



***LE IMPRESE SOCIO-SANITARIE E ASSISTENZIALI:
ITINERARI DI QUALITA'***



LUGLIO 2009



Api Torino, nata nel 1949, rappresenta la cultura e la creatività imprenditoriale di una delle più importanti aree industriali italiane.

E' il punto di riferimento per le circa 3.200 piccole e medie imprese associate, alle quali fa capo una forza lavoro di oltre 65.000 addetti.

Fra i compiti dell'Associazione, il patrocinio unitario nei confronti delle organizzazioni sindacali dei lavoratori, e l'assistenza in campo sindacale, tributario, tecnologico, ambientale e commerciale.

A questo, l'Associazione aggiunge azioni di rappresentanza presso Enti e Istituzioni locali, essendo interlocutore attivo a tutti i livelli sulle grandi questioni che riguardano il Territorio, il suo sviluppo e il benessere nel futuro dei suoi abitanti.



Api Formazione S.c.r.l. è un ente di formazione senza scopo di lucro costituito da oltre 1100 imprese, in maggioranza industriale e associate all'API.

Dal 1992 Api Formazione svolge la propria attività con l'obiettivo di sviluppare le iniziative in materia di formazione destinate allo sviluppo tecnologico ed organizzativo delle piccole e medie imprese del territorio, in particolare inerenti lo sviluppo delle nuove tecnologie e dell'informatizzazione.

Api Formazione opera in collaborazione e sinergia con i servizi di API Torino.

La Camera di Commercio di Torino è il punto di riferimento per le oltre 200.000 attività imprenditoriali presenti sul territorio provinciale, e si pone come interlocutore privilegiato per le aziende non soltanto per facilitare il disbrigo delle pratiche amministrative, ma anche per proporre diversi servizi e iniziative, orientate alla valorizzazione e alla tutela degli interessi generali dell'economia.

L'ente camerale è al fianco degli imprenditori anche con servizi promozionali, che assistono l'impresa fin dalla sua costituzione, supportandone la nascita, seguendone lo sviluppo, raccogliendo e soddisfacendo le sue esigenze più importanti.

La Camera di Commercio rappresenta, inoltre, un interlocutore di rilievo nel dialogo fra le componenti economiche operanti sul territorio.

SOMMARIO

1. Introduzione	7
2. La Sanità Privata accreditata	9
2.1. Premessa.....	9
2.2. Gli attori della Sanità Privata accreditata	10
2.3. Il sistema di regole in cui operano le strutture private accreditate	11
2.4. La qualità dei servizi socio-assistenziali e delle RSA.....	12
2.4.1 La Residenza Sanitaria Assistenziale	13
3. Il Progetto: descrizione e metodologia	16
3.1. Obiettivi del Progetto.....	16
3.2. Le fasi del Progetto	17
3.2.1. FASE 1 – Indagine preliminare	18
3.2.2. FASE 2 – Formazione per gli esperti	19
3.2.3. FASE 3 – Individuazione delle imprese e check-up organizzativo	20
3.2.4. FASE 4 – Elaborazione delle check-list e diffusione dei dati	21
4. Il Progetto: strumenti e metodologia utilizzati con le aziende	23
4.1. Premessa.....	23
4.2. La check-list per la valutazione delle imprese socio-sanitarie: costruzione dello strumento.....	24
4.3. Le aree organizzative esaminate: introduzione.....	25
4.3.1. Le aree organizzative esaminate: dati anagrafici dell'azienda	26
4.3.2. Le aree organizzative esaminate: organizzazione e funzionamento.....	28
4.3.3. Le aree organizzative esaminate: gestione delle risorse umane	29
4.3.4. Le aree organizzative esaminate: la cultura d'impresa	32
5. Il sondaggio tra le strutture di assistenza: metodologia ed elaborazione dei dati	35
5.1. Premessa metodologica	35
5.2. Elaborazione dei dati: la struttura del campione	36
5.3. La tipologia dei servizi offerti.....	37
5.4. Le caratteristiche dei vertici aziendali e il modello organizzativo	39

5.5. La qualità attesa.....	41
5.6. La gestione delle risorse umane: fattore competitivo fondamentale	42
5.7. Investimenti in attrezzature	46
5.8. La cultura e la mission di impresa.....	47
6. Conclusioni	49

1. Introduzione

Il presente lavoro intende realizzare una diagnosi delle caratteristiche organizzative più rilevanti delle strutture private che operano nel settore dell'assistenza all'anziano: ciò al fine di fornire un quadro delle problematiche esistenti alla luce della rilevante crescita quantitativa di imprese private che si muovono nell'ambito dei servizi alla persona. In effetti data la frequente fragilità organizzativa di molti servizi pubblici, le realtà private tendono ad ampliare la loro sfera d'azione ponendosi o come supporto o come integrazione funzionale delle prime. Tuttavia un simile sforzo richiede una tensione continua al miglioramento della qualità e dell'ampiezza dei servizi offerti, comportando una notevole pressione competitiva in termini di prezzo, qualità e tempestività del servizio. La scelta effettuata dagli utenti è oggi basata su criteri di "qualità" percepita che creano non poche aspettative nei confronti dell'assistenza integrata per gli anziani e che impongono alle strutture di autovalutare le modalità di erogazione dei loro servizi sia rispetto a standard assistenziali sia per quanto riguarda i costi necessari per produrli. La progettazione di un sistema organizzativo di qualità consente in effetti di prevenire gli sprechi e i disservizi con una conseguente riduzione dei costi. Nel caso poi di una residenza per anziani la valutazione deve tener conto dei molteplici standard qualitativi dei servizi e delle prestazioni da erogare al fine di rispettare le attese degli ospiti, dei parenti, dei servizi socio-sanitari e degli operatori professionisti. In tale ottica si richiede alle organizzazioni socio-sanitarie di adeguare alla domanda i modelli organizzativi e le logiche di funzionamento interne: a tal fine l'integrazione delle diverse professionalità, la condivisione delle informazioni e l'ottimizzazione dei processi assistenziali impongono ai professionisti che vi operano di mantenere un livello di aggiornamento e di adeguamento delle competenze mediante opportuni percorsi di formazione. Altro obiettivo fondamentale che ci si propone con la presente sperimentazione è dato, infatti, dal sondare, attraverso un diretto approfondimento con gli operatori, i fabbisogni formativi utili e necessari per erogare servizi flessibili ed in linea con le esigenze dell'utenza. E sempre più impellente valorizzare la diversità soprattutto per quanto riguarda le conoscenze della forza lavoro affinché si integrino le prospettive e le capacità di generare nuove e migliori soluzioni. Cosa significa pertanto offrire un "servizio di qualità"? E' ciò che cercheremo di descrivere nei capitoli successivi attraverso le varie fasi del progetto.

2. La Sanità Privata accreditata.

2.1. Premessa

Durante il XX secolo il sistema sanitario italiano ha subito una serie di evoluzioni passando da un sistema mutualistico ad uno rivolto alla tutela della salute. Agli inizi del secolo l'ospedale era una sorta di presidio benefico in cui erano accolti gli anziani, i poveri e gli abbandonati. Con l'evolversi della diagnostica e della chirurgia l'ospedale si è progressivamente configurato come luogo di cura. Dal 1968 si sono susseguite tre riforme legislative che hanno riguardato l'ospedale: la L. 132/'68 sull'autonomia dei consigli di amministrazione dei singoli presidi; la L. 386/'74 sull'incarico alle Regioni della gestione e della programmazione ospedaliera; ed infine la L. 833/'78 per l'istituzione del servizio Sanitario Nazionale che apriva la strada ad un'ottica di prevenzione della salute. I bisogni del cittadino vengono quindi posti al centro dell'interesse e lo Stato deve erogare servizi per soddisfarli. Negli anni Novanta si impone una logica di equilibrio economico con lo scopo principale di contenere la spesa pubblica e ammortizzare il debito. Si fa dunque strada la prospettiva che tende alla massimizzazione dei benefici tramite i finanziamenti ricevuti, responsabilizzando le singole istituzioni: poiché ora il cittadino può scegliere tra regime pubblico e privato, direttamente in concorrenza, e dal momento che è la qualità a determinare il tipo di domanda, ne consegue il principio di aziendalizzazione delle ASL, con il decentramento da parte delle Regioni e l'aumento delle autonomie e responsabilità. Nel SSN il compito di tutela della salute non è esclusivo del sistema pubblico ma è un fine cui concorrono anche soggetti privati seppure con ruoli diversi. L'aspetto pubblicistico del SSN del nostro Paese è da riferirsi alla gestione pubblica delle regole e delle relazioni tra gli attori del sistema.

In un'ottica di integrazione del sistema pubblico con quello privato è stato introdotto l'istituto dell'accreditamento: si è, infatti, passati da una fase in cui i soggetti privati dovevano supportare quelli pubblici nei settori ad elevata domanda, determinando una riduzione delle liste di attesa, alla fase attuale in cui si intendono garantire prestazioni sanitarie anche ad elevata complessità e contenuto tecnologico.

Qui di seguito si intende fotografare il mondo della sanità privata accreditata, focalizzando in particolare alcuni elementi:

- tipologia di strutture della sanità privata accreditata
- sistema di regole in cui esse operano

2.2. Gli attori della Sanità Privata accreditata

Le strutture operanti nell'ambito della Sanità Privata possono essere suddivise in base a due dimensioni:

1. l'ambito di afferenza a partire dalle categorie assistenziali individuate nel D.P.C.M. dei Livelli Essenziali di Assistenza (assistenza ospedaliera e assistenza distrettuale. Per assistenza ospedaliera si intendono alcune prestazioni tra cui il pronto soccorso, la degenza ordinaria, il day hospital, la riabilitazione, la lungodegenza, ecc...; mentre per assistenza distrettuale si intendono prestazioni quali l'assistenza sanitaria di base, l'assistenza farmaceutica, l'assistenza integrativa, ecc...)
2. il livello di intensità di cura

Ne rimangono esclusi i settori collegati all'ambiente di vita e di lavoro e alla medicina generale in quanto gestiti dalle strutture pubbliche.

Nella tabella di seguito viene riportata la classificazione secondo tali parametri solo per ciò che concerne la lungodegenza, che è appunto l'aspetto su cui verte il presente lavoro:

	Ambito di afferenza	
Intensità di cura	Assistenza distrettuale	Assistenza ospedaliera
Lungodegenza	<ul style="list-style-type: none"> - Strutture residenziali (ad esempio, strutture per l'assistenza agli anziani - RSA e Case protette – ai disabili fisici e psichici) 	<ul style="list-style-type: none"> - Case di Cura - Istituti di ricovero a carattere scientifico (IRCCS) di diritto privato - Ospedali classificati - Istituti qualificati presidio ASL - Policlinici privati a gestione diretta dell'Università

Rispetto all'assistenza ai lungodegenti, i principali attori sono le strutture residenziali per l'assistenza alle persone ultrasessantacinquenni non autosufficienti (RSA o Case Protette) e a soggetti disabili non autosufficienti. Il paziente lungodegente che viene assistito nel territorio, benché necessiti di trattamenti sanitari assistenziali continui, non ha bisogno di ricovero in strutture ospedaliere.

Secondo una rilevazione di dati a carattere ministeriale le strutture che operano a livello territoriale sono le strutture semiresidenziali e residenziali finalizzate all'assistenza psichiatrica, agli anziani e ai disabili psichici e fisici. Sono le regioni del Nord a presentare le più elevate percentuali di strutture private accreditate, a cui seguono il Molise, in cui tutte le strutture residenziali e semiresidenziali sono gestite dal privato, e l'Abruzzo e la Puglia, dove il privato gestisce l'81% ed il 73% delle strutture residenziali.

2.3. Il sistema di regole in cui operano le strutture private accreditate

I soggetti privati si muovono quotidianamente all'interno del sistema di regole nazionali e dei singoli SSR. Nello specifico la gestione di tali aziende si focalizza su tre dimensioni:

1. il ruolo ad esse riconosciuto dai documenti di programmazione pluriennale (PSR)
2. il sistema di accreditamento regionale che regola la scelta dei fornitori di prestazioni sanitarie
3. il meccanismo di finanziamento con cui sono remunerate le strutture per le prestazioni erogate

Quanto al primo punto ogni regione assegna agli operatori privati un determinato ruolo nel quadro del relativo SSR. Il ruolo del privato può rientrare in una delle seguenti 4 categorie: 1) Erogatore di Servizi Sanitari; 2) Erogatore di Servizi no core (le aziende di servizi cui gli erogatori privati affidano la gestione per esempio della ristorazione, dei servizi alberghieri; 3) Erogatore di Servizi socio-assistenziali come appunto le prestazioni rivolte agli anziani, ai disabili, ecc...; 4) Finanziatore ovvero soggetto privato che interviene con capitali per esempio per la realizzazione di fondazioni. In quasi tutti i PSR è comunque il ruolo del privato come erogatore di servizi sanitari ad assumere fondamentale importanza.

Rispetto al secondo punto, invece, l'accreditamento è stato introdotto come mezzo per regolare il sistema di erogazione delle prestazioni sanitarie in seno al SSN. Esso è rivolto alle strutture sia pubbliche sia private; è gestito e rilasciato dalle Regioni; ed è all'interno di un percorso di regolamentazione di un rapporto di fornitura col SSN. Si tratta di uno strumento progressivamente consolidatosi negli anni '90 e viene attribuito alle competenze delle singole Regioni sia per quanto riguarda la gestione del modello sia per ciò che concerne la produzione dei relativi atti normativi.

Sul terzo punto infine si deve sottolineare che le Regioni, nel rispetto degli indirizzi nazionali, definiscono le modalità di remunerazione delle varie prestazioni sanitarie. In

particolare le regioni possono: 1) adottare le tariffe realizzate dal Ministero della Salute, modificandole di eventuali specifiche percentuali; 2) definire tariffe regionali, mantenendo i cosiddetti “pesi nazionali” per omogeneizzare i costi standard di produzione impostati dalla singola Regione; 3) definire tariffe regionali sulla stima dei costi di un certo panel di strutture variata poi attraverso specifici algoritmi.

2.4. La qualità dei servizi socio-assistenziali e delle RSA

Sulla base delle premesse del precedente paragrafo, si impone come prassi fondamentale ed irrinunciabile la valutazione della qualità dei servizi sanitari pubblici e privati: il sistema dell’accreditamento istituzionale è destinato a monitorare non solo i tradizionali parametri strutturali e di personale ma anche altri elementi relativi ad un’adeguata organizzazione ed erogazione delle attività. Tale principio è contenuto nel DLgs n. 502/92 e successive modifiche e dal DPR 14/1/1997: in entrambi vengono sanciti i requisiti minimi (uniformi a livello nazionale) che devono possedere i soggetti erogatori di prestazioni sanitarie per conto del Servizio Sanitario Nazionale. Se infatti si intende fornire un servizio assistenziale di qualità, è indispensabile la presenza di un’organizzazione valida e funzionante sia in termini di risorse umane sia rispetto alle procedure attuative. Un adeguato sistema di certificazione della struttura socio-assistenziale deve tenere in conto, per essere di successo, di una serie di fattori tra cui:

- la consapevolezza da parte della struttura che la certificazione deve diventare un nuovo modus operandi dell’azienda medesima in un’ottica di miglioramento continuo e non essere finalizzato al semplice scopo di ottenere un certificato di qualità;
- la presa di coscienza che la gestione in qualità di una struttura deve coinvolgere tutti i livelli dell’organizzazione;
- la certezza che la semplice applicazione “burocratica” delle norme di qualità non assicura di per sé l’erogazione di un servizio soddisfacente se vi sono carenze nel sistema organizzativo e se non si tende al miglioramento continuo e alla soddisfazione del cliente.

Per richiedere la certificazione del sistema qualità aziendale la struttura, dopo aver costruito il proprio Sistema di Gestione della Qualità secondo la norma UNI EN ISO 9001:2008 deve rivolgersi ad un ente certificatore accreditato presso il SINCERT e abilitato alla certificazione nel settore in questione (EA 38).

In riferimento a ciò la progettazione delle strutture residenziali per anziani deve possedere aspetti di flessibilità strutturale e gestionale data la complessità dei bisogni avanzati

dall'utenza. All'interno della medesima sede si possono infatti trovare nuclei diversificati di assistenza:

- residenza alberghiera
- residenza assistenziale - RA
- residenza protetta
- Residenza Sanitaria Assistenziale - RSA

La progettazione di una residenza inoltre, per ciò che concerne ad esempio la suddivisione dei posti letto per tipologia di residenzialità, deve contemplare altri fattori quali:

- la presenza sul territorio di servizi di assistenza e cure domiciliari
- il profilo-tipo degli anziani residenti in un dato territorio
- le condizioni socio-economiche di una certa area geografica
- l'autonomia e la capacità di relazione che gli anziani dimostrano
- la specificità dei programmi avanzati dal Comune di riferimento o dalla Aziende sanitarie

Il fulcro per la valutazione delle condizioni di non autosufficienza dell'anziano è dato dalla cosiddetta UVG (Unità Valutativa Geriatrica), costituita da un'équipe interdisciplinare che, mediante l'utilizzo di apposite scale di valutazione multidimensionale, individua il tipo di risposta più idonea ai bisogni dell'utente. La scarsa diffusione della rete dei servizi spesso fa ricadere sulla famiglia il carico assistenziale di non sempre semplice gestione, inducendo sensi di colpa, di isolamento, rabbia e carenza di risorse formali. In tal senso la RSA costituisce la risposta più adatta alle necessità della famiglia: a partire dagli anni Ottanta infatti con la Legge 67/88 è stato realizzato un congruo numero di RSA; pertanto nel prosieguo del presente lavoro si focalizzerà l'attenzione e gran parte della trattazione su tale tipologia di presidio assistenziale.

2.4.1 La Residenza Sanitaria Assistenziale

Le RSA sono presidi destinati ad accogliere soggetti non autosufficienti portatori di patologie fisiche, neurologiche e sensoriali miste e perseguono alcune finalità tra cui:

- l'assistenza sanitaria di base ed interventi di riabilitazione utili al mantenimento dello stato di salute dell'ospite
- l'assistenza sanitaria specialistica
- l'assistenza all'ospite per lo svolgimento delle attività legate alla vita quotidiana

- l'erogazione di attività sociali

La normativa regionale stabilisce il tipo di prestazioni sanitarie e socio-assistenziali necessarie per raggiungere gli obiettivi prefissati: gli ospiti delle RSA possono infatti essere seriamente compromessi o meno sul piano funzionale e dunque tali strutture forniscono interventi diversi tra cui l'ospitalità permanente e l'accoglienza per un periodo limitato di tempo al fine di completare cicli riabilitativi per un sollievo momentaneo alla famiglia nel processo di presa in carico. Le RSA sono pertanto la forma più evoluta di residenzialità protetta benché numericamente non siano molto diffuse. I requisiti minimi individuati dalla normativa regionale tendono ad assicurare sufficienti prestazioni socio-sanitarie extraospedaliere prevedendo costi accessibili sia per l'utenza sia per l'ente gestore: essi coinvolgono sia aspetti di tipo strutturale e tecnologico sia aspetti di tipo più organizzativo. Rispetto ai primi ad esempio devono essere presenti una serie di aree aventi funzioni diverse (area destinata alla residenzialità, alla valutazione e alle terapie, alla socializzazione e aree generali di supporto).

Quanto ai secondi invece il modello organizzativo di un'efficiente RSA deve garantire:

- una valutazione multidimensionale dell'ospite tramite una variegata gamma di strumenti di tipo sanitario, cognitivo, psicologico e sociale;
- la stesura del cosiddetto PAI (Piano di Assistenza Individualizzato) corrispondente ai bisogni definiti nella fase precedente;
- la presenza all'interno della struttura di un'équipe multidisciplinare di operatori/professionisti;
- il monitoraggio costante delle attività erogate sulla base dei dati raccolti in fase di valutazione multidimensionale;
- la presenza di personale medico, infermieristico, di assistenza e di riabilitazione adeguatamente preparato

Inoltre tra le attività/servizi previste all'interno di una RSA si possono enucleare 5 gruppi principali:

- Sanitari
- Socio-sanitari
- Assistenziali
- Alberghieri
- Generali

Rispetto a ciascun servizio la normativa regionale stabilisce il numero e la tipologia di figure professionali da prevedersi, anche in termini di minuti di assistenza per ospite da

erogare: eventuali modifiche di tali parametri sono possibili solo in relazione a particolari necessità di assistenza e/o riabilitazione di taluni soggetti portatori di specifiche patologie. Appare altresì evidente che ai fini di una soddisfacente erogazione di servizi da parte della RSA deve risultare l'impostazione di strategie diversificate che coinvolgano il personale addetto tra cui il lavoro per obiettivi, l'interdisciplinarietà, la divisione delle responsabilità e la collaborazione con le risorse esterne. Ai professionisti del settore dunque si richiede di sviluppare un ampio ventaglio di abilità e di capacità che ovviamente non sono previste dalla normativa regionale ma sono altrettanto indispensabili per fornire una qualità del servizio adeguata: esse vanno dal coinvolgimento empatico all'interazione e all'ascolto nonché al mantenimento di adeguati livelli di motivazione e di controllo delle emozioni.

3. Il Progetto: descrizione e metodologia

Il settore della Sanità è da tempo al centro di numerose revisioni in termini di ristrutturazione e riorganizzazione del lavoro: a tal fine numerose sono state le modifiche attuate dagli indirizzi legislativi e gestionali.

Il passaggio cruciale è stato quello del cambiamento di cultura e prospettive nel settore medesimo che hanno portato allo sviluppo di una gestione improntata a criteri di tipo manageriale anziché di tipo politico e di una maggiore attenzione alla tipologia dei servizi erogati, alla relazione con l'utente e alla professionalità dei vari operatori dei servizi socio-assistenziali.

Gli obiettivi della "qualità" e "umanizzazione" dei servizi hanno posto in primo piano la soddisfazione dei bisogni dell'utenza, la valorizzazione delle competenze del personale dipendente e pertanto la tipologia del servizio erogato. Tali principi devono diventare l'unica e vera filosofia entro la quale operare un'adeguata riforma dei servizi socio-assistenziali.

Api-Formazione si è impegnata con il presente progetto nelle studio e nell'analisi dei modelli organizzativi prevalenti nello scenario caratterizzato dalle strutture socio-assistenziali per anziani. Tale esigenza poggia sulla duplice finalità di estrapolare, da una parte, le linee guida e le strategie in termini di organizzazione presenti nella maggior parte dei presidi per anziani, e, dall'altra, di far emergere i fabbisogni formativi avvertiti dai professionisti del settore al fine di impostare percorsi formativi ad hoc e che non prescindano dalle reali necessità rilevate. Da tale lavoro sono anche emersi in itinere alcuni spunti di riflessione interessanti che hanno sostanzialmente riguardato il tipo di coinvolgimento attivo e consapevole nella cura assunto dagli operatori, l'approccio preventivo e non solo curativo che ispira le attività di talune strutture e l'effettivo livello di integrazione raggiunto dalla maggior parte degli ospiti all'interno dei singoli presidi. Gli aspetti che si sono rivelati vincenti sono stati pertanto quello dell'attiva collaborazione del personale dipendente nella gestione dei processi e nella definizione degli obiettivi e quello della capacità di registrare prontamente tutte le richieste, opportunità e sfide portate dall'ambiente esterno.

3.1. Obiettivi del Progetto

Come si è affermato nella premessa, il progetto intende in prima istanza fotografare l'ambito delle strutture socio-assistenziali per anziani, perseguendo il bisogno di far

emergere contenuti e indicazioni utili all'impostazione di percorsi di formazione e aggiornamento per il personale dipendente e all'implementazione di servizi in seno all'Associazione in modo da supportare le strutture medesime nello svolgimento delle loro quotidiane attività e nel perseguimento dei loro obiettivi.

L'intero intervento si propone quindi il raggiungimento di taluni obiettivi che sono qui di seguito riportati:

- realizzare una diagnosi delle caratteristiche organizzative più rilevanti in un gruppo di imprese del settore dell'assistenza agli anziani, facendone emergere un quadro preliminare di eventuali problematiche
- distinguere all'interno delle caratteristiche organizzative rilevate quegli aspetti che portano le singole strutture a rappresentare casi di successo piuttosto che di inadeguato funzionamento
- rilevare le professionalità presenti all'interno delle singole strutture, mettendone in luce i livelli di competenza
- individuare i contenuti nonché le modalità/metodologie erogative idonee per la progettazione di percorsi formativi in grado di soddisfare le esigenze di acquisizione e aggiornamento delle competenze degli operatori
- ricavare dati utili per l'implementazione di servizi a supporto dei presidi socio-assistenziali alla luce delle marcate pressioni provenienti dall'ambiente istituzionale e dal territorio
- diffondere i risultati del progetto tra le aziende del settore per consentire alle stesse di avviare un primo e "seppur grezzo" processo di autovalutazione e di attivare quindi, in un periodo successivo, un approfondimento delle problematiche rilevate, avvalendosi del supporto di esperti.

3.2. Le fasi del Progetto

Il focus del progetto riguarda come già si è detto la possibilità di portare avanti in parallelo, su due fronti diversi, il lavoro di analisi organizzativa delle imprese appartenenti al settore socio-assistenziale con quello di verifica delle necessità formative e/o informative avanzate dagli operatori ai diversi livelli dell'organizzazione. Benché, dunque, le due fasi di lavoro procedano in un primo momento in maniera separata, successivamente vanno a integrarsi negli apporti. Rispetto all'indagine organizzativa è stato condotto un sondaggio preliminare tramite l'invio di un mailing alle imprese associate del settore socio-assistenziale: si è voluto in tal modo verificare il grado di disponibilità ed interesse delle

medesime nei confronti del progetto e soprattutto il loro possibile livello di coinvolgimento nella fase di indagine organizzativa. Gli elementi di disponibilità e partecipazione hanno assunto nel corso di tutto l'intervento un ruolo di primo piano poiché l'efficacia dell'indagine organizzativa, e dunque la definizione di fonti informative utili, si è realizzata solo laddove il presidio ha espresso un coinvolgimento attivo nell'individuare gli aspetti di disequilibrio all'interno della struttura. Sono proprio gli eventuali disequilibri, infatti, a provocare insoddisfazione negli utenti e stress nel personale chiamato a rispondere ad un ventaglio di bisogni crescenti. L'indagine preliminare insieme con quella più approfondita, svoltasi tramite incontri con le singole aziende, dovrebbe costituire la base per impostare successivi interventi di "counseling di tipo preventivo": come pratica preventiva, infatti, il counseling, mediante interventi educazionali, evita l'abuso irrazionale delle risorse esistenti e rende più scorrevole e focalizzato il lavoro degli operatori.

3.2.1. FASE 1 – Indagine preliminare

Come sopra evidenziato, prima di sperimentare il percorso di indagine organizzativa su casi aziendali, si è provveduto a condurre un sondaggio preliminare tra le strutture del settore socio-assistenziale per comprenderne la disponibilità e l'interesse verso tematiche relative al counseling organizzativo. E' necessario sottolineare che tutta la sperimentazione si è concentrata sull'analisi di una specifica area del settore socio-sanitario e cioè quella delle case di assistenza per anziani: tale scelta è motivata dalla diffusione crescente che hanno subito le strutture per l'assistenza agli anziani malati cronici in risposta all'aumento delle richieste di ricovero da parte delle famiglie. Tale contingenza ha aperto lo spazio per una serie di dibattiti sulla necessità di offrire servizi di qualità all'anziano in vista dei forti vissuti di sofferenza che spesso accompagnano il distacco di quest'ultimo dall'ambiente familiare. La necessità di impostare tale indagine conoscitiva è sorta dalla considerazione che ai realizzatori del progetto occorreva fotografare la situazione emergente dalle imprese del territorio torinese, potendo in tal modo effettuare una serie di considerazioni preliminari.

Lo strumento utilizzato è stato un questionario, strutturato con domande a scelta multipla, in cui si approfondivano aree relative ad eventuali interventi di counseling organizzativo tra cui:

- l'effettuazione in passato di interventi di diagnosi organizzativa
- la definizione degli aspetti di forza e di debolezza emersi da diagnosi già effettuate
- l'eventuale utilità o meno ricavata da precedenti azioni di diagnosi

- le aree in seno all'organizzazione su cui la struttura avrebbe potuto avvertire l'esigenza di ulteriori approfondimenti diagnostici
- le modalità di selezione e gestione del personale interno all'organizzazione
- l'immagine che ciascun presidio ha sviluppato nei confronti dell'esperto di counseling e degli interventi da esso erogati

La risposta ottenuta in termini quantitativi non è stata rilevante ai fini di un successiva elaborazione statistica: ciò avrebbe potuto scoraggiare i progettisti dal proseguire il loro lavoro. In realtà una valutazione qualitativa delle risposte ricavate ha confermato i dati di altre indagini di settore presenti in letteratura. Nello specifico si deve sottolineare che il counseling in ambito sanitario e/o socio-assistenziale rappresenta l'opportunità per offrire un servizio efficiente ed efficace, in linea con l'ottica di contenimento dei costi e di controllo della qualità. L'ambiente socio-assistenziale in particolare è un contesto appropriato per interventi di breve durata: l'attuale pratica assistenziale /medica opera in una prospettiva di consapevolezza del tempo, promuovendo interventi efficaci e duraturi. Inoltre si è fatta strada la forma dell'assistenza preventiva e le cure primarie sono spesso il primo punto di contatto col paziente. Allo stesso modo dunque si deve impostare un eventuale intervento organizzativo in ambito socio-assistenziale: esso deve risultare con le stesse valenze pragmatiche di cura della medicina. L'intervento deve pertanto presentarsi focalizzato, efficace, breve, di prima linea, rispondendo ai bisogni di maggiore immediatezza e accessibilità rispetto all'impegno temporale ed economico che le strutture possono garantire.

3.2.2. FASE 2 – Formazione per gli esperti

La seconda fase è consistita in una serie di incontri di formazione rivolti al gruppo di collaboratori che avrebbe dovuto in un secondo momento effettuare l'indagine organizzativa nelle varie strutture socio-assistenziali. L'obiettivo principale degli incontri è stato quello di fornire elementi conoscitivi di base sul contesto sanitario e socio assistenziale nonché tecniche di analisi organizzativa contestualizzate nel settore di riferimento, in modo da adottare durante la fase di diagnosi un approccio idoneo e consapevole oltre che omogeneo.

Il percorso ha previsto la docenza di un esperto in programmazione dei servizi socio-sanitari per gli anziani: i contenuti e l'impostazione macro degli incontri formativi sono stati realizzati sia sulla base delle difficoltà, dubbi e assenza di riferimenti teorici e pratici avanzati dal gruppo dei formandi sia tenendo conto delle finalità progettuali.

Si è cercato pertanto di declinare la successione degli argomenti trattati partendo da un'analisi globale dei modelli di funzionamento dei servizi sanitari sino ad arrivare più nello specifico a tematiche riguardanti la gestione delle risorse umane.

Dettagliando i temi dei singoli incontri, gli argomenti trattati in particolare sono stati:

1. Il modello di funzionamento dei servizi sanitari e socio-assistenziali in Italia e in regione Piemonte, facendo un excursus dalle origini del sistema di Welfare in Italia fino alla Legge Turco, sino ai livelli essenziali di assistenza nonché alle caratteristiche del mercato dei servizi sanitari e socio-sanitari.
2. Le caratteristiche delle aziende che operano nel mercato dei servizi sanitari e socio-sanitari, analizzando le varie tipologie di aziende del settore sanitario e socio-assistenziale (da quelle profit a quelle no profit) e soffermandosi in particolare sulla tipologia dei servizi e sui modelli organizzativi prevalenti delle case di assistenza per anziani.
3. La gestione delle risorse umane, sottolineando la natura delle strutture direzionali, dei processi di controllo e di supporto delle case di riposo.
4. La valutazione e verifica dei risultati, intendendo con questo titolo affrontare il problema della valutazione della qualità delle prestazioni socio-sanitarie e la verifica dei risultati sotto il profilo economico-finanziario.

Alla fine del percorso i formandi sono entrati in possesso di tutta una serie di elementi conoscitivi e di tecniche di analisi contestualizzate che li hanno facilitati nel successivo approccio con le case di riposo, avendo a disposizione anche alcuni standard qualitativi di riferimento forniti dal docente.

3.2.3. FASE 3 – Individuazione delle imprese e check-up organizzativo

La realizzazione della diagnosi delle caratteristiche organizzative più rilevanti in un gruppo di imprese del settore socio-sanitario è stata possibile solo dopo aver individuato un numero idoneo di strutture disposte a testare il percorso di check-up organizzativo.

Se inizialmente si era pensato di raccogliere le adesioni mediante il sondaggio preliminare, in un secondo momento, alla luce dello scarso numero di risposte ricevute, si è proceduto secondo due modalità differenti: da una parte, sono stati fissati incontri diretti con le strutture che avevano risposto al questionario preliminare, e, dall'altra, si sono effettuati contatti telefonici con presidi nuovi, identificati all'interno del data-base aziendale presente in Associazione. Anche in quest'ultimo caso la somministrazione della check-list si è svolta durante un incontro diretto con le singole strutture. La progettazione della check-list ha

coinvolto l'intero gruppo dei collaboratori che hanno partecipato alla formazione per gli esperti ed è stata possibile solo grazie ai riferimenti teorici e alle linee guida fornite durante il percorso formativo.

Le aree secondo cui è stata modulata la check-list corrispondono a quelli che sono gli obiettivi minimi che un presidio residenziale deve garantire agli anziani, e cioè:

- Il Benessere, come senso di soddisfazione, di possibilità di relazioni con i famigliari, gli amici, ecc...
- L'Autonomia, come capacità di poter svolgere le funzioni fondamentali di vita, di potersi muovere all'interno e all'esterno della struttura da soli o con supporto parziale.
- La Salute, come condizione priva di situazioni patologiche acute in grado di creare forti limitazioni personali.

Per tali motivi nella check-list, oltre ad indicatori di tipo struttural-funzionale, sono stati inseriti approfondimenti orientati nello specifico su aspetti di tipo gestionale con particolare attenzione all'ambito delle risorse umane e a quello della cultura d'impresa prevalente. La finalità perseguita è stata quindi quella di creare uno spazio dove l'azienda potesse riflettere in via generale e complessiva sugli elementi di maggior caratterizzazione della propria struttura in un'ottica di miglioramento e di possibile cambiamento.

Analizzando le aree oggetto di indagine nella check-list è possibile estrapolare le seguenti sezioni tematiche, su cui forniremo dettagli di commento nel prossimo capitolo:

1. Dati Anagrafici dell'azienda
2. Organizzazione e funzionamento
3. Organigramma
4. Gestione delle risorse umane
5. Cultura d'impresa

In particolare in relazione all'indagine sull'organizzazione ed il funzionamento si è cercato con il referente della struttura di far emergere le modalità di impostazione e funzionamento dei servizi principali interni, e cioè quelli dell'assistenza sanitaria, socio-sanitaria e sociale: proprio sulla progettazione e conseguente erogazione di tali servizi poggia, infatti, il processo di accreditamento delle strutture dato che da essi dipende il livello di soddisfazione percepito dall'utenza e dai suoi famigliari.

3.2.4. FASE 4 – Elaborazione delle check-list e diffusione dei dati

Un'ultima, ma non meno importante, azione effettuata durante il percorso sperimentale è stata quella dell'elaborazione dei dati ricavati in seguito alla somministrazione delle check-

list tra i presidi identificati. Il sistema di elaborazione si è svolto grazie all'utilizzo del software statistico SPSS (Statistical Package for Social Science), programma che consente di gestire i dati anche da un punto di vista qualitativo oltreché quantitativo. Tra le finalità principali perseguite con tale azione è opportuno sottolineare:

- individuare eventuali strutture di eccellenza, che rispecchiano i criteri di qualità nell'erogazione dei vari servizi e nel raggiungimento degli obiettivi prefissati;
- individuare invece strutture meno organizzate e più scadenti sotto il profilo qualitativo;
- valutare gli aspetti determinanti per un funzionamento organizzativo improntato all'efficacia ed efficienza;
- definire al contrario gli elementi di maggior criticità per un funzionamento ottimale dei presidi;
- creare una base di dati concreti su cui progettare eventuali soluzioni alternative in termini di possibili percorsi di formazione da erogare o di potenziali servizi da implementare all'interno dell'Associazione.

Infine l'ultima azione di diffusione dei dati si è svolta primariamente tra le strutture che hanno partecipato alla survey e in seconda battuta anche nei confronti di tutti gli altri presidi che hanno comunque manifestato interesse per la sperimentazione: il canale preferenziale è stato quello della creazione di un CD contenente tutte le considerazioni emerse dall'elaborazione dei dati nonché la descrizione delle diverse fasi che hanno scandito il progetto.

4. Il Progetto: strumenti e metodologia utilizzati con le aziende

4.1. Premessa

La finalità principale che fa da sfondo a tutte le varie case di assistenza per anziani è la cura e la tutela degli ospiti che necessitano di un sostegno dal punto di vista sanitario nonché nelle funzioni primarie di vita e di socializzazione: ecco perché i tre gruppi di servizi assistenziali costituiscono il focus dell'analisi organizzativa secondo cui è stata condotta l'indagine presso le strutture e alla luce del quale è stato anche costruito lo strumento di check-up organizzativo.

I tre gruppi di servizio assistenziale (sanitario, socio-sanitario e sociale) includono attività proprie e specifiche benché non manchino gli elementi di interconnessione e di influenzamento vicendevole.

Il punto di partenza nella pianificazione dei vari servizi assistenziali è costituito dal cosiddetto piano assistenziale in cui vengono definiti:

- gli obiettivi a medio e breve termine
- la tipologia, le modalità ed i tempi dell'intervento
- la programmazione dei controlli sull'attuazione degli obiettivi
- le varie responsabilità per lo svolgimento dell'intervento

La redazione del piano assistenziale è di tipo multidisciplinare, benché ciascun ospite abbia un suo referente assistenziale che rappresenta anche il punto di riferimento per gli altri colleghi. L'organizzazione assistenziale deve avvenire per piccoli gruppi di ospiti, assicurandosi che ciascun utente abbia focalizzato sia il suo referente sia gli altri operatori che collaborano all'attuazione del piano. Ogni operatore deve monitorare con attenzione il gruppo di ospiti assegnatogli al fine di verificarne l'insorgere eventuale di patologie ansiose e/o depressive spesso all'origine di forme di progressivo disagio e disadattamento. Un'efficiente impostazione dei servizi assistenziali non può prescindere da una proficua collaborazione con le strutture ospedaliere esterne in modo da evitare l'eventuale riacutizzarsi di patologie già presenti al momento dell'ingresso ed impostare prestazioni sanitarie diverse laddove si rendessero necessarie.

Il processo assistenziale nella sua globalità deve pertanto essere orientato al mantenimento dell'autonomia personale, delle capacità comportamentali, cognitive ed affettivo-relazionali attraverso interventi di riabilitazione farmacologica, psicologica e di socializzazione, anche attraverso attività pratiche e/o manuali.

4.2. La check-list per la valutazione delle imprese socio-sanitarie: costruzione dello strumento

La metodologia applicata nel corso della sperimentazione è quella dell'intervista semistrutturata realizzata mediante un'opportuna griglia di autovalutazione che fornisce sia al referente della struttura sia al somministratore uno spazio per spunti di riflessione e aree di indagine su cui potersi confrontare. I dati che se ne ricavano hanno dunque una doppia valenza: è possibile cioè trattarli quantitativamente, fissando alcune regole di caricamento sul software statistico, e qualitativamente, poiché la griglia concede la possibilità al compilatore di esplodere in maniera più dettagliata alcune delle risposte fornite in prima istanza nelle domande a scelta multipla.

Come già specificato nei capitoli precedenti, la costruzione della griglia è stata possibile grazie al percorso formativo nel quale agli operatori sono state fornite le linee generali per l'analisi di servizi realizzati secondo i criteri della qualità richiesti nel processo di accreditamento e più in generale dagli enti regolatori e programmatori in materia (Regione ed enti locali). La qualità del servizio all'interno della struttura coincide, infatti, con la qualità della vita nel presidio: per tale motivo la condizione esistenziale dell'ospite deve essere dettagliata con documenti scritti tendendo a standard qualitativi elevati sul piano dell'umanizzazione e della personalizzazione del servizio assistenziale.

Qui di seguito verranno approfondite le aree tematiche contenute nel documento di check-list, specificando i motivi della scelta ed i risultati attesi in termini di risposte.

Infatti al centro dell'attività di indagine organizzativa vi è comunque la dimensione dell'esperienza realizzata da ogni singolo presidio nel suo percorso storico.

Altro approccio preso a riferimento è quello del counselling inteso come modalità di supporto di tipo personalizzato, che lavora su alcuni ambiti preferenziali con la funzione di sostenere la struttura nel mantenimento e/o raggiungimento di standard qualitativi più elevati e di una maggior consapevolezza nel rapporto con la specifica utenza. L'obiettivo che ci si è proposti, dunque, nella sperimentazione con le singole strutture, non è stato quello di giungere a modifiche sostanziali, cosa che richiederebbe tempi e risorse maggiori; l'intento è stato, invece, quello di accompagnarle in un processo di avvicinamento a punti di vista diversi rispetto a quelli adottati nel tempo e pertanto aiutarle ad affrontare talune problematiche.

4.3. Le aree organizzative esaminate: introduzione

La ricerca organizzativa insegna che in tutte le organizzazioni l'elemento fondante è dato dalla coerenza tra i suoi singoli aspetti costitutivi e dal modo di combinare le risorse disponibili con i fini prefissati.

I fattori strutturali sono tra i primi aspetti a dover essere analizzati in quanto rappresentano la struttura formale dell'organizzazione. Fondamentalmente sono i seguenti:

- divisione del lavoro, ruoli e funzioni ovvero le attività e le funzioni organizzative in relazione alle responsabilità
- regole e procedure di funzionamento, come vengono cioè tenuti sotto controllo i principali processi organizzativi
- flussi informativi, come vengono cioè acquisite le informazioni e come ci si pone rispetto ai soggetti esterni
- risorse umane: quantità, tipologia, turn-over
- risorse strumentali, materiali e finanziarie: quantità e stato d'uso, utilizzazione e potenzialità, esigenze da fronteggiare, vincoli di spesa

I fattori tecnico-professionali implicano invece la conoscenza e l'analisi degli aspetti tecnici e di contenuto del lavoro sia in rapporto alle esigenze di realizzazione del personale sia in rapporto ai bisogni istituzionali e alle aspettative degli utenti. Nello specifico ci si riferisce ai seguenti aspetti:

- competenze esistenti e utilizzate
- competenze non utilizzate ma attivabili
- competenze non esistenti ma da acquisire

I fattori sociali infine sono l'inevitabile risultato delle relazioni e interazioni esistenti all'interno dell'organizzazione. Proprio la conoscenza di tali fattori è indispensabile per capire su quale terreno concreto dovranno essere implementati eventuali percorsi di formazione. Tra i principali è importante sottolineare:

- Clima
- Comunicazione
- Senso di appartenenza e condivisione
- Trattamento dei conflitti
- Leadership

Nei paragrafi che seguono illustreremo come nella costruzione dello strumento di checklist si siano focalizzati i vari fattori rispettando comunque quelle che sono le specificità di un contesto socio-assistenziale.

4.3.1. Le aree organizzative esaminate: dati anagrafici dell'azienda

Nella sezione dei dati anagrafici si è voluto far emergere in particolare le tipologie dei presidi residenziali, avvalendosi della canonica distinzione tra le 3 forme e cioè quelle di RA, RAF, RSA:

- La Residenza Assistenziale è una struttura autorizzata ad ospitare soggetti in parziale condizione di autosufficienza e deve possedere i medesimi requisiti strutturali della Residenza Assistenziale Flessibile. A differenza di questa la Residenza Assistenziale può ospitare un numero massimo di 80 ospiti. Qualora l'UVG (Unità Valutativa Geriatrica) accerti la non-autosufficienza di un ospite della RA, questi dovrà essere trasferito nel reparto RAF, se esistente all'interno della stessa residenza, ovvero in altra struttura idonea
- La R.A.F. è il reparto affiancato alla R.A. che può realizzare un sufficiente livello di assistenza sanitaria (infermieristica e riabilitativa) integrato da un livello medio di assistenza tutelare ed alberghiera. Tale residenza è destinata ad anziani non autosufficienti per i quali non sia possibile attivare un programma di assistenza domiciliare integrata e che non necessitano delle cure e prestazioni sanitarie tipiche della R.S.A. Tali strutture risultano, per concezione, per tipologia ed organizzazione flessibili tanto con le R.S.A., rispetto alle quali difettano solo per i locali sanitari, che con le residenze assistenziali per anziani autosufficienti, rispetto alle quali sono potenziati alcuni servizi. La R.A.F. è prevista in nuclei da 10 o 20 posti letto e può raggiungere la capienza massima di 60 ospiti
- La R.S.A. è una struttura a prevalente valenza sanitaria per persone non autosufficienti, per le quali siano comprovate, da una parte, la mancanza del supporto familiare, indispensabile per l'attuazione degli interventi di assistenza domiciliare integrata, e dall'altra, l'assenza di patologie acute richiedenti il ricovero in ospedale e che necessitino di un livello medio di assistenza sanitaria integrato ad un livello alto di assistenza tutelare ed alberghiera. La struttura e l'organizzazione gestionale della R.S.A. sono finalizzate a soddisfare il fabbisogno assistenziale, sia in termini sanitari sia sociali, delle persone che vi

sono ospitate. La maggior parte degli ospiti della R.S.A. presenta una pluralità di problemi (medici, comportamentali, ambientali, psicologici, sociali ed economici) più o meno stabilizzati, che vanno affrontati e risolti stabilendone di volta in volta le priorità. L'obiettivo assistenziale prevalente della R.S.A. deve essere il raggiungimento o il mantenimento del miglior livello possibile della qualità di vita dell'ospite. Ciò si realizza attraverso protocolli operativi basati sulla globalità e sull'interdisciplinarietà degli interventi e sulla "riattivazione dell'ospite". La R.S.A. è articolata per nuclei ciascuno fino a 20 posti letto fino ad un massimo di 80 posti residenziali, che possono arrivare sino a 120 in zone ad alta densità abitativa. Le attività svolte nelle R.S.A. devono porre in primo piano la persona. Sono essenziali pertanto: l'elaborazione di progetti individualizzati, cui concorrano il responsabile sanitario della struttura, il medico di base, l'infermiere, l'assistente sociale, l'animatore, il terapeuta occupazionale, e le unità operative autonome ospedaliere interessate al singolo caso; l'integrazione e/o il coordinamento nell'operatività delle varie figure professionali sul singolo caso; la flessibilità operativa, considerato che il personale sanitario e assistenziale delle R.S.A. è impegnato insieme a garantire il soddisfacimento dei bisogni primari della persona, che sono strettamente collegati fra loro. Particolare attenzione, nell'elaborare il progetto individualizzato, dovrà essere posta alle esigenze di tipo relazionale degli utenti, attraverso la predisposizione di momenti di socializzazione. Ogni presidio deve garantire alle persone utenti il rispetto dei loro diritti, la loro riservatezza, il rispetto della loro personalità, anche mediante la personalizzazione degli ambienti, la valorizzazione della persona attraverso una particolare cura dell'aspetto fisico, la promozione del rispetto del patrimonio culturale, politico e religioso di ciascuno. Particolare attenzione deve essere posta alla qualità delle risposte assistenziali fornite dai presidi, perché le attività si conformino il più possibile ai ritmi e alle abitudini delle persone, compatibilmente con le esigenze di una collettività, attraverso regolamenti rispettosi della dignità della persona.

Sempre nella prima sezione si sono focalizzati altri elementi quali la dimensione della struttura socio-assistenziale ed il tipo di contratto applicato ai dipendenti: quest'ultime informazioni sono state per lo più trattate per elaborare frequenze statistiche.

4.3.2. Le aree organizzative esaminate: organizzazione e funzionamento

Nella sezione relativa all'organizzazione ed al funzionamento sono state indagate primariamente tutte le varie funzioni direzionali a partire dal Direttore Sanitario al presidio infermieristico sino alla Direzione Amministrativa.

Quanto al Direttore Sanitario, questi svolge funzione di supervisione rispetto all'assistenza sanitaria e nelle strutture per non autosufficienti può essere individuato tra professionisti in Medicina interna oppure Geriatria. La figura del Direttore sanitario costituisce un elemento di novità per la maggior parte delle strutture per anziani anche se le mansioni ed i compiti di cui si occupa sono spesso il frutto di scelte organizzative interne di tipo autonomo. Ad esso comunque in genere spettano tutte le funzioni di coordinamento del personale sanitario.

L'assistenza sanitaria può essere garantita anche dalla presenza di medici di medicina generale convenzionati con il SSN o da un medico a rapporto di lavoro definito con l'Amministrazione. Ad esso spettano tutte le prestazioni di mercato impegno professionale tra cui controllare le cartelle degli ospiti, effettuare interventi diagnostici e curativi, attivare consulenze specialistiche.

Sempre nell'ambito dell'assistenza sanitaria non si deve dimenticare il servizio infermieristico che deve garantire le cure prescritte dal medico e da altri specialisti. Il numero degli infermieri deve essere rapportato alle dimensioni della struttura, al numero degli ospiti e garantire l'erogazione nell'arco delle 12 ore diurne. Il presidio infermieristico partecipa alla formulazione dei piani di lavoro e di intervento per la promozione, il mantenimento ed il recupero della salute degli utenti. Le loro attività si snodano dalla programmazione dei piani di lavoro del personale all'annotazione sulle cartelle dei vari rilievi di competenza, sino alla compilazione e tenuta di vari registri e moduli. Gli infermieri professionali sono inoltre tenuti a partecipare alle riunioni periodiche di gruppo e a promuovere tutte le iniziative atte a favorire la salute psicologica dell'ospite. Come appena accennato all'infermiere professionale si richiede lo svolgimento di una molteplicità di attività che necessitano di periodiche riunioni di confronto tra il presidio infermieristico stesso e tutte le altre figure professionali.

Tra le altre funzioni direzionali e di controllo si deve anche annoverare il Direttore Amministrativo a cui viene riconosciuto lo svolgimento di attività in tre ambiti principali:

- l'area relazionale: cura del rapporto con gli ospiti e i famigliari nonché con le altre funzioni di coordinamento del personale

- l'area organizzativa: gestione del personale, attivazione dei contatti col volontariato, promozione del coinvolgimento del personale
- coordinamento di tutta l'area amministrativa

Altra figura che ricopre ruoli di coordinamento generale delle strutture, soprattutto quelle meno strutturate, può essere quella del Titolare e/o del Presidente, senza per questo assorbire i compiti di coordinamento più specialistico in campo medico-infermieristico.

In tale sezione si è inoltre sondata la presenza o meno di un organigramma interno e si è domandato di illustrarlo nelle sue componenti principali. La definizione, stesura e definizione dell'organigramma rappresenta un momento importante di analisi della struttura e dell'articolazione dell'organizzazione: esso non è solo una semplice rappresentazione della struttura aziendale ma è uno strumento in grado di riassumere diversi piani descrittivi dell'azienda e comunicare tutta una serie di contenuti e significati. Tramite esso è possibile confrontarsi direttamente e indirettamente sull'attuazione della mission aziendale, sulla diffusione di responsabilità ed autonomia e sulle opportunità di sviluppo e di miglioramento: l'organigramma può essere visto al centro del processo di sviluppo organizzativo, del quale rappresenta una progressiva e dinamica sedimentazione piuttosto che uno statico punto di arrivo. Inoltre attraverso l'organigramma si è anche potuto mettere in evidenza quanto ogni singolo presidio preferisce mantenere una gestione delle varie attività esclusivamente all'interno e quanto invece tende ad esternalizzare appoggiandosi ad altre società.

Infine una parte delle domande contenute in tale sezione è dedicata all'approfondimento del tipo e della quantità di investimento economico-finanziario che ogni singola struttura è disposta a utilizzare per l'acquisto di tecnologie informatiche ed in attrezzature sanitarie e assistenziali.

4.3.3. Le aree organizzative esaminate: gestione delle risorse umane

La complessità e molteplicità dei servizi presenti in strutture di assistenza per anziani necessitano di figure professionali diverse che devono sviluppare modalità di lavoro basate sul coordinamento e sull'integrazione professionale. L'erogazione dei vari servizi rende poi necessaria la gestione e lo sviluppo delle risorse umane attraverso un polo direttivo efficiente.

Gli aspetti dello sviluppo professionale rivestono un'importanza fondamentale all'interno delle strutture come le RSA poiché sono orientate all'impostazione e alla progettazione di azioni e strumenti volti a :

- adeguare nel tempo le qualità professionali del personale
- pianificare la crescita professionale degli operatori, stimolandone in tal modo la motivazione a migliorare nel tempo le relative capacità.

In uno scenario simile è chiaro che anche la formazione e l'aggiornamento continuo diventano elementi strategici per valorizzare e migliorare la qualità delle prestazioni fornite all'utenza. All'interno della check-list sono state pertanto inserite alcune aree di approfondimento sulle modalità e sull'impegno che ciascuna struttura dedica alle parti di sviluppo e di formazione del personale.

Prima di analizzarle in modo dettagliato è altresì fondamentale richiamare l'attenzione sulle modalità di selezione del personale, dato che una sezione delle domande è finalizzata proprio a tale aspetto.

In effetti in ordine al personale un primo elemento che emerge con forza è la definizione delle unità necessarie per ciascuna attività: in tal caso le caratteristiche dell'utenza ed i tempi di assistenza socio-sanitaria richiesti dagli standard regionali definiscono come gestire tale aspetto. Da un'attenta selezione possono derivare risorse dotate di particolari capacità e versatilità: si deve tuttavia evitare in prima battuta un carico di lavoro eccessivo che produca affaticamenti e operazioni ripetitive, evitando che ne risentano le capacità lavorative del personale in termini sia di efficienza sia di efficacia. Per tale motivo è essenziale che le mansioni e le responsabilità delle differenti figure siano definite in maniera precisa e siano formalmente portate a conoscenza di tutto il personale. In fase di selezione è pertanto utile sottoporre all'attenzione del candidato un questionario da cui possano emergere le competenze già acquisite ed eventualmente quelle da sviluppare mediante appositi training formativi. La cura dell'anziano implica abilità di autonomia e responsabilità rilevanti considerando il quadro assistenziale e le probabilità di aggravamento di salute che la tipologia di ospiti nelle RSA comporta. Ne deriva la capacità di affrontare situazioni complesse e variegate quali:

- la gestione della relazione con l'ospite in particolare se affetto da forme di demenza;
- la cura e l'assistenza di patologie ad esito positivo lento per cui viene richiesto un impegno sul piano psicologico alquanto marcato;
- la gestione del rapporto con i parenti degli ospiti spesso divisi tra la volontà di accudire i rispettivi cari e l'impossibilità di poterlo fare;
- la capacità di coordinarsi all'interno della multidisciplinare equipé di riferimento;
- l'utilizzo di modelli di assistenza innovativi e specifici per ciascun utente

La presenza nella struttura di un sistema di incentivi di tipo economico rappresenta un'adeguata modalità per premiare l'attività svolta dalle differenti figure professionali per quanto vengano accettati con altrettanto entusiasmo anche meccanismi diversi di incentivazione tra cui appunto la possibilità di partecipare a percorsi di formazione e/o aggiornamento. L'applicazione di sistemi di premiazione evita il formarsi di fenomeni di assenteismo e di frequente turn-over già fortemente avvertiti all'interno delle RSA dove è piuttosto marcata tra gli operatori la cosiddetta sindrome da burn-out. Alla luce di simili motivazioni risulta essenziale che gli operatori possano riunirsi periodicamente e confrontarsi sul percorso di cura e assistenza erogato a ciascun ospite in carico. In effetti è altrettanto indispensabile che i turni degli operatori siano organizzati in modo tale che siano sempre le stesse figure a seguire uno specifico gruppo di ospiti: ciò consente un monitoraggio mirato e stretto circa l'evolversi della situazione di ciascun utente.

Ritornando agli aspetti legati alla formazione degli addetti emerge la necessità di improntare adeguati percorsi sia per i neo-assunti sia per coloro che da tempo operano all'interno della medesima struttura al fine di raggiungere gli obiettivi annuali di formazione. Si presume pertanto che la direzione mantenga costantemente informato tutto il personale sulle varie iniziative in termini di formazione: nella check-list si è voluto approfondire non solo quanto appunto il singolo presidio dedichi alla formazione rispetto al budget annuale previsto ma anche quali siano i canali preferenziali tramite cui vengono raccolte le adesioni e gli interessi degli operatori.

Le aree in cui tendenzialmente si concentrano i fabbisogni formativi degli specialisti dell'assistenza agli anziani sono ripartiti in quasi equa misura tra esigenze di tipo tecnico-specialistico (terapie riabilitative, metodiche di miglioramento della qualità del servizio, uso dei farmaci e trattamento delle infezioni) ed esigenze di tipo relazionale-comunicativo (supervisioni, gruppi di supporto)

E' soprattutto quest'ultima area a riscuotere e richiamare l'interesse di gran parte del sistema della formazione professionale, conscia quest'ultima del fatto che il ricovero in una casa di riposo può assumere connotazioni complesse e valenze emotive forti sia per gli ospiti sia per familiari e operatori. Di fatto la persona che viene inserita in una struttura di assistenza può sentirsi impotente, abbandonata e rifiutata mentre per i familiari possono attivarsi sensi di colpa, rabbia e risentimento: tutte sfumature che vengono inevitabilmente assorbite dagli operatori che seguono gli ospiti e che possono sfociare in un intervento professionale poco efficace e attento agli individui e alle famiglie. Gli stessi operatori tendono spesso ad evitare i loro problemi legati all'invecchiamento, alla disabilità e

all'abbandono che emergono nelle dinamiche che accompagnano l'inserimento degli ospiti nelle case di cura. Gli operatori devono altresì stare attenti a non lasciarsi intrappolare nei triangoli relazionali delle famiglie che vivono al loro interno il conflitto del ricovero. Simili dinamiche devono essere opportunamente monitorate e tenute sotto controllo all'interno dei gruppi di discussione e supporto tra i colleghi, spazi quest'ultimi creati ad hoc in cui i singoli operatori possono compartecipare le esperienze e portare alla luce sentimenti troppo spesso repressi e di tipo controtransferale.

4.3.4. Le aree organizzative esaminate: la cultura d'impresa

Non esiste un modello di cultura d'impresa sempre valido ed applicabile in ogni contesto organizzativo. Ogni settore, ogni azienda deve creare un proprio modello di cultura d'impresa, un modello che sia unico ed irripetibile, che la sintetizzi e la identifichi completamente.

La cultura d'impresa può essere creata però solo da chi opera in azienda. Non più solamente, come accadeva in passato, da una singola persona (il titolare d'impresa), ma dalle risorse che a vario titolo operano in azienda.

Molte strutture sono chiamate a rivedere i relativi modelli di cultura organizzativa o a pensarne di nuovi. Il suggerimento che più spesso viene elargito è quello di non guardare all'esterno ma di analizzare la struttura nello specifico e studiarne la storia, il contesto ed il territorio di azione. Su tali elementi si può costruire una cultura d'impresa "su misura", un modello che tenga conto di tanti fattori ed elementi strategici su cui nella check-list si sono voluti raccogliere alcuni spunti di riflessione:

1. **INNOVAZIONE E CURIOSITA'** – E' necessario che nel presidio di assistenza le risorse siano mosse da ambizione, curiosità, tendenza all'innovazione ma anche adeguato pragmatismo affinché sia possibile dare concreto sviluppo alle varie intuizioni.
2. **VISION** – L'identità di un'azienda è la somma di più elementi che si incrociano tra loro: gli obiettivi aziendali, il posizionamento di mercato, la strategia di mercato ecc.. L'identità deve inoltre essere chiara a tutti i soggetti che operano in azienda: è fondamentale che tutto sia condiviso. Solo attraverso un processo attento e costante di allineamento sull'identità aziendale si eviteranno i rischi di uno scollamento tra le diverse aree aziendali, tra i vertici ed i dipendenti, ecc. Processi che quando cominciano impattano, naturalmente, in maniera assai negativa sull'andamento dell'organizzazione.

3. **ORIENTAMENTO AL CAMBIAMENTO** - Un'impresa che non si mette continuamente in discussione sarà inevitabilmente soppiantata da realtà più dinamiche. Sarà quindi fondamentale creare uno spirito collaborativo che consenta all'azienda di predisporre al cambiamento e mantenere alta l'attenzione verso il contesto produttivo, i competitors diretti ed indiretti, il mercato. Risulta altrettanto importante fare in modo che il cambiamento in azienda determini anche un cambiamento del territorio in cui l'impresa opera. Per raggiungere tali obiettivi è necessario che più imprese collaborino, meglio se supportate anche dalle istituzioni locali. Queste ultime possono agevolare la creazione di condizioni di contesto favorevoli (es. attraverso la riduzione e la semplificazione della burocrazia, il sostegno alla formazione in loco, la creazione di infrastrutture, ecc.).
4. **CAPITALE UMANO** - Alla base del successo di un'impresa vi è la presenza di un team di persone oltre che qualificate anche motivate. La motivazione del personale è un grande valore per un'impresa odierna. In fase di selezione dei candidati non si devono considerare solamente le skills e le competenze delle risorse, ma tenere in conto anche l'attitudine dell'individuo verso l'azienda e il contributo attivo che potrebbe dare alla sua crescita. Aspetti che possono fare la differenza. La competenza, unita alla partecipazione emotiva delle risorse, può tornare a vantaggio di un buon leader che riuscirà a trarre molto più valore, a parità di risorse e di competenza, rispetto al lavorare con un team in cui il know-how costituisce l'unica variabile.
5. **COMUNICAZIONE** – E' un'area aziendale chiave per la crescita dell'impresa e della cultura interna aziendale. La comunicazione rivolta verso l'interno è un canale importantissimo nella creazione di una visione e di un atteggiamento comune e condiviso in azienda. Consente di allineare tutte le risorse verso obiettivi e strategie di crescita comuni, di diffondere l'identità dell'impresa ed i suoi valori, di garantire a tutte le risorse un'adeguata visibilità.
6. **LEADERSHIP** - Essere un leader efficace non è semplice: questi deve riuscire a tenere sotto stretto controllo una grande varietà di fattori tra loro differenti. Deve conoscere tutti i progetti in corso, contribuire alla costituzione dei team interni di lavoro, approvare e monitorare gli obiettivi dei singoli progetti, intervenire in situazioni critiche. Per svolgere tale molteplicità di azioni deve possedere caratteristiche tra loro molto differenti che vanno dalla conoscenza e da un approccio professionale alla conoscenza delle tecniche di comunicazione, gestione

del team, public speaking e, soprattutto, problem solving. Non esiste una scuola per diventare un buon leader. Ma certamente porre la giusta attenzione su tutti gli aspetti di cui sopra può aiutare a creare una cultura aziendale efficace e vincente.

7. **PIANIFICAZIONE E MONITORAGGIO** – E' necessario un adeguato processo di pianificazione (delle attività, degli obiettivi, delle risorse umane, degli investimenti, ecc.) e di monitoraggio. La pianificazione è un'attività che produce effetti solo nel medio-lungo termine. Specie se associata ad azioni costanti di monitoraggio, può aiutare le imprese a mantenere coerenza tra proposizione e posizionamento di mercato, non dimenticare l'identità dell'azienda, definire priorità nelle attività cercando di evitare sovraccarichi di lavoro e, infine, a selezionare le azioni da compiere in un'ottica di realizzabilità ed urgenza delle medesime.

5. Il sondaggio tra le strutture di assistenza: metodologia ed elaborazione dei dati

5.1. Premessa metodologica

Nell'ambito del progetto è stata realizzata un'indagine attraverso la somministrazione di un questionario rivolto alle strutture per l'assistenza agli anziani del territorio di Torino e provincia, allo scopo di approfondire le problematiche connesse alla gestione dei presidi medesimi e di migliorare la comprensione delle dinamiche ad esse sottese.

Obiettivo dell'indagine è stato comprendere gli aspetti più problematici legati al funzionamento delle strutture, raccogliendo le esperienze dirette dei vari referenti di struttura.

Il questionario è stato realizzato pensando in prima battuta ad una somministrazione diretta; poiché in alcuni casi non è sempre stato possibile visitare i diversi presidi, si è optato anche per una somministrazione tramite apposito mailing, seguito da un recall telefonico per ulteriori approfondimenti su aspetti eventualmente poco chiari.

Il questionario ha avuto l'obiettivo di raccogliere dati significativi rispetto alle modalità di gestione del presidio sia in termini di risorse umane sia in termini più struttural-funzionali.

In particolare gli obiettivi dell'indagine, riflessi dall'articolazione del questionario, sono:

- descrivere le modalità di organizzazione e funzionamento prevalenti all'interno dei singoli presidi
- descrivere le criticità affrontate dalle specifiche strutture rispetto alla gestione del personale;
- descrivere la cultura d'impresa diffusa e prevalente nel mondo socio-assistenziale privato;
- far emergere i punti di forza alla luce dei quali si caratterizzano i vari presidi socio-assistenziali.
- Identificare le aree aziendali che necessitano di interventi formativi e/o di aggiornamento

Sono state inserite sia domande a risposta multipla, alle quali è possibile dare più risposte, sia domande aperte, in cui è possibile inserire commenti o informazioni. Anche se tale scelta ha comportato un lavoro aggiuntivo al momento dell'elaborazione dei dati, essa è

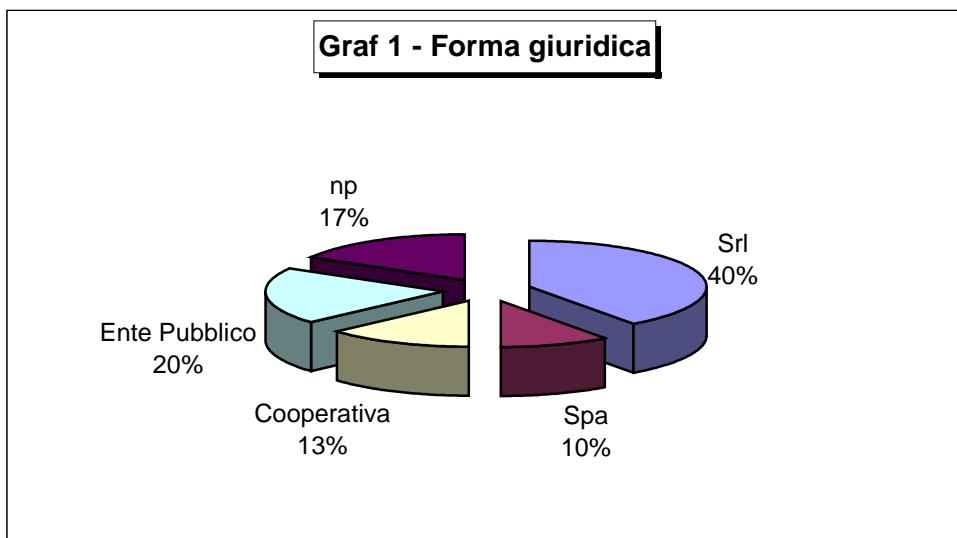
servita comunque a fornire elementi significativi aggiuntivi rispetto a quelli forniti dagli altri tipi di domande.

Il questionario è stato strutturato in base a diversi blocchi di domande, ciascuno dei quali indaga un tema specifico.

La pubblicizzazione dell'indagine alle aziende è avvenuta tramite l'invio di un mailing indirizzato ai titolari delle strutture: la comunicazione conteneva una breve descrizione degli obiettivi del progetto e dello scopo dell'indagine.

5.2. Elaborazione dei dati: la struttura del campione

Il campione indagato raggruppa 30 strutture socio sanitarie operanti in provincia di Torino. La forma giuridica di gran lunga prevalente è la Srl (40% dei casi), seguita dalla Spa (20% dei casi): le altre forme giuridiche, cooperative ed enti pubblici, assumono rilevanza minore (vedi Graf 1)

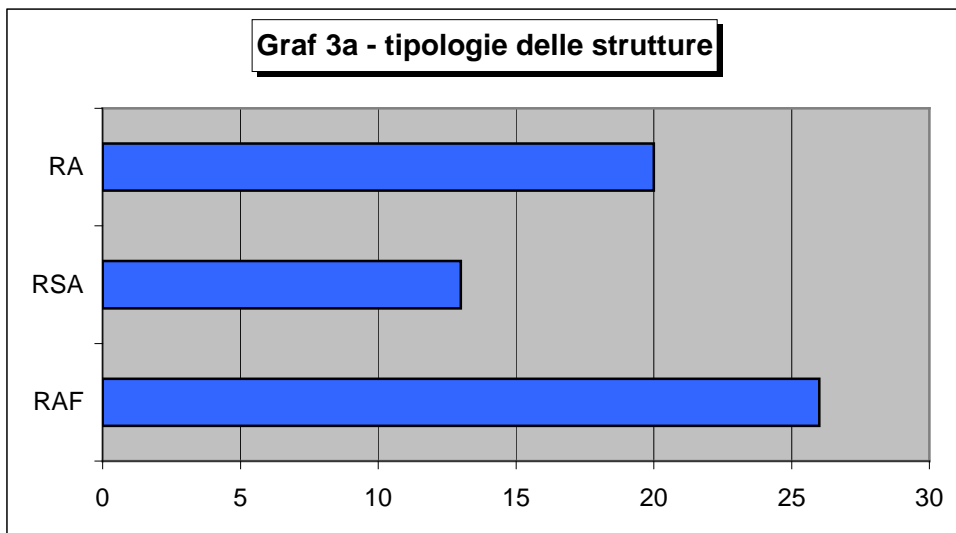


Mettendo in relazione le diverse forme giuridiche delle strutture esaminate e la loro dimensione, intesa come numero di addetti, va innanzitutto precisato che le risposte comprendono le strutture che dichiarano di avvalersi solo di personale dipendente per lo svolgimento di tutte le attività, quindi una percentuale di quasi il 60% del campione: le Spa si posizionano sotto i 50 dipendenti, le Srl e le poche cooperative intervistate si distribuiscono nelle varie classi dimensionali (vedi Tab 2).

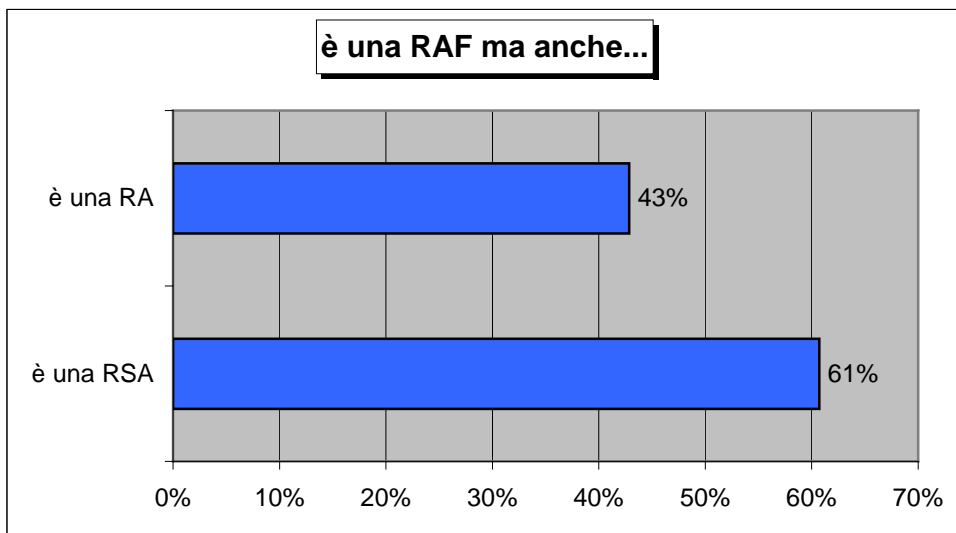
Tab 2	Forma giuridica			
	Srl	Spa	Cooperativa	Ente pubblico
dipendenti				
<30	2	2	0	1
>30	0	3	1	0
>50	1	0	1	0
>75	1	0	0	0
np	8	1	1	3
totali	12	6	3	4

5.3. La tipologia dei servizi offerti

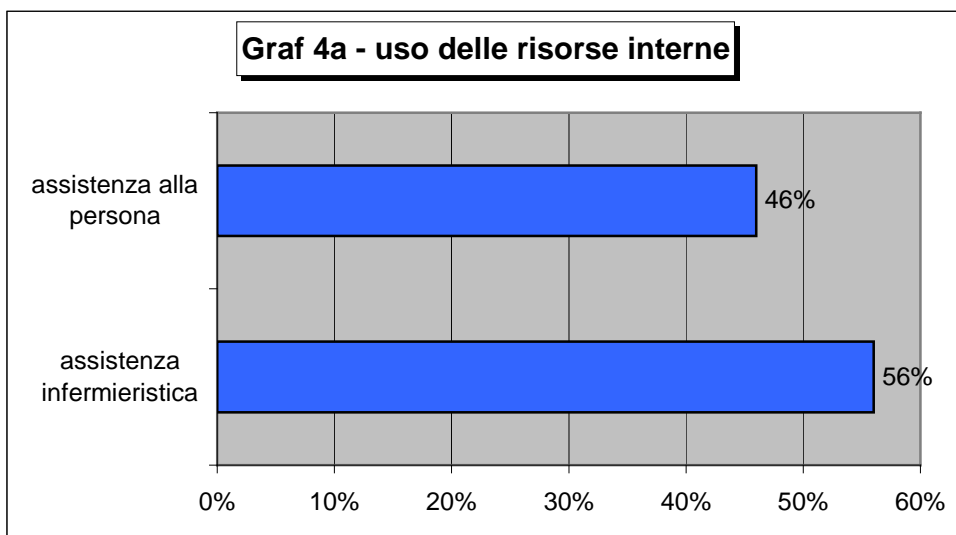
Rispetto alle tre principali tipologie di strutture residenziali, 20 aziende si qualificano come RA, 26 come RAF, solo 13 come RSA (vedi Graf 3a)

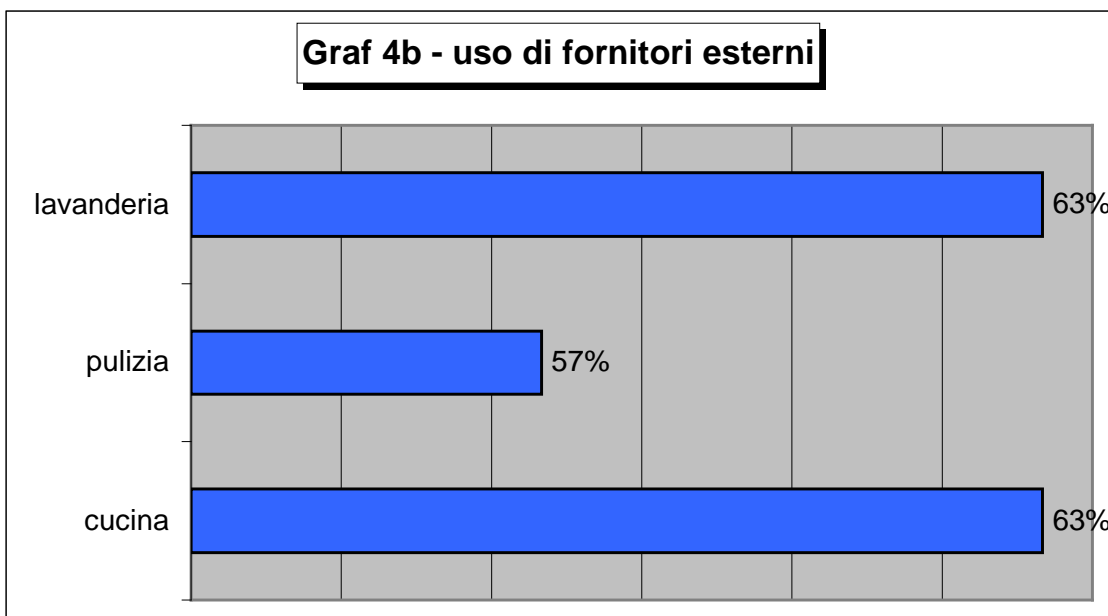


In questo caso sono ovviamente presenti strutture con mix di tipologie per cui il 56% delle strutture si caratterizza come RSA e RAF al tempo stesso, mentre il 40% è insieme RA e RAF (vedi Graf 3b).



Tuttavia ci pare di maggior interesse il dato (vedi Graf 4a) in cui si dimostra che il ricorso a fornitori esterni è parzialmente praticato (poco più del 40% dei casi) per attività “core” (assistenza infermieristica e alla persona), mentre per i processi di “supporto” (cucina, pulizia, lavanderia) le percentuali di outsourcing salgono su valori vicini al 65% (vedi Graf 4b).



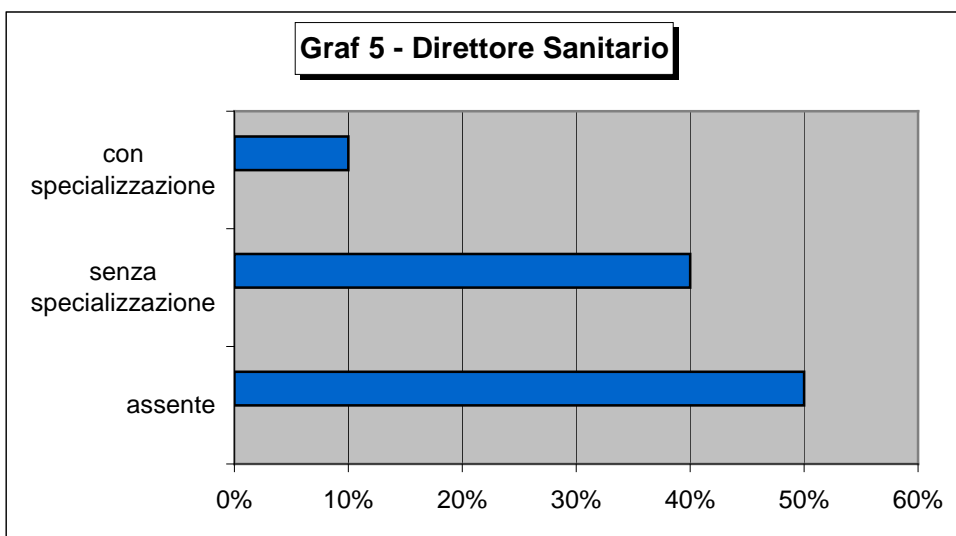


Tale dato è ulteriormente confermato dal tasso di presenza della figura professionale OSS che raggiunge un valore medio di 22,55 unità professionali per ogni struttura, ben sapendo che circa un terzo del campione vede presenti nel suo organigramma una dimensione compresa tra 25 e 60 operatori socio sanitari.

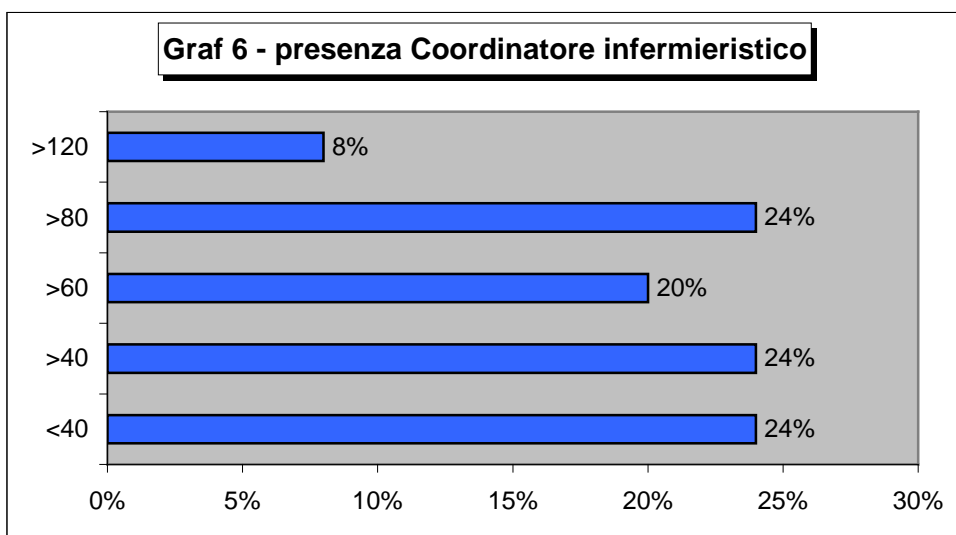
Circa il 55% dei casi esaminati ci dice che le strutture socio sanitarie hanno infermieri professionali alle proprie dipendenze, in misura maggiore quelle con infermieri professionali con altre tipologie di contratti o come liberi professionisti, e parimenti quelle con medici: in tutti i casi la distribuzione di queste figure è abbastanza omogeneamente diffusa in tutte le classi dimensionali delle strutture indagate (classi per numero di posti letto).

5.4. Le caratteristiche dei vertici aziendali e il modello organizzativo

Se poi si analizza la forma della responsabilità apicale (presenza o meno di Direttori sanitari e di Coordinatori infermieristici) si nota che solo nel 50% delle strutture è presente il Direttore Sanitario e di questi (vedi Graf 5) solo il 13% è uno specialista in igiene ed organizzazione dei servizi sanitari.



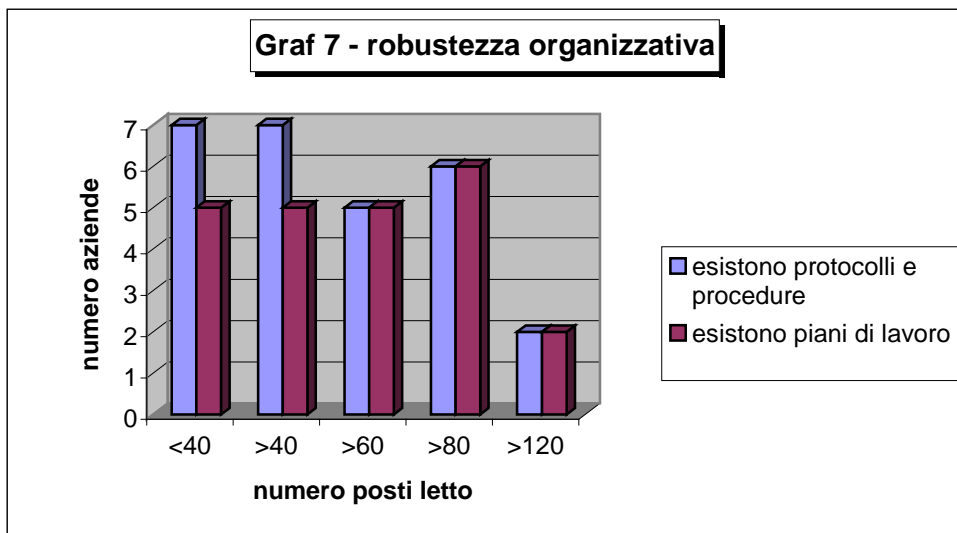
Il ruolo e la figura del Coordinatore infermieristico è presente nell'83% dei casi esaminati, in modo uniforme tanto nelle strutture di minori dimensioni quanto in quelle con più posti letto (vedi Graf 6).



Le funzioni di coordinamento sono svolte, nel circa il 45% dei casi esaminati, dal Direttore Amministrativo, nel circa il 55% la risposta è "altro", dove ragionevolmente si deve intendere la figura del Titolare e/o Presidente della struttura (solo marginalmente tale funzione è svolta anche dalla Caposala o dal Direttore Sanitario).

Passando all'esame di un indicatore, per quanto sintetico, di "robustezza organizzativa" rileviamo come esistano in larghissima misura all'interno delle strutture meccanismi

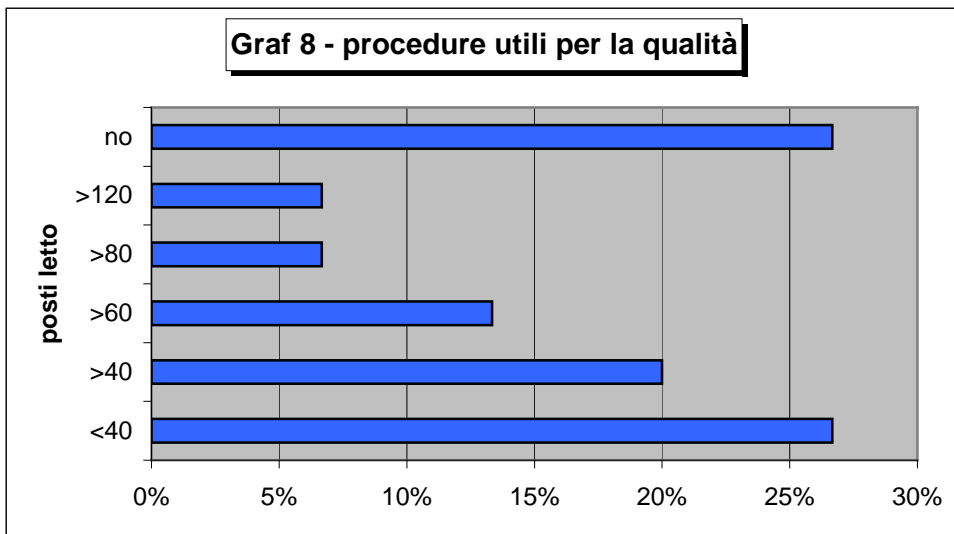
operativi, quali i piani di lavoro e i protocolli/procedure piuttosto diffusi (27 casi su 30), sostanzialmente in modo omogeneo tra strutture di diversa dimensione/posti letto (vedi Graf 7).



Anche la periodicità con cui si riuniscono i gruppi di lavoro/équipe (è prevalente la periodicità mensile) rappresenta un dato abbastanza incoraggiante sull'effettivo funzionamento di tali modalità di lavoro sicuramente innovative ed appropriate, trattandosi di attività di assistenza e cura per pazienti che spesso presentano un mix di problematiche di carattere sanitario ed assistenziale e perciò richiedono interventi "integrati" da parte dei gruppi di operatori.

5.5. La qualità attesa

La stessa percezione delle strutture sulla qualità dei servizi forniti porta oltre il 73% degli intervistati a considerare utili le procedure per migliorarla: ciò è significativamente maggiore nelle strutture di piccola e media dimensione, forse perché maggiormente esposte a rischio di "concorrenza" competitiva da parte di altri operatori e più esposte al giudizio dell'utenza (vedi Graf 8)

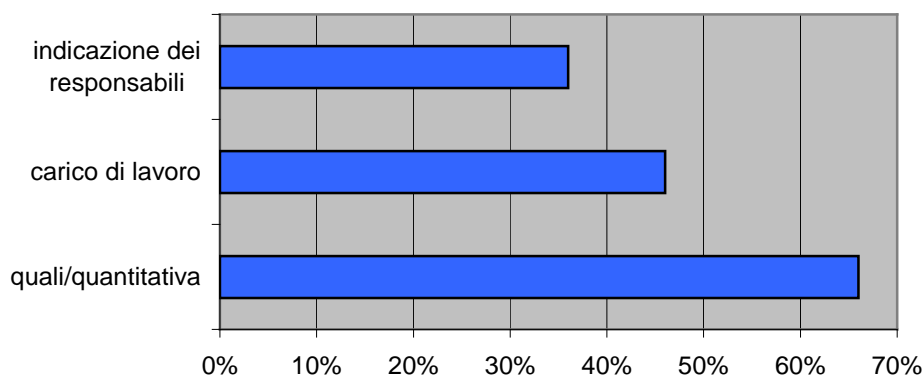


5.6. La gestione delle risorse umane: fattore competitivo fondamentale

Esaminando il capitolo gestione delle risorse umane emerge innanzitutto come la valutazione del fabbisogno di personale nelle strutture sia affidata, prevalentemente, a considerazioni di tipo quali/quantitativo e dei carichi di lavoro (vedi Graf 9); in misura minore sia concentrata nella sola valutazione dei responsabili apicali, Direttore Sanitario e/o Coordinatore infermieristico.

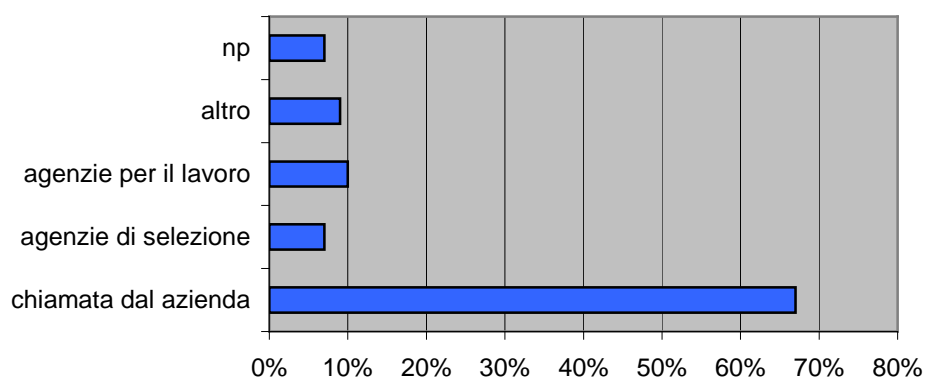
Tale risultato è da considerare particolarmente significativo e per certi versi anche sorprendente se si considera che il livello di organico, tradizionalmente, in questo tipo di strutture è molto correlato all'analisi costi/ricavi e quindi fonte di stress per l'organizzazione aziendale che deve operare in un "mercato regolato", con tariffe in larga misura "contingentate" dall'appalto ricevuto dalle strutture pubbliche locali.

Graf 9 - modalità di valutazione del fabbisogno di personale



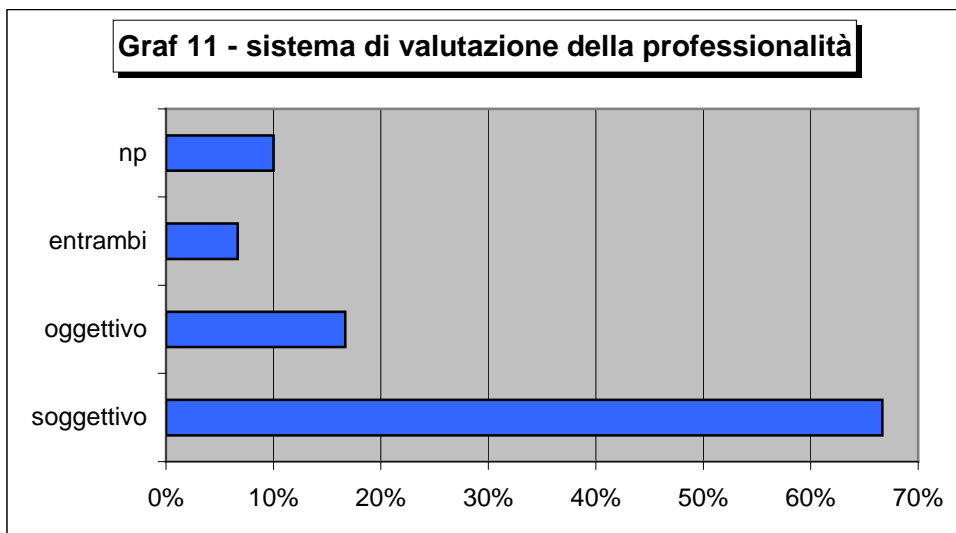
La modalità di selezione del personale in ingresso risente, come era logico aspettarsi sia per la piccola dimensione di impresa sia per la “delicatezza” del ruolo professionale degli operatori a contatto con pazienti (e non con prodotti da fabbricare), di un’impostazione più “tradizionale” che altrove, dando prevalenza alla chiamata diretta dall’azienda rispetto ad altre forme (agenzie per il lavoro, selezione esterna, ecc.) (vedi Graf 10)

Graf 10 - modalità di selezione del personale in ingresso

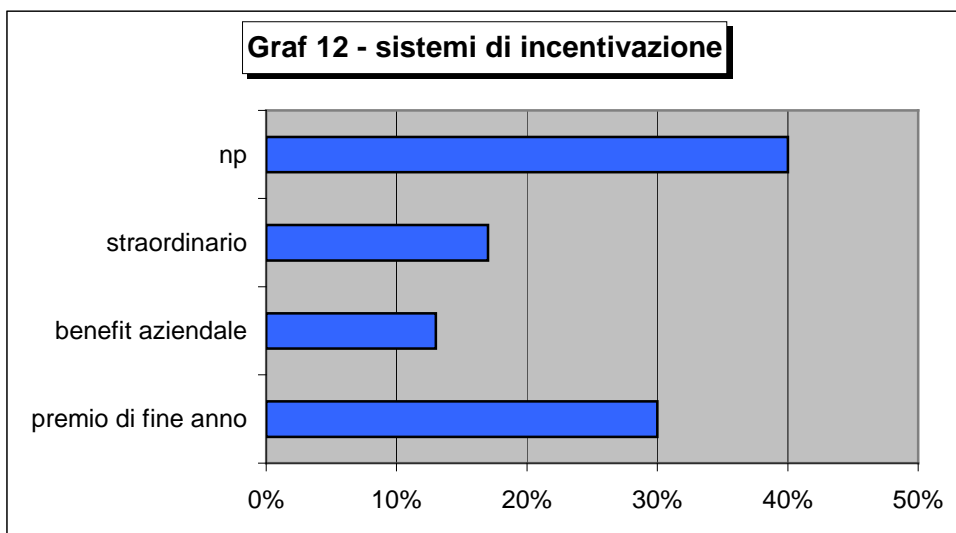


In costanza del rapporto di lavoro, il sistema di valutazione della professionalità degli operatori è, a detta dei responsabili aziendali delle strutture, in larghissima percentuale

soggettivo (oltre il 66% dei casi) a dimostrazione di quanto affermato in precedenza sul carattere delicato e fiduciario del rapporto contrattuale di collaborazione lavorativa in queste aziende, e solo per il 16% circa considerato come impostato su basi oggettive (vedi Graf 11)



Anche la politica retributiva aziendale, al di là degli istituti contrattuali che discendono dalla normativa generale, non vede una prevalenza significativa di meccanismi salariali che premiano il raggiungimento di risultati, come benefit e/o premi annuali (vedi Graf 12)



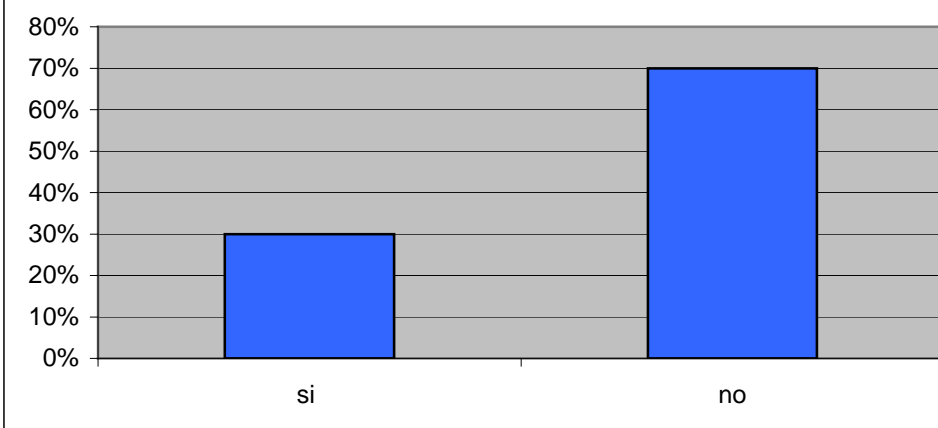
La stessa politica di formazione delle risorse umane conferma un impegno relativamente scarso su questo fronte da parte delle strutture aziendali, probabilmente anche a causa delle ristrettezze nell'organico operativo e della difficoltà organizzativa a prevedere in orario di lavoro attività che siano altre rispetto al servizio diretto all'utenza (vedi Graf 13). Inoltre il 60% dei casi segnalano che la rilevazione dei fabbisogni formativi è in capo al responsabile dell'unità operativa più che per segnalazione individuale da parte del dipendente.

Dalle interviste effettuate con i referenti delle varie strutture emerge con rilevanza un fabbisogno formativo rivolto agli operatori socio assistenziali al fine di contenerne il carico di stress ed eventuale burn-out operativo ed al fine di agevolarne la relazione con l'utenza e le relative famiglie. Tale esigenza rappresenta un carattere di novità rispetto a "più tradizionali" bisogni formativi espressi anche in passato e più rivolti alle competenze di tipo specialistico: oggi appare strategico invece affrontare lo sforzo competitivo su tale versante anche alla luce del fatto che molti operatori provengono da altre nazionalità e dunque possiedono diversi bagagli comportamentali e culturali. Molte strutture socio sanitarie rivendicano all'associazione un maggior impegno di tutela ed accompagnamento nell'impostare risposte formative all'altezza delle nuove sfide di qualità e competitività nel comparto.

Sia avverte inoltre la necessità per queste strutture di essere supportate da appositi servizi eventualmente forniti dall'associazione nelle incombenze di carattere burocratico e nella gestione dei rapporti con le realtà esterne (ospedali, ASL, servizi pubblici, socio-assistenziali).

Inoltre, i ridotti margini economici presenti nel settore richiedono più che in passato una forte attenzione al controllo di gestione e al monitoraggio del rapporto costi/benefici: anche qui esiste un importante campo di azione per i servizi dell'associazione.

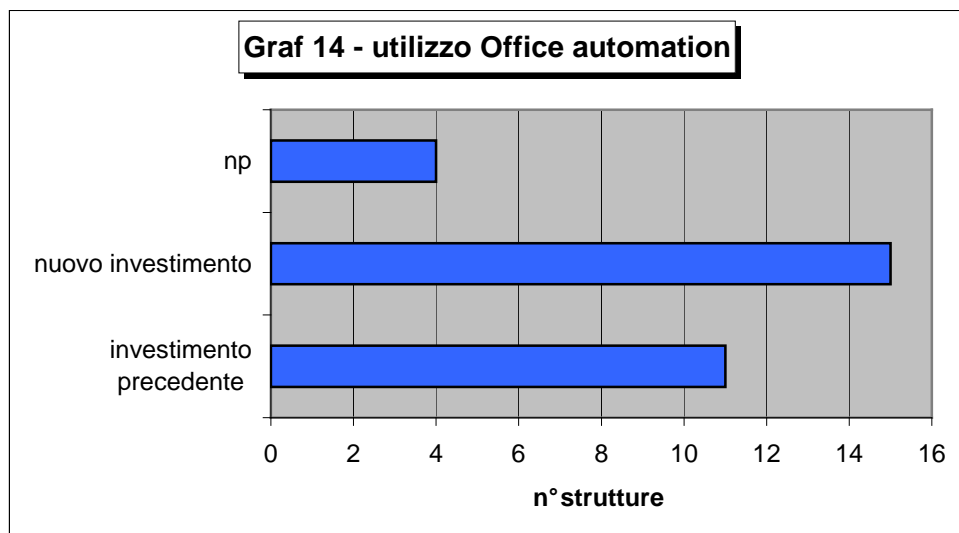
Graf 13 - esistenza bdgt annuale per formazione



5.7. Investimenti in attrezzature

L'andamento degli investimenti in attrezzature dimostra come il 53% delle strutture aziendali abbia investito sia in attrezzature assistenziali (più pertinenti al "core" dell'attività) sia in attrezzature informatiche: all'interno di quest'ultima categoria la quasi totalità utilizza i pacchetti software di Office Automation, sia per nuovo investimento/acquisto sia perché già posseduto (vedi Graf 14).

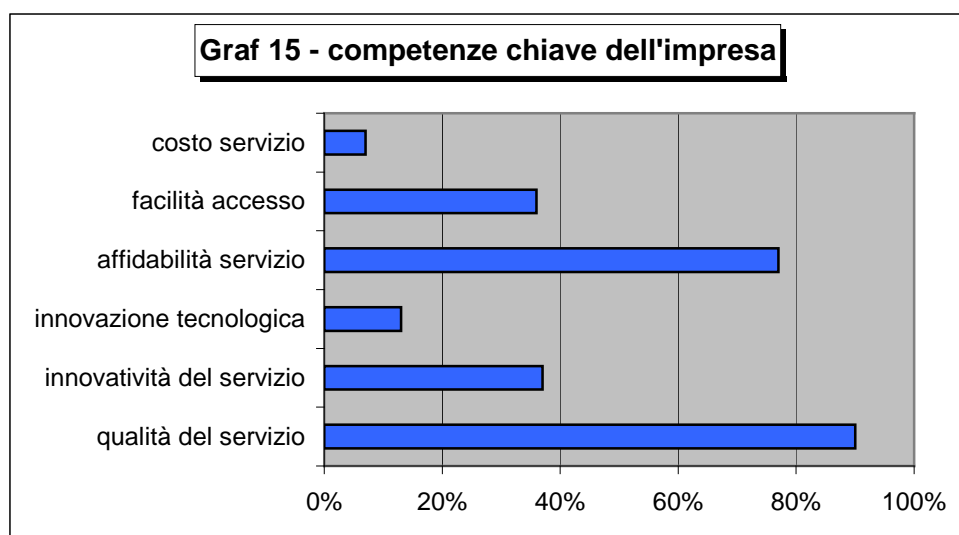
Graf 14 - utilizzo Office automation



5.8. La cultura e la mission di impresa

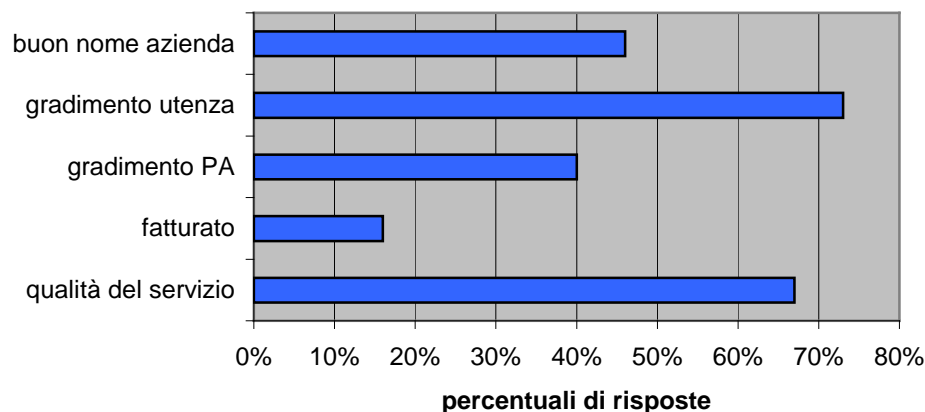
Si è successivamente provveduto a rivolgere alcune domande afferenti ai principali item sulla cultura di impresa per come essa viene percepita ed interpretata dai livelli di massima responsabilità aziendale (Titolari e/o Presidenti).

Gli intervistati hanno risposto che le competenze chiave, fonte del successo competitivo della struttura, sono innanzitutto la qualità e affidabilità del servizio, seguite dalla capacità di innovare i servizi medesimi e dalla facilità di accesso ai servizi da parte dell'utenza. Minor importanza riscuotono le innovazioni tecnologiche piuttosto che lo stesso costo del servizio (vedi Graf 15)



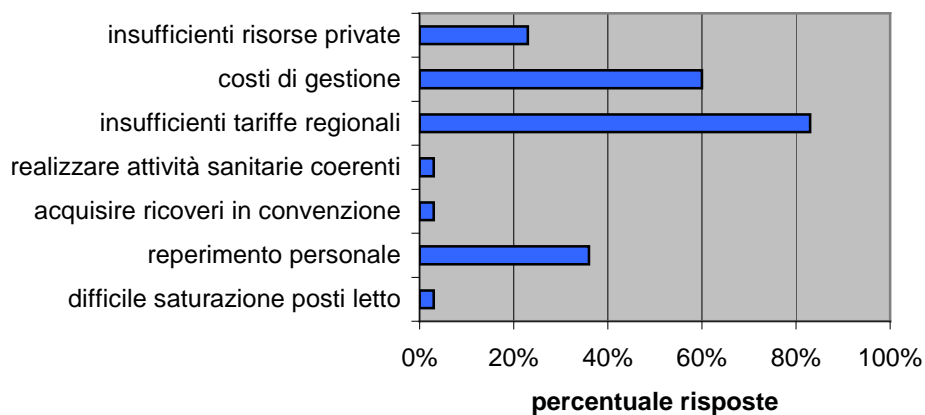
La percezione di quali siano stati i principali obiettivi raggiunti dalle imprese di questo comparto sociosanitario ha evidenziato criticità per quanto attiene il fatturato, mentre un buon esito si è verificato per indicatori di qualità del servizio e più in generale di “customer satisfaction” (vedi Graf 16).

Graf 16 - obiettivi raggiunti dall'azienda



Infine tra le criticità principali indicate dai responsabili aziendali ritroviamo in primo piano la politica tariffaria dell'ente pubblico giudicata insufficiente dall'83% delle imprese, seguita dai costi di gestione che rimangono una criticità importante per il 60% delle risposte (vedi Graf 17)

Graf 17 - principali criticità aziendali



6. Conclusioni

Il sistema sanitario sta attraversando un periodo di piena evoluzione e trasformazione. I cambiamenti registrati sul piano strutturale richiedono di riorganizzare la distribuzione dei servizi alla luce di una nuova filosofia di intervento che tenga in considerazione più fattori di natura biologica, psicologica e sociale.

In tale processo di trasformazione alcuni aspetti devono rimanere i punti di riferimento inossidabili a partire dalla soddisfazione del cliente e degli operatori per arrivare alla qualità dei servizi erogati e al contenimento dei costi.

Il presente progetto come altri effettuati nel comparto socio-assistenziale ha pertanto indagato in maniera non invasiva su alcuni elementi che rappresentano le nuove linee guida nella gestione delle strutture socio-assistenziali:

- l'accoglienza e l'ascolto dei bisogni degli utenti in contatto con la struttura. Ciò comporta livelli più alti di soddisfazione che a loro volta inducono ad un risparmio di tempo e di energie per gli operatori impegnati nelle attività specialistiche. Conduce inoltre ad una personalizzazione dell'intervento confermando quanto l'impatto emotivo e personale agiscano sull'efficacia dell'intervento;
- la gestione degli interventi secondo un'ottica di multidisciplinarietà in cui in particolare vengano favoriti i meccanismi dell'integrazione e del confronto: grazie alla narrazione delle esperienze e alla condivisione dei vissuti si realizza l'obiettivo di umanizzazione del servizio e di miglioramento della qualità del medesimo. Si evita pertanto l'isolamento delle diverse professionalità nelle loro specializzazioni: la prevenzione del burn-out consente un notevole risparmio dei costi causati dall'assenteismo e dalla scarsa produttività;
- l'integrazione tra medicina e psicologia come modalità imprescindibile sia per massimizzare le risorse e le prestazioni sia per consentire una maggiore corrispondenza tra domanda e offerta: tutto l'investimento di tempo speso all'inizio per ascoltare l'utenza risulta come tempo risparmiato nelle fasi successive di intervento.

Il lavoro sociale con gli anziani se impostato secondo tali nuove prospettive dovrebbe porsi al centro di sempre nuove sfide e risultare più gratificante e stimolante: ne potrebbe altresì derivare anche un'immagine del tutto nuova e valorizzata delle risorse che operano in tale settore sino ad oggi spesso sottovalutate e poste in scarso rilievo.