

PROMUOVERE INNOVAZIONE: L'OGGETTO DI UNA CONSULENZA*

Donatella Barberis, Grazia Gacci

Nell'attività di consulenza che da alcuni anni stiamo mettendo a punto abbiamo avuto l'opportunità di incontrare una situazione che ci ha interrogate e permesso di riflettere su alcuni nodi problematici che ci sembrano cruciali. Ci autorizziamo a esporre questa situazione, che ha riguardato un'ASL del nord Italia, con l'intento di fornire qualche spunto di riflessione e aprire un'area di ricerca pur nella consapevolezza della parzialità dei nostri approfondimenti.

La richiesta di partenza era di realizzare un intervento di formazione per sostenere l'implementazione di un nuovo reparto all'interno di due presidi ospedalieri: un reparto con caratteristiche innovative e per certi versi trasgressive rispetto alle logiche presenti in ospedale; si trattava un'impresa complessa e alquanto sfidante sia per la direzione dell'ASL sia per il gruppo di operatori coinvolti. Si apriva la possibilità di offrire un servizio con orientamenti e modalità operative inconsuete, di gestire ruoli di responsabilità e autorità al di fuori dei modelli gerarchici consolidati, di avviare un'esperienza "pilota" in grado di diventare un polo di eccellenza all'interno dell'ospedale. La posta in gioco era alta e così le attese.

Inevitabilmente questi elementi forti hanno preso anche noi "consulenti esterne", coinvolgendoci a pieno titolo nella sfida.

Ripercorrendo il lavoro che abbiamo realizzato ci sono ritornate alcune domande: Quali risorse e ostacoli abbiamo incontrato? Quali confini e obiettivi ha avuto il nostro intervento? Quali esiti e apprendimenti ?

* Abbiamo tralasciato, per doverosa riservatezza, riferimenti più precisi a nomi propri e luoghi geografici. Non tralasciamo però di ringraziare tutti coloro che, ai diversi livelli organizzativi, dal reparto alla direzione, hanno compiuto con noi questo percorso condividendone con grande disponibilità anche le fatiche.

LA COSTRUZIONE DELL'OGGETTO DI CONSULENZA

Attraverso questi interrogativi abbiamo ripensato al percorso fatto e ci è sembrato interessante capire meglio quale sia stato l'oggetto reale ed effettivo della nostra consulenza e quale ne sia stato il prodotto.

Perchè parlare di un processo di costruzione dell'oggetto di consulenza ? Perchè tale oggetto, contenuto all'interno del mandato iniziale, non si presenta come pienamente individuato. Il mandato, pur se formalizzato, ne contiene l'involucro, le caratteristiche salienti, ma non ne specifica il contenuto. A fronte di un'individuazione generale dei problemi il mandato fornisce degli orientamenti, individua un obiettivo, formula una richiesta alla consulenza, utile in fase di avvio ma non sufficiente a delimitare il campo d'azione e gli esiti possibili del lavoro, a declinare modalità, tempi e problematiche da trattare. Per focalizzare i problemi emergenti e le possibili aree di intervento occorre avviare un processo di esplorazione e ricerca che, in dialogo con il contesto organizzativo, ne individui le caratteristiche, i nodi critici e le risorse.

Realizzare al meglio un servizio di assistenza all'interno di un reparto ospedaliero può significare cose assai diverse in relazione a come i diversi attori in gioco (infermieri, ausiliari, direzione, medici, consulenti) si rappresentano tale servizio. Essi hanno in comune delle linee generali, una mission, ma il disegno richiede di essere precisato, confrontato cioè con i dati di realtà e le forze in campo. E' un processo che assume connotazioni diverse in relazione al tipo di contesto e prevede per il consulente una scelta di percorsi, strategie e modalità di lavoro ogni volta differenti e pensate per garantire un'efficace presa di contatto e di ascolto con ciò che di volta in volta il contesto rinvia. Questo processo non è lineare e neppure indolore. E' al contrario attraversato da continue turbolenze e può generare conflitti nella relazione con i clienti. Non è facile per il consulente capire quanto adeguarsi a rappresentazioni non condivise, quanto per contro proporre visioni di problemi che rischiano di rompere delle alleanze. Si provano emozioni forti che rischiano di far perdere la rotta.

Vi sono alcune variabili significative che possono influenzare la costruzione dell'oggetto di consulenza: il tipo di mandato, i paradigmi culturali dell'organizzazione di appartenenza, le diverse rappresentazioni dei problemi, sia da parte del consulente sia del committente e degli altri clienti, i valori e le soggettività in campo. La situazione che abbiamo incontrato ci permette di ricostruire la storia di un oggetto di consulenza complesso e di analizzare le variabili che hanno maggiormente giocato nel percorso.

L'organizzazione in cui le persone lavorano, a cui appartengono struttura nei singoli modi di agire, di interagire, di pensare. Far parte di un ospedale comporta condividere degli "abiti mentali" (Bourdieu) essere partecipi e portatori di una cultura, avere delle piste consolidate per individuare i problemi e per trattarli. Il contesto ospedaliero presenta alcune caratteristiche peculiari che connotano le dimensioni di pensiero dando luogo ad uno specifico modo di vedere le relazioni fra le persone e di progettare le azioni organizzative.

I modelli di **pensiero** dominanti tendono a postulare una razionalità che ordina e governa, che definisce e prescrive e che possiede un'incondizionata fiducia nei criteri, negli strumenti e nella competenza scientifica; la linearità e l'omologazione sono i capisaldi. Il paradigma sanitario si fonda sulla certezza del metodo: i dati empirici hanno scarsa rilevanza se non vengono comprovati da criteri certi di rilevazione e classificazione.

Le **relazioni** sono pensate come disimmetriche, sia tra le famiglie professionali sia tra il personale medico e gli utenti.

Esse sono statiche, formali e gerarchiche, basate sul titolo, sull'anzianità, sulla posizione organizzativa.

Sono iscritte in un ordine di potere predefinito e radicato nel senso comune.

Le **azioni** risultano finalizzate all'adempimento di protocolli nel rispetto della sequenzialità logica e delle prassi consolidate. La progettazione si svolge all'interno di un ordine scientifico e di una prescrittività che risolve in modo definitivo alcune

IL CONTESTO
ORGANIZZATIVO
DELL'OSPEDALE E LE
CARATTERISTICHE
DEL PROGETTO
"POST-ACUTI": UN
INCONTRO
SFIDANTE

problematiche delegandone la manutenzione al corretto assolvimento di procedure formalizzate.

In questo contesto organizzativo il cambiamento proposto dal progetto di avvio del reparto Post-Acuti risulterà oltremodo faticoso e portatore di conflitti per le logiche contrapposte che introduce. Il progetto di attivazione delle unità assistenziali Post-Acuti, infatti, si configura come un progetto complesso e innovativo sul piano della cultura aziendale poiché richiede competenze nella messa a punto di processi e modalità di lavoro inusuali.

Vediamone le principali caratteristiche:

- l'unità assistenziale Post-Acuti fornisce interventi personalizzati a pazienti che, superata la fase acuta, necessitano di elevata assistenza infermieristica al fine di sviluppare il massimo potenziale di autonomia residua per un facilitato reinserimento nel loro ambiente familiare, lavorativo, e sociale nel più breve tempo possibile;
- l'unità è caratterizzata da un'elevata intensità di assistenza infermieristica a fronte di una bassa intensità di assistenza medica; la responsabilità organizzativa e gestionale è di norma affidata al personale infermieristico ferme restando la supervisione e la responsabilità clinica dei singoli medici responsabili dei degenti;
- il reparto è aperto ai visitatori e familiari senza limite di orario;
- il modello assistenziale è fondato sul lavoro di un team multiprofessionale e sulla individuazione della figura del *case manager* che diviene il riferimento stabile per il paziente: ha la responsabilità della gestione del piano assistenziale e garantisce la continuità del percorso, dall'accoglimento in reparto fino alle dimissioni e agli eventuali contatti con i servizi territoriali che seguiranno il paziente a domicilio;
- il processo di lavoro si ridisegna in modo diverso da quello abituale per l'ospedale poiché pone al centro l'utente con l'obiettivo di offrire assistenza personalizzata. Tale processo quindi non si può predefinire nè dare per scontato, non è ri-

petibile, ma in quanto “processo condiviso di soluzione dei problemi (nursing process)” richiede capacità di ri-progettazione continua. Ciò significa sviluppare competenza nel riconoscere, attraverso il lavoro svolto, quali sono i problemi, definire le priorità, orientare le azioni attraverso l’individuazione di obiettivi comuni.

L’incontro tra il tipo di contesto, quello ospedaliero sopra descritto, e la natura del progetto di costituzione del reparto Post-Acuti ha posto delle problematiche che si sono rivelate nel corso del lavoro molto difficoltose da trattare. Il progetto, per la sua piena realizzazione, pone in discussione alcuni dei capisaldi del contesto stesso. Esso propone infatti di implementare un reparto nel quale non sono previste responsabilità gestionali attribuibili ad un primario in quanto la figura di autorità e responsabilità del reparto è rivestita da un ruolo infermieristico, quello della caposala. In ospedale, per contro, un principio cardine e acquisito a tutti i livelli è quello di autorità definito dalla **gerarchia professionale** che mette al primo posto i medici e a seguire tutte le altre professionalità; l’ordine così costituito è l’origine del potere che si gioca all’interno delle relazioni professionali. Il progetto inoltre propone di mettere al centro l’utente, o **cliente**, cui offrire un’assistenza personalizzata al di fuori dei canoni standardizzati di cura previsti per i pazienti. Anche la **famiglia** assume una rilevanza centrale nel processo di assistenza in quanto risorsa cruciale per il raggiungimento degli obiettivi. L’ipotesi progettuale prevede anche la revisione degli indicatori di efficacia e di efficienza con cui si misura in genere la **prestazione** sanitaria dando ampio rilievo all’integrazione di saperi e ruoli diversi per il raggiungimento di un obiettivo comune. In tal senso la valutazione della prestazione individuale risulta collegata al raggiungimento dell’obiettivo di équipe -il livello di autonomia del paziente- più che all’assolvimento di compiti o procedure previste.

Lo spostamento dal **compito all’obiettivo** è una rivoluzione nelle modalità lavorative del personale ospedaliero e rimette

LE INIZIATIVE
NEL PROCESSO
CONSULENZIALE:
RISCHI,
OPPORTUNITÀ E
NODI
PROBLEMATICI.

in discussione la rigidità e l'obsolescenza dei protocolli, degli ordini di servizio, dei confini predefiniti di azione; nel contempo propone di attivare una reale capacità di **lavoro in equipe** e di **ri-progettazione** continua del servizio da erogare nel nuovo contesto sempre più caratterizzato dalla competenza comunicativa, dalla responsabilità e coinvolgimento sull'intero processo e non su singole parti.

Il prodotto che ne deriva è diverso dalla sequenza dei vari esiti dei reparti che si sono presi in carico successivamente lo stesso paziente, è il **risultato integrato** di un processo che coinvolge più reparti e più professionisti. Essi sono tutti impegnati a misurarsi, a breve e a lungo termine, con l'esito finale del servizio erogato nei confronti dell'utente e degli altri "clienti" ad esso collegati (famiglia, servizi del territorio..).

Il progetto Post-Acuti rappresenta quindi una sfida all'ordine tradizionalmente consolidato all'interno dell'ospedale sul piano del pensiero che introduce, delle relazioni che instaura, e infine delle azioni che comporta. All'interno di questo scenario proponiamo alcuni nodi problematici ripercorrendo le tappe del processo di consulenza e le diverse azioni che abbiamo intrapreso.

Il mandato iniziale e l'individuazione dell'oggetto di lavoro

La forte spinta ideale e positiva che ha guidato la fase di stesura del progetto del nuovo modello assistenziale, ha consentito di aggregare gli operatori attorno a un patto forte di motivazione e fiducia rispetto alla realizzazione del progetto. Si è così prodotto nei singoli e nei gruppi che venivano a contatto un movimento di idealizzazione rispetto a ciò che si andava a costruire -il reparto Post-Acuti- in forte opposizione a ciò che si lasciava -i reparti di provenienza-. Questo movimento ha innalzato il livello di aspettative e ha permesso a persone che non avevano mai lavorato insieme di sentirsi parte di uno stesso sogno, di una prova sfidante, di un viaggio avventuroso: la selezione del personale per il nuovo reparto ha assunto quasi la dimensione di un'investitura, di una designazione. L'insieme di questi fattori ha contribuito a creare le

condizioni perchè il progetto Post-Acuti assumesse le caratteristiche di una vera e propria impresa innovativa all'interno del contesto ospedaliero.

Il **mandato** nei confronti della consulenza assumeva, all'interno di questo scenario, caratteristiche analoghe: piena adesione all'impresa, alleanza sui valori ispiratori, accompagnamento e sostegno nel cambiamento, rinforzo al gruppo degli operatori, fiducia incondizionata negli esiti. Si trattava di un mandato investito emotivamente, un mandato "caldo".

Il mandato era ben delineato e precisato negli obiettivi, formalizzato e collegato in modo molto stretto al disegno organizzativo da implementare; l'oggetto di consulenza era individuato in modo generale rispetto agli obiettivi ma non ancora confrontato e declinato con le caratteristiche del contesto. Tuttavia per i nostri clienti la piena adesione al mandato, cioè la realizzazione di quanto previsto dal disegno del progetto, esauriva completamente le attese anche nei confronti della consulenza: **l'oggetto di consulenza era incorporato nel mandato.**

Forse ciò era riconducibile al fatto che la progettazione del nuovo reparto si era tradotta principalmente nel disegno che tendeva a saturare tutte le istanze formali per la completezza e l'accuratezza dei dettagli. La prefigurazione del percorso necessario per collegare tale disegno all'operatività da implementare non era esplicitata e sembrava relegata a momenti di scambio informali. Proprio per la natura dell'oggetto progettato -un nuovo modello assistenziale e quindi nuove modalità lavorative e di integrazione con il contesto organizzativo- il percorso di micro-progettazione era altresì indispensabile per dare corpo alle ipotesi progettuali e conseguentemente per sostanziare fase per fase l'oggetto di consulenza .

In fase di avvio del reparto alcune variabili chiave delle ipotesi progettuali sembravano essere considerate come problemi rinviabili, tra loro scollegati, poco rilevanti rispetto alle urgenze quotidiane, mentre era proprio in esse che si concretizzava la natura innovativa del progetto. Il coinvolgimento effettivo dell'équipe nella definizione e nella gestione del piano di as-

sistenza, l'utilizzo concreto e condiviso dei nuovi strumenti di lavoro, la relazione con i medici invianti, il rapporto con le famiglie dei pazienti, la costruzione della rete con i servizi territoriali, i nuovi ruoli di responsabilità all'interno del reparto e la ripartizione dei carichi di lavoro erano tutti aspetti che rischiavano di essere considerati marginali, anzichè rappresentare i principali oggetti di lavoro su cui concentrare gli investimenti e l'attenzione a tutti i livelli (staff di direzione, gruppo di operatori, consulenza).

La mancata individuazione degli oggetti di lavoro a livello di micro-organizzazione, per gli operatori impegnati sul campo, corrispondeva per analogia alla mancata individuazione dell'oggetto di lavoro per la consulenza. In questa fase esso si sovrapponeva completamente al mandato: aderire all'impresa, sposare il disegno era di per sè garanzia di un buon esito.

Da parte nostra l'assunzione del mandato è stata facilitata dal clima rassicurante e da un sentimento di fiducia che rappresentava la chiave di accesso per la costruzione di alleanza con il cliente. La situazione si presentava favorevole, il progetto sembrava ben orientato, molto sostenuto dall'alto e molto desiderato dal basso. La richiesta specifica non consisteva in una consulenza organizzativa, ma in una consulenza che avrebbe accompagnato, rinforzato e nutrito dal punto di vista formativo un gruppo di operatori avviati nel processo di cambiamento definito dalla precedente attività di progettazione.

Sguardi divergenti: le diverse rappresentazioni dei problemi.

Nel primo impatto con la realtà del reparto appena avviato si riscontra un forte scostamento rispetto alle attese, si verifica uno spiazzamento generale che colpisce tutti i soggetti coinvolti. Il contatto con la realtà, fino ad allora solo immaginata e idealizzata, e ora sperimentata, perciò sporcata e messa alla prova, genera la prima ferita. L'attesa "magica" di cambiamento risulta disattesa a più livelli: il patto è subito in crisi (ci avevano promesso un'altra cosa) e così gli strumenti (non funzionano) e le relazioni nel gruppo (c'è chi non è motivato

e non collabora). Da subito si manifestano da parte degli operatori sentimenti di fatica e di malessere nel confronto con la realtà che si andava costruendo. Le reazioni di intolleranza e di insopportabilità nel rapporto con gli errori e gli imprevisti del quotidiano erano riconducibili ad un vissuto di inadeguatezza rispetto al modello “buono” e perfetto del progetto.

A queste emozioni negative e a questo disagio pervasivo si è risposto con un moto collettivo di occultamento, spesso inconsapevole, delle criticità, come se il prendere atto dei problemi e mostrarli mettesse in discussione la possibilità di realizzare la prestazione attesa, facendo così intravedere il fantasma del fallimento. Si è prodotta inoltre una sensazione diffusa di delusione; le reciproche attese risultavano parimenti non assolte: quelle degli operatori verso l’azienda che aveva promesso un nuovo modello di lavoro e quelle intraviste dalla direzione in sede di selezione verso i singoli.

Nella fase del primo impatto le risposte dei diversi soggetti istituzionali implicati nel progetto si sono giocate su piani diversi, pur simili nell’esito. Gli operatori hanno espresso repentinamente un disagio e un forte senso di insofferenza generalizzata, più giocata sul piano emotivo che sul piano dell’analisi delle possibili cause; essi hanno avuto per contro il merito di mandare forti e insistenti segnali rispetto a un possibile malfunzionamento. Le caposala hanno reagito con comportamenti ispirati a un grande senso di responsabilità; da un lato hanno contenuto il disagio che si andava manifestando, dall’altro si sono fatte carico personalmente di tutte le difficoltà per trovare soluzioni immediate. Queste modalità si sono rivelate utili per tutelare l’immagine del reparto ma poco funzionali ad attivare processi di crescita e di consapevolezza per gli operatori. Per quanto riguarda i ruoli direzionali non era prevista, nella fase di avvio, una presenza continuativa o dei compiti precisi. Anche dal loro punto di osservazione, più esterno al reparto, è stato difficile leggere e utilizzare i segnali che gli operatori rimandavano mentre l’investimento è stato orientato a fornire pronte soluzioni più che a sostenere i grup-

pi nella trattazione e comprensione dei problemi.

Diverse rappresentazioni dei problemi davano origine a diversi oggetti di lavoro sulla base dei quali i soggetti si muovevano e prendevano decisioni su piani non integrati.

In questa situazione di disorientamento si pone il problema di dare un nome agli eventi critici che si verificano e di darne visibilità collegandoli alle ipotesi progettuali iniziali.

I fraintendimenti, le false piste, le forze in campo

In questa fase ci siamo date come priorità la costruzione di un ambito comunicativo, un luogo di incontro in cui sostare e interrogare la prima esperienza, anche se dolorosa e incongruente, senza obiettivi di frettolosa risoluzione.

Un luogo in cui dare accoglienza ai sentimenti di frustrazione, malessere, paura dei vari soggetti implicati di fronte ad una realtà "sporca", ambivalente, ansiogena, diversa da come si era immaginato.

Ci appariva importante ascoltare i sentimenti delle persone chiamate a un cambiamento, di cui avvertivano le perdite più che i guadagni, e che in questa prima fase non riuscivano a farne proprio il significato e a realizzarlo pienamente provando per questo un senso di vergogna e di inadeguatezza. Questi erano però gli unici segnali vitali che ci potevano orientare nella comprensione di quanto stava accadendo.

La possibilità di giungere al cuore dei problemi ci appariva collegata alla scelta di non occultare, anzi di accogliere, tenere in campo, sostare per capire. All'interno di questo faticoso processo di cambiamento ci sembrava che le cose realmente significative fossero quelle che accadevano via via, al di là di ogni previsione o predizione progettante. Era per noi importante mantenere ogni indizio, debole o forte, e cercare di interrogarlo e interpretarlo, anche senza la collaborazione dei soggetti implicati. Il fatto di oltrepassare senza considerare tali segnali non significa averli neutralizzati poichè è più probabile che essi rimangano come fraintendimenti all'interno dell'organizzazione e perciò potenziali generatori di comportamenti difformi, non integrati e fortemente perturbanti.

Dopo la fase di disorientamento dovuta al primo impatto abbiamo cercato di investire risorse nel rilegittimare l'obiettivo dell'individuazione dei problemi effettivi, al di là delle false piste e delle soluzioni tempestive. A partire dalla ricostruzione delle rappresentazioni dei problemi da parte di tutti i livelli implicati ci siamo date il compito scomodo e sgradito di sostare, tollerando di procedere anche in modo incerto e temporaneamente insoddisfacente, per orientare il lavoro comune di costruzione e di ricerca di significati di quanto stava accadendo. Nel fare ciò abbiamo dovuto fare i conti con forze contrapposte che da una parte erano tese a far sparire il malessere tamponando qua e là le diverse ferite con soluzioni sbrigative -i problemi dovevano esser "fatti fuori" perchè insopportabili- dall'altra erano impegnate nell'occultamento del malessere e nella negazione -non ci sono problemi, sono le persone che non vanno, chi si lamenta è contro.

Peraltro chi si lamentava lo faceva in modo distruttivo andando a incrinare maggiormente il clima.

Questo periodo è stato connotato da un tentativo di salvataggio da parte dei livelli di responsabilità più operativi, caposala e case manager, da una fatica per i ruoli di coordinamento a legittimarsi nei confronti degli operatori che li avvertivano come presenze esterne al reparto e pertanto lontane e da una difficoltà per i ruoli di direzione a immaginarsi una presenza attiva nel contenere e affrontare i problemi in campo.

Trovandoci al centro di queste forze contrapposte abbiamo subito momenti di impasse e di scacco, talvolta travolte dagli eventi, talvolta messe in sordina o allontanate, svalorizzate.

E' stato necessario anche un tempo di silenzio e di attesa da parte nostra per fare una pausa, frenare, non farci travolgere dall'onda di piena.

In questa fase **non solo l'oggetto della consulenza era quanto mai poco individuato, ma lo stesso ruolo della consulenza era oggetto di fraintendimenti**: ci si attendeva risposte sul piano pratico/tecnico e non sul piano metodologico e di processo perchè nel vissuto degli operatori i problemi "veri" erano solo tecnici.

Si disertavano perciò le riunioni programmate per fare analisi del processo di lavoro perchè non erano sentite come utili. Non eravamo esperte di materia assistenziale quindi non eravamo di aiuto. Tutto il lavoro di micro-progettazione per implementare ruoli, strumenti, meccanismi integrativi, reti di relazioni viene abbandonato o trattato a pezzi da persone diverse, senza coordinamento. Da parte nostra ci interroghiamo su quale pensiero stia circolando, e quali risorse in campo siano realmente a disposizione. Notiamo che non è presente una visione d'insieme, si guarda infatti a un problema o a un dettaglio per volta per trovare rapida e specifica soluzione; pare smarrita la capacità progettuale con il risultato che anche le soluzioni intraprese risultano non integrate e poco efficaci.

L'oggetto di lavoro diviene allora la comprensione di ciò che stava accadendo. Abbiamo cercato di mettere in relazione tutti i segnali che potevamo cogliere, fidando più nell'osservazione diretta che nelle restituzioni degli interlocutori "filtro", tutor e caposala, a volte troppo coinvolti nelle dinamiche del gruppo .

Questo compito di comprensione condotto con tenacia e forte intenzionalità da parte nostra era alimentato dalla consapevolezza che in quella fase era cruciale presidiare gli obiettivi originari del progetto, così fortemente messi a rischio dai fatti. All'interno di un clima sfavorevole, connotato da conflitto, tensione e fraintendimenti, gli obiettivi del progetto rappresentavano uno dei pochi ancoraggi possibili.

Le parole per dirlo: confrontarsi sui problemi reali per rifondare un oggetto di lavoro attendibile e condiviso.

Ciò che avevamo sino ad allora colto ci sembrava critico e rendeva sgradito il compito delle restituzioni anche sotto l'aspetto della relazione con il committente. Nel realizzare tale scomoda restituzione ci sembrava che un possibile appiglio fosse il richiamo a una assunzione di responsabilità circa gli esiti del progetto e le reali volontà soggettive e politiche rispetto al cambiamento in atto. Questi aspetti, sino ad allora poco esplicitati, diventavano un'area di confronto importante

per costruire un'alleanza fertile con i nostri clienti.

Quale rappresentazione del cambiamento era stata assunta dal cliente? Era un cambiamento reale ed effettivo quello che si stava delineando oppure, evocati alcuni principi di fondo, si stava realizzando un reparto "novità" ma non innovativo?

Su cosa realmente ci stavamo misurando?

Molte organizzazioni lanciano iniziative ambiziose ma si accontentano di annunciarne l'esistenza indipendentemente dagli esiti effettivi; ci sono storie diverse in cui la committenza si misura sui risultati e ne chiede conto a chi ha avuto in carico il progetto. C'era da capire di quale situazione si trattava per poter orientare le successive iniziative ed eventualmente decidere il nostro livello di coinvolgimento. Nella restituzione abbiamo riportato tutte le aree di criticità e i rischi potenziali connessi, autorizzandoci a dire ciò che non era in linea con le attese al di là delle apparenze e delle consapevolezze.

I contenuti della restituzione, formalizzati successivamente in una relazione scritta, vertevano principalmente su tre temi:

- la distonia fra la progettazione immaginata e quella realizzabile per il reparto Post-Acuti;
- la difficoltà a dar corpo al nuovo oggetto di lavoro del reparto;
- la mancata integrazione nel lavoro di équipe.

Per quanto riguarda il primo punto ci è sembrato importante coinvolgere i nostri clienti sull'urgenza di costruire un ponte, un percorso strutturato di attività, per collegare il disegno ad una realtà di reparto fattibile e fedele il più possibile all'impianto metodologico innovativo.

Si trattava di riprendere insieme ogni aspetto del disegno di progetto e di verificarne lo stato di avanzamento e le criticità in atto.

In relazione al secondo aspetto, il nuovo oggetto di lavoro del reparto Post-Acuti, si è delineata la centralità dell'avvio di una fase di monitoraggio che facilitasse il lavoro indicandone di volta in volta gli obiettivi e verificasse che i processi di cam-

biamento avvenissero in linea con gli obiettivi definiti. L'avvio di questo nuovo modello assistenziale prevede infatti che l'oggetto del lavoro non si limiti al compito professionale di fornire assistenza ma investa capacità di tipo relazionale, comunicativo e organizzativo per la messa a punto di risposte congruenti ai problemi che i pazienti e gli altri diversi clienti portano al reparto; per fare ciò occorre che le diverse prestazioni siano fra loro coerenti e ben collegate agli obiettivi individuati. Ciò implica per gli operatori coinvolti una complessa attività di ridefinizione anche del proprio modo di pensare al lavoro all'interno del reparto e di individuare compiti e priorità. L'esperienza precedente è utile ma non rappresenta di per sé una risorsa sufficiente per rispondere alle nuove attese di ruolo organizzativo. Si richiede agli operatori coinvolti in tale processo di cambiamento di procedere per approssimazioni e costruzioni progressive, di tollerare l'incertezza del percorso e di considerare le prestazioni parziali come tappe di avvicinamento e non come scarti o mancanze. In questo senso progettare significa fare i conti con le risorse reali e con gli effettivi tempi di apprendimento.

Rispetto all'ultimo punto oggetto di restituzione, la mancata integrazione all'interno del reparto, ci sembra rilevante il fatto che la mancata individuazione di ciò che significava integrarsi in questo nuovo contesto, a fronte di un diverso oggetto di lavoro, ha costituito una difficoltà che ha pesato molto fin dall'inizio. L'integrazione era stata pensata come una caratteristica fondante del nuovo modello assistenziale, declinata nell'esistenza dell'equipe di settore (due per ogni reparto) che si assumeva l'obiettivo di accompagnare il ciclo di assistenza per ciascun paziente assegnato. In assenza di indicazioni esplicite su come realizzare tale integrazione sul piano operativo si sono originate interpretazioni diverse a partire dai paradigmi culturali presenti nel contesto ospedaliero. Pertanto l'idea di integrazione è stata da un lato associata al fatto di essere co-presenti, in termini di vicinanza e presenza fisica, di lavorare insieme ad altri; d'altro è stata individuata nell'atto della divi-

sione dei compiti e nel momento giornaliero della consegna. Non si è compreso appieno che il senso del nuovo lavoro era strettamente connesso alla realizzazione dell'obiettivo comune al quale tutte le azioni individuali dovevano essere finalizzate. L'integrazione non sarebbe più stata garantita dall'assolvimento dell'intera sequenza di compiti o dal protocollo.

L'oggetto della consulenza in questa fase è stato quindi la ridefinizione della relazione tra consulenza e cliente, con un riposizionamento reciproco in termini di funzione, di responsabilità e di poteri. Siamo consapevoli di trovarci di fronte a una svolta nella relazione con il cliente: sicuramente non sarà più la stessa ma è difficile dire di quale natura sarà e cosa ci porterà .

Il nuovo patto: l'allargamento dell'oggetto di consulenza

A seguito della restituzione degli esiti dell'analisi si sono configurate delle condizioni reciprocamente soddisfacenti per procedere nel lavoro. E' stato possibile rifondare un nuovo patto a partire dall'esigenza che nel corso del lavoro era stata accantonata: individuare le modalità e i compiti attraverso i quali ciascun ruolo organizzativo -la direzione, lo staff, le consulenti, gli operatori- avrebbe potuto prendersi cura e accompagnare il processo di cambiamento affinché potesse andare effettivamente verso il disegno ipotizzato.

E' stato così possibile ridefinire un quadro di lavoro per sostenere attivamente l'implementazione del progetto in cui ciascuno avesse attribuito un ruolo e un ambito di intervento preciso. Questo ha consentito di ricreare una rete di fiducia tra i vari soggetti. Sembrava che i problemi, focalizzati e individuati, fossero in qualche modo circoscritti e quindi trattabili, mentre fino ad allora rappresentavano soltanto ingombri o minacce. Diventa ora possibile anche utilizzare, a ciascuno per il suo ambito di competenza, gli elementi di metodo che proponiamo per l'analisi e il trattamento dei problemi. Sosteniamo la parte di pensiero, la riflessione su ciò che si sta realizzando; è questa un'attività poco praticata dai soggetti coinvolti,

ma necessaria per costruire la nuova realtà organizzativa.

Tutti gli sforzi in questa fase sono stati finalizzati a creare le condizioni per la realizzazione delle ipotesi progettuali, per garantire una connessione tra il disegno e l'operatività possibile. Innanzitutto si è affrontata la criticità del patto di coinvolgimento tra personale e direzione, messo alla prova dalle difficoltà iniziali, richiamando ciascun soggetto istituzionale al proprio ruolo e responsabilità e ridefinendo i termini del patto stesso. A tale scopo gli incontri dei gruppi con le consulenti, la produzione di documenti condivisi, la costituzione dello staff di monitoraggio, la presentazione del progetto al nuovo direttore sanitario, gli incontri della direzione con i reparti hanno svolto un ruolo importante nella ricostruzione dell'alleanza tra le diverse componenti organizzative ai fini della tenuta del progetto. Non solo si è reso indispensabile ridefinire il patto di progetto ma è emersa in modo pressante l'esigenza di istituire una funzione di sostegno e di controllo al progetto nella delicata fase dell'implementazione, coinvolgendo i diversi livelli organizzativi. Tale funzione si è data compiti di orientamento, garanzia, visibilità verso l'esterno, presidio dei processi comunicativi e decisionali, verifica dell'operatività. Lavorare sulle condizioni di realizzabilità del progetto ha consentito a ciascuno di precisare il proprio ruolo organizzativo e di assumere un compito definito connesso all'obiettivo comune. Inoltre durante questo processo di precisazione si è potuto nel contempo dar forma al nuovo oggetto di lavoro del reparto facilitandone l'assunzione ai diversi livelli. L'individuazione delle diverse fasi del processo lavorativo ha reso visibile il contenuto e lo scopo del lavoro del reparto sia agli operatori sia ai diversi referenti. Tale chiarezza condivisa rispetto al nuovo oggetto di lavoro ha rafforzato gli obiettivi istituzionali del progetto preservando sia i soggetti implicati che il progetto stesso dal rischio di frammentazione e di sconfirma.

L'oggetto e il ruolo della consulenza, che precedentemente apparivano poco individuati e frantesi, ora hanno preso una forma e una sostanza ben connotata, an-

che se diversa da quella iniziale. Ciò è avvenuto poichè il reale bisogno organizzativo è stato rimesso al centro dell'attenzione e rifocalizzato; reso in tal modo disponibile e visibile a tutti ha consentito di ristabilire un ordine e di conseguenza anche di precisare l'oggetto di consulenza. **Da un iniziale intervento formativo e di accompagnamento ci si è spostati verso un oggetto di consulenza in ambito organizzativo.**

Come si può vedere nella situazione narrata si è trattato di un effettivo processo di costruzione dell'oggetto della consulenza e molte sono state le variabili che ne hanno influenzato la configurazione. E' proprio a partire dagli esiti di fase, di breve e medio termine, che abbiamo potuto ricostruirne la storia e individuare le cause del suo prender forma in modo progressivo.

Abbiamo sperimentato come un processo di cambiamento all'interno del contesto ospedaliero interroghi la costruzione dell'oggetto di consulenza e come da un mandato originario e istituzionale si arrivi ad un concreto oggetto di consulenza. E' indubbio che dal mandato iniziale all'esito finale c'è stata un'evoluzione e il nostro oggetto di consulenza ha mutato connotazione: da intervento nutritivo per l'accompagnamento e il rinforzo della formazione è diventato un intervento di cura dell'implementazione di un dispositivo organizzativo complesso.

Possiamo dire di aver dato al cliente ciò che ci aveva chiesto? Quanto la riformulazione dei problemi è stato un processo condiviso?

Abbiamo fatto la scelta di legare l'esito della nostra consulenza all'esito del processo di cambiamento, una volta assicurateci che questo era il forte intendimento del cliente, senza assumere in modo acritico le rappresentazioni dei problemi che ci sono apparse come false piste e ostacoli più che facilitazioni. Per fare questo però è stato necessario sostenere una dinamica relazionale scomoda e sgradita ad entrambe le parti e a volte conflittuale per poter riaprire sul senso del percor-

IL PRODOTTO DELLA CONSULENZA:
ESITI E
INTERROGATIVI

so. Questo ci ha consentito di giungere, attraverso un processo di presa di consapevolezza reciproca, ad una rappresentazione dei problemi trasparente, condivisa e grazie alla quale poter lavorare insieme.

Gli obiettivi del progetto sono stati presidiati: siamo state nelle nostre iniziative più fedeli al progetto che al cliente?

Come creare alleanze finalizzate, cioè costruite su oggetti e intendimenti comuni più che su relazioni "amiche"?

Per giungere a ciò capita di mettersi in contrapposizione, di dover prendere posizione definitiva e non ambigua con il rischio di essere percepiti come valutativi e giudicanti. Abbiamo corso rischi di espulsione, conflitto, incomprensione, adesione passiva. Potevano anche mancare risorse nell'organizzazione per cambiare rotta. Ci ha accompagnato a lungo il dubbio di essere poco utili, di fornire poco supporto o addirittura un servizio non gradito, non richiesto.

Abbiamo cercato alleanze mostrando il paradosso dato dal fatto che il contesto intendeva promuovere un cambiamento innovativo, e nel contempo, sentendolo come minaccioso rispetto ad alcune variabili fondative del suo stesso esistere, si appropinquava a gestirlo con una logica pre-cambiamento.

Potevamo provare, insieme, a interrompere questa modalità di funzionamento, a introdurre delle discontinuità, ad essere "infedeli" rispetto al modello noto? E' su questo svelamento, doloroso da ascoltare e difficoltoso da individuare, che si è riformulata la relazione cliente/consulente al di fuori dei canoni tradizionali e si è instaurato un nuovo tipo di relazione basato su un principio di cooperazione, di partnership; ciò ha permesso di aprire i canali di scambio e di ascolto attivo e ha favorito la comprensione e l'appropriazione di tutto ciò che prima non era stato possibile "digerire". Sono state rimesse in circolo le riflessioni, le analisi, le criticità emerse, tutto ciò che rischiava di essere svalorizzato e sbrigativamente liquidato. Si è ridato valore al percorso svolto insieme e se ne sono riconosciuti i limiti in un clima di reciprocità. Anche nella situazione odierna a distanza di tempo, tale apprendimento è rimasto nell'organizzazione come una preziosa risorsa disponibile

per orientare le azioni anche in altre occasioni .
Potremmo misurare il prodotto della consulenza rispetto ad altre variabili oltre a quelle già citate e introdurre così nuove dimensioni: la trasgressione al compito, la presa di autorità e di potere, il rischio nella costruzione di relazioni cooperative. Tutte queste variabili possono essere chiamate in causa, a nostro avviso, nella costruzione dell'oggetto di consulenza laddove un consulente di processo si dia come obiettivo non solo la produzione di rappresentazioni attendibili dei problemi ma anche la creazione di condizioni perchè essi siano assunti e trattati efficacemente dai diversi soggetti dell'organizzazione. Sono, come abbiamo visto, variabili complesse e cariche di dimensioni ambivalenti, ma sono anche aree di ricerca sfidanti per chi ha a cuore la cura e la realizzazione di processi di cambiamento significativi all'interno di organizzazioni che producono servizi.



