



**LINEE DI INDIRIZZO
SULLA QUALITÀ INTEGRATA**

Premessa

L'esperienza avviata a partire dal 2002 nella nostra azienda sul miglioramento continuo della qualità secondo un approccio certificativo ISO 9000, sebbene limitata ai processi di pianificazione della direzione generale e ad alcune unità operative pilota, ha consentito di sperimentare approcci gestionali che, a partire dall'analisi dei processi, hanno prestato attenzione alla costruzione di strumenti di monitoraggio delle attività e di rilevazione della qualità percepita dagli utenti.

Il lavoro svolto ha messo in evidenza alcuni nodi critici riferiti ai percorsi assistenziali in atto, alle difficoltà di confronto tra professionisti, alla capacità della nostra organizzazione sanitaria di comunicare con il proprio ambiente, inteso principalmente come insieme dei (potenziali) fruitori dei servizi e dei loro rappresentanti, dei medici di medicina generale ed operatori della sanità e di tutti gli altri stakeholders.

Sono emerse, da un lato, problematiche afferenti alla definizione di obiettivi di qualità e di appropriatezza delle prestazioni ed alla più ampia tematica della comunicazione sia interna che tra le unità operative, specialmente tra quelle amministrative e quelle sanitarie; dall'altro, sul versante del rapporto con gli utenti si sono rilevate esigenze connesse alla promozione di un clima orientato alla customer satisfaction, che preveda, tra l'altro, la revisione della metodologia utilizzata per rilevare la qualità percepita. La comunicazione tra i professionisti, tra operatori sanitari e utenti e, in definitiva, il clima organizzativo hanno riacadute anche a livello di gestione del rischio sanitario.

L'esperienza maturata nella nostra Azienda in questi anni nelle unità operative coinvolte dalla certificazione ci spinge a ri-orientare l'approccio seguito per il miglioramento della qualità dell'assistenza, che richiede azioni a vari livelli sia sul piano organizzativo che su quello formativo, su più fronti: a partire dal management diffuso sino a coinvolgere tutti gli operatori del sistema, gli utenti e i diversi stakeholders. In particolare, si pensa di realizzare azioni mirate a sviluppare in ambito aziendale capacità riflessive sui percorsi assistenziali e sulla comunicazione con l'ambiente umano con cui la nostra Azienda interagisce, mediante la promozione di modalità strutturate di confronto tra i diversi professionisti e tra questi e gli utenti, al fine di garantire la qualità e il miglioramento dei servizi, la gestione dei rischi sanitari e la comunicazione integrata.

Sulla scorta di tali considerazioni, nel 2006 la nostra Azienda in collaborazione con l'Università degli Studi di Teramo ha realizzato due corsi di formazione, uno in *Comunicazione e promozione della salute* rivolto a medici di medicina generale, l'altro in *Comunicazione e management sanitario* rivolto a primari e responsabili di unità operative. I corsi, strutturati in modo partecipativo e con momenti di discussione di gruppo, hanno offerto ai partecipanti l'occasione per riflettere e confrontarsi sulla gestione quotidiana del servizio erogato e su come migliorarlo. Sono nati suggerimenti, proposte, linee possibili di miglioramento e sviluppo di attività dell'Azienda. Rielaborando quanto emerso dal corso alla luce anche della letteratura e di altre esperienze, il dott. Franco Santarelli, responsabile della formazione e della

qualità, con la collaborazione del prof. Parisio Di Giovanni, direttore del corso, ha tracciato le coordinate di un percorso per il miglioramento e sviluppo della qualità nella ASL di Teramo, che attraverso confronti successivi in Azienda ha portato alla definizione di **Linee di indirizzo per la Qualità Integrata**, che mirano a strutturare e avviare un sistema di qualità che sia al tempo stesso avanzato rispetto agli standard attuali e configurato per lo specifico contesto della nostra Azienda.

L'approccio. L'impostazione è sostanzialmente quella del *Continuous Quality Improvement* (CQI) e della *Clinical Governance*: si conducono analisi, si fanno interventi organizzativi e azioni di comunicazione con l'intento di monitorare la qualità del servizio e gestirne l'erogazione in maniera partecipativa in modo che la qualità tenda sempre più all'eccellenza. Rispetto ad altre esperienze note il progetto si caratterizza per tre elementi.

- *Attenzione alla condizione degli utenti.* Nei lavori di qualità in sanità si è affermato il principio della centralità della persona dell'utente. Generalmente però si tende a far riferimento a un utente astratto, inteso come uomo economico o razionale, tenendo in scarsa considerazione la condizione reale del malato, del ricoverato e dei suoi familiari e il modo in cui le persone si rapportano alla malattia e al rischio esistenziale. Ad esempio, Caman (2000) in uno dei tentativi di definire la qualità ospedaliera scomponendola in dimensioni distingue cure infermieristiche, cure mediche, cibo, alloggio, strutture ospedaliere, preparazione delle dimissioni, come se gli utenti fossero freddi valutatori analitici dei processi di erogazione del servizio e non persone in una condizione inusuale (alle prese con un evento critico cui è difficile far fronte, incerte, ambivalenti nei confronti degli operatori e della struttura, ecc.). Si tratta di un limite serio: fino a che non riusciremo a mettere al centro le persone reali, molti sforzi risulteranno improduttivi, più formali che sostanziali. Per superare questo limite occorre innestare sul filone degli studi organizzativi e di marketing in tema di qualità e su quello della governance clinica le competenze psico-sociali di cui oggi disponiamo riguardo all'esperienza della malattia.

- *Approccio ecologico.* Per lo più gli sforzi di definire la qualità nella sanità prodotti finora inividuandone precise dimensioni (cfr. ad esempio Donabedian, 1966; Maxwell, 1984; WHO, 1989; Ware e al., 1990; Hult e Lukas, 1995; Kaldeberg e al., 1997; Caman, 2000; Sower e al., 2001) sono centrati sull'attività tecnica e gestionale di erogazione del servizio e, quando considerano la comunicazione con gli interessati, la considerano in questo quadro. In realtà però, come la tradizione della governance clinica coglie, le aziende sanitarie sono, come qualunque altra organizzazione, entità dinamiche in rapporto con l'ambiente, con la differenza però che il loro è un ruolo centrale per la vita delle persone che formano l'ambiente umano circostante. Di conseguenza l'interazione con

l'ambiente è particolarmente vivace e finisce per essere un ambito in cui si scaricano le contraddizioni delle grandi trasformazioni in atto, legate allo sviluppo dei media, all'erosione della tradizione, al declino dell'autorità, al bisogno e al difetto di life skills e via dicendo. Il ruolo cruciale dell'interazione azienda sanitaria-ambiente è causa di *quality biases*, distorsioni che incidono sui processi di qualità. Ad esempio, in fatto di rischio sanitario la percezione degli utenti frequentemente è distorta (per carenza di approccio scientifico, per eccesso consumistico, per effetto dei media, ecc.), il che può provocare un tasso di conflittualità superiore al dovuto, spinge a volte a una medicina difensiva e produce interferenze a catena sulla qualità del servizio. Visto il peso che ha il rapporto con l'ambiente, non si può pensare di fare qualità in un'azienda sanitaria restando nei confini dell'organizzazione: occorre lavorare alla comunicazione esterna, coinvolgere il più possibile gli stakeholders e farsi carico di uno sviluppo mirato dell'ambiente umano circostante, considerando queste attività parte integrante del lavoro sulla qualità.

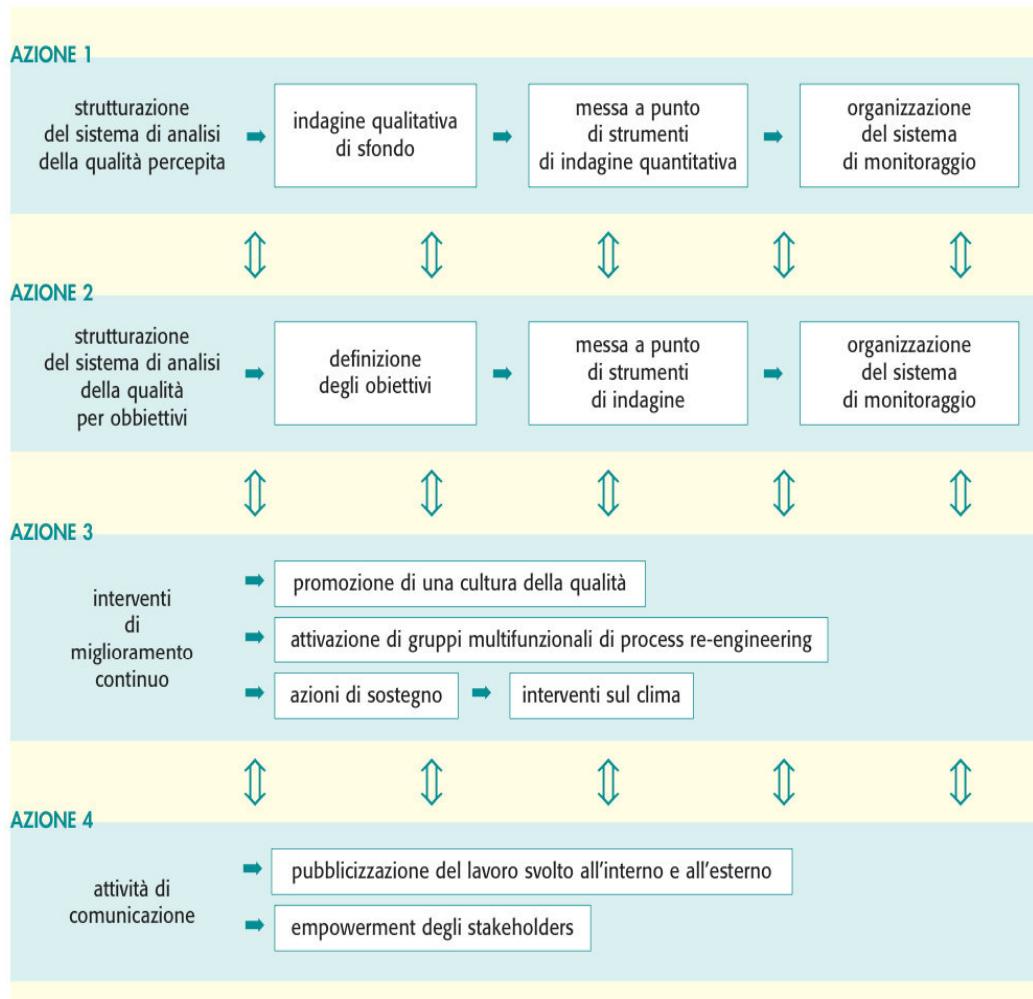
• *Attenzione alla condizione degli operatori.* In molta letteratura sulla qualità anche gli operatori vengono considerati in maniera piuttosto astratta: si tende a pensare che basti formarli, dare loro vision e mission e inserirli in un clima che mette al centro la qualità per ottenere i risultati. Questo entro certi limiti può valere per le comuni organizzazioni lavorative, ma la realtà è sicuramente diversa nella sanità. Qui si deve fare i conti col fatto che gli operatori si trovano in una condizione difficile, legata alle criticità dei rapporti che intrattengono con i malati, con i colleghi, con i dirigenti amministrativi e con il pubblico. Seppure in forme diverse, questi rapporti sono improntati all'ambivalenza e tendono a generare conflitti di ruolo. Il disagio strutturale dell'operatore sanitario è all'origine di strategie difensive e barriere organizzative, che vanno tenute nel debito conto nella realizzazione dei sistemi di qualità, pena l'insuccesso. Per ottenere risultati è necessario procedere con prudenza, prendendo atto dei problemi reali degli operatori e trovando soluzioni praticabili. L'innesto di competenze di psicosociologia delle organizzazioni su quelle in tema di qualità e di governance clinica può favorire l'attenzione agli operatori reali, allo stesso modo in cui l'innesto di conoscenze sulla condizione del malato aiuta a considerare gli utenti reali.

Le azioni. Sono previste quattro azioni fondamentali, che, seppure con tempi diversi, dovrebbero procedere in parallelo potenziandosi a vicenda. Si tratta infatti di azioni interconnesse, anche se ciascuna è orientata a strutturare una componente del sistema della qualità e si colloca in un ambito specifico, ora più sul versante diagnostico, ora più su quello dell'intervento.

• *Analisi della qualità percepita.* In quest'ambito vanno messi a punto e testati strumenti di indagine adeguati. Occorre anche creare

le condizioni organizzative affinché gli strumenti costruiti vengano regolarmente adoperati, si realizzino un monitoraggio costante della qualità percepita e un utilizzo costante dei risultati.

• *Analisi della qualità per obiettivi.* Sebbene sia in voga la pratica di limitarsi alle indagini di *customer satisfaction*, il monitoraggio della sola qualità percepita è insufficiente, specie nel campo della sanità o comunque quando si tratta di servizi di grande interesse pubblico e di rilevanza etica. La ragione è che qualità percepita e performance dell'organizzazione sanitaria non necessariamente coincidono. Dalle ricerche empiriche che hanno messo a confronto la qualità tecnica effettiva delle cure e la percezione dei pazienti sono risultate a volte concordanze, a volte discrepanze (Kane, 1997; Kaldeberg, 2001). Ancora più importante è forse il fatto che (specie se si va oltre il mero aspetto tecnico e si presta attenzione alla condizione degli operatori e degli utenti) si scopre che erogatori e fruitori del servizio partono da punti di vista diversi per incontrarsi su un terreno condiviso, che in alcuni casi rischia di essere in contrasto con principi etici, sebbene soddisfate le parti in gioco. Si tratta di un tipico fenomeno collusivo riscontrabile nei servizi, che però acquista un rilievo particolare nella sanità, dove può produrre danni significativi per i singoli e per il sistema. Si pensi ad esempio ai casi di medicina difensiva in cui si realizzano accordi collusivi di astensione tra medico e paziente, che a un livello proteggono entrambi, ma a un altro abbassano gli standard sanitari ed espongono entrambi a rischi. È necessario perciò che un'organizzazione sanitaria, se aspira all'eccellenza, definisca (seppure in modo flessibile) gli obiettivi di qualità che si prefigge, controlli in quale misura li ha raggiunti o se ne è discostata e condivida l'analisi per obiettivi con l'utenza, in maniera realistica e non collusiva. In parte questo vuol dire che l'organizzazione sanitaria si riappropria della funzione di guida del cammino della salute aiutando se stessa e l'utente a cogliere ciò di cui gli utenti hanno bisogno al di là di ciò che semplicemente a un livello più superficiale desiderano. Mentre l'analisi della qualità percepita è una *goal free evaluation*, basata su principi di economia sociale - sul libero mercato, si può dire, delle volontà e delle soddisfazioni - l'analisi di qualità per obiettivi tenta di introdurre una negoziazione sociale responsabile, meditata ed eticamente orientata.



In concreto nell'ambito della qualità per obiettivi la prima cosa da fare è definire gli obiettivi di qualità che ci si prefigge. Definire questi obiettivi sarà compito principalmente dei responsabili delle unità operative, ma l'attività dovrebbe coinvolgere collaboratori, amministrativi, vertice aziendale e, nei limiti del possibile e nelle forme adatte, utenti e altri stakeholders. Si passerà poi a strutturare sistemi di verifica periodica della coerenza del servizio con gli obiettivi e di revisione degli obiettivi nel tempo.

• *Miglioramento continuo.* In vista del miglioramento continuo un'azione fondamentale è la *promozione di una cultura della qualità*, come abitualmente si fa nella pratica del *Total Quality Management* o *Continuous Quality Improvement*. Diffondendo l'idea che si è tutti impegnati per migliorare la qualità e non semplicemente per fornire prestazioni o per garantire la correttezza dell'operato, si sposta l'asse del coinvolgimento organizzativo dall'estrinseco all'intrinseco, cioè si fa leva sulle motivazioni intrinseche delle persone (curiosità, need for competence, need for achievement, bisogno di affiliazione) convogliandole verso la ricerca dell'eccellenza. Il solo avviare le analisi di qualità, se si ha cura di coinvolgere ampiamente le persone nel lavoro di indagine e di comunicare opportunamente i risultati, dovrebbe favorire un simile cambiamento di cultura organizzativa. Azioni formative, meeting, eventi, pubblicazioni possono rafforzare la convinzione, rendendo molti operatori protagonisti del processo di cambiamento. Accanto alla promozione della cultura della qualità è necessaria un'attività di *Process Re-engineering*, di riorganizzazione intelligente e condivisa di specifiche attività. Altrimenti le energie mobilitate dalla cultura del miglioramento continuo rischiano di disperdersi in azioni disordinate, se non controproducenti, e di esaurirsi e provocare delusione dopo una fase di entusiasmo. Per la reingegnerizzazione dei processi si può adottare il metodo, ormai sperimentato nella tradizione della governance clinica, dei gruppi multifunzionali di analisi e progettazione: medici, infermieri, altro personale, eventuali medici di medicina generale invitati si riuniscono per analizzare processi lavorativi con l'intento di capire come migliorarli, di riprogettarli e di verificare l'efficacia della riprogettazione (Wright e Hill, 2003).

Nell'ambito del miglioramento continuo sono indispensabili *azioni di sostegno*, tese a favorire la cooperazione, l'armonia, il rispetto reciproco e la tranquillità relazionale, l'efficienza del lavoro di team. Se è vero che le analisi di qualità possono stimolare una cultura della qualità, è anche vero che rischiano di far sentire le persone sotto esame, di far nascere tensioni e di produrre un sovraccarico lavorativo che sottrae risorse all'attività corrente e - paradossalmente - allo stesso impegno per la qualità e la governance clinica. Le esperienze condotte in Gran Bretagna con la *Commission for Health Audit and Inspection* fanno emergere chiaramente questi rischi (Bevan e Bawden, 2001; Wright e Hill, 2003). In un

clima in cui ci si sente a proprio agio, si è sicuri di essere valorizzati e si è in sinergia con gli altri (anziché ostacolarsi come spesso accade) si teme meno di essere giudicati, è più difficile che giudizi e stress provochino tensioni ed è più facile trovare tempo ed energie per attività che si aggiungono alla routine. Così le azioni di miglioramento continuo hanno meno probabilità di risultare controproducenti o di essere presto abbandonate.

- *Comunicazione e empowerment degli stakeholders.* È importante accompagnare la realizzazione del sistema di qualità con un'attività di comunicazione, tesa a far conoscere, nei modi opportuni, sia all'interno che all'esterno le azioni che via via si compiono. L'attività di comunicazione favorisce l'interdipendenza positiva tra analisi di qualità e miglioramento continuo. Più ci si rende conto dell'investimento in qualità, più si diffonde la cultura della qualità e più stimoli hanno i progetti di reingegnerizzazione creativa. D'altra parte le attività di miglioramento continuo attivano il pensiero degli operatori e possono far nascere idee utili a rendere più efficaci le analisi di qualità. L'approccio adottato (ecologico e attento alla condizione degli utenti e degli operatori) esige un empowerment dei pazienti, degli operatori interni all'organizzazione o esterni (come i medici di medicina generale) e di altri stakeholders. Si tratta di migliorare la diffusione di informazioni, il coinvolgimento, la partecipazione, la comprensione dei reciproci punti di vista, di fornire consulenza e supporto e di fare azioni di promozione di competenze e abilità utili a fruire al meglio del servizio sanitario (ad esempio, le skills di approccio scientifico alla vita o quelle legate al rapporto coi sanitari o ai comportamenti autoprotettivi e di costruzione della salute). Questa parte del lavoro sulla qualità andrebbe condotta in collegamento e in sinergia con altri Enti e realtà del territorio competenti, per cui in parte dipende da un'attività di comunicazione istituzionale.

La rilevazione della qualità percepita. Teoricamente si potrebbero effettuare le rilevazioni della qualità percepita utilizzando questionari già esistenti e la cui affidabilità è già stata testata, come il KQCAH Scale (*Key Quality Characteristic Assessment for Hospital*) di Sower e al. (2001) o il PJHQ (*Patient Judgements of Hospital Quality*) di Rubin e al. (1991). Sebbene ideati per un contesto diverso dal nostro, questi questionari potrebbero essere adattati a tavolino ed eventualmente sperimentati su piccoli campioni. Tuttavia hanno il difetto di indagare la qualità tecnico-gestionale del servizio dal punto di vista di un astratto utente razionale e di conseguenza non rispondono al nostro intento di adottare una visione ecologica e attenta alle condizioni reali di utenti e operatori. Inoltre si limitano generalmente a indagare la soddisfazione dei ricoverati, mentre in un'ottica integrata è interessante disporre di strumenti per rilevare anche

quella dei famigliari e degli operatori. Dobbiamo perciò fare il lavoro di costruire strumenti appositi di rilevazione quantitativa. Partiremo da un'indagine qualitativa che ci consentirà di sviluppare meglio il costrutto (o i costrutti) della qualità percepita, individuare le dimensioni, costruire le variabili. La ricerca qualitativa preliminare tornerà utile anche ai fini del miglioramento continuo e dell'empowerment dei portatori di interesse: è molto più facile infatti coinvolgere gli interessati e stimolarli nel corso di indagini qualitative, che implicano rapporti personali caldi e esplorazione dei vissuti. Sulla base del costrutto elaborato verranno costruiti i questionari, che saranno adoperati in un'inchiesta condotta su campioni rappresentativi dei quattro presidi. L'inchiesta fornirà risultati già spendibili, ma consentirà anche di mettere a punto gli strumenti attraverso opportune tecniche di misurazione della loro affidabilità. Una volta testati, i questionari potranno essere usati regolarmente, secondo modalità da definire e concordare con gli interessati: ad esempio come questionario di uscita o per inchieste periodiche. Schematicamente il lavoro di questa prima analisi di qualità percepita si può dividere in più fasi, anche se di fatto queste saranno embricate e non del tutto sequenziali.

- 1. Pianificazione.** Dirigenti, direttori sanitari e altri responsabili in appositi incontri metteranno a punto il piano di lavoro, badando soprattutto a tarare le azioni in ragione della realtà concreta in cui si va ad operare. Accanto agli incontri iniziali sono opportuni incontri in itinere, utili per aggiustare il tiro strada facendo.
- 2. Costituzione di una task force.** È opportuno che si costituisca un gruppo che supporti e coordini l'attività di indagine. Si tratta di un passaggio delicato per gli equilibri organizzativi. È importante perciò che avvenga quando già si è creato un certo coinvolgimento intorno all'iniziativa e c'è stato modo di far emergere eventuali resistenze organizzative e individuare persone la cui investitura goda di diffuso consenso.
- 3. Focus group.** Sono previsti focus group di responsabili di unità, focus group di personale sanitario e focus group di ricoverati. Mentre ai focus group di personale possono partecipare operatori di reparti diversi, conviene che i focus group di ricoverati abbiano partecipanti di uno stesso reparto e omogenei per certe caratteristiche. Oltre che per ragioni pratiche, è bene che sia così in quanto si sa che la qualità viene intesa diversamente a seconda della gravità della malattia, del reparto in cui si è ricoverati e dell'età (Carman, 1990; Reindenbach e Sandifer, 1990; Ross e al., 1995). Per ciascun presidio si sceglierà (il più possibile in modo concertato) un certo numero di reparti in cui lavorare, secondo criteri di interesse ai fini dell'indagine e di opportunità, principalmente sul piano delle ricadute sul clima organizzativo. Con i focus group sarà condotta un'indagine di sfondo qualitativa (non esprimibile in numeri, ma in profondità),

essenziale, perché consentirà di indirizzare la successiva indagine quantitativa intelligentemente (non sulla base di idee preconcette, per ragionevoli che siano). Grazie ai focus group sarà possibile poi avviare il processo di coinvolgimento degli interessati, che fin dall'inizio verranno chiamati a dare il loro contributo al lavoro, fornendo non solo materiale da conoscere, ma in qualche misura anche suggerimenti e linee di indirizzo. I focus group del resto saranno ambiti in cui cominciare a promuovere la cultura della qualità. Sarà utilizzata la tecnica dei gruppi FOR (Bianchi e Di Giovanni, 1986), che coniuga ricerca, operatività e formazione.

4. *Osservazioni.* Sebbene abbiano il vantaggio di scavare nel vissuto, i focus group presentano il limite di dirci solo ciò che le persone sanno e ricordano. Certi comportamenti routinari, tenuti automaticamente e inconsapevolmente o poco consapevolmente, sebbene non restino in memoria, possono essere rilevanti in quanto conferiscono alla vita ospedaliera configurazioni di cui si è poco consapevoli ma che influiscono sulla percezione della qualità generando impressioni globali, di clima. Perciò, secondo modalità concordate con i responsabili e il personale delle unità operative, osservatori opportunamente addestrati condurranno alcune osservazioni mirate, sulla scorta delle indicazioni emerse nei focus group.
5. *Primo feedback.* La restituzione dei risultati è decisiva per promuovere la cultura della qualità e favorire il coinvolgimento, anche perché chiude l'anello consentendo l'instaurarsi di un circolo virtuoso. Perciò già dopo le prime indagini qualitative si procederà a fornire un feedback al personale attraverso un resoconto scritto delle attività svolte e un eventuale momento pubblico.
6. *Costruzione dei questionari.* Sulla scorta di quanto emerso nei focus group verranno approntati questionari per misurare la qualità percepita nei pazienti ricoverati, nel personale e in fruitori indiretti (famigliari in particolare).
7. *Inchiesta.* I questionari verranno somministrati a campioni rappresentativi delle popolazioni in esame. Della somministrazione si incaricheranno persone appositamente formate, il che dovrebbe assicurare, oltre a una corretta compilazione, riacadute positive dell'attività sul rapporto con gli utenti e sul clima.
8. *Secondo feedback.* Dopo l'inchiesta si procederà nuovamente a informare delle attività svolte. Conviene che accanto a un momento di presentazione pubblica ci siano incontri ristretti, dove sia possibile discutere e che in qualche modo ripetano le fasi iniziali di pianificazione e di focus group alla luce delle nuove acquisizioni.
9. *Resoconto.* La relazione finale conterrà, oltre ai risultati delle indagini, analisi dei problemi e indicazioni su possibili interventi migliorativi. Siccome di fatto il lavoro svolto avrà già prodotto cambiamenti, ci sarà anche un resoconto dei miglioramenti avvenuti o in corso. Affinché il resoconto non

resti sterile è essenziale che si inserisca in un processo di mobilitazione già in atto e che sia largamente condiviso, specie al vertice. Perciò dev'essere redatto sulla scorta di quanto emerso nelle discussioni della fase di feedback e tenendosi in collegamento con gli interessati.

10. *Pianificazione delle rilevazioni successive e formazione degli addetti.* Sulla base dell'esperienza della prima rilevazione, verranno decise le modalità delle successive. Si tratta di pianificare un monitoraggio continuo che sia fattibile, efficiente ed efficace. È opportuno prevedere un'ulteriore momento di formazione per le persone che nelle unità operative si incaricheranno di somministrare i questionari. Affidando la somministrazione a persone non adeguatamente formate c'è il rischio che queste sentano l'attività estranea, che i risultati siano poco affidabili e il carico di lavoro maggiore del necessario.
11. *Messa a punto di un sistema di lettura e analisi dei dati.* Per snellire e rendere routinarie le rilevazioni è necessario automatizzare la lettura dei dati e standardizzare, nei limiti del possibile, la loro interpretazione e traduzione in resoconti fruibili.

La definizione degli obiettivi di qualità. Nel corso di *Strategie di governance clinica* attivato in collaborazione con l'Università degli Studi di Teramo responsabili di unità operative già sensibilizzati nel precedente corso di management sanitario saranno impegnati a condurre analisi e a ideare creativamente proposte per migliorare la qualità della ASL. In questa sede può essere elaborato un primo nucleo di definizione degli obiettivi di qualità. Successivamente conviene costituire un gruppo apposito, formato da persone che operano in diverse funzioni, aree e livelli dell'Azienda con la partecipazione eventuale di medici di medicina generale e altri stakeholders, in cui i responsabili di unità operative del corso di *Strategie di governance clinica* possono fare da core trainante. Sotto la guida di un conduttore, che faciliti la discussione aperta e costruttiva, in due o tre riunioni il gruppo potrebbe definire gli obiettivi di qualità.

Dopo essere stati sottoposti ai vertici aziendali, gli obiettivi di qualità possono essere resi noti. Disporre di una lista condivisa di obiettivi di qualità è un passo importante, grazie al quale si possono cominciare a progettare analisi per obiettivi a vari livelli.

I gruppi multifunzionali di analisi e progettazione. I partecipanti al corso di *Strategie di governance clinica* possono promuovere presso le loro unità la costituzione di gruppi multifunzionali di *Process Re-engineering*. Il corso prevede infatti

che, con il supporto dei formatori e dei colleghi, i partecipanti progettino assieme attività di miglioramento continuo, risk management e comunicazione da implementare e sperimentare nelle proprie unità, e che sui risultati ottenuti si confrontino poi tra loro e con i formatori.

A partire dal corso di *Strategie di governance clinica* dovrebbe nascere un discreto numero di gruppi multifunzionali. Il lavoro fatto da questi gruppi potrà fare da modello per altri. Sarà infatti reso noto grazie alla pubblicazione prevista come resoconto del corso, che potrà essere messa in opportuna evidenza con un momento apposito di presentazione in Azienda.

Un intervento di clima. Nel processo di strutturazione del sistema di qualità molte azioni, se non tutte, hanno ricadute sul clima. Tuttavia come specifica azione di sostegno al miglioramento continuo può essere opportuno avviare in alcune unità operative attività di autoesame capaci di far crescere il grado di cortesia nei rapporti. La cortesia autentica, intesa non come modi cerimoniosi, ma come capacità di indebolirsi strategicamente per lasciar spazio agli altri e valorizzarli, è essenziale per accrescere l'efficienza di team, cooperare e creare un clima in cui le persone si sentono a proprio agio, sono aperte, non dissimulano ed escono allo scoperto nelle situazioni difficili. Il clima di cortesia è essenziale ai fini del risk management, specie in situazioni di emergenza. Ricerche empiriche di psicologia hanno dimostrato che quando gruppi di lavoro si trovano alle prese con emergenze i modi cortesi facilitano il passaggio di informazioni, l'intesa, la coordinazione e la sincerità, riducendo incomprensioni ed errori (Linde, 1988). Il clima di cortesia però è importante anche per rendere più tollerabile l'attività di valutazione continua. Infatti l'accresciuta cooperazione libera risorse da impiegare nelle attività di valutazione (che altrimenti sarebbero un sovraccarico), i rapporti distesi fanno accettare più facilmente i giudizi, incoraggiano a svelare i propri limiti abbandonando le difese e sburocratizzano le attività di analisi, progettazione e implementazione legate alla qualità.

Per sviluppare un clima di cortesia si utilizzerà il metodo dei diari messo a punto dal Gruppo di economia della cortesia del Dipartimento di Scienze della Comunicazione dell'Università degli Studi di Teramo, che consiste nel chiedere di tenere diari degli episodi di scortesia cui si prende parte (in veste di vittime o di autori) o cui si assiste e di partecipare poi a focus group in cui si discute l'esperienza fatta. Si ottiene tipicamente un effetto di cambiamento di *appraisal* e intelligenza emotiva, per cui si alza il livello di attenzione alla cortesia dei rapporti, cresce il senso del valore e della dignità e si impara a gestire i rapporti in modo da far sì che risultino più rispettosi e tesi alla valorizzazione reciproca. Anche in questo caso le unità operative dei partecipanti al corso di *Strategie di governance clinica* possono fare da apripista.