POLITECNICO DI MILANO
Facoltà di Ingegneria dei Sistemi
Corso di Laurea in Ingegneria Gestionale

Condizioni e leve per la diffusione dei PDTA in Sanità: evidenze dalla comparazione di 14 ospedali italiani

Relatore: Emanuele LETTIERI
Correlatore: Giovanni RADAELLI

Tesi di Laurea di Anna GRISETTI 740288

ANNO ACCADEMICO 2011/2012

ABSTRACT

Il tentativo di introdurre una logica multidisciplinare nelle organizzazioni sanitarie è ostacolato dalla peculiarità stessa del contesto, di tipo professionale, in cui non è possibile che il management si imponga sui professionisti, ma deve, invece, coinvolgerli. Per innovare i manager hanno bisogno dei professionisti, unici a detenere la conoscenza necessaria. I professionisti, d'altronde, hanno un compito principale diverso, un'attività di routine cui sono tendenzialmente rivolti. Il management deve dunque agire per riuscire a creare delle condizioni che conducano i professionisti a innovare spontaneamente la pratica clinica.

Il nostro lavoro indaga le condizioni e le leve che permettono la diffusione di innovazioni multidisciplinari della pratica clinica partendo dal caso specifico dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA), un esempio concreto di innovazione multidisciplinare che trova difficoltà ad affermarsi nelle organizzazioni. Tramite la comparazione di 14 casi studio di realtà nord-italiane abbiamo costruito un modello che faccia luce sulle condizioni e le leve che facilitano la diffusione dei PDTA.

Abbiamo trovato conferma del ruolo di Clima e Team *Reflexivity* come antecedenti diretti della *Team Innovation* (TI). La Cultura presente nelle organizzazioni influisce su queste variabili. Gli interventi interessanti non sono tanto quelli di supporto a uno specifico team, ma quegli interventi a livello di organizzazione che creino le condizioni per permettere la TI. Per spingere i professionisti è necessario che sia presente una Direzione che consideri tra le priorità la diffusione di PDTA, e intervenga per favorirla. Tra gli interventi più significativi vi sono la formalizzazione di una metodologia, l' affidare parte delle incombenze a unità di supporto, interventi che mirino a far comprendere il bisogno di un miglioramento, l'utilità e i vantaggi che porterebbe, e che mostrino il valore aggiunto di un tipo di lavoro interdisciplinare, nonché interventi che facilitino un confronto tra professionisti.

KEY WORDS: TEAM INNOVATION ; HEALTCARE ; PDTA

Sommario

1 INTRODUZIONE 1

1.1 Team multidisciplinari come agenti dell' innovazione 1

1.2 Team innovation come pratica bottom-up : un problema di diffusione 7

1.3 PDTA come principale prodotto di team innovation 10

2 ANALISI LETTERATURA 14

2.1 Strategia di ricerca 14

2.2 Contributi dalla letteratura 18

2.2.1 Definizioni di inquadramento 18

2.2.2 Condizioni in cui emerge la Team Innovation 21

2.2.3 Come generare queste condizioni? 29

2.2.4 Input 30

2.2.5 Cosa fa emergere un team innovativo? 38

2.2.6 Domanda di ricerca 42

3 METODOLOGIA 44

3.1 Design dello studio 46

3.2 Oggetto di investigazione 48

3.3 Sampling 53

3.4 Raccolta Informazioni 56

3.5 Analisi Dei Dati 58

4 RISULTATI 60

4.1 Scenario di insuccesso 61

4.2 Scenario intermedio 75

4.3 Scenario di successo 89

4.4 Condizioni endogene che favoriscono la TI 102

4.5 Condizioni esogene che favoriscono la produzione di PDTA multidisciplinari 110

4.6 Input endogeni che favoriscono la produzione di PDTA multidisciplinari 115

5 DISCUSSIONE 125

6 CONCLUSIONI 137

6.1 Overview dei risulati 137

6.2 Implicazioni pratiche 139

6.3 Trasferibilità dei risultati 140

6.4 Limiti e passi futuri per la ricerca 141

7 BIBLIOGRAFIA 143

Indice delle tabelle

Tabella 1: Item per il Team Climate Inventory della scala di West 25
Tabella 2: Principali contributi sugli input 30
Tabella 3 : Outcome scenario di fallimento 62
Tabella 4: Condizioni endogene: cultura nello scenario di fallimento 63
Tabella 5: Condizioni endogene: clima e team *reflexivity* nello scenario di fallimento 64
Tabella 6: Caratteristiche legate a contesto di professionisti nello scenario di fallimento 65
Tabella 7: Condizioni esogene che favoriscono TI e ostacoli nello scenario di fallimento 66
Tabella 8: Input endogeni nello scenario di fallimento 69
Tabella 9: Outcome nello scenario intermedio 76
Tabella 10: Caratteristiche legate a contesto di professionisti nello scenario intermedio 77
Tabella 11: Condizioni endogene: cultura nello scenario intermedio 78
Tabella 12: Condizioni endogene: clima e team *reflexivity* nello scenario intermedio . 79
Tabella 13: Condizioni esogene che favoriscono TI nello scenario intermedio 80
Tabella 14: Ostacoli a TI nello scenario intermedio 81
Tabella 15: Input endogeni nello scenario intermedio 82
Tabella 16: Outcome nello scenario di successo 90
Tabella 17: Condizioni endogene: cultura nello scenario di successo 91
Tabella 18: Condizioni endogene: Clima e team *reflexivity* nello scenario di successo 92
Tabella 19: Caratteristiche legate a contesto di professionisti nello scenario di successo 93
Tabella 20: Condizioni esogene che favoriscono TI nello scenario di successo 94
Tabella 21: Input endogeni nello scenario di successo 96
Tabella 22: Riferimenti per Clima e Team Reflexivity 102
Tabella 23: Riferimenti per ruolo cultura 108
Tabella 24: Riferimenti per variabili esogene 110

Tabella 25: Input endogeni 124
Tabella 26: Confronto caratteristiche dei diversi scenari..... 129

Indice delle Figure

Figura 1: Modello influenze TI..... 28
Figura 2: Modello influenze TI..... 43
Figura 3: Modello influenze TI..... 136

1 INTRODUZIONE

MULTIDISCIPLINARY TEAM INNOVATION

1.1 Team multidisciplinari come agenti dell' innovazione

È ormai emersa l'importanza del tema "innovazione" anche in Sanità. Perseguire l'innovazione per andare incontro alle esigenze dei pazienti, fornendo servizi migliori, e contribuendo così allo sviluppo del sistema. Ampliare le conoscenze sul come attuare praticamente le risposte innovative può consentire il raggiungimento di risultati capaci di accrescere il benessere generale. Un'ulteriore spinta a innovare deriva dalla necessità di non sprecare risorse. Il progressivo aumento della domanda di cure ha determinato sempre più il bisogno di richiamo a criteri di efficienza e riduzione dei costi al fine di utilizzare al meglio tutte le risorse disponibili per l'erogazione delle cure sanitarie alla popolazione. Le strutture sanitarie, per contenere il *gap* esistente tra uscite ed entrate, devono puntare a migliorare la gestione; questo non può avvenire solamente seguendo la mera riduzione dei costi, e l'ottimizzazione delle risorse, rischiando in questo modo di tramutarsi in un taglio dei servizi offerti ai pazienti. Sarebbe opportuno spendere più forze puntando sull'innovazione, che è la vera leva che può permettere un reale miglioramento della gestione. L'innovazione in sanità non può riguardare l'aspetto esclusivamente clinico, dovrebbe piuttosto espandersi verso i processi, ossia l'organizzazione, l'informatizzazione e la razionalizzazione della gestione ospedaliera e territoriale. Diverse organizzazioni stanno adottando nuove pratiche organizzative e tecnologie innovative, per migliorare le proprie prestazioni e offrire servizi di maggior qualità.

Gli ospedali stanno cercando di introdurre una logica multidisciplinare, in grado di coinvolgere discipline diverse nella definizione di processi condivisi. Questo significa coinvolgere tutti gli specialisti necessari per affrontare uno specifico problema, per poterlo gestire nel miglior modo possibile; porta a rivedere i processi, ottimizzandoli ed eliminando gli sprechi.

L'introduzione di un approccio multidisciplinare è orientata ad una reingegnerizzazione dei processi che porta ad avere un uso più efficace delle risorse senza coinvolgere investimenti onerosi come accadrebbe per l'adozione di nuove tecnologie.

Allo stesso tempo l' ottica multidisciplinare permette di avvicinarsi alle esigenze dei pazienti. Un coinvolgimento di diverse discipline è necessario per garantire la centralità del paziente nel processo di cura e offrirgli il miglior trattamento possibile.

L'approccio multidisciplinare è anche teso a migliorare l'utilizzo delle conoscenze in sanità. Il campo della medicina e della sanità in genere ha vissuto un incredibile progresso nella conoscenza negli ultimi decenni, che ha portato a conoscenze e abilità con un alto livello di specializzazione. Ormai non è più possibile sapere tutto di tutto, il professionista ricerca inevitabilmente la specializzazione nel proprio ambito (Hafferty and Light, 1995; Nembhard and Edmondson, 2006), anche se in questo modo si rischia di frantumare il percorso di diagnosi e cura, allontanandosi da quella visione globale del paziente e delle sue problematiche che è alla base di una corretta gestione della malattia e del malato. Per ovviare a tale pericolo l' approccio multidisciplinare persegue la condivisione sistemica e sistematica delle conoscenze locali. Di conseguenza, permetterebbe di mettere a rete le conoscenze disciplinari e orientarle verso una migliore del paziente.

È in continuo aumento, infatti, l'interdipendenza tra le diverse discipline (Nembhard and Edmondson, 2006). I professionisti devono cercare di integrare le loro conoscenze e i loro sforzi per erogare prestazioni di qualità elevata. "Questi trend - continuo aumento di conoscenze, specializzazione e interdipendenza - che spiccano maggiormente nella realtà sanitaria che non in altre industrie, insieme implicano un bisogno di un apprendimento collaborativo in gruppi di professionisti provenienti da discipline diverse" (Nembhard and Edmondson, 2006, p. 942). Gli erogatori di servizi sanitari cercano di aggregare queste conoscenze specialistiche tramite team multidisciplinari, per poter far fronte a compiti complessi.

L'integrazione di diversi saperi specialistici è la strategia volta a superare le problematiche creata dalla divisione e parcellizzazione della conoscenza. Tale strategia rappresenta un bisogno da parte delle organizzazioni complesse in cui il problema della divisione del lavoro, delle specializzazioni, della divisione del sapere e delle abilità allontana dall'obiettivo unitario, creando tanti scopi diversi e obiettivi non coordinati per ciascuna disciplina, diverse priorità tra gli operatori, programmi indipendenti, una multi-gestione dei pazienti con criteri di valutazione dei risultati diversi tra i vari operatori. L'integrazione rimanda agli obiettivi dell'intera organizzazione ai fini del mantenimento di un'azione coesa verso gli scopi del sistema globale, e alla luce di questi è possibile rivedere e migliorare i processi.

La collaborazione tra discipline diverse fa emergere la necessità di creare dei presupposti per poter regolamentare i rapporti tra le diverse discipline che si accingono ad intervenire in modo integrato sull'utente. Al fine di poter coordinare gli sforzi e le azioni dei singoli operatori un possibile strumento è il lavoro in team. La complessità dei problemi sanitari e sociali e la conseguente varietà delle tipologie di figure necessarie per rispondere ai problemi, comporta

la necessità di team multidisciplinari che affrontino le problematiche e rivedano i processi secondo una logica multidisciplinare.

Lavorare in un team multidisciplinare fa si che vi sia una concorrenza di esperienze e conoscenze che permettono, se ben gestite, di raggiungere il risultato atteso e di arricchire le potenzialità diagnostiche e terapeutiche.
La spinta ad innovare non può dunque essere slegata da uno studio sull'innovazione di team multidisciplinari, infatti i due aspetti sono fortemente legati: se da un lato abbiamo l'innovazione dall'altro c'è un team che produce, implementa questa innovazione. La realizzazione di innovazioni solitamente richiede la formazione di gruppi di lavoro che comprendano individui con differenti competenze, ruoli e conoscenze specifiche (Kanter, 1988; Janssen, 2000) .
Sempre più spesso si innova in forma organizzata e pianificata. Il team è il principale strumento per fare innovazione, e al contempo l'innovazione è uno dei principali compiti di un team, i due aspetti sono dunque visceralmente collegati e non possono essere considerati isolatamente.
" Nelle odierne organizzazioni complesse, aumenta l'attenzione ai team per il loro potenziale nell' innovazione, nella risoluzione dei problemi e nel-l'implementazione del cambiamento.." (Nembhard and Edmondson, 2006).
La *Team Innovation* si pone al centro del nostro studio.

Creare team di lavoro efficienti ed innovativi è diventata una necessità per le organizzazioni sanitarie, dove l'obiettivo da raggiungere è spesso articolato e multi-sistemico, i casi più frequenti nella pratica clinica presentano con costanza casi di comorbilità o di patologie subentranti, in cui coesistono aspetti appartenenti a campi diversi che richiedono un approccio al paziente tramite plurimi profili professionali altamente specializzati. Un singolo professionista non basta, nessun individuo ha la combinazione giusta di conoscenze, expertise e visione complessiva per poter far fronte all'intero bisogno del paziente;

dunque i professionisti devono lavorare con un alto grado di interdipendenza, favorendo uno scambio di informazioni e un'integrazione di conoscenze. (Nembhard and Edmondson, 2006).

Non si può non tener presente che è necessario un intreccio e una collaborazione sempre più strette tra le varie specializzazioni.

Ad esempio, in una patologia come l'ictus ischemico è fondamentale l'approccio multidisciplinare, sia nel trattamento che nella prevenzione, sia essa primaria (rimozione fattori di rischio), secondaria (diagnosi precoce), o terziaria (prevenzione delle complicanze subentranti). Questa patologia coinvolge diverse discipline (la neurologia, la neurochirurgia, la neuroradiologia, la geriatria, la componente riabilitativa..)

La rimozione dei fattori metabolici di rischio vede un'azione di concerto di specialisti come l'endocrinologo e il cardiologo. Una buona integrazione dei contributi delle diverse specialità è in grado di implementare l'efficienza complessiva del processo terapeutico. Soprattutto a livello preventivo, un buon controllo dei fattori di rischio riesce a ridurre in modo significativo l'impatto economico e sociale della malattia.

Anche il managing dell'acuzie vede l'intervento di plurime discipline, quali il medico di Pronto Soccorso, il neurologo e il radiologo, ed eventualmente del radiologo interventista. Si è dimostrato che l'avvertimento tempestivo del medico neurologo in contemporanea all'urgentista, aumenta l'efficacia della trombolisi, riducendo l'entità dei deficit residui dopo l'evento acuto.

Un'altra fase cruciale per la gestione di questi pazienti è, senza dubbio, il managing della cronicità. Un' integrazione del lavoro di diversi professionisti, in un' ottica riabilitativa che vede coinvolti fisiatri, neurologi, logopedisti e molte altre figure professionali, è fondamentale per ottimizzare il recupero di questi pazienti.

Proprio in questa pluralità di visioni si cela un potenziale beneficio, infatti una delle ragioni che spiegano l'importanza del lavoro in gruppo, è che il team integra varie conoscenze individuali in un sapere collettivo (Okhuysen and Eisenhardt, 2002; Zarraga and Bonache, 2005 ; Curseu et al., 2008), portando a una migliore qualità delle decisioni e delle soluzioni (Hinsz et al., 1997 ; Harrison and Klein, 2007). Inoltre la collaborazione tra discipline permette di raggiungere una maggior efficacia ed efficienza.

Nella realtà spesso le diverse discipline agiscono isolatamente, senza un confronto, una consultazione o un parere da altre discipline che possono essere coinvolte, ognuno guarda esclusivamente al proprio campo, perdendo di vista il bisogno del paziente che va al di là della singola disciplina.

Nel nostro esempio, nonostante sia stato riconosciuto, e siano state mostrate evidenze a sostegno dei vantaggi portati da un percorso di cura interdisciplinare organizzato per i pazienti con ictus ischemico (Stroke Unit Trialists' Collaboration 1997), solo una minoranza di ospedali si è adeguata di conseguenza.

Un approccio multidisciplinare della pratica clinica porterebbe, senza richiedere investimenti, ad una maggiore efficacia ed efficienza delle cure.

Dom.1 Come può il management stimolare una diffusa re-ingegnerizzazione dei processi secondo una logica multidisciplinare ?

1.2 Team Innovation come pratica bottom-up : un problema di diffusione

Questa innovazione, auspicabile, ha come requisito fondamentale il coinvolgimento dei professionisti. Fattore necessario e *primum movens* per lo sviluppo dell'innovazione è la conoscenza. Tale conoscenza è detenuta proprio da questi professionisti, coloro che operano sul campo, e che possiedono un tipo di sapere molto specialistico, non accessibile, che li rende gli unici veramente in grado di poter innovare (e.g. Freidson,1986 ; Abbott, 1988). Il vertice non può obbligare i professionisti a perseguire l'innovazione, non ha l'autorità necessaria, né le conoscenze sufficienti per farlo.

È indispensabile soffermarsi ad analizzare la peculiarità propria di tale contesto professionale, in cui il manager si trova nella particolare condizione di gestire dei professionisti, detentori di un sapere ed una conoscenza su cui poter far leva, modificando la gerarchia tradizionale: qui infatti coloro che sono gestiti hanno un grande potere. I professionisti possiedono conoscenze sistematiche, specialistiche e non immediatamente trasmissibili, inoltre detengono il controllo sulla propria attività lavorativa, in quanto il prodotto finale è difficilmente valutabile da parte del manager .

I professionisti si caratterizzano per un' autonomia e delle responsabilità proprie derivate dall'autorità professionale riconosciuta dalla società in relazione alla funzione sociale resa, dalla cultura professionale che le caratterizza e dalla capacità di autogoverno (codici, albi, collegi) e di autotutela.

Per allineare gli obiettivi professionali a quelli di sistema è fondamentale utilizzare strumenti di integrazione professionali condivisi e fondati su logiche professionalizzanti.

Il grande problema del management è quello di aver bisogno di questi professionisti, ma non avendo a disposizione le leve tradizionali, che in questo caso si rileverebbero inefficaci, non portando al risultato desiderato, deve

piuttosto trovare dei metodi e degli strumenti appropriati per incentivare questi professionisti ad agire secondo le proprie intenzioni. Deve riuscire a superare il problema dell'asimmetria informativa che detiene nei confronti del professionista, riuscendo ad allineare gli obiettivi, spingendoli nella direzione desiderata. Per riuscire ad ottenere questo è necessario che ci sia un coinvolgimento attivo del professionista, che sarà più motivato a perseguire gli obiettivi condivisi col management, in modo da poter avere un' organizzazione più efficace ed efficiente senza che questo implichi costi addizionali per la struttura.

Le principali innovazioni devono quindi, per necessità, coinvolgere team di professionisti, il manager ha la funzione di supportarli, facilitandone il lavoro, ma come può portarli a interagire in un processo innovativo di team?

Ci interessa capire che cosa spinga i professionisti a iniziare a lavorare insieme, e avere un forte grado di *commitment* nei confronti del progetto. In un ambito così altamente professionale non è infatti pensabile imporre un progetto di innovazione, ma si deve intervenire nell'organizzazione, per creare un contesto che incoraggi e sostenga i professionisti nel far nascere team innovativi. Molti interventi del manager si dimostrano efficaci solo quando hanno una portata organizzativa. Se si interviene su un unico team, pur, magari, arrivando ad un successo per questo, ci si limiterà ad un successo locale, non dell'intera organizzazione, non si stimolano i professionisti, unici detentori della conoscenza necessaria per innovare, a proporre delle iniziative innovative dal basso.

L'obiettivo di questo lavoro vuole proprio essere quello di indagare quali possano essere le leve, gli spazi di intervento del management, le variabili su cui possa agire, per favorire e facilitare la nascita di team multidisciplinari che introducano dei possibili elementi innovativi in un'organizzazione sanitaria.

Non avendo le conoscenze e l'autorità per dire cosa e come innovare ai professionisti, la Direzione non può calare dall'alto l'innovazione di processo. Questa deve partire dai professionisti stessi, il problema manageriale non sarà tanto spingere una specifica innovazione, bensì quello di generare un sistema in cui i professionisti siano proattivi nel proporre innovazioni che migliorino la pratica clinica.

Dom.2 Cosa può fare il management per stimolare la nascita di team multidisciplinari che innovano la propria pratica?

1.3 PDTA come principale prodotto di Team Innovation

I team multidisciplinari di un ospedale possono essere coinvolti in un'ampia gamma di innovazioni quali, per esempio, l'introduzione di nuovi macchinari (e.g. Edmondson, 2001) o la reingegnerizzazione di protocolli, percorsi o linee guida. Queste innovazioni condividono (a) la necessità di ricondurre le singole componenti operative ad un team unitario multidisciplinare che abbia obiettivi coordinati, priorità condivise, programmi predefiniti nei tempi e nei modi e (b) l'obiettivo di migliorare l'efficacia della gestione delle situazioni cliniche e di diminuire la variabilità dei comportamenti dei singoli. Al di là di ciò, tuttavia, sono numerose e palesi le differenze gestionali coinvolte nella loro introduzione, implementazione e diffusione.

Nel nostro studio ci occuperemo, nello specifico, di Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) come esempio di innovazione multidisciplinare nel contesto delle organizzazioni sanitarie.

Il PDTA è un metodo per la gestione della cura di un ben definito gruppo di pazienti in un ben definito lasso di tempo. Un Percorso clinico dichiara esplicitamente gli obiettivi e gli elementi chiave del percorso di cura, basandosi su linee guida fondate sulla *Evidence Based Medicine* (EBM) , *best practice* e le attese del paziente, facilitando la comunicazione, il coordinamento e la sequenza di attività dei team multidisciplinari, dei pazienti e dei loro parenti, attraverso documentazioni, monitoraggi, valutazioni della variabilità,e provvedendo alle risorse necessarie per i risultati. Lo scopo di un percorso clinico è quello di migliorare la qualità della cura, ridurre il rischio, aumentare la soddisfazione dei pazienti e migliorare l'uso efficiente delle risorse. (De Bleser et al., 2006, p. 553).

Sono uno degli strumenti utilizzati per gestire la Qualità nelle organizzazioni sanitarie, attraverso la standardizzazione dei processi di cura con la conseguente

riduzione di variabilità e il miglioramento dei risultati per le organizzazioni e per i pazienti tramite un utilizzo efficiente ed efficace delle risorse disponibili e un miglioramento dell'appropriatezza delle cure con continuità assistenziale.

E' indispensabile unificare le prospettive professionali e favorire il lavoro in team, in cui le diverse discipline si sentono coinvolte e responsabili dello stesso processo produttivo, condiviso, e valutare il percorso nel suo insieme.
I PDTA hanno l'obiettivo di uniformare le pratiche tra i professionisti ed integrare la prassi con le migliori evidenze scientifiche. Hanno anche il compito di far comunicare le diverse discipline, essendo un importante strumento di integrazione disciplinare. Discipline diverse concordano nell'adottare un processo condiviso, un metodo consensuale di gestire ogni paziente che presenti una certa diagnosi. La frequenza di errori e i costi calano, aumenta l'appropriatezza e al contempo i pazienti sono più soddisfatti, essendo inseriti in un percorso ben strutturato. La gestione stessa degli esami e dei passi della diagnosi e della terapia vengono ottimizzate, risultando più efficienti sia per l'organizzazione, sia per il paziente.

I Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali possono essere visti come un tentativo di ri-centrare il focus sul percorso del paziente, ricongiungendo i contributi di ciascuna specialità in modo coeso, superando l'indipendenza funzionale delle varie fasi del percorso, enfatizzando il lavoro in team, e il confronto e la collaborazione tra le diverse discipline . L'intenzione di integrare conoscenze e esperienze da fonti diverse è in realtà difficile da perseguire nella pratica (e.g. Edmondson, Roberto and Watkins, 2003). Nonostante l'importanza di un approccio multidisciplinare sia ormai riconosciuto e provato, non si riesce ad arrivare ad una collaborazione spontanea. (Tucker and Edmondson, 2003).

Esistono diversi problemi che rallentano l'emersione e l'attuazione dei PDTA. Dalla resistenza al cambiamento degli individui che tendono a preservare e

proteggere le pratiche esistenti, e si mostrano poco propensi all'innovazione, a resistenze dovute all'esistenza di diverse barriere che contrastano la collaborazione interdisciplinare nei team, tra cui le gelosie professionali e i confini tra i ruoli (Brunning and Huffington 1985, Falconer et al. 1993), la percezione di una perdita o un indebolimento dell'autonomia professionale o dello status, una carenza di conoscenze , e aspettative irrealistiche riguardo le altre professioni (Fried and Leatt 1986), un atteggiamento difensivo nel lavoro in team (Pearson 1983, Brunning and Huffington 1985). L'esistenza di una gerarchia rende difficile la comunicazione e la collaborazione oltre i confini professionali. La formazione stessa del medico instilla una cultura volta all'autonomia.

Per un percorso integrato e necessario condividere conoscenze e rapportarsi con professionisti di altre discipline coinvolte, ciascuna vorrebbe che fosse dominio esclusivo della stessa, in quanto garantirebbe maggiore potere (Brunning and Huffington 1985). Per la conquista del proprio spazio d'azione viene utilizzata la strategia competitiva della "*doppia chiusura":* usurpazione verso l'alto ed esclusione verso il basso. Questo si pone di intralcio ad una collaborazione multidisciplinare. Un ulteriore ostacolo a collaborare nasce dal fatto che il team è composto di singoli individui, ognuno con i propri obiettivi personali e con delle priorità diverse, il compito del manager sarà quello di cercare un allineamento tra gli obiettivi dell'individuo e quelli del team, cercando di far capire come l'impegno nel portare avanti l'obiettivo del team si ripercuota positivamente sugli interessi del singolo, in modo da spingere l'individuo a collaborare e lavorare su degli obiettivi condivisi. In un team ospedaliero questo problema diviene ancora più forte, infatti i membri del team provengono da discipline diverse che guardano allo stesso problema da punti di vista differenti, portando gli stessi professionisti ad avere una molteplicità di modalità di approccio, talvolta difficilmente conciliabili.

Accanto a questi ostacoli vi sono barriere oggettive, dovute alla carenza di risorse, di tempo e di personale, che ostacolano la partecipazione a riunioni e assemblee di gruppo, un elevato turnover dello staff, la presenza di aree distinte, separate che creano una distanza fisica.

La nostra analisi ha quindi il compito di indagare più nello specifico quali leve possano stimolare un lavoro di collaborazione multidisciplinare, quali strumenti possano favorire un confronto costruttivo tra discipline diverse e creare un ambiente e delle modalità di lavoro che supportino un lavoro di questo tipo, permettendo una continuità nella collaborazione. Il problema è proprio quello di creare e supportare dei legami collaborativi tra professionisti di discipline diverse, creando dei ponti che colleghino conoscenze e saperi che sono sempre più specialistici, per favorire una visione integrata sull'intero processo di presa in cura del paziente. Infatti, dove le conoscenze diventano molto specialistiche e frammentate, si corre il rischio di perdere la visione sull'intero processo, focalizzandosi esclusivamente sulla parte di propria competenza; in questo modo però l'ottimizzazione delle singole parti non sempre, anzi, raramente, corrisponde alla miglior risposta al problema nella sua interezza

Per l'effettiva buona riuscita di un percorso clinico la multidisciplinarietà è un aspetto determinante, è necessario che i professionisti si uniscano in un team di lavoro e operino in maniera collegiale, confrontandosi e scambiandosi esperienze, per arrivare a un prodotto finale che sia il più possibile condiviso.

Alla luce di quanto detto possiamo specificare meglio il nostro interrogativo.

Dom.3 Cosa può fare il management per stimolare la nascita di team multidisciplinari che si occupano di PDTA?

2 ANALISI LETTERATURA

2.1 Strategia di ricerca

Per fare un quadro sullo stato dell'arte sul tema della *Team Innovation* abbiamo cercato gli articoli che si riferissero a due principali filoni, da un lato quello dell'innovazione, dall'altro quello del team, cercando di intrecciarli per mettere in rilievo l'area di nostro interesse, quella appunto della *Team Innovation,* tenendo conto delle peculiarità di un contesto, come quello sanitario, dove operano dei professionisti.

Abbiamo selezionato gli articoli tra le principali riviste che si occupano di management, di organizzazione e di innovazione o di team. Questo ci ha permesso di iniziare ad inquadrare il tema della *Team Innovation*, dentro ai due macrocontesti di innovazione (che comprende tre diversi livelli: individuo, team, ed organizzazione) e di team (che coinvolge tutti gli aspetti del team, noi nello specifico abbiamo indagato quegli aspetti che portano un team ad essere innovativo). Abbiamo poi approfondito nel campo della sanità cercando informazioni anche in campo sanitario selezionando delle riviste che si occupano di questi temi nello specifico contesto delle organizzazioni sanitarie.

Per quanto riguarda le riviste selezionate nei vari campi, mostriamo l'elenco delle riviste su cui abbiamo selezionato gli articoli da cui partire per la nostra analisi.

Organizzazione:

Group and Organization Management, Group Processes and Intergroup Relations, Leadership Quarterly, Organization Studies, Organization Science, Research in Organizational Behavior, Human Relations

General Management*:*

Academy of Management Journal , Academy of Management Review , British Journal of Management, Harvard Business Review, International Studies of Management and Organization, Journal of Management, Journal of Management Studies

Scienze sociali:

Research Policy, Human Organization, Social Science and Medicine

Psicologia (psicologia organizzativa) :

Journal of Applied Psychology., Organizational Behavior & Human Decision Processes, Journal of Organizational Behavior, Journal of Vocational Behavior

Innovazione :

Journal of Product Innovation Management, International Journal of Innovation Management

Team :

Group and Organization Management,

Amministrazione pubblica e studi di settore (health care):

Public Administration Review e *Journal of Public Administration: Research and Theory*, *Medical Care, Milbank Quarterly, Social Science and Medicine*, *British Medical Journal, Health Care Management Science*

Intersecando questi studi abbiamo ottenuto i principali contributi che ci hanno permesso di inquadrare il tema, e da cui abbiamo fatto partire la nostra indagine, che ha poi approfondito determinate tematiche partendo dagli articoli citati in questi e dall'approfondimento degli articoli dei principali autori.

2.1.2 BACKGROUND

Nella letteratura il tema dell'innovazione è ampiamente indagato, ma la mole di studi dedicati alla *Team Innovation* appare limitata se confrontata con quella degli studi dedicati all'innovazione a livello di organizzazione o di individuo. (Anderson et al., 2004). Ci sono stati percorsi di ricerca che hanno indagato il modo in cui le caratteristiche di un'organizzazione o le attitudini, le capacità e i comportamenti individuali influenzino la capacità di innovare (e.g., Feist, 1999; Tierney and Farmer, 2002; Dorenbosh, van Engen and Verhagen, 2005). Infatti il problema del supporto all'innovazione è stato generalmente affrontato come un problema a livello di caratteristiche del singolo individuo, investigando quali siano le caratteristiche che gli permettano di essere più portato per l'innovazione rispetto ad un altro individuo, o a livello di organizzazione, dove si è cercato di capire come utilizzare al meglio il potenziale innovativo in forma organizzata e finalizzata. Si è affrontata la tematica delle leve del processo creativo e di innovazione, si sono analizzati gli aspetti psicologici, le situazioni, i rapporti, le tecniche e tutto ciò che sta dietro all'innovazione.

Alcuni studi hanno esaminato fattori oggettivi che possono influenzare l'innovazione, come le dimensioni delle organizzazioni, la localizzazione (Sorbero,1999), il tipo di contesto in cui sono calate,il grado di comunicazione interna ed esterna, la presenza di professionisti presente nell'organizzazione, il

grado di formalizzazione, la mancanza di risorse, il grado di specializzazione verticale, etc.. (e.g. Damanpour, 1991) . Altri hanno rivolto l'indirizzo delle loro indagini allo studio del comportamento umano, hanno esaminato la creatività e l'innovazione a livello di individuo, focalizzandosi sui processi cognitivi e sociali che possono facilitare la genesi e l'implementazione di nuove idee, come la motivazione, la personalità, le abilità, l'apertura a nuove esperienze, etc.. (e.g. Amabile, 1996; King e Anderson, 1995; Taggar, 2002; Anderson et al., 2004)

Un numero minore di studi ha riguardato invece l'innovazione a livello di team, focalizzandosi su come facilitare la capacità di innovare di questi team (e.g. Kratzer, Leenders and van Engelen, 2006; Hennessey and Amabile, 2010).

In questo filone di studi che si concentrano sul livello di team appare già difficile dare una definizione univoca di cosa si intenda con *Team Innovation*, non vi è né una definizione, né dei metodi di misura che siano consolidati: ogni studio misura variabili differenti e questo non ha permesso il raggiungimento di un sistema di indicatori che possa essere generalizzato e considerato significativamente rappresentativo del concetto di *Team Innovation,* per poter permettere un confronto dei risultati di diversi studi e per poter costituire un punto di partenza condiviso per nuovi studi.

Quel che, in realtà, ci interessa maggiormente è cercare di capire quali siano le condizioni in cui un team innova e quali siano le leve a disposizione del manager per creare tali condizioni e favorire la *Team Innovation.*

2.2 Contributi dalla letteratura

2.2.1 Definizioni di inquadramento

Iniziamo con l'introdurre alcune definizioni fondamentali per comprendere quale taglio assumano i concetti di innovazione e di team nel nostro lavoro.

DEFINIZIONE INNOVAZIONE

Si trovano numerose definizioni di cosa si intenda con "innovazione". La prima definizione risale agli anni '20: Schumpeter metteva in rilievo la caratteristica di novità (Hansen and Wakonen, 1997), si poteva parlare di innovazione quando si avevano nuovi output, includendo sia mutamenti tecnologici, che nuovi processi produttivi, cambiamenti amministrativi, nuove strategie etc… In realtà questa definizione risultava connotata da un'eccessiva genericità, troppi prodotti, servizi e processi potevano essere considerati innovazioni, bastava non fossero identici a quelli esistenti, occorre, perciò, raffinare questa definizione (Crossan and Apaydin, 2010) .

L'innovazione è un concetto che si estende oltre a quello di creatività: la creatività riguarda la produzione di idee che siano caratterizzate da una componente di originalità, e di utilità allo stesso tempo, mentre l'innovazione riguarda la produzione, ma anche soltanto l'adozione o l'implementazione di un' idea. Per lo più si parla di creatività quando si ha a che fare con qualcosa per la prima volta, qualcosa che non è presente da nessun'altra parte, o si genera, si crea appunto, una nuova conoscenza, un nuovo sapere; mentre l'innovazione comprende anche l'adattamento nell'organizzazione di prodotti o processi provenienti dall'esterno. La generazione di idee è solo una componente di un

processo a più fasi, come sostiene Kanter (1988), per il quale l'innovazione è vista come un processo multistadio, su cui si ripercuotono molti fattori con differenti attività e differenti comportamenti necessari ad ogni stadio.

Per altri un' invenzione o un' idea creativa non diventa un'innovazione fintanto che non viene implementata o istituzionalizzata. L'innovazione è anche definita come "lo sviluppo e implementazione di nuove idee da parte di persone che sono prevalentemente impegnate in transazioni con altri individui all'interno di un contesto istituzionale" (Van De Ven, 1986 p.604), comprendendo sia la fase di generazione dell'idea che quella di implementazione della stessa.

West et al. (2003) vedono più semplicemente l'innovazione come un modo nuovo e migliore di fare qualcosa; anche qui l'innovazione è vista come un processo indirizzato alla generazione di nuove idee, come già sostenuto da Shumpeter, ma aggiunge una restrizione: che siano utili, ossia che portino valore West and Farr sottolineano il ruolo cruciale svolto dall'implementazione e l'intenzionalità dell'innovare, definendo l'innovazione come "l'introduzione e applicazione intenzionale all'interno di un ruolo, in un gruppo di lavoro o in un' organizzazione, di idee, processi, prodotti o procedure, che siano nuovi per quel determinato contesto in cui vengono adottati, in modo tale da portare significativi benefici alla performance del ruolo, del gruppo, dell'organizzazione o dell'intera società."(1989,→ West, 2002 p 357). Evidenziano, in tal modo, un'intenzionalità, un'applicabilità e un' utilità che portino un miglioramento nel modo di fare le cose. Dunque non si limita ad una fase di ideazione, ma ne comprende anche una di implementazione, mentre abbiamo visto la creatività si riferisce esclusivamente alla generazione di idee.

Sintetizzando, ci possiamo rifare a West e Farr (1990), per i quali l'innovazione implica una novità nei comportamenti, nella routine e nel modo di lavorare che siano indirizzate ad un miglioramento, novità che non deve per forza essere una novità assoluta.

DEFINIZIONE TEAM

Il team è stato definito da come “un sistema sociale formato da tre o più persone, facente parte di un’organizzazione (contesto), i cui membri percepiscono se stessi come tali e sono visti dagli altri come membri (identità) e i quali collaborano su compiti condivisi (teamwork).(Hoegl, M. and Gemuenden, H.G. , 2001, p. 436).

I team sono gruppi all’interno di un’organizzazione con un compito ben definito, che rispecchia un interesse proprio dell’organizzazione; sono formati da individui che interagiscono e dipendono gli uni dagli altri per il raggiungimento di tale obiettivo comune.

2.2.2 Condizioni in cui emerge la Team Innovation

Dalla letteratura emergono delle condizioni che favoriscono la Team Innovation, influenzandola in modo diretto, ma su cui un manager che intenda migliorare la *Team Innovation* non può intervenire direttamente: il clima e la *Team Reflexivity*.

In un contesto di professionisti come quello sanitario, per mettere un team nelle condizioni di innovare nella letteratura assume un ruolo cruciale il clima in cui il team stesso si trova ad operare. È condivisa l'idea che per innovare sia necessario un clima positivo, aperto, dove nessuno sia soffocato dai giudizi degli altri. Un clima di lavoro autentico e sereno, caratterizzato da relazioni professionali e personali centrate sull'ascolto, sulla fiducia e sulla condivisione.

Diversi studiosi hanno verificato una relazione diretta del clima sulla *Team Innovation*, pur scegliendo diversi costrutti che ne fossero emblematici.

Uno di questi costrutti è il TeamWork Quality (TWQ) (e.g. Hoegl and Gemuenden, 2001), che si compone di sei differenti dimensioni, e che si pone come strumento per misurare il grado di collaborazione di un team, concentrandosi sulle interazioni tra i membri del team, tenendo in considerazione di come questi siano influenzati sia dalle azioni degli individui, sia da una sfera più soggettiva dei sentimenti, delle emozioni, delle motivazioni etc..(Homans, 1974).

Comunicazione, coordinamento, armonia tra i contributi dei membri, supporto reciproco, impegno e coesione sono le componenti del TWQ, che cercano di misurare la collaborazione, vista come l'insieme delle interazioni legate ai compiti da svolgere e delle interazioni sociali, tra gli individui facenti parte del team.

- Comunicazione: frequenza delle comunicazioni interne al team stesso, spontaneità nel comunicare con gli altri membri direttamente, senza

mediatori, apertura allo scambio di informazioni che permette un'integrazione delle conoscenze.

- Coordinamento: i membri lavorano insieme sui compiti comuni, mentre altri compiti vengono delegati a sottogruppi con una divisione del lavoro che sia sviluppata in modo armonioso e concordata, tramite una chiara identificazione di compiti e obiettivi.
- Armonia tra i contributi dei membri: il rispetto tra i membri del team permette a ciascuno di contribuire senza che alcuno domini il processo decisionale, e senza trascurare i contributi di nessuno.
- Supporto reciproco: i membri del team cooperano, assistendosi reciprocamente e lavorando su obiettivi comuni, con una buona disposizione a sviluppare anche le idee degli altri componenti del team, permettendo un' integrazione delle esperienze e delle conoscenze dei singoli.
- Impegno: Ogni individuo si impegna, mettendo in primo piano gli obiettivi dell'intero team.
- Coesione: grado in cui i membri si sentono a proprio agio nel team, vivendo lo spirito di gruppo, trovandosi bene con gli altri membri, e avendo a cuore i compiti stessi del team.

Hoegl e Gemuenden (2001) hanno verificato una correlazione positiva tra il TWQ e il successo di progetti innovativi, mostrando come un clima di collaborazione all'interno del gruppo costituisca un'utile premessa ai team che hanno come compito quello di innovare.

Edmondson, A. (1999) introduce il costrutto della *Psychological Safety* per rispondere all'interrogativo su quali fossero le condizioni che permettessero una naturale disposizione all'apprendimento nei team, e dunque fossero alla base di una disponibilità al condividere informazioni, al richiedere aiuto

qualora ce ne fosse bisogno, al commentare eventuali errori, alla predisposizione nei confronti della sperimentazione, etc.., agendo quindi indirettamente sulle *performances*. Altri studi avevano già messo in luce come la Pshycological Safety permettesse agli individui di sentirsi sicuri e aperti al cambiamento (Schein and Bennis , 1965).

La Psycological Safety comprende e sviluppa l'idea di fiducia (*trust*) tra i membri di un gruppo, già oggetto d'attenzione di vari studi (e.g., Golembiewski and Mc- Conkie, 1975; Kramer, 1999), definita come l'aspettativa positive sulle future azioni degli altri, la convinzione che saranno favorevoli all'individuo stesso o almeno non porteranno a un danno o a un peggioramento. (Mayer, Davis, and Schoorman, 1995; Robinson, 1996).

La fiducia (*trust*) fa riferimento a uno stato psicologico degli individui che implica aspettative positive e fiduciose riguardo le azioni di un altro individuo (Dirks e Skarlicki, 2004), cioè ci si aspetta che le azioni di altri membri porteranno benefici, o almeno non porteranno conseguenze negative. Tali percezioni di fiducia sono a livello di individuo, ogni membro ha un livello di fiducia verso gli altri, la fiducia a livello di team risulta dall'insieme di queste percezioni individuali (De Jong e Elfring, 2010). Una ragione per cui migliorerebbe le performances del team è che dovrebbe influire positivamente sulla Team Reflexivity, aumentando la capacità del team di riflettere sui risultati ottenuti e a prepararsi ad agire di conseguenza. In realtà, nel loro studio, De Jong and Elfring (2010) non hanno trovato evidenze del ruolo di mediazione sulla Team Reflexivity.

La Psycological Safety è definita dalla stessa Edmondson come: " La fiducia diffusa tra i membri del team nel trovare in questo un luogo sicuro per condividere responsablità interpersonali".

Essendo un costrutto a livello di team, non fa riferimento ai singoli individui, bensì al team nel suo complesso, le percezioni dei singoli convergono in una

percezione collettiva; i diversi membri del team, comunque, dovrebbero avere una percezione abbastanza simile di tale dimensione, poiché questa scaturisce da esperienze condivise, e poiché dovrebbero trovarsi nello stesso ambiente, con le medesime influenze strutturali.

Non si vuole suggerire un'idea di permissività, quanto piuttosto si intende sottolineare un senso di fiducia nell'esporsi, senza avere il timore di reazioni spiacevoli. Delinea un clima in cui un individuo "si senta libero di essere se stesso" (Edmondson, A., 1999, p. 354), senza aspettarsi di essere mortificato o penalizzato per degli errori, senza temere di sentirsi in imbarazzo o di essere stroncato per essere intervenuto nell'esprimere una propria idea .Un ambiente che non scoraggi opinioni divergenti, che non banalizzi gli interventi, dove gli individui possano mettersi in gioco senza attendersi di essere umiliati o di perdere la reputazione. È indispensabile che gli individui non abbiano paura di sbagliare ed essere per questo svalutati, ma anzi,occorre un clima di fiducia e di rispetto reciproco, dove i membri del team siano incoraggiati a scambiarsi idee, a mettere in luce e commentare gli errori, per poter imparare, anziché attendersi di essere sminuiti e disprezzati. Non implica l'accordo tra tutti i membri del team, ma piuttosto l'apertura ad accogliere diversi punti di vista, creando le condizioni che facilitino la possibilità di esprimere il proprio dissenso, e di confrontare opinioni differenti.

West (2009) usa il Team Climate Inventory (TCI) come costrutto in grado di rilevare la presenza di un clima favorevole specificatamente all'innovazione, e non solo alla collaborazione; esso è il risultato dell'interazione di quattro diverse componenti:

Tabella 1: item per il Team Climate Inventory della scala di West

TEAM CLIMATE INVENTORY
VISION
PARTECIPATY SAFETY
TASK ORIENTATION
INNOVATION SUPPORT

Vision, ossia "'l'idea di un risultato valido, che rappresenta un importante obiettivo e una forte motivazione a lavorare per raggiungerlo." (West, 1990, p. 310)." , la *partecipaty safety*, in cui " partecipazione e sicurezza caratterizzano un singolo costrutto psicologico in cui la presa di decisioni nei confronti di problemi contingenti, è motivata e rinforzata in un contesto in cui viene percepita come collettiva e non pericolosa." (West, 1990, p. 311). l'orientamento ai *task*, cioè ' una preoccupazione condivisa circa la qualità dell'esecuzione di compiti precisi in relazione alla condivisione di obiettivi caratterizzata dal controllo, da una modificazione dei sistemi e una rivalutazione critica." (West, 1990, p. 313). Il supporto all'innovazione, ossia "L'aspettativa, l'apporvazione ed il supporto pratico nel tentativo di introdurre nuovi e migliori modi di fare le cose in ambito lavorativo" (West, 1990, p. 38).

Avere obiettivi chiari, misurabili, sfidanti, rappresentano il miglior punto di partenza: i gruppi di lavoro che hanno obiettivi chiari e ben definiti hanno maggiori possibilità di successo dal momento che gli sforzi che questi fanno sono ben focalizzati e indirizzati. Per West è opportuno che la vision sia facilmente comprensibile a tutti i membri del team (chiarezza), che questi vedano che tale direzione porta a un miglioramento, assicurando il loro impegno (natura visionaria), che l'obiettivo non risulti irraggiungibile poiché

diverrebbe demotivante (raggiungibilità) e che sia accettata e approvata da tutti i membri (condivisione). Quante più persone partecipano alla fase di decisione nelle diverse forme, esercitando un'influenza, interagendo e condividendo le informazioni, e quanto più queste stesse persone saranno disposte a investire sull'esito di tali decisioni e a proporre idee per nuovi e migliori modi di svolgere il lavoro. Anderson and West (1998) evidenziano come il coinvolgimento attivo sia facilitato dove è presente un ambiente interpersonale non minaccioso, di fiducia e supporto, dove tutti i membri del gruppo di lavoro possano proporre le loro idee. Quando ogni membro si sente responsabilizzato investe maggiori energie e competenze per migliorare i processi di lavoro. Una delle competenze più importanti di un gruppo innovativo è la capacità di apprendere continuamente dalle proprie esperienze. I membri, in base alle proprie abilità, alle risorse e al tempo disponibile, individuano le modalità più consone per organizzare e gestire le attività. Sono necessari dei sistemi di misurazione che consentano al gruppo di verificare il proprio lavoro e le proprie performance, e di valutarli per poterli correggere. All'interno del team è opportuno riflettere su come si sta lavorando in relazione alle performance ottenute fino a quel momento, disposti a ricambiare tutto. Per farlo è indispensabile un confronto tra i pareri all'interno del team, la cooperazione e la restituzione di feed-back, il controllo reciproco, la valutazione delle performance e delle idee, criteri chiari, l' analisi di diverse opinioni e opportunità (Tjosvold,1982). Un impegno generale a far eccellere le *task performances* congiuntamente a un clima che supporti l'adozione di miglioramenti per istituire politiche, procedure e metodi. Un'ulteriore competenza che il team deve maturare è la capacità di valutare il proprio operato, di imparare dai propri errori e di affinare i propri strumenti.

In un contesto così fortemente gerarchico come quello delle organizzazioni sanitarie un clima caratterizzato dalla possibilità di non sentirsi giudicati assume un ruolo decisamente significativo per favorire una disposizione al cambiamento e all'innovazione. Diversi studi hanno potuto validare in contesti sanitari l'esistenza di questa relazione positiva sia della Psycological Safety (e.g. Schein and Bennis, 1965; Schein, 1993; Edmondson et al., 2001) , sia del TCI (e.g. Anderson and West, 1996 and 1998; Kivimaki and Elovainio, 1999;Elovainio et al., 2000) sulla Team Innovation.

Sono emerse evidenze (e.g. West, 1996, 2000, 2002, 2003; Tjosvold et al., 2004; Hoegl and Parbooteah, 2006; Somech, 2006) che legano significativamente l'innovazione di team ad un'altra variabile, la *Team Reflexivity*, che si è dimostrata essere un importante antecedente degli *outcomes* di un team, in particolare per quanto concerne l'innovatività del team, anche in contesti sanitari (e.g. West et al.)

La *Team Reflexivity* può essere definita come "La misura in cui i membri di un team si rispecchiano negli obiettivi, sulle strategie e i processi del team stesso, come pure nelle organizzazioni e in sistemi più ampi, adattandoli con proprietà." (West, 1996, p. 559) .

In un contesto in continua evoluzione, è necessario che il team rifletta sui cambiamenti e riadatti gli obiettivi e le strategie al nuovo contesto, tramite accorgimenti continui. Deve cercare di reagire prontamente e al meglio ai cambiamenti, tenere sotto controllo l'ambiente interno ed esterno, deve essere attento alle possibili conseguenze delle sue azioni. Inoltre, il fatto di riflettere sul progetto richiede un coinvolgimento di tutti i membri del team, portando a migliorare il livello di comunicazione e la condivisione di informazioni tra i membri dello stesso team (Hoegl and Gemuenden, 2001; Sethi and Nicholson, 2001). Un'abilità del team di riguardare e modificare costruttivamente il proprio operato, indagando costantemente e criticamente tutti i cambiamenti.

De Dreu e West (2001) evidenziano come il dissenso di una minoranza sia positivo per la *Team Innovation*. Confrontare opinioni diverse, infatti, porta ad una migliore soluzione finale e può portare anche un miglioramento nelle relazioni tra i membri favorendo la comprensione reciproca. Il conflitto, in realtà, non è un fattore negativo in sé: il problema è come viene gestito (De Dreu and West, 2001). De Dreu (2006), analizzando il legame tra conflitto e Team Innovation, trova una relazione a U rovesciata, dove la carenza di conflitto, al pari dell'eccesso peggiorano la *Team Innovation*. Se il conflitto viene affrontato e sviluppato correttamente, mettendo a punto delle metodologie per affrontarlo e risolverlo, diventa un'opportunità di crescita e di confronto: accresce la qualità delle decisioni, incrementa la creatività e la produttività del gruppo. Al contrario, se è percepito solo da alcuni membri (Jèhn et al., 2010), se è un conflitto interpersonale (non un task-conflict), se viene trascurato o mal gestito, può portare a un deterioramento delle relazioni e della comunicazione tra i membri, inibendo la motivazione e la partecipazione, e riducendo la qualità della decisioni.

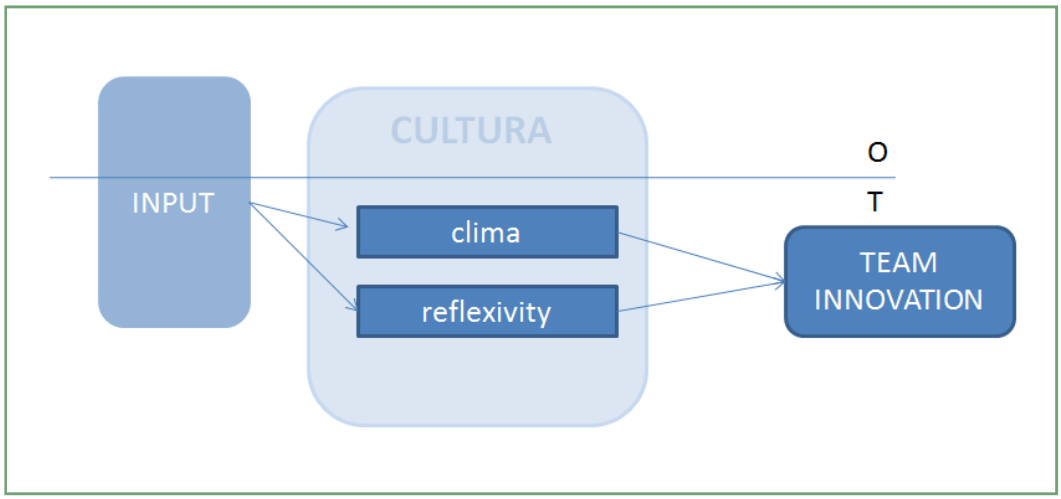

Figura 1: Modello influenze TI

2.2.3 Come generare queste condizioni?

Come abbiamo già accennato, il manager non può agire direttamente per creare queste condizioni, ma deve trovare delle leve, degli antecedenti di clima e *Team Reflexivity* che siano controllabili. Il manager manovrerà gli input, e questi condizioneranno il clima e la *Team Reflexivity*, in modo da creare le condizioni necessarie a favorire la *Team Innovation*.

Sono emerse queste due condizioni necessarie a un team che abbia come scopo quello di innovare, ma non vi è un quadro chiaro che permetta di capire da cosa derivino, quali leve è necessario muovere per ricreare queste condizioni auspicabili, in grado di facilitare e supportare la *Team Innovation*.
Non bisogna comunque pensare che non se ne sia parlato, pur non raggiungendo evidenze abbastanza significative, tali da fornire un quadro chiaro del meccanismo di influenze, ci sono stati studi che hanno tentato di individuare quali siano gli antecedenti del clima e della *Reflexivity*. I contributi possono essere divisi in due principali categorie: da un lato degli elementi chiave per costruire top-down un team che abbia come compito quello di innovare, e, dall'altro, studi rivolti agli strumenti necessari per gestire e supportare nel miglior modo possibile un determinato team già formato.

2.2.4 Input

Numerosi contributi su quali siano gli input che portino a un miglioramento della Team Innovation sono stati discussi, pur lasciando risultati spesso ambigui.

La tabella 2 riassume i principali input analizzati.

Tabella 2: principali contributi sugli input

Dimensione	Autori	Definizione	Impatto
Dimensione del team	Guzzo and Gannett1988; West and Anderson, 1996; Fay et al., 2006	Numero di individui che compongono il team	Efficacia
Eterogeneità del team	Hodgkinson and Healey, 2008; Bantel and Jackson, 1989; Harrison and Klein, 2007; West and Anderson, 1996; Cady and Valentine, 1999 Taggar, 2002	Il grado di diversità tra i vari membri che compongono il team (differenze che generano: varietà + disparità – separazione-)	Efficacia Innovatività
Project management skills	Hoegl and Parboteeah, 2006	abilità dei membri del team di pianificare, strutturare e controllare i progetti, organizzandosi con una buona divisione dei compiti e delle responsabilità.	Team reflexivity
Social skills	Hoegl and Parboteeah, 2006; Faix and Laier, 1996	le capacità di un individuo di interagire con altre persone, includendo tutte quelle abilità nel comunicare con gli altri, sia esprimendo i propri pensieri	Team reflexivity Clima

		in modo chiaro, sia ascoltando e cercando di comprendere l'interlocutore	
Network	Curseu et al., 2010	Collegamento e legami sociali tra individui	Clima
Integrative behaviour	Van de Ven et al., 2008; De Dreu and Weingart, 2003; Zaccaro et al., 2002	il grado in cui i membri percepiscono che l'organizzazione incoraggia visioni diverse e si impegna nel applicare questi cambiamenti	Clima Reflexivity
Qualità relazioni interpersonali	Rentsch e Woehr, 2004; Curseu et al. 2008; Kratzer et al., 2004	Relazioni tra individui caratterizzate da buona ed efficiente comunicazione, scambio di informazioni, condivisione delle conoscenze..	Clima Reflexivity
Leadership	Tannenbaum, Salas,and Cannon Bowers, 1996; Zaccaro et al.,2002; West et al., 2003; Edmondson et al., 2001; Gebert et al., 2010	Forza e potere per stimolare, motivare e coordinare coloro che si muovono per raggiungere un obiettivo comune	Clima
Goal setting: Obiettivi chiari ed espliciti	Pinto e Prescott, 1987; West and Anderson, 1996; Hoegl and Parboteeah, 2003; Ilgen and Klein, 1988; Landy and Becker, 1987; Sims and Lorenzi, 1992; O'Leary-Kelly et al.1994	Esplicitazione degli obiettivi, e chiarezza di questi, in modo da direzionare l'attenzione e le azioni del team	Clima
Rapporto sforzi spesi / ricompensa	Janssen, 2000	Legame tra energie e impegno investiti e possibili ritorni	Innovative Work Behaviour (ind)

Molti studi si sono dedicati alla ricerca di una relazione tra la capacità di un team di essere innovativo e la composizione del team stesso, che si delinea in molteplici fattori. Resta tutt'ora ampiamente irrisolto il dilemma di come debba essere formato, infatti le risposte che si sono trovate lasciano una visione parziale, incompleta, e talvolta ambigua di quali siano le caratteristiche che rendano un team migliore rispetto ad un altro.
Un team può essere più o meno ampio, pare che la dimensione auspicabile stia nel mezzo (e.g. Guzzo and Gannett, 1988). Infatti un gruppo troppo grande incorrerebbe in problemi di gestione e coordinamento, rendendo difficile la comunicazione e il confronto tra i membri, e facilitando la nascita di tensioni e la formazione di sotto gruppi all'interno del team. Al contrario, uno troppo piccolo non riuscirebbe a far emergere le competenze e le abilità differenti dei soggetti coinvolti.

Altra variabile che entra in gioco nella composizione del team è infatti l'eterogeneità del team stesso, ossia la diversità tra i vari membri. (Hodgkinson and Healey, 2008). Bantel e Jackson (1989) suggeriscono che i team migliori sono quelli formati da persone con differenti conoscenze, competenze, età, sesso, background culturale e professionale. Altri studi, (e.g. Cady and Valentine, 1999) osservano una relazione negativa tra le differenze legate al sesso e alla razza e l'innovazione. Studi successivi hanno posto l'accento su quale sia il tipo di differenza positiva, trovando che le caratteristiche che generano disparità o separazioni si sono dimostrate negativamente correlate alle performance del gruppo, mentre quegli elementi che permettono una varietà di informazioni sono indispensabili per l'innovazione, la creatività e la qualità delle decisioni all'interno di un gruppo di lavoro. Con varietà del team si fa riferimento sia a differenze nel tipo, nella fonte o categoria della conoscenza

specialistica o dell'esperienza tra i membri del gruppo e dunque riflette una differenziazione all'interno del team, che favorisce la creatività e l'innovazione, e migliora la qualità delle decisioni nel gruppo (Harrison e Klein, 2007). Da questi studi deriva che un aspetto che permetta a un team di eccellere è la varietà dei membri, selezionando individui eterogenei e aperti al confronto e alle nuove idee. Mentre il fatto di non condividere i fondamentali valori, atteggiamenti e credenze (separazione) influirebbe negativamente sul team, proprio come la percezioni di privilegi (disparità) tra i membri del team. I team eterogenei in grado di coordinarsi e gestire le interazioni, generano una cultura condivisa che riflette ed integra le diversità tra i membri. Quest'eterogeneità permette al team di vedere ed analizzare ogni situazione da più punti di vista, dando vita a una molteplicità di idee e proposte innovative.

Curseu et al. (2010) propongono invece una strategia per il *design* di nuovi team, basata sui dati di network, chiamata "*team dating*", combinando gli studi sull'eterogeneità nei team e le ricerche sui network sociali.

Altri studi si sono concentrati maggiormente sulla necessità del team di maturare delle abilità, tra cui quelle nella comunicazione e nella gestione dei conflitti.
Le abilità, o *skills,* si riferiscono a delle capacità degli individui che compongono il team. È possibile agire su queste, poiché possono essere imparate e migliorate dai membri del team. Sono dunque controllabili sia al momento del *Team Design*, scegliendo gli individui da inserire nel team, sia sviluppabili tramite specifiche attività.
Hoegl and Parboteeah (2006) vedono in particolare le *social skills* e le *project management skills* come un possibile antecedente della *Team Reflexivity*, trovando conferma nei loro studi.
Con *project management skills* si riferiscono alle abilità dei membri del team di pianificare, strutturare e controllare i progetti, organizzandosi con una buona divisione dei compiti e delle responsabilità. Per *social skills* si intendono le

capacità di un individuo di interagire con altre persone(Faix and Laier, 1996), includendo tutte quelle abilità nel comunicare con gli altri, sia esprimendo i propri pensieri in modo chiaro, sia ascoltando e cercando di comprendere l'interlocutore. Questo favorisce un effettivo scambio di informazioni e una migliore collaborazione, e permette ad ogni individuo di esprimere la sua opinione e porla al giudizio degli altri membri,in tal modo si arriva a delle decisioni condivise raggiunte con la collaborazione di tutti i membri del gruppo. Sono competenze alla base di quella che abbiamo definito *Team Reflexivity,* infatti migliorano le interazioni tra i membri del team, migliorano i feed-back e portano a una condivisione delle informazioni che possono quindi essere interpretate da tutti i componenti.

Affinché sia effettivamente efficace il team non basta che sia presente la varietà di cui abbiamo parlato, è necessario che vengano integrate con successo le conoscenze individuali dei suoi membri. Non basta la presenza dei giusti elementi (persone brillanti, obiettivi sfidanti, metodologie efficienti, ecc.), sono fondamentali le modalità con cui questi elementi riescono ad interagire, ad amalgamarsi e fondersi tra loro. Tuttavia vi sono risultati inconsistenti nel capire come gestire e integrare queste diversità, Van de Ven et al. (2008) propongono come mediatore tra le diversità e le performance il "comportamento di integrazione", ossia il grado in cui i membri percepiscono che l'organizzazione incoraggia visioni diverse (e.g. De Dreu and Weingart, 2003) e si impegna nel applicare questi cambiamenti. Anche per Zaccaro et al. (2002) la capacità dei membri di *integrare* correttamente le loro azioni individuali, e le loro conoscenze favorisce un' efficace prestazione del team.

Un altro filone considera fondamentale per l'integrazione dei saperi la qualità delle relazioni interpersonali che si stabiliscono tra i membri del team. (Rentsch e Woehr, 2004; Curseu et al. 2008). Ciò si accorda con la letteratura riguardante

i network, secondo la quale le relazioni sono elementi cruciali per l'acquisizione di informazioni da usare per ogni tipo di risoluzione di problemi, che sia a livello individuale o di gruppo. Dunque, oltre alla varietà di conoscenze nel gruppo, la qualità delle relazioni interpersonali è fondamentale perché il team sia efficace. (Curseu et al., 2010). Al team vanno forniti anche strumenti comunicativi e relazionali per gestire in modo efficiente l'elaborazione delle informazioni, la condivisione delle conoscenze e la costruzione del consenso nelle decisioni.

Un fattore fondamentale quando ci si trova a gestire team innovativi è la *leadership***,** infatti il comportamento di chi la detiene può influenzare i fattori che concorrono e contribuiscono alla *Team Innovation* chiarendo gli obiettivi, incoraggiando la partecipazione dei membri del team, spronando ad impegnarsi e supportando l'innovazione (Tannenbaum, Salas and Cannon Bowers, 1996).
Zaccaro et al. (2002) affermano che proprio la *leadership* del team sia il fattore più critico per il successo, infatti il grado in cui il leader definisce gli obiettivi e organizza il gruppo per garantire di procedere verso il raggiungimento degli obiettivi contribuisce sostanzialmente alla *Team Innovation* .
Il leader deve essere in grado di sviluppare nel team le capacità e abilità che permettono di raggiungere gli obiettivi e di innovare, per far questo ha a disposizione diversi strumenti, tra cui il monitoraggio delle prestazioni del team, la restituzione di *feed back* per far capire come si sta andando e permettere al gruppo di correggere la propria "rotta", il sostegno e supporto organizzativo, e il coordinamento del lavoro, con una efficace divisione dei compiti, chiarendo i ruoli e le responsabilità (McIntyre and Salas, 1995 ; Tesluk and Mathieu, 1999) .
West et al. (2003) danno ampio peso alla chiarezza della *leadership,* ossia la misura in cui le funzioni di *leadership* sono chiare all'interno del team, e mettono in luce come la mancanza di questa chiarezza o il conflitto sul ruolo di leadership siano negativamente associati con la TI.

Riguardo al tipo di leadership vi sono invece pareri discordanti, senza grandi differenze nelle evidenze trovate a supporto delle diverse tipologie.

Quel che è certo è che un tipo di leadership autoritario e punitivo rende i membri del team maldisposti ad esporsi, percependo il rischio di una ripercussione negativa in caso di errori. Agisce quindi in una direzione che porta a una condizione opposta rispetto a quella delineata dalla Psycological Safety.

Altro elemento cruciale è la chiarezza degli obiettivi, infatti permette al team di focalizzarsi sul raggiungimento di questi obiettivi, facilitando il processo di innovazione. Sapendo e avendo ben chiari quali siano gli obiettivi cui tendere è possibile focalizzarsi sul punto chiave desiderato, facendo una scernita delle idee e delle azioni,ed evitando quindi una dispersione di risorse.
Pinto e Prescott (1987) hanno dimostrato come una mission dichiarata, esplicita e chiara fosse l'unico fattore nel loro studio a predire il successo in tutti gli stadi del processo di innovazione (concezione, pianificazione, esecuzione, ultimazione). A sostegno di questa teoria anche West and Anderson (1996) convengono che la chiarezza e l'impegno per il raggiungimento degli obiettivi sono associati a un elevato livello di Team Innovation , essendo, come già abbiamo visto, direttamente connessi con la vision, componente del TCI.
Hoegl and Parboteeah (2003) Dimostrano che avere obiettivi espliciti e chiari ha effetti positivi sulle performance di un team coinvolto in progetti innovativi. La chiarezza negli obiettivi, infatti, al contrario dell'assenza di obiettivi o della presenza di obiettivi vaghi, permette di ridurre il grado di incertezza su ciò che ci si aspetta come esito del lavoro in team, sia in termini di qualità che di costi e di tempistiche; il team ha una visione chiara della direzione da seguire ed è dunque in grado di determinare il percorso migliore per raggiungerli.

Infine, per Janssen (2000), a influenzare il comportamento innovativo dell'individuo gioca un ruolo fondamentale la giusta percezione del rapporto tra

sforzi spesi e ricompensa o gratifica ricevuta. Il team è un insieme di individui. Ne consegue che se si richiede un impegno e uno sforzo al team, è fondamentale anche far percepire ai membri l'utilità che può avere per loro impegnarsi in quel progetto, quali vantaggi può portare. L'insieme delle spinte motivazionali degli individui che formano il team possono condurre ad avere un team più o meno motivato.

2.2.5 Cosa fa emergere un team innovativo?

Dall'analisi della letteratura emergono due questioni fondamentali.

Come abbiamo visto si sono trovate alcune condizioni che influenzano la *Team Innovation*, si è visto un interesse sul come formare e gestire team innovativi, ma non vi sono evidenze chiare che mostrino il legame tra gli input che il manager può gestire e le condizioni che facilitano la *Team Innovation*. Soprattutto sugli strumenti che permettano una gestione del team favorevole all'innovazione i risultati sono vacillanti, mentre la possibilità di costruire ad hoc un team è in realtà ben rara, nella maggior parte dei casi le risorse a disposizione sono quelle già presenti.
La maggior parte dei contributi è indirizzata a capire cosa renda un team efficace nell'innovare, ma il problema non è solo quello di gestire dei team, non ci si è concentrati sugli aspetti che ne favoriscano la formazione. Le problematiche inerenti la formazione di team non si esauriscono nella mera composizione del team. La composizione è solo una problematica, non è l'unica né la più rilevante. Non sempre i team si formano dall'alto, spesso, soprattutto nelle organizzazioni che coinvolgono professionisti, i team innovativi emergono dal basso. Da un punto di vista organizzativo è più efficiente una soluzione che sproni i gruppi a nascere spontaneamente; in questo modo i gruppi hanno già in sé parte delle capacità e delle competenze necessarie per poter funzionare, nonché un clima favorevole, senza dover pungolare e gestire ciascun gruppo singolarmente. È dunque indispensabile che un manager si occupi di creare le condizioni che permettano e facilitino il sorgere spontaneo di team.

Il lavoro in team si fonda su un processo di micro-negoziazioni tra attori sociali (Finn 2008). Finn et al. (2010) riconoscono un ruolo significativo al contesto istituzionale in cui i team si trovano, come alle condizioni locali specifiche, che influenzano lo svolgersi di questi processi. (Benders e Van Hootegem 1999;

Dunphy e Bryant 1996; Marchington 2000; Muller 1994; Muller et al. 2000) Enfatizzano l'importanza sia del contesto a livello locale, di organizzazioni, che a livello macro, di istituzioni che si ripercuotono sul gruppo di lavoro sia isolatamente che interagendo tra loro. Nello specifico il contesto dell'organizzazione, a livello locale, media la riproduzione delle istituzioni professionali e le sue implicazioni sul lavoro in team. I professionisti membri di un team sono visti come "agenti istituzionali" che esercitano il proprio potere per la determinazione delle pratiche del lavoro di gruppo, in modo da poter sia riprodurre che trasformare le strutture professionali esistenti. Gli stessi mettono in evidenza come il lavoro di gruppo risulta facilitato in un contesto dove la prassi emerge dagli stessi membri del team.

Resta comunque un "problema umano nel gestire l'attenzione", come spiega Van de Ven (1986), in quanto gli individui e le loro organizzazioni sono principalmente designate per focalizzarsi e proteggere le pratiche esistenti, piuttosto che per prestare attenzione allo sviluppo di nuove idee.

"Il maggiore successo per un' organizzazione, che è anche la principale difficoltà, è stimolare gli individui a prestare attenzione a nuove idee, bisogni e opportunità" (Van de Ven, 1986, p. 591)

Non si può prescindere dai limiti psicologici degli esseri umani nel prestare attenzione alle nuove idee, a compiti che non appartengono alla routine. I professionisti, non hanno tempo da dedicare all'innovazione essendo occupati nella pratica clinica. Più il lavoro di un individuo è isolato, specializzato e stabile, meno costui sarà portato a riconoscere una necessità di cambiamento e a vedere una possibilità di innovazione. Al contrario, bisogna cercare di stimolar un confronto , da cui possano nascere problemi, discussioni, che vengono affrontate insieme per portare a una soluzione innovativa. I problemi che nascono dal confronto tra discipline divengono opportunità di miglioramento se bene affrontate, e spingono gli individui a prestare maggiore attenzione e

riconoscere il bisogno di un cambiamento, di un'innovazione. (Van de Ven, 1986). La direzione deve spingere e supportare l'attenzione dei professionisti verso aspetti di miglioramento della pratica clinica, mostrando loro i vantaggi e le opportunità del lavorare insieme in team multidisciplinari.

Per poter far sì che un'innovazione emerga dagli stessi professionisti occorre che il confronto tra individui entri nella pratica, diventi un'attività della routine, e non sia un' evento eccezionale. Deve entrare nella mente e nella cultura dei professionisti che operano quotidianamente con la pratica clinica, devono essere attenti a capire dove possa essere migliorata. Guardare all'innovazione e al miglioramento continuo deve divenire un atteggiamento consolidato e stimolante. (Whittington, 2006)

In ambito ospedaliero, dunque, il problema realmente interessante non è tanto come gestire il team, ma come supportare la creazione spontanea dei team. Siamo più interessati a capire quali siano le leve che spingano i professionisti a iniziare a lavorare insieme a un progetto comune, e avere un forte grado di *commitment* nei confronti del progetto. Questo principalmente poiché in un ambito così altamente professionale non è pensabile imporre un progetto di innovazione, il manager non ha l'autorità né le competenze per farlo.
I professionisti sono degli esperti nel loro settore, la Direzione non ha il loro livello di conoscenza né sa come è meglio agire, si deve fidare di loro, non può imporsi sulla pratica clinica. I professionisti si caratterizzano per conoscenze specialistiche da un lato, e pieno controllo sulla propria attività lavorativa dall'altro. Sono connotati da autonomia e responsabilità proprie derivate dall'autorità professionale riconosciuta dalla società in relazione alla loro funzione sociale, dalla cultura professionale che le caratterizza e dalla capacità

di autogoverno e di autotutela. Godono di un' ampia autonomia professionale, il che implica una detenzione del controllo sul contenuto del lavoro svolto: ciò si realizza nel potere di indirizzare il lavoro nella forma ritenuta più opportuna, nell'esercitare un controllo sulla produzione delle conoscenze e abilità tecniche essenziali all'esercizio della professione (Freidson, 2002).

Per Freidson ".. un efficiente concetto di professione è il possesso di una qualche forma di monopolio sull'esercizio del proprio lavoro" (1970, p. 21).

I professionisti si può dire detengano il controllo del processo lavorativo.

Per Freidson (1986) le professioni sono occupazioni che hanno raggiunto una posizione dominante nella divisione del lavoro, tale da permettergli di agire in condizioni di autonomia, senza sottostare alle forme di controllo burocratico-amministrativo che si sono sviluppate nelle organizzazioni complesse . Tale autonomia, può anche diventare, come nel caso della medicina, una dominanza su altre occupazioni ausiliarie che si formano nella stessa area della divisione del lavoro. Freidson mostra come la conoscenza formale, specialistica, viene tradotta in potere, garantendo un'autonomia dovuta all'impossibilità di controllo.

Per Abbott (1988) ogni professione è in realtà coinvolta in una costante competizione per la propria 'giurisdizione professionale' contro altre occupazioni confinanti; il processo di professionalizzazione è un percorso tortuoso che non termina con un 'traguardo' (il riconoscimento di posizione) o con uno 'stadio finale' (lo status di professione), ma è un processo continuo di contrattazione e di conflitto che ciascuna professione, in quanto soggetto collettivo e organizzato, sostiene con le altre professioni, a strenua difesa della propria autonomia e per il controllo del mercato professionale.

Da una approfondita analisi della letteratura (Abbot, 1986 e 1988) traspare che i conflitti interprofessionali altro non sono che il frutto di competizioni tra gruppi occupazionali concorrenti per ottenere il potere di monopolio su particolari

campi operativi, escludendo dal settore le figure concorrenti. Tali conflitti si esplicano in complesse battaglie per ottenere il riconoscimento di una propria "giurisdizione", ossia un settore di competenza esclusiva in un determinato ambito professionale.
È fondamentale allineare gli obiettivi professionali a quelli di sistema, utilizzando strumenti di integrazione professionali condivisi e fondati su logiche professionalizzanti. Si rende indispensabile innovare tramite il coinvolgimento degli stessi professionisti, focalizzando l'attenzione su una strategia che implichi partecipazione del personale e un clima di dialogo, attraverso un'ottica di collaborazione, in cui i manager facilitino il lavoro innovativo dei professionisti, supportandolo.

2.2.6 Domanda di ricerca

Alla luce di quanto detto, possiamo specificare la nostra domanda di ricerca.

Dom. 4 Come si può favorire la nascita spontanea di team multidisciplinari che perseguano l'innovazione? Quali leve ha a disposizione il manager?

Guardando alla letteratura questo interrogativo resta quasi totalmente irrisolto.

Una seconda questione emerge da questa analisi della letteratura. Pochi studi sull'innovazione si sono concentrati su un' analisi a livello di team, e non si trova in letteratura l'analisi di variabili che influenzino il lavoro del team non solo inerenti allo specifico progetto, ma che contemporaneamente analizzino un livello più generale, di come l'intera organizzazione supporta il lavoro in team, andando oltre il caso specifico. Ciò appare come un limite considerevole, soprattutto dal momento che il team spesso è il contesto in cui un'innovazione

viene originata e successivamente sviluppata per diventare una pratica consolidata all'interno delle organizzazioni, e produce un vantaggio sia a livello del gruppo che dell'organizzazione. Uno studio su un unico livello è corretto laddove si ritiene che la variabilità non sia influenzata dalle interazioni con gli altri livelli, ma sia imputabile a quell'unico livello (Rothaermel and Hess, 2007). Il team è composto da individui ed opera in un'organizzazione di cui fa anche parte, questi tre diversi livelli si influenzano vicendevolmente, non tenerlo in considerazione rischia di creare ambiguità.

Poiché l'organizzazione stessa può porsi sia come elemento di supporto, sia come barriera all'innovazione del team, reputiamo interessante ampliare il nostro interesse anche a quei fattori che a livello organizzativo incidono sulla *Team Innovation.*

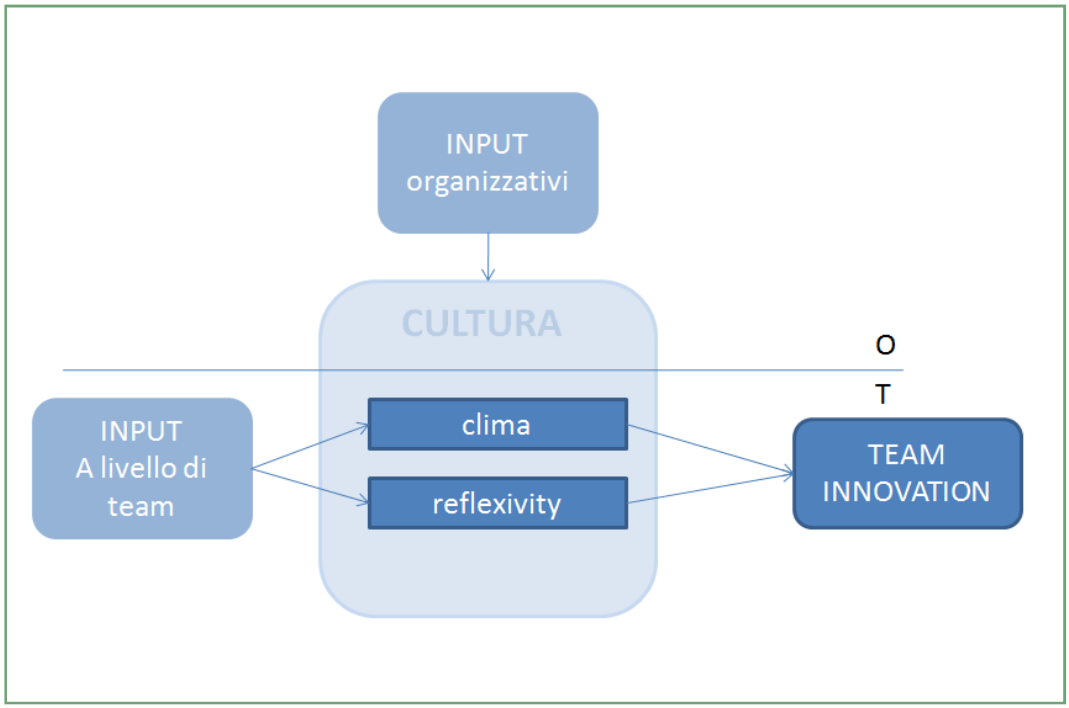

Figura 2: modello influenze TI

3 METODOLOGIA

Come prima cosa abbiamo definito la domanda di ricerca, raffinandola col procedere dell'analisi, in modo da dare un focus, un indirizzo ben preciso al nostro studio. Da un'attenta analisi della letteratura abbiamo notato l'esistenza di un gap da colmare. Nel tentare di comprendere quali leve ha a disposizione il manager per facilitare la *Team Innovation*, ci siamo accorti che nella letteratura ci sono studi rivolti a come formare o come gestire un team, mentre non è chiaro come facilitare l'emergere spontaneo di team multidisciplinari. Abbiamo appurato che la teoria non è sufficiente per rispondere alla nostra domanda .

Per rispondere abbiamo implementato una comparazione di casi di studio di 14 ospedali Italiani sull'introduzione dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA).

Il nostro studio non pretende di colmare questo gap, ma vuole provare a ipotizzare un modello che possa rispondere alla nostra domanda, cercando di esplorare gli interventi manageriali che hanno portato alla diffusione di PDTA.

PDTA

I Percorsi Integrati di Cura o Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali sono iniziati negli anni '80 negli Stati Uniti, e sono poi stati trasportati nella cultura europea, partendo dal mondo anglosassone e arrivando anche da noi in Italia alla fine degli anni '90.

Sono un mezzo importante per implementare le componenti di un buon governo clinico. Servono a determinare il miglior iter del paziente dal primo contatto con il mondo sanitario alla diagnosi e terapia, da un lato, e l'iter organizzativo dall'altro.

Lo scopo è quello di rendere più omogeneo e standardizzato il percorso diagnostico, le tempistiche dei ricoveri e la gestione del paziente, ma anche di ridurre l'incidenza degli eventi straordinari .
Si possono vedere come dei piani interdisciplinari di cura che mostrano la sequenza e le tempistiche ottimali davanti a pazienti che mostrano determinati sintomi o davanti a determinate diagnosi. (Ignatavicius and Hausman, 1995).

Sono degli strumenti che permettono di usufruire effettivamente delle linee guida multidisciplinari, dovendo essere adattati al contesto specifico. Il fatto stesso di sviluppare un percorso crea un'opportunità per una revisione delle pratiche vigenti. Inoltre, ottimizzano l'uso di risorse e, al contempo, migliorano il processo di comunicazione e la qualità della cura: diviene una vera e propria presa in carico del paziente. Portano dunque ad un livello superiore di soddisfazione per il paziente e anche ad un miglioramento della collaborazione tra professionisti di discipline diverse. (Kitchiner and Bundred, 1996 ; Atwal and Caldwell, 2002)

3.1 Design dello studio

Tra le varie tipologie di strategie di ricerca abbiamo deciso di utilizzare i casi di studio.

La scelta è dovuta essenzialmente al tipo di questione posta; "la prima e più importante condizione per differenziare tra le varie strategie di ricerca è identificare il tipo di domanda di ricerca che ci poniamo" (Yin, 2003, p.7).

La nostra domanda di ricerca si focalizza principalmente su quali siano le leve possibili, e in che modo si possa favorire la team innovation. Il nostro obiettivo è iniziare a rispondere a una domanda, non stiamo verificando un modello, né analizzando quali variabili abbiano più impatto di altre, conoscendo già le variabile da confrontare. Non vogliamo verificare quanto incidano, ma quali siano le variabili da prendere in considerazione. A noi preme comprendere come sia possibile favorire la nascita spontanea di team multidisciplinari che perseguano l'innovazione, dunque il come. Il come e il perché sono domande a cui è più adeguato rispondere con casi di studio, history o esperimenti, escludendo le survey e l'analisi di archivi. Questo perché sono tipi di domande che necessitano di essere seguite nel loro sviluppo, analizzate e contestualizzate nel loro evolversi. (Yin, 2003).

Delle tre strategie adeguate a rispondere al tipo di domanda, i casi di studio sono sicuramente i più appropriati. Trattandosi di eventi contemporanei, risulta meno adatta la scelta di history, in quanto con i casi di studio è possibile trattare con una maggiore mole e varietà di informazioni utili, provenienti dalla osservazione diretta e dalla possibilità di intervistare individui coinvolti direttamente nel fenomeno oggetto di studio. Non potendo manipolare le variabili implicate e le condizioni possiamo escludere anche gli esperimenti. (Yin, 2003). Possiamo dire che il nostro studio tratti di un fenomeno contemporaneo, attuale, in cui non vi è una chiara ed evidente distinzione tra il fenomeno stesso e il contesto,

rendendo necessario analizzare le influenze di numerose variabili. La scelta più vantaggiosa appare, dunque, quella che preveda l'utilizzo di casi di studio.

All'interno di questa strategia abbiamo individuato la variante dei casi di studio comparativi come più appropriata allo scopo di questo lavoro.

Le conclusioni che derivano da un' analisi comparativa di più casi ha un evidenza e una portata maggiore di quella derivante da un singolo caso, inoltre ci permette di indagare il fenomeno in contesti differenti, permettendoci di capire qual variabili siano da considerarsi specifiche di un contesto e quali siano invece generalizzabili, ossia al variare delle circostanze conducono alla medesima conclusione.

3.2 Oggetto di investigazione

L'innovazione di processo della pratica clinica dispone di tre strumenti fondamentali, elementi operativi di traduzione dei risultati della ricerca alla prassi: Linee Guida, Percorsi (Percorsi Diagnostico Terapeuti Assistenziali detti anche Percorsi di Cura Integrati) e protocolli.

Tali strumenti conducono a una buona pratica clinica, rendono più omogeneo il percorso di cura, consentendo momenti di confronto, di condivisione ed analisi critica dei risultati delle pratiche assistenziali in base a criteri ed esperienze affini.

A livello più generale vi sono le *Linee Guida*, "raccomandazioni di comportamento clinico, elaborate mediante un processo di revisione sistematica della letteratura e delle opinioni di esperti, con lo scopo di aiutare i medici e i pazienti a decidere le modalità assistenziali più appropriate in specifiche situazioni cliniche."(Institute for Medicine, 1992). Offrono un'ampia definizione della buona pratica professionale, riassumendo in modo sistematico le migliori modalità assistenziali attualmente riconosciute, relative ad una patologia o condizione, e sono caratterizzate da pochi dettagli operativi poiché devono potersi adattare alle mutevoli condizioni locali.

Possono essere realizzate da diverse Agenzie (internazionali, nazionali, governative, regionali) o da Aziende Sanitarie.

In sintesi, le linee Guida forniscono un orientamento generale, con ampio margine alla discrezionalità di chi opera, possono valere per tutti gli ospedali, fornendo delle buone pratiche a un livello minimo di accettabilità, che deve essere rispettato.

Adattando queste linee guida al contesto specifico dell'azienda ospedaliera si arriva ad un secondo livello, quello dei *Percorsi Clinici*, che definiscono più precisamente, all'interno dell'organizzazione stessa quali tecniche devono essere utilizzate e in che tempi, di fronte a determinati sintomi e segni. Le linee guida, infatti, fanno riferimento a un paziente astratto, non a quel «particolare» paziente che il professionista deve in concreto curare, con la sua complessità clinica e la sua specificità patologica.

Per arrivare a un buon percorso clinico sarebbe opportuno il coinvolgimento di diverse discipline.

Ad un ulteriore ed ultimo livello, il più specifico, si trova la terza tipologia di strumento, i *Protocolli*, ossia la definizione precisa delle azioni da effettuarsi in determinate situazioni con vincoli di tempo stringenti.

Costituiscono uno schema di comportamento diagnostico terapeutico predefinito tramite una sequenza prescrittiva di comportamenti ben definiti. Sono dunque strumenti rigidi, prescrittivi e vincolanti, non un semplice supporto per le decisioni cliniche.

I PDTA hanno il compito principale di migliorare l'efficacia del percorso di cura, assicurando e migliorando la qualità, e in secondo luogo di aumentare l'efficienza, riducendo i costi. (e.g. Roeder and Kuttner, 2006; Pearson et al., 1995). Rappresentano uno strumento utile per un sistema di controllo che aiuti a migliorare l'uso delle risorse dell'organizzazione sia in termini di affidabilità che di qualità della cura (Lohfert and Kalmar, 2006), permettendo una riduzione dei costi che non comporti conseguenze avverse per i pazienti (Brunenberg et al, 2005). L'uso di PDTA oltre a ridurre i costi delle cure e i tempi di ricovero, influenza positivamente i risultati migliorando la qualità delle cure stesse, la soddisfazione dei pazienti e creando una continuità nel percorso di cura e nello scambio di informazioni (Renholm et al., 2002) e migliorando il confronto e la comunicazione tra specialità diverse. (Sulch et al, 2002).

Gli stessi professionisti sanitari hanno riconosciuto il ruolo cruciale del lavoro in team per e il miglioramento delle cure e della qualità, anche suggerendo il bisogno di basare le cure su team interdisciplinari. (e.g. Berwick, Godfrey and Roessner,1990; Horbar, 1999,Donaldson and Mohr, 2000) . Nonostante questa esigenza, molti sforzi per migliorare la qualità basati sul lavoro in team falliscono, o comunque non raggiungono il successo per diverse ragioni.

Nell'introduzione di questi percorsi si è riscontrata in molti casi una difficoltà, una resistenza a un effettivo confronto tra discipline diverse. Spesso insorgono barriere strutturali e organizzative che limitano la comunicazione e il confronto tra le diverse specialità e professioni. La collaborazione è un elemento critico nella produzione dei PDTA, richiede una buona comunicazione e rispetto reciproco tra gli individui coinvolti, per permettere un processo di decisione collettivo, senza imposizioni di una parte (Baggs et al., 1999; Brown, Ohlinger, Rusk, Delmore and Ittmann, 2003; Zimmerman et al., 1993).

Introdurre dei Percorsi Multidisciplinari significherebbe concordare nell'adottare un determinato percorso, un modo consensuale di gestire ogni paziente che

presenti una certa diagnosi. In questo modo la frequenza di errori e costi cala e i pazienti sono più soddisfatti. Sembrerebbe che tutto spinga in tale direzione. In realtà vi sono delle barriere che ostacolano questo processo. L'approccio multi-disciplinare, richiesto dalla logica dei PDTA, rappresenta una sfida in un contesto professionale, dove le logiche di potere spingono a un'autoreferenzialità, e a una non-condivisione del proprio sapere, sapere in cui è insito lo stesso potere. Infatti i professionisti ottengono il loro status principalmente dal possesso di conoscenze specialistiche oltre che dal controllo sulla propria attività lavorativa, da cui deriva l'autonomia professionale.

Abbiamo scelto di utilizzare i PDTA come realtà concreta che rappresenti appieno l'oggetto della nostra ricerca di studio. Infatti i PDTA possiedono tutte le caratteristiche necessarie. Sono forme di innovazione della pratica clinica, che partendo dalle linee guida (livello ideale, generico) delineano nella pratica (livello concreto, specifico) l'insieme di attività e di tempistiche su una determinata patologia; l'introduzione dei PDTA richiede un approccio multidisciplinare, dovrebbero infatti, per definizione, coinvolgere discipline diverse, per arrivare a una visione condivisa sul percorso da seguire davanti a determinati segni e sintomi. Inoltre devono essere fatte proprio dai professionisti. Devono necessariamente essere loro ad impegnarsi in queste forme di innovazione in quanto sono i soli ad avere le conoscenze necessarie per farlo. Tali caratteristiche dunque, non solo sono presenti, ma emergono in maniera evidente. Sono caratteristiche fondamentali, costitutive. Questo permette di rendere più semplici e più rilevanti le nostre osservazioni.

L'elaborazione e l'introduzione di PDTA è lo strumento che ci rende possibile passare dal problema, che è un problema a livello teorico, a un fenomeno osservabile concretamente, e che riflette in maniera esemplare tale problematica.

Due motivazioni stanno alla base della nostra scelta di rivolgerci proprio ai PDTA: da un lato "L'interesse per I PDTA è in continua crescita in parallelo ai modelli di *clinical management* " (Martinez-Vila E.; Matias-Guiu J, 2007, p. 337); sono l'esempio di innovazione clinica che riceve maggiori attenzioni, sia da parte dei manager, sia da parte degli stessi professionisti (per dare un' idea, se inseriamo come chiave di ricerca in un database di pubblicazioni scientifiche Integrated clinical pathways OR Integrated care pathways OR Integrated critical pathways, otteniamo **4.791** risultati, vi sono anche riviste apposite, come il Journal of Integrated Care Pathways , che trattano specificatamente il tema) dall'altro sono anche quelli in cui si riscontrano maggiori problemi, infatti il timore di perdite di benefici e di prestigio è il maggior ostacolo ad un effettiva condivisione delle conoscenze che porta alla produzione di PDTA multidisciplinari. (e.g. Nugus et al,2010). "I medici hanno percepito un erosione dell'autonomia professionale con i PDTA. Senza il loro supporto ai percorsi, non è possibile raggiungere sia gli obiettivi di riduzione dei costi, sia gli obiettivi di qualità. " (Every, N. R. et al.,2000 p. 461). Il non-coinvolgimento dei medici è stato citato in più studi come causa del fallimento dei percorsi (e.g . Yandell, 1995; Hampton, 1993).

Questo si adatta perfettamente all' obiettivo del nostro studio, infatti si registrano situazioni sbilanciate: da un lato ospedali che hanno avuto successo, in cui vi è una presenza diffusa di PDTA, dall'altro realtà in cui si fatica a farli emergere. La convivenza di situazioni così diverse ci permette di andare a ricercare quali siano le differenze alla base di tali esiti. La presenza di casi polari permette una comparazione delle caratteristiche che hanno permesso da un lato e hanno impedito dall'altro di arrivare al successo. Questo permette di cogliere le caratteristiche differenziali, per capire quali siano le condizioni necessarie per il successo.

3.3 Sampling

Ci siamo dunque dedicati alla ricerca di casi rappresentativi per entrambi gli scenari, selezionando diversi ospedali all'interno del Sistema Sanitario Nazionale Italiano.

Abbiamo scelto di non affidarci all'analisi di un unico caso di successo. Da un lato, non è possibile identificare un unico caso che potesse garantire risultati rappresentativi di una popolazione. Dall'altro, in un contesto complesso e variegato come quello sanitari, abbiamo privilegiato il confronto di più casi per osservare la presenza di comportamenti e fattori comuni a diverse realtà, piuttosto che l'approfondimeno di un singolo caso "estremo" di successo. Abbiamo dunque preso in considerazione un numero abbastanza ampio per permettere una forma di generalizzazione.

Nel selezionare i casi abbiamo cercato di individuare tipologie polari di casi di studio, in tal modo è possibile mostrare quali tipologie di intervento risultino di successo, grazie a un confronto di interventi che hanno condotto ad esiti opposti.

Considerare esclusivamente casi di successo non avrebbe garantito una visione limpida e chiara delle condizioni in cui alcuni comportamenti e fattori possano garantire il "successo" nella diffusione dei PDTA. Per esempio, è rilevante osservare se un intervento che consideriamo critico per raggiungere il successo non sia il medesimo che conduca al fallimento. Abbiamo bisogno di verificare che uno stesso intervento (o tipologia di intervento) non si dimostri "fallimentare" altrove. Inoltre, è rilevante non solo osservare quale intervento debba essere perseguito in quanto condizione di successo; ma anche quale debba essere possibilmente evitato in quanto condizione di fallimento.

Nel selezionare casi esemplari per distinguerli tra casi di successo e casi di insuccesso abbiamo notato come molte realtà non potessero schierarsi né da una

parte né dall'altra, mostrando caratteristiche intermedie. Abbiamo dunque deciso di inserire una terza tipologia di configurazione, caratterizzata da una parziale diffusione dei PDTA, ossia da un numero ristretto di esperienze (anche di notevoli qualità) sviluppati da qualche unità e/ o dipartimento ospedaliero.

Per ciascuno dei tre scenari abbiamo selezionato casi fino a raggiungere un livello di cd. "saturazione teorica" (Eisenhardt, 1989) – i.e. una condizione in cui l'aggiunta di un ulteriore caso comporta un beneficio limitato, o addirittura nullo, al processo di *theory building* -.

Inizialmente, i casi sono stati selezionati all'interno della Regione Lombardia. Questa scelta è giustificata dalla natura decentrata (a livello regionale) e non accentrata (a livello nazionale) della Sanità Italiana. Ognuno dei 21 sistemi sanitari italiani dà adito ad un contesto istituzionale specifico, che può contribuire a spiegare la diffusione dei PDTA più di quanto facciano le decisioni intra-ospedaliere. Di conseguenza, abbiamo prima scelto casi di uno stesso contesto istituzionale (Lombardia) per cogliere esclusivamente il ruolo delle scelte e dei contesti ospedalieri. Successivamente abbiamo scelto di estendere al di fuori della Lombardia i casi di studio, analizzando casi di diverse realtà regionali, per poter avere una visione in grado di comprendere l'impatto dato da queste e distinguerlo dall'impatto delle leve di cui dispone la Direzione. Abbiamo incluso realtà di altre Regioni (Veneto ed Emilia Romagna) per osservare se e in che modo dei fattori sovra-ospedalieri condizionino e vengano interpretate dai manager ospedalieri.

Basandoci su questi criteri abbiamo individuato i casi in ciascuno dei tre cluster. Sono stati raggruppati i casi in cui vi era una presenza diffusa e continua di PDTA e sono stati inseriti nel cluster "casi di successo", mentre quegli ospedali in cui erano assenti, o rari, con poche eccezioni, sono stati inseriti tra i "casi di fallimento". È stato creato un ulteriore cluster in cui abbiamo inserito i casi con

una buona presenza di PDTA in alcune unità, ma non a livello sistemico oppure prodotti esclusivamente in un determinato arco temporale. Questi rappresentano i "casi intermedi" .

Avendo come riferimento questi tre cluster abbiamo identificato diversi casi per ognuno, continuando la raccolta di osservazioni tramite interviste in diversi ospedali fino a raggiungere la "saturazione teorica" per ciascun cluster. Si è deciso di fermarsi nella raccolta di informazioni quando si è compreso che un'ulteriore aggiunta non avrebbe comportato modifiche sostanziali, non avrebbe portato a comprendere maggiormente il problema, quindi non avrebbe portato miglioramenti a livello teorico

3.4 Raccolta Informazioni

Le interviste sono state condotte nel secondo semestre del 2011, seguendo una traccia semi-strutturata, ma ponendo domande aperte non formalizzate, in modo da non condizionare le risposte, e da permetterci di raccogliere tutte le informazioni che l'intervistato reputasse inerenti.

La struttura dell'intervista ha previsto una raccolta di informazioni sulla struttura, partendo dagli obiettivi, le attività e le risorse a disposizione dell' unità intervistata. Si chiedevano informazioni sul tipo di mandato da parte della Direzione a queste unità per la supervisione dei PDTA, da quanti anni fosse presente, e che tipo di competenze raggruppasse.

Si sono cercate informazioni sulle logiche di lavoro in team, come si formano i team, il grado di formalizzazione, quali siano i problemi in cui incorrono, e come vengono risolti o affrontati. Quali siano i fattori che favoriscano la nascita di team, e dove nascono, che diffusione hanno, come si organizzano.

Si chiedevano poi dettagli sulle esperienze nell' innovazione di percorsi multidisciplinari concluse e sulle attuali, come venissero percepiti dai professionisti, i tipi di barriere e ostacoli incontrati nelle diverse fasi di produzione e poi di implementazione, così come come venga strutturato il lavoro.

Infine si chiedeva loro quali azioni fossero state messe in pratica per favorire queste innovazioni, per quale motivazione erano state introdotte e che esito avevano prodotto.

Sono stati coinvolti 14 ospedali italiani. Concordando degli appuntamenti, si sono intervistate le principali figure responsabili della supervisione dei PDTA nei diversi ospedali, coinvolgendo direttori sanitari, responsabili delle unità di Qualità o di altre unità simili che avessero come scopo quello di promuovere e

controllare i PDTA, o, talvolta, professionisti direttamente coinvolti, che avessero partecipato alla stesura di uno o più PDTA. Mediamente i membri delle unità di staff coinvolti erano tra i 2 e i 4, addirittura spesso un unico individuo godeva della piena responsabilità al riguardo.

Durante le interviste è stato possibile visionare esempi di PDTA e altro materiale riservato. La durata media delle interviste si aggirava sull'ora. Sono state registrate e poi trascritte fedelmente, in seguito si è chiesto agli intervistati stessi una validazione di quanto riportato, e vi è stata la possibilità di aggiungere osservazioni dai comportamenti e dal contesto.

Abbiamo raccolto informazioni per un totale di 228 pagine di trascrizioni.

La natura qualitativa dei dati raccolti è particolarmente utile per cercare di comprendere delle relazioni che poi potranno essere verificate meglio tramite analisi quantitative.

3.5 Analisi Dei Dati

“L’analisi dei dati è il cuore della costruzione di una teoria fondata sui casi di studio, ma è sia la parte del processo più difficile, sia la meno codificata .” (Eisenhardt, 1989, p. 539)

I dati raccolti sono stati analizzati in molteplici modi, per cercare di raggiungere un livello di comprensione maggiore, senza cadere nel rischio di conclusioni affrettate.

Abbiamo seguito un processo iterativo.

Come prima cosa abbiamo ricercato nelle trascrizioni le informazioni riguardanti la presenza di PDTA all’interno dell’ospedale, quindi l’esito della *Team Innovation*, per poter distinguere i casi tra casi di successo dell’intera organizzazione, casi di successo parziale o casi di fallimento.

Visto il grande volume di dati a disposizione (228 pagine), abbiamo cercato di selezionare ciò che poteva essere attinente al nostro focus. È però difficile sapere fin dal principio che cosa potrà essere utile più avanti, a maggior ragione quando si cerca di rispondere a un problema “aperto”. Per questo, iterativamente, ad ogni nuovo livello di analisi, rivedevamo il materiale scartato per cercare di non tralasciare informazioni che potessero essere utili al nostro obiettivo.

Inoltre rivedere più volte lo stesso caso ci ha permesso di conoscere approfonditamente e quindi renderci familiare ogni singolo caso.

Abbiamo poi ricercato tutti gli elementi che potessero riferirsi in maniera esplicita o implicita alle azioni dei manager per spingere all’innovazione e alla collaborazione, catalogandole in base alle diverse variabili trovate in letteratura.

Abbiamo quindi evidenziato le più sentite: percezioni convergenti accrescono il fondamento di un'ipotesi.

Dopo aver suddiviso le informazioni nei tre differenti cluster, abbiamo cercato di analizzare ciascun caso, estrapolando all'interno di uno stesso cluster quali fossero gli elementi comuni. Siamo quindi passati da elementi molto specifici, in un particolare contesto, ad elementi più generali, che potevano anche rappresentare i casi specifici. In questo modo abbiamo delineato le caratteristiche e le azioni messe in atto dal management nei tre diversi scenari.

Una volta estrapolate queste informazioni siamo passati a fare una comparazione tra i diversi cluster.

Dapprima abbiamo cercato di comprendere quali condizioni differenziassero i casi di fallimento da quelli che portavano a uno scenario intermedio, cercando di capire quali azioni o insieme di azioni portassero almeno ad un successo parziale, e distinguendole da azioni che invece non costituissero alcuna spinta per la nascita di team innovativi.

Si è quindi fatto il passo successivo, andando a cogliere gli elementi differenziali che ampliassero il successo, rendendolo un successo per l'intera organizzazione e non solo per alcune unità o per un limitato periodo.

Per accrescere l'attendibilità di quanto trovato, man mano che si formava una teoria che rispondesse al nostro quesito, abbiamo proceduto facendo una comparazione degli aspetti teorici che venivano fuori con i dati dei diversi casi. In tal modo non rischiavamo di perdere il legame tra teoria ed evidenze.

4 RISULTATI

Alla luce del metodo utilizzato per analizzare i dati riportiamo di seguito i risultati ottenuti.

I prossimi tre paragrafi descrivono i diversi casi, suddivisi secondo il tipo di scenario che rappresentano.

4.1 Scenario di insuccesso

Il primo scenario è uno scenario di insuccesso, in cui i PDTA sono assenti, o quasi. Questo cluster comprende sei casi.

Le tabelle 3-8 mostrano le caratteristiche dei casi emerse durante le interviste.

Tabella 3 : Outcome scenario di fallimento

OUTCOME					
S.MALLEOLO	**OMBELICO**	**MENTO**	**COSCIA**	**PIEDINO**	**TARLO**
da una parte c'è il protocollo medico, dall'altra c'è il protocollo di assistenza infermieristica e queste due linee, questi due filoni che **viaggiano in parallelo**, quello medico e quello infermieristico , **non siamo ancora riusciti a farli convergere in protocolli integrati,** per il momento, perché è già tanto se riusciamo a portare a casa quelli divisi .. più di un centinaio, solo quest'anno sono più di un centinaio, ad adesso più tutti quelli che sono stati prodotti negli anni passati .. ce ne sono pochi che si potrebbero identificare con multidisciplinare	14 PDT sulle patologie di maggiore importanza, rilevanza..sia numericamente che clinicamente rilevanti .. veniva dai clinici prevalentemente la proposta, diceva io ho qualcosa che ha le caratteristiche .. Erano gruppi multidisciplinari Anche multi professionali .. ma si è tutto fermato purtroppo	gruppo di lavoro che prevede figure multidisciplinarI .. in questo momento purtroppo l' attività è ferma, perché non riconosciuta dalla Direzione .. in due anni saranno state presentate circa un 30 proposte, e ne saranno state avallate una ventina .. dall'interno non parte niente perché non ci sono i soldi, non ci sono possibilità, c'è da far fronte alla routine che a volte soverchia proprio le potenzialità del personale stesso..quindi se qualche volta qualcuno dall'esterno o stimolasse o meglio, aiutasse, per noi sarebbe molto meglio	ogni unità operativa deve produrre 5 PDTA se no revisionare 5 PDTA .. Abbiamo dato l'opzione di fare o quelli monotematici, per cui interni all'unità operativa …non tanti,ma qualcuno sarà trasversale	è stato un buon inizio e praticamente abbiamo lavorato fino al 2008 … ci sono sicuramente però sono molto ancora da sviluppare in modo adeguato .. ci sono anche qui a spot	stesura di..per il 2010, di 4 principali PDT .. in varie unità operative c'erano più protocolli, ma che parlavano della stessa cosa, quindi c'era un atteggiamento da parte dell'azienda non standardizzato .. se siamo stati noi i promotori, quindi la direzione, sicuramente, però sicuramente in Qualità passa dal consenso e dalla condivisione con chi poi opera sul campo

Tabella 4: Condizioni endogene: cultura nello scenario di fallimento

CONDIZIONI ENDOGENE: CULTURA					
MALLEOLO	**OMBELICO**	**MENTO**	**COSCIA**	**PIEDINO**	**TARLO**
siccome qui la cultura e la filosofia, la sensibilità di questo tipo di approccio è nata molto recentemente, allora è stata fatta una scelta da un certo punto di vista: cominciamo a portare a casa almeno dei percorsi, una volta che abbiamo portato a casa i percorsi, poi su questi, come stiamo facendo adesso, andiamo a identificare degli indicatori .. **che manca..una cultura della condivisione,** della messa a disposizione di certi dati un po' a livello di tutti. **Politica di orticello**.. recente è l'aspetto di coordinamento, che siam riusciti piano piano a instillare a livello aziendale, tutti i documenti devono passare dal sistema qualità aziendale		potrebbero prenderla come un'imposizione..però appunto, dipende dal clima, torniamo a questa parola..che si riesce **a creare di lavorare insieme per un progetto comune e non semplicemente lavorare perché la ASL si pone come controllore** e quindi ti impone un'attività..secondo me molto è in questo tipo di relazione, di cambio culturale..	al di là di una **resistenza culturale** che ormai è un po' meno forte dii quanto non lo fosse prima.. la carta era vista come la parte burocratica..ma non come la parte operativa		

Tabella 5: Condizioni endogene: clima e team *reflexivity* nello scenario di fallimento

CONDIZIONI ENDOGENE: CLIMA E REFLEXIVITY					
MALLEOLO	**OMBELICO**	**MENTO**	**COSCIA**	**PIEDINO**	**TARLO**
che manca..una cultura della condivisione, della messa a disposizione di certi dati un po' a livello di tutti.	richiedeva un monitoraggio continuo, proprio affiancare, un affiancamento continuo, un tutoraggio con i clinici, i gruppi, sentirsi	riuscire a valorizzare il lavoro e rispettare il lavoro di tutti,ma cercando di cogliere il meglio, ovviamente, di ogni espediente il ruolo della Direzione e la "libertà" che può dare in questo senso sicuramente è importante..per cui un clima anche organizzativo interno diverso, per **cui l'operatore non si sente pressato soltanto a dover produrre in un certo modo in tempi stretti** etc..,sempre cercando di salvaguardare quella che è la qualità e la sicurezza per il paziente	il feed back è importante .. il problema è coinvolgere e dire anche "attenzione!prendetevi 2 ore a fine del turno, mettetevi lì e fate.. .. è ovvio che ci vuole l'appoggio di quelle che sono le figure istituzionali .. non lavoriamo da soli..	certe criticità le abbiamo individuate inserendo i dati in questo nostro registro,quindi processando i dati,vedendo dove ci sono delle anomalie,dei ritardi formali e strutturali..formali e procedurali che oggettivamente si possono evitare solo eliminando certi problemi .. stimolato un ambiente che nell'ambito della neurologia vedeva anche questi cambi un po' più settoriali,però varrebbe la pena di organizzarsi.. c'è stato abbastanza entusiasmo verso questa..in questa direzione..	ci si confronta molto .. con loro noi parliamo molto e ci si confronta molto .. è condiviso con loro .. con loro parliamo molto spesso, noi siamo anche abituati non a rimanere all'interno di questa porta, con la porta aperta comunque, però non all'interno di questa porta, ma ad andare,..andare noi su, parlare con le persone, ascoltarli..anche ascoltare per tutto..che magari non centra niente con quello che si sta facendo..ma stare ad ascoltarli..e condividere..poi, cercare di fare quel che si può fare.. .. molto lavoro per fare risaltare, per valutare le necessità dei vari attori che ci sono all'interno del gruppo

Tabella 6: Caratteristiche legate a contesto di professionisti nello scenario di fallimento

PROFESSIONISTI				
MALLEOLO	**OMBELICO**	**MENTO**	**COSCIA**	**PIEDINO**
ci sono **dei contrasti, dei conflitti** all'interno della stessa disciplina su come affrontare certe problematiche, certi percorsi, figuriamoci se si mettono assieme due professionisti tranne i casi di emergenza, lì allora si mettono d'accordo .. ma **non è che puoi obbligare** il medico .. sono **correlati alle loro linee guida, della loro disciplina** e di quello loro rendono conto poi alle società scientifiche, nei congressi etc.. ma qui non arriva niente, qua c'era proprio una politica un po' di orticello..dice:"io devo dimostrare di fare bene a chi è al mio livello, non me ne frega niente di andarlo a dire al sistema Qualità se faccio bene o non faccio bene, **una volta che lo sa la mia società scientifica, che lo sa il mio entourage di colleghi professionisti, a me va bene,** poi dopo il resto..chi se ne importa! .. ci sono delle **resistenze, delle recriminazioni a livello pseudo sindacale**, pseudomansionale etc.. per cui **molte volte è più la spinta verso il basso di quella verso l'alto**..purtroppo.		dall'interno non parte niente perché non ci sono i soldi, non ci sono possibilità, **c'è da far fronte alla routine che a volte soverchia proprio le potenzialità del personale** stesso..quindi se qualche volta qualcuno dall'esterno o stimolasse o meglio, aiutasse, per noi sarebbe molto meglio	..**non ci formano per lavorare in equipe, ci formano per lavorare come professionisti a tutto tondo** che hanno le capacità di fare..quest è un po' la formazione che viene data al medico..soprattutto dove ci sono delle professioni che la stessa cosa la devono interpretare in un modo diverso..ognuno per la propria parte, però grossi problemi no..però che ci siano dei contrasti anche sulle scelte è assolutamente normale	Gli **ostacoli**, soprattutto quando si fa riferimento **ad aspetti "societari" delle Società Scientifiche**, sono di tipo professionale, come dire **io appartengo all'ordine dei medici il mio ordine è tale e quindi non confondiamolo** con l'ordine degli infermieri o con l'ordine dei fisioterapisti .. perchè lui **pensa di essere adeguato e sufficiente** .. una figura professionale lungo il percorso **ostacolava il passaggio dell'informazione** .. dove c'è il **conflitto tra professionisti**..questo lo faccio io,no,questo lo fai tu è diventato in effetti uno strazio..è veramente brutto come spettacolo .. noi potremmo anche impedire che il legislatore faccia la solita stupidaggine pensando di fare la cosa più intelligente del mondo..ci dice guardi io le voglio far fare questo...no,guardi,sbagli perchè in questo modo gli effetti sono di quel tipo..cioè il legislatore vuol sapere quello, così non fa la cappella di introdurre gabole assurde,no? .. c'è stata anche subito **l'altolà di qualche gruppo specialistico,** di qualche associazione scientifica, che non cooptata in prima battuta ovviamente ha fatto storie,noi siamo così..siamo un po' anche gelosi tra le cose che facciamo..

Tabella 7: Condizioni esogene che favoriscono TI e ostacoli nello scenario di fallimento

CONDIZIONI ESOGENE						
VAR	**MALLEOLO**	**OMBELICO**	**MENTO**	**COSCIA**	**PIEDINO**	**TARLO**
INTERVENTI REGIONE	inserite nelle RAR la ricerca,l'individuazione di indicatori di applicazione di questi protocolli		la ASL di Milano organizzava dei tavoli di lavoro in modo da produrre delle linee condivise		la Regione ci ha finanziato il progetto di collegamento fra i centri	esigenze dettate da quanto dice Regione Lombardia per quanto riguarda il progetto di joint commission
RETI REGIONALI			rete di tutti i Risk manager a livello della Regione Lombardia..che si incontrano periodicamente con una condivisione pubblica di esperienze, di best practices,tra di loro, per cui questo ha dei risvolti, secondo me, utili.	che ogni 3 mesi abbiamo il network del rischio in regione, dove ci scambiamo i progetti.	in Regione hanno identificato dei centri a vari livelli operativi, sono collegati fra di loro..condividono..il modello è abbastanza avanti	
NETWORK, RETI, COLLAB.INTER-AZIENDALI, GOOD PRACTICES		percorsi tra ospedali .. abbiamo fatto una convenzione con xxxx in modo da avere un gruppo di ricerca autorevole, visto che non ce l'abbiamo all'interno, leghiamoci a qualcuno all'esterno	Ci sono alcune unità operative che sono collegate a delle reti internazionali di progetti di ricerca, per cui questi sicuramente cavalcano le linee e hanno dei progetti..hanno una rete internazionale ben collaudata..	I referenti si sono parlati e hanno utilizzato il modello e l'esperienza di chi l'aveva già fatto good practices-->che c'è qualche buona idea da sfruttare	modello di questo network .. mettere insieme le esperienze .. PDTA coinvolgono sempre reti:sia intra-organizzative che inter-organizzative	
CONTROLLI,	attività relative l'accreditam. istituzionale per il raggiungimento degli		per essere accreditate le strutture dovevano almeno confezionare il 30%	tra gli obiettivi joint commission di quest'anno, c'erano i PDTA		dettami della joint commission

ACCREDITAMENTO	obiettivi, degli standard di joint commission è prevista la definizione di percorsi le ASL ormai fanno verifiche a tappeto tra cui chiedono anche queste cose					
FINANZIAM. ESTERNI		C'è un'industria che paga, e lì, è un incentivo molto forte			la Regione ci ha finanziato il progetto di collegamento fra i centri,	
STRUTTURA ECCELLENZA		azienda ospedaliera universitaria	Alcuni hanno una rete internazionale ben collaudata.. quindi abbiamo dei livelli di eccellenza,più operativi, più propositivi.	noi abbiamo dentro l'Università	ambito di struttura di ricerca come è appunto questa	
ESPERIENZA PRATICA	una volta che uno una cosa l'ha dovuta fare..ci ha guadagnato qualcosa nel farlo, poi pian pianino ne riconosce anche la validità, allora da quel momento si va avanti con un'altra prospettiva, con un altro clima.. la prima mi è toccata farla per forza..però ho visto che tutto sommato adesso che l'ho fatta..male non mi trovo, e allora potremmo fare anche la seconda..	facendoli..includendoli nei gruppi che lavorano, è un aspetto fondamentale, devi lavorare proprio, intanto apprendono, è proprio una forma mentis, acquisisci un modo di pensare critico nell'eseguire l'attività quotidiana..questa è la cosa fondamentale..anche se hai un ruolo minimo, l'importante è che partecipi, e che ti leghi a un gruppo,questo è un messaggio che noi diamo sempre..				
TIPO di DISCIPLINA		Tipo disciplina, perché c'è un'industria che paga, e lì, è un incentivo molto forte..		che ci sono discipline che sono più portate alla multidisciplinarietà		

OSTACOLI						
VAR	**MALLEOLO**	**OMBELICO**	**MENTO**	**COSCIA**	**PIEDINO**	**TARLO**
CAMBI NELLA DIREZIONE		L'interruzione del 2008 è stata una scelta aziendale.. c'era tutto questo lavoro, però c'era una nuova direzione interessata ad altro	In questa fase abbiamo avuto un cambio di direzione strategica..purtroppo il periodo è meno favorevole			
AMPIEZZA			4 presidi ospedalieri, difficoltà di coordinamento, di integrazione.	5 presidi.. dà le dimensioni		
TEMPO:RISORSA CRITICA NO PERDITA TEMPO, INVESTIMENTO TEMPO E ENERGIE PERCEPITO COME UTILE	ci si scontra con delle situazioni che non sono solo di carattere cliniche, ma magari anche di carattere organizzativo, dice non ho tempo, non posso farlo questo tipo di lavoro..non perché ho paura di farlo, ma perché non ho le risorse etc.., .. non si può caricare poi eccessivamente di ulteriore lavoro persone che sono in situazioni già un pochino critiche dal punto di vista organizzativo	se ha tempo da dedicare ..non aveva tempo, aveva 8 mila cose..	anche perché il tempo è sempre poco, le cose da fare tante.. e quindi la gente non vuole perdere tempo in riunioni.. .. gli rimane ben poco tempo per pensare a innovare	richiede tempo..non è che..richiede tempo..per cui la resistenza è proprio più che altro che noi troviamo in tutte queste cose qua....c'è un problema obiettivamente di tempo,perché fare un PDTA vuol dire nel multidisciplinare che devi raccoglierti intorno a un tavolo nelle varie discipline.arrivare a un accordo ognuno per la propria pare e poi qualcuno deve cucire le parti di interfaccia..		motivando con la mancanza di tempo e di risorse .. è una questione di tempo, non tanto di partecipazione

Tabella 8: Input endogeni nello scenario di fallimento

INPUT						
VAR	**MALLEOLO**	**OMBELICO**	**MENTO**	**COSCIA**	**PIEDINO**	**TARLO**
DIREZIONE: COMMITTMENT E CAMBI	La Direzione ha altro cui pensare per loro non è una priorità la considerano una questione più formale che sostanziale non sentono come prioritaria questa esigenza	c'era tutto questo lavoro, però c'era una nuova direzione..e interessata molto più ad altri aspetti L'interruzione del 2008 è stata una scelta aziendale una direzione che ci crede molto è un altro aspetto sicuramente elemento indispensabile **il problema è quanto la direzione investe su questa cosa, perché ci vuole un investimento**	In questa fase abbiamo avuto un cambio di direzione strategica..purtroppo il periodo è meno favorevole la Direzione non è più orientata molto quindi facciamo più fatica in questo senso, perché dobbiamo ovviamente scontrarci con una certa mentalità un po' differente..	però è ovvio che ci vuole l'appoggio di quelle che sono le figure istituzionali che sono deputate al controllo		
U. SUPPORTO: Mandato Da Direzione		ci vuole un gruppo in azienda dedicato sui PDT,che abbia livello direzionale.. devi avere anche l'autorevolezza	non abbiamo questo grosso supporto da parte e mandato da parte della Direzione attualmente, le priorità vengon considerate altre	i PDTA in realtà sono un po' come i farmaci,cioè sono un po' orfani,	Una volta che si arriva a definire il PDTA questo viene validato da una struttura?In questo momento non mi risulta che questo venga fatto in modo sistematico	
U. SUPPORTO:Leadership, Autorita'	non c'è un sistema qualità che accentri caratteristiche di coordinamento dei processi trasversali: ognuno si occupa di una cosa, e non convergono			ci vorrebbe una regia più.. dovrebbe esserci in ogni unità operativa chi ha abbastanza leadership da raccogliere il gruppo, farlo lavorare,dare i tempi.		

U. SUPPORTO:Struttura e Competenze	qui è un ufficio, un servizio, siamo io e lei..per cui cioè non è che si possa pretendere più di tanto	ci vuole un gruppo in azienda dedicato sui PDT,che abbia competenze, capacità, livello direzionale..che funga da supporto, che poi loro vanno.. devi avere anche l'autorevolezza, devi conoscere la letteratura..				
U. SUPPORTO: Compiti	(Qua non c'è)una cabina di regia,(non c'è)un momento di coordinamento .. Consulenza dal punto di vista metodologico, dell'approccio, l'analisi dei processi..quelle cose lì, e dal punto di vista formale	Se ci sono dei conflitti gestisce i conflitti e ha l'autorità per farlo un monitoraggio continuo, un affiancamento continuo, un tutoraggio con i clinici, i gruppi, sentirsi funga da supporto, li guidi.. registra dei dati, li raccoglie, sollecita.. ORA MANCA	cadenza precisa, degli obiettivi, dei sistemi di valutazione del controllo di monitoraggio		inseriamo i dati in un data base, li analizziamo e restituiamo feed-back gli indicatori di qualità di efficacia ed efficienza procedure di audit, a campione	contribuendo come supporto metodologico monitoraggio e indicatori
FORMALIZZAZIONE METODOLOGIA		**cominciato a** delineare le metodologia				**pensiamo di** contribuire per standardizzare i protocolli, che sono elementi facenti parte dei PDT.
COMPOSIZIONE TEAM		consigliavamo non più di 9 proponevano anche le persone da coinvolgere. Controllo se rappresentavano tutte le figure interessate..se ne aveva escluso qualcuno, lo si suggeriva, o se troppo grande..	un gruppo nominato dalla Direzione che si riuniva periodicamente costituito dal Risk manager,dal responsabile della Qualità, da dei direttori sanitari di presidio, dottori medici di presidio, e da una rappresentante dei chirurghi			sono stati individuati anche un gruppo cui poter fare riferimento, cioè attori che partecipano a questi percorsi.

OB CHIARI ED ESPLICITI, LEGATI A BUDGET		è anche andata nel budget, per cui degli indicatori legati ai PDT da raggiungere era un obiettivo di budget un'incentivazione economica, quando l'abbiamo legata al budget		sono stati dati come obiettivi di budget per quest'anno..		ci sia già alla prima riunione definito l'obiettivo
INCENTIVI, GRATIFICHE		riconoscimento come ruolo nell' azienda - presentazione ufficiale del PDT di riferimento su quel tema,evento importante				
MOSTRARE UTILITA', VANTAGGI: Formazione, Promozione, Evidenze, Possibilità Di Pubblicazioni	ha cercato **di fare passare il messaggio** sono entrati nell'ottica che il fatto di avere dei percorsi ben definiti, condivisi, etc.., migliora il lavoro dal punto di vista organizzativo e lo **può migliorare** anche da un punto di vista qualitativo, per cui cominciano a capire qualcheaspetto positivo nel fare questi documenti che fino a ieri sembravano solo carta c'è e bisogna cercare di trovarlo, però è dura .. guardate che non è un lavoro così, fatto tanto per..vi serve, vi tutela, vi aiuta.."ci sono quelle che comunque capiscono il messaggio, e proprio vedi che sono partecipi..ci sono quelle che non ci sono	abbiamo misurato con una serie di indicatori si **misurava il miglioramento.** .. se c'era una **letteratura dietro** molto forte a cui fare riferimento, componenti vincenti .. chi ostacolava vuol dire che non voleva..far sì che il paziente ricevesse le cure necessarie come da letteratura,questo era un **messaggio** molto forte .. in una sala **convegn**i si invitavano tutti a partecipare .. fatto **dei corsi,** tantissimi ne stiamo ancora facendo, abbiamo fatto 2 master annuali sulla metodologia	esigenza di innovazione, di PDT per le innovazioni clinichedesunte ovviamente **dalla letteratura scientifica** .. i gruppi di lavoro con valenza ECM, per cui abbiamo utilizzato anche questo sistema..per invogliare..**Tipo formativo**. .. quindi arriva proposta da parte dei clinici di un'introduzione eventuale di un nuovo PDT **in base alle evidenze scientifiche, alle analisi,** etc.	io ho fatto numerosi corsi su come si costruisce un PDTA di **formazion**e, però dopo una fase di **sensibilizzazione** che è durata qualche anno, prima di passare a una sistematicità e a una audit sia sulla tipologia di PDTA scelti, sia su come verificarli, dobbiamo ancora metterea punto lo strumento .. dovrebbe assolutamente fare **formazione** su quelli che chiamiamo **non professional skills**.. rientrino nel percorso formativo..	ci sono **basi scientifiche** che ci dicono che l'assistenza all'ictus va fatta secondo certi modelli, però sono modelli organizzativi che fanno riferimento a singoli pezzi,no..cioè c'è la stroke unit che ha delle evidenze di letteratura .. si parte **da evidenze** come abbiamo voluto fare noi .. era sentito più nell'immediatezza dell'**urgenza**	gruppo sono state acquisite **evidenze scientifiche**, lavorando sempre con **l'evidence based** e quello che dicono le varie società scientifiche .. chiediamo che ogni affermazione sia supportata dall'evidenza, cioè la forza anche della raccomandazione di quello che si dice .. che sia soprattutto utile.

	santi.. altri hanno capito l'importanza di questo e si sono sentite motivate Per cose che gli servono..capiscono l'utilità..	della ricerca				
FAVORIRE CONFRONTO Occasioni Di Incontro, Formalizzazione Gruppi Interdisciplinari, Reti Di Referenti		**-area dedicata**: abbiamo accorpato in un'unica area queste funzioni, queste attività, sia quella clinica che quella a supporto -il vantaggio che vedo maggiore è la relazione, nelle **conferenze**, non tanto quello di apprendere	noi facciamo dei **gruppi itineranti** essendo su 4 presidi per cui di volta in volta i lavori vengono organizzati in sedi diverse per cercare di andare incontro alle esigenze di tutti e per non privilegiare		organizzo tutti gli anni un evento congressuale che è anche un momento di discussione.. da alcuni anni inserito anche il personale infermieristico che quindi lavora e si incontra lì, come si incontrano lì i medici	Farli parlare.. bisogna starci dietro.. buona rete di referenti che condivide con noi il percorso "qualitatese" e con loro parliamo eci si confronta molto
PERCEZIONE BISOGNO MIGLIORAMENTO: Revisione Processi, Analisi Rischi, Introd. Tecnologie, Scelte Organizzative,	-sulla base di quelle che sono le loro criticità - un emergenza..allora lì entrano diverse competenze..stanno venendo fuori adesso quei discorsi		eventi sentinella che a seguito di una rigorosa analisi hanno indotto delle individuazioni di azioni di revisione di alcuni processi organizzativi e clinici tali da..	-criticità, vulnerabilità, anche se non sono sfociate, chiedono interventi focus -spunti che vengono da gestione del rischio	rianalizza tutto il percorso	attività finalizzate all' individuazione di aree che potessero avere un interesse da poter mettere sotto analisi **facendoci dare report su eventi o su segnalazioni** legato all'incident reporting
IMPOSIZIONE	L'input iniziale è sempre l'imposizione o il ritorno					
LEADER		caratteristiche per coordinare... leader molto forte che ha t da dedicare				

Questo tipo di scenario raggruppa quelle aziende ospedaliere in cui i PDTA multidisciplinari non sono una realtà diffusa, dove sono praticamente assenti, o, nel migliore dei casi, una rara eccezione.

Alcune realtà presentano protocolli, ma ancora lontani dall'essere multidisciplinari, spesso sono monodisciplinari, talvolta vi sono anche protocolli separati per medici e per infermieri (MALLEOLO), il contesto non è ancora maturo per una modalità di lavoro simile. Questo, accompagnato a un' assenza di metodologia e a una scarsa standardizzazione del processo può portare a disporre di più percorsi per la stessa patologia, stilando percorsi che si sovrappongano o, ancor peggio, che siano dissonanti, generando così delle problematiche.

Sono tutti casi caratterizzati da una resistenza culturale, o sull'aspetto della multidisciplinarietà, della collaborazione tra professionisti di estrazione diversa, di discipline differenti,(ad es. la cultura di "orticello" presente al MALLEOLO, in cui ognuno agisce interessandosi unicamente della propria disciplina, senza una visione integrata, di sistema, che guardi all'intero percorso del paziente; o il MENTO, in cui la multidisciplinarietà si riesce a raggiungere solo se imposta, se è presente il controllo dell'ASL, ma spontaneamente fatica ad emergere) o sul versante dell' innovazione della pratica clinica, che viene percepita come un aggravio, un' inutile perdita di tempo, una burocratizzazione del sistema, che toglie tempo all'attività principale che deve essere quella di erogare cure e servizi ai pazienti, o su entrambi i versanti.

In due casi (OMBELICO e MENTO) si è avuto un declino nella produzione dei PDTA in gran parte dovuto a un cambio di Direzione, che portando nuovi obiettivi ha dirottato gli sforzi delle Direzioni precedenti per cercare di creare una cultura che supportasse la produzione di PDTA e la collaborazione multidisciplinare.

Il cambio di priorità della Direzione ha tolto risorse all'unità che si dedicava al supporto dei Percorsi, bloccando i tentativi di nascita spontanea (al OMBELICO i professionisti vorrebbero un ritorno di tale unità che si dedichi al supporto dei percorsi).

Altri casi mostrano come chi ha il ruolo di supervisionare i PDTA in realtà ha un mandato debole, poca autorità e poco potere, e dunque gli interventi non riescono a portare gli effetti voluti. In altri casi vi è proprio una carenza di interventi per cercare di spingere in questa direzione.

In genere nei casi non si è raggiunta una cultura nell'organizzazione che da un lato percepisca i PDTA come uno strumento utile, che porti dei vantaggi per il paziente, per l'organizzazione, ma anche per i professionisti stessi, e dall'altro veda positivamente il lavoro multidisciplinare. Questo non permette una proposta dal basso di nuovi PDTA, infatti in questi casi i PDTA partono quasi esclusivamente da un' indicazione dall'alto, vengono calati dall'alto, solo successivamente vi è una condivisione con i professionisti.

Le unità che si occupano di supervisionare i PDTA si sentono piuttosto impotenti. Non possono esercitare alcuna autorità su i professionisti, né riescono ad ottenere un loro coinvolgimento, necessario.

Gran parte dei percorsi che si sono riusciti ad ottenere sono dovuti a condizioni esterne, in cui o la Regione ha imposto come requisiti determinati PDTA, o alcuni professionisti sono stati spronati da altri colleghi con cui sono collegati, o alcune unità sono caratterizzate da una intrinseco indirizzamento all'innovazione essendo appartenenti all'eccellenza, o sono state stimolate dalla particolarità del tipo di disciplina che si presta maggiormente a un percorso integrato che coinvolge più discipline, come può accadere per l'oncologia, o l'ictus ischemico.

4.2 Scenario intermedio

In tre casi non possiamo parlare né di successo né di insuccesso, in cui non vi è stata una completa diffusione di PDTA .

Le tabelle 9 - 15 mostrano le caratteristiche dei casi emerse durante le interviste

Tabella 9: Outcome nello scenario intermedio

OUTCOME		
SALVAGUARDA	**MARTELLI**	**CORONA**
noi **abbiam prodotto già moltissimi anni fa dei profili di cura.**.che sarebbe, per ciascuna specialità, **quali sono i percorsi che il paziente fa** a seconda della patologia che ha .. allora abbiam pensato che era più opportuno avere le linee guida di riferimento aziendali, con dei profili di cura, che sono appunto quelli che le citavo prima, in cui lasciamo abbastanza libertà poi al clinico di muoversi cercando di anticipare anche i tempi laddove possibile .. Sono **per patologia** .. **tutto ciò che si fa in day hospital è coperto** da profili di cura .. cura sono specifici per specialità..**una cosa che non c'è stata probabilmente quando li abbiamo fatti è proprio la multidisciplinarietà**, nel senso che ..o per lo meno..non c'è stata in maniera completa .. là dove si parla di linee guida c'è sempre un tavolo multidisciplinare e multi professionale, nel senso che coinvolgiamo diverse discipline e cerchiamo di coinvolgere tutte le professioni .. Direi che prevalentemente **sono nati nel tempo proprio dall'esigenza dei professionisti**	Tipicamente questi percorsi **hanno un approccio**, se ho capito bene, **multi professionale e multidisciplinare**?Assolutamente si .. chiesto ad **ogni unità operativa** di proporre almeno **3 PDT,** parlo del 2011, la risposta è stata ottima, nel senso che siamo **intorno al 98% di esiti favorevoli**, alcuni di questi sono in sinergia tra più unità operative, però direi che attualmente stiamo sviluppando almeno una 50 di PDT … detti questi che sono di fondazione, quindi ci sono su tutte le UO, ci sono poi quelli all'interno delle singole UO … **ci sono delle aree più all'eccellenza che altre** .. noi avremmo bisogno che queste persone- referenti- colloquiassero di più fra di loro, questo ancora non riusciamo ad ottenerlo..cioè **diventassero più trasversali** , noi li vorremmo un pochino più trasversali..**con alcuni ci siamo già riusciti,** ma ancora una volta a macchie di leopardo, invece avremmo bisogno che fosse più generalizzata questa attività .. **12 percorsi.. 7 percorsi che sono su tutta la fondazione uguali..** **è nata dal basso..- la richiesta**-	magari i gruppi a volte fanno riferimento a delle patologie specifiche ristrette, nel senso che magari coinvolgono un n° ristretto di specialità, di discipline, altri invece non so, lo stoke è molto più..come dire..coinvolge molte specialità, molte discipline, molte professioni..quindi abbiamo certificato due anni fa il percorso, quello appunto dello stroke,quello della mammella nel senso della neoplasia … È una richiesta che viene dall'alto oppure sono tipicamente i primari/medici che..? Un po' e un po',diciamo..c'è abbastanza vivacità in azienda .. non è che su tutti gli oltre 600 medici che lavorano in azienda, e gli altri comunque laureati etc, etc.. che poi ci sia..che tutti siano, no, questo no, è un processo..questo discorso dei pacchetti che le facevo prima, sono i mattoni che poi andranno, quindi si cerca di spingere di favorire,ma non è che tutti siano..questo no.. .. non è diffuso completamente tant'è che è un obiettivo di budget, non è che è una modalità ancora diffusa a tutte le unità operative .. in un percorso il paziente viene visto da diversi reparti, diverse discipline e così via?Sì -.. Quindi questi gruppi arrivano a definire un percorso interdisciplinare in cui sono coinvolte tutte le diverse discipline? F: Sì

Tabella 10: Caratteristiche legate a contesto di professionisti nello scenario intermedio

PROFESSIONISTI		
SALVAGUARDA	**MARTELLI**	**CORONA**
li abbiamo creati direttamente con le specialità .. perché se faccio le linee guida e prendo solo gli specialisti,**gli specialisti fan riferimento alle loro società scientifiche,** le società scientifiche non sono una garanzia di appropriatezza delle linee guida, anzi..le società scientifiche agiscono a volte sotto molte pressioni di tipo culturale, di tipo anche industriale, quindi **non sono una garanzia di trasparenza e di autonomia**.. questo diciamo, è un problema che dovremo sicuramente affrontare .. i pneumologi che seguono l'asma e gli allergologi che seguono l'asma.. hanno percorsi differenti, all'interno dell'ospedale c'è sicuramente una dissonanza.. oppure, i chirurghi che si pestano i piedi e quindi si creano sicuramente delle tensioni .. non abbiamo mai imposto delle decisioni, perché siamo convinti che l'imposizione porta poco lontano,cioè se io ti impongo una cosa che tu non hai condiviso, troverai tutti i modi per non farla, o per farla in maniera diversa da quanto io ti dico che deve essere	c'è un'estrema resistenza da parte degli organizzazione sanitaria a mettere a sistema le competenze, nel senso che c'è una discreta avarizia culturale e quindi… si, si incontrano difficoltà anche perché **alcune discipline ritengono di essere in possesso del "verbo" rispetto ad altre che vengono considerate diciamo, delle discipline meno importanti e vogliono dettare quelle che sono i criteri di approccio a una patologia**. In questo non aiuta , secondo me, però è un parere del tutto personale, non aiutano neanche le comunità scientifiche; le società scientifiche tendono a **preservare la cultura della propria branca, della propria disciplina come se fosse un tesoro prezioso e assolutamente inalienabile** e quindi c'è una certa rigidità. Il fatto più eclatante è **che varie specialità si rubacchiano i pazienti ritenendo di essere quelle meglio in grado di affrontare la problematica del paziente** .. Noi quello che chiediamo è in realtà di poter valutare il risultato, quindi come ci arrivano, poco entriamo e neanche vogliamo entrarci perché sarebbe limitare la loro autonomia e non abbiamo la forza per farlo .. la mia società scientifica non mi dà linee guida di riferimento .. siano legati alla tradizione di come si lavora e non vogliano capire che purtroppo abbiamo iniziato a lavorare in un altro modo..come tutti i grandi cambiamenti è un cambiamento difficile da far digerire .. Quindi non è un problema legato alla disciplina: un radiologo che parla con un cardiologo, è più che altro un problema tra individui? No, questo l'abbiamo superato	i professionisti sono diversi, hanno un approccio, hanno un back ground e un approccio di conoscenze e un approccio quindi sul caso, un' esperienza e una competenza diversa, e quindi hanno anche delle opinioni completamente diverse sul come è , quindi alla fine il percorso, il gruppo interdisciplinare va a definire delle regole comuni e dal punto di vista organizzativo, quindi l'organizzazione **quindi resistenze possono essere più di tipo professionale, perché anche c'è questo aspetto qua, io mi riconosco, condivido le indicazioni di una certa società scientifica** e lei che magari è sempre un chirurgo, io sono un chirurgo e lei è un chirurgo,e dice "ma, io no, **secondo me sono meglio, sono più importanti, danno più risultato queste altre evidenze", quindi anche un confronto professionale, allora, a volte questo confronto professionale può avere delle evoluzioni diverse, nel senso che si può arrivare alla fine a trovare una linea comune, piuttosto che no**

Tabella 11: Condizioni endogene: cultura nello scenario intermedio

CONDIZIONI ENDOGENE : CULTURA		
SALVAGUARDA	**MARTELLI**	**CORONA**
	quindi **si è cercato di creare una cultura partendo da poche unità operative** mi sembra, mi precede, direi che fossero i laboratori di analisi i primi che hanno … che chiedevano questa spinta alla certificazione e poi **man mano abbiamo cercato di creare degli stimoli anche in altri** che vedendo quale poteva essere la miglioria organizzativa , il beneficio portato dall'essere o meno certificato, altri si avvicinassero a questo tipo di scelta organizzativa. Adesso man mano osserviamo questo, cerchiamo di mantenere la certificazione e di diffonderla ad altri …, quindi la cultura della qualità, ha portato a modificare un po' il comportamento delle varie compagini o organizzative, per cui, già c'è una tendenza, se non estremamente diffusa però direi adeguatamente presente nella nostra organizzazione a lavorare in termini qualitativi mettendo attorno al tavolo teste pensanti che in qualche modo cercano di coagulare un prodotto finale che sia responsivo dell'esigenza clinica e terapeutica ma anche di buon livello qualitativo, inteso come attenzione all'output. Quindi in parte questo era qualche cosa di già presente, certo che lo stimolo a lavorare su obiettivi specifici e su percorsi del paziente all'interno dell'organizzazione ha stimolato un affinamento di questa capacità .. in termini di approccio culturale e di diffusione della cultura del lavorare secondo piani diagnostici probabilmente siamo ancora un po' alle prime luci dell'alba, per cui abbiamo un discreto spazio di miglioramento. … ambiente estremamente favorevole .. c'è proprio la capacità di interagire in maniera multidisciplinare, è difficilissimo che ci siano delle incompatibilità	Il discorso dei percorsi se ci focalizziamo su questo **aspetto è partito da qualche a**nno .. ho visto colleghi molto motivati nel cercare di erogare al meglio l'assistenza che dovevano dare, e quindi cercare direttamente il collegamento e l'integrazione, la collaborazione con colleghi comunque che potevano dare un apporto nel risolvere , nel dare un contributo di tipo professionale sull'aspetto e che quindi si sono nel tempo, queste relazioni, serrate, quindi c'era già direi .. certe cose erano..per quello dico c'era già un terreno..dei professionisti, non si può dire tutti, però abbastanza orientati su questo e su cui sempre si è insistito, non si è mai mollata la presa..

Tabella 12: Condizioni endogene: clima e team *reflexivity* nello scenario intermedio

CONDIZIONI ENDOGENE : CLIMA E REFLEXIVITY		
SALVAGUARDA	**MARTELLI**	**CORONA**
bisogna avere un campionamento che sia solido, robusto..che ci permetta poi di tornare dai colleghi e dire il dato .. .. estraiamo i dati che ci sono utili.. per far sapere ad es la grandezza del fenomeno o l'impatto che può avere una certa azione di miglioramento .. sanno che qui hanno sempre avuto, ormai dal 90....sanno che qui c'è un punto di ascolto che ha anche gli strumenti per poter poi dare vita ai gruppi di lavoro,	Riconfrontandosi anche con altri professionalità e specialità magari si trovava un aggiustamento magari più vicino, adeguato, funzionale e responsivo dei bisogni. .. mettendo attorno al tavolo teste pensanti che in qualche modo cercano di coagulare un prodotto finale che sia responsivo dell'esigenza clinica e terapeutica ma anche di buon livello qualitativo, inteso come attenzione all'output .. quando il tema è in qualche modo sentito dalle varie componenti è più facile ottenere … e quando non c'è l'idea che ci sia una sorta di furto più o meno misconosciuto o sottinteso allora è più facile trovare collaborazione .. TASK ORIENTATION: molto conta anche le riunioni di presentazione dei dati.. credo che valga moltissimo il concetto di chi si è occupato di qualità che dice che bisogna misurare il miglioramento è importante misurare..abituare le persone ai criteri di misura mento e fare la comparazione .. SUPPORTO: abbiamo fornito sostanzialmente un menabò che forniva più o meno gli item che dovevano essere presenti in questo … però è stato a beneficio pratico non tanto culturale	cercare direttamente il collegamento e l'integrazione, la collaborazione con colleghi comunque che potevano dare un apporto nel risolvere , nel dare un contributo di tipo professionale sull'aspetto e che quindi si sono nel tempo, queste relazioni, serrate .. c'era già un terreno..dei professionisti, non si può dire tutti, però abbastanza orientati su questo e su cui sempre si è insistito, non si è mai mollata la presa.. concordare delle regole comuni su cui convengono tra di loro li aiuta a erogare una qualità di assistenza che è migliore rispetto a quella precedente .. siccome vedono il vantaggio di questo perché oggettivamente è un miglioramento della qualità .. sinergia tra, da una parte, la volontà della Direzione, e, dall'altra, l'interesse dei professionisti..

Tabella 13: Condizioni esogene che favoriscono TI nello scenario intermedio

CONDIZIONI ESOGENE			
VAR	**SALVAGUARDA**	**MARTELLI**	**CORONA**
SPINTA DA REGIONE e RETI REGIONALI	progetti che sono richiesti da punti di vista istituzionali e dalla Regione	Da obiettivi regionali, i direttori generali ribaltano sull'organizzazione l'attivazione di PDT o percorsi diagnostici terapeutico assistenziali a seconda dell'area ospedaliera e ASL **network tra le varie organizzazioni territorio e ospedale** per creare, una presa in carico un pochino più efficiente dell'utenza **tavoli tecnici, tavoli di lavoro, che** sono integrati, azienda ospedaliera- azienda ASL per attivarsi su focus particolari, su patologie particolari con interessi, o di tipo sociale o di tipo economico	Altri, tipo lo stroke e l'infarto che si sta muovendo col territorio
CONTROLLI, ACCREDITAMENTO, CERTIFICAZIONI	li abbiamo condivisi con la ASL perché ci servivano in fondo anche per i NOC, per dare un senso al concetto di appropriatezza	noi abbiamo un certo numero di UO che sono certificate e un certo numero di UO che non lo sono. Quindi quelle certificate hanno degli stimoli a mantenere questo standard qualitativo che sono più forti, e quindi hanno già, culturalmente, maggiore spinta motivazionale alla produzione di PDTA, protocolli, procedure, sono già orientati meglio. Quindi direi che la differenza la fa quelli che sono certificati rispetto a quelli che non lo sono. alcuni reparti, alcuni servizi rispetto a questo che è un accreditamento e una modalità di lavoro in qualità..sono già arrivati agli accreditamenti di eccellenza anche di livello europeo, perché devono accedere a determinate tipologie di risorse o banche dati	
ESPERIENZA, PRATICA		hanno cominciato molto prima a lavorare sui protocolli definiti e questo ha consentito di partecipare e in qualche modo coagularli sotto "un'unica bandiera"	
TIPO DISCIPLINA		Un'eccezione che ho trovato piuttosto eclatante è l'oncologia. La specialità di oncologia ha una maggiore cultura della diffusione e collaborazione rispetto ad altre	
STRUTT. ECCELLENZA		ambiente estremamente favorevole, molte UO in mano all'Università - è un IRCCS, quindi un luogo di ricerca, di formazione, dove c'è proprio la capacità di interagire in maniera multidisciplinare, è difficilissimo che ci siano delle incompatibilità - il fatto di essere IRCCS è una spinta forte a innovare diverse tesi di tipo organizzativo fatte all'interno dell'ospedale, su possibili riorganizzazioni a vantaggio della struttura	

Tabella 14: Ostacoli a TI nello scenario intermedio

OSTACOLI			
VAR	**SALVAGUARDA**	**MARTELLI**	**CORONA**
Carenza Personale	**il lavoro da fare si è incrementato negli anni, noi siamo sempre gli stessi, anzi ci siamo ridotti**, molte cose più di prima da fare e avere le stesse risorse, ha voluto dire in qualche **modo rinunciare a fare alcune attività** che andavano avanti anche senza la nostra supervisione	è ancora un'UO che **ha un suo staff molto ridotto** .. Ci son delle difficoltà che percepisce nella sua attività di supervisione ..?**Sicuramente avere più persone**	Siamo in 8 mi pare..sì..oltre a me ci sono altri 2 medici, più un part time al 70-80%, poi c'è un professore universitario che di base è un chimico, un caposala, un coordinatore nell'area infermieristica, e poi la segreteria che son 3 persone..pochine
Tempo:risorsa critica		non ho tempo abbiamo poco tempo, siamo da soli, abbiamo carenze di organico	è un problema di tempo, perché questo è un altro grosso punto, difficoltà che loro manifestano, quello di non avere tempo, sufficiente tempo da dedicare a queste cose, ecco, questa è una delle difficoltà che spesso portano, esprimono, manifestano..non tanto sulla cosa in sé..
Estensione: difficoltà collaborazione	Area molto vasta	noi abbiamo **due presidi** **tanti piccoli padiglioni, in un'area abbastanza vasta** **l'ospedale è enorme**	2 Presidi
ALTRI OSTACOLI		abbiamo difficoltà a fare investimenti e abbiamo necessità di rinnovamento tecnologico e strutturale abbastanza importante ed è chiaro che proporre dei percorsi di condivisione, a fronte del fatto che abbiamo **grandi differenze tra alcuni reparti ed altri**, diventa sicuramente limitante.	

Tabella 15: Input endogeni nello scenario intermedio

INPUT			
VAR	**SALVAGUARDA**	**MARTELLI**	**CORONA**
CAMBI NELLA DIREZIONE, COMMITTMENT DIREZIONE		**gli altri anni si era data meno enfasi**, non era stato dato in maniera così capillare, ma era stata data come proposta e quindi qualcuno ha aderito, qualcun altro … appunto verificando scarsa permeabilità dell'organizzazione a questo tema, abbiamo quest'anno, definito degli obiettivi molto più stringenti per cui buona parte dell'obiettivo del risultato è data a fronte della produzione di questa documentazione	diciamo, è stata **questa direzione** ultima che è arrivata nel 2008 che ha dato questo **impulso forte..**
U. SUPPORTO: Mandato Da Direzione E Autorità	l'**autorità** di cui gode la dottoressa xxx all'interno dell'ospedale e di cui godeva già allora, perché erano già molti anni che si occupava di Qualità, essendo una collega che proviene dalla clinica, non ha trovato resistenza	dovremmo a questo punto proporre **noi una struttura di supporto e facilitatori che non abbiamo**, per cui li lasciamo lavorare tre di loro .. tutte **le modifiche passano sempre** dalla vostra unità che deve approvarle per poi implementarle? Sì,.questo siamo riusciti ad ottenerlo..	E voi avete **un mandato forte dalla Direzione** che vi chiede di.. Sì,credo di sì..
U. SUPPORTO: Compiti	settimanalmente facciamo la **rilevazione dell'appropriatezza** **non riusciamo più ad avere questa funzione di coordinamento**, rinunciare a fare alcune attività che ci rendevamo conto che andavano avanti anche senza la nostra supervisione **MISURARE** Segue indicatori, fa **ricerca bibliografica**, **fornisce documenti** di riferimento, **partecipia** ai gruppi di lavoro, far sì che la struttura qualità garantisca **metodologicamente** il proprio apporto.. **estraiamo i dati** che ci sono **utili**	abbiamo f**ornito s**ostanzialmente un menabò che forniva più o meno **gli item** che dovevano essere presenti .. perché li **supportiamo** dal punto di vista della formazione del personale,.. in più c'è **un monitoraggio continuo** su alcuni .. non possiamo chiedergli di andare a parlare con un suo collega, vuole sempre **la nostra intermediazione**..	è quest'Ufficio che **raccoglie le evidenze**

FORMALIZZAZIONE METODOLOGIA	una modalità che è abbastanza standardizzata	Noi abbiamo dato delle indicazioni rispetto a quella stesura di protocolli secondo lo schema della Qualità..**Il progetto di Qualità dell'anno prossimo** riguarda proprio la stesura dei PDT per creare una condivisione rispetto anche alle modalità di analisi e di stesura	
COMPOSIZIONE TEAM		Sono gruppi che lavorano all'interno di UO, salvo alcuni casi, in cui il PDT era maggiormente coinvolgente per cui riguardava più strutture e quindi li **abbiamo definiti noi** e non li abbiamo lasciati scegliere a loro	**Si propongono loro**..di solito è chi fa la proposta che dice chi è il coordinatore
OB CHIARI ED ESPLICITI, LEGATI A BUDGET	Quando li abbiamo fatti non c'era ancora il problema del budget	proponiamo la stesura di PDT all'interno della nostra azienda come **obiettivo di budget** per i direttori di struttura complessa. lo stimolo a lavorare su **obiettivi specifici** e su percorsi del paziente ha stimolato un affinamento di questa capacità abbiamo definito degli **obiettivi molto più stringenti** per cui buona parte dell'obiettivo del risultato è data a fronte della produzione di questa documentazione	abbiamo come **obiettivi di budget**..sui percorsi di portarli avanti è un obiettivo di budget, non è che è una modalità ancora diffusa a tutte le unità operative, con gli ob di budget di quest'anno e l'anno prossimo si vuole estendere a tutti
INCENTIVI, GRATIFICHE	anche chi non lo vorrà fare lo farà, perché quello diventa un suo obiettivo, legato anche a un salario, e allora anche se non sono tanti, però se devi perdere 3000 € in un anno ti dispiace, e allora se sai che io te lo misuro, lo fai		essere riconosciuto, visibilità. riconosciuta come un'attività importante in azienda è un riconoscimento esterno.. quindi c'è anche la visibilità esterna.. il fatto di dover far l'evidenze annualmente..produrre..li costringe ad usare dei metodi che dà anche evidenza, quindi indicatori della qualità dell'attività che loro stanno portando avanti..di conseguenza alla fine **gratifica..dal punto di vista professionale**

INTERVENTI CHE MOSTRINO UTILITA', VANTAGGI: Formazione, Promozione, Evidenze, Possibilità Di Pubblicazioni	Far capire che era il modo migliore per dare un'organizzazione all'interno e giustificazione di quanto si faceva all'esterno **gran parte** dei medici hanno fatto f**ormazion**e per l' EBM modo per garantire che tutto ciò che fosse stato fatto sarebbe poi stato valorizzato, il profilo era una garanzia poi rispetto alla valutazione della ASL, e quindi permetteva poi una tranquillità al momento in cui avevamo i controlli di avere una valorizzazione corretta delle nostre attività	creare stimoli anche in altri che vedendo quale poteva essere la miglioria organizzativa , il beneficio portato dall'essere o meno certificato, si avvicinassero a questo tipo di scelta organizzativa. **preso spunto dalla letteratura**, attenzione al **gold standard** scientifico è massima da parte di chi produce questi percorsi Intendevo **fare dei momenti di formazione** con il nostro personale, proprio per condividere con loro quelli che sono la cornice all'interno del quale poi andare a produrre quelle che sono invece delle competenze strettamente cliniche è un lavoro continuo su cui si deve **sensibilizzare**	con queste procedure, il fatto di dover far l'**evidenze** annualmente..produrre..li costringe ad usare dei metodi che dà anche evidenza **siccome vedono il vantaggio** di questo perché oggettivamente è un miglioramento della qualità, anche loro..
INTERVENTI PER FAVORIRE CONFRONTO Occasioni Di Incontro, Formalizzazione Gruppi Interdisciplinari, Reti Di Referenti	Perché qua dentro ci sono tutte le specialità chirurgiche che sono tantissime, le specialità oncologico, ematologiche, patologiche e pneumologi che condividono degli spazi, quindi un'organizzazione un po' diversa..	Mettere diversi professionisti attorno al tavolo che cerchino di coagulare un prodotto finale responsivo dell'esigenza clinica e terapeutica con un' attenzione all'output abbiamo provato a fare dei **momenti comuni**, queste persone hanno tutte dei momenti di **formazione**,li abbiamo riuniti,per farli conoscere, per farli discutere fra di loro..questo li ha avvicinati di più, il problema è che tendono a colloquiare con quelli del padiglione una persona del dipartimento che collabora con noi..questo siamo riusciti ad averlo tutte le UO hanno un referente che colloquia con noi, c'è già una rete strutturata che è abituata a collaborare e spesso questi diventano anche i portatori d'acqua rispetto a questi gruppi di lavoro carta vincente:interlocutori istituzionalmente in un'altra UO ci permette di avere un veloce contatto con altre UO, sia di valenza strategica, sia poi per l'implementazione fino all'ultimo operatore dell'UO più distante, anche dal punto di vista proprio di percorso all'interno della fondazione.	un obiettivo loro è di fare annualmente un convegno dove, anche qua no, c'è un po' proprio questo nel DNA di sta azienda, di mettere insieme i professionisti che si occupano di un determinato organo, di una determinata patologia, apparato, etc..con le diverse competenze, in modo che possano scambiarsi le diverse esperienze .. c'erano e ci sono dei gruppi interdisciplinari che in quanto tale lavorano e vengono formalizzati con delibera e l' istituzione di questi gruppi che sono molto simili diciamo come attività ai PDT è comunque seguita da noi .. però poi ovviamente noi lavoriamo con i referenti qualità delle UO, c'è tutta una rete,

INTERVENTI CHE STIMOLINO PERCEZIONE BISOGNO DI MIGLIORAMENTO: Revisione Processi, Analisi Rischi,..	da un'analisi che abbiamo fatto abbiamo visto che c'è un utilizzo del pre-ricovero non ottimale -facendo riferimento alla valutazione dei rischi, ai buchi organizzativi,gli eventi sentinella .. da sempre c'è stato questa possibilità di discutere con i clinici delle varie problematiche che avevano -nati da esperienze negative di pazienti, con una gestione disorganizzata..facendo un'analisi dei casi si è visto che un'organizzazione migliore avrebbe dato qualche opportunità in più -proprio da un audit su un caso clinico o sulle delle situazioni che percepiscono che non sono ben organizzate	introdotto modalità di revisione organizzativa che ci spinge a rivedere le prassi anche consolidate di PDT per vedere se è ancora funzionale e attuale rispetto allo standard migliore quando il gruppo rileva che c'è qualche modifica autonomamente si rivedono, oppure può nascere perché cambia qualche cosa in azienda che stimola a modificare o a riorientare il PDTA noi stessi come direzione che abbiamo un po' una sorta di visione dall'altro che diciamo guardate che quella procedura, quel protocollo, quel piano diagnostico, non è più aderente alla realtà organizzativa, quindi modifichiamolo e chiediamo noi l'intervento; piuttosto che loro stessi dicono: guarda, è arrivata una nuova apparecchiatura, una diversa tecnologia, quel PDTA è obsoleto, non è più rispondente alla realtà organizzativa per cui lo rivediamo. dobbiamo reingegnerizzare un percorso perché ne hanno valutato la necessità, soprattutto nell'integrazione di differenti unità organizzative all'interno di questa struttura	
LEADER		definito un "capo-commessa" e con ovviamente l'impegno a monitorare il lavoro e rendere periodicamente relazione dello stato di avanzamento del lavoro .. I capicommessa sono stati definiti top-down, nel senso che abbiamo noi individuato, per alcune di queste problematiche, le persone che intendevamo fossero responsabilizzate in prima persona rispetto al tema .. c'è sempre una persona che poi si incarica di tirare le fila..	hanno un responsabile, uno che coordina le attività,etc..

Questi casi sono caratterizzati da una diffusione, ma non globale, di PDTA. Vi sono alcune Unità Operative in cui si è instaurata una cultura che porta i professionisti a impegnarsi in progetti innovativi multidisciplinari proponendo dei Percorsi, mentre sono presenti altre Unità in cui non si è ancora arrivati a questo livello.

È una cultura presente, ma non ancora completamente diffusa: o solo sulla parte dei PDTA (SALVAGUARDA), essendo una struttura in cui si sono creati dei profili i cura molti anni fa, sono stati un po' dei precursori, ma manca l'aspetto della multidisciplinarietà che al tempo non era molto sentito; o al contrario molto concentrati sulla logica multidisciplinare, che riconosce formalmente gruppi interdisciplinari già presenti da molto, mentre è partita da poco una spinta ai Percorsi Diagnostico Terapeutici (CORONA) ; o si è partiti solo da alcune unità, accreditate all'eccellenza, o comunque in cui fosse presente un ambiente favorevole (MARTELLI).

Risentono dell'influenza della Regione che spinge in tale direzione e spesso è uno stimolo per procedere ad allinearsi con le richieste. Vi sono vere e proprie reti, anche a livello di territorio, in cui sono coinvolte queste organizzazioni, e che spesso sono uno stimolo per la produzione di PDTA. L'accreditamento è spesso un' ulteriore leva che spinge alla produzione di PDTA.

Si tratta di ospedali vasti, spesso con diversi presidi, che per questo presentano maggiori difficoltà a un' integrazione e una condivisione di conoscenze e a un efficace coordinamento.

Sono organizzazioni in cui è ancora sentito fortemente il problema delle resistenze di tipo professionale, che non sono ancora state superate. Si percepiscono le influenze delle società scientifiche come ostacolo effettivo, in grado di influire sull'atteggiamento dei professionisti che si pongono anch'essi in ottica monodisciplinare, con un riserbo ad un confronto in logica

multidisciplinare. Esistono contrasti tra professionisti di varie specialità che "si rubacchiano i pazienti ritenendo di essere quelle meglio in grado di affrontare la problematica del paziente". Delle resistenze a lavorare in una logica interdisciplinare derivano dal condividere indicazioni di società diverse "ma, io no, secondo me sono meglio, sono più importanti, danno più risultato queste altre evidenze" che spesso non portano a una linea comune, o alla presenza di professionisti che "ritengono di essere in possesso del "verbo" rispetto ad altre che vengono considerate diciamo, delle discipline meno importanti e vogliono dettare quelle che sono i criteri di approccio a una patologia". Tuttavia si rende necessario coinvolgere tali professionisti e portarli a una collaborazione capace di integrare discipline diverse.

Un altro elemento che accomuna questi casi è una percezione di una mancanza di risorse nella struttura di supporto, pur aumentando la mole di lavoro nel tempo, vengono affidati sempre più compiti e mansioni a queste strutture, senza però aumentare il personale, che si mantiene costante, o si riduce. Non potendo svolgere tutte le attività come vorrebbero può capitare (SALVAGUARDA) che lascino alcune attività che comunque vanno avanti senza necessitare di una supervisione diretta, portando la struttura a non avere il pieno coordinamento, ma lasciando in mano ai professionisti la possibilità di creare delle linee guida, PDT.

Queste strutture comunque godono di un mandato chiaro dalla Direzione, e si occupano di sostenere i professionisti in attività di supporto quali il fornire un metodo chiaro e standardizzato, la raccolta di dati, il monitoraggio,si occupano della ricerca bibliografica, rintracciano evidenze, e fanno da mediatori tra i professionisti, qualora si renda necessario.

Inoltre sono impegnate in varie forme di intervento che portino i professionisti a percepire da un lato il bisogno di miglioramento (revisione processi, analisi dei

rischi..), dall'altro l'utilità e i vantaggi che portano i PDTA (formazione, convegni, mostrare evidenze già ottenute, interventi di sensibilizzazione..), e interventi che favoriscano un confronto tra professionisti, creando occasioni di contatto e costituendo vere e proprie reti di referenti che hanno il compito di diffondere la cultura dei PDTA all'interno delle loro Unità Operative, e allo stesso tempo di creare un contatto tra Unità Operative differenti.

A parte il caso di SALVAGUARDA, negli altri vi è stato uno spostamento nell'orientamento della Direzione più volto a spingere i PDTA, dando un impulso forte in questa direzione, esplicitando tra gli obiettivi la produzione di PDTA, e legandola al budget, e quindi all'accesso a risorse.

In tal modo i professionisti vengono incentivati a produrre dei percorsi multidisciplinari. Un altro espediente per incentivare la formazione di gruppi multidisciplinari, adottato dalla struttura CORONA, consiste nella formalizzazione dei gruppi interdisciplinari già esistenti. La possibilità di avere una visibilità all'interno e all'esterno dell'azienda, la gratifica dell'appartenere all'eccellenza, del partecipare a un'attività considerata importante per l'organizzazione, stimola la collaborazione multidisciplinare. Inoltre il metodo che li obbliga a produrre evidenze, rende trasparente la qualità dell'attività che portano avanti, e permette di ottenere una gratifica dal punto di vista professionale.

4.3 Scenario di successo

Questo scenario comprende cinque casi in cui si è avuta una completa diffusione dei PDTA multidisciplinari.

Le tabelle 16-21 mostrano le caratteristiche dei casi emerse durante le interviste.

Tabella 16: Outcome nello scenario di successo

OUTCOME				
TESTA	**INNOVA**	**PSEUDOMONAS**	**TIGNA**	**PANZINO**
si tratta solitamente di **protocolli multidisciplinare, che coinvolgono diverse figure** con diverse capacità elaborative … 1 ogni 2 anni. Proprio con tutti i crismi, secondo le linee guida, invece di PDT ho visto che ne escono fuori anche più di uno al mese, di quelli interni … è **bottom-up**: lo stimolo comunque nasce da loro.. del tipo il singolo primario che propone: "io sto studiando quest'area, vorrei arrivare a fare un protocollo, ho bisogno di tot risorse, ho bisogno di tot pazienti, ho bisogno di tot denari per poter fare una fila di diagnostica, acquistare materiali, etc.." e quindi fa la proposta	noi abbiamo però già costruito sia la mentalità sia l'operatività del raggruppamento per processo omogeneo, per cui dal momento che abbiamo i dati delle principali dieci diagnosi di tutte le unità operative di quell'area procederemo ad intercettare le trasversalità e su quello costruiremo il percorso per quell'area l'obiettivo 2012 è percorsi di area omogenea e quindi uno per area omogenea	rispetto a qualche anno fa mi sembra che ormai le cose stanno molto ingranando in quella direzione- spinta forte dal basso a proporre nuovi PDTA-	possono essere top – down o bottom – up … Direi comunque che le patologie croniche che sono ormai quelle già trattate, dovranno essere sempre più trattate e richiederanno sempre un maggiore intervento di questo tipo e quindi le modalità ormai di lavoro sono quelle, insomma. Sono state anche poi valorizzate attraverso i dipartimenti, quindi insomma penso che ormai questa modalità abbia permeato l'organizzazione. … i nostri gruppi di lavoro sono multidisciplinari ma anche multi professionali .. quest'anno ne abbiamo attivati due, tre diciamo, tre .. tutto sommato sono abbastanza ben seguite, per cui non riuscirei neanche a dire quanti (percorsi) mancano	per cui varie specialità, cioè vari cardiologi e chirurghi con un'iperspecialità che lavorano insieme.. : Di solito i clinici son loro che si muovono con queste innovazioni dopo la Direzione..ci va insieme.. tipicamente nascono più dal basso … all'inizio- dell'anno- siam partiti con 10 progetti strategici..adesso attivi credo che ci siano 4 progetti, 4 o 5 progetti. .. dal 2000..mah..una trentina di progetti..team .. lavoriamo sui gruppi praticamente su tutto.

Tabella 17: Condizioni endogene: cultura nello scenario di successo

CULTURA				
TESTA	**INNOVA**	**PSEUDOMONAS**	**TIGNA**	**PANZINO**
a livello di ogni singola unità operativa è notevole **l'attenzione alla predisposizione di percorsi** … effetto decisamente di raggruppamento, di **creazione di team che sta prendendo piede..** creando all'interno dei momenti anche formali..	**bisogna fare crescere la cultura in maniera diffus**a, e anche la competenza in maniera diffusa … già costruito sia la mentalità sia l'operatività del raggruppamento per processo omogeneo …. **tutti si sono arricchiti culturalmente** … e **questo è stato un lavoro culturale disseminato di sistema** … c'è un grosso lavoro di squadra..lavoriamo bene,c'è un lavoro di intersezione tra le varie competenze perché tutti ci rispettiamo, questa è la cosa più importante	vantaggio che pian piano la produzione dei PDTA ha visto anche **l'affermarsi di una cultura** , PDTA che ha come premessa una revisione di letteratura conseguentemente una condivisione dello stato dell'arte più avanzato dal punto di vista dell'evidence-based medicine. Quindi ci sono tante luci e tante ombre su questo percorso, sicuramente questa è una fase in cui c'è uno sviluppo molto forte, una necessità molto forte di giungere a un confronto e a una visione quanto più possibile condivisa la paura che questo discostarsi gli possa essere rinfacciato devo dire che appartiene più a una cultura di qualche decennio fa però, adesso è una cosa che si sta un pochino attenuando, anche perché è ormai chiaro che la questione non è seguire il PDTA, ma è argomentare il discostarsi dal PDTA fare in modo che ci sia un **avvicinamento reale alla competenza degli altr**i, alla visione degli altri.. portarli a un concepire un processo produttivo e non un atto	diciamo che le cose convergono, **è ormai una cultura,** soprattutto poi sulla patologia oncologica era già una modalità ormai operativa quella di lavorare ad es. in team, di aver accordato, ancorché magari informalmente, delle reti cliniche che facevano sì appunto che ai pazienti poi venivano date risposte integrate condivise fra i diversi professionisti … Direi comunque che le patologie croniche che sono ormai quelle già trattate, dovranno essere sempre più trattate e richiederanno sempre un maggiore intervento di questo tipo e quindi le modalità ormai di lavoro sono quelle, insomma. Sono state anche poi valorizzate attraverso i dipartimenti, quindi insomma penso che ormai questa modalità abbia permeato l'organizzazione. .. Questo - io sono di una disciplina, non voglio intervenire nella tua, tu non intervieni nella mia - si poteva realizzare nelle prime attività, dieci anni fa; oggi la cultura si è	l'ambiente qui è abbastanza compatto, .. ospedale, qui son 200 posti letto quindi è anche relativamente piccolo, per cui **siamo abituati a lavorare insieme..**tutti..

Tabella 18: Condizioni endogene: Clima e team *reflexivity* nello scenario di successo

CLIMA E REFLEXIVITY				
TESTA	**INNOVA**	**PSEUDOMONAS**	**TIGNA**	**PANZINO**
è stato molto positivo perché comunque facendo anche da verbalizzatori quando poi dobbiamo tirare le somme il nostro compito diventa..c'è stato questo che ha detto così..per alzata di mano o comunque..cosa ne pensate?..o come ci comportiamo?..oppure cosa si risponde?	un'organizzazione snella che cerca delle notizie e delle informazioni puntuali e molto significative,poche ma che siano dei fari che illuminano tutto il processo, c'è un grosso lavoro di squadra ..	confronti anche al di là della collegialità, per cui devi aver sempre la porta aperta, perché ciascuno possa trovare un modo, magari anche più riservato, più indiretto di ribadire una certa idea, devi avere tempo da dedicare per far comprendere che è stato accolto il suo punto di vista .VISION: dei messaggi molto chiari di dove si vuole andare, questo è importante.. un minimo di leva sull'opportunità e l'interesse del singolo ad aderire a una visione di questo genere PS: deve esserci comunque al fondo una certa stima reciproca, ci voglion degli equilibri per cui non c'è mai la predominanza organizzativa a qualunque titolo di qualcuno, deve proprio essere un confronto tra pari vero, quindi quanto più una discussione è libera, tra professionisti..libera da ruoli, da incarichi nella struttura fare in modo che ci sia un avvicinamento reale alla competenza degli altri, alla visione degli altri	il valore di questo modo di lavorare è il tema dell'integrazione dei contributi che tutti danno, - magari uno dice vai a casa e scrivi una pagina che riguarda l'inquadramento diagnostico in pronto soccorso- però il valore è il confronto gli altri in qualche modo devono accettare e condividere ovvero mettere in discussione e quindi, insomma, il percorso nasce dall'interazione	molto conta anche le riunioni di presentazione dei dati.. noi avevamo delle riunioni periodiche .. R:è positivo, ma in termini di supporto reciproco e di sviluppo/scambio di idee .. l'ambiente qui è abbastanza compatto, ...se si abituano a vedere però che alla fine le modifiche fatte sono state utili..una serie di cose le abbiamo anticipate..e le persone poi si abituano..bisogna anche costruirsi la fiducia reciproca .. SUP:è positivo, ma in termini di supporto reciproco e di sviluppo/scambio di idee

Tabella 19: Caratteristiche legate a contesto di professionisti nello scenario di successo

PROFESSIONISTI				
TESTA	**INNOVA**	**PSEUDOMONAS**	**TIGNA**	**PANZINO**
stimolo a sviluppare un nuovo percorso viene anche dal congresso delle società scientifiche è un po' difficile che anche un Direttore Scientifico possa imporsi per dire che PDT fare o non lo si risolve proprio, e significa che il **singolo professionista decide indipendentemente** dal percorso In autonomia..questo è **garantito dalla sua autonomia professionale** fermo restando all'ultima condizione che è la sicurezza del paziente.. **c'è l'autonomia del come arrivare a quell'obiettivo, indipendentemente da quello che può andar messo su carta**.. l'unità che prende in carico **chiede le consulenze ma decide poi sulla base del suo sapere** del suo livello di autonomia sulle basi anche di quello che dicono gli altri specialisti, Anche perché poi **è responsabile in prima persona** il medico che decide. è **molto colloquiale, tra medici c'è molta disponibilità all'accordo**	Uno dei punti critici quando si riuniscono questi gruppi interdisciplinari è che **ogni professionista tende a portare le proprie linee guida,della propria associazione** … una volta che abbiamo creato il **metodo è** il metodo che rappresenta **la spina dorsale sul quale si ritrovano** … il chirurgo si è andato a preoccupare delle evidenze degli anestesisti, che neanche si salutano.. non si preoccupava neanche delle sue, al fine di un anno si preoccupa anche di quelle degli anestesisti è un buonissimo indicatore, per quello le dico poi , che tutti si sono arricchiti culturalmente	agire sulla base di protocolli..a cui naturalmente **in ogni momento può discostarsi a ragion veduta** se ciascuno è fermamente convinto che quella sia proprio..perimetro di dominio, non ha nessun motivo per confrontarsi in un'ottica di PDTA bisogna **condurre i medici, che hanno una cultura molto particolare, a un concepire un processo produttivo e non un atto**.. **fanno fatica ad avere una visione di processo**..e conseguentemente più che altro è quello che bisogna continuare a gestire..il fatto che il paziente è una persona che vede l'unitarietà del suo percorso di cura.. c'è un **confronto** molto forte anche **tra le società scientifiche** tanto **più la patologia è pluridisciplinare, tanto più la società scientifica eventualmente si pone come ostacolo,**..c'è da dire che**..basta saperlo, e poi si gestisce tutto,** basta prender con le pinze i contributi di tutti, saper quello che hanno di buono e sapere anche dove stanno difendendo una posizione di categoria	Non è la struttura di supervisione responsabile di prendere la decisione finale, si condividono nel confronto, sono ambiti professionali avendo lavorato molto sulle evidenze, su queste cose, è chiaro che la linea guida è la linea guida, poi il medico è davanti a un malato e quindi la linea guida serve per gestire quella tipologia, per gestire meglio quella tipologia di malati, ma il **medico di fronte poi al suo paziente deve decidere insieme col paziente qual è la cosa migliore** .. , se non ti sei attenuto e l'hai fatto perché avevi delle valide motivazioni per non farlo, penso che anche quello abbia un valore, ecco…**è tutta questione dell'esplicitare e dare ragione dei motivi della tua condotta**;	Dal punto di vista sanzionatorio con l' ambiente di *professional* come sono i medici è un po' difficile Gli opinion leader sono quelli che poi dopo **ti possono criticare perché non li hai sentiti**, perché è lesa maestà che per ruoli.. normalmente son quelli più alti..che se sai che son persone che gli piace innovare te li tiri dentro, allora te lo propongono già loro, difficile di solito, perché da un punto di vista medico, **i medici primari son più opinion leader..a parte casi particolar**i, gli infermieri e i caposala di solito son sull'organizzazione per cui loro li puoi coinvolgere, e perché adesso al di là di tutto son più sull'organizzazione dell'ospedale**, i medici meno..son più sull'innovazione clinica in senso stretto, ma vedono meno l'organizzazione dell'ospedale**, però li devi..i ,medici son più a livello di opinion leader, li devi coinvolgere, ma sono meno "utili"

Tabella 20: Condizioni esogene che favoriscono TI nello scenario di successo

CONDIZIONI ESOGNE					
VAR	**TESTA**	**INNOVA**	**PSEUDOMONAS**	**TIGNA**	**PANZINO**
SPINTA DA REGIONE	Progetto **regionale…lombardo** Ci deve essere **un'indicazione regionale che spinga in questa direzione**	s**trutture complesse su un impianto a dinamica regionale** che è un altro dato importante perché vuol dire allora che **una Regione ci crede** o meno, una struttura complessa non è metafisica	richiesta che parte magari da un **progetto condiviso ospedale-territorio,** e conseguentemente si è lavorato **in molte ASL e aziende della Lombardia** sensibilità è stata molto veicolata dal fatto che si sia costituita **intorno alla rete regionale** e quindi anche da uno stimolo esterno	ci sono altri percorsi.. in cui invece **la strutturazione è partita dal livello regionale locale** influenzata da **raccomandazione regionale**, che si reputa prioritario occuparsi di un certo percorso	
NETWORK, RETI	è il singolo medico molto attento, essendo anche inserito in una rete che fa autonomamente **percorsi di rete**, in circuiti di rete l'ospedale ha una certa relazione con il territorio spinta può venire da fuori concretizziamo quel che facciamo, siccome lo si sta facendo insieme ad altri			sviluppo **delle organizzazioni in rete** fra le diverse aziende sanitarie e reti organizzative che **si supportano** realizzazione di **percorsi interaziendali omogenei integrati** oggi è sempre più rilevante	**supporto reciproco** e **sviluppo, scambio di idee**..non tanto per fare una validazione interna, facilita te perché ti fa vedere che anche altri si stan muovendo, **ci si scambia idee** e si **vedono i successi e gli insuccessi** insieme di progetti con una struttura di oncologia
CONTROLLI, ACCREDITAMENTO	con **la certificazione**, la sight visit del ministero per il mantenimento della caratteristica di IRCCS è stata un'occasione per tirar fuori tutto ciò che era stato fatto		spinta viene dal fatto che è un ospedale **accreditato** Joint commission, e che a maggior ragione costituisce una spinta alla produzione di PDT		

RACCOMANDAZIONI FINANZIAMENTI	finanziato dal ministero della Sanità quindi nazionale o EURAP internazionale quando ci sono di finanziamenti per poter portare avanti una ricerca			influenzata da eventi accaduti o una raccomandazione nazionale o volontà di intese a livello locale che reputano prioritario occuparsi di un certo percorso, fanno ritenere opportuno che sia ora di strutturare il percorso	
STRUTTURA ECCELLENZA	la **costante innovazion**e è praticamente è **insita** nel suo aspetto di creazione, **IRCCS**	vocazione assistenziale ma anche didattica **universitaria**, e quindi anche di un'area di sviluppo contesto universitario è per **vocazion**e portato all'**innovazione**	uno stimolo di **appartenere all'eccellenza** del mondo medico, e quindi anche uno stimolo ad appartenere anche all'aspetto più innovativo e più gratificato da parte della direzione		tra i **mandati**: **mantenere l'ospedale a livelli di eccellenza** la logica è quella di seguire l'innovazione e la qualità è un **ambiente universitario**, **istituto scientifico**
ESPERIENZA, PRATICA	quando si tratta di qualcosa di nuovo sicuramente ci sono state difficoltà a collaborare, la tendenza negli ultimi tre anni invece è stata a lavorare insieme. **chi li utilizza ha la forma mentis**, **ne ha tratto beneficio**.. chi invece non ci è abituato, non le utilizza le vede come un aggravio			sulla patologia oncologica **era già una modalità ormai operativa** quella di lavorare. in team, di aver accordato, delle reti cliniche che facevano sì che ai pazienti poi venivano date risposte integrate condivise fra i diversi professionisti	han sempre vissuto insieme i cardiologi con i chirurghi **siamo abituati a lavorare insieme..tutti**..
DISCIPLINE PIÙ PORTATE A TRASVERSALITA'			lì se vuole **il settore** della medicina **è il più trasversale** possibile, perché chiaramente è un settore che non definisce né una sola patologia né un solo organo né una sola disciplina interessata, ma, attraversa l'ospedale proprio interamente	la **patologia** oncologica è **particolarmente favorevole** nel senso che è una patologia che richiede l'intervento di tutta una serie di professionalità, di discipline diverse che fanno sì che questa modalità sia particolarmente agita oltre che magari appunto così sviluppata	

Tabella 21: Input endogeni nello scenario di successo

INPUT					
VAR	**TESTA**	**INNOVA**	**PSEUDOMONAS**	**TIGNA**	**PANZINO**
CAMBI DIREZIONE; COMMITMENT DIREZIONE	Ci deve essere una **volontà aziendale** di metterlo allo stesso livello del raggiungimento del pareggio di bilancio				il **Direttore Generale attuale ha dato un impulso in questo senso**. richiedono coordinamento forte, grande impatto a livello di direzione
U. SUPPORTO: MANDATO DA DIREZIONE, COMPETENZE, AUTORITA'		il **mandato deve essere chiaro e poi i mandati vanno esercitati**. Se tu sei forte, sei **competente** non c'è ordinario che tenga. Per condurlo un gruppo bisogna saperlo condurre un gruppo .. l'**autorevolezza** ce l'hai sulla competenza	la direzione sanitaria lavora sull'elaborazione dei PDTA, con degli staff qualità,non coperti da medici **'autorevolezza** della Direzione che convoca professionisti di estrazione diversa, lì è un gioco molto delicato di equilibri, un misto di autorità-autorevolezza	per la maggior parte i PDTA sono seguiti col supporto di questa struttura	
U. SUPPORTO: COMPITI	Un po' da **mediatore**.. se non c'è né un supervisore né un garante si rischia di andare alla duplicazione di percorsi..o alla non conoscenza di quelli dei colleghi o ad avere il conflitto che non si risolve centro di **coordinamento**..non entriamo esattamente all'interno dello specifico di quello che dice **collettore dei bisogni**, abbiamo partecipato alla stesura del documento madre sul **metodo**,	**Estrarre indicatori** sia di processo che di esito dal sistema informatico, strutturiamo gli indicatori e dichiariamo i dati e li raccogliamo con zelo nel sistema noi siamo diciamo deputati a **conferire il metodo** all'azienda spetta a noi anche,appunto, la **promozione, la gestione e poi il coordinamento** dei percorsi assistenziali. Quindi noi partecipiamo come metodologi a tutti i gruppi di	**confronto** anche al di là della collegialità, porta sempre aperta, perché ciascuno possa trovare un modo, magari anche più riservato, più indiretto di ribadire una certa idea, devi avere tempo da dedicare per far comprendere che è stato accolto il suo punto di vista è una grande gestione di persone **analisi letteratura, evidenze**.. sono fatte un po' dalla direzione sanitaria di struttura e un po'	Percorso **gestito, coordinato, supportato**, implementato nello sviluppo con sovraintendenza da parte degli staff aziendali come unità di supporto, **metodologia, la ricerca della letteratura, la valutazione della letteratura,** estensione dei documenti su cui discutere e **verifica**re l'eventuale costruzione e adattamenti organizzativi e i **dati che vengono richiesti** per valutare l'implementazione	aiutano anche a tenere un po' le fila e a fare da **facilitatori** da una parte, da persone che spingono dall'altra..

	come si fa un PDT,**Facilitatori** supporto alla **raccolta dei dati** andare a fare delle **verifiche** ispettive	lavoro che portano avanti questi discorsi	internamente ai gruppi	il **coordinamento** tocca a noi, per cui siamo presenti nelle varie riunioni, almeno nei momenti di condivisione delle plenarie	
OB CHIARI ED ESPLICITI, LEGATI A BUDGET	Spinta se **entrano nel budget**, ma può portare a opportunismi se nessuno **verifica** applicazione	valutazione in base al numero di percorsi che l'unità o più unità avranno scritto, abbiamo portato anche **a budget il PDTA**	**im**portante dare **messaggi molto chiari di dove si vuole andare** Ci sono stati anni in cui qualche **obiettivo** era **legato** anche ai **PDTA**, più frequentemente indicatori di qualità che sono desunti poi di fatto dai PDTA	PDT legati ad incentivi economici, accesso a risorse, **nel budget** dell'incentivazione; nell'ambito dei budget alcuni obiettivi fanno riferimento alla strutturazione,applicazione e valutazione dei risultati dei PDT	
INCENTIVI, GRATIFICHE, RICONOSCIMENTI	ci sono anche **riconoscimenti economici**, non tanto, però è quella risorsa part-time che ti permette di confezionare questi dati, analizzarli e scrivere la pubblicazione sarà un po' come **l'innovatore** dell' attività		uno **stimolo di appartenere un po' all'eccellenza** del mondo medico, e quindi anche uno stimolo ad appartenere anche **all'aspetto più innovativo e più gratificato** da parte della direzione,	sono legati anche agli in**centivi economici, accesso a risorse**, anche quello è stato forse una leva del cambiamento è una leva anche quella, anche se poi noi abbiamo verificato che siccome sono **leve modeste** che si giocano su questo	son stati messi degli obiettivi anche economici con degli indicatori numerici.
MOSTRARE UTILITA', VANTAGGI: FORMAZIONE, PROMOZIONE, EVIDENZE, POSSIBILITÀ DI PUBBLICAZIONI	Fatto il PDT, lo si applica, **magari si fanno delle pubblicazioni** quando si arriva al numero minimo di dati che possono dare origine a una pubblicazione, a un ragionamento più integrato ci si muove per la prima volta da spingere nel momento in cui è un buon PDTA.. quindi se è fatto bene, se è ben strutturato, se realmente ha un **outcome favorevole** prevalentemente guidato dal fatto che **devi tirare fuori una pubblicazione** da questo PDT mostrare duplicati, utilità	portandoli a cogliere come alcuni percorsi sono in overlap in più UO e li guideremo alla presa di coscienza di stilare una modalità di comportamento che sia condivisa ed omogenea **far capire** ai colleghi è che il **valore aggiunto del lavorare assieme** è che il paziente che viene pubblicato assume una caratura scientifica maggiore,è patrimonio di tutti nello **spiegare**..ci siamo auto-creditati sull'aspetto gestionale, -- tutti hanno colto il lavoro **politica di formazione** dello staff	abbiamo **stimolato la predisposizione** di PDTA, tanto è vero che la loro produzione, quando supera una serie di verifiche e validazioni interne, **esita nella pubblicazione** messaggio molto forte sull'importanza della **EBM** e sul superamento del frazionamento nell'approccio al paziente far toccare con mano quanto possa essere un **elemento anche di "tutela"** del singolo professionista agire sulla base di protocolli: leva sull'opportunità e l'interesse del singolo ad aderire	**formazione** su queste cose ne abbiamo fatta, sono state fatte e probabilmente anche questo ha influito; abbiamo cominciato già diversi anni fa a fare della formazione sulle evidence based medicine e nursing,, sugli stessi percorsi il momento comunque della **diffusione, del far conoscere e di coinvolgere** ecc. è senz'altro quello che paga di più e anche quello di **riportare eventualmente risultati** e di mettere a conoscenza questi risultati fa sì che i professionisti,	se **si abituano a vedere però che alla fine le modifiche fatte sono state utili**....e le persone poi si abituano..bisogna costruirsi la fiducia reciproca.. (**evidenze**)devi proporti allo stesso livello, con modelli di lavoro che siano al top, tanto quanto perché..non è quella la medicina per far qualunque cosa, però devi partire dalla stessa base, cioè voi siete professionali nel fare un by-pass, noi lo siamo nel fare un progetto..questa qua è la base..

	uniformare,quindi si va alla risoluzione, si crea il gruppo di lavoro	Dalla **letteratura**, saperla tarare, implementarla e strutturarla dal punto di vista organizzativo	a una visione di questo genere se vi è **una raccomandazione** o ancor più **un' evidenza**..	le persone siano più coinvolti solitamente	
INTERVENTI CHE STIMOLINO PERCEZIONE BISOGNO DI MIGLIORAMENTO: Revisione Processi, Analisi Rischi,..	lo stimolo per ripensare al PDT è "ho dei pazienti che non rientrano nel PDT esistente, c'è **bisogno di un aggiornamento**. nel momento in cui il documento è diventato pubblico si vedono sovrapposizioni, quindi un po' si va alla risoluzione, si crea il gruppo di lavoro	**Interazione con rischio** quando c'è un rischio grave che si percepisce essere generato da poca chiarezza nel percorso del paziente, oppure **con HTA** quando intercetta la necessità di avere un punto di riferimento di percorso, o perché il percorso cambia per la nuova tecnologia scelta di ristrutturare l'azienda per processi	di alcune **scelte organizzative** che danno il la a un momento di confronto multidisciplinare sollecitazione attiva nella predisposizione di PDTA è coincisa soprattutto con una **scelta organizzativa** di concepire la struttura ospedaliera aggregata attorno a quelli che vengono chiamati center	alti volumi, alti costi, disomogeneità appunto dei comportamenti, far sì che il paziente comunque ritrovi nell'azienda un percorso di accesso sulla base **di segnalazione anche di difficoltà o diciamo di necessità** di migliorare determinati percorsi assistenziali. una criticità, un'emergenza che sentita in modo particolare dai professionisti	
FORMALIZZAZIONE METODOLOGIA	il fatto di esportarli implica la strutturazione, perché o fai il PDT oppure è il medico che detiene il sapere su questa materia cercare di uniformare il lay-out e la struttura, quindi i criteri inclusi **stesura del documento madre su come si fa un PDT**	Il primo ambito è stato porci con un **metodo che fosse scientificamente inoppugnabile e soprattutto condiviso,** per cui dopo un anno di lavoro abbiamo stilato un'istruzione operativa aziendale dove noi abbiamo dichiarato la metodologia	Abbiamo **un format**..- per l'elaborazione, la scrittura del PDTA-	la metodologia con cui attiviamo e sviluppiamo questi percorsi è quella dell'implementazione a livello locale operativo organizzativo di linee guida evidence based	la metodologia dei progetti stessi è è una mossa vincente noi non abbiamo un Ufficio innovazione,però ci lavoriam molto con la metodologia dei progetti
INTERVENTI PER FAVORIRE CONFRONTO Occasioni Di Incontro, Formalizzazione Gruppi Interdisciplinari, Reti Di Referenti	RM. Produce effetto di raggruppamento all'interno di un'area di degenza ci posson essere anche 3 o 4 unità operative,accoppiate in maniera funzionale, c'è una maggior frequenza di scambi, comunicazioni tra i medici delle unità che son là dentro metterli insieme su un argomento che possa essere trasversale	abbiamo **accorpato per aree** le attività e anche le verifiche ispettive e la formazione del personale abbiamo **ristrutturato l'azienda per processi** riunirli, e noi preventivamente facevamo già una ricerca andavamo lì già col malloppo diverso, loro dicevano che non c'era nient'altro e gliele portavamo ed erano **costretti**	**scelta organizzativa** di concepire la **struttura ospedaliera aggregata attorno a** quelli che vengono chiamati **center** dopo anni di lavoro di costruzione di momenti di confronto multidisciplinare i devi mettere al tavolo, alcune **scelte organizzative** che danno il la a un momento di confronto, sempre multidisciplinare, attorno a delle	noi abbiamo anche una **rete di referenti** che sono stati formati alla ricerca e valutazione della letteratura, che fanno parte spesso di questi gruppi di lavoro, che svolgono spesso questo tipo di ricerche e ci danno il loro contributo in queste cose	una mossa vincente perché porti le persone **intorno a un tavolo**

		diciamo a fare un pensiero diverso, più allargato adesso noi abbiamo creato i **referenti**, i referenti saranno i promotori del metodo e quindi adesso che abbiamo formato tutti i referenti ,che ce ne è uno per ogni unità operativa	patologie c'è tutto un lavoro preliminare di natura proprio organizzativa nel creare **momenti di confronto** che poi alla fine portano a una condivisione nei fatti e ancora dopo a una formalizzazione in PDTA..		
CERNIERE	cartella clinica informatizzata, su tutto il percorso, costituisce un elemento di continuità	costruiremo un pull di personale capace di gestire la trasversalità	messaggio molto forte sul superamento del frazionamento nell'approccio al paziente		
LEADERSHIP	idea di unità operativa leader e altre 3-4-5..	il leader del processo ..non c'è. C'è un case manager infermieristico, il coordinatore. ma il project manager non c'è ,	Hanno un coordinatore che è un po' l'anima della discussione e colui che tiene le fila del proporre discussioni		abbiamo un team leader, abbiamo un facilitatore, e poi abbiamo i componenti del progetto
COMPOSIZIONE TEAM				la costituzione del gruppo è una delle fasi più critiche trovare la formula giusta **va scelto chi è più adatto**, e chi è **strategico** nel ruolo, poi c'è un po' di politica per alcune figure	
VALORIZZAZIONE TEMPO INVESTITO	Il tempo.. prevalentemente il tempo, quindi **il tempo è il fattore chiave**	la gente veniva in riunione contenta di venire in riunione perché **non si perdeva tempo**, erano strutturate si percepiva il ritorno: loro sanno che non gli facciamo perdere tempo			

Questi sono caratterizzati da un ambiente favorevole, da una cultura che si è formata nel tempo che vede i percorsi come uno strumento utile per far fronte a dei problemi nella pratica clinica, e che trova nella multidisciplinarietà un elemento vincente, in grado di dare un valore aggiunto al lavoro. È nel confronto tra discipline diverse che il PDTA si realizza, ed è in grado di portare un reale beneficio. Si può dire che c'" è stato un lavoro culturale disseminato di sistema"(INNOVA).

Una cultura in cui si può notare anche un superamento della resistenza professionale, ormai non si vede più l'appartenere a una professione come un ostacolo alla collaborazione. Gli stessi contributi delle società scientifiche monodisciplinari vengono analizzati con la consapevolezza diffusa che non sono del tutto obiettivi, vengono in parte screditati, non sono considerati la verità assoluta come accade altrove. Grazie a un confronto di contributi di discipline diverse e alle evidenze portate emerge una linea condivisa.

Questo è stato reso possibile dalla percezione dei benefici derivanti dalla collaborazione interdisciplinare, insieme ai cambiamenti portati dal mutamento del tipo di approccio richiesto dal paziente che non richiede più solo la grande esperienza diagnostica, ma una vera e propria presa in carico, dal ruolo delle patologie croniche, per cui non è più sufficiente un unico professionista, diventa sempre più importante un approccio multidisciplinare, multi professionale, e una crescita culturale, anche influenzata dal fatto che in altri paesi da questo punto di vista sono più avanti.

Ha contribuito anche il riconoscere l'autonomia dei professionisti, che in qualsiasi momento, motivando, possono discostarsi dal percorso. Questo preserva in qualche modo il loro potere, nessuno impone loro di seguire un determinato percorso, e li fa sentire meno esposti a un indebolimento, a una perdita di potere.

In queste organizzazioni è molto sentito il tema della medicina basata sulle evidenze. Questo permette da un lato di spingere a lavori di innovazione multidisciplinare della pratica clinica che portino a pubblicazioni grazie alle evidenze prodotte, che in un lavoro multidisciplinare assumono un peso maggiore, e dall'altro i professionisti sono più facilmente spinti ad innovare se si mostrano evidenze di possibili vantaggi, miglioramenti ottenuti in passato, da altri lavori analoghi.

Vi è una presenza diffusa delle *Social skills*: capacità di comunicare, scambiare informazioni, avvicinarsi alle competenze e alla visione degli altri, che facilitano una logica multidisciplinare.

Un altro elemento che accomuna i casi è la presenza di cerniere, elementi di continuità come la presenza di una cartella clinica informatizzata su tutto il percorso, personale infermieristico in grado di gestire le trasversalità, una visione unitaria del percorso di cura.. Questi elementi permettono l'integrazione delle varie componenti disciplinari su di un percorso trasversale.

Inoltre, si nota una percezione da parte dei professionisti impegnati in questi lavori di innovazione interdisciplinare della pratica clinica, di un ritorno dell'investimento di tempo: non c'è la sensazione di perdere tempo. Questo è fondamentale essendo il tempo una risorsa critica in tutte le organizzazioni. Se non fosse così sarebbe difficile coinvolgere i professionisti, e senza il loro coinvolgimento risulterebbe impossibile innovare la pratica clinica, essendo essi gli unici detentori delle conoscenze necessarie.

4.4 Condizioni endogene che favoriscono la TI

Abbiamo potuto constatare l'effettivo ruolo di TCI e di *Team Reflexivity* come antecedenti della *Team Innovation*.

Tabella 22: riferimenti per Clima e *Team Reflexivity*

citazione	Azienda ospedaliera
confronti anche al di là della collegialità, per cui devi aver sempre la porta aperta, perché ciascuno possa trovare un modo, magari anche più riservato, più indiretto di ribadire una certa idea, devi avere tempo da dedicare per far comprendere che è stato accolto il suo punto di vista.. messaggi molto chiari di dove si vuole andare, questo è importante.. al fondo una certa stima reciproca, ci vogliono degli equilibri per cui non c'è mai la predominanza organizzativa a qualunque titolo di qualcuno, deve proprio essere un confronto tra pari vero, una discussione libera, tra professionisti..libera da ruoli, da incarichi nella struttura.. fare in modo che ci sia un avvicinamento reale alla competenza degli altri, alla visione degli altri c'è un confronto molto forte	PSEUDOMONAS
Confronto molto positivo..c'è stato questo che ha detto così..per alzata di mano o comunque..cosa ne pensate?..o come ci comportiamo?.. è molto colloquiale, tra medici c'è molta disponibilità all'accordo	TESTA

un'organizzazione snella che cerca delle notizie e delle informazioni puntuali e molto significative,poche ma che siano dei fari che illuminano tutto il processo .. c'è un grosso lavoro di squadra il chirurgo si è andato a preoccupare delle evidenze degli anestesisti	INNOVA
integrazione dei contributi che tutti danno accettare e condividere ovvero mettere in discussione si condividono nel confronto	TIGNA
riunioni di presentazione dei dati.. noi avevamo delle riunioni periodiche l'ambiente qui è abbastanza compatto vedere che alla fine le modifiche fatte sono state utili...e le persone poi si abituano.. fiducia reciproca è positivo, in termini di supporto reciproco e di sviluppo/scambio di idee	PANZINO
già c'è **una tendenza, non estremamente diffusa** però direi adeguatamente presente nella nostra organizzazione a lavorare mettendo attorno al tavolo teste pensanti che in qualche modo cercano di coagulare un prodotto finale che sia responsivo dell'esigenza clinica e terapeutica ma anche di buon livello qualitativo, inteso come attenzione all'output. c'è un'estrema resistenza da parte degli organizzazione sanitaria a mettere a sistema le competenze, nel senso che c'è **una discreta avarizia culturale** alcune discipline ritengono di essere in possesso del "verbo" rispetto ad altre che vengono considerate diciamo, delle discipline meno	MARTELLI

importanti e vogliono dettare quelle che sono i criteri di approccio stimolo a lavorare su obiettivi specifici e su percorsi del paziente all'interno dell'organizzazione ha stimolato un affinamento di questa capacità **quando** il tema è in qualche modo sentito dalle varie componenti è più facile ottenere … e quando non c'è l'idea che ci sia una sorta di furto più o meno misconosciuto o sottinteso allora è più facile trovare collaborazione riunioni di presentazione dei dati.. credo che valga moltissimo il concetto di chi dice che bisogna misurare il miglioramento è importante misurare..abituare le persone ai criteri di misurazione e fare la comparazione supporto pratico **non tanto** culturale	
ma **non è che tutti** siano..questo no **Alcuni** cercano direttamente il collegamento e l'integrazione, la collaborazione con colleghi che potevano dare un apporto nel risolvere , nel dare un contributo di tipo professionale sull'aspetto e che quindi si sono nel tempo, queste relazioni, serrate c'era già un terreno..dei **professionisti, non si può dire tutti**, però abbastanza orientati su questo regole comuni su cui convengono tra di loro li aiuta a erogare una qualità di assistenza che è migliore vedono il vantaggio di questo perché oggettivamente è un miglioramento	CORONA
un campionamento che sia solido, robusto..che ci permetta poi di tornare dai colleghi e dire il dato	SALVAGUARDA

qui c'è un punto di ascolto che ha anche gli strumenti per poter poi dare vita ai gruppi di lavoro	
dipende dal clima che si riesce a creare valorizzare il lavoro e rispettare il lavoro di tutti,ma cercando di cogliere il meglio, ovviamente, di ogni espediente ruolo della Direzione e la "libertà" che può dare in questo senso sicuramente è importante..per cui un clima anche organizzativo interno diverso, per cui l'operatore non si sente pressato soltanto a dover produrre in un certo modo in tempi stretti etc..,sempre cercando di salvaguardare quella che è la qualità e la sicurezza per il paziente c'è da far fronte alla routine che a volte soverchia proprio le potenzialità del personale stesso	MENTO
il feed back è importante **problema è coinvolgere** e dire anche "attenzione!prendetevi 2 ore a fine del turno, mettetevi lì e fate **ci vuole l'appoggio** di quelle che sono le figure istituzionali	COSCIA
processando i dati,vedendo dove ci sono delle anomalie,dei ritardi formali e strutturali..formali e procedurali che oggettivamente si possono evitare solo eliminando certi problemi un ambiente che ..varrebbe la pena di organizzarsi.. c'è stato abbastanza entusiasmo verso questa..in questa direzione.. ostacolava di fatto il passaggio dell'informazione il conflitto tra professionisti..questo lo faccio io,no,questo lo fai tu è diventato in effetti uno strazio..è veramente brutto come spettacolo	PIEDINO
con loro noi parliamo molto e ci si confronta molto	TARLO

andare noi su, parlare con le persone, ascoltarli..anche ascoltare per tutto...e condividere.. molto lavoro per fare risaltare, per valutare le necessità dei vari attori	
richiedeva – ora non viene fatto- un monitoraggio continuo, proprio affiancare, un affiancamento continuo, un tutoraggio con i clinici, i gruppi, sentirsi	OMBELICO
Manca la condivisione, la messa a disposizione di certi dati un po' a livello di tutti. ci sono dei contrasti, dei conflitti all'interno della stessa disciplina su come affrontare certe problematiche qua c'era proprio una politica un po' di orticello.	MALLEOLO

In praticamente tutti i casi si riscontrano tra le caratteristiche percepite come determinanti per poter far sì che abbia successo lo sviluppo e l'implementazione dei PDTA. Ancora più evidentemente le caratteristiche che denotano un clima aperto e sereno, e una buona capacità del team di essere attento al contesto e di sapersi correggere sono percepite come un indice positivo affinché sorgano progetti multidisciplinari come i PDTA.

Pur essendo caratteristiche percepite come importanti per creare un contesto adeguato alla creazione e implementazione di PDTA da tutti gli intervistati, queste caratteristiche non erano presenti in tutti gli ospedali. Laddove mancanti si riteneva che questa carenza generasse esiti non soddisfacenti o comunque migliorabili.

In particolare possiamo notare come nei casi che hanno ottenuto un' ampia diffusione di PDTA sia presente un clima di confronto, in cui ognuno si senta libero di esprimere la propria opinione e le proprie idee, collegialmente o avvalendosi del tramite di strutture di supporto aperte al colloquio, disponibili all'ascolto. Dove vengano esaminati i contributi di tutti, con un attenzione a che ciascuno senta che il proprio punto di vista è stato preso in considerazione.

Sono organizzazioni con una vision chiara e condivisa: si conoscono gli obiettivi, la direzione verso cui si vuole andare, ed è condivisa dagli individui che compongono l'organizzazione, i quali percepiscono un 'utilità nell'agire nel modo richiesto e voluto dal management. Vi è un allineamento degli obiettivi tra management e professionisti.

Il confronto è libero dai ruoli, tra pari, in cui tutte le opinioni vengono prese in considerazione in egual modo e permettono una discussione aperta sulle tematiche, senza che sia guidata da pregiudizi e chiusure.

Un clima di fiducia e di stima reciproca tra gli individui permette un avvicinamento reale alla competenza degli altri, alla visione degli altri con una buona predisposizione al confronto e all'accordo. In cui si guardi alla qualità del lavoro da portare avanti andando oltre alle personali simpatie o antipatie tra membri.

Un ambiente caratterizzato da un naturale scambio di idee e dal supporto delle figure istituzionali. In cui si presta attenzione alla restituzione di feed-back, a volte con apposite riunioni di presentazione dei dati, dove si ricercano delle notizie e delle informazioni puntuali e molto significative, in grado di "illuminare tutto il processo", per comprendere la direzione che si sta prendendo ed, eventualmente, permettere la correzione e la modifica delle azioni intraprese.

Possiamo inoltre notare come nei casi in cui non si sono diffusi i PDTA si accusi la mancanza delle caratteristiche appena descritte; si percepisce un problema nell'andare in questa direzione, che può dipendere da vari fattori, con speranze di miglioramento per il futuro. Mentre nei casi intermedi si registra una tendenza, ma non completamente diffusa, limitata ad alcune aree o ad alcuni individui.

Per agire sul clima e sulla *reflexivity* si può agire direttamente, o indirettamente, a un livello più esteso, agendo sulla cultura dell'organizzazione, non influenzando esclusivamente un team che stia lavorando su un determinato progetto, ma coinvolgendo l'intera organizzazione.

Abbiamo potuto notare che i team si creavano spontaneamente laddove era presente una cultura diffusa nell'organizzazione. Cultura che guardi positivamente l'innovazione, il cambiamento e in cui il lavoro multidisciplinare venga apprezzato per il valore aggiunto che è in grado di portare.

Tabella 23: riferimenti per ruolo cultura

citazione	Azienda ospedaliera
"..è ormai una cultura, soprattutto poi sulla patologia oncologica era già una modalità ormai operativa quella di lavorare ad es. in team, di aver accordato, ancorché magari informalmente, delle reti cliniche che facevano sì appunto che ai pazienti poi venivano date risposte integrate condivise fra i diversi professionisti.."	TIGNA
"...l'affermarsi di una cultura per cui il PDTA non è "cosa faccio io", ma è un PDTA che ha come premessa una revisione	INNOVA

di letteratura conseguentemente una condivisione di qual è lo stato dell'arte più avanzato dal punto di vista dell'evidence-based medicine..”	
“..l'affermarsi di una cultura per cui il PDTA non è “cosa faccio io”, ma è un PDTA che ha come premessa una revisione di letteratura conseguentemente una condivisione di qual è lo stato dell'arte più avanzato dal punto di vista dell'evidence-based medicine..”	PSEUDOMONAS
“..questo (del tipo : io sono di una disciplina, non voglio intervenire nella tua, tu non intervieni nella mia..dei compartimenti stagni) si poteva realizzare nelle prime attività, dieci anni fa; oggi la cultura si è.... **..secondo me è una crescita se vuoi culturale, visto che noi arriviamo dopo nel tempo su cose che magari negli altri paesi hanno già avuto uno sviluppo..** **..vale la disponibilità, il tempo, gli impegni, la propensione a fare certe cose in un certo modo, la cultura ..”**	TIGNA
“.. si è cercato di creare una cultura partendo da poche unità operative..”	MARTELLI
molto è – si punta- in questo tipo di relazione, di cambio culturale..	

La tecnica che permette di costruire questa cultura è partecipativa, ossia non è qualcosa che da un momento all'altro inserisco nell'organizzazione, deve essere condivisa, sono gli stessi individui facenti parte dell'organizzazione che la riflettono, e costruirla richiede tempo. Perché prenda piede e si diffonda l'idea del miglioramento attraverso lo strumento dei PDTA, occorre che vi sia una motivazione diffusa, così come per la multidisciplinarietà. Per spingere in questa direzione il management utilizza diversi accorgimenti che abbiamo rintracciato nelle interviste.

4.5 Condizioni esogene che favoriscono la produzione di PDTA multidisciplinari

In alcuni casi, addirittura, non viene fatto nulla per spingere, non ci sono input da parte del management mirati a ricreare e rafforzare le condizioni per una proposta spontanea di percorsi multidisciplinari.

Anche laddove non vi siano interventi mirati a favorirli, alcuni PDTA sorgono. Vi sono determinate condizioni che spingono alla produzione di PDTA multidisciplinari anche in un contesto arido, al di là di quali siano le azioni del manager e, in genere, gli input.

Tabella 24: Riferimenti per variabili esogene

Variabili esogene	
citazione	**Azienda Ospedaliera**
STRUTTURA D'ECCELLENZA	
la costante innovazione ha un'evoluzione che è già insita nel suo aspetto di creazione, un IRCCS, quindi il fatto che non faccia solo clinica, è già l'aspetto legato all'innovazione	TESTA
in un contesto universitario, lei lavora su un terreno che è per vocazione portato all'innovazione	INNOVA
stimolo di appartenere un po' all'eccellenza del mondo medico, e quindi anche uno stimolo ad appartenere anche all'aspetto più innovativo e più gratificato da parte della direzione	PSEUDOMONAS
tra i mandati c'è quello di mantenere l'ospedale a livelli di eccellenza..la logica è quella di seguire l'innovazione e la qualità per il paziente	PANZINO
in un ambiente estremamente favorevole, perché ci sono molte UO	MARTELLI

che sono in mano all'Università IRCCS, luogo di ricerca, di formazione, dove c'è proprio la capacità di interagire in maniera multidisciplinare, è difficilissimo che ci siano delle incompatibilità il fatto di essere IRCCS è una spinta forte a innovare	
abbiamo dei livelli di eccellenza e quindi sono anche più operativi, più propositivi..e altri..	MENTO
RETI	
è il singolo medico molto attento, essendo anche inserito in una rete che fa autonomamente percorsi di rete, in circuiti di rete l'ospedale ha una certa relazione con il territorio	TESTA
sviluppo delle organizzazioni in rete fra le diverse aziende sanitarie e reti organizzative che si supportano realizzazione di percorsi interaziendali omogenei integrati oggi è sempre più rilevante	TIGNA
network tra le varie organizzazioni territorio e ospedale per creare, una presa in carico un pochino più efficiente dell'utenza tavoli tecnici, tavoli di lavoro, che sono integrati, azienda ospedaliera- azienda ASL per attivarsi su focus particolari, su patologie particolari con interessi, o di tipo sociale o di tipo economico	MARTELLI
Ci sono alcune unità operative che sono collegate a delle reti internazionali di progetti di ricerca, per cui questi sicuramente cavalcano le linee e hanno dei progetti..hanno una rete internazionale ben collaudata..	MENTO
PDTA coinvolgono sempre reti:sia intra-organizzative che inter-organizzative	PIEDINO
SPINTA DA REGIONE E DA ACCREDITAMENTO, CERTIFICAZIONI	
Ci deve essere un'indicazione regionale che spinga in questa direzione	TESTA

influenzata da raccomandazione regionale, che si reputa prioritario occuparsi di un certo percorso	TIGNA
spinta viene dal fatto che è un ospedale accreditato Joint commission, e che a maggior ragione costituisce una spinta alla produzione di PDT	PSEUDOMONAS
progetti che sono richiesti da punti di vista istituzionali e dalla Regione	SALVAGUARDA
U.O. certificate hanno degli stimoli a mantenere questo standard qualitativo che sono più forti, e quindi hanno già, culturalmente, maggiore spinta motivazionale alla produzione di PDTA, protocolli, procedure, sono già orientati meglio	MARTELLI
esigenze dettate da quanto dice Regione Lombardia per quanto riguarda il progetto di joint commission	TARLO
per il raggiungimento degli obiettivi, degli standard di joint commission è prevista la definizione di percorsi	MALLEOLO
tra gli obiettivi joint commission di quest'anno, c'erano i PDTA	COSCIA
ESPERIENZA PASSATA	
quando si tratta di qualcosa di nuovo sicuramente ci sono state difficoltà a collaborare, la tendenza negli ultimi tre anni invece è stata a lavorare insieme.	TESTA
sulla patologia oncologica era già una modalità ormai operativa quella di lavorare. in team, di aver accordato, delle reti cliniche che facevano sì che ai pazienti poi venivano date risposte integrate condivise fra i diversi professionisti	TIGNA
hanno cominciato molto prima a lavorare sui protocolli definiti e questo ha consentito di partecipare e in qualche modo coagularli sotto "un'unica bandiera"	MARTELLI
facendoli..includendoli nei gruppi che lavorano, è un aspetto fondamentale, devi lavorare proprio, intanto apprendono, è proprio una forma mentis, acquisisci un modo di pensare critico nell'eseguire l'attività quotidiana..questa è la cosa fondamentale..anche se hai un ruolo minimo, l'importante è che	OMBELICO

partecipi, e che ti leghi a un gruppo,questo è un messaggio che noi diamo sempre..	
una volta che uno una cosa l'ha dovuta fare..ci ha guadagnato qualcosa nel farlo, poi pian pianino ne riconosce anche la validità, allora da quel momento si va avanti con un'altra prospettiva, con un altro clima.. la prima mi è toccata farla per forza..però ho visto che tutto sommato adesso che l'ho fatta..male non mi trovo, e allora potremmo fare anche la seconda..	MALLEOLO
TIPO DI DISCIPLINA	
lì il settore della medicina è il più trasversale possibile, perché chiaramente è un settore che non definisce né una sola patologia né un solo organo né una sola disciplina interessata, ma, attraversa l'ospedale proprio interamente	PSEUDOMONAS
la patologia oncologica è particolarmente favorevole nel senso che è una patologia che richiede l'intervento di tutta una serie di professionalità, di discipline diverse che fanno sì che questa modalità sia particolarmente agita oltre che magari appunto così sviluppata	TIGNA
Un'eccezione che ho trovato piuttosto eclatante è l'oncologia. La specialità di oncologia ha una maggiore cultura della diffusione e collaborazione rispetto ad altre	MARTELLI
ci sono discipline che sono più portate alla multidisciplinarietà	COSCIA

Il fatto di appartenere all'eccellenza, o di ricoprire ruoli apicali (nelle Università o in Società scientifiche) spinge i professionisti a non rimanere fuori dalle innovazioni, a non restare indietro. Mantenere la posizione comporta un' attività continua di miglioramento, le strutture d'eccellenza hanno nella propria essenza un percorso di miglioramento continuo, sono loro stesse a cercarsi e crearsi degli stimoli, senza che sia necessario fornirgli input. Perseguire l'eccellenza è insito nella loro vocazione. Inoltre sono maggiormente portate a un confronto multidisciplinare, a una collaborazione tra professionisti di discipline diverse.

Con più facilità i team multidisciplinari nascono in aree come l'oncologia, che sono per loro natura più portate alla trasversalità, e dove da più tempo c'è un'apertura al lavoro interdisciplinare. L'esperienza fa capire l'utilità e i vantaggi di una collaborazione multidisciplinare. Anche per i PDTA vale questo discorso: una volta portati a lavorarci sopra, si può riconoscerne il valore, comprendere l'utilità di questo strumento, che può essere uno strumento per risolvere problemi e criticità. Tale utilità può essere percepita anche dalle evidenze portate dalla letteratura.

Anche in un contesto privo di stimoli se si è inseriti in reti extra-ospedaliere si possono ricevere stimoli dall'esterno, si è collegati a importanti realtà, magari anche internazionali,tramite queste reti giungono degli impulsi a perseguire l'innovazione e alla collaborazione multidisciplinari.

Altri stimoli esterni all'organizzazione possono essere le indicazioni della Regione, le spinte dai network con organizzazioni del territorio, la partecipazione a tavoli tecnici o a tavoli di lavoro con le ASL, le indicazioni della Joint Commission, o le verifiche per l'accreditamento.

Altre spinte possono venire dalla tecnologia, dal presentarsi di un certo numero di casi simili che non hanno ancora un percorso definito, nuove evidenze che emergono dalla letteratura o da altre esperienze di PDTA, scelte organizzative particolari. Questi fattori portano a rivedere i processi, creando un' occasione propizia per la produzione di PDTA.

Abbiamo potuto notare come l'emergere dei PDTA possa avvenire senza che il management utilizzi input specifici, laddove si è già in presenza di determinate condizioni o nel caso in cui siano presenti fattori esterni che influiscono creando degli stimoli.

4.6 Input endogeni che favoriscono la produzione di PDTA multidisciplinari

Tabella 25: Input nei diversi casi

	TE	IN	PS	TI	PA	SA	MA	CO	MA	OM	ME	CO	PI	TA
COMMITMENT DIREZIONE	+++				+++		+	+	--	P-	--			
U. SUPPORTO: MANDATO DA DIREZIONE, COMPETENZE, AUTORITA'	+++	+++	+++	+++	+	+	+	+	--	P-	--	--	--	
U. SUPPORTO: SOSTEGNO AI TEAM	+++	+++	++	+++	+++	+	++	+		P-			+	+
OB CHIARI ED ESPLICITI, LEGATI A BUDGET	+	++	+++	++		-	++	+				+		+
INCENTIVI, GRATIFICHE, RICONOSCIMENTI	+		++	+	++	++		+++		P-				
MOSTRARE UTILITA', VANTAGGI: FORMAZIONE, PROMOZIONE, EVIDENZE, POSSIBILITÀ DI PUBBLICAZIONI	+++	+++	+++	+++	+++	++	++	++	++	P-	+			
INTERVENTI CHE STIMOLINO PERCEZIONE BISOGNO DI MIGLIORAMENTO: Revisione Processi, Analisi Rischi	+++	+++	++	++		++	+++				+	+		+
FORMALIZZAZIONE METODOLOGIA	+++	+++	+	++	++		-			+				+
INTERVENTI PER FAVORIRE CONFRONTO: Occasioni di Incontro, Formalizzazione Gruppi Interdisciplinari, Reti Di Referenti	+++	+++	+++	++			++	+++		P-			+	+
CREARE CERNIERE	+++	+++	++											
LEADERSHIP	+	-	+		+		+	+						
COMPOSIZIONE TEAM				+			+	-			++			++
VALORIZZAZIONE TEMPO INVESTITO	+++	+++												

In tabella sono mostrati i diversi input messi in gioco nelle varie organizzazioni dei tre scenari, distinguendo tra casi in cui la leva è utilizzata (++ o +++), casi in cui si sta iniziando a dirigersi in quest' ottica , o in cui è moderatamente utilizzata (+), e casi in cui è assente(-). Con (P) indichiamo che in passato era stata utilizzata quella determinata leva.

Di seguito specificheremo le diverse leve a disposizione del manager, distinguendo tra leve ad impatto solo sul team, già rintracciate nella letteratura, e leve invece a livello dell'intera organizzazione, analizzando i diversi esiti a cui possono condurre. Sinteticamente: agire su un determinato team crea delle condizioni favorevoli alla riuscita di quello specifico team, ma non stimola uno spontaneo susseguirsi di proposte dal basso. Possono portare ad un successo parziale, ma ogni volta si è al punto di partenza, per ogni team, e inoltre deve esserci un'indicazione dall'alto che proponga dei possibili progetti, rischiando di non guardare ad alcuni percorsi che possono emergere solo dai professionisti, dalle loro esigenze. Sono necessari interventi a livello di organizzazione, mirati da un lato a legittimare lo scambio e il confronto tra discipline diverse, diminuendo le barriere e costruendo dei ponti che permettano di incontrarsi, dall'altro a mettere in rilievo i PDTA come strumento utile, in grado di risolvere delle criticità e dei problemi.

La composizione del team (dimensione moderata, eterogeneità del gruppo, gestione del conflitto …) ha un impatto debole, in quanto anche se il momento di costruzione del team richiede parecchie attenzioni, in genere non si ha la disponibilità di selezionare il personale che si vorrebbe, ma si inserisce chi ha disponibilità e tempo, oltre competenze, per poterlo fare, mentre nel caso vengano proposti dal basso, ipotesi decisamente più interessante, non vi è una vera selezione del team dall'alto, ma chi si propone costituisce il team.

Solo in alcune interviste è emersa la possibilità di selezionare il personale più adatto.

Favorire la qualità delle relazioni interpersonali all'interno del team favorisce il passaggio di informazioni, un confronto aperto tra professionisti e una buona collaborazione. Le *social skills* sono un aiuto verso il raggiungimento del traguardo, ma non solo: la capacità degli individui di interagire tra di loro, comunicando in modo chiaro e ascoltando l'interlocutore permette un confronto tra individui anche di discipline diverse da cui può nascere l'idea di istituire un gruppo multidisciplinare, o meglio, senza questa capacità di scambiare pareri e informazioni, difficilmente può nascere un team multidisciplinare. Questo può avvenire quando non ci si limita a formare queste abilità nel team specifico, ma viene fatto in maniera più estesa, a livello di intera organizzazione, in modo che ogni individuo abbia la possibilità di esprimere la sua opinione e porla al giudizio di altri professionisti, in tal modo si potrà stimolare dei confronti da cui potranno scaturire PDTA. Queste abilità devono essere diffuse nell'intera azienda ospedaliera, perché è da un effettivo confronto che può nascere l'idea di un PDTA che coinvolga discipline diverse.

Avere queste abilità non è comunque un aspetto sufficiente a stimolare la nascita di team se non le si mette in atto. Perché queste abilità possano essere veramente uno stimolo alla creazione di gruppi multidisciplinari è necessario che le persone

si conoscano e si confrontino, facendo emergere degli aspetti interessanti di interrelazione tra le discipline. Compito del manager sarà quello di cercare di creare occasioni perché questo possa accadere.

Il management deve quindi cercare di favorire la creazione di reti, dei veri e propri network sia all'interno dell'organizzazione, sia all'esterno (intra ed extra ospedalieri), che vadano oltre alla singola disciplina di appartenenza, come possono essere le società scientifiche.

Per far questo abbiamo visto che i manager in svariati modi cercano di avvicinare e creare delle occasioni di confronto tra professionisti di discipline diverse. Tra questi espedienti vi è la condivisione di aree, come può essere l' area di degenza, la creazione di dipartimenti per malattie croniche con al loro interno discipline diverse, o l'ambiente stesso che essendo piccolo spinge a un frequente contatto tra membri di differenti discipline, l'organizzazione per Center , la ristrutturazione in cui sono i muri che si adeguano ai processi, l' organizzazione di convegni, momenti di formazione per riunire diversi professionisti interessati a uno stesso tema.

Per spingere a una condivisione della conoscenza vi sono anche ospedali in cui sono stati riconosciuti e formalizzati gruppi interdisciplinari.

Uno stratagemma diffuso consiste nella costituzione di una rete di referenti per l'unità che si occupa della supervisione di PDTA (di solito un referente per ogni U.O.) con il compito di diffondere la cultura percorsi e di far interagire discipline diverse. Infatti questi referenti, sono professionisti che continuano ad operare nel loro campo, ma vengono sensibilizzati alla tematica dei PDTA e si occuperanno di far percepire nelle diverse unità operative l'importanza di questi strumenti, inoltre conoscendosi tra loro creano dei ponti tra le diverse discipline,

permettendo un collegamento tra aree che altrimenti difficilmente, per motivi strutturali o organizzativi, riescono a trovare un punto di contatto.

Sia che sia stato formato, sia sorga spontaneamente per un team è importante avere obiettivi espliciti, chiari e condivisi. Questo permette di concentrare l'impegno e le risorse nella giusta direzione, evitando perdite di tempo e sforzi inutili. Non è tuttavia determinante per spiegare la nascita di team innovativi.

Spesso gli obiettivi legati alla produzione di PDTA multidisciplinari sono anche legati al sistema di budget, questo può essere uno stimolo ad un primo approccio verso i PDTA, un approccio motivato principalmente dalla possibilità di avere disponibilità di risorse.

Infatti, un fattore che spinge l'individuo a cimentarsi in un compito impegnativo, è la percezione di benefici superiori agli sforzi richiesti. Perché un team nasca servono degli individui che siano disposti ad impegnarsi. È dunque un fattore individuale, ma che può essere influenzato da variabili a livello di organizzazione. Un esempio sono proprio gli obiettivi di budget, come altri tipi di incentivi che siano economici o di altra natura. In realtà, se guardiamo alla scala di Maslow, i professionisti solitamente hanno maggiormente esigenze di livello superiore, sono più sensibili ad altre priorità, come quelle di stima, di prestigio, di successo e di realizzazione di sé, realizzando la propria identità e le proprie aspettative e occupando una posizione soddisfacente nel gruppo sociale.

Quindi alcuni stimoli che possono spingere nella direzione desiderata sono la percezione di gratifiche o riconoscimenti per il lavoro svolto, in questo modo è possibile aumentare la visibilità, e ottenere la stima di colleghi.

La leva dell'incentivo economico funziona modestamente e per periodi ridotti. Capita, infatti, che, di volta in volta, si guardi all'incentivo più conveniente,

senza un reale allineamento con l'obiettivo che si cerca di indurre tramite l'incentivo, si guarda solo all'incentivo senza impegnarsi veramente a fondo, ed essendo i professionisti gli unici a poter avere un giudizio effettivo sull'operato, essendo gli unici ad averne le competenze, non potendo il management controllare l'effettiva qualità del lavoro risulta anche difficile capire quale sia stato l'impegno rivolto.

Sono, comunque, leve utili per far intraprendere l'iniziativa dei percorsi una prima volta. Dopo che si è provato a farli, spesso ci si rende conto del valore che possono portare.

Come abbiamo visto l'abitudine, la pratica a lavorare in team multidisciplinari e l' esperienza con i PDTA, favoriscono la creazione di una cultura diffusa che ne riconosce il valore: più ne si fa più se ne capisce l'importanza e si è motivati a farli, generando un circolo virtuoso.

Spesso è l'insistenza o un motivo di contingenze particolari che spinge a farli, solo una volta spinti a cimentarsi in questo tipo di lavoro, i professionisti ne capiscono l'importanza e diffondono questo mutamento di percezione anche agli altri professionisti con cui entrano in contatto, contribuendo a un cambiamento nella percezione dei PDTA, che dall'essere visti come un peso divengono un'opportunità.

Spiegare, far capire l'utilità ai singoli individui di collaborare, e i vantaggi che i percorsi possono procurare al singolo, far vedere i possibili benefici ha una duplice valenza. Da un lato, a livello di team, far capire ai membri quali vantaggi può portare impegnarsi nel progetto, e come si possa accrescere tramite una forma di lavoro che coinvolga membri di diverse discipline, porta ad un maggiore *commitment* nei confronti dell'obiettivo del team.

Se invece questo sforzo di mostrare l'utilità, gli effetti positivi, i vantaggi viene fatta a livello globale, di organizzazione, genera le basi per una cultura che spinga alla collaborazione e a percepire i PDTA non come un inutile aspetto burocratico, come semplice carta, ma come una possibilità di miglioramento. Questo può portare alla nascita di team. È un elemento necessario, infatti affinché nasca un team che si occupi di PDTA, devono esserci individui, professionisti, convinti che impegnarsi in un compito simile abbia un' utilità, devono credere nel progetto che portano avanti, e devono anche essere convinti che un confronto multidisciplinare porti un valore aggiunto, altrimenti non tenderebbero ad un approccio simile, ma piuttosto rimarrebbero chiusi nella loro disciplina. A maggior ragione se si mostrano evidenze solide di questi vantaggi e benefici. Le evidenze sono un impulso sia dal versante motivazionale, si può essere spinti a produrre un PDTA avendo come scopo la produzione di evidenze e la pubblicazione, come anche può essere un impulso, vedendo evidenze forti dei benefici portati da un percorso si può essere spinti ad avvicinarsi ai PDTA.

La formazione è un esempio di strumento utile a far conoscere i PDTA, e avvicinare i professionisti, come anche l' organizzazione di convegni, e altre forme di promozione.

Un altro strumento utile è la formalizzazione della metodologia, che una volta ben definita, rende da un lato più agevole il percorso,è più strutturato e guidato; dall'altro,nel campo dell'Evidence Based Medicine, se è un metodo rigoroso, rende possibile la produzione di evidenze e la conseguente pubblicazione.

Ovviamente, tutto quanto quello che abbiamo detto ha senso, se la Direzione si mostra convinta dell'importanza dei percorsi di cura multidisciplinari, e si sforza di promuoverli. Un alto grado di *commitment* risulta fondamentale. Se già la Direzione non "ci crede", se non lo considera un aspetto prioritario, i professionisti lo percepiscono, e di conseguenza rifletteranno in parte questa

visione. Cambiamenti nelle priorità della Direzione si ripercuotono su uno spostamento degli obiettivi dell'organizzazione.

Si può capire se una Direzione considera i Percorsi Diagnostico Terapeutici tra le priorità dal tempo che viene dedicato a queste attività.

Perché i professionisti possano impegnarsi in questo compito è opportuno che gli si lasci del tempo per dedicarsi a questo, sottraendolo alle attività di routine quotidiana, senza esagerare nelle pressioni alla produzione dell'attività ordinaria. Credere nell'innovazione significa non relegarla a un livello secondario, prediligendo e considerando prioritarie altre attività, anche se queste hanno un elevato grado di necessità contingente. Non deve essere visto come ostacolo del normale svolgimento di attività quotidiane indispensabili alla riuscita degli obiettivi.

La stessa *reflexivity*, auspicabile, richiede un investimento di risorse e di tempo. Il ricercare informazioni sul contesto e sui mutamenti, il monitoraggio continuo, programmare e modificare dove necessario i programmi precedenti, che ne sono i fondamenti, richiedono un significativo impegno di tempo da parte dei membri del team. La condizione di *reflexivity* implica dunque tempi maggiori rispetto a una condizione di non *reflexivity*.

Come abbiamo detto gli unici detentori del sapere necessario per l'innovazione sono i professionisti, solo da un loro coinvolgimento può nascere un'innovazione. Ma a differenza di altri team, come quelli di sviluppo nuovi prodotti, i cui membri hanno come scopo principale quello di innovare, i professionisti, solitamente, hanno un compito primario differente e viene loro richiesto di impegnarsi anche in questa mansione.

Non bisogna assolutamente dar loro la sensazione di perdere tempo né soffocarli, cercando, dove possibile, di supportarli cercando di delegare ad altri (come per esempio ad apposite strutture di supporto) alcune attività che non richiedono un sapere specialistico, in modo che non sia sottratto loro troppo tempo dalla loro attività primaria, senza spaventarli, pretendendo un carico eccessivo di lavoro, ma facilitando e sostenendo il loro lavoro.
Il tempo è un bene prezioso, e una risorsa percepita come critica in tutte le organizzazioni.

Per quanto riguarda la leadership, si sono trovati molti contributi in letteratura. Nelle interviste la leadership all'interno del team non sembra essere percepito come fattore fondamentale, si tratta principalmente di confronto tra pari, in cui il leader è più che altro una figura formale che si occupa di riportare le fila, ma manca dell'autorità necessaria ad imporre determinate decisioni.
Mentre gioca un ruolo determinante l'esistenza di un mandato forte e chiaro dalla Direzione nei confronti di quelle unità che si occupano della gestione e supervisione dei PDTA. Un altro elemento che costituisce una base importante per creare le condizioni necessarie alla proposta di percorsi multidisciplinari, infatti, è la creazione di strutture di supporto, con personale competente . Queste strutture oltre a supervisionare il processo, devono sostenere il team in vari modi : fornendo un metodo chiaro e condiviso, che sia inoppugnabile, andando a valutare l'operato tramite opportuni indicatori, occupandosi della raccolta dei dati necessari, promuovendo una condivisione delle informazioni, facendo passare le informazioni a cascata, restituendo feed-back, agendo da facilitatori all'occorrenza, occupandosi della ricerca della letteratura, cercando le linee guida, occupandosi del monitoraggio, del coordinamento e di attività di formazione.

Un altro input consiste nella revisione processi e nell'analisi dei rischi, che permettono di mettere in luce problematiche, criticità, necessità di miglioramento per cui i PDTA si pongono come una soluzione possibile.

Tabella 26: input endogeni

Input	Per la gestione di un team	Per favorire la nascita spontanea di team
Obiettivi chiari ed espliciti	Modesta (T)	Modesta (O)
Social skills	Modesta (T)	Modesta (O)
Composizione team	Debole (T)	-
Mostrare vantaggi: formazione, promozione, evidenze..	Significativa (T)	Significativa (O)
Formalizzazione metodologia		Modesta (O)
Insistenza		Debole (O)
Supporto	Modesta(T)	Significativa (O)
Commitment Direzione		Significativa (O)
Leadership	Debole (T)	
Struttura di supporto con mandato forte		Significativa (O)
Revisione dei processi, Analisi dei rischi		Significativa (O)
Favorire contatto e confronto tra discipline diverse e formalizzazione gruppi interdisciplinari		Significativa (O)
Incentivi economici, gratifiche, riconoscimenti	Modesta (T)	Modesta (O)

5 DISCUSSIONE

Nelle organizzazioni sanitarie si cerca di spingere a una logica multidisciplinare che permetta di riunificare la visione sull'intero processo, sul percorso del paziente, facendo fronte alla frammentazione del percorso di cura a cui ha condotto la sempre maggiore specializzazione delle conoscenze nell'area medica. Questa logica multidisciplinare viene spinta dal management, in quanto la conseguente reingegnerizzazione dei processi permette un miglioramento della qualità e una riduzione dei costi, senza richiedere investimenti onerosi.

Il team rappresenta il principale strumento per integrare conoscenze di diverse discipline. Creare team di lavoro efficienti ed innovativi è diventata una necessità per le organizzazioni sanitarie, dove l'obiettivo da raggiungere è spesso articolato e nessun individuo ha le competenze necessarie per far fronte all'intero bisogno del paziente. Inoltre il team permette un confronto di esperienze e conoscenze che arricchisce le potenzialità diagnostiche e terapeutiche e genera la nascita di problemi/opportunità che spingono a ricercare soluzioni nuove, migliori e dunque all'innovazione.
In particolare noi ci siamo focalizzati sull'introduzione di Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) come esempio concreto di introduzione di innovazioni da parte di team multidisciplinari.

La produzione e implementazione di PDTA continua ad essere un fenomeno poco spontaneo, limitato a pochi casi ed estemporanei. Vi sono diversi problemi che ne rallentano l'emersione e l'attuazione. Il nostro lavoro si pone proprio su questo punto. Abbiamo cercato di indagare cosa possa fare il management per stimolare la nascita di team multidisciplinari che si occupino di PDTA.

Guardando alla letteratura, diverse problematiche inerenti la *Team Innovation* rimangono ancora aperte, dalla stessa definizione di cosa esattamente si intenda con il termine *Team Innovation*, al definire adeguati parametri di misurazione, al cercare di chiarire quali possano essere i fattori che la influenzino positivamente. Nel nostro studio ci concentreremo su quest'ultimo aspetto, andando ad indagare quali comportamenti del manager migliorino la *Team Innovation*, quali siano gli antecedenti e gli strumenti di cui i manager dispongono per poterla favorire.

Pur essendo il tema dell'innovazione ampiamente analizzato, gli studi dedicati alla *Team Innovation* appaiono una minoranza. Ben più enfasi vi è stata negli studi dedicati all'innovazione a livello di organizzazione o di individuo (Anderson et al.,2004).

A livello di team si è discusso su quali siano le condizioni che permettano a un determinato team di essere portato ad innovare, trovando essenzialmente due condizioni alla base della *Team Innovation*: il clima e la *Team Reflexivity*. Non si è però arrivati a una comprensione di quali siano le leve che si possano adoperare per raggiungere tali condizioni. Qualcosa è stato detto su come costruire "a tavolino", top-down, un team che sia il migliore possibile, o al più su quali elementi possano caratterizzare una buona gestione, dato un determinato team.

Gran parte di questi studi si focalizzano sul Team Design, ricercando le caratteristiche che portino un team ad eccellere; tra queste, la dimensione stessa del team, la varietà tra i membri, la presenza di network, di abilità e conoscenze, etc.. Altri si sono rivolti ad un aspetto più di gestione del team, vedendo nella leadership, nella chiarezza degli obiettivi, nella gestione del conflitto e dei network, in un "atteggiamento di integrazione" le chiavi per stimolare un comportamento innovativo efficace nel gruppo.

Tutte queste variabili, che in realtà mostrano risultati ambigui circa la loro correlazione con la *Team Innovation*, sono su un unico livello, quello del team, ossia dato uno specifico team quali sono le variabili che permettono a questo team di essere migliore di un altro . Appare paradossale come, pur con la consapevolezza di dover intervenire per creare un clima favorevole, tutti i contributi si arrestino a un unico livello, quello del team, senza indagare quali caratteristiche dell'organizzazione nel suo insieme possano influire sul clima per stimolare e agevolare la *Team Innovation.* Infatti un contesto organizzativo con un clima di lavoro aperto e sereno, caratterizzato da relazioni professionali e personali centrate sull'ascolto, sulla fiducia e sulla condivisione si dimostra particolarmente favorevole al sorgere spontaneo di team innovativi che coinvolgono discipline diverse.

Nel contesto ospedaliero, che è quello da noi studiato, il problema realmente interessante non è tanto come gestire il team, ma come supportare la creazione spontanea dei team che propongano innovazioni. Infatti i soli che possono innovare sono i professionisti, unici detentori delle conoscenze necessarie. L' innovazione non può essere calata dalla Direzione, poiché non dispone di un competenze specialistiche che gli consentano di cogliere a pieno le problematiche cliniche.

Gli unici in grado di individuare i punti nevralgici su cui costruire opportunità di miglioramento, e con le competenze necessarie per implementare tali innovazioni di processo, sono proprio i professionisti sanitari, la base della piramide. Perciò lo stimolo deve necessariamente avere una spinta dal basso. Quindi il problema manageriale non è tanto spingere una specifica innovazione, ma generare un sistema entro il quale i professionisti siano innovativi.

In ambito ospedaliero è fondamentale creare queste condizioni che spingano a un confronto multidisciplinare, superando l'ostacolo dell'autonomia

professionale che porta a un' autoreferenzialità, ostacolando un effettiva condivisione delle informazioni e delle conoscenze per preservare il proprio potere e status; inoltre un confronto tra individui di discipline diverse permette di trovare stimoli per guardare alla novità e non concentrarsi unicamente sulla routine.

Per capire come si può favorire la nascita spontanea di team multidisciplinari che perseguano l'innovazione, e quali leve ha a disposizione il manager abbiamo implementato un confronto di casi di studio polari, analizzando le differenze tra casi di successo e di fallimento, con l'aggiunta di uno scenario intermedio, caratterizzato da una diffusione solo parziale di PDTA.

Nella tabella 25 sono messe in luce le principali caratteristiche dei tre differenti scenari.

Tabella 27: confronto caratteristiche dei diversi scenari

Scenario di insuccesso	Scenario di successo parziale	Scenario di successo	
Manca cultura che veda l'utilità, i vantaggi dei Percorsi	Cultura: Presente ma non ancora completamente diffusa: o solo sulla parte del PDTA, o solo su multidisciplinarietà, o partiti da alcune unità, accreditate all'eccellenza, ambiente favorevole solo in alcune U.O.	Cultura diffusa che ha visto l'affermazione del PDTA come strumento utile e che riconosce valore nella multidisciplinarietà	CARATTERISTICHE
Problema: autoreferenzialità di qualche figura ostacola il passaggio di informazioni	Ostacolo: resistenze di tipo professionale, legame forte con società scientifiche monodisciplinari. Problema non ancora affrontato.	Garantita autonomia professionale: professionista alla fine è libero di scegliere se seguire o no PDTA, non vi sono obblighi, è solo necessario motivare propria scelta	
Manca abitudine a lavoro multidisciplinare	Mancanza di risorse nella struttura di supporto	Cerniere, elemento di continuità: cartella clinica informatizzata, personale infermieristico in grado di gestire trasversalità, visione unitaria del percorso di cura	
	Ospedali vasti, spesso con diversi presidi:maggiori difficoltà a integrazione, coordinamento..	Social skills: capacità di comunicare, scambiare informazioni, avvicinarsi alle competenze e alla visione degli altri	
		Importanza medicina basata sulle evidenze	
		Percezione ritorno dell'investimento di tempo, non c'è la sensazione di perdere tempo	
Percorsi calati dall'alto, poi condivisi	Spinta da esterno: regione, network con organizzazioni del territorio, partecipazione a tavoli tecnici, tavoli di lavoro con ASL..	Innovazione nel DNA della struttura: IRCCS, Università, eccellenza	CONDIZIONI
Chi si trova a livelli di eccellenza, figura apicali, unità collegate a reti internazionali,etc.. si dedicano ai PDTA per mantenere tale posizione	Spinta da esterno: mantenere livelli di qualità per accreditamento	Stimolo da una rete interaziendale, da territorio, da Regione, da Joint Commission	
Discipline più portate a multidisciplinarietà, per le caratteristiche stesse della disciplina, o per una maggiore esperienza	Alcune discipline più portate ad un confronto multidisciplinare: metodo emerso da più tempo	Il tempo, la pratica, l'esperienza e l'abitudine al tipo di lavoro rendono possibile comprenderne il valore	

Stimoli principalmente esterni: Regione, ASL, tavoli di lavoro multidisciplinari, stimolo da RAR, Joint Commission, progetti internazionali..		Spinta a rivedere i processi (tecnologia, n-casi simili senza percorso, scelte organizzative, nuove evidenze..)	
		PDTA multidisciplinari come opportunità di pubblicazioni	
Stimoli da letteratura, evidenze a supporto Stimolo da possibilità di pubblicazione	Supporto : metodologia, ricerca bibliografica, dati, formazione, monitoraggio	Struttura di supporto con mandato forte e chiaro e con personale competente. Tra le attività : facilitatori, collettori di bisogni, supporto raccolta dati, verifiche..	INPUT
Manca *commitment* Direzione: pensa ad altro.. (in qualche caso il cambio di Direzione strategica ha portato a un declino per quanto riguarda i PDTA	Importanza di un buon livello di *commitment* da parte della Direzione: cambi nelle Direzioni stanno spingendo nella direzione dei PDTA multidisciplinari	Metodologia ben definita, chiara e condivisa, inoppugnabile	
Interni nascono da criticità, necessità,, da analisi dei dati, da revisione dei processi (individuate dall'alto)	Interventi per mostrare utilità dei PDTA multidisciplinari	PDTA multidisciplinari come opportunità di pubblicazioni	
Spingere a partecipare, metterli al tavolo. Gruppi di lavoro con valenza ECM, Congressi, convegni, attività di formazione come occasioni di contatto e di confronto	Mostrare evidenze, far percepire che il cambiamento è stato utile, EVIDENCE BASED; attenzione a Gold Standard; evidenze come indicatori della qualità del proprio lavoro	Creare dei contatti tra discipline diverse: Aree condivise: aree condivise per processi omogenei, area degenza e area medica comune, center, dipartimenti per patologie croniche	
Incentivi economici o da riconoscimenti	Creare occasioni di contatto tra discipline diverse: convegni,	Formazione	
Attività di promozione, convegni per legittimazione, gratifica	Rete di referenti, che spingano alla collaborazione tra specialità diverse	Mostrare opportunità e interesse per il singolo	
Attività di formazione, sensibilizzazione, promozione, convegni per mostrare utilità	Percezione necessità di miglioramento, errori, esperienze negative, o problematiche emerse da valutazioni del rischio spingono a una revisione dei processi	Prendere con le pinze contributi società scientifiche (monodisciplinari), confronto di linee guida di diverse discipline su stessa patologia..	
	Mostrare vantaggi: quale può essere l'interesse, l'opportunità per il singolo, far sì che vedano utilità del cambiamento	Spinta da necessità miglioramento, criticità, disomogeneità nei comportamenti	
	Modalità standardizzata, formalizzata		

Dall' analisi dei risultati si trova conferma del ruolo significativo di Clima e *Team Reflexivity* come antecedenti della *Team Innovation*.
Le caratteristiche che denotano un clima aperto e sereno, e una buona capacità del team di essere attento al contesto e di sapersi correggere sono percepite come un indice positivo affinché sorgano progetti multidisciplinari di innovazione della pratica.

Clima e *Reflexivity* sono influenzate dalla Cultura diffusa nell'organizzazione e influenzano direttamente la Team Innovation

Emerge come gli input a livello di team sono certamente utili per dare una spinta a un team, conducendolo verso un buon esito, ma non innescano alcun meccanismo che porti alla nascita spontanea di team innovativi. Gli input a livello di team servono a creare quelle condizioni di clima e *reflexivity* necessarie perché il team possa avere successo, ma è un risultato limitato a uno specifico progetto, mentre se vengono estese a livello di organizzazione, contribuiscono a costituire una cultura che possa permettere lo sbocciare spontaneo di team che innovino la pratica. Queste condizioni (clima e *reflexivity*) sono fortemente influenzate dal contesto dell'organizzazione stessa.
Creare una cultura che guardi positivamente l'innovazione, il cambiamento e in cui il lavoro multidisciplinare venga apprezzato per il valore aggiunto che è in grado di portare, permette di disporre diffusamente nell'organizzazione di queste condizioni di *reflexivity* e di clima positivo per l'innovazione.
La tecnica che permette di costruire questa cultura è partecipativa, ossia non è qualcosa che da un momento all'altro inserisco nell'organizzazione, deve essere condivisa, sono gli stessi individui facenti parte dell'organizzazione che la riflettono, e costruirla richiede tempo. Perché prenda piede e si diffonda l'idea

del miglioramento attraverso lo strumento dei PDTA, occorre che vi sia una motivazione diffusa, così come per la multidisciplinarietà.
Questo tipo di cultura supera l'ostacolo dell'autonomia professionale, non si ha la preoccupazione di perdite di potere derivanti dal cambiamento, ma i professionisti sentono garantita la propria autonomia professionale anche a fronte del cambiamento. Questo permette loro di sentirsi più sicuri, toglie la barriera che ostacolava un confronto e uno scambio di informazioni tra discipline diverse, evitando conflitti per il potere.

Oltre alla diffusione di una cultura propensa all'innovazione multidisciplinare, è determinante la presenza di una Direzione che punti all'innovazione della pratica clinica, riconoscendone il valore. Se già a un primo livello la Direzione è poco convinta di seguire questa strada, non si riuscirà ad ottenere una piena diffusione, e dunque un successo a livello globale, al più vi saranno delle eccezioni, casi sporadici di successo. Infatti senza il benestare della componente direttiva, gli interventi che possono essere presi, risulteranno avere poco credito, con una scarsa probabilità di riuscire ad agire sulla cultura dell'organizzazione per modificarla.
Se la Direzione non considera l'innovazione multidisciplinare della pratica clinica un aspetto prioritario, non vi sarà alcun investimento (di tempo, risorse..) in questa logica, e di conseguenza i professionisti non riceveranno impulsi che li spingano in questa direzione. Cambiamenti nelle priorità della Direzione si ripercuotono su uno spostamento degli obiettivi dell'organizzazione.

La presenza di una Direzione che annoveri l'innovazione della pratica clinica tra le priorità è necessaria per permettere la nascita di team multidisciplinari che innovino la pratica clinica.

La scommessa che la Direzione fa sull'innovazione multidisciplinare della pratica clinica prevede da un lato un supporto alla nascita di innovazioni, un facilitare il lavoro dei professionisti, dall'altro una spinta a un metodo di lavoro che punti a un confronto e una collaborazione interdisciplinare. Questi due aspetti devono essere portati avanti parallelamente.

Per alleggerire il peso posto sulle spalle dei professionisti, che ricordiamo essere i soli in grado di innovare la pratica clinica, ma il cui compito principale non è innovare, bensì erogare le prestazioni e le cure ai pazienti, è opportuno creare delle strutture, delle unità che supportino il lavoro di questi nella parte non strettamente legata alle competenze cliniche, fornendogli tutti gli strumenti necessari a procedere il più velocemente possibile, e le informazioni che possono trovare utili.

Le organizzazioni sanitarie vedono i medici sempre più indaffarati, il tempo è percepito come una risorsa critica, in un mondo in continuo cambiamento ci son sempre più compiti da svolgere, e le risorse sono sempre le stesse. Innovare richiede di investire parte di queste risorse, del loro tempo, con la prospettiva di un ritorno che porti vantaggi maggiori delle risorse investite. Riservare risorse per l'innovazione risulterà, comunque, nel medio-lungo termine una scelta appropriata per un progresso indispensabile.

Se si spinge molto sul versante della produttività, i medici non avranno tempo da dedicare a ricercare metodi nuovi e miglior di svolgere la pratica clinica. Saranno unicamente volti alle attività di routine. È invece importante stimolarli a un confronto con altri professionisti da cui possano scaturire divergenze che portino a una revisione dei processi, e a un loro miglioramento.

Le organizzazioni, non potendo prescindere dal coinvolgimento dei professionisti, si devono dotare di strutture di supporto, che facilitino e

sostengano tali professionisti. Al fine di garantire una condizione di *reflexivity*, sono richiesti tempi maggiori rispetto a una condizione di non *reflexivity*. richiede un significativo impegno di tempo ; vi sono compiti come il ricercare informazioni sul contesto e sui mutamenti, il monitoraggio continuo che possono essere delegati a queste strutture, permettendo ai professionisti di risparmiare un significativo impegno di tempo necessario per queste attività.

Serve un gruppo in azienda dedicato, che funga da supporto e guidi i professionisti, che li coordini e li gestisca, che raccolga e registri dati, che solleciti, che supporti i professionisti nell'analisi della letteratura, nella ricerca di evidenze, che affianchi, un affiancamento continuo, un tutoraggio con i clinici in modo da sgravare i professionisti da incombenze non necessarie.
La formalizzazione di una metodologia standard ex ante, permette di procedere poi più velocemente, e garantisce una base condivisa e inoppugnabile.

È importante che queste strutture siano riconosciute, e abbiano un mandato forte dalla Direzione, affinché abbiano l'autorità necessaria, e la capacità di essere realmente influenti.

La presenza di una struttura di supporto con un mandato forte dalla Direzione facilita la nascita di team che innovino la pratica clinica

Creare occasioni di confronto e condivisione delle conoscenze, tramite strutture che portino a contatto professionisti di discipline diverse, tramite momenti comuni di formazione, partecipazioni a convegni, così come la formalizzazione di gruppi interdisciplinari già presenti nelle aziende ospedaliere favorisce la costituzione di gruppi multidisciplinari.

Sempre in questa direzione è importante spingere i professionisti a superare una visione parziale come quella portata dalle varie società scientifiche monodisciplinari, instillando la consapevolezza che questi contributi sono di parte e vanno considerati tali. Per questo si dimostra utile portarli a confrontare linee guida di diverse società scientifiche sullo stesso tema in modo che si rendano conto che un'unica disciplina non tiene in considerazione tutti i fattori necessari, ma è bene agire in maniera multidisciplinare. Da un confronto di contributi di discipline diverse e dalle evidenze portate può emergere una linea condivisa .

Interventi che facilitino la comunicazione e la condivisione di conoscenze tra discipline diverse agevolano la nascita di team multidisciplinari

Un ulteriore aspetto su cui il management può spingere è la percezione dell'utilità da un lato della multidisciplinarietà e dall'altro del cambiamento, dell'innovazione. La formazione, il portare evidenze a sostegno, l'organizzazione di convegni, sono tutti strumenti possibili per spingere i professionisti in questa direzione. Riconoscimenti e gratifiche per chi si impegna in questo tipo di lavoro possono spingere i professionisti ad impegnarsi in questo. Si possono portare i professionisti a prendere in considerazione i vantaggi che porta, i benefici per l'organizzazione e per il singolo, in modo che siano spinti a investire energie e sforzi in vista di conseguenti benefici. È importante fare in modo che gli stessi professionisti si rendano conto dell'esistenza di un bisogno di migliorare la pratica clinica.

Favorire il confronto ha una duplice valenza: se può far scaturire delle problematiche che instillino questo bisogno di innovazione, pone anche le basi per un lavoro multidisciplinare di innovazione.

L'esperienza gioca un ruolo favorevole in questo campo, partecipare, cimentarsi in questi compiti porta a capire l'utilità dell'innovazione e il valore aggiunto di un approccio multidisciplinare. Questo rende propizi anche quegli interventi che hanno una logica di breve come gli incentivi economici, la presenza di obiettivi di budget legati a queste innovazioni, così come l'insistenza, che in qualche modo portano a un primo contatto con questo metodo di lavoro. Poi l'utilità di questo tipo di lavoro emerge spontaneamente nella pratica.

Interventi che mirino a far percepire l'utilità dell'innovazione della pratica clinica agevolano la nascita di team che innovino tale pratica.
Interventi che mirino a far percepire l'utilità di una logica multidisciplinare agevolano la nascita di team multidisciplinari.

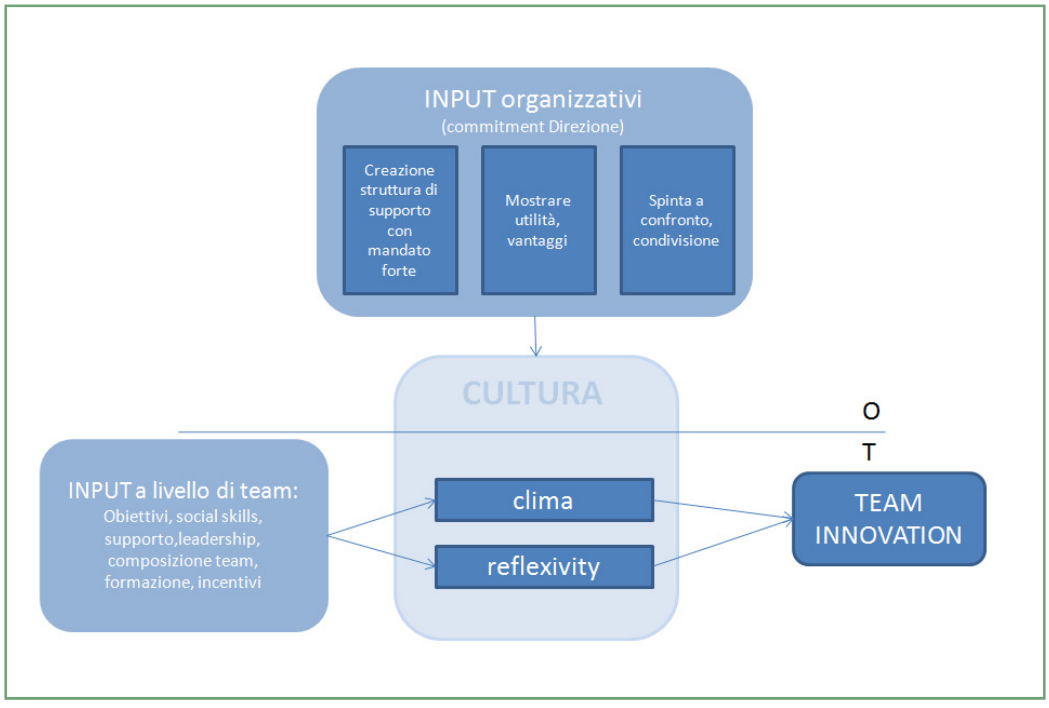

Figura 3: Modello influenze TI

6 CONCLUSIONI

6.1 Overview dei risultati

Dal nostro studio emerge come la diffusione di PDTA sia influenzata da particolari condizioni interne all'organizzazione e sovra-organizzative.

In particolare, si è verificata l'esistenza di clima e *Team Reflexivity* e a livello più generale della cultura diffusa nell'organizzazione come antecedenti dirette della *Team Innovation*.

Si è trovata una produzione di PDTA anche a fronte di un'assenza di input da parte dei manager qualora fossero presenti determinate condizioni, che spingono all'innovazione della pratica multidisciplinare. Tra queste la presenza di reti e network intra ed extra ospedaliere, le spinte da Regione e altri enti esterni che tramite la disposizione di risorse, o la verifica per l'accreditamento forzano le organizzazioni in quest'ottica. Una componente di eccellenza, che per mantenersi agli standard richiesti produrrà queste innovazioni anche in contesti non particolarmente favorevoli; particolari discipline si prestano maggiormente a questo tipo di innovazione e a una logica multidisciplinare, soprattutto se è parecchio tempo che si segue questa strada.

Se anche non sono presenti queste condizioni è possibile spingere nella direzione voluta i professionisti. Per far questo è in primo luogo indispensabile un alto grado di *commitment* da parte della Direzione, che deve annoverare tra le sue priorità la diffusione dei PDTA nell'organizzazione. Per spingere in questa logica è opportuno che si istituiscano delle strutture di supporto con mandati chiari e forti, tali da permettere a queste entità di avere un'autorità in grado di influenzare l'atteggiamento dei professionisti. Queste strutture hanno il compito

di supportare i professionisti in tutte le attività che non richiedono conoscenze specialistiche, e definiscono una metodologia .

Tra gli input a disposizione del manager vi sono anche tutti gli interveti che conducono verso una logica multidisciplinare, come la formalizzazione di gruppi interdisciplinari già presenti, la creazione di occasioni di confronto tra professionisti, e la spinta a un' organizzazione del lavoro che abbandoni la chiusura monodisciplinare, ma in cui le diverse discipline si aprono l'una all'altra e si confrontano apertamente su tematiche di interesse comune,.

È importante anche portare i professionisti a comprendere il valore e l'utilità di questa innovazione, e del valore aggiunto portato da una logica multidisciplinare. Si deve instillare la percezione del bisogno di miglioramento, in modo che il cambiamento sia meglio accettato. Questa percezione può essere spinta dall'analisi del rischio, da una revisione dei processi, così come dall'introduzione di nuove tecnologie o da cambiamenti organizzativi

Queste leve più che agire su un determinato team si pongono in un'ottica che agisca sull'intera organizzazione, per favorire la nascita spontanea di team che si dedichino all'innovazione della pratica clinica, piuttosto che facilitare il buon esito e l'efficacia di un determinato e specifico gruppo. È, infatti, decisamente più interessante questo aspetto. È fondamentale coinvolgere i professionisti in modo che siano essi stessi a proporre le innovazioni, in quanto sono gli unici ad avere le competenze per farlo.

6.2 Implicazioni pratiche

Questo dovrebbe portare le organizzazioni sanitarie a rivedere le logiche che si propongono di incentivare la produzione di PDTA, dando maggiore peso a quegli elementi che creino una cultura che guardi positivamente all'innovazione da un lato e alla multidisciplinarietà dall'altro.

I manager più che seguire uno specifico team dovranno dedicarsi a implementare delle misure che permettano la diffusione di una cultura che senta il bisogno di innovarsi, e guardi il cambiamento positivamente, oltre a focalizzarsi in interventi che mirino a favorire la multidisciplinarietà, introducendo un modo di lavorare che non sia più parcellizzato, ma che guardi all'unitarietà del processo, favorendo il confronto tra discipline diverse, e superando gli ostacoli alla collaborazione presenti nel contesto professionale. Questo permetterà di generare un ambiente in cui spontaneamente i professionisti stessi propongano innovazioni della pratica clinica in una logica multidisciplinare.

I professionisti dovranno sottrarre parte del loro tempo da dedicare a questo genere di attività dall'attività di routine. Implica che si aprano a un reale confronto tra discipline, per re-integrare in un' unica visione i punti di vista delle diverse specialità su una patologia.

6.3 Trasferibilità dei risultati

I risultati ottenuti possono essere estesi ad altri contesti sanitari. Abbiamo indagato appositamente casi che si riferissero a contesti differenti, in Regioni diverse, al fine di ottenere risultai che potessero essere generalizzati e non limitati agli specifici casi in analisi.

Nel modello abbiamo astratto dalle specificità delle realtà analizzate le condizioni che influenzino l' innovazione multidisciplinare della pratica clinica, e le leve a disposizione del management per favorirle. Il disporre d diversi casi ci ha aiutato in questo compito di individuare quali fossero le caratteristiche specifiche, legate a un determinato contesto, ed estrapolare quelle che potessimo ritenere delle relazioni generali, valide nei diversi contesti.

Abbiamo costruito un modello in cui vengono descritte delle condizioni generali che dovrebbero caratterizzare la diffusione dei PDTA oltre al contesto specifico.

La nostra analisi si è concentrata sullo studio della diffusione dei PDTA in un contesto limitato alla realtà nord-italiana, in particolare concentrandoci sulla Lombardia ed estendendoci a Veneto ed Emilia Romagna. Crediamo, tuttavia, che osservare e analizzare la diffusione dei PDTA in altri contesti, in modo particolare in contesti internazionali, come quello inglese, ci permetterebbe di ampliare la conoscenza delle possibili leve di cui dispongono i manager all'interno delle organizzazioni e ad un livello sovra-organizzativo. Questo aiuterebbe ad estendere la gamma delle possibili leve introdotte (e.g. il ruolo di una figura professionale : l'ICP facilitator) , oltre a quelle fin qui trovate, che si sono rintracciate in contesti comunque caratterizzati da elementi simili e dalla vicinanza territoriale che agevola uno scambio culturale più intenso e di conseguenza il confronto e il trasferimento di prassi che si sono rivelate utili e vantaggiose. Sarebbe interessante allargarci oltre i confini nazionali anche per

osservare se in altre realtà siano presenti input a livello nazionale, di Stato (e.g. il Map of Medicine) .

6.4 Limiti e passi futuri per la ricerca

Ci rendiamo conto della presenza di alcuni limiti, tuttavia questi non si pongono in opposizione e non penalizzano la nostra scelta metodologica, piuttosto suggeriscono direzioni per futuri sviluppi della ricerca.

In primo luogo la comparazione di casi di studio consente il confronto tra realtà diverse, permettendo di coglierne somiglianze e differenze. In questo modo è possibile distinguere tra variabili che sono specifiche di un determinato contesto e variabili che possono essere generalizzate, e si prestano alle diverse realtà, permettendo di creare un modello che sia responsivo della nostra domanda di ricerca.

Tuttavia i casi comparati ci permettono di identificare solamente le variabili ed i meccanismi principali, senza addentrarsi troppo nel particolare, non garantiscono un' analisi approfondita come si sarebbe potuta ottenere da un unico caso di studio, che avrebbe permesso di indagare nello specifico i meccanismi legati a ciascun intervento, in che modo i vari interventi presi dal management si ripercuotono sull'organizzazione, e in particolare cosa fanno scaturire nei professionisti che li porti a innovare la pratica clinica, come vengano accolti e interpretati da questi, quale meccanismo attivino che spinga i professionisti ad allinearsi agli obiettivi della Direzione.

Ora che è stato delineato un modello generale, come possibile direzione futura suggeriamo, partendo da questi risultati, di implementare single-case studies che possano aiutarci ad esplorare nel dettaglio entrambi gli aspetti.

In secondo luogo, i casi comparati analizzati sono troppo pochi per permettere di verificare la generalizzabilità dei nostri risultati. Questo limite riflette un problema oggettivo di una realtà in cui esistono poche realtà di “successo” in cui si riesce ad ottenere una diffusa presenza di PDTA. La possibilità di applicare strumenti statistici per fini di generalizzazione appare limitata dal fatto che siano presenti solo poche realtà che sono rappresentative del "successo" nella diffusione, e che quindi possano rendere significativo il risultato di uno strumento statistico. Questo tema è reso precipuo dal fatto che un modello come quello in figura 3 richiede l'utilizzo di una modellistica statistica macro-micro, che implichi la contemporanea misurazione di variabili a livello sia di organizzazione che di team. Per far questo, quindi, non basta collezionare un numero elevato di team, già di per sé difficile o, addirittura, impossibile, in quanto non esistono sufficienti team di successo, ma occorre anche un altrettanto elevato numero di diverse organizzazioni che si applicano nell'utilizzo di PDTA.

7 BIBLIOGRAFIA

Abbott, A., (1988). The system of professions: An essay on the division of expert labor. University of Chicago Press

Amabile, T.M. (1996). Creativity in context: Update to" the social psychology of creativity. Westview press.

Anderson, N.R., West, M.A. (1996). Innovation in top management teams. *Journal of Applied Psychology; Journal of Applied Psychology*, Vol. 81, No. 6, pp. 680-693.

Anderson, N.R., West, M.A., (1998). Measuring climate for work group innovation: Development and validation of the team climate inventory. *Journal of Organizational Behavior*, Vol. 19, No. 3, pp. 235–258.

Anderson, N., De Dreu, C.K.W. and Nijstad, B.A. (2004). The routinization of innovation research: a constructively critical review of the state-of-the-science. *Journal of Organizational Behavior,* Vol. 25, pp. 147–173

Atwal, A. and Caldwell, K. (2002). Do multidisciplinary integrated care pathways improve interprofessional collaboration? *Scandinavian Journal of Caring Sciences,*Vol. 16, No.4, pp. 360-367

Baggs, J. G., Schmitt, M. H., Mushlin, A. I., Mitchell, P. H., Eldredge, D. H. and Oakes, D., et al. (1999). Association between nurse-physician collaboration and patient outcomes in three intensive care units. *Critical Care Medicine*, Vol. 27, pp. 1991–1998

Bantel, K.A., Jackson S.E. (1989). Top management and innovations in banking: does the composition of the top team make a difference? *Strategic Management Journal*, Vol. 10, No. S1, pp. 107–124.

Benders, J., Van Hootegem, G. (1999). Teams and their context: moving the team discussion beyond existing dichotomies. *Journal of Management Studies*, Vol. 36, No. 5, pp. 609-628.

Berwick, D.M., Godfrey, A.B. and Roessner, J. (1990). Curing health care: New strategies for quality improvement: A report on the National Demonstration Project on Quality Improvement in Health Care. San Francisco, CA: Jossey-Bass

Brown, M.S., Ohlinger, J., Rusk, C., Delmore, P., Ittmann, P., (2003). Implementing potentially better practices for multidisciplinary team building: creating a neonatal intensive care unit culture of collaboration. *Pediatrics*, Vol. 111, pp. e482-e488.

Brunenberg, D.E., Van Steyn, M.J., Sluimer, J.C. and Bekebrede, L.L., Bulstra, SK and Joore, M.A. (2005) . Joint recovery programme versus usual care: An economic evaluation of a clinical pathway for joint replacement surgery. Medical Care Vol. 43 No 10 Pp. 1018-1026

Brunning, H. and Huffington, C. (1985). Altered images. *Nurs Times*, Vol. 81, No. 31, pp. 24-7.

Cady S.H. and Valentine J., (1999). Team innovation and perceptions of consideration. *Small group research*, Vol. 30, No. 6, pp. 730-750.

Crossan, M.M. and Apaydin, M. (2010). A Multi-Dimensional Framework of Organizational Innovation: A Systematic Review of the Literature. *Journal of Management Studies*, Vol. 47, No. 6 , pp. 1154 – 1191.

Curseu, P. L., Schalk R. and Wessel, I. (2008). How do virtual teams process information? A literature review and implications for management. *Journal of Managerial Psychology,* Vol. 23, No. 6, pp. 628 – 652.

Curseu, P.L.; Kenis, P.; Raab, J. and Brandes, U. (2010). Composing Effective Teams through Team Dating. *Organization Studies,* Vol. 31, pp. 873-894

Damanpour, F. (1991). Organizational innovation: A meta-analysis of effects of determinants and moderators. *Academy of Management Journal*, Vol. 34, No. 3, pp. 555–590.

De Bleser, L., Depreitere, R., De Waele, K., Vanhaecht, K., Vlayen, J. and Sermeus, W. (2006). Defining pathways. *J Nurs Manag*. Vol. 14, No.7, pp. 553-563.

De Dreu, C.K.W. (2002). Team innovation and team effectiveness: The importance of minority dissent and reflexivity. *European Journal of Work and Organizational Psychology,* Vol. 11, No. 3, pp. 285-298

De Dreu, C.K.W. (2006). When too little or too much hurts: Evidence for a curvilinear relationship between task conflict and innovation in teams. *Journal of Management*, Vol. 32, No. 1, pp. 83-107.

De Dreu, C.K.W. and Weingart, L.R. (2003). Task versus relationship conflict, team performance, and team member satisfaction: A meta-analysis. *Journal of applied Psychology,* Vol. 88, No. 4, pp. 741-749.

De Dreu, C.K.W. and West, M.A. (2001). Minority dissent and team innovation: The importance of participation in decision making. *Journal of applied Psychology*, Vol. 86, No. 6, pp. 1191-1201.

De Jong, B.A. and Elfring, T. (2010). How does trust affect the performance of ongoing teams? The mediating role of reflexivity, monitoring, and effort. *Academy of Management Journal,* Vol. 53, No. 3, pp. 535–549

Dirks, K.T., Skarlicki, D.P., (2004). Trust in leaders: Existing research and emerging issues. *Trust and distrust in organizations: Dilemmas and approaches,* Vol. 7, pp. 21-40.

Donaldson, M. S., Mohr, J. J. (2000). Exploring innovation and quality improvement in health care microsystems: A cross case analysis. Washington, DC: Institute of Medicine, National Academy Press

Dorenbosh, L., Engen, M.L., Verhagen, M. (2005). On-the-job Innovation: The Impact of Job Design and Human Resource Management through Production Ownership. *Creativity and innovation management*, Vol. 14, No. 2, pp. 129-141.

Drach-Zahavy, A., and Somech, A. (2001). Understanding team innovation: The role of team processes and structures. Group Dynamics: Theory, Research, and Practice, 5, 111–123.

Dunphy, D. and Bryant, B. (1996). Teams: panaceas or prescriptions for improved performance? *Human Relations*, Vol. 49, No. 5, pp. 677-699.

Edmondson, A.C., Bohmer, R.M. and Pisano, G.P. (2001). Disrupted routines: Team learning and new technology implementation in hospitals. *Administrative Science Quarterly*, Vol. 46, No. 4, pp. 685–716.

Edmondson, A.C. (1999). Psychological safety and learning behavior in work teams. *Administrative science quarterly.* Vol. 44, No. 2, pp. 350-383.

Edmondson, A.C., Roberto, M.A. and Watkins, M.D. (2003). A dynamic model of top management team effectiveness: Managing unstructured task streams. *Leadership Quarterly*, Vol. 14, No. 3, pp. 1–29

Eisenhardt, K.M. (1989). Making fast strategic decisions in high-velocity environments. *Academy of Management journal*, pp. 543-576.

Elovainio, M., Kivimäki, M., Steen, N. and Kalliomäki-Levanto, T. (2000). Organizational and individual factors affecting mental health and job satisfaction: A multilevel analysis of job control and personality. *Journal of occupational health psychology*, Vol. 5, No. 2, pp. 269-277.

Every, N.R.; Hochman, J.; Becker, R.; Kopecky, S. and Cannon C. P. (2000). Critical Pathways : A Review . *Circulation.*; Vol. 101, pp. 461-465

Faix, W.G. and Laier, A. (1996) Soziale Kompetenz:Wettbewerbsfaktor der Zukunft . Wiesbaden:Gabler.

Falconer, J.A., Roth, E.J., Sutin, J.A., Strasser, D.C. and Chang, R.W. (1993). The critical path method in stroke rehabilitation: lessons from an experiment in cost containment and outcome improvement. *Qual Rev Bull,* Vol. 19, pp. 8–16

Fay,D. , Borrill,C., Amir Z., Haward,R. and West, M.A.(2006). Getting the most out of multidisciplinary teams: A multi-sample study of team innovation in health care. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, Vol. 79, pp. 553–567

Feist, G.J. (1999). The Influence of Personality on Artistic and Scientific Creativity. Cambridge Univ Pr .

Finn, R. (2008). The language of teamwork: Reproducing professional divisions in the operating theatre. Human relations, Vol. 61, No.1, pp. 103-130.

Finn, R.; Currie, G. and Martin, G. (2010). Team Work in Context: Institutional Mediation in the Public-service Professional Bureaucracy. *Organization Studies,* Vol. 31 , pp. 1069-1097.

Freidson, E. (2002) , *La dominanza medica,* Angeli, Milano

Freidson, E. (1986). Professional Powers: A Study of the Institutionalization of Formal Knowledge, Chicago: The University of Chicago Press

Freidson, E. (1985). The reorganisation of the medical profession. *Medical Care Review*, Vol. *42*, pp. 11–35

Fried, B.J. and Leatt, P., (1986). Role perceptions among occupational groups in an ambulatory care setting. *Human Relations*, Vol. 39, No. 12, pp. 1155-1173.

Golembiewski, R.T. and Mc-Conkie, M. (1975). The centrality of interpersonal trust in group processes. *Theories of group processes,* Vol. 131, pp 185

Greenhalgh, T.; Robert, G.; MacFarlane, F.; Bate, P. and Kyriakidou, O. (2004). Diffusion of Innovations in Service Organizations: Systematic Review and Recommendations. *Milbank Quarterly*, Vol. 82, No. 4, pp. 581–629

Guzzo, R.A. and Gannett, B.A. (1988). The nature of facilitators and inhibitors of effective task performance. Facilitating Work Effectiveness. Lexington Books, Lexington, MA.

Guzzo, R. (1986). 'Group Decision Making and Group Effectiveness'. In Goodman, P. and associates (eds). *Designing effective work groups.* London: Jossey-Bass Publishers

Hafferty, F.W., and Light, D.W. (1995). Professional dynamics and the changing nature of medical work. *Journal of Health and Social Behavior*, Vol. 35, pp. 132–153

Hampton, DC. (1993). Implementing a managed care framework through care maps. *J Nurs Adm.*; vol. 23: pp. 21–27.

Hansen, S.O. and Wakonen, J. (1997). Innovation, a winning solution? *International Journal of Technology Management*, Vol. 13, No. 4, pp. 345-358.

Harrison, D.A. and Klein, K.J. (2007). What's the Difference? Diversity Constructs as Separation, Variety, or Disparity in Organizations. *The Academy of Management Review,* Volume 32, No. 4 , pp. 1199-1228.

Hennessey, B.A. and Amabile, T. (2010) Creativity. *Annual Review of Psychology*, Vol. 61, pp. 569–98

Hinsz, V.B.; Tindale, R.S. and Vollrath, D.A. (1997). The emerging conceptualization of groups as information processors. *Psychological Bulletin*, Vol 121, No 1, pp. 43-64.

Hodgkinson, G.P. and Healey, M.P. (2008). Cognition in organizations. *Annual Review of Psychology,* Vol. 59, pp. 387-417.

Hoegl, M. and Gemuenden, H.G. (2001). Teamwork quality and the success of innovative projects: A theoretical concept and empirical evidence *Organization science,* Vol. 12, No. 4, pp. 435-449.

Hoegl, M. and Proserpio, L. (2004). Team member proximity and teamwork in innovative projects. *Research Policy*, Vol.33, No. 8, pp. 1153–1165.

Hoegl, M. and Parboteeah, K.P. (2006). Team reflexivity in innovative projects. *R&D Management*, Vol. 36, No. 2, pp. 113-125.

Hoegl, M. and Parboteeah, K.P.(2003).Goal setting and team performance in innovative projects. *Small group research*, Vol. 34, No. 1, pp. 3-19.

Homans, G.C. (1974). Social behavior: its elementary forms. *New York: Harcourt Brace Jovanovich*.

Horbar, J.D. (1999). The Vermont Oxford Network: evidence-based quality improvement for neonatology. *Pediatrics*, Vol. 103, pp. 350-359.

Hülsheger, U.R.; Anderson, N. and Salgado, J. F. (2009). Team-level predictors of innovation at work: A comprehensive meta-analysis spanning three decades of research. *Journal of Applied Psychology*, Vol. 94, No 5, pp. 1128-1145.

Ignatavicius, D. and Hausman, K. (1995). Clinical pathways for collaborative practice. Philadelphia: W. B. Saunders Company

Institute for Medicine (1992) Guidelines for clinical practice: from development to use. National Academic Press, Washington, DC.

Institute of Medicine, (2001). Crossing the quality chasm, a new Healt Sistem for the 21st century

Jansen, L. (2008). Collaborative and interdisciplinary health care teams: ready or not? *Journal of Professional Nursing*, Vol. 24, No. 4, pp. 218–227

Janssen, O. (2000). Job demands, perceptions of effort–reward fairness and innovative work behavior. *Journal of Occupational and Organizational Psychology* , Vol. 73, pp. 287–302.

Jehn, K.A., Rispens S. and Thatcher S.M.B. (2010). The effects of conflict asymmetry on work group and individual outcomes. *The Academy of Management Journal,* Vol. 53, No. 3, pp. 596-616.

Kanter, R.M. (1988). Three tiers for innovation research. *Communication Research,* Vol. 15, No. 5, pp. 509-523.

Keller, R. (2001). Cross-functional project groups in research and new product development:Diversity, communications, job stress, and outcomes. *Academy of Management Journal*, 44, pp. 547–559.

King, S.D. and Anderson, D.L. (1998). Edge-driven convection. *Earth and Planetary Science Letters*, Vol. 160, No. 3, pp. 289-296.

Kitchiner, D. and Bundred, P. (1996). Integrated care pathways. *Archives of disease in childhood,* Vol. 75, No. 2, pp. 166–168.

Kivimaki, M. and Elovainio, M. (1999). A short version of the Team Climate Inventory: Development and psychometric properties. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, Vol. 72, No. 2, pp. 241-246.

Klein, K. and Kozlowski, S.W.J. (2000). Multilevel theory, research and methods in organizations. Foundations, extensions, and new directions. (pp. 512–553). San Francisco, CA: Jossey-Bass.

Kramer, R.M. (1999). Trust and distrust in organizations: Emerging perspectives, enduring questions. *Annual review of psychology,* Vol. 50, No.1, pp. 569-598.

Kratzer, J., Leenders R.T.A.J. and Van Engelen, J.M.L. (2006). Team polarity and creative performance in innovation teams. *Creativity and Innovation Management,* Vol. 15, No. 1, pp. 96-104.

Lohfert, C., Kalmar, P., (2006). Clinical pathways: experiences, expectations, and perspectives, *Internist*, Vol. 47, No 7, pp. 678-683.

Marchington, M. (2000). Teamworking and employee involvement: Terminology, evaluation and context in *Teamworking*. S.Procter and F. Mueller (eds), pp. 60–80.London: Macmillan.

Martinez-Vila, E. and Matias-Guiu, J. (2007). Clinical pathways for non-acute neurological diseases as amyotrophic lateral sclerosis. Neurologia, vol. 22, No. 6, pp.337-341

Mathieu, J.E., Heffner, T.S., Goodwin, G.F., Salas, E. and Cannon-Bowers, J.A. (2000). The influence of shared mental models on team process and performance. Journal of Applied Psychology, Vol. 85, 273–283.

Mayer, R.C., Davis, J.H. and Schoorman, F.D. (1995). An integrative model of organizational trust. *Academy of management review*, Vol. 20, No. 3, pp. 709-734.

McIntyre, R.M. and Salas, E. (1995). Measuring and managing for team performance: Emerging principles from complex environments. *Team effectiveness and decision making in organizations*, pp. 9-45.

Milliken, F.J. and Martins, L.L. (1996). Searching for common threads: Understanding the multiple effects of diversity in organizational groups. Academy of Management Review, 21, 402–433.

Mueller, F. (1994). Teams between hierarchy and commitment: Change strategies and the "internal environment". *Journal of Management Studies , Vol.*31, No.3, pp.383–404.

Mueller, F., Procter S. and Buchanan, D. (2000). Teamworking in its context: Antecedents, nature and dimensions. *Human Relations Vol.* 53, No.11, pp. 1387–1424

Muller, A., Herbig, B. and Petrovic, K. 2009. The Explication of Implicit Team Knowledge and Its Supporting Effect on Team Processes and Technical Innovations. *Small GroupResearch*, Vol. 40, pp. 28-51.

Nembhard, I. and Edmondson, A.C. (2006). Making it safe: the effects of leader inclusiveness and professional status on psychological safety and improvement efforts in health care teams. *Journal of Organizational Behavior,* Vol. 27, No. 7, pp. 941–966,

Nugus, P ; Greenfield, D ; Travaglia, J ; Westbrook, J and Braithwaite, J. (2010) How and where clinicians exercise power: Interprofessional relations in health care. Social Science & Medicine, Vol. 71, No. 5, Pp. 898-909

Okhuysen, G.A. and Eisenhardt, K.M. (2002). Knowledge in Groups: How Formal Interventions Enable Flexibility. *Organization Science,* Vol. 13, No. 4, pp. 370-386

Parise, S. and Rollag, K. (2010). Emergent network structure and initial group performances: the moderating role of pre-existing relationship .*Journal of Organizational Behavior,* Vol. 31, pp. 877-897

Paulus, P.B. (2000). Groups, teams, and creativity: The creative potential of idea-generating groups. Applied Psychology: An International Review, 49(2), 237–262.

Pearson, S.D., Goulart-Fisher D. and Lee T.H., (1995). Critical pathways as a strategy for improving care: problems and potential. *Ann Intern Med*.; Vol. 123, pp.941–948.

Pelled, L.H., Eisenhart, K.M. and Xin, K.R. (1999). Exploring the black box: An analysis of work group diversity, conflict, and performance. Administrative Science Quarterly, 44(1), 1–28.

Pinto, J.K. and Prescott, J.E. (1987). Changes in critical success factor importance over the life of a project. *Academy of management proceedings*, pp. 328-332.

Porter, M.E. (2010). What Is Value in Health Care? *New England Journal of Medicine*, Vol. 363, pp. 2477-2481.

Renholm, M., Leino-Kilpi, H. and Suominen, T. (2002). Critical Pathways: A Systematic Review. *J Nurs Adm.*; Vol. 32, No. 4, pp. 196-202.

Rentsch, J.R. and Woehr, D.J. (2004). Quantifying congruence in cognition: Social relations modeling and team member schema similarity. American Psychological Association.

Roeder, N. and Kuttner, T. (2006) . Clinical pathways in view of cost effects in the DRG system. *Internist*, Vol. 47, No. 7, pp. 684-689

Rothaermel, F.T. and Hess, A.M. (2007). Building dynamic capabilities: Innovation driven by individual-, firm-, and network-level effects. *Organization Science*, Vol. 18, No. 6, pp. 898-921.

Schein E.H. (1993). How can organizations learn faster? The challenge of entering the green room. *Sloan Management Review,* Vol. 34, No. 2, pp. 85-92.

Schein, E.H. and Bennis, W. (1965). Personal and organizational change via group methods. New York: Wiley.

Scott, S.G. and Bruce, R.A. (1994). Determinants of innovative behavior: A path model of individual innovation in the workplace. *Academy of Management Journal* ,Vol. 37, pp. 580–607.

Sethi, R. and Nicholson, C.Y. (2001). Structural and contextual correlates of charged behavior in product development teams. *Journal of Product Innovation Management*, Vol. 18, No. 3, pp. 154-168.

Sherif, M. (1958). Superordinate goals in the reduction of intergroup conflict. *American Journal of Sociology*, Vol. 63, pp. 349–356.

Somech, A. (2006). The effects of leadership style and team process on performance and innovation in functionally heterogeneous teams. *Journal of Management*, Vol. 32, No.1, pp. 132-157.

Sorbero, M. (1999). La gestione dell'innovazione: strategia, organizzazione e tecniche operative. Carocci.

Stroke Unit Trialists' Collaboration (1997) Collaborative systematic review of the randomised trials of organised inpatient (stroke unit) care after stroke. *British Medical Journal* Vol.317, pp. 1151–1159.

Sulch, D.; Evans, A. Melbourn, A. and Kalra, L., (2002) . Does an integrated care pathway improve processes of care in stroke rehabilitation? A randomized controlled trial. *Oxford Journals*, Vol. 31, No. 3, pp. 175-179

Taggar, S. (2002). Individual creativity and group ability to utilize individual creative resources: a multilevel model. *Academy of Management Journal*, Vol. 45, No. 2, pp. 315-330.

Tannenbaum, S.I., Salas, E. and Cannon-Bowers, J.A., (1996). Promoting team effectiveness. *Handbook of work group psychology*, pp. 503-529.

Tesluk, P.E. and Mathieu, J.E., (1999). Overcoming roadblocks to effectiveness: Incorporating management of performance barriers into models of work group effectiveness. *Journal of applied Psychology*, Vol. 84, No. 4, pp. 200-217.

Tierney, P. and Farmer, S.M. (2002). Creative self-efficacy: Its potential antecedents and relationship to creative performance. *Academy of Management Journal,* Vol. 45, No. 6 , pp. 1137-1148.

Tjosvold, D., Tang M.M.L. and West, M., (2004). Reflexivity for team innovation in China. *Group & Organization Management*, Vol. 29, No. 5, pp. 540-559.

Tjosvold, D. (1982). Effects of approach to controversy on superiors' incorporation of subordinates' information in decision making. *Journal of Applied Psychology*, Vol. 67, No. 2, pp. 189-193.

Tucker, A.L. and Edmondson, A.C. (2003). Why hospitals don't learn from failures: organizational and psychological dynamics that inhibit system change. *California Management Review*, Vol. 45, No. 2, pp. 55-72.

Tucker, A.L., Nembhard, I.M. and Edmondson, A.C. (2007). Implementing New Practices: An Empirical Study of Organizational Learning in Hospital Intensive Care Units. *Management Science*, Vol. 53, No. 6, pp. 894-907.

Van de Ven, A.H. (1986). Central problems in the management of innovation. *Management science*, pp. 590-607.

Van de Ven, A.H., Rogers, R.W., Bechara, J.P. and Sun, K. (2008) Organizational Diversity, integration and Performance. *Journal of Organizational Behavior*, Vol.29, pp. 335-354.

West, M.A. (1990). The social psychology of innovation in groups. In M.A. West and J.L. Farr (Eds.), *Innovation and creativity at work: Psychological and organizational strategies* (pp. 309–333). Chichester: John Wiley

West, M.A. (1996). Reflexivity and work group effectiveness: A conceptual integration. In M. West (Ed.), *Handbook of work group psychology* (pp. 555-579). Chichester, UK:Wiley

West, M.A. and Farr, J.L. (1990). Innovation at work. In M.A.West and J.L. Farr (Eds.), Innovation and creativity at work: *Psychological and organizational strategies* (pp. 3–13). Chichester: John Wiley

West, M.A., (2000). Reflexivity, revolution, and innovation in work teams. *Product development teams*, Vol. 5, pp. 1-29.

West, M.A. (2002). Sparkling Fountains or Stagnant Ponds: An Integrative Model of Creativity and Innovation Implementation in Work Groups. *Applied Psychology*, Vol. 51, No. 3, pp. 355–387.

West, M.A. and Anderson, N.R. (1996). Innovation in top management teams. *Journal of Applied Psychology*, Vol. 81, No. 6, pp. 680-693.

West, M.A. and Poulton, B.C. (1997). A failure of function: teamwork in primary health care. *Journal of Interprofessional Care*, Vol. 11, No. 2, pp. 205-216.

West, M.A. Farr, J.L., (1989). Innovation at work - psychological perspectives. *Social Behavior*. Vol. 4, No. 1, pp. 15-30.

West, M.A., Borrill, C.S., Dawson, J.F., Brodbeck, F., Shapiro, D.A. and Haward B., (2003). Leadership clarity and team innovation in health care. *Leadership Quarterly*, Vol. 14, pp.393–410.

Whittington, R. (2006). Completing the practice turn in strategy research. *Organization Studies*, Vol. 27, pp. 613-634.

Williams, G. and Laugani, P., (1999). Analysis of teamwork in an NHS community trust: An empirical study. *Interprofessional Care*, Vol. 13, pp. 19-28.

Yandell, B. (1995) Critical paths at Alliant Health System. *Qual ManagHealth Care*, Vol. 3, pp. 55– 64.

Yin, R.K. (1984). Case study research: Design and Methods. Beverly Hills, CA: Sage Publications

Zaccaro, S.J., Rittman, A.L. and Marks, M.A. (2002). Team leadership. *The Leadership Quarterly*, Vol. 12, No. 4, pp. 451-483.

Zarraga, C. and Bonache, J. (2005). The Impact of Team Atmosphere on Knowledge Outcomes in Self-managed Teams. *Organization Studies,* Vol. 26, No. 5, pp. 661-681.

Zimmerman, J.E., Shortell, S.M., Rousseau, D.M., Duffy, J., Gillies, R R., Knaus,W.A., Devers, K.,Wagner, D.P., and Draper, E.A. (1993). Improving intensive care: Observations based on organizational case studies in nine intensive care units: A prospective, multicenter study. *Critical Care Medicine*, Vol. 21, pp. 1443–1451.