

# assistenti sociali

ORDINE ASSISTENTI SOCIALI  
Regione Lombardia  
Settembre 2009

## I QUADERNI DELL'ORDINE PROFESSIONALE

*Attività di vigilanza, accreditamento  
e controllo delle strutture  
socio-sanitarie e socio-assistenziali*

*Manuale per auto-valutare i processi  
di lavoro e i comportamenti professionali*

### SOMMARIO

<i>Il gruppo di lavoro "Accreditamento e Qualità" - Note introduttive di Renata Ghisalberti</i> .....	2
<b>1.</b> <i>Il percorso del gruppo di lavoro</i> .....	5
<b>2.</b> <i>Verso la costruzione di un "Manuale per auto-valutare i processi di lavoro ed i comportamenti professionali"</i> .....	7
● <b>Manuale per auto-valutare i processi di lavoro e i comportamenti professionali</b> .....	9
● <i>Approfondimenti su alcune attività del manuale</i> .....	33
● <i>Istruzioni per la compilazione del manuale</i> .....	37
<b>3.</b> <i>Quali i possibili sviluppi?</i> .....	45
<b>4.</b> <i>Riferimenti normativi</i> .....	46
<b>5.</b> <i>Suggerimenti bibliografici e documentazione</i> .....	47

Quaderno n. **2**

# Il gruppo di lavoro “Accreditamento e Qualità”

Note introduttive di Renata Ghisalberti

La storia del servizio sociale professionale è caratterizzata da due paradigmi che orientano la dimensione della disciplina e dell'attività professionale: 1) la promozione della persona volta a potenziare le risorse proprie e del contesto di vita (empowerment del soggetto); 2) la promozione di politiche sociali che possano tener conto delle potenzialità collettive (empowerment comunitario).

Il lavoro nelle comunità locali<sup>1</sup> dei professionisti dell'aiuto sociale, con particolare riferimento all'assistente sociale, va analizzato secondo due linee, che fanno riferimento al concetto di empowerment, alle basi teoriche per la “dimensione comunitaria” del lavoro di territorio ed alle prospettive evolutive del servizio sociale professionale (trifocalità: persona/utente; gruppi/ comunità; istituzioni/organizzazioni):

1. la promozione della “comunità competente” attraverso l'informazione, la sensibilizzazione, la conoscenza da parte della popolazione dei problemi che la riguardano e delle risorse che può possedere, cercando di sviluppare partecipazione, abilità progettuali, competenze relazionali, capacità di *problem solving* nelle aggregazioni sociali esistenti;
2. il coinvolgimento della popolazione nella definizione degli obiettivi della politica sociale locale, nella progettazione e realizzazione di “reti integrate di servizi e interventi” attraverso azioni di informazione, concertazione, mediazione con gli organismi decisionali politici.

I professionisti che hanno costituito il gruppo consiliare di lavoro “Accreditamento e qualità” hanno sperimentato nei servizi delle ASL lombarde negli anni successivi alla LR 31/1997 i nuovi orientamenti dettati dai processi di aziendalizzazione e di certificazione che hanno massicciamente influenzato pensieri e scelte operative delle organizzazioni della pubblica amministrazione. Essi hanno posto gli assistenti sociali nella condizione di dover confrontare i riferimenti orientativi e valoriali della visione di sé e del mandato professionale con le prospettive delle nuove competenze attribuite ai “nuovi” servizi delle ASL, caratterizzati da un ipotetico mandato di controllo.

Graziella Civentì<sup>2</sup> anche per l'articolo pubblicato in quel periodo ha costituito per i promotori del gruppo di lavoro un riferimento importante, perché poneva in modo chiaro e articolato una serie di questioni che erano alla base della *nostra* tensione riflessiva ed emotiva.

“Fare un passo indietro” rispetto alle operatività individuali, garantirci uno spazio di auto-osservazione e di confronto, enucleando le linee d'azione: l'idea del gruppo è stata quella di guardare i servizi “Vigilanza e accreditamento” dal punto di vista della specificità della professione dell'assistente sociale per costruire strumenti di descrizione e valutazione generalizzabili.

Un nodo critico è stato inizialmente la diversità dei modelli organizzativi venutisi a creare nelle diverse ASL, che poneva e pone gli assistenti sociali nelle condizioni di lavorare con modalità non facilmente confrontabili (presenza di altre figure professionali, attività prevalenti nella pratica quotidiana, assenza di vere e proprie linee-guida a livello regionale) e con finalità diversificate (integrazione o separazione con le funzioni di programmazione dell'ente ASL).

**Domanda:** *gli assistenti sociali che lavorano nei servizi di accreditamento/vigilanza/controllo sulle strutture della rete dei servizi alla persona svolgono un'attività che è compatibile con la mission/mandato professionale con relativi riferimenti valoriali, metodologici ed etico/deontologici e quindi con il profilo professionale delineato nei dettati normativi della professione (“interni” codice deontologico; regolamento della formazione permanente; tariffario; “esterni” leggi dello stato: L. 84/1993; Dpr 328/2001)?*

Il Codice deontologico dell'assistente sociale (1998-2002-2009)<sup>3</sup> ha sempre posto particolare rilievo alla responsabilità nei confronti della società, ricordando l'importanza “di contribuire alla promozione, allo sviluppo ed al sostegno di politiche sociali integrate favorevoli alla maturazione, emancipazione e responsabilizzazione sociale e civica di comunità e gruppi marginali e di programmi finalizzati al miglioramento della loro qualità di vita (art. 36)”, oltre che “una precisa conoscenza della realtà socio-territoriale in cui opera (art. 35)”.

Il Dpr 328/2001 articola la professione nei due livelli,

assistente sociale (sezione B) e assistente sociale specialista (sezione A), connessi principalmente al sistema formativo universitario e parzialmente ai percorsi di carriera espressi dai professionisti nell'ambito delle organizzazioni (funzioni dirigenziali), prefigurando aree di competenza specifica. Le attività comprese nell'area "analisi e valutazione della qualità degli interventi nei servizi e nelle politiche del servizio sociale" declinato nell'art. 22 del **Dpr 328/2001** sono ben rappresentate nella bozza del "Regolamento per la formazione continua dell'assistente sociale e dell'assistente sociale specialista"<sup>4</sup>, che nella relazione introduttiva declina l'area del management, dove si richiede di saper operare secondo "la logica della programmazione ... e della valutazione degli interventi e dei servizi" acquisendo e migliorando le "capacità di relazione, capacità negoziali, abilità nella conduzione e/o presenza attiva dei gruppi di compito". Le funzioni esercitate nell'ambito dei servizi ASL non coincidono con la funzione di direzione, coordinamento, gestione dei servizi, ma approfondiscono modalità di azione incentrate sulla programmazione, progettazione e valutazione dei servizi e degli interventi.

**Domanda:** cosa caratterizza l'attività dei servizi "PAC" delle ASL della Lombardia?

L'introduzione di orientamenti istituzionali finalizzati alla valutazione dei servizi per consentire la loro ammissione nella rete d'offerta accreditata e quindi legittima-

ta a funzionare con risorse pubbliche costituisce il cuore della "mission" dei Dipartimenti PAC delle ASL lombarde. Il contesto di senso dei servizi vigilanza/accreditamento/appropriatezza è finalizzato a trasformare la domanda di servizi a carattere individuale in diritto/dovere ad un giusto utilizzo di una rete di offerta efficiente ed efficace, nella prospettiva di un welfare mix che ancora lascia in mano la *governance* dello stato sociale alla mano pubblica, che si è posta nelle condizioni di esercitare il mandato di controllo istituzionale. La Regione Lombardia ha recentemente normato complessivamente il sistema dei servizi con la LR 3 del 12 marzo 2008 "Governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale e socio-sanitario" e la funzione di accreditamento e controllo con la dgr 8496 del 6 novembre 2008 dando "Disposizioni in natura di esercizio, accreditamento, contratto e linee di indirizzo per la vigilanza ed il controllo delle UO socio-sanitarie"; quest'ultima non può ancora rappresentare un significativo orientamento per la lettura del sistema organizzativo sviluppatosi nelle singole ASL lombarde secondo criteri legati alle storie organizzative dei territori.

**Domanda:** come è possibile delineare un'area di intervento professionale dando senso e ricercando senso rispetto al "cuore" del lavoro sociale del servizio sociale professionale e al significato che assume nel welfare state posto ora a metà

### DPR 328/2001

#### Art. 22 - ATTIVITÀ PROFESSIONALI DELL'ASSISTENTE SOCIALE SPECIALISTA (SEZIONE A)

- a) elaborazione e direzione di programmi nel campo delle politiche e dei servizi sociali;
- b) pianificazione, organizzazione e gestione manageriale nel campo delle politiche e dei servizi sociali;
- c) direzione di servizi che gestiscono interventi complessi nel campo delle politiche e dei servizi sociali;
- d) analisi e valutazione della qualità degli interventi nei servizi e nelle politiche del servizio sociale;
- e) supervisione dell'attività di tirocinio degli studenti dei corsi di laurea specialistica della classe 57/S- Programmazione e gestione delle politiche e dei servizi sociali;
- f) ricerca sociale e di servizio sociale;
- g) attività didattico-formativa connessa alla programmazione e gestione delle politiche del servizio sociale.

#### Art. 21 - ATTIVITÀ PROFESSIONALI DELL'ASSISTENTE SOCIALE (SEZIONE B)

- a) attività, con autonomia tecnico-professionale e di giudizio, in tutte le fasi dell'intervento sociale per la prevenzione, il sostegno e il recupero di persone, famiglie, gruppi e comunità in situazioni di bisogno e di disagio, anche promuovendo e gestendo la collaborazione con organizzazioni di volontariato e del terzo settore;
- b) compiti di gestione, di collaborazione all'organizzazione e alla programmazione; coordinamento e direzione di interventi specifici nel campo delle politiche e dei servizi sociali;
- c) attività di informazione e comunicazione nei servizi sociali e sui diritti degli utenti;
- d) attività didattico formativa connessa al servizio sociale e supervisione del tirocinio di studenti dei corsi di laurea della classe 6 - Scienze del servizio sociale;
- e) attività di raccolta ed elaborazione di dati sociali e psico-sociali ai fini di ricerca.

*del guado tra la sua negazione/cancellazione e la negoziazione/trasformazione?*

La definizione stessa di "servizio sociale" pone con forza il riferimento alla dimensione delle risorse personali ed ambientali, "compreso il sistema organizzativo di servizi in cui lavora il professionista..."<sup>5</sup> con funzioni finalizzate "alla promozione e sviluppo di sistemi di risorse che rendano gli ambienti più *nutritivi*, che rinforzino il tessuto sociale".

Il dibattito sul senso e significato del lavoro sociale che continua ad appassionare coloro che scelgono le professioni sociali fa evidenziare che la coesione sociale è uno dei paradigmi dell'azione personale e professionale, comportando modalità di lavoro che puntino a percorsi partecipati.

**Domanda:** *quali connessioni tra "relazione d'aiuto" intesa come viene declinata dalla letteratura della disciplina? Come restituire alle "persone/cittadini" l'attività di valutazione che si forma nei servizi del PAC delle ASL?*

È interessante partire dal concetto<sup>6</sup>, scomposto nei due termini di aiuto e relazione, è che considerato paradigmatico per la professione dell'assistente sociale, in quanto "implementa il proprio intervento nel punto di intersezione tra i bisogni delle persone, le istanze comunitarie e la promozione delle risorse". Le competenze necessarie per affrontare le funzioni del controllo/vigilanza in un sistema di servizi accreditati sembrano originare da una trasformazione di competenze dei ruoli tecnico-professionali (medico, psicologo, assistente sociale, altro) rivisitate alla luce degli approcci afferenti alla cultura organizzativa aziendale (come il *Total Quality*), evocati dal dettato normativo della riforma sanitaria nazionale e regionale.

Anche l'approccio teorico dell'assistente sociale viene contaminato da linguaggi e strumenti che non sono parte della base formativa tradizionale (relazione d'aiuto, processo di presa in carico, utente/cliente, ecc.), che molti professionisti hanno dovuto conoscere e armonizzare con il proprio background originario (appropriatezza, standard, requisiti, ecc.). In particolare la terminologia più utilizzata comprende un kit di concetti e parole che hanno costituito il primo punto di partenza della riflessione metodologica e deontologica di cui il Manuale rappresenta la codificazione conclusiva (per ora). La dotazione di strumenti metodologici rigorosi appare un aspetto essenziale per valorizzare lo specifico professionale all'interno di contesti pluriprofessionali e interdisciplinari, garantendo il *valore aggiunto* della disciplina del servizio sociale nei modelli di competenze creati per implementare il sistema di accreditamento e la sua sistematica verifica.

**Domanda:** *Quali prospettive? Cosa significa saper valutare il proprio lavoro?*

Secondo le parole di Gui durante l'assemblea degli iscritti del CROAS di fine mandato (Milano, 13 giugno 2009) significa pensare ad una riformulazione del *classico* "sapere, saper fare, saper essere" nella pragmatica formulazione di "saper fare, saper dire, saper vagliare".

L'importanza della valutazione come metodo di lavoro basato sulla riflessione, riflessività e misurazione del processo/esito è stato rilevato anche nella revisione del codice deontologico che richiama agli aspetti di scientificità dell'intervento professionale e, nei confronti dell'organizzazione di lavoro, pone la responsabilità di "contribuire all'individuazione di standards di qualità e alle azioni di pianificazione e programmazione, nonché al razionale ed equo utilizzo delle risorse a disposizione" (art. 45).

La valutazione professionale è la premessa di senso e metodologica per l'**accreditamento professionale**, inteso come valutazione tra pari di gruppi di professionisti/società scientifiche, di natura volontaria ed autogestita; per l'**accreditamento della formazione permanente**, il cui sistema richiederà la valutazione delle offerte formative sulla base di criteri quanti-qualitativi e di pertinenza tecnico-professionale e deontologica; ed in ultimo, ma fondamentale, per l'**accreditamento dei servizi sociali** con modalità che sappiano coinvolgere operatori, cittadini, utenti con modelli e strumenti di valutazione partecipata.

Renata Ghisalberti



<sup>1</sup> Gui L. (2004), *Le sfide teoriche del servizio sociale - I fondamenti scientifici di una disciplina*, ed. Carocci, Roma

<sup>2</sup> Civenti G. (2006), *Riflessioni sulla qualità nel lavoro sociale*, in *Prospettive Sociali e Sanitarie*, IRS, Milano

<sup>3</sup> CNOAS (2009), *Codice deontologico dell'assistente sociale*, Roma (approvato nella seduta del 17 luglio 2009)

<sup>4</sup> CNOAS (2009), *Regolamento per la formazione continua dell'assistente sociale e dell'assistente sociale specialista*, Roma [www.cnoas.it](http://www.cnoas.it)

<sup>5</sup> Diomede Canevini M., Neve E., (2005) *Servizio Sociale* in (diretto da Dal Prà Ponticelli M.) *Dizionario di Servizio Sociale*, ed. Carocci, Roma

<sup>6</sup> Prizzon Carmen, *Relazione d'aiuto*, in (diretto da Dal Prà Ponticelli M.) *Dizionario di Servizio Sociale*, ed. Carocci, Roma



# Il percorso del gruppo di lavoro “Accreditamento e Qualità”

## *Un Nome.... un Programma*

Quando nell'aprile del 2006 il gruppo di lavoro è stato convocato per la prima volta, gli assistenti sociali di servizi di vigilanza di alcune ASL della Lombardia, si sono ritrovati intorno ad un tavolo richiamati dal nome del gruppo “**Accreditamento e Qualità**” e dall'intento di dare un significato professionale a queste due parole. Il nome, di fatto, aveva attratto anche altri colleghi, afferenti ad altri servizi delle ASL, che nella pratica si erano occupati di appropriatezza. Non era ancora evidente quanto il nome scelto rappresentasse in modo chiaro il programma ed i contenuti del lavoro che si sarebbe sviluppato nel tempo.

Accreditamento e Qualità rappresentano il contenuto dei due mandati, dei due compiti che l'assistente sociale che lavora nei servizi di vigilanza delle ASL percepisce al di là delle caratteristiche dell'organizzazione in cui è inserito e del livello di esplicitazione del mandato stesso.

Il lavoro del gruppo, le discussioni dei componenti nelle varie fasi, hanno fatto emergere con chiarezza questa “doppia anima” dell'azione di vigilanza e di controllo.

Da un lato l'attività di verifica prevista dalle procedure per l'**accreditamento**, che discende da un mandato istituzionale esplicito, declinato da norme precise e perciò più forte; dall'altro lato l'agire finalizzato alla rilevazione, alla verifica ed alla promozione della **qualità** che trova la sua origine da un mandato più etico, più sentito come insito nella professione ma al tempo stesso più sfumato ed a volte lasciato implicito.

## *Prima fase del gruppo di lavoro: “Orienteering” (aprile 2006-aprile 2007)*

La tensione tra queste due anime ha trovato espressione in una fase del lavoro che si può definire “Orienteering” mutuando il termine da quella che è una pratica sportiva che ha come finalità il raggiungimento di una meta attraverso un percorso costruito attraverso tappe.

Il gruppo si è attivato per promuovere e articolare azioni finalizzate all'approfondimento, alla conoscenza ed alla condivisione di alcuni aspetti del lavoro degli assistenti sociali nel servizio vigilanza.

**La prima azione** costituita dalla ricognizione dell'organizzazione e dell'attività dei servizi di vigilanza in cui lavorano i partecipanti al gruppo ha avuto come esito i dati riportati nella tabella riportata negli allegati (Esiti

della ricognizione organizzazione servizi vigilanza al settembre 2006).

L'osservazione delle informazioni raccolte nel 2006 evidenziava che i modelli organizzativi all'interno dei quali si inserivano i servizi di vigilanza si differenziavano da ASL a ASL, mentre le linee di attività principali risultavano comuni. Si registravano inoltre sostanziali differenze nelle modalità di svolgimento delle verifiche e dei controlli; esse erano diverse per composizione dell'equipe, strutturazione della visita, strumenti di rilevazione.

**La seconda azione** ha interessato la condivisione del linguaggio mediante l'approfondimento di alcuni termini specifici che caratterizzano l'attività dei servizi di vigilanza e pertanto anche l'operatività degli assistenti sociali del gruppo.

**La terza azione** ha portato alla iniziale formulazione di tre diverse ipotesi di lavoro, a partire dai numerosi argomenti emersi e dagli interrogativi dei partecipanti.

Seppure schematicamente gli *interrogativi* che hanno guidato il confronto all'interno del gruppo si possono così rappresentare:

*1) Esiste uno specifico professionale (costituito da aspetti teorici, tecnici, deontologici) che contraddistingue il lavoro degli assistenti sociali nei servizi di vigilanza/accreditamento?*

Al fine di poter disporre degli elementi necessari a formulare una risposta a tale domanda si era inizialmente ipotizzato di sviluppare una pratica (incentrata sul conoscere e sulla riflessione nel corso dell'azione) articolata in diversi passaggi giocati tutti sul confine similarità/differenze (similarità/differenze rispetto all'esercizio della professione in ambiti più tradizionali, similarità/differenze rispetto alle modalità di lavoro dei colleghi non assistenti sociali del servizio vigilanza) assumendo come riferimento del confronto variabili quali: oggetto di lavoro, obiettivi, attori, ruoli, processi messi in atto, strumenti e tecniche, impatto, conoscenze, valori, rappresentazioni, linguaggi, ecc.

La risposta a tale domanda avrebbe portato ad evidenziare se predominano le similarità intraprofessionali e le differenze interprofessionali (l'attività degli assistenti sociali che operano nei servizi di vigilanza ed accreditamento si conferma simile a quella della professione esercitata negli altri servizi e differente, invece, rispetto alle altre figure professionali presenti nei servizi vigilanza e

accreditamento), o se, viceversa, predominano le similitudini interprofessionali e le differenze intraprofessionali (l'attività degli assistenti sociali che operano nei servizi di vigilanza ed accreditamento mostra più punti di contatto con il lavoro delle altre figure professionali attive in questi servizi e maggiori differenze, invece, con gli assistenti sociali che operano negli altri servizi socio-sanitari).

Nel primo caso verrebbe affermato uno specifico professionale "forte" che sembra mantenersi a prescindere dalle caratteristiche del contesto; nel secondo caso, al contrario, si evidenzerebbe una plasticità e/o una perdita di specificità professionale del ruolo in relazione ai contesti di lavoro.

2) La domanda iniziale è stata progressivamente riformulata nel seguente modo: *che cosa rende di buona qualità il lavoro degli operatori del servizio di vigilanza?*

Questa riformulazione poggiava su, e a sua volta comportava, alcuni presupposti:

1) In primo luogo mettendo al centro il tema della qualità lo assumeva come questione da indagare nella sua complessità rinunciando all'idea dell'autosufficienza di uno sguardo rivolto solo allo specifico intervento dell'assistente sociale

2) In secondo luogo ipotizzava che tra buona qualità (erogata) dell'attività svolta e buona qualità (percepita) dell'esercizio professionale da parte dell'assistente sociale non ci fosse un'interlocuzione debole



ma che, al contrario, la zona di intersezione fosse discretamente ampia, anche se, probabilmente, non totalmente sovrapponibile



3) In questo senso il gruppo è arrivato ad un'ulteriore specificazione della domanda nei termini di: *come la specificità (della formazione teorica, tecnica, deontologica) dell'assistente sociale contribuisce alla produzione della qualità del lavoro svolto dal servizio?*

Partendo dal presupposto che un'attività di buona qualità riconosce e fa proprie, valorizzandole, le competenze delle diverse figure professionali che concorrono alla sua erogazione, s'ipotizzava che il contributo dell'assistente sociale risultasse incorporato nelle pratiche e che da lì, anziché da definizioni di carattere generale, dovesse essere estratto (ovvero letto, riconosciuto e portato a visibilità).

Abbandonata la prima ipotesi di lavoro in quanto nessuno dei componenti si riconosceva in una posizione tale da consentire un intervento sulla struttura organizzativa del servizio (ed anche la recente d.g.r. 8/8496 del 26 novembre 2008 "Disposizioni in materia di esercizio, accreditamento, contratto e linee di indirizzo per la vigilanza ed il controllo delle unità di offerta socio-sanitarie" non ha dato indicazioni e vincoli per la composizione dei servizi di vigilanza); considerato il rischio, legato alla seconda ipotesi di lavoro, di definire a priori strumenti che, validi all'interno di una data prassi operativa, potevano risultare inadeguati in altri contesti, la scelta del gruppo è stata quella di centrare il proprio compito sulla **terza ipotesi di lavoro: ricerca dello specifico professionale e di un modo di lavorare dell'assistente sociale nei servizi di vigilanza che abbia caratteristiche di qualità e che produca qualità.**

**Seconda fase del gruppo di lavoro: la costruzione e prima applicazione del manuale (settembre 2007-marzo 2009)**

Messa a fuoco l'ipotesi di lavoro, il gruppo ha definito le azioni della **fase costruttiva dello strumento "Manuale per auto-valutare i processi di lavoro e i comportamenti professionali"**. Nel periodo settembre 2007 – dicembre 2008 il gruppo di lavoro ha avviato una pratica riflessiva condotta da un formatore esterno – la collega Graziella Civenti – sulla qualità del proprio lavoro. Questo approccio ha consentito di passare dal confronto sulle funzioni ed i compiti dettati dalla normativa e dall'organizzazione, soggetti a continui cambiamenti, al confronto sulla qualità dei processi operativi e dei comportamenti professionali, applicabili e verificabili in contesti differenti.

**Terza fase del gruppo di lavoro: la restituzione alla comunità professionale del lavoro del gruppo (aprile 2009 – giugno 2009)**

Dopo la sperimentazione del manuale ed un primo confronto su risultati, il 23 maggio 2009 il gruppo di lavoro ha promosso un'iniziativa pubblica rivolta agli assistenti sociali dei servizi di vigilanza e accreditamento di ASL e Comuni.

# Verso la costruzione di un “Manuale per auto-valutare i processi di lavoro ed i comportamenti professionali”

Per rispondere alle domande poste si è deciso di avviare un *processo di valutazione* che, per quanto riguarda la buona qualità delle attività svolte dagli operatori, prevedesse di:

- 1 individuare tra le *attività svolte* dal servizio di vigilanza quelle alla cui realizzazione partecipa l'assistente sociale
- 2 definire per ciascuna delle attività individuate dei *criteri* di buona qualità (intendendo con il termine criteri i paradigmi di valore che orientano i comportamenti professionali)
- 3 identificare, per ciascun criterio, degli *indicatori* che consentissero di osservare il grado in cui i riferimenti valoriali individuati informano effettivamente le pratiche professionali (intendendo dunque con il termine indicatori misure – o approssimazioni a misure – della qualità prodotta nelle singole aree di attività).

L'attività di *valutazione* consiste in un processo che, semplificando, può essere definito come *processo di comparazione tra:*

- *ciò che avviene nella realtà* (osservato e misurato per mezzo di indicatori)
- e
- *ciò che dovrebbe avvenire* (rappresentato attraverso dei criteri di riferimento ritenuti espressione di buona qualità).

(Per esempio, potrebbe essere considerato come criterio di buona qualità di una determinata attività che siano previste riunioni di equipe. Indicatori di tale criterio, che consentono di misurarne la sua applicazione nella pratica, potrebbero essere: il n. di riunioni programmate in un determinato arco temporale, il n. di riunioni realizzate in quell'arco temporale, il n. di partecipanti alle riunioni, la loro qualifica, ecc.).

L'ipotesi sostanzialmente è stata ulteriormente declinata:

- nell'analisi delle attività svolte dal servizio di vigilanza c'è una prima linea di demarcazione che definisce il confine tra ciò che è di buona qualità e ciò che non lo è. Se a configurare i requisiti che segnano il confine sono assistenti sociali, ci si attende che la buona qua-

lità delle attività svolte coincida in buona sostanza con la buona qualità dell'esercizio professionale

- se tuttavia tra le due dimensioni emergessero incongruenze e distanze occorrerebbe esplorare una seconda linea di demarcazione, ovvero quella che definisce il confine tra la buona e la cattiva qualità dei processi organizzativi, considerando questi ultimi come possibile ragione del mancato incontro delle due dimensioni prima citate.

## DIFFICOLTÀ DI PERCORSO.....

*Riflettere sui criteri richiede di nominare e rendere esplicito ciò che normalmente è incorporato, in forma sottintesa o inconsapevole, nelle pratiche di lavoro* (p.e. le scelte e le decisioni che stanno dietro gli atti), ovvero richiede di diventare consapevoli delle premesse implicite ('il quadrato di Watzlavick'<sup>1</sup>) al cui interno si collocano le azioni professionali così da poter:

- decidere se tali premesse sono adeguate rispetto agli obiettivi o se è necessario modificarle
- rendere tali premesse oggetto di confronto e di comunicazione.

*I criteri sono attributi rispetto ai quali dev'essere formulato un giudizio. Definiscono qual'è la componente, la caratteristica del servizio ritenuta associata alla qualità.*

Come osserva Schon "... quando i professionisti sono inconsapevoli delle strutture che essi definiscono per ruoli o per problemi, non avvertono l'esigenza di scegliere fra di esse. Essi non prestano attenzione ai modi in cui costruiscono la realtà nella quale agiscono, per loro si tratta semplicemente della realtà data...

Ma quando un professionista diventa consapevole delle strutture che ha definito, diventa anche consapevole di possibili modi alternativi di strutturare la realtà della sua pratica. Egli presta attenzione ai valori e alle norme ai quali ha dato priorità e a quelli ai quali ha attribuito minore importanza o che non ha considerato affatto"<sup>2</sup>.

Proprio in questo "prestare attenzione" e "diventare consapevoli" dei *frame* all'interno dei quali si opera, o si ritiene sarebbe opportuno operare, sta la prima criticità che il processo valutativo proposto incontra: come ricorda Scavi<sup>3</sup> in genere noi non 'vediamo' le premesse implicite delle nostre azioni e soprattutto non le vediamo in termini di scelta.

Non solo, ma (altra criticità) vederle comporta diventare consapevoli dei dilemmi, ovvero confrontarsi con l'incertezza e la responsabilità che si accompagnano a ogni scelta e a ogni processo di autodefinizione.

D'altro lato *costruire gli indicatori richiede di operationalizzare, scomporre le azioni in singoli segmenti e comportamenti osservabili e “misurabili”*, operazione che potrebbe risultare altrettanto difficile in quanto richiede di praticare, in un processo quasi inverso a quello richiesto per la definizione dei criteri, una traduzione dal generale al particolare, dal complesso al semplice.

Trattando poi processi e informazioni di tipo qualitativo, può risultare particolarmente difficile formulare *indicatori* che possiedano le caratteristiche loro proprie, ovvero indicatori che siano *completi, sensibili, rilevanti, pertinenti e, soprattutto, riproducibili*, cioè capaci di garantire che ci sia accordo tra più osservatori nel rilevare lo stesso fenomeno o tra più osservazioni effettuate in tempi diversi dallo stesso rilevatore (se per esempio l'indicatore scelto per misurare il clima di una struttura residenziale fosse ‘la cortesia degli operatori’ è evidente che ci troveremo di fronte a un indicatore poco riproducibile in quanto osservatori diversi potrebbero connotare lo stesso comportamento in modi diametralmente opposti).

Connessa – concettualmente all'obiettivo del lavoro e ai suoi presupposti e tecnicamente a quanto sopra richiamato – è in particolare la difficoltà di descrivere, adottando il linguaggio previsto dallo strumento (criteri/indicatori), il contributo portato dall'assistente sociale, contributo che, essendo espressione di competenze e sguardi sui fenomeni propri della formazione sociale, dovrebbe essere capace di sostanzarsi in attenzioni tecniche, metodologiche, relazionali, ecc.<sup>4</sup> non ugualmente rappresentabili dalle altre figure professionali (altre figure professionali potrebbero, infatti, declinare in modo diverso, o addirittura non evidenziare affatto, componenti delle attività indagate messe in luce dagli assistenti sociali).

La *sfida* consiste dunque:

- 1 nel mostrare che
  - senza quelle attenzioni la qualità delle attività svolte risulterebbe inferiore
  - senza gli assistenti sociali quelle attenzioni difficilmente verrebbero presidiate
- 2 nel mostrarlo in maniera indiretta, facendo perno sulle azioni concrete anziché ponendo quelle affermazioni come precondizioni date.

### LA COSTRUZIONE DEL MANUALE

*Che cos'è un manuale?*

È uno strumento che consente la valutazione (auto-valutazione) dei processi di lavoro e dei comportamenti professionali.

*Presupposto per la costruzione di un manuale* è l'esperienza di lavoro condivisa tra gli operatori.

Nel corso degli incontri realizzati si è proceduto alla costruzione del manuale di auto-valutazione dei processi

di lavoro e dei comportamenti professionali che ha analizzato le diverse attività del servizio nelle quali sono coinvolti gli assistenti sociali, definendo per ciascuna attività i relativi criteri e indicatori di buona qualità. *Il manuale prodotto descrive le diverse attività* messe in atto dagli operatori (siano esse rivolte agli erogatori, ai cittadini o all'organizzazione interna) al fine di realizzare la *mission* del servizio. *Per ogni attività sono stati identificati* dei parametri di buona qualità (almeno 2 criteri) e delle misure del grado di aderenza dell'operatività a tali parametri (*indicatori* ai quali è stato associato un valore numerico).

### Il manuale si compone di due macro-aree:

- 1 azioni messe in atto dagli operatori per realizzare la mission del servizio
- 2 azioni messe in atto dall'organizzazione (quest'area non è stata esplorata)

La prima macro-area, che comprende ciò che il servizio eroga o produce per realizzare le proprie finalità, è scomposta nei seguenti blocchi di attività:

- 1 attività rivolte agli erogatori (10 attività individuate)
- 2 attività di front-office, rivolte ai cittadini (2 attività individuate)
- 3 attività di back-office, rivolte all'organizzazione interna (5 attività individuate)

La seconda macro-area, che comprende ciò che il servizio mette in atto verso i clienti esterni (Regione, Enti Locali, Erogatori ecc..) e verso i clienti interni (es. integrazione dei processi aziendali, sostegno alla motivazione del personale ecc..) resta una parte di lavoro da sviluppare.

<sup>1</sup> Watzlavick P., Weakland J.H., Fisch R. *Change* Astrolabio, Roma, 1973

<sup>2</sup> Schon D.A. *Il professionista riflessivo* Dedalo, Bari, 1993

<sup>3</sup> Sclavi M. *Arte di ascoltare e mondi possibili* Le Vespe, Milano, 2000

<sup>4</sup> Nel corso della discussione che ha preceduto la costruzione del manuale la specificità del contributo dell'assistente sociale è stata individuata sia nelle conoscenze che nelle competenze di cui questa figura professionale è portatrice.

Più precisamente per quanto riguarda le conoscenze, l'originalità del suo apporto è stata rintracciata nelle conoscenze relative a:

- le risorse del territorio (in particolare le risorse formali costituite dal sistema dei servizi) e le loro regole di funzionamento
- i processi di cura (sia nel senso di *cure* che di *care*) degli individui
- i vincoli normativi che orientano il rapporto tra le prime e i secondi

Per quanto riguarda le competenze si è rilevato che l'assistente sociale esprime una specificità relativamente alla capacità di:

- leggere il particolare e tradurlo in elementi di analisi generale
- comprendere e gestire le dinamiche di gruppo
- connettere elementi e attori in una logica di - problem solving
- integrare
- coniugare controllo e aiuto



# Attività di vigilanza, accreditamento e controllo delle strutture socio-sanitarie e socio-assistenziali

## **Manuale per auto-valutare i processi di lavoro e i comportamenti professionali**

Elaborato dal Gruppo di Lavoro  
"Accreditamento e Qualità"

Anno 2008

Luisa Bellani	ASL di Lodi
Chiara Salvaderi	ASL di Lodi
Paola Ferraguti	ASL di Milano
Linda Formato	ASL di Milano
Assunta Latino	ASL Provincia Milano 1
Lina Paganini	ASL Provincia Milano 1
Carla Zuffinetti	ASL Provincia Milano 1
Elisabetta Chignoli	ASL Provincia Milano 2
Renata Ghisalberti	ASL Provincia di Monza e Brianza
Mirella Silvani	ASL di Pavia
Sonia Longo	ASL di Milano (Referente del Gruppo)
Graziella Civenti	Consulente esterno e formatore

## Le attività da indagare

Possono essere individuate due macro aree relative rispettivamente a:

- 1 le azioni messe in atto dagli operatori per realizzare la mission del servizio.
- 2 le azioni messe in atto dall'organizzazione



MACROAREA

1

## Azioni messe in atto dagli operatori per realizzare la mission del servizio

SOTTOAREE

1

### ATTIVITÀ RIVOLTE AGLI EROGATORI

Nella prima sottoarea sono comprese:

- a.** Attività di valutazione (in itinere ed ex post) di progetti
- b.** Attività di vigilanza, accreditamento e controllo:
  - verifica del possesso dei requisiti previsti per l'autorizzazione e l'accreditamento
  - verifica del mantenimento dei requisiti previsti per l'autorizzazione e l'accreditamento
  - verifica dei processi organizzativi e gestionali connessi all'erogazione di attività di cura e assistenza
  - controllo dell'appropriatezza e della congruenza delle prestazioni
  - produzione di verbali
  - predisposizione di parere e istruttoria di atti deliberativi
  - mappatura delle risorse
- c.** Attività di consulenza agli erogatori:
  - tavoli tecnici
  - consulenze individuali
- d.** Gestione del sito web:
  - gestione del sito
  - monitoraggio delle liste di attesa

2

### ATTIVITÀ DI FRONT OFFICE RIVOLTE AI CITTADINI

La seconda sottoarea comprende le attività di:

- informazione, consulenza, orientamento del cittadino rispetto alla rete di offerta e alle caratteristiche degli erogatori
- gestione dei reclami

3

### ATTIVITÀ DI BACK OFFICE RIVOLTE ALLA ORGANIZZAZIONE INTERNA

Nella terza sottoarea sono comprese le attività di:

- archiviazione e tenuta dei documenti (cartacei e informatici)
- ricerca
- raccolta di documentazione (atti e leggi)
- produzione di reportistica
- definizione procedure di lavoro e strumenti per l'organizzazione interna

# 1 ATTIVITÀ RIVOLTE AGLI EROGATORI

A

## ATTIVITÀ DI VALUTAZIONE (IN ITINERE ED EX POST) DI PROGETTI

Nel contesto della vigilanza questa attività è di norma finalizzata a valutare progetti per i quali è riconosciuta una remunerazione regionale o l'assegnazione di una quota del budget annuale riservato dalle ASL per i soggetti accreditati a contratto. Lo sguardo con il quale sono stati ricercati i criteri è stato rivolto sia alla definizione dei necessari aspetti di verifica e controllo sia all'individuazione del percorso di valutazione che consenta la rimodulazione dei progetti stessi grazie alla collaborazione tra soggetti gestori e ASL.

I criteri che consentono di verificare la qualità di queste attività sono stati individuati in:

### 1) L'attività di valutazione rientra nella programmazione aziendale

- L'attività di valutazione è prevista nei piani di controllo annuali  
Sì  No
- Esiste un documento nel quale sono definiti obiettivi, modalità, strumenti e scadenze in base a cui la valutazione viene effettuata  
Sì  No  In parte (p.e. esiste un documento nel quale sono definiti gli obiettivi ma non gli strumenti)
- È individuato il/i referente/i interno/i per l'attività di valutazione  
Sì  No
- Il/i referente/i ha/hanno competenze tecniche nelle materie trattate dal progetto e conosce/conoscono i riferimenti normativi entro la cui cornice il progetto viene realizzato  
In misura più che adeguata  In misura adeguata  In misura sufficiente  Poco o molto poco   
Per niente

### 2) L'attività di valutazione è concordata con i soggetti promotori del progetto

- Il documento aziendale è condiviso con i soggetti promotori del progetto  
Sì  No  In parte (p.e. è comunicato ai soggetti promotori del progetto ma questi non sono stati coinvolti nella sua definizione)
- Sono definite in maniera condivisa le specifiche dimensioni che l'attività valutativa si propone di indagare. Per esempio:
  - l'efficacia del progetto, cioè la sua capacità di raggiungere gli obiettivi, i risultati attesi nei tempi previsti
  - l'efficienza, cioè il rapporto tra i costi e i ricavi
  - l'impatto, ovvero i cambiamenti indotti dal progetto (non connessi agli obiettivi)
  - la trasferibilità o riproducibilità del progetto (in termini di metodologia, buone prassi, soluzioni organizzative)
 Sì  No
- È individuato il responsabile del progetto con il quale il/i referente/i interno/i della valutazione può/possono interfacciarsi  
Sì  No

### 3) L'esito della valutazione è oggettivabile e comparabile

- È considerato prerequisito dell'attività di valutazione l'esistenza di un documento di progetto nel quale siano indicati gli obiettivi, i tempi previsti per la realizzazione, i risultati attesi e i relativi costi  
Sì  No  In parte (p.e. esiste un documento ma non sufficientemente dettagliato)
- Sono definiti gli strumenti (per esempio criteri e indicatori) con cui la valutazione viene condotta  
Sì  No  In parte (p.e. gli strumenti sono indicati in maniera generica come nel caso in cui si preveda l'uso di scale ma non si indichi quali)

### 4) L'esito della valutazione è restituito e discusso con i soggetti promotori del progetto

- Sono organizzati incontri di verifica (sia in itinere che alla conclusione del progetto) con i responsabili di progetto  
Con regolarità  Nei momenti salienti dell'attività  Occasionalmente  Un solo incontro alla conclusione del progetto  Non sono organizzati incontri di verifica
- Viene redatto un documento di valutazione conclusivo  
Sì  No

**5) L'attività di valutazione permette di fissare obiettivi di miglioramento**

- Sono individuati e discussi con gli interessati i punti di forza e le criticità emerse  
 In maniera approfondita ed esaustiva  In maniera sufficientemente approfondita ed esaustiva   
 Occasionalmente o in maniera non del tutto esaustiva e approfondita  Occasionalmente e in maniera poco approfondita  Non vengono promossi momenti di riflessione e discussione con gli interessati
- Viene incoraggiata la riflessione sugli apprendimenti resi possibili dal percorso compiuto  
 Sì  No
- Sulla base degli elementi emersi dall'attività di valutazione vengono discusse con i referenti degli enti promotori le eventuali azioni migliorative da promuovere  
 In maniera approfondita ed esaustiva  In maniera sufficientemente approfondita ed esaustiva   
 Occasionalmente o in maniera non del tutto esaustiva e approfondita  Occasionalmente e in maniera poco approfondita  Non vengono promossi momenti di discussione con i referenti degli enti promotori

**B**

**ATTIVITÀ DI VIGILANZA, ACCREDITAMENTO E CONTROLLO**

**ATTIVITÀ:** VERIFICA DEL POSSESSO DEI REQUISITI PREVISTI PER L'AUTORIZZAZIONE E L'ACCREDITAMENTO  
**ATTIVITÀ:** VERIFICA DEL MANTENIMENTO DEI REQUISITI PREVISTI PER L'AUTORIZZAZIONE E L'ACCREDITAMENTO

**ATTIVITÀ:** VERIFICA DEI PROCESSI ORGANIZZATIVI E GESTIONALI CONNESSI ALL'EROGAZIONE DI ATTIVITÀ DI CURA ED ASSISTENZA: VERIFICA DEI PROCESSI DI LAVORO

Questa attività è il cuore dell'azione del servizio ed è svolta a partire da un forte mandato istituzionale stabilito da normative nazionali e regionali.

Controllare il possesso e il mantenimento di requisiti fissati dalla normativa per l'esercizio delle attività socio-sanitarie e sociali o verificare l'adeguamento agli standard di accreditamento comporta un primo fondamentale livello di accertamento circa la presenza o meno di alcuni indicatori chiaramente definiti. Un altro livello della verifica, molto più difficile da rendere oggettivabile, riguarda elementi "soft", non declinati dalla normativa, ma riconosciuti da tutti i componenti del gruppo, parti costitutive dell'identità di un'organizzazione rivolta alla cura delle persone.

I criteri che consentono di verificare la qualità di queste attività sono stati individuati in:

**1) Viene garantita da parte degli operatori la massima competenza nell'esercizio delle funzioni di verifica**

- I nuovi operatori effettuano un periodo di addestramento sul campo con guida e tutoraggio da parte di un operatore interno al servizio vigilanza  
 Sì  No  In parte (p.e. c'è un periodo di addestramento sul campo ma senza tutoraggio da parte di un operatore esperto)
- L'/gli operatore/i ha/hanno una conoscenza approfondita della normativa (legislazione nazionale e regionale, delibere, disposizioni attuative, ecc.) relativa agli specifici settori di intervento  
 Sì  No  In parte (p.e. hanno una conoscenza della normativa ma la loro conoscenza non può essere definita approfondita)
- Viene acquisita nei tempi e nei modi previsti la documentazione predisposta a cura degli enti gestori  
 Sempre  Quasi sempre  La documentazione viene acquisita ma non sempre nei tempi e nei modi previsti  Quasi mai la documentazione viene acquisita nei tempi e nei modi previsti  Mai
- La documentazione prodotta dagli enti gestori viene analizzata nei tempi e nei modi prescritti  
 Sempre  Quasi sempre  La documentazione viene analizzata ma non sempre nei tempi e nei modi previsti  Quasi mai la documentazione viene analizzata nei tempi e nei modi previsti  Mai
- L'/gli operatori mostra/mostrano capacità di trattare la complessità, ovvero capacità di prestare nello stesso tempo attenzione ad aspetti relazionali (con il gestore, con gli operatori presenti, con gli utenti, con altri operatori della vigilanza presenti durante la verifica) e ad aspetti di contenuto (verifica dei requisiti individuati, osservazione del contesto, degli stili relazionali con utenti e colleghi, presenza o meno del lavoro d'équipe, ecc....).  
 Sempre e in maniera più che adeguata  Spesso e in maniera adeguata  Occasionalmente e in maniera adeguata solo su alcuni fattori  Raramente e in misura poco adeguata  Mai e in maniera non adeguata
- Nell'attività di verifica dei processi organizzativi e gestionali l'/gli operatore/i della vigilanza ha/hanno la capacità di porre domande, favorire riflessioni critiche, portare suggerimenti per migliorare le attività di cura ed assistenza  
 Sempre e in maniera adeguata  Spesso  Occasionalmente  Raramente  Mai

- Nell'attività di verifica dei processi organizzativi e gestionali viene osservato e valutato non solo 'se' il requisito è rispettato ma anche 'come', non solo le singole prestazioni ma anche il processo assistenziale nella sua globalità  
Sempre  Spesso  Occasionalmente  Raramente  Mai

**2) Viene garantita da parte degli operatori la massima imparzialità nell'esercizio delle funzioni di verifica**

- Eventuali rapporti di conoscenza diretta con gli erogatori non influenzano il comportamento dell'/gli operatore/i della vigilanza nell'adempimento dei compiti di verifica e controllo  
Mai, in nessun modo viene influenzato il comportamento del/degli operatore/i  Quasi mai/Raramente   
Può accadere  Spesso/Molto spesso  Sempre/Sistematicamente
- Eventuali sollecitazioni da parte degli interessati o di terzi non influenzano il comportamento dell'/gli operatore/i della vigilanza nell'adempimento dei compiti di verifica e controllo  
Mai, in nessun modo viene influenzato il comportamento dell'/gli operatore/i  Quasi mai/Raramente   
Può accadere  Spesso/Molto spesso  Sempre/Sistematicamente

**3) La valutazione espressa è formulata sulla base di elementi e apporti diversi**

- Per la valutazione dei requisiti sono stabilite procedure o protocolli operativi che consentono e facilitano la collaborazione e il confronto tra i diversi servizi coinvolti  
Sì  No  In parte  vengono presi accordi preliminari in caso di visita congiunta pur in assenza di procedure
- L'attività di vigilanza viene condotta in équipe o con la presenza contestuale di più operatori nel momento della verifica o prevedendo momenti di confronto e di restituzione di quanto osservato ai/dai colleghi  
Sempre  Spesso  Occasionalmente  Raramente  Mai
- Nell'attività di verifica dei processi di lavoro viene prestata attenzione anche a dimensioni ('soft') non espressamente descritte dalla normativa (come ad esempio il 'clima' di una struttura, l'atteggiamento relazionale degli operatori, ecc...)  
Sempre  Spesso  Occasionalmente  Raramente  Mai
- La valutazione finale mette insieme i dati rilevati da tutti gli operatori coinvolti nella vigilanza, tenendo in considerazione le diverse competenze e ambiti di verifica (requisiti strutturali, tecnologici, organizzativi, gestionali)  
Sempre  Spesso  Occasionalmente  Raramente  Mai

**4) Viene cercata la massima oggettività possibile**

- Vengono definiti in maniera condivisa criteri e indicatori di qualità che orientino l'osservazione delle variabili non codificate dalla normativa  
Sì  No  In parte (p.e. sono definiti criteri e indicatori ma la loro formulazione non deriva da un processo di lavoro condiviso)
- La valutazione degli elementi 'soft' viene condotta elettivamente da più operatori contemporaneamente così da garantire una adeguata riproducibilità del dato osservato  
Sempre  Spesso  Occasionalmente  Raramente  Mai
- Nell'impossibilità di effettuare una valutazione congiunta viene fatto riferimento al set di criteri e indicatori definiti in maniera condivisa  
Sempre  Spesso  Occasionalmente  Raramente  Mai

**ATTIVITÀ: CONTROLLO DELL'APPROPRIATEZZA E DELLA CONGRUENZA DELLE PRESTAZIONI**

Premesso che:

- a** all'attività di vigilanza non compete la valutazione dell'appropriatezza specifica o clinica dei progetti assistenziali e terapeutici (la cui responsabilità è in capo agli erogatori) ma la valutazione dell'appropriatezza organizzativa
- b** l'appropriatezza organizzativa è riconducibile:
  - alle modalità con cui la valutazione è stata effettuata dei gestori
  - alla presenza di fattori/requisiti/modalità (definiti da normative settoriali o da linee guida e protocolli) connessi al processo di erogazione e di care
  - alla registrazione delle azioni e/o prestazioni messe in atto
  - alla coerenza e pertinenza delle azioni e/o dei progetti intrapresi rispetto alla valutazione effettuata

I criteri che consentono di verificare la qualità di quest'attività possono essere individuati in:

**1) La valutazione di appropriatezza viene condotta su un campione della popolazione trattata (p.e. utenti inseriti in strutture residenziali o diurne) e/o delle prestazioni erogate (p.e. voucher, prestazioni erogate da consultori)**

- La selezione del campione oggetto di valutazione avviene in un momento precedente alla visita  
Sempre  Spesso  Occasionalmente  Raramente  Mai
- La scelta dei nominativi/ prestazioni rispetta criteri di campionatura definiti a priori  
Sempre  Spesso  Occasionalmente  Raramente  Mai
- La selezione del campione viene effettuata anche tenendo presenti le criticità emerse in precedenza  
Sempre  Spesso  Occasionalmente  Raramente  Mai

**2) L'appropriatezza viene valutata tenendo in considerazione l'intero processo di cure (formulazione dei piani, attuazione/erogazione, verifica, eventuale riprogettazione)**

- Sono definiti gli indicatori in base ai quali valutare se la formulazione del progetto assistenziale (al di là del suo contenuto) e/o le prestazioni erogate hanno tenuto conto di tutti gli elementi necessari a garantire che il progetto e/o le prestazioni siano:
  - rilevanti per l'utente/fruttore
  - coerenti con i suoi bisogni assistenziali
  - erogati nel setting più adeguato
  - basati su standard riconosciuti

Gli indicatori sono definiti in maniera dettagliata e completa  Gli indicatori sono definiti in maniera abbastanza dettagliata e completa  Sono indicate le aree che dovranno essere osservate ma poco dettagliati i relativi indicatori  Solo qualche indicazione generica  Nessuna indicazione

**Esempio di indicatori:**

- sono indicati gli strumenti con cui è stata effettuata la valutazione dei bisogni dell'utente
- nella valutazione sono state prese in considerazione le diverse dimensioni (sanitaria, psicologica, sociale, assistenziale) del bisogno
- nella valutazione sono rilevati sia i problemi che le risorse dell'utente e della sua rete di riferimento
- è indicato quali soggetti hanno concorso alla valutazione (p.e. operatori di altri servizi)
- il progetto risulta coerente con le caratteristiche dell'assistito emerse dalla valutazione
- ci sono evidenze che il progetto tiene conto delle opinioni dell'utente e dei suoi familiari e che tende al pieno coinvolgimento degli stessi nel processo di erogazione
- ci sono evidenze che viene rispettato il diritto dell'utente di rifiutare il trattamento attraverso la sottoscrizione del consenso informato
- nel progetto sono esplicitati gli obiettivi
- nel progetto sono indicate le azioni e gli interventi necessari al raggiungimento degli obiettivi
- sono identificati i responsabili del loro raggiungimento
- è identificato il case manager (operatore di riferimento in maniera stabile e continuativa)
- sono indicati i servizi competenti per la gestione di eventuali problemi non trattabili dalla struttura
- i rapporti di collaborazione con tali servizi sono regolati da protocolli o procedure scritte
- sono previsti e indicati strumenti per la rilevazione della soddisfazione dell'utente e dei suoi familiari

- Sono definiti gli indicatori per valutare se le prestazioni erogate sono congruenti rispetto al progetto assistenziale formulato

Gli indicatori sono definiti in maniera dettagliata e completa  Gli indicatori sono definiti in maniera abbastanza dettagliata e completa  Sono indicate le aree che dovranno essere osservate ma poco dettagliati i relativi indicatori  Solo qualche indicazione generica  Nessuna indicazione

**Esempio di indicatori:**

- le azioni e gli interventi realizzati sono documentati e descritti sia in termini quantitativi che di tipologia
- le azioni e gli interventi documentati corrispondono o sono comunque coerenti con quelli indicati nel progetto dell'utente
- eventuali difformità vengono motivate
- c'è congruenza tra i comportamenti degli operatori e i loro stili comunicativi osservati e rilevati nel corso della visita e le finalità dell'intervento

- Sono definiti gli indicatori in base ai quali valutare se la formulazione del progetto assistenziale e/o le prestazioni erogate hanno tenuto conto della necessità di una verifica nel tempo e l'hanno attuata  
Gli indicatori sono definiti in maniera dettagliata e completa  Gli indicatori sono definiti in maniera abbastanza dettagliata e completa  Sono indicate le aree che dovranno essere osservate ma poco dettagliati i relativi indicatori  Solo qualche indicazione generica  Nessuna indicazione

#### Esempio di indicatori:

- gli obiettivi indicati nel progetto sono espressi in modo misurabile
- sono previste valutazioni dell'esito a breve termine
- sono previste valutazioni dell'esito a medio e lungo termine (follow up a cadenze prefissate)
- sono analizzate le ragioni di eventuali variazioni significative riscontrate tra i risultati raggiunti e quelli attesi
- è previsto che il progetto venga riconsiderato, ed eventualmente aggiornato o modificato, con cadenza prefissata
- alle cadenze prefissate il piano di trattamento risulta sottoposto a revisione
- è documentata e motivata la eventuale ridefinizione del progetto
- ci sono evidenze che le revisioni del progetto tengono conto dei feed-back dell'interessato, dei suoi familiari e del personale

### 3) A ognuno dei diversi livelli del processo di *care* l'appropriatezza viene valutata tenendo conto della pluralità di attori e di dimensioni coinvolte

- La valutazione viene condotta in équipe (o con la presenza contestuale di più operatori del servizio nel momento della verifica o prevedendo momenti di confronto con i colleghi) in modo da garantire visibilità e ascolto alle diverse ottiche di lettura  
Sempre  Quasi sempre/Spesso  Occasionalmente  Quasi mai/Raramente  Mai
- Viene rilevato se e in quale modo l'utente e i suoi care giver partecipano alle scelte assistenziali  
Sempre  Quasi sempre/Spesso  Occasionalmente  Quasi mai/Raramente  Mai
- Viene rilevato se sono presenti interazioni e modalità di integrazione del servizio con altre agenzie socio-sanitarie competenti per le dimensioni del bisogno non trattate dal servizio stesso (es. distretto, MMG, servizi sociali del comune, ecc...)  
Sempre  Quasi sempre/Spesso  Occasionalmente  Quasi mai/Raramente  Mai

### 4) La valutazione di appropriatezza viene condotta in collaborazione con l'erogatore:

- I criteri in base ai quali la valutazione viene condotta sono esplicitati agli erogatori  
Sempre  Quasi sempre/Spesso  Solo in alcune occasioni  Quasi mai/Raramente  Mai
- La visita è svolta alla presenza di operatori della struttura, appartenenti sia al comparto gestionale che a quello professionale  
Sempre  Quasi sempre/Spesso  Solo in alcune occasioni  Quasi mai/Raramente  Mai
- Durante la visita sono previsti spazi di confronto sull'operatività e sulle modalità di gestione degli ospiti  
Sempre  Quasi sempre/Spesso  Solo in alcune occasioni  Quasi mai/Raramente  Mai
- Alla fine della visita è prevista una restituzione alla struttura oggetto di verifica  
Sì  No
- Vengono previsti momenti di approfondimento finalizzati al superamento delle criticità riscontrate utilizzando gli strumenti disponibili: restituzione dei dati rilevati in forma aggregata, restituzione di elaborazioni relative ai dati raccolti, tavoli tecnici, strumenti di formazione, ecc.  
Sempre  Quasi sempre/Spesso  Solo in alcune occasioni  Quasi mai/Raramente  Mai

### 5) Nella valutazione dell'appropriatezza vengono cercate la massima oggettività e completezza possibili

- I criteri e gli indicatori a cui la valutazione fa riferimento vengono definiti in maniera condivisa dagli operatori del servizio  
Sì  No  In parte (p.e. solo da alcuni operatori)
- Esiste uno strumento per la raccolta dei dati rilevati utilizzato da tutti gli operatori del servizio  
Sì  No
- Elettivamente la valutazione viene condotta da più operatori contemporaneamente così da garantire una adeguata riproducibilità del dato osservato  
Sempre  Quasi sempre/Spesso  Solo in alcune occasioni  Quasi mai/Raramente  Mai

- Gli operatori si confrontano periodicamente al fine di sciogliere i dubbi interpretativi e le difficoltà derivanti dall'applicazione degli strumenti di rilevazione  
Con regolarità  Con sufficiente regolarità  Occasionalmente  Quasi mai/Raramente  Mai
- Vengono promossi momenti di confronto interaziendali sugli strumenti utilizzati  
Con regolarità  Con sufficiente regolarità  Occasionalmente  Quasi mai/Raramente  Mai

**6) Nella valutazione dell'appropriatezza viene garantita da parte degli operatori la massima imparzialità**

- Eventuali rapporti di conoscenza diretta con gli erogatori non influenzano il comportamento dell'/gli operatore/i della vigilanza nell'adempimento dei compiti di valutazione  
Mai, in nessun modo viene influenzato il comportamento dell'/gli operatore/i  Quasi mai/Raramente   
Può accadere  Spesso/Molto spesso  Sempre/Sistematicamente
- Eventuali sollecitazioni da parte degli interessati o di terzi non influenzano il comportamento dell'/gli operatore/i della vigilanza nell'adempimento dei compiti di verifica e controllo  
Mai, in nessun modo viene influenzato il comportamento dell'/gli operatore/i  Quasi mai/Raramente   
Può accadere  Spesso/Molto spesso  Sempre/Sistematicamente

**ATTIVITÀ: PRODUZIONE DI VERBALI**

Premesso che il verbale è un atto previsto dalle direttive regionali sulla vigilanza e dai contratti tra le ASL e gli enti gestori

I criteri che consentono di verificare la qualità di quest'attività possono essere individuati in:

**1) La verbalizzazione segue uno schema predefinito tenendo in considerazione gli specifici obiettivi della visita di vigilanza e la tipologia di verifica richiesta (es. DIA, requisiti accreditamento, verifica a 90 gg., vigilanza routinaria, vigilanza a seguito di segnalazione, ecc...).**

- Prima della visita il/gli operatori elaborano uno schema di verbalizzazione che viene condiviso con eventuali altri colleghi che effettuano la visita e avallato dal responsabile del servizio vigilanza  
Sì  No  In parte (p.e. è condiviso dai colleghi ma non avallato dal responsabile)
- Lo schema di verbale viene definito in base agli obiettivi della vigilanza/o controllo e alle fasi di funzionamento della struttura (verifica DIA, iter accreditamento, visita post contratto entro 90 gg. dall'accREDITamento, visita routinaria, vigilanza/controllo a seguito di segnalazioni, controlli di appropriatezza, ecc...)  
Sì  No
- Per la stesura dei verbali gli operatori si avvalgono di griglie, liste, tracce di osservazione per la raccolta di dati, informazioni o altra documentazione fornita dell'unità d'offerta nonché del confronto con i dati emersi in precedenza  
Sì  No  In parte (p.e. di griglie ma non del confronto con i dati emersi in precedenza o viceversa)
- Il contenuto dei verbali può riguardare:
  - verifica dell'esistenza o meno di requisiti e standard funzionali ed organizzativi definiti dalle normative regionali di settore
  - restituzione di osservazioni effettuate dall'operatore della vigilanza come ad es. sul "clima" organizzativo, sugli stili relazionali operatori – utenti, sulla tenuta e personalizzazione degli ambienti, sulle attività erogate, ecc...
  - riscontro sull'appropriatezza delle prestazioni erogate attraverso la visione di cartelle, fascicoli sanitari e sociali, progetti individualizzati, ecc...
  - approfondimento sulle modalità di applicazione di norme generali o specifiche, come p.e. legge 626, normativa sulla privacy, sul consenso informato, ecc...
  - verifiche specifiche su progetti e/o attività finanziate attraverso contributi regionali e/o delle ASL (es. tossicodipendenze, premio qualità RSA, ecc...).
 Sì  No

**2) Nel verbale viene riportato in maniera il più possibile oggettiva quanto emerso nel corso della visita di vigilanza e vengono precisati e motivati i suggerimenti, i rilievi, le prescrizioni e le eventuali criticità che possono determinare diffida o sospensioni di attività e/o delle unità d'offerta.**

- Durante la visita condotta da più operatori il verbale viene stilato congiuntamente attraverso un confronto sugli eventuali aspetti critici  
Sempre  Quasi sempre/Spesso  Solo in alcune occasioni  Quasi mai/Raramente  Mai
- Sono sottoscritti dagli operatori della vigilanza e visti dal responsabile del servizio di vigilanza  
Sì  No  In parte (p.e. sottoscritti dagli operatori ma non visti dal responsabile o viceversa)
- Vengono conservati i documenti e le griglie di riscontro  
Sì  No
- Sono conservati in copia agli atti del servizio di vigilanza  
Sì  No

### 3) Il verbale viene tempestivamente messo a disposizione dell'erogatore

- Auspicabilmente il verbale viene redatto e consegnato durante la visita (in questo modo viene rafforzato il valore della visita e della valutazione degli operatori e garantita maggiore contrattualità all'erogatore che può eventualmente discutere e contestare seduta stante il contenuto del verbale stesso)  
Sempre  Quasi sempre/Spesso  Solo in alcune occasioni  Quasi mai/Raramente  Mai
- Qualora la redazione e la consegna non avvengano contestualmente alla visita, il verbale viene comunque trasmesso all'erogatore entro un periodo massimo di 15 giorni dalla visita  
Sempre  Quasi sempre/Spesso  A volte  Quasi mai/Raramente  Mai

#### ATTIVITÀ: PREDISPOSIZIONE DI PARERE E ISTRUTTORIA DI ATTI DELIBERATIVI

Premesso che gli atti deliberativi (emessi per l'espressione del parere di accreditamento di strutture socio-sanitarie) sono l'atto conclusivo di un preciso iter procedurale (attivato da una domanda da parte dell'ente gestore dell'unità di offerta interessata) in capo all'ASL, a cui compete l'espressione del parere per l'emissione della delibera regionale di accreditamento

I criteri che consentono di verificare la qualità di quest'attività possono essere individuati in:

#### 1) L'atto deliberativo è formalmente corretto

- Indica in premessa la normativa che definisce le competenze regionali e dell'ASL in ordine al sistema socio-sanitario regionale  
Sì  No
- Indica in premessa la normativa di riferimento specifica per la tipologia dell'unità di offerta oggetto dell'atto deliberativo  
Sì  No
- Richiama i dati identificativi dell'ente gestore e dell'unità di offerta  
Sì  No
- Richiama la domanda di accreditamento da parte del Legale Rappresentante dell'unità di offerta  
Sì  No
- Richiama il verbale/ relazione attestante la conformità ai requisiti di accreditamento redatto dall'équipe preposta, quale parte integrante e sostanziale dell'atto deliberativo  
Sì  No
- Esplicita il parere favorevole del Responsabile del Servizio che ha effettuato gli accertamenti  
Sì  No

#### 2) L'atto deliberativo viene redatto all'interno di una procedura che consente di verificarne la completezza e la correttezza

- Esiste una procedura scritta nella quale sono indicati il/i referenti dei controlli sugli atti  
Sì  No

#### 3) L'atto deliberativo riporta l'iter procedurale da cui deriva

- Nell'atto deliberativo sono riportati gli eventuali atti e/o azioni 'intermedi' effettuati dalla ASL (per esempio sospensione del parere, richiesta di documentazione integrativa alla domanda, visite di vigilanza effettuate ecc..)  
Sì, se presenti  No
- È indicato il nominativo del funzionario istruttore che ha seguito l'intero iter procedurale;  
Sì  No

#### 4) L'atto deliberativo è reso disponibile alla consultazione dei soggetti interessati

- L'atto deliberativo viene trasmesso al Legale Rappresentante dell'Ente gestore dell'unità di offerta interessata, alla Regione Lombardia e al Comune  
Sì  No
- Copia conforme all'originale viene conservata all'interno del fascicolo della struttura  
Sì  No

Per quanto riguarda il verbale/relazione di parere di accreditamento, che costituisce parte integrante e sostanziale dell'atto deliberativo, i criteri di qualità possono essere individuati in:

#### 1) Il verbale/relazione contiene tutti i dati necessari a identificare l'oggetto dell'atto deliberativo e a sostanziare i contenuti del dispositivo dello stesso:

- Il verbale/relazione indica gli estremi della DIA (protocollo, data di avvio dell'attività, numerosità dei posti), la data della domanda di accreditamento, la tipologia e la denominazione dell'unità di offerta  
Sì  No
- Riporta i dati del gestore (possessione requisiti soggettivi)  
Sì  No
- Indica le modalità e i tempi con cui l'équipe preposta ha proceduto alla verifica, sia documentale che in sede di sopralluogo, del possesso dei requisiti strutturali, tecnologici e organizzativo - gestionali di autorizzazione (requisiti minimi) e di accreditamento (requisiti ulteriori)  
Sì  No
- Per la stesura del verbale/relazione sono utilizzate griglie di osservazione/modelli specifici per le diverse unità di offerta  
Sì  No
- Viene esplicitata in conclusione la conformità della unità di offerta interessata ai requisiti strutturali, tecnologici e organizzativo - gestionali previsti dalla normativa di riferimento  
Sì  No
- È esplicitato il parere favorevole dell'équipe preposta all'accREDITAMENTO della unità di offerta per il numero di posti/prestazioni Sì  No

### ATTIVITÀ: MAPPATURA DELLE RISORSE

I criteri che consentono di verificare la qualità di queste attività sono stati individuati in:

#### 1) La mappatura delle risorse è completa e accurata

- La ricerca dei dati e delle informazioni necessarie alla mappatura avviene attraverso i diversi canali disponibili (per esempio attraverso internet, attraverso la consultazione di documentazione cartacea, attraverso il contatto diretto con i gestori, ecc.)  
In modo esaustivo, utilizzando tutte le fonti possibili, e accurato  Con discreta cura e completezza   
Utilizzando solo alcune delle fonti possibili  In maniera poco accurata o incompleta  In maniera poco accurata e incompleta
- Le informazioni raccolte vengono controllate in modo da garantire l'accuratezza e la qualità dei dati  
Sempre  Quasi sempre/Spesso  Occasionalmente  Quasi mai/Raramente  Mai

#### 2) I dati rilevati sono organizzati in modo da facilitare e ottimizzare la consultazione

- Sono definiti criteri di organizzazione dei dati (per esempio per aree geografiche, per tipologie omogenee di strutture, per forma giuridica delle strutture, ecc.)  
Sì  No
- Sono predisposte tabelle in base ai criteri individuati  
Sì  No  In parte (p.e. non per tutti i dati)
- Le tabelle sono costruite in una forma grafica comprensibile e di agevole consultazione  
Sì  No  In parte (p.e. non tutte le tabelle)
- Nella costruzione delle tabelle sono evitati dati inutili o ripetitivi  
Sì  No  In parte (p.e. sono comunque presenti dati che potevano essere tralasciati)

**3) I dati vengono aggiornati periodicamente**

- I dati identificativi dei gestori, le tipologie di struttura, il numero di posti autorizzati/accreditati e tutte le informazioni che, nel tempo, possono subire variazioni, vengono aggiornati in tempo reale  
Con regolarità  Con sufficiente regolarità  Occasionalmente  Quasi mai/Raramente  Mai
- Dati e tabelle che hanno subito aggiornamenti vengono archiviati con modalità che consentano di recuperarli agevolmente (sia a livello cartaceo che a livello informatico) e di ricostruire una visione longitudinale dei processi  
Sempre e adeguatamente  Con discreta regolarità e adeguatezza  Parzialmente (p.e. con forme di archiviazione di non facile consultazione)   
In misura decisamente insufficiente e/o inadeguata  Mai o con modalità inadeguate che ne rendono impossibile l'uso

**4) Sono definite le modalità di accesso alle banche dati da parte dei diversi soggetti**

- Viene effettuata e condivisa una valutazione in merito a quali dati possono essere di dominio pubblico e quali devono invece essere riservati  
Sì  No  In parte (p.e. viene effettuata ma non condivisa)
- I dati e le informazioni pubbliche vengono raccolti e organizzati in forma semplificata per agevolare la ricerca sia da parte di enti e strutture che da parte di cittadini  
Sì  No  In parte (p.e. i dati vengono raccolti e organizzati ma con modalità che non ne facilitano pienamente la consultazione)
- Le tabelle contenenti dati pubblici sono inviate alle strutture che ne fanno richiesta e periodicamente ai servizi della ASL che hanno rapporto con l'utenza o se pubblicati sul sito aziendale vengono fornite indicazioni per la consultazione  
Sempre e con regolarità  Con sufficiente regolarità  Solo in alcune occasioni  Quasi mai/Raramente   
Mai

**5) Il servizio vigilanza collabora, su mandato regionale, alla tenuta dei registri del volontariato e dell'associazionismo**

- Vengono annualmente verificati gli aggiornamenti pubblicati sul sito della Regione  
Sì  No
- Vengono fornite le informazioni richieste agli enti preposti alla tenuta dei registri (Province, Regione) secondo i tempi prestabiliti  
Sempre  Quasi sempre/Spesso  Vengono fornite ma non secondo i tempi prestabiliti  Quasi mai/Raramente  Mai

C

**ATTIVITÀ DI CONSULENZA AGLI EROGATORI**

La consulenza è una delle funzioni svolte dall'assistente sociale nell'espletamento della sua professione. Nello specifico, anziché relazionarsi con il singolo o con la famiglia, l'operatore effettua la consulenza interloquendo con un ente per il tramite dei suoi legali rappresentanti o dei suoi delegati. L'obiettivo è quello di fornire all'interlocutore le necessarie conoscenze affinché possa effettuare delle scelte all'interno di un chiaro contesto normativo.

**ATTIVITÀ: TAVOLI TECNICI**

Va premesso che l'attivazione di tavoli viene definita come modalità di lavoro propria del servizio che può essere avviata:

- su richiesta degli erogatori
- su programmazione del servizio stesso (a partire dalle esigenze riscontrate)

Può essere utile l'attivazione di tavoli di lavoro quando si ritiene che il problema da affrontare potrebbe trovare risposte migliori se portato all'attenzione di più interlocutori, migliorando la qualità dei servizi resi ai cittadini o quando vi è la necessità di produrre documenti condivisi o per rendere omogenee alcune prestazioni (es. linee guida o protocolli).

I criteri che consentono di verificarne la qualità sono stati individuati in:

**1) I tavoli sono formalizzati da mandato**

- Hanno un obiettivo concreto  
Sì  No
- Hanno tempi definiti  
Sì  No
- Sono definiti i partecipanti e i potenziali interessati ai prodotti  
Sì  No  In parte (p.e. sono definiti i partecipanti ma non i potenziali interessati)
- Sono definite le modalità di partecipazione (libera o vincolata)  
Sì  No
- Gli incontri sono verbalizzati  
Sempre  Quasi sempre/Spesso  Occasionalmente  Quasi mai/Raramente  Mai

**2) Sono in stretta connessione con l'attività di vigilanza e controllo**

- Sono gestiti dagli stessi operatori  
Sempre  Quasi sempre/Spesso  Occasionalmente  Quasi mai/Raramente  Mai
- I materiali prodotti all'interno dei tavoli sono trasmessi ai partecipanti (i verbali) e agli interessati (documenti, quali, per esempio, protocolli e linee guida, ecc.)  
Sempre  Quasi sempre/Spesso  Occasionalmente  Quasi mai/Raramente  Mai

**3) Un operatore competente svolge il ruolo di facilitatore**

- Il facilitatore ha un mandato esplicito da parte del servizio  
Sì  No  In parte (p.e. ha un mandato da parte del servizio ma non sufficientemente forte)
- È riconosciuto dal gruppo  
Sì  No  In parte (p.e. non da tutto il gruppo)
- Conosce il quadro di riferimento della materia oggetto di lavoro  
In misura più che adeguata  In misura adeguata  In misura sufficiente  Poco o molto poco   
Per niente
- Ha capacità di gestire le dinamiche relazionali del gruppo (fa in modo che tutti abbiano la possibilità di parlare, sa gestire i conflitti, ecc.)  
In misura più che adeguata  In misura adeguata  In misura sufficiente  Poco o molto poco   
Per niente
- Ha capacità di sintesi e di arrivare al risultato  
In misura più che adeguata  In misura adeguata  In misura sufficiente  Poco o molto poco   
Per niente

**ATTIVITÀ: CONSULENZE INDIVIDUALI**

Le consulenze individuali sono importanti momenti di conoscenza reciproca fra ASL e Ente erogatore per una convergenza delle energie verso obiettivi comuni.

Una consulenza di qualità prevede una formalizzazione all'interno del servizio e prassi definite nelle modalità di approccio e di risposta ai quesiti.

I criteri di qualità dell'attività di consulenza fornita agli erogatori sono stati individuati in:

**1) L'attività di consulenza è formalizzata**

- L'attività di consulenza è riconosciuta dalla Dirigenza del Servizio  
Sì  No
- Al termine di ogni incontro il relativo verbale viene sottoscritto da tutti i partecipanti  
Sempre  Quasi sempre/Spesso  Occasionalmente  Quasi mai/Raramente  Mai
- In caso di ambiguità nell'interpretazione delle norme viene sottoposto un quesito, con richiesta di parere scritto, ai livelli istituzionali (Direzione Sociale, Regione, ecc.)  
Sempre  Quasi sempre/Spesso  Occasionalmente  Quasi mai/Raramente  Mai

**2) Viene garantita agli erogatori un'informazione completa e accurata**

- Gli incontri con gli erogatori sono gestiti da équipe di lavoro multidisciplinari  
Sempre  Quasi sempre/Spesso  Occasionalmente  Quasi mai/Raramente  Mai
- Qualora la richiesta di consulenza riguardi tematiche non di competenza, i gestori vengono inviati ai titolari delle informazioni o vengono richiesti contributi da parte dei relativi specialisti  
Sempre  Quasi sempre/Spesso  Occasionalmente  Quasi mai/Raramente  Mai

**3) Viene garantito l'accompagnamento degli enti gestori nel percorso di adeguamento alla normativa in materia di autorizzazione e accreditamento**

- I gestori hanno la possibilità di chiedere e ottenere, nelle diverse fasi dell'iter procedurale, la consulenza necessaria  
Sempre  Quasi sempre/Spesso  Occasionalmente  Quasi mai/Raramente  Mai
- L'offerta di consulenza è finalizzata, da parte degli operatori, alla costruzione di un rapporto di maggiore fiducia con i gestori così da consentire loro l'esplicitazione dei nodi problematici incontrati nel percorso di adeguamento alla normativa  
Sempre e in maniera adeguata  Quasi sempre/Nella maggior parte dei casi  Solo in alcune situazioni   
Quasi mai o quasi mai in maniera adeguata  Mai
- Il contesto consulenziale è, in maniera trasparente, tenuto separato e distinto dal contesto di vigilanza (l'offerta di consulenza e la costruzione di un rapporto fiduciario con i gestori non escludono cioè che, in caso di mancato rispetto dei requisiti previsti, vengano emesse le dovute sanzioni)  
Sempre  Quasi sempre/Spesso  Con alcune eccezioni  Quasi mai/Raramente  Mai

D

**GESTIONE DEL SITO WEB**

Dal 2004 la Regione Lombardia ha richiesto ad ogni ASL la creazione di un sito web RSA. Nelle pagine virtuali, create dalle ASL, trovano spazio informazioni sulle caratteristiche delle servizi attraverso un processo di aggiornamento costante delle informazioni.

**ATTIVITÀ: GESTIONE DEL SITO**

Premesso che sul sito web sono disponibili:

- la presentazione della rete dei servizi e delle unità di offerta presenti nel territorio
- la modulistica
- la documentazione prodotta dai tavoli tecnici

L'aggiornamento del sito web da parte dei gestori rientra negli obblighi previsti per l'assolvimento del debito informativo con conseguenti verifiche periodiche da parte delle ASL sulla veridicità dei dati inseriti.

I criteri che consentono di verificare la qualità di quest'attività possono essere individuati in:

**1) Gli obiettivi del sito sono definiti ed esplicitati agli erogatori**

- Esiste un documento in cui sono precisati gli obiettivi del sito  
Sì  No
- La struttura del sito e le modalità di gestione del sito sono illustrate agli enti gestori  
Sì  No
- Sono sollecitati suggerimenti e indicazioni in merito da parte degli erogatori  
Sì  No  In parte (p.e. suggerimenti e indicazioni sono sollecitati ma non raccolti)

**2) Il sito ha la funzione primaria di rispondere ai bisogni di informazione del cittadino**

- Le informazioni sono organizzate in modo chiaro e accurato  
Sì  No
- Sono facilmente rintracciabili le informazioni relative a: modalità di accesso ai servizi, rette, posti disponibili, liste di attesa  
Sì  No  In parte (p.e alcune informazioni sono facilmente rintracciabili, altre no)

- È indicato il nome del responsabile dell'aggiornamento dei dati relativi a ogni singola area

Sì  No

### 3) Le informazioni pubblicate sul sito sono omogenee, corrette e aggiornate

- È definita una procedura interna al servizio per la gestione del sito

Sì  No

- Sono definiti campi obbligatori che consentano l'acquisizione delle informazioni necessarie per un raffronto tra le diverse unità di offerta

Sì  No

- Sono definiti strumenti, modalità e tempi di verifica della qualità dei dati

In modo preciso e completo  Sono definiti in modo abbastanza preciso e completo  Sono definiti solo alcuni elementi (p.e gli strumenti ma non i tempi)  Poche e insufficienti indicazioni  Nessuna indicazione in merito

- La qualità dei dati pubblicati (esattezza, aggiornamento, ecc.) viene controllata alle scadenze fissate o a seguito di verifiche effettuate dai referenti di area prevedendo, ove necessarie, modifiche e/o integrazioni alle informazioni riportate

Sempre  Quasi sempre/Spesso  Occasionalmente  Quasi mai/Raramente  Mai

### 4) Gli erogatori e gestori dei servizi sono coinvolti direttamente nella gestione del sito

- Gli erogatori accedono al data base per l'aggiornamento dei dati di loro competenza

Con regolarità  Con sufficiente regolarità  Solo in alcune occasioni  Quasi mai/Raramente  Mai

- Gli erogatori sono responsabili dei dati pubblicati sul sito

Sì  No

### 5) Il sito favorisce la circolazione delle informazioni, anche in un'ottica di benchmarking

- Sono segnalati i link con siti in cui è possibile recuperare riferimenti normativi, descrizione di buone pratiche, ecc.

In maniera esaustiva e aggiornata  In maniera abbastanza esaustiva e aggiornata  Le segnalazioni sono parziali o non sempre aggiornate  Poche e non aggiornate segnalazioni  Assenza di segnalazioni

#### ATTIVITÀ: MONITORAGGIO DELLE LISTE DI ATTESA

Premesso che la gestione delle liste di attesa – con particolare riferimento alle RSA o alle strutture per disabili – è attività riconosciuta in capo ai singoli enti gestori e costituisce debito informativo con obbligo di l'aggiornamento periodico del sito della ASL, al servizio vigilanza compete l'attività di verifica della coerenza dei dati pubblicati.

I criteri che consentono di verificare la qualità di quest'attività possono essere individuati in:

#### 1) È garantita la massima trasparenza nelle modalità di gestione delle liste di attesa da parte delle strutture secondo i criteri esplicitati nella carta dei servizi

- I criteri generali sono auspicabilmente comuni a tutte le strutture (per esempio ordine di presentazione della domanda, cancellazione dalla lista dopo n. rinunce consecutive, ecc.)

Tutte le strutture adottano gli stessi criteri  Discreta ma non totale omogeneità  Solo parziale omogeneità  Scarsa e inadeguata omogeneità  Ogni struttura ha propri criteri

- Le strutture sono tenute a esplicitare i criteri adottati nella gestione delle liste di attesa

Sì  No

#### 2) Il dato pubblicato deve essere coerente con il numero effettivo di persone in attesa di accedere alla struttura (escludendo dalle liste di attesa le domande di persone già inserite in altra struttura, di persone che hanno rinunciato all'inserimento, di persone decedute)

- I flussi informativi dagli erogatori alle ASL sono strutturati (ovvero sono definiti i referenti, la tipologia delle informazioni e le procedure di trattamento) e consentono di monitorare la dinamica e la composizione delle liste stesse

I flussi informativi sono strutturati in maniera adeguata così da consentire un monitoraggio puntuale  Sono strutturati in modo abbastanza adeguato  Sono solo parzialmente strutturati (p.e è definita la tipologia delle informazioni ma non le procedure di trattamento)  Sono insufficientemente strutturati e non garantiscono un monitoraggio adeguato  Nessuna strutturazione

- Sono definiti strumenti e azioni di controllo della correttezza e dell'aggiornamento dei dati trasmessi con i flussi informativi (per esempio incrocio tra data base diversi o flussi precedenti)

In misura più che precisa e adeguata  Gli strumenti e le azioni di controllo sono definiti in modo abbastanza preciso e adeguato  La definizione degli strumenti e delle azioni di controllo è solo parzialmente strutturata  Insufficiente definizione  Nessuna definizione di strumenti e azioni di controllo dei dati

- Le liste di attesa pubblicate sul sito sono il risultato di una verifica dei flussi informativi dalle strutture alla ASL

La verifica avviene frequentemente e con regolarità  La verifica avviene con sufficiente regolarità e frequenza  La verifica viene fatta ma in maniera non programmata e non regolare  I dati vengono controllati in maniera insufficiente  Non vengono effettuati controlli sui dati

## 2 ATTIVITÀ DI FRONT OFFICE RIVOLTE AI CITTADINI

**ATTIVITÀ:** INFORMAZIONE, CONSULENZA, ORIENTAMENTO DEL CITTADINO RISPETTO ALLA RETE DI OFFERTA E ALLE CARATTERISTICHE DEGLI EROGATORI

Premesso che l'attività di informazione, consulenza, orientamento del cittadino deve essere, in via elettiva, effettuata dagli attori deputati (agenzie presenti sul territorio, punti di informazione, ecc.), accade talvolta che all'operatore della vigilanza, perché esperto conoscitore della rete dei servizi e delle caratteristiche peculiari di tutte le strutture, vengano richieste informazioni rispetto all'esistente.

I criteri che consentono di verificare la qualità di quest'attività, quando svolta dagli operatori del servizio vigilanza, possono essere individuati in:

### 1) Sono definiti gli strumenti con cui il servizio si dota delle informazioni necessarie all'attività di front office

- Sono predisposte in maniera condivisa griglie relative alle singole unità di offerta che consentano di rilevare: recapiti, compiti istituzionali, procedure di accesso, tempi di attesa, percorsi, regole, ecc.

Sì  No  In parte (p.e. sono predisposte griglie relative alle singole unità di offerta ma non in maniera del tutto condivisa o non relativamente a tutte le informazioni)

### 2) Indipendentemente dagli strumenti di comunicazione adottati (sito, carta dei servizi, opuscoli informativi, modulistica, consulenza diretta) le informazioni fornite al cittadino devono garantire e tutelare effettivamente il suo diritto di informazione e di scelta

- Le informazioni fornite sono complete

Sì  No

- Sono chiare

Sì  No  In parte (p.e. alcune informazioni o alcuni temi risultano chiari, altri meno)

- Sono aggiornate alle scadenze prefissate

Sì  No

- Consentono in maniera trasparente la comparazione tra i diversi erogatori

In misura più che adeguata  Consentono la comparazione tra erogatori in maniera adeguata  Sono sufficienti per consentire la comparazione  Non garantiscono in maniera sufficiente la comparazione  Non danno alcun elemento per poter effettuare una comparazione tra i diversi erogatori

- Descrivono in maniera accurata, ed effettivamente corrispondente, il servizio erogato

Descrivono il servizio in maniera più che adeguata  Descrivono il servizio in maniera adeguata  Forniscono elementi non pienamente sufficienti  La descrizione del servizio è decisamente insufficiente  Non forniscono nessun elemento utile a conoscere il servizio effettivamente erogato

### 3) Nell'attività di consulenza diretta al cittadino vengono seguite procedure definite e condivise

- L'operatore che raccoglie l'istanza proveniente dal cittadino, in base alla propria competenza, la tratta direttamente (offrendo informazioni rispetto al percorso assistenziale e facilitando la comprensione delle procedure) o la invia ad altre unità organizzative/livelli organizzativi

Sempre e in maniera adeguata  Quasi sempre in maniera adeguata  Non sempre in maniera adeguata  Quasi mai in maniera adeguata  Mai

- Registra la domanda rivolta al servizio e la risposta fornita

Sempre  Quasi sempre  Occasionalmente  Quasi mai  Mai

**ATTIVITÀ:** GESTIONE DEI RECLAMI

A partire dagli anni '90 sono state emanate diverse leggi che regolano l'organizzazione e la gestione della pubblica amministrazione. Questi provvedimenti attribuiscono al cittadino una serie di diritti che gli consentono di diventare parte attiva nel miglioramento dei servizi attraverso: segnalazioni, lamentele e suggerimenti.

I criteri che consentono di verificare la qualità di queste attività sono stati individuati in:

### 1) È definita la procedura prevista per la presentazione dei reclami:

- È precisato che il reclamo deve essere scritto  
Sì  No
- È precisato che il reclamo deve contenere elementi precisi e circostanziati circa l'oggetto (chi ha fatto che cosa)  
Sì  No

### 2) Il cittadino è informato del diritto a effettuare reclami e sulle procedure previste per la loro presentazione

- Nella carta dei servizi dell'ASL sono indicate le procedure relative alla presentazione dei reclami  
Sì  No
- È presente in maniera visibile e a disposizione del cittadino la relativa modulistica  
Sì  No  In parte (p.e. la modulistica è presente ma non immediatamente visibile)
- Il cittadino è aiutato a individuare le modalità per lui più appropriate di segnalare le ragioni della propria insoddisfazione  
Sempre e in misura più che adeguata  In misura adeguata  Il cittadino è in genere aiutato ma non sempre in misura del tutto adeguata  Il cittadino non viene in genere aiutato  Il cittadino non viene mai aiutato
- Una volta individuate le modalità più idonee, viene fornito supporto al cittadino per far sì che il reclamo venga presentato nelle forme richieste  
Sempre  Quasi sempre/Spesso  Occasionalmente  Quasi mai/Raramente  Mai

### 3) Sono definiti, portati a conoscenza dei cittadini e rispettati le modalità e l'iter che verranno seguiti nella gestione delle istanze di reclamo

- L'operatore che raccoglie il reclamo rilascia una ricevuta datata e firmata  
Sempre, sistematicamente  Quasi sempre/Spesso  Occasionalmente  Quasi mai/Raramente  Mai
- La pratica viene trattata rispettando le procedure che garantiscono il diritto alla riservatezza e all'uso appropriato dei dati a tutela di eventuali ripercussioni sull'utente fragile  
Sempre, sistematicamente  Quasi sempre/Spesso  Occasionalmente  Quasi mai/Raramente  Mai
- Viene effettuato un accertamento sulla struttura oggetto di reclamo  
Sempre, sistematicamente  Quasi sempre/Spesso  Occasionalmente  Quasi mai/Raramente  Mai
- Nel rispetto della volontà dell'utente l'operatore valuta le modalità più appropriate di segnalazione e verifica (per esempio riferimento nominativo all'interessato – previa acquisizione del suo consenso – e all'oggetto specifico del reclamo oppure controlli a campione in ordine alla tematica segnalata, ecc)  
Viene sempre condotta una valutazione attenta della specifica situazione  Viene quasi sempre condotta una valutazione attenta della specifica situazione  Una valutazione attenta e personalizzata viene condotta solo di fronte a situazioni particolari  Quasi mai viene condotta una valutazione della specifica situazione  Non viene mai condotta una valutazione attenta e personalizzata
- Viene acquisita una risposta scritta da parte del gestore in merito al problema contestato  
Sempre  Quasi sempre/Nella maggior parte dei casi  Solo nei casi di particolare criticità  Quasi mai  Mai
- Il cittadino riceve, nei tempi stabiliti dalla normativa, un riscontro scritto  
Sempre  Quasi sempre/Nella maggior parte dei casi  Solo nei casi di particolare criticità  Quasi mai  Mai
- La documentazione relativa al reclamo viene inviata in copia all'organo che, all'interno dell'Azienda, ha come compito la vigilanza sui rapporti tra i cittadini e i servizi (es. URP, AUDITING, ecc.)  
Sempre, con regolarità  Quasi sempre/Nella maggior parte dei casi  Solo nei casi di particolare criticità  Quasi mai  Mai

### 3 ATTIVITÀ DI BACK OFFICE RIVOLTA ALLA ORGANIZZAZIONE INTERNA

#### ATTIVITÀ: ARCHIVIAZIONE E TENUTA DEI DOCUMENTI (CARTACEI E INFORMATICI)

I criteri che consentono di verificare la qualità di questa attività sono stati individuati in:

##### 1) Vengono definite in maniera condivisa le procedure di archiviazione della documentazione

- È definita la tipologia della documentazione da archiviare (cosa e perché)  
Sì  No  In parte (p.e. non esistono indicazioni precise relativamente ai vari materiali)
- È definita la modalità di archiviazione (come) in modo che coloro che archiviano seguano le stesse regole e sia possibile a coloro che accedono al sistema rintracciare agevolmente i dati e i materiali archiviati  
Sì  No  In parte (p.e. le modalità di archiviazione sono definite ma in modo non sufficientemente preciso così da garantire l'omogeneità delle procedure)
- È definita la durata della conservazione dei dati negli archivi (per quanto tempo)  
Sì  No
- Sono identificati i soggetti coinvolti: chi si occupa di archiviare e chi può accedere agli archivi  
Sì  No  In parte (p.e. è definito chi si occupa di archiviare ma non chi può accedere agli archivi)
- Le procedure concordate sono scritte e accessibili alla consultazione  
Sì  No  In parte (p.e. le procedure sono scritte ma non facilmente accessibili alla consultazione)

#### ATTIVITÀ: RICERCA

Lo svolgimento dell'attività di vigilanza e controllo pone gli operatori in un 'osservatorio privilegiato che può consentire loro di individuare i nodi cruciali del sistema da approfondire attraverso attività di ricerca predisposte ad hoc o inserite nell'attività di verifica ordinaria.

I criteri che consentono di verificare la qualità dell'attività di ricerca sono stati individuati in:

##### 1) L'attività di ricerca si basa su ipotesi emerse dall'attività svolta e può avere su di essa ricadute dirette o indirette

- Sono previsti ambiti di discussione interna e di confronto con gli interlocutori esterni nei quali possano essere discusse le questioni emerse nel corso delle attività del servizio e individuati specifici aspetti meritevoli di ulteriori indagini e approfondimenti  
Sì  No  In parte (p.e. esistono ambiti di discussione e confronto ma sono occasionali e non strutturati)
- Nell'attività di ricerca vengono elettivamente utilizzati i dati già in possesso dell'Azienda  
Sempre, ogni volta che è possibile farlo  I dati aziendali vengono utilizzati abbastanza spesso ma meno di quanto sarebbe possibile  I dati vengono utilizzati ma non in modo regolare  L'uso dei dati aziendali è raro e occasionale  Nessun utilizzo dei dati già disponibili a livello aziendale
- Esiste uno stretto collegamento tra i servizi e la banca dati aziendale con flussi informativi sia in entrata che in uscita  
Esiste un collegamento e i flussi avvengono in maniera più che efficace e adeguata  È attivo un collegamento discretamente funzionante  È attivo un collegamento ma i flussi non sono del tutto regolari e affidabili  Scarso collegamento con ridotto passaggio di informazioni  Nessun collegamento o flussi totalmente irregolari e inattendibili
- I dati raccolti ed elaborati vengono restituiti sia alle strutture/servizi oggetto della rilevazione sia ad altri attori aziendali e/esterni interessati ai risultati emersi  
Sempre  Quasi sempre/Spesso  Occasionalmente  Quasi mai/Raramente  Mai

## 2) Gli operatori impegnati nell'attività di ricerca sono coinvolti nell'intero processo e partecipano alle diverse fasi del lavoro

- Gli operatori partecipano alla fase di definizione delle ipotesi  
Sempre  Quasi sempre/Spesso  Occasionalmente  Quasi mai/Raramente  Mai
- Collaborano, per quanto di propria specifica competenza, alla rilevazione e alla elaborazione dei dati  
Sempre  Quasi sempre/Spesso  Occasionalmente  Quasi mai/Raramente  Mai
- Partecipano alla riflessione sulle evidenze emerse e alla discussione sulle eventuali azioni da intraprendere  
Sempre  Quasi sempre/Spesso  Occasionalmente  Quasi mai/Raramente  Mai
- Sono menzionati negli atti che divulgano gli esiti della ricerca  
Sempre  Quasi sempre/Spesso  Occasionalmente  Quasi mai/Raramente  Mai

## 3) L'attività di ricerca è riconosciuta come occasione e stimolo di crescita complessiva per il servizio

- Nel budget è prevista la destinazione di specifiche risorse (per esempio ore di lavoro) per l'attività di ricerca  
Sì  No  In parte (p.e la destinazione di risorse è prevista ma non specificata)
- Gli operatori del servizio si attivano per favorire lo sviluppo di partnership con agenzie esterne (Università, società scientifiche, associazioni professionali, ecc.) interessate all'attività di ricerca  
Sì  No
- I rapporti di collaborazione con le agenzie esterne vengono formalizzati  
Sempre  Quasi sempre/Spesso  Occasionalmente  Quasi mai/Raramente  Mai

### ATTIVITÀ: RACCOLTA DI DOCUMENTAZIONE (ATTI E LEGGI)

#### 1) Sono garantite la completezza e l'aggiornamento della documentazione raccolta

- È individuato un referente responsabile della documentazione  
Sì  No
- Per ognuna delle aree tematiche previste sono raccolti tutti gli atti normativi e amministrativi pertinenti  
In misura completa   
In misura sufficientemente completa   
Gli atti normativi e amministrativi sono raccolti ma non sempre la documentazione è completa   
Gli atti vengono raccolti occasionalmente e la documentazione non è completa   
La raccolta della documentazione è assente o decisamente carente
- A scadenze periodiche prefissate viene verificato l'aggiornamento della documentazione raccolta e vengono reperiti gli eventuali atti mancanti  
Con regolarità e precisione   
Con sufficiente regolarità e precisione   
L'aggiornamento della documentazione viene verificato ma non con regolarità e rispetto delle scadenze prefissate   
Le verifiche sono occasionali e insufficienti a garantire la qualità e l'aggiornamento della documentazione   
Assenza di verifiche
- Il responsabile della documentazione cura la predisposizione di una bibliografia aggiornata sugli argomenti di interesse reperendo, quando possibile, le relative pubblicazioni  
Sì  No  In parte (p.e.cura la predisposizione di una bibliografia ma non la tiene aggiornata e/o non si occupa di reperire le pubblicazioni)

#### 2) Viene favorita la massima fruizione possibile della documentazione raccolta

- La documentazione è resa disponibile anche ai gestori delle unità di offerta esterne che sono informati delle caratteristiche dei materiali raccolti e delle modalità di consultazione/fruizione  
In maniera più che adeguata ed efficace   
In maniera abbastanza adeguata ed efficace   
La documentazione è disponibile ai gestori ma l'informazione non è sufficiente a garantirne una piena fruizione   
Scarsa fruibilità e quasi totale assenza di informazioni   
La documentazione non è disponibile alla consultazione

**ATTIVITÀ: PRODUZIONE DI REPORTISTICA**

Si ritiene utile distinguere, nell'ambito della attività di produzione della reportistica, una attività di compilazione di report eteroprodotti e un'attività di individuazione autonoma di report.

Per quanto riguarda la prima:

**1) È curata la massima qualità possibile dei dati**

- È conosciuto l'obiettivo del report e l'utilizzo che verrà fatto dei dati rilevati  
Sì  No  In parte (p.e. è conosciuto l'obiettivo ma non l'utilizzo che verrà fatto dei dati)
- Sono definiti in maniera chiara gli strumenti necessari per la raccolta dei dati  
Sì  No
- Sono individuate le fonti da cui rilevare i dati  
Sì  No  In parte (p.e. sono individuate alcune delle possibili fonti ma non tutte)
- Viene effettuato un controllo di qualità che garantisca la correttezza, la completezza e l'uniformità dei dati  
Con regolarità e precisione  Con sufficiente regolarità e precisione  Il controllo di qualità viene effettuato ma non sempre con la dovuta regolarità o precisione  Le verifiche sono occasionali e insufficienti a garantire la correttezza, la completezza e l'uniformità dei dati  Assenza di controlli di qualità

**2) È curata la funzionalità e l'efficienza dell'attività di compilazione dei report**

- Nell'assolvimento del debito informativo, i dati vengono rilevati una sola volta e inseriti, pur dovendo rispondere a esigenze e interlocutori diversi, in un data base unico  
Sempre  Quasi sempre o per quasi tutti i dati  Non in maniera sistematica, per cui gli stessi dati possono essere rilevati più volte o da più persone  Viene raramente prestata attenzione alle modalità di rilevazione  Nessuna attenzione

**3) È prestata attenzione alla circolazione delle informazioni**

- I dati rilevati e le relative elaborazioni vengono messi a disposizione di tutti gli operatori del servizio  
Sempre e in maniera adeguata  Quasi sempre e con modalità abbastanza adeguate  La circolazione delle informazioni avviene in maniera non strutturata  Scarsa circolazione delle informazioni e/o scarse strategie di comunicazione  Assenza di circolazione delle informazioni e di strategie di comunicazione

Per quanto riguarda invece l'attività di individuazione autonoma di report:

**1) Il servizio vigilanza assume un ruolo attivo e promozionale nel miglioramento della qualità delle informazioni utilizzabili**

- Ha un mandato chiaro in ordine alla produzione autonoma di report  
Sì  No  In parte (p.e. ha un mandato ma non sufficientemente chiaro)
- È definito l'obiettivo della produzione autonoma di report  
Sì  No
- Vengono effettuati collegamenti e incroci tra dati provenienti da fonti diverse  
Sempre e in modo sistematico  Molto spesso  Vengono effettuati collegamenti e incroci ma decisamente meno di quanto sarebbe possibile e utile  Solo occasionalmente  Mai
- Viene effettuata, nelle forme opportune, la restituzione agli attori coinvolti dei dati e delle relative elaborazioni  
Sempre, tempestivamente e in modo adeguato  In misura sufficientemente tempestiva e adeguata  Viene effettuata la restituzione dei dati ma non sempre con la tempestività e le forme opportune  Solo occasionalmente e in forme non adeguate  Nessuna restituzione

**2) È curata la funzionalità e l'efficienza dell'attività di produzione dei report**

- Vengono elettivamente utilizzati report già esistenti a livello dipartimentale  
Sempre  Quasi sempre/Spesso  Occasionalmente  Quasi mai/Raramente  Mai
- Vengono individuati gli attori referenti degli specifici report che si intendono trattare  
Sempre  Quasi sempre/Spesso  Occasionalmente  Quasi mai/Raramente  Mai

**ATTIVITÀ:** DEFINIZIONE DI PROCEDURE DI LAVORO E DI STRUMENTI PER L'ORGANIZZAZIONE INTERNA

I criteri che consentono di verificare la qualità di questa attività sono individuati in:

**1) l'attività di vigilanza e controllo è organizzata, pianificata e periodicamente verificata**

- Tutti gli operatori del servizio sono coinvolti nella definizione delle modalità di svolgimento delle attività attraverso la stesura di procedure, istruzioni operative, linee guida, ecc..  
Sempre  Quasi sempre o quasi tutti gli operatori  Occasionalmente o solo alcuni operatori  Quasi mai/Raramente  Mai
- Sono effettuate riunioni periodiche del servizio nelle quali viene definita e verbalizzata l'assegnazione e distribuzione delle attività tra gli operatori  
Con regolarità  Sono effettuate riunioni tra gli operatori con sufficiente regolarità  Sono effettuate riunioni occasionalmente  Quasi mai sono effettuate riunioni  Mai
- L'assegnazione delle attività avviene secondo criteri condivisi, quali la competenza tecnico-professionale, i carichi di lavoro, la conoscenza pregressa dei settori e/o delle aree d' intervento  
Sempre e in maniera trasparente  Quasi sempre e in maniera trasparente  Non sempre l'assegnazione delle attività avviene sulla base di criteri chiari o condivisi  Quasi mai l'assegnazione delle attività avviene sulla base di criteri chiari o condivisi  Mai
- Sono garantiti momenti di informazione/formazione interna per recepire nuove norme o disposizioni che regolano l'attività di vigilanza o in caso di modifica dell'assetto organizzativo dell'ASL  
Sempre, ogni volta che se ne evidenzia l'opportunità  Spesso  Occasionalmente  Raramente  Mai
- Il servizio è dotato di modalità organizzative e di strumenti condivisi che permettono di monitorare le attività effettuate ed i processi di lavoro  
Sì  No  In parte  (sono monitorate le attività ma non i processi)
- Gli operatori sono coinvolti nella verifica delle attività espletate  
Sempre  Quasi sempre/Spesso  Occasionalmente o solo alcuni operatori  Quasi mai  Mai

**2) il servizio attiva processi interni per il miglioramento delle attività**

- Sono individuate le cause che comportano disfunzionalità organizzative, carenze comunicative, ritardi e/o rallentamenti nell'esecuzione di attività e/o di procedure che hanno una tempistica definita  
Sì  No  In parte (p.e. solo in alcuni casi o in maniera non sempre adeguata)
- Sono discusse con gli operatori le azioni da intraprendere per correggere le disfunzioni individuate  
Sempre  Spesso  Occasionalmente  Raramente  Mai
- Procedure e/o istruzioni di lavoro sono revisionate e aggiornate a) al ripetersi di disfunzioni nell'effettuazione delle attività, b) in caso di modifica del quadro normativo, regolamentare e/o dell'assetto organizzativo del servizio c) e comunque, anche in assenza di eventi intervenienti, con una cadenza periodica definita  
Con tempestività ogni volta che ne emerga la necessità e comunque a intervalli regolari  Con sufficiente tempestività e regolarità  Le procedure vengono revisionate e aggiornate ma non sempre con la tempestività e la regolarità necessarie  La revisione e l'aggiornamento avvengono solo occasionalmente  Nessuna revisione e aggiornamento
- È favorito lo scambio e il coordinamento tra gli operatori impegnati nelle diverse aree di attività per la messa in comune di strumenti innovativi e per la definizione di nuovi processi di lavoro  
In misura più che adeguata  In misura adeguata  In misura sufficiente  In misura insufficiente  Lo scambio e il coordinamento non sono favoriti in alcun modo
- Viene implementata l'integrazione operativa tra i servizi dell'azienda che svolgono analoghi e/o complementari funzioni di vigilanza e controllo  
In misura più che adeguata  In misura adeguata  In misura sufficiente  In misura insufficiente  Nessun intervento volto a favorire l'integrazione tra servizi
- È favorito lo scambio di informazioni e di esperienze tra operatori che lavorano nei servizi di vigilanza di altre aziende ASL e dei Comuni  
In misura più che adeguata  In misura adeguata  In misura sufficiente  In misura insufficiente  Nessun intervento volto a favorire lo scambio di informazioni ed esperienze

MACROAREA

2

## Azioni messe in atto dall'organizzazione

SOTTOAREE

1

### ATTIVITÀ RIVOLTE AL CLIENTE ESTERNO

A titolo di esempio.

#### 1) La programmazione tiene conto dei feed back degli utenti

- i reclami e le segnalazioni comunque pervenute vengono analizzati
- sono previsti e attuati interventi correttivi rispetto alle criticità emerse dall'analisi dei reclami e delle segnalazioni

#### 2) Viene effettuata una gestione trasparente dei rapporti tra i diversi attori (DG ASL, Regione, Erogatori, utenti, ecc.)

- viene prestata attenzione alla presenza di conflitti tra i diversi stakeholder
- eventuali conflitti vengono gestiti
- viene garantita imparzialità nella gestione dei rapporti con i diversi attori

2

### ATTIVITÀ RIVOLTE AL CLIENTE INTERNO

A titolo di esempio.

#### 1) È definito e condiviso un piano di lavoro annuale nel quale sono indicati gli obiettivi che l'organizzazione si prefigge

- sono definiti gli obiettivi specifici (sia di volume che di qualità delle prestazioni)
- gli obiettivi indicati sono misurabili
- sono portati a conoscenza di tutto il personale
- sono indicate le scadenze previste per la loro realizzazione
- sono indicate le risorse necessarie
- gli obiettivi sono riesaminati a scadenze prefissate

#### La Direzione è consapevole dei principali fattori di motivazione del personale e si adopera per sostenerli:

- vengono utilizzati come fattori di rinforzo motivazionale uno o più tra gli strumenti riportati:
  - sviluppo di carriera
  - valorizzazione delle specifiche competenze
  - coinvolgimento nelle decisioni e nella definizione degli obiettivi
  - formazione continua e crescita professionale
  - opportunità di raggiungimento di obiettivi individuali
  - riconoscimento e sostegno da parte dei superiori
  - procedure scritte e pratiche uniformi di valutazione del personale
  - coinvolgimento in progetti di MCQ

## SOTTOAREE

**Sono presenti meccanismi di incentivazione per l'impegno e la qualità del lavoro**

- vengono utilizzati per l'incentivazione dell'impegno e il miglioramento della qualità del lavoro uno o più tra i meccanismi riportati:
  - economici (remunerazione di risultato e di posizione)
  - di carriera e funzionali
  - di flessibilità nell'orario
  - formativi
  - altro

**Vengono garantiti agli operatori spazi di confronto**

- il personale ha l'opportunità di discutere con un collega o con una persona qualificata esterna al servizio le proprie scelte o le difficoltà che può incontrare nel lavoro

**Viene prestata attenzione alla soddisfazione del personale**

- viene effettuata un'analisi del turnover del personale e dell'assenteismo
- vengono messe in atto strategie per conoscere e valutare il clima interno
- viene prestata attenzione alla rilevazione del grado di soddisfazione degli operatori in ordine sia ai servizi forniti dalla organizzazione sia alla propria crescita professionale

## Approfondimenti su alcune attività del Manuale

### SOTTOAREA 1: ATTIVITÀ RIVOLTE AGLI EROGATORI

#### SEZIONE A: ATTIVITÀ DI VALUTAZIONE (IN ITINERE ED EX POST) DI PROGETTI

Questa attività, quando si ha come contesto di riferimento il servizio di vigilanza e controllo, si intende di norma finalizzata a valutare progetti per i quali è riconosciuta una remunerazione regionale o l'assegnazione di una quota del budget annuale riservato dalle ASL per i soggetti accreditati a contratto.

Ad esempio per le RSA ogni anno una delibera regionale fissa la tipologia di progetti rientranti in una remunerazione aggiuntiva e stabilisce alcuni criteri in base ai quali definire l'ammissibilità dei progetti stessi, riconoscendo quindi alle ASL un margine decisionale circa la quota da assegnare.

È un'attività verso la quale i partecipanti al gruppo hanno espresso una forte motivazione; un'area d'intervento da subito riconosciuta specifica della professione nella misura in cui questi progetti concorrono a definire modalità di presa in carico ed assistenza sempre più mirati a rispondere a specifici bisogni dei cittadini in situazione di fragilità, nonché a sperimentare modelli assistenziali che possono rivelarsi incisivi rispetto al funzionamento della rete dei servizi ed al percorso di cure. Il cuore del premio qualità dovrebbe, a nostro parere, favorire azioni volte al miglioramento della qualità erogata all'interno di una visione programmata e progettuale.

Lo sguardo con il quale sono stati ricercati i criteri è stato rivolto sia alla definizione dei necessari aspetti di verifica e controllo sia all'individuazione del percorso di valutazione che consenta la rimodulazione dei progetti stessi grazie alla collaborazione tra soggetti gestori e ASL.

#### SEZIONE B: ATTIVITÀ DI VIGILANZA, ACCREDITAMENTO E CONTROLLO

- VERIFICA DEL POSSESSO DEI REQUISITI PREVISTI PER L'AUTORIZZAZIONE E L'ACCREDITAMENTO
- VERIFICA DEL MANTENIMENTO DEI REQUISITI PREVISTI PER L'AUTORIZZAZIONE E L'ACCREDITAMENTO
- VERIFICA DEI PROCESSI ORGANIZZATIVI E GESTIONALI CONNESSI ALL'EROGAZIONE DI ATTIVITÀ DI CURA ED ASSISTENZA: VERIFICA DEI PROCESSI DI LAVORO

Questa attività è il cuore dell'azione del servizio ed è svolta a partire da un forte mandato istituzionale stabilito da normative nazionali e regionali.

Recentemente la Regione Lombardia ha deliberato le linee di indirizzo per la vigilanza e il controllo delle unità d'offerta socio sanitarie definendo le finalità, i principi e i requisiti sulla base dei quali svolgere queste funzioni. (d.g.r n. 8496 del 26/11/2008). Le ASL hanno inserito l'attività di vigilanza nel piano dei controlli dell'azienda, piano strettamente legato ad alcuni obiettivi dei Direttori Generali. L'attività di vigilanza e controllo delle unità d'offerta socio sanitarie è sempre più oggetto di monitoraggi interni circa il rispetto dei tempi ed il raggiungimento degli obiettivi previsti.

Controllare il possesso e verificare il mantenimento di requisiti fissati dalla normativa per l'esercizio delle attività sociosanitarie e sociali presenti nel territorio della ASL e verificare l'adeguamento agli standard di accreditamento comporta un primo, fondamentale livello di accertamento circa la presenza o meno di alcuni indicatori chiaramente definiti.

In questa area d'intervento accanto al "know how" specifico, fatto di conoscenze delle normative e di competenze tecniche, il concetto di buona qualità rimanda anche alla capacità/possibilità degli operatori di cogliere la complessità.

L'individuazione dei criteri e degli indicatori di questa attività "consolidata" si è rivelato più difficoltoso del previsto per lo sforzo impiegato nel fare emergere e rendere oggettivamente quel livello della verifica che riguarda gli elementi "soft", non declinati dalla normativa, ma riconosciuti da tutti i componenti del gruppo parti costitutive dell'identità di un'organizzazione rivolta alla cura di persone. Quante volte a conclusione di una visita di vigilanza il verbale riporta tutti esiti positivi rispetto ai requisiti di legge, ma la sensazione, la realtà percepita è che i margini di miglioramento dell'assistenza e del prendersi cura di ..., in quella struttura, in quella organizzazione, siano molto ampi!

Sono stati quindi declinati fattori oggettivamente riferibili ad attività codificate e/o aspetti normativi, rappresentati da indicatori completi, sensibili, ma soprattutto "condivisi" e pertanto riproducibili e fattori non riconducibili ad attività o a segmenti di attività codificate.

La ricerca di criteri e di indicatori validi a tal fine ha condotto il gruppo a confermare l'importanza nell'effettuare visite di vigilanza in équipe, mediante una modalità operativa che consenta di ricomporre le parti, strutturali, organizzative, gestionali e "soft", in un'immagine unica che rinvii luci ed ombre della qualità prodotta ed assicurata al cittadino/utente.

Per quanto detto finora, la visita di vigilanza è una situazione complessa nel corso della quale si sovrappongono e si intrecciano più piani d'intervento, più piani relazionali e la capacità di gestire tale complessità, ponendo attenzione alle dinamiche relazionali, coniugando l'azione di controllo con quella di aiuto, è l'indicatore di qualità su cui il gruppo ha ampiamente discusso. Il rendere comprensibile questo indicatore, che riteniamo patrimonio dello specifico professionale dell'assistente sociale, è stato oggetto di approfondimento che ha messo in luce le diversità organizzative ed ha comportato uno sforzo nell'individuare elementi trasversali comunicabili anche ad altri professionisti.

#### CONTROLLO DELL'APPROPRIATEZZA E DELLA CONGRUENZA DELLE PRESTAZIONI

Il concetto di "appropriatezza" entra nel vocabolario dei Servizi di Vigilanza e Accreditamento a seguito di una norma regionale specifica: la Circolare n. 22 del 2004.

Con questo atto la Regione dà mandato a questi Servizi di effettuare “controlli di appropriatezza sulle prestazioni erogate” in specifiche unità d’offerta socio-sanitarie: RSA, RSD e Consultori Familiari. Viene precisato dalla Regione che tali controlli sono da effettuarsi attraverso l’analisi dei fascicoli socio-sanitari che devono essere completi di tutti gli elementi clinici, sociali ed educativi previsti dalle norme di settore.

Da ciò si evince che il concetto di appropriatezza è strettamente ed unicamente correlato all’analisi della tenuta dei fascicoli socio-sanitari e non ad altri aspetti organizzativo gestionali e/o strettamente clinici.

La Regione non ha individuato specifici indicatori di appropriatezza e questo ha lasciato alta discrezionalità alle singole ASL nell’interpretazione del loro mandato.

L’esperienza professionale in quest’area ed il confronto all’interno del gruppo di lavoro hanno evidenziato alcuni elementi comuni nella metodologia adottata:

- 1 i controlli effettuati sui fascicoli non sono entrati nel merito dell’appropriatezza clinica, dei progetti terapeutici ed assistenziali. Responsabili, su questi aspetti, sono i gestori che hanno in carico la persona.
- 2 È stata, invece, messa a punto una verifica documentale, sulla base di check-list e indicatori che hanno guidato l’attività di controllo quali la completezza nella registrazione dei dati, la presenza di un progetto individualizzato e/o di un percorso di presa in carico, il rispetto della normativa sulla privacy, l’aggiornamento e trasparenza nella tenuta del fascicolo, ecc..

La verifica dell’appropriatezza coinvolge il gestore in tutto il processo (visita su appuntamento, informazione sui criteri in uso per la valutazione, consegna dei fascicoli da parte del gestore e restituzione finale degli elementi emersi durante il controllo). A partire dal 6/8/’08 la Regione ha emanato una nuova disposizione (d.g.r. 7929) che modifica sostanzialmente il rapporto tra controllore e controllato. La nuova regola chiarisce che il Servizio Vigilanza e Accreditamento effettui tali controlli senza preavviso. Questa prescrizione regionale, assente nel periodo di costruzione di questo Manuale, potrebbe portare ad una riflessione sul diverso rapporto controllore/controlato, sul significato degli stessi controlli “a sorpresa” e, pertanto, ad un aggiornamento di alcune parti del Manuale.

Da ultimo, la Regione con la d.g.r. 8496/08 precisa che il controllo di appropriatezza è da intendere sui seguenti elementi:

- utenza
- prestazioni
- processo operativo
- funzionamento organizzativo.

### SEZIONE C: ATTIVITÀ DI CONSULENZA AGLI EROGATORI

La consulenza è una delle funzioni svolte dall’assistente sociale nell’espletamento della sua professione. Nello specifico anziché relazionarsi con il singolo o con la famiglia l’operatore effettua la consulenza interloquendo con un Ente per il tramite dei suoi legali rappresentanti o dei suoi delegati. L’obiettivo è quello di fornire all’interlocutore le necessarie conoscenze affinché possa effettuare delle scelte all’interno di un chiaro contesto normativo. A volte, per affrontare alcune problematiche fatte emergere dagli Enti Gestori delle strutture oppure per rispondere ad alcuni mandati istituzionali che possono essere meglio raggiunti attraverso la collaborazione ed il confronto con gli erogatori, viene utilizzato come strumento di lavoro il tavolo tematico.

Va sottolineato che, poiché la consulenza è una funzione ed il tavolo tematico uno strumento di lavoro, sebbene l’interlocutore sia chiaramente identificato nel gestore del servizio “vigilato”, è il contenuto dell’informazione o l’argomento del tavolo tematico che investono il Servizio di Vigilanza della competenza. Detto in altre parole potrebbero essere attivati tavoli tematici all’interno di altri servizi della ASL con i medesimi interlocutori se gli obiettivi riguardano la programmazione, la concertazione territoriale, ecc..

Sarebbe buona prassi che, all’interno della ASL, ci fosse una circolarità di informazioni in merito all’attivazione dei tavoli e degli argomenti trattati onde evitare sovrapposizioni con altri servizi.

#### TAVOLI TECNICI

Ha senso attivare un tavolo tecnico quando:

- si ritiene che il problema da affrontare potrebbe trovare risposte migliori se portato all’attenzione di più interlocutori, migliorando la qualità dei servizi resi agli utenti, intesi come cittadini fruitori e operatori, pubblici e privati, coinvolti nel settore;
  - vi è la necessità di produrre documenti condivisi o di rendere omogenee alcune prestazioni (es: linee guida e protocolli).
- Per l’attivazione di un tavolo tecnico che risponda a criteri di qualità è necessario dedicare energie alla fase preliminare identificando, oltre che il facilitatore:
- il mandato (non solo l’argomento, ma anche i tempi per esaurirlo avendo chiaro il tipo di gruppo che si intende realizzare: un gruppo permanente con funzioni di consulenza ed orientamento, un gruppo di lavoro finalizzato alla produzione di documentazione, un gruppo rappresentativo con finalità di “osservatorio” su alcuni argomenti...)
  - la composizione (dimensione, omogeneità, caratteristiche dei partecipanti)
  - la partecipazione (su chiamata o su auto-candidatura, gruppo chiuso o aperto).
  - le modalità di restituzione (sia all’interno che all’esterno della ASL)

Poiché, come abbiamo già evidenziato il tavolo tecnico è uno strumento, una leva organizzativa, ha senso se pensato all’interno di un percorso che presuppone altri momenti di partecipazione. È quindi possibile che partendo da quanto discusso all’interno di un tavolo possa nascere l’esigenza di un percorso formativo o del confronto con “esperti” o di una raccolta puntuale di dati...

Così affrontando argomenti istituzionali molto regolamentati, come gli standard previsti per l’accreditamento, si riesce a rendere lo strumento del controllo un’occasione di crescita reale e di miglioramento continuo.

## CONSULENZE INDIVIDUALI

Le consulenze individuali servono per fornire informazioni preziose agli Enti Gestori rispetto a dubbi, approfondimenti, interpretazioni normative. Spesso si tratta di orientare e, in alcuni casi, accompagnare le strutture nel realizzare la loro progettualità.

Sono importanti momenti di conoscenza reciproca nei quali porre le basi per una convergenza delle energie verso obiettivi comuni che possono essere esplicitati dalla normativa, ma anche individuati dal servizio. Ecco allora che le consulenze individuali sono anche momenti di "negoiazione" fra enti diversi (ASL ed Ente Gestore), che svolgono ruoli diversi (vigilanza e gestione dei servizi), che hanno uno spettro di vedute differenti (focalizzato sulle proprie scelte istituzionali l'Ente Gestore, ad ampio raggio sull'intero territorio la ASL).

Per fornire una consulenza individuale, quindi, non è sufficiente conoscere la normativa e gli altri contenuti tecnici, ma è necessario avere una visione a 360° sul territorio e sulla direzione nella quale devono essere indirizzate le competenze degli enti in un'ottica di sussidiarietà.

Inoltre l'operatore, mentre fornisce consulenza, fa suoi alcuni suggerimenti portati dall'interlocutore e li trasforma in ulteriore energia positiva da reinvestire all'interno della rete dei servizi.

## SEZIONE D: GESTIONE DEL SITO WEB

La comunicazione della consistenza della lista d'attesa è uno dei flussi informativi richiesto dalla Regione Lombardia alle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA), anche per il mantenimento dei requisiti di accreditamento.

Dall'entrata in vigore del sistema SOSIA, sistema di classificazione degli utenti inseriti nelle RSA, gli enti gestori delle strutture erano tenuti alla trasmissione dei dati su un tracciato stabilito dalla Regione con invio a cadenza semestrale.

Dal 2004, inoltre, la Regione ha richiesto ad ogni ASL la creazione di un sito web RSA. Nelle pagine virtuali dovevano trovare spazio le informazioni sulle caratteristiche delle strutture residenziali per anziani nonché, con un processo di aggiornamento costante dell'informazione, la consistenza delle liste di attesa e l'eventuale disponibilità immediata di posti letto.

La Regione nel corso del 2005 ha modificato le modalità di assolvimento del debito informativo relativo alle liste di attesa e ha demandato alle ASL la scelta delle procedure in merito ai dati da acquisire ed alla periodicità delle comunicazioni.

## GESTIONE DEL SITO WEB

Come precedentemente richiamato, nel 2004 la Regione Lombardia aveva dato mandato ad ogni ASL di attivare un sito web dedicato alle RSA, con informazioni relative a posti letto accreditati, posti letto disponibili, liste di attesa e rette praticate nelle RSA di pertinenza.

Si ricordano i principi ispiratori del sito:

- Fornire uno strumento informativo utile al cittadino che si trova nella necessità di decidere l'inserimento in una RSA, raramente per se stesso, molto spesso, invece, per un proprio congiunto
- Aiutare il cittadino a scegliere fra le diverse strutture cercando di rendere possibile una comparazione attraverso informazioni oggettive confrontabili
- Offrire visibilità alle RSA
- Aiutare le RSA a valutare la propria offerta assistenziale rapportandosi ad altri soggetti erogatori
- Aumentare la trasparenza.

Di fatto il "sito" è diventato anche uno strumento di lavoro per gli operatori dei servizi. Ci risulta infatti che molti lo usino regolarmente quando si trovano a dover costruire, assieme alle famiglie, percorsi di intervento. Alcune ASL, vista l'utilità della sperimentazione, hanno predisposto, via web, la pubblicazione di informazioni riferite ad altri servizi della rete. Il sito è un importante strumento che permette la circolazione delle informazioni sia di carattere normativo che documentale.

La creazione di un sito "di qualità" passa necessariamente attraverso momenti di confronto e di condivisione con gli enti erogatori per la declinazione degli obiettivi. Inoltre è necessaria la scelta condivisa degli elementi significativi, oggettivi e confrontabili, da pubblicare, affinché il cittadino possa conoscere e comparare le strutture. Il sito rimanda ad un servizio o a un operatore in grado di chiarire eventuali dubbi o inesattezze rilevate. Una volta predisposto il sito deve essere mantenuto aggiornato con verifiche periodiche sulla veridicità dei dati inseriti anche attraverso il confronto con altri documenti di informazione predisposti per l'utenza. I 'dati sporchi' sono stati un problema fin da quando si è iniziato a raccogliere informazioni per poterle in seguito analizzare. Se nella raccolta d'informazioni ci sono dati "spazzatura" il prodotto di ogni analisi sarà conseguente. La pulizia dei dati è diventata più importante dal momento che sempre più ASL hanno messo in produzione sistemi decisionali basati su data warehousing, che operano unendo informazioni da fonti diverse. In quest'ottica anche i dati provenienti dal sito web potrebbero fornire indicazioni preziose.

Un dato errato potrebbe non essere un grande problema, ma la moltiplicazione di questo problema in migliaia o milioni di informazioni errate, duplicate o inconsistenti costituisce uno dei motivi di fallimento dei progetti di supporto decisionale.

### Le fonti d'errore

Di seguito, secondo Cutter Consortium, le principali cause di dati errati:

- 1) Inserimento di informazioni errate nel data entry: errata grafia, uso delle maiuscole, abbreviazioni o diverso ordine d'inserimento dei nomi.
- 2) Dati mancanti nei campi database.
- 3) Mancanza di sistemi di codifica standardizzati

- 4) Database suddivisi in differenti dipartimenti e aziende in cui i dati in ogni struttura sono registrati con regole differenti per ogni database.
- 5) Utilizzo di informazioni prese da vecchi database che contengono dati obsoleti e scarsamente documentati.

#### MONITORAGGIO DELLE LISTE DI ATTESA

La gestione delle liste di attesa è in capo agli enti gestori che hanno facoltà di definire i criteri di accesso anche in considerazione alla loro mission e nel rispetto dei requisiti di accreditamento previsti da norme specifiche.. Di conseguenza tali criteri devono comparire nella carta dei servizi

Compito dell'ASL è quello di verificare, rispetto alle liste di attesa, la coerenza dei dati pubblicati.

Le verifiche si riferiscono ai seguenti elementi:

- esplicitazione all'interno della Carta dei servizi della modalità di gestione della lista di attesa
- coerenza fra i dati pubblicati sul sito e quanto fornito, nominativamente, su richiesta, dalle strutture.

Al fine di rendere omogeneo e reale il dato delle persone in lista di attesa la ASL richiede, e verifica, che i dati siano "depurati" dalle persone che hanno rinunciato all'ingresso e dai deceduti.

La ASL predispose degli strumenti di raccolta dei dati che permettano un incrocio con altre informazioni già in suo possesso (per esempio per monitorare i percorsi assistenziali).

Una buona raccolta del dato consente di acquisire elementi conoscitivi sulle caratteristiche delle persone che chiedono l'inserimento nelle strutture della zona, fornisce la dimensione del bisogno non ancora evaso dei cittadini residenti, permette la lettura dei fenomeni migratori fra le diverse unità di offerta (ASL e fuori ASL), calcola i tempi di attesa e pone le prime riflessioni sugli elementi che probabilmente incidono sulla scelta di una struttura piuttosto che un'altra.

Inoltre tale monitoraggio induce, in maniera indiretta, gli enti gestori al rispetto delle regole declinate nelle Carte dei Servizi in merito alle modalità di accesso.

#### SOTTOAREA 2: ATTIVITÀ DI FRONT OFFICE RIVOLTE AI CITTADINI

##### INFORMAZIONE, CONSULENZA, ORIENTAMENTO DEL CITTADINO RISPETTO ALLA RETE DI OFFERTA E ALLE CARATTERISTICHE DEGLI EROGATORI

Premessa indispensabile è che il servizio di Vigilanza non dovrebbe prevedere un momento di apertura al pubblico finalizzato all'assolvimento di questa funzione. Tuttavia l'evoluzione dei rapporti tra cittadino e istituzione, porta l'ASL in qualità di promotore di un sistema locale di protezione, prevenzione e cura della persona, ad assicurare regolarità, continuità, ma soprattutto imparzialità ed uguaglianza ad ogni singolo cittadino sia in termini di accessibilità che di effettiva fruibilità dei servizi offerti. Capita quindi, nella quotidianità, che all'operatore, proprio perché esperto conoscitore della rete dei servizi e delle caratteristiche peculiari di tutte le strutture, vengano richieste informazioni rispetto ai servizi esistenti. In questi casi è utile discernere se le risposte che si possono fornire vanno nella direzione di soddisfare il bisogno offerto, oppure se non sia il caso di indirizzare il cittadino verso altri punti di riferimento per una differente presa in carico.

È possibile raggruppare le richieste di consulenza nelle seguenti categorie:

- domande finalizzate a conoscere strutture che presentino determinate caratteristiche essenziali per il richiedente
- domande finalizzate a conoscere i propri diritti di fronte a comportamenti messi in atto dagli operatori delle strutture e percepiti come poco corretti dai cittadini
- orientamento rispetto a problematiche molto complesse e per le quali il cittadino non è riuscito a trovare risposta adeguata avvalendosi dei normali canali informativi.

#### GESTIONE DEI RECLAMI

A partire dagli anni '90 sono state emanate diverse leggi che regolano l'organizzazione e la gestione della Pubblica Amministrazione. Questi provvedimenti attribuiscono al cittadino fruitore di un servizio una serie di diritti che gli consentono di diventare parte attiva del miglioramento del servizio attraverso segnalazioni, lamentele, richieste e suggerimenti. Sono stati individuati gli strumenti necessari per l'attuazione di questi principi: la formalizzazione del patto con il cittadino nella Carta dei Servizi, l'individuazione di standard di riferimento, l'istituzione dell'Ufficio per le Relazioni con il Pubblico e dei meccanismi di tutela del cittadino.

La gestione dei reclami è fortemente correlata alla soddisfazione dell'utente: gestire un reclamo in maniera efficace, significa evitare l'insoddisfazione della persona, rappresentando un'opportunità unica per personalizzare al massimo il servizio offerto. La lamentela del cliente, se accompagnata da un'analisi attenta, rappresenta un'occasione importante per offrire un valore aggiunto e personalizzare il rapporto con il fruitore dei servizi.

Tale percorso rappresenta, come una cartina al tornasole, lo stato di disponibilità dell'amministrazione pubblica nei confronti del cittadino.

Ogni azienda dovrebbe garantire al suo interno una chiara procedura che indichi il percorso da seguire, descrivendo le attività organizzative e gestionali connesse ai reclami, con la finalità di facilitare un'interazione rivolta all'acquisizione delle informazioni necessarie per comprendere l'accaduto e per dare una risposta che favorisca un rapporto di fiducia tra operatori, azienda ed utenti.

Il Servizio Vigilanza nello specifico interviene in seconda battuta, solitamente su richiesta dell'URP dell'ASL che ha raccolto il reclamo dei cittadini.

## Istruzioni per la compilazione del Manuale

Il periodo di osservazione (auto-osservazione) proposto è di 15 giorni.

Nel caso in cui in quel periodo ci fossero ferie o malattie occorrerà scegliere un altro periodo, di 15 giorni consecutivi, fissando il termine per concludere l'osservazione.

L'osservazione dovrà riguardare tutte le attività svolte nel periodo.

Verosimilmente accadrà che alcune delle attività censite non saranno effettuate nel periodo preso in esame.

In questo caso:

- a se si tratta di attività che in quel servizio non è previsto che venga effettuata dall'assistente sociale non dovranno essere attribuiti i punteggi ma la relativa parte del questionario dovrà comunque essere siglata con la sigla NP ('non pertinente') in modo che si abbia la certezza che la mancata risposta non è dovuta a errore di compilazione;
- b se si tratta di attività effettuata in passato, non effettuata nel periodo di osservazione ma comunque di propria competenza (e pertanto effettuabile in futuro), la relativa parte del questionario dovrà essere compilata assumendo come oggetto dell'osservazione il comportamento tenuto l'ultima volta che l'attività in questione è stata svolta;
- c se si tratta di attività effettuata in passato, non effettuata nel periodo di osservazione e con certezza non più di propria competenza (e pertanto non più effettuabile in futuro) la relativa parte del questionario non dovrà essere compilata ma dovrà essere siglata con la sigla NP e dovrà essere indicato a chi nell'attualità tale attività è passata per competenza. Più precisamente occorrerà indicare se attualmente l'attività in questione è passata:
  - 1) a soggetti esterni al servizio
  - 2) ad altri operatori del servizio e in questo caso a:
    - 2 a) collega assistente sociale
    - 2 b) altro professionista

Per la compilazione si consiglia di seguire il seguente processo:

- 1 Si stampa il manuale nella versione contenente le scale (è opportuno tenerlo sotto mano nei 15 giorni di auto-osservazione). Si barra con una crocetta la risposta più coerente con il comportamento osservato. Affinché il lavoro abbia senso è necessario sottolineare di non preoccuparsi dell'immagine del servizio o del proprio ruolo che emergerà dall'analisi delle risposte. Le cose che non funzionano aiutano a capire tanto quanto quelle che funzionano ma se vengono occultate le possibilità di apprendimento (e di cambiamento) si azzerano. (Non "barare" quindi nella compilazione).
- 2 Al termine della compilazione di tutte le aree dovrà essere indicato a fianco delle risposte date il relativo punteggio così riassumibile:
  - sono previste scale a 2, 3 o 5 livelli.
  - sono scale a 2 opzioni quelle che prevedono solo la scelta dicotomica Sì/No
  - a 3 opzioni le scale che oltre al Sì/No prevedono anche una risposta intermedia (In parte)
  - a 5 opzioni le scale che consentono un più articolato dettaglio delle risposte da un massimo di soddisfazione del requisito al minimo risultato conseguibile

Nel caso delle scale a 5 opzioni si è deciso – anziché costringere le risposte in un'unica formula – di proporre di volta in volta un'articolazione dei livelli coerente con l'oggetto indagato dall'indicatore (ciò significa pertanto che, per esempio, in alcune situazioni la scala sarà di ordine temporale e guarderà alla frequenza con cui il comportamento osservato verrà emesso mentre in altre sarà di tipo qualitativo e si concentrerà sul grado di adeguatezza del comportamento)

Indipendentemente dalle modalità con cui l'articolazione dei livelli viene descritta, la scala procede sempre dal risultato più positivo (il primo a sx) a quello più negativo (l'ultimo a dx) (P.e.: Sempre/ Quasi sempre / Occasionalmente / Quasi mai / Mai)

Per rispettare in modo omogeneo questo principio può accadere che (qualora così richieda la formulazione dell'indicatore) la graduazione venga invertita (P.e.: Mai/Quasi mai/ Occasionalmente /Quasi sempre/Sempre). In questo caso si intende che il comportamento positivo è descritto dal 'Mai' mentre il 'Sempre' indica, al contrario, il comportamento più negativo.

A ogni livello è agganciato in modo rigido un punteggio:

- nelle scale dicotomiche Sì corrisponde a 3 e No a 0
- nelle scale a 3 opzioni Sì corrisponde a 3, No a 0 e In parte a 1,5
- nelle scale a 5 opzioni procedendo da sx a dx (indipendentemente dal modo in cui la graduazione è formulata) si passa dal punteggio 3 a 2,5 a 1,5 a 0,5 fino al punteggio 0 attribuito all'ultima opzione a dx.

In fase di autovalutazione conviene non pensare al punteggio e concentrarsi unicamente su come classificare i comportamenti osservati.

	SI' 3	In parte 1,5	No 0		
Sempre 3	Quasi sempre 2,5	Occasionalmente 1,5	Quasi mai 0,5	Mai 0	
Moltissimo 3	Molto 2,5	Abbastanza 1,5	Poco 0,5	Per niente 0	
In misura più che adeguata 3	In misura adeguata 2,5	In misura sufficiente 1,5	Poco o molto poco 0,5	Per niente 0	

Solo al termine si potrà associare a ogni scala il relativo punteggio e ottenere somme per criterio, per sottoarea, ecc.. Assumendo come standard la somma del punteggio massimo (3) attribuibile a ogni indicatore si potrà confrontare il risultato conseguito, per criterio o sottoarea, con il miglior risultato conseguibile.

Ovviamente non avendo 'pesato' gli indicatori, verrà automaticamente attribuita a ciascuno la stessa importanza sebbene sia intuitivo che la misura in cui i diversi indicatori incidono nel determinare la qualità dell'azione professionale è diversa.

Una volta attribuiti i punteggi a tutti gli indicatori, questi potranno essere riportati nei diversi fogli allegati e costruiti in un file 'Score' (in formato excel) che è già costruito in modo da dare immediatamente la somma per criterio, per sotto-area, ecc.

Sulla base dei punteggi ottenuti sarà possibile formulare qualche iniziale riflessione che aiuti a individuare i punti di forza e le criticità del proprio operare e del proprio servizio.

L'osservazione (auto-osservazione) ripetuta in tempi successivi può offrire ulteriori spunti per rilevare e, in una qualche misura soppesare, eventuali modificazioni o scostamenti rispetto alle precedenti rilevazioni.

Il manuale può anche essere adottato come mappa di rilevazione delle attività prodotte dal servizio e come metodo per qualificare i processi sottesi in modo da consentire una base di confronto tra colleghi, assistenti sociali o di altre professionalità.

**Le tabelle in formato Excell sono disponibili sul sito dell'Ordine:  
[www.ordineaslombardia.it](http://www.ordineaslombardia.it)**



## SCORE

### Totale punteggio per sottoaree e totale generale servizio

SOTTOAREA 1 SEZIONE A							0
SOTTOAREA 1 SEZIONI B							0
SOTTOAREA 1 SEZIONI C							0
SOTTOAREA 1 SEZIONI D							0
TOTALE SOTTOAREA 1							0
SOTTOAREA 2							0
SOTTOAREA 3							0
TOTALE SERVIZIO							0

Nelle celle devono essere indicati i totali delle singole attività che compongono le diverse sottoaree.

Per esempio: nella Sottoarea1 Sezione A (casella evidenziata in viola) dovrà essere riportato il totale relativo all'attività di Valutazione di progetti.

Laddove una sottoarea si componga di più attività come la Sottoarea1 Sezione B (5 attività) nelle celle evidenziate in verde dovranno essere riportati i totali delle diverse attività.

## SCORE

### Sottoarea 1

### sezioni A e B

SEZIONE A		SEZIONE B			
VALUTAZIONE DI PROGETTI	VERIFICA DI REQUISITI E PROCESSI	CONTROLLO DELLA APPROPRIATEZZA	PRODUZIONE DI VERBALI	PREDISPOSIZ. DI PARERE	MAPPATURA DELLE RISORSE
CRITERIO 1	CRITERIO 1	CRITERIO 1	CRITERIO 1	CRITERIO 1	CRITERIO 1
		0			0
0			0		
	0			0	
CRITERIO 2	CRITERIO 2	CRITERIO 2	CRITERIO 2	CRITERIO 2	CRITERIO 2
	0			0	
0		0			
			0		0
CRITERIO 3	CRITERIO 3	CRITERIO 3	CRITERIO 3	CRITERIO 3	CRITERIO 3
			0	0	0
0		0			
	0				
CRITERIO 4	CRITERIO 4	CRITERIO 4	CRITERIO 4	CRITERIO 4	CRITERIO 4
				0	
0					0
	0				
		0			
CRITERIO 5	CRITERIO 5	CRITERIO 5	CRITERIO 5	CRITERIO 1	CRITERIO 5
					0
0					
		0		0	
CRITERIO 6	CRITERIO 6	CRITERIO 6	CRITERIO 6	CRITERIO 6	CRITERIO 6
		0			
TOTALE ATTIVITA'	TOTALE ATTIVITA'	TOTALE ATTIVITA'	TOTALE ATTIVITA'	TOTALE ATTIVITA'	TOTALE ATTIVITA'
0	0	0	0	0	0

## SCORE

### Sottoarea 1 sezioni C e D

SEZIONE C		SEZIONE D	
TAVOLI TECNICI	CONSULENZE INDIVIDUALI	GESTIONE DEL SITO WEB	MONITORAGGIO LISTE ATTESA
CRITERIO 1	CRITERIO 1	CRITERIO 1	CRITERIO 1
			0
	0	0	
0			
CRITERIO 2	CRITERIO 2	CRITERIO 2	CRITERIO 2
			0
0	0	0	
CRITERIO 3	CRITERIO 3	CRITERIO 3	CRITERIO 3
	0	0	
0			
CRITERIO 4	CRITERIO 4	CRITERIO 4	CRITERIO 4
		0	
CRITERIO 5	CRITERIO 5	CRITERIO 5	CRITERIO 5
		0	
CRITERIO 6	CRITERIO 6	CRITERIO 6	CRITERIO 6
TOTALE ATTIVITA'	TOTALE ATTIVITA'	TOTALE ATTIVITA'	TOTALE ATTIVITA'
0	0	0	0

**SCORE**

**Sottoarea 2  
attività di front office**

INFORMAZIONE CITTADINO	GESTIONE RECLAMI
CRITERIO 1	CRITERIO 1
0	0
CRITERIO 2	CRITERIO 2
0	0
CRITERIO 3	CRITERIO 3
0	0
CRITERIO 4	CRITERIO 4
0	0
CRITERIO 5	CRITERIO 5
0	0
CRITERIO 6	CRITERIO 6
0	0
TOTALE ATTIVITA'	TOTALE ATTIVITA'
0	0

**SCORE**

**Sottoarea 2  
attività di back office**

ARCHIVIAZIONI E DOCUMENTI	RICERCA	RACCOLTA DOCUMENTAZIONE	PRODUZIONE REPORTISTICA	DEFINIZIONE PROCEDURE
CRITERIO 1	CRITERIO 1	CRITERIO 1	CRITERIO 1	CRITERIO 1
0	0	0	0	0
CRITERIO 2	CRITERIO 2	CRITERIO 2	CRITERIO 2	CRITERIO 2
0	0	0	0	0
CRITERIO 3	CRITERIO 3	CRITERIO 3	CRITERIO 3	CRITERIO 3
0	0	0	0	0
CRITERIO 4	CRITERIO 4	CRITERIO 4	CRITERIO 1	CRITERIO 4
0	0	0	0	0
CRITERIO 5	CRITERIO 5	CRITERIO 5	CRITERIO 2	CRITERIO 5
0	0	0	0	0
CRITERIO 6	CRITERIO 6	CRITERIO 6	CRITERIO 6	CRITERIO 6
0	0	0	0	0
TOTALE ATTIVITA'	TOTALE ATTIVITA'	TOTALE ATTIVITA'	TOTALE ATTIVITA'	TOTALE ATTIVITA'
0	0	0	0	0

## Esito ricognizione organizzazione servizi di vigilanza (al settembre 2006)

ASL	Dipartimento/servizio/ unità operativa nel quale è inserito il servizio di vigilanza	Composizione èquipe	Qualifica e titolo del responsabile del servizio	Livello dell'attività (centralizzato/ distrettuale)	Funzioni ed aree di attività degli assistenti sociali
ASL LODI	Unità Operativa semplice "Accreditamento e Qualità e Controllo attività sociosanitarie" all'interno del Dipartimento ASSI	2 assistenti sociali, 1 psicologo, integrata da operatori di altri dipartimenti (medico geriatra, medico igienista)	Dirigente psicologo	Centralizzato	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Iter procedurale per l'autorizzazione al funzionamento di servizi e attività socio sanitarie</li> <li>- Iter procedurale per l'accreditamento di servizi/attività socio sanitarie.</li> <li>- Verifica mantenimento dei requisiti con sopralluogo</li> <li>- Controlli di appropriatezza in tutte le unità di offerta sociosanitarie previste dalla normativa</li> </ul>
ASL CITTÀ DI MILANO	Servizio "Vigilanza e Accreditamento Strutture Socio Sanitarie" in staff alla Direzione Sociale	3 assistenti sociali a tempo pieno, 3 assistenti sociali (parzialmente assegnate ad altri servizi), 1 assistente sanitaria, 1 educatrice profess.le, 1 amministrativo, 1 psicologo	Dirigente psicologo	Centralizzato Gli operatori a tempo pieno sono referenti di una o più tipologie di strutture o dedicati all'attività di controllo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Iter procedurale per l'autorizzazione al funzionamento di servizi e attività socio sanitarie</li> <li>- Iter procedurale per l'accreditamento di servizi/attività socio sanitarie.</li> <li>- Verifica mantenimento dei requisiti con sopralluogo</li> <li>- Controlli di appropriatezza in tutte le unità di offerta sociosanitarie previste dalla normativa</li> <li>- Consulenza ai gestori</li> </ul>
ASL MILANO 1	Ufficio denominato "Acquisto e Controllo" in staff alla Direzione Sociale	1 assistente sociale (responsabile) 1 amministrativo, 1 educatore prof.le, diverse assistenti sociali dei distretti assegnate a tempo parziale	Assistente sociale	Distrettuale. Le èquipe distrettuali effettuano le visite raccordandosi con l'Ufficio Acquisto e Controllo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Iter procedurale per l'autorizzazione al funzionamento di servizi e attività socio sanitarie</li> <li>- Iter procedurale per l'accreditamento di servizi/attività socio sanitarie.</li> <li>- Verifica mantenimento dei requisiti con sopralluogo</li> <li>- Controlli di appropriatezza in tutte le unità di offerta sociosanitarie previste dalla normativa</li> </ul>
ASL MILANO 2	Servizio, composto da due unità organizzative, in staff alla Direzione Sociale	2 assistenti sociali 1 psicologo 3 amministrativi integrata da operatori assegnati a tempo parziale che operano nei distretti (assistenti sociali, infermieri prof., educatore prof.le)	Dirigente amministrativo	Centralizzato con suddivisione per tipologia dei servizi oggetto dei controlli	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Iter procedurale per l'autorizzazione al funzionamento di servizi e attività socio sanitarie</li> <li>- Iter procedurale per l'accreditamento di servizi/attività socio sanitarie.</li> <li>- Verifica mantenimento dei requisiti con sopralluogo</li> <li>- Controlli di appropriatezza in tutte le unità di offerta sociosanitarie previste dalla normativa</li> </ul>
ASL MILANO 3	Servizio interno al Dipartimento PAC sanitario	1 Medico Per le RSA e i CDI: 2 assistenti sociali (di cui 1 a tempo parziale) 2 amministrativi Per le altre tipologie socio sanitarie e per quelle socio assistenziali: 2 assistenti sociali (di cui 1 a tempo parziale) 2 amministrativi	Dirigente medico responsabile del Dipartimento PAC; dirigente amministrativo responsabile del servizio	Centralizzato con suddivisione interna per tipologie dei servizi	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Iter procedurale per l'autorizzazione al funzionamento di servizi e attività socio sanitarie</li> <li>- Iter procedurale per l'accreditamento di servizi/attività socio sanitarie.</li> <li>- Verifica mantenimento dei requisiti con sopralluogo</li> <li>- Controlli di appropriatezza in tutte le unità di offerta sociosanitarie previste dalla normativa</li> </ul>
ASL PAVIA	Servizio denominato "Rapporti Enti e Strutture" all'interno del Dipartimento ASSI	3 assistenti sociali 1 infermiere prof.le 5 medici (di cui 3 a tempo parziale assegnati anche ad altri servizi) 2 amministrativi	Il coordinamento del Servizio è assegnato ad un assistente sociale con posizione organizzativa	Centralizzato	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Iter procedurale per l'autorizzazione al funzionamento di servizi e attività socio sanitarie</li> <li>- Iter procedurale per l'accreditamento di servizi/attività socio sanitarie.</li> <li>- Verifica mantenimento dei requisiti con sopralluogo</li> </ul>

## Esito ricognizione organizzazione servizi di vigilanza (al marzo 2009)

ASL	Dipartimento/servizio/unità operativa nel quale è inserito il servizio di vigilanza	Composizione équipe	Qualifica e titolo del responsabile del servizio	Livello dell'attività (centralizzato/distrettuale)	Funzioni ed aree di attività degli assistenti sociali
ASL LODI	Unità Operativa Semplice "Accreditamento e Qualità e Controllo attività socio sanitarie" in staff alla Direzione Sociale	4 assistenti sociali, 1 educatore prof.le, 1 psicologo, integrata da operatori di altri dipartimenti (medico geriatra, medico igienista, tecnici della prevenzione, infermiere prof.le, fisioterapisti)	dirigente psicologo	Centralizzata	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Iter procedurale per la verifica delle Dichiarazioni di Inizio Attività (DIA) di servizi e attività socio san.</li> <li>- Iter procedurale per l'accreditamento di servizi/attività socio sanitarie.</li> <li>- Verifica mantenimento dei requisiti con sopralluogo</li> <li>- Controlli di appropriatezza in tutte le unità di offerta socio sanitarie previste dalla normativa</li> </ul>
ASL CITTÀ DI MILANO	Servizio "Verifica Attività Sanitarie e Verifica e Accredimento Attività socio sanitarie e assistenziali" inserito nel Dipartimento PAC (non è ancora definita la suddivisione interna delle unità operative)	1 medico (responsabile Servizio) 2 medici igienisti 1 medico del lavoro 1 medico infettivologo 3 assistenti sociali 1 assistente sociale (a metà tempo) 2 assistenti sociali (per collaborazioni parziali) 1 assistente sanitaria, 1 educatrice profess.le (a metà tempo) 3 amministrativi (alcuni sopralluoghi si svolgono congiuntamente a tecnici della prevenzione)	dirigente medico	Centralizzato sulle u.d.o. socio sanitarie. Per le u.d.o. socio assistenziali gli operatori si raccordano con i tecnici della prevenzione dei distretti o con l'operatore della vigilanza del Comune di Milano.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Iter procedurale per CIA e DIA (ex autorizzazione al funzionamento)</li> <li>- iter procedurale per l'accreditamento di servizi/attività socio sanitarie</li> <li>- predisposizione di pareri e istruttoria di atti deliberativi</li> <li>- verifica del possesso e del mantenimento dei requisiti con sopralluogo</li> <li>- controlli di appropriatezza su alcune tipologie (Consultori Familiari, CDI, RSD, CDD, strutture per tossicodipendenti)</li> <li>- produzione di verbali</li> <li>- attività di consulenza agli erogatori attraverso colloqui individuali</li> <li>- archiviazione e tenuta dei documenti</li> <li>- raccolta di atti e leggi</li> <li>- produzione reportistica</li> <li>- attività a supporto di obblighi istituzionali interni ed esterni</li> </ul>
ASL MILANO 1	Unità Operativa Complessa "Vigilanza e Controllo" inserita nel Dipartimento PAC Aziendale - Area ASSI e funzionalmente afferente alla Direzione Sociale. Composta da due Unità Operative Semplici: 1) UOS Nucleo Operativo Controlli Assi 2) UOS Vigilanza Servizi Socio Assistenziali	1 medico (direttore della UOC) 1 medico (responsabile della UOS NOC Assi) 1 psicologo (responsabile della UOS Vigilanza Servizi Socio Assistenziali) 5 assistenti sociali 1 psicologo 1 educatore prof.le 1 tecnico informatico Per lo svolgimento dell'attività l'UOC collabora con il Dipartimento di Prevenzione Medica e con i Distretti	dirigente medico	Centralizzata sulle strutture socio sanitarie. Le équipe distrettuali effettuano visite di vigilanza limitatamente alle Unità d'offerta Sociali raccordandosi con l'UOS centrale che coordina l'attività.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Iter procedurale per CPIA e DIA (ex autorizzazione al funzionamento),</li> <li>- iter procedurale per l'accreditamento di servizi/attività socio sanitarie</li> <li>- predisposizione di pareri e istruttoria di atti deliberativi</li> <li>- verifica del possesso e del mantenimento dei requisiti con sopralluogo</li> <li>- controlli di appropriatezza</li> <li>- produzione di verbali</li> <li>- attività di consulenza agli erogatori attraverso la partecipazione a tavoli tecnici e colloqui individuali</li> <li>- gestione del sito web</li> <li>- archiviazione e tenuta dei documenti</li> <li>- raccolta di atti e leggi</li> <li>- produzione reportistica</li> <li>- attività a supporto di obblighi istituzionali interni ed esterni</li> </ul>
ASL MILANO 2	Non pervenute				

## Esito ricognizione organizzazione servizi di vigilanza (al marzo 2009)

ASL	Dipartimento/servizio/ unità operativa nel quale è inserito il servizio di vigilanza	Composizione èquipe	Qualifica e titolo del responsabile del servizio	Livello dell'attività (centralizzato/distrettuale)	Funzioni ed aree di attività degli assistenti sociali
ASL PROVINCIA DI MONZA E BRIANZA (EX MILANO 3)	Servizio interno al Dipartimento PAC sanitario	<p>1 Medico Per le RSA e i CDI: 2 assistenti sociali (di cui 1 a tempo parziale) 2 amministrativi Consulente geriatra per controlli appropriatezza</p> <p>Per le altre tipologie socio sanitarie e per quelle socio assistenziali: 2 assistenti sociali (di cui 1 a tempo parziale) 2 amministrativi</p>	Dirigente medico	Centralizzato con suddivisione interna per tipologie dei servizi socio sanitari e socio assistenziali	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Iter procedurale per verifica DIA di servizi/attività socio sanitarie</li> <li>- Iter procedurale per l'accreditamento di servizi/attività socio sanitarie.</li> <li>- Visite di vigilanza per la verifica del del possesso/mantenimento dei requisiti di autorizzazione, di esercizio e di accreditamento di tutte le unità di offerta sociosanitarie</li> <li>- Visite di vigilanza per la verifica del possesso/mantenimento dei requisiti di autorizzazione e di esercizio di tutte le U.d.O. sociali</li> <li>- Controlli di appropriatezza in tutte le unità di offerta sociosanitarie previste dalla normativa</li> </ul>
ASL PAVIA	<p>Unità Organizzativa Complessa "Budget Acquisto e Controllo" inserita nel Dipartimento ASSI. Composta da due Unità Operative Semplici:</p> <p>1) U.O.S. "Qualità della rete sociosanitaria e socio assistenziale" a cui sono state assegnate le funzioni di vigilanza ordinaria sulle unità di offerta sociosanitarie e socio assistenziali e i compiti connessi all' iter di accreditamento</p> <p>2) U.O.S. "Acquisto e controllo prestazioni" a cui sono assegnate le funzioni di controllo di appropriatezza</p>	<p>All'U.O.S. "Qualità della rete sociosanitaria e socio assistenziale" sono assegnati: 4 assistenti sociali (di cui 1 in condivisione con l'altra U.O.S.) 3 medici (1 a tempo pieno e 2 a tempo parziale) 4 amministrativi (di cui 1 in condivisione con l'altra U.O.S.) 2 infermieri prof.li (assegnate per metà tempo all'altra U.O.S.) La composizione dell'èquipe varia in base alla tipologia di servizio controllato ed alla finalità del sopralluogo.</p> <p>All' U.O.S. "Acquisto e controllo prestazioni" sono assegnati 3 medici (2 a tempo pieno e 1 tempo parziale) 2 infermieri prof.li (assegnati per metà tempo all'altra U.O.S.) n. 1 fisioterapista n. 1 assistente sociale (assegnata in parte anche all'altra U.O.S.) 1 psicologa a tempo parziale 1 amministrativo in condivisione con l'altra U.O.S.) La composizione dell'èquipe varia in base alla tipologia di servizio controllato</p>	<p>Dirigente medico (Ad una assistente sociale è assegnata posizione organizzativa per il coordinamento dell'attività)</p> <p>Dirigente medico</p>	<p>Centralizzato</p> <p>Centralizzato</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Iter procedurale per verifica D.I.A.</li> <li>- iter procedurale per accreditamento di servizi/attività socio sanitarie</li> <li>- visite di vigilanza in èquipe per la verifica del possesso/mantenimento dei requisiti autorizzativi, di esercizio e di accreditamento di tutte le unità di offerta sociosanitarie</li> <li>- visite di vigilanza in èquipe per la verifica del possesso/mantenimento dei requisiti autorizzativi e di esercizio di tutte le U.d.O. sociali</li> <li>- verifica requisiti di accreditamento pattanti voucher sociosanitario</li> <li>- accertamenti/verifiche documentali</li> <li>- consulenza tecnica soggetti gestori</li> <li>- consulenza e raccordo con i Piani di Zona e con i Comuni per le attività rivolte alle U.d.O. sociali</li> </ul> <p>Controlli di appropriatezza in èquipe nelle seguenti unità di offerta sociosanitarie: CDI- CDD- CSS- Servizi residenziali e semiresidenziali per tossicodipendenti-consultori.</p>

# Quali possibili sviluppi?

# 3



A conclusione del percorso che ha portato alla costruzione del manuale, il gruppo di lavoro ha deciso di procedere nella fase di sperimentazione con l'obiettivo di "testare" la tenuta dello strumento ed evidenziarne le eventuali aree di criticità. La prima somministrazione "sperimentale", avvenuta a gennaio 2009, ha dunque coinvolto un campione minimo di operatori, costituito dai partecipanti al gruppo di lavoro e rappresentativo di un ridotto numero di ASL (6 sul totale delle 16 ASL Lombarde).

In considerazione dell'esiguità del campione appare piuttosto difficile, alla luce dei primi risultati elaborati, esprimere valutazioni che abbiano una pretesa di generalizzazione e che possano essere commisurate con le ipotesi iniziali.

Tuttavia, oltre ad una conferma sulla "tenuta" dello strumento, possiamo affermare che i primi risultati, ancorché "grezzi", ci hanno fornito alcuni importanti spunti di riflessione.

Da un lato abbiamo osservato che le percentuali maggiori di compilazioni si registrano su quelle sottoaree che rappresentano il "core" dei servizi di vigilanza, laddove il mandato istituzionale è percepito come più forte: verifica dei requisiti, appropriatezza, pareri, verbali, ecc.

In queste aree inoltre, in modo abbastanza omogeneo, quasi tutte le ASL hanno registrato il minore scarto rispetto al valore atteso.

Se ripartiamo dalle ipotesi iniziali, descritte nella prima parte, dobbiamo ritenere che qui si concentrino le aree di "buona qualità" del servizio e che le stesse, almeno in parte, siano sovrapponibili alla percezione di buona qualità dell'esercizio della professione.

In altre parole possiamo ritenere che queste siano le aree in cui vi sia il maggiore riconoscimento delle conoscenze e delle competenze proprie della professione sociale.

D'altro lato ad una prima analisi dei risultati della somministrazione si evidenzia che anche le "non compilazioni" si concentrano maggiormente su altrettante aree abbastanza definite: valutazione progetti, ricerca, mappatura delle risorse, gestione sito, monitoraggio liste di attesa (es. l'attività di valutazione dei progetti viene effettuata dagli assistenti sociali solo nella metà delle ASL rappresentate nel campione e l'attività di ricerca solo in una ASL).

In questo caso può essere interessante interrogarci proprio a partire dalle ragioni delle non compilazioni: si tratta di aree che in fase di costruzione dello strumento erano proprie del servizio ed oggi non lo sono più? Oppure gli assistenti sociali del gruppo svolgevano quell'attività ed oggi non più?

Di fatto il campione, nei limiti segnalati, potrebbe confermare queste prime ipotesi, soprattutto tenuto conto che

dall'inizio del lavoro di riflessione molto è cambiato sia dal punto di vista dei riferimenti normativi che dell'assetto organizzativo dei servizi (ne è una conferma il fatto che più del 50% dei partecipanti ha nel frattempo cambiato le sue funzioni all'interno dell'Ente).

Ma si potrebbe ipotizzare anche un'altra possibile lettura, ovvero che il gruppo di lavoro abbia in parte "forzato" rispetto alla declinazione di alcune attività, ritenendo che nelle stesse si potessero "riconoscere" le competenze proprie della professione.

La scarsa rappresentatività di queste aree nella nostra rilevazione potrebbe quindi indicare l'esistenza di una zona di discrepanza tra quella che è l'idea di buona qualità del proprio agire professionale da parte dell'assistente sociale all'interno dei servizi di vigilanza e quella che invece le è riconosciuta dall'organizzazione. E questo ci porterebbe necessariamente a dover ampliare la prospettiva della nostra indagine anche alla dimensione organizzativa che, in questa fase, non è stata presa in considerazione.

Questa ultima riflessione ci porta a concludere accennando brevemente ai possibili sviluppi del lavoro sin qui svolto, distinguendo almeno due livelli.

**Un primo livello** che attiene alla possibilità di "affinare" maggiormente lo strumento:

- andando ad individuare criteri ed indicatori di buona qualità dei processi organizzativi
- andando a definire per ogni criterio e/o indicatore il relativo peso (decidendo dunque se attribuire un peso più alto a indicatori che misurano la realizzazione di pratiche eccedenti la buona qualità ordinaria - nel caso in cui si sia orientati ad una valutazione che sostenga l'eccellenza - o se invece attribuire un punteggio più alto al possesso di requisiti che dovrebbero essere dati quasi per scontati - se non si può essere certi che un livello medio di buona qualità sia sufficientemente consolidato e condiviso
- andando a definire degli standard (cioè dei valori ottimali per ogni misura).

**Un secondo livello** di sviluppo potrebbe invece essere rappresentato dalla possibilità di proporre l'utilizzo del manuale, nato come strumento di autovalutazione della qualità dell'attività professionale dell'assistente sociale, anche ad altre figure professionali che operano nei servizi di vigilanza.

In questo modo il manuale potrebbe essere utilizzato come una sorta di "bussola" sulla cui base andare a verificare il posizionamento del servizio.

# Riferimenti normativi

# 4



- D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 “Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell’articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421”
- DPR 14 gennaio 1997 “Approvazione dell’atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l’esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private”.
- Legge Regionale 11 luglio 1997, n. 31 “ Norme per il riordino del servizio sanitario regionale e sua integrazione con le attività dei servizi sociali” (B.U. 11/07/1997 n. 28, 2° suppl. ord.)
- Legge 8 novembre 2000, n.328 “Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali” (G.U. Suppl. Ordinario n. 186)
- Legge Regionale 5 gennaio 2000, n. 1 “Riordino del sistema delle autonomie in Lombardia. Attuazione del D. Lgs. 31 marzo 1998, n. 112” (Conferimento di funzioni e compiti amministrativi dallo Stato alle regioni ed agli enti locali, in attuazione del capo I della legge 15 marzo 1997, n. 59) - (B.U. 10/01/2000 1° Suppl. Ordinario n. 2 186)
- Circolare Regionale 21 giugno 2004 n. 22 “Vigilanza e controllo delle ASL sui servizi socio sanitari integrati accreditati” (B.U. 12/07/2004 Serie Ordinaria n. 29)
- Legge Regionale 2 aprile 2007 n. 8 “Disposizioni in materia di attività sanitarie e socio-sanitarie. Collegato” (B.U. 06/04/2007 1° Suppl. Ordinario n.14)
- Circolare r. 18 aprile 2007 n. 14 Prime indicazioni operative inerenti l’articolo 4 della legge regionale n. 8 del 27 marzo 2007” Disposizioni in materia di attività sanitarie e socio-sanitarie-Collegato” (B.U. 07/05/2007 Serie Ordinaria n.19)
- Circolare r. 5 luglio 2007 n. 21 Chiarimenti in ordine a d.g.r. n. 3257 del 4 ottobre 2006
- “Identificazione, a domanda, in capo ad un unico soggetto gestore di una pluralità di strutture socio-sanitarie accreditate” (B.U. 23/07/2007 Serie Ordinaria n.30)
- D.G.R. 10 ottobre 2007 n. 5508 “Procedura per l’accreditamento e la successiva contrattazione di servizi socio-sanitari realizzati con finanziamenti pubblici statali o regionali”
- Legge Regionale 12 marzo 2008 n. 3 “Governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale e socio sanitario” (B.U. 17/03/2008 1° Suppl. Ordinario n.12)
- D.G.R. 13 giugno 2008 n. 8/7438 “Determinazione in ordine all’individuazione delle unità di offerta sociosanitarie ai sensi dell’articolo 5, comma 2 della l.r. 3/2008” (B.U. 30/06/2008 Serie Ordinaria n.27)
- D.G.R. 13 giugno 2008 n. 8/7437 “Determinazione in ordine all’individuazione delle unità di offerta sociali ai sensi dell’articolo 4, comma 2 della l.r. 3/2008” (B.U. 30/06/2008 Serie Ordinaria n.27)
- Circolare r. 20 giugno 2008 n. 8 Seconda circolare applicativa della l.r. n. 3/2008 “Governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale e sociosanitario” (B.U. 30/06/2008 Serie Ordinaria n.27)
- D.G.R. 26 novembre 2008 n. 8/8496 “Disposizioni in materia di esercizio, accreditamento, contratto e linee di indirizzo per la vigilanza ed il controllo delle unità di offerta socio-sanitarie” (B.U. 09/12/2008 Serie Ordinaria n.50)

Con riferimento ai requisiti di esercizio per le unità di offerta sociali e di esercizio e accreditamento delle diverse tipologie di offerta socio sanitarie si rimanda ai relativi provvedimenti regionali.

# Suggerimenti bibliografici e documentazione



AAVV, *Valutazione in azione*, Franco Angeli, Milano, 2006

Beccastrini S., Gardini A., Tonelli S., *Piccolo Dizionario della qualità*, Centro Scientifico Editore, Torino, 2001

Bertin G., *Valutazione e sapere sociologico*, Franco Angeli, Milano, 1996

Bezzi C., *La valutazione dei servizi alla persona*, Giada, Perugia, 2000

Bezzi C., *Il disegno della ricerca valutativa*, Franco Angeli, Milano, 2001

Campanini A. (a cura di), *La valutazione nel servizio sociale. Proposte e strumenti per la qualità dell'intervento professionale*, Carocci, Roma, 2006

Cesaroni M., Sequi R., *Sistema informativo e servizi sociali*, Carocci, Roma, 2000

Cicoletti D. - Corso di formazione: "Il senso del dato - metodo di analisi e lettura dei numeri" - organizzato da ASL Provincia di Milano 1

Cipolla C., Giarelli G., Altieri L., (a cura di), *Valutare la qualità in sanità. Approcci, metodologie e strumenti*, Franco Angeli, Milano, 2002

Conti T., De Risi P. (a cura di), *Manuale della Qualità*, Il Sole 24 Ore, Milano, 2001

Dani L., *La buona qualità. Una proposta per la gestione della qualità nei servizi alla persona* Franco Angeli, Milano, 2003

De Ambrogio U. (a cura di), *Valutare gli interventi e le politiche sociali*, Carocci, Roma, 2003

De Ambrogio U., Bertotti T., Merlini F. (a cura di), *L'assistente sociale e la valutazione*, Carocci, Roma, 2007

De Robertis C., *Metodologia dell'intervento nel lavoro sociale*, Zanichelli Editore

Di Stanislao F., Liva C., *Accreditamento dei servizi sanitari in Italia*, Centro Scientifico Editore, Torino, 1998

Elefanti M., Brusoni M., Mallarini E., *La qualità nella sanità*, E.G.E.A. S.p.A.

Elia P. (a cura di), *Valutare la qualità dell'intervento social*, Conedis, Torino, 2000

Fiocco P.M., Martinati M. (a cura di), *Qualità sociale dei servizi sociali*, Franco Angeli, Milano, 2002

Leone L., Prezza M., *Costruire e valutare progetti nel sociale*, Franco Angeli, Milano, 1999

Focarile F., *Indicatori di qualità nell'assistenza sanitaria*, Centro Scientifico Editore, Torino, 1998

Milner J., O'Byrne P., *L'assessment nei servizi sociali*, Erickson, Trento, 2005

Morosini P.L., Perrero F., *Enciclopedia della gestione di qualità in sanità*, Centro Scientifico Editore, Torino, 1999

Palumbo M., *Il processo di valutazione*, Franco Angeli, Milano, 2001

Palombo M., *Il processo di valutazione. Decidere, programmare, valutare*, Franco Angeli, Milano, 2003

Ranci Ortigosa E., *La qualità nei servizi sanitari*, Franco Angeli, Milano, 2000

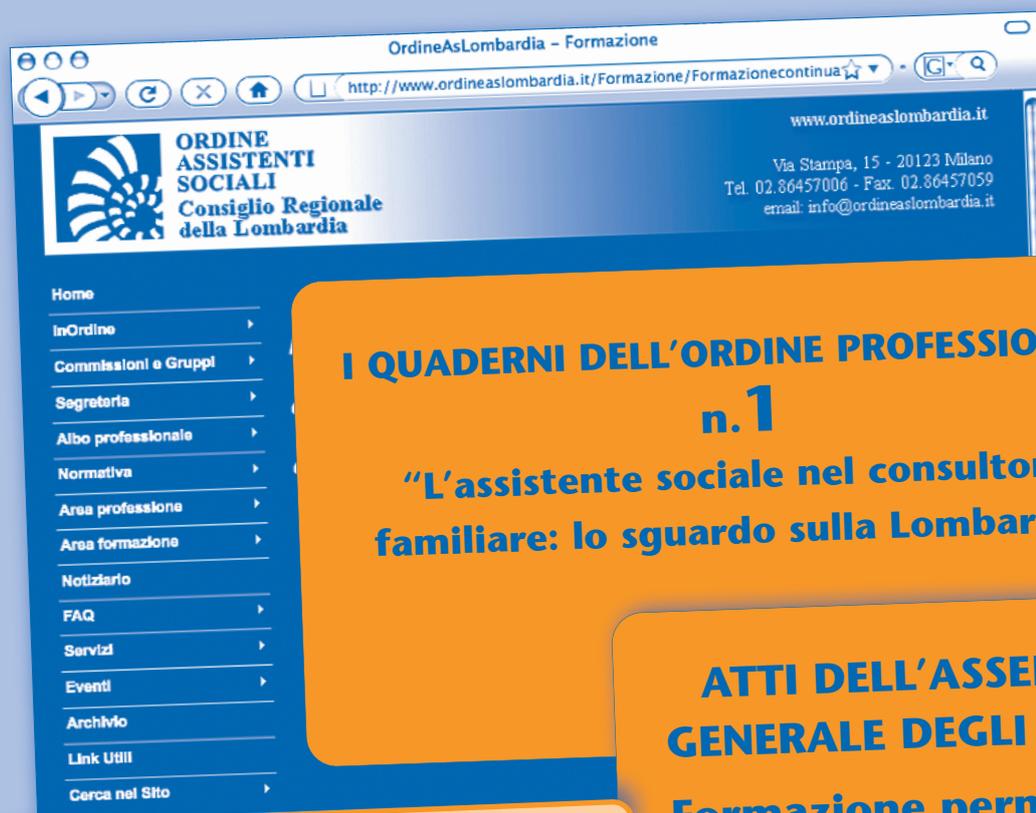
Regalia C., Bruno A. (a cura di), *Valutazione e qualità nei servizi*, Unicopli, Milano, 2000

Shaw I., Lishman J., *La valutazione nel lavoro sociale*, Erickson, Trento, 2002

Vecchiato T. (a cura di), *La valutazione della qualità nei servizi. Metodi, tecniche, esperienze*, Fondazione E. Zancan, Padova, 2000

Legge 150/2000 - "Disciplina delle attività di informazione e di comunicazione delle pubbliche amministrazioni" - (G.U. n° 136 del 13.6.2000)

www.cwi.it - Computerworld "Pulizia dei dati, la qualità migliora le decisioni"



## I QUADERNI DELL'ORDINE PROFESSIONALE n. 1

"L'assistente sociale nel consultorio familiare: lo sguardo sulla Lombardia"

## ATTI DELL'ASSEMBLEA GENERALE DEGLI ISCRITTI

Formazione permanente:  
la qualità continua  
dei Professionisti

Centro Culturale San Fedele  
Milano  
Sabato 13 giugno 2009



**ORDINE  
ASSISTENTI  
SOCIALI**  
Consiglio Nazionale

## Codice deontologico: nuovo testo in vigore dal 1° settembre 2009

Il Consiglio Nazionale, nella seduta del 17 luglio 2009, ha approvato il nuovo Codice deontologico dell'Assistente Sociale, elaborato a seguito dei lavori dell'Osservatorio deontologico Nazionale, stabilendone l'entrata in vigore dal 1 settembre 2009. Il Consiglio regionale ha recepito il testo del nuovo codice deontologico nella seduta del 10/08/09.

**Edito a cura di:**  
Ordine Assistenti Sociali - Regione Lombardia

**Presidente:**  
Renata Ghisalberti

**Direttore Responsabile:**  
Renata Ghisalberti

**Redazione:**  
Via Stampa, 15 - 20123 Milano  
tel. 02 86457006 - fax. 02 86457059  
e.mail: [info@ordineaslombardia.it](mailto:info@ordineaslombardia.it)

**Stampa:**  
SATE - Società Anonima Tipografica  
Editoriale s.r.l.  
Via Praga, 1 - Zingonia Verdellino (BG)

**Progetto grafico e impaginazione:**  
Nicolò Quirico - [www.quirico.com](http://www.quirico.com)

**Registrazione:**  
Tribunale di Milano n. 286 del 10/05/97

**Periodicità:**  
Trimestrale