

COLTIVARE L'INNOVAZIONE



Risultati della prima fase e proposte per il triennio 2010-2012

*“Per una nuova visione dell’innovazione
nel Servizio Sociale e Sanitario regionale”*

Bologna, luglio 2010

SINTESI DEI RISULTATI

- ❑ Il progetto
- ❑ 10 proposte d'azione per il triennio
- ❑ Raccomandazioni del Comitato d'indirizzo
- ❑ Fasi e tempi 2010-2012

Il progetto

“Coltivare l’Innovazione” e la sua fase pilota, “ Santé 2015, per una prospettiva orizzontale nella sanità” rappresentano un investimento del Sistema dei Servizi Sociali e Sanitari dell’Emilia – Romagna nella pratica delle connessioni orizzontali, della cooperazione in rete, dello sviluppo delle partnership, come soluzione alla richiesta di profondo rinnovamento e di governance del sistema di welfare, pesantemente messo in discussione dalle politiche nazionali e dalla crisi economica.

Dopo l’esperienza pilota (marzo-ottobre 2009), il progetto si è sviluppato prevedendo una prima fase (analisi del contesto e degli scenari per l’innovazione, individuazione di una proposta d’azione), che si è svolta da febbraio a luglio 2010, ed una seconda fase (destinata a proseguire il percorso, sia in termini di definizione di una committenza verso il sistema formativo che di sperimentazione di innovazioni sul campo) che si apre ora e che prosegue, secondo la proposta presentata in questo rapporto, fino a tutto il 2012.

La realizzazione del progetto avviene attraverso un ampio coinvolgimento dei gruppi dirigenti di tutte le Aziende sanitarie della regione (AUSL, Ospedaliere, Ospedaliero-universitarie, IRCCS), degli Uffici di Piano e degli Uffici Tecnici di supporto alle Conferenze Territoriali Sociali e sanitarie.

L’intervento si caratterizza come formazione/azione, cioè come un programma di apprendimento finalizzato, nel contempo, a formulare proposte di strategia e a sperimentarle nella pratica (in una sorta di “incubatore” regionale, cioè di un programma concepito per accelerare lo sviluppo di innovazioni nelle organizzazioni sanitarie e sociali pubbliche del nostro territorio e, per certi versi, anche del sistema educativo universitario, nella sua parte designata alla formazione dei nuovi professionisti in ambito sociale e sanitario.

Tutto questo, attraverso una serie di risorse di sostegno, sviluppate e orchestrate attraverso una rete di contatti e collaborazioni anche con centri e competenze di livello europeo ed internazionale.

Nello sviluppo del programma, l’Agenzia si è avvalsa, finora, della collaborazione con UQAM (Università del Quebec a Montréal), centro universitario canadese che già ha collaborato allo sviluppo ed alla realizzazione del Master regionale in amministrazione e gestione dei servizi sanitari, svolto per un decennio, con la partecipazione dei 4 atenei del territorio regionale, e avviato nella fase di trasformazione delle Unità Sanitarie Locali in Aziende pubbliche di servizi alla persona.

10 proposte d'azione per il triennio

Intendiamo per “Innovazione” la *trasformazione* di nuove idee in nuovi prodotti o servizi, nuovi modelli economici od organizzativi, nuovi modi di lavorare e di offrire i servizi. Secondo l’OCSE, l’innovazione è la messa in opera di un prodotto, di un servizio, di un processo nuovo o sensibilmente migliorato, che cambia la pratica già in atto nell’organizzazione¹.

PROPOSTE PER INNOVARE IL WELFARE DI COMUNITA'	
1. Mappare, localmente, in ogni distretto/zona, le barriere persistenti e quelle invisibili che ostacolano l'accesso ai servizi da parte dei cittadini; renderle pubbliche per condividerle e trovare soluzioni nella comunità.	
2. Realizzare, in ogni territorio di riferimento delle Conferenze Territoriali Sociali e Sanitarie, una “cellula di veglia strategica” sulle migliori pratiche, sull'innovazione delle tecnologie, sui trend sociali, al fine di trasformare le informazioni in raccomandazioni utili per la decisione e per l'azione.	
3. Attivare, in ogni territorio di riferimento delle Conferenze Territoriali Sociali e Sanitarie, un “centro di sviluppo della leadership” dei cittadini competenti, degli amministratori locali e dei soggetti coinvolti, ai vari livelli, nei processi di programmazione sociale e sanitaria;	
Leve da utilizzare per il cambiamento	Azioni raccomandate
partecipazione della comunità e degli stakeholders; benchmarking.	ascoltare la comunità, ridisegnare i processi intorno ai cittadini; realizzare benchmarking sistematico su organizzazione e produzione; empowerment di comunità.
Strategie community centred e open innovation	

1 OCDE, Manuel d'Oslo, Principes directeurs pour le recueil et l'interprétation des données sur l'innovation, 3me édition, Eurostat, 2006

PROPOSTE PER INNOVARE L'OSPEDALE

1. Costruire un progetto pilota (volontario) per sperimentare, nelle Aziende Sanitarie, l'organizzazione per "Programmi-clientela", da valutare a 18 mesi, attraverso l'Osservatorio regionale per l'Innovazione (ORI).

2. Realizzare, in ogni territorio di riferimento delle Conferenze Territoriali Sociali e Sanitarie, una "cellula di veglia strategica" sulle migliori pratiche, sull'innovazione delle tecnologie, sui trend sociali, al fine di trasformare le informazioni in raccomandazioni utili per la decisione e per l'azione.

Leve da utilizzare per il cambiamento	Azioni raccomandate
organizzazione centrata sui percorsi per target; benchmarking e veglia.	ridisegnare i processi intorno ai percorsi clinici; realizzare benchmarking sistematico su organizzazione e produzione.
Strategie patient centred e open innovation	

PROPOSTE PER INNOVARE IL MANAGEMENT

1. Attivare, in tutte le organizzazioni pubbliche, sociali e sanitarie, programmi di formazione degli operatori, dedicati allo sviluppo di competenze comunicative orientate a ridurre l'asimmetria informativa e ad aumentare la comprensione del cittadino/utente

2. Progettare la realizzazione di diversi tipi di rendicontazione, a seconda del destinatario, come supporto per la creazione di fiducia tra gli attori del sistema

3. Creare atelier regionali di apprendimento delle abilità: saper "giocare" con il cambiamento, saper pensare strategicamente, saper analizzare e sintetizzare, saper gestire le conoscenze, saper lavorare in team virtuali

Leve da utilizzare per il cambiamento	Azioni raccomandate
comunicazione, fiducia, partecipazione dei cittadini; sviluppo dei talenti.	aumentare la comprensione, la partecipazione del cittadino comunicare i risultati ai cittadini; sviluppare le competenze dei professionisti; puntare sui talenti.
Strategie: social capital centred; open innovation	

PROPOSTE PER INNOVARE NELLA QUALITÀ E NEI RISULTATI

1 Sviluppare, a livello regionale, criteri ed indicatori sulle dimensioni culturali della qualità, da utilizzare nella valutazione delle organizzazioni sociali e sanitarie e dei comportamenti professionali.

2. Attivare, in ogni territorio di riferimento delle Conferenze Territoriali Sociali e Sanitarie, un confronto sistematico (benchmark) dei risultati conseguiti dai servizi sociali e sanitari con quelli di altre organizzazioni e sistemi (a livello nazionale, europeo e internazionale)

3. Entro il 2015, istituzionalizzare, nel Servizio Sanitario e Sociale Regionale, la rendicontazione sistematica delle 6 dimensioni della qualità dell'assistenza secondo Avedis Donabedian² e renderla facilmente comprensibile ("vulgarizzata");

Leve da utilizzare per il cambiamento	Azioni raccomandate
partecipazione dei cittadini alla valutazione; sviluppo della cultura applicata della qualità; benchmarking e veglia.	ridisegnare i percorsi per la qualità e la rendicontazione, sostenere la cultura applicata della qualità; realizzare benchmarking sistematico su organizzazione e produzione; empowerment della comunità nella valutazione dell'organizzazione e dei suoi risultati.
Strategie transparency centred e open innovation	

La **diagnosi** effettuata nel sistema sociosanitario regionale, sulla base dell'analisi degli scenari, delle evidenze in termini di risultati a livello internazionale e della propria esperienza, è quella di un sistema in gran parte ancora efficace ed equilibrato che, tuttavia, se rimanesse uguale a sé stesso non sarebbe più in grado di rispondere ai forti cambiamenti e pressioni che si delineano nel prossimo futuro e che comprometterebbero la sua incapacità di garantire equità e sostenibilità per tutta la comunità regionale e che porterebbero ad aumentare le diseguaglianze.

Si richiede quindi **un riorientamento strategico**: agire sui rapporti esterni, sulle forme organizzative, sulla cultura interna, sugli strumenti

La nuova visione suggerita per guidare l'innovazione, che è emersa in maniera potente ed inequivocabile, dai lavori della prima fase del progetto, è rappresentata dalla **capacitazione** della comunità per rifondare fiducia, trasparenza, apertura verso l'esterno, valore della qualità nelle azioni: il capitale sociale come ancora verso il futuro.

2 Le 6 dimensioni: efficacia, efficienza, ottimalità, accettabilità, legittimità, equità., da: A. Donabedian, *Exploration in Quality Assessment and Monitoring*, , 1980, Health Administration Press, University of Michigan, Ann Arbor(U.S.A.)

«The definition of social capital is: networks together with shared norms, values and understandings that facilitate co-operation within or among groups.»³

Sostenere e promuovere il capitale sociale, nella comunità e nei servizi, come leva per garantire fiducia e sostenibilità, reciprocità e partnership, rappresenta la meta-strategia, che sottende a tutte le proposte d'azione che sono state avanzate.

(“lavorare fuori per migliorare dentro”).

Ritroviamo fra i fattori discussi e richiamati come “nodi” critici per procedere sul cammino dell'innovazione proposti da questa prima fase e testimoniati nelle “mappe”, molti degli elementi che preparano lo sviluppo del capitale sociale, fornendo le “materie prime”: la trasparenza, la moralità, le virtù civiche, la libertà, il pragmatismo e la visione a lungo termine⁴.

3 The Well-being of Nations: The role of human and social capital - OCDE 2001 (MAY) p.41

4 Desmarteau H. R (1999) Pensare e modellizzare il capitale sociale in armonia strategica con il capitale economico per tessere la democrazia, synopsis per le attività didattiche MBA, UQAM

Raccomandazioni del Comitato di indirizzo

Per “dare futuro” alla seconda fase del progetto

Quali soggetti saranno coinvolti come parte attiva?

1. Regione: Agenzia sanitaria e sociale e D.G. Sanità e Politiche Sociali

E' opportuno che vengano coinvolti / sostengano reti e processi con riferimento, ad es. a: formazione, ricerca e innovazione, comunicazione, qualità e accreditamento, rendicontazione, Osservatorio Regionale per l'Innovazione, Servizi regionali responsabili dei vari livelli della programmazione.

La regia del progetto continuerà ad essere affidata al Comitato di Indirizzo, opportunamente integrato per garantire la massima coerenza con i settori della programmazione sociale e sanitaria regionale e il programma di ricerca e innovazione.

2. Aziende /Territori

Saranno impegnati nei Laboratori sul campo e nella committenza formativa dell'offerta ECM e universitaria a sostegno delle innovazioni.

3. Università

Si progetteranno – in collaborazione- tra RER e le 4 Università dell'Emilia Romagna – le possibili ricadute del programma “Coltivare l'innovazione” su corsi di laurea, dottorati, specializzazioni e ricerca.

Il gruppo come risorsa

- Fare in maniera che il gruppo già formato nella prima fase, funga da **moltiplicatore** (deve poter produrre risultati di innovazione e ri-produrre la dinamica della formazione-azione per l'innovazione a livello aziendale e di area vasta);
- Completare la formazione degli **agenti moltiplicatori**, relativamente alle competenze necessarie per il lavoro sul campo;
- Proseguire nel percorso per la committenza formativa a sistema ECM e Università (**Gruppo dei “giardinieri”**: formatori/comunicatori/sviluppo delle risorse umane), già previsto dal piano di progetto;

Indicazioni sulle azioni e sui mezzi

- a. Porre all'innovazione obiettivi SMART (specifici, misurabili, accessibili, realistici, legati al tempo) e scegliere a livello regionale le leve a breve/medio/lungo termine.
- b. Definire obiettivi di sistema da discutere con i soggetti che in RER presidiano la funzione di governo (*“dare coerenza al sistema – innovazione a 360°”*).

- c. *“Giocare sul serio”*: rendere coerenti – a livello locale e regionale- i sistemi organizzativi (l'*hardware*) con la nuova visione dell'innovazione (ad es.: struttura delle responsabilità, obiettivi annuali, sistema premiante nella organizzazione per programmi-clientela).
- d. Assicurare coerenza tra programmi di innovazione e finanziamenti della ricerca.
- e. Fornire alle iniziative risorse di sostegno, sviluppate e orchestrate attraverso una rete di contatti e collaborazioni anche con centri e competenze di livello europeo ed internazionale (incubatore regionale).
- f. Finanziare azioni/progetti (fonti: ECM, Modernizzazione, ...).
- g. Produrre committenza regionale sulle azioni e sui gruppi di progetto.
- h. La committenza formativa (a Regione, Aziende, Università) è indispensabile per la governance del sistema.
- i. Mettere in campo formazione sugli strumenti e metodi di lavoro per la cooperazione in rete:
- j. Diffondere rapidamente i metodi (formare chi deve fare il vivaio nelle Aziende).
- k. Riproporre metodo e intuizioni al management aziendale
- l. Fare nelle Aziende e nei Territori un utilizzo mirato delle competenze acquisite fin qui.
- m. Mobilitare le risorse già a disposizione (es. gruppi di lavoro /programmi RER).
- n. Ringiovanire il vivaio, soprattutto a livello aziendale (*“Per mettere a repentaglio le idee!”*).
- o. *“Dare voce alle “Zie Angeline”, anche a quelle mute (senza, non si innova)”*.
- p. Sostenere il confronto col resto del Mondo.
- q. Attivare sul campo sperimentazioni / Laboratori gestiti in un'ottica di sistema.
- r. Utilizzare le sperimentazioni che includono benchmarking e veglia strategica anche per elevare gli standard regionali dei servizi.
- s. Le idee prodotte possono ritornare utili per la modernizzazione.
- t. Si possono prendere come leve da inserire nel prossimo Piano sociale e sanitario: trasparenza, comunicazione, fiducia e *empowerment*.

PROSSIMI PASSI**SECONDA FASE****Committenza formativa per lo sviluppo dei talenti****Percorso di formazione-azione**

ATTIVITA' 2010 – 2011 12 mesi	Lu Ag	Se Ott	No Dic	Ge Feb	Ma Apr	Ma Giu	III trim	Iv trim	NOTE
ATTORI Responsabili formazione, comunicazione, risorse umane nelle aziende sanitarie e negli enti locali, e responsabili della formazione dei nuovi professionisti (corsi di laurea, specializzazioni, dottorati) universitari									In collaborazione con Prof. Gilles Dussault, Università di Lisbona, coordinatore Gruppo di lavoro OMS/UE “Politiche delle risorse umane in sanità”
Preparazione wiki, progettazione didattica, formazione tutors									Entro fine ottobre; <u>wiki in collaborazione con Programma moodle UNIMORE/AUSL RE</u>
Selezione dei partecipanti (aree vaste/4 università/RER)									Entro settembre
Apertura del corso (1 giornata)									Inizio novembre (1/2 accoglienza in area vasta + ½ plenaria in RER)
Percorso e-learning (2 aule virtuali)									Percorso tutorato (1 novembre- 28 febbraio)
Giornate in presenza (2 giornate per ciascuna aula virtuale)									Nel mese di marzo Partecipano Comitato di indirizzo e Università
Consesus conference plenaria sulle proposte per la committenza formativa a Regione, Aziende, Università									Entro marzo, partecipano anche Comitato di indirizzo, Università, Task Force COLTIN
Ricadute nella progettazione formativa 2011-2012 e segg. per Regione, Aziende, Università, CTSS									Committenza per: ECM aziende/ Corsi di Laurea, Specializzazioni, Dottorati, Alta Formazione e Master delle 4 Università/ Formazione Direttori generali RER

SECONDA FASE
Laboratori d'innovazione sul campo
Percorso di ricerca/intervento

ATTIVITA' 2010 – 2012 24 mesi	III trim 10	IV trim 10	I trim 11	II trim 11	III trim 11	Iv trim 11	I trim 12	II trim 12	NOTE
A TTORI Task Force per l'innovazione Gruppo dei “giardinieri”, agenti moltiplicatori ed espolorori, usciti dalla prima fase ColtIn									In collaborazione con Prof Robert Desmarteau (Direttore Master MBA) e Régis Barondeau (Scuola di Dottorato in Strategia) dell’UQAM (Ca)
Nuova release wiki, progettazione didattica, formazione tutors									Entro fine settembre <u>(su wiki già attivo in MBA/UQAM)</u>
Apertura del progetto (1/2 giornata)									Entro fine settembre
Percorso di ricerca/intervento – fase in e-learning centrata sui temi oggetto dei laboratori e sugli strumenti necessari per la loro messa in opera									Percorso tutorato (inizio ottobre-metà gennaio)
Percorso di ricerca/intervento – Progettazione Laboratori Giornate in presenza (2+1 per ciascuna aula) per la messa in opera e la verifica degli strumenti e (2 +1) la pianificazione di ciascun laboratori (in sottogruppi)									Partecipa il Comitato di indirizzo Entro febbraio 2011
Percorso di ricerca/intervento – Laboratori sul campo <i>centrati</i> <i>sui temi prioritari emersi dalla prima fase</i>									Percorso tutorato (12 mesi) Comprende progetto di valutazione (ORI)
Giornate regionali di presentazione e discussione dei risultati dei laboratori e valutazione del percorso per il loro trasferimento									In collaborazione ORI, Aziende, CTSS, Servizi Regionali, Università) entro settembre 2012)

RAPPORTO ANALITICO

Sommario

Le ragioni del progetto

Gli obiettivi

I partecipanti

Strumenti utilizzati

Il metodo pedagogico

I contenuti: documentazione e quesiti di sessione

Il percorso realizzato nella prima fase

Quadro di riferimento per l'analisi delle mappe

Area della policy/committenza

Area degli strumenti e delle skills

Area delle forme organizzative

Proposte emerse dalle votazioni

Innovazione nel management

Innovazione nel Welfare di comunità

Innovazione nell'ospedale

Innovazione nella qualità e nei risultati

Le mappe mentali

Sessione 1

Sessione 2

Sessione 3

Sessione 4

Bibliografia e sitografia

Suggerimenti dei partecipanti

ALLEGATI (elenco partecipanti e struttura del corso)

Le ragioni del progetto

(dal documento di progetto, gennaio 2010)

Tra le aree di interesse prioritario del primo Piano sociale e sanitario dell'Emilia-Romagna, quattro sono quelle che, per essere affrontate con successo, richiamano la necessità che la Regione promuova e supporti lo sviluppo di nuove competenze e la diffusione di buone pratiche manageriali e professionali. Si tratta, in particolare, di quelle che si sono dimostrate capaci di cogliere la sfida della complessità attraverso l'integrazione dei saperi e la cooperazione tra professioni, setting assistenziali, livelli istituzionali e settori dell'agire pubblico, tradizionalmente separati e non abitualmente uniti in una cooperazione finalizzata al benessere e alla salute delle comunità per le quali operano.

Quali sono le sfide per il sistema sanitario e sociale, della nostra Regione, a fronte delle quali il progetto intende impegnarsi a costruire una strategia formativa ?

a. L'integrazione per il nuovo welfare

Garantire risposte personalizzate, e nel contempo garantire equità d'accesso è possibile in una logica di integrazione a tutti i livelli. Essa permette infatti lo sviluppo di reti assistenziali a cui partecipano servizi diversi e, al tempo stesso, permette di coinvolgere, valorizzando le singole autonomie, tutti i soggetti - Enti locali, Aziende sanitarie, terzo settore, privato profit, forze sociali - che a vario titolo sono chiamati a svolgere un ruolo per l'affermazione dei diritti di cittadinanza, contributo fondamentale per lo sviluppo di una società più coesa, civile e dinamica.

b. L'innovazione nel governo dell'assistenza

Il processo di innovazione non riguarda solo le politiche e la programmazione per dare risposte globali a bisogni complessi (con il nuovo assetto di governance territoriale), riguarda anche la capacità di governare la ricerca e di introdurre quelle innovazioni tecnologiche e di processo che la ricerca mette a disposizione dei servizi sanitari e quelle innovazioni organizzative e professionali che sono necessarie per sostenere l'evoluzione demografica, sociale, culturale e sanitaria, dei bisogni in evoluzione delle persone e delle famiglie.

In campo sociale e socio-sanitario l'innovazione riguarda l'organizzazione dei servizi che deve essere volta ad assicurare un ruolo centrale alla persona ed alla sua famiglia nella definizione dei progetti di sostegno rispondendo a bisogni complessi e multidimensionali, il conseguente sviluppo delle professionalità e la collaborazione tra professionalità diverse (con specifiche iniziative di formazione), la qualificazione del sistema dell'accesso (con sistemi informativi integrati), ma anche la costruzione del sistema di rapporti con i fornitori di servizi basato sull'accreditamento.

c. Le reti integrate di servizi

Il modello organizzativo promosso dal Piano sociale e sanitario regionale è costituito da reti integrate di servizi: tra servizi ospedalieri, tra servizi ospedalieri e servizi sanitari del territorio, tra servizi sociali e servizi socio-sanitari e sanitari. L'ambito distrettuale diventa la sede elettiva della integrazione tra medici di famiglia (con i Nuclei delle cure primarie), servizi sanitari e sociali territoriali e di questi con i servizi ospedalieri e gli altri dipartimenti territoriali; progettazione ed utilizzo del Fondo per la non autosufficienza tra Enti Locali e Azienda USL; tra Aziende pubbliche di servizi alla persona (ASP), soggetti privati profit e no profit, Enti Locali e Azienda USL nell'erogazione di servizi sociali e socio-sanitari residenziali e domiciliari, mantenendo attivi i rapporti con il volontariato e l'associazionismo locale.

d. La comunicazione e la partecipazione

Per orientare i cittadini e le cittadine all'accesso dei servizi e per rendere effettiva la loro possibilità di determinare in modo attivo i percorsi di sostegno che li riguardano, il PSSR prevede l'integrazione, a livello locale, tra i punti informativi e di accesso ai servizi, con una particolare attenzione alle fasce "più deboli" (anziani, immigrati, persone con "disagio" economico e sociale) attraverso la creazione di sinergie tra Enti Locali e AUSL e la messa in rete degli Sportelli sociali, degli Sportelli unici distrettuali, degli Uffici relazioni con il pubblico e con il "progetto" di Sistema informativo integrato socio sanitario.

Più in generale, oltre a facilitare l'uso appropriato dei servizi e la collaborazione nei programmi di gestione dei rischi sanitari, la strategia proposta è centrata sullo sviluppo di un sistema di comunicazione locale per rafforzare la capacità delle persone di effettuare scelte consapevoli rispetto alla salute e di orientare i propri comportamenti (ad esempio nelle scelte alimentari, nelle vaccinazioni, negli screening, nella gestione di emergenze); utilizzare il parere delle persone nella valutazione dei servizi per garantire adeguati processi di miglioramento. La costruzione di una partnership tra cittadini, cittadine e servizi è una delle leve fondamentali per migliorare la salute e la qualità della vita e per offrire un'assistenza sanitaria e sociale di tipo universalistico, fedele ai principi d'equità, accessibilità ed efficacia.

Tenere in considerazione le sfide del PSSR significa prepararsi a coltivare, nelle nostre organizzazioni, che costituiscono la struttura portante del sistema di welfare in Emilia Romagna, lo sviluppo della cultura dell'orizzontalità, della cooperazione, del lavoro in rete e delle competenze per agirla.

Ad esempio, attraverso :

« Exposition à des contextes variés pour des compréhensions diversifiées. Obtention d'un coffre d'outils éclectiques pour composer avec plusieurs perspectives"⁵

5 Essere esposti a contesti variati per comprensioni diversificate. Ottenere una cassetta degli attrezzi eclettica, per trovare armonia con molteplici prospettive"Blair Sheppard, Dean of Duke University's Fuqua School of Business, McKinsey Quarterly, January 2010

Gli obiettivi

Obiettivo generale di questo progetto è identificare i valori e gli elementi costitutivi di una strategia per lo sviluppo delle competenze per il governo dell'assistenza, proiettata nel futuro del sistema dei servizi sanitari e sociali dell'Emilia Romagna.

Ci si propone anche di rispondere ai conseguenti più specifici quesiti: quali attori/ruoli chiave per l'innovazione nel management, quali popolazioni target, quali contenuti, quali metodologie di apprendimento e di sostegno, quali strumenti, quali modalità di valutazione.

La realizzazione avviene attraverso un ampio coinvolgimento dei gruppi dirigenti di tutte le Aziende sanitarie della regione (AUSL, Ospedaliere, Ospedaliero-universitarie, IRCCS), degli Uffici di Piano e degli Uffici Tecnici di supporto alle Conferenze Territoriali Sociali e sanitarie, che si caratterizza come formazione/azione, cioè come un programma di apprendimento finalizzato, nel contempo, a formulare proposte di strategia e a sperimentarle nella pratica (in una sorta di "Incubatore" regionale)

"Gli incubatori differiscono dai centri di ricerca e di tecnologia per il loro essere dedicati alle aziende all'inizio della loro attività. L'incubatore aziendale è un programma progettato per accelerare lo sviluppo di imprese attraverso una serie di risorse di sostegno ... sviluppate e orchestrate ... attraverso la sua rete di contatti.
http://it.wikipedia.org/wiki/Incubatore_azendale"

I partecipanti

“... Le aziende di successo spesso hanno cercato di sostenere la creatività rendendo il lavoro del personale più interessante, permettendo loro di partecipare a progetti non direttamente collegati al loro lavoro usuale”⁶

Alla prima fase del percorso hanno partecipato:

- dirigenti responsabili delle diverse aree delle direzioni sanitarie e amministrative;
- responsabili o componenti delle direzioni gestionali (distretti, presidi ospedalieri, dipartimenti);
- responsabili o componenti degli Uffici di Piano e degli Uffici di supporto alle Conferenze territoriali Sociali e Sanitarie;
- professionisti delle aree della Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale e dei servizi della Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali.

I partecipanti provenienti dalle Aziende sanitarie sono stati individuati da ogni Direzione (da tre a cinque professionisti) in maniera da garantire a livello di ciascuna Area Vasta una composizione multiprofessionale e rappresentativa dei diversi settori della gestione aziendale.

I componenti degli Uffici di Piano e degli Uffici di supporto alle Conferenze hanno aderito volontariamente, sulla base di un invito a partecipare da parte della Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale.

I partecipanti alla prima fase del progetto sono elencati nell'allegato 1.

In particolare, si evidenzia che nella composizione finale del gruppo è risultata prevalente la presenza di componenti degli staff aziendali e delle direzioni di macroarticolazione, mentre non sono risultati molto rappresentati né i dipartimenti ospedalieri, né i profili clinici.

Si riporta, a questo proposito, un estratto di **Del Vecchio M**⁷ per una riflessione comune: «Se si considera che fino ai primi anni novanta le uniche unità con funzioni dichiarate tendenzialmente analoghe agli attuali organi di staff erano i servizi affari generali e legali, e lo stato della attuale diffusione e varietà, è difficile sfuggire all'impressione che le motivazioni dell'adozione della soluzione staff vadano più ricercate nelle caratteristiche del rapporto che lega questi organi alla direzione generale, cui normalmente riportano, che alle aree di contenuto o ai problemi cui possono dare risposta in maniera più efficiente rispetto ad altre soluzioni organizzative».

I partecipanti al percorso 2010 di Coltivare l'Innovazione si integrano con i partecipanti alla fase sperimentale 2009 “Santé 2015”, nella quale sono stati coinvolti operatori di diverse UU.OO. della Azienda USL di Ravenna e dell'Area Vasta Romagna.

Il quadro di sintesi del gruppo che proseguirà i lavori (percorso “moltiplicatori”) viene rappresentato nella tabella seguente.

⁶ Hauschild S, Licht T, Stein W Creating a Knowledge culture, The McKinsey Quarterly 2001, n. 1, 81

⁷ AGENAS – FIASO, Formazione Manageriale in Sanità Competenze e fabbisogni per lo sviluppo professionale del management SSN, Roma, 2010, p. 299

Tabella 1. La task force dei moltiplicatori, uscita dalla prima fase di COLTIN e dalla fase pilota (Santé 2015).

Strutture organizzative	Territori/ Aree Vaste:						Uni ver sità.	Re gio ne	TOT.
	Emilia Nord		Emilia Centro		Romagna				
	Az. San	EE. LL.	Az. San	EE. LL.	Az. San	EE. LL.			
Servizi Staff delle Direzioni Aziendali (governo clinico, qualità, ricerca, formazione, comunicazione)	3		7		6				16
Direzione Sanitaria					1				1
Direzione Amministrativa.	1								1
Dir. Attività Socio-Sanitarie	2		1		1				4
Direzione Distretto	3		1		3				7
Dir. Medica. Presidio	4		2		5				11
Dir. Infermieristica. Tecnica	2		2		3				7
ICT	1				1				2
Tecn. Biomedicine	1								1
Prevenzione e Protezione			1						1
Servizio Farmaceutico					1				1
Sviluppo Risorse Umane			3						3
Bilancio e finanze					1				1
Dip. Cure Primarie	1								1
Dip. Salute Mentale e DP			1		1				2
Dip. Sanità Pubblica	1				1				2
Dip. Ospedaliero			1		2				3
Ufficio di Supporto CTSS		1							1
Ufficio di Piano		1		1		1			3
Centro Salute internazionale- Unibo							4		4
Agenzia Sanitaria e Sociale regionale								3	3
TOTALE	19	2	19	1	26	1	4	3	75

Strumenti utilizzati

"La tecnologia è qualche cosa inventata dopo la vostra nascita" Alan Kay

Si presenta una breve sintesi degli strumenti utilizzati.

PIATTAFORMA MOODLE

La piattaforma Moodle è una normale piattaforma per e-learning, disponibile gratuitamente, che permette di inserire : documenti, immagini, video, link a siti internet, wiki interattivi, test di valutazione, forum di discussione, prove di sbarramento intermedie.

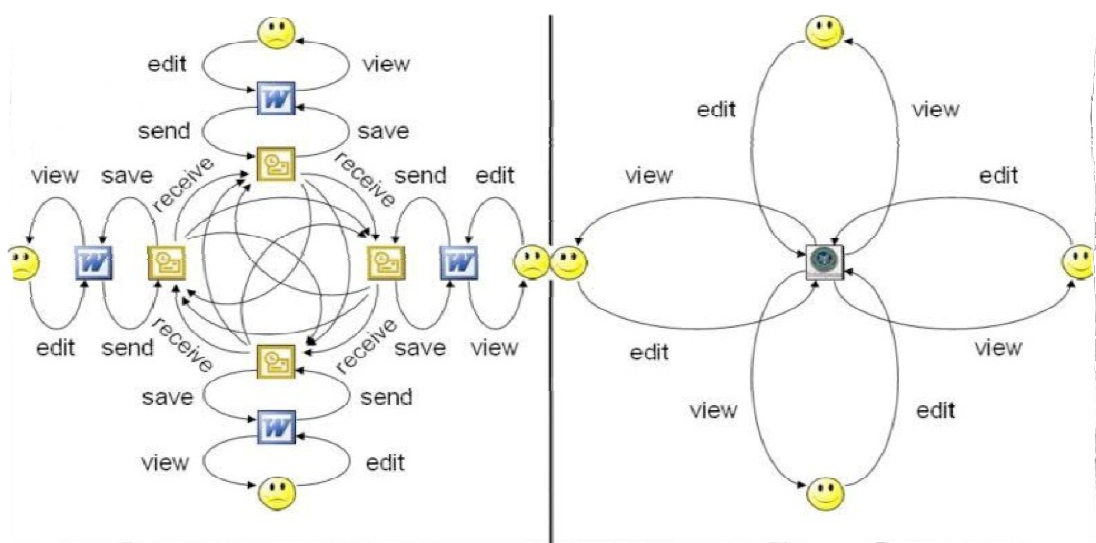
E' flessibile e permette di poter operare con un numero elevato di partecipanti creando gruppi aperti (tutti vedono tutto) o gruppi chiusi (ogni gruppo opera in uno spazio privato visibile solo a docenti, assistenti ed amministratore/direttore del corso).

WIKI

Un wiki è un sistema di gestione dei contenuti di siti web che rende le pagine web liberamente e ugualmente modificabili da tutti i visitatori autorizzati. Si utilizzano i wikis per facilitare la scrittura collaborativa dei documenti con un minimo di regole. Per approfondimenti consultare [Wikipedia](#).

Nel corso è stato utilizzato principalmente per la redazione delle sintesi della discussione nei forum

Fig. 1. Il passaggio da lavoro in gruppo tradizionale su un documento comune a lavoro in gruppo utilizzando il WIKI (Fonte: Barondeau R, 2010).



AGGREGATORI DI FLUSSO

Di norma la ricerca di documenti o siti di interesse richiede tempo e l'elenco dei siti/informazioni interessanti deve essere continuamente aggiornato. Oggi è possibile indirizzare a sé tramite qualunque Pc o smartphone o iPad le informazioni permettendo la revisione sistematica delle novità. Un esempio di aggregatore di flusso utilizzato nel percorso è Netvibes. Per avere più informazioni, accedere a Wikipedia, al link <http://fr.wikipedia.org/wiki/Netvibes>. Nel corso è stato utilizzato come esempio di strumento per la veglia strategica.

FORUM

Spazio di discussione su temi preordinati, per integrare, scambiare conoscenze, approfondire documenti o suggestioni, rispondere a quesiti, analizzare casi. Nel corso sono stati organizzati cinque forum tematici (uno per sessione di lavoro).

SOCIAL BOOKMARKING

Si tratta di uno strumento di condivisione della bibliografia che permette di condividere i commenti ai testi. Un esempio utilizzato nel corso è DIIGO. Per avere più informazioni visitare il sito: <http://www.diigo.com>. Nel corso è stato utilizzato come esempio di strumento per la veglia strategica.

TWITTER

Twitter è un servizio gratuito di [social network](#) e [microblogging](#) che fornisce agli utenti una pagina personale aggiornabile tramite messaggi di testo con una lunghezza massima di 140 caratteri. Gli aggiornamenti sono mostrati istantaneamente nella pagina di profilo dell'utente e comunicati agli utenti che si sono registrati per riceverli. In aula è stato utilizzato per registrare i concetti significativi emerse nelle discussioni utili alla costruzione delle mappe mentali.

MAPPE MENTALI

Una mappa mentale è una forma di rappresentazione grafica del pensiero teorizzata dal cognitivista inglese Tony Buzan, a partire da alcune riflessioni sulle tecniche per prendere appunti. In aula sono state utilizzate per condensare i contenuti della discussione in una struttura radiale partendo dal tema portante di ogni sessione. Negli allegati sono presentate le mappe mentali realizzate nel corso.

Il metodo pedagogico

LA CONCEZIONE DINAMICA DELLA PSICOLOGIA

All'inizio del novecento Clèparède⁽⁸⁾ elabora una concezione dinamica della psicologia e afferma: "ogni fenomeno mentale costituisce un comportamento e ogni comportamento ha per funzione di adattare l'organismo ad una data situazione". Il punto di vista funzionale è quello del ruolo assunto da ogni processo nella vita dell'individuo. Sotto questo aspetto, i fenomeni sono considerati in rapporto all'insieme dell'organismo, al loro significato per esso, al loro valore per il suo adattamento all'ambiente, e la legge fondamentale che collega il sistema all'ambiente è la "legge dell'interesse", l'interesse della persona che la muove verso l'equilibrio dell'intero sistema.

Sulla base delle considerazioni iniziali, Clèparède ha formulato un decalogo delle leggi di comportamento valide anche nei confronti della formazione per adulti, di cui si riportano quelle a cui è stato fatto riferimento:

1. **la legge del bisogno: ogni bisogno tende a provocare le reazioni atte a soddisfarlo.** Equivale a dire che l'interesse verso un argomento, materia, professione, produce il comportamento teso alla soddisfazione. Nel campo della formazione avanzata per adulti, l'apprendimento deve essere promosso per aree di interesse e, qualora questo non sussista a priori, si devono creare le condizioni per favorirlo, quindi, motivare le persone all'apprendimento.
2. **La legge dell'estensione della vita mentale:** la vita mentale ha come obiettivo di sopperire ai deficit di adattamento dell'organismo promuovendo comportamenti di reazione. La legge che ne deriva è la seguente: **lo sviluppo della vita mentale è proporzionato alla differenza che esiste fra i bisogni e i mezzi atti a soddisfarli.** Un ambiente privo di stimoli, non produce creatività, pensiero produttivo. In ambito formativo si traspone come: l'apprendimento che non richieda una certa dose di sforzo e impegno non promuove il ragionamento, l'utilizzo delle conoscenze, il pensiero produttivo. La strategia educativa che soddisfa questa legge è l'analisi del caso.
3. **La legge della presa di coscienza: più un atto si automatizza, più diviene inconscio. L'individuo prende coscienza di un processo, di una relazione o di un oggetto tanto più velocemente quanto più prolungato è stato il processo o la relazione o il contatto con l'oggetto.** Quando si progetta e si attua un corso di formazione che deve produrre un cambiamento duraturo nel comportamento, deve essere presente un momento progressivo di esercizio/addestramento, devono essere sempre ricollegati i concetti all'esperienza, alla realtà in modo che non vi siano aspetti che rimangono in superficie e l'apprendimento sia interiorizzato fino a diventare "comportamento".
4. **La legge di anticipazione: ogni bisogno che per sua natura rischia di non essere soddisfatto immediatamente e la cui soddisfazione esige l'intervento dell'attività mentale, si manifesta precocemente.** Questa legge ha una maggiore

8 - Édouard Clèparède, psicologo e pedagogo, nel 1912 fonda la Scuola di Scienze dell'Educazione a Ginevra. Studia psicologia e pedagogia sperimentali ed è un sostenitore dell'educazione funzionale, su cui pubblica un libro nel 1931. Riferimenti e citazioni da "*L'education fonctionnelle*", P.U.F., Parigi, 1956

portata per il bambino, ma nella vita professionale trova la sua conferma, ad esempio, nelle richieste sovradimensionate rispetto alle possibilità, nelle aspettative esasperate. Nella formazione si deve evitare l'anticipazione di ciò che sarà irrealizzabile o inapplicabile alla vita quotidiana di lavoro.

5. La **legge dell'interesse: ogni comportamento è dettato da un interesse ed è questo interesse che dà valore ad una azione.** E' la legge che completa la prima. Se quella del bisogno si può rivolgere sia a fenomeni di tipo biologico che psichico, quella dell'interesse orienta solo l'aspetto psicologico.
6. La **legge di interesse momentaneo: in ogni momento un organismo agisce secondo la linea dell'interesse momentaneo.** Questa legge, rivolta alla popolazione lavorativa, esprime la necessità di non lasciar intercorrere troppo tempo tra il momento in cui viene sollecitato un momento formativo e la sua attuazione, per non correre il rischio di non avere più un gruppo mosso da interesse. All'interno del momento formativo, può fornire indicazioni su aspetti da raccogliere o non in tempi brevi.
7. La **legge della riproduzione al simile: ogni persona tende a riproporre comportamenti di reazione che gli sono stati favorevoli nella soddisfazione di bisogni.** Quando l'adulto si presenta in situazione di apprendimento, ripropone i comportamenti appresi nel passato e, se sono stati prodotti risultati positivi, l'atteggiamento di fiducia verso il formatore e i contenuti ha maggior possibilità di produrre i cambiamenti attesi.
8. La **legge del brancolamento: quando la situazione è così nuova che non richiama alcuna associazione di similitudine o quando la ripetizione del simile è inefficace, il bisogno mette in moto reazioni di ricerca, tentativi.** Il significato di questa legge deve essere una guida per il formatore: non partire mai da nozioni, concetti, argomenti lontani dalle conoscenze, dall'esperienza dei discenti, per evitare lo smarrimento che deriva dal non riconoscersi nell'ambiente e nel ruolo di colui che apprende.

METODO DEI PROGETTI

John Dewey ha introdotto l'insegnamento attraverso l'utilizzo di attività pratiche proponendo il **metodo dei progetti** che si articola in cinque fasi:
 esperienza --> problema --> analisi --> ipotesi --> sperimentazione --> apprendimento.

La **prima** fase del metodo dei progetti è quella dell'esperienza reale, dell'apprendimento stimolato attraverso il processo di osservazione delle attività quotidiane.

La **seconda** fase è costituita dall'incontro con una difficoltà, con un problema che impedisce di proseguire nell'attività intrapresa. E' necessario, allora, delineare le difficoltà incontrate in modo da poter ristabilire la continuità dell'esperienza.

La **terza** consiste nell'analisi dei dati che sono a disposizione e che possono produrre una soluzione.

La **quarta** è delineata dalla costruzione di una ipotesi che permetta di stabilire nuovamente la continuità interrotta dell'esperienza.

La **quinta** è rappresentata dalla sperimentazione dell'ipotesi nella realtà attraverso l'esperienza pratica.

LA METODOLOGIA DI APPRENDIMENTO ATTIVO

La Metodologia di apprendimento attivo orientata agli adulti ha la caratteristica di favorire l'acquisizione di conoscenze, abilità e atteggiamenti, considerando l'esperienza personale della persona come risorsa. Tale metodo fornisce criteri di analisi e ristrutturazione dell'esperienza attraverso modelli e schemi cognitivi in grado di produrre nuovi comportamenti.

I metodi attivi puntano sul mantenimento e lo sviluppo di schemi e modelli che la persona deve sapere utilizzare in uno stato di autonomia ed indipendenza. In un percorso di apprendimento la persona attraversa 4 fasi, quindi, sperimenta le 4 attitudini all'apprendimento.

FASI	Attitudini stimolate nel percorso formativo
Esperienza concreta	Concretezza
Osservazioni e riflessioni relative all'esperienza	Riflessione
Formulazione di concetti astratti	Astrazione
Verifica	Azione

MODELLI DI APPRENDIMENTO

"In particolari situazioni critiche è possibile che una attitudine risulti essere più valida delle altre ad affrontare i problemi. Inoltre, in ogni persona si riscontrano attitudini più sviluppate di altre".

Sulla base di queste considerazioni Kolb⁹ ha elaborato 4 modelli dominanti di stili di apprendimento utili al formatore, che in ambito organizzativo, deve intervenire con processi di formazione idonei agli stili di apprendimento delle persone.¹⁰

Il modello analizza tre differenti piani e individua i collegamenti esistenti nell'ambito di un processo di apprendimento a seguito di un intervento formativo.

I concetti fondamentali su cui si basa sono:

- il recupero dell'esperienza dell'individuo nell'ambito del proprio lavoro,
- il confronto con le attività del processo formativo,
- l'accomodamento tra gli schemi di riferimento provenienti sia dall'esperienza formativa che dall'esperienza di lavoro,
- la formulazione di nuovi significati che si esprimono in condotte di apprendimento e di lavoro (prestazioni).¹¹

INSEGNARE LA COMPrensIONE

⁹ Guy Le Boterf., 1999, *L'ingéniérie des compétence*, ed d'Organization, 2° edizione, Paris; pag. 195

¹⁰ da Associazione Italiana Formatori - Professione Formatore - Franco Angeli Editore, 1980

¹¹ G.P. Quaglino, G.P. Carrozzi *Il processo di formazione* -Franco Angeli Editore, 1987,

Nessuna tecnica di comunicazione apporta di per sé comprensione.

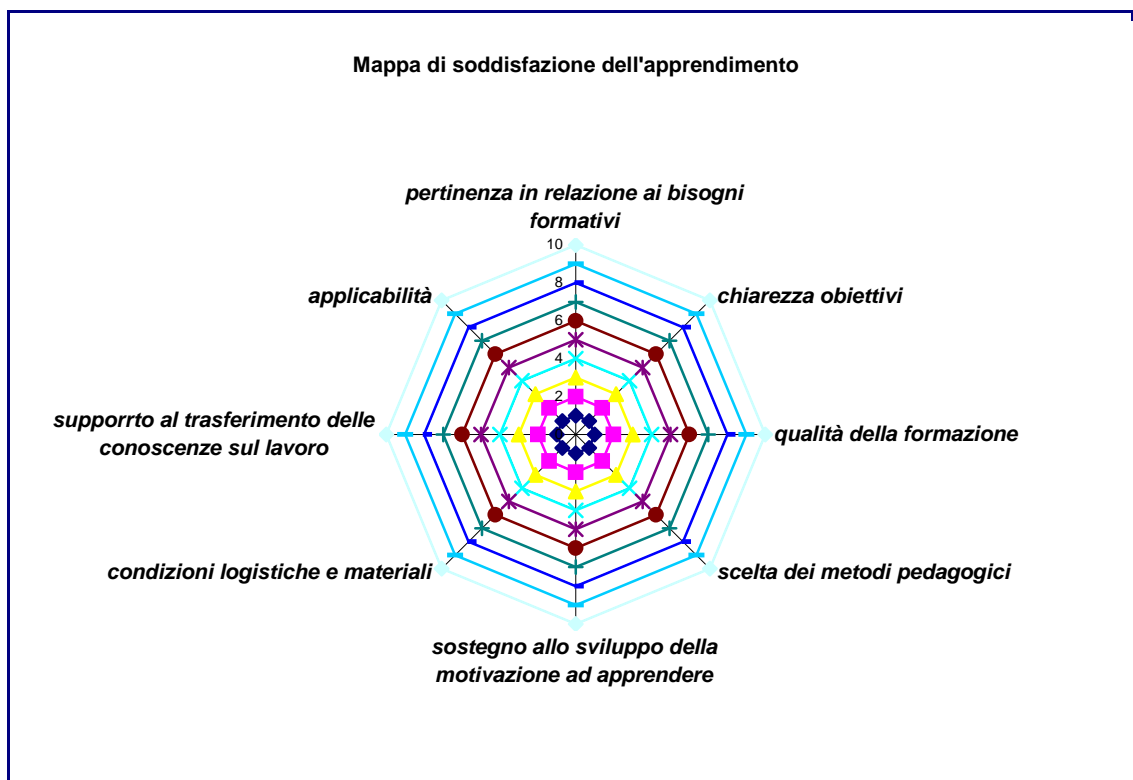
“Ci sono due livelli di comprensione: quello della comprensione intellettuale o oggettiva e quello della comprensione umana, intersoggettiva. La comprensione intellettuale passa attraverso la intelligibilità e la spiegazione. Spiegare è considerare come oggetto ciò che si deve conoscere. La comprensione umana richiede una conoscenza da soggetto a soggetto. Comprendere comporta necessariamente un processo di empatia, di identificazione. La comprensione è al contempo il mezzo e il fine della comunicazione umana” (Edgard Morin, “I sette Saperi necessari all'educazione del futuro”, Raffaello Cortina Editore, P. 98, 2001)

LA MAIEUTICA

La maieutica è stata la tecnica utilizzata durante le sessioni di aula per poter creare connessioni logiche tra le conoscenze possedute, l'esperienza, la riflessione sugli stimoli emergenti da letture e forum/wiki e creare, quindi, la consapevolezza, nelle persone, della ricchezza della loro esperienza.

SODDISFAZIONE DELL'APPRENDIMENTO

In sintesi ci si è basati sulla mappa dei criteri di soddisfazione dell'apprendimento scelti per guidare tutto il percorso.



I contenuti: documentazione e quesiti di sessione

L'organizzazione del corso prevedeva una prima fase di lettura di documenti accessibili sul sito messo a disposizione dell'Università del Quebec a Montréal.

- Le **risorse documentali** sono state scelte in un portfolio di 200 documenti provenienti da: OCSE, Governo italiano, Regione Emilia-Romagna, Organizzazioni Internazionali, WHO, Governo canadese, Harvard Business School, Fondazione McKinsey, IBM-Government, Economist Intelligence Unit, e riviste varie.

I criteri di scelta sono stati i seguenti: attinenza ai temi da approfondire, varietà di punti di vista, interdisciplinarietà degli autori, novità temporale, possibilità di stimolare la discussione e di suscitare riflessioni.

Nel percorso formativo attuato, i documenti avevano lo scopo di suscitare riflessioni da confrontare e condividere per poter giungere ad una conclusione comune, se possibile, da portare alla discussione nella fase in aula. I siti segnalati e frequentati sono stati elemento di ulteriore approfondimento e di apprendimento.

I documenti erano suddivisi in **due sezioni**:

- una generale sugli **scenari**, che aveva la funzione di creare uno sfondo comune per preparare gli approfondimenti di singola sessione;
- una seconda di approfondimento composta da **cinque sessioni tematiche**, aventi come temi portanti:

1. l'innovazione nel management;
2. l'innovazione nei sistemi di welfare;
3. gli ospedali del futuro;
4. l'innovazione nella qualità e nei risultati;
5. il punto di vista dell'utilizzatore (chiamata "Zia Angelina").

- **I temi delle sessioni** sono stati proposti attraverso quesiti ai quali dare risposta durante la discussione nei forum, utilizzando la propria esperienza, la propria cultura e le letture fornite.

I quesiti erano:

Sessione 1

- 1) Quali rinnovamenti sono necessari nel management dei servizi sanitari e sociali ?
- 2) Quali leve organizzative o tecnologiche potranno indurre o supportare questi cambiamenti?

Sessione 2

- 1) Quali sono le innovazioni che si possono introdurre nei sistemi organizzativi territoriali?
- 2) Quali elementi della cultura organizzativa e dei comportamenti ne supportano il successo?

Sessione 3

- 1) Come saranno gli ospedali del futuro ? Quali elementi devono cambiare quali sono le pratiche di successo ?
- 2) Cosa possiamo imparare dall'esperienza altrui?

Sessione 4

- 1) Risultati dei sistemi sanitari e sociale e diseguaglianze: a che punto siamo con la valutazione della qualità?

Sessione 5

- 1) Quali evoluzioni avrà il rapporto con il cittadino/utente nei prossimi anni ?
- 2) Zia Angelina dice "Cosa mi debbo aspettare dal sistema dei servizi sociali e sanitari della mia Regione?"

- **La discussione in aula.** Dopo la prima parte di elaborazione, si è chiesto ai singoli gruppi di produrre una sintesi all'interno della piattaforma, che è stata depositata in attesa della discussione in aula.

In occasione di tale discussione si è provveduto a formulare ulteriori quesiti per animare la discussione. I quesiti di ciascuna sessione di discussione in aula sono presentati di seguito:

Sessione 1

- 1) Come si applica nella pratica l'integrazione nelle organizzazioni semplici, complicate e complesse?
- 2) Come si mette a frutto il Web 2.0 nel rapporto col paziente tra i professionisti?
- 3) Quale ruolo gioca la mobilità del personale nelle organizzazioni complesse?

Sessione 2

- 1) Perché abbiamo bisogno di parlare di disuguaglianze e disparità?
- 2) Quale ruolo riveste il benchmarking nel ridurre?
- 3) Per innovare nel territorio, cosa si deve modificare?

Sessione 3

- 1) Per l'ospedale del futuro cosa si deve innovare?
- 2) Nel pubblico, l'innovazione deve obbligatoriamente produrre un risultato win-win? E chi rappresenta i due contraenti?
- 3) Quale rapporto c'è tra partecipazione e rendicontazione?

Sessione 4

- 1) La qualità ha bisogno di innovazione ?
- 2) Quale ruolo ha il capitale sociale nell'innovazione?

Sessione 5

- 1) Come passare dall'osservatorio all'incubatore del Capitale Sociale?
- 2) Come realizzare la pratica della multidisciplinarietà? (o della interprofessionalità?)

Il percorso realizzato nella prima fase (gennaio-luglio 2010)

CONSUNTIVO ATTIVITA' PRIMA FASE (2010)	ge fe	ma ap	ma gi	lu ag	se ot	no di	NOTE
Start-up con Comitato di indirizzo							22 gennaio
Preparazione wiki progettazione didattica, formazione tutors							Vodeoconferenze con docenti UQAM per verifica progettazione e revisione in progress: 18 febbraio/22 marzo/ 11 maggio/19 giugno
Selezione aziendale dei partecipanti (per aree vaste)							Nel mese di febbraio
Apertura del corso (1 giornata)							Entro 15 marzo (1/2 giornata accoglienza in area vasta + ½ giornata (22 marzo) in plenaria
Percorso e-learning (2 aule virtuali)							Percorso tutorato (dal 16 marzo al 15 giugno)
Giornate in presenza e conclusione del corso (2 giornate + 1 per ciascuna aula)							Tra il 24 giugno e il 5 luglio. Ha partecipato anche il Comitato di indirizzo
Debriefing col Comitato di Indirizzo e i docenti							7 luglio

I RISULTATI ANALITICI

L'intero percorso ha prodotto varie tipologie di risultati:

1. **quattro mappe mentali**, suddivise per area tematica (management, welfare di comunità, ospedali, qualità), frutto del lavoro in aula. In ciascuna mappa sono contenuti i nodi fondamentali per l'innovazione nel prossimo triennio e le principali leve individuate per il cambiamento;
2. lista delle **azioni prioritarie proposte** per l'innovazione del sistema sociale e sanitario nel prossimo triennio ed elenco di **azioni scelte** nella consensus conference.
3. **quadro di riferimento per l'interpretazione** delle mappe, preparato per il Comitato di indirizzo, articolato secondo tre categorie: Policies e Commitment, Strumenti e Skills, Forme organizzative.

QUADRO DI RIFERIMENTO PER L'ANALISI DELLE MAPPE

Area della policy/committenza

Policy	Ambito	Terreno d'innovazione (fonte: mappe mentali)
Accountability - Trasparenza	Rendicontazione fruibile ed orientate a diversi destinatari con focus sulla cultura della qualità	1. Cultura della trasparenza – Coerenza tra obiettivi / strategie / risultati dichiarati e agiti. Creare attenzione al conflitto di interessi. Rendersi comprensibili ai diversi interlocutori. Coerenza tra modalità di organizzazione e modalità di finanziamento (esempio, non per fattore produttivo, ma per programma) a sostegno delle innovazioni.
		2. Vision – Supportare la fiducia: esiste fiducia senza trasparenza?
		3. Cultura della qualità – Nell'ambito di un bene incerto, quale è la salute, e strettamente legato all'esperienza di malattia e di benessere della singola persona, la qualità non può essere intesa solo come conformità a requisiti di struttura, di processo e di output o come la valutazione di un questionario sulla qualità percepita. La qualità va intesa come esperienza del paziente e come beneficio a lungo termine e, pertanto, come costruzione partecipata professionista – paziente – cittadino. Tra le dimensioni da tenere in considerazione vi sono quelle proposte da Donabedian.
		4. Fare riferimento più che alle parole "rendicontazione e valutazione" a quelle anglosassoni di <i>accountability e assessment</i>
L'esperienza come apprendimento continuo / posizionamento strategico	Benchmarking esterno e sistematico	1. Esterno: nel senso sia di altri sistemi sociali e sanitari sia di altri sistemi produttivi a livello nazionale e internazionale 2. Finalità – Migliorare la consapevolezza circa il proprio posizionamento e la conoscenza su ciò che funziona e ciò che non funziona (ovvero migliorare la autovalutazione), cogliere la discrepanza tra dichiarato e agito, e tra struttura e cultura, confrontarsi per ridurre le resistenze al cambiamento e per operare una revisione continua delle proprie strategie, della propria organizzazione e dei propri comportamenti professionali.
	Veglia per trasformare le informazioni in raccomandazioni	1. Gruppi per lo sviluppo del benchmarking per verificare le migliori pratiche organizzative, i risultati ottenuti, gli indicatori culturali della qualità, i programmi per target di popolazione (programmi – clientela), l'impatto delle tecnologie sul cambiamento dei comportamenti clinici organizzativi
	Sviluppo della cultura dell'innovazione – pluralismo culturale	Rinuncia al minimalismo intellettuale
Cooperazione con l'Università		1. Ruolo attivo di ASL e AO nella formazione di base e specialistica
		2. Superare la dicotomia Università / Azienda sanitaria come luoghi di formazione (esempio, Aziende sanitarie sede di stage per la tesi)

continua

Policy	Ambito	Terreno d'innovazione (fonte: mappe mentali)
Valorizzazione del capitale sociale	Il Sistema socio-sanitario come strumento / motore	1. Filtro SSSR – Definizione del filtro col cittadino attraverso la individuazione di spazi, tempi e modi, per la relazione (“Noi offriamo prestazioni, ma il cittadino valuta la relazione, oltre che il comportamento professionale”)
		2. Orizzontalità – Partecipazione – Capillarità (problema di chi rappresenta chi)
		3. Cultura SSSR – Adeguata alla vulnerabilità, anche sociale (<i>Putnam R.</i>), ed alla mobilità delle persone
		4. Ascolto del cittadino – L’ascolto deve essere attivo, ovvero includere la disponibilità al cambiamento. L’ascolto deve tenere conto delle differenti aspettative, dei differenti comportamenti del cittadino sano e di quello sofferente. Tale ascolto dovrebbe essere orientato alla riduzione dell’asimmetria informativa, alla comprensione reciproca, alla educazione, alla valutazione i comportamenti e pratiche, alla definizione del significato di salute e del contributo fornito dai servizi, alle scelte riguardanti il sistema (e. definizione degli obiettivi e valutazione dei risultati) ed il proprio percorso di cura. Con riferimento a quest’ultimo, compito del professionista è facilitare la comprensione necessaria per le scelte (es. trasparenza sui rischi, sulle probabilità di ottenere i risultati previsti) e aumentare la partecipazione alle scelte (intesa anche come opportunità di rifiuto). Un’avvertenza generale è quella di definire a monte gli ambiti di scelta del cittadino / paziente, affinché non vengano attribuite ad esso scelte che non gli competono (es., livello di appropriatezza clinico-organizzativa)
		5. Cittadino – Evitare meccanismi di autoselezione di chi parla più forte, ascoltare le diverse Zie Angeline
		6. Azioni – Progettare lo spazio (non solo fisico), tenendo in considerazione gli attributi relativi alla sicurezza, alla esplorabilità, al controllo ed al senso.
		7. Riduzione delle diseguaglianze (es., nell’accesso e nei trattamenti) e rimuovere le barriere invisibili
Pratica della reciprocità	Potenziare L’ETICA DEL NOI	1. Ascolto – Ascoltare capillarmente il/i professionista/i e utente/i e cittadino/comunità e chi non ha voce
		2. Vision – Fiducia a due livelli: micro (individuale) e macro (collettività). I professionisti, mettendoci “la faccia”, sono la leva di tale fiducia; essa si fonda sulla relazione personale. Sviluppare l’inter-professionalità e la multi-disciplinarietà
		3. Etica dei doveri della persona e della collettività
Sostenibilità	Governo dei LEA	1. LEA Regionali Sociali e Sanitari
		2. Governo della spesa <i>out of pocket</i>
		3. Tra gli <i>outcome</i> privilegiare l’equità
		4. Ottica della <i>primary health care</i> e focus sulla prevenzione e promozione della salute
		5. La qualità deve essere rendicontata nelle sue dimensioni di accettabilità individuale e comunitaria

Area degli Strumenti e delle Skills

Ambito	Terreni di innovazione (fonte: mappe mentali)
Benchmarking (metodi e strumenti)	1. Apprendere metodologie di confronto e valutazione per la costruzione e la manutenzione di banche dati, comprensibile anche dal cittadino, ove ogni professionista, ogni UO, ogni dipartimento pubblichino gli <i>outcome</i> e verifichino il proprio posizionamento verso l'esterno e possano ritrovare le migliori performance con le quali confrontarsi
	2. Creare un'insieme di report leggibili e di momenti di confronto attivo per la discussione dei risultati e per individuare le direttrici di miglioramento da sperimentare e verificare.
	3. Apprendere ed utilizzare metodologie qualitative e quantitative. Comunicare gli standard di riferimento ai cittadini e condividere le valutazioni periodicamente effettuate (valutazione partecipata)
	4. Ambiti prioritari: organizzazione, percorsi, modalità di rendicontazione, comunicazione, strumenti di ascolto, valutazione delle sei dimensioni della qualità di Donabedian
Capacità / strumenti / metodi per lo sviluppo della architettura e del funzionamento di cellule di veglia per trasformare le informazioni in raccomandazioni utili per la decisione	1. Web 2.0 intra ed extra- aziendale per la gestione delle relazioni con i professionisti (es., comunità di pratica) e con la comunità. Web 2.0 – mappe – aggregatori di flusso
	2. Sviluppo della cultura dell'esplorazione per non cadere nell'invenzione e rimanere nel campo dell'innovazione (un modo diverso di fare applicato e realizzato nella pratica)
Capacità di costruire indicatori per il monitoraggio del capitale sociale	1. Indicatori di vulnerabilità e di coesione sociale (es. ricchezza delle reti sociali)
	2. Individuare i nuovi indicatori di capitale sociale nella cultura e nella struttura della comunità regionale
Camminare lungo i confini	1. Competenze comunicative di chi lavora nei <i>front office</i> e capacità di saper accogliere le differenze; particolare attenzione va posta alla selezione di chi lavorerà nei <i>front office</i>
	2. Ricerca di linguaggi, metodi e strumenti e di pratiche condivise
	3. Capire gli altri e i diversi ("insegnare la comprensione")
Analisi e sintesi	1. Analisi dei profili di consumo dei servizi (<i>frequent users</i>)
	2. Analisi delle professioni, del loro ruolo e delle loro relazioni
	3. Analisi dei profili di bisogno (anche non espressi)
	4. Analisi dei determinanti culturali e socioeconomici della salute
	5. Capacità di ricerca qualitativa e di ricerca-azione partecipate
Leadership per il cambiamento	1. Combattere e prevenire le cristallizzazioni.
	2. Sviluppare competenze di mediazione con i cittadini, soprattutto in riferimento alla loro percezione del sistema sanitario e sociale.
	3. Sostenere i risultati rilevanti ed orientare i comportamenti, il loro proseguimento.
	4. Riconoscere e far riconoscere i meriti delle persone e delle loro azioni
	5. Motivazione che dura nel tempo
	6. Trovare legami inattesi e oltrepassare le aspettative
	7. Per l'innovazione puntare sugli <i>early users/adapters</i>

continua

Ambito	Terreni di innovazione (fonte: mappe mentali)
Strumenti per la pedagogia attiva, la comunicazione e lo sviluppo di agenti moltiplicatori	1. Competenze di comunicazione del rischio.
	2. Strumenti adeguati per l'informazione, l'ascolto e la partecipazione degli enti/cittadini, dei professionisti (il più possibile capillare).
	3. Laboratori di idee tra professionisti diversi.
	4. Catalizzare ed incubare le idee ed applicarle
	5. Rafforzare nei percorsi universitari delle professioni universitarie competenze comunicative, anche nell'ottica di una de-medicalizzazione
	6. Comunicazione – Dare valore all'esperienza e al dettaglio ("Le persone rinvengono al dettaglio, ed insubordinano all'ingrosso")
Strumenti per il governo manageriale	1. Chiarezza obiettivi, valutazione dei risultati e del loro impatto per orientare e per rendere coerente il dichiarato con l'agito.
	2. Sapere reclutare e ritenere i talenti e i giovani.
	3. Praticare la strategia.
	4. Presidiare le leve del sistema: ascolto, accesso, continuità, qualità.
	5. Competenze di Project Management
	6. Sostenere e premiare la competenza clinica e non il ruolo, in quanto essa rappresenta un fattore predittivo di successo; premiare i risultati e non i mezzi (es. l'integrazione è un mezzo)
	7. Competenze di ingegneria gestionale per ridurre la frammentazione e facilitare i processi
	8. Competenze di marketing sociale
	9. Strumenti di partecipazione rivolti a diverse figure (operatori, caregivers, associazioni,...)
	10. Competenze di <i>Risk Management</i>
	11. Competenze comunicative, di relazione e confronto, di lavoro in gruppo interdisciplinare (es. ambito sociale, sanitario e educativo)
	12. Competenze per la valutazione e la rendicontazione
	13. Saper sostenere l'innovazione organizzativa per far funzionare al meglio quella tecnologica
Capacità per lo sviluppo della metastrategia	1. Definire il posizionamento tra tutela della salute e produzione dei servizi
	2. Definizione del ruolo da assegnare alla politica
	3. Quali criteri per le alleanze tra pubblico e privato (es. complementarità)
	4. Cosa fare e cosa far fare – Cosa so fare meglio? Cosa devo fare meglio?

Area delle forme organizzative

Ambito	Terreni di innovazione (fonte: mappe mentali)
Programmi centrati sulla persona	<p>1. "People first" non significa "al primo posto la persona", perché "people" è un sostantivo plurale, che significa gente, comunità indivisibile perché fatta delle relazioni che la compongono</p> <p>2. Sperimentazione di PROGRAMMI CENTRATI SUL DESTINATARIO (sia in ambito ospedaliero, che integrato tra ospedale e territorio) modificando la struttura, gli strumenti di programmazione ed i sistemi premianti.</p>
Organizzazione distribuita (Galbraith)	1. Adozione di strumenti di coniugazione di diverse culture da integrare (due cappelli)
Specializzazione delle reti ospedaliere	<p>1. Reti chirurgiche e mediche inter-ospedaliere</p> <p>2. Aree funzionali omogenee</p> <p>3. <i>Clinical Pathways</i></p>
Facilitazione interfaccia con utenti / riduzione della frammentazione dei processi per target di popolazione	<p>1. Ruolo del <i>front office</i></p> <p>2. Sostenere la cultura delle alternative (es. secondo parere clinico)</p> <p>3. Ruolo del <i>case manager</i></p> <p>4. Negoziatore del Piano individuale di cura nell'ambito del Piano di vita</p>
Mappatura / riduzione delle barriere invisibili	1. Riduzione delle diseguaglianze
Lettura / Funzionamento delle Meta reti territoriali ("la rete delle reti")	<p>1. Individuare legami inattesi</p> <p>2. Ruolo del <i>network manager</i></p>
Cessione da parte dell'ospedale al territorio di posti letto per la <i>long term care</i>	1. Ruolo Ospedali di prossimità e degli ospedali per acuti
Utilizzo di strategie di scopo	1. Riduzione degli spazi di inefficienza (es. sportelli unici o integrati sociali e sanitari)

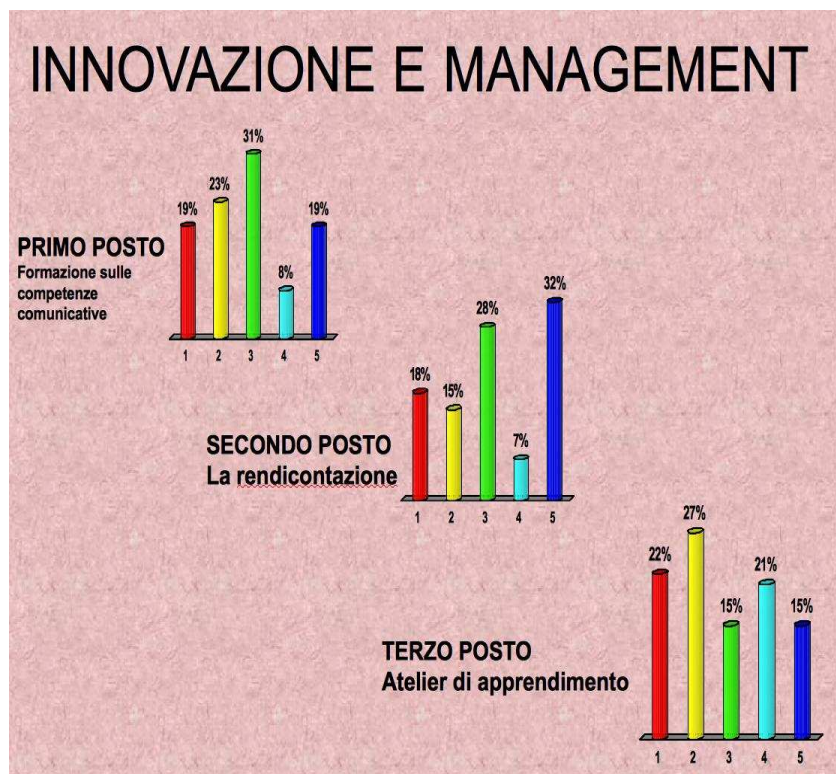
Proposte emerse dalle votazioni

Le proposte sono state sottoposte a valutazione da parte di tutti i presenti nella sessione plenaria del 5 luglio (docenti, partecipanti del corso, rappresentanti delle quattro università della regione, responsabili di uffici di staff, Direttori Generali, Direttori Sanitari).

Innovazioni nel Management

1. Nell'epoca della glocalizzazione, praticare e istituzionalizzare la cultura del benchmarking come una pratica quotidiana, con l'aiuto di strumenti di veglia sia a livello di pratica professionale che di comunicazione conviviale
2. Creare degli atelier regionali di apprendimento delle abilità seguenti: saper "giocare" con il cambiamento, saper pensare strategicamente, saper analizzare e sintetizzare, saper gestire le conoscenze, saper lavorare in team virtuali, per favorire il reclutamento, la selezione e la ritenzione dei professionisti
3. Attivare programmi di formazione dedicati allo sviluppo di competenze comunicative orientate a ridurre l'asimmetria informativa e ad aumentare la comprensione del cittadino/utente
4. Proposta al Comitato di Indirizzo di "Coltivare l'Innovazione" di creare un incubatore regionale per sviluppare le azioni conseguenti alle proposte che otterranno i maggiori voti
5. Progettare la realizzazione di diversi tipi di rendicontazione a seconda del destinatario, come supporto per la creazione di fiducia tra gli attori del sistema.

Queste le prime tre emerse dalla votazione in ordine di priorità:



Innovazioni nel Welfare di comunità

1. Rappresentare con l'ologramma la rete del territorio ed i suoi rapporti esterni (reti di reti) e creare in ogni azienda un laboratorio a partecipazione volontaria sull'arte di apprendere la pratica della multidisciplinarietà
2. Nel corso del prossimo anno, identificare in ogni territorio una competenza professionale che strategicamente possa essere dislocata in un'altra unità di cura della sua rete di riferimento per dare senso concreto al suo modello operativo aperto
3. Mappare localmente (distretto) le barriere persistenti e quelle invisibili per l'accesso ai servizi dei cittadini e renderle pubbliche per condividerle e trovare soluzioni nella comunità
4. Attuare in ogni territorio un centro di sviluppo della leadership dei cittadini competenti, degli amministratori locali e dei soggetti coinvolti nei processi di programmazione locale e vari livelli
5. Realizzare in ogni territorio una cellula di veglia strategica sulle migliori pratiche, sull'innovazione delle tecnologie e sui trend sociali per trasformare le informazioni in raccomandazioni utili per la decisione e per l'azione.

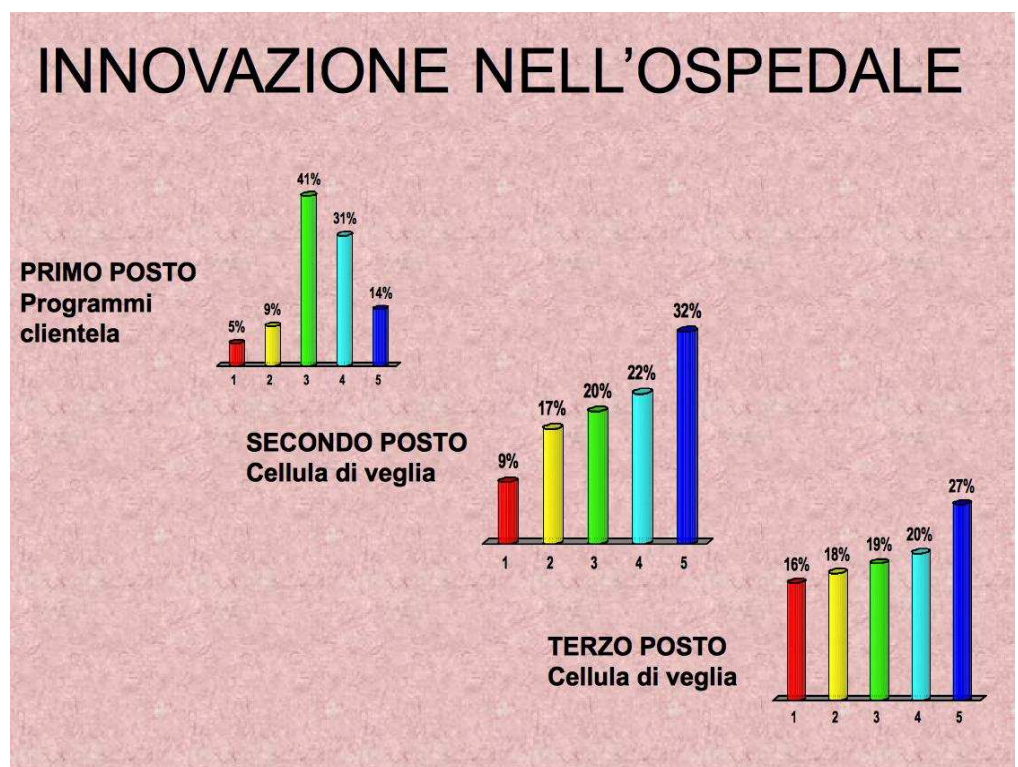
Queste le prime tre emerse dalla votazione in ordine di priorità:



Innovazioni nell'ospedale

1. Rappresentare con l'ologramma una parte della propria organizzazione e creare in ogni azienda un laboratorio a partecipazione volontaria sull'arte di apprendere la pratica della multidisciplinarietà
2. Nel corso del prossimo anno, identificare in ogni azienda una competenza professionale che strategicamente possa essere dislocata in un'altra unità di cura della sua rete di riferimento per dare senso concreto al suo modello operativo aperto
3. Costruire un progetto pilota (volontario) per sperimentare l'organizzazione per "Programmi-clientela" nel quale le attuali direzioni diventano staff e le responsabilità apicali sono condivise. Valutazione dopo 18 mesi, organizzata dall'Osservatorio per l'Innovazione (ORI)
4. Attivare in ogni azienda un atelier per apprendere le competenze necessarie a comunicare la diagnosi, la prognosi, i risultati attendibili ed i rischi per le procedure, gli insuccessi, i successi, i limiti delle possibilità e cosa ci si propone per migliorare il futuro
5. Attivare in ogni territorio una cellula di veglia strategica sulle migliori pratiche, sull'innovazione delle tecnologie ed i trend sociali per trasformare le informazioni in raccomandazioni utili per la decisione e per l'azione

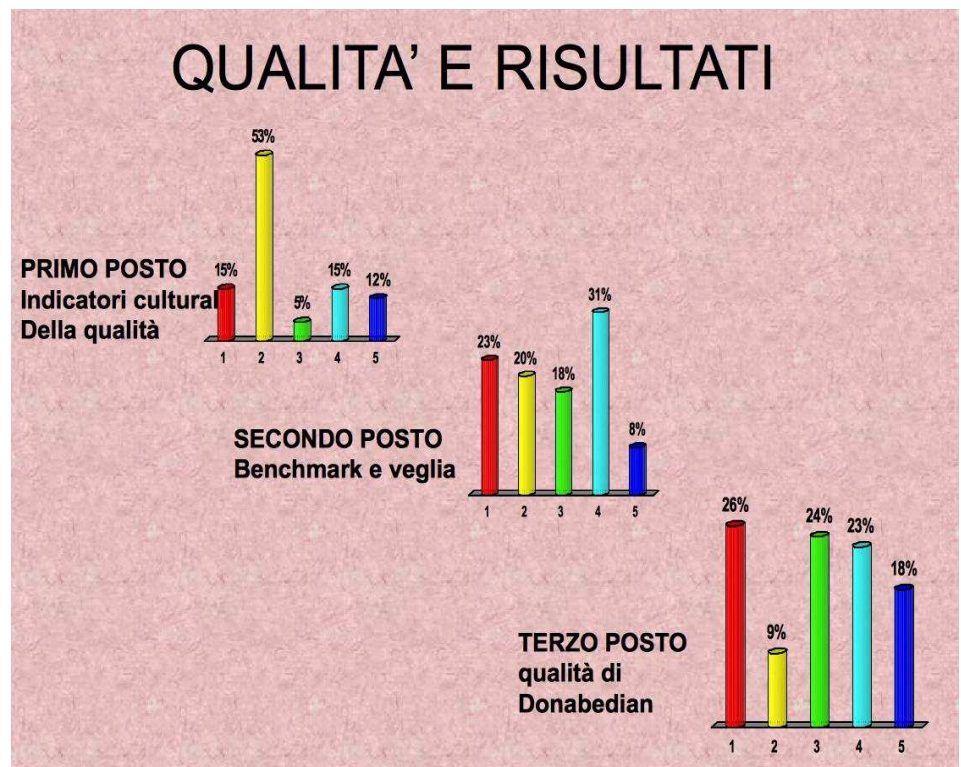
Queste le tre proposte emerse come priorità dalla votazione:



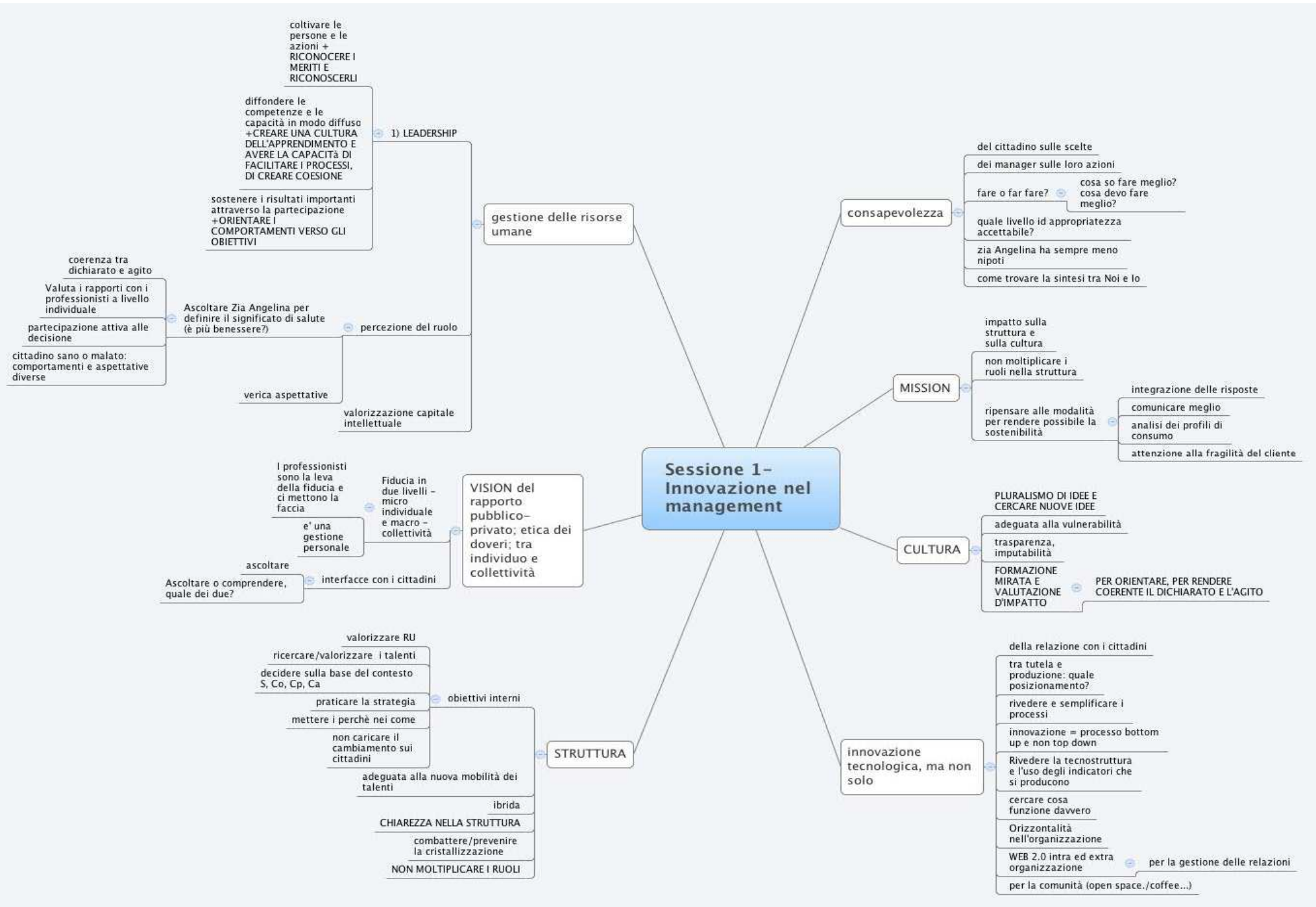
Innovazione nella qualità e nei risultati

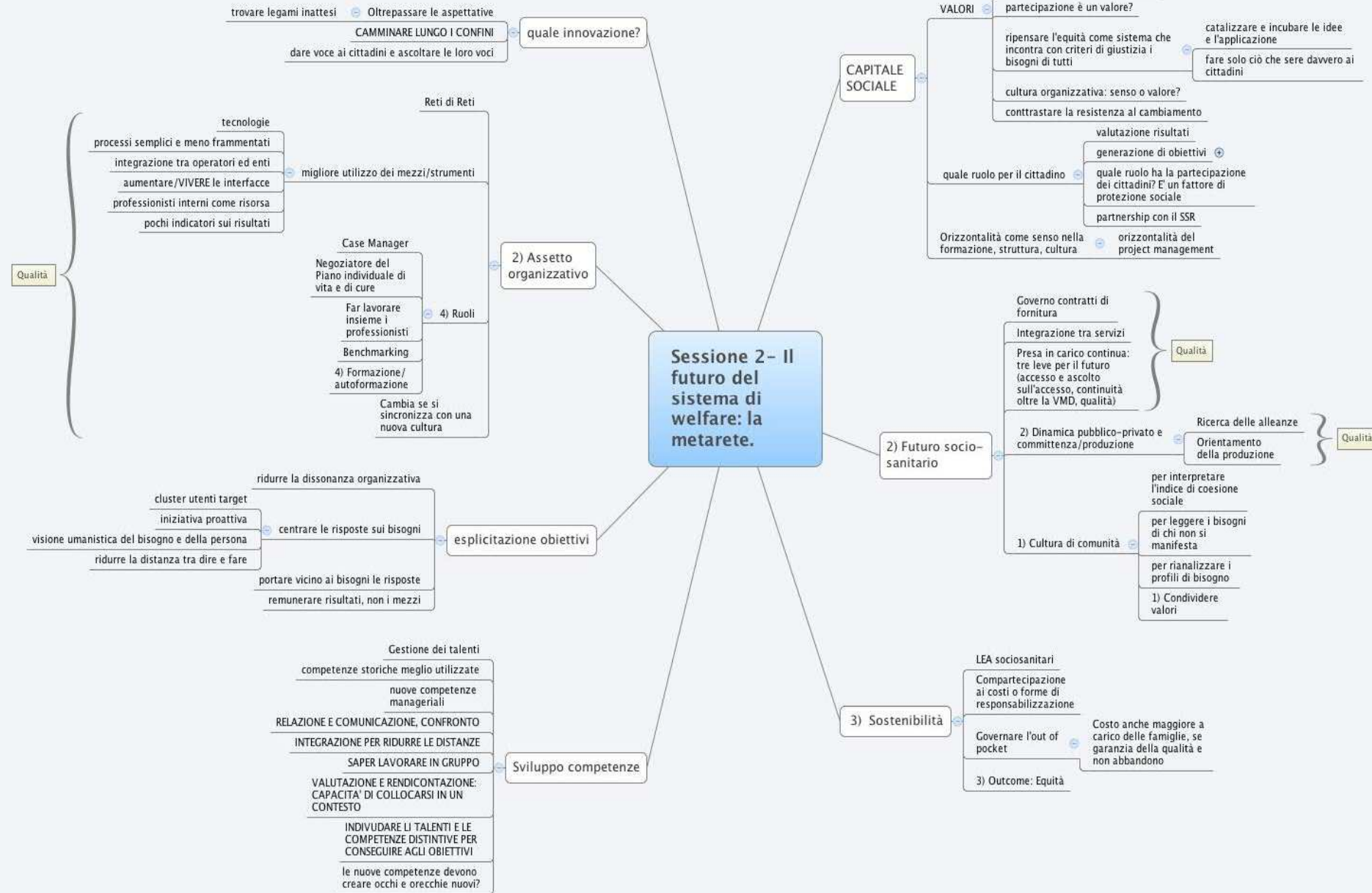
1. Coniugare le dimensioni della qualità di Donabedian nella misurazione e nella rendicontazione istituzionale vulgarizzata entro il 2015
2. Sviluppare criteri ed indicatori delle dimensioni culturali della qualità, da utilizzare per la comprensione e la capacitazione degli utenti nella valutazione delle organizzazioni e dei comportamenti professionali
3. Dare evidenza all'impatto che le politiche regionali e locali di diversi settori hanno sulla prevenzione dei rischi e sulla salute (proposta: un bilancio della prevenzione)
4. Attivare un confronto sistematico (benchmark) in ogni territorio tra i risultati interni e quelli esternamente conseguiti (cellula di veglia)
5. Dare mandato alla regione per realizzare un concorso per la qualità dei servizi sanitari e sociali: "L'Oscar di Zia Angelina"

Queste le prime tre proposte in ordine di priorità:



Le mappe mentali





Sessione 3 - Gli ospedali del futuro o l'arte di comporre gli elementi della complessità.

CULTURA

Come l'organizzazione legge le professioni e il loro ruolo/relazioni

L'ospedale è disponibile a cedere qualcosa al territorio, occorre definire come

Comporre la complessità organizzativa con quella clinica

Promuovere la cultura della segnalazione (IR)

La trasparenza come coerenza tra obiettivi e strategie

Valori

Trasparenza (poter dire no) come opportunità

STRUTTURA

Quale ruolo per gli ospedali di prossimità? E per l'acuzie?

Le dimensioni delle strutture organizzative sono adeguate? o troppo piccole per ottenere risultati innovativi?

2) Reti es chirurgiche (es chirurgica per alcune specialità o percorsi), Reti es mediche, Reti interspedaliere. RETI CON EXTRAOSPEDALE

1) Lay out della struttura (diamo forma alle nostre case e loro di contro ci formano)

NON OSPEDALI PER I CRONICI MA OSPEDALI SPECIALIZZATI PER L'ACUZIE E L'EMERGENZA-URGENZA

intensità di cura è una matrice multidimensionale. Come e dove applicarla?

Alcuni professionisti accettano di spostare la leadership della gerarchia alla competenza clinica

Arete funzionali omogenee

Clinical Pathways

strumenti informativi adeguati

VALORIZZARE LA CLINICAL COMPETENCE

1) Visione coraggiosa del futuro: qualcosa di nuovo da fare

Innovazioni nei rapporti di cura

Attivazione secondo parere clinico

Strumenti diffusi di governo del rischio e perseguimento efficace

5) Consapevolizzare su obiettivi, mezzi, risultati raggiunti

proazione vs reazione

Profili di consumo

Supportare la fiducia: esiste fiducia senza trasparenza?

Frequent users: soluzioni adeguate e alla radice del problema

Sostenere la cultura delle alternative con il paziente/cittadino ad es. il secondo parere medico

Telemedicina

6) Scegliere il perno della continuità

4) Ascolto partecipato dell'utente

Comunicazione del rischio

Professionisti

Promuovere la formazione delle skills per il futuro

Ruolo attivo delle ASL e non solo le AO nella formazione di base e specialistica nelle università

La clinical competence è un indicatore predittivo di successo

Premiare la competenza clinica e non il ruolo

Puntare sugli early users/adapters per l'innovazione

3) Benchmark e autovalutazione

Zia Angelina

per ridurre asimmetria informativa

spazi, tempi, modi per la relazione con zia Angelina

aprire ed evitare l'autoselezione di chi parla più forte

Capisce che il risultato perfetto non è garantibile?

usare strumenti per capillarizzare

sceglie i comportamenti, non le competenze

deve capire per scegliere

trasparenza e partecipazione alle scelte

non sa chi è il suo filtro

Punti critici

Quale ruolo assegnare alla politica?

Comunicare i risultati previsti e raggiunti

ALLEANZE PER COMPLEMENTARIETA' TRA PUBBLICO E PRIVATO

RUOLO DI COMMITTEZZA FORTE

Ascolto

strumenti adeguati verso professionisti e utenti

per validare le pratiche

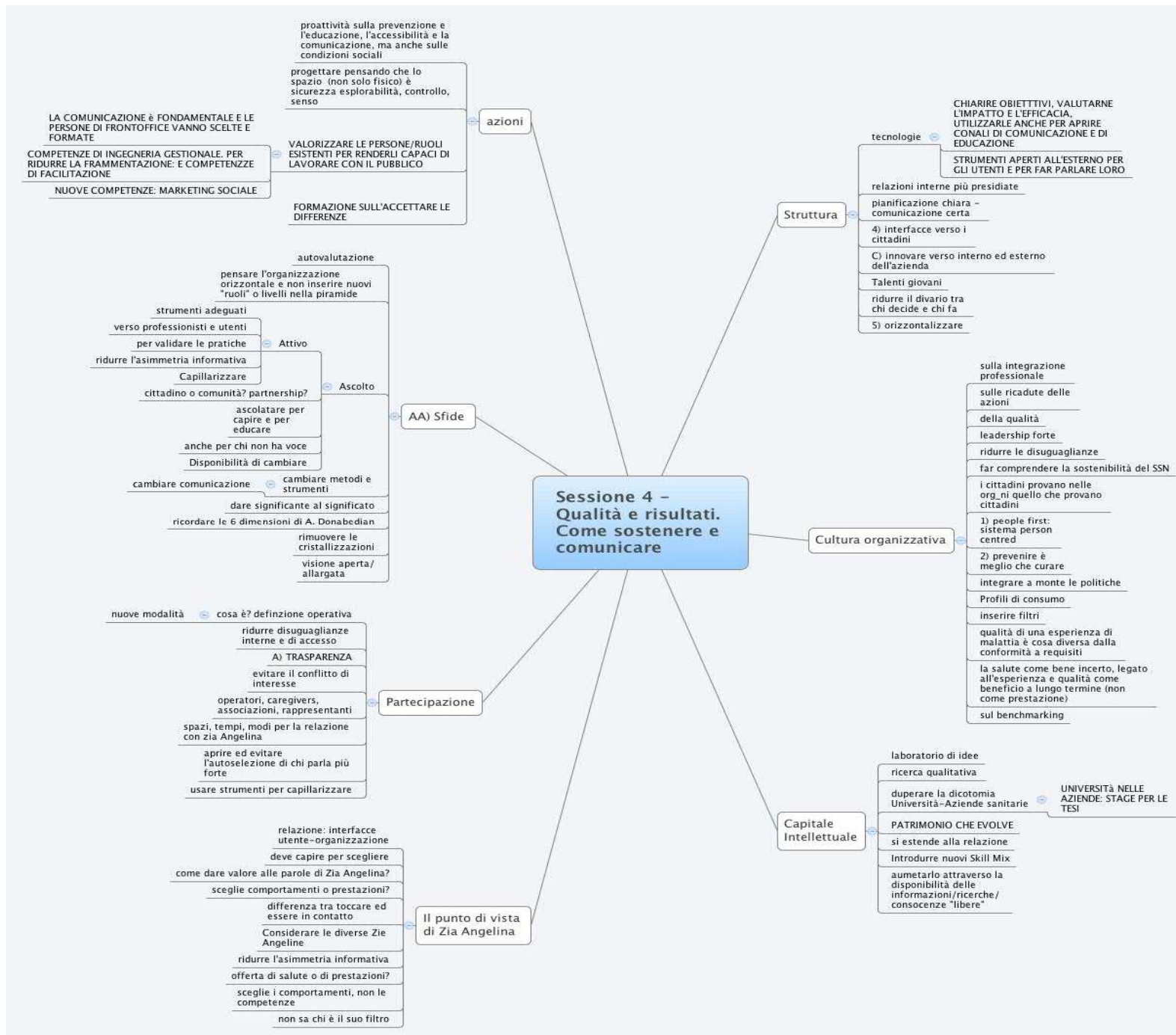
cittadino o comunità? partnership?

ascoltare per capire e per educare

anche per chi non ha voce

Disponibilità di cambiare

Attivo



Bibliografia e sitografia: documentazione utilizzata per il lavoro nelle sessioni

Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENSA) – Federazione Italiana Aziende Sanitarie e Ospedaliere. “Formazione manageriale in sanità. Competenze e fabbisogni per lo sviluppo professionale del management SSN”. Edizioni Iniziative Sanitarie: Roma, Maggio, 2010.

Aguzzi G. et al. “Gli scenari strategici per la sanità del futuro”. Egea: Milano, 2008.

Associazione Italiana formatori. “Professione formatore”. Franco Angeli Editore: Milano, 1980.

Bailey K.P. “Metodi della ricerca sociale”. Il Mulino: Bologna, 1982.

Bellio E. et al. “Patient web empowerment: la web strategy delle Aziende sanitarie del SSN” in Cantù E. (a cura di). “Rapporto OASI 2009”. Egea: Milano, 2009.

Bryan L., Farrell D. “Leading through uncertainty”. McKinsey Quarterly, December, 2008.

Bryan L., Toos D. “A better way to fix the bank”. McKinsey Quarterly, February, 2009.

Bryan L. et al. “Strategy and Leadership in turbulent time”. McKinsey Quarterly, 2010.

Bueno E. et al. “The role of social capital in today's economy”. Journal of Intellectual Capital, vol.5, n.4: 556-574, 2004.

Business Technology Office. “Hal Varian on how the Web challenges managers”. McKinsey Quarterly, January, 2009.

Business Technology Office. “How companies are benefiting from Web 2.0: McKinsey Global Survey Results”. McKinsey Quarterly, September, 2009.

Canadian Institute for Health Information. “Patient Safety in Ontario Acute Care Hospitals: a Snapshot of Hospital-Acquired Infection Control Practices”. October, 2008.

Canadian Institute for Health Information. “Health Indicators 2009”.

Canadian Health Services Research Foundation. "Quality of Healthcare in Canada: a Chartbook". 2009.

Canadian Ministry of Health and Long Term Care. "Externally – Informed Annual Health Systems Trends Report – Second Edition". Queen's Printer for Ontario, November, 2009.

Capozzi M., Simpson J. "Inteview with Alberto Alessi and Hani Rashid". McKinsey Quarterly, 2009.

Carey et al. "Leadership lessons for hard time". McKinsey Quarterly, July, 2009.

Carney M. "Understanding organizational culture: the key to successful middle manager strategic involvement in health care delivery?". Journal of Nursing Management, vol.14: 23-33, 2006.

Chesbrough H. "Open Innovation". Harvard Business School Press: Boston, 2003.

Ceda C. et al. "Il Fondo per le non autosufficienze: implicazioni per la governance dei servizi socio-sanitari regionali e locali". Rapporto OASI 2009.

Chin P.L., Kramer M.K. "Theory and Nursing: a systematic approach. 3°Ed. ". S. Louis Mosby Year Book, 1991.

Chui M. et al. "Six ways to make Web 2.0 work". The McKinsey Quarterly, February, 2009.

Cleparéde E. "L'education fonctionelle". P.U.F.: Parigi, 1956.

Clinical Governance Support Team – NHS. "A Practical Handbook for Clinical Audit". March, 2005.

Cogman D. et al. "What next? Ten questions for CFOs". McKinsey Quarterly, May, 2009.

Collins C. et al. "Evolving Models of Behavioral Health Integration in Primary Care". Milbank Memorial Fund: U.S.A., May, 2010.

Commission on Social Determinants of Health – WHO. "Closing the gap in a generation. Final report". Geneva, 2008.

Commissione delle Comunità Europee. “Libro bianco. Un impegno comune per la salute: approccio strategico dell'UE per il periodo 2008-2013”. COM 630 definitivo, Bruxelles, 31.10.2007.

Confindustria. “Linee Guida e Buone Pratiche per l'Innovazione nelle Imprese”. Premio Imprese per l'Innovazione 2009.

Cordina J., Singhal S. “What consumers want in health care”. McKinsey Quarterly, June, 2008.

De Jonge P. et al. “Care Complexity in the General Hospital. Results from a European Study”. Psychosomatics, 42:3, May-June, 2001.

Desmarteau R.H. et al. “Close stratégique sur le projet de l'OCDE sur la santé : « vers des systèmes de santé plus performants »”. Montréal, mercredi le 1er septembre, 2004.

De Smet A. et al. “McKinsey Survey results: how companies manage the front line today”. McKinsey&Company, 2010.

Donabedian A. “La qualità dell'assistenza sanitaria. Principi e metodologie di valutazione”. Carocci Editore: Roma, 1990.

Dublin R. "Theory building". The Free Press: New York: 1978.

Economist Intelligence Unit. “Serious business. Web 2.0 goes corporate”. 2007.

Economist Intelligence Unit. “Talen wars. The struggle for tomorrow's workforce”. May, 2008.

Economist Intelligence Unit. “The digital company 2013. How technology will empower the customer”. June, 2008.

Economic Studies. “The crisis – one year on: McKinsey Global Economic Condition Survey results”. McKinsey Quarterly, September, 2009.

Fabrizi et al. “Conflitto di interessi: tra medici e industria farmaceutica”. R&P, 24: 242-254, 2008.

Farrell D. et al. "Universal principles for health care reform". McKinsey Quarterly, n.1, 2007.

Garcia Vivar C. "Putting conflict management into practice: a nursing case study". Journal of Nursing Management, vol.14: 201-206, 2006.

Hamel G. "Moon shots for management". Harvard Business Review, February, 2009.

Hauschild S., Licht T., Stein W. "Creating a knowledge culture". The McKinsey Quarterly, n.1, 2001.

Hempel G. "La formazione dei concetti e delle teorie nella scienza empirica". Milano: Feltrinelli, 1970.

Iacono C. et al. "I PDTA ospedalieri per il carcinoma del colon retto". Economia sanitaria editore: Milano, 2007.

IBM Institute for business value. "Healthcare 2015: Win-win or lose-lose". IBM Corporation: U.S.A., 2006.

Institute for clinical systems improvement. "Health Care Guideline: Preventive Services for Adults. Fourteenth edition" October, 2008.

Italia Forma S.R.L. "Costruire Dizionari di Competenza". Leonardo da Vinci Programme, Second phase, 2000-2006.

Joint Commission. "National Patient Safety Goals". 2007.

Jones D., Mitchell A. "Lean thinking for the NHS". NHS Confederation, London, 2006.

Kotter J.P. "Leading Change. Why Transformation Efforts Fail". Harvard Business Review, January, 2007.

Kane-Urrabazo C. "Management's role in shaping organizational culture". Journal of Nursing Management, n.16: 188-194, 2006.

Le Boterf G. "L'ingégnierie des compétence (2 ed.)". Ed. d'Organization: Parigi, 1999.

Lega F., Tozzi V. "Il cantiere delle reti cliniche in Italia: analisi e confronto di esperienze in Oncologia" in Cantù E. (a cura di). "Rapporto OASI 2009". Egea: Milano, 2009.

Longo F. et al. (a cura di). "Risultati dal Laboratorio di Ricerca. Un Modello per il governo del territorio delle Aziende sanitarie". Economia Sanitaria Editore: Milano, 2008.

Longo F. et al. (a cura di). "Risultati dal Laboratorio di Ricerca. Misurare e valutare l'integrazione professionale e la continuità delle cure". AboutPharma Editore: Milano, 2009.

Luc D., Rondeau A. "La restructuration par programmes-clientèles à l'hôpital Maisonneuve-Rosemont: une étude diachronique de cette transformation". Gestion, vol.27, n.3, automne 2002.

Maciocco G. "L'influenza del reddito sulla salute".

Manoukian F.O. "La domanda di sicurezza può non investire i servizi?". Animazione Sociale, Maggio, 2008.

Manzelli P. "Creatività ed innovazione: ottiche nuove per lo sviluppo dell'immaginario scientifico contemporaneo". Premio Agape 2009.

May C.R. et al. "Development of a theory of implementation and integration: Normalization Process Theory". Implementation Science, 4:29, May, 2009.

Ministero italiano dell'Economia e delle Finanze. "Libro verde sulla spesa pubblica". Roma, Settembre, 2007.

Ministero italiano del Lavoro, della Salute e delle Politiche sociali. "Libro bianco sul futuro del modello sociale. La vita buona nella società attiva. Roma, Maggio, 2009.

Mintzberg H., Westley F. "Decision Making: it's not what you think". MIT SLOAN Management review, Spring, vol.42, n.3: 89-94, 2001.

Morand P., Manceau D. "Pour une nouvelle vision de l'innovation". Ministre de l'Economie, de l'Industrie et de l'Emploi, Avril, 2009.

Morin E. "I sette saperi necessari all'educazione del futuro". Raffaello Cortina Editore: Milano, 2001.

Organisation de Cooperacion et de Developpement Economiques. “Manuel d'OSLO. Principes directeurs pour le recueil et l'interpretation des donnees sur l'innovation, 3me edition”. Eurostat, 2006.

Organisation de Cooperacion et de Developpement Economiques. “Obtenir un meilleur rapport qualite-prix dans les soins de sante”. Series Health Policies Studies, 2009.

Organisation de Cooperacion et de Developpement Economiques. “Panorama de la sante 2009. Les indicateurs de l'OCDE”. 2009.

Organisation for Economic Cooperation and Development. “Measuring disparities in health status and in access and use of health care in OECD Countries”. Health Working Papers, n.43, 2009.

Neri S. “Convergenza e divergenza nell'evoluzione dei servizi sanitari nazionali. Un confronto tra Regno Unito e Italia”. Stato e Mercato, n.87, Dicembre, 2009.

Nohria N. et al. “What really works”. Harvard Business Review, July, 2003.

NOMISMA Terzo Settore. “Il Terzo Settore e lo sviluppo dell'Economia Sociale e Civile. Analisi del contesto”.

Perillo F.D. “Comunita di pratica per l'innovazione”. Personale e lavoro, n. 514, Dicembre, 2009.

Putnam R. “Social Capital. Measurement and Consequences”. Spring, Printemps, 2001.

Quaglino G.P., Carozzi G.P. “Il processo di formazione”. Franco Angeli Editore: Milano, 1987.

Quaid D. “44th ASHP Midyear Clinical Meeting. Opening General Session”. December 7, 2009.

Rechel B. et al. “Investing in Hospitals of the future”. European Observatory on Health Systems and Policies, Studies Series n.16, 2009.

Regione Emilia-Romagna. Piano sociale e sanitario 2008-2010. Pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione n.92 del 3 giugno 2008.

Regione Emilia-Romagna. “La sfida del Profilo di comunità e dell’Atto di indirizzo e coordinamento triennale: un’analisi dei nuovi strumenti della programmazione”. Ottobre, 2009.

Regione Emilia-Romagna. “Factbook Emilia-Romagna”. Quaderni di Statistica, Bologna, 2010.

Ricciardi W. “La Sanità è Partecipazione”. Italia Futura, 2010.

Ruffini C., Sarchielli V. (a cura di). “Il Bilancio di competenze – Nuovi sviluppi”. Franco Angeli Editore: Milano, 2001.

Servizio sanitario regionale dell’Emilia-Romagna. “Il Servizio sanitario regionale dell’Emilia-Romagna e il nuovo welfare”. Bologna, Ottobre, 2009.

Sarasohn-Kahn J. “The Wisdom of Patients: Health Care Meets Online Social Media”. California Healthcare Foundation, April, 2008.

Snowden D.F., Boone M.E. “A Leader’s Framework for Decision Making”. Harvard Business Review, November, 2007.

Spang S. “Five trends that will shape business technology in 2009”. McKinsey Quarterly, February, 2009.

Strategy Practice. “Enduring Ideas: the industry cost curve”. McKinsey Quarterly, April, 2009.

Strategy Practice. “Management expert Robert Sutton shares lessons on handling layoffs and teams in crisis”. McKinsey Quarterly, May, 2009.

Taylor C.E. et al. “Reducing Rehospitalization with Telephonic Targeted Care Management in a Managed Health Care Plan.” Psychiatric Services, vol.56, n.6, June, 2005.

Tognoni G. “Epidemiologia di Cittadinanza: una ipotesi di lavoro”, in Campedelli M. et al. (a cura di). “Epidemiologia di Cittadinanza. Welfare, salute, diritti”. Il Pensiero scientifico editore: Roma, 2010.

Walker C. et al. "Hospital Discharge of Older Adults. How nurses can ease the transition". Am.J.Nurs., vol.107, n.6, June, 2007.

Whitehead D. "Workplace health promotion: the role and responsibility of health care managers". Journal of Nursing Management, vol.14: 59-68, 2006.

World Health Organization. "Declaration of Alma Ata. International Conference on Primary Health Care". Alma Ata, USSR, 6-12 September, 1978.

World Health Organization – Europe. "Gaining Health. The European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases". Copenhagen, 2006.

World Health Organization. "The World Health Report: Primary Health Care. Now more than ever". Geneva, 2008.

Vendramini E. "Nuovi scenari per le cure primarie: quali implicazioni manageriali alla luce della nuova convenzione?" in Cantù E. (a cura di). "Rapporto OASI 2009". Egea: Milano, 2009.

Vermaak H., Weggeman M. "Conspiring fruitfully with professionals: new management roles for professional organizations. Management Decision, vol.37, n.1: 29-44, 1999.

SITOGRAFIA

[Wikipedia](#) – Enciclopedia online, libera e gratuita

http://it.wikipedia.org/wiki/Pagina_principale

Definizione di Incubatore aziendale – fonte Wikipedia

http://it.wikipedia.org/wiki/Incubatore_azendale

Netvibes - [Portail](#) personnalisable, représentatif de ce qu'on appelle le [Web 2.0](#)

<http://fr.wikipedia.org/wiki/Netvibes>

Personalized (Tiziana Lavallo) dashboard publishing platform

<http://www.netvibes.com/tlavallo2009#sanit%C3%A0>

Social Bookmarking

<http://www.diigo.com>

Mappe mentali

http://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/f/f7/Esempio_di_mappa_mentale.jpg

Osservatorio nazionale sulla salute nelle Regioni italiane – Univ. Cattolica del Sacro Cuore

<http://www.osservasalute.it/index.php/home>

Canadian Institute for Health Information

<http://secure.cihi.ca/cihiweb/splash.html>

Bilancio di missione – Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna

<http://www.regione.emilia-romagna.it/agenziasan/bilmissione/index.htm>

Gareth Morgan's work site

<http://www.imaginiz.com/index.html>

Balanced Scorecard Institute

<http://www.balancedscorecard.org/Home/tabid/36/Default.aspx>

European Union Public Health Information System

http://www.euphix.org/object_document/o4581n27010.html

Ministero italiano della Salute

<http://www.salute.gov.it/>

Valutazioni dei partecipanti/suggerimenti

Il percorso formativo è stato sottoposto a valutazione di gradimento. Il questionario utilizzato è presente nell'allegato 4.

le torte dei risultati del gradimento e un commento

Suggerimenti per il miglioramento

Punti di forza

Competenza dei docenti e dei professionisti coinvolti nel lavoro

Strumenti innovativi

Strutturazione dell'intera iniziativa

Piattaforma tecnologica che ha migliorato la partecipazione dei professionisti

Ricchezza del materiale bibliografico, un utile sollecitazione per il confronto

Sintesi dei contenuti del lavoro svolto

Multidisciplinarietà dei gruppi di lavoro

Il contributo del gruppo di "osservatori"

Spinta al pensiero critico

Basi epistemologiche

Contenuti coerenti con le attuali esigenze del sistema

Punti di debolezza

Aumentare momenti di aula ("vis a vis") prima di iniziare il forum e durante (+ blended)

Ruolo tutor: di orientamento/stimolo al gruppo e di supporto nei contenuti

Maggior supporto all'utilizzo dello strumento

Scarsa promozione da parte delle Aziende nel favorire la partecipazione dei propri professionisti

Maggiore tempo per il lavoro nel forum e su wiki

Scarsità di professionisti con competenze cliniche, con competenze sociali e assenza di "voce dagli operatori della prima linea"

Manca di cultura e di preparazione nei partecipanti e nei tutor per poter utilizzare lo strumento

Focalizzare ripetutamente sull'obiettivo finale

Allegato 1 - Risultati della selezione dei partecipanti a Coltivare l'Innovazione sulla base della partecipazione attiva alla prima fase (gennaio-luglio 2010) o alla fase pilota "Santè 2015" (luglio-ottobre 2009).

Gruppo Coltivare l'Innovazione (AGENTI MOLTIPLICATORI)

Ente	Nominativo	Ruolo
AUSL Piacenza	BISOTTI FLAVIO	Direttore UO Sistemi informativi e telecomunicazioni
AUSL Piacenza	SORO GIOVANNI MARIA	Direttore delle Attività socio sanitarie*
AUSL Piacenza	PEDRAZZINI GUIDO	Direttore dipartimento Presidio Unico
AUSL Piacenza	GAMBERINI MARIA	Direttore distretto città di Piacenza
AUSL Piacenza	BORCIANI ELISABETTA	Dipartimento di Sanità Pubblica – Epidemiologia e comunicazione del rischio
Comune Fiorenzuola (PC)	ARMANI GIUSEPPE	Responsabile Ufficio Pianificazione
AUSL Parma	PIAZZA NICOLETTA	Dirigente medico Dipartimento cure primarie
AUSL Parma	BOCCHI BRUNO	Direttore complesso ospedaliero territoriale di San Secondo
AOU Parma	AMORI ENNIO	Direttore Dipartimento tecnico e delle tecnologie
AOU Parma	NONNI ILARIA	Ufficio qualità
AUSL Reggio Emilia	MASTRANGELO STEFANO	Direzione infermieristica
AUSL Reggio Emilia	NEGRI ELISABETTA	Coordinatore sociale*
AUSL Reggio Emilia	CHIERICATI EVA	Direttore amministrativo
AUSL Reggio Emilia	MARCHESI CRISTINA	Direttore Distretto Reggio Emilia
AUSL Reggio Emilia	GROSSI MAURO	Direttore Distretto Montecchio Emilia
AUSL Reggio Emilia	NICOLA POLETTI	Sistema Comunicazione
Provincia Reggio Emilia	FRATTI LODOVICA	Responsabile Ufficio di Supporto CTSS
AUSL Modena	PINI MONICA	Medico di direzione di presidio
AUSL Modena	ANANIA ALFONSO	Direzione medica presidio ospedaliero
AOU Modena	PANTALEONI MONICA	Dirigente Servizio ricerca e innovazione
AOU Modena	LUNINI VALENTINA	Servizio ingegneria clinica
AOU Modena	CAVAZZA COSETTA	Dirigente servizio infermieristico e tecnico
AUSL Bologna	GUIZZARDI GIORDANO	Direttore UOC PS e Medicina d'Urgenza
AUSL Bologna	TOVOLI DANIELE	Direttore Prevenzione e protezione
AUSL Bologna	TREVISANI FAUSTO	Direttore Distretto Pianura Ovest
AUSL Bologna	MINELLI MONICA	Direttore Dipartimento* Attività socio-sanitarie
AUSL Bologna	COSTANTINO ROSA	Staff Aziendale – Area Pianificazione Strategica e Sviluppo Org.vo – Progetti obiettivo e relazioni internazionali

AUSL Bologna	TASSONI ALESSANDRA	Dirigente Medico di Direzione Medica di Presidio Ospedaliero – Staff della Direzione Sanitaria
AUSL Bologna	DALLARI ANTONELLA	Responsabile Prof.le SATeR Area Riabilitativa
AOU Bologna	ANDREANI SARA	Sviluppo Risorse Umane
AOU Bologna	LONGO ROCCO	Direzione Servizio Infermieristico e Tecnico
AOU Bologna	MUCCI MARIA TERESA	Direzione Medica Ospedaliera
AOU Bologna	CASTELLUCCI CINZIA	Ufficio di Staff Comunicazione Informazione Marketing e qualità
AOU Bologna	CIONI LAURA	Responsabile Area Sviluppo Risorse Umane
AOU Bologna	COLOMBARI SABRINA	Sviluppo capitale umano
Ufficio di Piano Distretto di Casalecchio di Reno	DI TORO MAMMARELLA MASSIMILIANO	Responsabile Ufficio di Piano
IOR	MONTELLA MARIA TERESA	Dirigente Medico – Direzione Sanitaria
AUSL Imola	NANNI IVANA	Dirigente Infermieristico – Responsabile Sviluppo Organizzativo
AUSL Imola	LANDI LORENA	Medico Dirigente Responsabile Governo Clinico
AUSL Ferrara	GAROFANI LUISA	Responsabile UO Clinica terapeutica SERT
AUSL Ferrara	CASTELLARI SARA	Responsabile URP
AOU Ferrara	MANFREDINI MONICA	Area Formazione
AOU Ferrara	FABBRI PATRIZIA	Area Comunicazione
AUSL Forlì	GAMBALE GIORGIO	Primario di Anestesia e Rianimazione
AUSL Rimini	RUSSO MARIA MAFFIA	Psicologia clinica
AUSL Ravenna	STEFANO TAMBERI	Direttore st. Semplice Oncologia Faenza
AUSL Ravenna	CARUSO BIANCA	Direttore di Presidio
AUSL Ravenna	ROSSI ANDREA	Direttore Sanitario
AUSL Ravenna	MINARDI ALBERTO	Direttore Distretto Ravenna
AUSL Ravenna	BETTI RICHARD	Direttore Distretto Faenza
AUSL Ravenna	BIANCHIN MARISA	Direttore Distretto Lugo
Provincia Ravenna	BABINI LAURA	Ufficio Piano Distretto Ravenna
AUSL Ravenna	AIMOLA AGOSTINA	Staff Direzione generale
AUSL Ravenna	DRADI MANUELA	Staff Direzione generale
AUSL Ravenna	QUARGNOLO ENO	Direttore Attività Socio-sanitarie
AUSL Ravenna	TALIONI MAURO	Dir. Serv. Inf. e Tecnico
AUSL Ravenna	GIANNESSI WANDA	Dir. Ass. Farmaceutica
AUSL Ravenna	FANTI MILVA	Direttore Controllo gestione
AUSL Ravenna	NERI ANDREA	Direttore Presidio Ravenna
AUSL Ravenna	ZOFFOLI IVONNE	Direttore Presidio Ravenna
AUSL Ravenna	PETRONE	Direzione Presidio Osp. Faenza

	GIUSEPPINA	
AUSL Ravenna	CELOTTI PAOLO	Resp. Inf. Presidio Faenza
AUSL Ravenna	RIMINI ELISABETTA	Resp. Inf. territoriale
AUSL Ravenna	ANGELINI RAFFAELLA	Dir. Dip. Sanità Pubblica
AUSL Ravenna	GREGORETTI MARCO	Responsabile Bilancio
AUSL Ravenna	BORGHI CESARE	Responsabile ICT
AUSL Ravenna	GUARDIGLI ROBERTA	Staff Direzione Generale
AUSL Ravenna	MICHIELETTI GIANNI	Controllo di gestione
AUSL Ravenna	MANONI NAZZARENO	Direttore Presidio Osp. Faenza
AUSL Ravenna	BRAVI FRANCESCA	Staff Direzione Generale
Agenzia sanitaria e sociale	VIRGILIO GIOIA	Area innovazione sociale
Agenzia sanitaria e sociale	STURLESE VITTORIA	Area qualità
Agenzia sanitaria e sociale	DAVIDE BOTTURI	Area Sistema CDF
Università di Bologna	CHIARA BODINI	Centro salute internazionale
Università di Bologna	CHIARA DI GIROLAMO	Centro salute internazionale
Università di Bologna	ALICE FABBRI	Centro salute internazionale
Università di Bologna	ILARIA CAMPLONE	Centro salute internazionale

Coordinamento didattico: Tiziana Lavallo , AUSL di Piacenza
 Barbara Curcio Rubertini, ASSR
 Web Management: Nicola Poletti, AUSL di Reggio Emilia
 Segreteria organizzativa: Elisa Soricelli, ASSR

Allegato 2- Copia del WIKI completo

nizio lavori sulle Sessioni (online) dal **30 marzo 2010**

Deadline sintesi Sessioni: **15 giugno 2010**

Giornate in presenza:

- AULA A, **24 e 25 Giugno, dalle 9.00 alle 17.00** (Villa Gandolfi Pallavicini, Bologna). [Programma delle giornate](#)

- AULA B, **28 e 29 Giugno, dalle 9.00 alle 17.00** (Villa Gandolfi Pallavicini, Bologna). [Programma delle giornate](#)

GIORNATA CONCLUSIVA (AULA A e AULA B, insieme al Comitato di Indirizzo): **5 Luglio, dalle 9.00 alle 17.00** (Villa Gandolfi Pallavicini, Bologna). [Programma delle giornate](#)

[Programma 5 luglio 2010](#)

[Diapo 5 luglio 2010](#)

1. Sessioni

Sessione plenaria 'Gli scenari'	QUESITO della Sessione PRINCIPALE: <i>Quali sono i possibili scenari per il rinnovamento del Sistema Socio-Sanitario Regionale alla luce dell'evoluzione dei modelli di welfare? (dove stiamo andando ? dove vogliamo andare?)</i>				
Sessione plenaria (comune per tutti i partecipanti): 'Gli scenari'	Materia Enrico « Perché le società più egualitarie stanno meglio »	Gov. It. 2009 « Il libro Bianco del Ministro Sacconi » << Il libro bianco della U.E.>>	« IBM Salute nel 2015: lo scenario e il percorso verso una trasformazione di successo »	Ontario, Rapporto Ministero Salute « Externally – Informed Annual Health Systems Trends Report »	Aguzzi, Del Vecchio, Lega, Longo et al, 2008 « Scenari strategici per la sanità del futuro »
	SESSIONE 1	SESSIONE 2	SESSIONE 3	SESSIONE 4	SESSIONE 5
Temi portanti	L'Innovazione nel Management	L'innovazione del Welfare di comunità	Gli ospedali del futuro	Qualità e risultati	La visione dalla parte del cittadino e della comunità

Quesito principale a cui dare risposta	Quali rinnovamenti sono necessari nel management dei servizi sanitari e sociali?? Quali leve organizzative o tecnologiche potranno indurre o supportare questi cambiamenti?	Quali sono le innovazioni che si possono introdurre nei sistemi organizzativi territoriali? Quali elementi della cultura organizzativa e dei comportamenti ne supportano il successo?	Come saranno gli ospedali del futuro? Quali elementi devono cambiare e quali sono le pratiche di successo? Cosa possiamo imparare dall'altrui esperienza?	Risultati dei sistemi sanitari e sociali e disuguaglianze. A che punto siamo con la valutazione della qualità? Si possono utilizzare nuove leve per ridurre i costi di funzionamento della "macchina sanitaria" per liberare risorse, migliorare l'efficacia e investire nella ricerca?	Quali evoluzioni avrà il rapporto con il cittadino/utente nei prossimi anni? Zia Angelina dice: "Non capisco qual è l'offerta. Cosa mi debbo aspettare dal sistema dei servizi sociali e sanitari della mia Regione?"
	AULA A	AULA A	AULA A	AULA A	AULA A
	ECONOMIST INTELLIGENCE UNIT. 2007. « Serious Business Web 2.0 Goes Corporate »	« Quality health care chartbook »	« Capitolo 7 Rapporto OASI 2009: le reti oncologiche»	OECD, 2009 « Panorama de la santé 2009 LES INDICATEURS DE L'OCDE »	FARREL, Diana et al. 2007 « Universal principles for health care reform? »
	CHUI Michael et al. 2009. « Six ways to make Web 2.0 work »	« Health Indicators 2009 »	Taylor et alt. 2005 « Reducing Rehospitalization With Telephonic Targeted Care Management in a Managed Health Care Plan »	Macciocco Gavino « L'influenza del reddito sulla salute »	McKinsey, « What Consumers want, 2008 »
NOHRIA, N. and W. JOYCE. 2003 « What Really Works »	« Capitolo 8 e capitolo 9 - Rapporto OASI 2009»	« Care Complexity »	Robert H. Desmarteau « Glose strategique sur le projet de l'OCDE sur la Santé: 'Vers des Systèmes de Santé plus performants' »	Macciocco Gavino « Sanità Americana, la riforma dimezzata »	

Partecipanti al corso Aula A	Ennio Amori; Monica Pantaleoni; Stefano Mastrangelo; Antonio Celendo; Flavio Bisotti; Maria Milisenda; Giovanni Esposito; Giordano Guizzardi	Elisabetta Negri; Rocco Amendolara; Nicoletta Piazza; Giovanni Maria Soro; Fausto Trevisani; Fabio Mazzotti; Massimo Marcon	Valentina Lunini; Massimo Brunetti; Bruno Bocchi; Guido Pedrazzini; Carmen Prandi; Rosa Costantino; Maria Lodovica Fratti	Ilaria Nonni; Consuelo Basili; Eva Chiericati; Viola Damen; Maria Gamberini; Luigi Rizzo; Golfieri Carla; Alessandra Tassoni; Sara Castellari	Cosetta Cavazza; Simonetta Stanzani; Monica Pini; Emilio Cammi; Antonella Dallari; Cinzia Castellucci; Giuseppe Armani; Gioia Virgilio; Michele Sanza; Rita Balestrazzi; Sefano Tamberi
	AULA B	AULA B	AULA B	AULA B	AULA B
Lecture scelte per le Aule B di ogni sessione	SNOWDEN, J. David. 2007 « A leader's Framework for decision making »	Documento OECD 2009 « Measuring Disparities »	European Observatory on Health System and Policies « Investing in Hospital Of the Future »	Robert Putnam, 2001 - « Social capital, Measurement et consequences » Rodriguez Oscar - « The role of social capital intoday's economy »	Volume Laboratorio FIASO: « Misurare e Valutare l'integrazione professionale »
	Economist Intelligence Unit 2008 « Talent Wars: The struggle for tomorrow's workforce »	Volume FIASO-BOCCONI « Un modello di governo del territorio, 2008 »	« PDTA Carcinoma Colon Retto (AIOM)»	OECD 2009 « Obtenir un meilleur rapport qualité-prix dans les soins de santé »	Intervento di Dennis Quaid sulla sicurezza in Ospedale
	California Health Care Foundation, 2008 « The wisdom of Patients: Health Care meets on line social media »	« Preventive Services for adults 2008 »	Alain Rondeau « La restructuration de l'Hopital Maissonaive-Rosemont. Progammes parClientele »	« Joint Commission Patient Safety 2007 »	« Capitolo 13 Rapporto OASI 2009 »

Partecipanti al corso Aula B	Sara Andreani; Luisa Garofani; Annamaria Gentili; Riccardo Varliero; Mattia Altini; Massimo Ferrari; Daniele Tovoli; Giuseppe Magistrali ; Monica Rubbianesi; Enrico Semrov	Claudio Casaroli; Primiano Iannone; Stefano Durante; Giorgio Martelli; Paolo Lauriola; Graziana Rossi; Flora Raffa; Paolo Stagi; Monica Minelli	Rocco Longo; Ivana Nanni; Maria Teresa Montella; Monica Manfredini; Giorgio Gambale; Marco Burgio; Di Toro Massimiliano Mammarella; Gabriele Annoni;	Maria Teresa Mucci; Lorena Landi; Leonardo Zicari; Ivana Barlati; Stefania Bianchi; Enza Malaguti; Maria Maffia Russo; Franceco Apruzzese	Felice Maran; Cristina Marchesi; Patrizia Fabbri; Bianca Caruso; Zamprogno Enrico; Vittoria Sturlese; Elisabetta Borciani; Andrea Belletti
Tutor AULA A/B	Sabrina Colombari /Carlo Somenzi	Francesca Novaco	Nazareno Manoni/ Laura Cioni	Stefano Liverani / Francesco Ferri	Richard Betti/ Alessandra Amici
Avvocati del diavolo	Alfonso Anania	Mauro Grossi	Susanna Alberici	Marco Lombardi	Elisabetta Frejaville
Supervisori	Mariella Martini / Roberto Grilli	Tiziano Carradori / Antonio Brambilla	Francesco Ripa di Meana/ Eugenio Di Ruscio	Leonida Grisendi/ Pierluigi Macini	Raffaele Tomba/ Mila Ferri
Assistenti tutor	Tania Salandin	Francesca Senese	Davide Botturi	Diletta Priami	Barbara Lelli
Vai al forum della sessione	Forum sessione 1	Forum sessione 2	Forum sessione 3	Forum sessione 4	Forum sessione 5

2. Veglia strategica: individuare sul web documenti di approfondimento

Primo Riferimento

<http://www.netvibes.com/tlavalle2009#sanit%C3%A0>

[5 steps to find the right measures](#); [Gareth Morgan website](#); [Euphix](#);

3. Rapporti e documenti in progress. La sintesi finale sarà presentata in aula.

Work in progress e sintesi finale	Wiki Sessione 1 (AULA A)	Wiki Sessione 2(AULA A)	Wiki Sessione 3 (AULA A)	Wiki Sessione 4 (AULA A)	Wiki Sessione 5 (AULA A)
	Wiki Sessione 1 (AULA B)	Wiki Sessione 2 (AULA B)	Wiki Sessione 3 (AULA B)	Wiki Sessione 4 (AULA B)	Wiki Sessione 5 (AULA B)

4. Metastrategia

Metastrategia - CORSO n.1;

mappa complessità; proposte per la votazione; sintesi dei temi emersi per il futuro	mappa sessione 1A;mappa sessione 1B;mappa 1A + 1B;votazioni sessione 1;	mappa sessione 2A;mappa sessione 2B;mappa 2A+2B;votazioni sessione 2;	mappa sessione 3A;mappa sessione 3B;mappa 3A + 3B;votazioni sessione 3;	mappa sessione 4A;mappa sessione 4B;mappa 4A+4B;votazioni sessione 4	mappa sessione 5A? ;mappa sessione 5B;mappa 5A+5B
---	---	---	---	--	--

Références:

Wiki Osservatori - Sessione 2

Wiki Osservatori - Sessione 4

Venerdì 25: Gruppo 1 Gruppo 2 Gruppo 3 Gruppo 4

Martedì 29: Gruppo 5 Gruppo 6 Gruppo 7 Gruppo 8

APPROPRIARSI DEL WEB 2.0