

SISTEMA QUALITÀ

Nell'intraprendere la strada della Qualità Totale ci si è posti l'interrogativo sul percorso più adatto al Centro ossia, se modificare i sistemi oppure modificare la cultura. L'intervento sui **sistemi** implica il rispetto dei requisiti fissati dallo standard (ISO 9000), attraverso documentazione sistematica e monitoraggio continuo. L'intervento sulla **cultura** implica invece la definizione di una "missione aziendale" e di alcuni "valori guida", che stimolino un atteggiamento nuovo verso il lavoro e verso i clienti: in altre parole di una **cultura della qualità** nell'organizzazione. La scelta ha privilegiato il secondo percorso perché considerato più in linea con i valori della nostra organizzazione.

Tra i valori guida vi sono:

- *l'attenzione all'ospite,*
- *l'aumento di responsabilità dei collaboratori e il miglioramento continuo (introduzione di team e gruppi di lavoro per la soluzione dei problemi, con il miglioramento costante dei prodotti e dei servizi),*
- *la ridefinizione del ruolo della supervisione che deve perseguire il miglioramento del sistema attraverso il supporto al personale operante (Controllo non come ispezione ma come guida),*
- *il miglioramento del processo produttivo con metodi rigorosi di controllo statistico.*

Fra i principi di gestione aziendale per la qualità che fanno riferimento al Total Quality Management (TQM), rientrano *l'approccio sistemico alla gestione e l'approccio per processi*, così come incluso nelle norme Vision 2000.

Il primo approccio definisce che in una organizzazione si ottengono i risultati migliori quando si identificano, comprendono e gestiscono i processi tra loro interdipendenti; il secondo approccio stabilisce come l'efficacia di un risultato è massima quando le risorse e le attività ad esso correlate vengono trattate come un processo. I due approcci trovano sintesi nel definire che, la corretta interpretazione sistemica della struttura passa attraverso l'approccio per processi e l'individuazione dei flussi operativi all'interno, tra le Unità Operative, ed all'esterno, verso le parti interessate.

Secondo questa visione si è abbandonata la logica organizzativa per "funzioni e gerarchie" per privilegiare una visione trasversale focalizzata sulla sequenza delle attività e sui risultati attesi. Ciascun operatore del Centro Residenziale riveste un ruolo nei processi identificati a cui partecipa, svolgendo attività di propria competenza, con responsabilità diretta sui risultati attesi, beneficiando inoltre di una visione integrata e trasparente dei flussi operativi.

OGGI

►La Residenza si presenta completamente **organizzata in nuclei** (n.11). Ogni nucleo è reso autonomo strutturalmente (sala da pranzo, soggiorno, camere, bagni) e operativamente (una equipe stabile di operatori). Le unità sono pensate e costituite su standard organizzativi rispondenti ai bisogni dell'utenza ospitata: nuclei specializzati (Demenze, SVP, Ridotta intensità assistenziale, Media intensità assistenziale). Nella realizzazione di queste unità è stata posta particolare attenzione all'ambiente, affinché risponda a criteri di familiarità.

In tutti i nuclei è presente la figura del **Coordinatore di Nucleo** con funzioni organizzative per il personale, di referente per i familiari e di garante della qualità per il servizio. Ha il compito di perseguire obiettivi di qualità della vita degli anziani attraverso la gestione dei processi integrati di assistenza utilizzando le risorse umane e materiali disponibili. Il Coordinatore di Nucleo svolge il ruolo strategico di coordinamento "trasversale" di tutte le figure professionali operanti all'interno del nucleo.

►Sistema di Gestione per la Qualità

Nell'impegno del lavoro quotidiano del personale, l'adozione del Sistema di Gestione per la Qualità ha comportato la revisione di tutti i processi di conduzione delle attività svolte, nell'ottica di ottimizzare la capacità degli stessi ad ottenere risultati pianificati e secondo regole definite di comportamento. Importanti sono stati anche i risultati ottenuti sul piano culturale perché ha introdotto la logica del miglioramento continuo, indispensabile per cogliere i mutamenti della domanda di servizio e garantirne l'adeguamento.

- **Impiego di procedure e protocolli**

Attualmente sono attive oltre **80 procedure** (operative e organizzative)

La procedura è un documento scritto che illustra lo svolgersi del processo, riportando tutto ciò che è necessario entri in gioco per conseguire un obiettivo. Essa risponde a semplici domande: *perché, chi, cosa, come, quando, dove*. Indicano le responsabilità e richiamano i moduli da utilizzare e le eventuali istruzioni operative. Comprende la comunicazione e l'organizzazione del lavoro, le relazioni fra collaboratori e con l'esterno.

Le procedure operative hanno lo scopo di standardizzare le attività e definire il *know how* professionale.

Le procedure organizzative hanno lo scopo di definire e controllare i processi dell'organizzazione.

- **Verifiche ispettive e di monitoraggio**

Lo scopo primario delle verifiche ispettive interne è quello di monitorare con una certa continuità le attività dell'organizzazione che maggiormente impattano sulla qualità dei processi di erogazione dei servizi. L'attività di verifica serve quindi a controllare, e prevenire, eventuali situazioni di non conformità.

- **Azioni preventive e correttive**

Lo scopo delle azioni preventive e correttive sta nell'attivare interventi concordati e condivisi per correggere, ed evitare che si ripropongano, situazioni di non conformità. Le non conformità sono azioni e atteggiamenti che si discostano dalle procedure e comunque dalle buone pratiche.

- **Servizio gestione reclami**

Il Centro Residenziale ha attivato un servizio per la gestione dei reclami. L'ospite o suo rappresentante può effettuare reclami, segnalare disservizi, proporre suggerimenti, in relazione ai servizi erogati. Ciò permette all'Ente di adeguare i propri servizi alle aspettative dei clienti e

di rendere un servizio migliore. Per usufruire del servizio i familiari, gli ospiti o anche persone esterne, devono compilare e consegnare l'apposito "modulo reclami".

Sarà cura della Direzione, dopo aver avviato idonea attività istruttoria, dare una risposta al reclamo entro il termine di 30 giorni dalla data di ricevimento del modulo.

- **Soddisfazione del cliente**

Il Centro Residenziale, nel percorso intrapreso per il miglioramento continuo dei servizi, ha posto come tappa annuale la rilevazione del livello di soddisfazione dei familiari ed ospiti. Questo avviene attraverso la somministrazione di un questionario rivolto a tutti i familiari ed agli ospiti in grado di comprenderlo. Nel questionario vengono richieste delle valutazioni su tutti gli aspetti ed attività in cui l'ospite e il familiare sono coinvolti.

- **Soddisfazione del personale**

Per acquisire le necessarie informazioni sullo stato di benessere/disagio dei dipendenti, è stato individuato uno strumento di rilevazione costituito da un questionario, per misurare lo stato di soddisfazione e gli effettivi bisogni da somministrare annualmente a tutte le figure professionali che operano a vario titolo presso il Centro.

► **Totale informatizzazione del servizio** con il contributo di uno specifico programma informatico "ABC AlBero di Cuori" e la presenza di oltre 50 postazioni (terminali video) in rete. Ciò consente a tutte le figure professionali di essere in rete fra loro e di inserire e ricevere dati, informazioni e comunicazioni sul servizio e sull'ospite, in tempo reale.

La rilevazione e registrazione delle attività svolte da ogni operatore permette una costante valutazione del servizio offerto ed una dettagliata ► **analisi statistica annuale** (*caratteristiche dell'utenza, standard di qualità, verifica di prodotto e verifica di esito degli obiettivi*) sulla reale capacità di risposta dell'organizzazione ai continui cambiamenti dei bisogni, dovuti ai mutamenti della tipologia degli anziani ospiti.

Oltre a migliorare la conoscenza della realtà rappresentata dall'ospite, questo lavoro di rilevazione e analisi ha una forte incidenza nelle scelte programmatiche sulla politica delle risorse umane. Infatti la costante lettura delle evidenze raccolte ha contribuito e contribuisce nell'individuare percorsi formativi idonei a migliorare o attivare vecchie e nuove competenze nel personale che attraverso il ► **Piano Formativo Annuale** trovano sviluppo e applicazione. Annualmente viene pianificato la partecipazione delle figure professionali ai corsi di formazione, su tematiche di interesse per ciascuna professionalità, mediante formale approvazione e impegno di spesa, pari all'1% del costo generale del personale.

► **Il Sistema di Valutazione del Personale** che è alla base del riconoscimento della produttività e della progressione economica nella categoria di appartenenza, si colloca all'interno delle politiche di sviluppo delle risorse umane finalizzate a migliorare l'efficienza e l'efficacia dell'Ente e la qualità dei servizi. Il sistema di valutazione del personale del Centro "Domenico Sartor" si basa su criteri di valutazione individuali e collettivi. Mentre i criteri di valutazione individuale sono dettati da una scheda che sonda le competenze professionali, la valutazione collettiva è determinata dall'esito di ► **Progetti Obiettivo** definiti annualmente dalla Direzione. L'attività di progettazione scandisce e segue il cambiamento culturale avvenuto e sottolinea la tendenza delineata dalla "politica dell'Ente" a indirizzarsi verso un'organizzazione del **lavoro per progetti**, dove è implicita la definizione dell'obiettivo quale è: la "Salute degli anziani ospiti".

► **Il sistema valoriale** è, quindi, indirizzato a valorizzare la risorsa umana e professionale, valutandone la capacità di raggiungere gli obiettivi, premiando i singoli e il gruppo per il lavoro realizzato.

► Lavoro per progetti individualizzati

L'operare per progetti è una filosofia di lavoro e una modalità complessa che vede tutta l'organizzazione impegnata nel lavoro per «obiettivi e risultati» e non più per «prestazioni». Il primo momento consiste nella rilevazione dei bisogni degli anziani per accertare la loro situazione fisica, psicologica e relazionale. Dopo la fase valutativa effettuata all'interno dell'Unità Operativa Interna, si definisce un progetto operativo per raggiungere un preciso risultato al fine di prevenire, rallentare od impedire il decadimento funzionale. Si procede, infine, alla verifica dei risultati conseguiti grazie alla quale si ridefinisce un nuovo intervento. Tutte le figure professionali facenti parte dell'organizzazione lavorano in modo integrato e coordinato per ottenere un risultato di salute sugli ospiti. Gli interventi sono personalizzati e i comportamenti e le attenzioni degli operatori sono finalizzati a soddisfare i bisogni della persona anziana.

- **UOI** (Unità Operativa Interna)

L'unità Operativa interna (U.O.I.) è lo strumento previsto dalla **Normativa Regionale** per predisporre e pianificare tutti gli elementi che possono stimolare, orientare, regolare, alimentare il processo di miglioramento o di mantenimento del benessere globale (autonomie fisiche, psichiche e sociali) di ogni ospite. L'equipe è composta dalla rappresentanza di tutte le figure professionali che operano all'interno della struttura ed è prevista per ogni nucleo.

Obiettivo della U.O.I. è la presa in carico globale dei bisogni dell'ospite.

L'U.O.I. predispone, in nome e per conto dell'organizzazione, **la personalizzazione** del servizio (Piano Assistenziale Personalizzato) e **l'offerta progettuale** (Progetto Assistenziale Individualizzato) che il servizio vuole attivare per il benessere complessivo dell'ospite.

Le attività di competenza dell'U.O.I. sono:

- La valutazione multidimensionale dell'utente
- La definizione dei risultati attesi
- La formulazione del progetto individualizzato
- La convalida del piano assistenziale
- L'individuazione delle risorse
- La verifica dei risultati ottenuti dall'intervento

La procedura che il Centro Residenziale ha adottato prevede che l'UOI venga effettuata per ogni ospite al momento del suo ingresso in struttura, e poi almeno una volta all'anno, salvo improvvisi peggioramenti della situazione sanitaria o assistenziale. In questi casi, si effettua una nuova UOI per elaborare un piano assistenziale mirato per stabilire nuovi obiettivi che tengono conto delle mutate condizioni cliniche.

- **PAP** (Piano Assistenziale Personalizzato)

È un documento che definisce le attività assistenziali che rispondono, prevalentemente, ai bisogni primari dell'ospite.

Viene convalidato dall'UOI -Unità Operativa Interna- ma ha una vita indipendente (a differenza del progetto che va steso e modificato sempre in UOI -Unità Operativa Interna-).

La prima stesura del Piano Assistenziale Personalizzato viene effettuata prima dell'ingresso dell'ospite sulla base delle informazioni raccolte dai vari professionisti (Assistente Sociale, Coordinatore di Nucleo, Infermiere) in specifici incontri con i familiari o l'ospite stesso. La convalida definitiva del PAP avviene al primo incontro dell'Unità Operativa Interna.

- **PAI** (Progetto Assistenziale Individualizzato)

Si tratta di un

- **documento** scritto
- **destinato** a tutti gli attori
- che contiene **tutti gli elementi** definiti come necessari per attivare il processo di miglioramento o mantenimento del benessere dell'ospite.

A chi e a che cosa serve

- per concordare una strategia comune atta a promuovere il benessere della persona
- per stipulare il “**contratto**” *con la persona stessa o la sua famiglia*, ai quali il Progetto fornisce tutte le informazioni necessarie per promuovere la loro responsabilità sul percorso e sui risultati
- per garantire il *controllo e la regolazione* del percorso, da parte di tutti i soggetti a diverso titolo corresponsabili del suo successo
- per consentire il coordinamento organizzativo e l'integrazione delle risorse su un percorso comune
- per consentire la verifica dell'efficacia del percorso progettato, cioè la corrispondenza tra i risultati raggiunti e gli obiettivi dichiarati dal Progetto
- per personalizzare il servizio.

► **Autorizzazione all'esercizio e Accredimento Istituzionale**

Il Centro Residenziale per Anziani “Domenico Sartor” ha partecipato alla sperimentazione, della L.R. 22/02, approvata dalla Regione Veneto con DGR 3855 del 03.12.2004. L'iniziativa aveva lo scopo di verificare l'impatto, in termini economici, organizzativi e gestionali, dei requisiti previsti per il riconoscimento dell'**Autorizzazione all'esercizio e dell'Accredimento Istituzionale** delle strutture Sociali e Sociosanitarie.

Il **17 settembre 2007** si completava il percorso di verifica con la visita per l'autorizzazione all'esercizio ed accredimento istituzionale (verifica integrativa DGR n.84 del 16.01.2007) svolta dal GTM (Gruppo Tecnico Multiprofessionale) dell'Agenzia Regionale (ARSS).

L'accertamento del possesso dei requisiti (Art. 11, comma 1 e 2 della L.R. 22/02) si è concluso con esito positivo senza prescrizioni o inadempienze.