

1.6 • BUONE PRATICHE DI APPRENDIMENTO ORGANIZZATIVO NELLA SANITÀ: IL LEARNING AUDIT NELL'A.S.L. 11 DI EMPOLI

Di seguito viene presentata un'esperienza di apprendimento organizzativo secondo l'approccio del *Learning audit* realizzata presso un ospedale di una ASL toscana con un'utenza di circa 211 mila cittadini. La richiesta dell'azienda era motivata dalla necessità di raggiungere in breve tempo gli obiettivi conseguenti alla fusione con altre ASL e dall'esigenza di riuscire a ottenere un maggior coinvolgimento e l'impegno da parte del personale. Veniva inoltre avvertita l'esigenza di un cambiamento culturale che tenesse conto del passaggio da USL ad azienda autonoma e portasse a un cambiamento del modo di operare, ad un miglioramento della qualità e dell'efficienza delle prestazioni, ad un atteggiamento più attivo e partecipe rispetto alle attività dell'ospedale. Per una migliore illustrazione dell'esperienza dell'ASL di Empoli si forniscono di seguito alcune sintetiche indicazioni sull'approccio del *Learning audit* rinviando per maggiori elementi alla bibliografia.

1.6.1 • L'APPROCCIO DEL LEARNING AUDIT

Il principale obiettivo dell'*audit* è di generare nelle organizzazioni un dialogo orientato a migliorare l'efficacia e la velocità di apprendimento delle comunità di lavoro e di pratica.

Le principali caratteristiche dell'*audit* sono le seguenti:

- 1 Avviare un processo di apprendimento autogestito di gruppo attraverso l'autovalutazione dei problemi e delle esigenze;
- 2 Consentire l'emergere delle regole culturali e di alcune delle conoscenze tacite e contestuali;
- 3 Assistere i gruppi nel proprio percorso di apprendimento, facilitando l'assunzione della responsabilità dell'apprendere e la creazione di propri strumenti, senza proporre metodologie rigidamente strutturate e livelli di prestazione predefiniti dall'esterno.

L'*audit* permette di:

- 1 costruire una conoscenza organizzativa (criteri di scelta, programmazione delle attività, problem solving, capacità di gestione dei conflitti, metriche di valutazione dei risultati) che consente ai gruppi di affrontare e risolvere nuovi problemi in maniera autonoma senza aiuto esterno;
- 2 Favorire un miglioramento delle prestazioni: i gruppi imparano ad individuare, analizzare e risolvere i problemi del loro lavoro. In tal modo l'*audit* risponde alla domanda fondamentale posta da tutti i managers aziendali: "può l'approccio dell'apprendimento migliorare le prestazioni?"
- 3 facilitare la comunicazione top down/bottom up. I progetti elaborati dai gruppi vengono presentati alla linea gerarchica per l'approvazione nel corso di specifici forum (come pure viene fatto per i risultati delle sperimentazioni) permettendo di combinare gli orientamenti strategici della organizzazione con le attività operative dei gruppi.

L'*audit* prevede quattro fasi (vedi tabella 1.6.1). La *prima fase* consiste in una intervista di gruppo gestita da due intervistatori e mira a far condividere significativi elementi in termini di dinamiche interpersonali e di punti di vista del gruppo sulla realtà organizzativa. È importante che gli intervistati abbiano una effettiva esperienza di lavoro in comune in una definita unità organizzativa. Agli intervistati viene richiesto di *autovalutare* la propria situazione in tre passi:

- individuare quali sono i quattro principali problemi che incontrano nello svolgimento delle loro attività;
- valutare e confrontare il livello attuale e necessario per ognuno dei sei processi dell'apprendimento organizzativo su di una scala da 1 a 9;
- ordinare per importanza (in percentuale) ognuno dei sei processi.

È importante sottolineare che il ruolo degli intervistatori è quello di facilitare valutazioni condivise e *non* di valutare. Grazie alla propria autovalutazione il gruppo inizia a condividere i propri modelli mentali, assunzioni, sistema valoriale, stili comunicativi e a discutere reali problemi di lavoro. Per avviare il difficile e faticoso cammino connesso ad ogni attività di apprendimento è essenziale che i componenti del gruppo vedano le proprie opportunità ed esigenze di apprendimento sulla base di una propria valutazione e non secondo l'opinione di un esperto esterno.

Dopo qualche settimana al gruppo viene domandato di valutare ed eventualmente modificare un breve resoconto di quanto gli intervistatori hanno compreso dei loro problemi e valutazioni.

La *fase due* si avvia con la validazione del resoconto nel corso di una riunione della durata di 2/3 ore circa. Il gruppo decide quali problemi espressi nell'intervista sono al di fuori della loro portata e quali possono essere gestiti e/o risolti con successo da loro stessi con l'utilizzo delle risorse a loro disposizione. La *fase tre* prevede la messa a punto di un progetto da parte del gruppo da sottoporre all'approvazione della linea gerarchica e la sua sperimentazione, avendo preventivamente esplicitato i criteri di monitoraggio della stessa e di valutazione dei risultati. La *fase quattro* riguarda la valutazione dei risultati in termini di miglioramento delle prestazioni e dell'apprendimento e la disseminazione dei risultati ad altre unità organizzative.

Tab. 1.6.1 - Dalla progettazione alla realizzazione

	Fase 1	Fase 2	Fase 3	Fase 4
Obiettivi	Valutazione della situazione	Definizione del problema da superare con un progetto autogestito	Sperimentare nuovi modi di lavoro/servizi	Valutazione dei risultati
Strumenti	Intervista di gruppo Video dei 6 processi Mappe Mentali	Laboratorio/Contratti d'apprendimento/ Diari personali e di gruppo/Matrice di ponderazione	Fogli di raccolta dati	Laboratorio
Attività	Autovalutazione 1: Process sense-making Self evaluation 2 Rapporto di Audit	Condivisione contenuti e metriche Incontro con direzione	Monitoraggio della sperimentazione	Forum di valutazione dei risultati di apprendimento e di prestazione
Scopo	Avvio del processo di miglioramento	Fare scelte condivise/sperimentare lavoro autogestito	Miglioramento delle prestazioni	Consolidamento dei risultati ed avvio nuovo processo

Merita sottolineare un carattere distintivo della metodologia. Procedendo da una autovalutazione della situazione lavorativa e dalla contestualizzazione dei significati e linguaggi l'*Audit* favorisce la crescita del gruppo, lo sviluppo di una interpretazione collettiva della realtà e di un proprio modello condiviso. In qualche modo è un'applicazione dell'imperativo estetico e cibernetico di H. Von Foerster secondo il quale "se vuoi vedere devi essere in grado di agire" [Nardone 1990].

La maggior parte dei problemi non dovrebbero essere correlati o attribuiti a determinate situazioni e fatti quanto piuttosto al significato e peso loro attribuito. Se si riesce nel motivare una persona o un gruppo ad avviare una azione, di per sé possibile ma non realizzata nel passato a seguito della interpretazione della situazione condivisa dall'interessato o dagli interessati, attraverso la realizzazione di questa azione si sperimenta qualche cosa che in precedenza non offriva interpretazione e spiegazione. Questa sperimentazione consente di indurre, vedere e valutare il risultato. Questa assunzione ha importanti implicazioni rispetto al meccanismo di avvio del cambiamento nelle organizzazioni e rispetto ai metodi di intervento della consulenza. Si tratta di azioni che impattano sul livello motivazionale, di relazione e di marginalizzazione comunicazionale e che assegnano al consulente il ruolo di stimolazione e di facilitazione del percorso. Il consulente fornisce gli alcuni strumenti per avviare l'esperienza e successivamente assiste il gruppo nella creazione dei "propri" artefatti, strumenti operativi e procedure per lo sviluppo del percorso di miglioramento avviato con l'*audit*.

La spirale dell'apprendimento in azione (Figura 1.6.1), illustra come un gruppo possa autonomamente costruire modelli concettuali fondati sulle proprie esperienze e come possa renderli espliciti. In tal modo il gruppo autovaluta, sceglie, progetta, sperimenta e pondera un nuovo modo di lavorare (vedi i punti 1-4 della linea dell'azione). Vengono quindi sviluppati nuovi strumenti (punto 5) che vengono applicati in diverse versioni di auditing

(punto 6). Il passo successivo consiste nel cambiare (punto 7) e riapplicare queste regole in modo migliorato (punto 8) ed allora il gruppo giunge ad un più elevato livello di valutazione ed interpretazione, consentendo così di mettere in discussione gli assunti fondamentali della precedente interpretazione (punto 9). Nel corso dello svolgimento delle azioni si sviluppa una nuova comprensione (vedi la linea a puntini), nuove abilità e competenze relazionali e gestionali (vedi la linea trattino-punto) ed anche nuove prestazioni (vedi linea tratteggiata). Un elemento essenziale per il successo dell'intervento è la costruzione di un semplice modello di cosa fare per ben realizzare le quattro fasi dell'*audit*. Il modello, fondato sull'esperienza di prova- errore, può assumere la forma di liste di controllo, regole esplicite, diagrammi di flusso, aneddoti e storie. Può essere utilizzato qualsiasi costruito che sia diventato chiaramente comprensibile, in termini linguistici, cognitivi e culturali, dal gruppo e che possa guidare la realizzazione di un nuovo *audit* autogestito.

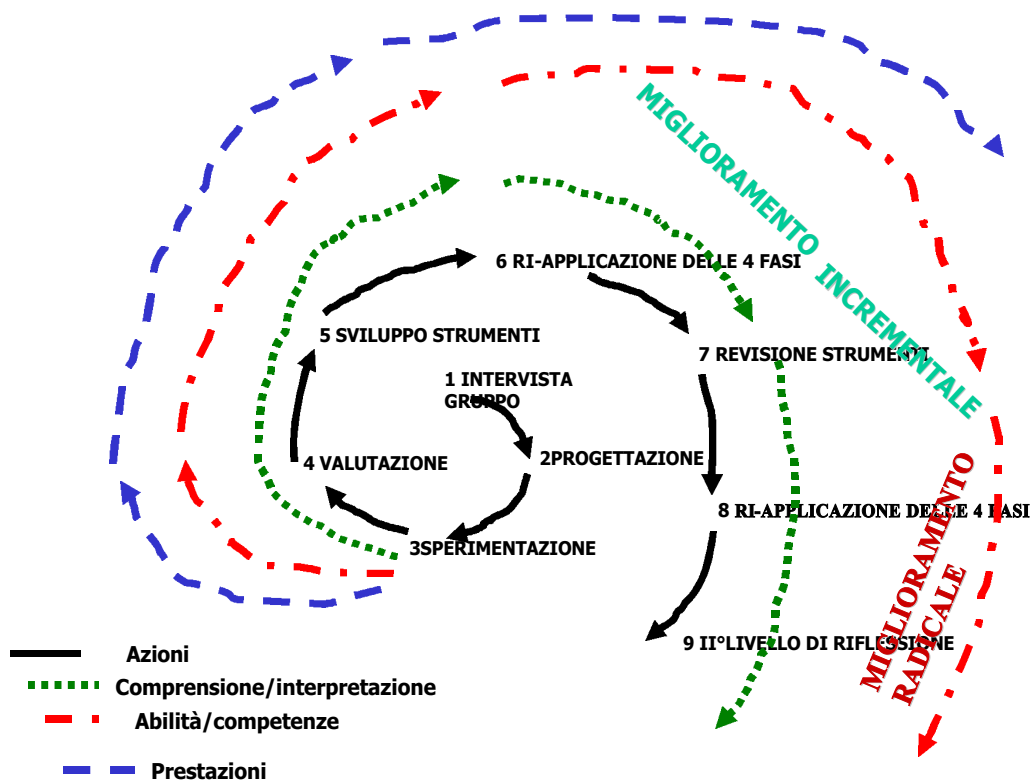


Fig. 1.6.1: L'apprendimento in azione

Sulla base delle esperienze fin qui realizzate (oltre 80 gruppi) è apparso più efficace sviluppare un modello senza riferimenti espliciti a teorie esterne. Nella seconda applicazione dell'*audit* l'eventuale contributo della consulenza riguarda soltanto la valutazione di punti critici e

di difficoltà. Questa costante sperimentazione e valutazione assicura lo sviluppo di abilità e di poteri interpretativi da parte del gruppo. Imparare dagli errori è infatti essenziale per realizzare un apprendimento più elevato. La sistematica verifica di errori sulla base dell'esperienza assicura la revisione del modello sviluppato dal gruppo e consente di superare il timore di sbagliare che inibisce l'apprendimento.

Il modello di gruppo basato sulla guida dell'azione e prestazione appare assai più efficace di ogni altra metodologia indipendentemente dal suo grado di raffinatezza teorica o della profondità dell'indagine. In termini di apprendimento il modello centrato sul gruppo possiede caratteristiche più personalizzate e permanenti dei modelli provenienti dall'esterno spesso superficiali e dai risultati transitori, vanificati dalla omeostasi organizzativa. Infatti ogni modello di provenienza esterna deve essere contestualizzato, storicizzato e personalizzato alla organizzazione. Più precisamente il modello deve essere adattato alle caratteristiche del contesto ambientale in cui opera l'organizzazione, alla specifica fase di sviluppo della stessa ed alle sue caratteristiche e stili culturali e gestionali. Si tratta di processi complessi e costosi in termini di competenze, risorse e tempo che non sempre conducono a risultati soddisfacenti e non sempre sono realizzabili a causa dei citati costi.

Una volta che il gruppo ha completato le quattro fasi, esso avrà elaborato prospettive nuove e strumenti e modalità di lavoro diverse, sulla base dell'esperienza delle persone e sulla base di regole che differiscono da quelle prevalenti nell'organizzazione. A questo punto il gruppo è in grado di rimuovere gli inibitori dell'evoluzione culturale necessaria per avviare la trasformazione [Schein 1988]. È soltanto a questo punto che il gruppo è capace di identificare le tecniche e gli strumenti necessari per seguire il proprio percorso di miglioramento e di acquisizione di competenze di fonte interna ed esterna, come pure di confrontare queste capacità (benchmark) con altre organizzazioni. Il gruppo che ha sperimentato con successo un ciclo completo di *audit* è quindi diventato capace di assorbire nuovi artefatti e tecniche e di personalizzarli per la propria specifica situazione.

1.6.2 • L'OSPEDALE DI SAN MINIATO

Nel 1997 è stato effettuato un primo *audit*, nel reparto di Medicina Uomini, che ha ottenuto risultati sufficientemente positivi ed ha portato alla decisione di estendere l'intervento per il 1998, anche ai reparti di Nefrologia, Pneumologia e Geriatria e Medicina Donne. Nel 1999 sono stati coinvolti tre servizi centrali dell'ASL (Farmacia, Manutenzione, Servizi Informatici), emersi come snodi critici per l'efficacia dei processi aziendali. Nel 1999 è stato, inoltre, avviato il progetto Rete che prevede la costituzione di artefatti comuni, interconnessioni e canali più o meno strutturati fra i vari reparti. In altre parole la creazione di un ambiente in cui operatori professionali possano condividere esperienze, metodiche e strumenti, consolidando la propria base conoscitiva comune e diffondendo i risultati raggiunti tra i diversi Reparti e le Unità Servizi.

1.6.3 • LA STRUTTURA ORGANIZZATIVA

La gestione delle diverse fasi degli *audit* ha richiesto un impianto organizzativo piuttosto articolato che ha previsto:

- un Comitato Guida, composto dai vertici aziendali con compiti di indirizzo e supervisione, protezione e valorizzazione delle iniziative, approvazione e integrazione dei progetti dei gruppi;
- un Comitato Locale, con compiti di coordinamento e organizzazione, assistenza e supporto ai gruppi, raccolta dei materiali e degli strumenti prodotti;
- i gruppi operativi (2 nel 1997; 13 nel 1998; 29 nel 1999; 17 nel 2000; 20 nel 2001) con compiti di autodiagnosi e realizzazione di progetti di miglioramento costituiti dal personale medico e infermieristico, dagli OTA e dagli ausiliari dei reparti di Nefrologia, Pneumologia, Geriatria, Medicina Uomini e Medicina Donne, Chirurgia, Urologia, Pediatria, Ostetricia-Ginecologia, a cui si aggiungono i gruppi dei dirigenti dei reparti coinvolti, delle caposala, del Comitato Locale (nel suo ruolo di gruppo operativo), la Farmacia, la Manutenzione, i Servizi Informatici;
- due consulenti con compiti di progettazione dell'intervento, facilitazione dei processi e applicazione del metodo dell'Audit dell'apprendimento organizzativo.

È da segnalare la rilevanza del ruolo del Comitato Locale che è stato il braccio operativo 'in loco' della consulenza e che ha svolto una fondamentale funzione di monitoraggio continuo delle attività. Al fine di rendere l'Asl autonoma nella gestione dell'Audit, il Comitato Locale ha assunto come obiettivo del proprio progetto una maggiore conoscenza e padronanza della metodologia da conseguire gestendo in proprio il metodo - inizialmente con un'assistenza tecnica da parte della consulenza - in alcuni reparti dell'Azienda.

1.6.4 • L'INTERVISTA

Le interviste hanno permesso di evidenziare alcune problematiche rilevanti, di differenziare e connotare i gruppi, di avere alcune indicazioni di clima.

I problemi comuni principalmente riportati riguardano:

- la mancanza di tempo e di risorse nelle attività quotidiane;
- il rapporto con le altre strutture della ASL e con gli altri reparti;
- l'integrazione fra le varie figure professionali;
- la relazione con il territorio (presidi territoriali e medici di famiglia).

È emerso inoltre alla base di queste difficoltà un problema diffuso di comunicazione sia all'interno sia all'esterno esplicitato anche attraverso una serie di fraintendimenti rispetto a date e luoghi degli incontri dell'*audit*, alla difficoltà di identificare interlocutori ed azioni possibili all'esterno del proprio reparto, a distorsioni nelle interpretazioni degli stessi eventi nelle diverse categorie professionali (medici e infermieri).

Fin dall'inizio è emersa una chiara differenziazione fra medici e infermieri e una tendenza a vedere le due categorie divise se non contrapposte.

Il personale medico è risultato caratterizzato da tendenza al lavoro individuale, da un maggiore riferimento alla categoria professionale e minore identificazione con l'azienda rispetto al personale infermieristico. Queste considerazioni sono in parte spiegabili in base alla storia della cultura medica e infermieristica oltre che alla struttura e alle dinamiche organizzative dell'ospedale.

È da segnalare che il progetto proposto dai medici della sezione autonoma di Geriatria è stato l'unico che ha sperimentato un intervento integrato coinvolgendo medici, infermieri e fisioterapisti e che, nonostante l'entusiasmo dei partecipanti ed i buoni risultati raggiunti, si è scontrato all'avvio con difficoltà e resistenze che stavano per portare ad un suo ridimensionamento che escludesse la componente infermieristica.

È risultato particolarmente proficuo, ai fini della fase progettuale successiva, il confronto fra livello necessario o desiderato e livello attuale del gruppo e la discussione sulle possibilità concrete di intervento.

Durante gli incontri sono state inoltre valutate alcune dimensioni dei gruppi che influiscono sullo svolgimento dell'*audit*, quali il clima del gruppo, l'integrazione, la comunicazione interna, il rapporto con il 'capo' (primario/caposala), il rapporto con altre figure professionali (medici se il gruppo è di infermieri e viceversa), la motivazione al cambiamento.

In questa fase le difficoltà hanno riguardato il superamento di una diffusa demotivazione e frustrazione e la gestione delle resistenze presentate dai gruppi rispetto alla proposta/opportunità di impegnarsi in progetti di miglioramento e di avere la responsabilità del cambiamento della propria azienda.

1.6.5 • I PROGETTI E LE SPERIMENTAZIONI

Una volta validati i report di autodiagnosi (in genere con poche osservazioni), la fase successiva riguarda l'individuazione dei progetti inerenti le problematiche emerse e l'assegnazione di priorità sulla base dell'impatto su di una serie di componenti rilevanti (i pazienti, il personale, la qualità del lavoro, i tempi di realizzazione, gli effetti economici, l'urgenza rispetto agli obiettivi aziendali).

Dei progetti presentati alcuni sono prevalentemente operativi (ad esempio la stesura di protocolli), altri toccano aspetti organizzativi, altri influiscono sulla qualità dell'assistenza attraverso il miglioramento o l'introduzione di nuove pratiche.

I progetti vengono presentati ai vertici aziendali in un Forum e approvati o integrati entro circa un mese. La sperimentazione successiva richiede circa 4/5 mesi nella maggior parte dei casi. Tra i progetti ne segnaliamo alcuni che presentano caratteristiche particolari:

- il progetto presentato dai medici di Geriatria ("Global care in geriatria"), in quanto è l'unico che ha visto coinvolti anche fisioterapisti e infermieri e ha usufruito della collaborazione di un esperto esterno, autonomamente cooptato e senza costo per l'azienda;
- il progetto del Comitato Locale ("Le formiche dell'Audit"), in quanto ha portato nel 1998 alla realizzazione di un L.A. presso il reparto di Urologia gestito in autonomia dal Comitato. Successivamente il Comitato Locale ha preso il posto della consulenza gestendo 62 Learning Audit dal 1999 al 2001;
- il progetto delle Caposala ("Tempo"), in quanto ha portato alla revisione e uniformazione di molte delle procedure infermieristiche creando riferimenti e standard comuni ai diversi reparti e permettendo una gestione più efficiente delle attività e riuscendo a ricavare 'tempo' da dedicare ad attività di gestione delle risorse.

Le principali criticità riscontrate nelle fasi di progettazione e sperimentazione riguardano:

- una generale difficoltà a pensare le prestazioni in termini di benefici economici ed in particolare a legittimare e a far riferimento agli obiettivi aziendali;
- l'utilizzazione nei progetti di criteri di misura dei risultati attesi e strumenti di valutazione finale;
- una difficoltà di 'clima' e resistenze in diversi gruppi in relazione a eventi quali il forum di esposizione di progetti, l'avvio della sperimentazione, cambiamenti organizzativi interni che incidevano sui progetti (ad esempio la sostituzione del primario). Si è trattato di momenti in cui si decide di mettersi in gioco, si testimonia un diverso modo di fare e un diverso atteggiamento rispetto al passato oppure di momenti di mancato riconoscimento e sostegno rispetto al lavoro svolto;
- l'incentivazione, collegata indirettamente alla partecipazione all'Audit e direttamente al raggiungimento degli obiettivi aziendali, è stata vissuta in modo ambivalente dai gruppi ed ha avuto una funzione sia di ostacolo sia di facilitazione rispetto alla motivazione e alla partecipazione. In generale è possibile affermare che è stato un fattore facilitante rispetto all'adesione iniziale ma che spesso ha snaturato il senso della partecipazione e l'impegno messo nei progetti;
- l'interruzione dovuta al periodo estivo ha causato difficoltà nell'avvio della sperimentazione;

Il Comitato Locale, per il suo ruolo di interfaccia fra gruppi/consulenza/vertici aziendali, è stato 'il termometro' dell'andamento del L.A. tramite cui sono stati possibili una serie di adeguamenti in corso d'opera. Su di lui si sono scaricate una serie di tensioni organizzative, difficoltà di comunicazione interna, resistenze al cambiamento. Nel corso dell'esperienza, in seguito al dibattito all'interno del gruppo, sono state prese le seguenti decisioni:

- 1** è stato inserito un nuovo componente che rafforzasse la parte medica, in quanto l'assistenza ai gruppi di medici si è rivelata più complessa anche per una serie di variabili legate alle dinamiche e alla cultura aziendali;
- 2** l'assistenza ai gruppi è stata svolta in coppie formate da un esponente medico e uno infermieristico in modo da migliorare la comunicazione e l'integrazione del Comitato;
- 3** sono state previste azioni di sensibilizzazione e coinvolgimento dei capi diretti dei membri del Comitato Locale rispetto all'esperienza dell'Audit in modo da garantire supporto e protezione delle attività del gruppo.

1.6.6 • LA VALUTAZIONE E LA DISSEMINAZIONE DEI RISULTATI

Una sintesi dei risultati è presentata nella tabella 1.6.2.. Nella quasi totalità dei progetti gli obiettivi prefissati sono stati raggiunti e l'esperienza è stata considerata soddisfacente sia dai vertici aziendali sia dai gruppi di progetto. I risultati vengono presentati in un forum conclusivo a cui partecipano anche membri di altri presidi ospedalieri, di reparti non coinvolti, dell'AVO (associazione volontari ospedalieri), i medici di base, le autorità locali, provinciali e regionali interessate. L'approccio dell'audit affida agli interessati, nel corso della intervista di avvio, la valutazione della situazione e delle azioni ritenute necessarie per migliorarla.

Questa modalità dell'autovalutazione viene mantenuta nel corso di tutte le fasi. In particolare al momento della elaborazione del progetto di superamento di uno dei problemi ritenuto alla

portata del gruppo, quest'ultimo deve indicare i criteri ed i parametri di misurazione in base ai quali si potranno considerare soddisfacenti i risultati raggiunti nel corso della sperimentazione, distinguendo fra risultati in termini di prestazioni ed in termini di apprendimento del gruppo.

Questo è apparso essere un punto di criticità in quanto in generale i gruppi si sono concentrati sulla realizzazione di nuovi prodotti (protocolli, cartelle, formulari) e di nuovi comportamenti (diversa accoglienza dei clienti, nuove modalità di assistenza, ecc.) curando meno le modalità di controllo della sperimentazione. Per cui si può affermare che i risultati in termini di prestazioni sono stati certamente positivi, anche se solo alcuni gruppi hanno utilizzato degli strumenti di controllo dei risultati.

Ovviamente questa criticità dipende da quanto la verifica delle azioni in itinere e degli effetti delle azioni in termini economici ed organizzativi rientra nel modello di interpretazione della propria realtà lavorativa, in questo caso più interessata agli aspetti di cura ed assistenza.

In via generale ragioni epistemologiche e culturali determinate dalla storia dei successi e fallimenti dell'organizzazione, dal grado di sofisticazione gestionale (in altre parole, l'unicità dell'organizzazione) inducono a ritenere che la modalità principe dell'apprendimento organizzativo sia l'autovalutazione sulla base di criteri e strumenti sviluppati dagli interessati. L'adozione di parametri ed indicatori non profondamente condivisi dovrebbe affrontare tutta una serie di ostacoli culturali, emotivi e cognitivi che spesso rendono inattuabili o anche fallimentari esperienze di grande successo in altri contesti. Al riguardo va segnalato che presso l'ospedale toscano negli anni passati era stato realizzato un progetto di analisi partecipata della qualità i cui risultati erano stati "chiusi nei cassetti".

Gli aspetti positivi dell'esperienza dal punto di vista dei gruppi - segnalati tramite momenti di brainstorming e questionari semi-strutturati - riguardano in particolare:

- una migliore integrazione nel gruppo;
- l'acquisizione di nuove metodologie di lavoro;
- una maggiore consapevolezza del proprio ruolo, delle proprie risorse e possibilità di azione;
- la soddisfazione data dal raggiungimento degli obiettivi prefissati e dal miglioramento dell'assistenza;
- l'opportunità di avere contatti fra diverse realtà operative.

Tab. 1.6.2 - Sintesi dei risultati

	1997	1998	1999	2000
Numero di operatori coinvolti	<ul style="list-style-type: none"> - 7 medici - 13 infermieri - 4 OTA\ ausiliari 	<ul style="list-style-type: none"> - 17 medici - 7 caposala - 53 infermieri - 15 OTA\ ausiliari 	<ul style="list-style-type: none"> - 21 medici - 10 caposala - 91 infermieri - 8 ostetriche - 40 OTA\ ausiliari - 40 impiegati - 27 operatori (gruppo Rete) 	<ul style="list-style-type: none"> - 29 medici - 101 infermieri - 36 OTA\ ausiliari - 10 caposala - 15 impiegati - 51 tecnici
Numero dei progetti	2	13	29	17
Numero di prodotti di prestazione	<ul style="list-style-type: none"> - 2 nuove procedure - 1 documento informativo - 3 strumenti per la valutazione dei risultati - 1 cartella infermieristica 	<ul style="list-style-type: none"> - 13 nuove procedure - 21 nuovi protocolli - 8 linee guida - 3 documenti informativi - 47 strumenti per la valutazione dei risultati - revisione di 15 protocolli, 8 procedure, 5 cartelle infermieristiche 	<ul style="list-style-type: none"> - 8 nuove procedure - 6 nuovi protocolli - 6 linee guida - 3 documenti informativi - 47 strumenti per la valutazione dei risultati - Revisione di 18 procedure e 3 cartelle infermieristiche - 2 percorsi clinici integrati medico-infermieristici 	<ul style="list-style-type: none"> - 6 nuove procedure - 3 nuovi protocolli - revisione di 25 procedure - 8 linee guida - 11 percorsi clinici integrati medico-infermieristici - revisione di una cartella infermieristica - 1 lettera dimissioni - 1 cartella clinica medico-infermieristica-fisioterapia - 20 tavole per l'acquisizione dei dati - 2 viaggi con i pazienti - 3 documenti informativi
Numero dei prodotti di apprendimento	<ul style="list-style-type: none"> - 1 forum - 2 report di autovalutazione 	<ul style="list-style-type: none"> - 3 forum - 12 report di autovalutazione - 1 storia illustrata - 1 report finale - 1 archivio di metodologie 	<ul style="list-style-type: none"> - 3 forum - 29 report di autovalutazione 	<ul style="list-style-type: none"> - 1 forum - 10 progetti finali

1.6.7 • IL PROGETTO RETE

Il 15 aprile 1999 si è svolto il primo incontro del progetto Rete a cui partecipano i Coordinatori dei diversi gruppi, il Comitato Locale, le Caposala, i Primari.

L'obiettivo del progetto è stato quello di creare meccanismi e canali di comunicazione che facilitassero la circolazione di conoscenze, strumenti, risorse all'interno dell'ospedale e di creare contatti e visibilità con una serie di interlocutori esterni.

I benefici individuati dai gruppi all'attivazione della rete sono stati:

- il confronto delle esperienze;

- la risoluzione comune di problemi di reparto o dell'organizzazione nel suo complesso;
- la multidisciplinarietà della visione;
- la formulazione di proposte comuni alla dirigenza;
- evitare che esperienze, cambiamenti e innovazioni "non cadano nel dimenticatoio" o restino confinati in un reparto;

Il gruppo si è suddiviso in tre sottogruppi che si sono occupati dei progetti seguenti:

- 1 'Arkiteca': realizzazione di un archivio di progetti e metodologie comune (cartaceo e online);
- 1 'Parole in concerto': sviluppo di sistemi di comunicazione aziendale (come la realizzazione del convegno annuale nazionale "La Sanita in movimento" giunto alla quarta edizione. Totalmente gestito dal sottogruppo;
- 1 'Consenso informato': sviluppo di una procedura comune per informare il paziente e chiedere il suo consenso.

Le attività della Rete sono proseguite in modo parallelo a quello dei gruppi dell'*audit*.

Gli strumenti utilizzati nell'esperienza toscana rappresentano una sorta di bricolage delle tecniche e strumenti elaborati ed applicati in contesti di apprendimento e di gestione dei progetti. Fin dal primo L.A. i gruppi hanno elaborato nuovi strumenti o adattato quelli forniti creando i loro propri artefatti, espressione della loro creatività e unicità.

Una sintesi degli strumenti utilizzati è nella tabella 1.6.3

Tab. 1.6.3 - Gli strumenti del learning audit

Gli strumenti del Learning Audit
<ul style="list-style-type: none"> • Intervista collettiva di autovalutazione; • Il quaderno dell'apprendimento (in cui vengono organizzati scoperte, sensazioni ed azioni programmate derivanti dallo svolgimento del percorso dell'Audit); • Il contratto di apprendimento (contiene le informazioni essenziali del progetto: coordinatore, titolo, gruppo di lavoro); • Griglia delle priorità (permette di trovare le priorità fra una serie di problemi confrontando l'impatto su delle variabili concordate); • La lavagna dell'apprendimento (linee guida per la progettazione: analisi della situazione, l'ipotesi di soluzione, tempi, risorse, azioni, i criteri e le metriche di valutazione del successo delle sperimentazioni); • Griglie per la valutazione dei risultati; • Schemi di resoconto delle riunioni; • Questionari di valutazione dei progetti; • Poster (forum finale); • La storia dell'esperienza fatta dai gruppi.

1.6.8 • RIFLESSIONI E POSSIBILI SVILUPPI DI INTERVENTI AUTOGESTITI NELLA SANITÀ

Il ritmo e la profondità del cambiamento in corso nella sanità richiedono l'applicazione di tutte le capacità ed energie presenti nel sistema e quindi richiedono di concentrare il focus degli interventi sulla dimensione comunicazionale, sulla crescita della consapevolezza di sé e degli altri, sulla motivazione al miglioramento e su forme di soluzione dei problemi autogenerate dai contesti.

L'esperienza dell'*audit* in Toscana conferma la validità di modelli d'intervento che non propongano soluzioni prefabbricate ma ascoltino pazientemente il discorso dell'organizzazione e lavorino per assecondare le potenzialità interne di maturazione. Anche l'utilizzo di metodologie che favoriscono la graduale definizione e realizzazione da parte degli attori dell'organizzazione di percorsi di crescita fondati sulle proprie forze e competenze ha mostrato la sua efficacia.

Insieme a queste convinzioni, le applicazioni finora effettuate mettono in luce aree che appaiono richiedere ulteriori riflessioni e sviluppi.

Innanzitutto il momento di avvio dell'intervento. Nel corso dell'intervista collettiva e della scelta del problema da superare si giocano tutte le possibilità di raggiungere una motivazione collettiva a proseguire. Da un lato ci sono da superare naturali diffidenze verso operatori esterni, i dubbi circa la effettiva disponibilità dell'organizzazione a consentire un nuovo modo di lavorare, le difficoltà comportate dall'utilizzo dei diversi linguaggi, la mancanza di tempo; dall'altro le dinamiche interpersonali fra i componenti del gruppo e le leadership naturali devono orientarsi secondo modalità nuove di autoresponsabilizzazione e di riconoscimento e di maggiore utilizzo delle capacità delle persone. L'esito sembra dipendere molto dalle caratteristiche del contesto, dall'effettivo sostegno (le parole non bastano) della direzione, dalla abilità degli intervistatori di entrare in sintonia e di sollecitare le componenti positive e disponibili ad affrontare il nuovo ed a modificare una situazione di lavoro non sufficientemente gratificante.

Un elemento decisivo per il successo dell'intervento è la protezione da parte del vertice dei gruppi che svolgono l'*audit*. Con ciò si intende la manifestazione da parte del vertice della importanza del progetto attraverso azioni simboliche e comportamenti che garantiscano ai gruppi un sufficiente spazio operativo, in particolare quando passano alla fase della generalizzazione e disseminazione. I capi devono "tenere il passo", diversamente le energie liberate dai gruppi, per definizione ridotte rispetto al compito di sbloccare processi e pratiche consolidate negli anni, verranno rapidamente esaurite dalla omeostasi organizzativa. Uno strumento che testimonia la persistenza dell'interesse del vertice, che agevola il superamento delle resistenze culturali ed organizzative e che integra una diversa cultura, è costituito dalla costituzione di reti di apprendimento (gruppo Rete). Queste reti, il cui nucleo di base è costituito dalla interfaccia operativa con la consulenza (e dal Comitato Locale nel caso toscano), sono costituite da elementi attivi e coordinatori dei gruppi operativi che hanno effettuato un ciclo di *audit*. In esse risultati, strumenti, progetti, artefatti sono messi a fattore comune, come pure gli insuccessi e le ragioni degli stessi.

Il punto cruciale sembra essere infatti non tanto la risoluzione di problemi specifici interni a specifiche unità organizzative, ma l'attivazione di forme efficaci di comunicazione fra i diversi attori (management, reparti e diverse categorie professionali) stimolando e riconoscendo le buone pratiche in ogni settore.

Altri aspetti critici riguardano il superamento delle omeostasi organizzative nel tempo (i tempi di evoluzione di una cultura in genere sono superiori alla durata di un intervento) e quindi le

azioni di rinforzo da parte del management, i criteri e strumenti di valutazione dei risultati (poco sviluppati soprattutto nella parte più innovativa e difficile della valutazione dell'apprendimento) ed infine il mancato coinvolgimento di alcune specifiche categorie professionali a causa probabilmente della sindrome del "non inventato qui" e della implicita modifica di consolidati rapporti gerarchici.

L'incentivazione alla partecipazione attiva all'*audit* risulta essere un fattore ambiguo rispetto alla motivazione anche in relazione a variabili personali, risultando per alcuni un fattore facilitante e per altri un fattore ostacolante in quanto ripristina una logica 'vecchia' che toglie autonomia e non aiuta l'assunzione di responsabilità nella gestione del percorso da parte dei partecipanti.

Un altro punto di riflessione è l'aumento graduale nella metodologia dell'*audit* di attività operative (i progetti) e la diminuzione di attività di tipo 'teorico' (approfondimenti e seminari su temi specifici) insieme alla riduzione in termini relativi del tempo per la fase dell'intervista e dell'analisi.

Da non sottovalutare inoltre l'impatto organizzativo degli interventi che richiedono cambiamenti nell'approccio e nelle azioni dei vertici aziendali. Ad esempio nella ASL quando l'*audit* è diventato una routine organizzativa e ha perso il suo carattere iniziale di sperimentazione, si è posto il problema del come integrare le attività dell'*audit* con gli altri carichi di lavoro e della collocazione organizzativa del Comitato Locale, responsabile della gestione e del coordinamento degli interventi.

Un ultimo commento merita l'azione della consulenza che pur assicurando una costante assistenza a tutto campo (dalle tecniche di decision making alle relazioni esterne, dalla organizzazione di riunioni ed eventi alla redazione di documenti, dalla gestione dei conflitti all'analisi del clima) alla fine ha concentrato la sua azione sulla gestione dei processi responsabilizzando la crescita dell'autonomia degli operatori aziendali. In tal modo la presenza in loco è stata mantenuta al livello minimo necessario assicurando un buon rapporto qualità/prezzo dell'intervento e dando concretezza alle parole di Galileo Galilei, che sono state scelte come motto della consulenza: "*Non puoi insegnare alcunché ad una persona. Puoi soltanto aiutarla a scoprire dentro di sé*".

BIBLIOGRAFIA

ALBY F., BERTINI G. "L'intervento organizzativo autogestito", *Sviluppo&Organizzazione*, n. 173, maggio-giugno 1999.

ARGYRIS, C., SHON D.A. "Organizational learning: a Theory of action perspective", *Reading Mass*, Addison & Wesley, Palo Alto, CA, 1978.

BERTINI G., ALBY F., BERTINI G.B., "Self-managed Learning Paths in Health Care", *Kanbrain*, 2001.

BERTINI G., TOMASSINI M., TOMMASI C., "L'audit dell'apprendimento organizzativo" *Sviluppo&Organizzazione*, n. 148, marzo-aprile 1995.

BERTINI G., TOMASSINI M., "Auditing the organizational processes", *Efmd Forum*, 3, 1996.

BERTINI G., "Organizational Learning: a self-managed learning path", *LlinE*, 2, 1998.

BERTINI G., "Audit dell'apprendimento organizzativo", *Hamlet-Rivista AIDP*, n. 8, 1998.

- BOLAND R.J., TENKASI R.V., "Perspective Making and Perspective Taking in Communities of Knowing", *Organization Science*, Vol. 6, Issue 4, 1995.
- FRIGO F. (a cura di), *Le buone pratiche nella formazione continua*, Fse - Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale, Roma, 2000.
- FRIGO F. (a cura di), *La formazione continua nella Legge 236/93. L'esperienza della Circolare n. 174/96*, Franco Angeli, Milano, 2001.
- FRIGO F. e LINDO W., *Economie e costi della formazione aziendale*, Franco Angeli, Milano, 2002.
- FRIGO F. e RICHINI P. (a cura di), *I laboratori della formazione continua*, Franco Angeli, Milano, 2003.
- FRIGO F. e BENINCAMPI M. (a cura di), *Formazione aziendale e azioni di sistema nell'esperienza della Legge 236/93*, Franco Angeli, Milano, 2003.
- HAWKINS P., presentation at "The learning Company Conference", Warwick, April 1999.
- LEVITT B., MARCH G. J., "Organizational Learning", *Annual Review of Sociology*, 14, 1988.
- NARDONE G., WATZLAWICK P., *L'arte del cambiamento*, Ponte delle grazie, Firenze, 1990.
- PEARN, M., "Empowering team learning enabling ordinary people to do extraordinary things", Institute of Personnel and Development, 1998.
- POELL R., TIJMENSEN L., VAN DER KROGT F., "Can learning projects help to develop a learning organization", *LlinE*, 2, 1997.
- SCHEIN E. H., *Process Consultation: Its Role in Organization Development*, Addison Wesley Longman, Palo Alto, CA, 1988.
- SENGE P., KLEINER A., ROBERTS C., ROSS R., ROTH G., SMITH B., *The dance of change - The challenges of sustaining momentum in learning organizations*, Nicolas Brealey, London UK, 1999.
- YEUNG A. K., ULRICH D. O., NASON S. W., VON GLINOW M.A., *Organizational capabilities- generating and generalizing ideas with impact*, Oxford University Press, Oxford, 1999.
- VAN BUREN M., LUCADAMO L. "ASTD's Guide to learning organization assessment instruments", *ASTD - American Society for Training and Development*, 1996.
- VON KROG G., "Care in Knowledge creation", *California Management Review*, vol. 40, n. 3, 1998.
- WENGER E., "Communities of Practice as Social System", *Systems Thinker*, 1998.
- ZUCCHERMAGLIO C., BAGNARA S., STUCKY S. (a cura di), "Organizational learning and Technological change", NATO ASI Series, *Series F. Computer and System Sciences*, Vol. 141, 1995.