





MARZO - APRILE 2020



### INDICE:

COPERTINAp	ag.1
EDITORIALE - La qualità nei servizi socio assistenziali	ag.3
POLITICHE SOCIO SANITARIE  - Legge Regionale n. 48 del 28 dicembre 2018. Piano Socio Sanitario regionale 2019-2023	oag.8
TERRITORIO - La qualità percepita nelle comunità educativo-riabilitative per adolescenti in Venetop	ag.12
ADOLESCENZA - Parlando di qualità, l'esperienza de "La Grande Casa"- Società Cooperativa Socialep	ag.15
RECENSIONI - Sulla valutazione della qualità nei servizi sociali e sanitari, di Cleto Corposantop - Fragile e Spavaldo. Ritratto dell'adolescente di oggi, di Gustavo Pietropolli Charmetp	
APPROFONDIMENTI SCIENTIFICI - La valutazione della qualità nei servizi socio-sanitari	ag.20
SOMMARIOp	oag.24

E-mail: comunicazione@retemaranatha.it





# LA QUALITÁ NEI SERVIZI SOCIO ASSISTENZIALI

La qualità dei servizi è un assillo molto importante per noi come per chiunque si occupi di servizi alla persona. Non è solo (non è tanto) una questione di certificazione e di sistemi qualità conformi a una norma; si tratta della delicatezza dell'attività che svolgiamo e della sua destinazione alle fasce più svantaggiate della popolazione, del suo essere progettati per sostenere la quotidianità dei deboli.

Occuparsi quindi di qualità dei servizi comporta almeno due dimensioni: la cultura di un'impresa e la sua capacità di porre efficacia ed adeguatezza sempre al centro della propria riflessione e della propria pratica, in ogni suo singolo membro; organizzarsi nell'ambito della gestione, perché tutto ciò accada sistematicamente e non occasionalmente, facendo in modo che alle intenzioni facciano seguito dei fatti concreti.

Quindi in questo "territorio" è possibile trovare riflessioni, saggi, articoli, strumenti, materiali vari che possano aiutare a portare avanti questa quotidiana operazione volta al miglioramento costante della nostra qualità.

#### Il Sistema Qualità nei servizi sociali

"Dalle ricerche svolte e dalla letteratura in materia emerge un quadro significativo che ci consente di delineare dei riferimenti di fondo e l'articolazione di linee guida riguardo al tema della Qualità. Innanzitutto ci preme fare una distinzione iniziale fra "Qualità sociale" e "Qualità dei servizi sociali", dove la Qualità sociale è un indicatore definibile in prima istanza come la misura in cui i cittadini sono in grado di partecipare alla vita sociale ed economica delle loro comunità in condizioni che accrescono il loro benessere e il loro potenziale individuale.

Ovvero riguarda il sistema sociale nel suo complesso, nel senso ampio del termine.

La Qualità dei servizi sociali, invece, è una proprietà relativa al sistema dei servizi pubblici erogati ai cittadini, ovvero quella parte di bisogni che trova risposte di tipo organizzato privato o istituzionale".

Così recita la prima parte delle linee-guida scritte dall'ISFOL nel 2003, con il titolo "Il Sistema Qualità nei servizi sociali. Linee guida per la costruzione del sistema".

Si tratta di una pubblica che seppur datata assume una sua grande importanza in quanto ha posto alcuni importanti punti fermi nella riflessione sul tema della qualità nei servizi alla persona. Si tratta di un documento frutto di una riflessione ampia partecipata, che ha coinvolto un'importante fetta dell'intervento sociale nel nostro Paese. Da sottolineare il percorso complessivo volto a recuperare tutto il processo complessivo di costruzione del servizio sociale, a partire dall'analisi della domanda e del sistema territoriale di definizione dei bisogni, passando per la programmazione degli interventi, analizzando poi la gestione e quindi individuando modalità e strumenti per provvedere alle opportune verifiche. Si deve unicamente tenere conto di come il quadro di contesto si sia nel frattempo alguanto modificato, in particolare in conseguenza del progressivo venire meno delle risorse, ma anche in qualche modo di una minore enfasi rispetto ai temi della progettazione territoriale.

Lucio Babolin, Direttore responsabile

### LEGGE REGIONALE n. 48 del 28 dicembre 2018

### Piano Socio Sanitario regionale 2019-2023

Il Consiglio regionale ha approvato. Il Presidente della Giunta regionale promulga la seguente legge regionale:

### <u>Art. 1</u>

### Piano socio sanitario regionale 2019-2023.

- 1. In conformità all'articolo 1, comma 13, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421" e successive modifiche ed integrazioni e nel rispetto dei principi fondamentali ivi contenuti, in attuazione degli articoli 2 e 6 della legge regionale 14 settembre 1994, n. 56 "Norme e principi per il riordino del Servizio sanitario regionale in attuazione del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 "Riordino della disciplina in materia sanitaria", così come modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517", in coerenza con il vigente Piano sanitario nazionale, è approvato il Piano socio sanitario regionale 2019-2023.
- 2. Il Piano socio sanitario regionale 2019-2023 individua gli indirizzi di programmazione socio-sanitaria regionale per il quinquennio 2019-2023 ed è approvato nel testo allegato che costituisce parte integrante della presente legge.
- 3. Il Piano socio sanitario regionale 2019-2023 è attuato dai provvedimenti adottati dalla Giunta regionale nei settori dell'assistenza territoriale, dell'assistenza ospedaliera, delle reti assistenziali e socio sanitarie e trasmessi alla commissione consiliare competente, che esprime il proprio parere entro trenta giorni dalla data di ricevimento. Acquisito il parere della commissione consiliare, la Giunta regionale approva i provvedimenti di attuazione di cui al presente comma.
- 4. La Regione assicura le necessarie risorse per garantire sul territorio regionale i livelli essenziali di assistenza di cui all'articolo 1 del decreto legislativo n. 502 del 1992 e di cui all'articolo 22, commi 2 e 4 della legge 8 novembre 2000, n. 328 "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali".

### <u>Art. 2</u>

Esercizio delle forme e condizioni particolari di autonomia ai sensi dell'Intesa tra il Governo della Repubblica italiana e la Regione del Veneto.

1. Le forme e condizioni particolari di autonomia amministrativa e legislativa nella materia "Tutela della Salute" previste in capo alla Regione del Veneto sulla base dell'Accordo preliminare all'Intesa prevista dall'articolo 116, terzo comma. della Costituzione, firmato il 28 febbraio 2018 tra il Governo della Repubblica italiana e la Regione del Veneto, nonché le ulteriori forme di autonomia differenziata che saranno concesse nel prosieguo dall'Accordo negoziato. come previsto medesimo, saranno esercitate seguito а dell'approvazione della legge statale di recepimento dell'Intesa ai sensi dell'articolo 116, terzo comma, della Costituzione.

### Art. 3

Modifiche alla legge regionale 5 agosto 2010, n. 21 "Norme per la riorganizzazione del Servizio ispettivo e di vigilanza per il sistema sociosanitario veneto".

- 1. I commi 1 e 2 dell'articolo 2 della legge regionale 5 agosto 2010, n. 21 "Norme per la riorganizzazione del Servizio ispettivo e di vigilanza per il sistema socio-sanitario veneto" sono sostituiti dai seguenti:
- "1. Alla struttura ispettiva competono funzioni ispettive e di vigilanza di secondo grado, di carattere amministrativo, contabile e funzionale, in ambito sociale, sanitario e socio-sanitario, nei confronti dei soggetti previsti dall'articolo 1, comma 1, della presente legge.
- 2. Particolare rilevanza nello svolgimento dell'attività di controllo è attribuita al rapporto della struttura ispettiva con i collegi sindacali o dei revisori dei soggetti di cui all'articolo 1, comma 1, della presente legge.".

#### Art. 4

### Salvaguardia delle specificità territoriali.

1. La Regione garantisce cura, assistenza e servizi socio – sanitari in modo uniforme,

appropriato e responsabile su tutto il territorio regionale, salvaguardando, in conformità a quanto previsto dall'articolo 15 della legge regionale statutaria 17 aprile 2012, n. 1 "Statuto del Veneto", le specificità del territorio bellunese, del Polesine e lagunari.

### Art. 5

# Valutazione del Piano socio sanitario regionale 2019-2023.

- 1. Al fine di valutare l'efficacia degli interventi previsti nel Piano socio sanitario regionale 2019-2023, la Giunta regionale, per il tramite dell'Area Sanità e Sociale, attua il monitoraggio sull'attuazione del Piano presso le singole aziende ed enti del servizio sanitario regionale.
- 2. I risultati del monitoraggio sono raccolti da Azienda Zero e trasmessi all'Area Sanità e Sociale, che semestralmente relaziona alla Giunta regionale e alla competente commissione consiliare.

### Art. 6

# <u>Definizione delle dotazioni standard e dei costi</u> standard.

1. Entro il 2019 la Giunta regionale, sentita la competente commissione consiliare, definisce le dotazioni standard del personale sanitario, professionale e amministrativo dei servizi sanitari e socio-sanitari necessari a garantire l'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza (LEA), con riferimento ai bacini territoriali coincidenti con le aziende ULSS, in conformità a quanto previsto dall'articolo 128, comma 4, della legge regionale 13 aprile 2001, n. 11 "Conferimento di funzioni e compiti amministrativi alle autonomie locali in attuazione del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112".

### <u>Art. 7</u>

# Schede di dotazione territoriale dei servizi e delle strutture di ricovero intermedie.

1. La Giunta regionale approva, sentita la competente commissione consiliare. contestualmente alle schede di dotazione ospedaliera, al fine di rendere omogenea la prevenzione, l'assistenza e la cura nel proprio garantire continuità territorio е per la dell'assistenza e delle cure, le schede di dotazione territoriale delle unità organizzative dei servizi e delle strutture di ricovero intermedie da garantire azienda ULSS, tenendo conto dell'articolazione distrettuale, della distribuzione

delle strutture sul territorio regionale nonché dell'accessibilità da parte del cittadino.

- 2. Le schede di dotazione territoriale contengono anche la previsione delle strutture residenziali e semiresidenziali sanitarie e socio-sanitarie. I posti letto delle strutture intermedie avranno come indice minimo lo 0,6 per mille della popolazione di età superiore ai 45 anni presente nell'Azienda ULSS di appartenenza.
- 3. Le specificità del territorio bellunese, del polesine, delle aree montane e lagunari, delle aree a bassa densità abitativa possono dotarsi di un incremento dei posti letto delle strutture previste nelle schede territoriali dello 0,2 per mille.

### Art. 8

# <u>Conferimento incarichi e valutazione dei dirigenti</u> apicali di unità operative complesse.

- 1. Il direttore generale delle aziende ULSS, ospedaliere, ospedaliero-universitarie integrate e dell'Istituto oncologico veneto (IOV) procede al conferimento degli incarichi di dirigenti apicali di unità operativa complesse rendendo pubbliche le motivazioni professionali ed evidenziando qualità e meriti del soggetto al quale viene conferito l'incarico.
- 2. La Giunta regionale provvede, entro centottanta giorni dall'entrata in vigore della presente legge, alla formulazione di uno schematipo di contratto di lavoro che, nel rispetto della vigente normativa, individua i seguenti criteri ai quali è obbligatorio far riferimento per la valutazione di fine incarico dei dirigenti apicali di unità operativa complesse:
- a) quantità e qualità delle prestazioni sanitarie erogate in relazione agli obiettivi assistenziali concordati preventivamente in sede di discussione del budget;
- b) valorizzazione dei collaboratori;
- c) soddisfazione degli utenti;
- d) strategie adottate per il contenimento dei costi tramite l'uso appropriato delle risorse.
- 3. L'esito positivo della valutazione di cui al comma 2 determina la conferma dell'incarico.

### Art. 9 Trasparenza.

1. L'articolo 15 della legge regionale 29 giugno 2012, n. 23 "Norme in materia di programmazione socio sanitaria e approvazione del piano sociosanitario regionale 2012-2016" è sostituito dal seguente: "Art. 15 Trasparenza.

1. La Giunta regionale pubblica annualmente sul sito internet istituzionale regionale le somme corrisposte nell'anno precedente ad ogni struttura privata accreditata per l'erogazione delle prestazioni sanitarie, socio-sanitarie e sociali.".

### Art. 10

Forme integrative regionali di assistenza sanitaria e socio-sanitaria.

1. La Giunta regionale promuove lo sviluppo di forme integrative regionali di assistenza sanitaria e socio-sanitaria, in particolare per la non autosufficienza, coinvolgendo le parti sociali, i soggetti e le organizzazioni finanziarie e assicurative e altri enti e istituzioni al fine di darne un'ampia diffusione, nell'interesse della popolazione. Inoltre assicura il coordinamento e l'unitarietà della politica sanitaria e l'integrazione del servizio sanitario regionale con le prestazioni finanziate attraverso le forme integrative.

### Art. 11

Fascicolo sanitario elettronico. Attuazione dell'articolo 2, comma 1, lettera g), numero 11, della legge regionale 25 ottobre 2016, n. 19 "Istituzione dell'ente di governance della sanità regionale veneta denominato "Azienda per il governo della sanità della Regione del Veneto - Azienda Zero". Disposizioni per la individuazione dei nuovi ambiti territoriali delle Aziende ULSS".

1. Entro novanta giorni dall'entrata in vigore del Piano socio sanitario 2019-2023, la Giunta regionale, sentita la competente commissione consiliare, approva i provvedimenti attuativi del fascicolo sanitario elettronico con particolare riferimento alla realizzazione di un'unica rete regionale per interconnettere tutte le aziende sanitarie e gli enti socio-sanitari. Gli enti privati accreditati con il sistema socio-sanitario avranno l'obbligo di partecipare al fascicolo sanitario elettronico. Il fascicolo sanitario elettronico e la conseguente tessera sanitaria elettronica per tutta la popolazione veneta verranno attivati entro un anno dall'entrata in vigore del Piano socio sanitario 2019-2023.

### Art. 12

### Prestazioni dei dirigenti veterinari.

1. Al fine di assicurare l'erogazione di prestazioni obbligatorie per legge che non possano essere effettuate in orario diurno o esclusivamente nei giorni feriali, le Aziende ULSS, nel rispetto del sistema di relazioni sindacali previsto dai contratti collettivi nazionali di lavoro della dirigenza medico-

veterinaria, possono disporre della presenza in servizio dei dirigenti veterinari durante le ore notturne e nei giorni festivi. L'attività è espletata nell'ambito dell'orario di lavoro settimanale ovvero in regime di prestazioni aggiuntive qualora ricorrano i presupposti e le condizioni stabiliti dai predetti contratti collettivi, nel rispetto della normativa nazionale sull'orario di lavoro.

### Art. 13

Direttore sanitario di struttura privata accreditata.

1. Il direttore sanitario di struttura privata accreditata che gestisce ospedali con più di cento posti letto deve possedere gli stessi requisiti richiesti per il direttore medico ospedaliero di ospedali pubblici

### Art. 14

<u>Disposizioni in materia di personale di Azienda</u> <u>Zero.</u>

- 1. In considerazione degli esiti delle procedure di mobilità esperite ai sensi della legge regionale 25 ottobre 2016, n. 19, articolo 7, comma 1, a seguito degli accordi conclusi con le aziende ed enti del servizio sanitario regionale in sede sindacale ai sensi dell'articolo 31 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165 e dell'articolo 47 della legge 29 dicembre 1990, n. 428, al fine di limitare il disagio organizzativo alle aziende ed enti che, avendo sede limitrofa a quella di Azienda Zero, hanno già sopportato un rilevante esodo di personale, Azienda Zero è autorizzata ad effettuare assunzioni dirette, previa autorizzazione della Giunta regionale sentita la competente commissione consiliare, di personale mediante procedure concorsuali per la copertura di posti di dotazione organica, così come definita dall'articolo 7, comma 3 della legge regionale 25 ottobre 2016, n. 19, che non siano stati coperti a seguito delle medesime procedure di mobilità.
- 2. Il finanziamento destinato ad Azienda Zero considera il trasferimento di risorse effettuato dalle aziende ed enti del servizio sanitario regionale sulla base degli accordi sindacali di cui al comma 1 che deve considerarsi confermato.

### Art. 15

Interventi per la razionalizzazione della spesa delle aziende e degli enti del servizio sanitario regionale.

1. La disciplina di cui all'articolo 37, commi 2, 3, 4 e 5 della legge regionale 19 febbraio 2007, n. 2 "Legge finanziaria regionale per l'esercizio 2007" è confermata per il triennio 2019-2021.

### Art. 16

<u>Commissione regionale per l'investimento,</u> tecnologia e edilizia (CRITE).

- 1. La Commissione regionale per l'investimento, tecnologia e edilizia (CRITE) supporta la Giunta regionale nella funzione di definizione realizzazione degli obiettivi di governo amministrazione sulla base dei principi ed indirizzi generali della programmazione regionale generale di competenza del Consiglio regionale, verificando la coerenza con la programmazione regionale e la sostenibilità economico finanziaria dei progetti d'investimento, di tecnologia e di edilizia in ambito sanitario e socio-sanitario.
- 2. La Giunta regionale può altresì incaricare la CRITE di effettuare la disamina/analisi dei piani trimestrali di assunzione del personale delle aziende ed enti del servizio sanitario regionale al fine di verificarne la coerenza con la normativa nazionale e regionale, nonché con gli atti di programmazione regionale.
- 3. La CRITE supporta la Giunta regionale nel processo di approvazione dei Piani degli investimenti triennali delle aziende sanitarie, esaminando la loro compatibilità rispetto alle risorse disponibili o rispetto a eventuali finanziamenti specificamente dedicati.
- 4. La Giunta regionale approva i Piani degli investimenti triennali di cui al comma 3 previo parere della commissione consiliare competente.
- 5. La composizione della CRITE e il ruolo di supporto della CRITE che può esplicarsi in tutti quegli ambiti in cui vi sia l'esigenza di verificare la sostenibilità economica di azioni attuative della programmazione regionale, anche in relazione a eventuali limiti di spesa o di risorse assegnate,

sono definiti con provvedimento della Giunta regionale.

### Art. 17

Modifica dell'articolo 2, comma 2, della legge regionale 25 ottobre 2016, n. 19 "Istituzione dell'ente di governance della sanità regionale veneta denominato "Azienda per il governo della sanità della Regione del Veneto - Azienda Zero". Disposizioni per la individuazione dei nuovi ambiti territoriali delle Aziende ULSS".

1. All'articolo 2, comma 2, della legge regionale 25 ottobre 2016, n. 19, dopo la lettera f) è inserita la seguente:

"f bis) monitoraggio e vigilanza sulle varie forme di sanità integrativa con l'obiettivo di finalizzarle al sostegno della compartecipazione dei LEA.".

#### Art. 18

### Clausola di neutralità finanziaria.

1. All'attuazione della presente legge si provvede nell'ambito delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente e, comunque, senza nuovi o maggiori oneri a carico del bilancio della Regione.

### Art. 19

Norma transitoria.

- 1. Il Piano socio sanitario regionale ha durata e validità per il quinquennio 2019-2023. Le norme e le disposizioni del Piano medesimo mantengono efficacia fino all'approvazione del Piano socio sanitario regionale successivo.
- 2. Le disposizioni del Piano socio sanitario regionale 2012-2016 mantengono la loro efficacia fino all'approvazione degli specifici provvedimenti di attuazione di cui all'articolo 1, comma 3.

## OSSERVAZIONI AL PIANO SOCIO SANITARIO REGIONALE 2019-2023

### Sintesi del documento dell'ordine delle assistenti sociali del Veneto

### **PREMESSA**

Lo strumento di pianificazione regionale rappresenta una guida per sviluppare e consolidare i principali tratti evolutivi del sistema sanitario veneto già introdotti con il PSS precedente.

Le azioni già intraprese, dunque, si dovranno conciliare con lo sviluppo di misure atte a garantire la

sostenibilità dell'universalità di cure e a proseguire le azioni miglioramento degli strumenti necessari per affrontare anche i bisogni di salute, raccogliendo la sfida per gestire le inevitabili contraddizioni offerte dall'osservazione delle complessità della realtà odierna.

Le nuove sfide sociali rendono sempre più importanti considerare iniziative e politiche che promuovano coesione sociale: le varie forme di povertà hanno amplificato il rischio di esclusione sociale di gruppi di popolazione, con la necessità di avviare interventi per ridurre le disuguaglianze.

La nuova definizione Internazionale di Servizio Sociale del 2014 richiama appunto ad una funzione promozionale e di contrasto alle ingiustizie sociali.

Pertanto la governance del sistema dei servizi sociali e socio-sanitari deve mirare all'effettiva integrazione socio-sanitaria e continuità assistenziale, ed offrire, anche con proposte innovative, maggiori ed uguali opportunità di cura e di assistenza (per tutti).

In questo documento si presentano i seguenti punti:

### OSSERVAZIONI AL PIANO SOCIO- SANITARIO DELLA REGIONE VENETO (PSSR) E PROPOSTE DI EMENDAMENTI

Il documento nella premessa generale propone la centralità della persona, cercando di evidenziare i diversi percorsi degli utenti, in relazione alle principali tipologie di bisogni/domanda a cui i servizi per la salute si trovano a rispondere nell'attuale fase di transizione demografica, epidemiologica, sociale ed economica.

AL PUNTO dedicato all'INTRODUZIONE, "Salute in un sistema Integrato" riprende in maniera appropriata gli obiettivi di un'organizzazione che deve valorizzare i fattori di salute presenti nelle comunità e prevenirne quelli che rappresentano i maggiori rischi.

Si evidenzia nel piano che "un buon governo per la salute richiede un insieme sinergico di politiche, la maggior parte delle quali appartengono a settori interconnessi a quello sanitario e che devono essere sostenute da politiche che ne favoriscano la collaborazione".

Centrale in questa azione strategica è la programmazione di politiche sociali attente a promuovere il benessere delle comunità locali.

La parte dedicata a "Salute e Comunità" è strettamente connessa alle competenze proprie del Servizio Sociale di Comunità: un approccio di lavoro in grado di sviluppare le collaborazioni tra le risorse formali ed informali presenti nelle Comunità locali, per valorizzarle

in progettualità orientate ad organizzare risposte ai bisogni dei cittadini, ed azioni di promozione del benessere individuale e collettivo. I progetti sociali orientati al potenziamento del capitale

sociale potranno favorire lo sviluppo di un Sistema di Welfare che punta a rigenerare le capacità e le responsabilità delle persone e delle stesse comunità ma soprattutto si trasformano in azioni a protezione della salute delle persone e aumentano l'efficacia degli interventi, a favore di un risparmio di bilancio degli enti pubblici (riduzione della frammentazione degli interventi; monitoraggio della filiera integrata sociale e sanitario, etc ...).

AL PUNTO DEDICATO ALLA SALUTE DELLA DONNA E DEL BAMBINO, si evidenzia la necessità di prevedere figure professionali multidisciplinari nelle realtà dei Distretti sociosanitari, con un'adeguata presenza anche del Servizio Sociale Professionale all'interno dei servizi.

# AL PUNTO SUL PERCORSO DEL PAZIENTE IN OSPEDALE:

In un'ottica di ascolto e ricerca del benessere globale del paziente il Servizio Sociale2 rappresenta un'utile risorsa professionale, che ha le competenze per creare i collegamenti con i servizi territoriali, e soprattutto con i familiari dei pazienti, al fine di individuare un progetto di aiuto e di sostegno personalizzato.

### AL PUNTO SULLA PRESA IN CARICO DELLA CRONICITÀ E DELLA MULTI MORBILITÀ PER INTENSITÀ DI CURA E ASSISTENZA

Nei servizi del sistema sanitario, l'assistente Sociale svolge un ruolo di garante degli aspetti sociali che devono essere affrontati da parte della persona con problemi di salute, favorendo lo snodo degli interventi tra sistema sanitario e sistema sociale, e le connessioni tra le diverse tipologie di prestazioni (sanitarie, sociosanitarie e sociali). Con riferimento all'istituzione dell'area delle professioni socio sanitarie prevista dall'art. 5 della legge 3/2018 ed alla possibilità, in coerenza all'evoluzione prevedere normativa, di l'aggregazione dei profili professionali in aree prestazionali finalizzate ad una migliore efficacia ed efficienza degli interventi, si evidenziano le funzioni dell'assistente sociale nell'area delle prestazioni socio sanitarie.

#### AI PUNTO SULLE MALATTIE RARE:

Risulta necessario potenziare il collegamento tra i sistemi di cura e di orientamento, informazione ed assistenza alle persone e alle loro famiglie. La presenza di assistenti sociali nei servizi e nei Comuni potrà favorire la presa in carico ed un adeguato informazione e sostegno alle persone affette da malattie rare e ai loro familiari, e potrà favorire il raccordo efficace con l'Associazione Malattie Rare e gli sportelli informativi che si stanno attivando in diversi territori del Veneto.

### AL PUNTO SULL'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA:

La necessaria integrazione socio-sanitaria richiede la valorizzazione, oltre che delle professioni sanitarie, anche delle professionalità con competenze sociali e psicologiche.

L'assistente sociale contribuire óuq all'individuazione preventiva e precoce delle fragilità, ed ad una presa in carico secondo una visione unitaria e di continuità assistenziale, coordinata con le reti informali. (Pag. 106), rappresenta la lettura delle esigenze della persona in modo correlato (sanitarie, sociali, relazionali, ambientali) al fine di identificare gli interventi e le risposte più appropriate, nel rispetto del principio di equità di accesso ai servizi e alle prestazioni del territorio (quali professionisti, quali prestazioni, quali servizi, in che misura, con che modalità e per quanto tempo) e quindi quali risorse, in termini di personale, servizi, in atto, o da attivare, a breve, medio e lungo termine.

### **EMENDAMENTO N 7**

>>>Si propone di integrare il punto 9.2 LE DIPENDENZE aggiungendo: "favorire il coinvolgimento attivo dei servizi sociali, culturali ed educativi degli enti locali "(...)

### AL PUNTO SULL'INFANZIA, L'ADOLESCENZA E LA FAMIGLIA

Nel piano si evidenzia che "le politiche perla famiglia, l'infanzia, i minori e i giovani devono prevedere, tra le altre, azioni volte al sostegno alla genitorialità in tutte le sue fasi, in una visione complessiva dei servizi che ponga al centro il ruolo della famiglia e che sviluppi una integrazione socio sanitaria".

Il legislatore nazionale con il DPCM del 12 gennaio 2017 già individua una serie di servizi essenziali- quindi basilari e inderogabili - per i minori che si trovano in uno stato di fragilità personale e familiare. Riteniamo che sia prioritario che, in primis i servizi essenziali previsti dal DPCM del 12 gennaio 2017, vengano garantiti nel territorio regionale Veneto.

# AL PUNTO SULL'ASSISTENZA ALLE PERSONE CON PATOLOGIE DEGENERATIVE

L'analisi della composizione della popolazione permette di individuarne i bisogni prioritari ai fini della programmazione del sistema dei servizi. L'aumento della popolazione anziana, con una

conseguente maggiore incidenza di condizioni croniche, associata all'esigenza di ridurre l'accesso alle prestazioni di ricovero, hanno determinato l'aumento della domanda di cure domiciliari.

### LA SALUTE COME SISTEMA INTEGRATO

### Osservazioni al Piano dell'Ordine degli Psicologi

Nell'introduzione al Piano Socio Sanitario Regionale (PSSR) viene affermato che la proposta si sviluppa descrivendo non solo servizi e responsabilità ma anche percorsi in relazione alle principali tipologie di bisogni.

Altro concetto cui è riservato un ruolo fondamentale riguarda la salute quale condizione di benessere che coinvolge le tre dimensioni indicate dall'OMS ovvero quella fisica, mentale e sociale. L'approccio alla stessa richiede pertanto la necessità di un'azione integrata su molteplici fattori quali il benessere, la comunità, l'ambiente, il lavoro e l'economia.

La continuità del processo di cura è essenziale sia per incrementare i livelli di salute (o contrastarne il loro abbassamento) sia per scongiurare il ricorso ad azioni inefficaci o improprie.

La complessità dei bisogni che ne deriva, in una prospettiva di continuità e integrazione, richiede pertanto di coniugare l'alta specializzazione degli interventi dello psicologo con interventi valutativi e terapeutici e/o riabilitativi.

Nelle pagine seguenti, per rendere più agevole la lettura delle presenti osservazioni e la loro implementazione nel PSSR, saranno evidenziate in grassetto le parole e i passaggi principali, nonché le parti per le quali si propone una modifica o un'integrazione.

### 1. LO SCENARIO EPIDEMIOLOGICO E SOCIALE E L'IMPATTO SULLA DOMANDA DI SERVIZI SOCIO SANITARI E LA PROMOZIONE DELLA SALUTE E LA PREVENZIONE DEI FATTORI DI RISCHIO

Parlando in termini di prevenzione e monitoraggio oggi nella Regione Veneto si sottolinea l'importanza di un monitoraggio dei bisogni psicologici della popolazione e degli eventi stressori che facilitano dall'infanzia all'età adulta lo sviluppo di patologie sia sul piano psichico che fisico.

Il mancato monitoraggio implica dunque l'impossibilità di una progettualità preventiva da ritenersi invece fondamentale al fine di ridurre i

rischi di malattie, anche croniche, in età adulta e gli elevati costi per il sistema socio-sanitario che ne seguirebbero.

### 2. LA PROGRAMMAZIONE SOCIO SANITARIA DELLA REGIONE VENETO

Nel sistema sanitario regionale non è prevista una valutazione specifica degli esiti degli interventi psicologici nelle varie fasce di età e aree di intervento.

La parcellizzazione dell'intervento psicologico nelle varie aree (gravidanza, infanzia adolescenza, genitorialità, cronicità, dipendenze, salute mentale, terminalità, marginalità ed esclusione sociale, disturbi neuro-cognitivi e demenze) impedisce una regia di monitoraggio della tipologia degli interventi e degli esiti a garanzia dell'efficacia e dell'efficienza, nella prospettiva della qualità delle cure.

Tale parcellizzazione favorisce certamente una specificità e specializzazione professionale nelle varie aree di intervento sopra citate, ma richiede nel contempo la necessità di un contesto che offra la visione d'insieme dei ruoli, dei compiti e degli strumenti diagnostici e terapeutici impiegati.

# 3. IL PERCORSO DEL PAZIENTE IN OSPEDALE

Nel constatare con piacere che le proposte di integrazione presentate da codesto Ordine Professionale sono già state recepite dalla Giunta Regionale, riassumiamo la proposta di integrare il testo con le seguenti considerazioni.

- "Per sostenere queste attività sarà importante quindi, valorizzare le strutture di Psicologia Clinica Ospedaliera in staff alle Direzioni mediche/sanitarie, al fine anche di garantire interventi a sostegno del benessere del personale ospedaliero e contribuire alla formazione psicologica del personale sanitario."

Questo perché una collocazione omogenea in staff alla Direzione Medica/Sanitaria delle UOSD

di Psicologia Ospedaliera garantisce la trasversalità del servizio negli interventi sia clinici che di supporto al personale. La dicitura di UOSD di Psicologia Clinica Ospedaliera ne sottolinea la componente clinica oltre a quella di supporto al disagio in ambito lavorativo del personale.

La necessità di garantire tale attività negli Ospedali HUB e SPOKE al fine di organizzare un Coordinamento Regionale delle UOSD di Psicologia Ospedaliera che abbia la funzione di:

- stabilire criteri condivisi di valutazione dei bisogni psicologici dei pazienti e dei loro familiari attraverso un rilevamento informatico condiviso;
- stabilire criteri condivisi di valutazione degli esiti degli interventi psicologici in psicologia ospedaliera;
- collaborare con l'Agenzia di Formazione Regionale su progetti di formazione - intervento con il personale curante per favorire processi di benessere relazionale;
- mettere a punto protocolli di lavoro comuni in ambito clinico in base alle linee guida nazionali ed internazionali che diventino utilizzabili nei percorsi integrati assistenziali ospedalieri.
- Con particolare riferimento al ruolo di Psicologo Ospedaliero, suggeriamo anche di specificare quanto segue:

"All'interno di tutti i presidi ospedalieri entra in staff Medica/Sanitaria la Direzione un'unità di operativa autonoma psicologia clinica coordinata da uno psicologoospedaliera, psicoterapeuta, con attività cliniche (diagnosi, sostegno a pazienti e familiari, psicoterapia breve, formazione/supervisione degli operatori sanitari), di promozione della salute e di valutazione dei rischi psicologici stress lavoro correlati (D.Lgs. Ш tutto sinergia e in stretta collaborazione con i servizi territoriali".

### 4. LA PRESA IN CARICO DELLA CRONICITÀ E DELLA MULTIMORBIDITÀ PER INTENSITÀ DI CURA E DI ASSISTENZA

Quando si parla di gestione della cronicità complessa ed avanzata manca il riferimento alla

figura dello psicologo nel team multiprofessionale.

Nell'individuazione dei percorsi di cura e assistenziali più corretti anche con altre figure professionali tra cui assistenti sociali, avvocati, ecc.

### 5. LA SALUTE MENTALE⁴

Se consideriamo l'area della "salute mentale" come quell'area che si occupa delle situazioni cliniche nelle quali il disturbo psichico è prevalente, dobbiamo evidenziare come il concetto di "salute mentale" tocchi anche altre aree incluse nel PSSR (salute della donna e del bambino; infanzia, adolescenza, famiglia; dipendenze; cronicità e multimorbilità; malattie rare; marginalità).

Il PSSR (pagina 98) afferma infatti che l'area della "la salute mentale prevede necessaria trasversalità con le aree di confine (dipendenze, minori, disabilità, anziani), ivi comprese le necessità dei gruppi vulnerabili senza discriminazione né di genere, né di razza". Con l'espressione "gruppi vulnerabili", secondo il Piano d'azione per la salute mentale 2013-2020 dell'OMS, ci si riferisce a "persone o a gruppi di persone vulnerabili a causa delle situazioni o degli ambienti a cui devono far fronte (e non a causa di una debolezza intrinseca o della mancanza di determinate capacità)".

#### 6. L'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA

Il PSSR prevede un'organizzazione della risposta assistenziale che tiene conto di due prospettive strategiche, tra cui una preventiva che prevede l'individuazione precoce delle fragilità e gli interventi precoci appropriati con il coinvolgimento della famiglia e degli ambienti di vita, l'altra legata all'invecchiamento e alla cronicità.

L'intervento bio-psico-sociale per la salute trova il suo completamento nel Distretto, dove vengono attuati processi di "connessione" tra le varie azioni e i vari attori di cura.

L'attuale organizzazione del Distretto riesce solo in parte ad affrontare i bisogni a causa del progressivo impoverimento di risorse umane, sia di area sociale che sanitaria.



# LA QUALITÀ PERCEPITA NELLE COMUNITÀ EDUCATIVO-RIABILITATIVE PER ADOLESCENTI IN VENETO

Le comunità educativo-riabilitative per adolescenti della regione Veneto, in quanto strutture che erogano servizi socio-sanitari sono soggetti ad accreditamento istituzionale. Tale procedura consiste secondo una definizione completa che dà la corte costituzionale in una sentenza del 28 luglio 1995 n. 416 "....è una operazione da parte di una autorità o istituzione (nella specie la Regione), con la quale si riconosce il possesso, da parte di un soggetto o di un organismo, di prescritti specifici requisiti (c.d. standard di qualificazione) e si risolve [...] in iscrizione in elenco, da cui possono attingere per l'utilizzazione altri soggetti (assistiti-utenti delle prestazioni sanitarie) [..] L'accreditamento [viene ancorato] al possesso dei requisiti prestabiliti (strutturali, tecnologici e organizzativi minimi, a tutela della qualità e della affidabilità del servizioprestazione, in modo uniforme a livello nazionale per strutture erogatrici).

In Veneto la DGR 242/2012 definisce quali sono i requisiti richiesti per l'accreditamento delle comunità per adolescenti con finalità educative, terapeutiche e riabilitative (CER) volte al recupero psicosociale del minore/adolescente accolto. Tali requisiti, utili a documentare un sistema di gestione e di controllo di qualità, riguardano i seguenti punti:

- Formazione: rilevazione fabbisogno formativo e pianificazione di un piano formativo idoneo al servizio offerto;
- Qualità percepita: rilevazione del gradimento degli utenti, familiari e committenti;
- Tempi e modalità di erogazione del servizio: iter di ingresso e di dimissioni e piano di interventi educativi, riabilitativi e terapeutici;
- Procedure di gestione delle emergenze;
- Report con i risultati raggiunti per l'utenza;

- Servizi erogati per **l'integrazione sociale** nell'ambiente urbano-sociale ed educativo;
- Rete con le altre istituzioni;
- Procedure per curare l'inserimento dei volontari in struttura (selezione, formazione, continuità);
- Sistema di follow up a intervento concluso:
- Raccolta dati per il **monitoraggio** in itinere dell'utente:
- Garanzia di **personalizzazione** degli spazi comunitari;
- Valutazione periodica del clima di gruppo.

Tali requisiti vengono verificati dalla Regione, attraverso una commissione tecnico-ispettiva, con cadenza triennale, per consentire un costante monitoraggio finalizzato all'analisi di ciò che si è fatto e si intende migliorare.

Per la valutazione della qualità percepita, argomento focus di questo articolo, abbiamo realizzato un piano strutturato di azioni. Tale metodologia ha previsto una raccolta di dati un questionario somministrato attraverso annualmente a ragazzi, familiari e Servizi invianti, nelle sue tre forme parallele; una analisi dei dati raccolti e una relazione finale atta a dare seguito agli elementi emergenti. I tre questionari compilati in forma anonima hanno una struttura semplice e snella con domande a risposta multipla e uno spazio aperto per commenti, suggerimenti e critiche.

Nei questionari somministrati ai ragazzi e ai loro familiari, l'attenzione è maggiormente rivolta a rilevare il gradimento delle attività proposte in comunità (psicoterapia individuale e di gruppo, attività educative, uscite, sostegno scolastico,

servizio mensa, supporto negli spostamenti), mentre per i committenti, l'attenzione si sposta ad aspetti più procedurali come ad esempio l'iter seguito per la fase di inserimento e di dimissione, i canali di comunicazione, la cura degli ambienti, ecc. La compilazione dei questionari viene programmata alla fine di ogni anno solare, o direttamente in comunità (per ragazzi e genitori), o attraverso l'invio per mail ai diversi operatori coinvolti dei servizi referenti.

Nell'anno 2019, per quanto riguarda i Servizi, il termine della raccolta dei questionari è stato prorogato di un mese (31 gennaio), nonostante la proroga, su 24 questionari inviati, ne sono ritornati, in tempo utile per la valutazione, solo 11; due arrivati fuori tempo non sono stati oggetto di valutazione statistica. anche se valutati qualitativamente nei contenuti. I questionari somministrati ai ragazzi sono ritornati compilati integralmente da tutti per un totale di 10. Per la compilazione dei questionari ai familiari è stato possibile raccoglierne solo 4 su 12. Questi numeri riguardano entrambe le comunità riabilitative della Fondazione La Grande Casa/ReteMaranathà, Zefiro e Grande Carro, la prima residenziale e la seconda diurna.

La raccolta dei dati ha messo in luce, per gli utenti, un apprezzamento significativo del supporto scolastico garantito in comunità ad ognuno dei ragazzi, valutato con maggiore generosità da parte dei ragazzi che afferiscono alla CER residenziale, con un buon accordo tra i compilatori. Ugualmente una valutazione positiva riguarda l'esperienza complessiva in comunità, in particolare il servizio mensa, le modalità accoglienza, i soggiorni e le uscite. Rilevata con criticità invece il sistema di regole, vissute come una limitazione della propria libertà personale.

I risultati che provengono dai pochi famigliari/tutori che restituiscono il questionario (4 su 12) valutano in maniera molto positiva il percorso comunitario e le attività all'interno svolte (psicoterapia, attività educative interne ed esterne alla comunità, sostegno scolastico, ristorazione) oltre che lo scambio tra operatori e famiglia.

I dati che provengono dai committenti, seppur ancora contenuti nel numero, tracciano poche note critiche che riguardano in un caso la regolarità nello scambio di informazioni, che probabilmente può risentire della mancata calendarizzazione degli incontri in sede fondativa, e nell'altro la parziale

della educativa condivisione progettualità comunitaria annuale. In generale il servizio svolto dalla comunità è apprezzato, con valutazioni molto positive (ottime e buone), nel dettaglio gli aspetti che vengono ritenuti punti di forza sono: le procedure di inserimento del minore in struttura, con una nota di apprezzamento che ha riguardato il graduale inserimento al residenziale dopo un breve periodo al diurno (servizio di continuità educativo-terapeutica) e la cura e la pulizia degli ambienti; viene comunque data una valutazione buona ai canali di comunicazione con la comunità (email periodiche, telefonate, incontri di verifica, ecc.) e alla completezza delle informazioni fornite riguardo ai ragazzi.

L'obiettivo di tale rilevazione consiste sia nella raccolta delle criticità eventualmente rilevate dai compilatori che nell'intercettazione di nuovi bisogni. Gli aspetti che maggiormente hanno registrato un livello alto di soddisfazione ci consentono di replicare alcune prassi rendendole consuetudini procedurali, così come le note critiche ci impongono una riflessione più attenta alle modalità innovative e funzionali di risposta ai bisogni di utenti e committenti. Per dare corpo alle criticità sollevate, vero motore di cambiamento, abbiamo proceduto con tre piani di azioni: per ragazzi, famiglie e Servizi.

Nel caso degli ospiti delle comunità abbiamo strutturato con maggiore rigore la raccolta delle richieste e proposte che avviene durante la riunione settimanale con gli educatori e i ragazzi, predisponendo regolarmente un verbale, scritto dagli stessi ragazzi. Abbiamo inoltre aumentato la cadenza degli incontri del gruppo di parola (cadenza quindicinale) come spazio libero di espressione delle proprie difficoltà di convivenza e come momento elaborativo di conflittualità con il sistema delle regole.

Nel caso delle famiglie, l'obiettivo è quello di aumentare il loro coinvolgimento nella valutazione della qualità del servizio erogato, motivandoli sin dall'inizio a sentirsi parte attiva nel progetto educativo e riabilitativo dei propri figli e regolarizzando la frequenza dei contatti telefonici con l'educatore referente e il responsabile clinico e con la possibilità di programmare incontri periodici.

Nel caso dei Servizi invianti, abbiamo previsto di rendere consuetudine l'invio della programmazione educativo-riabilitativa dettagliata della comunità per condividere con gli operatori l'esito della partecipazione dei singoli ragazzi alle attività proposte e per esplicitare le scelte pedagogiche e cliniche che la comunità intende attuare. Inoltre, vengono programmati fin dall'inizio degli incontri di raccordo e di monitoraggio a cadenza regolare tra comunità e Servizi per lo scambio di informazioni bidirezionali utili al percorso riabilitativo del minore.

La valutazione del gradimento dei servizi sociosanitari erogati rappresenta una sfida in quanto il lavoro delle comunità, nella maggior parte dei casi, poggia non su una beneficità e consensualità delle parti in gioco, ma piuttosto su un obbligo dettato da decreti giuridici per la tutela e la protezione dei minori. In tale regime costrittivo, dare voce attraverso una partecipazione attiva e giudicante dei servizi erogati, a tutte le parti coinvolte, oltre ad essere un obbligo procedurale, diviene parallelamente un obiettivo etico a cui gli enti devono tendere per rinnovarsi, rispondendo a bisogni complessi e in costante evoluzione.

Carolina Bonafede, Responsabile clinico CER Zefiro /II Grande Carro

Giulia Sernagiotto, Psicologa





# PARLANDO DI QUALITÀ L'ESPERIENZA DE "LA GRANDE CASA" SOCIETÀ COOPERATIVA SOCIALE

La questione relativa alla "misurazione e alla valutazione della qualità" nei servizi socio-educativi ha costituito elemento di importante percorso elaborativo e di confronto per la nostra Cooperativa. È tuttora "questione" aperta e dibattuta soprattutto per dare senso ai processi e evitare di rendere la misurazione della qualità mero esercizio formale, esterno alla vita della Cooperativa stessa.

Nella nostra Organizzazione, abbiamo avviato la riflessione sulla necessità di riflettere e rendere "rendicontabile" la qualità dei servizi resi a partire dalla consapevolezza che la Cooperazione sociale svolge "funzione pubblica" e opera per il "raggiungimento del bene comune" così come normativamente previsto dalla legge 381/91.

Quale efficacia hanno le nostre azioni? Come incidono sulla qualità della vita delle persone? Come incidono sulla cultura organizzativa della Cooperativa? Come cambiano i modelli di governance? Come aiutano i processi di autoriflessione? Come possiamo raccogliere e valorizzare lo sguardo delle persone che accogliamo e accompagniamo? Come è colto e percepito il nostro lavoro dagli enti invianti?

Sono queste le domande (a volte solo intuite) che hanno guidato la nostra Cooperativa nella scelta di intraprendere il processo di certificazione della qualità (già a partire dal 2000) e ora guidano il più recente processo di valutazione dell'impatto sociale.

Si è trattato per noi di un processo di assunzione di responsabilità nei confronti del contesto sociale che ci ha portato ad avvertire la necessità di trovare un modo per saper dire, rendicontare come la nostra Organizzazione è parte attiva nel sistema di welfare e come "spende e impiega" risorse economiche (per la maggior parte provenienti dal sistema pubblico) per il raggiungimento appunto del benessere individuale e collettivo.

Allo stesso modo però abbiamo avvertito l'insufficienza e la parzialità di tale approccio perché - a nostro avviso - pensiamo sia necessario anche saper dire sostenere quanto "vale" - anche in termini economici - l'azione condotta attraverso i servizi erogati Cooperativa in termini di miglioramento delle condizioni di benessere individuale, della comunità della collettività uscendo dalla logica esclusivamente basata sulla valutazione del prezzo del servizio erogato.

Il processo di valutazione della qualità e contestualmente la capacità dell'Organizzazione di dotarsi di processi "rendicontativi" comunicabili, risponde a nostra avviso al principio di trasparenza dell'organizzazione e sostiene processi non autoreferenziali di autovalutazione perché basati su evidenze "certificate" e validate da responsabilità terze riconosciute.

In tale contesto, valutare la qualità significa allora "dare valore" e non meramente misurare e giudicare. La sfida è quindi saper individuare una metrica sufficientemente precisa e saggia tale da garantire il rispetto dell'identità della cooperazione sociale e in grado anche di valorizzare gli elementi e i percorsi di innovazione sociale di cui le imprese sociali si fanno portatrici nei mezzi e nei fini del

loro agire.

E ancora occorre, forse, riuscire a rendere concreto e comunicabile il concetto di valore aggiunto prodotto dalle imprese sociali. Il "valore aggiunto" può essere definito come un insieme di caratteristiche e di qualità positive, appartenenti ad una determinata organizzazione in grado di far comprendere a chi la osserva "come questa Organizzazione produca nel contesto riferimento un cambiamento positivo, anche nell'allocazione delle risorse disponibili, ovvero sulle orientandole attività intraprese dall'organizzazione aventi maggiore impatto sul benessere della comunità locale".

In tale contesto, abbiamo provato a soffermarci sul tema della misurazione della qualità e dell'impatto generato dalle imprese consapevoli che siamo di fatto transitati da un modello di welfare state ad uno di welfare society (o "civile", di comunità, generativo..), all'interno del quale il terzo settore - agente fondamentale del rinnovato modello di welfare - subisce anch'esso metamorfosi. una passando dall'essere redistributivo a produttivo. Nel primo modello le risorse erano di natura per lo più pubblica e Stato rimaneva titolare pertanto lo progettazione dei servizi sociali. Nell'ultimo ventennio ha preso invece l' avvio un mutamento che incide anche sulle fonti delle risorse per il Terzo settore. Siamo di fronte a un contesto di cosiddetto "welfare mix" in cui ci sono meno risorse pubbliche, un maggior orientamento al mercato, il consolidamento di esperienze di welfare generativo, un accentuarsi di forme di responsabilità sociale dell'impresa, un ruolo fondamentale delle fondazioni di comunità e altro ancora. Un mondo cambiato profondamente, con consequente necessità di rivedere implementare metodologie e strumenti per la misurazione della qualità delle prestazioni erogate e per la valutazione dell'impatto sociale dell' sugli individui, sulle comunità operato riferimento e sulle collettività.

La nostra Cooperativa è attualmente certificata SO 9001/UNI EN ISO 9001:2015.

Scopo della certificazione progettazione ed erogazione di servizi socio-educativi per minori in affido in strutture di accoglienza residenziali, diurne e di Pronto intervento.

Progettazione ed erogazione di Assistenza Educativa domiciliare, assistenza domiciliare, handicap e servizi di Assistenza educativa scolastica. La nostra Cooperativa ha raggiunto tale certificazione attraverso un processo complesso e graduale che ha coinvolto ai diversi livelli le funzioni di responsabilità e operative preposte.

Nella prima fase del processo, si è ottenuta la certificazione per le comunità educative, a seguire la certificazione per i servizi di Assistenza educativa domiciliare, assistenza domiciliare Handicap e servizi di Assistenza educativa scolastica e nel 2017 si è conseguita la certificazione per le comunità diurne.

Il processo di certificazione della qualità è stato occasione di rivisitazione delle metodologie e degli strumenti di gestione dei progetti educativi del servizio e dei progetti educativi individuali, ha favorito l'individuazione di "linee comuni e uniformi" di utilizzo degli strumenti quali "base comune" e identificativa per i servizi della Cooperativa pur garantendo e riconoscendo le necessarie e opportune specificità connesse alle singole Unità d'offerta in riferimento a possibili diverse variabili di cui si condivide il senso.

Tale modalità ha favorito il confronto sugli strumenti tra le diverse équipe che hanno insieme l'obiettivo di lavorato con individuare implementare modalità efficaci e coerenti di gestione e "rendicontazione" del PEI in particolare e ha costituito "base solida di riferimento" per i servizi omogenei di nuovo avvio. Ha altresì permesso di ridurre considerevolmente le differenze e le autoreferenzialità nella produzione conferendo anche documentale uniformità riconosciuta e riconoscibile da parte degli enti invianti.

Inoltre, il lavoro condotto e finalizzato al raggiungimento della certificazione "qualità" per le Unità d'offerta sopra indicate ha reso evidente anche l'opportunità di estendere alcuni processi (e i relativi strumenti) al "sistema trasversale" della Cooperativa (per esempio le modalità di gestione del personale) e ai Servizi ancora non certificati da evitare ridondanze, doppi binari, confusività comunicativa sia all'interno della Cooperativa che all'esterno con particolare riferimento agli Enti invianti, ai soggetti della rete e alle persone che accompagniamo e accogliamo quotidianamente. In tale contesto la ridefinizione degli strumenti di customer satisfaction sono stati l'esito di approfondimento e di rivalutazione del senso di tale modalità proprio per evitare, ancora una volta, l'applicazione acefala di un "dispositivo" senza comprenderne l'utilità e senza alcuna valorizzazione degli esiti.

La gestione del sistema qualità, e l'attenzione a evitare derive esclusivamente burocratico-formali (da compito da eseguire) ci ha indotto a prevedere modalità il più possibile collegiali di gestione dei processi е delle fasi attuative: oltre all'individuazione necessaria del "Responsabile della Direzione", la funzione di "responsabile gestione qualità" è assolta da un team composto da tre soci (al suo interno è stato poi individuata la figura che "formalmente" esercita la funzione) che insieme lavora coadiuvato dal "comitato qualità" composto da soci "rappresentativi" delle diverse d'offerta gestite tipologie di unità Cooperativa. Sono altresì previste riunioni periodiche sia con le singole Unità d'offerta dei servizi certificati sia con tutti i coordinatori dei servizi e i responsabili d'Area al fine di poter condividere luoghi comuni di confronto. ridefinizione dei processi e degli strumenti e soprattutto – per connettere e valorizzare i processi afferenti al "sistema qualità" con gli altri ambiti riflessivi ed elaborativi della Cooperativa al fine di evitare frammentazione, distanza e in ultima analisi fatica inutile.

Per questa ragione, gli esiti e i dati elaborati (della customer satisfaction e non solo) sono parte integrante del "bilancio sociale" annuale della nostra Cooperativa e diventano aspetti e questioni su cui si continua l'approfondimento negli anni successivi a partire dai contenuti condivisi del "Piano obiettivi annuale".

Siamo ora in un altro momento di svolta evolutiva importante. Come anticipato sopra, la nostra Cooperativa ha recentemente avviato (settembre 2019) il percorso di definizione dell'impatto sociale prodotto dalla nostra Organizzazione a seguito di una prima importante occasione formativa offerta dal CNCA (federazione di cui la nostra cooperativa è soggetto aderente) a cui abbiamo avuto modo di partecipare.

È per noi importante – soprattutto in questa fase storica - riuscire a restituire e documentare il ruolo della Cooperazione sociale quale soggetto imprenditoriale di welfare capace di generare valore (anche economico) e benessere per l'individuo, la comunità e la collettività.

Non è un lavoro semplice e richiede competenza, processi e strumentazione scientifica validata proprio per non scadere in narrazioni banali e autoreferenziali. Intraprendere questa strada ha significato per noi, da un lato essere disponibili a rileggere la nostra organizzazione dal punto di vista dell'altro" e della capacità di contribuire alla co-costruzione del "bene comune" e dall'altro lato essere capaci, avere gli strumenti e saperli maneggiare, di dire e "rendicontare" il valore anche economico che le azioni della Cooperativa contribuiscono a produrre in termini, per esempio, di risparmio di risorse pubbliche.

Abbiamo inteso il processo di valutazione dell'impatto sociale quale opportunità inedita di miglioramento nella costruzione del "bilancio partecipato" quale percorso evolutivo е connesso già esistente percorso al valutazione/certificazione della qualità e quale opportunità di acquisizione di nuovi elementi utili a comprendere, rivedere, implementare il ruolo della nostra Cooperativa quale soggetto della comunità locale e orientato alla co-costruzione del bene comune.

#### Liviana Marelli.

Coordinatrice Area Accoglienza, relazioni familiari, diritto al futuro bambini, adolescenti, giovani (CNCA)

Direttore della Cooperativa sociale «La Grande Casa» di Sesto San Giovanni (MI)



### I NOSTRI CONSIGLI

#### Libri:

Sulla valutazione della qualità nei servizi sociali e sanitari, di Cleto Corposanto

Contributi: Antonio Scaglia, Anna Zenarolla, Eleonora Venneri, Milena Vainieri, Davide Galesi, Charlie Barnao, Patrizia Faccioli, Mauro Serapioni, Marcelo Gurgel Carlos da Silva, Adriano Passerini, Carlo Favaretti, Costantino Cipolla, Anders Wikman, Leonardo Altieri, Antonio Maturo, Enrico Barasciutti, Stefano Silli, Fausta Ongaro, Ulderico Bernardi, Maurizio Gallucci, Giuseppe Manzato, Silvia Bertini. Andrea Pitasi

Collana Salute e Società

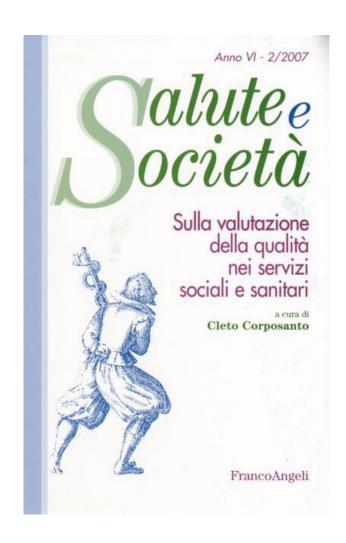
L'epoca attuale si contraddistingue per una crescente complessità sociale, culturale ed organizzativa in cui le aspettative di partecipazione sociale e di governance sono, secondo numerosi indicatori, destinate ad un sensibile aumento. Ciò risulta particolarmente evidente nel settore degli interventi socio-sanitari nel quale la crescita delle istanze partecipative si accompagna al diffondersi di pratiche valutative, sempre più articolate e complesse, volte a sondare aspetti quali l'efficacia e l'efficienza dei programmi nonché il livello di soddisfazione percepito dai cittadini.

In questo ambito, la ricerca valutativa ha registrato non soltanto un'ampia diffusione, ma anche una sua maggiore e più puntuale definizione soprattutto per quanto riguarda gli aspetti metodologici: dalle prime indicazioni sulla costruzione di indici, informatori sociologici e sistemi di misurazione oggi in grado di elaborare linee programmatiche che tengono conto di evidenze ad elevato livello di scientificità, come accade nell'ambito dell'Evidence-Based Practice. sviluppo di procedure complesse implica che la valutazione dei programmi si realizzi attraverso l'analisi dell'attendibilità e della validità degli strumenti di valutazione (quali, per esempio i sondaggi di customer satisfation).

Questo numero è pertanto dedicato agli aspetti empirici, metodologici e teorici della ricerca valutativa declinati lungo un'ottica di spendibilità concreta degli interventi sociali e sanitari sia nell'ambito nazionale sia in quello internazionale.

Cleto Corposanto, professore associato presso l'Università di Trento dove insegna Metodologia e tecniche della ricerca sociale ed è Presidente dei Corsi di Laurea Triennale e Laurea Magistrale di Servizio Sociale; docente presso il Master Universitario di Il Livello in Valutazione della qualità dei servizi socio-sanitari (Università di Bologna).

Lucio Babolin, Direttore responsabile



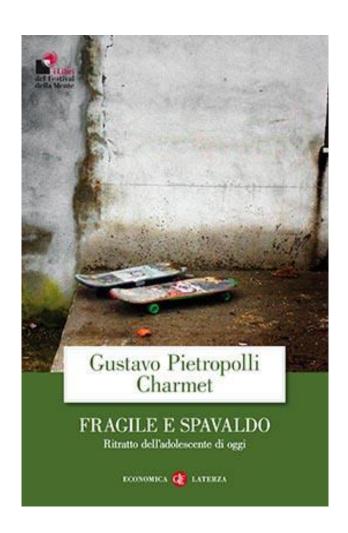
Libro:

Fragile e Spavaldo. Ritratto dell'adolescente di oggi, di Gustavo Pietropolli Charmet

### Economica La Terza, 2008

Se prima degli anni Sessanta l'adolescente non suscitava grande interesse sociale e culturale, si è assistito sempre di più, a ragion veduta, ad un interesse (preoccupazione?) crescente confronti di questa tematica. Gustavo Pietropolli Charmet, psichiatra e psicoterapeuta esperto in materia, con il presente libro disegna il profilo dell'adolescente odierno, e lo fa con un linguaggio che sembra avere come destinatario il genitore e l'insegnante, l'allenatore e il maestro, piuttosto che lo psicologo e l'educatore. Questo percorso prende il via da un punto fondamentale: l'adolescente di oggi, detto Narciso, ruota intorno a sentimenti molto diversi dall'adolescente di una volta, detto Edipo. Quest'ultimo aveva a che fare con un sentimento ben preciso, che accompagnava la sua educazione sin da piccolo, e che sembra essere scomparso: il senso di colpa. Se il bambino di una volta era visto come "un piccolo selvaggio" da civilizzare, pena il castigo e la punizione, il "cucciolo d'oro" di oggi è visto come un bambino che contiene in sé tutte le risorse per affrontare il mondo; si tratta solo di accompagnarlo nella crescita e nel raggiungimento del suo destino grandioso pensato per lui. Oggi l'adolescente deve vedersela con una profonda ricerca di sé, impegnato nell'arduo compito di essere visto, riconosciuto e valorizzato dall'altro, impegno che lo rende spavaldo da una parte, ma molto fragile quando l'ambiente non risponde a questa esigenza. Tutto questo ne determina un individuo pieno di creatività, spesso non compresa dall'adulto, che deve fare i conti con due sentimenti pervasivi, conseguenti alle aspettative pressanti create su di lui: la vergogna e la noia, dalle quali derivano le principali problematiche odierne, come ad esempio il ritiro.

Il quesito finale in questo scenario è: c'è da preoccuparsi? Non ci sono certezze, comunque si sta progredendo verso una nuova presa di coscienza, mirata a cambiare il punto di vista da cui l'adulto guarda al ragazzo adolescente.



# LA VALUTAZIONE DELLA QUALITÀ NEI SERVIZI SOCIO-SANITARI

### Maria Pia Fantini

### Introduzione

In Italia negli anni Novanta, prima con Cassese e poi con Bassanini, Ministri della Funzione Pubblica, fu fatto un grande sforzo per introdurre la cultura del risultato e quindi della valutazione dei risultati nella nostra Pubblica Amministrazione. Ci si lamentava da tempo della cultura legalistica e della esenzione da ogni responsabilità da parte delle Istituzioni Pubbliche, con l'esigenza invece di fare emergere l'azione al di sopra dei singoli atti e la valutazione della gestione e dei risultati sia all'interno di ciascuna amministrazione, sia in sede di controllo esterno.

Sembrò l'alba di un nuovo mondo che ancora però stenta a manifestarsi appieno o almeno quanto

vorremmo. Anche la sanità rientra a pieno diritto in questo "nuovo" processo, anche se le difficoltà non sono poche proprio per la complessità del bene salute in termini di misurazione e valutazione della qualità. Dobbiamo d'altra parte ricordare che la valutazione della "performance dei servizi sanitari" è oggetto di una letteratura scientifica consolidata.

Disponiamo di modelli multidimensionali che si possono bene adattare anche al settore pubblico sanitario nel quale sono sempre molteplici i punti di vista dai quali il risultato viene valutato: qualità tecnica della prestazione (efficacia, appropriatezza), tempistica, risorse utilizzate (efficienza), soddisfazione del paziente (qualità percepita) [1].

A questo proposito occorre fare riferimento anche recente letteratura che prende considerazione per la qualità tecnicaprofessionale, non solo gli esiti clinicamente hard, quali ad esempio mortalità e complicanze, ma anche gli esiti funzionali e gli esiti valutati dal punto di vista del paziente (PROMs: Patient Referred Outcomes) e l'esperienza di cura del paziente (PREMs: Patient Experience Measures).

Perché però tali modelli di monitoraggio e valutazione diventino concretamente operativi, bisogna investire non solo nella loro ideazione e nella ricerca applicata per perfezionare metodi e strumenti, ma anche nella loro realizzazione ed implementazione. La cultura della valutazione è quella che dovrebbe in questo senso diventare la cultura della implementazione.

#### Perché misurare?

Misurare è necessario per mettere le organizzazioni e le persone di fronte a una più netta percezione e comprensione di ciò che è problematico nelle loro performance, per attivare il cambiamento ed eliminare la miopia che rende spesso mal gestito ciò che non è misurato.

Misurare le performance elemento è un indispensabile per fissare buoni obiettivi. valorizzare i contributi delle persone, mettere i dirigenti nelle condizioni di gestire e creare benessere organizzativo. Quando aumenta il benessere organizzativo aumenta la produttività e conseguenza anche la performance complessiva aziendale compresa la qualità dei servizi erogati [2].

Misurare serve per un'assunzione di responsabilità nei confronti della collettività, ma perché questo avvenga, occorre passare dalla misurazione (i numeri per analizzare e capire) alla valutazione (i numeri per giudicare e responsabilizzare sui risultati). Per superare l'autoreferenzialità e per imparare, il confronto deve essere sistematico e comparativo (valutazione comparativa rispetto a un benchmark o standard fissato o performance media o performance dei migliori). Dai dati alle informazioni e alla costruzione di indicatori: i professionisti sanitari devono condividere gli indicatori su cui viene misurata la loro performance. Solo se c'è condivisione dei criteri e valutazione condivisa dei risultati, si può realizzare l'apprendimento. cambiamento il dei comportamenti e quindi ci si può avviare al miglioramento continuo.

### Gli indicatori: cosa stiamo cercando?

Secondo la definizione classica di A. Donabedian



Figura 1.

(1980) la misura dell'esito fa parte di un sistema di valutazione di qualità che include anche indicatori di struttura e di processo. Con il termine esito nell'ambito della valutazione dei servizi e degli interventi sanitari intendiamo infatti il risultato finale di un processo" che nel caso specifico è il miglioramento dello stato di salute della persona o della popolazione. Gli esiti possono essere confrontati tra gruppi di popolazione, categorie di pazienti, specifici trattamenti o procedure, modelli organizzativi, soggetti erogatori, periodi temporali.

Le tipologie di esito e le modalità di definizione e misura variano a seconda delle finalità e del contesto specifico dei diversi studi, del livello di assistenza oggetto di valutazione, della patologia o condizioni clinica in studio nonché delle fonti dei dati disponibili [3].

Per quanto riguarda la scelta di indicatori di struttura e/o di processo e/o di esito per la valutazione della performance dei servizi sanitari rimandiamo alla lettura di due articoli [4,5] di cui riportiamo la sintesi nella tabella 1 e tabella 2. Per quanto riguarda invece l'utilizzo delle diverse fonti informative, e i loro punti di forza e punti di debolezza, si rimanda alla lettura e al commento di un lavoro del 2003 di Powell et all. [6] di cui si riporta una breve sintesi nella tabella 3.

In questo lavoro viene discusso il tema se e quando usare flussi amministrativi correnti e/o database clinici ad hoc, evidenziando i punti di forza e i punti di debolezza delle diverse fonti informative. Un'altra questione ben presentata nel lavoro e che deve essere oggetto della nostra attenzione è il tema del controllo del confondimento che emerge quando, utilizzando il disegno di studio epidemiologico di tipo osservazionale, si opera un confronto in cui non è applicabile la randomizzazione.

Diventa di fondamentale importanza aggiustare per il case mix dei pazienti e per altri eventuali rilevanti fattori che possono agire come. In Italia esperienze rilevanti di valutazione della performance delle organizzazioni sanitarie e degli esiti sono rappresentate dal Sistema Bersaglio della Regione Toscana, esteso ad un Network di Regioni italiane a cura del laboratorio MeS della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, ed il Progetto PNE di Agenas.

Misurare nell'ambito dei Servizi Socio-Sanitari per quanto riguarda la valutazione nell'ambito delle Cure Primarie si sottolinea che il Sistema PNE analizza la performance delle strutture ospedaliere e solo indirettamente, con dati relativi ai ricoveri, la performance delle cure territoriali, con particolare riferimento alle ospedalizzazioni per complicanze del diabete e per asma e gastroenterite in età pediatrica. Il presupposto concettuale è che l'accessibilità dei servizi territoriali e la buona gestione sempre a livello territoriale di questi pazienti dovrebbero evitare l'ospedalizzazione. Siamo nell'ambito di quelle condizioni definite Ambulatory Care Sensitive Conditions (ACSC) [7] su cui c'è un'ampia letteratura.

Complessivamente possiamo osservare che la valutazione della qualità dell'assistenza in ambito territoriale presenta problemi concettuali e metodologici del tutto specifici e maggiore

complessità.

Le problematiche fondamentali riguardano la carenza di informazioni raccolte in maniera sistematica.

Tabella 1.

Beyond health outcomes: the advantages of measuring process.

Crombie IK, Davies HT. J Eval Clin Pract. 1998 Feb; 4(1):31-8.

The use of process measures in the assessment of the quality of care has been neglected of late. The outcomes movement has gathered momentum and process measurement appears to have been left trailing in the wake. Yet process measures can be sensitive indicators of the quality of care and have many advantages over outcomes. They are readily measured and can easily be interpreted; comparisons are not essential (as they are with outcomes monitoring) but even if used they are little bothered by the case-mix arguments which bedevil outcomes assessment. Further, the direct measurement of process can directly indicate deficiencies of care which need to be remedied. Finally, there are some aspects of care which are only amenable to study using measures of process. These benefits come at a price: first there must be good evidence that links the processes of care to desirable outcomes. This paper explores the advantages of measuring processes of care in quality assessment and advocates a balanced approach to the process vs. outcome debate.

#### Tabella 2.

Measuring the quality of surgical care: structure, process, or outcomes?

Birkmeyer JD, Dimick JB, Birkmeyer NJ. J Am Coll Surg. 2004 Apr;198(4):626-32.

In this article, we consider the relative merits of these different approaches to measuring and ultimately improving the quality of surgical care. Adopting the Donabedian paradigm, we consider quality measurement in three domains: structure, process, and outcomes. Although each of these three approaches has unique advantages, each has its own conceptual and practical limitations.

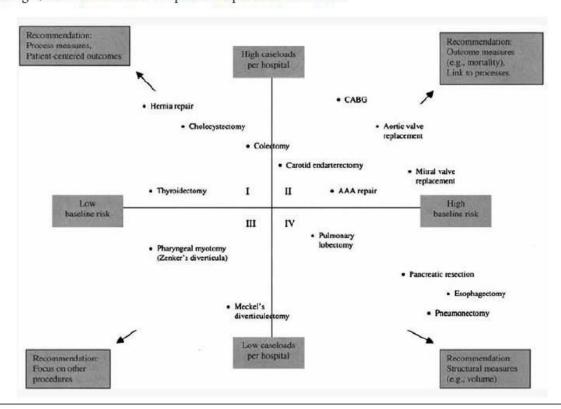


Tabella 3.

Using routine comparative data to assess the quality of health care: understanding and avoiding common pitfalls.

A E Powell, H T O Davies, R G Thomson. Qual Saf Health Care. 2003 Apr; 12(2):122-8.

Measuring the quality of health care has become a major concern for funders and providers of health services in recent decades. One of the ways in which quality of care is currently assessed is by taking routinely collected data and analysing them quantitatively.

The use of routine data has many advantages but there are also some important pitfalls. Collating numerical data in this way means that comparisons can be made—whether over time, with benchmarks, or with other healthcare providers (at individual or institutional levels of aggregation). Inevitably, such comparisons reveal variations.

The natural inclination is then to assume that such variations imply rankings: that the measures reflect quality and that variations in the measures reflect variations in quality. This paper identifies reasons why these assumptions need to be applied with care, and illustrates the pitfalls with examples from recent empirical work. It is intended to guide not only those who wish to interpret comparative quality data, but also those who wish to develop systems for such analyses themselves.

Table 1. Using Structure, Process, and Outcomes to Measure Surgical Quality, with Examples, Advantages, and Disadvantages of Each

	Structure	Process	Outcomes
Examples	Procedure volume	Perioperative β-blockers in high-risk surgical patients	Morbidity and mortality rates
	Fellowship-trained surgeons	Use of internal mammary graft during coronary artery bypass graft	Functional health status
	"Closed" intensive care units		Patient satisfaction
			Cost
Primary			
advantage(s)	Expedient, inexpensive proxies of surgical outcomes	Reflect care that patients actually receive—may seem "fairer" to providers	Buy-in from surgeons—the "bottom line" of what they do
		Actionable from provider perspective, clear link to quality improvement activities	Outcomes measurement alone may improve outcomes
Disadvantages	Most variables not actionable from provider perspective	Little information about which processes are important for specific procedures	Numbers too small to measure with adequate precision procedure-specific outcomes for most hospitals and procedures
	Imperfect proxies for outcomes—reflect average results for large groups of providers, not individuals		Outcomes measures that are not procedure-specific less useful for purposes of quality improvement

#### **Bibliografia**

- [1] Nuti S. La Valutazione della Performance in Sanità. Bologna: Il Mulino; 2008.
- [2] Lega F. La valutazione delle performance per il governo strategico nelle aziende sanitarie, pagg. 11-23. Milano: EGEA, Biblioteca dell'economia d'azienda: 2013.
- [3] Agabiti N., Davoli M., Fusco D., Stafoggia M., Perucci C. Valutazione comparativa di esito degli interventi sanitari. Epidemiol Prev 2011; 35 (2), marzo-aprile.
- [4] Crombie I.K., Davies H.T. Beyond health outcomes: the advantages of measuring process. J Eval Clin Pract. 1998 Feb; 4(1): 31-8.

- [5] Birkmeyer J.D., Dimick J.B., Birkmeyer N.J. Measuring the quality of surgical care: structure, process, or outcomes? J Am Coll Surg. 2004 Apr; 198(4): 626-32.
- [6] Powell A. E., Davies H. T.O., Thomson R. G. Using routine comparative data to assess the quality of health care: understanding and avoiding common pitfalls. Qual Saf Health Care. 2003 Apr; 12(2): 122-8.
- [7] Purdy S., Griffin T., Salisbury C., Sharp D. Ambulatory care sensitive conditions: terminology and disease coding need to be more specific to aid policy makers and clinicians. Public Health. 2009 Feb; 123(2): 169-73.

### Il Bacchiglione è un periodico bimestrale di



Marzo - Aprile 2020

numero 20 - Anno 2020

Autorizzazione Tribunale di Padova n. 513 16/2/1976 Direttore Responsabile Lucio Babolin

### INFO:

Sede di Cittadella (PD) - Località S. Maria, Via Case Bianche n. 16 Tel. 049.9401846

E-mail: comunicazione@retemaranatha.it