



UNIMORE

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI
MODENA E REGGIO EMILIA

Dipartimento di Scienze Biomediche,

Metaboliche e Neuroscienze

**Corso di Laurea Magistrale in
Scienze Infermieristiche e Ostetriche
Sede di Modena**

Presidente: Prof.ssa Annalisa Bargellini

**“Team building, formazione esperienziale e co-costruzione delle
procedure nella COT Hub di Modena: un progetto bottom-up a
supporto della riorganizzazione operativa e dell’integrazione
multiprofessionale”**

Relatore: Dott.ssa Cacciapuoti Immacolata

Correlatore: Dott.ssa Pennacchia Maria Maddalena

Studente: Dott. Ferrara Livio Flavio

Anno Accademico 2024-2026

INDICE

1. Introduzione

1.1. Premessa

1.2. Il lavoro in team nella COT Hub: integrazione, comunicazione e benessere organizzativo

1.3. Importanza del tema nella pratica professionale

1.4. Motivazione e rationale della scelta della tesi

1.5. Sintesi del capitolo

2. Contesto e background

2.1. Descrizione dell'organizzazione/servizio

2.2. Processo e aree organizzative coinvolte

2.3. Rationale del progetto di miglioramento

3. Evidenze a supporto del miglioramento organizzativo della COT Hub

3.1. Benessere organizzativo e lavoro in équipe nei contesti sanitari

3.2. Team building e integrazione multiprofessionale

3.3. Leadership facilitante, leadership collettiva e cambiamento organizzativo

3.4. Formazione continua come leva metodologica del progetto

3.5. Apprendimento esperienziale e analisi dei casi

3.6. Formazione sul campo e continuità operativa del servizio

3.7. Co-design, partecipazione degli operatori e ownership degli strumenti

3.8. Valutazione degli esiti formativi e impatto organizzativo

3.9. Strumenti teorico-metodologici per l'analisi del benessere organizzativo

3.10. Sintesi delle evidenze a supporto del progetto

4. Obiettivi del progetto:

4.1. Obiettivo generale

4.2. Obiettivi specifici e misurabili

5. Metodologia

5.1. Modello di miglioramento adottato

5.2. Strumenti utilizzati

5.3. Stakeholder coinvolti

6. Progettazione operativa

6.1. Analisi dettagliata del problema

6.2. Identificazione delle cause

6.3. Pianificazione delle azioni di miglioramento

6.4. Risorse necessarie

6.5. Gantt

7. Risultati

7.1. Indicatori attesi

7.2. Analisi dati

7.3. Tabelle, grafici, indicatori di performance

7.4. Benefici qualitativi e quantitativi

8. Discussione

8.1. Interpretazione dei risultati

8.2. Raggiungimento degli obiettivi

8.3. Impatto del progetto sull'organizzazione

8.4. Confronto con letteratura e linee guida

9. Limiti

9.1. Vincoli organizzativi

9.2. Limiti metodologici

9.3. Criticità incontrate

10. Conclusioni e raccomandazioni

10.1. Sintesi dei risultati

10.2. Contributi al miglioramento

10.3. Sostenibilità nel tempo

10.4. Proposte di sviluppo futuro

11. Bibliografia

1. INTRODUZIONE

1.1. Premessa

Il Servizio Sanitario Nazionale e i sistemi sanitari regionali stanno attraversando una fase di profonda trasformazione organizzativa, orientata al rafforzamento dell'assistenza territoriale, alla continuità delle cure e alla presa in carico proattiva delle persone con bisogni complessi, cronicità, fragilità e multimorbilità.

La riforma dell'assistenza territoriale, delineata dal Decreto Ministeriale 23 maggio 2022, n. 77 [1], ha introdotto un nuovo modello organizzativo fondato sulla prossimità, sull'integrazione tra servizi e sulla necessità di superare la frammentazione dei percorsi assistenziali. In tale prospettiva, il territorio assume un ruolo centrale nella risposta ai bisogni di salute della popolazione, non più come ambito residuale rispetto all'ospedale, ma come luogo privilegiato di presa in carico, coordinamento e continuità assistenziale.

Il DM 77/2022 individua diversi elementi strutturali del nuovo assetto dell'assistenza territoriale, tra cui le Case della Comunità, gli Ospedali di Comunità, il rafforzamento dell'assistenza domiciliare, la telemedicina, il numero europeo armonizzato 116117 e le Centrali Operative Territoriali. Tra questi, la Centrale Operativa Territoriale rappresenta uno snodo organizzativo di particolare rilevanza, in quanto finalizzata al coordinamento della presa in carico della persona e al raccordo tra i diversi servizi e professionisti coinvolti nei percorsi assistenziali.

La COT svolge infatti una funzione di connessione tra ospedale, territorio, domicilio, servizi sociosanitari e sociali, contribuendo alla gestione delle transizioni assistenziali e alla costruzione di percorsi integrati. Essa assume quindi un ruolo strategico soprattutto nei confronti delle persone fragili o con bisogni complessi, per le quali la continuità e l'appropriatezza degli interventi dipendono dalla capacità del sistema di attivare tempestivamente le risorse necessarie.

In questo quadro, il funzionamento efficace della COT non dipende esclusivamente dalla disponibilità di procedure, strumenti informativi o modelli organizzativi formalizzati, ma anche dalla qualità delle relazioni professionali, dalla chiarezza dei ruoli, dalla comunicazione interna, dalla collaborazione multiprofessionale e dal benessere organizzativo degli operatori coinvolti.

1.2. Il lavoro in team nella COT Hub: integrazione, comunicazione e benessere organizzativo

Il presente lavoro di tesi si concentra sulla COT Hub di Modena e affronta il tema del team building e dell'integrazione multiprofessionale come leve per sostenere il benessere organizzativo e il miglioramento dei processi interni.

La COT Hub rappresenta un contesto organizzativo particolarmente significativo, poiché opera come nodo centrale all'interno della rete provinciale delle Centrali Operative Territoriali. La sua funzione richiede un raccordo costante con servizi territoriali, ospedalieri, domiciliari, sociosanitari e sociali, nonché con professionisti appartenenti ad ambiti diversi. Tale complessità rende indispensabile un elevato livello di integrazione tra le figure coinvolte e una chiara condivisione di flussi, responsabilità e modalità operative.

L'integrazione multiprofessionale, tuttavia, non può essere considerata una conseguenza automatica della presenza di più professionisti all'interno dello stesso servizio. Essa richiede processi intenzionali di costruzione del gruppo, condivisione degli obiettivi, riconoscimento reciproco delle competenze, definizione dei ruoli e sviluppo di modalità comunicative efficaci.

In questa prospettiva, il team building assume un significato organizzativo rilevante. Non si tratta di una semplice attività relazionale o motivazionale, ma di uno strumento utile a sostenere il consolidamento del gruppo di lavoro, favorire il confronto tra professionisti, rafforzare il senso di appartenenza e promuovere una maggiore responsabilizzazione rispetto ai processi assistenziali.

Allo stesso modo, il benessere organizzativo rappresenta una dimensione centrale per comprendere il funzionamento della COT. Esso riguarda la percezione che gli operatori hanno del proprio contesto di lavoro, delle relazioni professionali, del supporto ricevuto, della chiarezza dei compiti, della partecipazione ai processi decisionali e della possibilità di contribuire al miglioramento del servizio.

Analizzare il benessere organizzativo in un servizio come la COT Hub significa quindi interrogarsi non solo sul clima interno, ma anche sulle condizioni che favoriscono o ostacolano la collaborazione multiprofessionale, la qualità della comunicazione, la standardizzazione dei processi e la sostenibilità del lavoro quotidiano.

1.3. Importanza del tema nella pratica professionale

Il tema affrontato assume particolare rilevanza nella pratica professionale perché la COT è uno dei luoghi in cui si concretizza la capacità del sistema sanitario di garantire continuità assistenziale e integrazione tra setting diversi. Il coordinamento delle

transizioni assistenziali, la gestione delle segnalazioni, l'attivazione delle risorse territoriali e il raccordo tra professionisti richiedono processi chiari, ma anche un gruppo di lavoro capace di operare in modo coeso e condiviso.

Nei contesti sanitari complessi, la qualità dell'assistenza non dipende soltanto dalle competenze tecniche dei singoli professionisti, ma anche dalla capacità del team di comunicare, coordinarsi, condividere informazioni e prendere decisioni coerenti. La collaborazione multiprofessionale diventa quindi una condizione essenziale per ridurre la frammentazione, migliorare l'appropriatezza degli interventi e sostenere la continuità dei percorsi.

Il benessere organizzativo degli operatori è strettamente collegato a questi aspetti. Un contesto caratterizzato da incertezza dei ruoli, comunicazione disomogenea, scarsa condivisione dei processi o debole integrazione tra professionisti può generare stress, fatica relazionale, conflitti interpretativi e riduzione della motivazione. Al contrario, un ambiente di lavoro fondato su chiarezza, partecipazione, confronto e supporto organizzativo può favorire maggiore efficacia, senso di appartenenza e responsabilità condivisa.

In tale prospettiva, la formazione continua e l'apprendimento esperienziale rappresentano strumenti importanti per accompagnare i processi di cambiamento. Una formazione efficace non si limita alla trasmissione di contenuti, ma promuove riflessione critica, confronto tra professionisti e trasformazione delle pratiche operative. Attraverso metodologie attive, come l'analisi dei casi e il confronto guidato sul lavoro reale, è possibile partire da situazioni concrete del contesto lavorativo per individuare criticità, chiarire responsabilità, condividere soluzioni e produrre strumenti applicabili nella pratica quotidiana.

Il miglioramento dei processi della COT, pertanto, non può essere pensato solo come revisione tecnica delle procedure, ma deve includere anche il rafforzamento delle dinamiche di gruppo, della comunicazione interna e della leadership facilitante. Quest'ultima assume un ruolo fondamentale nel promuovere partecipazione, ascolto, confronto multiprofessionale e costruzione condivisa di soluzioni organizzative sostenibili

1.4. Motivazione e razionale della scelta della tesi

La scelta di sviluppare questa tesi nasce dall'interesse per il ruolo strategico della COT Hub di Modena nel nuovo modello di assistenza territoriale e dalla consapevolezza che

la piena efficacia di questo servizio dipenda non solo dalla definizione formale dei processi, ma anche dalla capacità degli operatori di lavorare come équipe integrata.

La COT Hub si colloca infatti in una fase di consolidamento organizzativo, nella quale la complessità del mandato istituzionale richiede un progressivo rafforzamento delle modalità di lavoro, dei flussi comunicativi e dell'integrazione tra professionisti. In tale contesto, il tema del benessere organizzativo diventa particolarmente rilevante, perché consente di leggere il funzionamento del servizio dal punto di vista degli operatori e di comprendere quali condizioni possano sostenere o ostacolare il lavoro quotidiano.

Il rationale del progetto si fonda sull'idea che il miglioramento organizzativo non possa essere costruito esclusivamente attraverso interventi prescrittivi o imposti dall'alto. Al contrario, nei servizi ad alta complessità relazionale e multiprofessionale, il cambiamento risulta più sostenibile quando gli operatori sono coinvolti attivamente nell'analisi delle criticità, nella definizione delle priorità e nella costruzione degli strumenti di lavoro.

Per questo motivo, il progetto assume un approccio partecipativo, dal basso verso l'alto (bottom-up), orientato a valorizzare il punto di vista dei professionisti e a trasformare l'esperienza quotidiana in occasione di apprendimento organizzativo. Il coinvolgimento degli operatori, attraverso metodologie esperienziali e momenti strutturati di confronto sui casi, può favorire una maggiore adesione al cambiamento, rafforzare il senso di appartenenza e promuovere l'ownership degli strumenti prodotti.

La tesi si propone quindi di esplorare il benessere organizzativo percepito dagli operatori che collaborano con la COT Hub di Modena e di progettare un intervento di miglioramento dei processi fondato sul team building, sull'integrazione multiprofessionale e sulla co-costruzione di strumenti operativi condivisi.

La motivazione alla base del lavoro non è dunque soltanto descrittiva, ma progettuale: comprendere le dinamiche organizzative e relazionali della COT Hub per contribuire alla definizione di un percorso di miglioramento coerente con i bisogni reali del servizio e con gli obiettivi della riforma territoriale.

In questa prospettiva, il progetto intende promuovere un modello di miglioramento che tenga insieme tre dimensioni strettamente collegate: la standardizzazione dei processi, il rafforzamento del team multiprofessionale e la tutela del benessere organizzativo. Tali dimensioni rappresentano condizioni essenziali affinché la COT possa svolgere

pienamente la propria funzione di raccordo, coordinamento e continuità all'interno della rete territoriale.

In sintesi: il presente capitolo ha introdotto il quadro generale entro cui si colloca la tesi, richiamando la trasformazione dell'assistenza territoriale e il ruolo strategico della Centrale Operativa Territoriale nel nuovo modello organizzativo previsto dal DM 77/2022.

È stato evidenziato come la COT Hub di Modena rappresenti un contesto ad alta complessità organizzativa e multiprofessionale, nel quale la qualità dei processi dipende dalla capacità di integrare procedure, comunicazione, collaborazione e benessere degli operatori.

Il rationale della tesi nasce dalla necessità di sostenere il consolidamento organizzativo della COT Hub attraverso un progetto partecipativo di miglioramento, orientato al team building, all'integrazione multiprofessionale e alla costruzione condivisa di strumenti operativi. L'analisi specifica del problema, gli strumenti utilizzati e le evidenze raccolte saranno approfonditi nei capitoli successivi, in particolare nella sezione metodologica.

2. Contesto e background

La riorganizzazione dell'assistenza territoriale rappresenta una delle principali direttrici di trasformazione del Servizio Sanitario Nazionale. Tale processo, sostenuto dalla Missione 6 del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza e formalizzato dal Decreto Ministeriale 23 maggio 2022, n. 77 [1], mira a rafforzare la prossimità delle cure, la continuità assistenziale, l'integrazione tra servizi e la presa in carico delle persone con bisogni complessi.

Il nuovo modello territoriale prevede lo sviluppo di reti assistenziali integrate, nelle quali le Case della Comunità, gli Ospedali di Comunità, l'assistenza domiciliare, la telemedicina, il numero europeo armonizzato 116117 e le Centrali Operative Territoriali concorrono alla costruzione di percorsi più vicini ai cittadini e maggiormente orientati alla continuità delle cure.

In questo scenario, la Centrale Operativa Territoriale assume una funzione strategica, poiché rappresenta uno snodo organizzativo finalizzato al coordinamento della presa in carico della persona e al raccordo tra i diversi servizi e professionisti coinvolti nei percorsi assistenziali. La COT contribuisce in particolare alla gestione delle transizioni

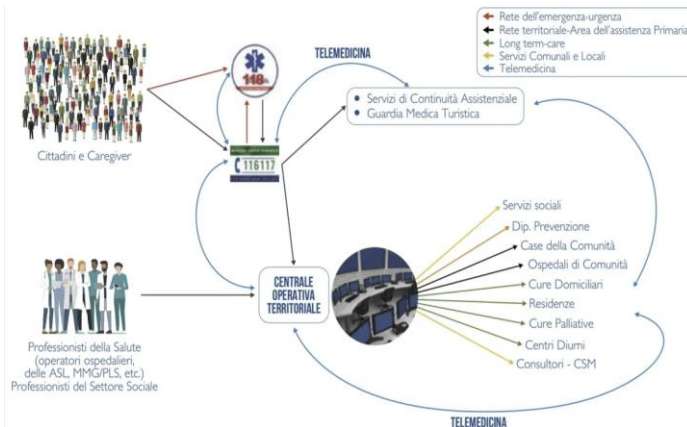
tra ospedale, territorio, domicilio, strutture intermedie e servizi sociosanitari, sostenendo l'appropriatezza e la tempestività degli interventi.

Nel territorio provinciale modenese, il modello delle Centrali Operative Territoriali si inserisce nel percorso di riorganizzazione dell'assistenza territoriale previsto dal PNRR [2] e dal DM 77/2022 [1]. La COT eredita e amplia alcune funzioni già presenti nei precedenti punti di accesso e raccordo sociosanitario, integrandole con una maggiore capacità di coordinamento tra ospedale, servizi territoriali, domicilio, strutture intermedie, servizi sociali e rete dell'emergenza-urgenza.

La complessità di tale funzione rende necessario non solo definire procedure e strumenti operativi, ma anche rafforzare la collaborazione multiprofessionale, la comunicazione interna e la condivisione dei processi tra gli operatori coinvolti. In questa prospettiva, il contesto della COT Hub di Modena rappresenta un ambito particolarmente significativo per sviluppare un progetto di miglioramento orientato al team building, all'integrazione multiprofessionale e alla standardizzazione condivisa dei processi.

2.1. Descrizione dell'organizzazione

La Centrale Operativa Territoriale è uno strumento organizzativo che svolge una funzione di coordinamento della presa in carico della persona, con particolare attenzione alle transizioni assistenziali e ai percorsi che richiedono il coinvolgimento di più servizi e professionisti.



Essa raccorda i diversi setting assistenziali ospedaliero, territoriale, sociosanitario, domiciliare, contribuendo alla costruzione di percorsi integrati e personalizzati. La COT non è un servizio ad accesso diretto da parte del cittadino, ma viene attivata dai professionisti della rete sanitaria, sociosanitaria e sociale quando si rende necessario coordinare risorse, interventi e passaggi assistenziali.

L'obiettivo generale della COT è favorire continuità, appropriatezza e tempestività nella presa in carico, con particolare attenzione alle persone fragili, croniche, non

autosufficienti o con bisogni assistenziali complessi. Attraverso la messa in rete delle risorse disponibili, la COT contribuisce a ridurre il rischio di frammentazione dei percorsi, ritardi nelle attivazioni e discontinuità tra i diversi livelli di cura.

Nel modello organizzativo dell'AUSL di Modena sono previste sette Centrali Operative Territoriali, di cui sei con funzioni distrettuali spoke e una con funzioni hub. La COT Hub di Modena assume una funzione centrale nel sistema provinciale, sia per il coordinamento di specifici percorsi complessi, sia per la presenza della Centrale di Telemedicina provinciale.

Oltre alle funzioni comuni alle altre COT, la COT Hub di Modena svolge compiti specifici relativi alla centralizzazione delle segnalazioni di pazienti con gravissima disabilità acquisita, alla gestione della telemedicina domiciliare e alla centralizzazione delle dimissioni protette dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena. Tali funzioni conferiscono alla COT Hub un ruolo di particolare complessità organizzativa, poiché richiedono un raccordo costante con molteplici interlocutori e servizi.

La COT opera secondo un modello Hub & Spoke, nel quale la sede hub svolge funzioni di raccordo, supporto e coordinamento rispetto alla rete territoriale. Tale modello richiede un'elevata integrazione tra professionisti, servizi, strumenti informativi e procedure operative, poiché le attività attraversano più ambiti organizzativi e assistenziali.

Dal punto di vista organizzativo, la COT è collocata nell'ambito distrettuale ed è caratterizzata da una forte integrazione sociosanitaria e sociale. Il funzionamento organizzativo-gestionale è affidato a una responsabilità infermieristica aziendale a valenza trasversale, mentre l'integrazione sociosanitaria è garantita attraverso la presenza o il collegamento funzionale con l'assistente sociale e con le altre figure professionali coinvolte.

Tra gli interlocutori principali della COT rientrano medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, infermieri di famiglia e comunità, assistenti sociali, professionisti delle cure domiciliari, specialisti, fisioterapisti, case manager, personale amministrativo, servizi ICT, strutture intermedie, servizi residenziali e semiresidenziali.

Questa pluralità di soggetti conferma la natura trasversale della COT e rende evidente la necessità di processi chiari, flussi comunicativi condivisi, ruoli definiti e strumenti capaci di sostenere il lavoro multiprofessionale.

2.2. Processo e aree organizzative coinvolte

Il presente lavoro prende in esame i processi organizzativi trasversali della COT Hub di Modena, con particolare attenzione alla gestione delle segnalazioni, alla valutazione del bisogno, alla presa in carico, al coordinamento multiprofessionale e alla continuità assistenziale.

Si tratta di processi che coinvolgono più professionisti, servizi e livelli organizzativi, e che richiedono chiarezza nei flussi, nelle responsabilità e nelle modalità di comunicazione. La complessità non deriva soltanto dal numero di attori coinvolti, ma anche dalla natura dinamica dei percorsi, spesso caratterizzati da bisogni sanitari, sociosanitari e sociali contemporaneamente presenti.

Le principali funzioni della COT possono essere ricondotte a quattro ambiti:

- ricezione e decodifica delle segnalazioni;
- valutazione del bisogno;
- coordinamento dei professionisti e dei servizi;
- verifica dell'avvio e del completamento del percorso personalizzato.

La fase di ricezione e decodifica della segnalazione rappresenta il primo momento di analisi della domanda. La COT può essere attivata da diversi soggetti della rete sanitaria, sociosanitaria e sociale, tra cui unità operative ospedaliere, pronto soccorso, medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, assistenti sociali, infermieri di famiglia e comunità, PUA, medici specialisti, CAU, servizi territoriali, strutture intermedie, servizi di salute mentale e, per specifici profili di bisogno, anche attraverso il numero unico 116117.

Questa pluralità di canali di attivazione conferma la necessità di un'organizzazione capace di gestire flussi informativi complessi e di orientare correttamente le richieste verso le risorse più appropriate.

La valutazione del bisogno può assumere livelli differenti di complessità. In alcuni casi può trattarsi di una valutazione semplificata, basata su attività di triage e raccolta delle informazioni disponibili. In altri casi, soprattutto nelle situazioni caratterizzate da fragilità, instabilità o presenza di bisogni sociosanitari integrati, può essere necessaria una valutazione multiprofessionale e multidimensionale, con il coinvolgimento di più figure professionali.

L'organizzazione operativa della COT prevede funzioni di front office verso i professionisti della rete e funzioni di back office per l'approfondimento, il coordinamento e il monitoraggio dei casi. Il triage, svolto dagli infermieri, rappresenta un passaggio centrale per raccogliere le informazioni necessarie, definire la tipologia del bisogno e individuare il livello di complessità della situazione.

Nel percorso di transitional care, la COT interviene in tre fasi principali. La prima riguarda la segnalazione, che può provenire dalla rete ospedaliera, dal pronto soccorso, dal territorio, dal 116117 o dai CAU. La seconda fase comprende la valutazione del bisogno e il coordinamento della transizione, attraverso l'attivazione delle risorse territoriali, intermedie, sociali o riabilitative più appropriate. La terza fase riguarda la verifica dell'avvio del percorso e il monitoraggio del completamento della transizione, con particolare attenzione alle situazioni temporanee o ad alto rischio di frammentazione assistenziale.

Gli infermieri della COT assumono un ruolo centrale nella decodifica della domanda, nella valutazione della tipologia di bisogno, nella conoscenza dei territori di riferimento, nella mappatura dei servizi sociali e sociosanitari, nell'attivazione della rete territoriale e nell'utilizzo degli strumenti informatici e di telemedicina.

Tali competenze richiedono una formazione specifica, sia sul piano tecnico-organizzativo sia sul piano relazionale e multiprofessionale. La funzione della COT, infatti, non si esaurisce nell'applicazione di procedure, ma implica capacità di analisi, coordinamento, comunicazione, negoziazione e raccordo tra professionisti e servizi.

Il funzionamento della COT è inoltre strettamente collegato alla disponibilità di supporti informatici e informativi. Gli strumenti digitali consentono la gestione delle segnalazioni, il tracciamento dei percorsi, la condivisione delle informazioni e il monitoraggio delle transizioni tra setting assistenziali. L'integrazione tra sistemi informativi aziendali e regionali rappresenta quindi una condizione essenziale per garantire tempestività, appropriatezza e continuità della presa in carico.

Alla luce di tali caratteristiche, l'area organizzativa coinvolta nel presente progetto riguarda il rafforzamento dei processi interni della COT Hub di Modena, con particolare riferimento alla definizione di flussi operativi più chiari, alla costruzione di strumenti condivisi, al consolidamento del lavoro in team e alla promozione di un linguaggio comune tra gli attori coinvolti.

2.3 Razionale del progetto di miglioramento

La COT Hub di Modena si colloca in un contesto organizzativo complesso e in evoluzione, nel quale il mandato istituzionale richiede un elevato livello di integrazione tra professionisti, servizi e setting assistenziali. La centralità della COT nei percorsi di continuità assistenziale rende necessario che i processi interni siano chiari, condivisi e sostenuti da modalità comunicative efficaci.

In tale prospettiva, il miglioramento organizzativo non riguarda soltanto la formalizzazione di procedure, ma anche la qualità delle relazioni professionali, la chiarificazione dei ruoli, la gestione delle interdipendenze operative e il rafforzamento del senso di appartenenza al gruppo di lavoro.

La natura multiprofessionale della COT comporta infatti la necessità di integrare competenze, linguaggi e prospettive differenti. La collaborazione tra professionisti non può essere affidata esclusivamente alla disponibilità individuale o all'esperienza maturata sul campo, ma richiede strumenti, momenti di confronto e modalità operative condivise.

Il progetto di miglioramento nasce quindi dall'esigenza di sostenere il consolidamento organizzativo della COT Hub attraverso un percorso partecipativo, capace di coinvolgere gli operatori nella lettura dei processi e nella costruzione di soluzioni applicabili alla pratica quotidiana.

L'approccio partecipativo risponde alla necessità di evitare interventi percepiti come imposti dall'alto e di promuovere, invece, una maggiore adesione degli operatori agli strumenti prodotti. In contesti caratterizzati da elevata complessità relazionale e organizzativa, il cambiamento risulta più sostenibile quando i professionisti partecipano alla definizione delle priorità, alla costruzione delle procedure e alla valutazione della loro applicabilità.

In questa prospettiva, il team building diventa una leva di miglioramento organizzativo. Attraverso la formazione sul campo, l'analisi di situazioni reali, il confronto guidato e la produzione condivisa di strumenti operativi, è possibile rafforzare la coesione del gruppo, migliorare la comunicazione e favorire una maggiore consapevolezza dei ruoli e delle responsabilità.

Il progetto intende quindi promuovere un percorso di miglioramento fondato su tre dimensioni strettamente integrate:

- la standardizzazione dei processi;

- il rafforzamento dell'integrazione multiprofessionale;
- la promozione del benessere organizzativo.

La standardizzazione dei processi è necessaria per rendere più chiari i flussi operativi, ridurre la variabilità non governata e favorire la continuità dei percorsi. L'integrazione multiprofessionale consente di valorizzare le competenze dei diversi professionisti coinvolti e di costruire risposte più coerenti con i bisogni complessi delle persone. Il benessere organizzativo rappresenta infine una condizione essenziale per sostenere motivazione, partecipazione, responsabilizzazione e qualità del lavoro quotidiano.

Il razionale del progetto si fonda pertanto sull'idea che il miglioramento dei processi della COT Hub non possa essere affrontato esclusivamente attraverso strumenti tecnici, ma debba includere un investimento sul gruppo di lavoro, sulla leadership facilitante e sulla costruzione condivisa di pratiche operative.

L'analisi specifica delle criticità organizzative, le modalità di raccolta dei dati e gli strumenti utilizzati per orientare il progetto saranno descritti nei capitoli successivi, dedicati alla metodologia e alla progettazione operativa. In questo capitolo, invece, il focus è stato posto sul contesto organizzativo e sulle ragioni che rendono necessario un intervento di miglioramento partecipato all'interno della COT Hub di Modena.

3. Dal team building al miglioramento dei processi: evidenze e riferimenti metodologici

La revisione della letteratura è stata orientata a individuare evidenze utili a sostenere la progettazione di un intervento di miglioramento organizzativo nella COT Hub di Modena, con particolare attenzione al team building, all'integrazione multiprofessionale, alla standardizzazione dei processi, alla leadership facilitante e al benessere organizzativo degli operatori.

Il quesito che ha guidato l'approfondimento può essere formulato nei seguenti termini: quali evidenze supportano interventi partecipativi, basati su formazione esperienziale, analisi dei casi reali e coinvolgimento della leadership, per migliorare il funzionamento dei team sanitari, la comunicazione, la condivisione di procedure operative e il senso di appartenenza degli operatori?

In coerenza con l'obiettivo della tesi, la letteratura è stata letta non solo in funzione descrittiva, ma anche progettuale. L'interesse principale non è infatti limitato alla comprensione teorica del benessere organizzativo, ma riguarda la possibilità di

tradurre le evidenze disponibili in un intervento concretamente applicabile al contesto della COT Hub.

Un riferimento centrale per l'impostazione del progetto è rappresentato dal Dossier n. 280/2026 della Regione Emilia-Romagna, *Aver cura delle persone nei processi di cambiamento*. Linee di indirizzo regionali per progettare e realizzare la formazione continua in sanità. Il documento aggiorna e amplia la precedente edizione del 2017 e propone un modello formativo più evoluto, pensato come strumento concreto per rispondere alle esigenze emergenti dei professionisti e delle organizzazioni sanitarie [3]. La Regione sottolinea che il modello formativo è orientato al cambiamento e fondato sull'integrazione tra apprendimento sul campo, lavoro in équipe e valutazione degli esiti.

In questa prospettiva, la formazione continua non viene considerata come semplice aggiornamento tecnico-professionale, ma come leva strategica per l'innovazione, capace di incidere sul miglioramento delle pratiche, dei processi e dell'evoluzione del sistema sanitario, mettendo al centro le persone e i contesti organizzativi in cui operano. Tale impostazione risulta particolarmente coerente con il progetto rivolto alla COT Hub di Modena, poiché il miglioramento dei processi non può essere affidato solo alla produzione di procedure, ma richiede il coinvolgimento degli operatori, il lavoro in équipe, l'apprendimento situato e la valutazione dell'applicabilità degli strumenti prodotti.

Le dimensioni approfondite nella revisione riguardano quindi: il benessere organizzativo nei servizi sanitari; il lavoro in team e il team building nei contesti multiprofessionali; la collaborazione interprofessionale; la leadership facilitante e collettiva; la formazione continua orientata al cambiamento; l'apprendimento esperienziale e l'analisi dei casi; gli strumenti metodologici per l'analisi qualitativa e organizzativa.

3.1. Benessere organizzativo e lavoro in équipe nei contesti sanitari

Il benessere organizzativo nei servizi sanitari rappresenta una dimensione rilevante per la qualità del lavoro, la sicurezza dei percorsi assistenziali e la sostenibilità dei processi. Esso non riguarda soltanto la soddisfazione individuale dell'operatore, ma comprende il modo in cui il professionista percepisce l'ambiente di lavoro, il supporto ricevuto, la chiarezza dei ruoli, la qualità della comunicazione, la possibilità di partecipare ai processi decisionali e il riconoscimento del proprio contributo.

Nei contesti sanitari complessi, come le Centrali Operative Territoriali, il benessere organizzativo è strettamente connesso alla qualità delle relazioni professionali e alla capacità del gruppo di lavoro di operare in modo integrato. La presenza di più figure professionali appartenenti a servizi e ambiti differenti può rappresentare una risorsa, ma anche una fonte di criticità se non è accompagnata da obiettivi condivisi, linguaggi comuni, ruoli esplicitati e modalità comunicative strutturate.

La letteratura evidenzia che il funzionamento dei team sanitari è influenzato da fattori organizzativi e relazionali quali la chiarezza dei compiti, la fiducia reciproca, la sicurezza psicologica, il rispetto tra professionisti, la qualità della comunicazione e il supporto della leadership [4]. In assenza di tali condizioni, il lavoro multiprofessionale rischia di rimanere una collaborazione solo formale, basata sulla co-presenza di più professionisti, ma priva di reale integrazione.

Il team building assume pertanto una funzione strategica. Non deve essere inteso come semplice attività motivazionale o relazionale, ma come intervento organizzativo finalizzato a rafforzare la coesione, migliorare la comunicazione, rendere più chiari i ruoli e sostenere la capacità del gruppo di affrontare problemi complessi. Nei servizi sanitari, infatti, il lavoro in team non è un elemento accessorio, ma una condizione essenziale per garantire continuità, appropriatezza e sicurezza.

Una revisione sistematica sugli interventi per migliorare l'efficacia dei team sanitari ha classificato le azioni in quattro categorie principali: training, strumenti operativi, ridisegno organizzativo e programmi combinati. Gli autori evidenziano che gli interventi più promettenti sono quelli che non si limitano alla formazione teorica, ma integrano apprendimento, strumenti pratici e cambiamenti organizzativi coerenti con il contesto di lavoro [5].

Questa prospettiva è particolarmente coerente con la COT Hub, dove il miglioramento dei processi non può essere affidato solo alla produzione di protocolli, ma richiede anche un lavoro sul gruppo, sulle relazioni, sulla comunicazione e sulla condivisione delle responsabilità operative.

3.2. Team building e integrazione multiprofessionale

L'integrazione multiprofessionale è una delle condizioni fondamentali per il buon funzionamento dei servizi territoriali. La complessità dei bisogni sanitari, sociosanitari e sociali richiede infatti l'intervento coordinato di più professionisti, servizi e livelli

organizzativi. Tuttavia, la collaborazione non si realizza automaticamente attraverso la semplice presenza di figure diverse nello stesso processo.

La letteratura distingue tra collaborazione formale e collaborazione sostanziale. La prima si limita alla cooperazione operativa o allo scambio di informazioni; la seconda implica invece la costruzione condivisa di obiettivi, la negoziazione delle responsabilità, il riconoscimento delle competenze reciproche e la capacità di assumere decisioni integrate. Nei contesti territoriali, questa seconda forma di collaborazione è essenziale perché i bisogni delle persone fragili e complesse non sono riconducibili a un solo ambito professionale.

Gli interventi di team building nei setting sanitari non acuti risultano meno studiati rispetto ai contesti ospedalieri ad alta intensità, ma le evidenze disponibili mostrano la rilevanza di alcune condizioni preliminari: relazioni di fiducia, sicurezza psicologica, rispetto reciproco, risorse organizzative adeguate e spazi di confronto strutturati [4]. Tali elementi precedono e sostengono l'efficacia degli strumenti tecnici, come procedure, checklist e flow chart.

Nel caso della COT Hub di Modena, questa prospettiva è particolarmente rilevante. La COT opera infatti come nodo di raccordo tra ospedale, territorio, domicilio, servizi sociali, strutture intermedie e rete dell'emergenza-urgenza. La sua efficacia dipende dalla capacità degli operatori di condividere informazioni, interpretare correttamente le segnalazioni, attivare le risorse più appropriate e monitorare i passaggi assistenziali.

Il lavoro multiprofessionale richiede quindi strumenti operativi, ma anche un investimento sulla costruzione del gruppo. La definizione di protocolli condivisi può migliorare la standardizzazione dei processi; tuttavia, affinché tali strumenti siano realmente utilizzati, è necessario che gli operatori ne comprendano il senso, partecipino alla loro costruzione e li percepiscano come aderenti alla realtà lavorativa.

In questa prospettiva, il team building diventa una leva per promuovere ownership, cioè senso di appartenenza e responsabilità rispetto agli strumenti prodotti. Quando le procedure sono costruite con il contributo degli operatori, esse hanno maggiori probabilità di essere riconosciute come utili e applicabili nella pratica quotidiana.

3.3. Leadership facilitante, leadership collettiva e cambiamento organizzativo

La leadership rappresenta un elemento centrale nei processi di miglioramento organizzativo. Nei contesti complessi, la leadership non può essere intesa esclusivamente come funzione gerarchica o direttiva, ma deve assumere una

dimensione facilitante, capace di promuovere partecipazione, confronto, apprendimento e responsabilizzazione.

La revisione ombrello sui programmi di leadership in sanità evidenzia che gli interventi più frequentemente utilizzati comprendono apprendimento esperienziale, coaching, mentoring, definizione di obiettivi, feedback, apprendimento in gruppo e formazione interprofessionale. Gli effetti risultano più consolidati sugli esiti individuali, mentre gli impatti organizzativi e clinici a lungo termine sono meno frequentemente misurati; questo conferma la necessità di accompagnare gli interventi formativi con indicatori di processo e di risultato [6].

Nel progetto della COT Hub, la leadership assume una funzione di accompagnamento del cambiamento. Non si tratta soltanto di introdurre nuove procedure, ma di creare le condizioni affinché gli operatori possano partecipare alla lettura dei problemi, alla costruzione delle soluzioni e alla valutazione degli strumenti prodotti.

Il concetto di leadership collettiva risulta particolarmente coerente con questa impostazione. La leadership collettiva si fonda sull'idea che più professionisti possano condividere conoscenze, responsabilità e punti di vista, contribuendo insieme al miglioramento della pratica e del funzionamento del team. Una revisione Cochrane descrive la leadership collettiva come un approccio potenzialmente utile per migliorare la pratica professionale, la performance del team e il benessere dello staff, pur sottolineando che le evidenze disponibili non sono ancora definitive [7].

Nel contesto della COT, una leadership facilitante può sostenere la comunicazione tra professionisti, promuovere momenti di briefing e debriefing, favorire la gestione dei conflitti, rendere più chiari i ruoli e accompagnare il gruppo nella costruzione di strumenti condivisi. In tal senso, la leadership non sostituisce il gruppo, ma lo mette nelle condizioni di apprendere, confrontarsi e migliorare.

3.4. Formazione continua come leva metodologica del progetto

La formazione continua in sanità costituisce uno degli assi portanti del presente progetto, poiché rappresenta lo strumento attraverso cui trasformare le criticità organizzative in occasioni strutturate di apprendimento, confronto e miglioramento dei processi.

Il Dossier n. 280/2026 della Regione Emilia-Romagna, Aver cura delle persone nei processi di cambiamento, propone una visione della formazione continua fortemente orientata al cambiamento delle pratiche e delle organizzazioni. Il documento si

configura come riferimento metodologico per progettare e realizzare interventi formativi efficaci in sanità, accompagnando tutte le fasi del percorso: dalla progettazione alla realizzazione, fino alla valutazione degli interventi [3]. La Regione descrive il Dossier come un toolkit operativo a supporto dei percorsi formativi e sottolinea che esso fornisce indicazioni metodologiche e strumenti applicativi.

Tale impostazione è particolarmente rilevante per il progetto della COT Hub, perché consente di collocare l'intervento non come attività formativa isolata, ma come parte di un processo più ampio di cambiamento organizzativo. La formazione viene utilizzata per accompagnare gli operatori nella lettura dei problemi, nella riflessione sui processi, nella costruzione condivisa di strumenti e nella valutazione della loro applicabilità.

La Regione Emilia-Romagna richiama inoltre la centralità dell'apprendimento nei contesti operativi, del lavoro in équipe e della valutazione degli esiti. Questi tre elementi corrispondono direttamente alla logica del progetto: partire da problemi reali della COT, lavorare dentro il contesto operativo e valutare non solo il gradimento della formazione, ma anche la qualità degli strumenti prodotti e la loro utilità percepita.

Nel presente progetto, la formazione continua assume quindi una triplice funzione:

- funzione conoscitiva, perché consente di far emergere e condividere le criticità operative;
- funzione trasformativa, perché permette di rielaborare l'esperienza quotidiana e tradurla in strumenti di miglioramento;
- funzione organizzativa, perché sostiene la standardizzazione dei processi, la comunicazione interna e l'integrazione multiprofessionale.

Questa prospettiva supera una visione tradizionale della formazione come semplice aggiornamento individuale. La formazione diventa invece un dispositivo organizzativo che accompagna il cambiamento, valorizza le competenze degli operatori e sostiene la costruzione di pratiche condivise.

3.5. Apprendimento esperienziale e analisi dei casi

L'apprendimento esperienziale si basa sull'idea che la conoscenza professionale si sviluppi attraverso l'esperienza, la riflessione critica e la rielaborazione condivisa delle situazioni concrete. Nei contesti sanitari, questa modalità formativa è particolarmente

utile perché permette di collegare teoria e pratica, trasformando problemi reali in occasioni di apprendimento organizzativo.

L'apprendimento attraverso l'azione (action learning) è coerente con tale prospettiva. Esso si fonda sul lavoro di gruppo intorno a problemi reali, nei quali non esiste una soluzione unica e predefinita. Questo approccio favorisce la riflessione critica, l'apprendimento tra pari, lo sviluppo di capacità collettive e la costruzione di soluzioni contestualizzate [8].

L'analisi dei casi rappresenta una tecnica didattica particolarmente adatta al contesto della COT Hub. Essa consente di partire da situazioni reali, come dimissioni protette complesse, segnalazioni incomplete, difficoltà di raccordo con i servizi territoriali, criticità comunicative, incertezza nella distribuzione delle responsabilità o conflitti tra professionisti e servizi.

Attraverso la discussione guidata del caso, gli operatori possono ricostruire il percorso, individuare gli snodi critici, chiarire ruoli e responsabilità, riconoscere le interdipendenze operative e proporre soluzioni. Il valore dell'analisi dei casi consiste nel fatto che l'apprendimento non rimane astratto, ma si traduce in strumenti operativi concreti, come protocolli, checklist, flow chart, matrici delle responsabilità o indicazioni per briefing e debriefing.

Questa impostazione è coerente con le linee regionali, che valorizzano la formazione come strumento per intervenire sulle pratiche e sui processi, non soltanto sulle conoscenze individuali. Il lavoro sui casi permette infatti di collegare apprendimento sul campo, lavoro in équipe e valutazione degli esiti, che rappresentano i pilastri del modello formativo regionale.

Nel progetto della COT Hub, l'analisi dei casi non ha quindi solo una funzione didattica, ma anche una funzione di team building e miglioramento organizzativo. Essa permette di rendere visibili le interdipendenze tra professionisti, favorire il confronto, costruire linguaggi comuni e produrre strumenti condivisi a partire dall'esperienza concreta degli operatori.

3.6. Formazione sul campo e continuità operativa del servizio

La formazione sul campo rappresenta una modalità coerente con l'obiettivo di rafforzare l'integrazione tra professionisti e sostenere il cambiamento organizzativo. Essa consente di collegare l'apprendimento alla pratica quotidiana, favorendo il

confronto tra operatori, l'espressione di punti di vista diversi e la costruzione di un linguaggio comune.

Nei contesti complessi, come la COT Hub, la formazione sul campo permette di affrontare problemi concreti a partire dall'esperienza degli operatori. Le situazioni discusse non sono casi astratti, ma rappresentano snodi reali del lavoro quotidiano: gestione delle segnalazioni, dimissioni protette, raccordo con i servizi territoriali, comunicazione tra professionisti, definizione delle responsabilità e monitoraggio dei percorsi.

Questa modalità di lavoro permette di trasformare l'esperienza professionale in apprendimento condiviso. Gli operatori non sono destinatari passivi della formazione, ma diventano soggetti attivi nella lettura dei problemi e nella costruzione delle soluzioni. Tale approccio favorisce la responsabilizzazione, la partecipazione e il senso di appartenenza al gruppo.

Per garantire la continuità delle normali attività lavorative durante lo svolgimento della formazione, il progetto prevede una modalità organizzativa che eviti l'interruzione o il rallentamento del servizio. In particolare, la presenza di un operatore reperibile consente di assicurare la copertura delle attività ordinarie della COT mentre una parte degli operatori è impegnata nel percorso formativo. Il reperibile, quindi, non assume una funzione didattica, ma rappresenta una misura organizzativa utile a mantenere la funzionalità del servizio e a rendere sostenibile la partecipazione alla formazione.

Le linee regionali dell'Emilia-Romagna sottolineano che il modello formativo deve essere centrato sulle competenze professionali, sul lavoro in équipe e sull'apprendimento nei contesti operativi. La formazione sul campo risponde a questa logica, perché consente di apprendere dentro il contesto di lavoro, a partire dai problemi reali e con il contributo diretto dei professionisti coinvolti.

Nel presente progetto, la formazione sul campo costituisce quindi il dispositivo attraverso cui vengono integrate le dimensioni formative e organizzative: da un lato permette l'apprendimento esperienziale; dall'altro consente la co-costruzione di procedure, flow chart, checklist e modalità comunicative condivise, senza compromettere la continuità operativa della COT.

3.7. Co-design, partecipazione degli operatori e ownership degli strumenti

La letteratura sulla co-progettazione (co-design) sostiene il coinvolgimento attivo dei professionisti nella progettazione degli interventi organizzativi. Nei servizi sanitari, la

co-progettazione permette di costruire soluzioni più aderenti ai problemi reali, perché valorizza l'esperienza degli operatori e la conoscenza tacita dei processi quotidiani.

Gli interventi co-progettati tendono a favorire una maggiore accettabilità degli strumenti prodotti, poiché gli operatori non sono destinatari passivi del cambiamento, ma partecipano alla sua costruzione. Questo aspetto è particolarmente importante nei contesti in cui il miglioramento organizzativo riguarda procedure, flussi comunicativi e responsabilità professionali.

La letteratura descrive interventi di leadership collettiva sviluppati attraverso processi di co-progettazione con team sanitari, evidenziando il valore di radicare l'intervento nelle esperienze reali degli operatori e di costruire strumenti maggiormente aderenti al contesto operativo [9]. Analogamente, esperienze come Co-Lead mostrano la fattibilità di percorsi co-progettati per promuovere teamwork, leadership condivisa e cultura della sicurezza [10].

Nel progetto della COT Hub, la co-progettazione consente di passare da una logica prescrittiva a una logica partecipativa. Questo significa che le procedure, le checklist o le flow chart non vengono semplicemente prodotte da un livello esterno al gruppo di lavoro, ma sono costruite a partire dall'analisi dei casi, dal confronto tra professionisti e dalla validazione con i referenti organizzativi.

Tale modalità può favorire l'ownership degli strumenti prodotti, cioè la percezione che essi appartengano realmente al gruppo e siano utili per migliorare il lavoro quotidiano. L'ownership è una condizione rilevante per la sostenibilità del cambiamento, perché aumenta la probabilità che gli strumenti vengano effettivamente utilizzati e aggiornati nel tempo.

3.8. Valutazione degli esiti formativi e del team building

Un elemento qualificante del progetto riguarda la valutazione. Nel presente lavoro la valutazione viene distinta in due livelli: il primo riguarda la validità formativa del percorso di Educazione Continua in Medicina (ECM), configurato come formazione sul campo; il secondo riguarda il team building, inteso come miglioramento della collaborazione interprofessionale all'interno del gruppo di lavoro.

La componente formativa sarà monitorata attraverso indicatori coerenti con le regole aziendali della formazione: presenza alle ore previste, superamento del post-test finale e completezza della documentazione richiesta per l'eventuale riconoscimento ECM.

In questo modo la formazione non viene descritta solo come attività progettata, ma come percorso verificabile secondo requisiti espliciti.

Per la valutazione del team building sarà invece utilizzata la versione italiana dell'Assessment of Interprofessional Team Collaboration Scale II (I-AITCS II) [16] nella sua forma completa, somministrata prima e dopo l'intervento. La scelta di utilizzare l'intera scala consente di evitare indicatori locali poco solidi e di misurare in modo più strutturato la collaborazione interprofessionale complessiva e le sue principali dimensioni: partnership, cooperation e coordination.

3.9. Strumenti teorico-metodologici per l'analisi del benessere organizzativo e della collaborazione

Per analizzare il benessere organizzativo e le condizioni di lavoro in ambito sanitario, la letteratura propone diversi strumenti validati. Tra questi, il Practice Environment Scale of the Nursing Work Index consente di esplorare le caratteristiche dell'ambiente di pratica infermieristica, con attenzione a dimensioni quali partecipazione, qualità della leadership, risorse, relazioni professionali e supporto organizzativo [11,12].

Il Copenhagen Psychosocial Questionnaire III rappresenta un ulteriore riferimento per l'analisi dei fattori psicosociali del lavoro, includendo dimensioni relative a richieste lavorative, organizzazione, relazioni, leadership, supporto sociale, conflitti e benessere [13,14].

Il Copenhagen Burnout Inventory è invece utile per esplorare la dimensione del burnout, distinguendo tra burnout personale, burnout legato al lavoro e burnout legato al rapporto con l'utenza o con i destinatari dell'assistenza [15].

Nel presente progetto, PES-NWI, COPSOQ III e CBI sono utilizzati come riferimenti teorico-concettuali per la fase esplorativa iniziale, mentre la valutazione del team building viene ricondotta alla I-AITCS II [16], strumento validato in italiano per la misurazione della collaborazione interprofessionale nei contesti sanitari. La scala permette di rilevare il punteggio complessivo di collaborazione e le dimensioni di partnership, cooperation e coordination.

Per l'analisi qualitativa dei dati provenienti da domande aperte o focus group, un riferimento metodologico rilevante è l'analisi tematica, che consente di identificare, organizzare e interpretare pattern di significato all'interno dei dati qualitativi [17]. Gli standard SRQR offrono inoltre indicazioni utili per rendere trasparente la descrizione

della ricerca qualitativa, con attenzione a contesto, partecipanti, modalità di raccolta dei dati, processo analitico e criteri di rigore [18].

Questi riferimenti sono coerenti con il disegno della tesi, che prevede una prima fase esplorativa per comprendere le criticità organizzative e una successiva valutazione pre/post centrata sugli esiti formativi ECM, intesi come esiti di un percorso realizzato con modalità di formazione sul campo, e sulla collaborazione interprofessionale misurata tramite I-AITCS II.

3.10. Sintesi delle evidenze a supporto del progetto

Nel complesso, la letteratura analizzata sostiene la coerenza del progetto proposto per la COT Hub di Modena. Gli studi sugli interventi per migliorare l'efficacia dei team sanitari indicano l'utilità di combinare formazione, strumenti operativi, ridisegno organizzativo e programmi integrati [5]. Le evidenze sul team building nei setting non acuti sottolineano l'importanza di lavorare sulle condizioni relazionali e organizzative che sostengono la collaborazione, come fiducia, sicurezza psicologica, rispetto reciproco e risorse adeguate [4].

La letteratura sulla leadership evidenzia il valore di approcci esperienziali, interprofessionali e orientati al feedback, pur richiamando la necessità di valutare meglio gli esiti organizzativi degli interventi [6]. La leadership collettiva e facilitante appare coerente con contesti nei quali il miglioramento richiede la partecipazione di più professionisti e la condivisione delle responsabilità [7].

Le linee di indirizzo regionali dell'Emilia-Romagna rafforzano ulteriormente questa impostazione. Il Dossier n. 280/2026 propone una formazione continua orientata al cambiamento, centrata sull'apprendimento sul campo, sul lavoro in équipe e sulla valutazione degli esiti. Per questo motivo, nel presente progetto, la formazione esperienziale basata sull'analisi dei casi viene assunta come dispositivo metodologico principale per trasformare le criticità operative della COT in occasioni di apprendimento, confronto e co-costruzione di strumenti.

Alla luce di tali evidenze, un intervento partecipativo centrato su formazione esperienziale, analisi dei casi, confronto guidato e co-costruzione di procedure appare appropriato per sostenere il miglioramento dei processi della COT Hub. Tale intervento può contribuire a rafforzare la standardizzazione dei flussi, la chiarezza dei ruoli, la comunicazione interna, l'integrazione multiprofessionale e il benessere organizzativo degli operatori.

4. Obiettivi del progetto

4.1. Obiettivo Generale

L'obiettivo generale del presente progetto è promuovere un percorso di miglioramento organizzativo della COT Hub di Modena, fondato su formazione esperienziale, analisi condivisa dei casi e confronto guidato sul campo. L'intervento mira a rafforzare la collaborazione interprofessionale, rendere più omogenei i flussi operativi, sostenere il benessere organizzativo e migliorare la qualità della continuità assistenziale.

Il progetto assume una logica partecipativa, dal basso verso l'alto (bottom-up), poiché coinvolge direttamente gli operatori nella lettura delle criticità, nella co-costruzione degli strumenti e nella valutazione della loro applicabilità nella pratica quotidiana. In questa prospettiva, l'analisi dei casi rappresenta la metodologia formativa privilegiata e si inserisce all'interno di un percorso aziendale da sottoporre al provider per l'eventuale accreditamento ECM. Tale approccio consente di trasformare le problematiche emerse dall'indagine esplorativa in materiale didattico concreto, basato su situazioni reali dell'attività della COT.

Il percorso prevede la discussione guidata di casi riferiti a dimissioni protette complesse, difficoltà di raccordo con i servizi territoriali, criticità comunicative, incertezza nella distribuzione delle responsabilità e gestione di situazioni conflittuali tra professionisti o servizi. Gli output attesi consistono nella produzione condivisa di strumenti operativi applicabili alla COT, quali protocolli, flow chart, checklist, indicazioni per i briefing e modalità comunicative standardizzate. La valutazione del percorso sarà però distinta dagli output documentali: la componente formativa sarà misurata attraverso partecipazione e apprendimento, mentre il team building sarà valutato mediante I-AITCS II pre/post.

4.2. Obiettivi SMART

Per rendere il progetto valutabile e orientato al miglioramento concreto, gli obiettivi specifici sono stati formulati secondo la logica SMART, cioè come obiettivi specifici, misurabili, raggiungibili, rilevanti e temporalmente definiti. Tale impostazione consente di collegare le criticità emerse nella fase di analisi a risultati attesi verificabili, evitando che il progetto rimanga su un piano esclusivamente descrittivo.

Gli obiettivi individuati riguardano le principali dimensioni emerse dall'indagine esplorativa: rafforzamento della collaborazione interprofessionale, maggiore standardizzazione dei passaggi informativi, chiarificazione di ruoli e responsabilità e

produzione di strumenti operativi condivisi. Ai fini della valutazione, tali obiettivi saranno monitorati attraverso indicatori formativi ECM, la scala I-AITCS II e alcuni indicatori organizzativi integrativi, utilizzati con finalità descrittiva e di miglioramento.

Nel presente progetto, gli obiettivi SMART non rappresentano quindi solo una formalizzazione metodologica, ma costituiscono la base per la successiva definizione degli indicatori di valutazione, dei target attesi e degli strumenti di monitoraggio descritti nei capitoli successivi.

Obiettivo specifico	S Specifico	M Misurabile	A Raggiungibile	R Rilevante	T Temporizzato
 Rafforzare la collaborazione tra operatori della COT	Promuovere la collaborazione e il lavoro di équipe tra gli operatori della COT.	Partecipazione al percorso formativo e punteggio medio I-AITCS II. ≥70% partecipazione; miglioramento punteggio I-AITCS II	Percorso formativo strutturato e realistico. Risorse e personale disponibili.	Migliora il clima organizzativo e l'integrazione multiprofessionale.	 Entro fine percorso
 Migliorare la standardizzazione dei passaggi informativi	Assicurare che le informazioni essenziali siano sempre complete nei passaggi tra servizi.	Percentuale di casi con informazioni essenziali complete. ≥75%	Utilizzo di strumenti condivisi (checklist, procedure, flow chart). Formazione sul campo.	Riduce il rischio di perdita informativa e migliora la continuità assistenziale.	 Post-intervento
 Chiarire ruoli e responsabilità nella gestione dei casi	Definire e rendere chiaro il responsabile operativo per ogni caso.	Percentuale di casi con responsabile operativo identificato. ≥80%	Disponibilità di strumenti condivisi e formazione mirata su ruoli e responsabilità.	Aumenta la chiarezza del "chi fa cosa" e riduce sovrapposizioni e incertezze.	 Post-intervento
 Migliorare la continuità operativa dei casi	Garantire che per ogni caso sia definita l'azione successiva.	Percentuale di casi con azione successiva definita. ≥80%	Processi condivisi e formazione sul campo per l'applicazione degli strumenti.	Migliora la continuità del percorso e riduce ritardi e interruzioni.	 Post-intervento
 Migliorare la tracciabilità della comunicazione	Assicurare che ogni comunicazione sia tracciata e il ciclo comunicativo chiuso.	Percentuale di casi con ciclo comunicativo chiuso/tracciato. ≥70%	Procedure condivise e strumenti di tracciabilità applicati durante il percorso formativo.	Riduce il rischio di perdita informativa e migliora la sicurezza del paziente.	 Post-intervento
 Produrre strumenti operativi condivisi	Realizzare strumenti operativi utili e condivisi (es. checklist, procedure, flow chart).	Numero di strumenti prodotti. Almeno 2 strumenti + 1 flow chart	Partecipazione attiva degli operatori e supporto organizzativo alla co-costruzione.	Strumenti condivisi migliorano l'efficacia e l'uniformità dei processi.	 Entro fase di co-costruzione
 Garantire la sostenibilità della formazione durante l'attività ordinaria	Garantire la copertura delle attività ordinarie durante gli incontri formativi.	Presenza di copertura/reperibile durante gli incontri. Copertura garantita durante la formazione	Organizzazione dei turni con reperibile dedicato per non interrompere il servizio.	Consente la continuità del servizio e la partecipazione effettiva alla formazione.	 Durante il percorso

5. Metodologia

Il presente progetto si colloca nell'ambito della formazione continua promossa dal sistema ECM regionale dell'Emilia-Romagna. In questa prospettiva, la formazione sostiene gli obiettivi dell'Azienda sanitaria e del Servizio sanitario regionale, assumendo una funzione organizzativa orientata allo sviluppo di competenze professionali concretamente applicabili nei diversi contesti di lavoro. Nel caso della COT Hub di Modena, risulta particolarmente rilevante, poiché il miglioramento dei processi non dipende soltanto dalla competenza del singolo operatore, ma dalla capacità del gruppo multiprofessionale di condividere responsabilità, modalità comunicative e pratiche operative. Le competenze richieste nei servizi sanitari complessi sono distribuite tra più soggetti, professioni e livelli organizzativi. Per questo motivo è necessario che l'azione individuale sia integrata con quella degli altri professionisti e coerente con i percorsi, gli strumenti e le prassi condivise dal servizio.

La formazione deve favorire non solo il rafforzamento delle competenze tecnico-professionali, ma anche la capacità di collaborare e di interpretare in modo condiviso i problemi organizzativi per costruire soluzioni comuni.

La metodologia del presente progetto integra una cornice di miglioramento continuo basata sul ciclo PDCA (Plan-Do-Check-Act) con il modello formativo delle Linee di indirizzo regionali dell'Emilia-Romagna per la formazione continua in sanità [3]. Tale modello articola ogni intervento formativo in tre fasi funzionalmente distinte: la fase preparatoria di analisi organizzativa, la fase formativa vera e propria, e la fase di accompagnamento degli apprendimenti. L'integrazione con il ciclo PDCA consente di aggiungere una quarta dimensione riflessiva (Act) orientata al riadattamento e alla standardizzazione degli strumenti prodotti.



La progettazione formativa prende avvio dalle criticità emerse dall'indagine esplorativa, riguardanti principalmente i processi organizzativi, le relazioni multiprofessionali, la comunicazione interna, la chiarezza dei ruoli e la standardizzazione delle procedure. Il percorso è configurato come proposta di formazione aziendale da sottoporre al provider per l'eventuale accreditamento ECM. La proposta è quindi da intendersi come formazione sul campo, poiché si sviluppa all'interno del contesto operativo della COT, parte da casi reali e coinvolge gli operatori nel confronto guidato sui processi. L'obiettivo è trasformare l'esperienza quotidiana in apprendimento condiviso e in soluzioni operative applicabili al lavoro reale della COT.

5.1 Modello di miglioramento: analisi dei casi

La tecnica formativa principale individuata per il progetto è l'analisi dei casi, scelta perché consente di trasformare le criticità emerse dall'indagine esplorativa in situazioni formative concrete e direttamente collegate alla pratica quotidiana. Tale metodologia si inserisce nell'ambito della formazione esperienziale, che valorizza l'apprendimento a partire dall'esperienza, dalla riflessione critica e dal confronto tra professionisti [19]. Le Linee di indirizzo regionali per la formazione continua in sanità

sottolineano, inoltre, il valore delle metodologie attive e situate, in grado di collegare i contenuti formativi ai problemi reali dei contesti organizzativi e di favorire l'apprendimento sul campo, il lavoro in équipe e la valutazione degli esiti [3].

Nel presente lavoro, i casi saranno selezionati dagli operatori a partire dalla loro esperienza diretta. Saranno privilegiate situazioni reali, percepite come particolarmente critiche, complesse o rappresentative di problematiche ricorrenti nel lavoro quotidiano della COT. Tali situazioni potranno riguardare criticità procedurali, comunicative, relazionali, multiprofessionali o organizzative. In particolare, potranno essere analizzati casi relativi a dimissioni protette con informazioni incomplete, segnalazioni territoriali non chiare, difficoltà di raccordo con PUA e servizi sociali, gestione di pazienti fragili con bisogni sociosanitari complessi, incertezza nella distribuzione delle responsabilità o conflitti comunicativi tra professionisti e servizi.

La discussione sarà condotta attraverso momenti formativi di confronto guidato, orientati alla costruzione condivisa di soluzioni. I partecipanti saranno accompagnati ad analizzare il problema, identificare gli attori coinvolti, ricostruire il flusso operativo, individuare gli snodi critici, distinguere le cause organizzative da quelle relazionali e formulare proposte traducibili in strumenti concreti. In questo modo, l'analisi dei casi assume una duplice funzione: da un lato favorisce l'apprendimento esperienziale e il pensiero critico; dall'altro sostiene il team building, rendendo visibili le interdipendenze operative e rafforzando la collaborazione tra professionisti.

5.2 Strumenti utilizzati

Gli strumenti previsti accompagnano e monitorano l'intero sviluppo del progetto, dalla rilevazione iniziale delle criticità alla costruzione, revisione e valutazione delle soluzioni operative. Questionario esplorativo, focus group e analisi tematica permettono di individuare le principali aree di intervento, con particolare attenzione a comunicazione, ruoli, collaborazione, procedure e benessere organizzativo.

STRUMENTO	FINALITÀ	APPLICAZIONE NEL PROGETTO
 Questionario esplorativo	Rilevare percezioni iniziali su benessere organizzativo, comunicazione, ruoli, collaborazione e procedure.	Prima raccolta delle criticità percepite dagli operatori.
 Focus group	Approfondire le problematiche emerse e raccogliere proposte di miglioramento.	Spazio di confronto partecipativo sulle criticità organizzative.
 Analisi tematica	Organizzare i dati qualitativi in aree omogenee.	Individuazione dei nuclei tematici principali: procedure, comunicazione, team, leadership, benessere.
 Scheda di analisi del caso	Guidare la lettura strutturata della situazione.	Identificazione di problema, attori coinvolti, snodi critici, cause e soluzioni possibili.
 Flow chart AS-IS / TO-BE	Rappresentare il processo attuale e il processo migliorato.	Visualizzazione dei flussi, dei passaggi decisionali e delle responsabilità.
 Procedure operative / checklist	Standardizzare i comportamenti e ridurre la variabilità.	Produzione di strumenti condivisi a partire dalle soluzioni emerse dai casi.
 Scheda di feedback	Valutare utilità, chiarezza e applicabilità degli strumenti prodotti.	Rilevazione dell'accettabilità da parte degli operatori.
 KPI di monitoraggio	Misurare output, processo e risultati attesi.	Numero di procedure create, partecipazione, utilità percepita, chiarezza dei ruoli e comunicazione.

Nella fase formativa, la scheda di analisi del caso guida il confronto dei partecipanti nell'identificazione del problema, degli attori coinvolti, degli snodi critici, delle cause e delle possibili soluzioni. Da questo processo possono derivare flow chart, procedure operative, checklist e modalità comunicative condivise.

La scheda di feedback e i KPI di monitoraggio consentono infine di seguire l'evoluzione del percorso, distinguendo tra indicatori formativi ECM e indicatori di team building. I primi riguardano la presenza minima alle ore previste e il superamento del post-test; i secondi riguardano la variazione dei punteggi della I-AITCS II nella rilevazione pre/post.

5.3 Stakeholder coinvolti

Il percorso coinvolge differenti figure professionali e organizzative, con livelli di partecipazione modulati in base al ruolo ricoperto e alla fase progettuale.

STAKEHOLDER DEL PROGETTO

Centrale Operativa Territoriale (COT) Hub di Modena



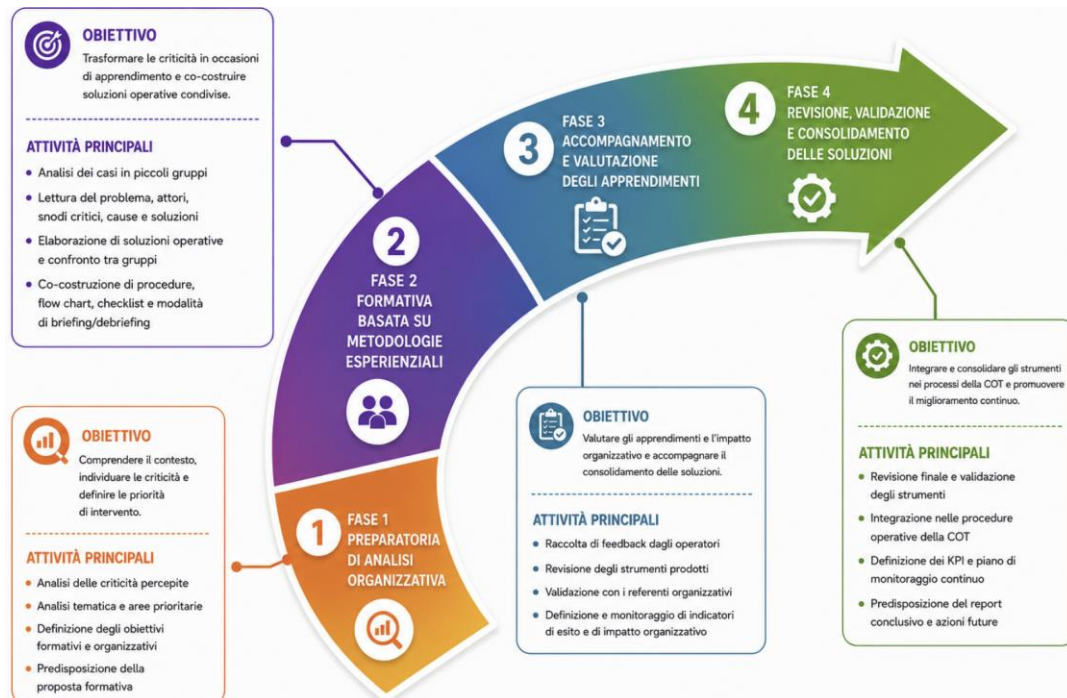
Gli operatori della COT Hub di Modena rappresentano il gruppo prioritario, in quanto direttamente coinvolti nei processi oggetto di miglioramento e chiamati a partecipare alla rilevazione delle criticità, all'analisi dei casi e alla co-costruzione degli strumenti operativi. I coordinatori infermieristici assumono una funzione di facilitazione, supporto organizzativo e validazione preliminare delle proposte emerse.

La Direzione assistenziale garantisce il sostegno istituzionale, valuta la sostenibilità delle azioni proposte e facilita l'integrazione nei processi aziendali. I referenti PUA, l'infermieristica di comunità e gli assistenti sociali contribuiscono alla lettura dei flussi territoriali e sociosanitari, soprattutto nei casi caratterizzati da maggiore complessità assistenziale. MMG, PLS, OSCO, CRA, Hospice e altri nodi della rete possono essere coinvolti in modo mirato nei casi che richiedono un raccordo clinico-assistenziale o una lettura delle transizioni tra setting diversi.

Il provider aziendale per la formazione interviene nella valutazione della proposta ai fini dell'eventuale accreditamento ECM e nella definizione degli aspetti formali del percorso. I servizi ICT e amministrativi possono essere attivati qualora emergano necessità legate alla gestione documentale, informativa o organizzativa degli strumenti prodotti. Pazienti e caregiver, pur non essendo coinvolti direttamente nella progettazione dell'intervento, rappresentano i destinatari indiretti del miglioramento atteso, in termini di maggiore continuità, appropriatezza e integrazione dei percorsi assistenziali.

6. Progettazione operativa

La progettazione operativa è organizzata in quattro fasi, rappresentate di seguito nella timeline progettuale: analisi organizzativa, realizzazione dell'intervento formativo, verifica delle soluzioni elaborate e revisione finale.



6.1. Analisi dettagliata del problema

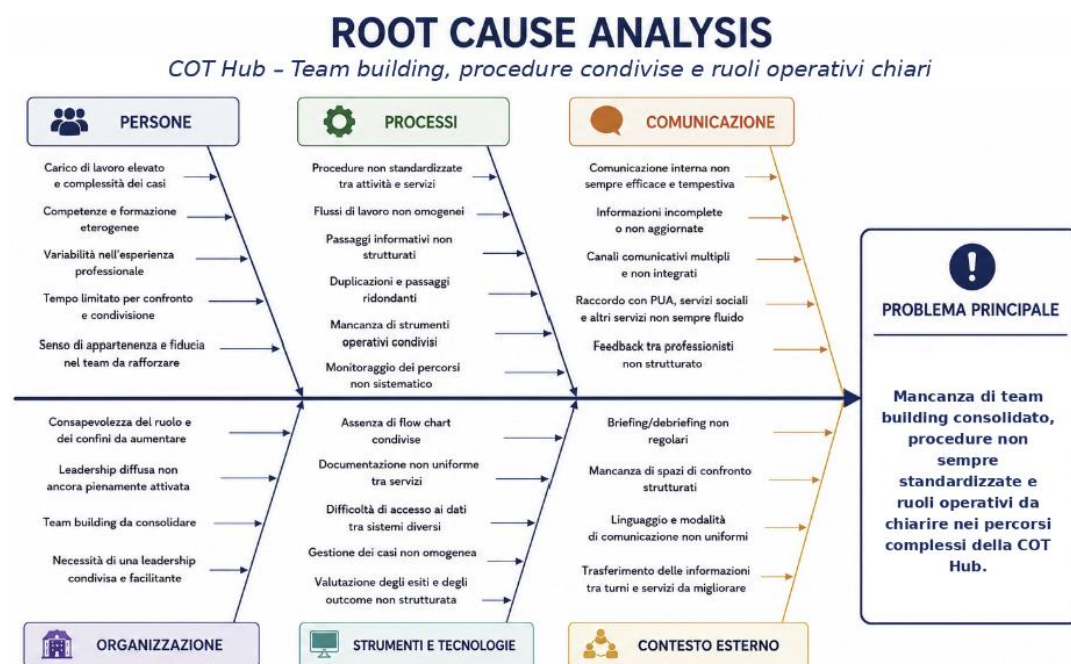
L'analisi del problema è stata costruita progressivamente attraverso l'osservazione del contesto organizzativo e un'indagine esplorativa rivolta agli operatori; in una prima fase è stato predisposto un questionario, elaborato a partire da dimensioni presenti in letteratura sul benessere organizzativo e sull'ambiente di lavoro, con riferimento alla Practice Environment Scale of the Nursing Work Index (PES-NWI) [11,12], al Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ III) [13,14] e al Copenhagen Burnout Inventory (CBI) [15]. Lo strumento ha permesso di raccogliere informazioni preliminari su comunicazione interna, collaborazione multiprofessionale, chiarezza dei ruoli, supporto organizzativo, leadership, stress lavorativo e percezione di benessere; tali informazioni sono state successivamente approfondite attraverso un focus group, utilizzato come spazio di confronto partecipativo per chiarire le criticità percepite, individuare le aree prioritarie di intervento e raccogliere proposte di miglioramento collegate all'esperienza quotidiana di lavoro.

Dall'analisi complessiva delle informazioni raccolte sono emerse alcune dimensioni organizzative ricorrenti, riconducibili soprattutto alla necessità di rafforzare il team building, rendere più chiare le responsabilità operative e costruire strumenti condivisi

a supporto del lavoro quotidiano. In particolare, sono state rilevate criticità legate alla comunicazione interna e ai passaggi informativi, alla presenza di procedure non sempre standardizzate, alla necessità di chiarire ruoli e confini operativi nei percorsi che coinvolgono più servizi e professionisti, oltre che al bisogno di momenti strutturati di confronto, briefing/debriefing e problem solving condiviso.

Il problema oggetto del progetto può quindi essere definito come una criticità organizzativa complessa, caratterizzata dall'interazione tra processi da rendere più omogenei, comunicazione da strutturare, ruoli da chiarire e collaborazione multiprofessionale da rafforzare; tali aspetti incidono sia sull'efficacia dei flussi operativi sia sul clima interno, rendendo necessario un intervento che integri miglioramento dei processi, partecipazione degli operatori e costruzione condivisa di soluzioni operative.

6.2. Identificazione delle cause



Le criticità emerse dall'indagine esplorativa e dal focus group possono essere ricondotte a più dimensioni organizzative tra loro collegate. Il problema principale riguarda la presenza di un team building non ancora pienamente consolidato, associato a procedure operative non sempre standardizzate, ruoli e responsabilità da chiarire e strumenti condivisi da sviluppare.

Una prima causa è rappresentata dalla variabilità dei processi operativi. La gestione dei percorsi può assumere modalità differenti quando mancano strumenti comuni di riferimento, come procedure, checklist, flow chart o griglie di passaggio informativo.

Questa variabilità può rendere meno uniforme il lavoro quotidiano e più difficile il raccordo tra i diversi professionisti e servizi coinvolti.

Una seconda causa riguarda la comunicazione interna e il passaggio delle informazioni. Nel lavoro della COT la qualità delle informazioni ricevute, condivise e trasmesse rappresenta un elemento centrale. Quando questi passaggi non sono sostenuti da modalità strutturate e condivise, possono generarsi incertezze operative, rallentamenti, interpretazioni non omogenee e difficoltà nel dare continuità al percorso.

Un'ulteriore dimensione riguarda la chiarezza dei ruoli e delle responsabilità. Nei percorsi multiprofessionali è necessario che ciascun operatore conosca il proprio contributo, quello degli altri professionisti e i confini operativi delle diverse funzioni. La mancata esplicitazione dei ruoli può favorire sovrapposizioni, vuoti decisionali o difficoltà nell'individuare chi deve intervenire in una determinata fase del percorso.

Infine, il lavoro di squadra rappresenta un elemento da rafforzare. Il progetto interviene su questo aspetto attraverso l'analisi dei casi e il coinvolgimento diretto degli operatori nella costruzione delle soluzioni. La partecipazione del gruppo consente di trasformare le criticità emerse in strumenti più aderenti al lavoro reale, come procedure, checklist, flow chart e griglie informative, favorendo al tempo stesso maggiore responsabilizzazione, senso di appartenenza e condivisione delle modalità operative.

6.3. Pianificazione delle azioni di miglioramento

La pianificazione delle azioni di miglioramento prevede una sequenza progressiva di attività: condivisione delle criticità emerse, selezione dei casi da discutere, realizzazione degli incontri di formazione sul campo, co-costruzione degli strumenti operativi e valutazione finale mediante indicatori formativi ECM e scala I-AITCS II. Tale articolazione consente di collegare l'intervento formativo agli obiettivi organizzativi del progetto e di mantenere distinta la valutazione della formazione da quella del team building.

6.4. Risorse necessarie

La stima economica ha valore indicativo e considera prevalentemente il costo-opportunità del tempo lavoro del personale coinvolto. Non sono previsti costi strutturali rilevanti, poiché spazi, attrezzature informatiche e materiali di base risultano già disponibili in ambito aziendale. Eventuali costi aggiuntivi potrebbero derivare

dalla formalizzazione dell'evento formativo, dalla gestione ECM o dal coinvolgimento di docenti/facilitatori esterni.

TABELLA DELLE RISORSE STIMATE DEL PROGETTO

CATEGORIA DI RISORSA	DESCRIZIONE	RISORSA COINVOLTA	STIMA ORE / QUANTITÀ\	NOTE
 1. PERSONALE COINVOLTO	Partecipazione degli operatori alle attività di formazione (analisi dei casi, gruppi di lavoro, condivisione e costruzione strumenti)	15 operatori (COT Hub)	24 ore totali (2 incontri da 8h + 2 incontri da 4h)	Operatori dei diversi profili professionali della COT Hub
 2. COORDINAMENTO E FACILITAZIONE DEL PROGETTO	Coordinamento del progetto, preparazione attività, facilitazione incontri, monitoraggio e valutazione	1 referente di progetto (infermiere)	50 ore	Include attività di coordinamento e facilitazione del percorso
 3. SUPPORTO METODOLOGICO E SCIENTIFICO	Supporto metodologico all'analisi dei casi e alla progettazione degli strumenti operativi	1 esperto esterno (metodologo / formatore)	16 ore	Supporto nella scelta metodologica e nella progettazione didattica
 4. ACCREDITAMENTO ECM	Gestione pratica di accreditamento ECM tramite Ufficio Formazione AUSL di Modena	Ufficio Formazione AUSL di Modena	Quota forfettaria	Gestione amministrativa dell'accREDITamento
 5. MATERIALI E STRUMENTI	Materiali didattici, stampe, cancelleria, cartelloni, post-it, materiale per lavori di gruppo	Materiali per attività	Fornitura forfettaria	Materiale necessario per gli incontri e le attività di gruppo
 6. LOGISTICA	Uso sale aziendali, attrezzature multimediali e strumenti informatici (già presenti in azienda)	Struttura aziendale	Incluso	Sale e attrezzature già disponibili in azienda
 7. COSTI INDIRETTI (OVERHEAD)	Stima forfettaria per costi generali di progetto (es. segreteria, utenze, gestione amministrativa)	–	10% delle ore totali del personale coinvolto	Quota forfettaria di supporto al progetto

NOTE

- Tutte le risorse sono da intendersi in base alla disponibilità interna ed esterna.
- La tabella rappresenta una stima di risorse e tempi necessari per la realizzazione del progetto.
- Le ore sono arrotondate per eccesso.

Data stima: Maggio 2025

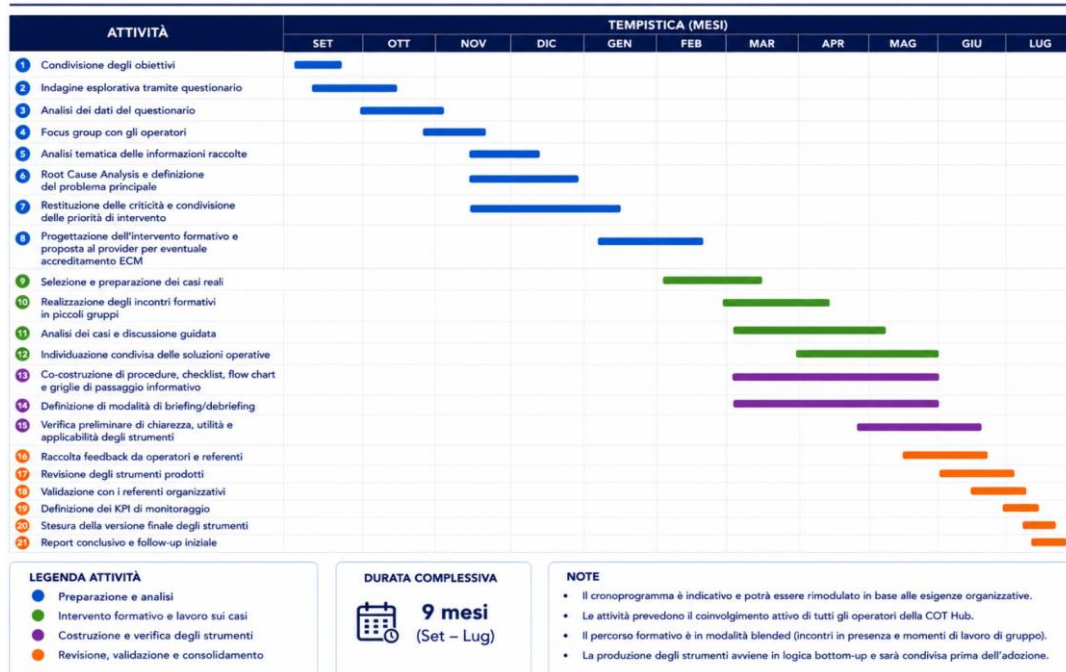
6.5 Gantt

Il cronoprogramma del progetto è stato costruito per rappresentare in modo sintetico la sequenza delle principali attività previste, dalla preparazione del percorso fino alla revisione degli strumenti prodotti. La pianificazione temporale consente di collegare le azioni di miglioramento alle diverse fasi operative: condivisione delle criticità, analisi dei casi, co-costruzione degli strumenti, revisione finale e definizione del monitoraggio.

La distribuzione delle attività su più mesi risponde alla necessità di rendere il percorso sostenibile per il servizio, evitando una concentrazione eccessiva degli incontri e favorendo il coinvolgimento progressivo degli operatori. Il Gantt rappresenta uno strumento di governo del progetto, utile per visualizzare l'avanzamento delle azioni, mantenere coerenza tra obiettivi e attività e facilitare il raccordo tra operatori, referenti organizzativi e provider formativo.

La timeline proposta potrà essere adattata in base alla disponibilità degli operatori, alla turnistica e alle esigenze organizzative della COT Hub.

DIAGRAMMA DI GANTT – PIANO DELLE ATTIVITÀ



7. Risultati

La valutazione del progetto distingue tre ambiti tra loro collegati: la realizzazione del percorso ECM, la collaborazione interprofessionale e alcuni esiti organizzativi osservabili nei processi della COT. Questa distinzione consente di verificare la correttezza formale dell'intervento formativo, rilevare eventuali cambiamenti nel funzionamento del gruppo e monitorare gli effetti pratici sulle modalità di lavoro.

7.1. Indicatori attesi

Per la valutazione del progetto saranno considerati indicatori formativi, indicatori di team building e indicatori organizzativi integrativi. Gli indicatori ECM verificano la realizzazione del percorso; la I-AITCS II misura la collaborazione interprofessionale; gli indicatori organizzativi descrivono gli effetti attesi su clima, comunicazione e continuità operativa.

Per la componente formativa saranno considerati la presenza ad almeno il 90% delle ore previste e il superamento del post-test con almeno il 75% di risposte corrette. Per il team building sarà utilizzata l'intera scala I-AITCS II, somministrata prima e dopo l'intervento, considerando il punteggio complessivo e le dimensioni partnership, cooperation e coordination.

Gli indicatori proposti sul clima di sicurezza, sui near miss comunicativi e sull'aderenza ai percorsi sono stati adattati al contesto della COT Hub. L'indicatore assistenziale viene quindi ricondotto al piano operativo del caso, inteso come insieme

di azioni concordate durante l'analisi del caso, il briefing o il confronto multiprofessionale.

INDICATORI ADATTATI AL PROGETTO DELLA COT HUB

AREA	INDICATORE ADATTATO	DESCRIZIONE E ADATTAMENTO AL CONTESTO COT HUB	MISURAZIONE	FORMULA / MODALITÀ DI CALCOLO	TARGET ATTESO
 CLIMA DI TEAM E SICUREZZA OPERATIVA	Indice di Clima sulla Sicurezza (Safety Climate)	Misura la percezione degli operatori rispetto al clima di collaborazione, comunicazione, fiducia reciproca e sicurezza nei passaggi informativi all'interno della COT Hub.	• Somministrazione di un questionario validato (es. SAQ – Safety Attitudes Questionnaire, sezione Teamwork / Safety Climate) prima dell'inizio del progetto (T0) e dopo 3–6 mesi (T2).	Confronto del punteggio medio complessivo e delle dimensioni (teamwork, comunicazione, coordinamento, sicurezza percepita) tra T0 e T2.	Miglioramento del punteggio medio complessivo rispetto alla baseline. Target orientativo: +10–20% nelle dimensioni principali.
 COMUNICAZIONE E NEAR MISS ORGANIZZATIVI	Variazione degli Incident / Near Miss legati alla comunicazione	Valuta la frequenza delle segnalazioni relative a problematiche comunicativo-organizzative che possono generare criticità nei percorsi assistenziali gestiti dalla COT Hub.	• Analisi delle segnalazioni presenti nel sistema di incident reporting, nei report interni, nei debriefing di team o in altre fonti aziendali dedicate, prima (T0) e dopo l'avvio degli incontri (T1 e T2).	Variazione % = $\frac{[(N^{\circ} \text{ criticità post} - N^{\circ} \text{ criticità pre}) / N^{\circ} \text{ criticità pre}] \times 100}{1}$ Le criticità includono: informazioni incomplete, passaggi non tracciati, ritardi di attivazione, disallineamenti tra professionisti.	Riduzione delle criticità comunicative o, in alternativa, miglioramento della qualità e della tempestività della gestione delle stesse (aumento della consapevolezza e della segnalazione strutturata).
 ADERENZA AI PERCORSI ASSISTENZIALI	Aderenza al piano operativo del caso	Misura la capacità del team di tradurre in azioni concrete e nei tempi previsti quanto concordato per i casi discussi durante gli incontri di analisi, briefing o confronto multiprofessionale.	• Verifica sui casi reali discussi nei momenti strutturati di analisi dei casi / briefing / incontri di team, prima (T0) e dopo (T1 e T2).	Aderenza % = $\frac{(N^{\circ} \text{ casi con azioni concordate avviate o completate nei tempi previsti} / N^{\circ} \text{ totale casi discussi con piano operativo definito}) \times 100}{1}$	 Almeno 75–80% dei casi con azioni avviate o completate nei tempi previsti.

INDICATORE	T0 – BASELINE (prima dell'avvio)	T1 – FINE INTERVENTO (al termine del percorso)	T2 – FOLLOW-UP (3–6 mesi dopo)	SCOPI PRINCIPALI
 Indice di Clima sulla Sicurezza (Safety Climate)	Rilevazione iniziale (questionario)	Rilevazione post intervento (non obbligatoria)	Rilevazione follow-up (questionario)	Valutare il cambiamento percepito nel clima di team, comunicazione e sicurezza nei passaggi informativi.
 Incident / Near Miss legati alla comunicazione	Analisi segnalazioni	Analisi segnalazioni	Analisi segnalazioni	Monitorare la variazione delle criticità comunicative e la qualità della segnalazione.
 Aderenza al piano operativo del caso	Rilevazione casi	Rilevazione casi	Rilevazione casi	Verificare la capacità di attuare le decisioni condivise nei tempi previsti.

 **NOTA:** Gli indicatori saranno analizzati in modo descrittivo, integrando dati quantitativi e qualitativi. L'obiettivo non è solo misurare, ma utilizzare i risultati per il miglioramento continuo dei processi della COT Hub e del benessere degli operatori.

Gli indicatori organizzativi saranno utilizzati con finalità descrittiva: non sostituiscono la I-AITCS II, ma permettono di collegare il percorso formativo agli effetti osservabili nei processi quotidiani della COT.

7.2. Analisi dei dati

L'analisi avrà finalità descrittiva e di miglioramento. Per la formazione saranno calcolate la percentuale di presenza, la quota di partecipanti che superano il post-test e la completezza della documentazione ECM. Per la collaborazione interprofessionale sarà confrontato il punteggio I-AITCS II rilevato prima e dopo il percorso, considerando sia il valore totale sia le tre sottoscale.

Gli indicatori organizzativi integrativi saranno confrontati tra baseline, post-intervento e, dove possibile, follow-up a 3–6 mesi. Le criticità comunicativo-organizzative saranno interpretate con cautela: un aumento iniziale delle segnalazioni potrebbe riflettere una maggiore attenzione alla tracciabilità e alla cultura della sicurezza, non necessariamente un peggioramento dei processi.

7.3. Tabelle, grafici e indicatori di performance

La rappresentazione dei risultati potrà prevedere una tabella di monitoraggio con baseline, valore post-intervento, eventuale follow-up e target atteso. Per la

collaborazione interprofessionale sarà utile un grafico pre/post dei punteggi medi I-AITCS II, includendo il punteggio complessivo e le tre dimensioni principali.

Non si prevede la costruzione di un unico indice composito. Gli indicatori saranno letti separatamente, così da mantenere chiara la distinzione tra validità formativa, collaborazione percepita e andamento dei processi organizzativi.

7.4. Benefici qualitativi e quantitativi

I benefici quantitativi attesi riguardano il raggiungimento dei requisiti formativi, l'aumento dei punteggi relativi alla collaborazione interprofessionale e il miglioramento descrittivo di alcuni processi operativi. La presenza pari almeno al 90% e il superamento del post-test con almeno il 75% di risposte corrette indicheranno che il percorso è stato seguito e compreso secondo i criteri richiesti. Il confronto pre/post della I-AITCS II e degli indicatori organizzativi permetterà invece di osservare la direzione del cambiamento.

Dal punto di vista qualitativo, il progetto dovrebbe favorire una maggiore consapevolezza del ruolo della COT come snodo di coordinamento tra ospedale, territorio, servizi sociali, strutture intermedie e domicilio. L'analisi dei casi e il confronto guidato potranno aiutare gli operatori a riconoscere le interdipendenze operative, chiarire le modalità di raccordo e rendere più leggibili i passaggi tra professionisti e servizi.

8. Discussione

Il progetto risponde al bisogno di riorganizzazione emerso dall'analisi del contesto della COT Hub, ponendo al centro la formazione esperienziale, il confronto sui casi e il rafforzamento della collaborazione interprofessionale. Il sistema di valutazione proposto risulta coerente con questa impostazione, perché distingue gli indicatori necessari alla validità del percorso ECM, la misurazione della collaborazione tramite I-AITCS II e il monitoraggio descrittivo dei processi operativi.

La scelta di non utilizzare un indicatore composito costruito ad hoc riduce il rischio di introdurre misure poco validate o difficili da sostenere sul piano metodologico. L'impiego della I-AITCS II consente di valutare la collaborazione attraverso uno strumento strutturato, mentre gli indicatori organizzativi integrativi restano misure descrittive utili al governo del progetto.

8.1. Interpretazione dei risultati attesi

I risultati dovranno essere letti su tre piani. Il primo riguarda la realizzazione del percorso formativo: partecipazione, apprendimento e completezza documentale permetteranno di verificare la coerenza con i requisiti ECM. Il secondo riguarda la collaborazione interprofessionale, rilevata con la I-AITCS II. Il terzo riguarda gli indicatori organizzativi integrativi, utili a descrivere clima, comunicazione e aderenza al piano operativo del caso.

Un eventuale miglioramento dei punteggi non dovrà essere interpretato come prova definitiva di cambiamento organizzativo stabile, ma come indicazione di una direzione positiva. Per questo motivo, i risultati dovranno essere letti insieme alle osservazioni emerse durante il percorso e alla sostenibilità delle azioni nel tempo.

8.2. Raggiungimento degli obiettivi

Il raggiungimento degli obiettivi potrà essere valutato solo dopo la realizzazione dell'intervento. Tuttavia, la progettazione consente già di definire criteri di successo chiari: validità formativa del percorso ECM, miglioramento della collaborazione interprofessionale percepita e andamento favorevole degli indicatori organizzativi integrativi.

Questa impostazione mantiene gli obiettivi collegati al riconoscimento formativo, al miglioramento del lavoro in équipe e alla leggibilità dei processi, evitando sovrapposizioni tra esiti didattici, relazionali e organizzativi.

8.3. Impatto del progetto sull'organizzazione

L'impatto atteso riguarda il rafforzamento del lavoro multiprofessionale nella COT Hub. La formazione sul campo e l'analisi dei casi possono aiutare gli operatori a rendere più esplicite le interdipendenze tra professionisti, a condividere modalità operative e a interpretare in modo più uniforme i passaggi assistenziali.

La rilevazione pre/post permetterà di osservare se il percorso si accompagna a un miglioramento percepito della collaborazione. Gli indicatori organizzativi integrativi potranno inoltre orientare eventuali sviluppi successivi del progetto e sostenere decisioni di miglioramento più mirate.

8.4. Confronto con letteratura e linee guida

La proposta è coerente con le evidenze che indicano l'utilità degli interventi combinati nei team sanitari, soprattutto quando formazione, strumenti operativi e confronto su problemi reali vengono integrati nel contesto di lavoro. Le linee regionali sulla formazione continua sostengono una formazione orientata al cambiamento, centrata

sull'apprendimento nei contesti operativi, sul lavoro in équipe e sulla valutazione degli esiti.

L'uso della I-AITCS II rafforza la coerenza metodologica del progetto, perché consente di misurare la collaborazione interprofessionale attraverso una scala specifica e validata.

9. Limiti

9.1. Vincoli organizzativi

Un primo limite riguarda il tempo disponibile degli operatori. La COT opera in un contesto caratterizzato da carichi di lavoro, turnistica e necessità di garantire continuità operativa. Questo può rendere complessa la partecipazione al percorso, soprattutto se la programmazione non viene integrata con le attività ordinarie del servizio.

9.2. Limiti metodologici

Il progetto nasce da un'indagine esplorativa e da un focus group, quindi non ha l'obiettivo di produrre risultati generalizzabili. Anche il confronto pre/post tramite I-AITCS II e gli indicatori organizzativi integrativi dovranno essere interpretati con cautela, perché il numero di operatori coinvolti è contenuto e l'analisi avrà finalità descrittiva.

Il miglioramento dei punteggi e degli indicatori operativi potrà indicare una tendenza positiva, ma non dimostrare da solo un cambiamento organizzativo stabile nel lungo periodo.

Gli indicatori relativi alle criticità comunicativo-organizzative possono risentire di sottosegnalazione, diversa sensibilità degli operatori alla registrazione degli eventi e variabilità degli strumenti informativi utilizzati. Per questo motivo saranno interpretati come dati di monitoraggio, non come misure assolute di efficacia.

9.3. Criticità incontrate

Una criticità riguarda la possibile distanza tra apprendimento formativo e trasferimento nella pratica quotidiana. La formazione può favorire confronto e collaborazione, ma il mantenimento dei risultati richiede supporto organizzativo, leadership facilitante e continuità nel monitoraggio.

Un ulteriore aspetto riguarda la qualità dei dati raccolti. Per ottenere risultati attendibili sarà necessario garantire chiarezza sulle modalità di somministrazione della I-AITCS

II, anonimato, restituzione aggregata dei risultati e criteri condivisi per registrare le criticità comunicativo-organizzative.

10. Conclusioni e raccomandazioni

La riorganizzazione dei processi della COT Hub di Modena richiede un intervento che non si limiti alla produzione di strumenti documentali, ma che sostenga il lavoro in équipe e la collaborazione interprofessionale. Il percorso proposto utilizza la formazione esperienziale e l'analisi dei casi come modalità per trasformare criticità quotidiane in occasioni di apprendimento organizzativo.

10.1. Sintesi dei risultati

Il lavoro ha permesso di mettere a fuoco una criticità centrale per la COT Hub di Modena: la necessità di rafforzare il coordinamento multiprofessionale e rendere più omogenei alcuni processi di lavoro. La proposta progettuale collega la formazione sul campo a una valutazione distinta e coerente: indicatori ECM per la validità formativa, I-AITCS II per la collaborazione interprofessionale e indicatori organizzativi integrativi per il monitoraggio dei processi.

10.2. Contributi al miglioramento

Il contributo principale del progetto consiste nell'aver collegato formazione, team building e miglioramento organizzativo senza trasformare gli indicatori locali in misure di esito non validate. La partecipazione e l'apprendimento verificano la realizzazione del percorso formativo; la I-AITCS II valuta la collaborazione percepita; gli indicatori organizzativi descrivono l'andamento dei processi osservabili.

10.3. Sostenibilità nel tempo

La sostenibilità dipenderà dalla capacità di inserire quanto appreso nei processi ordinari della COT. Sarà importante mantenere momenti periodici di confronto, aggiornare gli strumenti prodotti e ripetere, se necessario, la rilevazione della collaborazione interprofessionale per monitorarne l'evoluzione.

10.4. Proposte di sviluppo futuro

In una fase successiva, il percorso potrebbe essere sperimentato su specifici flussi operativi, come dimissioni protette complesse, raccordo con il PUA o passaggi tra ospedale e territorio. Un ulteriore sviluppo potrebbe riguardare il coinvolgimento progressivo di altri nodi della rete, mantenendo la I-AITCS II come strumento di valutazione principale e consolidando gli indicatori di processo dopo una fase pilota.

In conclusione, il miglioramento della COT Hub di Modena richiede strumenti operativi chiari, ma anche un gruppo di lavoro capace di confrontarsi, condividere responsabilità e apprendere dai propri processi. La distinzione tra indicatori ECM, scala I-AITCS II e indicatori organizzativi descrittivi rende il progetto più lineare, coerente e metodologicamente difendibile.

Bibliografia

1. Ministero della Salute. Decreto Ministeriale 23 maggio 2022, n. 77. Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale. Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana. Serie Generale n. 144, 22 giugno 2022.
2. Presidenza del Consiglio dei Ministri. Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), Missione 6: Salute. Roma: Presidenza del Consiglio dei Ministri; 2021.
3. Regione Emilia-Romagna, Agenzia sanitaria e sociale regionale. Aver cura delle persone nei processi di cambiamento: linee di indirizzo regionali per progettare e realizzare la formazione continua in sanità. Dossier n. 280/2026. Bologna: Regione Emilia-Romagna; 2026.
4. Miller CJ, Kim B, Silverman A, Bauer MS. A systematic review of team-building interventions in non-acute healthcare settings. *BMC Health Serv Res.* 2018;18:146. doi:10.1186/s12913-018-2961-9.
5. Buljac-Samardzic M, Doekhie KD, van Wijngaarden JDH. Interventions to improve team effectiveness within health care: a systematic review of the past decade. *Hum Resour Health.* 2020;18:2. doi:10.1186/s12960-019-0411-3.
6. Phillipson J, Cardoso Pinto A, Kingsley-Smith H, Krachler N, McGivern G, Lyons O. Leadership training in healthcare: a systematic umbrella review. *BMJ Leader.* 2025. doi:10.1136/leader-2025-001269.
7. Silva JAM, Fernandes Agreli H, Harrison R, Peduzzi M, Mininel VA, Xyrichis A. Collective leadership to improve professional practice, healthcare outcomes and staff well-being. *Cochrane Database Syst Rev.* 2022;10(10):CD013850. doi:10.1002/14651858.CD013850.pub2.
8. Boak G. Action learning in healthcare: learning from real problems in complex organisations. *Action Learn Res Pract.* 2022;19(1):4-15.
9. Ward ME, De Brún A, Beirne D, Conway C, Cunningham U, English A, et al. Using co-design to develop a collective leadership intervention for healthcare teams to improve safety culture. *BMC Health Serv Res.* 2018;18:821.
10. Ward ME, De Brún A, Beirne D, Conway C, Cunningham U, English A, et al. Co-Lead: a co-designed collective leadership intervention for healthcare teams. *BMC Health Serv Res.* 2020;20:357.
11. Lake ET. Development of the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index. *Res Nurs Health.* 2002;25(3):176-188.
12. Warshawsky NE, Havens DS. Global use of the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index. *J Nurs Adm.* 2011;41(11):469-474.
13. Burr H, Berthelsen H, Moncada S, Nübling M, Dupret E, Demiral Y, et al. The Third Version of the Copenhagen Psychosocial Questionnaire. *Saf Health Work.* 2019;10(4):482-503. doi:10.1016/j.shaw.2019.10.002.
14. COPSOQ International Network. COPSOQ III: Guidelines and questionnaire. Freiburg: COPSOQ International Network; 2020.
15. Kristensen TS, Borritz M, Villadsen E, Christensen KB. The Copenhagen Burnout Inventory: a new tool for the assessment of burnout. *Work Stress.* 2005;19(3):192-207. doi:10.1080/02678370500297720.
16. Caruso R, Magon A, Dellafiore F, Griffini S, Milani L, Stievano A, et al. Italian version of the Assessment of Interprofessional Team Collaboration Scale II: a multiphase study of validity and reliability amongst healthcare providers. *La Med Lav.* 2018;109(4):316-324. doi:10.23749/mdl.v109i4.7101.
17. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol.* 2006;3(2):77-101. doi:10.1191/1478088706qp063oa.

18. O'Brien BC, Harris IB, Beckman TJ, Reed DA, Cook DA. Standards for Reporting Qualitative Research: a synthesis of recommendations. *Acad Med.* 2014;89(9):1245-1251. doi:10.1097/ACM.0000000000000388.
19. Kolb DA. *Experiential Learning: Experience as the Source of Learning and Development.* Englewood Cliffs (NJ): Prentice-Hall; 1984.
20. Doran DM, editor. *Nursing Outcomes: The State of the Science.* 2nd ed. Sudbury (MA): Jones & Bartlett Learning; 2011.
21. Irvine D, Sidani S, Hall LM. Linking outcomes to nurses' roles in health care. *Nurs Econ.* 1998;16(2):58-64.
22. Regione Emilia-Romagna. Deliberazione della Giunta regionale 14 maggio 2024, n. 796. Linee di indirizzo per l'attuazione delle Centrali Operative Territoriali in Emilia-Romagna. Bologna: Regione Emilia-Romagna; 2024.
23. Regione Emilia-Romagna. Delibera di Giunta regionale n. 148 del 05/02/2026. Approvazione dello schema di Accordo Integrativo Regionale in attuazione dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale del 15 gennaio 2026. Bologna: Regione Emilia-Romagna; 2026.
24. Azienda USL di Modena. Centrali Operative Territoriali nell'AUSL Modena in attuazione del DM 77/2022 e DGR 2122/2022. Documento di indirizzo DI.COT, Rev. 0 del 23/05/2024. Modena: Azienda USL di Modena; 2024.
25. Azienda USL di Modena. Équipe domiciliari medico e infermieristiche di continuità assistenziale in AUSL Modena. Bozza organizzativa. Modena: Azienda USL di Modena; 2025.