

# **Strumenti, modelli, prassi e valutazioni alla luce di un approccio qualitativo.**

a cura di

Eugenio De Gregorio, Milena Lombardi, Isabella Tancorre

# Metodi di tipo qualitativo

## *Le ragioni di una scelta*

“Quel tipo di ricerca che adotta un approccio naturalistico al suo oggetto di indagine, studiando i fenomeni nei loro contesti naturali, tentando di dare loro un senso, o di interpretarli, nei termini del significato che la gente dà di essi”

(Denzin e Lincoln, 1994, p. 2)

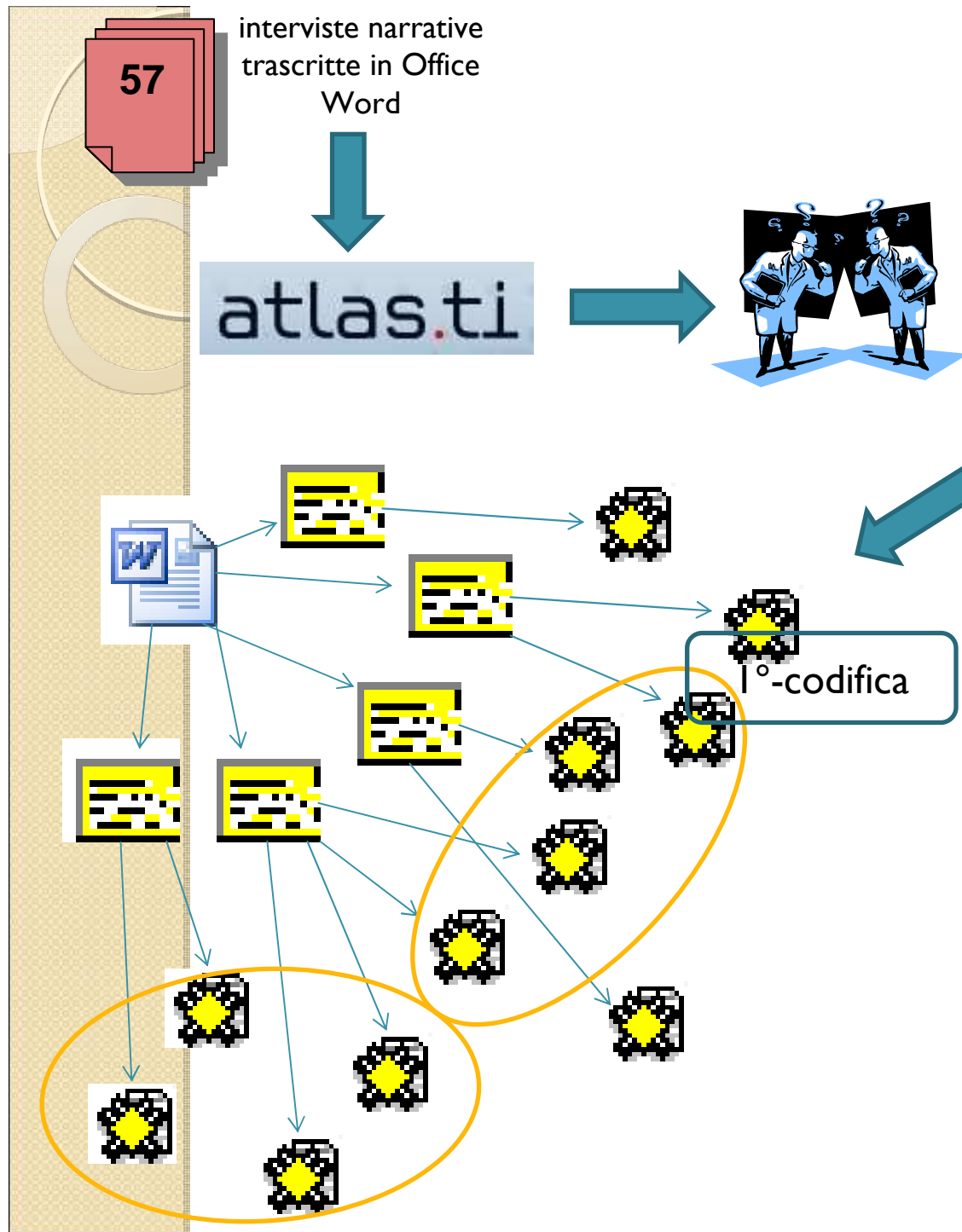
- ✓ Lettura della complessità
- ✓ Utilizzo delle conoscenze/competenze pratiche e attive
- ✓ Ruolo del “sociale” come motore delle azioni, delle valutazioni e dei posizionamenti individuali (casi, esemplificazioni, etc.)



# Metodologia

Analisi e codifica delle interviste attraverso il software ATLAS.ti (5.0)

- riferimento teorico-epistemologico alla *Grounded Theory*
- iteratività, ricorsività e riflessività del processo di codifica
- codifica aperta: selezione di testo (quotation) e assegnazione di etichetta (codice)
- codifica assiale: organizzazione dei codici in categorie sovra-ordinate (Code Families)
- codifica selettiva: costruzione di reti concettuali



- 3 ricercatori

- da luglio a settembre 2009

- 3 fasi di lavoro con i dati

- ✓ **57** Primary Documents (PD) → Testi

- ✓ **3718** quotations → Estratti, citazioni

- ✓ **1776** codici → Temi narrativi, concetti

- ✓ **± 30** code families → dimensioni teoriche

# Il “banco di lavoro”

The screenshot shows the ATLAS.ti software interface. The main window displays a text document with a highlighted paragraph: "Molto probabilmente questo imporrà ulteriori modificazioni della struttura ospedaliera, assai prima che si riesca a riorganizzare l'ospedale secondo il concetto di intensità di cure; oppure una parte dell'ospedale sarà organizzata per intensità di cure, e un'altra sarà organizzata per il trattamento della cronicizzazione o con un diverso collegamento con il territorio."

A "Primary Doc Manager" window is open, showing a table with the following data:

Id	Name	Media	Q...	Au...
P 1	CAREGGI_A...	Rich ...	89	Super
P 2	CAREGGI_A...	Rich ...	49	Super

A code list is visible on the right side of the interface, containing the following entries:

- \*Ruolo dei media (D4\_Consenso) {\*-0}
- Cambiamento culturale come consenso intern
- <D1\_Normativa\_Le leggi/atti/Linee guida reg
- <D2\_Modello rete\_rischi e critiche al modello
- <D4\_Ostacoli\_Il cambiamento culturale nella
- <D1\_Esigenze\_Ottimizzazione delle risorse {
- <D3\_Procedure\_protocolli distinti per tipologi
- <D3\_Procedure\_specifiche e dettagliate {2-
- <D2\_Strutture\_riorganizzazioni interne {21-0
- <D1\_Contesto\_riorganizzazione/chiusura di s

A red arrow points from the highlighted text in the main document to a specific code entry in the list: "<D1\_Esigenze\_Offrire un servizio più adeguato".

The bottom status bar shows the file path: "P 1: CAREGGI\_Anestesista.doc" and "Code F...". The system tray includes "Size: 100%", "ANSI", and "CP: 0".



## Descrizione componenti HU\_ Le “code families”

### Area D1 – Situazione di partenza

Consenso interno  
Esigenze  
Obiettivi

Contesto  
Normativa  
Tempi

### D2 – Macrostruttura e azioni per la costruzione della rete

Ambiti sanitari di realizzazione della rete  
*Finanziamenti e risorse*  
*Nodi e strutture che costituiscono la rete*  
*Ricerca*

*Formazione*  
Modello della rete  
Organizzazione  
Strutture fisiche

### D3 – I processi e l'assistenza in rete

Comunicazione esterna  
*Gestione (coordinamento della rete)*  
Sistema di monitoraggio

Com. interna  
Procedure  
*Tecnologia*

### D4 - Valutazioni

Benessere  
Equità  
Ostacoli  
Risorse

Consenso esterno  
Integrazione  
Relazioni  
Sostenibilità



# Risultati trasversali [ I ]

## Dominio 1

### La situazione di partenza

- Previsione normativa (regionale);
- Esigenza di ottimizzazione delle risorse;
- Necessità di contenimento dei costi e degli sprechi;
- Esigenza di offrire un servizio più adeguato e rispondente alla centralità dell'utente;
- Importanza di ottenere il consenso interno.

## Dominio 2

### Macrostruttura e azioni per la costruzione della rete

- Riorganizzazione delle strutture fisiche;
- Ridefinizione di ruoli e operatività;
- Integrazione ospedale-territorio;
- Importanza della rete con il territorio.



# Risultati trasversali [2]

## Dominio 3

### I processi e l'assistenza in rete

- Definizione di procedure e protocolli;
- Necessità di una figura specifica deputata al coordinamento;
- La comunicazione e l'informazione come elementi fondanti della rete.

## Dominio 4

### Valutazione della rete

- Frequenti riferimenti agli ostacoli;
- Difficoltà e resistenze al cambiamento;
- Autoreferenzialità e difficoltà della rinuncia ai privilegi;
- Miglioramento del clima, verso la cooperazione;
- Buona sostenibilità dei modelli.

# Emilia-Romagna: RETE ONCOLOGICA

## PUNTI DI FORZA:

1. Modello di rete definito e strutturato fondato su normative dettagliate;
2. Attenzione costante alla ricerca anche attraverso finanziamenti specifici;
3. Buona integrazione della rete favorita da consenso esterno e impegno dei professionisti.

## CRITICITA':

Sistema di monitoraggio ancora inadeguato e assenza di riferimenti alla continuità assistenziale dopo la chemioterapia.

	Medici	Resp. Inferm.	Dirett. U.O.	Dirett. Scient.	Dir.Gen Ausl	Dirett. sanitari	Resp. servizi	Istituzioni
Rete oncologica Romagna			1	1	2	2		2

# Emilia-Romagna: RETE ONCOLOGICA



[32:31][20] Oltre all'IRST che è l'ex ospedale di Meldola riconvertito e l'Hub della rete, ci sono le oncologie delle Aziende USL e degli ospedali delle Aziende USL di AVR, che sono Rimini, Ravenna, Lugo, Faenza, Cesena, anche se Faenza più che un'attività oncologica ha un'attività di Medicina Nucleare che rimane integrata nel progetto.

Oltre all'IRST che è l'ex ospedale di Meldola riconvertito e l'Hub della rete, ci sono le oncologie delle Aziende USL e degli ospedali delle Aziende USL di AVR, che sono Rimini, Ravenna, Lugo, Faenza, Cesena, anche se Faenza più che un'attività oncologica ha un'attività di Medicina Nucleare che rimane integrata nel progetto.



[34:23][40] L'IRST di Meldola. E' quello i..

L'IRST di Meldola. E' quello il luogo e il nodo della rete, deputato al governo della rete stessa, al governo dell'attività di ricerca e di sperimentazione ovunque essa sia realizzata, e a vedere concentrata la tecnologia innovativa o emergente o la tecnologia che per la sua sofisticazione, il suo costo, la sua capacità produttiva non è opportuno duplicare.



[17:33][43] Le altre aziende hanno tutte s..

Le altre aziende hanno tutte situazioni in cui è assicurato primo e secondo livello, quindi hanno anche attività di ricovero.

<D2\_Nodi\_tutte oncologie della Romagna e l'Irst

is part of

<D2\_Nodi\_l'hub con le competenze, le innovazioni e i centri di coordinamento

is a

<D2\_Nodi\_nodo ospedaliero di terzo livello e struttura di ricerca~

is associated with

<D2\_Nodi\_dipartimenti oncologici periferici per la gestione della patologie ordinarie

associated with



[17:29][42] L'IRST che è la struttura di t..

L'IRST che è la struttura di terzo livello, che è una struttura ospedaliera di accoglienza, e anche una struttura di ricerca

is associated with

is associated with

<D2\_Nodi\_assistenza domiciliare

<D2\_Nodi\_attività assistenziali connesse



[17:34][44] La Rete è anche arricchita da ..

La Rete è anche arricchita da alcune attività assistenziali che non sono squisitamente oncologiche, ma strettamente connesse alla diagnosi e alla cura del malato oncologico vedi la medicina nucleare vedi le attività diagnostiche vedi le attività di chirurgia in generale.



[34:25][42] in ultima istanza abbiamo dei ..

in ultima istanza abbiamo dei nodi erogativi decentrati di rango distrettuale dove viene normalmente governata la fase dell'assistenza domiciliare o la fase della somministrazione di chemioterapie che, per la loro natura, possono essere somministrati in condizioni di prossimità.

# Emilia-Romagna: RETE ONCOLOGICA

## Ricerca e finanziamenti specifici

### **P33: MELDOLA Codes: [<D2\_Ricerca\_fondamentale per garantire livelli terapeutici alti]**

Uno degli strumenti fondamentali perché i livelli terapeutico-assistenziali-diagnostici siano di alta qualità è che vi sia attività di ricerca nelle strutture che fanno questo tipo di lavoro. Quindi una rete oncologica in particolare, ma anche qualsiasi altra rete, oltre a lavorare per ottenere degli standard operativi omogenei, deve anche governare nel modo adeguato la ricerca clinica in particolare, ma anche quella pre-clinica.

### **P33: MELDOLA Codes: [<D2\_Ricerca\_unico comitato medico-scientifico filtro per comitato etico]**

C'è un altro importantissimo strumento che permette di governare in modo unitario la ricerca ed è il Comitato Medico Scientifico (CMS) dell'IRST, è un comitato in cui sono rappresentate tutte le realtà oncologiche dell'AV, ma quello che è fondamentale è che non va nulla al Comitato Etico (CE) di AV che riguardi studi di oncologia se non filtrato dal CMS.

### **P17: CESENA Codes:[<D2\_Finanziamenti\_per ricerca e sviluppo] [<D2\_Finanziamenti\_regionali]**

la Regione è intervenuta con un finanziamento dedicato alla ricerca ed allo sviluppo

### **P17: CESENA Codes: [<D2\_Finanziamenti\_regionali] D2\_Finanziamenti\_per ricerca e sviluppo]**

il finanziamento dovrebbe essere attorno al milione e mezzo, milione e 7 di euro e dovrebbe proprio servire a finanziare la ricerca e a concentrare presso l'IRST tutte le attività di ricerca e sviluppo che oggi sono assicurate presso le 4 aziende

# Emilia-Romagna: RETE ONCOLOGICA

## Impegno dei professionisti e buon livello di consenso esterno

### **P33: MELDOLA Codes: [<D4\_Risorse\_Le persone che hanno lanciato il progetto, l'impegno e la rete]**

Tra i fattori favorenti vi è stata la grande convinzione verso questo progetto del Dott. [...] e Dott. [...] che sono i due elementi forti, senza loro non si faceva; la grande collaborazione fra i colleghi; la spinta dell'opinione pubblica, soprattutto grazie allo IOR; la disponibilità del mondo economico rappresentato dalle fondazioni

### **P31: MELDOLA Codes:[<D4\_Risorse\_Il consenso sociale diffuso nel territorio]**

Uno dei fattori di successo è il consenso sociale, vi sono grandi aspettative e credo che quando vi sono sia un fattore favorente, per uscire dall'autoreferenzialità e dal punto di vista motivazionale è una leva importantissima

## Sistema di monitoraggio

### **P31: MELDOLA Codes: [<D3\_Sist.monit\_C'è ma manca qualcosa]**

abbiamo un sistema di registro tumori, che è una fonte importante, anche se non abbiamo fatto ancora entrare nell'uso corrente questi sistemi e queste metodologie di monitoraggio.

### **P32: MELDOLA Codes: [<D3\_Sist.monit\_complessità del monitoraggio dell'accessibilità]**

Per quanto riguarda l'accessibilità, abbiamo messo in campo anche su questo però non abbiamo ancora finito il lavoro, un sistema che consenta di rendere trasparenti o più trasparenti i criteri di accessibilità con anche dei percorsi formalizzati di accesso alle strutture. Questo riguarda tutta la rete, è un lavoro molto complesso da fare anche perché ci sono alcune variabili che sono difficili da governare.

### **P43: RIMINI Codes:[<D3\_Sist.monit\_Non ci sono indicatori comuni]**

non vi sono report comuni o indicatori periodici per il monitoraggio dei processi in rete.

# Veneto: ULSS 16 Padova

## PUNTI DI FORZA:

1. Ricerca di consenso interno attraverso il coinvolgimento dei professionisti, di consenso esterno attraverso il coinvolgimento di cittadini e volontariato;
2. Dimissioni protette garantite dal processo di continuità di cura
3. Uso della tecnologia per migliorare la gestione della rete e la comunicazione interna e esterna.

## CRITICITA':

Resistenze al cambiamento.

	Medici	Resp. infermier.	Direttore sanitario o generale	Altri direttori	Resp. servizi	Altro
ULSS 16 PD	1	1	1	2		1

# Veneto: ULSS I6 Padova

## Consenso interno e esterno

### **P39: VENETO Codes: [<D1\_Consenso int\_Coinvolgimento tutte figure]**

questo consenso è stato fatto, costruito sulla base di questi incontri multiprofessionali tra tutte le professionalità presenti

### **P35: VENETO Codes: [<D4\_Consenso esterno\_Incontri divulgativi con popolazione e terzo settore]**

Tra gli incontri di tipo culturale, sono stati organizzati incontri rivolti alla popolazione e incontri divulgativi col volontariato e con le parrocchie. Solo in minima parte è stato necessario valorizzare il loro supporto, in quanto tali risorse erano già presenti e attive all'interno dell'organizzazione.

## Dimissioni protette

### **P35: VENETO Codes: [<D3\_Com.esterna\_snodo per dimissioni protette]**

In primo luogo grazie ai protocolli di dimissione protetta Abbiamo introdotto uno "snodo" tra ospedale e territorio che faciliti la comunicazione nell'ambito delle dimissioni protette.

### **P40: VENETO Codes: [<D4\_Relazioni\_Legame stretto con il territorio per il post-ricovero]**

Sul versante della dimissione, si sono attivati tutta una serie di progetti riguardanti la "dimissione protetta" e la presa in carico da parte del territorio

## Tecnologia

### **P35: VENETO Codes:[<D3\_Tecnologia\_sistema informativo di distretto (SID) e SID ADI]**

Nell'ULSS 16, a partire dal 2000, è stato sviluppato un sistema informativo distrettuale (SID), centrato sulla persona, e non sulle prestazioni, che attualmente consente lo scambio e la condivisione delle informazioni sugli utenti seguiti dai servizi socio-sanitari, presenti nella rete territoriale e che raccoglie informazioni dalla maggior parte di queste strutture.

### **P35: VENETO Codes:[<D3\_Tecnologia\_sistema informativo di distretto (SID) e SID-ADI]**

L'utente che viene dimesso dall'ospedale viene seguito nel territorio da un unico sistema informativo, integrato anche con quello dei medici di medicina generale, e delle UTAP.

## Resistenze al cambiamento

### **P37: VENETO Codes: [<D4\_Ostacoli\_Il cambiamento culturale nella gestione di ruoli, tecniche e procedure]**

Sicuramente è stato necessario appianare dei conflitti, se si fa una rivoluzione culturale sicuramente bisogna andare a affrontare i conflitti, in particolare quello classico tra ospedale e territorio, nel vedere in modo schematico i confini tra l'uno e l'altro.

Come medici di medicina generale ne abbiamo messi in atto all'interno del nostro gruppo perché non devo nascondere che anche all'interno del nostro gruppo (MMG) c'erano delle resistenze soprattutto iniziali e la mentalità dei medici di medicina generale si è in qualche modo modificata.

# Toscana: PICCOLI OSPEDALI

## PUNTI DI FORZA:

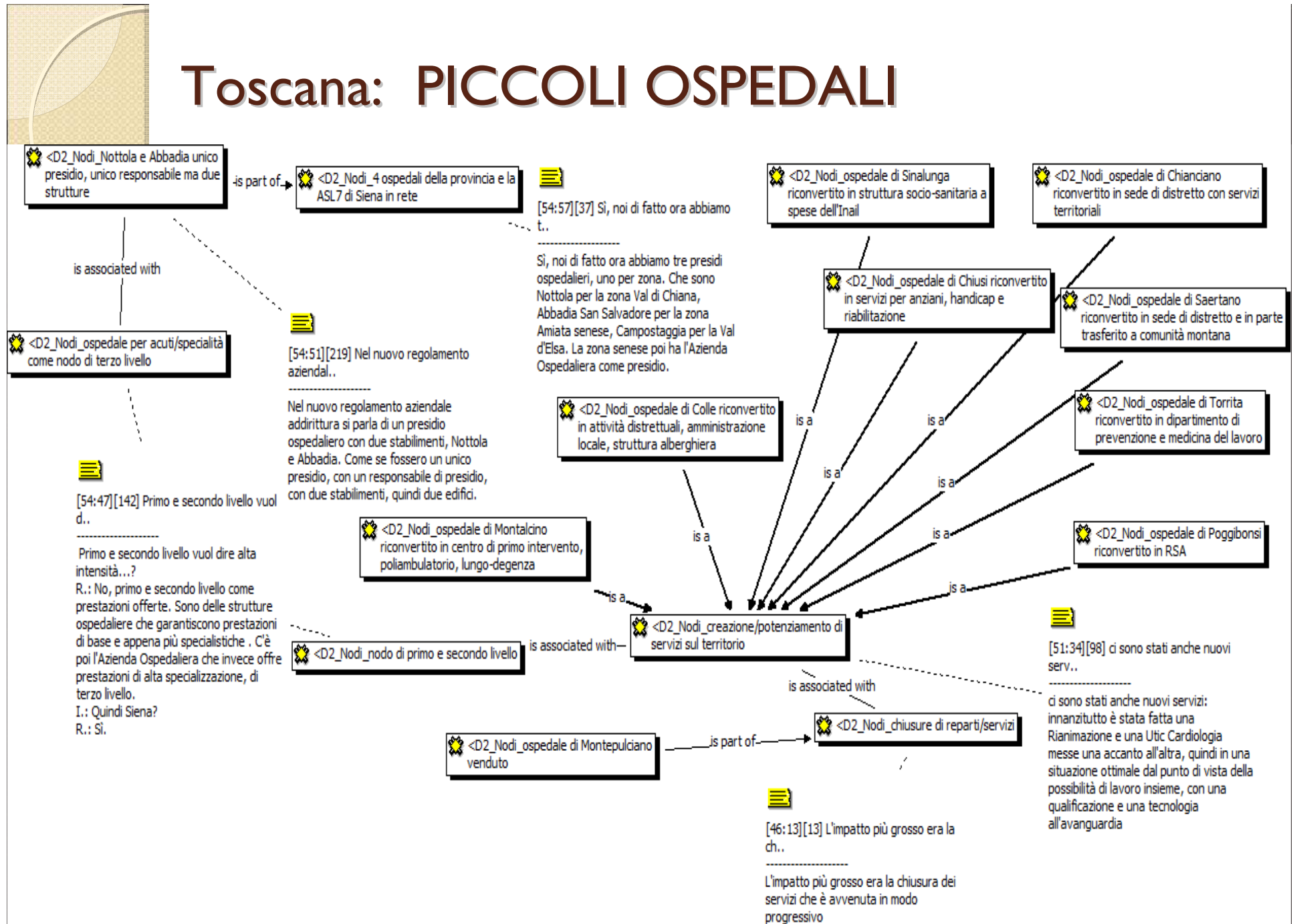
1. Riconversione dei presidi in funzione delle esigenze del territorio e del contenimento delle spese;
2. Attenzione alla formazione degli operatori nella riconversione;
3. Raggiungimento di un buon livello di consenso esterno, nonostante le difficoltà.

## CRITICITA':

Assenza di un sistema di monitoraggio e di indicatori che valutassero la reale accessibilità ed equità dei servizi.

	Medici	Resp. infermier.	Direttori	Resp. servizi	Altro
Piccoli ospedali toscani			10	1	1

# Toscana: PICCOLI OSPEDALI





# Toscana: PICCOLI OSPEDALI

## Formazione

**P50: SIENA-GROSSETO Codes:[<D2\_Formazione\_per lo sviluppo di specifiche competenze tecniche]**

naturalmente è stata fatta formazione laddove c'era necessità di utilizzare nuove tecnologie. Per dire, quando noi abbiamo trasferito la cardiologia da Sarteano a Nottola c'è stato bisogno di prendere confidenza con l'UTIC nuova, ma non è che fosse così diversa.

**P51: SIENA Codes: [<D2\_Formazione\_per lo sviluppo di specifiche competenze tecniche]**

Sì, come no! C'è stato un grosso lavoro, oltre che di formazione a livello del personale anche di formazione specifica e quindi di miglioramento della professionalità, anche in considerazione degli aggiornamenti tecnologici ed organizzativi che si andavano a fare.

**P55: SIENA Codes:[<D2\_Formazione\_per lo sviluppo di specifiche competenze tecniche]**

sono stati fatti dei corsi di formazione specifica per la gestione delle nuove attrezzature sia personale ai dirigenti che al personale sanitario perché le macchine dell'azienda erano nuove, le macchine della sala operatorie erano nuove, i letti della sala operatoria erano nuovi.

# Toscana: PICCOLI OSPEDALI

## Consenso esterno

### **P47: GROSSETO Codes: [<D4\_Consenso esterno\_conflitti con popolazione]**

Ci si indignava anche a livello dei cittadini. Amministratori dei comuni interessati e anche i cittadini, era una lotta di gente, di difesa delle proprie prerogative. "Ci hanno chiuso le poste e ora ci chiudete anche l'ospedale", erano questi i problemi grossi.

### **P50: SIENA-GROSSETO Codes: [<D4\_Consenso esterno\_conflitti con popolazione] [<D4\_Consenso esterno\_conflitto/contrapposizione delle istituzioni locali]**

Comitati locali spesso non esattamente favorevoli. L'incontro scontro è stato con soggetti istituzionali: cioè con amministrazioni comunali, organizzazioni sindacali.

### **P46: GROSSETO Codes: [<D4\_Consenso esterno\_conflitto/contrapposizione delle istituzioni locali]**

L'impatto con la politica locale è stato più violento, mi ricordo che siamo stati prima invitati in un consiglio comunale dal sindaco la triade dell'azienda, cioè il direttore generale, direttore sanitario, il direttore amministrativo, e poi non ci hanno fatto entrare in consiglio comunale perché il consiglio è insorto su questa questione, non ha seguito il sindaco e ci hanno lasciato fuori dalla porta dopo un dibattito che è durato dalle sei del pomeriggio a mezzanotte. A mezzanotte ci hanno detto che non potevamo entrare in quanto ci ritenevano responsabili della chiusura dell'ospedale e non erano disponibili a riceverci.

### **P50: SIENA-GROSSETO Codes: [<D4\_Consenso esterno\_conflitto/contrapposizione delle istituzioni locali]**

Quindi la nostra fatica era quella di convincere i comitati di gestione. Poi i comitati di gestione, una volta convinti, dovevano entrare nei consigli comunali, uno ad uno, e fare uno due tre quattro interventi del partito di maggioranza, ecc...

### **P46: GROSSETO Codes: [<D4\_Consenso esterno\_condivisione/accordi con privato sociale/volontariato]**

In questo caso con le associazioni della società civile, soprattutto il volontariato, abbiamo fatto degli accordi. Con i sindacati e con il volontariato siamo stati favoriti perché abbiamo fatto degli accordi.

### **P47: GROSSETO Codes: [<D4\_Consenso esterno\_è maturata la consapevolezza che la vicinanza fisica non garantisce la qualità]**

C'è stata una maturazione. Le popolazioni che facevano prima la battaglia hanno raggiunto la consapevolezza che il loro livello di assistenza e la loro garanzia non era assicurata, anche se avevano l'ospedale vicino casa.

# Toscana: PICCOLI OSPEDALI

## Sistema di monitoraggio

**P49: GROSSETO Codes: [<D3\_Sist.monit\_Non noto] [<D3\_Sist.monit\_Valutazione da parte degli assistiti]**

**è stato monitorato il passaggio dalla chiusura alla riconversione?**

R.: lo questo se è stato fatto non me lo ricordo. Attualmente ci sono dei servizi che registrano direttamente dagli utenti eventuali disagi avuti dai servizi ricevuti.

**P46: GROSSETO Codes: [<D3\_Sist.monit\_assente nei servizi di base]**

Nel 2004 i tempi erano già diversi però ancora non si monitorava, si era ancora alle alte sfere. Si monitorava il personale, si monitoravano alcuni livelli ospedalieri ma non si monitoravano i servizi di base. Neppure le liste d'attesa erano monitorate, c'erano punto e basta.

**P50: SIENA-GROSSETO Codes: [<D4\_Equità\_Il sistema di monitoraggio è in via di definizione]**

Siccome lei mi ha parlato di indicatori dell'equità, ecc... su questi si sta cominciando a lavorare ora a livello regionale.

# Lombardia: HUMANITAS

## PUNTI DI FORZA:

1. Numerose e condivise procedure, supportate da tecnologie adeguate e inserite in un'efficace organizzazione gestionale;

2. Attenzione ai processi comunicativi con il paziente e la sua famiglia;

3. Attenzione alla formazione, anche attraverso apprendistato e tirocinio.

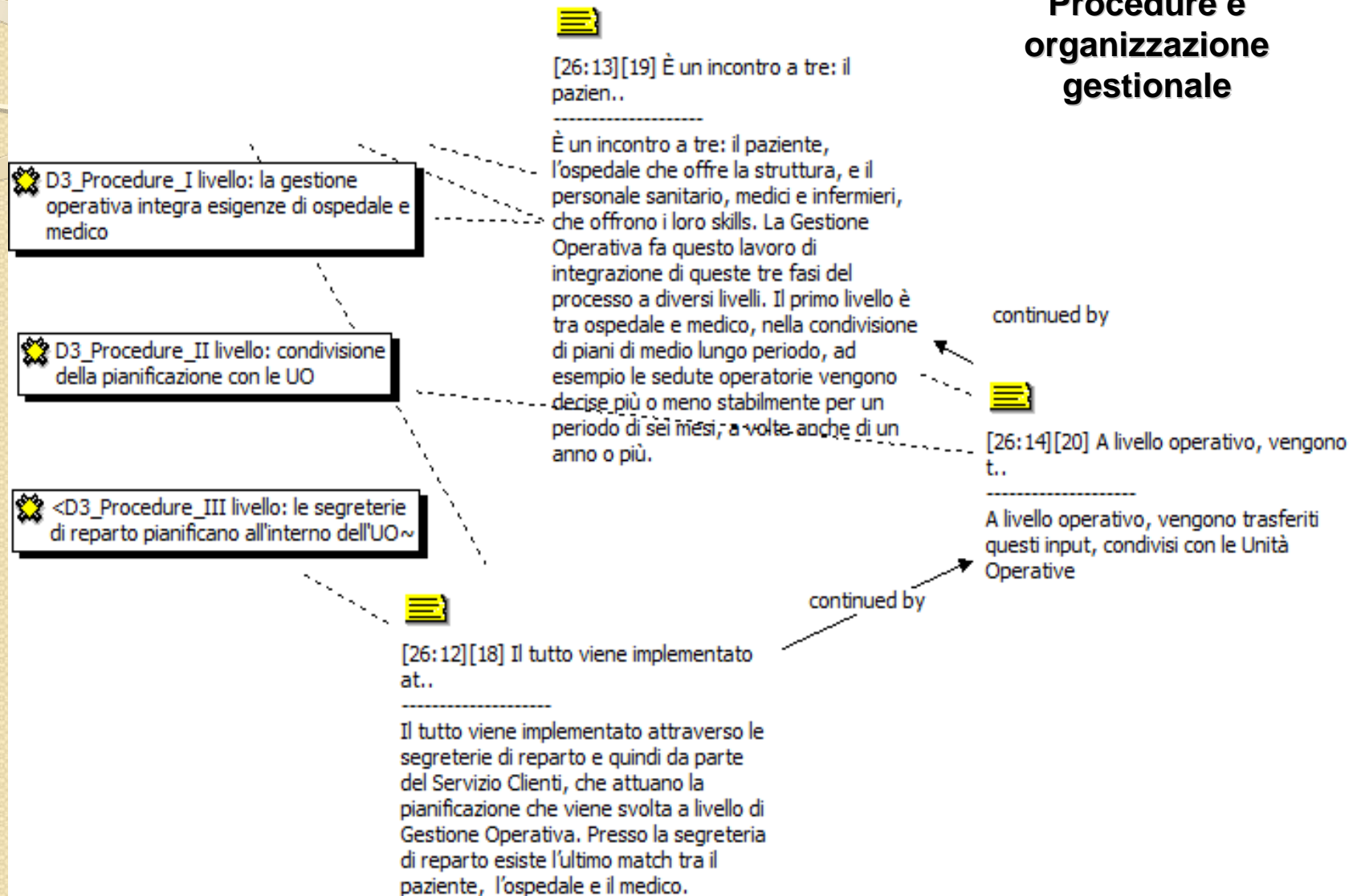
## CRITICITA':

Presenza in carico non sempre chiara e difficoltà nella continuità assistenziale dopo le dimissioni.

	Medici	Resp. infermier.	Direttori	Resp. servizi	Altro
Humanitas	4	3	5	3	

# Lombardia: HUMANITAS

## Procedure e organizzazione gestionale





# Lombardia: HUMANITAS

## Comunicazione esterna

### **P22: HUMANITAS Codes: [<D3\_Com.esterna\_Il paziente deve conoscere e comprendere tutte le fasi]**

Con il paziente, abbiamo appunto studiato la brochure e l'abbiamo fatta leggere a chi non era del settore proprio per stressare il fatto che dovesse essere semplice, cioè che dovesse servire al paziente, quindi il linguaggio tecnico scientifico, non è stato assolutamente utilizzato. Ne è venuto fuori uno strumento, in realtà, ben apprezzato, ma soprattutto utilizzato dai pazienti che era il nostro scopo e obiettivo.

### **P23: HUMANITAS Codes: [<D3\_Com.esterna\_colloquio due volte a settimana con familiari]**

Abbiamo un colloquio, diciamo, istituzionale due volte alla settimana con i familiari, ma il rapporto è praticamente quotidiano, anche più di una volta al giorno.

## Formazione

### **P25: HUMANITAS Codes:[<D2\_Formazione\_per lo sviluppo di specifiche competenze tecniche]**

Allora noi in questo momento rispondiamo bene, perché comunque all'interno di Humanitas sono attivati numerosi corsi per il personale: il corso delle telemetrie, il corso BLSD, ecc.

### **P41: HUMANITAS Codes:[<D2\_Formazione\_scuola/apprendistato/tirocinio sul campo]**

Per quanto riguarda gli infermieri, visto che le competenze da sviluppare sono quelle della C2, alcuni senior della D2 vanno in degenza C2 e coprono delle posizioni peculiari, ad esempio diventano tutor per il corso di laurea, oppure diventano tutor per l'ingresso dei neoassunti, in modo tale che, nel tempo, poche persone senior, possono creare le competenze ed il clima organizzativo adeguato.

# Lombardia: HUMANITAS

## Dimissioni protette

**P41: HUMANITAS Codes: [<D3\_Procedure\_bisogno relativo alle dimissioni protette]  
[<D3\_Procedure\_definizione e condivisione di protocolli e procedure]  
[<D3\_Procedure\_specifiche e dettagliate]**

Il lavoro svolto è stato quello di disegnare, passo dopo passo, il percorso dell'ammalato tipo: all'arrivo in Pronto Soccorso il paziente deve trovare un certo pacchetto di prestazioni diagnostiche, terapeutiche e assistenziali; all'arrivo in reparto un altro pacchetto, descritto, di prestazioni che deve ricevere, con una tempistica definita, da parte dell'infermiere, del fisioterapista e del medico; sempre in reparto si procede decidendo quali altri passaggi deve fare l'ammalato. Infine è emerso un bisogno riguardante la dimissione protetta al domicilio o in altre strutture diverse dall'ospedale per acuti, dei nostri malati.

**P25: HUMANITAS Codes: [<D3\_Procedure\_non sempre è possibile applicare i protocolli per le dimissioni protette]**

Questo è in parte legato alla necessità della disponibilità del posto letto: quindi se alle 3 del pomeriggio il medico controlla gli esami, vede che vanno bene, può decidere di dimettere il paziente, sapendo che in pronto soccorso ci sono pazienti in attesa del letto. In questi casi non ci è sempre possibile mettere in atto tutta una serie di cose, che sarebbero complementari al momento della dimissione, come la dimissione infermieristica, l'educazione con il paziente, l'addestramento dei famigliari.

# Toscana: CAREGGI

## PUNTI DI FORZA:

1. Ottenimento di un buon livello di consenso interno all'interno dei dipartimenti dove è introdotta l'intensità di cura
2. Creazione di nuove strutture fisiche per la riorganizzazione per intensità di cura;
3. Riorganizzazione gestionale e ridefinizione di ruoli e operatività.

## CRITICITA':

Difficoltà culturale del cambiamento e scarso coordinamento

	Medici	Resp. infermier.	Direttore sanitario o generale	Altri direttori	Resp. servizi	Altro
Careggi	1	2	2	9	2	

# Toscana: CAREGGI

## Consenso interno

**P 3: CAREGGI Codes: [<D1\_Consenso int\_Coinvolgimento tutte figure]**

Da un punto di vista generale, sono state coinvolte tutte le forme di partecipazione che sono presenti: la direzione, il collegio dei sanitari, i sindacati

**P 8: CAREGGI Codes: [<D1\_Consenso int\_condivisione interna]**

certe strategie e certe scelte vengono condivise, cercando di trovare modalità comuni con questo incontro settimanale per l'analisi dei percorsi o delle difficoltà legate ai progetti o alla carenze di risorse.

**P15: CAREGGI Codes:[<D1\_Consenso int\_Non c'è stata condivisione con tutti gli operatori]**

non c'è stata però condivisione con tutti gli operatori

**P 8: CAREGGI Codes: [<D1\_Consenso int\_informazione al personale]**

Poi abbiamo fatto degli incontri anche con tutto il personale: prima incontri informativi, poi li abbiamo anche coinvolti nella stesura di strumenti operativi, di passaggio di consegne, per la presa in carico, per l'inserimento dell'operatore socio-sanitario nelle equipe.

**P 7: CAREGGI Codes: [<D1\_Consenso int\_Interventi con i professionisti]**

Quell'immagine che le ho fatto vedere l'ho presentata almeno una decina di volte nel nostro auditorium, nei dipartimenti. Esiste comunque la necessità, l'esigenza del personale di condividere il progetto.

a quando sono qui abbiamo fatto diverse occasioni di incontro con il personale di illustrazione del progetto.

## Riorganizzazione interne delle strutture

### **P 3: CAREGGI Codes: [<D2\_Strutture\_riorganizzazioni interne]**

Comunque, una volta che ho costruito un ospedale, posso renderlo plastico all'interno. Le faccio un esempio di una parte di questo ospedale, costruita molto bene, che è quella del CTO, costruito 40 anni fa circa, che tuttora funziona e che è stato appunto modificato, ristrutturato esternamente e internamente, ma che continua a funzionare. Insomma gli ospedali possono essere modificati anche dall'interno, senza distruggere e ricostruire.

### **P14: CAREGGI Codes: [<D2\_Strutture\_riorganizzazioni interne]**

E allora noi possiamo osservare che nella nostra area, dai vicini di casa dell'Azienda sanitaria fiorentina, sono stati abbattuti muri fisici e la struttura è stata riorganizzata sul percorso del malato .

## Riorganizzazione gestionale

### **P14: CAREGGI Codes: [<D2\_Organizzazione\_ridefinizione operatività]**

Quindi l'infermiere ha visto modificare la propria prassi e questo ricade anche sul medico, perché ricercando una collaborazione multi-professionale anche il medico alla fine ha preso in carico un gruppo di pazienti e quello stesso gruppo di pazienti oggi si trova ad avere il suo infermiere e il suo medico di riferimento, anche se poi naturalmente può fare riferimento al direttore della struttura o al coordinatore per problemi diversi.

### **P 5: CAREGGI Codes: [<D2\_Organizzazione\_riorganizzazione gestionale]**

Questo ha comportato una diversa organizzazione dell'assistenza. Perché se io creo settori diversi di assistenza, che avrò fatto caso sono indicati da colori diversi, per gli infermieri è più semplice perché finisce una continuità di assistenza nel momento di spostamento di livello

# Criticità

## Difficoltà culturale nel cambiamento

### **P 4: CAREGGI Codes: [<D4\_Ostacoli\_Il cambiamento culturale nella gestione di ruoli, tecniche e procedure]**

A tutti i livelli: dai medici agli infermieri. Lei immagini che un medico sia che sia apicale (che dirige) sia che sia un assistente di questo apicale, sia gli infermieri, si trovano benissimo in un reparto in cui c'è un responsabile, una serie di assistenti che sono sempre quelli, e gli infermieri che sono sempre quelli, che trattano una patologia che più o meno è sempre quella.

Quindi è chiaro che il primo scoglio che abbiamo trovato è stato quello di fare cambiare la mentalità che il caposala non è del primario: si ha l'abitudine di dire "il mio caposala, i miei infermieri, la mia sala operatoria".

### **P 8: CAREGGI Codes: [<D4\_Ostacoli\_Il cambiamento culturale nella gestione di ruoli, tecniche e procedure]**

Anche per noi infermieri non è facile: ad esempio, magari io ho sempre lavorato con un certo gruppo e iniziare con un altro è faticoso

### **P 9: CAREGGI Codes: [<D4\_Ostacoli\_Il cambiamento culturale nella gestione di ruoli, tecniche e procedure]**

Il nodo centrale, e il più difficile, è cambiare le abitudini lavorative, è uscire dalla logica de "i miei letti", che è un passaggio delicato perchè dietro c'è l'impostazione tradizionale del modo di lavorare, del medico che vede i suoi letti, degli infermieri che seguono il singolo dottore.



## Difficoltà nel coordinamento

### **P10: CAREGGI Codes:[<D3\_Gestione\_Nessuna figura di coordinamento**

Non c'è una figura dedicata ed evitiamola anche! Ce ne sono già troppe di figure dedicate. Qui con questi dipartimenti abbiamo creato troppe figure dedicate: prima c'era un direttore generale, un direttore sanitario e un direttore amministrativo. Ora, ogni dipartimento ha il direttore di dipartimento, il direttore sanitario e il direttore amministrativo: se ne aggiungiamo, poi si impazzisce!

**C'è qualcuno che svolga una funzione di *network manager*, coordinatore-amministratore del progetto, per la riorganizzazione per intensità di cura?**

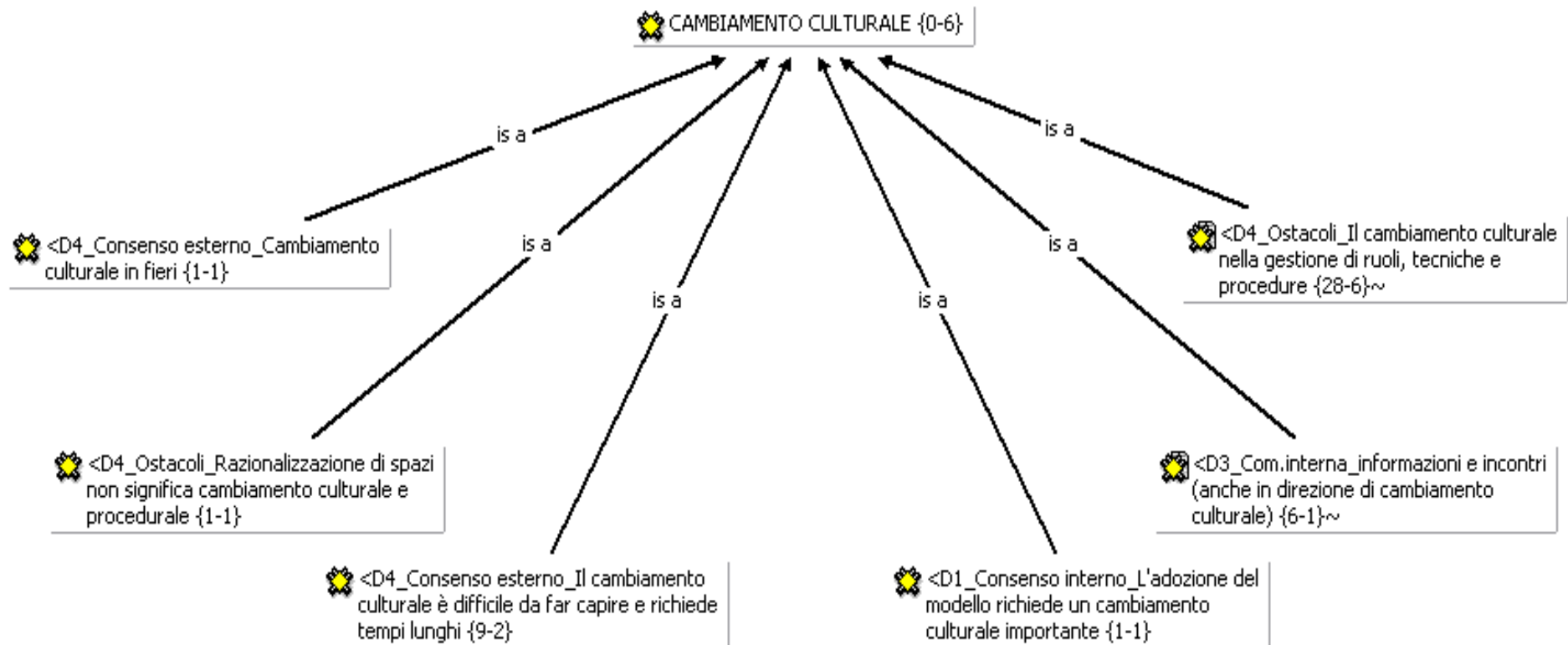
R: Che mi risulti, no. A livello del dipartimento no di sicuro, a livello di azienda non mi risulta.

### **P16: CAREGGI Codes:[<D3\_Gestione\_mancanza di figura specifica]**

**I: È stata individuata una figura specifica di *network manager* o coordinatore-amministratore del processo di riorganizzazione o comunque è possibile ricondurla ad una figura specifica già preesistente?**

R: No. Per quanto ci riguarda noi non abbiamo una strutturazione come è avvenuto in altre realtà di avere dei manager di processo dedicati in questo modo alla riorganizzazione.

# Alcuni focus\_ Il cambiamento culturale



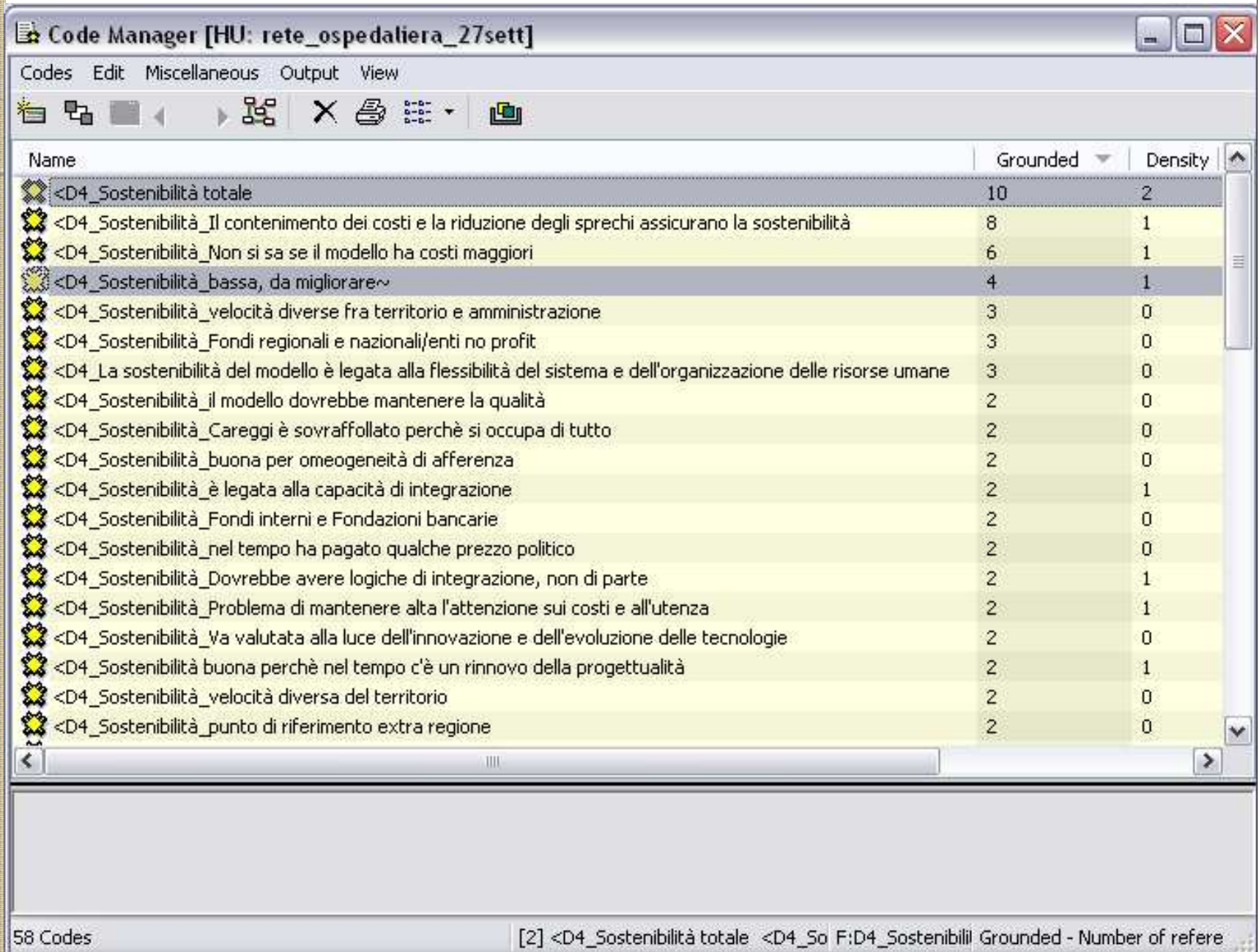
Code-Filter: Code Family "CAMBIAMENTO CULTURALE" [6]

PD-Filter: All [57]

Quotation-Filter: All [3718]

	<D1_Consenso interno_L'adozione del modello richiede un cambiamento culturale importante	D3_Com.intern a informazioni e incontri (anche in direzione di cambiamento culturale)	<D4_Consenso esterno_Cambiamento culturale in fieri	<D4_Consenso esterno_Il cambiamento culturale è difficile da far capire e richiede tempi lunghi	<D4_Ostacoli_Il cambiamento culturale nella gestione di ruoli, tecniche e procedure	<D4_Ostacoli_Razionalizzazione di spazi non significa cambiamento culturale e procedurale	OTALS:
P 3: CAREGGI_ Anestesista_3.doc	0	0	0	0	1	0	1
P 4: CAREGGI_ Dir.DAI_ Resp.Inf.doc	0	0	0	5	2	0	7
P 5: CAREGGI_ Dir.DEA.doc	0	0	0	0	1	0	1
P 6: CAREGGI_ Dir.Presidio P.O..doc	0	0	0	0	1	0	1
P 8: CAREGGI_ Dir.SIOA.doc	0	0	0	1	9	0	10
P 9: CAREGGI_ Dir.SOD.doc	0	0	0	0	2	0	2
P 10: CAREGGI_ Dir.Strutt.Chirurgia.doc	0	0	0	0	2	1	3
P 12: CAREGGI_ Direttore generale.doc	0	0	0	0	3	0	3
P13: CAREGGI_ Resp.inf.DAI.doc	0	0	0	1	1	0	2
P15: CAREGGI_ Resp.RClinico.doc	1	0	1	0	1	0	3
P16: CAREGGI_ Dir.Sanitario.doc	0	0	0	1	2	0	3
P27: HUMANITAS_ Resp.S.A.doc	0	0	0	0	1	0	1
P37: VENETO_ medico med.generale ulss16.doc	0	1	0	1	1	0	3
P38: VENETO_ referente SECC ulss16.doc	0	0	0	0	1	0	1
P40: VENETO_ Dir.ospedale S.Antonio.ulss16.doc	0	1	0	0	0	0	1
P42: BIANCHI_ Dir.UO Oncologia.doc	0	1	0	0	0	0	1
P44: GROSSETO_ Dir. UO Qualità.doc	0	1	0	0	0	0	1
P49: GROSSETO_ Sindacalista CGIL.doc	0	1	0	0	0	0	1
P55: SIENA_ Dir.Sanitario ASL7.doc	0	1	0	0	0	0	1
TOTALS:	1	6	1	9	28	1	46

# Temi della “sostenibilità”



Code Manager [HU: rete\_ospedaliera\_27sett]

Codes Edit Miscellaneous Output View

Name	Grounded	Density
<D4_Sostenibilità totale	10	2
<D4_Sostenibilità_Il contenimento dei costi e la riduzione degli sprechi assicurano la sostenibilità	8	1
<D4_Sostenibilità_Non si sa se il modello ha costi maggiori	6	1
<D4_Sostenibilità_bassa, da migliorare~	4	1
<D4_Sostenibilità_velocità diverse fra territorio e amministrazione	3	0
<D4_Sostenibilità_Fondi regionali e nazionali/enti no profit	3	0
<D4_La sostenibilità del modello è legata alla flessibilità del sistema e dell'organizzazione delle risorse umane	3	0
<D4_Sostenibilità_il modello dovrebbe mantenere la qualità	2	0
<D4_Sostenibilità_Careggi è sovraffollato perchè si occupa di tutto	2	0
<D4_Sostenibilità_buona per omeogeneità di afferenza	2	0
<D4_Sostenibilità_è legata alla capacità di integrazione	2	1
<D4_Sostenibilità_Fondi interni e Fondazioni bancarie	2	0
<D4_Sostenibilità_nel tempo ha pagato qualche prezzo politico	2	0
<D4_Sostenibilità_Dovrebbe avere logiche di integrazione, non di parte	2	1
<D4_Sostenibilità_Problema di mantenere alta l'attenzione sui costi e all'utenza	2	1
<D4_Sostenibilità_Va valutata alla luce dell'innovazione e dell'evoluzione delle tecnologie	2	0
<D4_Sostenibilità_buona perchè nel tempo c'è un rinnovo della progettualità	2	1
<D4_Sostenibilità_velocità diversa del territorio	2	0
<D4_Sostenibilità_punto di riferimento extra regione	2	0

58 Codes [2] <D4\_Sostenibilità totale <D4\_So F:D4\_Sostenibili Grounded - Number of refere

# Alcuni focus\_ La “sostenibilità”

## <D4\_Sostenibilità totale: 10 quotations

### **P 3: CAREGGI**

D: rispetto al giudizio generale che ha del processo, quale è secondo lei il suo grado di sostenibilità nel tempo?

*R: totale!*

### **P12: CAREGGI**

D: qual è secondo lei il grado di sostenibilità del processo nel tempo?

*R: Altissimo*

### **P17: CESENA**

*Se dovessi dare un giudizio poco medio tanto penso di poter dire senza paura di peccare di pessimismo/ottimismo che ha buone chance di successo*

### **P20: HUMANITAS**

*Io credo che la sostenibilità nel tempo di questo progetto si sia già dimostrata e la storia stessa lo dimostra*

### **P32: MELDOLA**

*Questi progetti non hanno per loro natura una certezza di mantenere gli obiettivi raggiunti ma, viste le premesse e vista la grande volontà, che da più soggetti ha ruotato intorno a questo progetto, credo che le possibilità siano alte, molto alte che questo progetto continui a svilupparsi nel futuro.*

### **P36: VENETO**

*le possibilità di sostenersi nel tempo sono buone.*

### **P51: SIENA**

D: Secondo lei questo progetto ha mostrato un'effettiva sostenibilità?

*R.: Si. In tutti i sensi*

## Diapositiva 33

---

**E2**

La presenza di domande di rilancio è molto rara  
(vedi slide successiva)

Eugenio; 28/09/2009

## <D4\_Sostenibilità\_bassa, da migliorare: 4 quotations

### **P 2: CAREGGI**

*Ho molte perplessità per quelle aziende sanitarie in cui l'applicazione avvenga non per dipartimenti ma per presidio.*

### **P 8: CAREGGI**

*E' giusto ed etico, perché ci sono più competenze e tecnologie a disposizione e ci si prende meglio cura dei pazienti ma credo che [la riorganizzazione] dovrà migliorare e implementarsi di più*

### **P33: MELDOLA**

*D: Qual è, a suo giudizio, il grado di sostenibilità nel tempo del progetto?*

*R: Può solo migliorare*

### **P48: GROSSETO**

*R: Un progetto è fatto di un percorso e di risorse, se le risorse non sono state preparate il progetto fa un po' di acqua. Finora non ci sono state delle preparazioni.*

*D: Risorse in termini di?*

*R: Risorse umane. Le risorse umane sono quelle che fanno poi il progetto*

# Un esempio di gestione delle interviste

(P20\_ Humanitas)

E1

**I: Passerei all'ultimo dominio in cui si chiede una valutazione di successo e insuccesso del progetto complessivamente inteso. La prima domanda è quindi, a suo giudizio, qual è il grado di sostenibilità nel tempo del progetto.**

R: Io credo che la sostenibilità nel tempo di questo progetto si sia già dimostrata e la storia stessa lo dimostra, certamente occorre che ci siano e che si mantengano alcune condizioni esterne che sono quelle del riconoscimento della complessità dell'attività e del livello di qualità dell'attività in relazione alle risorse economiche che sono destinate.

Perché, se certamente in questi ultimi anni si vede una progressiva forbice che si sta stringendo da questo punto di vista, è necessario che cresca all'interno della struttura la consapevolezza che è finita la fase della grande crescita e che la fase di mantenimento è una fase nella quale, paradossalmente, ci sono altre capacità da mettere in campo. In particolare ci deve essere il mantenimento di una tensione al miglioramento continuo, senza la quale si rischia poi di "sedersi". Quindi questo passaggio è necessario, ma lo è per qualunque impresa di questo mondo, quindi non è tanto una questione di sostenibilità del modello, quanto la capacità degli uomini che lo portano sulle loro spalle di farlo vivere.

**I: La seconda è sul livello di integrazione che si è raggiunto, oramai son passati quasi 13 anni da quando ha aperto l'ospedale.**

(...)

## Diapositiva 35

---

**E1** Sugeriamo la necessità che le interviste vengano fatte in maniera meno "burocratica", ricercando i significati delle asserzioni formulate, ricostruendone la complessità e restituendo all'intervistato un'idea di utilità (non di check list).

Ad esempio, dopo la prima domanda si poteva riassumere e restituire, per verificare di aver capito bene...  
o chiede chiarimenti ulteriori, con per P48 in slide precedente

Eugenio; 28/09/2009



## Osservazioni metodologiche per uno strumento più efficace

- Garantire un campione bilanciato:le presenze dei diversi ruoli se non statisticamente rappresentative, devono essere bilanciate
- Proporre a tutti gli intervistati tutte le aree previste dalla traccia
- Evitare interviste “doppie”
- Non sostituire l’intervistatore con il cartaceo
- Cercare di approfondire le risposte con “rilanci”



# Bibliografia di riferimento

De Gregorio E. e Mosiello F. (2004). *Tecniche di ricerca qualitativa e di analisi delle informazioni qualitative con ATLAS.ti*, Kappa, Roma.

Chiarolanza C. e De Gregorio E. (2007). *L'analisi dei processi psicosociali. Lavorare con ATLAS.ti*. Carocci, Roma.

De Leo G., Patrizi P. e De Gregorio E. (2004). *L'analisi dell'azione deviante*. Il Mulino, Bologna.

De Gregorio E. (2007). *Posizionamento narrativo e azioni*. Aracne, Roma.



## Studi che hanno utilizzato ATLAS.ti nella ricerca in ambito sanitario

Rutelli P. e Barbieri B. (2007). *Il processo comunicazionale medico-paziente: frames semantici e network interpretativi, nella gestione qualitativa del problem solving relazionale*, in “Qualità e sanità: un dialogo per l'umanizzazione. Filosofia, pedagogia, medicina e psicologia”, a cura di Autori Vari. Franco Angeli, Milano.

Horwitz S.H., Santiago L., Pearson J., LaRussa-Trott M. (2009). *Relational tools for working with mild-to-moderate couple violence: Patterns of unresolved conflict and pathways to resolution*. In “Professional Psychology: Research and Practice”, Vol 40(3), pp. 249-256.

Li L., Wu Z., Wu S., Jia M., Lieber E., Lu Y. (2008). *Impacts of HIV/AIDS stigma on family identity and interactions in china*, in “Families, Systems, & Health”, Vol 26(4), pp. 431-442.

Padgett D.K., Henwood B., Abrams C., Drake R.E. (2008). *Social relationships among persons who have experienced serious mental illness, substance abuse, and homelessness: Implications for recovery*, in “American Journal of Orthopsychiatry”, Vol 78(3), pp. 333-339.