



Università  
Ca'Foscari  
Venezia

Corso di Laurea Magistrale  
Lavoro, Cittadinanza Sociale, Interculturalità  
Ordinamento di cui al D.M. 270/2004

Tesi di Laurea

## **La Qualità rigenerativa**

Un percorso orientato alla qualità nei centri di servizi

**Relatore**

Ch. Prof. Anna Rita Colloredo

**Correlatori**

Ch. Prof.ssa Marilena Sinigaglia

Ch. Prof. Franco Iurlaro

**Laureanda**

Elisabetta Canton

Matricola 82436

**Anno Accademico**

2017 / 2018



# Indice

<b>Premessa</b> .....	07
<b>1 La Qualità nei Servizi alla Persona</b> .....	13
1.1 <i>Definizione della qualità</i> .....	13
1.2 <i>La qualità all'inizio, l'analisi di partenza</i> .....	16
1.3 <i>Come si può sviluppare il concetto di qualità</i> .....	22
1.4 <u>Approfondimento</u> : <i>Linee Guida Progettuali, anno 2016, IPAB L.Mariutto</i>	25
<b>2 L' Organizzazione</b> .....	55
2.1 <i>La dimensione della persona e i Centri di Servizi</i> .....	55
2.2 <i>Organizzazione dei centri di servizi</i> .....	59
2.3 <i>Il ruolo del management</i> .....	61
2.4 <i>L'équipe multiprofessionale nei Centri di Servizi</i> .....	69
2.5 <u>Approfondimento</u> : <i>Intervista Centro Servizi "A. Galvan" di Pontelongo (Pd)</i>	73
<b>3 Il Percorso</b> .....	79
3.1 <i>Come si realizza la qualità</i> .....	79
3.2 <i>Le tappe per raggiungere un sistema di qualità</i> .....	83
3.3 <i>Gli strumenti che facilitano la costruzione della qualità</i> .....	85
3.4 <u>Approfondimento</u> : <i>Intervista Centro Servizi "Villa Serena" di Valdagno (Vi)</i>	87
<b>4 La Valutazione</b> .....	93
4.1 <i>La valutazione della qualità</i> .....	93
4.2 <i>Come si misura, quali sono i metodi di rilevazione</i> .....	97
4.3 <i>Quali sono gli indicatori per misurare la qualità</i> .....	100

<b>4.4</b>	<b><u>Approfondimento:</u></b>	
	<i>Tavola n. 1: Schema aggiornato della classificazione di Donabedian in struttura, processo ed esito .....</i>	101
	<i>Tavola n. 2: Indicatori della qualità della cura.....</i>	104
<b>5</b>	<b>L' Accreditamento .....</b>	107
<b>5.1</b>	<i>La garanzia del lavoro di qualità .....</i>	107
<b>5.2</b>	<i>L'accreditamento istituzionale e l'accreditamento volontario .....</i>	108
<b>5.3</b>	<i>La valutazione dell'Eccellenza .....</i>	116
<b>5.4</b>	<i>Accreditamento di Eccellenza in ambito sanitario .....</i>	119
<b>5.5</b>	<i>Il Marchio "Qualità &amp; Benessere" .....</i>	120
	<i>Tavola n. 3: La Carta dei Valori del Marchio Q&amp;B .....</i>	121
<b>5.6</b>	<i>Le Buone Prassi .....</i>	123
<b>5.7</b>	<b><u>Approfondimento:</u> Intervista Centro Regionale Oncologico di Aviano (Pn)</b>	124
<b>6</b>	<b>Gli Esiti .....</b>	131
<b>6.1</b>	<i>La qualità che mette al centro le persone .....</i>	131
<b>6.2</b>	<i>A chi fa bene un sistema di qualità .....</i>	134
	<i>Tavola n. 4: Il comitato familiari .....</i>	141
	<b><u>Approfondimento:</u> Il Piano di miglioramento "Ben-Org" .....</b>	148
<b>6.3</b>	<i>La qualità come pratica innovativa che crea sinergia: quanto costa lavorare bene .....</i>	150
<b>6.4</b>	<b><u>Approfondimento:</u> Intervista a M. Iesurum .....</b>	158
<b>7</b>	<b>La Qualità rigenerativa .....</b>	161
<b>7.1</b>	<i>Conclusioni .....</i>	161

<b>Bibliografia</b> .....	167
<b>Riviste</b> .....	171
<b>Progetti / Esperienze</b> .....	172
<b>Sitografia</b> .....	173
<b>Riferimenti normativi</b> .....	174



## Premessa

La scelta di analizzare alcuni aspetti relativi alla qualità in ambito dei servizi alla persona ha avuto due genesi, la prima per un desiderio reale, stimolato dalla necessità di approfondire il tema della qualità, per rispondere ad una esigenza lavorativa, la seconda, per una presa di coscienza rispetto al fatto che, tanto se ne parla di qualità, ma forse non sempre si conosce la vera essenza del concetto.

La conoscenza del termine qualità spesso è limitata fino a quando non si presenta la possibilità di sviscerare l'argomento. Nel lavoro sociale professionale quotidiano, nel ruolo di assistente sociale in un centro di servizi per anziani, la qualità può sembrare un sinonimo di «lavoro per bene»<sup>1</sup>, agire nel migliore dei modi possibili, essere professionali e preparati nel proprio lavoro, collaborare con i colleghi, essere di aiuto per i familiari, credendo che tutto questo possa ricadere in un servizio positivo per l'anziano residente nella struttura. L'idea di fondo è che, se ogni professionista svolge bene il proprio lavoro, il risultato si configura come un servizio di qualità. Allo stesso modo, la convinzione che, se si ottengono l'autorizzazione al funzionamento e l'accreditamento, si sia raggiunto il livello di qualità richiesto. La raccolta della documentazione necessaria per ottenere questi "lasciapassare", viene considerata come un adempimento e un peso da sopportare se si desidera proseguire in un percorso qualitativo. La stesura di protocolli, in prossimità della visita di accreditamento, sono visti solo come necessari, perché tutti sappiano quello che c'è da fare, intoccabili, forse anche poco conosciuti, perché preparati in poco tempo e in un gruppo assai ristretto di professionisti.

La qualità è tutto questo?

Sicuramente nella qualità sono presenti anche tutti questi aspetti, ma non è da questo punto di vista che si può vivere e rigenerare la qualità.

Quando, nel mese di luglio 2017 - nell'ambito di una riorganizzazione interna dei servizi dell'I.P.A.B. "Luigi Mariutto"<sup>2</sup> - si presentò l'opportunità di implementare il

---

<sup>1</sup> K. Jones, B. Cooper, H. Ferguson (a cura di). Lavoro per bene. Buone pratiche nel servizio sociale. Edizione italiana a cura di M. L. Raineri. Erickson, Trento 2008

<sup>2</sup> Il centro servizi "Luigi Mariutto" è un'Istituzione Pubblica di Assistenza e Beneficenza (I.P.A.B.), è quindi un ente di diritto pubblico che opera sotto il controllo e la vigilanza della Regione. Le I.P.A.B. sono dotate di personalità giuridica e sottoposte al controllo pubblico (Legge n. 6972/1890)

sistema della qualità, il primo passaggio mentale importante da affrontare nel ruolo di referente della qualità, è stato quello semantico, ovvero l'esigenza urgente di attribuire un significato nuovo alla qualità attraverso l'assegnazione di valore a quanto già esiste nella pratica quotidiana.

Nella realtà organizzativa infatti, sono già pianificate attività orientate allo sviluppo della qualità, oltre alle certificazioni obbligatorie, molti aspetti qualitativi sono stati progettati; tuttavia ciò che non consente un approccio realmente qualitativo, è un cambiamento culturale, cioè il concepire la qualità come l'*incipit* e non come il fine ultimo del percorso.

L'esistenza dei protocolli, per esempio, è spesso legata alla necessità di rispondere alla richiesta normativa dell'accreditamento e alla condivisione di una modalità lavorativa, non è vista come una base di partenza comune sulla quale poter sperimentare un miglioramento rispetto alle situazioni nuove che si presentano. Allo stesso modo, la raccolta dei dati relativi alle presenze degli ospiti, sono sentite esclusivamente correlate alle esigenze di bilancio, non ad una lettura più approfondita rispetto alla progettualità futura. Per non parlare del fatto che, la sensazione generale è quella di vivere una realtà a diversi livelli, non comunicanti tra loro.

Dopo un periodo di osservazione diretta della realtà organizzativa, è ragionevole sostenere che la qualità non può essere definita in modo univoco perché è un aspetto culturale e, in quanto tale, va descritta nell'ambito in cui viene concepita. Si può affermare che ha molte sfumature: è ordine, è organizzazione, è sinergia, è un concetto, non un adempimento o un fine, forse si può anche considerare un mezzo per avere persone che operano nel quotidiano e che vivono in una realtà che trasmette positività e impegno, per stare sempre meglio.

La qualità di chi lavora nei servizi e delle persone che se ne avvalgono, non dovrebbe essere disgiunta; è un'unica dimensione che interviene su piani diversi che dovrebbero intersecarsi e trovare un equilibrio; in questo bilanciamento vanno conteggiati anche l'aspetto economico e quello strutturale, come presenze aggiuntive nel percorso di sviluppo.

Considerata in questa dimensione, la qualità è un elemento dinamico è, appunto, un percorso di sviluppo e questo permette di non spaventarsi rispetto alla volontà di raggiungerla: è un processo evolutivo, si può guardare come agli anelli che si osservano nella sezione di un tronco, ogni anno si allargano, l'area toccata da un



miglioramento, da ogni progetto, si amplia e cresce, si implementa un'attività e si espande l'area toccata dalla qualità.

La motivazione che innesca il percorso non dovrebbe essere solo l'adempimento obbligatorio, una richiesta normativa, ma la percezione del dover essere, rispetto al servizio che si vuole erogare al cittadino. La consapevolezza che la qualità va pensata e programmata per ottenere la realizzazione di un sistema di qualità, si compie un percorso che prevede delle tappe, ogni passaggio va sedimentato e superato per passare al successivo. Tutto ciò che viene richiesto al personale, deve essere prima acquisito culturalmente da chi prende le decisioni, solo in questo modo, e con un lungo impegno, si possono mettere in moto gli ingranaggi del cambiamento. Parlare di qualità significa appunto pensare ad un cambiamento, anche le organizzazioni che già hanno raggiunto un buon livello di miglioramento, devono continuare a rinnovarsi; come già detto, la qualità è un concetto dinamico, il primo passo è proprio questo, pensare in modo dinamico.

Le organizzazioni sono delle realtà vive perché sono costituite dalle donne e dagli uomini che le formano.

Si può anche pensare all'elica del DNA dove le molecole si uniscono e la sequenza si forma correttamente perché c'è un ordine, delle precondizioni che permettono che il risultato sia quello di un organismo unico. Nelle organizzazioni, l'ordine può essere definito come capacità decisionale, chiarezza e coerenza degli obiettivi, per esempio. La capacità decisionale da parte di chi, per primo, deve stimolare l'inizio del processo. Gli obiettivi devono essere chiari affinché l'apparato organizzativo possa raccogliere lo stimolo ed elaborarlo altrimenti rimane un progetto sulla carta. Gli obiettivi devono essere coerenti per consentire agli attori dell'organizzazione di mettere in campo le risorse per raggiungerli.

Per ottenere il cambiamento culturale, vanno abbandonati gli atteggiamenti rigidi per proiettarsi su un futuro in evoluzione, il patrimonio di conoscenze che si apprendono, permettono di interiorizzare la qualità; si supera l'idea che si tratti di adempimenti per conoscere una modalità operativa, una cultura organizzativa completamente diversa e costituita da elementi che si muovono e funzionano in modo sinergico.

Questi sono gli aspetti che devono considerarsi precondizione affinché si inneschi un processo qualitativo, ma da dove si può partire?

Definito che la qualità è prima di tutto un fattore culturale delle organizzazioni, il secondo ambito di approfondimento è quello relativo alla rilevanza giocata da alcuni ruoli all'interno dell'organizzazione che permettono lo sviluppo della cultura qualitativa, si rileverà infatti che il direttore generale<sup>3</sup>, ma soprattutto il suo staff, sono le figure che permettono lo sviluppo del modello qualitativo e consentono, con il loro approccio, che i miglioramenti nascano dal basso e non vengano imposti dall'alto. Nell'analisi delle tappe che portano allo sviluppo della qualità, si riscontra che, la presenza di un *manager* preparato e orientato alla qualità, sicuramente consente l'avvio del processo, ma chi rende possibile il passaggio, dal programma alla metabolizzazione di una cultura della qualità, e quindi all'espansione di un *modus operandi*, sono i responsabili o c.d. *middle management*, quelle figure che ricoprono il doppio ruolo decisionale e operativo. Il cammino per una cultura di qualità richiede che ogni fase abbia dei protagonisti principali che si fanno promotori della conoscenza culturale; ad ogni fase raggiunta, o nei diversi momenti del percorso, cambiano i ruoli, chi era l'attore principale può divenire osservatore o comparsa e viceversa, il tutto, con la consapevolezza che ogni operatore è importante nell'essere parte, con le sue conoscenze, della squadra e dell'organizzazione.

La qualità si sviluppa attraverso le persone che sono coinvolte nella realizzazione del percorso culturale e organizzativo pertanto, è determinante il punto relativo alla scelta del disegno di qualità da sviluppare, nell'ottica che la qualità è un aspetto fondante delle organizzazioni, ogni realtà deve trovare la sua giusta dimensione. Non esiste la qualità, ma solo una qualità riferita ad una terminata struttura, non si tratta di definire quale sia il sistema o la certificazione migliore, ma riconoscere quale sia più adatta alla propria realtà, la definizione del percorso è già di per sé una scelta difficile e va analizzata approfonditamente.

Nei paragrafi relativi a questa rappresentazione, si espliciteranno alcune realtà in cui è stata applicata la cultura della qualità, situazioni molto differenti ma accumulate dalla ricerca del miglioramento continuo.

---

<sup>3</sup> Nell'elaborato si utilizzeranno termini come direttore generale, dirigente, *manager*, sono da considerarsi sinonimi e si riferiscono alla persona che si assume la responsabilità decisionale e organizzativa dell'Ente. Diversamente da *management* o *middle management* che invece è riferito al gruppo intermedio che collabora con il dirigente, lo staff di riferimento.

Come nella fase iniziale risulta molto difficile l'accettazione della cultura della qualità senza la quale non si può creare un sistema concreto e attivo, allo stesso modo le successive fasi del percorso, che permettono la rigenerazione del sistema, sono ancora più difficili da strutturare. La fissazione di alcuni indicatori, il riconoscimento della loro importanza nella prosecuzione del sistema, il riconoscimento che la rilevazione dei risultati attraverso una lente speciale consente il miglioramento e un uso efficiente ed efficace delle risorse. Per creare una circolarità nel sistema di qualità e, di conseguenza permettere che esso sia, a sua volta produttore di cultura, diventa indispensabile dare un senso a ciò che è stato fatto. Misurare non significa solo raccogliere dei dati ma soprattutto valorizzare le azioni, i progetti, le criticità e gli obiettivi raggiunti. La misurazione diventa la migliore strategia per risolvere le difficoltà che si incontrano: se l'organizzazione è allenata a definire il valore degli interventi attuati, è molto più semplice rideterminare le proprie azioni quando la situazione cambia o si verifica un problema. Misurare acquisisce un significato più completo, è una tappa del percorso ma contestualmente è propedeutica per l'inizio di una nuova progettualità.

Nella parte finale dell'elaborato si riporterà l'analisi di alcuni concetti forti della qualità che sono comuni nelle realtà organizzative e di converso di alcune peculiarità dovute a scelte decisionali specifiche.

L'elaborato cerca di analizzare alcuni aspetti relativi ai percorsi necessari per raggiungere la cultura della qualità, in particolar modo si proverà ad esprimere l'idea che il campo base è dato da una solidità e continuità della dirigenza che introduce il tema della qualità e passa il testimone ai quadri intermedi che possono a loro volta creare il tessuto pregiato con tutte le figure professionali presenti nella struttura. La dirigenza non è sola, ma è la bussola che indirizza all'obiettivo ed essendo un percorso lungo e faticoso non può essere una dirigenza di passaggio; la condivisione del progetto qualità richiede innanzitutto un'analisi di chi sono gli attori in gioco, di quali sono le loro aspettative e con essi vanno condivisi gli obiettivi; per fare questo è molto importante che cresca una consapevolezza da parte di tutti, della propria professionalità, che ci sia una stima reciproca rispetto al lavoro svolto dagli altri, che si superi l'individualità professionale a favore del gruppo.

La convinzione che soggiace all'argomentazione della tesi è che, una realtà residenziale, per essere competitiva e per rispondere realmente ai bisogni dei residenti, deve strutturare la propria operatività con una tensione particolare alla

qualità del servizio, alla qualità di vita degli anziani e alla qualità del benessere lavorativo.

La qualità si concretizza in una modalità di intervento basata su una cultura organizzativa definita (forte) e trasparente (chiara), dinamica e aperta a pratiche innovative e a buone prassi operative: la complessità, e bellezza di questo quadro, è data innanzitutto dalla non linearità del concetto di qualità e dalla possibilità di modificare in base alle esigenze, i tempi e il risultato.

# 1 - LA QUALITA'

## 1.1 Definizione della Qualità

La Qualità non può essere definita se non viene contestualizzata e misurata nella realtà che la sviluppa, l'assenza di parametri di riferimento la limita ad essere un concetto sconosciuto, o come affermava Donabedian «*The quality of care was considered to be something of a mystery: real, capable of being perceived and appreciated, but not subject to measurement*»<sup>4</sup>.

L'impegno profuso per la realizzazione di attività migliorative hanno un denominatore comune, il protagonista di qualsiasi programmazione è la persona che viene posta al centro della qualità. Gli interventi stabiliti, vanno valutati rispetto al benessere raggiunto dalla persona destinataria degli stessi. Pertanto non si può fornire una definizione univoca di qualità, non è possibile prevedere un unico strumento di valutazione perché si opera con le persone che hanno bisogni, percezioni, disagi o obiettivi di vita molto differenti.

La persona è posta al centro. Nell'ambito dei servizi socio sanitari e nei centri di servizi residenziali per anziani non autosufficienti<sup>5</sup> l'attenzione verso il benessere delle persone deve essere sempre l'obiettivo primario di ogni intervento: operare con le persone in condizioni di malattia o di non autosufficienza obbliga a rapportarsi con la fragilità. Il significato stesso della parola fragilità indica che si tratta di una condizione delicata, di un equilibrio che si può spezzare facilmente e quindi chi si

---

<sup>4</sup> A. Donabedian, Special article: The quality of care: How can it be assessed?, Archives of Pathology & Laboratory Medicine; Nov 1997; 121, 11; ProQuest Nursing Journals,pg. 1145, [www.post.queensu.ca](http://www.post.queensu.ca) *La qualità delle cure è stata considerata come un mistero: reale, capace di essere percepita e apprezzata, ma non soggetta a misurazione.*

<sup>5</sup> La Regione Veneto definisce i Centri di Servizi alla Persona come: ...un servizio residenziale socio-sanitario, che offre a persone non autosufficienti, di norma anziani, un livello di assistenza medica, infermieristica, riabilitativa, tutelare e alberghiera organizzate in base alla specifica unità di offerta (U.d.O.). All'interno dei Centri di Servizio l'assistenza socio-sanitaria può essere organizzata in due Unità di Offerta ben distinte in base all'intensità del carico assistenziale di cui gli ospiti necessitano, ma che hanno la medesima finalità di garantire alle persone non assistibili a domicilio un adeguato livello di assistenza medica, infermieristica, riabilitativa, tutelare ed alberghiera. [www.regione.veneto.it](http://www.regione.veneto.it) Il significato concreto si intravede nel passaggio concettuale che ha trasformato le case di riposo, considerate luoghi chiusi e separati dal territorio, che erogavano solo assistenza alla persona a realtà che dialogano con l'esterno e che offrono una molteplicità di servizi, e che si pongono come interlocutori attivi nella realizzazione dell'integrazione socio sanitaria.

presta ad offrire un servizio per persone fragili, deve maggiormente mettere in gioco tutte le risorse disponibili.<sup>6</sup>

La fragilità rappresenta un elemento essenziale nei servizi alla persona, essa è una presenza intrinseca e determina la complessità di qualsiasi attività posta in essere; si inserisce inoltre, in un contesto generalizzato di aumento di bisogni e di scarsità di risorse. Si devono infatti considerare entrambi i lati della medaglia, la fragilità della persona da assistere e contestualmente la fragilità degli operatori che assistono. Partendo da questo presupposto, chi rappresenta il supporto deve essere estremamente preparato per poter garantire effettivamente che la persona fragile possa condurre comunque una vita dignitosa; ma il livello organizzativo, che rappresenta l'insieme dei supporti, deve avere un apparato forte e sicuro altrimenti colui che assicura l'aiuto alla fragilità diventa a sua volta vulnerabile.

La dimensione della qualità organizzativa e gestionale rappresenta l'opportunità di creare processi relazionali rigenerativi, sia verso i destinatari del servizio che interni al gruppo, si potrebbe pensare ad un *empowerment* sinergico con il quale l'attività assistenziale ritrova quotidianamente le risorse operative utili all'intervento. Un'organizzazione che opera con un'ottica di qualità implicitamente assimila la complessità come presenza costante, pervasiva di tutti i livelli: fondamentale è che il sistema organizzativo, pur avendo delle basi oggettive, sia metabolizzato dalla realtà specifica, cercare di applicare un sistema di qualità non adatto alla struttura significherebbe inficiare tutto il percorso.

Nell'organizzazione, la qualità va ricercata sia in senso verticale che orizzontale; il valore che si ottiene dal punto di vista organizzativo viene riversato a tutti i livelli del servizio.

Per poter definire l'ambito di azione è indispensabile specificare quale è il significato del termine qualità che si vuole analizzare. Esso può essere definito con molteplici contenuti, ha così tanti significati quante sono le persone che lo possono utilizzare, e tanti quanti sono i destinatari della qualità. Si può delimitare l'ambito semantico analizzando un aspetto più oggettivo, maggiormente osservabile e soprattutto più sostanziale, che si può riscontrare nella realtà delle organizzazioni. Tuttavia la qualità concepita come operatività non ha bisogno di essere definita in modo

---

<sup>6</sup> Il concetto dell'anziano fragile è trattato da diversi autori, nell'elaborato non viene fornita un'accezione particolare del termine, tuttavia l'autore con il quale si condivide maggiormente il concetto è F. Schiavo, *Malati per forza*, Maggioli Editore, S.Arcangelo di Romagna (Rn), 2014

diverso, è qualità e basta, sono le persone, le situazioni e le organizzazioni ad essere diverse, ma l'obiettivo è determinato da un comportamento univoco di concepire il servizio.

Le organizzazioni, con le persone che le compongono, sono i precursori della qualità, il modo in cui sono organizzate e come si evolvono determinano o meno il concetto di qualità, non sono i documenti che fanno la qualità. La documentazione è statica, l'organizzazione è un'entità viva che cambia perché è costituita da persone, le stesse che possono raggiungere un livello di benessere rigenerato. La validità percepibile degli attestati finisce nel momento in cui sono riposti nel cassetto, cioè appena sono stati ottenuti; l'organizzazione invece va avanti e ogni giorno affronta nuove realtà, del foglio di carta non se ne fa nulla, quello che invece è utile è la capacità rigenerativa che si ottiene se un'organizzazione mira alla qualità reale o qualità totale.

E' corretto affermare che la realtà delle strutture è un microcosmo<sup>7</sup> che contiene molte particolarità stratificate di relazioni: ogni organizzazione è un'esperienza a sé ed è anche un evento sociale<sup>8</sup>.

Per definire allora la qualità si può sostenere che essa si rispecchia sul benessere lavorativo e si espande sul benessere dei residenti e dei familiari; che è eticamente corretto lavorare con qualità; che essa è trasparenza rispetto al servizio fornito, che è espressione di professionalità e di stima reciproca. La qualità che diventa uno strumento per le organizzazioni. La qualità che rende unica l'organizzazione che la persegue.

La qualità non si inventa dal nulla per questo non si tratta di un documento o di un modello, ma di un percorso che segue la vita dell'organizzazione, quando si inizia a pensare alla qualità ci deve essere un periodo in cui le persone investono e resistono per poter strutturare l'idea di partenza, in una dimensione collettiva.

Il concetto della qualità in un'organizzazione non può germogliare se i singoli operano mentalmente in modo individuale, se non si creano relazioni positive, è un lavoro di tessitura di reti.

La qualità dunque si edifica dalla costituzione, in un'organizzazione, di un gruppo di persone che sente di voler parlare un linguaggio comune. È l'idea, il pensiero che

---

<sup>7</sup> P. Colamonicò, *Microcosmo. Il piccolo gruppo: dinamiche, formazione, psicoterapia*, La Nuova Italia Scientifica, Roma, 1994, p.15

<sup>8</sup> S. Peruzzi, *Liberare la qualità*, Maggioli Editore, S. Arcangelo di Romagna (Rn) 2013, p.9

porta alla qualità, non le procedure. La qualità quindi è una prospettiva culturale delle organizzazioni.

Il fine ultimo di un percorso orientato alla qualità è quindi, quello di creare una cultura organizzativa particolare, orientata al cambiamento e al miglioramento. Una modalità di lavoro che aiuta "l'organizzazione e gli individui che la compongono a comprendere il senso delle cose, ad individuare lo "sfondo integratore" all'interno del quale si possono introdurre metodiche e tecniche e a sviluppare consapevolezza e protagonismo, significa, sostanzialmente, promuovere cambiamenti culturali"<sup>9</sup>.

L'assetto organizzativo deve rispondere ad una logica di efficienza ed efficacia in una realtà che, anche in ambito pubblico, determina delle condizioni competitive e contemporaneamente consentire l'accettazione intrinseca del cambiamento continuo, della flessibilità, della complessità delle situazioni. Si richiede alle organizzazioni un continuo riassetarsi su nuovi equilibri, sia di servizio che economici, non è più possibile avere una stabilità rigida, per questo, un'organizzazione che punta alla qualità, è una realtà che intrinsecamente è in grado di cambiare: pensare alla qualità significa migliorare e avere la capacità di adeguare le strategie ogni qualvolta sia necessario.

L'elasticità da parte degli attori ad adattarsi a situazioni diverse e di essere flessibili rispetto a quanto viene richiesto, si ottiene attraverso la professionalità e la consapevolezza delle proprie capacità.

Se si accetta che la qualità è cultura organizzativa, va da sé che anche il cambiamento e la flessibilità siano presenti: non si può pensare che se si è sempre agito in un certo modo non sia necessario cambiare.

La rigidità molto spesso è una forma di difesa verso ciò che non si conosce.

## **1.2 La qualità all'inizio, l'analisi di partenza**

Perché decidere di parlare di qualità in un momento in cui la scarsità di risorse disponibili nel sistema socio sanitario sono ridotte al minimo e dove le strutture per anziani sembrano avere imboccato la strada della qualità ormai da molto tempo?

---

<sup>9</sup> S. Peruzzi, op.cit., p.21. Il concetto di sfondo integratore è stato approfondito dalla scuola di Palo Alto, in particolare da G. Bateson, *Verso un'ecologia della mente*, Adelphi, Milano, 1977



La scelta non è stata immediata ma frutto di una lunga riflessione determinata dall'esigenza di approfondire un tema che in realtà è stato trattato da tempo e da molti autori. La sensazione è che, nonostante l'esperienza accumulata, vi fosse un'ampia area grigia, considerata estranea all'operare quotidiano: entrare nell'ambito del controllo interno della qualità, ha definito dei nuovi contorni alla dimensione lavorativa, come se fosse completamente diversa.

Nelle realtà organizzative si deve inevitabilmente mirare alla qualità e sicuramente sono stati raggiunti buoni livelli qualitativi, considerata anche l'obbligatorietà dell'accreditamento istituzionale tuttavia, la ridefinizione culturale rimane ad un livello diverso.

Il cambiamento è la leva, il terreno e la rinascita che sta alla base di tutti gli ambiti del lavoro sociale. Sul concetto di cambiamento si sviluppa il percorso di riconoscimento del malessere, dell'analisi dei bisogni, della fatica e sofferenza di mettere in atto le novità e finalmente l'apertura fiduciosa al nuovo.

Ci si può chiedere a quale livello devono porre in essere le modifiche. A tutti i livelli della società e del ciclo di vita si cambia ma, rispetto al passato, le strategie di cambiamento messe in atto potevano rispondere contemporaneamente a più problemi e per un tempo lungo, attualmente non è più possibile: le problematiche evolvono molto più rapidamente rispetto al passato e le organizzazioni devono attrezzarsi per aumentare la velocità e la differenziazione delle risposte senza soccombere (si pensi soprattutto alle persone che le vivono): la qualità è una delle scelte che possono sostenere il cambiamento.

Inserire un discorso di qualità è già di per sé un cambiamento impegnativo, per molti ambiti lavorativi, spogliare il termine di tutta una serie di preconcetti o significati sbagliati e rivestirlo del suo reale significato risulta estremamente difficoltoso: non ha una valenza uguale per tutti e non può avere la stessa portata o la medesima ricaduta, il tempo e i risultati non sono identici; ogni realtà deve trovare la sua dimensione di qualità.

Il punto di arrivo, non è dietro l'angolo, il percorso appare lungo e faticoso e quindi si presenta in antitesi con la necessità di essere velocemente pronti alle nuove richieste, va trovato un equilibrio tra questi due aspetti, da un lato si risponde alle richieste che evolvono in continuazione e dall'altro però si pone in essere un percorso di qualità. Quest'ultimo richiede dei tempi lunghi di attivazione e di

realizzazione, ma la dualità si ripresenta sempre, sia all'interno delle organizzazioni, sia nei confronti dei bisogni (*long term care*).

La qualità è il frutto di un gioco di squadra, anche se prende avvio da un'indicazione politica e da una consapevolezza dirigenziale che riconosce la necessità di creare un processo organizzativo orientato alla qualità: richiede che l'intera organizzazione acquisisca gli strumenti per operare in tal senso. È fondamentale che il gruppo intermedio assuma il concetto come proprio voler essere e voler agire per poi mostrarsi in grado di trasmettere a tutti gli attori tale consapevolezza.

Qualsiasi sia il modello di qualità che un'organizzazione persegue, il risultato è comunque quello di avere un gruppo di persone, una squadra, che si muove in una realtà sinergica, ogni singolo operatore si dirige verso lo stesso obiettivo, in maniera creativa. Non è solo un lavorare bene o eseguire il proprio dovere, ognuno è responsabile del proprio agire nell'organizzazione.

La difficoltà più grande è quella di far capire agli altri che una logica rivolta alla qualità può consentire di lavorare più liberamente e più facilmente. All'inizio si tratta di scardinare degli atteggiamenti, delle modalità di pensiero, dare valore ai momenti di incontro e valutazione che sembrano perdite di tempo, non si riscontrano risultati nell'immediato, sono piccoli passi, il più delle volte senza grandi risultati. Spesso si manifestano delle resistenze, perché sembra che si spezzino equilibri o si vogliano modificare percorsi conosciuti e condivisi.

I quattro aspetti che si possono considerare favorevoli all'inizio del percorso orientato alla qualità sono:

- la qualità è un'idea non un concetto, è un pensiero astratto in sé; deve essere considerato come un prerequisito per definire il cambiamento. Se le organizzazioni hanno sempre agito come contenitori di protocolli e di adempimenti, prima di operare con una logica rivolta alla qualità va affrontato il pensiero sul cambiamento culturale, la qualità è un bene comune per i fruitori del servizio e per l'ente.
- il management deve essere stabile ed avere una profonda conoscenza delle credenze e della cultura dell'organizzazione. La definizione di un sistema di qualità, inizialmente, deve avere la forza del *top down* e solo successivamente quando la struttura è formata, si può pervenire al *button up*, per esempio con l'affermarsi delle buone prassi, e l'organizzazione può procedere da sola nel quotidiano. La dirigenza dovrebbe avere una visione

complessiva dell'organizzazione, una conoscenza delle varie dinamiche ed una capacità di osservazione. Nel contempo, è strategica la delega ai propri collaboratori nella realizzazione del sistema di valori che stanno alla base dell'agire.

- i quadri intermedi o *middle management* devono essere coesi e concordi e avere la consapevolezza dell'importanza del loro ruolo. Da loro si determina la possibilità o meno di introdurre il cambiamento e di proseguire il cammino anche quando cambiano le figure politiche e dirigenziali. A questo livello si deve avere il coraggio di condividere le scelte sapendo che non tutti sono d'accordo, il disaccordo può essere il movente per il cambiamento. Le diversità non sempre creano complessità, possono arricchire il contesto e renderlo più creativo. Le difficoltà possono far emergere altri modi di vedere la soluzione. I quadri, riconosciuti nel loro ruolo di leader, non solo formale, non si pongono in una posizione di giudizio ma di collaborazione, coniugando la determinazione con la creatività.
- la tensione alla qualità vista come pensiero su ciò che si fa. A livello operativo si richiede, una rielaborazione del proprio agire, delle azioni quotidiane, l'atteggiamento del fare in un certo modo perché così si è sempre fatto e non ha mai creato problemi, non favorisce la qualità.

Come già espresso in precedenza, l'opportunità di ragionare e indagare sul tema della qualità nella realtà lavorativa specifica di un centro di servizi per anziani, si è concretizzata dal mese di luglio 2017. Da quel momento, c'è stata la possibilità di ampliare lo sguardo perché l'esperienza accumulata nel tempo come assistente sociale poteva essere arricchita da prospettive diverse, da conoscenze che completavano la formazione professionale e soprattutto dalla consapevolezza di quanto lavoro è stato fatto nel corso degli anni senza che venisse trasmesso il significato vero di ciò che si richiedeva. Spesso nelle realtà lavorative manca quella meta comunicazione che permette di spiegare le scelte che l'organizzazione intraprende. Prendere coscienza dello stato delle cose, può provocare rabbia e stanchezza (forse anche un po' di frustrazione) che si appoggiano sulle spalle e con un peso enorme, il carico di chi lavora tanto, si impegna anche molto ma poi ha un risultato che è solo una piccola fetta di quello che si potrebbe ottenere. Sarebbe come giocare una partita dove si dà il massimo, tutta la squadra si mette a

disposizione per ottenere il risultato, ma la partita la vince qualcun altro: cosa non ha funzionato?

La decisione di costruire un elaborato di tesi sulla qualità inizia proprio da qui, la volontà di non perdere una partita senza sapere il perché, i *match* si possono anche non vincere ma l'importante è sapere quali sono le strategie che non hanno funzionato come dovevano e quindi aggiustare il tiro affinché la partita successiva non ci siano gli stessi motivi della mancata vittoria, magari sono altri o possono essere simili perché ci sono altri aspetti da analizzare, ma non si rimane impotenti di fronte all'opportunità di giocare.

Come già detto, sul tema della qualità nell'ambito dei servizi alla persona, si è già scritto e studiato molto, tuttavia è un tema sul quale è difficile fermarsi e porre un punto, per sua natura la qualità è volubile, si trasforma, è un concetto che si evolve e soprattutto richiede un percorso lungo che non tutti vogliono o possono intraprendere.

Un centro di servizi può seguire il percorso per ottenere l'accreditamento istituzionale, può aderire alla norma UNI EN ISO 9000 o 9001 e anche ottenere altre certificazioni di qualità, ma se il tutto si esplica con una grande sensazione di pesantezza, con la percezione dell'obbligo del dover fare e non del piacere di migliorare, diventa estenuante. Se i processi vengono seguiti senza avere in mano il senso del perché si fanno, si arriva sempre all'ultimo momento con la documentazione pronta ma senza operare un passo avanti in termini di miglioramento globale.

Su questo aspetto si inserisce il concetto di *governance*, qual è il percorso attuato per ottenere i risultati?

Se si è definita una condivisione comune dell'obiettivo, probabilmente al termine di ogni visita di controllo, si prova, oltre alla soddisfazione momentanea, anche il raggiungimento di un piccolo traguardo in termini di miglioramento.

Conquistare una tappa nel percorso verso la qualità è difficile, molto più complesso dell'ottenimento della certificazione, può significare agire per modificare una situazione, riconoscere di non saper fare delle cose e di non capirle, a volte anche riconoscere di non condividere alcune decisioni dirigenziali. Riportato al livello micro corrisponde a mettere in discussione il proprio concetto di lavoro, ridefinire situazioni conosciute che trasmettono sicurezza.

All'inizio si possono manifestare delle resistenze determinate soprattutto dal fatto che nella fase iniziale, quella per così dire "di passaggio", per le persone coinvolte, è arduo coglierne le potenzialità e prefigurarne le future ricadute positive sull'operatività quotidiana. Per gli attori interessati, impatta principalmente la fatica del cambiamento, è inevitabile che nella pratica si senta subito il sovraccarico perché è contingente e non si riesca a fare una proiezione sul benessere futuro. L'avvio del cambiamento comporta oggettivamente uno "strappo" rispetto ad abitudini consolidate, la lacerazione di un'inerzia non priva di "vantaggi"<sup>10</sup>.

Il percorso è impegnativo e richiede che un'organizzazione abbia chiaro il motivo per cui decide di seguirlo, definire il perché si vuole impostare un lavoro sulla qualità, per un adempimento di legge, per un risparmio di risorse, perché lo impone un dirigente, perché non si sente più lo stimolo per lavorare come si è sempre fatto non basta più e soprattutto non risponde più alle esigenze dell'attuale sistema dei servizi? La chiarezza dell'obiettivo permette di definire quale analisi iniziale viene eseguita e quale identità avrà la qualità ottenuta.

Inizialmente, l'intenzione di operare sempre con l'attenzione alla qualità può sembrare un'utopia e soprattutto può togliere il fiato: appare impossibile mantenere costante l'attenzione sulla qualità e soprattutto implementare i servizi e le prestazioni, l'idea di una salita costante e all'infinito. In realtà il punto di vista è un altro. Se considerata nel modo appena suggerito, la qualità sembra avere una connotazione di adempimento, quando invece si assume come un *modus operandi* dell'organizzazione ha una connotazione intrinseca. Se il raggiungimento degli obiettivi qualitativi è visto solo come un adempimento sicuramente la salita è costante e l'affanno è sempre dietro l'angolo, ogni qualvolta scade un'autorizzazione o è prevista una visita ispettiva. Se invece diventa un atteggiamento di approccio, un fenomeno culturale, allora la salita è irta all'inizio, è lunga, ma poi, arrivati in quota dovrebbe essere il momento di godersi il paesaggio, il cammino continua e si modifica, ma rimane la consapevolezza dell'agire con una certa logica; non c'è solo il vuoto, la sensazione di non avere mai la sicurezza di come gestire le situazioni nuove, di essere sempre aggrappati ad un filo che può rompersi lasciando il nulla. L'ottica è quindi quella di concepire il tema della qualità (nelle varie sfaccettature) come un progetto organizzativo olistico che permette di avere una struttura che,

---

<sup>10</sup> M.G. Raciti, La sofferenza e la fatica del cambiamento, in Spunti n. 14/2011. Rivista dello Studio APS, Milano. [www.studioaps.it](http://www.studioaps.it)

partendo da un cambiamento culturale iniziale, riesce a sopravvivere alle variazioni, nonostante un eventuale cambio di dirigenza, anche se mutano le caratteristiche delle persone residenti, malgrado ci siano meno risorse da investire.

La società, la realtà lavorativa, le politiche sociali e la vita stessa, non sono per loro natura sempre controllabili, conoscibili e prevedibili e ci impongono di accettare dei cambiamenti, è necessario trovare un adattamento alle situazioni molto più velocemente e molto più spesso nell'arco della propria vita come pure nel tempo di lavoro rispetto al passato, pertanto la "cassetta degli attrezzi" deve essere, non solo sempre disponibile, ma anche ben fornita.

Ogni cambiamento pone un dilemma rispetto all'incertezza del futuro e quando le trasformazioni sono veloci o frequenti richiedono «riposizionamenti lavorativi e organizzativi» che provocano perdita di senso, «fatica e malessere diffuso»<sup>11</sup>. La costruzione di una cultura radicata e condivisa basata sui costrutti della qualità può essere la via d'uscita per non sopperire alla complessità delle trasformazioni.

### **1.3 Come si può sviluppare il concetto di Qualità**

La qualità determina un'evoluzione organizzativa finalizzata ad un cambiamento che è peculiare di ogni realtà: nonostante possa ottenere una definizione univoca, essa è un vestito cucito sulla quotidianità e quindi i percorsi e i tempi sono determinati da fattori specifici.

La qualità deve divenire un aspetto intrinseco dell'organizzazione, permeare ogni livello e ogni singolo operatore pertanto, va seminata nel terreno più adatto e va curata nelle sue caratteristiche precipue.

Instaurare, in un'organizzazione, un pensiero costante sulla qualità, significa rileggere modalità operative, ridefinire i ruoli, modificare l'assetto organizzativo.

Quando il Consiglio di Amministrazione e il Direttore generale di un ente, decidono di intraprendere un percorso innovativo, probabilmente possono non essere compresi. «Il cambiamento, come ogni situazione nuova, può creare resistenze e

---

<sup>11</sup> M. Savio, *Conoscere la sofferenza in tempo di crisi*, in Spunti n. 14/2011. Rivista dello Studio APS, Milano. P.41

tensioni nel personale e talvolta anche sfiducia, specie se le aspettative si trasformano in delusione»<sup>12</sup>.

All'inizio, rappresenta solo una fatica, dare un nome alle cose che si fanno, rendere visibili i processi per poterli riproporre in altri ambiti, agire professionalmente non solo fare ed eseguire, sono tutti aspetti che richiedono un modo di vedere diverso. Tutto ha un inizio da un'esperienza vissuta: al centro di servizi "Luigi Mariutto"<sup>13</sup>, il percorso per cominciare a parlare di un cambiamento per la qualità - anzi per risollevarne la situazione dell'Ente - parte a novembre 2015, con la nomina del Consiglio di Amministrazione e di un nuovo Direttore, dal maggio 2016.

Il primo passo messo in atto dal dirigente - prima ancora di prendere servizio - è stato quello di presentarsi, in una breve nota a tutti i dipendenti e ai vari *stakeholder*. Ha ringraziato il Consiglio di Amministrazione per la fiducia e si è raccontato, specificando le sue esperienze e i suoi obiettivi. Ha espresso chiaramente la volontà di iniziare un percorso con «l'adesione, il sostegno e la collaborazione di tutti», anticipando inoltre, che ci si deve «rimboccare le maniche»<sup>14</sup> ed agire in un'ottica di piccoli passi. Primo tentativo per scuotere gli animi. La seconda azione è stata quella di consegnare ai responsabili di area uno scritto dove viene spiegato il ciclo organizzativo secondo Deming, il PDCA<sup>15</sup>; tra il personale si è cominciato a mormorare su cosa volesse mettere in atto il nuovo Direttore.

L'inizio di un diverso ciclo operativo definisce la necessità di modificare gli atteggiamenti abituali: dopo il primo mese tutti i destinatari di mail, istituiscono un raccoglitore per riunire tutte le comunicazioni ricevute e le risposte inviate nei termini di scadenza. In breve tempo il dirigente incontra il personale, chiede informazioni, ascolta e acquisisce l'analisi che le persone hanno del loro servizio; prende nota delle indicazioni, invia comunicazioni di restituzione di quanto appreso e pretende ulteriori approfondimenti, proposte e spiegazioni".

Il nuovo Direttore inizia a comunicare in modo trasparente l'analisi di fattibilità, le criticità riscontrate e gli obiettivi da raggiungere, programma incontri con i

---

<sup>12</sup> F. Cavanna, *Management e Governance nelle residenze sanitarie assistenziali*, Maggioli Editore, S. Arcangelo di Romagna (Rn), 2007, p. 226

<sup>13</sup> Il centro servizi "Luigi Mariutto" è un'Istituzione Pubblica di Assistenza e Beneficenza (I.P.A.B.), è quindi un ente di diritto pubblico che opera sotto il controllo e la vigilanza della Regione. Le I.P.A.B. sono dotate di personalità giuridica e sottoposte al controllo pubblico (Legge n. 6972/1890).

<sup>14</sup> Nota del 19 aprile 2016 del Presidente dell'IPAB L. Mariutto, con allegata la comunicazione del Direttore

<sup>15</sup> Ciclo di Deming o P(plan) D(do) C(check) A(act), si fa riferimento al metodo di gestire la qualità volta al miglioramento dei processi organizzativi.

dipendenti, familiari, sindacati e altri portatori di interesse, il tutto con in mano dati e programmi. Si predispongono documenti con termini come riorganizzazione, disponibilità al cambiamento, responsabilizzazione del personale, innovazione e sostenibilità, centralità della persona, tutti vocaboli che, anche se conosciuti sono rimasti fermi e vuoti, ma ad un certo momento riprendono vitalità e determinano movimenti.

In una prima fase, la direzione fornisce dati, informazioni e ne richiede degli altri; le figure intermedie sono invitate ad avere un atteggiamento attivo per formulare ipotesi, si chiede una modificazione della rotta e per chi non vuole o non può accogliere l'opportunità, è concessa l'occasione di mobilità per andare in altre realtà. Chi invece decide di percorrere un nuovo ciclo organizzativo, vede con chiarezza che si può sempre migliorare, basta adottare il cambiamento<sup>16</sup>.**(13)**

Il messaggio forte ma propedeutico è quello di accettare che ci sia qualcuno che non regge il disequilibrio creatosi; si deve mettere in preventivo che alcune persone non si sentano in grado di sostenere la lacerazione, ma esplicitando la loro posizione, favoriscano indirettamente il processo stesso di cambiamento, che ha bisogno, «per il suo buon esito di figure coinvolte e motivate. Favorire quindi l'emersione del disagio e, al limite, del rifiuto fa parte comunque della responsabilità di chi promuove il cambiamento»<sup>17</sup>.

Viene data importanza al sistema documentale, come banca informativa che consente non solo di sapere cosa si sta facendo, ma anche per definire a che punto ci si trova e dimostrare cosa si fa.

L'analisi della realtà ha creato ordine, ha dato respiro a percorsi non conosciuti; ha ridefinito i ruoli, ha scardinato certi meccanismi anche solo per cominciare ad introdurre la necessità di cambiamento.

Il punto importante della questione è riconoscere che, per attuare un sistema di qualità è fondamentale intervenire sull'organizzazione, anche senza risorse aggiuntive, ma con persone in sintonia con l'organizzazione. È la struttura organizzativa che produce cultura. Entrare attivamente nell'organizzazione determina dei cambiamenti che possono avere rilievi molto differenti ma che comunque creano dei disequilibri e dei disagi, a volte delle sofferenze. Una prima

---

<sup>16</sup> Nota del Direttore dell'IPAB Luigi Mariutto riservata ai professionisti dell'Ente dell'8 giugno 2016

<sup>17</sup> M.G. Raciti, La sofferenza e la fatica del cambiamento, in Spunti n. 14/2011. Rivista dello Studio APS, Milano. P.87



fase di maturazione che permette di accettare la fatica è quella di riconoscere le piccole conquiste positive, la gratificazione ottenuta da soluzioni originali rispetto alle difficoltà incontrate nell'agire quotidiano e l'emersione di un'aspettativa positiva verso l'obiettivo. Questo tipo di consapevolezza, individuale, ma condivisa tra tutti gli operatori che si sentono coinvolti, «valorizzano i legami», li rendono più forti e ne favoriscono di nuovi, creano un gruppo, «non si è più soli»<sup>18</sup>.

## APPROFONDIMENTO: LINEE GUIDA PROGETTUALI 2016



### Linee guida progettuali di riorganizzazione dei servizi ed attività dell'Ente

Le linee guida progettuali propongono linee **d'indirizzo e metodologia** per la successiva progettazione (*macro e mono tematica*) della riorganizzazione dei servizi e delle attività dell'Ente.

Indicano la **direzione di massima**, consentendo alla Direzione di avviare percorsi (*condivisi con i livelli tecnici e le professionalità dell'Ente*) per il **processo ideativo e progettuale** (*finalità, contenuti, obiettivi, indicatori, tempi*) degli interventi, le cui proposte saranno, caso per caso, sottoposte all'approvazione dell'organismo politico (*CdA*). Allo stesso tempo garantiscono che le scelte operative quotidiane risultino **coerenti** con l'ambito verso il quale l'Ente si sta orientando, **consentendo** altresì l'utilizzo, allo scopo, delle risorse finanziarie, umane e strumentali.

L'Ente "Mariutto" risulta quindi non statico, ma un **processo in costante mutamento**, verso la realizzazione di un sistema necessariamente ed il più possibile pensato e controllato nei suoi possibili esiti trasformativi nello spazio e nel tempo, **secondo le strategie delineate dal Consiglio d'Amministrazione**.

Le linee guida, partendo da un'analisi preliminare, propongono quindi un approccio caratterizzato da un attento approfondimento di tutti gli elementi utili (*interni ed esterni*), al fine di sviluppare progetti che si innestino sull'esistente ma guardino consapevolmente alla sostenibilità e sviluppo nel futuro, generando ove possibile **elementi di eccellenza** e valorizzando i **punti di forza** preesistenti. Il tutto nella ricerca di un modello organizzativo "Mariutto" concretamente realizzabile e dotato di flessibilità applicativa, con al **centro la persona** ospite e fruitore dei servizi, assieme alle **risorse umane** che ne hanno cura.

#### **Premessa**

Il presente testo, come approvato, va considerato uno strumento di consultazione e lavoro (**work in progress**) a disposizione degli organismi politici e tecnici dell'Ente. Esso si considera in continuo

---

<sup>18</sup> M.G. Raciti, op.cit., P.91

aggiornamento e le proposte di linea guida progettuale, all'interno dei capitoli, possono essere costantemente integrate sia qualitativamente che quantitativamente.

Le informazioni disponibili ed i contenuti sono stati acquisiti e redatti sulla base della sintesi di un'attività condotta in tempi diversi dal Presidente, membri del Consiglio d'Amministrazione e del Direttore (*ognuno secondo le proprie competenze*), relativa a:

- lettura e valutazione documentale
- osservazione ambientale
- incontri con i quadri tecnici dell'Ente (*responsabili di area, coordinatori e referenti ai diversi livelli – amministrativo, tecnico, servizi – socio assistenziale e sanitario*)
- incontri con gli stakeholder (*comitato familiari, RSU, volontariato*)
- incontri istituzionali (*Comune di Mirano, Ulss 13*)
- somministrazione di questionario per i responsabili di area al fine di una relazione conoscitiva dei servizi
- autovalutazione di area secondo il metodo SWOT, con il quesito: *“È possibile il miglioramento complessivo della qualità generale dei servizi?”*

**Info SWOT (Strengths Weakness Opportunites Threats)**

Tecnica decisionale, più che valutativa, in cui le informazioni sul programma o intervento vengono analizzate come elementi di forza e di debolezza, e quelle sul contesto come opportunità e vincoli (*punti di forza, punti di debolezza, opportunità, rischi*), dal cui incrocio viene costruita quindi una matrice a quattro celle entro cui vengono riportate le condizioni che si sono costituite.

Il testo parte dal **capitolo “0”, lo scenario**, dedicato ai principali dati ed informazioni utili a collocare e comprendere le proposte successive. Ad esso seguono i capitoli:

1. – la **persona** al centro
2. – patrimonio: il capitale **umano**
3. – patrimonio: il capitale **sociale**
4. – patrimonio: **beni** mobili ed immobili
5. – la **qualità** dei servizi
6. – il modello organizzativo
7. – il modello di **sviluppo**

La struttura dei capitoli, a seconda del tema trattato, prevede dei riquadri di riferimento:

- **Rif. STATUTO IPAB MARIUTTO** (*fondamenti per le attività dell'Ente*)
- **Cit. LETTERATURA DEL SETTORE** (*elementi alla base delle proposte*)
- **Rif. NORMA UNI 10881:2013** (*le più recenti linee guida per l'assistenza residenziale agli anziani*)
- **Info INFORMAZIONI** (*l'approfondimento su alcuni contenuti*)

Al termine di ogni capitolo tematico sono presenti una o più schede di **“linea guida progettuale”** ovvero quanto s'intende attivare su un determinato argomento, al fine della definizione di uno o più progetti veri e propri che saranno **progressivamente sottoposti** alla valutazione ed approvazione del **CdA**. Ogni scheda riporta la casella **“osservazioni pervenute”** atta a **raccogliere i contributi**, suggerimenti e/o le integrazioni che i diversi attori (*familiari, personale, OO.SS., stakeholder, ecc.*) vorranno apportare durante il percorso.



## 0. Lo scenario

### a. LA POPOLAZIONE RESIDENTE DELL'ULSS 13 (DATI ULSS ANNO 2014)

I dati di sintesi più significativi:

- Al 31 dicembre 2014 la popolazione dell'Ulss 13 ammonta a 271.260 abitanti e continua la tendenza ad una leggera crescita della popolazione, nel 2014 l'aumento è stato di 315 unità rispetto all'anno precedente ed è dovuto a nuovi residenti "immigrati" da altri comuni. Infatti il saldo "naturale" è negativo, complessivamente pari a - 93 unità, mentre il saldo "sociale", ovvero differenza tra n° di immigrati da altri comuni e n° di emigrati in altri comuni, ammonta a + 408 unità. Tuttavia, per 8 Comuni sui 17 del comprensorio dell'Ulss 13, si nota un decremento della popolazione residente.
- Negli ultimi 15 anni l'indice di invecchiamento della popolazione (*n° persone > 65 anni ogni 100 residenti*) è **cresciuto di 5,6 punti**, passando da 15,4 a 21,0 in linea con il valore regionale pari a 20,9.
- L'invecchiamento generale delle popolazioni, si nota anche con la diminuzione della natalità: dopo un trend in crescita fino al 2008 dove i nati erano pari al 10,3 per 1.000 abitanti, si inverte la tendenza e si arriva a 7,9, valore inferiore alla media regionale veneta, pari a 8,3 per 1.000 abitanti.
- Nel Comune di Mirano, la fascia d'età 65-74 corrispondeva al 12,19% dei residenti (3.297), quella oltre i 75 all'11,74% (3.177). Complessivamente per la fascia degli ultra sessantacinquenni il **23,93%** (6.474).

### b. I DATI DELL'IPAB MARIUTTO AL 18.5.2016

**b.1 Attività** di accoglienza residenziale all'interno di un complesso costituito da **quattro residence**:

- **Ortensia** non operativo, in dismissione per cantiere in corso, potenzialità 60 posti letto; attualmente attivo **nucleo Margherita** (24 posti letto non autosufficienti ad intensità minima / ridotta)
- **Magnolia** **86 posti letto** per anziani non autosufficienti ad intensità minima / ridotta suddivisi (43 posti letto cadauno) nei **moduli Luna e Sole**
- **Fontana** **74 posti letto** distribuiti tra il **nucleo Iris** (22 posti letto ad elevato livello di dipendenza funzionale e media/elevata necessità di cure sanitarie e 2 posti letto con basso/medio livello di dipendenza funzionale e ridotta necessità di cure sanitarie); il **nucleo Tulipano** (26 posti letto ad elevato livello di dipendenza funzionale e media/elevata necessità di cure sanitarie e 2 posti letto con basso/medio livello di dipendenza funzionale e ridotta necessità di cure sanitarie); il **nucleo Orchidea** (6 posti letto per anziani autosufficienti); il **nucleo Quadrifoglio** (16 non autosufficienti ad intensità minima / ridotta);
- **Arcobaleno** **60 posti letto** per anziani non autosufficienti ad intensità minima / ridotta suddivisi (30 posti letto cadauno) nei **moduli Arancio e Azzurro**;
- **Unità riabilitativa** **23 posti letto** di cui 20 c.d. RSA e 3 definitivi non autosufficienti ad intensità minima / ridotta



### b.2 Situazione posti letto

Struttura	Posti disponibili	Occupati con impegnativa	Coperti con non convenzionati	Liberi
Magnolia Sole	43	33	1	9
Magnolia Luna	43	35	5	3
Fontana Iris	24	22	1	1
Fontana Tulipano	28	24	0	4
Fontana Quadrifoglio	16	13	1	2
Fontana Orchidea	6	0	6	0
Fontana RSA Melograno	26	22	1	0
Arcobaleno Arancio	30	29	1	0
Arcobaleno Azzurro	30	27	3	0
Ortensia Margherita	24	18	4	2
	270	223	23	24

Dopo le previste chiusure dei nuclei Margherita ed Orchidea, il numero dei posti letto disponibili scenderà a **239** in totale, sino all'avvenuta realizzazione ed apertura del nuovo padiglione in costruzione.

### b.3 Disponibilità di posti letto convenzionati, secondo i livelli SVAMA:

- 1. Livello, 14 posti (10 donna, 4 uomo)
- 2. Livello, 4 posti (2 donna, 2 uomo)

### b.4 Situazione unità di personale dipendente (al 31.12.2015)

- n. 1 Direttore (dal 1.1.2016)
- n. 1 Dirigente (attualmente in convenzione presso altre 3 II.PP.AA.BB.)
- n. 1 Istruttore Direttivo cat. D3 (funzionario area socio assistenziale)
- n. 13 Istruttori Direttivi cat. D1 (di cui 4 responsabili area, 3 coordinatori, 2 psicologi, 3 assistenti sociali, 1 infermiere)
- n. 20 Istruttori cat. C1 (di cui 4 educatori, 4 referenti nucleo, 5 amministrativi, 6 infermieri, 1 capocuoco)
- n. 1 operatore cat. B3 (infermiere generico)
- n. 136 operatori cat. B1 (2 operai, 4 amministrativi, 9 cuoche, 119 O.S.S., 2 O.S.A.)
- n. 7 figure professionali autonome (3 terapisti della riabilitazione, 1 terapeuta occupazionale, 1 podologo, 1 logopedista, 1 dietista)
  - Tasso medio annuo delle assenze: **9.06%**
  - Ore medie annue di formazione per dipendente: **7,2** (al 18.5.2016)
  - Personale che usufruisce dei permessi L.104, **20 unità (12%)**
  - Personale in **contratto part-time, 27 unità (16%)** (di cui 3 orizzontale, 1 misto e 23 verticale) (di questi part-time, 4 unità usufruiscono dei permessi l. 104)
  - Personale con **limitazioni fisiche** accertate dal medico del lavoro, che di fatto rendono difficoltose le turnazioni ed il servizio diretto con gli ospiti, **6 unità (4%)**
  - Complessivamente ca. il **28%** del personale rende necessarie modifiche ed integrazioni al quadro organizzativo giornaliero.



### **b.5 Situazione del patrimonio immobiliare**

- n. **286** unità immobiliari di proprietà (*intendasi unità catastali*)
  - o di cui n. 270 cui NON afferenti il servizio diretto dell'Ipab
  - o di cui n. 8 con processo di alienazione già avviato (2 come permuta per la realizzazione del nuovo padiglione)
  - o di cui non agibili n. 6 totalmente e n. 1 parzialmente
- n. **interventi manutentivi ordinari** agli immobili e pertinenze, medi mensili n. **80**
- **situazione specifica degli edifici ausiliari all'interno dell'area del "Mariutto"**:  
escludendo la palazzina adibita ad uffici di Direzione, e il fabbricato ex dispensario utilizzato come uffici del Servizio Educativo e un paio di uffici per le Assistenti Sociali, gli edifici diversi dai padiglioni presenti all'intero dell'area dell'Ente sono cinque, e più precisamente:
  - o Edificio Chiesetta. Attualmente non è utilizzato. All'interno si è staccato un modesto pezzo di soffitto (*intonaco su arelle*). Per renderlo agibile bisogna almeno mettere in sicurezza il soffitto. Qualche anno fa, si è provveduto ad effettuare i lavori di recupero della copertura. L'edificio si trova in uno stato manutentivo complessivamente carente.
  - o Edificio ex archivio. Attualmente è utilizzato parzialmente come deposito pannoloni e parzialmente come deposito attrezzature mobili (*carrelli, trattorino e altro*) da parte della cooperativa delle pulizie. Considerato che attualmente spogliatoi, uffici, magazzini e altro della cooperativa di pulizie sono collocati presso il Residence Ortensia, con la demolizione di questo fabbricato, probabilmente l'ex archivio potrebbe essere una soluzione per la collocazione della cooperativa stessa. L'edificio si trova in uno stato manutentivo complessivamente carente.
  - o Edificio officina. Attualmente è utilizzato come officina, deposito materiali per la manutenzione in proprio e spogliatoio per gli operai dipendenti. Qualche anno fa è stato oggetto di rimaneggiatura della copertura. L'edificio si trova in uno stato manutentivo complessivamente carente.
  - o Edificio ex guardaroba (o ex sede Croce Rossa Italiana). Attualmente è concesso in affitto alla cooperativa Villaggio Globale, la quale si occupa di accogliere immigrati. Nel 2015 sono stati eseguiti i lavori di rimaneggiatura della copertura. L'edificio si trova in uno stato manutentivo complessivamente carente.
  - o Edificio ex dimora padri cappellani. Attualmente è concesso in affitto alla cooperativa Villaggio Globale, la quale si occupa di accogliere immigrati. Nel 2015 sono stati eseguiti i lavori di rimaneggiatura della copertura. L'edificio si trova in uno stato manutentivo complessivamente carente.
  - o Struttura prefabbricata con destinazione spogliatoi per il personale (a fianco residence Fontana). Opera autorizzata a suo tempo come provvisoria dal Comune, che necessiterà, a tempo debito, di essere smantellata.

### **b.6 Sintesi Bilancio Previsione 2016**

Valore della produzione	€ 10.461.367
Costi della produzione	€ 10.711.073
Risultato prima delle imposte	- € 231.705
Imposte sui redditi	- € 151.000
Utile (perdita) dell'esercizio	- € 382.705



c. PRINCIPALE NORMATIVA DI SETTORE

- **Legge regionale 16 agosto 2002, n. 22** (*BUR n. 82/2002*) - Autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, socio-sanitarie e sociali
- **Deliberazione della Giunta Regionale n. 84 del 16 gennaio 2007** - L.R. 16 agosto 2002, n. 22 "*Autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, socio sanitarie e sociali*" - Approvazione dei requisiti e degli standard, degli indicatori di attività e di risultato, degli oneri per l'accreditamento e della tempistica di applicazione, per le strutture sociosanitarie e sociali. (*Bur n. 23 del 06/03/2007*)
- **Piano di Zona dei Servizi alla Persona 2011-2015**. Approvato dalla Conferenza dei Sindaci, è lo strumento primario di programmazione della rete dei Servizi Sociali e dell'integrazione socio-sanitaria attraverso il quale i Comuni compresi nell'ambito territoriale dell'Azienda ULSS 13, d'intesa con l'Azienda stessa, definiscono il sistema integrato dei Servizi Sociali e socio-sanitari, con riferimento alle azioni e alle risorse da attivare per realizzare gli obiettivi e garantire ai cittadini livelli uniformi di assistenza. Il comprende n. 8 aree di intervento (*Minori e Famiglia, Giovani, Immigrazione, Dipendenze, Salute Mentale, Disabilità, Anziani, Generale – Progetti*)

Da fonte Ulss si apprende che le **leggi regionali di riforma della sanità e della trasformazione delle Ipab in Asp** sono previste (*assieme*) entro la fine dell'anno 2016. Solo a seguire si riapriranno i tavoli dei Piani di Zona distrettuali per la programmazione 2016-2021.



## 1. La persona al centro

### Rif. STATUTO IPAB MARIUTTO

### ART. 2 - SCOPI

1. L'Ente si propone di sostenere, promuovere e gestire ogni iniziativa di assistenza a favore delle persone anziane, abbienti e non, con accoglienza, per quanto riguarda i soggetti non autosufficienti, disciplinata dal sistema normativo regionale con possibile priorità, in caso di parità di condizioni, dei residenti nel Comune di Mirano da non meno di cinque anni.

### Cit.

**Centralità della persona**, etica della responsabilità e della solidarietà: valori fondanti della Costituzione e della vita.

**I care**

**"M'interessa, mi sta a cuore"**. Fu Don Milani ad adottare il motto **«I care»**. Questa frase scritta su un cartello all'ingresso della scuola di Barbiana, riassume le finalità di *cura educativa* di una scuola orientata a promuovere una forma di sollecitudine per l'altro attenta e rispettosa, sollecitando una presa di coscienza civile e sociale.

**«Prendersi cura»** (*caring*) del prossimo presuppone la **relazionalità**: l'aver attenzione e interesse al mondo degli altri richiede l'abilità di non essere centrati su sé stessi (*significa rendersi conto di che cosa fa, sente e vuole l'altro*) insieme a quella di autoregolare e organizzare i propri comportamenti, e riguarda i sentimenti, la partecipazione alle emozioni altrui (**empatia**), la compassione.

La **relazione di aiuto** è «una situazione in cui uno dei due partecipanti cerca di favorire, in una o ambedue le parti, una valorizzazione delle risorse personali del soggetto ed una maggiore possibilità di espressione». Carl Rogers

**Salute** "... uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non la semplice assenza di malattia o di infermità. Il godimento del più elevato grado di salute raggiungibile è uno dei diritti fondamentali di ciascun uomo senza distinzione di razza, religione, fede politica, condizione economica o sociale ..." O.M.S., 2000

**Valutazione multidimensionale (VMD)** - Valutazione nella quale i numerosi problemi della persona anziana vengono riconosciuti, descritti e spiegati, quando possibile, e nella quale vengono: - inquadrate le risorse assistenziali e le potenzialità residue; - definito il bisogno di servizi; - messo a punto un piano coordinato di cura specifico e orientato.

### Rif. norma UNI 10881:2013 "Servizi di Assistenza residenziale agli anziani"

- 4.7 Progettazione individualizzata e piano personalizzato
- 4.12 Soddisfazione dei clienti e dei committenti



*Linea Guida Progettuale*  
**LA PERSONA AL CENTRO**

*Codice* **1-01**

*Area (centro di responsabilità / di costo)* **SOCIO ASSISTENZIALE**

*Referente/i* **M.G.  
Chiozzotto**

*Finalità* Coinvolgere ospiti, personale, familiari, volontariato nella rilettura, definizione, condivisione e riscrittura della carta dei valori e dei servizi

*Obiettivo aziendale*  
Rimotivazione etica e razionalizzazione dell'offerta

*Indicatore di risultato* **Carta dei Servizi riformulata SI/NO**

*Risultato atteso*  
Aggiornamento e valorizzazione della mission, delle regole e contenuti della carta dei servizi

*Tipologia*  annuale  
 biennale  triennale

*Fasi e tempi* Presentazione, avvio gruppi di lavoro interdisciplinari, scrittura, stampa e diffusione entro dicembre 2016

*Azioni principali* Focus per categoria; ridefinizione della mission condivisa tra tutte le parti, ridefinizione dei servizi erogati alla persona compresi nella retta ed accessori

*Risorse umane*  
interne

*Risorse strumentali*  
come disponibili

*Risorse finanziarie* ore  
formazione/ dipendente

*Specifiche osservazioni (raccomandazioni/prescrizioni/priorità) dal Cda*

*Osservazioni pervenute*





*Linea Guida Progettuale*  
**LA PERSONA AL CENTRO – ACCOGLIENZA ed ASCOLTO**

*Codice* **1-02**

*Area (centro di responsabilità / di costo)* **SOCIO ASSISTENZIALE**

*Referente/i* **M.G. Chiozzotto**

*Finalità* Riquilibrare il percorso dell'ospite dalla prima accoglienza alla residenzialità senza soluzione di continuità, attraverso i diversi interlocutori e monitorarlo

*Obiettivo aziendale*  
Presa in carico unitaria, passaggio delle informazioni e feedback

*Indicatore di risultato* **Protocollo percorso accoglienza ed ascolto SI/NO**

*Risultato atteso*  
*Pieno utilizzo ed aggiornamento costante del P.A.I., garanzia del passaggio delle informazioni, adozione di un modello di ascolto e monitoraggio costante*

*Tipologia*  annuale  
 biennale  triennale

*Fasi e tempi* Presentazione, avvio gruppi di lavoro interdisciplinari, definizione del protocollo e degli strumenti correlati entro maggio 2017

*Azioni principali* Focus per categoria; definizione dei passaggi e degli strumenti del percorso assistenziale e del corretto utilizzo del PAI, e delle modalità di ascolto e feedback

*Risorse umane*  
interne

*Risorse strumentali*  
come disponibili

*Risorse finanziarie* ore  
formazione/ dipendente

*Specifiche osservazioni (raccomandazioni/prescrizioni/priorità) dal Cda*

*Osservazioni pervenute*

## 2. Patrimonio:



### *il capitale umano*

#### *Cit.*

Con il termine **capitale umano** si intende l'insieme di conoscenze, competenze, abilità, emozioni, acquisite durante la vita da un individuo e finalizzate al raggiungimento di obiettivi sociali ed economici, singoli o collettivi.

Gestire il "capitale umano" è strategico perché:

- il capitale intellettuale è fonte di vantaggio competitivo, soprattutto nella knowledge society
- le risorse umane consentono di superare il gap tra sapere quale strategia attuare e riuscire ad attuarla

La strumentazione disponibile deve garantire due risultati complementari:

- "vincere la guerra dei talenti" (acquisire gli "alti potenziali")
- riuscire a ottenere risultati brillanti anche da persone normali

**Empatia:** gli individui hanno bisogno di essere ascoltati. La comunicazione deve andare in tutte le direzioni.

**Informazioni:** gli individui hanno bisogno di capire perché si deve cambiare e quale impatto il cambiamento avrà su di loro.

**Credibilità:** gli individui hanno bisogno di credere nel cambiamento, di essere convinti che funzionerà, che raggiungerà obiettivi utili, che risolverà problemi.

**Idee per l'Azione:** gli individui hanno bisogno di suggerimenti sul come comportarsi per imparare dall'esperienza. Imparare come e non solo cosa.

*Rif.* norma **UNI 10881:2013 "Servizi di Assistenza residenziale agli anziani"**

4.14 Requisiti per il personale



*Linea Guida Progettuale*  
**CAPITALE UMANO**

*Codice* **2-01**

*Area (centro di responsabilità / di costo)* **SOCIO ASSISTENZIALE e  
RISORSE UMANE**

*Referente/i* **M.G.  
Chiozzotto – A. Righetto**

*Finalità* “Manutenzione” della risorsa di personale attraverso un piano accurato per la raccolta dei bisogni formativi e la programmazione non occasionale degli eventi, e la rotazione tra nuclei

*Obiettivo aziendale*  
Qualificazione professionale e prevenzione del burn-out

*Indicatore di risultato Piano formativo e di rotazione predisposti SI/NO*

*Risultato atteso* *Definizione di protocolli per la raccolta dei bisogni formativi di tutte le figure professionali ed equa pianificazione della risposta interna ed esterna; metodologia di raccolta dei feedback e della messa a disposizione di quanto appreso; piano rotazioni*

*Tipologia*  annuale  
 biennale  triennale

*Fasi e tempi* analisi, consultazione ed evidenza di modelli analoghi, stesura di protocolli e definizione dei piani entro gennaio 2017

*Azioni principali* Focus per categoria; somministrazione di questionari; scelta dei soggetti formatori; attribuzione delle risorse, scrittura delle regole, calendarizzazione

*Risorse umane*  
interne

*Risorse strumentali*  
come disponibili

*Risorse finanziarie* all'interno del bilancio o in collaborazione altri Enti

*Specifiche osservazioni (raccomandazioni/prescrizioni/priorità) dal Cda*

*Osservazioni pervenute*



*Linea Guida Progettuale*  
**CAPITALE UMANO – RAPPORTI CONTRATTUALI e  
SINDACALI**

*Codice* **2-02**

*Area (centro di responsabilità / di costo)* **DIREZIONE e RISORSE  
UMANE**

*Referente/i* **Direttore –  
A. Righetto**

*Finalità* Adottare un modello di dialogo e collaborazione tra l'Ente e le OO.SS. dei lavoratori, nel rispetto dei reciproci ruoli e funzioni, al fine della miglior adesione ai principi e diritti contrattuali

*Obiettivo aziendale*  
Chiusura delle problematiche pregresse e avvio rapporto e confronti positivi

*Indicatore di risultato*  
**Protocollo rapporti  
OO.SS. SI/NO**

*Risultato atteso* *Definizione di protocollo che raccolga le intese sulla soluzione delle problematiche pregresse (p.es. produttività) e gli accordi sullo scenario e le modalità di sviluppo dell'Ente nel futuro.*

*Tipologia*  annuale  
 biennale  triennale

*Fasi e tempi* tavoli di informazione e confronto tra le parti, formulazione di protocolli ed accordi, entro gennaio 2017

*Azioni principali* Focus per categoria; somministrazione di questionari; scelta dei soggetti formatori; attribuzione delle risorse, scrittura delle regole, calendarizzazione

*Risorse umane*  
interne

*Risorse strumentali*  
come disponibili

*Risorse finanziarie* all'interno  
del bilancio

*Specifiche osservazioni (raccomandazioni/prescrizioni/priorità) dal Cda*  
Contratto integrativo decentrato e regolamentazione Part-Time

*Osservazioni pervenute* *ove possibile, ricollocazione del personale a tempo determinato e ricambio generazionale dei dipendenti*

### 3. Patrimonio:



#### il capitale sociale

#### Rif. STATUTO IPAB MARIUTTO

#### ART. 2 - SCOPI

3. L'Ente promuove progetti formativi e culturali a beneficio delle persone in stato di bisogno, dei familiari, del personale e del territorio.

#### ART. 4 – MEZZI E FUNZIONAMENTO

1. L'Ente, riconoscendo la necessità che i propri interventi siano coordinati con quelli degli Enti pubblici territoriali competenti in materia socio-assistenziale, svolge la propria attività sulla base di programmi che tengano conto delle scelte programmatiche elaborate da tali Enti, purché non in contrasto con quanto previsto nel presente Statuto.

#### ART. 15 – RAPPRESENTANZA DEGLI OSPITI

1. L'Ente favorisce la rappresentanza degli Ospiti, secondo quanto stabilito dalla normativa regionale e normata da apposito regolamento; agevola tutte le forme organizzative e logistiche che consentano l'espressione della volontà e dei bisogni degli ospiti.
2. Scopo della rappresentanza degli Ospiti è di realizzare la collaborazione attiva degli utenti per il raggiungimento dei fini istituzionali dell'Ente:
  - fornendo al Consiglio di Amministrazione suggerimenti e proposte per una migliore realizzazione dei programmi di assistenza;
  - favorendo i rapporti di solidarietà e di reciproca comprensione;
  - esprimendo pareri e proposte sull'attuazione di programmi di occupazione e di tempo libero.

#### Cit.

Con il termine **capitale sociale** s'intendono la fiducia, le norme che regolano la convivenza, le reti di associazionismo civico, elementi che migliorano l'efficienza dell'organizzazione sociale promuovendo iniziative prese di comune accordo.

*"La comunità locale non è la dimensione politico amministrativa, ma piuttosto quel complesso intreccio di rapporti emozionali che si creano fra gente che in questa comunità vive e lavora ... La promozione della qualità della vita in questa comunità è la migliore garanzia per la salute".*

VI. Hudolin, 1991

**Stakeholder** - Letteralmente significa "portatore di interessi". Indica tutte le categorie di soggetti privati o pubblici, individuali o collettivi, che in un qualche modo sono legati da un livello di condivisione e di attaccamento all'organizzazione, alla sua mission ed alle sue attività. Se gli stakeholder ritirassero la loro fiducia, interrompersero le relazioni di collaborazione, di sostegno, di controllo, difficilmente l'organizzazione continuerebbe ad esistere. Il termine indica tutti i soggetti (attori) sociali e istituzionali che agiscono con ruoli diversi, che sono portatori di interessi di natura diversa nei confronti dell'organizzazione stessa (nel caso di un sistema socio sanitario gli stakeholder sono gli utenti, le organizzazioni sindacali, i politici della comunità, i professionisti, le organizzazioni scientifiche, ecc.) e che, conseguentemente, ne possono influenzare gli orientamenti. Secondo Morgan guardare la propria organizzazione con gli occhi degli stakeholder rappresenta una delle caratteristiche positive principali di una gestione orientata verso la ricerca della qualità dell'organizzazione stessa.



*Linea Guida Progettuale*  
**PATTO per il MARIOTTO**

*Codice* **3-01**

*Area (centro di responsabilità / di costo)* **TUTTE**

*Referente/i* **Direttore**

*Finalità* Scrittura e condivisione di un patto comune tra ospiti - amministratori – dirigenza – operatori – familiari – stakeholder e città di Mirano per un “manifesto” di valori di corresponsabilità per la sostenibilità, rinnovo e futuro dell’Ipab

*Obiettivo aziendale*  
Condivisione e partecipazione di un percorso comune come segnale di unitarietà

*Indicatore di risultato*  
**Manifesto ed evento realizzati Si / NO**

*Risultato atteso* Percorso verso un’immagine rinnovata dell’Ente, verificabile attraverso feedback istituzionali e test, manifesto e convegno tematico

*Tipologia*  annuale  
 biennale  triennale

*Fasi e tempi* Studio e condivisione del testo del patto, organizzazione convegno, entro novembre 2016

*Azioni principali* Tavoli di lavoro con i diversi attori, definizione dei contenuti del Patto e sua approvazione, evento – convegno territoriale a Mirano, sul tema della qualità dei servizi

*Risorse umane*  
interne ed

*Risorse strumentali*  
come disponibili

*Risorse finanziarie* all’interno del bilancio o in collaborazione altri Enti

*Specifiche osservazioni (raccomandazioni/prescrizioni/priorità) dal Cda*

*Osservazioni pervenute*



*Linea Guida Progettuale*  
**ASSOCIAZIONE – ONLUS “AMICI DEL MARIUTTO”**

*Codice* **3-02**

*Area (centro di responsabilità / di costo)* **Direzione – socio assistenziale - economica**

*Referente/i* **Direttore – M.G. Chiozzotto – R.Barbato**

*Finalità* Farsi promotori affinché possa nascere a livello locale una nuova associazione – Onlus che affianchi il comitato familiari – ospiti e diventi il supporto volontaristico – l’unione - della comunità ai valori dell’Ente Mariutto

*Obiettivo aziendale*  
Proporre alla comunità locale di essere di supporto all’Ente attraverso un rapporto diretto di vicinanza

*Indicatore di risultato*  
**Associazione costituita SI / NO**

*Risultato atteso* Costituzione dell’associazione e stipula di una convenzione fiduciaria per i rapporti da sviluppare, compreso l’accreditamento del 5x1000

*Tipologia*  annuale  
 biennale  triennale

*Fasi e tempi* Supporto all’eventuale costituzione, entro dicembre 2016

*Azioni principali* Contatti locali, supporto al percorso giuridico amministrativo, avvio e disponibilità a percorsi di attività all’interno e all’esterno del Mariutto, aperte a tutta la comunità locale

*Risorse umane*  
interne ed

*Risorse strumentali*  
come disponibili

*Risorse finanziarie* all’interno del bilancio o per obbligazioni, contributi

*Specifiche osservazioni (raccomandazioni/prescrizioni/priorità) dal Cda*

*Osservazioni pervenute*



*Linea Guida Progettuale*  
**PARTNERSHIP**

*Codice* **3-03**

*Area* (centro di responsabilità / di costo) **Direzione – socio assistenziale – amministrative**

*Referente/i* **Direttore – resp.li di area**

*Finalità* Cogliere le diverse opportunità istituzionali per entrare in partnership e/o far parte di reti dei servizi socio assistenziali e socio sanitari, al fine di compartecipare ad iniziative e progettualità

*Obiettivo aziendale*  
Essere parte o nodo di una o più reti socio sanitarie ed istituzionali

*Indicatore di risultato*  
**Convenzioni e presenza Piano di Zona SI/ NO**

*Risultato atteso* Inserimento di nuove progettualità dell'Istituto nel Piano di zona 2016-2021, partnership con altre Ipub e con il Comune di Mirano per diverse attività

*Tipologia* [ ] annuale  
[ ] biennale[X] triennale

*Fasi e tempi* Graduale stipula di convenzioni e partecipazione ai tavoli di zona, a partire da fine 2016 in poi

*Azioni principali* Proposta Ulss per nuovi servizi quali Centro Diurno Protetto, Comune per centro Diurno sociale, servizi domiciliari, finanziamenti europei; altre Ipub per servizi amministrativi e formazione

*Risorse umane*  
interne ed

*Risorse strumentali*  
come disponibili

*Risorse finanziarie* all'interno del bilancio o per convenzione

*Specifiche osservazioni (raccomandazioni/prescrizioni/priorità) dal Cda*  
ambulatorio riabilitativo aperto all'esterno – sponsorizzazioni – rete assistenti sociali

*Osservazioni pervenute*





*Linea Guida Progettuale*  
**COMUNICAZIONE**

*Codice* **3-04**

*Area (centro di responsabilità / di costo)* **Direzione – socio assistenziale**

*Referente/i* **Direttore – M.G. Chiozzotto**

*Finalità* Utilizzare gli strumenti comunicativi disponibili allo scopo di presentare e rendere trasparente l'andamento delle attività educative, socio assistenziali ed istituzionali del Mariutto, rendendolo "trasparente" e di prossimità alla comunità locale e territoriale

*Obiettivo aziendale*  
Comunicare efficacemente e costantemente l'andamento delle attività ed i progetti dell'Ente

*Indicatore di risultato*  
**Piano strategico di comunicazione SI/ NO**

*Risultato atteso* Presenza qualificata sulla stampa locale, social, sito web, albi interni all'Ente, per far comprendere il ruolo dell'Ente nel panorama socio sanitario e creare fidelizzazione

*Tipologia*  annuale  
 biennale  triennale

*Fasi e tempi* Stesura del piano ed azioni concrete (*pagine social, comunicati stampa, ecc.*) entro settembre 2016

*Azioni principali* Apertura e gestione social (*facebook ed ememe*), valorizzazione del sito web con aree dedicate, definizione interlocutori stampa locale, stesura piano strategico con apporto esperto

*Risorse umane:*  
*un'addetto stampa*

*Risorse strumentali*  
*come disponibili*

*Risorse finanziarie* all'interno del bilancio o per convenzione

*Specifiche osservazioni (raccomandazioni/prescrizioni/priorità) dal Cda*

*Osservazioni pervenute*

#### 4. Patrimonio:



#### *beni mobili ed immobili*

##### **Rif. STATUTO IPAB MARIUTTO**

##### **ART. 2 - SCOPI**

1. Il Consiglio di Amministrazione, nel rispetto delle volontà testamentarie del Fondatore, che individua il reddito del patrimonio da destinare a favore degli anziani poveri del Comune di Mirano e non solo degli ospiti della Casa di Riposo, disporrà di una percentuale di tale reddito a favore di anziani non "abbienti", che per pagare la retta devono chiedere un contributo all'Ente Pubblico, oltre, che per promuovere servizi sul territorio in favore delle persone anziane.

##### **ART. 3 - PATRIMONIO**

1. Il patrimonio dell'Ente è costituito dai beni immobili e mobili, risultanti dai relativi inventari o pubblici registri immobiliari ...
2. Il patrimonio dell'Ente potrà essere aumentato ed integrato con oblazioni, donazioni, legati ed elargizioni di Enti o privati o con acquisti effettuati dall'Ente stesso con le proprie risorse di bilancio espressamente destinate a tale scopi.
3. Potranno altresì venir alienati beni mobili ed immobili solo nel caso in cui sia tassativamente previsto il reinvestimento dell'introito e - per effetto di tale operazione - il patrimonio non venga diminuito nel proprio valore globale.
4. Ai sensi del testamento olografo è fatto obbligo al Consiglio di Amministrazione far sì che tutto il patrimonio dia rendita.

##### *Cit.*

**Appropriatezza** - E' uno dei principali criteri guida introdotti dalla riforma sanitaria per la definizione dei livelli di assistenza da assicurare su tutto il territorio nazionale, e può essere inteso come "la misura dell'adeguatezza delle attività intraprese per trattare una specifica situazione socio sanitaria, in base a criteri di efficacia ed efficienza.

**Efficacia** - Il rapporto tra i risultati ottenuti e gli obiettivi posti. Capacità di raggiungere il fine in precedenza determinato o di produrre l'effetto desiderato. Capacità di raggiungere il risultato desiderato. In ambito socio sanitario l'efficacia riferita agli esiti del processo assistenziale e sarà tanto maggiore quanto minore sarà lo scarto tra i risultati ottenuti (outcome) e gli obiettivi (effetti attesi).

**Efficienza** - Il rapporto tra le prestazioni fornite e le risorse assorbite. Capacità di ottenere gli esiti voluti con un risparmio di risorse; in questo senso un trattamento socio - sanitario efficiente ha un buon rapporto costo/efficacia (qualità conseguita). Nel linguaggio comune, è la capacità di effettuare più prestazioni con le stesse risorse o le stesse prestazioni con un minor uso di risorse (tra le risorse va ovviamente considerato anche il tempo). Capacità di produrre migliori risultati quali - quantitativi a parità di risorse, ovvero di produrre gli stessi risultati con un minore impiego di risorse.

**Centro di costo** - Unità aziendale elementare, ovvero unità organizzativa che svolge una specifica attività sotto il controllo e la responsabilità di un dirigente e alla quale possibile attribuire, in modo completo ed esclusivo, i costi dei fattori produttivi impiegati.

**Centro di responsabilità** - E' costituito dal gruppo di persone che operano al fine di raggiungere un determinato obiettivo aziendale sotto la direzione di un responsabile.

**Contabilità analitica** - Complesso di rilevazioni sistematiche a periodicità infrannuale, volte alla determinazione di costi, ricavi e risultati analitici della produzione aziendale, elaborate secondo configurazioni prestabilite.

**Controllo di gestione** - Insieme di attività interne all'organizzazione con le quali la Direzione Aziendale si accerta, ai vari livelli, che la conduzione delle attività si sta svolgendo in modo efficace ed efficiente, secondo gli obiettivi, le strategie, i tempi, le politiche e i piani prestabiliti, anche al fine di adottare interventi correttivi in adeguamento ai mutamenti dell'ambiente.



*Linea Guida Progettuale*  
**GESTIONE ECONOMICO FINANZIARIA**

*Codice* **4-01**

*Area (centro di responsabilità / di costo)* **Direzione – resp.li di area**

*Referente/i* **Direttore – resp.li di area**

*Finalità* Introdurre un sistema di programmazione e controllo di gestione, individuando ed affidando centri di responsabilità e costo, al fine di una gestione economico finanziaria flessibile e d'immediatezza al servizio delle esigenze dei servizi dell'Ente

*Obiettivo aziendale*  
Semplificazione amministrativa ed operatività secondo criteri di economicità

*Indicatore di risultato*  
**Piano strategico di gestione**  
**SI/ NO**

*Risultato atteso* Individuazione e regolamentazione di competenze, responsabilità, processi finalizzati alla semplificazione dell'attività amministrativa e gestionale, attraverso adeguati strumenti anche di monitoraggio

*Tipologia*  annuale  
 biennale  triennale

*Fasi e tempi* Stesura del piano ed azioni concrete (*attribuzione dei centri di costo e del budget*) unitamente al previsionale 2017

*Azioni principali* Revisione di tutti i regolamenti e del meccanismo dell'anticipazione e rimborso economico, adeguamento al nuovo codice dei contratti, definizione processi affidamenti diretti; attivazione controllo gestione, Peg, OIV, ecc.

*Risorse umane:*  
interne

*Risorse strumentali:*  
nuovo software

*Risorse finanziarie* all'interno del bilancio

*Specifiche osservazioni (raccomandazioni/prescrizioni/priorità) dal Cda*

*Osservazioni pervenute*



*Linea Guida Progettuale*  
**GESTIONE IMMOBILI**

*Codice* **4-02**

*Area* (*centro di responsabilità / di costo*) **Direzione – area tecnica**

*Referente/i* **Direttore – D. Marin**

*Finalità* Gestione degli immobili attraverso l'attuazione di un piano d'intervento manutentivo, alienazioni finalizzate alla valorizzazione dell'esistente o nuove realizzazioni, lo studio di ristrutturazioni finalizzate al miglioramento della qualità dei servizi offerti

*Obiettivo aziendale*  
Riqualificazione del patrimonio immobiliare, anche al fine della sua rendita

*Indicatore di risultato*  
**Piano manutenzioni ed opere SI/ NO**

*Risultato atteso* Piano e cronoprogramma di interventi manutentivi, ristrutturazioni e nuove realizzazioni, da operare gradualmente, in lotti, secondo disponibilità, valutando opportunità anche attraverso manifestazioni d'interesse per concessioni od altro

*Tipologia* [ ] annuale  
[ ] biennale[X] triennale

*Fasi e tempi* Stesura del piano ed azioni concrete (*attivazione degli interventi*) nell'arco di un triennio

*Azioni principali* Manutenzioni straordinarie e quotidiane, nuovo padiglione, nuovo ingresso all'Istituto, sistemazione area verde, valutazione destinazione d'uso immobili d'epoca, demolizioni necessarie per vetustà o cubatura, dismissioni

*Risorse umane:*  
interne ed esterne

*Risorse strumentali: come disponibili*

*Risorse finanziarie* all'interno del bilancio o per alienazioni

*Specifiche osservazioni (raccomandazioni/prescrizioni/priorità) dal Cda*  
Incarico di ricognizione e valutazione del patrimonio immobiliare e progetto ingresso

*Osservazioni pervenute*



## 5. La qualità dei servizi

*Cit.*

*“La qualità dell’assistenza consiste nella sua capacità di migliorare lo stato di salute e di soddisfazione di una popolazione nei limiti concessi dalle tecnologie, dalle risorse disponibili e dalle caratteristiche dell’utenza”*

A. Donabedian

Nei servizi alla persona la qualità deve essere il risultato di un’attività di progettazione e di realizzazione costantemente capace di “misurarsi”, di valutarsi, confrontandosi direttamente con teorie scientifiche di organizzazione del lavoro, con conoscenze specialistiche dei realizzatori delle prestazioni, con i risultati tangibili o percepibili, con il grado di soddisfazione di chi riceve il servizio e di chi lo pone in essere.

I principi fondamentali della **Qualità Totale** (Q.T.) (o Total Quality Management, T.Q.M.) sono:

- l’orientamento al cliente
- l’analisi sistemica
- il miglioramento continuo (Kaizen)
- lo sviluppo delle risorse umane
- l’analisi dei processi.

E’ noto che in giapponese **“kaizen”** 改善 rappresenta la strategia dell’impegno al miglioramento quotidiano, con piccoli progressi verificabili, trasversali a tutta l’organizzazione: *“non passa giorno senza che si produca qualche miglioramento all’interno dell’azienda”*.

Il miglioramento continuo porta all’**eccellenza**, sostanzialmente il massimo livello possibile nel proprio campo. Uno stile di lavoro progettuale ed orientato alla ricerca globale, quindi, che coinvolge ogni operatore con modalità multidimensionali ed interdisciplinari.

Creare o rinnovare **un’organizzazione per la qualità** significa:

- il coinvolgimento, la partecipazione e la crescita di tutta l’organizzazione
- un processo di cambiamento culturale che attraversi tutte le professionalità coinvolte in forma integrata e collaborativa
- obiettivi rivolti ad una strategia di crescita e di sviluppo
- l’unicità della persona (ospite ed operatore) al centro del servizio

**Indicatore** - Variabile quantitativa e/o qualitativa che registra un fenomeno indicativo di un criterio di valutazione. L’indicatore deve essere significativo, preciso, facilmente rilevabile e sensibile a misurare le variazioni. Informazione selezionata dal sistema informativo che consente di misurare cambiamenti in relazione a criteri definiti e permette di monitorare aspetti specifici delle politiche sanitarie e/o fattori pertinenti i fenomeni in studio per operare confronti ed esprimere giudizi.

**Indicatore di qualità** - Registra la presenza o meno di un elemento relativo alla struttura, all’organizzazione, alla professionalità, al funzionamento, all’impatto, nel sistema di erogazione del servizio o di una pratica organizzativa.

**Mission** - Finalità ultime che un attore collettivo si pone, in relazione a cui esso stabilisce i propri obiettivi strategici, i propri obiettivi specifici e i propri programmi. La Mission può essere dunque definita come “il progetto d’impresa sociale” poichè permette di esplicitare scopo, attività e visione della cooperativa, elementi assolutamente essenziali per: - Chiarire le finalità; - Indirizzare le decisioni operative; - Individuare in quali settori produttivi incanalare risorse e sforzi; - Definire i clienti/utenti delle attività svolte. Ragione fondamentale per cui l’organizzazione esiste; proposito di base dell’organizzazione; ciò che l’organizzazione sceglie di fare per ottenere riconoscimento, soddisfare i bisogni dei clienti/utenti e realizzare i propri obiettivi.

**Controllo di Qualità** - In ambito socio sanitario tale termine è utilizzato per indicare l’attività di monitoraggio finalizzata a garantire la qualità dei risultati delle prestazioni.

*Info* **NORMA UNI 10881:2013 “Servizi di Assistenza residenziale agli anziani – Linee guida per l’applicazione delle norme UNI EN ISO 9000”** fornisce linee guida per l’effettuazione del sistema qualità in conformità alle norme **UNI EN ISO 9000** nelle strutture che erogano servizi residenziali di assistenza agli anziani.

**VANTAGGI PER L’UTENTE:** la norma, pone al centro dell’attenzione l’utente ed il suo stato di salute.

E’ garanzia di:

- **Procedure d’accettazione semplici** e adeguata accoglienza in fase d’inserimento
- **Personalizzazione dell’intervento di assistenza** (*dieta, attività ricreative, relazioni con l’esterno*)
- **Adeguatezza del servizio offerto** (*con verifica dei risultati in termini di qualità, tempi e modi*)
- **Confort degli spazi residenziali**, pulizia e sicurezza della struttura, disponibilità di servizi accessori
- **Attività con finalità di socializzazione**
- **Responsabilità del personale sanitario.**

**VANTAGGI PER LA STRUTTURA.** La norma permette alla struttura di:

- **Ridurre i costi** attraverso una gestione economicamente più efficiente
- **Elaborare procedure di gestione più trasparenti** che contribuiscano a generare valore aggiunto e ad ottenere un miglioramento continuo, grazie ad un’organizzazione più chiara
- Definire, per quanto possibile, le modalità e le responsabilità per la **pianificazione delle attività**
- **Supervisionare costantemente la conformità** dei processi
- Individuare indicatori specifici per il **monitoraggio delle prestazioni** e la verifica del raggiungimento degli obiettivi di miglioramento stabiliti
- **Ottimizzare l’orientamento** verso il cliente ed aumento della propria concorrenzialità
- **Migliorare** continuamente le prestazioni offerte.

**VALORE AGGIUNTO:** l’applicazione di tale linea guida ha efficacia esimente per il D.Lgs 231/2001, oltre che garantire la **responsabilizzazione del personale** e il **miglioramento continuo del servizio erogato**.

La norma si collega a quanto previsto per la certificazione aziendale secondo la norma **UNI EN ISO 9001:2008 Sistemi di Gestione per la Qualità**.



*Linea Guida Progettuale*  
**MIGLIORAMENTO CONTINUO QUALITA'**

*Codice* **5-01**

*Area* (centro di responsabilità / di costo) **Direzione – area socio assistenziale**

*Referente/i* **Direttore – M.G. Chiozzotto**

*Finalità* Gestire i servizi attraverso un modello di miglioramento continuo della qualità e/o total quality management, puntando nel tempo all'eccellenza

*Obiettivo aziendale*  
Riqualificare l'Ente, servizi ed immagine, con un modello di qualità continuativo nel tempo

*Indicatore di risultato*  
**Piano sistema qualità SI/ NO**

*Risultato atteso* Adozione di un modello condiviso e partecipato da tutto il personale e a tutti i livelli, per realizzare annualmente obiettivi di qualità che siano a favore del servizio offerto agli ospiti ma che allo stesso tempo arricchiscano professionalmente e rimotivino il personale

*Tipologia*  annuale  
 biennale  triennale

*Fasi e tempi* Adozione del modello di qualità – anche alla luce della norma UNI 10881 - e dei primi piani di miglioramento entro dicembre 2016

*Azioni principali* Audit straordinario esterno del marchio Q&B per una lettura “al di sopra delle parti” della situazione operativa, degli standard e del modello organizzativo adottati, al fine della loro revisione dove necessario e stesura piani miglioramento

*Risorse umane:*  
interne ed esterne

*Risorse strumentali: come disponibili*

*Risorse finanziarie* all'interno del bilancio

*Specifiche osservazioni (raccomandazioni/prescrizioni/priorità) dal Cda*

*Osservazioni pervenute*



## 6. Il modello organizzativo

### Rif. STATUTO IPAB MARIUTTO

### ART. 4 – MEZZI E FUNZIONAMENTO

1. L'Ente provvede, in base alla propria organizzazione, agli scopi di cui all'art. 2 utilizzando le rendite patrimoniali e le rette che, fissate annualmente dal Consiglio di Amministrazione con apposito atto deliberativo, dovranno venire corrisposte dai privati o dagli Enti assuntori dell'onere dell'assistenza.
2. Speciali regolamenti interni stabiliranno le modalità di accoglimento degli ospiti, nonché il funzionamento della struttura.

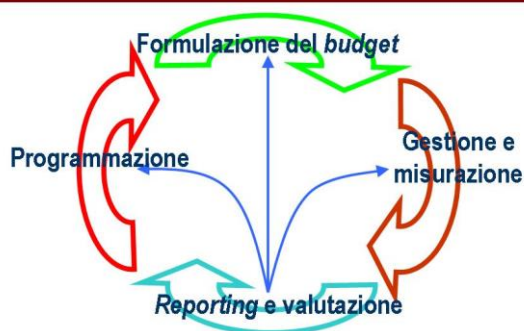
### ART. 16 – FUNZIONAMENTO DEI SERVIZI

1. L'azione di quanti agiscono nell'Ente deve essere ispirata al perseguimento degli scopi dell'Ente, ponendo innanzi tutto la necessità di sovvenire alle esigenze degli ospiti senza distinzione di condizioni personali, sociali e religiose.
2. L'azione degli Organi dell'Ente, ciascuno nell'ambito della propria responsabilità e competenza, deve essere rivolta ad assicurare il buon andamento di tutti i servizi che saranno retti dal principio di cooperazione.

### ART. 17 – REGOLAMENTI INTERNI

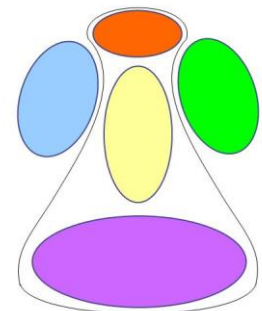
1. Appositi regolamenti interni disciplineranno il funzionamento degli Uffici Amministrativi, dei servizi, dei rapporti con gli Ospiti, in conformità alle disposizioni di legge e alle norme generali del presente Statuto.

### Fasi del "ciclo di Anthony"



### Le cinque parti dell'organizzazione secondo Mintzberg

- Vertice strategico o *top management*
- Linea intermedia o *middle management*
- Nucleo operativo
- Tecnostruttura
- Staff di supporto





*Cit.*

Un sistema socio sanitario ideale deve essere né solo efficace né solo efficiente ma deve offrire una giusta combinazione tra i due elementi in termini di **economicità ed appropriatezza**.

L'organizzazione si palesa come un **sistema aperto** che riceve e scambia input e output con l'esterno. La realtà di un'organizzazione è quindi dinamica e in continua evoluzione, destinata a compiere un fisiologico percorso di trasformazione.

La separazione delle competenze: il **principio della separazione delle competenze** gestionali (*attribuite alla Dirigenza ed ai funzionari*) da quelle di indirizzo e controllo (attribuite all'organo politico), trova la sua fonte normativa nella legislazione statale e regionale, così come ormai compiutamente avvenuto.

La **struttura organizzativa** è la configurazione unitaria e coordinata degli organi aziendali, o unità organizzative (*macrostruttura*) e degli insiemi di compiti e di responsabilità assegnati a ciascuno di essi (*microstruttura*).

I **sistemi operativi** sono l'insieme di regole, procedure e programmi che "alimentano" il funzionamento di una data azienda, governando il comportamento dei singoli e dei gruppi e la dinamica dell'organismo personale.

Essi, pur strettamente correlati, possono essere suddivisi in tre categorie:

- sistemi di gestione delle informazioni (**sistemi informativi**)
- sistemi di gestione del personale
- sistemi di gestione degli obiettivi (**sistemi di programmazione e controllo della gestione**)

I sistemi di **programmazione e controllo** sono lo strumento per il tramite del quale il vertice strategico definisce e comunica gli obiettivi aziendali e le strategie per attuarli, pianifica le attività e l'utilizzo delle risorse, verifica i risultati conseguiti a consuntivo e gli scostamenti rispetto ai preventivi, così da attivare i processi decisionali correttivi. L'obiettivo è migliorare il rapporto tra costi e *benefici* (ovvero **perseguire l'economicità, intesa come capacità di soddisfare le aspettative dei portatori di interessi, e garantire così la vita duratura dell'azienda in condizioni di autonomia**), non solo ridurre i costi (ovvero perseguire l'economia).

Il **sistema informativo aziendale** è un "*insieme ordinato di elementi che raccolgono, elaborano, scambiano e archiviano dati allo scopo di produrre e distribuire, nel momento e nel luogo opportuni, le informazioni alle persone che ne hanno bisogno per lo svolgimento delle proprie attività in azienda*" Camussone 1998

Un dato si trasforma in informazione se viene ricevuto e può incidere sul comportamento del ricevente.

Il **controllo di gestione** è un insieme di attività interne all'organizzazione con le quali la direzione aziendale si accerta, ai vari livelli, che la conduzione delle attività si stia svolgendo secondo gli obiettivi, le strategie, le politiche ed i piani prestabiliti (*in modo efficace ed efficiente*).

**Management** - Gestione, organizzazione e uso delle risorse disponibili, nel miglior modo possibile, per raggiungere gli obiettivi. Termine anglosassone di uso universale che indica l'insieme delle tecniche di gestione delle organizzazioni, il complesso delle funzioni di gestione e, anche, il gruppo dirigente di un'organizzazione.

**Mappatura dei dati** - La mappa è uno strumento per leggere dati utili alla conoscenza di un contesto. La mappatura dei dati è una tecnica e una metodologia per raccogliere informazioni sui bisogni, soggetti, risorse... in funzione di una diagnosi e delle scelte conseguenti da effettuare. L'utilità delle mappe consiste nell'organizzare le informazioni e i dati rapportandoli alla dimensione territoriale. La rappresentazione dei dati sulla mappa è realizzata attraverso colori o simboli.

Nella **struttura funzionale**, quella più comunemente applicata, l'azienda è suddivisa in aree omogenee per ambito di attività. Il principale vantaggio di queste strutture è la possibilità di raggiungere elevati fattori di efficienza locale, ovvero ottenere una elevata specializzazione nei ruoli e pertanto una maggiore efficienza operativa in ciascuna funzione. Per contro, il principale svantaggio è il rischio "compartimenti stagni": ogni funzione opera quasi come se fosse un'azienda a se stante, spesso con il rischio di scarso coordinamento rispetto alle altre e con difficoltà nel perseguire obiettivi comuni.

Nella **struttura divisionale**, invece, l'azienda viene "segmentata" internamente in base ad una dimensione delle sue attività socio sanitarie. Ciascuna divisione, tipicamente, presenta al suo interno una struttura funzionale, pertanto alcune funzioni possono essere duplicate tra una divisione e l'altra, mentre centralmente possono essere mantenute alcune funzioni "non specifiche" quali l'amministrazione ed i sistemi informativi. Il principale vantaggio di queste strutture è la possibilità di generare una forma di competizione interna tra unità equiparabili, il che favorisce le performance soprattutto in contesti dove le attività presentano forti elementi di diversificazione. Per contro, il principale svantaggio di queste strutture è la difficoltà nello sfruttamento di economie di scala e di sinergie anche occasionali.

La cosiddetta **struttura a matrice** è un mix delle precedenti e cerca di superarne gli svantaggi. In pratica, la struttura a matrice si sviluppa su entrambe le dimensioni: una tipicamente funzionale ed un'altra specifica delle attività socio sanitarie. Un esempio tipico di organizzazione a matrice è quella che prevede più "project manager" che sono responsabili di una specifica attività in senso orizzontale, e che attingono tempo e risorse dalle varie funzioni.

Queste strutture hanno il vantaggio di coniugare specializzazione e coordinamento, sebbene tendenzialmente abbiano maggiori overhead di gestione: la struttura direzionale è più articolata in quanto si sviluppa in due dimensioni, ed è necessario mantenere un forte equilibrio tra gli interessi dei vari attori.

*Cit.*

**PIANO ESECUTIVO DI GESTIONE** - Il piano esecutivo di gestione è uno strumento di gestione per budget, in cui sono evidenziate, oltre l'attribuzione degli obiettivi ai responsabili, anche le risorse strumentali e umane assegnate per raggiungere gli obiettivi stessi e portare a termine le azioni e i progetti affidati nell'esercizio di riferimento. Nel rispetto dei codici di Bilancio espone i valori in capitoli, individuando responsabilità per ogni capitolo di spesa e, volendo, anche di entrata. I valori finali del PEG coincidono con quelli di bilancio e non se ne possono discostare. Esso ha la funzione di autorizzare e considerare la spesa in maniera più analitica e vincolante del bilancio di previsione e collegare gli obiettivi e le dotazioni ai responsabili: è quindi uno strumento di responsabilizzazione. Insieme al Piano degli Obiettivi è la base per il sistema di **Controllo di Gestione** e per l'attività **dell'Organismo di Valutazione**. Gli obiettivi affidati contengono, infatti, i risultati che ci si propone di raggiungere, creando i presupposti per la misurazione dei medesimi.

*Rif.* norma **UNI 10881:2013** “**Servizi di Assistenza residenziale agli anziani**”

- 4.1 Requisiti generali
- 4.2 Definizione degli indirizzi generali (*mission*)
- 4.3 Definizione della Politica e dei risultati
- 4.8 Realizzazione dei servizi e verifica dei risultati
- 4.13 Definizione dei ruoli e delle responsabilità



*Linea Guida Progettuale*  
**REVISIONE DEL MODELLO ORGANIZZATIVO**

*Codice* **6-01**

*Area* (*centro di responsabilità / di costo*) **Direzione – tutte le aree**

*Referente/i* **Direttore –  
resp.li di area**

*Finalità* Attivare la completa revisione e razionalizzazione dei servizi dell'Ente, secondo criteri di efficienza, efficacia, economicità ed appropriatezza, collegati al mantenimento e miglioramento degli standard di qualità.

*Obiettivo aziendale*  
Nuovo modello organizzativo di uffici e servizi

*Indicatore di risultato*  
**Nuovo modello  
organizzativo SI/ NO**

*Risultato atteso* Adozione di un nuovo modello organizzativo condiviso e partecipato da tutto il personale, interdisciplinare, che riguardi sia i nuclei operativi che la tecnostruttura e lo staff di supporto, ridisegnando l'organigramma e le funzioni di coordinamento e responsabilità

*Tipologia* [ ] annuale  
[X] biennale [ ] triennale

*Fasi e tempi* Analisi, studio, tavoli di lavoro, adozione del modello organizzativo e sua sperimentazione, entro il 2017

*Azioni principali* Analisi dei carichi di lavoro e loro correlazione con il fabbisogno assistenziale e con gli standard regionali, conseguente revisione turnazioni, rapporti lavoro part-time e a tempo determinato, procedura sostituzioni, ecc.; ridefinizione di compiti assistenziali ed ausiliari; analisi e ridefinizione dei posti letto disponibili in relazione alle caratteristiche dell'utenza (*auto, parzialmente, non autosufficienti*), e dello standard di personale effettivo in organico, per ridisegnare la mappatura dei padiglioni (*a favore di stanze singole o doppie*), riducendo il n. totale dei posti letto se non in corretta relazione con quelli accreditati; analisi dei carichi di lavoro, compiti e funzioni delle aree amministrative e loro revisione, unitamente all'esternalizzazione graduale e mirata di tutti i servizi esecutivi non "core" e di alcune procedure d'acquisto e produttive (p.es. relativamente ai pasti); ed altro ove finalizzato alla razionalizzazione e miglioramento delle funzionalità operative.

*Risorse umane:*  
interne

*Risorse strumentali: come  
disponibili*

*Risorse finanziarie* all'interno  
del bilancio

*Specifiche osservazioni (raccomandazioni/prescrizioni/priorità) dal Cda*

Servizi ausiliari tolti dalle funzioni degli OSS, sperimentazione unità operative per il benessere e l'igiene degli ospiti con il personale part-

*Osservazioni pervenute*

## 7. Il modello di sviluppo



*Cit.*

L'Ente potrebbe non solo consolidare la propria esperienza gestionale, ma proporsi come **protagonista sul territorio** nella gestione dei servizi socio – assistenziali e sanitari, promuovendo forme collaborative associate dei servizi tra Enti, che possano portare da una parte ad una sistema maggiormente elastico ed economico dei servizi stessi, dall'altra al raggiungimento di sempre maggiori livelli qualitativi.

Nel quadro programmatico del welfare dei prossimi anni, la **riorganizzazione delle cure** per i cittadini è un elemento essenziale per garantire l'efficacia degli interventi, il contenimento dei costi e la sostenibilità del sistema. In tale ottica, un'effettiva **integrazione tra servizi sanitari e sociali** rappresenta un nodo essenziale per rispondere ai bisogni della popolazione e delle comunità. Al contempo, occorre affrontare il tema dell'uso razionale delle risorse disponibili, prefigurando e sperimentando nuovi modelli organizzativi e gestionali che garantiscano la sostenibilità del sistema.

*“Definiamo **innovazioni sociali** le nuove idee (prodotti, servizi e modelli) che soddisfano dei bisogni sociali (in modo più efficace delle alternative esistenti) e che allo stesso tempo creano nuove relazioni e nuove collaborazioni. In altre parole, innovazioni che sono buone per la società e che accrescono le possibilità di azione per la società stessa.”*

Robin Murray, Julie Caulier Grice e Geoff Mulgan

L'**innovazione** in campo socio sanitario è l'applicazione efficace e sostenibile di una nuova idea di prodotto, servizio, modello. La capacità di essere efficace si riferisce all'uso ottimale di risorse per il conseguimento di un risultato (*outcome*), in pratica la dimostrazione che l'idea funziona meglio delle soluzioni esistenti e **genera valore**. La **sostenibilità** riguarda una componente essenziale e tipica dell'innovazione che la distingue dalle pratiche tradizionali di assistenza e promozione sociale, ovvero la capacità di **“stare sul mercato”** e di finanziarsi grazie ai ricavi generati dall'attività stessa o alla capacità di chi la promuove di dedicarvi impegno e lavoro. L'innovazione indica una rottura nel modo di fare le cose, un elemento innovativo in un contesto dato. Rappresenta una discontinuità rispetto alle soluzioni apportate generalmente e offre una **risposta creativa** a bisogni vecchi e nuovi, contribuendo al miglioramento degli individui e delle collettività.

L'innovazione, per i professionisti del socio-sanitario, significa **disponibilità al cambiamento**. Il cambiamento può essere percepito come troppo innovativo per trasformarlo in uno status definitivo. Le aziende sono organizzazioni complesse la cui storia di successi e fallimenti indica gli oggettivi limiti all'efficacia del cambiamento, specie quando promuovono cambiamenti come una azione *una tantum*. Tendono a cambiare in tempi di crisi quando la loro capacità di creare nuove idee è alta ma la capacità di realizzarle è bassa e spesso non monitorano le conseguenze del cambiamento.

*Le difficoltà che le organizzazioni incontrano nel cambiare dipendono dalle difficoltà che gli individui incontrano nel cambiare. Le organizzazioni che fanno cambiare sono quelle che cambiano più spesso. Gli individui che fanno cambiare sono gli individui abituati a cambiare, gli individui che cambiano più spesso.*

Le spinte al cambiamento sono forze che mettono in tensione l'assetto aziendale e si traducono in fondamentali fattori motivanti per la trasformazione strategica dell'organizzazione. Possono derivare da tensione strategica o tensione sulle risorse.

Le spinte non sono sempre sufficienti ad attivare un cambiamento a causa dell'inerzia organizzativa.

La presenza di agenti del cambiamento, capaci di attivare azioni opportune, nonostante l'inerzia organizzativa, aumenta la possibilità di successo del processo di cambiamento.

Oggi l'innovazione non può che trovare percorsi paralleli alla **digitalizzazione** dei sistemi.

**Comunicazione** - È un processo le cui componenti sono una fonte (o produttore o emittente), cioè qualcuno che vuole comunicare un messaggio (con un contenuto, un codice e un mezzo) e un destinatario (o ricevente); non è un semplice passaggio di dati, notizie, informazioni, ma il complesso di tutti gli elementi che la compongono e implica un rapporto bidirezionale tra l'emittente e il destinatario.

**Comunicazione sociale** - Forma di comunicazione pubblica che ha come destinatario la società, intesa come gruppi sociali, ha una pubblica utilità perché intende far conoscere temi e argomenti utili a tutti o di natura controversa e sensibilizzare l'opinione pubblica attorno ad essi.

Rif. norma **UNI 10881:2013** “**Servizi di Assistenza residenziale agli anziani**”

4.4 Informazione

5 Progettazione dei servizi innovativi

Info **OSSERVATORIO RSA**



Trova il futuro che ti cerca.

### LE AREE DI INDAGINE

**BENCHMARKING**

**AREA  
ECONOMICA  
E FINANZIARIA**

**PRAGMATISMO**

**AREA  
ORGANIZZATIVA E  
GESTIONALE**

**AREA  
UTENZA**

**APPROCCIO BOTTOM-UP**



**Linea Guida Progettuale**  
**IL MODELLO DI SVILUPPO**

**Codice 7-01**

**Area** (*centro di responsabilità / di costo*) **Direzione – tutte le aree**

**Referente/i** **Direttore – resp.li di area**

**Finalità** Attivare un modello di sviluppo sostenibile dell'Ente e dei suoi servizi, sulla base delle risorse disponibili.

**Obiettivo aziendale**  
Nuovo modello di sviluppo dell'Ente e dei suoi servizi, con criteri di creatività ed innovazione.

**Indicatore di risultato**  
**Nuovo modello di sviluppo**  
**SI/ NO**

**Risultato atteso** Adozione di un modello di sviluppo dell'Ente e dei suoi servizi, condiviso e partecipato da tutto il personale, interdisciplinare, che riguardi sia i nuclei operativi che la tecnostruttura e lo staff di supporto, con caratteristiche innovative.

**Tipologia** [ ] annuale  
[X] biennale [ ] triennale

**Fasi e tempi** Analisi, studio, tavoli di lavoro, adozione del modello di sviluppo per gradi e loro sperimentazione, completa digitalizzazione entro il 2017

**Azioni principali** Indagine sui bisogni assistenziali e di servizi a livello territoriale e relativi studi di fattibilità di nuovi servizi, per l'offerta di attività assistenziale, nuove proposte quali centro diurno, ospitalità notturna, ricoveri sollievo, Hospice, ospedale di comunità ...; analisi dei costi e degli indicatori di qualità con adesione all'osservatorio nazionale RSA (LIUC) e conseguente benchmarking (*comparazione e posizionamento della situazione dell'lpab*) al fine di scelte gestionali innovative; Informatizzazione e sicurezza dei dati attraverso nuovo software gestionale, sia a livello amministrativo che operativo; studio di un progetto di residenzialità alternativa (*appartamenti protetti sull'esperienza del c.d. condominio solidale*) da affiancare all'offerta tradizionale; attività promozionale al fine del mantenimento quantitativo del numero degli ospiti; verifica con gli organismi prefettizi per le disponibilità per il riattamento degli immobili da rendersi eventualmente nuovamente disponibili ad immigrati con il rinnovo della convenzione in scadenza od altre soluzioni di utilizzo; digitalizzazione di tutti i servizi e funzioni dell'Ente, con totale abolizione del cartaceo..

**Risorse umane:**  
interne

**Risorse strumentali: come**  
**disponibili**

**Risorse finanziarie** all'interno  
del bilancio

**Specifiche osservazioni (raccomandazioni/prescrizioni/priorità) dal Cda**

**Osservazioni pervenute** **Piano industriale, offerta rivolta anche ad altre fasce d'età e categorie (fatto salvo il vincolo statutario da rispettare)**

## **CAPITOLO 2 - L'ORGANIZZAZIONE**

### **2.1. La dimensione della persona e i Centri di Servizi**

I Centri di Servizi della Regione Veneto hanno accompagnato l'evoluzione della loro identità e della loro organizzazione con modalità differenti. La trasformazione è avvenuta su vari livelli e non sempre le strutture hanno saputo tenere il passo del cambiamento sociale. Sono passati dall'essere realtà residenziali che accoglievano persone anziane autosufficienti, parzialmente autosufficienti e in parte non autosufficienti, all'accogliere quasi esclusivamente persone non autosufficienti, con necessità sanitarie impegnative e di frequente, con decadimento cognitivo importante.

I servizi erogati erano servizi di accudimento, in genere assistenziali e sanitari di base, quindi con la presenza di personale assistenziale e infermieristico senza altre figure professionali diverse. Attualmente i servizi offerti ai residenti, sono diversificati e non si limitano all'assistenza di base, ma sono orientati a rispondere a necessità più ampie; il personale quindi non è solo di tipo assistenziale, ma comprende profili multidisciplinari che intervengono in ambiti differenti dell'attività di aiuto diretto, più sulla qualità della vita della persona anziana.

La realtà della casa di riposo o ospizio veniva considerata come una realtà chiusa, nel senso che si viveva un dentro e un fuori, i contatti erano pochi e spesso a senso unico, l'esterno veniva portato all'interno della residenza e non viceversa, attualmente i centri servizi sono invece luoghi che interagiscono con il territorio circostante, non viene erogata semplice assistenza ma si offrono servizi.

La realtà residenziale ha seguito, con tempi e modalità diverse, il cambiamento sociale, in particolare quello legato all'allungamento dell'età della vita, si sono definite delle necessità che in passato non erano presenti.

Il cambiamento di tipologia dell'anziano dovuto all'aumento dell'aspettativa di vita e all'incremento di malattie croniche degenerative, ha determinato la necessità di un cambiamento culturale anche nella progettazione dei servizi rivolti all'assistenza, quindi necessariamente anche la valutazione di cosa è la qualità della vita ha subito un cambiamento.

Non mi soffermo sull'analisi dell'innalzamento dell'età media in quanto tema già trattato in molta bibliografia e conosciuto, l'aspetto che incide sull'argomento qualità è quello riconducibile al fatto che l'innalzamento dell'età è legato alla necessità di ripensare al modo di garantire dignità nell'assistenza e all'aspetto che l'inserimento in struttura non viene scelto solo come luogo dove terminare i propri giorni, ma come una parentesi nella vita dell'anziano, che ha sicuramente necessità assistenziali, ma non solo.

È in atto in Italia, come nella maggior parte delle economie sviluppate, un processo di invecchiamento della popolazione: negli ultimi decenni l'età media si è alzata ed è cresciuta la percentuale di popolazione ultraottantenne. Il fenomeno ha portato con sé un diverso modo di concepire l'invecchiamento perché sono cambiati i bisogni delle persone anziane. Da un lato si è verificata una trasformazione rispetto alle possibilità di godere di uno stato armonico in assenza di malattia e dall'altro si richiede di garantire uno stato di benessere anche quando si presenta una patologia invalidante: quando la persona diventa non autosufficiente. L'individuo, anche se anziano e non autosufficiente, deve avere la possibilità di sperimentare situazioni di equilibrio psicofisico: la prospettiva è quella di mantenere una discreta qualità di vita degli anziani, anche in presenza di malattie croniche e degenerative, con decadimento cognitivo. Situazioni in cui le necessità assistenziali e sanitarie condizionano la scelta di inserimento in una struttura protetta. Lo sviluppo delle patologie dell'età anziana ha mutato lo scenario dell'assistenza sanitaria: da una situazione in cui «erano prevalenti le malattie infettive e carenziali, si è passati ad una preponderanza di quelle cronico degenerative» che si caratterizzano per il «deficit cognitivo *aged associated*», prima fra tutte, la malattia di Alzheimer<sup>19</sup>. Non va inoltre dimenticato che l'attuale conformazione sociale amplifica il divario tra la popolazione attiva e quella non attiva che, legato anche alla presenza di malattia, porta ad aumentare il peso socio economico correlato alla cura, all'assistenza e alle spese previdenziali destinate agli anziani, causando il cosiddetto *longevity shock*<sup>20</sup>. L'attuale evoluzione richiede, quindi, una ridefinizione delle misure e delle risorse destinate alle fasce di popolazione anziana, in cui è più alto il rischio di malattia e di perdita di autosufficienza.

---

<sup>19</sup> L. Fazzi, *Il lavoro con gli anziani in casa di riposo*, Maggioli Editore, S. Arcangelo di Romagna (Rn), 2014 p. 6

<sup>20</sup> F. Cavanna, op. cit., p.230



La complessità rappresentata dalla fragilità della persona anziana, si inserisce quindi in un contesto generalizzato di aumento di bisogni e di scarsità di risorse all'interno del quale politici, operatori di settore e famiglie devono trovare una strategia di intervento da più punti di vista; la risposta tecnico-organizzativa del sistema sociale e sanitario deve definire una rete integrata di servizi in grado di programmare interventi che rispondano alle nuove esigenze creatisi, definendo un nuovo equilibrio tra bisogni e risorse. Se da un lato viene riconosciuta la vecchiaia come momento della vita in cui aumentano i bisogni che devono essere soddisfatti, dall'altro, è necessario non stigmatizzare tale condizione definendola solo come un costo o peso sociale. L'aspetto importante che non dovrebbe essere dimenticato è quello appunto, di riportare la condizione dell'anziano non autosufficiente ad uno stato di fatto, legato al ciclo naturale della vita<sup>21</sup>, che è cambiato rispetto al passato, ma che è attuale ora, e come tale va considerato. Ecco che allora:

*La residenza per anziani che, un tempo si limitava a fornire solo prodotti (assistenza generalizzata, le cure, il pasto caldo,), successivamente trasformati in servizi e prestazioni (l'assistenza differenziata per nuclei, le cure mediche specialistiche, il servizio diurno, il centro di ascolto, l'animazione, la consulenza geriatrica e psicologica, i nuclei RSA, i servizi per malati di Alzheimer).*

Oggi deve reinventare dei nuovi comportamenti nel tentativo di coniugare:

*le logiche di gestione, il team, la mission, gli obiettivi, il management, la governance, con la relazione, l'ascolto, le persone, i rapporti, l'empatia, il cuore e le emozioni, la passione, l'innovazione, la sperimentazione, la motivazione, l'empowerment<sup>22</sup>.*

La sfida attuale quindi, è quella di trovare una dimensione che, oltre ad un uso corretto delle risorse, abbia anche la finalità di riconoscere che la condizione della persona anziana richiede molte attenzioni, in particolare quando non può essere più

---

<sup>21</sup> F. Cavanna (a cura di), RSA: oltre la cura, il benessere, Editrice Dapero, Piacenza 2017. P.25

<sup>22</sup> Prof.ssa Mara Tognetti Bordogna, Professore Associato di Sociologia presso l'Università di Milano-Bicocca, Direttore del Master "Sistemi Sanitari, Medicine Tradizionali e Non Convenzionali" presso l'Università di Milano-Bicocca, Direttore dell'"Osservatorio e Metodi per la Salute". Citazione tratta da F. De Girolami, S. Faggian, *La relazione nelle strutture residenziali. L'operatore, i familiari, l'utente*, Carocci Faber Editore, Roma 2006, p.67

in grado di autodeterminarsi e gestirsi e soprattutto, se deve accettare di lasciare la propria abitazione e i propri affetti.

Nel sistema integrato dei servizi che si possono mettere in gioco nell'ambito delle necessità geriatriche, sicuramente va privilegiato il mantenimento della persona nel proprio contesto di vita, ma spesso, il grado di non autosufficienza, la presenza di malattie degenerative, la mancanza di una rete familiare di supporto, determina la necessità di ricorrere all'inserimento della persona in una residenza per anziani non autosufficienti.

Si può quindi considerare un fattore importante nella dimensione di quanto esplicitato in questo paragrafo che la grande sfida dei centri di servizi non è solo quella di fornire un'assistenza adeguata all'anziano ma anche quella di ricostruire relazioni entro le quali occupa uno spazio importante l'assistenza ma in una cornice più ampia fatta di contatti umani.

Ripartire la condizione di non autosufficienza ad un evento naturale, non necessariamente eccezionale, può consentire anche, di lasciare lo spazio alla possibilità che l'inserimento in una struttura residenziale possa dare l'opportunità di ricostruire delle relazioni, in un ambiente diverso (non è più la propria casa), in una condizione cambiata (non si è più in salute ma si vive un momento di malattia) e con operatori che non sono i propri familiari ma che possono rappresentare delle figure importanti perché si prendono cura della nuova dimensione che la persona sta vivendo. Nella ricostruzione di relazione si inserisce la possibilità di parlare di benessere o di qualità di vita anche in una condizione di non autosufficienza. Se l'anziano non è in grado di prendersi cura di sé, inevitabilmente ci dev'essere qualcun altro che sopperisce a tale mancanza, è il concetto di «anzianità anaclitica»<sup>23</sup>: le figure professionali di un centro di servizi possono ricreare dei legami di attaccamento che rispondono al bisogno primario di avere contatti umani di sostegno, di aiuto e di vicinanza.

---

<sup>23</sup> F. Cavanna, Op. Cit. p. 25

## 2.2 Organizzazione dei Centri di servizi

Per provocare la spinta che può successivamente far germogliare una cultura alla qualità, è determinante l'ambiente istituzionale: il contenitore, la struttura, la cornice entro la quale ci sono le persone, le regole, i protocolli, in altre parole l'organizzazione.

Ogni singolo operatore viene condizionato dall'ambiente lavorativo e a sua volta influisce sull'assetto organizzativo. Si è già accennato al fatto che la realtà istituzionale può essere considerata un microcosmo, in questo senso gli individui e l'organizzazione creano degli equilibri, definiscono gli spazi entro i quali si compiono le azioni e il modo di operare, si acquisiscono le regole, in una sola parola si crea una cultura. Quando si è detto che la qualità deve essere parte della cultura dell'ente è di questo che si vuole parlare, la qualità deve entrare in tutte le parti che compongono l'organizzazione. Le organizzazioni, tuttavia, esistono prima della qualità, hanno già radicata una loro cultura, conoscono un loro equilibrio e hanno delle particolari caratteristiche. Ogni realtà ha seguito un suo percorso e ha vissuto la propria vita organizzativa, ha quindi una sua identità che influenza qualsiasi proposta di cambiamento. In un suo scritto, la Prof.ssa Mara Tognetti Bordogna<sup>24</sup>:

*L'organizzazione non è un mero strumento o un mero fatto, ma ha la capacità di cognizione, rappresentazione e comunicazione complesse e con una forte componente espressiva: tratta informazioni, crea simboli e storie, interessi e trasmette una visione del mondo. L'organizzazione, in sostanza, si concretizza in processi intersoggettivi di attribuzione di significati.*

L'organizzazione si definisce appunto come una realtà viva, che funziona perché formata da persone che ricoprono ruoli diversi e che determinano le caratteristiche dell'organizzazione. I centri di servizi sono quindi realtà specifiche, che pur diversificandosi tra loro, sono caratterizzati dal fatto di rappresentarsi in un ambiente

---

<sup>24</sup> Op. Cit. p. 70/71

organizzativo entro il quale si sviluppano le azioni (le attività assistenziali) che definiscono anche il clima relazionale che si instaura tra le persone che vi operano<sup>25</sup>. L'ambiente organizzativo di un centro di servizi, dal punto di vista relazionale, può essere caratterizzato da alcuni elementi:

- le finalità che sono l'insieme delle competenze, degli obiettivi e dei servizi da erogare;
- la struttura organizzativa, che definisce i ruoli e le funzioni delle persone che la compongono, nonché i legami istituzionali che caratterizzano le funzioni "politica", che si assume la responsabilità delle decisioni di indirizzo dell'ente e quella "tecnica", che rende operative le decisioni;
- i sistemi operativi, che rappresentano il modo in cui funziona l'organizzazione e che quindi permettono che le diverse parti possano connettersi e mantenersi in equilibrio (sistemi di controllo e di programmazione con tutte le procedure, sistemi informativi e di gestione del personale);
- la tecnologia, che comprende sia le strumentazioni tecniche ma anche le conoscenze professionali dei singoli operatori<sup>26</sup>.

L'interazione degli elementi sopradescritti fanno emergere la dimensione processuale, intersoggettiva e creativa dell'organizzazione che quindi apprende il proprio modo di essere, i valori e i significati dalla quotidianità delle persone che lavorano al suo interno<sup>27</sup>. La cultura organizzativa pertanto, è costruita e legittimata dalle persone che la definiscono e, in quanto tale, può essere modificata. Non va infine dimenticato, l'aspetto ambientale nella sua dimensione più ristretta di spazio fisico in cui si giocano le interazioni, il come è dislocata la struttura, il come sono stati definiti gli spazi e gli ambienti, sono tutti elementi che incidono sulle relazioni che si creano tra gli attori. Allo stesso modo va considerata l'ubicazione territoriale, la rappresentazione simbolica che il tessuto sociale circostante ha del centro di servizi, è un elemento che influenza il grado di appartenenza alla struttura.

Un altro aspetto che definisce le caratteristiche di un centro di servizi è il clima organizzativo: banalmente, è l'aria che si respira all'interno dell'ente, è «il rapporto

---

<sup>25</sup> Op. Cit. p. 72

<sup>26</sup> F. Cavanna, op. cit., p.214

<sup>27</sup> F. Cavanna, Op. cit., pp. 14/15

che si crea tra le persone e la loro organizzazione»<sup>28</sup>. Si formano quindi delle relazioni che si posizionano su due livelli differenti: le relazioni tra colleghi e la relazione con l'ente. L'aspetto principale che si pone alla base dell'interazione è la comunicazione, il modo in cui vengono trasmesse le informazioni definisce il tipo di relazione, quali informazioni vengono veicolate contribuisce a creare le fondamenta della cultura che si vuole trasmettere. In ogni organizzazione quindi, si determina uno specifico clima organizzativo che inevitabilmente influisce sull'orientamento operativo dei servizi, sulla sua capacità di creare identità e di riconoscerne i valori.

## 2.3 Il ruolo del management

Si è già esplicitato nei paragrafi precedenti che le organizzazioni sono realtà formate dalle persone che le vivono, da ciò deriva che la qualità può essere realizzata solo se gli attori la riconoscono come obiettivo da raggiungere. Nel progetto rivolto alla qualità ogni professionista e ogni operatore è fondamentale nel conseguimento del risultato, ma il percorso inizia da una volontà politica che deve essere recepita da chi si assume per primo la responsabilità di trasmettere all'organizzazione una cultura di qualità.

Nello sviluppo di un'ottica di qualità un ruolo determinante è occupato dal *management* dell'organizzazione: la direzione e tutti i collaboratori che costituiscono la squadra organizzativa e decisionale. La volontà di innescare una reazione qualitativa e migliorativa deve necessariamente essere patrimonio della dirigenza che, oltre a farla propria, deve innestarla nei diretti collaboratori che a loro volta devono ampliarla al gruppo operativo fino all'ultimo operatore in servizio. Si è detto che è un processo culturale, perciò è lento, in evoluzione perché richiede continui aggiustamenti ed è faticoso. Non si tratta di trovare un processo o una regola e applicarli in tutti i settori ma di una scelta organizzativa peculiare e per questo necessita di una figura manageriale particolare.

---

<sup>28</sup> A. Cester, a cura di, *Dalla Qualità Totale alla Carta dei Servizi nelle residenze per anziani pubbliche e private*, Edizioni Vega Maggioli, Santa Lucia di Piave (TV), 1998, p.152

Il direttore – manager è colui che ha interiorizzato il metodo, gli obiettivi e l'efficacia e quindi si assume la responsabilità di traghettare il gruppo verso un modo nuovo di concepire l'organizzazione, l'assistenza, i residenti e i loro familiari.

Vale la pena di precisare che il ruolo che viene richiesto attualmente alla funzione del direttore - manager, nella realtà dei servizi alla persona, è complessa e delicata allo stesso tempo, è una figura che per prima risulta sollecitata a definire le modalità e le competenze alla base del cambiamento organizzativo.

Viene meno l'immagine (che richiamava ad uno stile gerarchico o burocratico) del dirigente che imponeva la propria direttiva e a cascata gli altri eseguivano. L'idea è più quella di un manager che si carica il fardello della progettualità della gestione, che condivide con il gruppo i tempi e i modi per raggiungere gli obiettivi e soprattutto che, nella realizzazione del modello, abbia la possibilità di un ritorno di *know how* dal basso verso l'alto, una sorta di influenzamento, di contagio reciproco di esperienze e di miglioramento.

Si può quindi definire che l'importanza di una buona gestione va accompagnata da uno sviluppo di *leadership*, i due aspetti devono trovare un giusto equilibrio in un contesto di *governance* sociale/globale orientata alla qualità: va accettato che una buona gestione economico-finanziaria si coniughi con il riconoscimento del valore del capitale umano.

L'aspetto gestionale, nell'ambito dei centri di servizi alla persona richiede che il ruolo della direzione-amministrazione sia quello di:

*timoniere (steering) in grado di coordinare forze e risorse strategiche e politiche (CdA, Consigli, Amministrazione, Asl, committenti) con forze operative e gestionali (staff, coordinatori intermedi, consulenti). E ancora...Il buon timoniere deve poter essere uno stratega in grado di fare progetti, di innovare, di portare sviluppo, di pensare a nuove soluzioni operative e gestionali, di pensare a nuovi servizi e con essi nuove forme di convenzionamento e accreditamento. E per fare bene quanto sopra, deve essere svincolato dalla gestione operativa affidata alla macchina gestionale, allo staff, ad una serie di collaboratori di livello intermedio<sup>29</sup>.*

---

<sup>29</sup> F. Iurlaro, *Il personale nelle RSA e nelle strutture per anziani. Organizzare, gestire e valorizzare il lavoro socio-sanitario*, Maggioli Editore, S. Arcangelo di Romagna (Rn), 2010, pp. 69 segg.

Il direttore-*manager*, quindi, è la guida che orienta l'attività al conseguimento degli obiettivi dell'organizzazione, attraverso un efficace ed efficiente impiego delle risorse. Il controllo di gestione non deve essere ridotto ad una mera procedura contabile ma va considerato come un processo direzionale che si estende a tutti gli aspetti dell'attività, che influenza il lavoro della dirigenza e permette di perseguire in modo razionale alle decisioni aziendali<sup>30</sup>, allo stesso modo però il leader deve essere il punto di riferimento positivo del personale.

Il passaggio dalla gestione puramente strategica alla funzione di *leadership* può passare attraverso lo sviluppo delle risorse umane. Il capitale umano, se riconosciuto nelle sue potenzialità e valorizzato, può divenire un punto di forza nello sviluppo di nuove culture organizzative.

*Le principali funzioni della direzione per lo sviluppo delle risorse umane sono:*

- la formazione;*
- lo sviluppo professionale e compensation;*
- lo sviluppo organizzativo;*
- la comunicazione interna e analisi del clima<sup>31</sup>.*

Il personale, se riconosciuto nelle sue professionalità e potenzialità, partecipa allo sviluppo di capacità di accettazione del cambiamento influenzando inoltre nello stile di comando. La cosiddetta «*leadership situazionale*» che non definisce un profilo statico del capo, ne riconosce il ruolo senza determinarne lo stile che invece viene scelto, in modo coerente, in funzione delle diverse situazioni da gestire:

*è una visione sistemica del rapporto capo-dipendente, nel quale il comportamento dell'uno è influenzato da – e nello stesso tempo influenza – il comportamento dell'altro; il tutto in connessione anche alle caratteristiche del contesto nel quale si sviluppa la relazione<sup>32</sup>.*

Le persone fanno l'organizzazione, creano relazioni, partecipano alla creazione della cultura organizzativa, affinché tutti questi passaggi avvengano è

---

<sup>30</sup> Ibid.

<sup>31</sup> S. Peruzzi, Op. Cit., p. 54

<sup>32</sup> A.M. Ziliani, *La direzione di strutture per anziani*, Carocci Faber Editore, Roma 2011, p.67

indispensabile comunicare. Ogni azione umana è un atto comunicativo, pertanto è necessario non sottovalutare gli atteggiamenti di ogni professionista, al valore che promuovo e a come vengono recepiti<sup>33</sup>. Riportando l'aspetto comunicativo al livello dirigenziale, è evidente, che il modo con cui vengono recepiti i messaggi della direzione dai dipendenti, va a determinare l'assetto organizzativo dell'ente. Alcuni aspetti importanti della comunicazione potrebbero essere quelli che trasmettono la motivazione al cambiamento, la determinazione e l'autorevolezza, la chiarezza degli obiettivi e la coerenza delle scelte: una buona comunicazione può provocare reazioni positive, al contrario una cattiva comunicazione può definire un clima organizzativo che ostacola il raggiungimento degli obiettivi.

Il dirigente avrà quindi il compito di far risaltare la risorsa umana e, come pone in rilievo Anna Maria Ziliani:

*alla sua capacità/possibilità di collaborare, cercando di sviluppare in tutti adesione, senso di appartenenza, e responsabilità, facilitando il confronto delle idee, sorvegliando i conflitti, evidenziando e premiando i risultati positivi conseguiti. Il manager odierno è simboleggiato più per la saggezza che per l'autorità, per il sapere professionale e per l'attitudine al problem solving, per la capacità di offrirsi come supporto abile per attrarre, accrescere e trattenere i diversi talenti<sup>34</sup>.*

Il *manager/leader* non può fare tutto da solo, le sue capacità e le sue competenze, e più in generale, il suo ruolo, vanno messe a disposizione per costruire la squadra, di cui egli stesso deve far parte. La squadra è costituita da quanti agiscono, con la propria professionalità e formazione a creare il servizio. Dal punto di vista teorico, si intende analizzare la squadra suddividendola in gruppi separati per una semplice comodità espositiva, nella realtà questa suddivisione dovrebbe sfumare a favore della ricomposizione del gruppo organizzativo.

Si può affermare però che in un'organizzazione questa circolarità va riportata a più livelli cioè il manager lo può fare con lo staff, i responsabili con la loro area e gli operatori nel loro gruppo di lavoro.

Tutti gli attori in gioco vanno responsabilizzati per le loro attività, ognuno deve essere consapevole del suo intervento e delle sue azioni. L'abilità o la lungimiranza

---

<sup>33</sup> F. Cavanna, *RSA: oltre la cura il benessere*, Op. cit., p. 48

<sup>34</sup> F. Cavanna, Op. Cit., p. 50



del dirigente di delegare ai propri collaboratori una parte delle attività, mette in campo una relazione di fiducia, di riconoscimento delle capacità dei membri della squadra e genera il miglioramento; creando un clima di condivisione si accetta che si possa sbagliare, non si condanna l'errore perché fa parte del gioco di squadra.

Il gruppo più vicino al dirigente, che partecipa alle decisioni e che dal punto di vista operativo deve instillare nel gruppo degli operatori i valori etici e professionali, è la squadra di staff, composta dal *middle management* che rappresenta il livello di contatto tra lo spazio decisionale e quello di *line*. Il direttore non può rapportarsi giornalmente con ogni singolo operatore; ci possono essere dei momenti in cui questo avviene, ma nel quotidiano quando un responsabile o coordinatore si rivolge al suo gruppo, è come se parlasse la direzione. Non va accentrato tutto il processo sulla figura del dirigente, è molto importante il concetto di delega da parte della dirigenza verso il basso, va trasferita la fiducia ai più stretti collaboratori, vanno spostati compiti e responsabilità, accettando gli eventuali rischi, continuando a controllare e supervisionare<sup>35</sup>.

Per mettere in atto un passaggio di delega, il manager deve avere una profonda conoscenza dell'ambiente lavorativo e delle dinamiche in essere tra i vari soggetti, una conoscenza superficiale dell'organizzazione porterebbe ad una delega formale ma non sostanziale o peggio ancora, creerebbe tensioni e disequilibri all'interno dei gruppi.

Quali possono essere le strategie che il dirigente mette in atto per stimolare il processo di responsabilizzazione dello staff e delegare competenze?

1. Motivazione, attivare e spingere il gruppo verso l'obiettivo.
2. Incarico, riconoscere le capacità dei propri collaboratori e con loro definire quale può essere il modo migliore per esprimere le loro potenzialità.
3. L'analisi di SWOT, come strumento di pianificazione, offre un quadro di riferimento per la definizione di orientamenti strategici finalizzati al raggiungimento degli obiettivi.
4. Fidelizzazione, si crea attraverso la condivisione degli obiettivi, la definizione chiara del percorso che si vuole iniziare e la valorizzazione dell'apporto di ogni collaboratore.

---

<sup>35</sup> A.M. Ziliani, Op.Cit., pp. 64/65

5. *Coaching*, è un metodo finalizzato ad ottenere le migliori prestazioni possibili dagli individui attraverso la crescita e lo sviluppo relazionale.

*Il buon direttore, manager e coach, deve generare il clima. L'allenatore non gioca, fa giocare la sua squadra<sup>36</sup>!*

È un percorso complicato e pieno di difficoltà, prima di tutto perché costringe i singoli responsabili a trovare tra loro un linguaggio comune anche se di aree completamente diverse, in secondo luogo perché, un modo di lavorare volto allo sviluppo della qualità, determina la necessità che alcune decisioni non risolvono nell'immediato un problema, anzi potrebbero crearne di nuovi (*thank risk*) perché propedeutici al raggiungimento di obiettivi più a lungo termine. Il lavoro di squadra o di team, inoltre, obbliga le persone ad elaborare un pensiero dinamico del proprio lavoro: non basta aver svolto bene il proprio compito per avere la certezza che sarà sempre adeguato; è necessario acquisire una capacità di lettura sul significato delle azioni per capire in quali altre situazioni quella risoluzione può essere utilizzata (esistono casi simili ma non uguali) e infine non è un pacchetto stabile ma è qui e ora e richiede continui aggiornamenti e innovazioni per mantenere il livello qualitativo (*lifelong learning*). Sono tutti concetti che il middle management deve metabolizzare e trasmettere agli operatori.

La linea intermedia, essendo collocata appena sotto alla dirigenza, è il livello determinante per il raggiungimento degli obiettivi, per innescare le leve del cambiamento orientato alla qualità. È un livello organizzativo complesso. I professionisti che compongono il *middle management* devono mantenere un doppio ruolo, perché si trovano a prendere decisioni gestionali ma nello stesso tempo, hanno compiti operativi nel raggiungimento degli obiettivi; inoltre, a differenza degli altri gruppi lavorativi, i rappresentanti di questo livello, hanno percorsi di formazione molto diversi, hanno visioni differenti e sono in genere abituati a lavorare all'interno della loro area, a volte hanno professionalità e metodi di lavoro molto definiti, rigidi e quindi difficili da amalgamare.

All'inizio può sembrare faticoso, se non inutile, il confronto con gli altri responsabili, l'ascolto dell'altro può essere visto come un caricarsi di informazioni che non

---

<sup>36</sup> F.Cavanna, Op. Cit.,

servono per il lavoro quotidiano e non sembra vantaggioso essere coinvolti in quello che è ambito di qualcun altro: ma solo la conoscenza reciproca permette di creare un team che opera in modo sinergico e ha la capacità di creare resilienza quando si presentano i fallimenti.

Per definire praticamente quali potrebbero essere le funzioni dei responsabili finalizzate a coinvolgere il proprio gruppo nella condivisione dei valori e delle scelte operative nonché a perseguire gli obiettivi organizzativi, si possono evidenziare le seguenti attività come definito da Ziliani nel testo già citato in precedenza:

- *PRESIDIARE*: difendere, proteggere, tutelare, salvaguardare con un presidio, con un sistema di garanzia. Chi ha questa funzione nella struttura, quindi, deve simboleggiarne il presidio patrocinando la *mission*, la *vision* e i valori che la sottendono; esercizi di garanzia e tutela che hanno risvolti interni nei confronti della stessa organizzazione, delle persone anziane, dei loro familiari e di tutti coloro che vi operano.
- *COORDINARE*: organizzare e gestire in maniera ordinata e funzionale elementi diversi perché si generi un collegamento armonioso, per raggiungere obiettivi comuni.
- *CONDIVIDERE*: fra tutti i soggetti interessati, strategie di intervento per affrontare la quotidianità del lavoro. Il processo di condivisione rappresenta la ricerca di progettualità congiunte, l'affermazione della cultura dell'agire orizzontale, la possibilità di sperimentare la collaborazione come metodologia in grado di assicurare la presa in carico responsabile delle persone e dei loro bisogni.
- *PROMUOVERE*: garanzia e sicurezza, incentivare strategie complessive e processi di lavoro coordinati e condivisi. Significa sollecitare, dare impulso e sostegno a una progettualità personalizzata e innovativa, inoltre affrontare e contrastare le fisiologiche resistenze ai cambiamenti e generare senso di appartenenza all'organizzazione e percezione del vivere delle persone anziane.
- *RIMODULARE* il lavoro: abbandonare la rassegnazione di fronte alla cronicità, sviluppare un complesso di azioni strategiche volte a ridefinire *mission* e *vision* dell'organizzazione per qualificarlo come ambiente accogliente e appropriato, permeabile nei confini.

La parte più importante si può sostanziare in un lavoro di integrazione tra le istanze gestionali richieste dalla dirigenza e la condivisione della quotidianità attraverso lo sviluppo, verso l'alto ma anche verso il basso di un gruppo, o come definito da Enrico Camanni<sup>37</sup> con la metafora dell'alpinismo, di una cordata:

*Il legame della cordata, "obbliga" gli alpinisti ad unirsi, letteralmente a "legarsi insieme" e a collaborare nella buona e nella cattiva sorte. Si tratta di una metafora della vita di relazione, ..., ma notevole ancor oggi in virtù del fatto che di solito esiste un primo e un secondo di cordata, con i relativi ruoli, tensioni, vantaggi, sottomissioni, ribellioni, codici di comportamento. La cordata è una piccola società che lavora per un obiettivo." ...Assai più delle capacità individuali, infatti, contano il coinvolgimento emotivo e la passione.*

Nel paragone della cordata di alta montagna, le posizioni in cui gli alpinisti si collocano sono legate alla consapevolezza che hanno caratteristiche e propensioni diverse, la debolezza di uno può essere la forza di un altro, l'aspetto determinante è la conoscenza.

*In primis* la conoscenza di se stessi, delle proprie capacità e della propria professionalità, per potersi dividere con gli altri è fondamentale sapere chi si è e avere coscienza che i propri limiti vanno coltivati e se possibile allentati se non superati per permettere che anche gli altri possano fare lo stesso; se si negano i propri limiti si rimane affossati sempre allo stesso livello e gli altri non vengono visti come un completamento del proprio lavoro ma come dei nemici, non si instaura un rapporto di fiducia ma si rimane sempre guardinghi.

In una visione limitata c'è il rischio che per collaborare con gli altri o per prendere un incarico nuovo si faccia la caricatura di un altro professionista.

Questa problematica si verifica a tutti i livelli, ma è molto più difficoltosa quando viene vissuta a livello di quadri intermedi.

La certezza di ciò che si è, senza sconti, permette di inserire nell'attività professionale anche la giusta dose di coinvolgimento emotivo e trasmettere la passione di ciò che l'organizzazione vuole raggiungere, sono soprattutto i quadri

---

<sup>37</sup> E. Camanni, *Chi te lo fa fare? L'alpinismo come metafora di fatiche e sofferenze sensate*, Rivista Spunti n. 15/2012, Studio APS, p.74

intermedi a trasmettere lo slancio positivo, esso non può provenire sempre dal basso, da chi si trova quotidianamente sulla posizione di frontiera.

Nello svolgimento del proprio ruolo, le figure intermedie dovrebbero dunque creare le condizioni che consentano ai membri della propria area di sentirsi parte del gruppo e dell'organizzazione come soggetti attivi, non solo destinatari di decisioni prese dagli altri, che partecipano al processo di cambiamento e di miglioramento in quanto portatori di conoscenze ed esperienze professionali.

La conoscenza e la capacità vanno trasferite agli altri attori del sistema per consentire che la sinergia si amplifichi in tutti gli ambiti e soprattutto verso chi dovrebbe ricevere il beneficio di un atteggiamento rigenerativo, la persona anziana. Achille Orsenigo<sup>38</sup> parla di *“capability”* ossia *lo sviluppo di capacità originali di rappresentarsi e affrontare i problemi. Non riducendoli solamente a definizioni e soluzioni già note, di successo, aggrappandosi al sapere istituito, ma prendendosi appunto la responsabilità di costruirne di nuove, riconfigurando le situazioni, interrogando ed interrogandosi: sviluppando quindi conoscenza.*

## **2.4 L'équipe multiprofessionale nei Centri di Servizi**

La realizzazione di questo paragrafo mira a definire l'importanza del lavoro di gruppo tra le figure professionali all'interno del lavoro di cura; non vi è quindi la volontà di elencare quali siano le mansioni dei singoli operatori, bensì di delineare come, nell'operatività quotidiana, chi mette a disposizione le proprie capacità può creare relazioni con l'anziano non autosufficiente e inoltre quanto questo legame definisce la qualità di vita e del proprio benessere lavorativo.

Il concetto che i centri di servizi siano dei microcosmi all'interno dei quali si instaura uno “spazio relazionale” molto particolare è una definizione importante per comprendere il modo e il tipo di relazioni che si creano. L'interazione tra le persone e gli operatori/professionisti è molto forte ed è quotidiana, perché è costruita su più livelli (assistenziale, sociale, sanitario, ludico,) sempre, e comunque, negli aspetti

---

<sup>38</sup> A. Orsenigo, *Appigli e rimedi per lavorare in modo più efficace e soddisfacente*, Rivista Spunti n. 15/2012, Studio APS Milano, p. 25

più personali e intimi di ogni singola persona (quando un operatore entra nella stanza di un anziano è come se entrasse a casa sua!).

Un primo aspetto da considerare, che è stato già accennato nei paragrafi precedenti, è il coinvolgimento del personale da parte della dirigenza e dei responsabili, non tanto nelle decisioni gestionali in sé, quanto nella costruzione dei percorsi per raggiungere gli obiettivi.

*La “periferia” di solito non sa nulla o poco della politica aziendale, delle scelte, dei progetti, delle decisioni ... si tratta di comunicare informazioni utili al lavoro, dati tecnici, progetti, decisioni. Si tratta di coinvolgere l’operativo sui progetti in essere, sugli obiettivi, sui piani di lavoro<sup>39</sup>.*

Gli obiettivi, essendo il fulcro di tutta l’attività operativa, devono essere conosciuti da tutti, non devono essere conoscenza di un gruppo ristretto, essi vanno comunicati a tutti, tra i quali i principali stakeholder compreso il comitato familiari<sup>40</sup>. La diffusione delle linee guida progettuali rappresenta il primo strumento di coinvolgimento e motivazione che la direzione può mettere in atto verso i dipendenti/collaboratori; può comunicare gli obiettivi in vari modi (incontro, sito dell’ente, lettera aperta,) ma dopo la comunicazione ufficiale ci deve essere da parte del gruppo dei responsabili e dei *professional* l’impegno a diffondere e a stimolare la conoscenza ai colleghi. La direzione può essere sentita vicina ai lavoratori anche senza essere vista tutti i giorni, il gioco di squadra si esplica su più piani: a livello di dirigenza, a livello di gruppo intermedio, a livello del gruppo di pari, le informazioni dovrebbero essere veicolate allo stesso modo a tutti i servizi. L’organizzazione quindi, è l’ambito in cui si sviluppano le attività dei diversi attori che, come detto in precedenza, sono basate sulla costruzione di relazioni, pertanto va rilevata l’importanza dei legami che si possono sviluppare all’interno delle realtà lavorative, quali sono i processi lavorativi<sup>41</sup>, quale tipo di coordinamento va messo in atto e quali possono essere le ricadute sul benessere e sulla qualità.

---

<sup>39</sup> F. Cavanna, Op. Cit., p. 49

<sup>40</sup> F. Cavanna, Op. Cit., p. 50

<sup>41</sup> F. Iurlaro, Op. cit., p. 55

La responsabilità dell'organizzazione dei servizi deve passare attraverso l'approccio assistenziale (fatto di bisogni, progettualità, professionalità, scelte) e la cultura organizzativa (dove trovano spazio valori, ideologie, opinioni condivisi).

Avendo specificato più volte che gli obiettivi possono essere raggiunti solo se si fa un lavoro di squadra, se si condividono gli obiettivi comuni, se si crea sinergia tra le varie figure professionali, la dimensione del gruppo diventa lo strumento riconosciuto idoneo per il lavoro quotidiano ma anche per il miglioramento.

I gruppi che si costituiscono più frequentemente all'interno della realtà dei centri di servizi sono le équipes multiprofessionali.

O. Cellentani nel testo "Manuale di metodologia di servizio sociale"<sup>42</sup>, afferma che le équipes possono essere considerate come un equipaggio (da *équipage*) che deve affrontare un viaggio, agli ordini di un comandante, per giungere ad una destinazione stabilita, tutti i componenti devono mettere a disposizione le proprie capacità e devono svolgere le funzioni che portano al raggiungimento della meta. Nell'ambito delle équipes costituite all'interno delle organizzazioni dei servizi, si possono considerare come gruppi di lavoro multiprofessionali e, in quanto tali, presentano due particolarità:

1. Le équipes multiprofessionali sono situazioni che vengono generate dall'istituzione, in genere, per la valutazione e la stesura del piano individuale di assistenza. Si tratta di un mandato istituzionale che va interiorizzato ed elaborato dai membri affinché ci sia accettazione e condivisione di cooperare per un compito. Il senso di adesione dipende molto dal livello di motivazione dei singoli operatori sentono rispetto all'appartenenza all'équipe: «l'aver istituito una équipe non garantisce di per sé la reale possibilità e capacità di un gruppo di lavorare come tale»<sup>43</sup>;
2. la multiprofessionalità, non si tratta di un gruppo omogeneo, nelle équipes c'è il medico, l'assistente sociale, l'educatore, l'operatore... linguaggi, culture, competenze differenti e soprattutto un approccio verso il compito e alle strategie per raggiungerlo diverse<sup>44</sup>.

---

<sup>42</sup> O. Cellentani, *Manuale di metodologia per il servizio sociale*, Franco Angeli, Milano 1995, pp. 178 e segg.

<sup>43</sup> Ibid.

<sup>44</sup> Ibid.

Nelle équipes multiprofessionali sono presenti professionisti e operatori con percorsi formativi molto vari, alcuni con specializzazioni sanitarie, altri di tipo sociale, anche la tipologia di inquadramento all'interno dell'ente può essere caratterizzata da tipologie di contratti diversi, si tratta di elementi che possono influire sulla creazione della squadra.

Non si vuole approfondire tutti gli aspetti relativi alle équipes e pertanto si ritiene importante puntualizzare almeno due aspetti che possono essere utili per la finalità di questo lavoro, lo scopo comune e il sentimento di appartenenza all'équipe.

Nell'équipe multiprofessionale, nonostante la diversità professionale dei partecipanti, tutti devono avere chiaro che lo scopo comune è che la relazione di cura è finalizzata al benessere della persona. La condivisione di uno scopo collettivo aiuta ad unificare linguaggi che appartengono alle singole specializzazioni, affinché possano trovare ognuno il suo apporto nella definizione del progetto per la persona. La responsabilità del percorso di cura non ricade su unico professionista ma viene suddiviso tra tutti i componenti (il senso di appartenenza si esplicita nel dimenticare l'affermazione, "questo non è un ospite che seguo io...", la persona non può essere divisa per le competenze dei diversi soggetti).

Nella quotidianità del lavoro, i singoli membri dell'équipe devono quindi mettersi in gioco per trovare un equilibrio rispetto alle loro conoscenze e a quelle degli altri, il loro impegno è verso il compito, hanno bisogno di qualcuno che tenga le fila rispetto alle dinamiche del gruppo stesso.

Si può quindi affermare che l'équipe definiscono il luogo comunicativo dove poter sviluppare alcuni importanti passaggi organizzativi:

- È uno strumento operativo che permette ai singoli di dare il proprio apporto professionale, di condividere conoscenze e osservazioni con gli altri professionisti; di ricevere un supporto rispetto alle situazioni difficili;
- È una dimensione in cui si possono veicolare informazioni dal centro alla periferia, la presenza di varie figure professionali che operano a vari livelli organizzativi, hanno la possibilità di contribuire alla comunicazione degli obiettivi dell'ente;
- È una dimensione in cui si può seminare e coltivare la cultura organizzativa;
- È la dimensione nella quale c'è il maggior contatto con le persone anziane, quindi maggior possibilità di osservare e conoscere i bisogni e le difficoltà, possono interpretare l'impatto delle decisioni gestionali sulle persone;



- È la dimensione che, proprio perché vive quotidianamente il lavoro di cura, può divenire promotore di nuove progettualità o buone prassi (*botton up*).

Nelle realtà dei centri di servizi, il lavoro di gruppo può considerarsi non solo uno strumento ma una metodologia operativa che permette di affrontare la complessità del lavoro di cura. La scelta strategica delle équipes multiprofessionali fornisce uno strumento eccezionale nella difficoltà del lavoro di cura e dello stress lavorativo molto di più di altre risorse che possono essere disponibili.

## APPROFONDIMENTO: Intervista n. 1

Intervista al Dott. Daniele Roccon, Direttore Generale del Centro Servizi "A. Galvan" di Pontelongo (Pd), responsabile della gestione finanziaria, tecnica ed amministrativa (28/08/2017 e 13/04/2018).

*Il Centro Servizi "A. Galvan" ha ottenuto la Certificazione di Qualità secondo la norma UNI EN ISO 9001:2008 e la "norma di settore" UNI 10881 dal 2002 (annualmente rinnovata sino ad oggi), e ha ottenuto l'Autorizzazione all'esercizio, e l'accreditamento istituzionale previsti dalla Legge Regionale n° 22/2002. Inoltre la struttura ha adottato un Sistema di Gestione della Salute e Sicurezza sul lavoro in linea con le norme Inail. Recentemente abbiamo ottenuto dalla Global Power un attestato di riconoscimento per l'utilizzo del 100% di energie prodotte da fonti rinnovabili.*

*Il Centro Servizi "A. Galvan" dopo un percorso progettuale durato due anni, a dicembre 2012 si è sottoposto alla visita di verifica finalizzata all'ottenimento del "Riconoscimento per il Secondo Livello di Eccellenza EFQM" (Recognised for Excellence). La visita ha avuto un esito positivo e il nostro Centro Servizi ha conseguito, primo in Italia, l'ambito riconoscimento, conseguendo 450 punti ed è stato inserito così nella fascia "4 stelle". [www.csgalvan.it](http://www.csgalvan.it)*

Quali sono le parole chiave che contraddistinguono un percorso orientato alla qualità e all'eccellenza?

I punti cardine di un percorso che può portare all'eccellenza sono:

1. La **Qualità concreta** o **Qualità di contenuto**, nel senso che ritengo importante **coniugare un intervento con il risultato** che si ottiene, per questo motivo sottolineo che si tratta di una qualità di contenuto, non attivo un percorso per rispondere ad una segnalazione di non conformità ma per rispondere a dei bisogni effettivi delle persone. In questa ottica mi pongo la domanda se, è più importante il numero delle ore che una persona trascorre in palestra o piuttosto se è più importante

che dalle ore passate in palestra, l'operatore riesce ad accompagnare l'anziano in bagno, per fare un esempio. L'obiettivo è quello di ottenere l'effettiva qualità del servizio, in questo modo è possibile rispondere ai bisogni effettivi dell'utenza. Da questa prospettiva è iniziato il percorso di qualità negli anni Novanta: si può iniziare dall'obiettivo di ottenere una qualità concreta, per esempio avere un nucleo dementi senza contenzioni, verificare il comportamento dei *caregiver* nel caso dell'assistenza domiciliare.

2. Le **condizioni di lavoro**; all'inizio del percorso è stata attuata una “**rivoluzione**” a livello **organizzativo**. Siamo partiti dall'analisi degli effetti del *burn-out* degli operatori, abbiamo lavorato su questo aspetto per i primi quattro o cinque anni. **Per poter improntare una logica di qualità è fondamentale creare un clima organizzativo ricettivo: il dirigente deve essere inserito nel contesto organizzativo, deve essere al passo con i tempi dell'organizzazione**, non può essere avulso dalla realtà che lo circonda. All'inizio è stato molto impegnativo per tutti, la direzione fungeva da “torre di controllo” perché trasmetteva le coordinate in volo al responsabile del controllo qualità; la similitudine si riferisce al controllo di gestione e qualità.

3. **Personalizzare l'intervento**, significa avere la capacità di osservare e valutare le persone, **attribuire significato a quello che si è osservato** e quindi programmare l'intervento specifico di cui la persona ha necessità. Con questo modo di agire si può fare un intervento mirato sugli effettivi bisogni ma si trasmette importanza anche al professionista che opera: il tecnico è colui che fa l'intervento specifico sul singolo perché è di quell'intervento che la persona ha la necessità (es. colloquio psicologico).

Il progetto oltre a definire gli interventi con le persone, individua cosa deve fare la struttura, cioè rende visibile a tutti coloro che operano nel nucleo, fino agli addetti all'assistenza e nell'arco delle 24 ore qual è il progetto. In questo modo si può dare un senso al lavoro di ogni singolo operatore, per poter attuare un lavoro per processi è necessario che ogni attore/operatore sia psicologicamente integro, è importante sacralizzare l'errore ed evitare l'ansia da prestazione legata ai giudizi.

4. Si deve attuare un **approccio radicale alla qualità** che si ottiene con il **lavoro per processi** che ti permette di andare sempre avanti, questo non vuol dire che l'utente ha sempre ragione.

Dal punto di vista organizzativo la qualità si può ottenere **attraverso un lavoro per progetti perché consente il superamento del lavoro per prestazioni**. Definire il processo significa pianificare un'attività in tutto il suo percorso: si definiscono i bisogni, gli obiettivi da raggiungere e le azioni strategiche da realizzare ma si descrivono anche quali potrebbero essere gli effetti positivi che si vogliono ottenere; ultima istanza, verifico se quello che ho fatto ha raggiunto ciò che mi ero prefissato e quindi lo confermo oppure viceversa riparto, questo consente la personalizzazione dell'intervento. Si supera l'ottica in cui si fa tutto per tutti per passare ad **un'indagine sugli aspetti necessari per**

**l'assistenza**, si misura che cosa può essere utile per una persona (valutazione multidimensionale) in questo modo di può ottenere la personalizzazione dell'intervento.

La scelta di raggiungere l'eccellenza e non seguire altri percorsi della qualità. Quali sono le considerazioni che stanno alla base di questo preferenza?

I modelli di riferimento per la valutazione di qualità che ho seguito inizialmente sono stati **UNI EN ISO 9001** e **UNI 10881** perché li considero dei sistemi effettivi di valutazione rispetto ad altri modelli di valutazione tra pari che spesso guardano più ai processi che al risultato. Ad essere più precisi, se parliamo di eccellenza, la norma ISO è solo un presupposto per l'eccellenza, l'eccellenza non guarda alla ISO 9001. Ritengo che una certificazione *peer to peer* considera maggiormente aspetti qualitativi, e pongono meno attenzione a due aspetti che ritengo importanti: **la prima è l'analisi dei processi organizzativi e la seconda è la cultura del lavoro per risultati**. Solo il percorso per **l'Eccellenza EFQM** impone **un'attenzione costante sui risultati oltre che sui processi**. Inoltre, pur apprezzando che altri addetti ai lavori valutino il lavoro di altri colleghi, ritengo preferibile una certificazione ottenuta dalla verifica di una parte terza che, per quanto pagata da noi, comunque richiede che un soggetto esterno qualificato valuti i risultati raggiunti che è diverso rispetto al fatto che altri che svolgono il tuo stesso lavoro verifichino se le cose sono fatte bene.

Infine, ritengo non sia soddisfacente affidare la valutazione alla qualità percepita dalla persona anziana. Se si considera che il 90% delle persone residenti hanno problemi cognitivi, è difficile valutare quale sia la qualità, per esempio del cibo, non è possibile costruire un sistema sulla percezione che ha l'anziano del gusto. Lo stesso vale per gli anziani disfacili e incapaci di esprimersi.

Anche la norma ISO prevede la *customer satisfaction*, che può essere considerato un aspetto debole se partiamo dal presupposto che la maggior parte dei nostri anziani ha problemi cognitivi, chi ti dice come si mangia in casa di riposo, i familiari? Le variabili sono talmente soggettive che, è necessario avere il parere del familiare, ma considerarlo come un parere relativo. **L'attenzione va posta invece, su un aspetto oggettivo e concreto**, l'anziano deve alimentarsi correttamente per poter avere la forza di andare in palestra e mantenere le sue abilità residue, per esempio, non mi interessa il gusto del cibo in sé ma piuttosto che l'alimentazione mi permetta di far star bene la persona. La nostra azione è volta alla cura, questo è il valore che si deve dare anche alla *customer satisfaction*.

**La valutazione dell'eccellenza verifica le procedure, le attività, le operazioni che posso trasferire agli addetti all'assistenza che seguono l'anziano**: se io dico per esempio che ho fatto 400 ore di palestra all'anno, ho solo un dato quantitativo, a me interessa l'efficacia di quelle ore di

fisioterapia; quello che cerco è una valutazione oggettiva di ciò che faccio, il gradimento di per sé rimane una valutazione soggettiva

Anche la norma ISO verifica qual è l'obiettivo dell'intervento, quali sono le azioni e quale è stato l'esito. L'eccellenza va oltre, per esempio, la prima volta che è stato ottenuto il certificato per l'eccellenza, nell'area della leadership, avevamo tutto, il leader c'era, anche abbastanza carismatico, che dirige, dà le direttive ai suoi sottoposti, ecc.; alla seconda valutazione però mi hanno chiesto un passaggio ulteriore. Si chiedeva di dimostrare di avere una **leadership diffusa cioè che l'organizzazione riesce a camminare anche senza la presenza del direttore**, sono stati quindi preparati dei progetti affinché **ogni responsabile dell'area diventasse leader della sua area** e infatti, per dire, l'economista non si pronuncia sul direttore ma sulla sua leader, il suo capo ufficio non è il Direttore ma la sua posizione organizzativa di riferimento. **Cambia la prospettiva**, perché puoi avere un buon rapporto con la direzione, leadership generale, ma non con il tuo capo ufficio, sono due dati molto più complessi rispetto a dire genericamente la leadership va bene.

Come si può configurare il ruolo del dirigente?

**Il leader deve lavorare molto su sé stesso** per poter essere equilibrato, **la leadership è un atteggiamento di crescita prima di tutto**: sei un leader perché hai lavorato su te stesso altrimenti puoi essere un leader di fatto, anche riconosciuto, ma con il rischio di colludere con gli altri per ottenere il riconoscimento; altra cosa sono invece i *feedback* che il leader deve avere dai propri collaboratori, che sono ritorni oggettivi che il lavoro che si sta facendo è utile e migliora l'organizzazione, che ha portato che anche l'addetto all'assistenza abbia fatto un intervento efficace.

**È importante avere uno staff che lavori in sintonia con il direttore. Il gruppo intermedio ha l'operatività in mano**, se il dirigente non è dettagliato con i quadri, può avere i migliori obiettivi del mondo ma non saranno realizzati perché non hanno un precipitato su chi deve realizzarli, è come avere un bellissimo schema di guerra ma le persone in trincea non sanno sparare.

Il lavoro che il leader fa su sé stesso dovrebbe quindi "a cascata" coinvolgere chi sta subito dopo di lui e successivamente anche ai livelli inferiori?

Più che "a cascata" direi che questa modalità non alimenta le patologie organizzative che sono tipiche di persone non mature, per esempio, se io ogni cosa che faccio è per avere conferma della mia bravura, utilizzo gli altri per ottenere la risposta che voglio, se invece io ho la certezza, anche dovuta all'esperienza, del mio lavoro sento che ho il dovere di svolgere bene il mio ruolo e investo energie, **Io**

**faccio al di là del fatto che tu possa dire che sono un bravo direttore, mi metto al tuo servizio, ma questa è una mia impostazione culturale.**

**Se la teoria è buona deve produrre un risultato pratico per tutti**, una buona teoria non può che non tradursi in pratica, la vera qualità è quella che si vede e si percepisce, precisando che la percezione va codificata in base alla cultura di chi la percepisce, al momento storico... **la valutazione della qualità va resa il più possibile oggettiva pur sapendo che già gli occhi di un osservatore alterano il fenomeno stesso, dipende dal sistema di rilevazione.** Si deve tentare quindi, di essere il più obiettivi possibile, è fondamentale incrociare il dato oggettivo con la percezione soggettiva ed entrambe vanno vagliate criticamente. Questa attività di critica si concretizza nel chiedersi sempre il perché si percepisce in un certo modo, il perché si è deciso di creare un sistema di qualità: la risposta è che in un certo senso ho voluto **oggettivare, dimostrare, evidenziare il lavoro di qualità.** Tu non hai mai usato un termine che io ritengo fondamentale. Nel sistema di qualità sia ISO che FQM ti costringe a **dichiarare le cose che fai**, come le hai fatte, quali sono gli effetti di ciò che hai fatto e averne le prove che tecnicamente programmi specifiche attività, si chiamano **evidenze**. Per esempio l'apertura al territorio, io dichiaro che la struttura è aperta al territorio perché a Natale e a Pasqua vengono i bambini delle scuole a cantare, diverso è dire che attraverso il cinema all'aperto porto dentro la comunità con l'obiettivo che si superi il ghetto e la paura della casa di riposo perché guardando un film insieme capisco che è una casa osmotica, accetta l'intromissione di persone esterne, non è isolata, e ho le evidenze perché ho la convenzione con il comune per fare il cinema, ho registrato il numero dei partecipanti, l'eccellenza mi chiede anche di verificare se effettivamente la rassegna è piaciuta e quindi abbiamo somministrato un questionario sulla qualità del servizio.

Quindi non bisogna fermarsi sulla superficie ma approfondire i contenuti di ciò che si fa?

Certo, per esempio per il comitato familiari degli ospiti, non serve dichiarare che è presente nell'ente, ma devi dimostrare il lavoro che fai con loro, quante volte li incontri e quali sono gli argomenti che affronti e che portano al miglioramento. Parlavamo prima della sacralizzazione dell'errore, **l'errore è sacro perché è legato alla necessità naturale di trasformarci, crescendo, migliorandoci...**

Il lavoro per prestazioni scompare, il numero delle prestazioni sono un passaggio intermedio ma non il risultato.

**Nel lavoro per processi nessuna azione è neutra e nessuna azione sta nel deserto, quindi il processo è un insieme di azioni che devono essere concordate insieme a tutti gli altri, vanno evitate le triangolazioni e i sotterfugi ma si "tessono degli ingranaggi".**

La logica evolutiva della qualità inizia con la **mappatura dei processi** (1), si pone un criterio di relatività e di probabilità.

**Il sistema di qualità è “un essere, un'entità viva” che va educato, elaborato e alimentato se si vuole che vada avanti.**

Il piacere di fare le cose e l'utilità di farle in un certo modo devono sempre essere presenti, sono convinto che alla base della vita c'è il piacere, però non abbiamo organizzazioni basate sul piacere, è che **il piacere di fare le cose, il piacere di crescere, il piacere di migliorarsi, diventa la molla motivazionale più grande.** Ci vuole la consapevolezza che il cambiamento non si può pretendere solo riferito agli altri ma prima di tutto verso sé stessi, “io posso cambiare solo me stesso”, **non posso cambiare gli altri ma posso metterli nelle condizioni che il loro modo di agire diventi positivo.**

Dopo aver realizzato la mappatura dei processi si passa a **strutturarli** (2) per poi **stabilire delle procedure** (3) e poi **dei protocolli** (4): è necessario porsi degli obiettivi nell'**ottica dei piccoli passi**, gli obiettivi non devono essere né sovrastimati né sottovalutati.

Si inserisce nel percorso la verifica da parte di chi ha fatto le operazioni di mappatura, è importante inserire sempre le cose buone, non solo i limiti, evitando solo il lamento, altrimenti dove si trova il piacere?

In un sistema di qualità all'interno di un'organizzazione non sempre si è tutti d'accordo e la presenza di un contro leader può anche avere delle evoluzioni positive, perché può farti vedere i limiti delle tue tesi; nella migliore delle ipotesi tu riesci a riconfermare la tua idea e quindi puoi confermare con più forza la tua tesi; se viceversa la tua tesi non è così forte, puoi modificarla per renderla più forte. L'importante è chiedersi il perché? Quale è la logica che sottostà ad una certa risposta?

## 3. IL PERCORSO

### 3.1 Come si realizza la qualità

La qualità non esiste di per sé, va voluta, pensata, progettata e ricercata; si tratta di un percorso che ha bisogno di essere definito all'interno di una cornice che la legittima e le attribuisce valore, si parla infatti di realizzare un sistema di gestione della qualità. L'ambito formale in cui può essere pensato un sistema di gestione della qualità è l'organizzazione.

La definizione che generalmente viene data di organizzazione è quella che la descrive come «un insieme di persone formalmente riunite per raggiungere degli obiettivi più o meno comuni» o ancora come un «costrutto sociale formalmente costituito per il raggiungimento di determinati fini<sup>45</sup>»; si tratta di definizioni che si riferiscono ad un concetto limitato e astratto, non trasmettono il significato vitale che invece hanno le organizzazioni, soprattutto rispetto al tema che si sta trattando. Si ritiene più appropriato considerarle come:

*un artefatto sociale, un' invenzione dell' uomo che richiede sempre alle sue spalle un attore intenzionale, una sorta di "imprenditore"...quindi le organizzazioni non nascono da sole o dal nulla, ma nascono come risultato dello sforzo di uno o più individui che nella stragrande maggioranza dei casi e ad un certo punto della loro esperienza tenderanno a mettere per iscritto le "regole" che governano la loro organizzazione<sup>46</sup>.*

Inoltre, per quanto riguarda il «raggiungimento di determinati fini», di per sé l'organizzazione non ha dei fini, sono le persone che la compongono che si pongono dei fini<sup>47</sup> che pertanto possono orientare, in parte, le azioni dell'organizzazione stessa.

---

<sup>45</sup> Definizione classica dell'organizzazione riportata in M. Ferrante, S. Zan, Il fenomeno organizzativo, La Nuova Italia Scientifica, Roma 1994, p.21

<sup>46</sup> Ibid.

<sup>47</sup> Op. Cit., p.23

L'uso quindi del termine organizzazione, parlando di qualità come fenomeno culturale, sembra adatto, quanto meno, per spiegare che ogni realtà può concepire il sistema di qualità diversamente e lo può cambiare nel tempo.

A questo punto vale la pena definire anche cosa si intende per sistema e per gestione.

Il sistema viene definito come il «complesso di elementi che, mantenendo le proprie caratteristiche, formano un tutto organico, integrandosi a vicenda» oppure «pluralità di elementi collegati tra loro per eseguire una determinata operazione»<sup>48</sup>

La gestione può essere considerata come il modo di amministrare, in senso figurato, si può utilizzare come funzione di potere, di guida, conduzione, controllo. Si potrebbe quindi arrivare a considerare il sistema di gestione della qualità come il prodotto culturale dell'organizzazione in cui viene definito: la definizione della qualità sarà quindi data dal significato che le persone apprendono della qualità, dagli elementi concreti che la compongono e dal modo in cui si compiono le azioni rapportate alle norme vigenti, alle conoscenze, alle risorse presenti e alle finalità che si vogliono perseguire: l'adozione di un modello non dà garanzia della qualità del bene in sé ma piuttosto esprime la qualità del sistema impiegato per produrre quel servizio<sup>49</sup>.

La progettazione di un sistema di qualità all'interno di una realtà di servizi rivolti alla persona comporta la necessità di sviluppare un'analisi della struttura organizzativa e dei processi operativi in essere, al di là di quale può essere il percorso che un Ente sceglie di intraprendere (accreditamento istituzionale, norma ISO, Certificazione di Eccellenza o adesione ad altri percorsi di valutazione e certificazione). L'approccio alla qualità è complesso, attraverso il processo che si innesca, la direzione aziendale definisce gli standard qualitativi dei servizi e delle prestazioni da erogare cercando di avvicinarsi il più possibile alle aspettative dei clienti. In tale dimensione è fondamentale coinvolgere e utilizzare appieno tutte le risorse umane e strumentali delle quali si può disporre, pertanto tutto il sistema organizzativo deve tendere alla qualità<sup>50</sup>.

---

<sup>48</sup> [www.dizionari.repubblica.it](http://www.dizionari.repubblica.it)

<sup>49</sup> C. Premoli, *Lavorare in qualità con le ISO 9000*, in *Prospettive Sociale e Sanitarie*, n. 8/2001, p.20

<sup>50</sup> G. De Masi, V. Plastino, R. Vitale, *Progettare la qualità nelle residenze per anziani*, Franco Angeli, Milano 2001, p.13



Alla base di ogni scelta sulla qualità, si deve quindi intervenire prioritariamente sull'organizzazione affinché il percorso che viene seguito sia effettivamente adeguato alla realtà concreta della struttura stessa. Le organizzazioni sono entità vive che necessitano di essere osservate (analizzate), comprese e accettate per la loro unicità quindi, allo stesso modo, la scelta di aderire ad una o più valutazioni sulla qualità non deve assolutamente prescindere dalla dimensione reale, che la porterà alla scelta più equilibrata. Per tale motivo si può aderire (anche perché è un obbligo normativo) solo al percorso di accreditamento istituzionale piuttosto che ampliare le proprie esperienze; l'adesione reale ad uno dei percorsi favorisce in ogni caso al miglioramento culturale dell'ente.

La qualità, è stato più volte ribadito, è una scelta culturale che determina il modello di gestione dell'organizzazione, per tale motivo il percorso verso la qualità e soprattutto la scelta del modello da seguire, devono inevitabilmente essere ponderati rispetto alle capacità e alle forze dell'ente. Se si considera che la qualità non è qualcosa di esterno o di aggiuntivo ma è il modo di essere dell'organizzazione, allora l'abito deve avere le misure giuste di chi lo deve portare altrimenti è un impiccio, stringe o è troppo grande. E siccome la cultura organizzativa non si inventa in un attimo, una variabile importante è data dal tempo, sia come momento di crescita (la maturità e la storia di un'organizzazione) ma anche come condizioni del tempo istituzionale (iniziare un percorso sulla qualità dieci o quindici anni fa era cosa diversa rispetto alle strutture che iniziano il cammino oggi). E anche quando una scelta di un percorso piuttosto che un altro è stata fatta, subentra il livello di adesione e di coinvolgimento rispetto alla qualità, può essere un livello base o completo, oltrepassato l'obbligo dell'adempimento, per le strutture si apre la possibilità di valorizzare le proprie caratteristiche uniche, di seguire la propria indole, in altri termini, di valorizzare il lavoro e gli sforzi quotidiani. La valutazione infatti, non viene fatta sul modello di qualità, bensì su quello che viene attivato per aderire al modello scelto; si ritiene sia importante sottolineare questo aspetto proprio per trasmettere la convinzione che il punto determinante di un sistema di qualità nelle strutture residenziali è la condivisione dell'obiettivo, che è quello di vivere un *modus operandi* rivolto al benessere, il nome dell'obiettivo è un valore soggettivo dell'organizzazione. Come afferma Erica Leonardi in "*Manager della Qualità*"<sup>51</sup>, è

---

<sup>51</sup> E. Leonardi, *Manager della Qualità. Il modello organizzativo ISO 9001*, edizioni Egea, Milano 2015

necessario indossare i «Quacchiali», nel senso che tutte le azioni all'interno dell'organizzazione e a tutti i livelli devono avere la stessa visione dell'obiettivo, perseguire la qualità sapendo che si tratta di un percorso che non ha una fine.

In questo, come pure nel paragrafo successivo, si utilizzeranno degli spunti di un articolo scritto da Sonia Messina<sup>52</sup>, in quanto definisce in modo molto chiaro sia le precondizioni organizzative ma anche quali possono essere i livelli per raggiungere la qualità.

Per iniziare un percorso orientato alla qualità vi devono essere delle condizioni organizzative e concettuali specifiche che permettano l'innescio del processo, sono state già richiamate in vari punti dell'elaborato, vengono riprese a questo paragrafo, e ne vengono aggiunte delle altre, per agevolare l'esposizione.

Lo sviluppo pratico di un processo orientato alla qualità prevede che:

- La scelta della qualità non sia prerogativa dell'alta dirigenza ma una scelta strategica dell'ente e condivisa da tutta l'organizzazione;
- La dirigenza e i quadri intermedi devono gestire le difficoltà e le resistenze legate al cambiamento organizzativo;
- Le risorse (economiche, umane e tecniche) vanno pianificate per un periodo medio lungo, necessario per lo sviluppo del percorso;
- Il cambiamento deve coinvolgere tutti i servizi dell'ente e, se possibile seguire un'evoluzione parallela;
- L'adesione ad un modello o strumento di gestione non dà garanzia della realizzazione della qualità;
- Il livello di raggiungimento della qualità ha bisogno di strumenti di valutazione idonei, combinati tra di loro.

L'Ente che ha verificato di avere le precondizioni necessarie per iniziare il cambiamento, che ha valutato quali sono le proprie capacità di adesione al percorso di qualità, che ha scelto il tipo di itinerario che più si addice alle proprie caratteristiche, dovrà definire le tappe del percorso stesso: trattandosi di un progetto gestionale in evoluzione, si dovranno avere chiari quali obiettivi si vogliono raggiungere.

---

<sup>52</sup> S. Messina, *La qualità nelle residenze per anziani*, articolo della rivista Welfare oggi, n. 4/2011, p. 111. L'articolo è consultabile on line nel sito [www.qrsonline.it](http://www.qrsonline.it).

### 3.2 Le tappe per raggiungere un sistema di qualità

Il processo può essere considerato come lo sviluppo per gradi della qualità, il raggiungimento e la sedimentazione di una tappa consente la possibilità di passare al miglioramento successivo, l'ascesa al livello successivo dovrebbe essere possibile solo se tutti i servizi hanno raggiunto quello specifico livello di qualità<sup>53</sup>.

Il primo livello è quello della "Qualità di base", è la richiesta normativa ai fini dell'autorizzazione al funzionamento. Tutti i servizi devono rispettare i requisiti minimi richiesti dalla legge sia dal punto di vista gestionale (adeguamenti strutturali, carta dei servi, presenza di protocolli assistenziali, qualificazione del personale, adozione dei progetti di assistenza individualizzati) che dal punto di vista degli strumenti di valutazione (autovalutazione interna sui requisiti strutturali, accreditamento istituzionale, raccolta e analisi dei reclami e suggerimenti).

Il secondo livello è quello del "Miglioramento necessario", acquisito il lasciapassare per poter essere riconosciuto come Ente in grado di fornire dei servizi alla comunità, l'ente dovrebbe sviluppare un'ottica gestionale che ampli la possibilità di miglioramento attraverso l'apertura di canali comunicativi con gli stakeholder, sia interni (utenti, familiari, personale, volontari) che esterni (comunità). La partecipazione di quanti usufruiscono dei servizi erogati dall'ente e degli operatori che conoscono i bisogni assistenziali e di cura alla valutazione stessa dei servizi. Gli strumenti di gestione di questo livello possono essere: l'adesione alla norma ISO 9001, la stesura di protocolli specialistici e orientati alla tipologia dei propri residenti, pianificazione strategica dei miglioramenti (piani di miglioramento, SWOT, politica della qualità, *mission, vision*). Dal punto di vista della valutazione, si possono affinare strumenti di analisi di soddisfazione dell'utenza, sviluppare indicatori di analisi quantitativa dei servizi, valutazione e controllo dei servizi affidati in outsourcing).

Il terzo livello è il passaggio al "Miglioramento continuo". Nel momento in cui un Ente ha ottenuto il riconoscimento formale della sua capacità organizzativa e gestionale

---

<sup>53</sup> Come specificato nella precedente nota, il contenuto del paragrafo rielabora i concetti elaborati da Sonia Messina nell'articolo citato. L'autrice è Responsabile della Qualità del Centro Servizi Opera Pia Cerino Zegna, Onlus. Nell'articolo compaiono anche delle tabelle molto interessanti che riprendo i contenuti esposti.

dei servizi, ha anche allargato la restituzione del valore del proprio operato a chi, in prima persona, è destinatario del servizio e di chi provvede a realizzarlo; può intraprendere il percorso che si orienti all'apprendere comportamenti che vadano al di là delle competenze tecniche. Si parla in questo caso dell'acquisire delle "buone prassi", degli atteggiamenti orientati al benessere della persona, alla personalizzazione della cura, alla valorizzazione delle capacità residue. A questo livello l'orientamento alla qualità ha capovolto la prospettiva iniziale, dal punto di vista organizzativo si è verificata una maturazione della cultura della qualità, è la base che ha gli strumenti per proporre i miglioramenti. Gli strumenti gestionali potranno prevedere percorsi di formazione continua per la crescita professionale, scambio e incontro con altre realtà che promuovono "buone prassi", progetti di miglioramento proposti dai servizi e non dall'alto, progettazione integrata. Gli strumenti di valutazione saranno orientati ad ottenere non solo dati quantitativi ma anche qualitativi attraverso analisi di soddisfazione più approfondite con tutti gli stakeholder, sviluppo di indicatori di risultato, accreditamento all'eccellenza (es. "Qualità e benessere) e stesura del bilancio sociale.

Il quarto livello è quello che si ottiene con "L'Eccellenza". L'Ente ha interiorizzato a tal punto il concetto di miglioramento continuo che non si attende la necessità per programmare le azioni innovative ma vengono proposte come modalità di apprendimento organizzativo, i suggerimenti per il miglioramento vengono acquisiti nel contesto stesso, che interpreta le richieste e le valutazioni su eventi sentinella e sui risultati attesi. La comunicazione all'interno dell'organizzazione non è solo legata all'acquisizione di informazioni ma è volta alla concreta integrazione delle diverse figure professionali per la realizzazione di un approccio multidimensionale alla qualità. Come strumenti gestionali si possono prevedere le adesioni a certificazioni specifiche (ISO14001 o SA8000), progetti di Benessere organizzativo, la stesura della carta etica. Gli strumenti di valutazione prevedono l'analisi della qualità attesa e della qualità percepita, l'accreditamento all'eccellenza (EFQM, JCAH), analisi dei rischi e *risk management*, *benchmarking* e *balance scorecard*.

### 3.3 Gli strumenti che facilitano la costruzione della qualità

Il titolo del paragrafo può sembrare provocatorio, fino a questo momento si è ribadito più volte che la qualità è un'essenza dell'organizzazione, è un modo di vivere il proprio lavoro e il servizio fornito alle persone, parlare di strumenti che costruiscono la qualità sembra quasi in contrasto appunto con quanto affermato. In realtà il tentativo è quello di fare un passaggio dalla teoria alla pratica, nel senso che la realizzazione di un qualsiasi percorso orientato alla qualità necessita che siano stati individuati i modi per comunicare concretamente le modalità per realizzarlo. Generalmente si utilizza il termine "strumenti" nella valutazione delle attività e dei risultati (che in questo elaborato verranno trattati in un altro capitolo come indicatori), in questo caso invece lo si utilizza con il suo significato forse più ristretto, quello di mezzo utilizzato per attivare il percorso della qualità, ma l'uso corretto e quotidiano degli strumenti della qualità è sintomo che sono entrati nello stile lavorativo e quindi sono stati metabolizzati come metodo. La capacità degli attori sarà quella di individuare l'utilizzo dello strumento più adatto nelle diverse situazioni:

*perché usarle, come e quando, con quale efficacia e con quali rischi e opportunità è, invece, molto più complesso. Cercare il modo per cui l'utilizzo di queste tecniche diventi patrimonio collettivo, quindi dell'Organizzazione, è un fatto sociale e culturale<sup>54</sup>.*

Nella pratica quotidiana è inevitabile far ricorso ad una serie di strumenti, tecniche e metodologie che sono tipiche del proprio specifico professionale. L'utilizzo di strumenti, come pure di procedure, rende trasparente l'agire professionale, permette di avere un ordine gestionale e di valutare il lavoro svolto; si considerano strumenti per esempio i protocolli operativi, le Unità operative e la stesura del Piano assistenziale Individuale, le riunioni di nucleo, la raccolta delle storie di vita dell'anziano, i questionari di gradimento, i *focus group*, e altri ancora; si possono considerare attività strumentali che, se definite e utilizzate nel modo corretto, hanno il valore intrinseco di essere i precursori delle buone prassi e della cultura di qualità.

---

<sup>54</sup> S. Peruzzi, Op. cit., p. 21

Se l'utilizzo di questi strumenti si limita all'obbligo procedurale o all'adempimento burocratico, diventano dei pezzi di carta e delle perdite di tempo che si sottraggono dalla relazione di cura. Se al contrario, da vincolo vengono riconosciuti come opportunità di confronto, di supporto o di condivisione della complessità legata all'assistenza ecco che possono trasformarsi in un momento di crescita. Il confronto tra professionisti per la stesura di un protocollo, non è finalizzato ad aggiungere una voce in più nell'elenco, ma a pensare effettivamente a quali sono le attività che possono essere utili nell'assistenza e nel benessere della persona: il protocollo smette di essere un pezzo di carta che nessuno conosce ma diventa lo strumento sul quale valutare l'effettiva adeguatezza del bisogno.

Il ruolo particolare che gli strumenti possono assumere nel percorso verso una cultura di qualità, come si è già accennato, è quello di agire anche da precursori di atteggiamenti positivi, di modalità organizzative richieste dall'accreditamento, piuttosto che dalle certificazioni di qualità. Per definire meglio la questione, si è detto che la qualità dovrebbe essere considerato un *modus operandi* dell'organizzazione, che deve essere condiviso da tutti gli attori che entrano nel processo, deve, in altre parole, essere pervasiva di tutte le parti dei processi e di tutte le persone che lavorano nell'ente; pertanto, se nella progettazione e nell'utilizzo di alcuni strumenti, si mettono in atto gli atteggiamenti tipici della qualità, si ottiene l'espansione capillare della cultura. Probabilmente non sempre potranno essere presenti tutti, ma sicuramente è l'atteggiamento che conta, cioè di considerarli come aspetti presenti. Alcuni elementi organizzativi, per esempio, possono essere comunque utilizzati a livello micro, dai gruppi di lavoro o dai professionisti:

- La circolarità del ciclo Plan-Do-Check-Act;
- L'attenzione alla persona/utente
- Lo sforzo verso la soluzione creativa del problema, cioè il miglioramento e l'apprendimento
- Il coinvolgimento di tutti gli attori coinvolti, la condivisione dell'impegno e lo sviluppo di collaborazioni
- La ricerca del raggiungimento dell'obiettivo
- Il riconoscimento di leadership

Il riconoscimento da parte di chi abitualmente opera per prestazioni standardizzate e codificate di essere in grado di mettere in atto un lavoro per processi, significa

avere la consapevolezza del proprio ruolo all'interno della realtà organizzativa e di comprendere che è possibile fare un lavoro di qualità anche quando le risorse sono scarse, il capitale umano è la vera risorsa.

## **APPROFONDIMENTO: Intervista n. 2**

Intervista con la Dott.ssa Vania Pellizzari, Responsabile dell'Area Socio Sanitaria del Centro Servizi "Villa Serena" di Valdagno (Vi) ed il Dott. De Cet Ladi, Direttore Generale, 26/04/2018.

*L'edificio "Villa Serena" fu costruito attorno all'anno 1930 dall'ingegnere Masci, Direttore Generale della Filatura e Tessitura dello Stabilimento Marzotto.*

*Negli anni '40 la residenza venne occupata dai tedeschi che ne insediarono il comando militare di zona. Alla fine della guerra venne utilizzata come clinica sanitaria.*

*Nei primi anni '50 la villa fu acquistata, dopo tre anni di chiusura, dal conte Paolo Marzotto che la elesse a residenza propria e della sua famiglia.*

*Nel 1979 la residenza venne ceduta alla Banca Popolare di Valdagno che la donò al Comune per adibirla a casa di riposo in occasione del centenario della propria fondazione. Nel 1983 il Comune attivò il servizio residenziale per 51 ospiti.*

*Nel 1990 l'Amministrazione Comunale deliberò la costituzione di una I.P.A.B. (Istituzione Pubblica di Assistenza e Beneficenza): tale scelta fu dettata dall'esigenza di maggiore flessibilità nella gestione di un servizio con variazioni continue della domanda assistenziale. Nello stesso anno, con Decreto Regionale, avvenne il riconoscimento della personalità giuridica dell'I.P.A.B. Centro Servizi Sociali-Villa Serena.*

*Nel 2001 il Comune di Valdagno ha consegnato all'I.P.A.B. un edificio di ampliamento attiguo alla sede storica con capacità ricettiva di 96 posti letto.*

*I servizi hanno ottenuto l'autorizzazione al funzionamento e sono in possesso dell'accreditamento istituzionale ai sensi e per gli effetti della Legge Regionale n° 22/2002.*

*Dal 2010 il Centro Servizi Sociali Villa Serena aderisce al marchio Qualità & Benessere, strumento di valutazione reciproca e partecipata della qualità e del benessere degli anziani nelle strutture residenziali. Il livello di qualità delle prestazioni erogate viene misurato attraverso dodici fattori corrispondenti ad altrettante dimensioni significative per la qualità della vita ed il benessere degli anziani non autosufficienti. Il Centro Servizi Sociali Villa Serena ritiene questi valori indispensabili per rapportarsi con gli anziani residenti al fine di migliorare quotidianamente i servizi di cui essi stessi sono fruitori.*

*Nell'anno 2010 i nostri servizi si sono resi disponibili a collaborare ad una ricerca condotta dall'Istituto di Ricerche Economiche e Sociali del Veneto (IRES) avente come obiettivo la misurazione delle performance economiche e qualitative conseguite dalle strutture residenziali del Veneto. L'analisi dei dati del Centro Servizi Sociali Villa Serena comparata a quelli delle altre strutture residenziali, ha evidenziato come le performance dei nostri servizi si attestino ad un livello superiore alla media delle strutture residenziali analizzate. [www.cssvillaserena.com](http://www.cssvillaserena.com)*

Come è stato avviato il percorso rivolto alla qualità? Qual è stata la spinta che ha permesso l'innescio di un percorso qualitativo?

In questa struttura c'è sempre stata **un'attenzione particolare all'assistenza**, è sempre stata predominante con una costante cura ai servizi erogati. Il percorso è iniziato con il precedente direttore, più di una decina di anni fa, era un assistente sociale e quindi per formazione era interessato ai servizi nel loro complesso. Non si può affermare che ci sia stato un momento preciso, è stata una **costante attenzione rivolta ai servizi**.

Sicuramente nel corso degli anni si è andati a lavorare soprattutto su quelli che erano i cambiamenti rispetto all'utenza che è molto diversa da quella di oggi. Si è sempre cercato di **offrire servizi che siano rispondenti ai bisogni** che presenta l'utenza, che sono cambiati rispetto al passato e che sono sempre in evoluzione. Lo sforzo è quello di individuare le problematiche dell'utenza per progettare un servizio che possa rispondere a quei bisogni, per esempio pensare ad un percorso di accompagnamento al fine vita, pur non avendo un *hospice*, è sempre stato un progetto costante nella struttura, allo stesso modo anche l'attenzione per le persone con problematiche comportamentali o con decadimento cognitivo, pur non avendo un nucleo Alzheimer c'è sempre stato un investimento, anche con i consigli di amministrazione che mettevano in bilancio quote in più perché in certi nuclei serviva un certo tipo di assistenza e quindi i consigli di amministrazione erano sensibili e capivano che era necessario non rispondere solo agli standard.

Non c'è stato quindi bisogno di un cambiamento radicale, ma un **lavoro in itinere**, con modalità e applicazioni differenti, alla base c'è sempre stata **un'attenzione al miglioramento**, una **sensibilità**, tutti i **percorsi formativi** e i **progetti** sono degli strumenti che perseguono questo fine, per esempio, il percorso dei gruppi Balint hanno sicuramente dato un grande impulso rispetto all'ospite, al lavoro individuale, sul caso clinico, però sono uno strumento su una base di attenzione e di sensibilità.

Significa che l'organizzazione era già preparata al lavoro sulla qualità dal punto di vista organizzativo?



Probabilmente l'ampliamento strutturale ha facilitato alcuni passaggi di tipo organizzativo. Si partiva da questa struttura storica, con 51 posti letto, nel 2001 c'è stata l'apertura dell'ala nuova, con un centro diurno che prima non c'era, sono stati creati tre nuclei. Abbiamo qui a Villa Serena quattro nuclei e un centro diurno e poi gestiamo la struttura di Recoaro Terme che ha 29 posti letto, quindi è come un nucleo, e quella di Trissino che ha due nuclei.

L'ampliamento ha contribuito a strutturare, anche dal punto di vista organizzativo, una serie di cose, per esempio la suddivisione in nuclei, la figura del coordinatore di nucleo, il capo area, il coordinatore di nucleo che è un infermiere o un operatore e poi c'è l'infermiere di nucleo. Questo si riverbera molto sull'assistenza, avere tanti infermieri. Con la nuova realtà si è cercato, pur essendo in sedi diverse, di **tenere un filo conduttore unico**, per tutti, per evitare che ognuno costruisse la propria storia indipendente. Il Centro Servizi è unico, va tenuto sempre costantemente insieme, **la cultura organizzativa e la cultura assistenziale devono essere trasversali**. Il fatto di aver creato i nuclei, aver fortemente insistito che ci fosse la figura del coordinatore di nucleo e che il personale fosse sempre lo stesso, ha facilitato una modalità e un tipo di gestione di servizi che, anche in una dimensione non piccolissima, permette di avere una realtà più "familiare" (vicina alle persone), anche nei confronti **dei familiari che si sentono molto appartenenti al nucleo e poi appartenenti a Villa Serena**, perché hanno questa doppia dimensione. Il personale è tutto personale dipendente, sono esternalizzati solo il servizio ausiliario e quello di fisioterapia.

Per restare nell'ambito della qualità, ci sono le riunioni di nucleo che hanno una frequenza mensile, la formazione di nucleo con cadenza mensile, uno psicoterapeuta che lavora sul caso specifico in ogni nucleo, poi ci sono degli incontri di autoformazione che di anno in anno organizziamo con il personale interno rivolti a tutti per continuare a mantenere l'attenzione sulla cultura assistenziale. Per mantenere la trasversalità nelle tre strutture, è stato fatto un percorso durato più di un anno, con degli incontri di autoformazione per tutto il personale socio sanitario tenuti da professionisti interni, lavorando con il caso clinico, **si sperimentano e hanno la possibilità di confronto per portare avanti tutti insieme la stessa modalità di cura**. Un nucleo porta la situazione da analizzare ma c'è la partecipazione di tutti gli operatori, anche di altri nuclei. Questo percorso e la formazione sui protocolli operativi sono trasversali, per il resto c'è una forte caratterizzazione a livello di nucleo.

**La specificità del nucleo è importante e va continuamente monitorata** perché si deve trovare una **dimensione in equilibrio tra la specificità di ogni singolo nucleo, non devono essere omologare ma nello stesso tempo non si deve perdere la dimensione globale dell'ente**, non va bene che ognuno vada per conto suo. La dimensione del singolo all'interno del centro va gestita, non è scontata, non è facile, va sempre tenuta presente, a volte con forzature. In particolare con la gestione del personale, a volte le sedi periferiche sono quelle che vanno monitorate di più anche inserendo quelle

figure professionali che ritieni più capaci, tenere l'equilibrio per evitare che si scivoli troppo nelle singole specificità. Si è fatto l'esempio del personale, ma è su tante cose, l'obiettivo è di valorizzare il nucleo all'interno del contenitore più ampio che è il centro di servizi.

#### Chi segue un nuovo operatore che arriva nel nucleo?

Lo seguono **gli operatori più esperti quelli "storici"** e il coordinatore e poi sono supportati dagli strumenti citati prima. In questo momento è difficile perché stiamo vivendo un turn over di personale, l'operatore nuovo che arriva, che non ha la cultura assistenziale di cui abbiamo parlato, rischia di inficiare tutto il lavoro fatto fino a quel momento. Gli operatori storici sono formati e chi arriva da fuori non ha ancora acquisito un'identità del nucleo. Ascoltare gli operatori, quelli storici è un piacere e **una fonte di conoscenza**, la formazione fatta nel corso degli anni ha permesso di avere adesso degli operatori di un certo tipo, che hanno acquisito dei valori dell'assistenza che non avevano appena arrivati e adesso se non abbiamo più le figure storiche diventa più difficile avere chi segue i nuovi arrivati, c'è un divario importante tra chi lavora da anni e ha avuto una formazione mirata e chi invece arriva adesso.

#### Che indicatori usate per valutare i percorsi assistenziali?

Fino adesso abbiamo utilizzato quelli classici, i **questionari dei familiari**, quest'anno abbiamo provato in via sperimentale a somministrare i questionari, in due nuclei, anche agli ospiti, con esito abbastanza fallimentare per la modalità di costruzione delle domande che si sono rivelate troppo difficili e complesse e quindi dobbiamo ritrarle, ma stiamo andando avanti in questo senso. Utilizziamo anche i **foci group** perché aderiamo al **Marchio "Qualità e Benessere"**, sono una risorsa. Quest'anno abbiamo avviato anche il percorso di **certificazione ISO** perché si è vista la necessità di lavorare sui **protocolli operativi** e sulla **costruzione di indicatori** perché è fondamentale avere dei dati, se non si misura il lavoro fatto è difficile progettare il futuro, se alla fine dell'anno non sa quanti bagni fai per esempio, non riesci a **dare delle risposte oggettive ai familiari**, ormai **sono degli interlocutori esperti**, non è possibile rispondere sempre allo stesso modo, si devono fornire anche dei dati oggettivi, non è più sufficiente affermare che a Villa Serena si lavora bene. La difficoltà è far capire l'importanza che il lavoro va misurato.

La ISO inoltre permette di strutturare un po' meglio il modo di lavorare, soprattutto quando c'è un turn over di personale, non per dare troppo potere alla documentazione, ma per la complessità del lavoro, può essere utile avere una base comune, per la sicurezza dell'ospite e degli operatori.

### Raggiunti gli standard qualitativi, in quale modo è possibile mantenerli?

La **motivazione** è l'aspetto più importante per quanto riguarda il personale interno perché se si guarda al di fuori della nostra dimensione, la situazione è sempre più difficile, far capire che quello che accade non è discrezionale, se ci sono problemi soprattutto rispetto alle situazioni sempre più gravi che ci troviamo ad accogliere, riuscire a **mantenere una cultura non solo interna ma di contesto** perché così riesci a dare la dimensione di dove stai lavorando e di cosa stai facendo. Gli operatori tendono sempre a far rientrare tutto in maniera quasi autocentrata, per esempio riuscire a fare capire che l'ospedale, per una serie di ragioni sta dimettendo sempre di più persone gravi, non è un ambito nel quale si può intervenire, la struttura deve accogliere, e quindi vuol dire che **noi dobbiamo aumentare il livello di capacità di accoglienza** ma senza che questo sia visto in maniera persecutoria. Quindi lavorare molto sull'ingresso, sulla conoscenza della persona, attraverso la visita domiciliare dell'assistente sociale e del coordinatore, si fa da sempre anche se adesso viene richiesto di accorciare sempre di più i tempi di attesa per la copertura del posto letto, quindi si arriva un po' con il fiato più corto. L'aspetto importante è far comprendere che **non viene meno la qualità** ma che ci sono bisogni e situazioni diverse a cui si deve rispondere in maniera diversa. Spesso il personale che lavora con l'ospite, vede la sua parte lavorativa ristretta e tende a dire che non c'è più la qualità di prima. **La sfida per l'organizzazione è quella di alzare il baricentro, stanno cambiando le persone, cambiamo anche noi, però manteniamo la qualità, magari cambiamo strumenti, facciamo cose diverse, abbandoniamo delle cose ma ne facciamo delle altre, è un passaggio durissimo da far fare agli operatori.** Ogni persona che entra è una persona nuova, quindi tu fai le tue cose ma poi in maniera creativa e innovativa devi pensare al progetto che hai per lei.

Un aspetto pesante per gli operatori è anche quello di non lasciare passare tempo tra un decesso e il nuovo ingresso, fino a poco tempo fa c'era la possibilità di lasciare lo spazio di **accettazione della perdita**, adesso l'operatore rientra dai riposi e trova il letto occupato da un'altra persona. È un trauma, non ci avevamo pensato, anche solo per trovare un nuovo adattamento con la persona che occupa il posto che era di un'altra.

**Si deve riuscire a mantenere la sensibilità e l'attenzione anche quando le cose cambiano, si richiedono agli operatori dei suggerimenti che possano fornire quelle strategie, si accettano proposte che possano essere di supporto, qualche accorgimento che un po' aiuta.** A volte è proprio fatica anche per trovare un accorgimento.

Villa Serena aderisce da anni al Marchio “Qualità e Benessere”, qual è stata la motivazione alla base di questa scelta?

Villa Serena ha aderito nel 2008 quando sono partiti, abbiamo provato come novità, ci piaceva il fatto che loro andassero a valutare i percorsi assistenziali, il cuore dei servizi, poi abbiamo continuato per due motivi: il primo perché c'è la **possibilità del confronto**, che di solito non si fa mai perché si ha sempre qualcosa di più importante, invece in occasione delle visite di audit si è obbligati a farlo; e in secondo luogo è stata utilizzata come **leva di motivazione del personale**, perché la preparazione per la visita, il sapere che qualcuno di esterno viene a valutare il proprio lavoro, tutto questo è motivante per il personale. Noi infatti la facciamo trasversale per Villa Serena.

Per esempio, l'abbiamo utilizzato anche per il nucleo Alzheimer, con dementia friendly, il nucleo era in crisi, con tanti ospiti deambulanti, i familiari preoccupati e il marchio ci aiutato tantissimo, gli operatori hanno lavorato tanto e bene, avevamo la visita dopo pochi mesi e nelle riunioni non si è parlato ma si definiva cosa fare concretamente. **Gli operatori si sono sentiti coinvolti** e si sono messi a lavorare, i familiari hanno partecipato ai focus group preparatori e poi anche al momento della verifica, hanno espresso, anche di fronte ai valutatori, le loro preoccupazioni, sembra che abbiamo superato la crisi e crediamo, in buona parte, grazie a “Qualità e Benessere”. Anche i *focus group* con il personale sono stati importanti, pochi messaggi ma chiari, hanno permesso che venissero recepiti aspetti importanti perché erano finalizzati alla visita e quindi avevano un obiettivo concreto, se fossero stati dati in una riunione non avrebbero avuto lo stesso effetto. Nonostante si tratti di una visita tra pari, **gli operatori la vivono come una dimostrazione del loro lavoro**, desiderano fare bella figura e paradossalmente anche chi è poco motivato per la visita si riassetta.

## 4 – LA VALUTAZIONE

### 4.1. La valutazione della qualità

La valutazione in un ambito di servizi alla persona è molto difficile da sviluppare per le caratteristiche specifiche dell'oggetto, la dimensione relazionale costituita da «elementi dinamici, disordinati, ricchi di sfaccettature e di alta complessità<sup>55</sup>».(1)

Quanto esposto nel presente capitolo sarà ripreso nel capitolo successivo perché strettamente legato alla valutazione; l'accreditamento, l'eccellenza, l'adesione a modelli di qualità, fanno tutti capo alla necessità di misurare e verificare cosa è stato fatto e come lo si è fatto: sia che si consideri un obbligo di legge, che di una scelta dell'organizzazione di seguire un percorso di qualità, in ogni caso si tratta di dare un peso alle azioni attraverso dei parametri che permettano di dare un valore specifico e definire quanta strada è stata fatta e quanto invece va ancora programmato per il miglioramento.

Nella vita di tutti i giorni, in genere, ci si trova a valutare in continuazione, al lavoro, nei rapporti con gli altri, nelle scelte più semplici, anche senza essere coscienti, ma si fanno delle valutazioni rispetto alle azioni da compiere; allo stesso modo anche le organizzazioni si trovano a dover compiere delle scelte basate su valutazioni di vario tipo.

Diamo per acquisito che la valutazione è un elemento centrale nella nostra società; e lo è anche perché spontaneamente, ognuno di noi è portato a valutare, non possiamo astenerci dal valutare in tante situazioni; valutiamo immediatamente o attraverso delle griglie, dei criteri<sup>56</sup>.

È utile definire cosa si intende per valutazione, cosa si vuole valutare, perché si valuta e come lo si fa: deve esserci chiarezza rispetto a tutti questi aspetti per fornire di senso e di complessità il processo valutativo.

---

<sup>55</sup> D. Barberis (a cura di), *Il prodotto del lavoro sociale. Un percorso per definirlo, valorizzarlo e valutarlo*, Franco Angeli, Milano 2009, p. 196

<sup>56</sup> Rivista Spunti n. 7/2003

Valutare viene definito come «determinare il valore commerciale di qualcosa» oppure “tenere conto ai fini di un calcolo complessivo, o ai fini di un giudizio di merito, di una classifica o graduatoria»<sup>57</sup>.

Fare una valutazione quindi significa quantificare, dare un peso ad un oggetto, ad un comportamento, ad un progetto, ad una decisione, ciò presuppone che chi valuta abbia dei parametri di riferimento, dei criteri che gli consentano effettivamente di determinare un valore. Molto spesso le nostre valutazioni sono condizionate da aspetti personali quali la cultura, l’educazione, il ruolo professionale, le situazioni in cui ci si trova; nelle realtà organizzative però la valutazione non può essere lasciata al caso, dovrebbe essere pensata, progettata e seguita perché essa sta alla base di tutte le scelte che possono essere perseguite, si potrebbe affermare che il percorso della qualità inizia con una valutazione.

La valutazione quindi è strettamente legata alle scelte, alle decisioni che si possono prendere; per scelta si intende «indicazione o attuazione della propria preferenza per qualcuno o qualcosa dopo una selezione, una valutazione delle altre possibilità disponibili»<sup>58</sup>.

La valutazione viene comunemente richiamata alla fine di un percorso, anche in questa tesi è inserita a metà dell’elaborato, si prende in considerazione dell’aspetto valutativo quando, come dice la definizione, si deve dare un peso, fare un calcolo complessivo, come atto conclusivo di un percorso. Nella definizione di un progetto si può parlare di valutazione *ex ante*, intermedia o di valutazione *in itinere*, ed *ex post*, si cerca di creare uno spazio definito in cui valutare. Sembra più utile, almeno per l’argomento che si sta trattando, considerare la valutazione, non solo presente fin dall’inizio ma intrinseca alla qualità, non si può prevedere un percorso volto alla qualità se non c’è una valutazione che ne determina la necessità di attuarlo. Se la valutazione è presente in tutti gli aspetti e in tutte le fasi, si tratta di contestualizzare il tipo di valutazione che si mette in atto. Nel capitolo successivo si avrà modo di acquisire che i percorsi per valutare le performance e la qualità dei servizi, sono vari, diversificati in base al contesto e valorizzano aspetti differenti, non si può definire che un modello sia migliore di un altro, si tratta solo di riconoscere quale risponde alle necessità dell’organizzazione.

---

<sup>57</sup> Dizionario on line, [www.treccani.it](http://www.treccani.it)

<sup>58</sup> Ibid.

La valutazione considerata come dimensione sempre presente e non come strumento o come metodo, si associa alla cultura della qualità, anch'essa pervasiva di tutte le azioni e decisioni prese nell'organizzazione. La valutazione quindi deve avere una base metodologica di riferimento ma non può essere considerata solo una raccolta di dati e di documentazione (puramente tecnicistica) altrimenti non si potrebbero analizzare i problemi concreti, il contesto reale, gli obiettivi e le ragioni dell'evaluando, i bisogni degli attori sociali, i loro interessi, le culture e i valori che rappresentano la vera spinta al miglioramento. In questa prospettiva essa mantiene l'utilità fondamentale legata all' *accountability*, cioè di "rendicontazione, controllo dell'andamento gestionale e decisionale" ma consente anche di agire a livello «di *learning* , cioè di apprendimento che promuove miglioramento delle prestazioni e della qualità»<sup>59</sup>. Non è così sviluppata l'idea che la valutazione possa essere una prassi operativa, una parte del processo di lavoro, perché generalmente si presta maggiore attenzione all'operatività, al lavoro sull'emergenza più che a dedicare specifici spazi di tempo per la riflessività, a partire dagli esiti. Si verifica inoltre, una distorsione rispetto al fatto che, il lavoro con le persone viene di per sé considerato come positivo, non può fornire dei dati oggettivi e quindi non sembra misurabile; non si pensa alla valutazione come possibilità di dare significa al proprio lavoro, a comunicare anche agli altri il senso delle proprie azioni anche nelle difficoltà<sup>60</sup>.

La proposta avanzata da Giovanni Bertin<sup>61</sup> è di creare una correlazione tra il modello di *governance* dell'organizzazione e la valutazione della qualità (a questo legame sottende inoltre la situazione più generale di cambiamento del welfare che determina i cambiamenti di *governance*), e sottolinea che tale rapporto si evince da:

- L'esistenza di un processo di continua modificazione dei concetti e delle procedure attraverso le quali valutare la qualità;
- Il processo di cambiamento delle strategie di valutazione della qualità è legato alla ricerca di una relazione di coerenza con il ruolo svolto dalla valutazione nel governo del sistema;

---

<sup>59</sup> C. Bezzi, *Valutazione partecipata nei servizi*, in Prospettive Sociali e Sanitarie, 6/2001, p. 3

<sup>60</sup> D. Barberis (a cura di), Op.Cit., p. 197. Nel capitolo 6 del testo "La Valutazione", M. Antognoni e P. Pulici, esaminano la difficoltà di considerare la valutazione come aspetto importante e soprattutto come modalità che "potrebbe aiutare l'operatore a trovare un significato nel proprio lavoro, per sostenere la quotidiana costruzione di senso in cui spesso si registra solitudine e smarrimento."

<sup>61</sup> G. Bertin, *Governance e valutazione della qualità nei servizi socio-sanitari*, Franco Angeli, Milano 2007, p. 41. L'autore esplicita il concetto che qui viene ripreso solo in alcune parti, il paragrafo di riferimento è l' 1.6. Quale valutazione della qualità nei processi di governance, pp. 41/44.

- Ciò che consente l'integrazione fra questi diversi aspetti del sistema è dato dalla coerenza dei paradigmi scientifici adottati.

L'autore definisce un percorso evolutivo che passa dal paradigma della razionalità assoluta dove si parla più di controllo rigido rispetto all'attuazione delle decisioni prese, successivamente dalla verifica si passa alla valutazione che supporta il processo decisionale per arrivare ad una valutazione di processo nel quale la *governance* accompagna lo sviluppo del sistema e si assume una logica evolutiva della valutazione della qualità<sup>62</sup>.

La complessità esistente nei servizi residenziali socio assistenziali si osserva anche quando si vuole definire la valutazione, gli aspetti e i livelli di valutazione sono molteplici e richiedono molta attenzione e risorse, non si possono limitare ad una raccolta di dati. Inoltre, per considerarla utile, non devono essere indirizzati in un solo aspetto e ha bisogno di avere strumenti diversi in base a ciò che si vuole misurare. Spesso la difficoltà a credere la valutazione come un elemento imprescindibile dell'attività quotidiana è determinato dal fatto che non risponde ad una esigenza concreta per il proprio lavoro o viene vista come un controllo per sanzionare chi non segue le procedure o non raggiunge i risultati attesi, o ancora come una perdita di tempo perché utilizza strumenti che non si adattano a ciò che si deve valutare. Per tali motivi, e probabilmente anche per altri più specifici, la valutazione viene spesso relegata solo ad alcune fasi del lavoro o ad alcuni ambiti. Può essere opportuno definire alcuni ambiti entro i quali indirizzare la valutazione, per ogni ambito trovare gli strumenti che potrebbero adattarsi e definire *ex ante* gli obiettivi della valutazione; questo passaggio risulterebbe utile anche per individuare successivamente gli indicatori da impiegare come strumenti di verifica.

Il messaggio importante che dovrebbe essere trasmesso è che la valutazione permette di ricevere delle informazioni utili (*input*) per capire se il lavoro svolto e se l'attività programmata risponde in modo efficace ed efficiente, non solo alle aspettative del destinatario del servizio ma anche a chi lo attua; il singolo operatore che ha investito le proprie risorse per fare in modo che il servizio risponda al bisogno e dia un senso etico e professionale anche al suo operato. Questo concetto vale per tutti i livelli, da quello gestionale a quello operativo di assistenza diretta: definire

---

<sup>62</sup> G. Bertin, Op. cit., p. 43



se gli esiti in senso ampio del termine del proprio agire (*output*) rivestano la doppia valenza dei termini efficienze ed efficacia.

## 4.2 Come si misura, quali sono i metodi di rilevazione

Si è detto che una valutazione viene fatta ogniqualvolta si rende necessaria una scelta e ognuno ha un suo schema di riferimento a cui attinge per prendere una decisione. Nella dimensione organizzativa, la dimensione decisionale ha un ruolo importante perché non coinvolge solo la persona che prende la decisione ma anche altri attori e parti del sistema, la valutazione non può essere condizionata completamente dalle propensioni individuali, deve essere quindi, definita all'interno di alcune prospettive o modelli condivisi, ma allo stesso tempo deve lasciare una parte di "creatività" e multidimensionalità considerata la natura relazionale dei servizi alla persona.

Il processo valutativo deve considerare varie dimensioni per essere in grado di semplificare la complessità restituendo valore agli interventi posti in essere. Per tale motivo si propone di utilizzare inizialmente tre prospettive, evidenziate da Giovanni Bertin nel testo già citato in precedenza<sup>63</sup>, per definire meglio l'ambito della valutazione:

1. **Manageriale**, l'attenzione è rivolta all'assetto organizzativo, alla capacità che esso ha di rispondere alle richieste degli stakeholder, alle dinamiche interne, alla professionalità e alle risorse. L'organizzazione deve sviluppare capacità di rispondere, nel miglior modo possibile, alle richieste del cliente/utente.
2. **Professionale**, è una prospettiva che si basa sulle conoscenze dei diversi gruppi professionali che operano nello stesso ambito sociale. La valutazione ha lo scopo di definire il livello delle competenze e delle conoscenze professionali; il processo valutativo permette di condividere il sapere comune e definire gli "standard professionali".

---

<sup>63</sup> G. Bertin, op.cit., p. 69

3. Partecipativa, considera il punto di vista del cittadino che acquista un ruolo attivo nel processo di erogazione del servizio e diventa un interlocutore nella valutazione della qualità.

La valutazione riferita ai servizi alla persona, come già ribadito, è complessa e non sempre apprezzata per la reale ricaduta positiva che potrebbe avere se accolta nella prospettiva che si sta cercando di esplicitare. Date le prospettive definite sopra, con l'intento di avvicinarsi agli aspetti più concreti, si vorrebbe definire alcuni approcci ritenuti esemplificativi e più vicini all'ambito che si sta analizzando. Si prendono come riferimento alcuni approcci, in particolare quelli considerati da Giovanni Bertin e da altri autori (Ugo De Ambrogio, Ferruccio Rinaldi Biolcati e Liliana Leone<sup>64</sup>).

Per il prof. Bertin, assumendo la dimensione della valutazione all'interno dell'ambito della *governance*, sono individuabili due diversi approcci tradizionali e comuni alle prospettive richiamate precedentemente ai quali di seguito possono essere aggiunti altri due criteri che sono frutto dell'evoluzione dei modelli valutativi:

1. La verifica di conformità, la valutazione si basa su un modello di qualità già definito prima di iniziare un percorso e il modello di riferimento ha l'obiettivo di trovare la corrispondenza tra la qualità prodotta e quella attesa. I criteri, gli indicatori e la soglia di normalità sono confrontati con standard relativi ad aspetti strutturali e organizzativi, si può ricondurre la valutazione ad aspetti del processo organizzativo. L'autore riconduce a questo ambito la conformità alle norme ISO, la scrivente aggiunge anche l'accreditamento, in particolare quello istituzionale e solo in parte quello professionale;
2. La valutazione della qualità percepita, ha come punto principale del processo di valutazione, la soddisfazione. La soddisfazione è una dimensione soggettiva sia per gli aspetti da valutare che per il valore che gli viene attribuito, la valutazione viene influenzata da circostanze non prevedibili a priori, o almeno non tutte. In questo approccio si considera il parere degli stakeholder, della compartecipazione degli operatori, della qualità di vita, l'apporto professionale degli operatori. Si possono annoverare in questo

---

<sup>64</sup> U. De Ambrogio, C. Dessi, V. Ghetti, D. Gregorio, *La valutazione di progetti per la promozione della coesione sociale: analisi di un'esperienza*, in *Prospettive sociali e sanitarie*, n.20/2009, p. 8. - F. Biolcati Rinaldi, L. Leone, *L'approccio realista alla valutazione degli effetti*, *Materiali UVAL, Analisi e Studi Documenti Metodi* n. 22/2011, Cap. V, pp. 73/93. Documenti reperibili on line nel sito [www.cevas.it](http://www.cevas.it).

approccio i modelli di valutazione riconducibili per esempio ai questionari di soddisfazione.

3. La valutazione delle buone prassi si basa sul confronto dei decisori con esperienze positive; le buone prassi sono un punto di riferimento al di là di un modello valutativo di riferimento perché sono il risultato di azioni attivate concretamente<sup>65</sup>. Si può affermare che la valutazione, per definire le buone prassi, si sviluppa in vari momenti e da parte di diversi soggetti: auto valutazione, valutazione esterna e valutazione tra pari (si tratterà delle buone prassi in un paragrafo nel prossimo capitolo).
4. La valutazione multidimensionale e *multi stakeholder* prende in considerazione sia la visione interna dell'organizzazione su più piani, sia la dimensione esterna di chi può avere un interesse diretto o indiretto al servizio da valutare. Le difficoltà di questo approccio sono legate alla necessità di riportare la valutazione ad una condivisione di senso rispetto a cosa si intende per "qualità" (l'eterogeneità, la diversa natura dell'interesse messo in gioco, le specificità professionali, gli aspetti, culturali, ...). Partendo da un significato comune dei termini, si possono progettare degli indicatori che fanno emergere gli aspetti significativi da considerare per la valutazione e definire le regole per leggere le informazioni ottenute.

Altri autori<sup>66</sup> parlano della necessità di applicare alla valutazione un approccio basato sulla teoria "realista". In linea generale, l'approccio realista mira a valutare gli esiti ottenuti in determinati contesti prendendo in considerazione le condizioni, le caratteristiche e le strategie che i soggetti hanno attuato per raggiungerli.

Tale approccio (*realistic evaluation*) si caratterizza per il fatto di considerare la valutazione come prassi cruciale per la presa di decisioni in ambito sociale, all'interno di un quadro complesso, che non può attribuire alla valutazione la pretesa di offrire strumenti universali per misurare i risultati raggiunti. Secondo tale logica, la *realistic evaluation*, rifiuta una valutazione con pretese universalmente valide e si basa invece sulla consapevolezza che gli interventi complessi richiedono un approccio ad hoc, partecipato, impostato secondo metodi misti, che interrogano sul significato delle esperienze specifiche che si valutano.

---

<sup>65</sup> G. Bertin, Op. Cit., p. 85

<sup>66</sup> U. De Ambrogio e altri, Op.Cit., p.8/9

Nella pratica valutativa di un settore complesso e articolato come il settore sociale, è opportuno considerare i diversi approcci, e i metodi che li sostengono, come una «tavolozza» a disposizione dell'esperto di valutazione che, a seconda del livello e dell'oggetto di valutazione, potrà realizzare «contaminazioni» dei diversi approcci, adottando quelli cosiddetti più opportuni e adeguati all'oggetto di valutazione<sup>67</sup>.

### 4.3 Quali sono gli indicatori per misurare la qualità

La definizione degli indicatori per la valutazione della qualità è ambivalente, se da un lato può risultare semplice dichiarare che gli indicatori si suddividono in «indicatori di struttura, processo ed esito» (Donabedian)<sup>68</sup>, diventa molto più difficile quando si devono declinare gli indicatori nella realtà delle strutture.

La difficoltà è determinata dal fatto che non esista un elenco di indicatori che possono essere utilizzati in modo assoluto e in tutte le situazioni, se utilizzati come strumenti effettivi di valutazione essi sono molto variabili.

Se si definisce l'indicatore:

*come un concetto che si pone a un livello astratto lungo la scala delle generalità, e che il valutatore può utilizzare, tramite alcune definizioni operative, per esplorare concetti più generali posti al centro della valutazione,*

si possono definire alcuni passaggi chiave che definiscono le priorità nella scelta degli indicatori:

- Conoscere e condividere il significato del sistema di qualità;
- Conoscere e condividere il percorso valutativo;
- Conoscere e assumere come importanti gli obiettivi della valutazione;
- Avere consapevolezza delle risorse strumentali e umane perché effettuare una valutazione ha un costo;

---

<sup>67</sup> U. De Ambrogio e altri, Op.Cit., p.8/9

<sup>68</sup> P. Morosini (a cura di), *Indicatori di valutazione e miglioramento della qualità professionale*, p. 8/9 consultabile on line all'indirizzo [www.epicentro.iss.it](http://www.epicentro.iss.it). Viene riportato a fine capitolo uno schema esplicativo degli indicatori di Donabedian.

- Conoscere le capacità dell'organizzazione di attuare un percorso di valutazione o meglio «*definire la lista delle proprietà dell'evaluando all'interno di un processo dialogico e negoziale fra i diversi soggetti (decisori, beneficiari, ma soprattutto operatori) che agiscono all'interno del servizio, e che danno significato al servizio*»;
- Avere, tra gli obiettivi della valutazione, l'aumento delle informazioni (comunicazione) e delle conoscenze (formazione) finalizzate al miglioramento dell'organizzazione;
- Ottenere degli esiti di efficienza ed efficacia;
- Esplicitare un sistema di valori che consenta di connotare in qualche modo le proprietà dell'organizzazione, dando a ciascuna di esse un valore posizionale, un peso, un'attribuzione di qualche genere che la differenzi e la correli a tutte le altre<sup>69</sup>.

A questo punto la definizione degli indicatori utili per la valutazione saranno quelli che ogni organizzazione deciderà di scegliere seguendo il percorso valutativo che ritiene più attinente alla propria realtà. Nel prossimo capitolo si analizzeranno alcuni modelli di accreditamento e di valutazione che seguono percorsi differenti e che al loro interno hanno definito degli specifici indicatori e strumenti di valutazione.

## **Tavola n. 1**

Schema aggiornato della classificazione di Donabedian in struttura, processo ed esito<sup>70</sup>.

<p><u>Struttura</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Risorse disponibili (in personale, attrezzature, edifici, finanziamenti).</li> <li>• Strategie di governo o, per Donabedian, system design: esistenza di un programma di redazione ed aggiornamento di linee guida, presenza di un sistema premiante e di un sistema informativo orientato alla qualità, attenzione all'equità e alla continuità delle prestazioni, ecc.</li> </ul> <p><u>Processo</u></p>
---

<sup>69</sup> C. Bezzi, *La valutazione dei servizi alla persona*, edizione fuori commercio consultabile in [www.valutazione.it](http://www.valutazione.it), p. 38

<sup>70</sup> C. Bezzi, *La valutazione dei servizi alla persona*, edizione fuori commercio consultabile in [www.valutazione.it](http://www.valutazione.it), p. 26

Anche se ci sono spesso sovrapposizioni, ci sembra utile la distinzione, implicita in Donabedian, tra processo organizzativo e processo professionale; con quest'ultimo si intende quello più legato alla correttezza degli atti sanitari.

a) Processo organizzativo

- Volume di prestazioni (di prodotto), ad esempio ricoveri, giornate di degenza, visite ambulatoriali, ponderati o meno per complessità ed uso delle risorse, ad esempio per punti DRG; il rapporto tra attività effettuate e risorse impiegate corrisponde alla cosiddetta efficienza operativa o produttiva;
- Tempi di attesa per le prestazioni.
- Coordinamento ed integrazione delle prestazioni.
- Continuità dell'assistenza.
- Appropriately generica, relativa al livello di effettuazione delle prestazioni (ricovero, day-hospital, ambulatorio, domicilio) e dell'uso delle risorse, ad esempio appropriatezza delle giornate di degenza; le giornate di degenza sono appropriate in questo senso quando vengono effettuate prestazioni per le quali la degenza è indispensabile.
- Attività di supporto e precisamente:
  - Effettuazione delle attività formative: quantità e qualità.
  - Effettuazione di attività rivolte alla valutazione e al miglioramento di qualità: partecipazione a comitati e gruppi di lavoro, effettuazione di progetti di MCQ (sinonimo: audit), rilevazione di indicatori a fini di valutazione e miglioramento.
  - Qualità delle attività manageriale effettivamente svolte, ad esempio delle modalità praticate per applicare il sistema premiante o per coinvolgere il personale.

b) Processo professionale

- Appropriately specifica delle decisioni di intervento. È la categoria più importante. Va intesa come uso di prestazioni efficaci (idealmente, le più costo-eficaci) per le persone o nelle situazioni e nei tempi per cui sono indicate, alla luce delle evidenze della letteratura internazionale e/o, in subordine, del consenso professionale (un esempio è l'effettuazione dell'esame del fundus in diabetici, un altro è la somministrazione di terapia trombolitica tempestiva dopo infarto miocardico). Si noti che qualunque discorso di efficienza o di appropriatezza generica dovrebbe venire dopo aver considerato l'appropriately specifica: poche cose sembrano più insensate che fare con efficienza cose inutili o anche dannose.
- Correttezza di esecuzione (ad esempio per interventi chirurgici e psicoterapie, esami diagnostici)
- Tempestività e precocità delle prestazioni tale da ottimizzarne l'efficacia.

- Comportamenti dei professionisti sanitari relativi all'attenzione e al rispetto per gli utenti ed i familiari, ad esempio nel dare informazioni, nell'ottenere il consenso informato, nel coinvolgere nelle scelte, nel promuovere l'autoaiuto.

### Esito

- Esiti finali di salute, intesi come riduzione del malessere, della sofferenza, della disabilità funzionale (ad esempio adeguato controllo del dolore, definito come punteggio di 3 o meno su una scala soggettiva del dolore da 1 a 10), come prolungamento della durata di vita e, per gli interventi preventivi, come diminuzione dell'incidenza delle malattie; o come complicazioni ed effetti collaterali delle terapie.
- Esiti intermedi, rappresentati da modificazioni biologiche (ad esempio riduzione dell'ipertensione arteriosa o da mantenimento di livelli stabilizzati di glicemia) o da modificazioni comportamentali (ad esempio riduzione delle abitudini di fumo, riduzione del consumo di alcol, aumento dell'esercizio fisico, aumento delle capacità di autogestione di una malattia) o da modificazioni ambientali, ad esempio riduzione dell'inquinamento atmosferico. Sono da considerare esiti intermedi solo se sicuramente o molto probabilmente associati cogli esiti finali.
- Soddisfazione degli utenti, dei familiari, della popolazione generale nei confronti della qualità complessiva e di vari aspetti dell'assistenza: accessibilità, informazioni ricevute, competenza e cortesia dei professionisti, possibilità di coinvolgimento nelle scelte, aspetti alberghieri, esiti di salute raggiunti (si veda a questo proposito quanto scritto in 1.1.2 su responsiveness).

Non classificabili nello schema struttura, processo, esito di Donabedian

- Costi diretti e indiretti e ricavi finanziari, questi ultimi reali per le organizzazioni private, virtuali per le organizzazioni pubbliche. Il rapporto costi/esiti corrisponde al concetto di "costo-efficacia", un cui sinonimo può essere considerato "efficienza economica o allocativa" e che il rapporto costi/volume di prestazioni o volume di attività/risorse impiegate corrisponde al concetto di produttività o di efficienza produttiva o efficienza gestionale. Sono naturalmente importanti anche gli indicatori di bilancio economico, quali il rapporto tra costi e ricavi.
- Soddisfazione degli operatori.

Si possono considerare anche altri assi di classificazione, trasversali rispetto ai precedenti, in quanto possono dipendere da elementi sia di struttura, sia di processo, sia di esito, i seguenti:

Assi trasversali

- Accessibilità: orari di apertura, tempi di attesa, ma anche stadio di presentazione delle diverse patologie e tassi di ricorso a servizi fuori zona.

- Equità: variabilità nella domanda, nell'accesso e nella qualità dei servizi tra i diversi ceti sociali; per i servizi preventivi, variabilità delle incidenze delle malattie tra i diversi ceti sociali.
- Sicurezza o riduzione dei rischi per gli utenti.
- Sicurezza o riduzione dei rischi per il personale.

## **Tavola n. 2**

### Indicatori della qualità della cura<sup>71</sup>

#### **Orientamento generale**

Presenza di una cultura del rispetto, del mutuo supporto e della cura

Modello organizzativo non medicale, ma sociale-domestico che:

1. incoraggia le relazioni calorose fra équipe e ospiti
2. prevede un'attenzione particolare alla qualità della vita.

#### **Aspetti organizzativi**

##### **Indicatori generali di qualità del servizio**

L'organizzazione pone attenzione all'individualità e al riconoscimento delle differenze personali.

L'organizzazione aiuta gli ospiti a continuare il più possibile il loro stile di vita (es. quando andare a letto o alzarsi, partecipazione o mancata partecipazione alle attività...)

*La documentazione è completa, chiara e accessibile a tutti i membri dell'équipe.*

*I ruoli degli operatori sono ampliati fino a includere il coinvolgimento nella programmazione delle attività*

#### **Cura e comunicazione (verbale/non verbale)**

##### **Indicatori generali di qualità del servizio**

I membri dell'équipe danno importanza ai bisogni psicosociali degli ospiti.

I membri dell'équipe sono formati alla comunicazione verbale con il paziente

I membri dell'équipe sono formati alla comunicazione non verbale con il paziente

I membri dell'équipe usano uno stile comunicativo rilassato e non autoritario.

La comunicazione con i parenti...

#### **Ruolo dei membri dell'équipe**

<sup>71</sup> Schema esplicativo degli indicatori di Donabedian riportati da P. Morosini, op. cit.



### **Indicatori generali di qualità del servizio**

I membri dell'équipe imparano ad accettare e a interpretare i comportamenti difficili come segnali di disagio

I membri dell'équipe sono consapevoli delle differenze individuali degli ospiti, delle potenzialità e dei bisogni di ciascuno.

I membri dell'équipe aiutano gli ospiti a continuare il più possibile il loro stile di vita (es. quando andare a letto o alzarsi, partecipazione o mancata partecipazione alle attività...).

I membri dell'équipe si impegnano a incoraggiare gli ospiti a mantenere il più possibile la propria indipendenza e la cura della persona.

I membri dell'équipe incoraggiano la presa di decisione da parte degli ospiti.

### **Comunicazione fra i membri dell'équipe**

#### **Indicatori generali di qualità del servizio**

I membri dell'équipe condividono le conoscenze e le informazioni.

I membri dell'équipe si sostengono a vicenda nell'affrontare le situazioni difficili.

I membri dell'équipe progettano insieme le soluzioni e i problemi

I membri dell'équipe riconoscono il valore del lavoro degli altri e offrono supporto e aiuto.

I membri dell'équipe sono rispettati, presi in considerazione, ascoltati e incoraggiati a usare il loro talento per arricchire il lavoro di cura.

I membri dell'équipe sono valorizzati e stimolati a usare la creatività e le proprie risorse.

### **Formazione**

#### **Indicatori generali di qualità del servizio**

I membri dell'équipe vengono formati sulle strategie più adeguate per ridurre i comportamenti difficili (evitando il più possibile l'uso di limitazioni fisiche o di medicalizzazione)

I membri dell'équipe vengono formati alla lettura dei bisogni psicosociali degli ospiti

I membri dell'équipe vengono formati alle strategie di soddisfacimento dei bisogni psicosociali degli ospiti.

I momenti di formazione sono organizzati in modo tale da:

Permettere all'équipe di migliorare le proprie competenze;

Permettere all'équipe di trovare delle strategie di soluzione dei problemi;

Permettere all'équipe di ridurre il rischio di burn out.

### **Setting**

### **Indicatori generali di qualità del servizio**

Viene posta attenzione alla tranquillità del contesto, al silenzio, al rispetto dei momenti di quiete.

Il setting è strutturato in modo da ricordare un ambiente domestico, per rinforzare il senso di appartenenza.

Viene favorita la stimolazione sensoriale e attivato l'interesse attraverso oggetti, colori, suoni.

Le misure di sicurezza sono progettate per offrire la massima libertà possibile agli ospiti.

Le camere da letto contengono mobili o oggetti degli ospiti.

I bagni sono progettati per garantire la privacy.

Il contesto fisico include oggetti che sono familiari e confortevoli e aiutano ogni residente a mantenere la continuità con il passato.

## 5 – L'ACCREDITAMENTO

### 5.1. La garanzia del lavoro di qualità

L'elaborato sta trattando vari aspetti relativi al percorso che dovrebbe portare i centri di servizi alla persona ad assumere la qualità come l'insieme delle scelte e dei comportamenti che spingono a programmare e svolgere l'attività quotidiana. Si è più volte ribadito che non si può considerarla solo un metodo, solo un sistema o un concetto, è molto più pregnante nella vita delle organizzazioni, degli operatori, delle persone che sono accolte e degli *stakeholder*.

In questo capitolo, tuttavia, è necessario riportare la qualità ad un significato più limitato per consentire di spiegare alcuni passaggi obbligatori che le strutture sono tenute a seguire, per analizzare anche eventuali percorsi alternativi, per vedere quali potrebbero essere le sfumature che può assumere la qualità prima di essere considerata una qualità totale.

Si è deciso di prendere quindi in esame tre modi di versi di concepire la qualità: «la qualità organizzativo-strutturale, la qualità gestionale e la qualità percepita»<sup>72</sup> per inserirli nelle diverse dimensioni che di seguito verranno esemplificate.

L'adesione ad un modello di qualità piuttosto che ad un altro, non discrimina la qualità perché comunque, qualsiasi sia il livello, si determina l'acquisizione di alcuni principi cardine basilari comuni a tutti. Tuttavia abbracciare in modo univoco un solo modello può essere limitante rispetto alle opportunità che la qualità come cultura potrebbe offrire, sia in ambito di miglioramento che di sopravvivenza delle strutture. La direzione scelta sarà quella più consona e costruttiva. Non si ritiene infatti che ci sia una scelta migliore di un'altra, ma sicuramente c'è una scelta più coerente di un'altra.

Alessandro Battistella<sup>73</sup> suddivide la qualità in:

- a. *Qualità organizzativo-strutturale*: fa riferimento ai sistemi di accreditamento istituzionale, che si occupano di valutare le principali dimensioni che compongono la struttura: gli elementi strutturali, le risorse professionali

---

<sup>72</sup> A. Battistella, *Qualità nelle strutture residenziali per anziani e costi di gestione crescenti*, in *Prospettive Sociali e Sanitarie* n. 2/2012, p.6

<sup>73</sup> Ibid.

- impiegate, l'organigramma, i tempi di assistenza, la strumentazione disponibile. L'idea è che, se una struttura ha una struttura gestionale e logistica di buon livello, sicuramente può garantire un buon livello di qualità;
- b. *Qualità gestionale*: prende in considerazione la capacità della struttura di utilizzare al meglio e correttamente le norme, i regolamenti, i protocolli. Sono compresi in questo ambito i sistemi di valutazione relativi alle certificazioni di qualità che verificano l'adeguatezza dei processi produttivi sulla base dell'adeguatezza dei protocolli;
  - c. *Qualità percepita*: comprende sistemi di valutazione riconducibili alla soddisfazione dell'utente, la soddisfazione dell'ospite rispetto al servizio ricevuto è il parametro di confronto.

Va precisato innanzitutto che, la suddivisione sopra descritta viene fatta sulla base dei sistemi di valutazione e non organizzativi, anche se i primi influenzano i secondi; in seconda battuta, nella realtà la suddivisione non è così netta e non necessariamente una struttura deve aderire totalmente ad un modello piuttosto che ad un altro, è più facile che ne coesistano più di uno, ma la suddivisione aiuta a capire meglio gli aspetti relativi all'accreditamento, alla certificazione, all'eccellenza e soprattutto a ribadire che la scelta del percorso non trova spiegazione nell'etichetta ma nella parte più intima di un'organizzazione.

Di seguito verranno descritti l'autorizzazione al funzionamento, l'accreditamento, la norma ISO 9000 e 9001, l'Eccellenza, il marchio "Qualità e Benessere" e le buone prassi. Si tratta solo di alcuni spunti rispetto alla possibilità di una struttura di scegliere la propria dimensione restando comunque all'interno di quelli che sono impegni comuni a tutti i modelli presentati, nello specifico poi ogni modello approfondisce alcuni aspetti piuttosto che altri.

## **5.2 L'accreditamento istituzionale e l'accreditamento volontario**

L'accreditamento è definito come il «processo per mezzo del quale un organismo autorevole valuta e riconosce formalmente che un'organizzazione o una persona è capace di svolgere determinati compiti<sup>74</sup>», questa definizione generale può essere

---

<sup>74</sup> C. Favaretti, P. De Pieri, "L'accreditamento dei servizi: note terminologiche", in Studi Zancan n.

declinata in modo più specifico a seconda del tipo di accreditamento che si vuole analizzare. L'accreditamento non ha però ancora trovato un modello univoco di condivisione, infatti la normativa ha dato delle indicazioni di uniformità ma senza in realtà formulare un profilo complessivo del modello infatti può acquisire due diversi tipi di percorsi: l'accreditamento istituzionale, l'accreditamento professionale e/o di eccellenza. La differenziazione dei due tipi di accreditamento, a sua volta, non risulta essere sempre lineare, può differenziarsi in base all'ambito di applicazione (sanitario o sociale) o dalla prospettiva metodologica; qui si mantiene la triplice diversificazione per trasmettere l'aspetto processuale. Definito che l'accreditamento istituzionale è la base di partenza obbligatoria, ogni realtà può scegliere quale modello adottare.

Si rileva inoltre che l'ambito cui viene utilizzato l'accreditamento può avere ricadute diverse, in ambito sociale la questione può avere caratteristiche diverse dovute al fatto che: non sono previsti per legge dei livelli essenziali di prestazioni; non è l'ente pubblico che dà garanzia della soddisfazione della domanda, ma è un soggetto terzo; la compartecipazione al pagamento della prestazione assistenziale è rilevante per il funzionamento stesso della struttura e dei servizi erogati<sup>75</sup>. Questi aspetti non vanno sottovalutati perché influenzano la capacità del modello di rispondere realmente a requisiti di qualità piuttosto che di obbligo normativo.

L'accreditamento istituzionale, trova una sua prima definizione in ambito sanitario con il D.lgs. n. 502/92 che definisce l'accreditamento come:

*l'atto attraverso il quale, a conclusione di un procedimento valutativo, le strutture autorizzate, pubbliche o private, e i professionisti che ne facciano richiesta acquisiscono lo status di soggetto idoneo a erogare prestazioni sanitarie e sociosanitarie per conto del Servizio Sanitario Nazionale<sup>76</sup>.*

L'accreditamento nell'ambito dei servizi socio assistenziali è invece stato preso in considerazione dalla Legge 328/2000, "Legge quadro per la realizzazione del

---

5/6 2001: "Valutare la qualità nei servizi socio sanitari", Fondazione Zancan, Padova

<sup>75</sup> M.C. Guerra, *Modelli di accreditamento e configurazione dei mercati*, in *Prospettive Sociali e Sanitarie* n. 16/17 2010, p. 6

<sup>76</sup> Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502. *Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421*

sistema integrato di interventi e servizi sociali”<sup>77</sup> basato su quanto previsto in ambito sanitario. La legge 328/2000 definisce inoltre l'intenzione di raggiungere un livello nazionale omogeneo rispetto all'autorizzazione all'esercizio delle strutture pubbliche e private operanti nel territorio nazionale, attraverso la fissazione di requisiti minimi strutturali e organizzativi. La normativa quindi definisce un primo grado di garanzia di qualità e delega al livello regionale l'aspetto di garanzia e controllo dei requisiti. La delega alle regioni di definire i percorsi e le caratteristiche dell'accreditamento ha creato però delle differenze tra le diverse realtà, le regioni hanno legiferato in modo differente.

La finalità dell'accreditamento istituzionale è quella di regolare i rapporti tra un'istituzione pubblica e una realtà privata quale garanzia per il cittadino di ottenere servizi adeguati. Gli enti che richiedono l'accreditamento istituzionale devono dimostrare di avere delle caratteristiche strutturali e organizzative tali che danno la garanzia che il servizio erogato soddisfa certi livelli di qualità. L'ottenimento della certificazione di accreditamento consente di ottenere i finanziamenti regionali e di poter contrarre con le istituzioni pubbliche degli accordi per l'esercizio della propria attività; la certificazione è soggetta a monitoraggi e revisioni per verificare il mantenimento dei requisiti.

Alessandro Battistella specifica inoltre che, l'accreditamento dovrebbe essere letto come un elemento che favorisce la libertà di scelta da parte del cittadino del servizio offerto in quanto dovrebbe porre tutti i soggetti erogatori sullo stesso piano, in realtà questo aspetto non si è sviluppato fino in fondo<sup>78</sup>.

Va precisato che l'accreditamento può essere richiesto solo dopo aver ottenuto l'autorizzazione al funzionamento. L'autorizzazione al funzionamento rappresenta la prima fase dell'ammissione di una struttura socio-sanitarie nel sistema integrato dei servizi, infatti l'ente pubblico concede alle strutture socio sanitarie di natura pubblica o privata la possibilità di erogare dei servizi alla comunità, l'autorizzazione deve essere chiesta prima dell'apertura della struttura (preventiva) o quando vengono fatte delle modificazioni o modifiche strutturali.

Il processo di autorizzazione vigente nella Regione Veneto trae origine dal D.P.R. n. 37 del 14 gennaio 1997 che per la prima volta fissa «requisiti strutturali,

---

<sup>77</sup> Art. 15 e segg.

<sup>78</sup> A. Battistella, *L'accreditamento istituzionale: una sfida difficile*, in *Prospettive Sociali e Sanitarie* n. 21/2011, p.1

tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private»<sup>79</sup>.

La Regione Veneto, con la L.R. n° 22 del 2002 prevede che tutte le strutture sanitarie, socio-sanitarie e sociali, per poter operare sul territorio regionale, debbano essere in possesso di un'autorizzazione all'esercizio.

L'autorizzazione è quindi il provvedimento attraverso il quale un'istituzione "legittima" una struttura pubblica o privata all'apertura e all'esercizio di un'attività<sup>80</sup>. Essa è un atto di tipo amministrativo che determina la possibilità di erogare un determinato servizio, per il cittadino, è la garanzia che le risorse pubbliche siano distribuite solo in presenza di requisiti specifici previsti dalla legge. L'autorizzazione ha una natura statica, è un adempimento preliminare necessario, ma viene rivisto periodicamente, tuttavia rimane legata ad un ruolo di controllo, è un prerequisito iniziale. Proprio per questa valenza "istituzionale" è il punto di partenza, è la porta di accesso per poter programmare qualsiasi progetto organizzativo. Viene verificato che l'assistenza sia di elevato livello tecnico-professionale e scientifico, sia erogata in condizioni di efficacia ed efficienza, nonché di equità e pari accessibilità a tutti i cittadini e sia appropriata rispetto ai reali bisogni di salute, psicologici e relazionali della persona<sup>81</sup>.

L'accREDITAMENTO istituzionale è da considerarsi quindi un secondo livello di riconoscimento da parte dell'istituzione pubblica e assume pertanto una valenza diversa rispetto all'autorizzazione; tuttavia non risulta essere sempre così incisivo il suo apporto rispetto allo sviluppo reale della qualità.

Nell'articolo già citato di Alessandro Battistella<sup>82</sup>, si fa riferimento al fatto che i criteri previsti dalla normativa, non sempre ampliano il significato puramente certificatorio dell'accREDITAMENTO. Egli individua i seguenti criteri:

- Il rispetto degli standard previsti a livello quantitativo e qualitativo delle dotazioni strumentali, tecnologiche e amministrative;
- Il rispetto di indicatori di efficienza e qualità di cui alla normativa vigente;
- La funzionalità dell'accREDITAMENTO alle scelte di programmazione regionale;

---

<sup>79</sup> DPR 14 gennaio 1997, n. 37 "Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private"

<sup>80</sup> G. Garena, A.M. Gerbo, *Qualità e Accredimento dei Servizi Sociali. Elementi per la costruzione di un manuale di autovalutazione*, Maggioli Editore, S. Arcangelo di Romagna (Rn) 2010, p. 133

<sup>81</sup> Informazioni ricavate dal sito della Regione Veneto, [www.regione.veneto.it](http://www.regione.veneto.it)

<sup>82</sup> A. Battistella, Op. Cit.

- Definizione di un sistema di concorrenzialità tra strutture pubbliche e private in regime di uguaglianza di diritti e doveri e finalizzato al perseguimento della qualità e della libera scelta del cittadino.

La possibilità che l'accreditamento possa avere una valenza più ampia e soprattutto rivolta al miglioramento del servizio proposto al cittadino, può essere ricondotto alla lettura che ogni singolo Ente fa dello strumento, se considerato come mero adempimento normativo rimane solo il suo carattere certificatorio. Se invece viene considerato come un'attività volta alla promozione della qualità, più precisamente «un'attività di valutazione sistematica e periodica, mirata a mettere le premesse perché la qualità dell'assistenza sia continuamente sotto valutazione ed esista quindi una continua tensione verso il suo miglioramento<sup>83</sup>»; viene data una definizione più ampia. Viene considerato come il modo di operare di un'organizzazione che ha l'obiettivo del miglioramento continuo attraverso una riflessione sul proprio modo di essere e operare, è una attività in movimento e non è un adempimento ma un processo professionale. In questa accezione, il fatto che l'accreditamento sia un passaggio obbligato per ottenere il riconoscimento istituzionale è un aspetto ulteriore che dà maggiore significato e importanza alla necessità di operare con criteri di qualità. Quindi la natura dell'accreditamento è più estesa e si configura come una funzione di controllo che risponde però più ad una necessità di garanzia, l'ente accreditato mette in gioco le sue capacità gestionali volte al miglioramento del servizio fornito. Si ribadisce che la volontà e la condivisione da parte di tutti gli attori in gioco di voler andare verso un obiettivo di miglioramento dinamico, tutto rimane un puro adempimento, se invece alla base della cultura organizzativa c'è il riconoscimento che le cose è meglio farle in un certo modo allora anche l'accreditamento, nonostante sia obbligatorio può divenire motivo di miglioramento.

L'accreditamento istituzionale, in quanto adempimento di legge, risponde all'esigenza di dare la garanzia che gli investimenti pubblici diano un servizio di qualità al cittadino che lo richiede, visto in tale veste sembra evidente solo la parte finale del lavoro che viene fatto per ottenere l'attestazione: è difficile infatti verificare l'evoluzione organizzativa che un Ente mette in atto per ottenere tale

---

<sup>83</sup> A. Cester (a cura di), Op. Cit., p. 129



riconoscimento, essendo un adempimento istituzionale ha un significato più statico, le regole sono uguali per tutti, non consentono la relatività della propria realtà.

Questa valenza tuttavia, viene ricoperta dall'accreditamento professionale e dall'accreditamento di eccellenza relegando l'accreditamento istituzionale all'aspetto di obbligo.

L'accreditamento professionale, da alcuni autori definito anche volontario, prevede un'adesione libera, da parte della struttura, sia rispetto al tipo di modello al quale aderire, sia alla volontà di seguire un percorso integrativo rispetto a quello istituzionale. La valenza operativa acquista un valore diverso rispetto all'obbligo, essendo una scelta organizzativa deve inevitabilmente avere una motivazione condivisa e per tale motivo può essere uno stimolo verso la qualità, il miglioramento e il benessere.

La valutazione dei requisiti di qualità viene richiesta ad Agenzie professionali o Società scientifiche, sono soggetti terzi all'organizzazione ma competenti perché operatori del settore e

*valutano i requisiti minimi e i requisiti ulteriori di buona qualità della struttura che volontariamente partecipa al processo e verificano preliminarmente e periodicamente la rispondenza della struttura ai requisiti definiti al fine di migliorare la qualità<sup>84</sup>.*

L'accreditamento professionale richiede un forte coinvolgimento, generalmente ha una dimensione flessibile e ha come finalità il miglioramento continuo, si cerca di dare valore all'operatività dei professionisti. In questo tipo di accreditamento viene ampliata la valutazione perché si pone l'attenzione sia su aspetti di competenza tecnica, sul controllo dei risultati e sul processo di erogazione.

*Le sue caratteristiche fondamentali riguardano l'accento sui comportamenti professionali, l'obiettivo di misurare la performance ma anche di innescare un cambiamento delle prassi adottate, l'elaborazione dei criteri e degli indicatori attraverso gruppi di lavoro fra pari, il fatto che i valutatori appartengono alla categoria professionale di pertinenza degli stessi professionisti<sup>85</sup>.*

---

<sup>84</sup> G. Garena, A.M. Gerbo, Op. Cit., p.136

<sup>85</sup> G. Garena, A.M. Gerbo, Op. Cit., p.138

L'accreditamento volontario quindi si può sostanziare nelle seguenti caratteristiche:

- È un'evoluzione di quello istituzionale perché rappresenta una scelta dell'ente di ampliare le proprie capacità orientate alla qualità per puntare all'eccellenza;
- Ogni realtà organizzativa può scegliere il percorso di accreditamento che risponde meglio alle proprie esigenze;
- È una valutazione elastica, non statica, perché prevede il miglioramento continuo;
- Prende in considerazione, non solo aspetti organizzativi e gestionali ma anche aspetti etici e valoriali;
- È un modello partecipativo, richiede il coinvolgimento di tutti i professionisti, che oltre alle loro competenze, possono essere creativi e innovativi;
- L'obiettivo può essere il raggiungimento della Qualità Totale.

L'ultimo concetto che si può considerare strategico per la definizione e crescita della qualità all'interno dei servizi socio assistenziali, è la certificazione.

La certificazione ha una valenza più pratica e più statica, va a verificare la presenza di alcuni requisiti di conformità di un prodotto, del processo operativo o di un servizio; è un percorso volontario, la valutazione viene fatta da un organismo terzo e indipendente (ad esempio un ente certificatore), che opera al di fuori del sistema professionale e che organizza una visita ispettiva. L'obiettivo concreto della certificazione è quello di attestare la qualità del servizio offerto, è la garanzia che siano stati messi in atto dei processi per erogare un servizio di qualità.

L'esempio più rappresentativo della certificazione della qualità sono<sup>86</sup>:

- la norma UNI EN ISO 9000 (Sistema di gestione della qualità-Fondamenti e terminologia). Espone le conoscenze base e approfondisce i Principi di Gestione Qualità che stanno alla base dell'interpretazione dei requisiti della ISO 9001;
- la norma UNI EN ISO 9001 (Sistema di gestione della qualità-Requisiti). Il contenuto è un "modello organizzativo". La finalità è garantire il livello del prodotto/servizio per aumentare la soddisfazione del cliente. Ha anche la

---

<sup>86</sup> E. Leonardi, Op. Cit., p. 15 - 15 G. De Masi e altri, Op. Cit., p. 13

finalità di migliorare la comunicazione interna, monitorare i processi, ridurre i difetti e gli sprechi;

- UNI EN ISO 9004 (Gestire un'organizzazione per il successo durevole. L'approccio della gestione per la qualità). Propone un indirizzo verso il miglioramento continuo.

Nell'adesione alla certificazione ISO sono da tenere in considerazione alcuni aspetti di tipo organizzativo che, in altre forme, sono richiamati anche in diversi modelli che puntano alla qualità, il pacchetto delle ISO propone un approccio gestionale per la qualità, la qualità entra nell'assetto organizzativo, viene chiamato appunto Sistema di Gestione della Qualità: costituito da una determinata struttura organizzativa, dall'assunzione di responsabilità, dall'individuazione di procedure e attività, dalle capacità professionali e dalle risorse che tendono alla realizzazione della qualità.

L'adesione al percorso previsto dalle norme ISO, rappresenta quindi una delle scelte possibili per creare un sistema di qualità, per fare in modo che si sviluppi un pensiero orientato alla qualità: anche in questo caso la qualità non sta nella certificazione ma risiede nella trama organizzativa.

I principi che orientano le norme ISO possono essere sintetizzate nel seguente modo:

1. la qualità è un atteggiamento mentale e organizzativo che va oltre la certificazione, deve diventare uno strumento per avviare un modo nuovo di gestire l'organizzazione secondo un'ottica del miglioramento continuo;
2. la gestione della qualità non si esaurisce solo ai livelli operativi, ma interessa tutti i livelli organizzativi per ottenere il coinvolgimento di tutte le risorse umane aziendali;
3. il sistema organizzativo costruisce la qualità, non è il servizio in sé, il soddisfacimento dell'utente/cliente si raggiunge se l'organizzazione coinvolge e utilizza appieno tutte le risorse umane e strumentali;
4. la dirigenza deve essere convinta della necessità di seguire un sistema di qualità come sistema di gestione, come scelta strategica.

L'attenzione va riposta quindi sulla condivisione degli obiettivi in modo capillare, da parte di tutti gli attori coinvolti, l'organizzazione è formata dalle persone pertanto sono queste ultime che possono favorire il percorso; le relazioni tra i soggetti sono quindi determinanti per consentire il gioco di squadra. Il vertice deve dare il buon esempio garantendo lo sviluppo del coinvolgimento attraverso la pianificazione

chiara degli obiettivi, la motivazione e la possibilità di delega. L'obiettivo finale di un sistema di qualità è il miglioramento continuo per soddisfare i bisogni dei clienti/utenti.

Dal punto di vista pratico si può notare che gli strumenti utili alla realizzazione del sistema sono: il lavoro per processi (ciclo di Deming), la comunicazione interna ed esterna, la documentazione (protocolli e procedure operative), il gioco di squadra (che garantisce ricchezza e complementarità)<sup>87</sup>.

### **5.3 La valutazione dell'Eccellenza Europea**

La European Foundation for Quality Management (EFQM) è un'organizzazione non profit che si occupa della promozione delle qualità e dell'eccellenza delle organizzazioni.

Il Modello EFQM per l'Eccellenza è basato su un processo di autovalutazione dell'organizzazione per far emergere i punti di forza e le aree da migliorare, l'obiettivo è la ricerca del miglioramento continuo delle prestazioni e dell'organizzazione. Alla base del modello si ritrova l'applicazione concreta della filosofia della Qualità Totale; ha avuto origine e si è sviluppato in ambito produttivo con la finalità di rendere le imprese europee più competitive, è stato, successivamente trasportato anche all'ambito sanitario e socio assistenziale grazie alle sue attenzioni al cambiamento organizzativo, al management delle conoscenze e all'innovazione, si è rivelato utile per le organizzazioni complesse, come sono quelle sanitarie, che oltre al miglioramento devono valorizzare anche l'apprendimento e la condivisione delle conoscenze a tutti i livelli.

I concetti fondamentali del modello EFQM sono i seguenti<sup>88</sup>:

- orientamento ai risultati
- leadership e coerenza negli obiettivi
- gestione in termini di processi e fatti
- sviluppo e coinvolgimento delle persone
- apprendimento, innovazione e miglioramento continui

---

<sup>87</sup> Informazioni tratte dal sito [www.efqm.ch](http://www.efqm.ch)

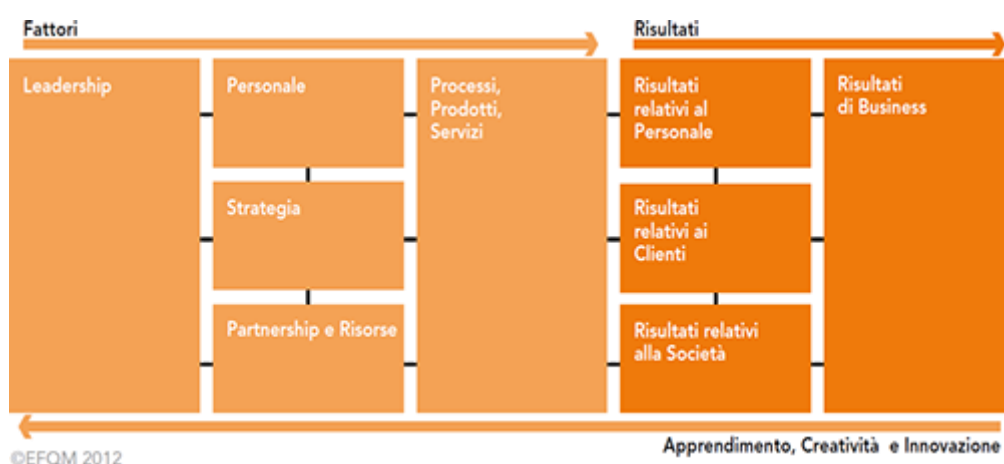
<sup>88</sup> Dispensa Dott. Wienand, Lezioni a.a. 2013/2014, disponibili nel sito dell'Università di Ferrara, [www.unife.it](http://www.unife.it)

- sviluppo della leadership
- responsabilità sociale dell'organizzazione

Il modello si fonda sull' assunto che:

*Risultati di eccellenza riguardanti Performance, Clienti, Risorse umane e Società sono raggiunti attraverso un'azione di guida, da parte della Leadership, su Politiche e Strategie, Personale e Partnership e Risorse, e Processi*<sup>89</sup>.

I criteri sui quali si basa il modello sono nove e si suddividono in cinque "fattori" e quattro risultati, come nello schema riportato<sup>90</sup>:



Il modello prevede una circolarità del sistema, per poter mantenere i risultati ottenuti è necessario che il processo sia dinamico e sempre bidirezionale: l'innovazione e l'apprendimento, ad ogni valutazione consegue un'attività che porta nuove informazioni che permettono di acquisire altre informazioni, che determinano la crescita del sistema e delle persone.

Alla base di questa circolarità si trova la logica del RADAR (*Results, Approach, Deployment, Assessment, Review*) che ha lo scopo di analizzare le prestazioni dell'organizzazione e che dal punto di vista teorico si possono ipotizzare le seguenti azioni:

- Definizione dei risultati cui mira l'organizzazione nell'ambito del processo di elaborazione della propria strategia.

<sup>89</sup> Associazione AICQ SICEV, Newsletter n.3/2011, consultabile nel sito dall'associazione.

<sup>90</sup> M. Giordani, E. Negri, M. Iesurum, *Il marchio Qualità & Benessere: promuovere la qualità, diffondere le buone prassi*, Rivista Welfare Oggi n. 2/2016, p.77

- Pianificazione e sviluppo di un assieme integrato di approcci appropriati per generare i risultati voluti sia nel presente sia nel futuro.
- Diffusione degli approcci in modo sistematico per garantirne l'attuazione.
- Valutazione e miglioramento degli approcci sviluppati, attraverso il monitoraggio e l'analisi dei risultati raggiunti e delle attività di apprendimento in atto.

L'adesione al modello EFQM permette in definitiva di valutare i propri risultati non solo sul versante puramente gestionale (bilancio economico) ma anche su quello organizzativo, sugli esiti delle azioni messe in atto, sia a livello di soddisfazione degli utenti e dei loro familiari, sia verso il proprio gruppo di lavoro, ampliando in questo modo la propria attività ad una responsabilità sociale.

Il riconoscimento dell'Eccellenza si esplica in un percorso di valutazione articolato su vari livelli che permettono all'ente aderente di capire a quale punto la propria organizzazione si posiziona rispetto al modello. Le indicazioni di seguito riportate sono tratte dal sito dell'Associazione AICQ SICEV:

*I cinque livelli di eccellenza sono rappresentati da altrettanti gradini di una struttura piramidale: i primi due livelli "Committed to Excellence" – Impegno verso l'eccellenza e "Recognized for Excellence" – Riconoscimento per l'eccellenza, precedono, e volendo preparano, la partecipazione ai Premi della Qualità, ultimi 3 gradini della struttura piramidale, che corrispondono alle tre categorie riconosciute nell'ambito dell'European Quality Award (Premio europeo per la Qualità) ("Finalist", "Prize Winner" e "Award Winner")". Il processo si sviluppa in varie fasi:*

*fase 1. L'organizzazione fa una autovalutazione dove emergono i punti di forza e le criticità che richiedono un miglioramento;*

*fase 2. Si programma un piano di miglioramento, che va attuato e dimostrato attraverso una verifica da parte di un soggetto terzo "valutatore" che verifica se sono state sviluppate le azioni previste dal piano di miglioramento, la valutazione positiva consente il riconoscimento del risultato ottenuto;*

*fase 3. L'organizzazione acquisisce la logica del miglioramento continuo che coinvolge tutta l'organizzazione e ottiene una validazione dell'intero processo;*

*fase 4. L'organizzazione ha maturato esperienza del modello e può proseguire il percorso di miglioramento in un'ottica strutturata; fase 5. Premio europeo per la qualità<sup>91</sup>*

## **5.4 L'eccellenza in ambito sanitario**

### ***Joint Commission International***

La JCI rappresenta uno dei massimi organismi di accreditamento internazionali, in ambito sanitario, fondata negli Stati Uniti negli anni '50 per valutare il livello qualitativo dell'assistenza sanitaria degli ospedali americani, successivamente ampliato a tutte le strutture sanitarie ed esportato a livello internazionale. È un sistema di accreditamento e benché sia volontario, richiede la presenza dei requisiti di qualità che assicurino la capacità di una struttura di rispondere in modo adeguato ai bisogni dei pazienti. Nello sviluppo del modello a realtà diverse dagli ospedali, si trasforma in *Joint Commission on Accreditation of Hospital Organization (JCAHO)* con la particolarità di approfondire i processi relativi agli esiti dell'assistenza e alla definizione di indicatori specifici. Come altri sistemi di accreditamento, gli elementi cardine sono: la ricerca del miglioramento costante, l'autovalutazione seguita dalla visita di una commissione esterna, la ripetizione costante dell'autovalutazione in un'ottica di processo.

La definizione di accreditamento esplicitata dallo stesso organismo è la seguente:

*l'accreditamento è un processo nel quale un'organizzazione esterna alle strutture sanitarie, usualmente non governativa, valuta un'organizzazione sanitaria per determinare se corrisponda ad un insieme di standard finalizzati a mantenere e migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria, l'accreditamento è solitamente volontario. Gli standard di accreditamento sono normalmente considerati ottimali e raggiungibili. L'accreditamento fornisce all'organizzazione un mandato visibile, per migliorare la qualità delle cure fornite, ed assicurare un ambiente di cura sicuro<sup>92</sup>.*

---

<sup>91</sup> [www.qeb.it](http://www.qeb.it)

<sup>92</sup> F. Iurlaro, *RSA: metodi e buone prassi per raggiungere l'eccellenza*, Maggioli Editore, S. Arcangelo di Romagna (Rn) 2015, pp.9/10

Il percorso di accreditamento JCAHO è quindi indipendente nella valutazione, inoltre i programmi subiscono frequenti aggiornamenti per rispondere ai cambiamenti che si verificano nelle attività assistenziali e si affidano, nella definizione dei criteri, degli standard e nelle procedure, alla comunità scientifica di riferimento creando un'opportunità di crescita e autovalutazione. La valutazione di una commissione esterna garantisce maggiormente l'oggettività dei risultati e viene rinnovata ogni tre anni per riconfermare gli standard di qualità ottenuti. La JCAHO, pone al centro la sicurezza della persona nel percorso di cura e non procede in modo settoriale ma valuta la complessità della presa in carico.

## 5.5 Il Marchio “Qualità & Benessere”

Quanto riportato di seguito è una sintesi di un articolo apparso nella rivista “Welfare oggi<sup>93</sup>” e il sito [www.geb.it](http://www.geb.it).

Il marchio “Qualità & Benessere” è una proposta indirizzata alle strutture residenziali per anziani non autosufficienti che desiderano attuare un percorso di miglioramento centrato sul benessere degli ospiti e coinvolge tutti gli stakeholder, dai lavoratori ai responsabili delle strutture, dagli ospiti ai loro familiari, alla comunità locale. Il modello pone al centro:

Il punto di vista dell'utente (*customer orientation*)

La comunità (*peer-review*)

Il confronto (*benchmarking*)

Il modello si basa sulla autovalutazione e valutazione reciproca e partecipata della qualità e del benessere della persona anziana, con attenzione agli effettivi esiti delle attività offerte e delle azioni di miglioramento attuate. Esso è costituito da 105 indicatori strutturati e da 12 fattori corrispondenti alle dimensioni presenti nei servizi residenziali:

- Rispetto
- Affettività
- Umanizzazione
- Gusto

---

<sup>93</sup> Ibid.



- Libertà
- Vivibilità
- Socialità
- Confort
- Operosità
- Autorealizzazione
- Salute
- Interiorità

La rilevazione degli indicatori avviene attraverso una prima autovalutazione che coinvolge direttamente il personale, di tutte le professionalità, e in un secondo momento con una valutazione da parte di un gruppo di *auditor* esterni (un referente del marchio e due rappresentanti di altre strutture aderenti).

Il processo di autovalutazione e valutazione ha fatto emergere che tra gli enti partecipanti è presente una visione valoriale condivisa, una potenzialità di motivazione, una facilità di promozione e, rilevazione e diffusione di buone prassi.

I punti di forza del modello si possono ricondurre alla sua caratteristica di essere centrato sugli esiti di qualità della vita, rende consapevoli le strutture sui punti di forza e sulle criticità, facilita i processi di miglioramento, anche in termini di efficienza ed efficacia, in condizioni di risorse limitate.

### **Tavola n. 3**

#### ***La filosofia del modello Q&B - qualità e benessere***

*Il modello si propone di valutare il livello di qualità realizzato per 12 fattori individuati come importanti per la qualità della vita ed il benessere degli anziani residenti in R.S.A. o in strutture residenziali analoghe. I fattori non rappresentano i servizi (infermieristico, fisioterapico, medico, assistenziale, ecc.), ma delle dimensioni importanti nella vita degli anziani e sono stati individuati con un processo di confronto che ha coinvolto più di 300 soggetti interessati in rappresentanza di Presidenti, Amministratori, Direttori, figure professionali operanti all'interno delle strutture, anziani residenti e loro cari, figure istituzionali e rappresentanti politici, cui è stato chiesto di indicare quali sarebbero stati – a loro avviso – gli elementi fondamentali per vivere con qualità all'interno delle R.S.A. Essi rappresentano per noi dei valori da perseguire nel nostro lavoro e li vedrete presentati di seguito all'interno di questa Carta. Ogni Fattore è stato analizzato e scomposto in aspetti specifici (i determinanti) che possano essere a loro volta valutati da indicatori misurabili. Ne è risultato un sistema con 104 indicatori, in parte legati alla verifica di documenti, in parte legati alla osservazione diretta dei valutatori, in parte legati alla raccolta delle opinioni (percezioni) degli anziani residenti e degli operatori attraverso interviste di gruppo (focus group).*

*Annualmente ciascuna struttura aderente auto valuta nel modo più obbiettivo ed equilibrato possibile la propria capacità di realizzare qualità in questi 12 fattori analizzando tutti i 104 indicatori e compila un rapporto di autovalutazione.*

*Successivamente questa auto valutazione viene verificata (a campione per più della metà degli indicatori) durante una visita approfondita di valutazione della durata di una giornata da una commissione di 3 esperti, di cui due sono colleghi provenienti da altre strutture che aderiscono al modello e uno è un esperto di valutazione. Al termine della valutazione essi rilasciano all'ente un rapporto sull'andamento della valutazione stessa, con punti di forza e punti critici rilevati e suggerimenti per il miglioramento.*

*Se la valutazione corrisponde all'auto valutazione allora questa viene dichiarata valida, l'ente riceve la qualifica di BENCHMARKER (ente abilitato al confronto dei dati) per l'anno successivo e può partecipare, con i suoi dati, al confronto annuale dei risultati. Se la valutazione non corrisponde all'auto valutazione questa non viene dichiarata valida, l'ente riceve la qualifica di PARTNER (ente che sta imparando a fare l'autovalutazione) per l'anno successivo ed alcune indicazioni per migliorare la sua capacità di auto valutazione, ma non può partecipare con i suoi dati al confronto annuale dei risultati. Agli enti che hanno l'auto valutazione valida e hanno raggiunto il punteggio massimo in uno dei 12 fattori è attribuita la qualifica ulteriore di BEST PERFORMER (ente dalle migliori prestazioni) per quel fattore.*

*Al termine del processo annuale di autovalutazione e valutazione reciproca tutti i dati raccolti vengono analizzati, confrontati e restituiti in un rapporto annuale e sono utilizzati dai singoli enti per realizzare i loro piani di miglioramento per promuovere azioni formative e di miglioramento che coinvolgano più enti insieme. Essi sono inoltre una testimonianza del livello di qualità raggiunto nell'anno dal sistema nel suo complesso, nel confronto con gli anni precedenti.*

*Tutti gli enti che hanno partecipato ricevono l'attestato di qualificazione del livello raggiunto valido per l'anno successivo e possono utilizzare il logo Q&B per pubblicizzare il loro impegno verso la qualità, in conformità alla presente Carta dei Valori.*

### **Gli impegni del modello Q&B**

*Rendere misurabile ciò che è importante (piuttosto che dichiarare importante quello che è facilmente misurabile), aggiornando periodicamente il modello di valutazione e perfezionando gli indicatori.*

*Valorizzare e far crescere la capacità degli enti di auto valutare la qualità del proprio lavoro nel modo più obbiettivo possibile, considerando fattori ed elementi soggettivi e difficili da valutare, attraverso una supervisione della auto valutazione.*

*Promuovere la partecipazione degli anziani residenti alla valutazione ed al miglioramento dei servizi, individuando idonee forme di coinvolgimento dei loro cari nei casi in cui essi non possano più partecipare attivamente.*

*Riconoscere il contributo fondamentale di tutto il personale delle strutture nella realizzazione di un clima di effettiva accoglienza e qualità della vita degli anziani residenti, coinvolgendo il personale nella autovalutazione e nella restituzione degli esiti ed offrendo una prospettiva di significato valoriale al lavoro di documentazione della propria attività.*

*Facilitare la conoscenza reciproca, la cooperazione in rete e la diffusione delle migliori esperienze tra i soggetti aderenti, attraverso il coinvolgimento diretto, reciproco e paritetico di loro rappresentanti nelle visite di valutazione.*

*Porre le premesse per un confronto costante, nel tempo e tra enti, dei risultati di qualità raggiunti annualmente dai singoli soggetti aderenti e dal sistema nel suo complesso, per apprendere dall'esperienza e valorizzare l'attività di tutti.*

*Favorire l'attivazione e il mantenimento di una tensione costante verso il miglioramento continuo che sia di stimolo e di confronto per gli enti in un clima di confronto cooperativo piuttosto che di competizione reciproca.*

*Dare valore e visibilità alle migliori prassi ed alle sperimentazioni innovative.*

*Creare una cultura dell'integrazione tra gli aspetti sociali e sanitari dei servizi agli anziani che sappia partire anche dalle risorse e non solo dai problemi di cui essi sono portatori.*

*Fare in modo che i Fattori di Qualità della Vita e del Benessere degli anziani residenti in RSA siano costantemente considerati come un elemento guida nelle decisioni organizzative degli enti aderenti, ma anche dei soggetti regolatori, mantenendo alto l'impegno di tutti a realizzarli al livello più elevato possibile.*

## **5.6 Le Buone prassi**

Le buone prassi possono essere considerate come il raggiungimento dell'obiettivo principale della qualità, presuppongono che un'organizzazione abbia interiorizzato a tal punto una modalità di valorizzare il proprio operato che l'esperienza migliorativa può diventare un modello operativo da trasmettere ad altri. La richiesta del miglioramento, o il superamento di una difficoltà, genera un atteggiamento di ricerca di nuove strategie; il tentativo di applicare un'operatività innovativa aiuta un processo riflessivo sul proprio lavoro quotidiano e sulla cooperazione con gli altri; pensare a nuove strategie di intervento innesca un effetto innovativo che può risultare utile per chi l'ha progettato e attuato ma anche ad altre realtà simili. Le principali caratteristiche che definiscono le buone pratiche sono la novità e la creatività, la sostenibilità e la producibilità. Una buona pratica deve quindi essere una proposta innovativa, pensata per rispondere in modo diverso ad un problema/bisogno, deve portare a dei benefici duraturi e può essere utilizzata anche in contesti diversi. Un aspetto interessante è che la realizzazione di una buona pratica richiede l'apporto di tutta l'organizzazione, coinvolge tutti i settori e gli attori: *la buona pratica di welfare in senso relazionale è dunque definita in termini di produzione (creazione e/o valorizzazione) del capitale sociale inteso come relazioni di fiducia, cooperazione e reciprocità fra gli attori in gioco<sup>94</sup>.*

---

<sup>94</sup> Ibid.

## **Approfondimento:**

### **Intervista Centro di riferimento oncologico di Aviano (Pn)**

Intervista al Dott. Sollazzo Raffaele, Responsabile dell'Unità Gestione del Rischio Clinico ed Accredimento del Centro di Riferimento Oncologico (CRO) di Aviano (Pn) 3/05/2018

*Il CRO è un Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico per il tema ONCOLOGIA e si caratterizza come centro di ricerca sanitaria traslazionale e ospedale di alta specializzazione e di rilievo nazionale nel settore oncologico. Persegue quindi, secondo standard d'eccellenza, finalità di ricerca nel campo biomedico ed in quello dell'organizzazione dei servizi sanitari, di innovazione nei modelli d'assistenza e di trasferimento delle conoscenze, unitamente a prestazioni sanitarie di alto livello. Le norme attribuiscono altresì all'IRCCS CRO compiti di alta formazione specifica.*

*Il Servizio Qualità e Rischio Clinico coordina e facilita le attività utili a perseguire il raggiungimento degli obiettivi e l'adesione a norme e programmi nazionali, regionali e aziendali di accreditamento istituzionale, sicurezza del paziente e governo clinico, e in particolare è preposto ai processi e alle procedure finalizzate ad assicurare*

- la definizione, l'implementazione e il monitoraggio del Piano Qualità e Rischio Clinico Aziendale;*
- l'implementazione e il coordinamento a livello locale del Programma Regionale Sicurezza e Governo Clinico;*
- la pianificazione e il coordinamento delle azioni necessarie a soddisfare i requisiti previsti dal Programma di Accredimento Regionale e dai Programmi di Accredimento e Certificazione specifici scelti dalla Direzione Strategica;*
- la gestione strutturata degli eventi avversi, anche su argomenti di farmacovigilanza, emovigilanza, rilevazione delle cadute accidentali, monitoraggio delle lesioni da decubito, prevenzione delle infezioni del sito chirurgico, sistema di identificazione del paziente;*
- la definizione dei contenuti dei report di monitoraggio e delle procedure di rilevazione a campione o sistematico degli indicatori dei PDTAR, relativamente agli indicatori di sicurezza, efficacia e appropriatezza.*

*Il Responsabile Qualità e Rischio Clinico collabora con l'SPPA aziendale per assicurare la promozione e il monitoraggio dei programmi aziendali per la sicurezza degli operatori sui luoghi di lavoro, in una visione integrata degli aspetti della sicurezza (paziente, operatore, ambiente).*

*Il Responsabile Qualità e Rischio Clinico collabora con l'Ufficio Relazioni con il Pubblico, gli Affari Legali, il Consulente Medico Legale e il Responsabile Medico di Presidio, per gestire l'istruttoria delle segnalazioni, dei reclami e dei contenziosi, coordina la messa in opera di eventuali azioni di miglioramento e mediazione del contenzioso.*

*Il Responsabile Qualità e Rischio Clinico è componente di:*

- *Gruppo Operativo Valutazione Esiti dal Punto di Vista dei Pazienti;*
- *Gruppo Operativo Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali e Ricerca*

Qual è la spinta organizzativa che porta a perseguire un percorso di qualità per raggiungere l'eccellenza?

Stiamo parlando di un processo che è nato un po' di anni fa, un processo iniziato intorno al 2007, quando sono venuto al CRO, sono di formazione anatomo patologo e medico legale, il direttore del CRO di allora mi ha fatto la proposta di venire a lavorare qui, inizialmente per seguire l'anatomia patologica ma poi è nata anche l'idea di creare un percorso per **l'accreditamento per l'eccellenza** attraverso l'**Accreditation of Canada**, il programma di accreditamento canadese. Il CRO voleva soprattutto verificare, **togliendo l'autoreferenzialità dei problemi** che sono presenti sempre nei sistemi socio sanitari, se effettivamente ciò che veniva affermato, cioè che la struttura aveva i requisiti di qualità. Nello specifico, se corrispondevano ad effettivi requisiti reali oppure ad impressioni, pertanto, si cercava di perdere referenzialità e spingere verso la qualità. Nel corso degli anni le cose si sono sviluppate e si sono aggiunti ulteriori elementi legati a due fattori principali: la **spinta all'accreditamento istituzionale** che è stato istituito in Friuli Venezia Giulia, un accreditamento istituzionale obbligatorio e non più di eccellenza, e dall'altra parte la **spinta culturale derivata dal valutatore dei rischi, dalle condizioni del rischio clinico, dalle strutture di sicurezza rispetto alla sicurezza del paziente sulle problematiche che potevano essere rilevanti.**

C'è un ulteriore elemento al CRO, che si differenzia rispetto ad altre strutture sanitarie ed è il fatto che al CRO, facendo anche ricerca c'è un forte impulso a verificare se gli aspetti della ricerca offrono effettivamente alla struttura dei margini di miglioramento con l'attività traslazionale o se restano strumenti isolati. Si è cercato di capire quanto potesse essere portato della ricerca all'interno dei sistemi di accreditamento e di valutazione della qualità, perché i sistemi di valutazione della qualità, in particolare quelli internazionali sono fondamentalmente puntati solo sull'assistenza sanitaria e

valutano poco l'attività di ricerca e di formazione. Ma abbiamo aderito, 4/5 anni fa, ad un programma internazionale di valutazione che teneva conto di questi aspetti: il **programma OECl** che è un aggregato di strutture di tipo oncologico che fanno attività di clinica ma anche di ricerca e ricerca traslazionale. In questo contesto sono stati sviluppati, in concerto, con le strutture, sulla base anche delle loro esperienze precedenti, dei requisiti di accreditamento che tenessero conto non solo degli aspetti dell'assistenza ma anche quelli della ricerca. **La ricerca si coniuga con il maggiore coinvolgimento del paziente soprattutto nelle attività di ricerca che comporta anche illustrare al paziente in modo chiaro le dinamiche della ricerca stessa, avendo quindi un consenso informato valido**, legato anche alla ricerca.

In un articolo si afferma che i punti di forza del CRO sono appunto la ricerca come forza motrice, le cure oncologiche innovative...

...certo, facendo attività di ricerca, soprattutto quella traslazionale, che è quella che trasferisce i risultati dalla parte puramente teorica alla parte clinica, permette di creare la condizione fondamentale per una struttura oncologica per ottenere dei successi.

... e contesto organizzativo incentrato sul paziente e la cultura di partecipazione e attenzione alla comunità?

Questa è una tradizione del CRO che risale a prima che arrivassi io, abbiamo per esempio una struttura insolita rispetto alle altre realtà sanitarie che è la biblioteca, non solo per i medici e gli operatori ma anche per i pazienti, dove i pazienti possono chiedere informazioni e i bibliotecari sono persone formate e preparate per rispondere alle domande o dare elementi di riferimento su dove cercare ulteriori informazioni. Per esempio, per tutte le terapie complementari, le informazioni vengono gestite attraverso la biblioteca che ha un programma che mette insieme tutti gli aspetti, si chiama patch education in cui sono presenti operatori della struttura e pazienti nella programmazione di questo tipo di attività, oppure anche la documentazione preparata dalla biblioteca è sottoposta ad una revisione attraverso un sistema che abbiamo condiviso con Siena che si chiama "Ethic", che è uno strumento per poter valutare la leggibilità e la comprensibilità della produzione scientifica. Anche per gli opuscoli, si utilizzano degli schemi fissi e dove le informazioni non sono comprensibili, si pensano quali strumenti utilizzare per renderle comprensibili prima che vengano resi al pubblico. È un metodo utilizzato sia dagli operatori che dai pazienti, quindi **c'è un coinvolgimento forte del paziente**.

Questo modo di operare crea una forte correlazione con il territorio e con l'esterno, in genere?

Sì, noi siamo una struttura che fa parte del FVG come assistenza sanitaria, siamo in comunicazione con l'ASL 5 di Pordenone, ma abbiamo una forte affluenza esterna perché il 50% dei nostri pazienti viene da fuori Regione, Veneto ma anche altre regioni più lontane. Con l'ASL 5 siamo collegati soprattutto per l'attività di prevenzione.

Sempre riferendosi ad un articolo apparso alcuni anni fa, si parlava che “il processo decisionale è basato sull'evidenza per migliorare la qualità riducendo i rischi”?

Per quanto riguarda l'attività di valutazione, **si cerca di monitorare la qualità attraverso degli indicatori che consentano di misurare le varie attività**. Per esempio, esiste a livello regionale un tavolo dei Risk Manager regionali, questo tavolo concerta le attività di programmazione regionale nelle attività del rischio clinico e all'interno dei vari programmi abbiamo individuato degli indicatori specifici che vengono misurati dalle diverse strutture, messe a confronto con le altre. Su di essi sono stabiliti dei livelli di soglia di accessibilità e consentono di misurare sé stessi, sia nei confronti degli indicatori di riferimento, che nei riguardi degli altri e quindi di verificare se le azioni che vengono intraprese per migliorare le attività, sono azioni che risultano efficaci oppure no, perché con gli indicatori si verifica sia internamente ma anche nei confronti degli altri rispetto alle non conformità che si sono verificate.

Da questa esperienza si è sviluppato un programma regionale che si chiama “Rete Cure Sicure” che è una rete di strutture e nodi che regolano il rischio clinico per assicurare il massimo di sicurezza per i pazienti, sia nelle strutture pubbliche che in quelle private. Il tutto fa capo alla Direzione centrale salute, l'Assessorato della Regione fa da coordinamento, c'è una struttura regionale che coordina tutte le altre, nello specifico è quella di Udine, diretta dal prof. Bruciaferro, che governa questo sistema e altre realtà che si occupano degli aspetti formativi poi ci sono, a livello di ogni struttura, il Risk Manager, per ogni programma c'è un responsabile di programma, e nell'ambito del programma è stata individuata una figura professionale che si chiama Leaf Professional che a livello periferico fa da ponte tra responsabile di programma, Risk Manager e la parte operativa, per sviluppare il programma stesso e dare informazioni dal centro alla periferia e viceversa.

Inoltre è istituito il sistema di segnalazione degli eventi avversi che vengono rilevati a livello delle diverse strutture ma che vengono anche convogliati a livello regionale, su una valutazione.

Ci sono poi anche i responsabili di programmi temporanei che vengono istituiti su eventuali problematiche che insorgono.

C'è un gruppo che si occupa degli audit su eventuali segnalazioni di non conformità.

Esistono anche dei tavoli di concertazione tra operatori e i pazienti per verificare a livello regionale le modalità di comunicazione, soprattutto rispetto a quali sono gli strumenti messi a disposizione dei pazienti delle informazioni dei diversi programmi.

Vengono prodotti a livello regionale degli opuscoli health book con i quali si specificano le istruzioni ai pazienti rispetto a determinati argomenti, come gestire determinati aspetti problematici e vengono consegnati ai pazienti quando dalla rete di dimissione si rileva che il paziente potrebbe avere un certo tipo di fattore di rischio.

È chiaro che tutto **il sistema è dinamico**, ci sono cose che si aggiungono e altre che non vengono cambiate perché hanno un dato consolidato e non c'è bisogno di monitorarli oppure viene rimandata la modifica a momenti successivi.

Nei percorsi socio sanitari delle strutture per anziani per l'accreditamento dell'eccellenza, i protagonisti oltre agli operatori sono anche i pazienti e i familiari, anche nel percorso più sanitario è così?

Vi voglio dire una cosa, nel percorso Accreditation Canada, abbiamo avuto l'ultima visita nel 2016 poi la Direzione generale ha deciso di non proseguire più quel percorso, in esso si prevedeva **il coinvolgimento dei pazienti nei diversi gruppi di lavoro** ma questo lo prevede anche il programma OECl che stiamo ancora seguendo e in questo momento, oltre all'accreditamento istituzionale, stiamo seguendo la norma ISO nella versione del 2015, l'avevamo già iniziata molti anni fa con il servizio di radioterapia, perché era stato portato avanti il percorso per settori, adesso abbiamo cercato di fare un sistema che sia di tutta l'azienda e infatti, la prossima visita di accreditamento, dovrebbe riguardare tutte le strutture, comprese le direzioni, quindi avremmo **un certificato dell'organizzazione nella sua complessità, portando tutti gli elementi di gestione.**

Abbiamo anche altri sistemi di accreditamento, per esempio quello dei trapianti e il sistema di gestione internazionale Jesi, che è un sistema molto rigoroso.

Quali sono le risorse per il mantenimento del sistema?

Siamo in due, io e Monica. Diciamo che **cerchiamo molto di coinvolgere**, di fatto i professional esistevano già, io e Monica abbiamo cercato di strutturare meglio il sistema. Abbiamo avuto, per un periodo di tempo, una psicologa assunta per seguire il programma OECl, ma ora non c'è più. **Coordiniamo gli altri colleghi per quanto ci è possibile, gli altri sono coinvolti e partecipi altrimenti non è possibile realizzare tutto, c'è una buona partecipazione**, si deve sempre far



sentire la propria presenza ma in genere si danno da fare e ci sono parecchi gruppi di lavoro. Soprattutto nell'area infermieristica.

Qual è la modalità che si è trovata per coinvolgere le persone?

A dire il vero non c'è una parola forte che li richiami, si dice che c'è da fare una cosa e ci si mette, creiamo un gruppo di lavoro e si parte. Utilizziamo molto i sistemi di formazione, soprattutto la formazione sul campo e quando disponibili, le risorse aggiuntive. Ma devo dire che, soprattutto sulla parte infermieristica, c'è una buona partecipazione, abbiamo vari gruppi in essere che si occupano di problematiche specifiche, per esempio, sul rischio delle piaghe da decubito, lesioni da caduta, l'uso corretto dei farmaci, sulla riconciliazione farmacologica... è quell'attività che prevede che, al momento del ricovero, il paziente venga sottoposto ad un'anamnesi accurata da parte dell'infermiere che verifica la terapia in uso e quale invece dovrà essere la terapia che seguirà durante il ricovero, le due terapie vengono riconciliate. La stessa attività viene fatta al momento della dimissione e viene valutata. Se all'inizio questa attività veniva applicata solo al 30% adesso viene seguita dal 70% ci sono voluti circa quattro anni...

Il mantenimento di più certificazioni richiede maggiore implementazione di risorse?

La scelta dirigenziale di non aderire più ad Accreditation Canada è motivata da questo. OECI è molto specifica per la nostra realtà quindi era difficile rinunciare a quel percorso, la ISO è molto generalista, nella nuova versione del 2015 profondamente orientata sulla valutazione e sulla prevenzione del rischio e sui fattori di rischio come prevedibili, è abbastanza in linea con la nuova visione della qualità e quindi era forse più idonea rispetto all'Accreditation Canada.

**L'accreditamento istituzionale, di per sé non è né positivo né negativo, dipende da come viene concepito, se viene preso come una condizione obbligatoria da fare, è tutta carta sprecata**, se invece viene visto che, anche se su basi minime, ma consenta di creare una partenza sulla quale costruire il resto può funzionare. L'accreditamento regionale prevedeva anche degli aspetti che riguardano l'eccellenza puntando su alcune tematiche, come la formazione.

Stiamo anche cercando di **implementare un sistema di documentazione che sia uniforme per tutta la struttura**, abbiamo uno strumento che si chiama "Qualibus" che permette il controllo della documentazione e la gestione dei processi comune a tutte le strutture, lo stiamo introducendo progressivamente, questo dovrebbe consentire di avere sotto controllo tutta la documentazione perché

l'allert avvisa quando un documento è scaduto, quando deve essere rivisto, definisce la modalità con cui questo viene distribuito, fa tutta una serie di verifiche che adesso dobbiamo fare a memoria. Abbiamo anche l'aspetto degli audit, che ci richiedono abbastanza tempo. Sono iniziati anni fa, con degli audit integrati insieme al servizio di prevenzione e protezione, adesso per il sistema ISO sono fondamentali e quindi cerchiamo di utilizzarli.

L'attività di formazione è molto curata, facciamo sia attività residenziale con risorse interne o fornite dalla Regione, che attività di formazione sul campo, quando è possibile, con la presentazione nei reparti del programma da implementare.

Il messaggio quindi è proprio quello della diffusione della **cultura della qualità**?

**Sì, è necessario proprio fare un lavoro in questo senso** e il percorso di Accreditation Canada ci è stato utile all'inizio e adesso le risposte ci sono, anche se comunque comporta sempre un lavoro da parte dell'ufficio. Abbiamo cercato di **coinvolgere il più possibile, senza fare discriminazione** su chi fa le cose, se c'è chi porta avanti i progetti e li fa bene, non è importante che parta dall'Ufficio Qualità, è comunque una cosa fatta, allo stesso modo se un professionista non vuole farsi coinvolgere sono problemi suoi, non andiamo per categorie chiunque partecipa è ben accolto.

**La spinta è sicuramente verso la crescita della cultura della qualità**, qualche volta si riesce bene, altre volte meno e allora bisogna prenderne atto e riprendere da dove si era arrivati, ci vuole pazienza

Per chiudere, un segno distintivo di Accreditation Canada e quello attuale OECl?

Il primo costruisce il percorso sui fatti sanitari su cui i sanitari si ritrovano, cioè il linguaggio che usano è un linguaggio chiaro che loro conoscono. OECl invece, ha inserito anche la parte riguardante la ricerca, quindi dei ricercatori, che con Accreditation Canada, si sentivano un po' esclusi, con OECl possono ritrovare un contesto più significativo. Anche con ISO si riesce a coinvolgerli perché rientra nel loro ragionamento, soprattutto la gestione del rischio, di valutare preventivamente i rischi di una attività che si prevede di fare, è un aspetto che li costringe a pensare quando fanno la presentazione di una ricerca.

## 6 – GLI ESITI

### 6.1. La qualità che mette al centro le persone

“L’individuo è l’essere biologico, la persona è l’essere umano considerato insieme alla sua zolla, ovvero al suo contesto storico, relazionale e sociale.<sup>95</sup>”

Porre le persone al centro significa che al di là delle teorie, di tutti i modelli proposti, di tutte le scelte organizzative, ci sono sempre le persone, può essere banale, ma spesso si dimentica che l’essere umano è l’unico portatore di saper fare, di conoscenze, di volontà, di desideri, di sentimenti, anche quando non è più in grado di autodeterminarsi senza l’aiuto esterno, anche quando si trova in una dimensione lavorativa e professionale difficile e complessa. È banale, ma la qualità si fa con e per le persone, non per i bilanci o per le certificazioni, ma per le persone.

Nei capitoli precedenti si è parlato molto di ruoli, di valutazione, di modelli, di management, livelli e ambiti diversi di intendere il lavoro, ma chi compie le azioni sono sempre le persone; riconoscere la necessità di orientare le azioni quotidiane alla qualità, consente, in un certo modo, di recuperare l’umanità dei gesti.

Nel primo capitolo è stata ripresa una definizione generica del termine Qualità: “è qualunque caratteristica appartenente a qualsiasi entità o evento sulla quale è possibile esprimere giudizi di valore positivi e negativi<sup>96</sup>”.

Cercando su internet si trovano molte definizioni del termine, per esempio: “La qualità di un prodotto o di un servizio è rappresentata dalle caratteristiche che gli consentono di soddisfare le attese di chi lo utilizza<sup>97</sup>”, oppure “La qualità è il punto di incontro tra diverse esigenze che possono ricondursi principalmente a tre: l’efficacia (la qualità del prodotto/servizio); l’efficienza (il contenimento dei costi e dei tempi); l’elasticità (la risposta al cambiamento)<sup>98</sup>”

Si potrebbe proseguire con le definizioni, sono tutte corrette ma hanno la necessità di definire il significato ultimo del termine, il risultato finale, sono spiegazioni un po’ limitate. La qualità non è solo un fine al quale tendere, o un concetto da fare digerire,

---

<sup>95</sup> A.M. Ziliani, Op. Cit., p. 41. L’autrice cita la tesi di laurea di Torquati (2009) di cui è stata relatrice

<sup>96</sup> A. Cester (a cura di), Op. Cit., p.57

<sup>97</sup> Sito [www.cert.it](http://www.cert.it)

<sup>98</sup> Sito [www.qualitiamo.com](http://www.qualitiamo.com)

è stato detto che la qualità è cultura organizzativa, è un modo di concepire il lavoro di cura all'interno delle strutture, è un percorso che coinvolge tutte le persone che hanno un rapporto con l'organizzazione. In questo senso, pertanto, si può affermare che la qualità pone al centro le persone. Per lo stesso motivo non si può affermare che la qualità derivi dalla maggiore disponibilità di risorse economiche e finanziarie. Il significato di qualità ha molte sfumature e diverse angolature, è come un diamante che ha molte sfaccettature, in base a come viene colpito dalla luce, può avere riflessi diversi, spesso viene definita in base all'aspetto che si vuole vedere e all'ambito in cui viene definita.

Nelle strutture residenziali per anziani si considerano, in genere, quattro tipi di qualità; dare una definizione di quale tipo di qualità si vuole parlare aiuta a trovare il tipo di strumento e di indicatore che si può utilizzare per la valutazione<sup>99</sup>:

- “Qualità percepita” (livello di soddisfazione del cliente relativamente alle prestazioni ricevute, comparato alle sue aspettative), questionari, focus group, interviste; “Qualità attesa” (insieme delle aspettative del cliente),
- “Qualità erogata” (risultato delle prestazioni effettivamente erogate), valutazione tra pari, rilevazione e analisi degli eventi sentinella, rilevazione e analisi del carico assistenziale, programma di formazione continua;
- “Qualità progettata” (definizione degli standard operativi).

Altri autori diversificano la sfera di significato della qualità riportandolo ad un livello macro o meglio con un'ottica sociologica della qualità<sup>100</sup>:

- “Qualità strutturale” (riferita alle caratteristiche strutturali, tecnologiche, di strumenti e ausili per la non autosufficienza);
- “Qualità professionale” (la presenza di personale professionalmente qualificato e che riconosca la necessità di essere aperto ai momenti formativi e di miglioramento in un'ottica di integrazione del lavoro di équipe);
- “Qualità organizzativa” (impostare un sistema di organizzazione del lavoro e di gestione delle risorse disponibili per consentire l'effettiva possibilità di operare “in qualità” e di migliorare i servizi offerti);

---

<sup>99</sup> Le definizioni di Qualità sono quelle riportate da F. Cavanna, Op. Cit., p.115.

<sup>100</sup> Le definizioni di Qualità sono quelle riportate da A. M. Ziliani, Op. Cit., pp.126/127.

- “Qualità relazionale” (considerata come la capacità di considerare il servizio come un bene relazionale, fare l’analisi del bisogno per dare una risposta coerente con la lettura fatta del bisogno stesso).

La somma delle varie aree della qualità costituiscono la Qualità Totale, che quindi è determinata sia da aspetti organizzativi/gestionali, da capacità di un servizio di rispondere adeguatamente al cittadino, dalla corrispondenza tra ciò che una persona si aspetta dal servizio e ciò che riceve, in sostanza tutta l’attività messa in essere per fornire un servizio. La qualità è un concetto complesso e intersoggettivo, poiché risulta dalle percezioni dei tanti attori che vi partecipano (operatori di vario livello, direzione, utenti, ecc.) e che contribuiscono a definirla da più punti di vista. Elena Luppi<sup>101</sup> afferma che “per definire la qualità occorre favorire un confronto e un incrocio dei tanti sguardi che convergono sui processi e i contesti di cura delle residenze per le persone in età anziana”.

Le strutture hanno sicuramente raggiunto dei buoni livelli di qualità, il modo di concepire e vivere i centri di servizi alla persona sono cambiati molto rispetto al passato, la difficoltà che incontrano in questi anni alcune residenze è legata al mantenimento del livello qualitativo raggiunto a fronte di una diminuzione di investimenti economici e di un aumento della complessità del carico assistenziale e sanitario portato dai residenti: il costo dei servizi e le esigenze degli ospiti sono in continuo aumento, mentre le disponibilità economiche delle strutture di ricovero tendono a diminuire a causa della situazione economica<sup>102</sup>.

In un periodo in cui le necessità assistenziali aumentano e le risorse invece, se non diminuiscono, rimangono sempre le stesse, non è possibile attuare un sistema di qualità pensando solo all’aspetto economico e gestionale. In presenza di risorse scarse si può invece, pianificare una buona analisi di ciò che si ha a disposizione e valorizzare le risorse presenti per non renderle sterili. In una dimensione di questo tipo non ci si può certo nascondere rispetto al fatto che, l’assenza di risorse economiche incida notevolmente sulla possibilità di assicurare un livello di assistenza adeguato: se si pensa alla necessità di adeguamento strutturale o di manutenzione degli immobili o degli strumenti, del parco ausili, la lista potrebbe

---

<sup>101</sup> E. Luppi, *Prendersi cura della terza età*, Franco Angeli, Milano 2015, p. 60

<sup>102</sup> A. Battistella, *Qualità nelle strutture residenziali per anziani e costi di gestione crescenti*, in *Prospettive Sociali e Sanitarie*, n. 2/2012, p. 6

essere infinita. Se non ci sono disponibilità economiche non si possono fare progetti che prevedono budget cospicui, ma si possono ipotizzare altri percorsi.

Impiegare energie in termini qualitativi significa avere chiari i limiti e con essi fare un esame di realtà; si possono ipotizzare alcune azioni per superare la criticità delle risorse:

1. analisi delle risorse, attivazione di un processo conoscitivo della realtà organizzativa (raccolta e rilevazione di dati, definire il debito informativo,);
2. verifica rispetto alla possibilità di reperimento di altre risorse economiche alternative (bandi europei o sponsorizzazioni,);
3. razionalizzazione delle risorse esistenti (evitare gli sprechi e risparmiare dove è possibile fare una valutazione delle effettive necessità);
4. introdurre nuovi criteri di gestione del personale (riorganizzazioni e rotazioni, verifica dei piani di lavoro,);
5. valorizzare il proprio lavoro sia all'interno dell'organizzazione (far crescere fiducia e autostima) che verso l'esterno mettendo le persone nella condizione di comprendere e valutare l'effettivo prodotto di un servizio e di collegarlo ai costi per il suo funzionamento, in questo modo possono anche farsi carico di eventuali aumenti delle tariffe se questo è utile per avere servizi che rispondono alle proprie esigenze (fidelizzare)<sup>103</sup>;
6. valorizzare la risorsa umana e professionale, tutte le persone che lavorano nella struttura rappresentano l'energia che può attivare qualsiasi progetto.

Sono le persone quindi che stanno al centro di un sistema di qualità, sia per ricevere un servizio, che come promotori di benessere/cura; se anche una struttura avesse molte risorse ma non avesse le persone che le inseriscono nel sistema, non le attivano, non si potrebbe parlare di qualità. Viceversa, anche in presenza di risorse scarse, si può avere l'obiettivo della qualità se il personale è preparato e motivato. La qualità si costruisce sul valore delle prestazioni del personale, sulle azioni che ogni singolo operatore o figura professionale compie, in sinergia e in condivisione con gli altri colleghi (un singolo anello non può fare una collana ma tanti anelli che si incrociano tra loro). Per citare ancora A. Battistella "Chi lavora nelle strutture di ricovero per anziani, nel proprio agire quotidiano, fa la differenza, è in grado di umanizzare il servizio o renderlo distaccato, di creare empatia o difficoltà

---

<sup>103</sup> D. De Barberis (a cura di), Op. Cit., p. 176

relazionale, senza che ciò possa essere contrastato da nuovi e più stringenti livelli di accreditamento delle strutture<sup>104</sup>.”

## **6.2 A chi fa bene un sistema di qualità**

Dovendo parlare di chi può avere un riflesso positivo rispetto alla qualità, mi vengono in mente le parole della canzone di Gianni Rodari e Sergio Endrigo, quella che si canta da bambini “Per fare un tavolo ci vuole il legno, per fare il legno ci vuole l’albero...” e via di seguito, fino ad arrivare che per fare tutto ci vuole un fiore. La canzone inizia e si conclude con una frase:” Le cose di ogni giorno raccontano segreti a chi le sa guardare ed ascoltare”. Non c’è un destinatario per la qualità, è una circolarità che coinvolge tutti coloro che ne entrano in contatto, se hanno la voglia di mettersi in gioco, se si comprende che alla fine si gioca tutto sulla persona e sulle relazioni che si instaurano.

Il beneficio non è solo per la persona anziana che vive all’interno della struttura, o per i suoi familiari che possono stare tranquilli che qualcuno si prende cura del proprio caro, ma fa bene anche a chi lavora nell’organizzazione; si crea una stretta interdipendenza fra qualità della vita degli ospiti e qualità della cura, da un lato, e fra qualità delle relazioni professionali e delle dinamiche interpersonali fra i membri dell’équipe, dall’altro. Emerge, quindi, un’idea di qualità totale data dall’interdipendenza fra: qualità della vita degli ospiti, qualità nella relazione di cura fra ospiti e operatori e qualità della vita lavorativa di ciascun membro dell’équipe<sup>105</sup>. Se si adotta questo punto di vista, si può affermare che la qualità fa bene a tutti, la cosa importante è che essa sia un bene comune, sia l’obiettivo di tutta la squadra. Della squadra non fanno parte solo i dirigenti, i professionisti o gli operatori, ma comprende anche gli anziani che vivono nella struttura, i familiari, il territorio circostante, le altre istituzioni presenti, e per essere veramente considerata una squadra, si devono condividere gli sguardi. In una squadra ben affiatata, si conoscono gli schemi e le strategie, ognuno sa la propria posizione perché viene definita prima di entrare in campo con le indicazioni dell’allenatore, ma durante la

---

<sup>104</sup> Ibid.

<sup>105</sup> E. Luppi, Op. Cit., p. 71

partita non c'è la possibilità di parlare molto, ogni giocatore sa come si spostano gli altri compagni di squadra, ci sono chiarimenti veloci ma si continua a giocare anche se ci sono difficoltà solo se si verifica un imprevisto più grave o se la squadra non "gira bene" allora si chiede il time out e si ripensa velocemente alla tattica di gioco.

Come può arrivare la squadra a muoversi in sintonia verso l'obiettivo?

Si ritiene che ci siano alcuni aspetti importanti senza i quali, non solo non si può concepire un lavoro di gruppo, ma tanto meno sperare che si possa ipotizzare di sviluppare la qualità:

- La responsabilità individuale di aver scelto il proprio lavoro, il perché si è scelto di lavorare in una struttura per anziani piuttosto che in un altro ambito, se la scelta non è stata voluta o non ci si è mai chiesti il perché difficilmente si trova la voglia di condividere con altri un cambiamento e con molta probabilità non si mettono in gioco le competenze per lavorare con la qualità. E ancor di più, una persona che non si assume la responsabilità verso sé stesso non può riuscire ad averla verso gli altri (anziani e colleghi);
- La qualità va interiorizzata, va fatta propria, diventa l'abitudine. I vari aspetti del processo sono acquisiti da tutti coloro che operano, la mancanza di una figura professionale o di un operatore non diviene motivo per non fare una riunione o per agire in modo diverso, ognuno, nel proprio ruolo è comunque in grado di capire come comportarsi in determinate situazioni;
- La fiducia dell'altro, tra colleghi, con gli anziani e con i familiari. La fiducia è strettamente legata ai due punti precedenti, se so che un collega agisce con responsabilità e condivide (con me) la passione per un lavoro orientato alla qualità, quando si verifica un imprevisto non si ricerca di chi è la colpa ma si progetta insieme un modo per risolverlo, successivamente si cerca di comprendere la causa. La fiducia e la comprensione verso un collega permette di trasmetterle anche alle persone ospiti della struttura, ai loro familiari e agli altri attori del sistema;
- Il recupero dell'umanità, sia da parte di ogni operatore che da parte degli ospiti: siamo tutti esseri umani pertanto è fondamentale riconoscere l'importanza della relazione, non possiamo evitare di creare rapporti con i nostri simili. Solo riportando il focus sulla nostra umanità possiamo affrontare la complessità della relazione di cura. Ognuno di noi è diverso da un altro è sulla diversità si acquista la possibilità di gestire tutte le situazioni



che si presentano perché diventa importante “il come si fanno le cose” e meno il” che cosa facciamo”. Per chi lavora significa soprattutto riportare l’umanità nella propria professionalità, l’operatore sicuro del proprio agire professionale può liberare anche la sua parte di umanità nella relazione con l’altro. Verso la persona anziana va recuperata la dimensione umana soprattutto nell’assistenza quotidiana: i residenti non sono solo corpi malati da assistere, ma sono persone che, oltre alla non autosufficienza, portano la loro storia personale, la loro identità e i loro sentimenti che non devono essere negati dalla malattia.

Per esemplificare quanto sopra esplicitato, si prendono in esame separatamente le varie dimensioni che hanno delle ricadute positive rispetto al lavoro di qualità.

### La persona anziana: la qualità di vita

Il diritto di avere una vita di qualità, dignitosa, è un diritto di ogni essere umano, ancor di più se si tratta di una persona che necessita di cura e assistenza.

La “Carta Europea dei diritti e delle responsabilità degli anziani bisognosi di assistenza e di cure a lungo termine<sup>106</sup>” prevede:

#### § Art. 1

Diritto alla dignità, all’integrità fisica e mentale, alla libertà e alla sicurezza.

*Qualora nell’invecchiamento ti trovi a dover dipendere dall’aiuto e dalla cura di altri, permane il diritto al rispetto della tua dignità umana, al tuo benessere fisico e mentale, alla libertà ed alla sicurezza.*

#### § Art. 2

Diritto all’autodeterminazione.

*Qualora nell’invecchiamento ti trovi a dover dipendere dall’aiuto e dalla cura di altri, permane il diritto a fare le tue scelte di vita ed al rispetto della tua libera volontà. Questo diritto può essere attribuito per tua scelta ad una terza persona competente.*

#### § Art. 3

Diritto alla privacy.

---

<sup>106</sup> Sito [www.age-platform.eu](http://www.age-platform.eu)

Qualora nell'invecchiamento ti trovi a dover dipendere dall'aiuto e dalla cura di altri, permane il diritto al rispetto e alla protezione della tua privacy e della tua intimità.

§ Art.4

Diritto a cure appropriate e di alta qualità.

*Qualora nell'invecchiamento ti trovi a dover dipendere dall'aiuto e dalla cura di altri, permane il diritto a cure di alta qualità ed a trattamenti adatti ai tuoi personali bisogni e desideri.*

§ Art.5

Diritto ad informazioni personalizzate, ai consigli e al consenso informato.

*Qualora nell'invecchiamento ti trovi a dover dipendere dall'aiuto e dalla cura di altri, permane il diritto a chiedere e ricevere informazioni personalizzate e consigli su tutte le opinioni a te utili per cure, aiuti e trattamenti in modo che tu sia in condizione di prendere decisioni ben informate.*

§ Art.6

Diritto a continuare a ricevere comunicazioni, alla partecipazione alla vita sociale e alle attività culturali.

*Qualora nell'invecchiamento ti trovi a dover dipendere dall'aiuto e dalla cura di altri, permane il diritto ad interagire con gli altri ed a partecipare alla vita civile, alle attività di educazione permanente e alle attività culturali.*

§ Art.7

Diritto alla libertà di espressione e libertà di pensiero e di coscienza: convinzioni, credo e valori.

*Qualora nell'invecchiamento ti trovi a dover dipendere dall'aiuto e dalla cura di altri, permane il diritto di vivere secondo le tue convinzioni, credo e valori.*

§ Art.8

Diritto alle cure palliative e al sostegno, al rispetto e alla dignità nell'agonia e nella morte.

*Hai il diritto ad una morte dignitosa e con modalità corrispondenti alle tue volontà e all'interno dei limiti definiti dalla legislazione nazionale del Paese di tua residenza.*

§ Art.9

Diritto al risarcimento.

*Qualora nell'invecchiamento ti trovi a dover dipendere dall'aiuto e dalla cura di altri, permane il diritto al risarcimento in caso di maltrattamenti, abuso o abbandono.*

§ Art.10

Le tue responsabilità.

Ciò che si esprime è che la malattia non deve far perdere i diritti umani fondamentali; la non autosufficienza, la presenza di malattie croniche e degenerative non può far venir meno la dignità dell' essere una persona.

L'inserimento in una struttura residenziale non può limitarsi ad una presa in carico assistenziale o sanitaria bensì come un nuovo luogo dove abitare, in presenza della propria malattia, ma in una dimensione di armonia, le cure assistenziali che si combinano con la qualità della vita<sup>107</sup>. Per garantire qualità di vita quindi si deve portare l'attenzione sulla centralità persona e considerarla portatrice di potenzialità personali nonostante la malattia, non si tratta solo di capacità cognitive, ma di dimensioni affettive e relazionali che perdurano anche in presenza di gravità.

La qualità di vita va pensata da quando la persona viene accolta in struttura: il momento dell'ingresso in una nuova realtà è forse il momento più difficile e delicato che andrebbe curato insieme alla persona, ai familiari e all'équipe nei minimi particolari per consentire che lo "strappo" possa essere il meno traumatico possibile. La qualità di vita rispecchia il benessere della persona che vive nella residenza, come viene specificato da A.M. Zilanti:

*è una qualità che si sviluppa e si modifica quotidianamente, sul sentire delle persone, sulla possibilità di avvertirsi parte di un luogo dove si può abitare e convivere con gli altri, dove si è accolti per quello che si è con le proprie deficienze e debolezze, dove si è protetti e supportati da operatori competenti, ma anche ascoltati, valorizzati e potenziati nelle minuscole azioni che è ancora possibile fare, nei risultati e piccoli traguardi che si possono conseguire<sup>108</sup>.*

La qualità concretamente si esprime nello star bene con gli altri anziani, con gli operatori, con la vicinanza dei familiari, con la possibilità di provare ancora sentimenti di affettività e fiducia, dove si può ancora svolgere un pezzetto della propria vicenda umana.

---

<sup>107</sup> E. Luppi, Op. Cit., pp. 56/57

<sup>108</sup> A.M. Zilanti, Op. Cit., pp. 58/59

## *Il personale del centro di servizi: il Benessere organizzativo*

Il personale che opera in un centro di servizi alla persona è, insieme alla persona anziana, direttamente coinvolto nel lavoro con la qualità: fautore e destinatario di ciò che l'organizzazione può realizzare in termini di qualità.

L'adozione di una cultura di qualità deve essere acquisita e condivisa a tutti i livelli organizzativi, non è una velleità della direzione o una visione di un singolo professionista, è una scelta che coinvolge tutte le figure professionali e quindi richiede il coinvolgimento di tutti. La condivisione permette il riconoscimento dell'apporto del proprio sapere e del proprio valore, il lavoro di tutti crea l'opportunità di cambiare e migliorare.

La dimensione del personale è duplice, individualmente ogni operatore porta il suo essere persona, con la sua professionalità, il suo vissuto, la sua storia ma all'interno della realtà residenziale, il singolo si deve integrare con il lavoro degli altri. È fondamentale riconoscere che le due dimensioni non si eliminano mai ma devono trovare un amalgama, un equilibrio dinamico nella quotidianità: non solo durante le ore di servizio ma in genere, come non si smette di essere persona durante il proprio lavoro, allo stesso tempo non si smette di essere operatore quando si esce dalla struttura. Ciò non vuol dire che si pensa sempre e comunque al lavoro, si intende che siamo unici e non frazionabili.

Va aggiunto che il lavoro in una realtà complessa come quella di una struttura assistenziale è molto stressogena, fa emergere vissuti personali, mette in discussione valori e credenze, essendo un'attività basata su relazioni particolari, l'attenzione al benessere organizzativo dovrebbe essere sempre massima.

La dimensione del gruppo e dell'équipe acquista un'importanza strategica sia dal punto di vista del benessere lavorativo sia nella progettazione e realizzazione del lavoro di cura, che nelle relazioni con le persone ospiti e i familiari. Giovanni Garena e Anna Maria Gerbo affermano l'importanza del lavoro di gruppo definendola una *"buona fatica" che alla lunga "paga", offre vantaggi ai cittadini utenti ma anche agli operatori ed alle loro istituzioni; se giocata bene, la dimensione di gruppo produce capitale sociale ed economico, razionalizza la spesa, fa crescere corresponsabilità*

e consapevolezza rispetto al proprio lavoro nel sociale<sup>109</sup>. Gli stessi autori ritengono che alla base del riconoscimento che il lavoro di gruppo è una fatica che premia, vi debba essere un presupposto fondamentale: “*Non è possibile concepire un’azione collettiva di qualità se si prescinde dalla dimensione della qualità individuale dei singoli attori, dalla loro strutturata adultità personale e professionale.*” Se l’operatore è adulto, eticamente responsabile, professionista in grado di riconoscere la necessità di apprendere e di verificare le proprie competenze, allora ci sono le precondizioni per favorire il lavoro di gruppo, delle équipes, del miglioramento nella qualità. Al contrario la sommatoria delle individualità che rimangono tali in gruppo diventano l’amplificarsi di debolezze, fragilità, frustrazioni, perdite di tempo, fughe dalle responsabilità<sup>110</sup>.

Il lavoro di gruppo come benessere organizzativo e lavorativo per il personale, come risorsa per un lavoro di qualità, ma anche come strumento per prevenire e combattere situazioni eccessivamente stressanti che portano al *burn out*. Condividere con gli altri le difficoltà e la complessità della relazione in una dimensione di malattia consente di sentirsi più forti, di affrontare l’incontro con l’altro mettendo in gioco l’empatia alla giusta distanza emotiva, per non bruciarsi.

---

<sup>109</sup> G. Garena, A.M. Gerbo, Op. Cit., p. 73

<sup>110</sup> G. Garena, A.M. Gerbo, Op. Cit., p.74

## Tavola n. 4<sup>111</sup>



qualità & benessere

### PIANO di MIGLIORAMENTO anno 2018

Denominazione progetto	"Benessere Organizzativo"
Eventuale fattore modello Q&B al quale è collegato il PdM	Vivibilità

Responsabile del progetto interno all'ente	RISQ
Numero di telefono	041/5799759
Numero di fax	
Indirizzo e-mail	<a href="mailto:info@casaluginariutto.it">info@casaluginariutto.it</a> - <a href="mailto:elisabetta.canton@casaluginariutto.it">elisabetta.canton@casaluginariutto.it</a>
Prima stesura del piano in data	Ottobre 2017
Figure coinvolte nella stesura del piano	Responsabile Area Socio Assistenziale - RISQ - Psicologi

Revisione numero	Data	Revisione precedente
1	30/04/2018	28/02/2018

QU.BE. Srl	Pag. 1 di 11	Modello di autovalutazione e valutazione reciproca e partecipata del benessere e della qualità della vita degli anziani nelle residenze per anziani	Mod. PM	Rev. 2 del 1 dicembre 2017
------------	--------------	---	---------	----------------------------

#### 1. Significatività per l'organizzazione dell'iniziativa di miglioramento

Descrizione sintetica dell'ambito di miglioramento e motivazioni che hanno spinto alla scelta dell'iniziativa di miglioramento

<sup>111</sup> Benessere Organizzativo

La scelta di orientare il piano di miglioramento sul tema del "Benessere Organizzativo" è nata principalmente dai seguenti fattori e valutazioni:

- Percezione e segnalazioni di particolare malessere lavorativo in due nuclei dell'Ente. I nuclei Salice e Robinia della residenza Quercia esprimevano un'evidente situazione di difficoltà comunicativa, relazionale e organizzativa, sia all'interno dei vari gruppi di operatori, sia tra le diverse figure professionali;
- La specifica tipologia di utenza, la cui complessità clinica, personale e socio familiare, spesso richiede particolari attenzioni e sensibilità da parte del personale e trova sovente difficile l'adattamento ad un ambiente (strutturale), non sempre in grado di rispondere alle esigenze della persona.
- La necessità di ridefinire, dal punto di vista organizzativo, le attività delle diverse figure professionali dell'Ente;
- La valutazione di percorsi formativi orientati al miglioramento delle modalità di lavoro anche in previsione dell'apertura della nuova residenza;
- Contenere e prevenire situazioni di rischio di burnout, legato all'anzianità di lavoro assistenziale di molti operatori, nella stessa realtà lavorativa;
- Necessità di uniformare la modalità di rilevazione del benessere organizzativo di tutto il personale non solo dipendente (v. nota esplicativa);
- Valutazione dell'Audit 2017, in cui si rilevava una carenza rispetto al valore della Vivibilità.

Per tali motivi si è ritenuto di fondamentale importanza il tema del Benessere Organizzativo, inteso come "...[quell]insieme di condizioni, culturali e organizzative, che determina la qualità della convivenza nei contesti lavorativi". La rilevanza di tale aspetto nella vita dell'Ente è peraltro sottolineato dalla cogente necessità odierna di dover gradualmente cambiare la propria struttura organizzativa e i propri processi di lavoro, sia al fine di perseguire la propria Mission, sia per diversificare/ampliare, nel tempo, le proprie attività e ambiti d'intervento. Il concetto di Benessere Organizzativo permette infatti, da un punto di vista operativo, un monitoraggio dell'efficienza e dell'efficacia di una struttura lavorativa e di individuare le criticità, ma soprattutto i margini di miglioramento.

Sulla base di tali presupposti, uno tra i passi più importanti da considerare, consiste nel far acquisire al proprio personale un maggior senso di appartenenza all'Ente, agendo sugli aspetti motivazionali, in ordine ad un miglioramento anche della comunicazione interpersonale, prerequisito, sia per un'efficace comunicazione nei gruppi di lavoro, sia nella comunicazione con l'utenza.

In tale senso, non è possibile quindi ignorare l'importanza della formazione e dell'aggiornamento delle capacità lavorative, anche multidisciplinari, legate cioè non solo all'ambito lavorativo nel quale si è posti, ma estendendo le conoscenze anche in altri campi, favorendo una professionalità trasversale utilissima in casi di mutamenti radicali nella propria organizzazione di lavoro.

Il Benessere Organizzativo è quindi aspetto decisivo nell'ambito delle peculiarità e delle necessità dell'organizzazione del personale e identifica pertanto proprio "la capacità di un'organizzazione di promuovere e di mantenere il più alto grado di benessere fisico, psicologico e sociale dei lavoratori in ogni tipo di occupazione".

#### Nota esplicativa:

La rilevazione del benessere organizzativo e la successiva proposta di costituzione di un gruppo di lavoro sul tema, ha coinvolto, in questa prima fase, solo il personale dipendente dell'Ente; non è stato somministrato il questionario agli operatori della cooperativa, che gestisce la residenza Magnolia, in quanto già dotati di modalità e procedure finalizzate alla valutazione del benessere lavorativo, in essere da tempo.

Per il personale dell' I.P.A.B., si trattava invece della prima esperienza di verifica generale, con uno strumento validato.

La situazione inoltre di alcuni nuclei ha richiesto la definizione di un intervento immediato e più incisivo, non condivisibile con altre realtà, se non in una fase più avanzata di consapevolezza del gruppo stesso.

La prospettiva infine dell'apertura della nuova residenza, probabilmente entro la fine del 2018, determinerà un ulteriore turn over del personale, con conseguente attivazione di nuovi equilibri e dinamiche interne.

In questa prima fase quindi la residenza Magnolia non è stata coinvolta direttamente non avendo a disposizione il tempo e delle modalità condivise di rilevazione, si prevede tuttavia un allineamento delle modalità di verifica e di somministrazione del secondo questionario previsto per il mese di ottobre/novembre 2018. Dopo una prima fase di avviamento del piano infatti sarà possibile verificare la possibilità di condividere la progettualità con il personale di tutte le residenze.

**Significatività dell'iniziativa per l'organizzazione (eventuali integrazioni con altre iniziative attivate dall'ente) e obiettivi che si vogliono raggiungere (quale impatto ci si attende dall'iniziativa di miglioramento sul piano aziendale, sugli obiettivi e sui risultati di performance)**

Dopo la somministrazione del questionario e una prima valutazione dei risultati, si è costituito un gruppo di lavoro multi-professionale, con una numerosità, che coniugasse rappresentatività e possibilità di un lavoro quanto più agile possibile.

Lo scopo del gruppo è quello di prendere in considerazione alcuni aspetti/aree di critica importanza e fame un'analisi dei bisogni, attraverso un continuo confronto/dialogo con i gruppi di lavoro più ampi dei vari nuclei, facendosi poi portavoce anche delle loro valutazioni/impressioni.

Il Gruppo ha anche il compito di valutare eventuali proposte e consigli, volti al superamento delle problematiche rilevate e diventare l'interlocutore della direzione, nella formulazione di eventuali percorsi e confronti su tematiche specifiche o di nucleo.

Dal punto di vista pratico, il gruppo, partendo dai risultati rilevati dal questionario, dovrà definire delle priorità sulle quali è necessario rielaborare un percorso di miglioramento.

Modalità di lavoro e frequenza degli incontri sono stabiliti dal Gruppo stesso, in relazione a esigenze organizzative e di confronto.

## 2. Sintesi generale del Piano d'intervento

A N.az.	B Azione	C Responsabile	D Data prevista di attuazione definitiva	E Diagramma di Gantt delle attività												F Stato di attuazione al	G Stato di attuazione al	H Stato di attuazione al
				G	F	M	A	M	G	L	A	S	O	N	D			
	Somministrazione del questionario sul Benessere Organizzativo	RISQ -Psicologi	Ottobre-novembre 2017															
	Rielaborazione dei dati e stesura relazione analitica	Psicologi	Dic.2017 Gen.Feb. 2018															
	Restituzione dei risultati	RISQ -Psicologi	Febbraio 2018															
	Costituzione del gruppo di lavoro e incontri del gruppo di lavoro	RISQ -Psicologi	Marzo 2018															
	Restituzione del lavoro svolto in questa fase dal gruppo con le prime proposte operative	RISQ -Psicologi - componenti del gruppo	Giugno e Novembre 2018															
	Somministrazione del II questionario sul Benessere Organizzativo	RISQ -Psicologi	Ott. Nov. 2018															

Stato di attuazione. Codice colore da utilizzare: verde – completato; arancione – in corso di attuazione; rosso – in ritardo rispetto a pianificato

Note sull'utilizzo del diagramma di Gantt

Si suggerisce di replicare il diagramma di Gantt in fase di verifica intermedia e/o finale solo nel caso in cui sia necessario effettuare delle modifiche alle attività pianificate. Se la pianificazione è accurata utilizzare le colonne F, G e H (videnziando la data delle verifiche) per riportare lo stato di attuazione.

## 3. Descrizione di dettaglio delle azioni che caratterizzano l'iniziativa di miglioramento

(duplicare la seguente tabella un numero di volte corrispondente alle azioni che si prevedono di realizzare)

Azione denominata	Somministrazione del questionario sul Benessere Organizzativo
Descrizione dell'azione di miglioramento e cosa si farà in concreto per la sua realizzazione	La somministrazione del questionario ha lo scopo di fornire una mappa del clima organizzativo. Per benessere organizzativo si intende la capacità di un'organizzazione di promuovere e mantenere il benessere fisico, psicologico e sociale dei lavoratori a tutti i livelli e ruoli, in modo tale da creare un "clima interno" sereno e partecipativo, che garantisce maggiore efficienza all'organizzazione stessa e di conseguenza una maggiore efficacia del Servizio. E' inoltre uno strumento conoscitivo sul benessere organizzativo all'interno dell'Ente, che permette la progettazione ragionata di specifici interventi formativi o modifiche strutturali. Il questionario è anonimo.
Professionisti coinvolti	Psicologi e RISQ
Indicatori di verifica del risultato raggiunto dalla presente azione	Numero dei questionari consegnati e restituiti
Periodo di attuazione (data avvio e conclusione)	Ottobre-novembre 2017

Azione denominata	Rielaborazione dei dati e stesura della relazione analitica
Descrizione dell'azione di miglioramento e cosa si farà in concreto per la sua realizzazione	Successivamente alla somministrazione e restituzione dei questionari, si rielaborano i dati raccolti e si stende una relazione analitica da parte del servizio di psicologia. La rielaborazione dei dati richiede molto tempo in quanto non supportata da strumenti tecnici e metodologie statistiche precedenti (orticità che dovrà essere ripresa per la successiva somministrazione, in cui si dovrà verificare l'opportunità di adottare un adeguato strumento informatico di supporto a questa fase). La relazione esamina le sensazioni percepite rispetto al clima organizzativo della stessa unità lavorativa, tenendo presente però che nella stessa azienda possono esistere climi molto diversificati, poiché l'ambiente organizzativo può essere percepito diversamente da membri appartenenti a qualifiche diverse, di differente posizione gerarchica, oppure di uffici diversi, ma nella stessa posizione. I questionari sono divisi per: nuclei di appartenenza lavorativa per gli OSS, area Socio Assistenziale ed Area amministrativa/Risorse Umane. L'esame delle risposte utilizza il confronto con alcuni indicatori di "benessere" e "malessere" elaborati dal Dipartimento della Funzione Pubblica in un manuale dedicato e con altri desunti dalla letteratura in materia.

Indicatori di verifica del risultato raggiunto dalla presente azione	Tempo necessario per la rielaborazione dei dati Contenuti di relazione/benessere della relazione analitica
Periodo di attuazione (data avvio e conclusione)	Dicembre 2017 – Gennaio-Febbraio 2018



<b>Azione denominata</b>	<b>Restituzione dei risultati - Costituzione del gruppo di lavoro</b>
<b>Descrizione dell'azione di miglioramento e cosa si farà in concreto per la sua realizzazione</b>	<p>La restituzione dei risultati è un passaggio importante, per esplicitare, con tutti i dipendenti, quali sono le aree ritenute critiche e quindi da migliorare; al programma un incontro di restituzione al termine del quale raccogliere le adesioni per la costituzione di un gruppo di lavoro, su base volontaria, sul tema del benessere lavorativo.</p> <p>La valutazione degli aspetti che possono essere migliorati viene lasciata allo specifico gruppo di lavoro costituito.</p>
<b>Professionisti coinvolti</b>	Psicologi - RSO
<b>Indicatori di verifica del risultato raccolto dalla presente azione</b>	Adesioni volontarie per la costituzione del gruppo di lavoro
<b>Periodo di attuazione (data avvio e conclusione)</b>	Febbraio - Marzo 2018

<b>Azione denominata</b>	<b>Restituzione del lavoro svolto dal gruppo con proposte operative</b>
<b>Descrizione dell'azione di miglioramento e cosa si farà in concreto per la sua realizzazione</b>	<p>Il gruppo di lavoro sul Benessere Organizzativo prende in esame le criticità riscontrate dai questionari; può valutare di lavorare su tutti gli aspetti o solo sui alcuni. Le caratteristiche del gruppo sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>COMPOSIZIONE:</b> Il gruppo è composto da personale dipendente con ruoli diversi, il numero dei componenti è variabile ma non dovrebbe essere troppo ampio</li> <li>• <b>SCOP:</b> lo scopo del gruppo è quello di prendere in considerazione alcuni aspetti/aree e fare un'analisi sui bisogni, confrontandosi con gli altri colleghi e facendosi portavoce anche delle loro impressioni. Deve anche valutare eventuali proposte e consigli volti al superamento delle problematiche rilevate. Può diventare l'interlocutore della direzione nella formulazione di eventuali percorsi e confronti su tematiche specifiche o di nucleo.</li> <li>• <b>COMPITI:</b> dal punto di vista pratico il gruppo, partendo dai risultati rilevati dal questionario, dovrà definire delle priorità sulle quali è necessario realizzare un percorso di miglioramento per superare le criticità emerse.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>ORGANIZZAZIONE DEGLI INCONTRI: la frequenza e la modalità di svolgimento degli incontri del gruppo sono in capo ai componenti del gruppo stesso. Sicuramente la partecipazione all'esperienza non dovrà incidere negativamente sul proprio lavoro, ma sarà un supporto all'attività principale di tutti.</li> </ul>
Professionisti coinvolti	Psicologi - RSDQ- Componenti del gruppo
Indicatori di verifica del risultato raggiunto dalla presente azione	Partecipazione regolare dei componenti del gruppo (fogli firma) Proposte operative per il raggiungimento dell'obiettivo (verbali incontri) Realizzazione di un documento con le proposte innovative per il miglioramento del clima organizzativo
Periodo di attuazione (data avvio e conclusione)	Prima metà mese di giugno 2018 – successivamente ottobre 2018

<b>Azione denominata</b>	<b>Il Somministrazione del questionario sul Rapporto Organizzativo</b>
Descrizione dell'azione di miglioramento e cosa si farà in concreto per la sua realizzazione	La somministrazione del SECONDO questionario ha lo scopo di fornire un confronto rispetto al lavoro svolto nel piano di miglioramento, in particolare rispetto al personale svolto dal gruppo di lavoro. Il secondo questionario coinvolge tutto il personale dell'ente ma anche quello della cooperativa che gestisce la residenza Magnolia.
Professionisti coinvolti	Psicologi e RSDQ
Indicatori di verifica del risultato raggiunto dalla presente azione	Numero dei questionari consegnati e restituiti
Periodo di attuazione (data avvio e conclusione)	Novembre - Dicembre 2018

### *I familiari: l'Associazione dei familiari*

Inserire un proprio caro in una struttura per persone non autosufficienti non è quasi mai una scelta facile, spesso è un percorso obbligato e definito dalla malattia o dall'impossibilità personale di gestire il proprio genitore a domicilio; il carico emotivo del familiare è molto alto, a volte i sentimenti sono ambivalenti, la stanchezza dell'assistenza si associa al distacco e alla paura di trovare un luogo che possa essere all'altezza delle cure necessarie. Se la non autosufficienza è stata determinata da un evento improvviso, i familiari avvertono un senso di impotenza di fronte ad una scelta che non sanno se è quella giusta, anche l'impegno economico che viene richiesto per l'inserimento in struttura accentua lo stato di preoccupazione. L'inserimento in struttura, solo negli ultimi anni, comincia ad avere un significato diverso da quello dell'abbandono, ci sono ancora figli che dichiarano che "l'ingresso in casa di riposo è l'ultima cosa che avrei pensato di fare per mia madre". Se il periodo di assistenza a domicilio è stato un percorso lungo e difficile, la stanchezza e i sensi di colpa possono sfociare in atteggiamenti depressivi o viceversa aggressivi verso la struttura perché la frustrazione è molto alta. In queste condizioni psicologiche, i familiari entrano nella realtà dei centri di servizi per anziani.

La qualità, nei confronti dei familiari, si evince dalla possibilità di dare voce alle loro preoccupazioni, paure, dimostrando che la cura e l'attenzione prestata nei confronti dei loro cari dal personale può garantire dignità, serenità, sicurezza e affetto, se anche loro condividono con il personale un percorso di conoscenza, fiducia e scambio di conoscenze. Lasciare solo un familiare con il proprio vissuto può solo aumentare il suo disagio, non dare la possibilità di confrontarsi con le preoccupazioni che lo assalgono, crea un distacco con la struttura e gli operatori, una separazione tra il prima e il dopo che può sfociare in atteggiamenti di sfiducia, lamentela, impossibilità di collaborazione nel percorso di adattamento.

La voce dei familiari viene raccolta dalla struttura attraverso alcune modalità:

- Questionari di soddisfazione
- Segnalazioni reclami ed apprezzamenti
- Focus group con i familiari

- Stesura e valutazione del Piano assistenziale individuale
- Colloqui individuali con i professionisti dell'équipe
- Partecipazione alle riunioni della direzione con i familiari
- Associazione dei familiari degli ospiti

## Tavola n. 5

### **COMITATO FAMILIARI OSPITI<sup>112</sup> (18)**

*Il Comitato dei Familiari (Associazione no profit), giuridicamente riconosciuta dal Consiglio di Amministrazione del Centro di Servizi alla Persona. "LUIGI MARIUTTO".*

*Il Comitato è nato con il preciso scopo di concorrere alla tutela della qualità della vita dei residenti, attraverso un costante rapporto ed una partecipazione attiva alle scelte gestionali del Consiglio di Amministrazione, offrendo contemporaneamente una serie di servizi ai familiari dei residenti o ai residenti iscritti.*

*Nel rispetto dei valori umanitari, volti alla tutela dell'integrità, della dignità e del rispetto innanzitutto dei residenti, ma anche dei familiari e degli operatori dell'Ente, l'Istituto sostiene e chiama il Comitato a:*

*▣ Collaborare alle attività dell'Ente;*

*▣ Promuovere ed assicurare ai residenti ed alle loro famiglie una esauriente e tempestiva diffusione delle informazioni ricevute dall'Istituto, relative alla vita interna della struttura ed alle politiche sociali istituzionali a favore degli anziani;*

*▣ Fornire all'Ente, in un contesto di reciproca collaborazione, suggerimenti, proposte e segnalazioni atte a migliorare la qualità e la consistenza dei Servizi erogati, nonché a risolvere o ad eliminare l'insorgere di eventuali problemi o disfunzioni;*

*▣ Promuovere nuove iniziative sociali, ricreative e culturali interne ed esterne finalizzate a migliorare la qualità della vita dei residenti;*

*▣ Collaborare con la Direzione dell'Ente, con i residenti e con il personale della struttura per instaurare e migliorare reciproci rapporti di solidarietà, di amicizia e di comprensione;*

*▣ Partecipare alle fasi di concertazione previste dalle normative vigenti in materia di servizi socio-sanitari.*

<sup>112</sup> La definizione di Associazione dei familiari degli ospiti è contenuta nella Carta dei Servizi dell'I.P.A.B. L. Mariutto). Deliberazione n. 22/2017

## L'organizzazione: La Carta dei Servizi

La qualità definisce il modo di essere dell'organizzazione, nella relazione che crea con le persone che vivono nella struttura, con i familiari, con i dipendenti e con tutti gli altri soggetti che possono entrare in contatto con essa. L'organizzazione si presenta con la sua visione del servizio e con una cultura organizzativa, se è orientata alla qualità, si presenterà con questa veste. È la veste di un Ente che si è aperto al cambiamento, che cerca di rispondere ai bisogni delle persone accolte, con responsabilità, che mette in atto processi organizzativi virtuosi per una gestione flessibile delle risorse, che utilizza sistemi manageriali per rispondere in modo efficiente ed efficace alle richieste istituzionali.

Si è scelto di inserire in questo paragrafo il tema della Carta dei Servizi perché si ritiene che possa rappresentare il “contratto/patto” che un centro di servizi sottoscrive con i suoi interlocutori. La carta dei servizi comunica in modo trasparente come una struttura si rapporta con le persone, quali sono le sue capacità di rispondere ai bisogni, trasmette i valori ritenuti importanti per l'ente e definisce la *mission*, esplicita i servizi che può offrire alla persona residenti.

La carta dei servizi non è, pertanto, un mero strumento informativo, ma uno strumento per comunicare la propria cultura aziendale attraverso la quale si prendono degli impegni per la realizzazione di prestazioni di qualità, si può quindi definire uno strumento di tutela per il cittadino che richiede e paga un servizio. Nella carta viene esplicitata l'assunzione, da parte del centro, di obiettivi specifici, degli standard di qualità degli impegni programmatici. E' pertanto un documento che obbliga l'organizzazione nel suo complesso, è anche uno strumento di gestione e di coinvolgimento del personale rispetto alla qualità delle prestazioni professionali e al miglioramento<sup>113</sup>.

---

<sup>113</sup> G. De Masi, V. Plastino, R. Vitale, Op. Cit., pp. 45/46

### La comunità locale: l'adozione del Centro di Servizi da parte della rete dei servizi

Volutamente è stato utilizzato il termine “adozione” per significare il fatto che la comunità locale, ivi comprese le istituzioni che amministrano a livello territoriale, hanno un ruolo di controllo rispetto al lavoro di qualità ma hanno anche la possibilità di promuoverla, riconoscendo il valore delle strutture residenziali, lo sforzo che viene fatto per mantenere alti livelli di assistenza e di prestazioni in una realtà in cui le risorse economiche non coprono nemmeno lontanamente le reali necessità finanziarie di gestione e le malattie cronico-degenerative delle persone anziane accolte, si presentano sempre più difficili da seguire. Adottare significa, non solo riconoscere l'esistenza della struttura nel proprio territorio, ma anche aprirsi alle sue iniziative, alla possibilità di condividere la gestione di servizi, di favorire l'utilizzo degli spazi per attività organizzate per la cittadinanza, in altre parole, a non considerarla un mondo lontano, posizionato in un piano diverso dal proprio. Significa rendere effettiva l'integrazione dei servizi nel territorio, come previsto dalla legge 328/2000, allontanando pregiudizi a favore di una maggiore conoscenza. La comunità locale può favorire il riconoscimento della dimensione dell'accoglienza delle strutture residenziali, non solo del ruolo di ultima spiaggia quando a domicilio non si può più rimanere. L'adozione anche dare la possibilità ad una persona anziana, non autosufficiente, di trovare un nuovo luogo, che per molti diventa proprio la loro casa, che risponda alle loro necessità.

### **6.3 La qualità come pratica innovativa che crea sinergia: quanto costa lavorare bene**

Ci sono due aspetti che si possono analizzare, per chiudere questo capitolo, sugli effetti positivi del lavoro con la qualità, possono essere considerati i due lati della stessa medaglia.

Il primo concepisce la qualità come pratica innovativa rispetto ad una visione generale del lavoro di cura ancora basato sul lavorare bene a macchia di leopardo

(non sempre la qualità viene assunta come progetto organizzativo olistico, ma solo per alcune parti operative, in questo caso non sempre è sinergico); si farà riferimento ad alcuni approcci relazionali riferiti alla cura dell'anziano fragile che possono essere assunti come pratica innovativa se ampliati e conosciuti da tutti i livelli dell'organizzazione (compresi gli uffici amministrativi, che non possono conoscere il modo in cui il colleghi nel reparto si approcciano con gli anziani, si potrebbero applicare alcuni aspetti di empatia tra colleghi quando ci si incontra per confrontarsi su un progetto piuttosto che su una problematica organizzativa).

Il secondo riguarda l'aspetto economico del lavoro di qualità, si accennerà al *benchmarking* e all'*activity based costing* (anche in questo caso la conoscenza dei costi e delle difficoltà economiche possono essere condivise anche con chi non è a contatto tutti i giorni con il bilancio ma contribuisce con il suo lavoro a determinare l'andamento positivo o negativo dello stesso).

Quanto verrà riportato di seguito, relativamente agli approcci di cura, è stato estrapolato e in parte rielaborato, dal testo di Elena Luppi "Prendersi cura della terza età<sup>114</sup>" che analizza la cura della persona anziana come un percorso educativo. Condivido questo modo di affrontare l'argomento per accentuare l'aspetto organico della qualità: si è detto che è cultura, che è un modo di concepire il proprio lavoro, che è un processo che si può mettere in atto con piccoli passi e che è costante, tutti aspetti che possono essere associati ad un cammino educativo. Verrà aggiunto alla fine anche un altro punto di vista che mi ha molto colpito quando l'ho conosciuto per la prima volta ad un convegno e mi è rimasto come un punto fermo al quale poter attingere spunti positivi.

L'aspetto innovativo che sta emergendo nella cura delle persone anziane è che la presenza di malattia e di decadimento cognitivo non richiedono solo risposte di tipo sanitario e assistenziale infatti, anche con capacità menomate e invalidate dalla malattia, la persona prova sentimenti, è in grado di relazionarsi con gli altri e può comunicare. Partendo da questa logica gli approcci maggiormente seguiti nella cura della persona residente in una struttura sono:

- o **Validation Therapy**, elaborata da Naomi Feil (1993) è un metodo di comunicazione che si basa sull'importanza dell'ascolto empatico della

---

<sup>114</sup> E. Luppi, Op. Cit., p. 46 e segg.

persona fragile e disorientata; va compreso e accettato il modo in cui la persona percepisce e comprende la realtà, al di là se sia effettivamente coerente, vengono valorizzate le emozioni che suscita un certo aspetto o un evento che la persona sta vivendo. L'operatore deve comprendere i comportamenti e accettarli completamente, senza giudizi o valutazioni: le persone possono essere portatori di sentimenti o ricordi di eventi a lungo negati e la relazione di cura può essere il tramite per facilitare la possibilità che la persona li esprima e si rassereni. L'approccio favorisce contatti emotivi significativi che possano ridurre la tensione e si basa su alcuni assunti:

- Viene riconosciuta l'unicità e il valore di ciascuna persona anziana;
  - Ciascun anziano in condizione di fragilità deve essere accettato com'è;
  - L'ascolto empatico è fondante della fiducia, riduce gli stati d'ansia e restituisce dignità;
  - I sentimenti negativi che sono espressi e accolti da una persona in posizione di ascolto autentico diminuiscono, mentre quelli che sono ignorati o repressi ritornano in modo più forte;
  - Non ci sono spiegazioni razionali dietro al comportamento delle persone in condizione di demenza grave, ma bisogni umani non espressi.
- o **La Terapia di Orientamento nella Realtà (ROT)**, ideata da Taulbee e Folson (1958). Il concetto principale è appunto il riorientamento della persona anziana basandosi sull'empowerment: la persona deve avere la possibilità di ricollocarsi nella propria storia, nella propria condizione attuale e nell'ambiente in cui si trova per mantenere uno stato di benessere. Secondo questo approccio vanno evitate le situazioni che riducono l'isolamento, e favorite invece il potenziamento dell'autostima, la partecipazione e il coinvolgimento sociale; vanno stimulate, rinforzate e ripetute le informazioni base che possano migliorare l'orientamento spazio-temporale nel contesto di vita e nella quotidianità collegandolo alla propria storia di vita (ai ruoli ricoperti, alle persone importanti che si sono incontrate, agli eventi che hanno definito la propria storia).
- o **Gentle Care**, ideato da Moyra Jones (1996). Si rivolge all'anziano e ai caregiver con lo scopo di promuovere il benessere nella persona e ridurre il



rischio di burn out dei familiari. Si basa sul mantenimento della realtà esistenziale della persona partendo dalla conoscenza approfondita della sua biografia, delle sue caratteristiche personali e del suo contesto di vita. Viene considerato e valutato l'impatto della malattia sulla persona, nel vissuto e nelle strategie che mette in gioco per affrontarla; vengono utilizzati strumenti di valutazione quantitativi e qualitativi in ottica multidimensionale con la collaborazione del caregiver (familiare o operatore) che diventa osservatore ma anche oggetto di osservazione nella relazione che instaura con l'anziano. Il caregiver collabora nella realizzazione del progetto di cura e nelle dinamiche relazionali che si instaurano con la persona. L'intervento si concretizza con la ricostruzione di una routine giornaliera personalizzata che partendo dalla storia della persona e del suo contesto di vita, valorizzi i punti di forza per creare una corrispondenza tra i bisogni e le attività proposte.

- o L' **Approccio capacitante**, sviluppato da Pietro Vigorelli (2006). Partendo dall'osservazione degli scambi verbali che normalmente avvengono tra gli operatori e le persone anziane, ha l'obiettivo di creare una modalità di comunicazione che possa promuovere una situazione di benessere personalizzato rispetto ai reali bisogni della persona e alle sue caratteristiche personali. L'approccio si realizza prestando attenzione all'atteggiamento di accoglienza e di ascolto da parte dell'operatore, un ascolto empatico, non giudicante, che possa far sentire l'anziano accettato è sicuro di poter compiere le proprie azioni senza la paura di sbagliare; l'operatore accompagna la persona nell'adattamento alla nuova situazione seguendo alcuni principi:
  - Il riconoscimento delle competenze;
  - Il riconoscimento delle molteplici identità della persona anziana;
  - Il riconoscimento dei mondi possibili;
  - Il riconoscimento del punto di vista del sistema di valori degli anziani in condizioni di fragilità.

L'intervento con la persona anziana si concretizza mettendola in condizione di poter svolgere le attività che è ancora in grado di fare senza sentirsi in errore ma beneficiando della felicità che ne deriva dal sentirsi attivi nel proprio contesto di vita.

o Modello di cura “**centrato sulla persona**”<sup>115</sup>, proposto da Tom Kitwood (1997), in particolare per le persone affette da decadimento cognitivo. Il presupposto di partenza è che le cure mediche per le persone con demenza non devono essere considerate le uniche strade da percorrere, il problema di una persona non va codificato solo da un punto di vista, l’anziano non deve essere considerato solo nella sua dimensione di malattia, non perde il suo essere persona; questo aspetto può essere ampliato a tutta la non autosufficienza. Kitwood ha elaborato un modello formato dai cinque elementi che costituiscono la situazione di una persona affetta da demenza: compromissione neurologica, la personalità (risorse di ciascuno a seconda delle opportunità che gli offre la vita), la biografia (la conoscenza della storia di vita), la salute fisica (problemi a livello metabolico non legati alla demenza), la psicologia sociale maligna (atteggiamenti che non permettono l’empowerment a chi è in difficoltà). La demenza o la malattia non vanno considerati solo come un problema della persona ma anche di chi le sta vicino, è un processo a due vie nel quale gli operatori o i familiari che offrono l’assistenza possono sostenere l’aspetto umano e mantenere uno stato di benessere della persona (psicologia benigna).

La psicologia benigna si concretizza in atteggiamenti che stimolano interazioni positive:

- Riconoscimento dell’altro come persona;
- Negoziare con la persona in merito a preferenze, desideri, bisogni;
- Collaborare per svolgere compiti insieme;
- Valorizzare l’espressione spontanea (il gioco);
- Offrire contatto e rassicurazione;
- Creare un’atmosfera espansiva e conviviale;
- Favorire il rilassamento fisico;
- Validare la verità soggettiva della persona;
- Contenere emotivamente;

---

<sup>115</sup> M.L. Raineri, *L’apporto del pensiero di Kitwood per la pratica del lavoro sociale*, intervento al Convegno “La tutela degli Anziani” organizzato dal Centro Studi Erickson, Rimini 2013. Tratto da N. Pavesi (a cura di), *Atti del Convegno*, Edizioni Erickson, Trento 2013

- “Sussidiare” la capacità di azione, sostituendola per quello che non è più in grado di compiere. (intervento di M.L. Raineri al Convegno di Rimini 2013)

o La «**bienveillance**<sup>116</sup>», non si può considerare una metodologia ma piuttosto in una cultura che ispira atteggiamenti positivi che allontanano il rischio di maltrattamento nei confronti delle persone anziane. Il maltrattamento si insinua soprattutto nei piccoli gesti quotidiani, quando un operatore si rivolge ad una persona residente chiamandolo “Nonnino” o dicendo alla persona “Fai pure i tuoi bisogni a letto, tanto hai il pannolone”, sono atteggiamenti che ledono la dignità della persona.

La *bienveillance* si basa sull’etica e sulla creazione di una relazione di fiducia e sicurezza tra la persona anziana e chi l’assiste e si traduce nella vicinanza e nell’accoglienza dei bisogni, nell’ accettazione delle richieste da parte delle persone anziane, nel rispetto delle loro scelte, nel riconoscimento dell’essere persone in quanto tali che meritano di stare bene e di essere realizzati anche in condizione di malattia.

Gli atteggiamenti della *bienveillance* sono:

- Prendersi del tempo per poter parlare con le persone e ascoltarle per acquisire fiducia e sentirsi apprezzati per quello che sono;
- Farle partecipare alle attività educative per favorire la socialità e uno scopo nella giornata;
- Astenersi dal dare soprannomi o nomignoli che infantilizzano la persona;
- Abituarsi alla persona, accettarla com’è, con le sue patologie e le sue difficoltà, cercando di evitare che cambi le sue abitudini.

Il passaggio dalla *bienveillance* alla *malveillance* è molto breve, nelle azioni quotidiane spesso non si pensa che il linguaggio o un atteggiamento sbrigativo dovuto al poco tempo per compiere le proprie attività, possano ledere la dignità di una persona. E’ necessario trovare una dimensione di accoglienza che permetta un approccio adeguato o come viene esplicitato nel sito

---

<sup>116</sup> Le definizioni di *Bienveillance* sono tratte in parte dal sito [www.maintienadomicile-conseils.com](http://www.maintienadomicile-conseils.com) e in parte dagli appunti raccolti durante il workshop “Oltre il “Buon Trattamento”: riconoscere i maltrattamenti e ripensare le relazioni nelle istituzioni” tenuto da L. Lomazzi e C. Sargenti (SUPSI, Lugano) al Convegno Internazionale “L’assistenza agli anziani”, organizzato dal Centro Studi Erickson a Rimini il 9/10 marzo 2018

[www.maintienadomicile-conseils.com](http://www.maintienadomicile-conseils.com), dal quale sono state riprese le informazioni, si tratta di trattare tutte le persone con gentilezza ma non di trattarle tutte allo stesso modo, è importante trovare la dimensione di equilibrio:

*Malgré les différences, chacun doit être traité avec bienveillance. Toutefois, la bientraitance des personnes âgées n'est pas une notion stéréotypée puisqu'elle varie en fonction des patients et du ressenti de chacun. Attention donc à ne pas tomber dans l'extrême et à trouver le juste milieu <sup>117</sup>!*

Per definire il secondo punto del paragrafo: “quanto costa lavorare bene” e per costo non si intende quantificare dal punto di vista monetario cosa comporta adottare un’ottica di qualità, bensì tentare di delineare la logica del miglioramento continuo, come impegno costante, nel quale rientra comunque anche il livello economico con l’obiettivo di trovare strategie per rendere migliore la performance della propria realtà assumendo percorsi gestionali virtuosi.

Il *benchmarking* e l'*activity based costing* sono due ambiti che difficilmente vengono presi in considerazione quando si parla di qualità della cura e della vita della persona anziana accolta in struttura. L’aspetto puramente economico e finanziario rimane spesso considerato come qualcosa di staccato rispetto all’assistenza e alla relazione con la persona. Nell’ottica di considerare l’organizzazione come una realtà completamente tesa alla qualità, tutte le sue parti devono cambiare il modo di porsi nei confronti dei vari aspetti e nei diversi livelli che la compongono e che possono essere migliorati.

Il **benchmarking** viene definito come “il processo sistematico di confronto tra prodotti, servizi, prassi e caratteristiche di più entità organizzative per consentire ad una impresa di capire e gestire i fattori che determinano prestazioni superiori<sup>118</sup>”. Il *benchmarking* può essere considerato come uno strumento per valutare le proprie prestazioni e metterle a confronto con quelle degli altri in una ottica di miglioramento, il confronto può essere rivolto ad altre realtà che operano però nello

---

<sup>117</sup> La traduzione di quanto riportato: “ Nonostante le differenze, tutti devono essere trattati con gentilezza. Tuttavia, il benessere degli anziani non è una nozione stereotipata poiché varia a seconda dei pazienti e delle sensazioni di ciascuno. Attenzione quindi a non cadere nell'estremo e trova la giusta via di mezzo!”. Tratto dal sito [www.maintienadomicile-conseils.com](http://www.maintienadomicile-conseils.com)

<sup>118</sup> A. Sebastiano, E. Porazzi (a cura di), *Benchmarking e activity based costing in ambito socio-sanitario. Evidenze empiriche dal mondo delle RSA*, Maggioli Editore, A. Arcangelo di Romagna (Rn) 2010, p. 24

stesso ambito, come la valutazione tra pari proposta dal Modello di Qualità & Benessere (b. funzionale), oppure può esplicitarsi in una valutazione interna tra diversi servizi o tra diversi nuclei assistenziali (b. interno).

Il *benchmarking* interno, che è quello che interessa maggiormente in questo paragrafo, si esplica nell'analisi dei processi operativi, valuta quali attività potrebbero essere riproposte anche in altri ambiti (standardizzate), perché considerate prassi positive, che possono produrre miglioramento anche in altri nuclei o uffici o parti di processi; lo scopo è quindi di diffondere delle buone prassi operative in più parti della stessa realtà aziendale partendo da una autovalutazione del proprio operato. Il *benchmarking* consente di conoscere approfonditamente l'organizzazione, in tutte le sue parti e nelle sue caratteristiche, nei punti di forza e nelle criticità; facilita il trasferimento delle informazioni nelle varie aree e reparti; può rendere uniforme il livello delle prestazioni, evitando che ci siano modalità molto diverse di gestione dei processi e della presa in carico<sup>119</sup>.

L' **activity based costing** (ABC) è un metodo per il calcolo dei costi che si basa sulle attività, non viene calcolato il costo del prodotto o del servizio alla fine del percorso di produzione/erogazione ma vengono assegnati dei costi alle singole attività che entrano nel processo. In questo modo sono visibili le attività che impegnano maggiormente, dal punto di vista economico, per le quali può essere fatta una valutazione di miglioramento. Le caratteristiche identificative del metodo ABC possono essere<sup>120</sup>:

1. Al centro del calcolo dei costi si trovano le attività e non i prodotti, non tutte le attività si riscontrano nella produzione di un prodotto o servizio ma per rispondere alle esigenze della persona destinataria del servizio;
2. Suggerisce la necessità di abbandonare la contabilità tradizionale basata sul centro del costo, come punto di raccolta delle informazioni a favore appunto delle attività, per verificare il perché si sostengono dei costi;
3. Incentiva a considerare le basi di imputazione dei costi ai prodotti o meglio alle variabili che entrano in gioco nella produzione, valorizzando la complessità del processo di produzione.

---

<sup>119</sup> A. Sebastiano, E. Porazzi (a cura di), Op. Cit., pp. 33/34

<sup>120</sup> A. Sebastiano, E. Porazzi (a cura di), Op. Cit., pp. 135/136

## Approfondimento:

### Intervista sul marchio Q&B

*Intervista a Mario Iesurum, coordinatore del Marchio Qualità e Benessere. Ingegnere, si occupa di consulenza aziendale sui Sistemi di Gestione per la Qualità, l'Ambiente, la Salute e Sicurezza e la Responsabilità Sociale. Ha partecipato allo sviluppo del sistema di valutazione del benessere del residente nelle strutture residenziali per anziani denominato "Marchio Qualità e Benessere" (Mirano, 23/03/2018).*

Dalla sua esperienza con il marchio "Qualità & Benessere" quale ritiene possa essere l'elemento che incide maggiormente nello sviluppo della qualità?

La **risorsa umana** è un aspetto fondamentale per la qualità del servizio, soprattutto nei servizi rivolti alle persone anziane perché **è nella relazione che si costruisce anche la qualità di vita**. Creare una relazione è complicato, soprattutto per chi presta l'assistenza, fare l'operatore addetto all'assistenza è un lavoro difficile se lo vuoi fare bene, è così anche per tutti gli altri ruoli professionali, se si desidera svolgere il proprio lavoro in un certo modo non è sempre semplice perché, diversamente da un reparto ospedaliero dove una persona rimane pochi giorni e dove è molto alto il valore della prestazione tecnica/professionale, in un centro di servizi ci deve essere un apporto professionale, tutti i componenti dell'equipe devono portare la loro parte, ma **è determinante la relazione che si crea con la persona**. Si tratta quindi di un gioco di squadra, di condividere il proprio lavoro con quello degli altri e si deve creare una leadership nel gruppo che tenga sempre alto questo aspetto.

Quali sono gli aspetti che caratterizzano il marchio "Qualità & Benessere"?

Il marchio Q&B non ha inventato uno strumento, non sarebbe servito perché il settore è lento nel cambiamento; esso è piuttosto **una comunità di pratica, è utile per costruire un senso all'interno dell'organizzazione, per indirizzare le energie di chi opera all'interno, verso lo stesso obiettivo**. L'adesione al marchio significa che un'organizzazione accetta di **analizzare il proprio intimo** e quindi non tutti gli enti sono disposti a farlo. Il marchio misura la capacità organizzativa mentre l'organizzazione che valuta sé stessa. L'adesione al marchio non è per tutti perché è un percorso talmente invasivo che non tutti hanno voglia di mostrare l'intimo della propria organizzazione ad altri che fanno lo stesso lavoro, l'organizzazione deve essere consapevole che viene valutata e a sua volta deve valutare, in quella che si può chiamare, una **competizione cooperativa**; il fine è quello di fare

bene il proprio lavoro, in questo va detto che **non tutte le organizzazioni sono consapevoli della necessità di cambiamento**. Se si pensa che generalmente le persone scelgono la struttura dove essere accolti sulla base di tre criteri di scelta: la territorialità, il prezzo e la qualità, ma quando un anziano viene accolto, si ribalta la posizione e la qualità diventa prioritaria rispetto agli altri due livelli. La richiesta da parte degli anziani di cambiare struttura è un elemento che ti evidenzia che non c'è qualità. Un altro aspetto che differenzia Q&B, per esempio dalla ISO 9000, è **la vicinanza alle persone, operatori, familiari e residenti**. Attraverso i focus group per i residenti e per gli operatori, **coinvolge maggiormente gli attori, li rende partecipi nella valutazione e avvicina i familiari**. Creare e strutturare un **team di autovalutazione multiprofessionale**, fare i focus group residenti e operatori, non è un dovere ma è una **volontà** di farli. Per tale motivo, di tutte le strutture che hanno partecipato al marchio, alcune si sono perse per strada perché non avevano da dare niente al marchio.

Non c'è il rischio che si diventi autoreferenziali o comunque che dopo un po' di tempo ci si fermi?

No, perché ogni tre anni vengono revisionati i suggerimenti operativi, essi vengono ridefiniti rispetto alla realtà che si verifica; **il benchmarking pone le residenze in un ambito di competizione generativa**. Inoltre, per evitare il rischio di saturazione, c'è la revisione degli indicatori e l'affinamento degli strumenti di valutazione che vengono di volta in volta diversificati.

Con i principi enunciati nella **CARTA DEI VALORI** si considera il benessere dell'anziano, del cliente finale.





## 7 – LA QUALITA' RIGENERATIVA

### 7.1. Conclusioni

*Un miglioramento significativo è sempre possibile se ci sforziamo per primi a pianificare ogni singolo dettaglio delle nostre vite e delle nostre azioni, accettando l'ingerenza del destino solo secondo i nostri termini e le nostre condizioni” Nelson Mandela<sup>121</sup>*

La qualità nei centri di servizi per anziani va desiderata, pianificata e perseguita senza ripensamenti; il cambiamento di mentalità e di approccio nella cura e nell'assistenza alla persona anziana è un passaggio obbligato. È un passaggio obbligato perché va rispettata la vita degli esseri umani ed è obbligato perché altrimenti le persone e le organizzazioni rischiano di diventare contenitori sterili, privi di risorse e di capacità di conservarsi. Pensando alla qualità possono essere richiamate molte argomentazioni, alcune delle quali sono state trattate in questo elaborato, per cercare di fare una sintesi di quanto esposto, si prendono in considerazione alcuni concetti, ritenuti invitanti per concludere l'esposizione:

1. **Crede nella qualità.** Ritenere che essa rappresenti la reale possibilità di affrontare la complessità del lavoro di cura. Il passaggio è sostanziale, si cambia modo di affrontare il proprio lavoro e il modo di relazionarsi con gli altri. La qualità, da termine utilizzato in tutti i casi in cui si nota che qualcosa è stata fatta bene o per lamentarsi che qualcosa altro è fatto male, acquista un ruolo pervasivo nelle azioni, attività, pensieri, modo di operare e di atteggiarsi: crederci significa quindi, operare un cambiamento sostanziale nel modo di vivere il proprio lavoro. La consapevolezza che sia necessario un cambiamento di mentalità nella gestione quotidiana del proprio servizio, dal dirigente, agli uffici amministrativi, ai professionisti, agli operatori, al personale dei servizi ausiliari, è credere nella qualità. Il cambiamento si

---

<sup>121</sup> N. Mandela, *Parole per il Mondo*, Sperling&Kupfer Editori, 2013, p. 122

verifica quando, nelle problematiche quotidiane che si incontrano, non c'è la lamentela e la colpevolizzazione, ma davanti al problema, c'è l'assunzione di responsabilità di riconoscerlo, dividerlo e trovare una possibile soluzione.

## 2. **Cultura dell'accoglienza.**

*L'accoglienza è un'apertura: ciò che così viene raccolto o ricevuto viene fatto entrare - in una casa, in un gruppo, in sé stessi. Accogliere vuol dire mettersi in gioco, e in questo esprime una sfumatura ulteriore rispetto al supremo buon costume dell'ospitalità - che appunto può essere anche solo un buon costume. Chi accoglie rende partecipe di qualcosa di proprio, si offre, si spalanca verso l'altro diventando un tutt'uno con lui<sup>122</sup>.*

La cultura dell'accoglienza quindi presuppone che l'apertura verso l'altro sia patrimonio interiorizzato e che si manifesti nelle attività quotidiane.

3. **Energia.** L'energia è necessaria in ogni dimensione. Per operare il cambiamento, per affrontare il lavoro di cura, per relazionarsi con i colleghi, per accettare la malattia e la morte delle persone che si assistono, per affrontare i problemi di bilancio. Ogni azione umana richiede un carico di energia notevole, non è pensabile di averne in quantità illimitata; per quanto un professionista sia preparato, è umano che ci sia un momento in cui le forze diminuiscono, soprattutto in un settore dove il contatto quotidiano con la malattia e la relazione con gli altri è costante. Il cambiamento verso la qualità, può essere un supporto, non cambia la sostanza del proprio lavoro, non diminuiscono le paure o le responsabilità, rimangono i problemi e le situazioni difficili, ma possono essere visti e affrontati in modo attivo e costruttivo, possono essere condivise con altri colleghi, il pensiero non si ferma solo sul problema ma si sposta verso l'azione possibile.

---

<sup>122</sup> Sito [www.unaparolaalgiorno.it](http://www.unaparolaalgiorno.it)

5. **Empowerment.** Il contesto sociale richiede alle organizzazioni di essere dinamiche, di rispondere a bisogni che cambiano velocemente, di pensare a strategie innovative. Per converso, le organizzazioni necessitano che il personale, a sua volta, sia efficiente e pronto ad ogni cambiamento, attivo e preparato. L'effetto centrifuga è assicurato se non si tenta di controllare consapevolmente ciò che viene richiesto. Un progetto sulla qualità dovrebbe permettere di conferire capacità e strumenti di reazione positiva al miglioramento.

5. **Il Tempo** rappresenta forse l'aspetto più contraddittorio nel percorso verso la qualità. I centri di servizio devono rispondere ai bisogni delle persone anziane in tempi molto brevi, le condizioni degli anziani accolti nelle strutture sono peggiorate notevolmente negli ultimi anni, in questo momento vanno ricercate soluzioni adatte alla cura e al benessere. Le risorse economiche che le istituzioni dovrebbero stanziare alle strutture per non pesare completamente sulle persone e le loro famiglie, da anni sono diminuite e non sembra sia possibile pretendere un adeguamento. Dall'altra parte, far fiorire una cultura di qualità richiede molto tempo e si afferma con piccoli traguardi che devono essere metabolizzati lentamente per diventare patrimonio di chi opera nelle strutture. La qualità può rigenerare perché può trasmettere fiducia nel cambiamento, può trasmettere apertura e può trasmettere energia.

Il 23 e 24 maggio 2018, si è svolto a Piacenza il "Meeting delle professioni di cura 2018<sup>123</sup>". Aver avuto la possibilità di partecipare a tale evento ha rappresentato una vera infusione di energia positiva trasmessa dai relatori, operatori di centri di servizi come tutti gli altri partecipanti, persone che ogni giorno mettono a disposizione la loro professionalità, le loro competenze per la cura e il benessere delle persone che risiedono nelle strutture e verso i colleghi per mantenere sempre presente l'obiettivo di garantire qualità di vita, anche nelle persone che versano in condizioni vegetative. La qualità rigenerativa è in sostanza questo, l'obiettivo costante e quotidiano di operare per il benessere, fa star bene, ed essendo in salute si può continuare a

---

<sup>123</sup> Meeting delle professioni di cura. Comunicare per crescere, Piacenza 23/24 maggio 2018 organizzato dalla Casa editrice Dapero

produrre benessere che a sua volta ne produce dell'altro. Il lavoro di qualità può creare un circolo virtuoso che rigenera, là dove si hanno gli strumenti per trasformare la lamentele in opportunità di cambiamento, e le difficoltà in possibilità di miglioramento del gruppo. La dimensione individuale è fondamentale come apporto di professionalità ma si affievolisce nell'ambito del percorso di cura dove diventa più evidente il lavoro condiviso per la cura.

Ci sono parole che ricordano in modo ricorrente nei gesti quotidiani le sensazioni provate ascoltando i relatori: entusiasmo, passione, condivisione, energia, curiosità, disponibilità, riconoscimento, voglia di migliorarsi, in loro non c'era assolutamente una voglia di sentirsi migliori degli altri ma l'orgoglio di trasmettere semplicemente le loro esperienze, con tutte le difficoltà, di condividere con gli altri la possibilità di pensare a nuove strategie e soprattutto di provare un trasporto empatico verso gli altri esseri umani.

Rigeneratrice perché può mettere le condizioni per:

- Restituire alle persone anziane una opportunità di sperimentare, anche in condizioni di non autosufficienza e di necessità di cura e assistenza, benessere e qualità di vita. Il diritto di sentirsi persona, con i propri limiti, e come tale di esigere dignità e possibilità di instaurare relazioni positive anche in una dimensione comunitaria.
- Restituire significato e passione a chi lavora. La complessità del lavoro in un centro di servizi è stata più volte richiamata nel presente elaborato, le attuali problematiche di gestione e di bilancio vanno di pari passo con l'aumento della gravità delle malattie e le difficoltà dei carichi assistenziali. In una situazione di disagio generale è difficile dare un senso al proprio lavoro rimanendo legati alla prestazione assistenziale o al far quadrare i conti, il peso diventa così grande che la passione per il proprio lavoro viene meno. L'apertura ad una dimensione che guarda alla complessità nel suo insieme come elemento insito nel proprio quotidiano ma che può essere scomposta in varie parti e affrontata con l'aiuto dei colleghi può diventare uno stimolo positivo.
- Restituire forza all'organizzazione. L'organizzazione va valorizzata perché è il contenitore di tutta la complessità e di tutte le persone che vivono e lavorano nella struttura e può raccontare la sua storia.

*La storia organizzativa, è come la storia di vita della persona anziana, permette di cogliere i significati, catturando l'attenzione, stimolando l'apprendimento e le facoltà cognitive, portando alla luce le emozioni di solito represses; rimette insieme significati diversi, magari contrastanti, su problemi complessi, favorendo l'evoluzione della cultura organizzativa<sup>124</sup>.*

L'evoluzione dell'organizzazione crea nuove spinte per chi la forma.

- Restituire welfare alla comunità per essere effettiva risorsa nel sistema integrato di servizi. La responsabilità sociale<sup>125</sup>: un'impresa socialmente responsabile monitora e risponde alle aspettative economiche, ambientali, sociali di tutti i portatori di interesse facendosi anche promotrice nei confronti della comunità e del territorio di un percorso di costruzione condivisa di attenzioni sociali per uno sviluppo sostenibile.

“La Qualità rigeneratrice”, la speranza che si possa ogni giorno trovare la possibilità di mantenere viva la passione per il proprio lavoro, di avere la convinzione che si possano pensare soluzioni nuove anche senza le risorse di cui si avrebbe bisogno, di non sentire la solitudine e il peso di prendere decisioni perché si fa parte di un gruppo che condivide le stesse difficoltà, di sentirsi liberi di partecipare con le persone anziane residenti e i loro familiari ad un pezzetto della loro vita con tutte le difficoltà che si presentano. La qualità può rappresentare tutto questo, un percorso lungo, faticoso, probabilmente molto difficile da raggiungere ma appagante, molti centri di servizi hanno raggiunto questo traguardo quindi non è utopia, è puntare all'obiettivo.

*Ci attende un futuro radioso. Ci attende il gravoso compito di puntare alle stelle, lavorando duramente, con onestà e integrità*

*(Nelson Mandela)<sup>126</sup>*

---

<sup>124</sup> S. Simoni, *Le culture organizzative dei servizi. Sociologia dell'organizzazione e i servizi alla persona*, Carocci Faber Editore, Roma 2003, p. 111

<sup>125</sup> F. Iurlaro, *Op. Cit.*, p.20

<sup>126</sup> N. Mandela, *Op. Cit.*, p. 163



## BIBLIOGRAFIA

D. Barberis (a cura di), *Il prodotto del lavoro sociale. Un percorso per definirlo, valorizzarlo e valutarlo*, Franco Angeli, Milano 2009

A. Battistella, U. De Ambrogio, E. Ranci Ortigosa, *Il Piano di Zona, Costruzione, gestione, valutazione*, Carocci Faber Editore, Roma, 2004

G. Bertin, *Governance e valutazione della qualità nei servizi socio-sanitari*, Franco Angeli, Milano 2007

G. Bertin, L. Fazzi, *La governance delle politiche sociali in Italia*, Carocci Editore, Roma, 2010

G. Bissolo, L. Fazzi, *Costruire l'integrazione sociosanitaria. Attori, strumenti, metodi*, Carocci Faber Editori, Roma, 2005

A. Cabassi, M.T. Zini, *L'assistente sociale e lo psicologo. Un modello di lavoro integrato*, Carocci Faber Editori, Roma, 2004

F. Cavanna, *Management e Governance nelle residenze sanitarie assistenziali*, Maggioli Editore, S. Arcangelo di Romagna (Rn), 2007

F. Cavanna (a cura di), *RSA: oltre la cura, il benessere*, Editrice Dapero, Piacenza 2017. P.25

O. Cellentani, *Manuale di metodologia per il servizio sociale*, Franco Angeli, Milano, 1995

A. Cester (a cura di), *Dalla qualità totale alla carta dei servizi nelle Residenze per Anziani pubbliche e private*, Edizioni Vega Maggioli, S.ta Lucia di Piave (Tv) 1998

G. Chiaretti, M. Rampazi, C. Sebastiani (a cura di), *Conversazioni, storie, discorsi*, Carocci Editore, Roma, 2001

P. Colamonico, *Microcosmo. Il piccolo gruppo: dinamiche, formazione, psicoterapia*, La Nuova Italia Scientifica, Roma, 1994

G. Costa, *Quando qualcuno dipende da te. Per una sociologia della cura*, Carocci Editore, Roma, 2007

F. De Girolami, S. Faggian, *La relazione nelle strutture residenziali. L'operatore, i familiari, l'utente*, Carocci Faber Editore, Roma 2006

F. Dell'Orto Garzonio, P. Tacconi, *Conoscere la vecchiaia. Manuale per operatori sociali, educativi e sanitari*, Carocci Faber Editori, Roma, 1990

G. De Masi, V. Plastino, R. Vitale, *Progettare la qualità nelle residenze per anziani*, Franco Angeli, Milano 2001

- D. Demetrio, *Raccontarsi. L'autobiografia come cura di sé*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 1995
- S. Faggian, E. Borella, G. Pavan, *Qualità di cura e qualità di vita delle persone con demenza: dalla misurazione all'intervento*, Franco Angeli, Milano, 2013
- S. Falchero, *La qualità nelle strutture per anziani. Come misurarla con il metodo Qualsost*, Carocci Editore, Roma, 2007
- M.S. Falconi, L. Lodi, V. Molteni, O. Prete, *Viaggiatori controcorrente. Percorsi di benessere non farmacologico*, Editrice Dapero, Piacenza, 2017
- L. Fazzi, *Il lavoro con gli anziani in casa di riposo*, Maggioli Editore, S. Arcangelo di Romagna (Rn), 2014
- M. Ferrante, S. Zan, *Il fenomeno organizzativo*, La Nuova Italia Scientifica, Roma 1994
- M. Ferrari, *La frontiera interna. Welfare locale e politiche sociali*, Accademia universitaria Press, Milano, 2010
- F. Ferrario, *Il lavoro di rete nel servizio sociale. Gli operatori fra solidarietà e istituzioni*, La Nuova Italia scientifica, Roma, 1992
- F. Folgheraiter, *Teoria e metodologia del servizio sociale. La prospettiva di rete*, Franco Angeli, Milano, 1998
- B. Franco, *Il potere degli anni. Storie di anziani e di chi li assiste*, Società Editrice Fiorentina, 2010
- B. Franco, R. Cavaliere, *Coaching in RSA. Fare la differenza nei Servizi alla Persona*, Società Editrice Fiorentina, Firenze, 2015
- M. Fumagalli, L. Lionetti, *La storia della mia vita. Raccogliere la vita delle persone con demenza*, Maggioli Editore, S. Arcangelo di Romagna (Rn), 2016
- G. Garena, A.M. Gerbo, *Qualità e accreditamento dei Servizi Sociali*, Maggioli Editore, S. Arcangelo di Romagna (Rn), 2010
- A.Guaita, M.Trabucchi, *Le Demenze. La cura e le cure*, Maggioli Editore, S.Arcangelo di Romagna (Rn), 2016
- F. Iurlaro, *Il personale nelle RSA e nelle strutture per anziani. Organizzare, gestire e valorizzare il lavoro socio-sanitario*, Maggioli Editore, S. Arcangelo di Romagna (Rn), 2010
- F. Iurlaro, *RSA: metodi e buone prassi per raggiungere l'eccellenza*, Maggioli Editore, S. Arcangelo di Romagna (Rn) 2015
- K. Jones, B. Cooper, H. Ferguson (a cura di). *Lavoro per bene. Buone pratiche nel*



*servizio sociale*. Ed. italiana a cura di M.L. Raineri, Erickson 2008

C. Kaneklin, G. Aretino, *Pensiero organizzativo e azione manageriale. Gli stili di pensiero che orientano la conoscenza dell'organizzazione e legittimano l'azione del manager*, Raffaello Cortina editore, Milano, 1993

C. Kaneklin, F. Olivetti Manoukian, *Conoscere l'organizzazione. Formazione e ricerca psicosociologica*, Carocci Editore, Roma, 2013

D.G. Larson, *Aiutare chi soffre. Una guida per chi offre relazioni di aiuto a persone colpite da lutti e malattie terminali*, Edizioni la meridiana, Molfetta (Ba), 2007

E. Leonardi, *Manager della Qualità. Il modello organizzativo ISO 9001*, Edizioni Egea, Milano 2015

E. Leonardi, *Disegnare i processi. Il metodo ZOOM UP. La persona e il gruppo. La comunicazione interna*, FrancoAngeli, Milano, 2012

L. Licalzi, *Che cosa ti aspetti da me?*, Rizzoli-Bur, Milano, 2005

E. Luppi, *Prendersi cura della terza età. Valutare e innovare i servizi per anziani fragili e non autosufficienti*, Franco Angeli, Milano, 2015

M. Madia (a cura di), *Un welfare anziano. Invecchiamento della popolazione o ringiovanimento della società?*, Il Mulino, Bologna, 2007

N. Mandela, *Parole per il Mondo*, Sperling&Kupfer Editori, 2013

Marangon M., *La rendicontazione sociale nelle RSA*, Maggioli Editore, S. Arcangelo di Romagna (Rn), 2013

J.G. March, J.P. Olsen, *Riscoprire le istituzioni. Le basi organizzative della politica*, Il Mulino, Bologna, 1989

M. Minelli, W. Orsi, R.A. Ciarrocchi, G. Lupi, *Il valore della qualità nei servizi per gli anziani. Esperienze di valutazione e miglioramento*, Franco Angeli, Milano, 2010

A.Monteleone, *Non autosufficienza e qualità della vita*, Maggioli Editore, S. Arcangelo di Romagna (Rn), 2015

E. Morin, *Introduzione al pensiero complesso*, Sperling&Kupfer Editori, Milano, 1993

N.N.A. (a cura di), *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. 5° rapporto. Un futuro da ricostruire*, Maggioli Editore, S. Arcangelo di Romagna, 2015

N.N.A. (a cura di), *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. 4° rapporto. Tra crisi e ripartenza*, Maggioli Editore, S. Arcangelo di Romagna (Rn), 2013

N.N.A. Network (a cura di), *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia – 6° Rapporto 2017/2018*, Maggioli Editore, S. Arcangelo di Romagna (Rn), 2017

S. Pasquinelli, G. Rusmini (a cura di), *Badare non basta. Il lavoro di cura: attori, progetti, politiche*, Ediesse, Roma, 2013

Pavesi N. (a cura di), Atti del Convegno. *La tutela degli Anziani*, Erickson, Trento, 2013

S. Pellegrini, C. Siviero, *Non trovo le parole. Il metodo Validation per comunicare con l'anziano affetto da demenza*, Editrice Dapero, 2018

S. Peruzzi, *Liberare la qualità*, Maggioli Editore, S. Arcangelo di Romagna (Rn), 2013

A.Pipio, *Comunicare con se stessi e con gli altri. Strumenti e strategie per risolvere situazioni critiche*, Editrice Dapero, Piacenza, 2017

G.P. Quaglino, C.G. Cortese, *Gioco di squadra. Come un gruppo di lavoro può diventare una squadra eccellente*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2003

V. Scaccabarozzi, *Residenzialità leggera. Un servizio proiettato nel futuro*, Editrice Dapero, Piacenza, 2018

F. Schiavo, *Malati per forza. Gli anziani fragili, il medico e gli eventi avversi neurologici da farmaci*, Maggioli Editore, S. Arcangelo di Romagna (Rn), 2014

A.Sebastiano, E. Porazzi (a cura di), *Benchmarking e activity based costing in ambito socio-sanitario. Evidenze empiriche dal mondo delle RSA*, Maggioli Editore, S. Arcangelo di Romagna (Rn) 2010

S. Simoni, *Le culture organizzative dei servizi. Sociologia dell'organizzazione e i servizi alla persona*, Carocci Faber Editore, Roma 2003

E. Tanzi, N. Masiero, P. Vallese (a cura di), *Le strutture residenziali per anziani nel Veneto: un'indagine tra misure economiche e di qualità*, IRES, Veneto, 2009

P. Vigorelli, *Cinque minuti per l'accoglienza in RSA. Un metodo basato sull'Approccio capacitante*, Franco Angeli, Milano, 2012

P. Vigorelli, *Aria nuova nelle case per anziani. Progetti capacitanti*, Franco Angeli, Milano, 2012

L.L. Viney, *L'uso delle storie di vita nel lavoro con l'anziano. Tecniche di terapia dei costrutti*, Erickson, Trento, 1993

A.M. Ziliani, *La direzione di strutture per anziani*, Carocci Faber Editore, Roma 2011

## **Riviste:**

E. Balocco, *Modernità di un concetto antico: Nachtraeglichkeit*, in Spunti n. 16/2013. Rivista dello Studio APS, Milano

A. Battistella, C. Previdi, *Accesso al welfare e accreditamento*, in Prospettive Sociali e Sanitarie, n. 20/2006

A. Battistella, *L'accreditamento istituzionale: una sfida difficile*, in Prospettive Sociali e Sanitarie n. 21/2001

A. Battistella, *Qualità nelle strutture residenziali per anziani e costi di gestione crescenti*, in Prospettive Sociali e Sanitarie, n. 2/2012

C. Bezzi, *Valutazione partecipata nei servizi*, in Prospettive Sociali e Sanitarie, 6/2001

F. Biolcati Rinaldi, L. Leone, *L'approccio realista alla valutazione degli effetti*, Materiali UVAL, Analisi e Studi Documenti Metodi n. 22/2011, Cap. V

E. Camanni, *Chi te lo fa fare? L'alpinismo come metafora di fatiche e sofferenze sensate*, Rivista Spunti n. 15/2012, Studio APS

F. Cecchinato, *La qualità della vita di lavoro in azienda: un investimento strategico per il presente e il futuro*, in Spunti n. 16/2013. Rivista dello Studio APS, Milano

F. Cecchinato, *L'esperienza manageriale tra idealizzazione e disagio*, in Spunti n. 15/2012. Rivista dello Studio APS, Milano

C.G. Cortese (a cura di), Intervista a C. Kaneklin. *Lavorare insieme agli altri. Come riscoprire il piacere di produrre insieme un cambiamento?*, in Animazione Sociale, Gruppo Abele, Torino, n. 3/2007

F. Dalla Mura, *Servizi sociali e accreditamento: profili giuridici*, in Prospettive sociali e sanitarie, n.16-17/2010

U. De Ambrogio, C. Dessi, V. Ghetti, D. Gregorio, *La valutazione di progetti per la promozione della coesione sociale: analisi di un'esperienza*, in Prospettive sociali e sanitarie, n.20/2009

C. Favaretti, P. De Pieri, *L'accreditamento dei servizi: note terminologiche*, in Studi Zancan n. 5/6 2001: "*Valutare la qualità nei servizi socio sanitari*", Fondazione Zancan, Padova

C. Favaretti, P. De Pieri, *L'accreditamento dei servizi: note terminologiche*, in Studi Zancan n. 5/6 2001: "*Valutare la qualità nei servizi socio sanitari*", Fondazione Zancan, Padova

M. Giordani, E. Negri, M. Iesurum, *Il marchio Qualità & Benessere: promuovere la qualità, diffondere le buone prassi*, Rivista Welfare Oggi n. 2/2016

M.C. Guerra, Modelli di accreditamento e configurazione dei *mercati*, in Prospettive Sociali e Sanitarie n. 16/17 2010

La Rivista del Lavoro sociale, *Il rispetto nella cura*, n. 4 agosto 2015

La Rivista del Lavoro sociale, *Valorizzare "L'Umano"*. Metodi e strumenti nell'assistenza agli anziani, n. 6 dicembre 2017

S. Messina, *La qualità nelle residenze per anziani*, articolo della rivista Welfare oggi, n. 4/2011

A. Orsenigo, *Appigli e rimedi per lavorare in modo più efficace e soddisfacente*, Rivista Spunti n. 15/2012, Studio APS Milano

A.Orsenigo, *Sofferenze, fatiche e illusioni al lavoro*, Rivista Spunti n. 14/2011, Studio APS Milano

C. Premoli, *Lavorare in qualità con le ISO 9000*, in Prospettive Sociale e Sanitarie, n. 8/2001

M. Passerini, *Sprazzi di conoscenza creativa. Acquisizioni metodologiche e apprendimenti*, in Spunti n. 16/2013. Rivista dello Studio APS, Milano.

M.G. Raciti, *La sofferenza e la fatica del cambiamento*, in Spunti n. 14/2011. Rivista dello Studio APS, Milano.

M. Revelli, *Senso e relazione in diversi modelli organizzativi del lavoro*, in Spunti n. 14/2011. Rivista dello Studio APS, Milano

M. Savio, *Conoscere la sofferenza in tempo di crisi*, in Spunti n. 15/2012. Rivista dello Studio APS, Milano

M. Savio, *Crisi e sofferenza nelle organizzazioni lavorative*, in Spunti n. 14/2011. Rivista dello Studio APS, Milano

## **Progetti / Esperienze**

Dispensa Dott. Wienand, Lezioni a.a. 2013/2014, disponibili nel sito dell'Università di Ferrara, [www.unife.it](http://www.unife.it)

Progetto Eustacea, programma Daphne III, Carta europea dei diritti e delle responsabilità degli anziani bisognosi di assistenza e di cure a lungo termine. Guida di accompagnamento 2010

"L' arte della qualità della vita nelle strutture residenziali per anziani" Q&B  
11° corso per infermieri "Qualità, continuità e complessità nell' assistenza all'

anziano”

Progetto Wedo per il Benessere e la Dignità delle Persone anziane, Quadro europeo per la qualità dei servizi di assistenza a lungo termine, 2012

La presa in carico degli anziani non autosufficienti. Un contributo per conoscere e decidere, Quaderno di Monitor n. 10, trimestrale dell' Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, Roma, 2012, scaricabile dal sito [www.agenas.it](http://www.agenas.it)

Associazione AICQ SICEV, Newsletter n.3/2011, consultabile nel sito dall'associazione [www.aicqsicev.it](http://www.aicqsicev.it)

M. Giordani, E. Negri, L'arte della qualità della vita nelle strutture residenziali per anziani. Vademecum per la gestione operativa, Upipa, 2010

I Quaderni di Monitor "La presa in carico degli anziani non autosufficienti" scaricabile dal sito [www.agenas.it](http://www.agenas.it)

P. Morosini (a cura di), Indicatori di valutazione e miglioramento della qualità professionale Istituto Superiore di Sanità, 2004, v, 112 p. Rapporti ISTISAN 04/29 Rev.

## **Sitografia**

[www.agenas.it](http://www.agenas.it)  
[www.studioaps.it](http://www.studioaps.it)  
[www.dizionari.repubblica.it](http://www.dizionari.repubblica.it)  
[www.qrsonline.it](http://www.qrsonline.it)  
[www.treccani.it](http://www.treccani.it)  
[www.epicentro.iss.it](http://www.epicentro.iss.it)  
[www.valutazione.it](http://www.valutazione.it)  
[www.efqm.ch](http://www.efqm.ch)  
[www.unaparolaalgiorno.it](http://www.unaparolaalgiorno.it)  
[www.maintienadomicile-conseils.com](http://www.maintienadomicile-conseils.com)  
[www.age-platform.eu](http://www.age-platform.eu)  
[www.wedo-partnership.eu](http://www.wedo-partnership.eu)  
[www.regione.veneto.it](http://www.regione.veneto.it)  
[www.aicqsicev.it](http://www.aicqsicev.it)  
[www.qeb.it](http://www.qeb.it)  
[www.maintienadomicile-conseils.com](http://www.maintienadomicile-conseils.com)  
[www.qualitaonline.it](http://www.qualitaonline.it)

## Riferimenti normativi

Decreto legislativo 30 dicembre 1992 , n. 502. Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421

DPR 14 gennaio 1997, n. 37 “Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private”

Legge 8 novembre 2000, n. 328 “Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali”

Legge Costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3, “Modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione”

Legge Regionale del Veneto 16 agosto 2002, n. 22 “Autorizzazione e Accredimento delle strutture sanitarie, socio sanitarie e sociali”.

Deliberazione della Giunta Regionale n. 464 del 28 febbraio 2006  
L'assistenza alle persone non autosufficienti. Art. 34, comma 1, LR 1 del 30 gennaio 2004.

Deliberazione della Giunta Regionale n. 456 del 27 febbraio 2007  
Criteri di accesso ai servizi residenziali per persone anziane non autosufficienti - DGR 394/07 Integrazioni allo schema tipo di regolamento di cui alla DGR 38/2006.

Deliberazione della Giunta Regionale n. 457 del 27 febbraio 2007  
“Disposizioni alle Aziende ULSS per l'assistenza di persone non autosufficienti nei Centri di Servizio residenziali e per la predisposizione del Piano Locale della Non - Autosufficienza. - DGR 464/06 e DGR 394 del 20 febbraio 2007”

Deliberazione della Giunta Regionale n. 394 del 20 febbraio 2007  
Indirizzi ed interventi per l'assistenza alle persone non autosufficienti. Art. 34, comma 1, LR 1 del 30 gennaio 2004 e art. 4 della LR 2/06.

DGR Veneto n. 2067 del 3 luglio 2007 “Autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, socio sanitarie e sociali. Approvazione delle procedure per l'applicazione della DgR n. 84 del 16/01/2007 (L.R. 22/2002)”



