due parti. L'educazione, la formazione degli adulti è soprattutto formazione di persone che valuteranno l'intervento formativo in base a molti fattori che non sono solo "tecnici": l'emozione che trasmette il percorso formativo e chi lo coordina, ciò che suscita - in chi ascolta ciò che accade in aula, le simpatie per chi si ha di fronte, il sentirsi trattato da adulto e non da bambino, la sensazione che la "fatica" dell'essere in aula sia ripagata dalla possibilità di mettere in moto il pensiero in modo

nuovo. La formazione diventa¹¹¹ “l’insieme delle ipotesi , di metodi, di processi operativi che individuano, allestiscono, mantengono , concorrono a creare le condizioni che facilitano l’apprendimento affrontando le difficoltà ad esso necessariamente connesse” (Manoukian, 2007).

La formazione è un territorio per definizione interdisciplinare nel quale confluiscono le più diverse discipline sociali o tecniche. "La formazione si presenta oggi come un campo di pratiche sociali eterogenee aventi come soggetti, adulti in situazione professionale (Margotta, Salatin, 1989)".

Secondo Castelli ed altri "la formazione viene caratterizzandosi come momento di cambiamento, nel senso di una trasformazione che porta il soggetto ad una presa di coscienza delle proprie risorse, delle proprie capacità, dei percorsi migliorativi attuabili e dell'impiego di tali risorse in un progetto che, tendenzialmente, supera il momento applicativo professionale, per sfociare in una rielaborazione delle proprie esperienze della vita sociale". (Castelli, 1981)

Secondo Quaglino "la formazione è attività educativa. Dunque il suo obiettivo è il sapere: la promozione, la diffusione, l'aggiornamento dei sapere. Nonché la promozione, la diffusione e l'aggiornamento dei modi di utilizzo di tale sapere" (Quaglino, Caprozzi, 1987)

Bruscaglioni afferma che fare formazione significa: "intervenire, in maniera finalizzata ed organizzata, sulla cultura professionale di individui e gruppi, attraverso le metodologie dell'apprendimento consapevole". (Bruscaglioni, 1991)

La formazione assume una valenza specifica se essa è veicolata, condotta, gestita all'interno delle organizzazioni dalle organizzazioni stesse, diventa infatti strumento di costruzione di competenze a livello individuale, di gruppo e organizzativo. Essa agisce su conoscenze, competenze e atteggiamenti producendo cambiamenti che dovrebbero rendere più efficace l'azione degli individui nelle organizzazioni stesse (Fraccaroli, 2007).

Acquisire una conoscenza, modificare un atteggiamento o sviluppare un'abilità è sempre un processo di cambiamento di uno stato in un altro. La nozione di cambiamento indica essenzialmente una modificazione di uno o più caratteri in un soggetto.

L'attività formativa costa fatica, impegno, risorse economiche e ha diritto di essere indirizzata, pensata in modo corretto, professionale, etico.

E' necessario rileggere la formazione in modo dialettico, sia rispetto al “tempo storico” sia rispetto alle dinamiche di “ordine del discorso” (per citare Foucault)¹¹² che via via l'*episteme* mette in azione. Sono le voci di Granese, di Flores d'Arcais, di Massa e di altri partecipanti al “gruppo romano” (degli anni Ottanta/Novanta), come pure di teorici fini della pedagogia (come Laeng, come Manno, come Broccoli, in particolare) che hanno riletto in modo nuovo il neo-paradigma “interdisciplinarietà” in pedagogia. Fissandone, da un lato, il forte nesso con l'ideologia, e quella dominante, facendo così uscire l'interdisciplinarietà dal suo modello astratto ed ideale e portandola dentro la storia sociale nel suo complesso e nelle sue complesse dinamiche. Da un altro lato, si sono evidenziate le “strategie discorsive” che si realizzano, epoca per epoca, rispetto ai saperi coinvolti nella pedagogia, con pratiche di esclusione, di emarginazione, di imperialismo, di regolamentazione ab extra. Gramsci da un lato e Foucault dall'altro hanno offerto le basi per questa ri-comprensione dell'interdisciplinarietà.

Ciò che emerge da questa riflessione critica è la condizione storica dell'interdisciplinarietà e la sua regolamentazione discorsiva che rimandano a una egemonia culturale (e sociale) e all'esercizio che essa compie di controllo e formulazione del dialogo interdisciplinare.

¹¹¹ Olivetti Manoukian F., Incontro di studio sul tema “formazione formatori”, Roma 1-2 ottobre 2007; Margotta U., Salatin A., La formazione come fenomeno complesso, Franco Angeli, Milano 1989; Castelli C. (a cura di), Elementi di progettazione formativa, Ed. Provincia Autonoma di Trento, 1981; Quaglino G.P., Caprozzi G.P., Il processo di formazione, Franco Angeli, Milano 1987; Bruscaglioni M., La gestione dei processi nella formazione degli adulti, Franco Angeli, Milano 1991; Fraccaroli F., Apprendimento e formazione nelle organizzazioni, Il Mulino, Bologna 2007;

J. Piaget¹¹³ è l'epistemologo che ha avuto il merito di precisare in modo rigoroso la definizione concettuale di interdisciplinarietà. La posizione di Piaget, in base a *L'épistémologie des relations interdisciplinaires* (1982), si esplica nella <<collaborazione fra discipline diverse o fra settori eterogenei di una stessa scienza (per giungere, ndr) a interazioni vere e proprie, a reciprocità di scambi, tale da determinare mutui arricchimenti>>

L'idea-guida si delinea nella direzione di un duplice piano: da una parte contenuti culturali inquadrabili in un ambito *pluridisciplinare* che non permette alcun arricchimento culturale e contenuti configurabili nell'*ottica multidisciplinare* che consente di risolvere un problema attraverso l'ausilio di informazioni relative a più discipline che di fatto non conseguono un *effettivo profitto, perché la sintesi non produce la nascita di un'altra disciplina più ricca e più globale*. Dall'altra, in ordine al secondo piano, *l'interdisciplinarietà attraverso cui si attuerebbe un processo interattivo tra più discipline garantito dal prestito e dallo scambio metodologico che consentono l'arricchimento culturale e scientifico*.

Come ultima elaborazione tra le relazioni disciplinari, la transdisciplinarietà non si contenterebbe più di *interazioni o scambi reciproci dal momento che il suo obiettivo sarebbe volto alla costituzione di un sistema strutturale senza frontiere stabili tra discipline*.

La questione interdisciplinare nasce dall'esigenza di rettificare la prospettazione positivista che, avendo assegnato legittimità solo al metodo descrittivo e alle singole discipline, non avvertiva la necessità di ulteriori interazioni concettuali oltre alla realtà del dato e della relativa disciplina. L'epistemologia ravvisa la necessità di superare la posizione positivista, favorendo tutte le possibili interazioni disciplinari in base alla teoria «l'interdisciplinarietà deriva da una ricerca di strutture più profonde dei fenomeni, destinata a spiegarli»(Piaget, 1982).

Quest'ultima impostazione si presenta come il modello teoretico più maturo e più profondo del pensiero, vantando un successo nella didattica e nella filosofia. *“L'interdisciplinarietà è intesa come la conseguenza dell'impianto epistemologico che prevede, oltre ai dati fenomenici, l'esistenza di profonde strutture, forme di pensiero denominate anche strutture logico-operazionali: categorie cognitive, rivisitate per l'aspetto formale, in grado di spiegare e organizzare la diversità fenomenica attraverso procedure logiche quali classificazione, seriazione, causa, tempo, ecc. C'è chi giustifica l'inter-disciplinare come una derivazione della interconnessione di strutture cognitive, ascrivibili alle stesse discipline: un processo che istituisce un rapporto tra la funzione logica e l'esplicazione della realtà. Un costrutto teoretico siffatto pretende che le discipline in sé debbano riferirsi alla stessa organizzazione e ripartizione dell'intelletto”¹¹⁴.*

Non è un caso che oltre Piaget, c'è chi, come J. S. Bruner (che ha influenzato nel bene e nel male gran parte della didattica), concepisce le discipline di studio come *«non solo la conoscenza codificata, ma modi di pensiero, abitudini mentali, implicite assunzioni»¹¹⁵* e che scrive anche *“... Le strutture cognitive (o i concetti operazionali) ereditate dalla tradizione del pensiero occidentale si presenterebbero già per se stesse interdisciplinari”¹¹⁶.*

Una struttura teorica esiste grazie ad una fase cognitiva, che ha valenza conoscitiva non per una conoscenza specifica e rispettosa della sua unicità e irripetibilità, ma per una possibile connessione con altre strutture che

¹¹³ J. PIAGET, *L'épistémologie des relations interdisciplinaires*, in AA.VV., *L'interdisciplinarietà*, pp. 141-144 (trad. it. in J. Piaget, J.S. Bruner et AL., *Pedagogia strutturalista*, Torino, Paravia 1982, cap. IV da p. 131). A differenza delle relazioni interdisciplinari, *Le relazioni multidisciplinari* si stabiliscono quando «la soluzione di un problema richiede informazioni a due o più scienze [...] senza però che le discipline messe a profitto siano modificate o arricchite da quelle che utilizza»; la *transdisciplinarietà* rende possibile «legami dentro un sistema totale privo di frontiere stabili fra le discipline». Rispetto all'interdisciplinarietà è bene tener presente la seguente citazione, estrapolata da *Le scienze dell'uomo* «le tecniche acquisite in una scienza naturale 'possono essere' in grado di chiarire direttamente quello che era necessario costruire per risolvere un difficile problema, fondamentale per le scienze dell'uomo» (J. PIAGET, *Le scienze dell'uomo*, Universale Laterza, Bari 1983, p. 81 e succ. p. 96).

¹¹⁴ Piaget, op cit. p-96

¹¹⁵ J. S. BRUNER, *Il significato di educazione*, Armando, Roma 1973, p. 41, T. RUSSO

¹¹⁶ «[...]abbiamo elencato i concetti di *classificazione, di seriazione, di causa* [...] di *tempo* [...]. Tali strutture cognitive sono di per se stesse, interdisciplinari in quanto non ascrivibili a una particolare disciplina, ma operanti alla base esplicativa di tutte le discipline» (F. DEVA, *L'interdisciplinarietà nella didattica della scuola elementare*, (in “Scuola e Città” La Nuova Italia, 7, luglio 1988, p. 289).

globalmente in-formano una struttura più ampia valevole ad estendere e rendere più articolato il livello scientifico. Stessa cosa deve avvenire con le discipline, la cui connessione servirebbe ad elaborare interazioni strutturali sempre più inglobanti.

Per citare un altro autore “*Altro aspetto da ridiscutere riguarda il superamento della parcellizzazione per mezzo di un'esigenza interna, come se le discipline avessero nel loro interno una finalità intrinseca*¹¹⁷ a superarsi all'insegna di una teleologia e una potenzialità transitiva. L'interdisciplinarietà come paradigma della sintesi tra singoli domini disciplinari, ricalca, teoreticamente, la dialettica hegeliana attraverso cui il sopprimersi delle [...] determinazioni finite (segna) il passaggio nelle opposte; la multidisciplinarietà, così, segnerebbe la propria fine e il conseguente avvio alla interdisciplinarietà grazie ad un'astrazione d'ordine concettuale, sintetico e teleologico. All'interdisciplinarietà di livello sintetico, votata al superamento della disciplinarietà, ne coesiste un'altra in grado di offrire non solo un ulteriore arricchimento culturale, ma anche l'autonomia disciplinare tramite una logica rispettosa della trascendenza (l'interdisciplinarietà) e dell'immanenza (lo specifico disciplinare) secondo l'assunto: la trascendenza è insieme immanenza”.

Husserl, nel 1997, scriveva “*Tuttavia, la duplice configurazione interdisciplinare*¹¹⁸ *abbisogna di essere adeguatamente approfondita attraverso l'utilizzo di una ricerca che oltrepassi la teoresi epistemocentrica, al fine di dimostrare che la natura della sintesi strutturale è malferma e impraticabile in base alle seguenti congetture:*

- 1) *l'interdisciplinarietà comporta l'accrescimento di un sistema disciplinare, ritenuto più forte, nei confronti di altre discipline che nell'incontro assumono un'alterazione sia nei metodi, sia nei contenuti fino alla loro completa trasfigurazione; sotto tale aspetto, l'interdisciplinarietà è una forma celata di mono-disciplinarietà;*
- 2) *l'interdisciplinarietà cerca di correggere le anomalie costitutive delle discipline. Ogni singola disciplina tende a accrescersi a discapito di altre, inglobando e invalidando il proprio e altrui impianto: il risultato è negativo, perché in fase di “scambio” ne deriva una mono-metodologia o un ibridismo di informazioni;*
- 3) *il fondamento su cui può poggiare l'unità non è di natura interdisciplinare;*
- 4) *l'interdisciplinarietà fa credere di porre riparo alla carenza strutturale delle discipline e alla bipartizione del pensiero occidentale (il peccato originale) che avrebbe sanzionato i due ceppi del sapere: il primo riguardante le scienze umane, il secondo le scienze naturali.”*

Il dibattito su mono, pluri, interdisciplinarietà non ha ancora trovato soluzione. Nella formazione in ambito sanitario, tuttavia, trattando non di formazione professionale primaria, ma di formazione continua, è necessario che i docenti siano capaci di interpretare la prospettiva clinica dei professionisti, quella organizzativa dei livelli gestionali, di ottemperare agli indirizzi valoriali della direzione aziendale, di utilizzare approcci e strumenti andragogici – rivolgendosi ad adulti ad alto contenuto professionale, oltre che essere esperti e profondi sul tema assegnato.

NOTA 1:

- la descrizione del caso permette di individuare il modello pedagogico della formazione?
- è chiaro a chi è destinata? E' chiaro il contenuto?
- sono chiari obiettivi e competenze da acquisire?
- sono chiare le ricadute/impatto atteso della formazione?

NOTA 2: Le proposizioni e le ipotesi sono state dimostrate?

Proposizione 1: La formazione è da molti considerata la leva migliore per modificare i comportamenti¹¹⁹.

¹¹⁷ AGRUSTI, *Interdisciplinarietà e Scuola*, Le Monnier, Firenze 1976, p. 44.

¹¹⁸ E. HUSSERL, *La crisi delle scienze europee e la fenomenologia trascendentale*, Est, Milano 1997, p. 179

¹¹⁹ Diabetes, P. (2003). Il contesto italiano. *Diabetes Care*, 26(11), 2990-2993.

La garanzia di una formazione di qualità è una responsabilità collettiva, che coinvolge in primo luogo la Direzione e la Comunità professionale; infatti, pianificare ed erogare “formazione” richiede la visione della meta da raggiungere, la declinazione operativa di tali mete nei vari ambiti professionali, la declinazione delle competenze per ogni famiglia professionale, la definizione dell’utilità per gli utenti, l’individuazione della ricaduta formativa sia per gli utenti della formazione (i professionisti), sia per gli utenti finali dei comportamenti dei professionisti (i pazienti e i cittadini).

Le questioni da affrontate sono essenzialmente due: quale orientamento è necessario per l’anno specifico di riferimento e qual è il livello di manutenzione necessario della formazione, affinché sia aggiornata rispetto a conoscenze che cambiano continuamente e che richiedono competenze adeguate. Pertanto, per migliorare i comportamenti dei professionisti, la sperimentazione del dossier formativo è una occasione per orientare nuovi comportamenti e a questi collegare la misurazione dell’impatto della formazione o ricaduta formativa (*ipotesi 1*).

Proposizione 2: Se si assume la prospettiva della prevalenza del sovrappeso o dell’obesità nella prima infanzia e nell’adolescenza, si evidenzia la necessità di operare con interventi di prevenzione primaria durante la gravidanza e il periodo neonatale. E’ dimostrato che genitori obesi aumentano il rischio di obesità infantile nei figli e che l’allattamento prolungato al seno riduce la tendenza all’obesità dei neonati. L’obesità e il sovrappeso nella prima infanzia, per la loro soluzione, richiedono l’intervento dei genitori. Per operare sul nucleo familiare i PLS devono avere competenze educative o di colloquio motivazionale. (*ipotesi 2*).

Proposizione 3: La percentuale di persone in sovrappeso è inferiore nelle zone urbane ad alta densità di organizzazioni che offrono attività collaterali o integrative a quelle scolastiche (palestre, centri sportivi, circoli sportivi), confermando i dati di letteratura. (*ipotesi 3*).

NOTA 3: Gli obiettivi dello studio erano stati identificati chiaramente e se si, sono coerenti con gli indicatori descritti?

Indicatori ipotesi 1

- Gli indicatori individuati per la valutazione dell'efficacia dell'assistenza sono:
- adesione alla formazione programmata tramite dossier formativo
- adesione alla misurazione della ricaduta formativa del 100% dei PLS

Indicatori ipotesi 2

- Misurazione del BMI nei bambini di 3 e 6 anni,

Indicatori ipotesi 3

- differenza significativa tra città e provincia nella prevalenza del sovrappeso nelle coorti 3 e 6 anni, sia maschi che femmine.

NOTA 4: nell’analisi del caso si può utilizzare una griglia che permetta di rispondere alle seguenti domande:

- sono chiari i risultati?
- sono coerenti le interpretazioni con i dati descritti?
- qual è l’oggetto vero del caso?
- quali strumenti posso utilizzare nell’analizzare la narrazione?
- come posso classificare il caso?
- La rete era descritta e, in particolare, lo strumento di descrizione era adeguato all’obiettivo che si voleva raggiungere?
- Per rispondere alle domande:
- far descrivere quali sono gli elementi del testo che confermano o non confermano le ipotesi, che rispondono agli obiettivi del caso e ai problemi/quesiti specifici dello studio

- far descrivere gli elementi portanti dell'organizzazione descritta e le interfacce nei processi principali descritti nel caso di studio
- far descrivere gli strumenti più importanti del caso, quelli legati all'organizzazione che supporta la raccolta dati e quelli della raccolta dati
- far descrivere i risultati che chiariscono le risposte ai quesiti di ricerca alla base del caso di studio
- far descrivere l'oggetto formativo (learning object) contenuto nel caso
- far analizzare il caso con uno strumento di programmazione della formazione presente nell'esperienza degli studenti
- far classificare il caso con la griglia nello schema 4.4

Schema 4.4- griglia di classificazione del caso, Lavalle 2012

<i>Critério di progettazione organizzativa/strumenti di gestione</i>	Analisi strategica o organizzativa (competenze analitiche)	Rappresentazione dei dati (Competenze di sintesi e comunicative)	Monitoraggio/ Rendicontazione (accountability)	Formulazione di decisioni (competenze decisionali)
Reingegnerizzazione dei processi organizzativi (efficienza)				
Miglioramento di percorsi di cura (efficacia)				
Attivazione di garanzie per i cittadini (advocacy)				
Integrazione professionale orizzontale (teamwork)				

E far rispondere alle domande poste alla fine del caso.

VALUTAZIONE DI QUATTRO REFEREE DEL CASO

Prof. Robert H. Desmarteau, Professore di Strategia, Università del Québec a Montréal

Il caso è molto originale nella sua composizione ed ha una grande pertinenza come caso di apprendimento in ambito formativo.

Teaching note pertinenti ed esplicative

Dott. Guido Prato Previde, Decathlon Consulting Human Qualities, Milano

Il caso pone al centro della riflessione la formazione come leva strategica per lo sviluppo di nuove competenze nel contesto del cambiamento dell'organizzazione professionale.

Basato su una situazione reale e ricco di dati, il caso si snoda dal punto di vista teorico-concettuale e metodologico in modo elegante e bene strutturato.

La situazione descritta è molto concreta e coinvolge una popolazione importante e specifica di professionisti in "prima linea" quali i Pediatri di Libera Scelta che in genere non vengono considerati nella casistica in ottica di sviluppo.

Le proposizioni, poste in modo semplice e lineare, e le argomentazioni lasciano uno spazio ampio di discussione per lo sviluppo di idee e soluzioni che possono avere un forte impatto sulla qualità dell'intervento sia in termini di prevenzione/educazione che di cura/assistenza.

Ma soprattutto, il caso stimola, in particolare con le teaching note, l'esercizio dell'analisi, del pensiero critico, e della visione integrata dei fenomeni secondo una prospettiva che non è mai solo tecnica ma anche relazionale e organizzativa. Come la formazione oggi richiede

Dr. Corrado Ruozi, Agenzia Sanitaria e Sociale, Regione Emilia Romagna

Le tre proposizioni del caso descrivono tre possibili variabili relative alla possibilità di modificazione del comportamento alimentare dei bambini sovrappeso, in particolare:

proposizione 1, ipotizza i possibili effetti di una maggior appropriatezza formativa al profilo di competenze atteso dall'organizzazione di appartenenza di un professionista, rispetto ad un esito di salute (maggior controllo del peso infantile).

Proposizione 2, ipotizza gli effetti dello sviluppo di alcune competenze professionali (es.colloquio motivazionale) sulla modificazione dei comportamenti alimentari dei bambini

Proposizione 3, ipotizza come le variabili di contesto (es. più palestre) possono determinare effetti sul controllo del peso dei bambini

Il non perfetto allineamento sullo stesso livello logico delle tre proposizioni può pertanto esitare o in un utilizzo del caso finalizzato a dare evidenza alla difficoltà di collegare in modo lineare l'efficacia dei processi formativi agli esiti di salute, o al contrario, spingere su un'idea di formazione che supera i confini delle proprie tecniche-metodologie, considerando nel processo di apprendimento il maggior numero possibile di variabili (ovviamente conosciute) che possono intervenire nella definizione del problema.

Per i problemi sollevati dal caso e per il conseguente processo riflessivo che ne potrebbe derivare, il caso si rappresenta come un'ottima opportunità di apprendimento nei percorsi di formazione formatori.

Dott. Alessandro Suppressa, Direzione Sanitaria AUSL di Piacenza

*Il caso mette in risalto, in modo interessante e attuale, il fatto che la regione emilia romagna definisce, nelle delibere 1332/2011 e 1333/2011, gli strumenti organizzativi e gli attori/responsabilità a disposizione delle aziende sanitarie al fine di permettere che l'evento formativo non sia solo un momento di apprendimento ma anche un reale cambiamento e pertanto misurabile a livello delle diverse variabili del sistema. Il focus viene concentrato sul tema della prevenzione primaria, per quanto riguarda il problema del sovrappeso e dell'obesità in bambini di 8-9 anni. Partendo dai dati 2012 di Okkio alla salute, lo studio di tipo descrittivo viene declinato sulle 3 proposizioni/ipotesi con i rispettivi indicatori. Le teaching note propongono un'interpretazione della formazione e dei valori/obiettivi ad essa connessi, in modo da **sviluppare interesse e motivazione** nei discenti. Le stesse teaching note permettono in congruità con il caso, la **facilitazione** del percorso di valutazione e lettura critica dei discenti.*

Conclusioni

I casi in esame, sia come ricerca empirica ambientata in un contesto, su uno, pochi o molti oggetti di studio organizzativi, gestionali o anche di altra natura, come specifiche condizioni dei pazienti, sono strumenti potenti di comunicazione e di apprendimento.

L'applicazione rigorosa del metodo "*case study*" è importante per focalizzare i "*learning object*" se si pensa ad una applicazione didattica o per delimitare i "*research object*" se l'attività è rivolta a ricerca empirica.

La presentazione del caso di studio, in forma di report scientifico o di narrazione etnografica, deve essere corredata degli strumenti di supporto interpretativo per i docenti ed i discenti, anche per allineare i contenuti propedeutici da fornire agli studenti prima dell'utilizzo del caso.

I casi di studio, proprio per la loro potenza, possono essere utilizzati in una forma più sintetica (si presenta il caso numero 3 come esempio) per attività di assessment dei profili di competenza. L'importante è definire la descrizione dei profili separatamente dalla costruzione dei casi di studio, in modo da non orientare forzatamente la descrizione del caso in funzione dei profili.

Il caso 3 è stato somministrato a 123 operatori sanitari appartenenti a diverse professioni ed inseriti in diversi livelli di responsabilità aziendale, dalla dirigenza alla posizione di coordinamento, inseriti in un programma di *assessment centre* (attività di valutazione del profilo di competenza e del potenziale di sviluppo). Erano stati delineati tre profili attesi con specifici descrittori: alto contenuto gestionale, alto contenuto professionale, alto contenuto di integrazione per identificare i professionisti con le maggiori competenze in ambito clinico, quelli con le maggiori competenze in ambito gestionale e quelli con alti potenziali o caratteristiche in ruoli di staff e *network activities*.

Il caso si è ben prestato per sollecitare l'emersione delle caratteristiche individuali dei professionisti ed i risultati sono stati coerenti con quelli emersi da altri strumenti utilizzati *nell'assessment centre*.

BIBLIOGRAFIA

1 – Il progetto di ricerca

- 1) Ke Y, Sun BZ. (2010) Challenges in China's health professional education. Presentation at the second meeting of the Commission on Education of Health Professionals for the 21st Century. Peking University, Beijing, China; April 26, Lu C, Schneider MT, Gubbins P, Leach-Kemon K, Jamison D, Murray CJL. (2010) Public financing of health in developing countries: a cross-national systematic analysis. *Lancet*; 375: 1375–87.
- 2) Bhutta Z, Lassi Z, Pariyo G, Huicho L. (2010) Global experience of community health workers for delivery of health related Millennium Development Goals: a systematic review, country case studies, and recommendations for integration into national health systems. Geneva: Global Health Workforce Alliance, 2010. <http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/chwreport/en/index.html>
- 3) Savin-Baden, M. (2000) *Problem-based Learning in Higher Education: Untold Stories*. SRHE and Open University Press, Buckingham,
- 4) Glen S, Wilkie K. (2000) *Problem-Based Learning In Nursing*. London: Macmillan Press-
- 5) Barrows, Howard S. (1996). "Problem-based learning in medicine and beyond: A brief overview". *New Directions for Teaching and Learning* 1996 (68): 3–12. doi:10.1002/tl.37219966804. retrieved nov 2012
- 6) Neville, AJ (2009). "Problem-based learning and medical education forty years on. A review of its effects on knowledge and clinical performance.". *Medical principles and practice : international journal of the Kuwait University, Health Science Centre* 18 (1): 1–9. PMID 19060483. Retrieved 17 November 2012.
- 7) Boud, David; Feletti, Grahame (2008). *The challenge of problem-based learning: Chapter "A Hybrid Model of Problem-based Learning"* (2nd ed., (1st pbk. ed.). ed.). London: Routledge. ISBN 0749425601.
- 8) Duch, Barbara J.; Groh, Susan; Allen, Deborah E. (2001). *The power of problem-based learning : a practical "how to" for teaching undergraduate courses in any discipline*. (1st ed. ed.). Sterling, VA: Stylus Pub. ISBN 1579220371.
- 9) Peters, José A. Amador, Libby Miles, C.B. (2006). *The practice of problem-based learning : a guide to implementing PBL in the college classroom*. Bolton, Mass.: Anker Pub. Co.. ISBN 978-1933371078.
- 10) Gasser, Kenneth W. (2011). "Five Ideas for 21st Century Math Classrooms". *American Secondary Education* 39 (3): 108–116. Retrieved 16 November 2012.
- 11) Wingspread Conference. (1994). *Quality Assurance in Undergraduate Education: What the Public Expects*. Denver, CO: Education Commission of the States
- 12) Kenney, Shirley Strum. "Reinventing Undergraduate Education:A Blueprint for America's Research Universities". *The Boyer Commission on Educating Undergraduates in the Research University*. Northern Illinois University. Retrieved 17 November 2012.
- 13) AA.VV. (2001) *How people learn brain, mind, experience, and school* (Expanded ed., 4. printing ed.). Washington, DC: National Acad. Press.. ISBN 978-0309070362.
- 14) Cotič, Mara; Zuljan, Milena Valenčič (2009). "Problem based instruction in mathematics and its impact on the cognitive results of the students and on affective motivational aspects". *Educational Studies* 35 (3): 297–310. doi:10.1080/03055690802648085.
- 15) Barrett, Terry (2010). "The problem based learning process as finding and being in flow". *Innovations in Education and Teaching International* 47 (2): 165–174. doi:10.1080/14703291003718901. Retrieved 17 November 2012.
- 16) Wells, S.H., Warelow, P.J., Jackson, K.L. (2009). *Problem based learning (PBL): A conundrum*. *Contemporary Nurse* 33(2): 191–201.
- 17) Schmidt, Henk G.; Loyens SMM, Van Gog T, Paas F, (2007). "Problem-Based Learning: Compatible with Human Cognitive Architecture: Commentary on Kirschner, Sweller, and Clark (2006)". *Educational Psychologist* 42 (2): 91–97. doi:10.1080/00461520701263350. Retrieved 16 November 2012.
- 18) Yew, Elaine H. J.; Schmidt, Henk G. (2012). "What students learn in problem-based learning: a process analysis". *Instructional Science* 40 (2): 371–395. doi:10.1007/s11251-011-9181-6. Retrieved 17 November 2012.
- 19) Hmelo-Silver, Cindy E.; Barrows, Howard S. (2006). "Goals and Strategies of a Problem-based Learning Facilitator". *Interdisciplinary Journal of Problem-based Learning* 1 (1). doi:10.7771/1541-5015.1004.
- 20) Dolmans, DH; De Grave, W; Wolfhagen, IH; van der Vleuten, CP (2005). "Problem-based learning: future

- challenges for educational practice and research". *Medical education* 39 (7): 732–41. PMID 15960794. Retrieved 17 November 2012.
- 21) Hmelo, C.E. & Evensen, D.H. (2000). Problem-based learning: Gaining insights on learning interactions through multiple methods of inquiry. In Evenson, D.H. & Hmelo, C.E. (eds). *Problem-Based Learning: A Research perspective on learning interactions*, 1-18
 - 22) Edens, Kellah M. (2005). "Preparing Problem Solvers for the 21st Century through Problem-Based Learning". *College Teaching* 48 (2): 55–60. doi:10.1080/87567550009595813.
 - 23) Hmelo-Silver, Cindy E.; Duncan, Ravit Golan; Chinn, Clark A. (2006). "Scaffolding and Achievement in Problem-Based and Inquiry Learning: A Response to Kirschner, Sweller, and Clark (2006)". *Educational Psychologist* 42 (2): 99–107. doi:10.1080/00461520701263368. Retrieved 17 November 2012.
 - 24) Koh GC, Khoo HE, Wong ML, Koh D (2008). "The effects of problem-based learning during medical school on physician competency: a systematic review". *CMAJ* 178 (1): 34–41. doi:10.1503/cmaj.070565. PMC 2151117. PMID 18166729.
 - 25) Schmidt, PL; Trevejo, RT; Tkalcic, S (2008). "Veterinary Public Health in a Problem-based Learning Curriculum at the Western University of Health Sciences". *Journal of Veterinary Medical Education* 35 (2): 212–8. PMID 18723806. Retrieved 10 July 2012.
 - 26) Sweller, John (2006). "The worked example effect and human cognition". *Learning and Instruction* 16 (2): 165–169. doi:10.1016/j.learninstruc.2006.02.005.
 - 27) Sweller, John ((2006) "Cognitive load during problem solving: Effects on learning". *Cognitive Science* 12 (2): 257–285. doi:10.1016/0364-0213(88)90023-7. Retrieved 16 November 2012.
 - 28) Sweller, J., Van Merriënboer, J., & Paas, F. (1998). "Cognitive architecture and instructional design". *Educational Psychology Review* 10 (3): 251–296. doi:10.1023/A:1022193728205.
 - 29) Schmidt, H. G. and Moust, JHC (2000). *Problem-based learning : a research perspective on learning interactions*. Hillsdale, N.J.: L. Erlbaum. pp. 19–51. ISBN 978-0805826456.
 - 30) Henry, Holly R.; Tawfik, Andrew A.; Jonassen, David H.; Winholtz, Robert A.; Khanna, Sanjeev (2007). "'I Know This is Supposed to be More Like the Real World, But . . .': Student Perceptions of a PBL Implementation in an Undergraduate Materials Science Course". *Interdisciplinary Journal of Problem-based Learning* 6 (1). doi:10.7771/1541-5015.1312. Retrieved 17 November 2012.
 - 31) Azer, Samy A. (2011). "Introducing a problem-based learning program: 12 tips for success.". *Medical teacher* 33 (10): 808–13. PMID 21942480. Retrieved 16 November 2012.
 - 32) McLean, Michelle; Van Wyk, Jacqueline (2006). "Twelve tips for recruiting and retaining facilitators in a problem-based learning programme.". *Medical teacher* 28 (8): 675–9. PMID 17594576. Retrieved 17 November 2012.
 - 33) Loyens, Sofie M. M.; Magda, Joshua; Rikers, Remy M. J. P. (2008). "Self-Directed Learning in Problem-Based Learning and its Relationships with Self-Regulated Learning". *Educational Psychology Review* 20 (4): 411–427. doi:10.1007/s10648-008-9082-7. Retrieved 16 November 2012.
 - 34) Severiens, Sabine E.; Schmidt, Henk G. (2009). "Academic and social integration and study progress in problem based learning". *Higher Education* 58 (1): 59–69. doi:10.1007/s10734-008-9181-x. Retrieved 17 November 2012. Sendağ,
 - 35) Serkan; H. Ferhan Odabaşı (2009). "Effects of an online problem based learning course on content knowledge acquisition and critical thinking skills". *Computers & Education* 53 (1): 132–141. Retrieved 16 November 2012.
 - 36) Vardi, Iris; Ciccarelli, Marina (2008). "Overcoming problems in problem based learning: a trial of strategies in an undergraduate unit". *Innovations in Education and Teaching International* 45 (4): 345–354doi:10.1080/14703290802377190.
 - 37) Major, Claire H.; Betsy Palmer (2001). "Assessing the Effectiveness of Problem-Based Learning in Higher Education: Lessons from the Literature". *Academic Exchange Quarterly* 5 (1). Retrieved 16 November 2012.

2 - Metodi di ricerca e ricerca in ambito organizzativo

- 1) *Academy of Management Review*, 7 (3), July, 380-391. Markus, M.L. (1983), "Power, Politics and MIS Implementation." *Communication of the ACM*, 26 (6), June, 430-444.
- 2) Alavi, M., Carlson, P. (1992). "A Review of MIS Research and Disciplinary Development." *Journal of Management Information Systems*, 8 (4), 45-62.
- 3) Anderson S, Allen P, Peckham S, Goodwin N. (2008) Asking the right questions: scoping studies in the commissioning of research on the organisation and delivery of health services. *Health Res Policy Sys*, 6:7.

- 4) Anderson, P-B. and Holmqvist, B. (Eds.) (1995). *The Semiotics of the Workplace*. Berlin: Walter de Gruyter.
- 5) Arksey H, O'Malley L. (2005) Scoping studies: Towards a Methodological Framework. *Int J Soc Res Methodol*, 8:19-32.
- 6) Baskerville, R.L., Wood-Harper, A.T. (1996). "A Critical Perspective on Action Research as a Method for Information Systems Research." *Journal of Information Technology*, 11, 235-246.
- 7) Baskerville, R.L., Wood-Harper, A.T. (1998) "Diversity in Information Systems Action Research Methods." *European Journal of Information Systems*, 7, 90-107.
- 8) Behling, O. (1980). "The Case for the Natural Science Model for Research in Organizational Behavior and Organization Theory." *Academy of Management Review*, 5 (4), October, 483-490.
- 9) Benbasat, I., Goldstein, D., Mead, M. (1987). "The Case Research Strategy in Studies of Information Systems." *MIS Quaterly*, 11 (3), September, 369-386.
- 10) Benbasat, I., Zmud, R. (1999). "Empirical Research in Information Systems: The Practice of Relevance." *MIS Quaterly*, 23 (1), March, 3-16.
- 11) Blum, B. Rechenberg, H. Ludovico, A. (2006) *Per Heisenberg*, Roma: Aracne
- 12) Boland, R. (1978). "The process and product of system design." *Management Science*, 28 (9), 887-898.
- 13) Boland, R. (1985). "Phenomenology: A Preferred Approach to Research in Information Systems." In E. Mumford, R.A. Hirschheim, G. Fitzgerald, T. Wood-Harper (Eds.), *Research Methods in Information Systems*, pp. 193-201. Amsterdam: NorthHolland.
- 14) Boland, R.J. Jr. (1991). "Information System Use as a Hermeneutic Process." In H-E. Nissen, H.K. Klein, R.A. Hirschheim (Eds.), *Information Systems Research: Contemporary Approaches and Emergent Traditions*, pp. 439-464. Amsterdam: NorthHolland.
- 15) Brien S, Lorenzetti D, Lewis S, Kennedy J, Ghali W. (2010) Overview of a formal scoping review on health system report cards. *Implement Sci*, 5:2.
- 16) Brien SE, Lorenzetti DL, Lewis S. Overview of a formal scoping review on health system report cards. *Implement Sci* 2010;5:2. doi:10.1186/1748-5908-5-2.
- 17) Bryant, A. (1987). "Research in Information Management and Information Systems", PrimaVera Seminar (not published), February, Amsterdam .
- 18) Burrell, G., Morgan, G. (1979), *Sociological Paradigms and Organisational Analysis*, London: Heinemann.
- 19) Butler, T. (1998). "Towards a Hermeneutic Method for Interpretive Research in Information Systems." *Journal of Information Technology*, 13 (4), pp. 285-300.
- 20) CA: SAGE Publications. Martin, P.Y., Turner, B.A. (1986). "Grounded Theory and Organizational Research." *The*
- 21) Canadian Institutes of Health Research: Knowledge Translation. [[http:// www.cihir-irsc.gc.ca/e/29418.html](http://www.cihir-irsc.gc.ca/e/29418.html)]
- 22) Cavaye A.L.M., "Case Study Research: a multifaceted research approach for IS", *Information Systems Journal*, 6, 1996, pag. 227-242
- 23) Centre for Reviews and Dissemination. *Systematic Reviews: CRD's Advice for Undertaking Reviews in Health Care*. York: Centre for Reviews and Dissemination, 2008.
- 24) Checkland, P. (1991). "From Framework Through Experience to Learning: The Essential Nature of Action Research." In H-E. Nissen, H.K. Klein, R.A. Hirschheim (Eds.), *Information Systems Research: Contemporary Approaches and Emergent Traditions*, pp. 397-403. Amsterdam: North-Holland.
- 25) Checkland, P., Holwell. S. (1998). *Information, Systems and Information Systems: Making Sense of the Field*, Chichester: Wiley.
- 26) Chua, W.F. (1986). "Radical Developments in Accounting Thought." *The Accounting Review*, 61, 601-632.
- 27) Comepeau, D., Higgins, C.A., Huff, S. (1999). "Social Cognitive Theory and Individual Reactions to Computing Technology: A Longitudinal Study." *MIS Quaterly*, 23 (2), June, 145-158.
- 28) Daft, R. (1983). "Learning the Craft of Organizational Research." *Academy of Management Review*, 8 (4), October, 539-546.
- 29) Darke P., Shanks G., Braodbent M., (1998), "Successfully completing case study research: combining rigour, relevance and pragmatism", *Information System Journal*, 273-289

- 30) Datta, L. (1982). "The Politics of Qualitative Methods." *American Behavioral Scientist*, 26 (1), September-October, 133-144.
- 31) Davies, L.J. (1991). "Researching the Organisational Culture Contexts of Information Systems Strategy." In Nissen, H.E., Klein, H.K., Hirschheim, R. (Eds.), *Information Systems Research in the 1990's*. Amsterdam: Elsevier/North Holland.
- 32) Davies, L.J., Nielsen, S. (1992). "An Ethnographic Study of Configuration Management and Documentation Practices in an Information Technology Centre." In Kendall, K.E., Lyytinen, K., De Gross, J. (Eds.), *The Impact of Computer Supported Technology on Information Systems Development*. Amsterdam: Elsevier/North Holland.
- 33) Davis K, Drey N, Gould D. (2009) What are scoping studies? A review of the nursing literature. *Int J Nurs Stud*, 46:1386-1400.
- 34) Davis, G.B., Lee, A.S., Nickles, K.R., Chatterjee, S., Hartung, R. and Wu, Y., (1992). "Diagnosis of an Information System Failure: A Framework and Interpretive Process." *Information & Management*, 23 (5), 293-318.
- 35) Donald G. Giorello G. (1995) *La filosofia della scienza nel XX secolo*. Roma, Laterza.
- 36) Ehrich K, Freeman G, Richards S, Robinson I, Shepperd S. (2002) How to do a scoping exercise: continuity of care. *Res Pol Plan*, 20:25-29.
- 37) Fitzgerald, B., Howcroft, D. (1998), "Toward Dissolution of IS Research Debate: From Polarization to Polarity", *Journal of Information Technology*, 13, 313-326.
- 38) Fontana, F. (1988). *I Meccanismi Operativi Aziendali*. Roma: NIS.
- 39) Fontana, F. (1997). *Il Sistema Organizzativo Aziendale*. Milano: Angeli.
- 40) Fowler A., Jeffs B., (1998), "Examining Information Systems Outsourcing: a Case Study from the United Kingdom", *Journal of Information Technology*, 13, pag. 111-126
- 41) Gadamer H.G., (1972) *Verità e Metodo*, Fabbri, Milano, Galliers, R. (Ed.) (1992). *Information Systems Research: Issues, Methods, and Practical*
- 42) Gadamer, H.G. (1976). *Philosophical Hermeneutics*, California: University of California Press.
- 43) George, A., McKeown, T. (1985). "Case Studies and Theories of Organizational Decision Making." In L. Sproull and P. Larkey (Eds.), *Advances in Information Processing in Organizations* (2), 21-58. Greenwich, CT: JAI Press.
- 44) Giddens, A. (1993). *New Rules of Sociological Method*, 2nd ed. Cambridge: Polity Press.
- 45) Graham ID, Logan J, Harrison MB, Straus SE, Tetroe J, Caswell W, Robinson N. (2006) Lost in knowledge translation: time for a map? *J Contin Educ Health Prof*, 26:13-24.
- 46) Grandori, A. (1991). "Epistemologia ed economia aziendale. Note per un dibattito". *Finanza, Marketing e Produzione*, IX (2), giugno.
- 47) Grandori, A. (1996). "Disegni di ricerca in Organizzazione". In G. Costa, R.C.D. Nacamulli, *Manuale di Organizzazione Aziendale*, Vol. 5, pp. 3-47. Torino: UTET Libreria.
- 48) Grant M, Booth A. (2009) A typology of reviews: an analysis of 14 review types and associated methodologies. *Health Info Libr J*, 26:91-108.
- 49) Guba, E.G., Lincoln, Y.S. (1994). "Competing Paradigms in Qualitative Research." In N.K. Denzin, Y.S. Lincoln (Eds.), *Handbook of Qualitative Research*, pp. 105-117. Thousand Oaks: SAGE Publications.
- 50) Guidelines. Oxford: Blackwell Scientific Publications. Galliers R.D., Land F.F., (1988) "The Importance of Laboratory Experimentation in IS
- 51) Gummesson, E. (1991). *Qualitative Methods in Management Research*. London: Sage.
- 52) Harvey, L., Myers, M.D. (1995). "Scholarship and Practice: The Contribution of Ethnographic Research Methods to Bridging the Gap." *Information Technology & People*, 8 (3), 13-27.
- 53) Hersen, M., Barlow, D. (1976). *Single Case Experimental Design*. New York, NY: Pergamon Press.
- 54) Hirschheim, R., Klein, H. (1994). "Realizing Emancipatory Principles in Information Systems Development: The Case for ETHICS.", *MIS Quarterly*, 18 (1), March, 83-109.
- 55) Holzblatt, K., Beyer, H. (1993). "Making Customer-Centered Design Work for Teams." *Communications of the ACM*, 36 (10), 93-103.

- 56) Hsieh HF, Shannon SE. (2005) Three approaches to qualitative content analysis. *Qual Health Res*, 15:1277-1288.
- 57) *Journal of Applied Behavioral Science*, 22 (2), 141-157. Miles, M. (1979). "Qualitative Analysis as an Attractive Nuisance: The Problem of Analysis."
- 58) Kaplan, B., Duchon, D. (1988). "Combining Qualitative and Quantitative Methods in Information Systems Research: A Case Study." *MIS Quarterly*, 12 (4), 571-585.
- 59) Kaplan, B., Maxwell, J.A. (1994). "Qualitative Research Methods for Evaluating Computer Information Systems." In J.G. Anderson, C.E. Aydin, S.J. Jay (Eds.), *Evaluating Health Care Information Systems: Methods and Applications*, pp. 45-68. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.
- 60) Kathleen, M. (1989). "Building Theories From Case Study Research.", *The Academy of Management Review*, 14 (4), 532-551.
- 61) Klein, H.K., Truex III, D.P. (1995). "Discourse Analysis: A Semiotic Approach to the Investigation of Organizational Emergence". In P.B. Andersen, B. Holmqvist (Eds.), *The Semiotics of the Workplace*, Berlin: Walter De Gruyter.
- 62) Kling R., Scacchi, W. (1982). "The Web of Computing: Computer Technology as Social Organization." In M. Yovitz (Ed.), *Advances in Computers* (21), 1-90. New York, NY: Academic Press.
- 63) Kling, R. (1978), "Automated Welfare Client-Tracking and Service Integration: The Political Economy of Computing." *Communication of the ACM*, 21 (6), June, 484-493.
- 64) Kling, R., Iacono, S. (1984). "The Control of Information Systems Developments After Implementation." *Communication of the ACM*, 27 (12), December, 1218-1226.
- 65) Kraemer, K., Dickhoven, S., Tierney, S., King, J. (1987). *Datawars: The Politics of Modeling in Federal Polymaking*. New York, NY: Columbia University Press.
- 66) Lacity, M.C., Janson, M.A. (1994). "Understanding Qualitative Data: A Framework of Text Analysis Methods", *Journal of Management Information Systems*, 11 (2), 137-155.
- 67) Laudon, K. (1974), *Computers and Bureaucratic Reform*, New York, NY: Wiley. Lee, A. S. (1991). "Integrating Positivist and Interpretive Approaches to Organizational
- 68) Lee, A.S. (1989). "A Scientific Methodology for MIS Case Studies." *MIS Quarterly*, 13 (1), March, 33-50.
- 69) Lee, A.S. (1994). "Electronic Mail as a Medium for Rich Communication: An Empirical Investigation Using Hermeneutic Interpretation." *MIS Quarterly*, 18 (2), June, 143- 157.
- 70) Lentini L. (1990) *Il paradigma del sapere. Conoscenza e teoria della conoscenza nella epistemologia contemporanea*. Milano, Franco Angeli.
- 71) Levac D, Colquhoun H, O'Brien KK. Scoping studies: advancing the methodology. *Implement Sci* 2010;5:69. doi:10.1186/1748-5908-5-69.
- 72) Levac D, Wishart L, Missiuna C, Wright V. (2009) The application of motor learning strategies within functionally based interventions for children with neuromotor conditions. *Peds Phys Ther*, 21:345-355.
- 73) Levac et al. (2010) Scoping studies: advancing the methodology. *Implementation Science*, 5:69. doi:10.1186/1748-5908-5-69
- 74) Liebenau, J. (1990). *Understanding information: An introduction*. London: Macmillan. Luthans, F., Davis, T. (1982). "An Idiographic Approach to Organizational Behavior Research: The Use of Single Case Experimental Designs and Direct Measures."
- 75) Ludovico A, (2006) *Anima e corpo. I ragazzi selvaggi alle origini della conoscenza*, Roma: Aracne
- 76) Ludovico, A. (2001) *Effetto Heisenberg. La rivoluzione scientifica che ha cambiato la storia*, Roma: Armando
- 77) Ludovico, A. (2011) *Dalla fisica alla filosofia*, Roma: Editore Nuova Cultura
- 78) Marshall, C., Rossman G.B. (1999), *Designing Qualitative Research* (3). Thousand Oaks, *Administrative Science Quarterly*, 24 (4), December, 590-601.
- 79) Mays N, Roberts E, Popay J: *Synthesising research evidence. In Studying the organization and delivery of health services: research methods*. Edited by: Fulop N, Allen P, Clarke A, Black N. London: Routledge; 2001:194.
- 80) *Methods*. Beverly Hills, CA: SAGE Publications.

- 81) Morgan, G. (1986). *Images of Organization*. Newbury Park, CA: SAGE Publications.
- 82) Myers, M.D. (1994). "A Disaster for Everyone to See: An Interpretive Analysis of a Failed IS Project." *Accounting, Management and Information Technologies*, 4 (4), 185-201.
- 83) Myers, M.D. (1995). "Dialectical Hermeneutics: A Theoretical Framework for the Implementation of Information Systems." *Information Systems Journal*, 5 (1), 51-70.
- 84) Myers, M.D. (1995). "Dialectical Hermeneutics: A Theoretical Framework for the Implementation of Information Systems." *Information Systems Journal*, 5 (1), 51-70.
- 85) Myers, M.D. (1999). "Investigating Information Systems with Ethnographic Research", *Communications of the Association for Information Systems*, 2 (23), December.
- 86) Nacamulli, R.C.D. (1996). "Introduzione". In G. Costa, R.C.D. Nacamulli, *Manuale di Organizzazione Aziendale*, Vol. 5, pp. xix-xxxvii. Torino: Utet Libreria.
- 87) Ngwenyama, O.K. (1991). "The Critical Social Theory Approach to Information Systems: Problems and Challenges." In H-E. Nissen, H.K. Klein, R.A. Hirschheim (Eds.), *Information Systems Research: Contemporary Approaches and Emergent Traditions*, pp. 267-280. Amsterdam: NorthHolland.
- 88) O'Brien K, Wilkins A, Zack E, Solomon P. (2010) Scoping the field: identifying key research priorities in HIV and rehabilitation. *AIDS Behav*, 14:448-458.
- 89) Orlikowski, W.J. (1991). "Integrated Information Environment or Matrix of Control? The Contradictory Implications of Information Technology." *Accounting, Management and Information Technologies*, 1 (1), 9-42.
- 90) Orlikowski, W.J. (1993). "CASE Tools as Organizational Change: Investigating Incremental and Radical Changes in Systems Development". *MIS Quarterly*, 17 (3), September, 309-340.
- 91) Orlikowski, W.J. (1996). "Evolving with Notes: Organizational Change around Groupware Technology." In C.U. Ciborra (Ed.), *Groupware e Teamwork*, pp. 23-60. Chichester: John Wiley & Sons.
- 92) Orlikowski, W.J., Baroudi, J.J. (1991). "Studying Information Technology in Organizations: Research Approaches and Assumptions", *Information System Research*, 4 (2), 1-28.
- 93) Parrini, P (2002) *L'empirismo logico. Aspetti storici e prospettive teoriche*, Roma: Carocci.
- 94) Pettigrew, A.M. (1985). "Contextualist Research and the Study of Organizational Change Processes." In Mumford, E., Hirschheim, R., Fitzgerald, G., Wood-Harper, A.T. (Eds.), *Research Methods in Informations*, 53-78. Amsterdam: North Holland.
- 95) Piccardo, C. (1996). "L'approccio etnografico per l'analisi organizzativa". In G. Costa, R.C.D. Nacamulli, *Manuale di Organizzazione Aziendale*, Vol. 5, pp. 83-110. Torino: UTET Libreria.
- 96) Popper K.R., (1969) *Scienza e filosofia*, Einaudi
- 97) Popper K.R., (1970) *Logiche della scoperta scientifica*, Einaudi
- 98) Popper K.R., (1972) *Congetture e confutazioni: lo sviluppo della conoscenza scientifica*, Bologna, Il Mulino
- 99) Popper K.R., (1996) *La società aperta e i suoi nemici*, Armando
- 100) Popper K.R., (1996) *Tutta la vita è risolvere problemi*, Rusconi
- 101) Preston, A.M. (1991). "The 'Problem' in and of Management Information Systems." *Accounting, Management and Information Technologies*, 1 (1), 43-69.
- 102) PriesHeje, J. (1992). "Three Barriers for Continuing Use of Computer-Based Tools: A Grounded Theory Approach." *Scandinavian Journal of Information Systems*, 4, 119- 136.
- 103) Remenyi, D., Williams, B. (1995), "Some Aspects of Methodology for Research in Information Systems." *Journal of Information Technology*, 10, 191-201.
- 104) Research." *Organization Science*, 2, 342-365.
- 105) Research", *Communications of the ACM*, vol. 31, n. 12
- 106) Ricoeur, P. (1974). *The Conflict of Interpretations: Essays in Hermeneutics*. Evanston: Northwestern University Press.
- 107) Rumrill P, Fitzgerald S, Merchant W (2010) Using scoping literature reviews as a means of understanding and interpreting existing literature. *Work* 35:399-404.
- 108) Schuster M, McGlynn E, Brook R: How good is the quality of healthcare in the United States? *Milbank Q* 2005, 83:843-895.

- 109) Shon, D., Drake, W., Miller, R. (1984). "Social Experimentation an Reflection-in-Action." Knowledge, 6 (1), September, 5-36.
- 110) Silverman, D. (1998). "Qualitative research: meanings or practices?" Information Systems Journal, 8 (1), 3-20.
- 111) Strauss, A., Corbin, J. (1990). Basics of Qualitative Research: Grounded Theory Procedures and Techniques. Newbury Park, CA: SAGE Publications.
- 112) Strumia A. (1992) Introduzione alla filosofia delle scienze. Bologna, ESD.
- 113) Suchman, L. (1987), Plans and Situated Actions: The Problem of Human-Machine Communication, Cambridge: Cambridge University Press.
- 114) Susman, G., Evered, R. (1978). "As Assessment of the Scientific Merits of Action Research." Admistrative Science Quaterly, 23 (4), December, 582-602.
- 115) Thomas, J.B., Trevino, L.K. (1993). "Information Processing in Strategic Alliance Building: A Multiple-Case Approach." Journal of Management Studies, 30 (5), September, 779- 814.
- 116) Tice, T., Slavens, T. (1983). Research Guide to Philosophy, Chicago, IL: American Library Association.
- 117) Walsham, G. (1993). Interpreting Information Systems in Organizations. Chichester: Wiley.
- 118) Walsham, G. (1995) "The Emergence of Interpretivism in IS Research." Information Systems Research, 6 (4), 376-394.
- 119) Winder, R.L., Probert, S.K., Beeson, I.A. (Eds.). (1997). Philosophical Aspect of Information Systems. London: Taylor and Francis.
- 120) Winograd, T., Flores, F. (1987). Understanding Computers and Cognition, A New Foundation for Design, New York, NY: Addison-Wesley Publishing.
- 121) Yin, R.K. (1981). "The Case Study Crisis: Some Answers." Administrative Science Quaterly, 26 (1), March, 58-65.
- 122) Yin, R.K. (1984). Case Study Research: Design and Methods, Beverly Hills, CA: Sage Publications.
- 123) Yin, R.K. (1993). Application of Case Study Research. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.
- 124) Yin, R.K. (1994). Case Study Research: Design and Methods, 2nd, Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- 125) Zuboff, S. (1988), In the Age of the Smart Machine. Oxford: Heinemann.

3 – I CASI DI STUDIO O *CASE STUDY*

- 1) Busha, C. H. Harter, S. P. (1980). Research methods in librarianship, techniques and interpretation. New York: Academic Press.
- 2) Chang, H. C. (1974). Library goals as responses to structural milieu requirements: A comparative case study. Unpublished doctoral dissertation, University of Massachusetts, Amherst.
- 3) Eisenhardt, K. M. (1989). Building theories from case study research. Academy of Management Review, 14(4), 352-550.
- 4) Emory, C. W. Cooper, D. R. (1991). Business research methods. (4th ed.). Boston, MA: Irvin.
- 5) Goldhor, H. (1972). An introduction to scientific research in librarianship. Urbana, IL: University of Illinois.
- 6) Hamel, J. (with Dufour, S., & Fortin, D.). (1993). Case study methods. Newbury Park, CA: Sage.
- 7) Harris, S., Sutton, R. (1986). Functions of parting ceremonies in dying organizations. Academy of Management Journal, 19, 5-30.
- 8) McClure, C. R. Herson, P. (Eds.). (1991). Library and information science research: perspectives and strategies for improvement. Norwood, NJ: Ablex.
- 9) Miles, M. B., Huberman, A. M. (1984). Qualitative data analysis: A sourcebook of new methods. Beverly Hills, CA: Sage.
- 10) Miller, F. (1986). Use, appraisal, and research: A case study of social history. The American Archivist: 49(4), 371-392.
- 11) Paris, M. (1988). Library school closings: Four case studies. Metuchen, NJ: Scarecrow Press.

- 12) Patton, M. Q. (1980). *Qualitative evaluation methods*. Beverly Hills, CA: Sage.
- 13) Powell, R. R. (1985). *Basic research methods for librarians*. Norwood, NJ: Ablex.
- 14) Schindler, D. (1996). *Urban youth and the frail elderly: Reciprocal giving and receiving*. New York: Garland.
- 15) Simons, H. (1980). *Towards a science of the singular: Essays about case study in educational research and evaluation*. Norwich, UK: University of East Anglia, Centre for Applied Research in Education.
- 16) Stake, R. E. (1995). *The art of case study research*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- 17) Swisher, R., & McClure, C. R. (1984). *Research for decision making, methods for librarians*. Chicago: American Library Association.
- 18) Taylor, R. S. (1967). *Question-negotiation and information-seeking in libraries*. Bethlehem, PA: Center for the Information Sciences.
- 19) U.S. Department of Education. (1988). *Rethinking the library in the information age: Issues in library research: proposals for the 1990s. Volume II*. Washington, DC.
- 20) Weiss, C.H., & Bucuvala, M. J. (1980). *Social science research and decision-making*. New York: Columbia University Press.
- 21) Wholey, J. S., Hatry, H. P., Newcomer, K. E. (Eds.). (1994). *Handbook of practical program evaluation*. San Francisco: Jossey-Bass.
- 22) Yin, R. K. (2003). *Case study research: Design and methods*. III edit. Newbury Park, CA: Sage.
- 23) Yin R. K. (2005). *Lo studio di caso nella ricerca scientifica. Progetto e metodi*, Armando ed., Roma
- 24) Quinn, J. B. (1992) *Managing Knowledge Based and Professional Intellect in Intelligent Enterprise*, cap 8 pp 213-240 , The Free Press, NY, 1992
- 25) Boyatzis, C. (2005) *The Competent Manager: A Model For Effective Performance*. Wiley Interscience, NY
- 26) Mialaret, G. (1986) *La pedagogia sperimentale*. tr. It. Armando ed., Roma
- 27) Gattico, E. Mantovani, S. (1988) *La ricerca sul campo in educazione. I metodi quantitativi*. Mondadori, Roma
- 28) Lipset, S. M. Trow, M. Coleman, J. (1956) *Union Democracy: The inside politics of International Typographical Union*, NY Free Press
- 29) Bouchard, T.J.Jr. (1976) *Field research methods*, in Dunette M.D. (cur.) *Industrial and organizational psychology*. Chicago: RandMcNelly, pp 363-413
- 30) King, J.A. Morris, L.L. Fitz-Gibbon, C.T. (1987) *How to assess program implementation*. Newbury Park, CA, Sage
- 31) Webb, E. Wiech, K.E. (1979) *Unobtrusive measures in organizational theory: A reminder*, in <<Administrative Science Quarterly>>, 24: 650-659

PBL

- 1) Institute of Medicine (2003) In: Gebbie K, Rosenstock L, Hernandez LM, eds. *Who will keep the public healthy: educating public health professionals for the 21st century*. Washington: National Academy Press: 7.
- 2) Josiah Macy Jr Foundation. (2008) *Revisiting the medical school educational mission at a time of expansion*. Charleston: Josiah Macy Jr Foundation, UK General Medical Council. (2009) *Tomorrow's doctors: outcomes and standards for undergraduate medical education*. London: General Medical Council,.
- 3) Benner P, Sutphen M, Leonard V, Day L. (2010) *Educating nurses: a call for radical transformation*. Stanford: The Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching, Cooke M, Irby DM, O'Brien BC, Shulman LS.(2010) *Educating physicians: a call for reform of medical school and residency*. Stanford: The Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching, The Association of Faculties of Medicine of Canada. (2010) *The future of medical education in Canada (FMED): a collective vision for MD education*. Ottawa: The Association of Faculties of Medicine of Canada, The Prime Minister's Commission on the Future of Nursing and Midwifery in England. (2010) *Front line care: the future of nursing and midwifery in England*. London: The Prime Minister's Commission on the Future of Nursing and Midwifery in England,
- 4) Joint Learning Initiative.(2004) *Human resources for health: overcoming the crisis*. Cambridge: Harvard University Press,.
- 5) WHO. (2006) *The world health report: working together for health*. Geneva: World Health Organization,.
- 6) Global Health Workforce Alliance.(2008) *Scaling up, saving lives*. Geneva: World Health Organization,.

- 7) Anderson LM, Scrimshaw SC, Fullilove MT, Fielding JE, Normand J.(2003) Culturally competent healthcare systems. A systematic review. *Am J Prev Med*; 24: 68–79.
- 8) Yach D, Leeder SR, Bell J, Kistnasamy B. (2005) Global chronic diseases. *Science*; 307: 317.
- 9) Chen LC. (2010) Striking the right balance: health workforce retention in remote and rural areas. *Bull World Health Organ*; 88: 323A.
- 10) WHO. (2010) Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention. Geneva: World Health Organization,. <http://www.who.int/hrh/retention/guidelines/en/index.html> (accessed Aug 12, 2010).
- 11) Chen L, Evans T, Anand S, et al. (2004) Human resources for health: overcoming the crisis. *Lancet* 364: 1984–90.
- 12) Amin Z, Burdick WP, Supe A, Singh T. (2010) Relevance of the Flexner Report to contemporary medical education in South Asia. *Acad Med*; 85: 333–39.
- 13) Naylor CD. (2006) Leadership in academic medicine: reflections from administrative exile. *Clin Med*; 6: 488–92.
- 14) Siantz ML, Meleis AI. (2007) Integrating cultural competence into nursing education and practice: 21st century action steps. *J Transcult Nurs* 18: 86S–90S.
- 15) Public Health Foundation of India. (2008) Report of the international conference on new directions for public health education in low and middle income countries. Hyderabad: Public Health Foundation of India,.
- 16) Merson M, Schulman K. (2009) Health systems strengthening through human resources and capacity building: a landscaping study on the supply of health systems management, policy, and financing training programs and the demand for health systems experts. Nairobi: The Landscaping for Health Systems Strengthening Initiative (LHSSI),
- 17) Ke Y, Sun BZ. (2010) Challenges in China's health professional education. Presentation at the second meeting of the Commission on Education of Health Professionals for the 21st Century. Peking University, Beijing, China; April 26, Lu C, Schneider MT, Gubbins P, Leach-Kemon K, Jamison D, Murray CJL. (2010) Public financing of health in developing countries: a cross-national systematic analysis. *Lancet*; 375: 1375–87.
- 18) Bhutta Z, Lassi Z, Pariyo G, Huicho L. (2010) Global experience of community health workers for delivery of health related Millennium Development Goals: a systematic review, country case studies, and recommendations for integration into national health systems. Geneva: Global Health Workforce Alliance, 2010. <http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/chwreport/en/index.html>
- 19) Savin-Baden, M. (2000) *Problem-based Learning in Higher Education: Untold Stories*. SRHE and Open University Press, Buckingham,
- 20) Glen S, Wilkie K. (2000) *Problem-Based Learning In Nursing*. London: Macmillan Press-
- 21) Barrows, Howard S. (1996). "Problem-based learning in medicine and beyond: A brief overview". *New Directions for Teaching and Learning* 1996 (68): 3–12. doi:10.1002/tl.37219966804. retrieved nov 2012
- 22) Neville, AJ (2009). "Problem-based learning and medical education forty years on. A review of its effects on knowledge and clinical performance.". *Medical principles and practice : international journal of the Kuwait University, Health Science Centre* 18 (1): 1–9. PMID 19060483. Retrieved 17 November 2012.
- 23) Boud, David; Feletti, Grahame (2008). *The challenge of problem-based learning: Chapter "A Hybrid Model of Problem-based Learning"* (2nd ed., (1st pbk. ed.). ed.). London: Routledge. ISBN 0749425601.
- 24) Duch, Barbara J.; Groh, Susan; Allen, Deborah E. (2001). *The power of problem-based learning : a practical "how to" for teaching undergraduate courses in any discipline.* (1st ed. ed.). Sterling, VA: Stylus Pub. ISBN 1579220371.
- 25) Peters, José A. Amador, Libby Miles, C.B. (2006). *The practice of problem-based learning : a guide to implementing PBL in the college classroom.* Bolton, Mass.: Anker Pub. Co.. ISBN 978-1933371078.
- 26) Gasser, Kenneth W. (2011). "Five Ideas for 21st Century Math Classrooms". *American Secondary Education* 39 (3): 108–116. Retrieved 16 November 2012.
- 27) Wingspread Conference. (1994). *Quality Assurance in Undergraduate Education: What the Public Expects.* Denver, CO: Education Commission of the States
- 28) Kenney, Shirley Strum. "Reinventing Undergraduate Education:A Blueprint for America's Research Universities". *The Boyer Commission on Educating Undergraduates in the Research University.* Northern Illinois University. Retrieved 17 November 2012.
- 29) AA.VV. (2001) *How people learn brain, mind, experience, and school* (Expanded ed., 4. printing ed.). Washington, DC: National Acad. Press.. ISBN 978-0309070362.
- 30) Cotič, Mara; Zuljan, Milena Valenčič (2009). "Problem based instruction in mathematics and its impact on the cognitive results of the students and on affective motivational aspects". *Educational Studies* 35 (3): 297–310. doi:10.1080/03055690802648085.

- 31) Barrett, Terry (2010). "The problem based learning process as finding and being in flow". *Innovations in Education and Teaching International* 47 (2): 165–174. doi:10.1080/14703291003718901. Retrieved 17 November 2012.
- 32) Wells, S.H., Warelow, P.J., Jackson, K.L. (2009). Problem based learning (PBL): A conundrum. *Contemporary Nurse* 33(2): 191–201.
- 33) Schmidt, Henk G.; Loyens SMM, Van Gog T, Paas F, (2007). "Problem-Based Learning: Compatible with Human Cognitive Architecture: Commentary on Kirschner, Sweller, and Clark (2006)". *Educational Psychologist* 42 (2): 91–97. doi:10.1080/00461520701263350. Retrieved 16 November 2012.
- 34) Yew, Elaine H. J.; Schmidt, Henk G. (2012). "What students learn in problem-based learning: a process analysis". *Instructional Science* 40 (2): 371–395. doi:10.1007/s11251-011-9181-6. Retrieved 17 November 2012.
- 35) Hmelo-Silver, Cindy E.; Barrows, Howard S. (2006). "Goals and Strategies of a Problem-based Learning Facilitator". *Interdisciplinary Journal of Problem-based Learning* 1 (1). doi:10.7771/1541-5015.1004.
- 36) Dolmans, DH; De Grave, W; Wolfhagen, IH; van der Vleuten, CP (2005). "Problem-based learning: future challenges for educational practice and research.". *Medical education* 39 (7): 732–41. PMID 15960794. Retrieved 17 November 2012.
- 37) Hmelo, C.E. & Evensen, D.H. (2000). Problem-based learning: Gaining insights on learning interactions through multiple methods of inquiry. In Evenson, D.H. & Hmelo, C.E. (eds). *Problem-Based Learning: A Research perspective on learning interactions*, 1-18
- 38) Edens, Kellah M. (2005). "Preparing Problem Solvers for the 21st Century through Problem-Based Learning". *College Teaching* 48 (2): 55–60. doi:10.1080/87567550009595813.
- 39) Hmelo-Silver, Cindy E.; Duncan, Ravit Golan; Chinn, Clark A. (2006). "Scaffolding and Achievement in Problem-Based and Inquiry Learning: A Response to Kirschner, Sweller, and Clark (2006)". *Educational Psychologist* 42 (2): 99–107. doi:10.1080/00461520701263368. Retrieved 17 November 2012.
- 40) Koh GC, Khoo HE, Wong ML, Koh D (2008). "The effects of problem-based learning during medical school on physician competency: a systematic review". *CMAJ* 178 (1): 34–41. doi:10.1503/cmaj.070565. PMC 2151117. PMID 18166729.
- 41) Schmidt, PL; Trevejo, RT; Tkalcic, S (2008). "Veterinary Public Health in a Problem-based Learning Curriculum at the Western University of Health Sciences.". *Journal of Veterinary Medical Education* 35 (2): 212–8. PMID 18723806. Retrieved 10 July 2012.
- 42) Sweller, John (2006). "The worked example effect and human cognition". *Learning and Instruction* 16 (2): 165–169. doi:10.1016/j.learninstruc.2006.02.005.
- 43) Sweller, John ((2006) "Cognitive load during problem solving: Effects on learning". *Cognitive Science* 12 (2): 257–285. doi:10.1016/0364-0213(88)90023-7. Retrieved 16 November 2012.
- 44) Sweller, J., Van Merriënboer, J., & Paas, F. (1998). "Cognitive architecture and instructional design". *Educational Psychology Review* 10 (3): 251–296. doi:10.1023/A:1022193728205.
- 45) Schmidt, H. G. and Moust, JHC (2000). *Problem-based learning : a research perspective on learning interactions*. Hillsdale, N.J.: L. Erlbaum. pp. 19–51. ISBN 978-0805826456.
- 46) Henry, Holly R.; Tawfik, Andrew A.; Jonassen, David H.; Winholtz, Robert A.; Khanna, Sanjeev (2007). "'I Know This is Supposed to be More Like the Real World, But . . .': Student Perceptions of a PBL Implementation in an Undergraduate Materials Science Course". *Interdisciplinary Journal of Problem-based Learning* 6 (1). doi:10.7771/1541-5015.1312. Retrieved 17 November 2012.
- 47) Azer, Samy A. (2011). "Introducing a problem-based learning program: 12 tips for success.". *Medical teacher* 33 (10): 808–13. PMID 21942480. Retrieved 16 November 2012.
- 48) McLean, Michelle; Van Wyk, Jacqueline (2006). "Twelve tips for recruiting and retaining facilitators in a problem-based learning programme.". *Medical teacher* 28 (8): 675–9. PMID 17594576. Retrieved 17 November 2012.
- 49) Loyens, Sofie M. M.; Magda, Joshua; Rikers, Remy M. J. P. (2008). "Self-Directed Learning in Problem-Based Learning and its Relationships with Self-Regulated Learning". *Educational Psychology Review* 20 (4): 411–427. doi:10.1007/s10648-008-9082-7. Retrieved 16 November 2012.
- 50) Severiens, Sabine E.; Schmidt, Henk G. (2009). "Academic and social integration and study progress in problem based learning". *Higher Education* 58 (1): 59–69. doi:10.1007/s10734-008-9181-x. Retrieved 17 November 2012. Sendağ,
- 51) Serkan; H. Ferhan Odabaşı (2009). "Effects of an online problem based learning course on content knowledge acquisition and critical thinking skills". *Computers & Education* 53 (1): 132–141. Retrieved 16 November 2012.

- 52) Vardi, Iris; Ciccarelli, Marina (2008). "Overcoming problems in problem based learning: a trial of strategies in an undergraduate unit". *Innovations in Education and Teaching International* 45 (4): 345–354doi:10.1080/14703290802377190.
- 53) Major, Claire H.; Betsy Palmer (2001). "Assessing the Effectiveness of Problem-Based Learning in Higher Education: Lessons from the Literature". *Academic Exchange Quarterly* 5 (1). Retrieved 16 November 2012.

4 – LA DIAGNOSI ORGANIZZATIVA E GLI STRUMENTI PER L’ANALISI DEI CASI

- 1) Barnes J.A., Class and committees in a Norwegian Island Parish, in “Human Relations”, vol. VII, 1954, 1, pp. 39-58.
- 2) Bongaarts J., Cotts Watkins S. (1996) “Social Interactions and Contemporary Fertility Transition”, *Population and Development Review*, 22(4): 639-682.
- 3) Granovetter M. (1998) *La forza dei legami deboli e altri saggi*, Liguori, Napoli, pp. 115-146.
- 4) Hannerz U. (1980) *Exploring the city. Inquiries Towards an Urban Anthropolology*, Columbia University Press, New York (trad. *It Esplorare la città il Mulino*, Bologna 1992).
- 5) Kohler H.P. (1997) “Learning social network and contraceptive choice”, *Demography*, 34, pp. 369-383.
- 6) Frenk J, Chen L, Zulfiqar AB, Cohen J, Crisp N, Evans, T, Finberg H, Garcia P, Ke Y, Kelley P, Kistnasamy B, Meleis A, Naylor D, Palos.Mendez A, Reddy S, Scrimshaw S, Sepulveda D, Zunavik H. (2010) *Health Professionale for a new century: trasforming education to strenghten health system in an interdependent world. Lancet*, Vol 376 December 4, 1923:58
- 7) Lomi A. (a cura di) (1997) *L’analisi relazionale delle organizzazioni. Riflessioni teoriche ed esperienze empiriche*, Il Mulino, Bologna.
- 8) McCallister J. L., Fischer, C. S. (1978), *A procedure of surveying personal networks*, in “Sociological Methods and Research”, 7, pp. 131-148.
- 9) Pichierri A. (2007) “I sistemi socio-economici locali”, in Regini (a cura di), *La sociologia economica oggi*, Laterza, Bari.
- 10) Piselli F. (a cura di) (1995) *Reti. L’analisi di network nelle scienze sociali*, I centauri, Donzelli Editore, Roma.
- 11) Piselli F. (a cura di) (2001), *Reti. L’analisi di network nelle scienze sociali*, Donzelli editore, Roma.
- 12) Scott J. (1997) *L’analisi delle reti sociali*, edizione italiana a cura di Enrica Amaturò, NIS, Roma.
- 13) Stagni E. (1990b), “Il network intenzionale”, in *Sociologia urbana e rurale*, n. 33, pp.23-41.
- 14) Van der Poel M. G. M. (1993), “Delineating personal support networks”, *SocialNetworks* 15, 49-70, North Holland.
- 15) Wasserman S., Faust K. (1994) *Social Network Analysis. Methods and Application*, Cambridge University Press
Sulla cultura organizzativa:
- 16) Avallone F. (1998) “*Psicologia del lavoro*”, Carocci Editore, Roma
- 17) Bellotto M., Trentini G. (1989) “*Culture organizzative e formazione*”, Angeli, Milano
- 18) Bonazzi G. (2000) “*Storia del pensiero organizzativo*”, Franco Angeli, Milano
- 19) Francescato D, Tomai M, Ghirelli G. (2002) “*Fondamenti di psicologia di comunità*”, Carocci editore, Roma
- 20) Gagliardi P. (a cura di, 1995) “*Le imprese come culture*”, Isedi, Torino
- 21) Galletto C, Lucchetti C. (1994) “*Manuale del commercialista*”, Pirola Editore, Milano
- 22) Hatch M. J. (a cura di, 1999) “*Teoria dell’organizzazione*”, Il Mulino, Bologna
- 23) Nonaka I., 1991, “The knowledge-creating company”, *Harvard Business Review*, novembre-dicembre, p. 96-104.
- 24) Nonaka I., Takeuchi H., 1995, *The Knowledge – Creating Company*, Oxford
- 25) University Press.
- 26) Nelson R.R., 1959, “The simple economics of basic economic research”, *Journal of Political Economy*,

- vol. 67, p. 323-348.
- 27) Nonaka I., Takeuchi H., 1995, *The Knowledge Creating Company – How Japanese companies create the dynamics of innovation*, Oxford University Press, Oxford.
 - 28) Pedler M., Burgoyne J., Boydell T., 1991, *The Learning Company: A strategy for a sustainable development*, Maidenhead, McGraw-Hill.
 - 29) Perini M. (1993) “L’analisi delle organizzazioni secondo il modello Tavistock”, *Psycomedia*, 19/05/
 - 30) Piccardo C, Benozzo A. (1996) “Etnografia organizzativa”, Raffaello Cortina Editore, Milano
 - 31) Schein E., 1969, 1981, 1983, 1984, “Verso una nuova consapevolezza della cultura organizzativa”. In Gagliardi P. (a cura di, 1995), “Le imprese come culture”, Isedi, Torino
 - 32) Schein E. (a cura di, 1990) “Cultura d’azienda e leadership”, Guerini e Associati, Milano
 - 33) Schein E. (2000) “Culture d’impresa”, Raffaello Cortina Editore, Milano
 - 34) Spaltro E, De Vito Piscicelli P. (1990) “Psicologia per le organizzazioni”, La Nuova Italia
 - 35) Van Maanen J. (1979) “La realtà dell’invenzione nell’etnografia delle organizzazioni”. In Gagliardi P. (a cura di, 1995) “Le imprese come culture”, Isedi, Torino
 - 36) Sulla servant leadership
 - 37) Alimo-Metcalfe, B. and Alban-Metcalfe, R. J. (2001). ‘The development of a new Transformational Leadership Questionnaire’. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 74, 1–27.
 - 38) Avolio, B. J. and Gardner, W. L. (2005). ‘Authentic leadership development: getting to the root of positive forms of leadership’. *Leadership Quarterly*, 16, 315–38.
 - 39) Avolio, B. J., Gardner, W. L., Walumbwa, F. O., Luthans, F. and May, D. R. (2004). ‘Unlocking the mask: a look at the process by which authentic leaders impact follower attitudes and behaviors’. *Leadership Quarterly*, 15, 801–23.
 - 40) Badaracco, J. L. (2002). *Leading Quietly*. Boston, MA: Harvard Business School Press.
 - 41) Banks, R. and Powell, K. (Eds) (2000). *Faith in Leadership*. San Francisco, CA: Jossey Bass.
 - 42) Barbuto, J. E. and Wheeler, D. W. (2006). ‘Scale development and construct clarification of servant leadership’. *Group & Organization Management*, 31, 300–26.
 - 43) Barbuto, J., & Wheeler, D. (2006). Scale development and construct clarification of servant leadership. *Group & Organisation Management*, 31(3), 300—326.
 - 44) Bass, B. M. (1985). *Leadership and Performance Beyond Expectations*. New York: Free Press.
 - 45) Bass, B. M. (2000). ‘The future of leadership in learning organizations’. *Journal of Leadership Studies*, 7, 18–40.
 - 46) Bass, B. M. and Steidlmeier, P. (1999). ‘Ethics, character, and authentic transformational leadership behavior’. *Leadership Quarterly*, 10, 181–217.
 - 47) Batten, J. (1998). ‘Servant leadership: a passion to serve’. In Spears, L. C. (Ed.), *Insights on Leadership: Service, Stewardship, Spirit, and Servant Leadership*. New York: Wiley, 38–53.
 - 48) Blackaby, H. and Blackaby, R. (2001). *Spiritual Leadership*. Nashville, TN: Broadman and Holman.
 - 49) Blanchard, K. H. and Hodges, P. (2003). *The Servant Leader: Transforming Your Heart, Head, Hands and Habits*. Nashville, TN: J. Countryman.
 - 50) Block, P. (1993). *Stewardship: Choosing Service Over Self-Interest*. San Francisco, CA: Berrett Koehler.
 - 51) Borbasi, S.-A., Emden, C., & Jackson, D. (2005). Nursing research programs gather strength in Australia. *Collegian*, 12(2), 7—10.
 - 52) Buchen, I. H. (1998). ‘Servant leadership: a model for future faculty and future institutions’. *Journal of Leadership Studies*, 5, 125–34.
 - 53) Burns, J. M. (1978). *Leadership*. New York: Harper & Row.
 - 54) Daft, R. L. and Lengel, R. H. (2000). *Fusion Leadership: Unlocking the Subtle Forces that Change People and Organizations*. San Francisco, CA: Berrett-Koehler.
 - 55) De Cieri, H., Holmes, B., Abbott, J. and Pettit, T. (2005). ‘Achievements and challenges for work/life balance strategies in Australian organizations’. *International Journal of Human Resource Management*, 16, 90–103.
 - 56) De Pree, M. (1997). *Leading without Power: Finding Hope in Serving Community*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
 - 57) Dennis, R. S. and Bocarnea, M. (2005). ‘Development of the servant leadership assessment instrument’. *Leadership & Organization Development Journal*, 26, 600–15.
 - 58) DeVellis, R. F. (1991). *Scale Development: Theory and Applications*. Newbury Park, CA: Sage

Publications.

- 59) Deveson, A. (2003). *Resilience*. Sydney: Allen & Unwin.
- 60) Dirks, K. and Ferrin, D. (2002). 'Trust in leadership: meta-analytic findings and implications for research and practice'. *Journal of Applied Psychology*, 87, 611–28.
- 61) DuBois, D. A. and DuBois, C. L. Z. (2000). 'An alternative method for content-oriented test construction: an empirical evaluation'. *Journal of Business and Psychology*, 15, 197–213.
- 62) Einarsen, S. (1999). 'The nature and causes of bullying at work'. *International Journal of Manpower*, 20, 16–27.
- 63) Fairholm, G. W. (1997). *Capturing the Heart of Leadership: Spirituality and Community in the New American Workplace*. Westport, CT: Praeger.
- 64) Farling, M. L., Stone, A. G. and Winston, B. E. (1999). 'Servant leadership: setting the stage for empirical research'. *Journal of Leadership Studies*, 6, 49–72.
- 65) Fassinger, R. E. (1987). 'Use of structure equation modelling in counseling psychology research'. *Journal of Counseling Psychology*, 34, 425–36.
- 66) Freshwater, D., & Stickley, T. (2004). The heart of the art: Emotional intelligence in nurse education. *Nursing Inquiry*, 11(2), 91–98.
- 67) Frost, P. J. (2003). *Toxic Emotions at Work: How Compassionate Managers Handle Pain and Conflict*. Boston, MA: Harvard Business School Publications.
- 68) Fry, L. W. (2003). 'Toward a theory of spiritual leadership'. *Leadership Quarterly*, 14, 693–727.
- 69) Fry, L. W., Vitucci, S. and Cedillo, M. (2005). 'Spiritual leadership and army transformation: theory, measurement, and establishing a baseline'. *Leadership Quarterly*, 16, 835–62.
- 70) Gardner, W. L., Avolio, B. J., Luthans, F., May, D. R. and Walumbwa, F. O. (2005). '“Can you see the real me?” A self-based model of authentic leader and follower development'. *Leadership Quarterly*, 16, 343–72.
- 71) Gerbing, D. W. and Anderson, J. C. (1988). 'An updated paradigm for scale development incorporating unidimensionality and its assessment'. *Journal of Marketing Research*, 25, 186–92.
- 72) Getz, G. A. (1984). *Serving One Another*. Wheaton, IL: Victor.
- 73) Giacalone, R. A. and Jurkiewicz, C. L. (2003). 'Toward a science of workplace spirituality'. In Giacalone, R. A. and Jurkiewicz, C. L. (Eds), *Handbook of Workplace Spirituality and Organizational Performance*. New York: M.E. Sharp.
- 74) Goodwin, L. D. and Goodwin, W. L. (1985). 'Statistical techniques in AERJ articles, 1979–1983: the preparation of graduate students to read the educational research literature'. *Educational Researcher*, 14, 5–11.
- 75) Graham, J. W. (1991). 'Servant-leadership in organizations: inspirational and moral'. *Leadership Quarterly*, 2, 105–19.
- 76) Graham, J. W. and Organ, D. W. (1993). 'Commitment and covenantal organization'. *Journal of Managerial Issues*, 5, 483–502.
- 77) Graham, J.W. (1995). 'Leadership, moral development, and citizenship behavior'. *Business Ethics Quarterly*, 5, 43–54.
- 78) Grant, J. S. and Davis, L. L. (1997). 'Selection and use of content experts for instrument development'. *Research in Nursing and Health*, 20, 269–74.
- 79) Greenleaf, R. K. (1977). *Servant Leadership*. Mahwah, NJ: Paulist Press.
- 80) Hair, J. F., Anderson, R. E., Tatham, R. L. and Black, W. C. (1998). *Multivariate Data Analysis*. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- 81) Hesse, H. (1956). *Journey to the East*. London: Owen.
- 82) Hicks, D. A. (2002). 'Spiritual and religious diversity in the workplace: implications for leadership'. *Leadership Quarterly*, 13, 379–96.
- 83) Hinkin, T. R. (1995). 'A review of scale development practices in the study of organizations'. *Journal of Management*, 21, 967–88.
- 84) Hollander, E. P. (1995). 'Ethical challenges in the leader–follower relationship'. *Business Ethics Quarterly*, 5, 55–65.
- 85) Hoyle, R. H. (1995). 'Structural equation modeling approach: basic concepts and fundamental issues'. In
- 86) Hoyle, R. H. (Ed.), *Structural Equation Modeling: Concepts, Issues, and Applications*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- 87) Hutchinson, M., Vickers, M., Jackson, D., & Wilkes, L. (2006). Workplace bullying in nursing: Towards a more critical organisational perspective. *Nursing Inquiry*, 13(2), 118–126.

- 88) Imel, S. (1998). Transformative learning in adulthood. ERIC Digest no. 200. Accessed 1/9/07, <http://www.calpro-online.org/ERIC/docgen.asp?tbl=digests&ID=53>.
- 89) Jackson, D. (2005). Building research by community. *Journal of Advanced Nursing*, 50(3), 229—230.
- 90) Jackson, D. (2007) *Servant Leadership in Nursing: A framework for developing sustainable research capacity in nursing* (available at www.sciencedirect.com)
- 91) Jackson, D., Clare, J., & Mannix, J. (2002). Who would want to be a nurse? Violence in the workplace—A factor in recruitment and retention. *Journal of Nursing Management*, 10(1), 13—20.
- 92) Jackson, D., Firtko, A., & Edenborough, M. (2007). Personal resilience as a strategy for surviving and thriving in the face of workplace adversity: A review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, 60(1), 1—9.
- 93) Jaworski, J. (1997). 'Destiny and the leader'. In Spears, L. C. (Ed.), *Insights on Servant Leadership: Service, Stewardship, Spirit, and Servant Leadership*. New York: Wiley.
- 94) Joseph, E. E. and Winston, B. E. (2005). 'A correlation of servant leadership, leader trust, and organizational trust'. *Leadership & Organization Development Journal*, 26, 6—22.
- 95) Joseph, E., & Winston, B. (2005). A correlation of servant leadership, leader trust, and organisational trust. *Leadership & Organisational Development Journal*, 25(1), 6—22.
- 96) Kamler, B., & Thomson, P. (2004). Driven to abstraction: Doctoral supervision and writing pedagogies. *Teaching in Higher Education*, 9(2), 195—209.
- 97) Kirklin, D., & Meakin, R. (2003). Editorial: Medical students and arts and humanities research—Fostering creativity, inquisitiveness, and lateral thinking. *Medical Humanities*, 29, 103.
- 98) Luker, K. (2006). Nursing research: Coming of age? *Journal of Advanced Nursing*, 54(5), 526—527.
- 99) MacCallum, R. C., Roznowski, M. and Necowitz, L. B. (1992). 'Model modifications in covariance structure analysis: the problem of capitalization on chance'. *Psychological Bulletin*, 111, 490—504.
- 100) Maddock, R. C. and Fulton, R. L. (1998). *Motivations, Emotions, and Leadership*. Westport, CT: Quorum Books.
- 101) Malfroy, J. (2005). Doctoral supervision, workplace research and changing pedagogic practices. *Higher Education Research & Development*, 24(2), 165—178.
- 102) Marshall, T. (1991). *Understanding Leadership: Fresh Perspectives on the Essentials of New Testament Leadership*. Chichester: Sovereign World.
- 103) McCance, T., Fitzsimmons, D., Keeney, S., Hasson, F., & McKenna, H. (2007). Capacity building in nursing and midwifery research and development: An old priority with a new perspective. *Journal of Advanced Nursing*, 59(1), 57—67.
- 104) McCullough, M. E., Kilpatrick, S. D., Emmons, R. A. and Larson, D. B. (2001). 'Is gratitude a moral affect?'. *Psychological Bulletin*, 127, 249—66.
- 105) McGee-Cooper, A. and Looper, G. (2001). *The Essentials of Servant-Leadership: Principles in Practice*. Innovations in Management Working Paper. Waltham, MA.
- 106) Mezirow, J. (1981). A critical theory of adult learning and education. *Adult Education Quarterly*, 32(1), 3—24.
- 107) Organ, D. W. and Paine, J. B. (1999). 'A new kind of performance for industrial and organizational psychology: recent contributions to the study of organizational citizenship behavior'. In Cooper, C. L. and Robertson, I. T. (Eds), *International Review of Industrial and Organizational Psychology*. Chichester: John Wiley & Sons Ltd, 14, 339—68.
- 108) Palmer, P. J. (1998). 'Leading from within'. In Spears, L.C. (Ed.), *Insights on Leadership: Service, Stewardship, Spirit, and Servant Leadership*. New York: Wiley.
- 109) Patterson, K. (2004). *Servant Leadership: A Theoretical Model*. Servant Leadership Research Roundtable, Virginia Beach, VA.
- 110) Pekerti, A. A., Sendjaya, S. and Ayoko, O. B. (2007). Follow the Servant Leader: The Mediating Role of Followers' Affect Experiences in the Link Between Servant Leadership and Organizational Behavior. *International Society for Research on Emotions Conference*, Sunshine Coast, QLD.
- 111) Picollo, R. F. and Colquitt, J. A. (2006). 'Transformational leadership and job behaviors: the mediating role of core job characteristics'. *Academy of Management Journal*, 49, 327—40.
- 112) Podsakoff, P. M., MacKenzie, S. B., Lee, J.-Y. and Podsakoff, N. P. (2003). 'Common method biases in behavioral research: a critical review of the literature and recommended remedies'. *Journal of*

- Applied Psychology, 88, 879–903.
- 113) Richards, L. (2002). *Introducing NVivo: A Workshop Handbook*. Doncaster, VIC: QSR International.
 - 114) Russell, R. F. (2001). 'The role of values in servant leadership'. *Leadership & Organization Development Journal*, 22, 76–83.
 - 115) Russell, R. F. and Stone, A. G. (2002). 'A review of servant leadership attributes: developing a practical model'. *Leadership & Organization Development Journal*, 23, 145–7.
 - 116) Sanders, O. J. (1994). *Spiritual Leadership*. Chicago, IL: Moody Press.
 - 117) Sankowsky, D. (1995). 'The charismatic leader as narcissist: understanding the abuse of power'. *Organizational Dynamics*, 23, 57–71.
 - 118) Sarros, J. C., Tanewski, G. A., Winter, R. P., Santora, J. C. and Densten, I. L. (2002). 'Work alienation and organizational leadership'. *British Journal of Management*, 13, 285–304.
 - 119) Schmitt, F. L., Hunter, J. E., Croll, P. R. and McKenzie, R. C. (1983). 'Estimation of employment test validities by expert judgment'. *Journal of Applied Psychology*, 68, 590–601.
 - 120) Schwab, D. P. (1980). 'Construct validity in organizational behavior'. In Cummings, L. L. and Staw, B. M. (Eds), *Research in Organizational Behavior*. Greenwich, CT: JAI Press, 2, 3–43.
 - 121) Sendjaya, S. (2005). 'Morality and leadership: examining the ethics of transformational leadership'. *Journal of Academic Ethics*, 3, 75–86.
 - 122) Sendjaya, S. and Sarros, J. C. (2002). 'Servant leadership: its origin, development, and application in organizations'. *Journal of Leadership and Organizational Studies*, 9, 57–64.
 - 123) Sendjaya, S. Sarros, J.C. Santora, J.C. (2008) *Journal of Management Studies* 45:2 March 2008. 0022-2380
 - 124) Stone, A. G., Russell, R. F. and Patterson, K. (2004). 'Transformational versus servant leadership: a difference in leader focus'. *Leadership & Organization Development Journal*, 25, 349–61.
 - 125) Vine, W. E. (1985). *Vine's Expository Dictionary of Biblical Words*. Nashville, TN: Thomas Nelson.
 - 126) Williams, L. J., Edwards, J. R. and Vandenberg, R. J. (2003). 'Recent advances in causal modeling methods for organizational and management research'. *Journal of Management*, 29, 903–36.
 - 127) Wright, T. A. and Cropanzano, R. (2004). 'The role of psychological well-being in job performance: a fresh look at an age-old quest'. *Organizational Dynamics*, 33, 338–51.
 - 128) Wright, W. C. (2000). *Relational Leadership: A Biblical Model for Influence and Service*. Carlisle: Paternoster.
 - 129) Yukl, G. (1990). *Leadership in Organizations*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall

Alcuni riferimenti sullo Human Caring

- 1) Boykin A, Schoenhofer SO. *Nursing as Caring: A Model for Transforming Practice*. New York: National League for Nursing Press; 1993:391-402.
- 2) Dingman S, Williams M, Fosbinder D, Warnick M. Implementing a caring model to improve patient satisfaction. *JONA*. 1999;29:30-37.
- 3) Duffy JR, Hoskins LM. The quality-caring model: blending dual paradigms. *Adv Nurs Sci*. 2003;26:77-88.
- 4) Dunphy LH. Florence Nightingale: caring conceptualized: a legacy for nursing. In: Parker M, ed. *Nursing Theories and Nursing Practice*. Philadelphia, Pa: E.A. Davis Co.; 2001:31-53.
- 5) Enrico Saba, "Comunicazione empatica relazionale" (2003)- Proto Editore
- 6) Eriksson K. Caring science in a new key. *Nurs Sci Q*. 2002;15:61-65. [Abstract](#)
- 7) Fagermoen MS. Humanism in nursing theory: a focus on caring. In: Kim HS, Kollak I, eds. *Nursing Theories: Conceptual and Philosophical Foundations*. New York: Springer; 1999:135-159.
- 8) Morse JM, Solberg SM, Neander WL, Bottorff JL, Johnson JL. Concepts of caring and caring as a concept. *Adv Nurs Sci*. 1990;13:1-14.
- 9) Nursing Executive Center. *Toward Evidence-Based Nursing: Reforming Culture, Enhancing Practice*. Washington, DC: The Advisory Board Company; 2003.
- 10) Roach Sr MS. Attributes of professional caring. In: Roach MS. *The Human Act of Caring: A Blueprint for the Health Professions*. Ottawa, Ontario, Canada: Canadian Hospital Association; 1987:57-68.

- 11) Stetler CB, Brunell M, Giuliano KK, Morsi D, Prince L, Newell-Stokes V. Evidence-based practice and the role of nursing leadership. *JONA*. 1998;28:45-53.
- 12) Stetler CB. Role of the organization in translating research into evidence-based practice. *Outcomes Manag*. 2003;7:97-103. [Abstract](#)
- 13) Vincenzo Fanelli, "I poteri segreti della comunicazione empatica" (2007)- Edizioni Essere Felici
- 14) Watson J. Assessing and Measuring Caring in Nursing and Health Science. New York: Springer; 2002:3-19, 242-249.
- 15) Watson J. *Nursing: Human Science and Human Care*. New York: National League for Nursing; 1988:33.
- 16) Watson J. *Postmodern Nursing and Beyond*. New York: Churchill Livingstone; 1999:201-235.