Sommario

I PARTE ASPETTI GENERALI *4*

1. PRESENTAZIONE **4**
1.1 Origine e storia 4
1.2 Mission e Vision 5
1.3 La sede legale e le strutture: 8

2. PATTO SOCIALE SUL PIANO DELLA QUALITA' **8**
2.1 Il piano socio sanitario e le nuove logiche organizzative Basate sul miglioramento continuo della qualità del servizio alla persona 8
2.2. Individuazione stakeholders, esigenze e aspettative per l'introduzione e lo sviluppo del Piano della Qualità 9
2.3. Presentazione del Piano Qualità 10

3.. GESTIONE DEL PIANO DELLA QUALITÀ **10**
3.1. Redazione e approvazione 10
3.2. Distribuzione e aggiornamento 10
3.3. Scopo e campo di applicazione 11
3.4. Termini, definizioni e acronimi 11

4.. PRINCIPALI RIFERIMENTI NORMATIVI **12**

5. LE LOGICHE ATTUATIVE DELLA NUOVA ORGANIZZAZIONE OPERATIVA PER IL MIGLIORAMENTO CONTINUO DELLA QUALITA' DEL SERVIZIO **12**
5.1. Obiettivi e principi 12
5.2. Struttura organizzativa 13
5.3. Modello organizzativo 14
5.4. Organigramma e Funzionigramma 15

6.. FORMAZIONE PER LA QUALITA' **15**
6.1. Le fasi del processo formativo 16
6.2. La formazione per la qualità 17

II PARTE *18*

PIANO DETTAGLIATO DELLE FASI PROGETTUALI *18*

7.PROGRAMMAZIONE **18**
7.1. Linee guida del Piano della Qualità 18
7.2. Aree di intervento 19
7.3. Responsabilità 20
7.4. Procedure 20
7.5. Fasi e tempi 21
7.6. Standard di qualità 22

8.. PROGETTAZIONE 22
8.1. Responsabilità 22
8.2. Tempi e modi per la realizzazione dei Progetti Qualità 22

9.. ESECUZIONE 23
9.1. Progetto Qualità 23
9.2. Responsabilità 24
9.3. Procedure e standard di qualità 24
9.4. Tempi e modi di esecuzione 24
9.5. Programmi per i controlli 24

10. AUDIT 24
10.1. Responsabilità, tempi e modi 24
10.2. Procedure 25
10.3. Programmi per i controlli 25

11. RISULTATI 25
11.1. Responsabilità e tempi 25
11.2. Procedure per il controllo dei risultati 26
11.3. Programmi per i controlli 26
11.4. Garanzia del conseguimento degli obiettivi nel tempo 26

APPENDICE 27
APPENDICE 1 – Accordo con gli stakeholders 27
APPENDICE 2 – Piano Comunicazione Interna ed Esterna 38
APPENDICE 3 – TABELLA INDICATORI 40

Il Piano della Qualità si propone come obiettivo il miglioramento dell'assistenza alla persona, miglioramenti in termini di sviluppo organizzativo e rinnovamento culturale. Il Piano detta quindi le linee guida strategiche e operative ispirandosi alle logiche del miglioramento continuo di tutti i processi al fine di affermarsi come luogo e strumento per una educazione e sensibilizzazione alle problematiche delle persone assistite e dei loro familiari. Questo grazie allo sviluppo culturale negli operatori in cui assumono rilievo valori diversi rispetto al passato come la leadership, il coinvolgimento, la delega e il team con le risorse umane al centro del sistema viste come artefici dei risultati di qualità e quindi da motivare, sviluppare, formare: in sintesi valorizzare e salvaguardare. Le logiche del funzionamento del Piano della Qualità sono quelle della condivisione degli obiettivi e del coinvolgimento diffuso centrando sulle singole realtà operative le responsabilità primarie e dotandole di tutte le leve indispensabili per migliorare continuamente il servizio alla persona assistita.

I PARTE ASPETTI GENERALI

1. PRESENTAZIONE

1.1 Origine e storia

La Buona Novella nasce in relazione ad un preciso diritto del cittadino disabile. La storia della Comunità "La buona novella" di Fabriano inizia nell'ottobre del 1971 sulla scia dei valori e del modello di vita intrapreso quattro anni prima dalla Comunità di Capodarco di Fermo e grazie all'iniziativa di don Angelo Fanucci. Il primo nucleo si insedia in un palazzo antico, in stato di decennale abbandono, nel centro storico di Fabriano. Il palazzo viene ristrutturato e reso accessibile ai disabili grazie al lavoro di giovani volontari del movimento degli studenti eugubino e di una squadra di muratori professionisti anch'essi volontari.

Il nuovo gruppo, chiamato "La buona novella", è stato e continua a essere un forte messaggio di emancipazione e rinnovamento per la vita delle persone disabili. Il primo gruppo di comunitari fabrianesi, composto da 7-8 persone provenienti dalla sede di Capodarco di Fermo, si organizza come centro di formazione e recupero scolastico per adulti disabili, nel tentativo di far combaciare la cultura didattica-ministeriale, all'altra cultura, quella più importante e legata alla vita stessa, quella di garantire ai disabili quei diritti troppo spesso loro negati.

Il terremoto del settembre 1997 nelle regioni Marche e Umbria lesiona gravemente la sede ufficiale della comunità, costringendo il gruppo a trasferirsi, nel 1998, in una sede provvisoria, un ex edificio scolastico nella frazione di Collamato di Fabriano. Nel luglio del 2005, dopo 7 anni di "esilio", grazie a un lungo lavoro di ristrutturazione e rinnovamento, La buona novella torna finalmente nella sede storica di via Gentile da Fabriano. Nel 2021 la Buona Novella ha avuto un cambio di dirigenza e di regione sociale con Presidente Dott. Riccardo Sollini.

Oggi l'impresa sociale "La Buona Novella" è una realtà accreditata e autorizzata dalla Regione Marche e contrattualizzata con il sistema Sanitario Nazionale

La Comunità rispetta i requisiti minimi previsti dai regolamenti legislativi nazionali e regionali in materia di accreditamento delle strutture residenziali di accoglienza per minori (Legge Regionale n. 21 del 2016).

1.2 Mission e Vision

"La centralità e l'integralità della persona (intesa come essere relazionale) sono gli unici elementi imprescindibili ed insostituibili sui quali costruire strumenti e metodologie di intervento adeguati alle persone che accogliamo e ai contesti in cui operiamo come soggetti attivi e propositivi, pronti ad aprirsi alle nuove difficoltà e sfide senza preclusioni o discriminazioni.

La presenza e il volto dell'altro è il dato originario che precede il singolo e che permette al singolo di ritrovarsi, darsi un'identità e un senso. È l'esistenza dell'altro che chiama alla responsabilità personale.

Proponiamo, allora, a coloro che contribuiscono alla nostra attività di sperimentare una relazione decentrata da sé verso l'altro, come valore etico e spirituale. Riteniamo che la ricerca di Senso sia un'esigenza primaria di ogni persona. Per questo ci impegniamo a costruire relazioni e percorsi che vogliono:

- Rendere tutti soggetti attivi, con la loro storia, i loro bisogni, i loro vissuti, i loro saperi e le loro speranze;
- Responsabilizzare le persone nel percorso di cambiamento o di miglioramento della qualità della vita;
- Accogliere senza precondizioni, precomprensioni o preclusioni, attenti a favorire eventuali aperture al cambiamento o all'assunzione di maggiori responsabilità;
- Accompagnare sempre la persona a prescindere dalle sue scelte e riaccoglierla creando nuove opportunità;
- Accrescere le capacità di costruire rapporti positivi e propositivi con il proprio contesto familiare e sociale;
- Sviluppare competenze lavorative, culturali e sociali;
- Avere attenzione al percorso complessivo dell'individuo oltre che ai singoli elementi della sua storia.
- Tendere, anche nei casi di maggiore complessità, talvolta definiti cronici, ad un intervento orientato comunque al miglioramento della qualità della vita."

Eguaglianza

Tutti i servizi erogati si basano sul principio di uguaglianza dei diritti delle persone, assicuriamo pari dignità a tutti senza discriminazioni di razza, etnia, lingua, religione, opinioni politiche, condizioni psicofisiche e socio-economiche.

Onestà

Le persone che lavorano con noi devono rispettare diligentemente le leggi e i regolamenti vigenti, adottando un comportamento moralmente integro e evitando favoritismi o vantaggi illeciti.

Imparzialità e Continuità

Svolgiamo le nostre attività con obiettività, giustizia ed imparzialità, garantendo la regolarità e la continuità dei servizi offerti e adottando misure per evitare o ridurre interruzioni o irregolarità nel funzionamento.

Diritto di Scelta

Ci impegniamo costantemente a cercare modalità più flessibili per l'erogazione dei servizi, nel rispetto delle normative vigenti e delle esigenze organizzative e funzionali, garantendo ai cittadini la possibilità di scegliere.

Partecipazione

Promuoviamo la partecipazione dei cittadini semplificando le procedure e fornendo un'informazione completa e trasparente. L'utente ha diritto di accesso alle informazioni, di presentare reclami o istanze e di suggerire miglioramenti.

Continuità

Eroghiamo i servizi in modo integrato, regolare e continuo, compatibilmente con le risorse disponibili e i vincoli normativi.

Efficienza ed Efficacia

L'erogazione dei nostri servizi si basa su modalità volte a raggiungere gli obiettivi di efficienza ed efficacia, garantendo un costante aggiornamento del personale per fornire servizi sempre più rispondenti alle esigenze.

Professionalità

Garantiamo un'assistenza qualificata erogata da personale professionale ed affidabile.

Diritto alla Privacy

Tuteliamo la privacy dei nostri utenti. Garantiamo l'utilizzo delle informazioni personali e delle immagini in conformità alla normativa sulla privacy e previa autorizzazione dei genitori per l'uso di foto e filmati riguardanti i minori.

Apprezzamenti e Reclami

Gli apprezzamenti e i reclami degli utenti e dei familiari vengono da noi ascoltati, recepiti e presi in seria considerazione.

Supervisione

Gli utenti beneficiano dell'assistenza di personale regolarmente supervisionato, in questo modo garantiamo un'alta qualità nell'erogazione dei servizi.

I Servizi

La Comunità della Buona Novella nella gestione dei propri servizi provvede alla registrazione degli accessi nelle proprie strutture, all'identificazione degli utenti e al loro monitoraggio rispetto l'andamento dei progetti individuali e/o collettivi e all'inserimento sociale.

Una volta inseriti nelle strutture residenziali, semi residenziali la Comunità predispone, per ogni utente, un progetto specifico (Progetto Educativo Individuale) attraverso il quale sarà possibile monitorare l'andamento riabilitativo, educativo e psico-comportamentale dell'utente (ISO 9001:2015 – punto 8.5.3).

1.3 La sede legale e le strutture:

Le attività interessate dal sistema di gestione qualità sono tutte quelle riguardanti l'erogazione dei servizi della Comunità. L'applicazione delle prescrizioni indicate nel Manuale deve riguardare tutti i luoghi dove la Comunità della Buona Novella opera, e, nello specifico:

- CENTRO SOCIO RIABILITATIVO ED EDUCATIVO PER DISABILI ADULTI A FABRIANO con Autorizzazione all'Esercizio che eroga prestazioni di riabilitazione funzionale per soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche e sensoriali in regime residenziale con una dotazione di n. 16 posti letto

- APPARTAMENTO SOCIO EDUCATIVO PER DISABILI ADULTI A FABRIANO ANCORA NON AUTORIZZATO che eroga prestazioni di SOCIALIZZAZIONE per soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche e sensoriali in regime residenziale con una dotazione di n. 4 posti letto

- DIURNO PER DISABILI PER N° 8 UTENTI IN FABRIANO con Autorizzazione all'Esercizio che eroga prestazioni di riabilitazione funzionale per soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche e sensoriali in regime semiresidenziale (diurno) con una dotazione di n. 8 utenti

2. PATTO SOCIALE SUL PIANO DELLA QUALITA'

2.1 Il piano socio sanitario e le nuove logiche organizzative Basate sul miglioramento continuo della qualità del servizio alla persona

Le nuove logiche organizzative basate sul miglioramento continuo della qualità del servizio alla persona hanno imposto, nell'ottica di migliorare la qualità del servizio alle persone assistite, profondi cambiamenti nel mondo socio sanitario.

L'organizzazione ha quindi elaborato risposte efficaci sia nell'ambito della propria struttura organizzativa, sia nelle attività di miglioramento continuo dei propri processi per rispondere nella maniera più appropriata alle esigenze della persona assistita.

La nuova realtà in continuo movimento impatta profondamente sul quadro di riferimento della gestione del personale. La prestazione attesa a tutti i livelli richiede comportamenti più flessibili e maggiore intensità applicativa non per lavorare di più ma per lavorare meglio. Diventa requisito indispensabile un clima operativo contraddistinto da più elevata cooperazione attiva di ogni singolo operatore, necessario per generare un rinnovamento culturale e una capacità di operare comune, omogenea, diffusa e interiorizzata. Per fare ciò si è reso necessario rinnovare sia il sistema dei valori come il coinvolgimento, la delega, l'apprendimento, la leadership, l'uomo come "risorsa" artefice dei risultati e il team, sia il sistema motivazionale attuato attraverso la formazione, la valutazione e l'incentivazione. Da qui l'esigenza non tanto di elaborare un pacchetto di iniziative chiuso e definito, quanto, piuttosto, di individuare le linee guida su cui orientare il Piano della Qualità che possa garantire il successo attraverso obiettivi di qualità adeguatamente individuati e perseguiti.

2.2. Individuazione stakeholders, esigenze e aspettative per l'introduzione e lo sviluppo del Piano della Qualità

I soggetti interessati che rientrano, e sono coinvolti, nella gestione dei servizi erogati sono:

- Utenti: soggetti che vivono, o hanno accesso, ai servizi erogati dalla Comunità, sulla base delle caratteristiche proprie e del disagio che affrontano;

- Servizi Sociali e sanitari: ente inviante e pagante l'inserimento degli utenti nelle strutture/servizi che la struttura mette a disposizione; i requisiti sono stabiliti attraverso l'approvazione dei progetti individuali di ogni utente inserito; ente di controllo e verifica delle condizioni di adeguatezza delle strutture sulla base dei requisiti di conformità di accreditamento delle stesse;

- Regione: ente di controllo e verifica delle condizioni di adeguatezza delle strutture sulla base dei requisiti di conformità di accreditamento delle stesse; inoltre verifica l'andamento dei soggetti inseriti attraverso audit periodici e relazioni semestrali;

- AST (Azienda Sanitaria Territoriale): ente di controllo e verifica delle condizioni di adeguatezza delle strutture sulla base dei requisiti di conformità strutturali ed igienico sanitari per l'accreditamento delle stesse;

• Tessuto sociale e soggetti terzi: le realtà gestite dalla struttura si inseriscono nel territorio ed inevitabilmente comportano una costante interazione con il contesto sociale e le persone che ne fanno parte. I rapporti instaurati sono frutto della adeguata e continua gestione delle strutture che presuppongono una corretta relazione tra la Buona Novella e la collettività sociale nella quale si trovano ad operare.

La soddisfazione dei requisiti

Requisiti del cliente

I requisiti del cliente si concretizzano in:

• rispondenza delle strutture ai criteri stabiliti dalla richiesta di accreditamento, in merito alle caratteristiche strutturali ed igienico sanitarie con successivo aggiornamento annuale in merito;

• aggiornamento periodico sull'andamento degli utenti nelle strutture, la cui periodicità dipende dalle richieste dei Servizi Sociali invianti;

• rispondenza del Progetto Educativo Individuale (P.E.I.) con l'effettivo percorso educativo in svolgimento presso la struttura;

• aggiornamento delle disponibilità all'inserimento qualora fossero fruibili posti all'interno delle strutture;

• segnalazione di possibili comportamenti inadeguati degli utenti che possono compromettere l'incolumità dello stesso o dei membri della Comunità con i quali condivide la struttura;

Requisiti non stabiliti dal cliente ma necessari

La Comunità rispetta alcuni requisiti inespressi che non possono essere trascurati dall'organizzazione che ha il dovere di prenderli in considerazione facendoli diventare specifiche interne, tra questi il rispetto della Carta Etica e del Codice Disciplinare.

Requisiti di legge o normativi

Per i requisiti stabiliti dalla legge o dalle normative di riferimento che l'organizzazione deve rispettare si rimanda al documento **"ALL 31 ELENCO LEGGI E NORMATIVE".**

Il presente piano viene condiviso con gli stakeholders e ha come scopi:

• orientare in maniera prioritaria i comportamenti di tutto il personale al miglioramento continuo dell'assistenza e della qualità della vita delle persone assistite;

• contribuire allo sviluppo dei valori, modalità di lavoro e comportamenti omogenei alla creazione di una cultura di gruppo orientata alla qualità del servizio;

• contribuire al miglioramento dei risultati e stimolare lo sviluppo di appropriati assetti organizzativi e di sistemi di pianificazione e controllo;

• valutare rispetto agli obiettivi posti a inizio anno e di risultati conseguiti nello stesso periodo

2.3. Presentazione del Piano Qualità

Il Piano della Qualità è stato presentato e viene condiviso con i soggetti interessati.

Tali soggetti hanno riconosciuto la validità di questo strumento gestionale di miglioramento dei servizi e dei processi approvandone le linee strategiche ed esortandone l'attuazione nell'ambito aziendale.

3.. GESTIONE DEL PIANO DELLA QUALITÀ

3.1. Redazione e approvazione

Il presente Piano della Qualità è stato elaborato ed approvato come previsto da procedura "PR 02 GESTIONI DOCUMENTI E REGISTRAZIONI".

3.2. Distribuzione e aggiornamento

La distribuzione del Piano della Qualità è stata eseguita secondo quanto previsto dalla procedura "PR 02 GESTIONE DOCUMENTI E REGISTRAZIONI" dal piano comunicazione "ALL 80 COMUNICAZIONE"

3.3. Scopo e campo di applicazione

Il Piano della Qualità definisce i principi generali del sistema di gestione per la Qualità ed è utilizzato per assicurare il raggiungimento delle necessità, richieste e aspettative in termini di qualità. Il presente Piano della Qualità, i processi descritti e le procedure correlate o richieste dalla norma di riferimento e le istruzioni di lavoro si applicano a tutte le attività di gestione delle strutture afferenti.

Si fa riferimento a quanto riportato nei paragrafi precedenti e nei paragrafi successivi e si può definire sinteticamente come campo di applicazione:

PROGETTAZIONE ED EROGAZIONE DI SERVIZI SOCIO-SANITARI RIVOLTI ALLE PERSONE CON DISABILITÀ IN REGIME RESIDENZIALE, SEMI-RESIDENZIALE E DOMICILIARE.

3.4. Termini, definizioni e acronimi

Ai fini del presente Piano della Qualità si applicano le definizioni come di seguito elencate:

- Piano della Qualità: è quell'insieme di struttura organizzativa, responsabilità, procedure, attività, capacità, risorse che garantisce che i servizi rispondano ai requisiti di qualità.

- Qualità: concetto per generare un rinnovamento culturale e una capacità di operare comune, omogenea, diffusa, interiorizzata.

- Processo aziendale: catena di attività caratterizzata per ogni fase da relazioni successive "fornitore/utente", in cui l'utente di ogni fase rappresenta a monte le esigenze dell'assistito.

- Miglioramento: processo che garantisce il "benessere dell'assistito" attraverso obiettivi adeguatamente individuati e perseguiti.

- Mantenimento: attività che garantisce costantemente il presidio e "il miglioramento continuo" di tutti i processi aziendali.

- Progetto Obiettivo o Progetto Qualità: ideazione consequenziale di fasi finalizzata al raggiungimento di un obiettivo.

- Procedura: regola scritta e condivisa dagli operatori che definisce la sequenza delle attività e delle responsabilità.

- Protocollo: sequenza di comportamenti di tipo professionale, descritti in maniera puntuale.

- Documento operativo: descrizione dettagliata da un punto di vista operativo delle modalità di esecuzione di una determinata attività.

- Indicatore: strumento di misurazione qualitativo o quantitativo di un oggetto o di un fenomeno che ne consente il controllo e la valutazione, al fine dell'implementazione di eventuali azioni di miglioramento

- Registrazione documentale: qualsiasi documento che dia evidenza delle attività effettuate.

- Persona, Persona assistita, Assistito: destinatario di tutti gli interventi assistenziali, portatore di diritti inalienabili.

4.. PRINCIPALI RIFERIMENTI NORMATIVI

Il Decreto Legislativo n° 502 del 1992 e s.m.i. hanno introdotto a livello nazionale l'accreditamento delle strutture sanitarie e socio assistenziali equiparando pubblico e privato sulla base del possesso del titolo di Struttura Accreditata presso il Sistema Sanitario della Regione di appartenenza che stabilisce le proprie regole di accreditamento (Decreto del Presidente della Repubblica n. 54 del 1997).

La legislazione introduceva così i concetti di VRQ (Verifica e Revisione della Qualità) come metodologia da adottare nella valutazione dell'efficacia del servizio erogato.

Ogni Regione ha poi deliberato in maniera autonoma tale ambito

a) le autorizzazioni alla realizzazione e all'esercizio;

b) l'accreditamento istituzionale;

c) gli accordi contrattuali.

Ad essa si affiancano diverse DGR con i criteri specifici (ospedali, strutture territoriali, ambulatori, ecc…) ed alcuni decreti con i relativi manuali operativi.

L'elenco completo e aggiornato delle leggi e normative alle quali l'organizzazione fa riferimento si rimanda a "ALL 31 DOCUMENTI DI ORIGINE ESTERNA: ELENCO LEGGI E NORMATIVE".

5. LE LOGICHE ATTUATIVE DELLA NUOVA ORGANIZZAZIONE OPERATIVA PER IL MIGLIORAMENTO CONTINUO DELLA QUALITA' DEL SERVIZIO

5.1. Obiettivi e principi

Il Piano della Qualità si propone come obiettivo il miglioramento qualitativo dell'assistenza alla persona e si ispira alle logiche del miglioramento continuo di tutti i processi.

Il Piano della Qualità si concretizza attraverso il coinvolgimento attivo di ogni dipendente e collaboratore per evitare ricadute in fenomeni di conflittualità, assenteismo, disaffezione e per migliorare i risultati di qualità del servizio offerto.

Sulla base dell'individuazione dei vari processi identificati l'erogazione dei servizi secondo gli standard di Qualità, la Comunità ha posto in essere l'analisi degli indicatori riscontrabili nel documento **"ALL 300 TABELLA INDICATORI E PIANO OBIETTIVI"**

Il benessere dei collaboratori interni nell'ambiente di lavoro necessita di essere monitorato per sapere se un'organizzazione gode di buona salute, questo è la soddisfazione dei propri dipendenti. Costruire la fidelizzazione degli interlocutori finali, sarà molto più facile se l'organizzazione riesce a fidelizzare per primi i propri collaboratori. Quando un collaboratore non è soddisfatto, il problema ricade, necessariamente, sui vertici dell'organizzazione. Per tale ragione è fondamentale conoscere lo stato ed il grado di soddisfazione dei collaboratori e di tutti coloro che sono interessati dal sistema e dai servizi dell'organizzazione.

L'organizzazione sceglie di valutare la soddisfazione dei propri collaboratori tramite incontri e interviste dirette, tramite questionari mirati e tramite la valutazione del rischio stress lavoro correlato, in riferimento al quale è previsto un indicatore specifico.

Allo stesso modo l'organizzazione considera di primaria importanza la valutazione del grado di soddisfazione dei fruitori dei servizi offerti e ha predisposto un questionario specifico che viene somministrato periodicamente alle famiglie degli ospiti/utenti.

Sondare gli umori degli utenti è fondamentale visto che essi sono gli stakeholders più importanti e che possono offrire, se correttamente stimolati, un'importante fonte di informazioni sugli sforzi intrapresi dall'organizzazione per implementare i processi di cambiamento.

Gli obiettivi generali che orientano l'organizzazione, sulla base dei quali viene formulato il Piano della Qualità, sono quindi:

a) garantire il benessere della persona assistita attraverso il costante presidio e il miglioramento continuo di tutti i processi in atto;

b) affermarsi come luogo e strumento insostituibile per un'educazione ed una sensibilizzazione ai problemi degli assistiti, delle famiglie e della comunità. Al centro di ogni azione devono sempre prevalere i valori che riguardano la dignità della persona e il senso della vita;

c) sviluppare le capacità professionali del personale in coerenza delle strategie e delle esigenze organizzative stabilite;

5.2. Struttura organizzativa

L'organizzazione identifica e suddivide i propri processi in:

1) Principali per l'erogazione del servizio:

- gare avvisi e bandi, richieste cliente
- Progettazione
- Acquisti
- Erogazione dei servizi

2) di supporto:

- Gestione e competenze del personale, umanizzazione
- Sicurezza, HACCP, dati e ambiente
- Appropriatezza clinica
- Aspetti strutturale e attrezzature (gestione attrezzature, impianti, mezzi e manutenzioni)
- Gestione comunicazione
- Gestione informazioni documentate e prescrizioni legali
- Gestione amministrativa
- analisi rischi ed opportunità
- sorveglianza, misurazione e pianificazione

I processi aziendali e la loro interazione vengono descritti all'interno del documento "DQ 03 MACROFLUSSO PROCESSI".

5.3. Modello organizzativo

Nel nuovo modello organizzativo assumono rilievo valori come la leadership, il coinvolgimento, la delega e il team.

Al centro del sistema si collocano le risorse umane viste come artefici dei risultati e quindi da motivare, sviluppare, formare: in sintesi valorizzare e salvaguardare.

Le logiche di funzionamento della qualità sono quelle della condivisione degli obiettivi e del coinvolgimento diffuso. Il Piano della Qualità modifica quindi lo schema organizzativo tradizionale centrando sulle singole organizzazioni le responsabilità primarie e dotandole di tutte le leve indispensabili per migliorare continuamente il servizio alla persona.

Le linee operative in tema di organizzazione e di gestione hanno come scopo:

• gestire le risorse umane con sempre maggiore attenzione e professionalità per contribuire allo sviluppo di valori, modalità di lavoro e comportamenti omogenei volti alla creazione di una cultura di gruppo orientata alla qualità del servizio;

• stabilire un metodo per migliorare la gestione delle risorse umane per orientare i comportamenti del personale al miglioramento continuo dell'assistenza e della qualità di vita della persona assistita;

• armonizzare le diverse competenze professionali per implementare le relazioni interne che devono essere volte al miglioramento del clima interno.

In particolare i principi di gestione delle risorse umane si esprimono concretamente nell'impegno di:

- selezionare le risorse umane in funzione delle esigenze;

- favorire l'inserimento positivo ed efficace dei nuovi assunti;

- riconoscere nella qualità della prestazione di lavoro il riferimento principale per la valutazione delle persone;

- attribuire gli incarichi alle persone in funzione sia delle competenze e delle capacità dimostrate, sia di quelle richieste dai compiti che saranno affidati, privilegiando la crescita dall'interno;

- attuare una comunicazione sistematica basata sull'informazione e sull'ascolto, attraverso la responsabilizzazione dei capi a tutti i livelli;

- assegnare progetti di miglioramento della qualità sempre più orientati al raggiungimento di obiettivi condivisi;

- responsabilizzare gli individui a tutti i livelli a migliorare costantemente gli standard qualitativi;

- realizzare una formazione permanente professionale che faccia crescere ogni dipendente sulle linee dell'integrazione nella specifica organizzazione interna;

- diffondere uno stile di direzione omogeneo ai vari livelli.

Il Piano della Qualità, attraverso i Progetti Qualità annuali, interviene su tutti i processi dell'organizzazione per migliorarli ed assicurare risultati di qualità.

5.4. Organigramma e Funzionigramma

Nel modello organizzativo sono stabiliti ruoli, responsabilità e competenze, a questo proposito si rimanda ai documenti "ALL 32 ORGANIGRAMMA", "ALL 30 TABELLA REQUISITI MINIMI DI COMPETENZE", "ALL 36 MANSIONARIO" e alle nomine delle diverse figure.

6.. FORMAZIONE PER LA QUALITA'

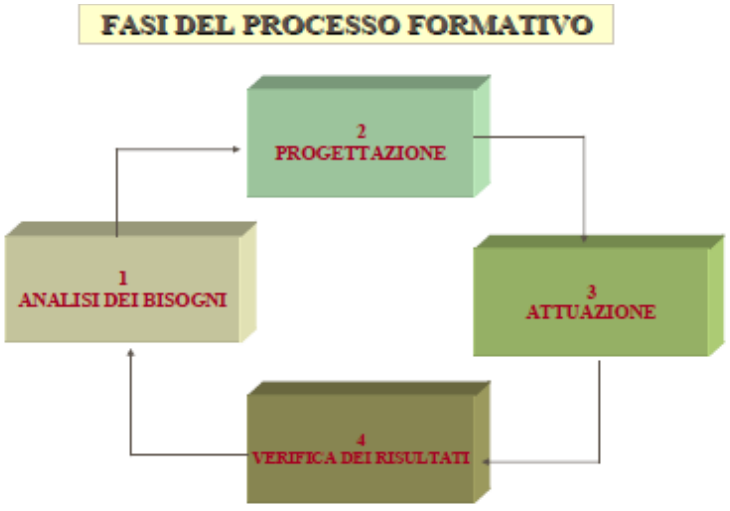
Presupposto del miglioramento continuo dei processi è il massimo coinvolgimento delle risorse umane.

La formazione è una funzione essenziale all'interno dell'organizzazione poiché funge da supporto al cambiamento organizzativo; è una delle leve strategiche di cui il sistema dispone, che deve trovare integrazione con gli altri settori dell'organizzazione.

La formazione assume un ruolo primario nella politica del Miglioramento di Qualità poiché favorisce:

- supporto al cambiamento organizzativo;
- motivazione del personale;
- integrazione e sviluppo delle professionalità;
- miglioramento della qualità;
- adesione alla mission.

6.1. Le fasi del processo formativo



Come evidenziato dallo schema il processo di formazione attraversa le fasi di

- analisi del fabbisogno formativo
- progettazione della formazione
- attuazione
- verifica dell'efficacia.

Oltre alla formazione prevista obbligatoriamente per legge, si evidenziano esigenze formative in caso di:

- riqualifica di competenze specifiche, anche in ambito sanitario, mirate allo sviluppo professionale
- sviluppo di competenze in materia di sistema di gestione qualità

Le esigenze formative emorgono dall'analisi dei dati, dalle interviste ai lavoratori anche tramite somministrazione di questionari e in occasione di riunioni di area o riunioni di equipe durante le quali i direttori di area ed i coordinatori discutono della necessità di interventi formativi mirati a riqualificare il personale e svilupparne le competenze specifiche (anche in ambito clinico e sanitario).

Sulla base delle esigenze emerse in riferimento al sistema di gestione qualità, lo sviluppo di nuove competenze e l'aggiornamento/approfondimento di competenze già possedute, e sulla base degli esiti del monitoraggio della formazione svolta precedentemente i Direttori e Coordinatori di area si interfacciano con l'Ufficio Risorse Umane e il responsabile qualità per la stesura del "piano formazione", che dovrà essere approvato dalla Direzione.

Sulla base delle esigenze emerse e riepilogate nel "Piano formazione" approvato e raggiunto il numero minimo di partecipanti all'attività formativa, l'ufficio risorse umane si attiva internamente o con i fornitori per l'organizzazione dei corsi.

La formazione in ambito di sistema di gestione qualità e rischio clinico può essere svolta sia internamente tramite le procedure predisposte sia ricorrendo a professionisti esterni, con cadenza almeno annuale.

Con cadenza periodica (almeno annuale), nel corso delle riunioni di area o riunioni di equipe, i direttori di area ed i coordinatori monitorano lo stato delle competenze acquisite e la validità della formazione ricevuta dagli operatori a distanza di tempo, anche somministrando questionari specifici delle materie già oggetto di formazione. In caso in cui il monitoraggio dia esito negativo, i responsabili/coordinatori segnalano al responsabile del sistema qualità e all'ufficio risorse umane la necessità di un aggiornamento formativo.

6.2. La formazione per la qualità

Una parte significativa dei Piani di Formazione annuali è dedicata alla formazione a supporto del Piano della Qualità sia attraverso una specifica formazione interna che attraverso la partecipazione ad eventi esterni in materia.

Per quanto riguarda la formazione interna il percorso progettato ed attuato fino ad oggi si è articolato nelle seguenti fasi:

- propedeutica per il necessario coinvolgimento verso la cultura della qualità;

- metodologica per l'approfondimento delle conoscenze anche tecniche nel perseguimento degli obiettivi di qualità con particolare attenzione alle strategie e modalità nella stesura dei Progetti di Qualità;

- di coinvolgimento relativamente alle strategie precedenti ma con l'interessamento di tutti i dipendenti al miglioramento continuo della qualità del servizio alla persona.

Il processo formativo è orientato prioritariamente all'introduzione e consolidamento del Piano della Qualità come mantenimento della cultura della qualità negli operatori esperti e nei nuovi assunti.

II PARTE

PIANO DETTAGLIATO DELLE FASI PROGETTUALI

7.PROGRAMMAZIONE

7.1. Linee guida del Piano della Qualità

Il Piano della Qualità si propone come obiettivo il miglioramento qualitativo dell'assistenza alla persona, ma si propone anche miglioramenti significativi in termini di sviluppo organizzativo e rinnovamento culturale.

Il Piano della Qualità è un processo strutturato con un forte commitment, su cui si sviluppa un'azione di audit

Il piano detta quindi le linee guida strategiche e operative ispirandosi alle logiche del miglioramento continuo di tutti i processi al fine di affermarsi come luogo e strumento insostituibile per un'educazione ed una sensibilizzazione al problema della persona assistita, del suo nucleo famigliare e della comunità.

Coerentemente con tali scopi le procedure ed i protocolli sono definite in modo tale che ogni Responsabile/Operatore deve orientare la sua azione ai principi di gestione che si caratterizzino anzitutto in un costante riconoscimento dell'importanza della persona all'interno del sistema organizzativo.

L'impegno alla messa in atto, sviluppo e mantenimento di un sistema di gestione per la qualità e il miglioramento continuo deve la sua efficacia grazie alla seguente impostazione:

a) la comunicazione all'intera organizzazione dell'importanza di un Sistema Informativo di gestione rispondente ai requisiti di servizio richiesti dagli Assistiti, dalle loro famiglie e dagli Enti Esterni;

b) la definizione in forma documentata di una politica per la qualità comunicata internamente e verso l'esterno (DQ 02 POLITICA QUALITÀ);

c) la definizione di obiettivi per la qualità che sono tenuti sistematicamente sotto controllo per verificarne il grado di raggiungimento;

d) il riesame periodico del sistema di gestione per la qualità per verificarne l'efficacia.

7.2. Aree di intervento

Le aree di intervento sono ascrivibili a

• attenzione alla qualità del servizio;

Riconoscere, come valore preminente il rapporto con i dipendenti, quanto viene espresso dalla loro prestazione nel raggiungimento degli obiettivi di qualità consente di perseguirla, con sempre maggiore incisività. Attraverso i comportamenti dei singoli verso la qualità delle prestazioni e la determinazione nel perseguimento degli obiettivi di qualità letti alla luce dell'impegno e del coinvolgimento, oltre a garantire un livello di qualità (totale e percepita) sempre maggiore promuove opportunità di crescita e sviluppo professionale.

• attenzione alle risorse;

Con attenzione alle risorse si vuole significare l'interesse che si deve porre nel rapporto con i dipendenti, nella convinzione che le qualità possedute dai singoli rappresentano potenzialità che devono essere riconosciute, promosse e sviluppare in coerenza con le necessità del sistema organizzativo. La promozione e realizzazione di specifici interventi di formazione devono quindi orientare e rafforzare sia le professionalità individuali, sia sviluppare migliori capacità di gestione delle risorse umane.

• attenzione alle relazioni

Con attenzione alle relazioni si esprimere l'orientamento e la determinazione a promuovere e arricchire i rapporti interni, valorizzarne il contenuto e, più in generale, guardare ad essi in termini di efficacia e cooperazione.

Si deve quindi far riferimento all'impegno verso:

- la trasparenza dell'informazione e la qualità della comunicazione ;

- il presidio del clima interno con l'obiettivo di favorire condizioni ottimali di dialogo e confronto al fine di conseguire coesione e consenso;

- la promozione di comportamenti orientati a valori di identificazione, appartenenza, partecipazione e cooperazione attiva.

7.3. Responsabilità

Ruoli, responsabilità e competenze sono riepilogati all'interno dei documenti "ALL 32 ORGANIGRAMMA", "ALL 30 TABELLA REQUISITI MINIMI DI COMPETENZE", "ALL 36 MANSIONARIO" e alle nomine delle diverse figure.

Attraverso il Modello Organizzativo tutti i Responsabili ed operatori sono informati sulle funzioni e responsabilità di coloro che perseguono il miglioramento continuo della qualità.

7.4. Procedure

Il sistema di gestione qualità prevede l'individuazione di progetti di miglioramento su tutti i processi secondo quanto previsto dalla struttura organizzativa generale e delle varie realtà operative.

L'organizzazione ha previsto e sviluppato procedure specifiche per ogni processo individuato.

Nei rapporti con l'utenza (Persone assistite, familiari, territorio) sono state definite procedure relative alle fasi del rapporto assistenziale quali:

- accoglienza con il controllo della esatta comprensione delle esigenze e dei requisiti richiesti dall'utenza (Assistito, famiglia, Enti Esterni) nella fase di primo contatto, ammissione ed inserimento dell'Assistito in struttura;

- sviluppo dell'erogazione con il monitoraggio continuo affinché i servizi concordati e le necessità attese siano soddisfatte attraverso l'attività di valutazione periodica e programmazione di nuovi obiettivi, operata dall'euipe multi professionale o del singolo operatore;

- dimissione con il monitoraggio periodico a campione del livello di soddisfazione degli Assistiti.

Nei rapporti con il personale le procedure prendono in considerazione in modo trasversale tutti i processi relativi alle fasi del rapporto quali:

- assunzione con il colloquio individuale e il preciso controllo documentale della risorsa umana per verificare l'esatta comprensione delle esigenze e dei requisiti richiesti;

- inserimento della risorsa umana nel posto assegnato con particolare attenzione al periodo di prova ed inserimento in struttura;

- aggiornamento delle competenze della risorsa umana attraverso la partecipazione a corsi di formazione professionale e aziendale sia interni che esterni e la formazione on the job che si realizza durante tutto l'anno solare attraverso la partecipazione ai Progetti di Miglioramento della Qualità;

- sicurezza sui luoghi di lavoro delle risorse umane attraverso l'applicazione di metodologie e procedure atte a monitorare costantemente il livello di sicurezza nonché il corretto utilizzo di presidi antinfortunistici in uso e la costante ricerca di soluzioni innovative;

- dimissione con la chiusura della pratica amministrativa, contabile e professionale.

Nei rapporti con i fornitori (approvvigionamento beni, manutenzione ordinaria e straordinaria, esternalizzazione) le procedure prendono in considerazione in modo trasversale tutti i processi relativi alle fasi del rapporto quali:

- individuazione delle ditte con il controllo della esatta comprensione delle esigenze e dei requisiti richiesti;

- stesura di contratti, e periodica revisione, secondo quanto previsto dalla normativa vigente anche in relazione alla Sicurezza sui luoghi di lavoro con stesura di DUVRI (Documento Unico di Valutazione dei Rischi da Interferenza, disciplinato dall'art. 26 del D.Lgs. 81/2008).

- monitoraggio continuo dei servizi concordati affinché le necessità attese siano soddisfatte attraverso l'attività di valutazione periodica e programmazione di nuovi obiettivi, operata dalla Direzione per tramite del Responsabile degli Acquisti in collaborazione con i Responsabili di servizio. Il monitoraggio si accompagna anche alla compilazione periodica di report di conformità/non conformità e di soddisfazione del gradimento

-controllo di gestione con la verifica del rispetto delle specifiche procedure e regolamenti

7.5. Fasi e tempi

La programmazione avviene entro il primo mese dell'anno solare per permettere lo sviluppo delle fasi successive che attengono a:

FASI	TEMPI
1. Progettazione dei Progetti Qualità ed approvazione	Entro il primo trimestre dell'anno
Esecuzione di quanto programmato secondo specifici standard operativi	Nei successivi mesi dell'anno e comunque entro dicembre dell'anno in corso

Audit periodici per il controllo quali-quantitativo della realizzazione dei Progetti Qualità	Alla fine del primo semestre e alla metà del secondo semestre e comunque durante tutto il percorso di attuazione dei Progetti Qualità
Risultati raggiunti rispetto agli obiettivi previsti e secondo indicatori di qualità che contraddistinguono ogni Progetto Qualità in coerenza con il libro degli standard	Entro il primo trimestre dell'anno Successivo

7.6. Standard di qualità

Gli standard di qualità nella programmazione dei Progetti Qualità sono riconducibili:

- al mantenimento e miglioramento degli standard di qualità previsti quale parte integrante di questo Piano della Qualità;
- al piano di miglioramento scaturito dall'analisi dei rischi e delle opportunità;
- quanto previsto dalla normativa relativa all'accreditamento;
- alle migliori evidenze scientifiche del settore;
- al raggiungimento degli indicatori.

8.. PROGETTAZIONE

8.1. Responsabilità

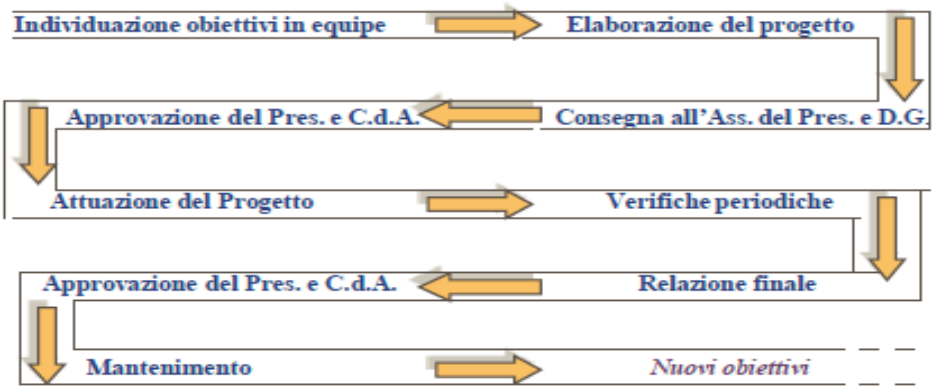
La responsabilità della progettazione dei Progetti Qualità annuale è in capo al responsabile del sistema di gestione Qualità, come previsto dal Funzionigramma. Il responsabile del progetto di qualità promuove il coinvolgimento più ampio e diffuso di tutto il personale allo scopo fondamentale del continuo miglioramento della qualità dell'assistenza agli ospiti ed è responsabile dell'attuazione dei progetti generali e specifici approvati per il conseguimento dei risultati previsti.

8.2. Tempi e modi per la realizzazione dei Progetti Qualità

La progettazione delle azioni necessarie per il raggiungimento degli obiettivi per la qualità dei processi avviene tramite i Progetti Qualità elaborati annualmente dal Responsabile Qualità con il pieno coinvolgimento di tutti gli operatori necessari.

Annualmente il processo della Qualità percorre le fasi come di seguito indicate:

FASI PER LA REALIZZAZIONE DI UN PROGETTO



Analiticamente esse sono progettate nel seguente modo:

- Individuazione degli obiettivi in equipe: tutti gli operatori effettuano delle riunioni con la direzione del Responsabile della struttura e attraverso attività di brainstorming/metaplan individuano i processi che richiedono di essere messi sotto controllo. Si costituiscono così gruppi di miglioramento della qualità formati da operatori direttamente coinvolti dal processo di miglioramento, di diversa professionalità;

- elaborazione del Progetto: l'organizzazione elabora Progetti Qualità e ogni operatore viene coivolto e partecipa al raggiungimento degli obiettivi previsti documentabili attraverso indicatori

- consegna dei Progetti alla Direzione;

- approvazione dei Progetti da parte della Direzione anche in considerazione del budget economico previsto;

- attuazione dei Progetti da parte di tutti gli operatori secondo le modalità esplicitate all'interno dei Progetti stessi. Ciò costituisce l'elemento portante del Piano della Qualità poiché implica necessariamente coinvolgimento e partecipazione attiva da parte di tutti al miglioramento dei processi;

- verifiche da parte del Responsabile di Struttura, del Responsabile della Qualità e del Responsabile della Formazione. Si prevede anche l'effettuazione da un minimo di uno ad un massimo di tre audit all'anno. Per ogni audit viene compilata una check list e redatto un rapporto;

- relazione finale elaborata dallo stesso gruppo di operatori che hanno realizzato il Progetto Qualità che illustra il lavoro fatto con particolare riferimento alla documentazione degli indicatori che dimostrano il raggiungimento dell'obiettivo previsto, che costituisce il nuovo standard;

- approvazione delle verifiche e dei risultati raggiunti sia qualitativi che quantitativi.

9.. ESECUZIONE

9.1. Progetto Qualità

La fase di esecuzione dei Progetti è quella determinante per il miglioramento continuo della qualità poiché implica il coinvolgimento di tutti gli operatori e conseguentemente la partecipazione di tutti alla cultura della qualità.

La risorsa umana è l'elemento chiave del sistema; la qualità deriva dalle persone, dal loro impegno, dal loro interesse e dalla ferma convinzione che tutto possa essere migliorato.

L'interiorizzazione da parte di tutti i dipendenti del principio secondo cui il livello attuale del servizio è superiore a quello precedente ma certamente inferiore a quello successivo, è elemento essenziale al miglioramento continuo della qualità.

I Progetti Qualità sono elaborati e realizzati da tutti gli operatori secondo le logiche del progettare dove si vuol arrivare, documentare ciò che si fa per dimostrare ciò che si è raggiunto.

9.2. Responsabilità

La responsabilità dell'attuazione di questa fase è del Responsabile del servizio e del Responsabile qualità, attraverso il coinvolgimento di tutti gli operatori che partecipano alla realizzazione dei Progetti Qualità.

9.3. Procedure e standard di qualità

Al fine di uniformare da parte di tutti gli operatori gli strumenti documentali che definiscono i comportamenti qualitativamente adeguati alla realizzazione di tutti i processi aziendali, sono state elaborate procedure, piani di lavoro e istruzioni operative (definiti nella procedura "PR 02 GESTIONE

DEI DOCUMENTI E DELLE REGISTRAZIONI"). Tutto ciò che viene stabilito all'interno di tali documenti costituisce anche un importante standard per la verifica della qualità raggiunta.

9.4. Tempi e modi di esecuzione

Si rimanda a quanto definito nel capitolo 8.2.

9.5. Programmi per i controlli

Si rimanda a quanto definito al paragrafo 8.2.

10. AUDIT

10.1. Responsabilità, tempi e modi

Come precedentemente accennato durante l'anno vengono eseguiti monitoraggi su tutti i Processi aziendali.

Al fine di definire le corrette modalità di programmazione e svolgimento degli audit interni, in modo da garantire la corretta applicazione del Sistema di Gestione Qualità, la sua costante conformità alle norme di riferimento e la sua efficacia è stata redatta una procedura specifica "PR 04 PROCEDURA DI AUDIT", alla quale si rimanda.

Essa si applica alle attività di programmazione e conduzione degli audit interni, nonché alla gestione delle conseguenti azioni correttive e preventive.

La corretta applicazione della procedura di Audit compete al Presidente, al RQ e ai responsabili dei reparti.

10.2. Procedure

Si rimanda a quanto citato nel paragrafo 10.1.

10.3. Programmi per i controlli

Gli audit interni possono essere commissionati a consulenti esterni qualificati o essere condotti da personale interno all'azienda purché ne abbia le caratteristiche.

In ogni caso è vincolante selezionare gli auditor e condurre gli audit in modo tale da assicurare l'obiettività e l'imparzialità del processo di audit.

La Direzione predispone periodicamente il "Piano degli Audit interni" pianificando di effettuare almeno un audit di ciascun processo nell'arco dell'anno, tenendo conto, in particolare:

- della criticità dei processi;
- dei risultati dei precedenti audit interni;

- dello stato e dell'importanza dei diversi processi aziendali;
- dei cambiamenti che possono influire sull'organizzazione;
- delle emergenze e (o) degli incidenti che si sono verificati.

Tale programma viene reso disponibile a tutti i Responsabili di reparto.

11. RISULTATI

11.1. Responsabilità e tempi

Periodicamente e comunque non meno di una volta ogni anno il Responsabile della qualità, il Responsabile della Formazione, il Responsabile di Struttura e la Direzione, esaminano l'adeguatezza e l'efficacia dei risultati dei Progetti Qualità, per valutare il raggiungimento degli obiettivi prefissati.

I risultati raggiunti e verificati, dopo essere stati approvati, vengono utilizzati per:

-valutare l'adeguatezza e l'efficacia del Piano della Qualità;

-valutare le possibilità di miglioramento;

-valutare le esigenze di modifica del Piano della Qualità e relativi standard di qualità;

-rivalidare i processi già in corso.

11.2. Procedure per il controllo dei risultati

Il Riesame periodico da parte della Direzione può essere considerato, per le sue finalità, come un vero e proprio Controllo dei risultati e del Sistema.

È stata redatta una procedura specifica "PR 24 RIESAME DELLA DIREZIONE" allo scopo di definire le corrette modalità di svolgimento delle riunioni di riesame da parte della Direzione, in modo da:

- Verificare il raggiungimento degli obiettivi indicati nella politica della qualità aziendale;
- esaminare il grado di applicazione, efficacia ed efficienza del Sistema di gestione Qualità;
- definire le azioni per il miglioramento;
- individuare esigenze in relazione alle modifiche da apportare al sistema stesso, alla politica aziendale e agli obiettivi definiti.

La procedura si applica alle fasi di preparazione, conduzione e verbalizzazione delle riunioni di riesame da parte della Direzione.

11.3. Programmi per i controlli

Si rimanda al paragrafo 11.2

11.4. Garanzia del conseguimento degli obiettivi nel tempo

Al termine dell'iter previsto dal Piano della Qualità, i Progetti di miglioramento della Qualità realizzati costituiscono il nuovo standard qualitativo, allo stesso tempo si la fase progettuale per l'individuazione dei nuovi Progetti Qualità.

Gli standard di qualità sono stati individuati ed esplicitati nell'elenco degli indicatori "ALL 300 TABELLA INDICATORI E PIANO OBIETTIVI". Essi possono essere sia quantitativi che qualitativi.

APPENDICE

APPENDICE 1 – Accordo con gli stakeholders

GLI STAKEHOLDER

Il termine "stakeholder", nella traduzione italiana più utilizzata si riferisce a: "portatori di interessi".

E' indispensabile però non interpretare questa semplice definizione come qualcosa di generico ed astratto. In particolare, si devono considerare le seguenti sei affermazioni di base:

1. sono stakeholder tutti coloro che sono, volenti o nolenti, titolari di una "posta" (scommessa o posta in gioco), collegata all'attività dell'impresa e che pertanto sono condizionati direttamente o indirettamente, dalla sua attività ed a loro volta la condizionano;

2. chi elabora le strategie dell'impresa dovrebbe tenere conto nelle scelte, non solo delle conseguenze sullo stakeholder azionista, ma su tutti gli stakeholder;

3. l'obiettivo della gestione è la massimizzazione del "benessere" degli stakeholder nel lungo periodo, condizione che dovrebbe permettere nel tempo anche un risultato conforme alle aspettative dello stakeholder "azionista";

4. si ha interdipendenza tra azione di business ed azione etica;

5. l'impresa è pensabile come insieme di stakeholder che interagiscono fra di loro;

6.la teoria dello stakeholder management studia la gestione dell'impresa e non è né una teoria socio-economica o politica, né una teoria etica generale.

Partendo da questo corpus di principi base è possibile ora ricavare una più appropriata e diversa traduzione di stakeholder come "parti interessate" o come "titolari di aspettative legittime" o di "diritti".

Garantire un coinvolgimento degli stakeholder efficace, permette molteplici opportunità/benefici:

• conduce ad uno sviluppo sociale più equo e sostenibile, dando a chi ha il diritto di essere ascoltato, l'opportunità di essere coinvolto nei processi decisionali;

• permette una migliore gestione del rischio ed accresce la reputazione;

• permette di tenere conto dell'insieme delle risorse (conoscenza, persone, tecnologia, e disponibilità economica) per risolvere problemi e raggiungere obiettivi;

• agevola la comprensione in profondità dell'ambiente in cui opera l'impresa;

• consente di imparare dagli stakeholder;

• aiuta ad informare, educare ed influenzare i portatori di interessi e l'ambiente esterno affinché migliorino i loro processi decisionali e le azioni che hanno un impatto sull'impresa e sulla società;

• costruisce un rapporto di reciproca fiducia fra l'impresa ed i suoi stakeholder.

Nonostante le evidenti sfide che pone il coinvolgimento, i risultati delle "best practice" in questo campo, giustificano senza ombra di dubbio gli sforzi necessari per portarlo a termine.

Il principio sovrano che sta alla base dello stakeholder engagment è rappresentato dall'Inclusività.

E' pleonastico affermare che è molto più facile decidere in pochi che in molti: si risparmia tempo, energia, ed è più probabile che si arrivi ad una scelta coerente priva di ambiguità.

E' altrettanto vero che lavorare considerando la concertazione, il patnerariato, la partecipazione, la consultazione e la negoziazione, pone le basi per garantire il principio della inclusività necessario ogni qualvolta, è lecito dubitare sulle capacità della "mente di uno o di pochi".

Il processo di coinvolgimento segue 5 fasi distinte che, nella pratica, possono essere attuate anche senza il preciso ordine cronologico qui esposto

Fase 1 PENSARE STRATEGICAMENTE

Scopo Identificare le priorità strategiche per il coinvolgimento.

Questa fase è fondamentale per l'identificazione delle tematiche rilevanti e degli stakeholder e deve permettere di rispondere alle seguenti domande:

• perché coinvolgere?

• chi coinvolgere?

• su cosa coinvolgere?

Il processo che se ne estrae permette di sviluppare una visione di insieme delle "issue" rilevanti e dei relativi gruppi.

MAPPARE GLI STAKEHOLDER

Per identificare chi coinvolgere, si possono utilizzare diverse variabili quali:

• la responsabilità: soggetti verso i quali si hanno o si potrebbero avere nel futuro responsabilità legali, finanziarie ed operative, formalizzate in regolamentazioni quali ad esempio contratti, codici di condotta, ecc.;

• l'influenza: soggetti che sono, o potrebbero essere, in grado di influenzare la capacità dell'organizzazione di raggiungere gli obiettivi. Può essere una influenza di tipo formale oppure informale;

• la prossimità/vicinanza: sono i soggetti con cui l'organizzazione interagisce maggiormente e da cui dipende l'operatività quotidiana;

• la dipendenza: soggetti che maggiormente dipendono dalla nostra organizzazione;

• la rappresentanza: soggetti a cui, per ragioni di legge, cultura o tradizioni, è affidato il compito di rappresentare altri individui come ad esempio le rappresentanze sindacali, i rappresentanti di associazioni, ecc.

Gli stakeholder devono poi essere raggruppati in categorie e sottogruppi per condividere prospettive similari.

DEFINIRE GLI OBIETTIVI STRATEGICI DEL COINVOLGIMENTO

La definizione degli obiettivi strategici è utile per sviluppare un equilibrato approccio con gli stakeholder e per valutarne successivamente il successo.

E' necessario considerare gli obiettivi strategici sia dell'impresa nella sua totalità, sia per il reparto o singolo progetto.

Facilitare successivamente il confronto sugli obiettivi e focalizzarsi sulle implicazioni che questi hanno nelle relazioni con gli stakeholder.

Riportare gli obiettivi in una breve affermazione che colleghi lo stakeholder engagement agli obiettivi strategici es: …migliorare la nostra relazione con…. oppure … trovare un accordo su….. ed ancora

…rendere nota la nostra decisione su…..

IDENTIFICARE LE TEMATICHE O "ISSUE"

Normalmente le tematiche sono evidenti quando sono chiari gli obiettivi strategici, ma a volte, ve ne sono alcune che potrebbero non essere così manifeste. Le tematiche possono riguardare aspetti generali o specifici delle attività o delle decisioni di impresa. In ogni caso, si deve considerare tutto ciò che si percepisce come un impatto positivo o negativo dell'organizzazione sugli stakeholder e tutto ciò che evidenzia un gap, tra quello che l'impresa sta facendo o percepisce che deve fare, e cosa gli stakeholder si aspettano che questa faccia in termini di gestione degli impatti, del comportamento o dei risultati.

Ora, è necessario comparare gli obiettivi di coinvolgimento strategico con le issue che sono e considerare il grado di interesse tra gli stakeholder riguardo alla tematica.

La matrice offre una scala di priorità preliminare degli stakeholder definendo quali sono i più interessati e riguardo a quale tematica lo sono

DARE UNA PRIORITA' AGLI STAKEHOLDER E ALLE TEMATICHE

E' possibile definire le priorità in base alla "maturità sociale" delle tematiche. Ad ogni fase di maturità c'è un diverso mix di aspettative degli stakeholder, di pressioni esterne, rischi ed opportunità; tutto ciò è essenziale per dare una priorità alle aree per il coinvolgimento e pianificare i processi. In generale, più è matura una tematica, più è essenziale è per un'impresa, affrontarla.

E' necessario di seguito assegnare una priorità in base al potere di influenza e alla dipendenza degli stakeholder:

• Gruppi di stakeholder ad IMPATTO ELEVATO sono quelli che hanno la forza per:

o rimuovere, concedere o influenzare la "licenza di operare";

o limitare l'accesso alle risorse;

o danneggiare o rafforzare la reputazione dell'impresa;

o contribuire o diminuire l'abilità d'impresa ad apprendere - innovare;

o causare distrazioni che possono distogliere l'attenzione del management dalle attività principali.

• Stakeholder ad ELEVATA DIPENDENZA sono quelli che si trovano nella posizione di:

o dipendenza finanziaria diretta ed indiretta;

o dipendenza non finanziaria (ad esempio coloro che dipendono da noi per servizi essenziali);

o danni o rischi non finanziari derivanti dalle operazioni d'azienda (es. inquinamento atmosferico).

La disponibilità e la capacità degli stakeholder a lasciarsi coinvolgere può essere classificata in diversi modi: contrario/ostile, sconosciuto, disinteressato, coinvolto attraverso un meccanismo formale, collaborativo, competitivo.

Alla fine di questa fase si raggiunge un livello di comprensione generale delle relazioni esistenti tra la strategia d'impresa e gli stakeholder. Si dovrebbe essere riusciti a mappare i gruppi chiave che sono influenzati o possono influenzare il modo con cui l'impresa raggiunge i suoi obiettivi.

Fase 2 ANALIZZARE E PIANIFICARE

Scopo Costruire le basi di conoscenza dell'organizzazione e dei suoi stakeholder per stabilire priorità e sviluppare un piano di coinvolgimento.

Lo scopo di questa fase è di raccogliere le informazioni e sviluppare un piano d'azione basato sulle priorità strategiche.

Il processo di stakeholder engagement è un ciclo di apprendimento dove sia l'impresa sia i suoi stakeholder imparano di più riguardo alle motivazioni degli altri, a come lavorano, ed alle sfere di influenza.

Esistono quattro domande chiave che possono essere utili a sviluppare un piano di azione basato sulla comprensione dei gap di aspettative tra l'impresa e lo stakeholder:

• A che punto siamo?

• Come altre imprese stanno affrontando il tema?

• Quali sono le aspettative degli stakeholder?

• Quale è l'obiettivo del coinvolgimento?

RIESAMINARE I PROCESSI OTTENUTI

Una procedura di stakeholder engagement in relazione ad una singola tematica, può esser definita tramite lo sviluppo dei cinque passaggi seguenti:

1. Nessun coinvolgimento.

2. Esplorativo: coinvolgimento ad hoc degli stakholders nel momento in cui si presentano opportunità o sfide.

3. Sviluppato: situazione nella quale è già buono il processo di coinvolgimento ma è caratterizzato dalla discontinuità e non sono chiari gli obiettivi di performance.

4. Integrato: in cui i processi di coinvolgimento che sono inseriti in quelli operativi garantendone una rilevante qualità.

5. Strategico: elevata qualità di coinvolgimento integrato ai processi di management e governance e legato alla strategia d'impresa. I temi sono affrontati in profondità avendo sovente come obiettivo, il cambiamento di tutto il sistema sia a livello globale che a livello locale.

A questo punto è possibile incrociare la matrice delle issue con la risposta organizzativa per capire come la nostra azienda considera un tema e come potremmo agire riguardo alla tematica presa in considerazione. avendo sovente come obiettivo, il cambiamento di tutto il sistema sia a livello globale che a livello locale.

A questo punto è possibile incrociare la matrice delle issue con la risposta organizzativa per capire come la nostra azienda considera un tema e come potremmo agire riguardo alla tematica presa in considerazione.

APPRENDERE DAGLI ALTRI

Scopo di questa attività è di identificare sia le più importanti fonti di apprendimento, sia i potenziali patner per il coinvolgimento.

Ci si deve porre le seguenti domande:

• Cosa fanno le altre organizzazioni per coinvolgere stakeholder simili ai nostri o per affrontare tematiche similari?

• Da quali errori possiamo fare tesoro?

• Quali standard e framework offrono una guida preziosa?

• Come hanno fatto gli altri a trasformare le sfide in opportunità?

Le prime tre modalità (restare passivi, monitorare, informare), non sono dei reali coinvolgimenti poiché non vi è interattività. Tuttavia spesso, rappresentano i primi passi di una relazione più strutturata e possono portare ad un coinvolgimento più partecipato.

In generale, più profonda è la trasformazione che l'impresa e gli stakeholder vogliono porre in essere, più importante sarà che lavorino insieme e facciano l'uso migliore di ognuna delle risorse.

Il livello e gli approcci di coinvolgimento dipendono dagli obiettivi strategici scelti e dalla maturità sociale del tema.

E' importante quindi:

• esaminare le relazioni che intercorrono e come queste interagiscono con le tematiche identificate per ogni specifico gruppo di stakeholder;

• discutere la possibilità di coinvolgimento;

• formulare obiettivi specifici.

L'approccio deve essere considerato un modello in continua evoluzione.

CAPIRE ED APPRENDERE RIGUARDO AGLI STAKEHOLDER ED AI LORO RAPPRESENTANTI

Per definire il processo di stakeholder engagement, si ha bisogno di comprendere chi sono gli stakehoder, come e perché dovrebbero desiderare di essere coinvolti.

In alcuni casi si deve coinvolgere direttamente lo stakehoder, in altri sarà opportuno rivolgersi ad un gruppo rappresentativo, auto- selezionato o con validità statistica. In altri casi sarà necessario coinvolgere quelli formali o quelli informali.

Quando si coinvolge lo stakeholder:

1. considerare il suo punto di vista riguardo la tematica ed alle problematiche connesse;

2. è necessario avere chiaro il livello di conoscenza che lo stakeholder ha della tematica;

3. deve essere rappresentativo soprattutto se ci si rivolge ad una organizzazione od un rappresentante;

4. vi deve essere volontà da entrambe le parti;

5. si deve aver ben chiaro quali sono gli impatti possibili sulla propria attività;

6. si deve aver chiaro il contesto culturale e geografico nel quale si opera;

7. se si coinvolgono più stakeholder insieme al riguardo di una stessa tematica, è necessario tenere in considerazione le interrelazioni.

CONTROLLO DELLE RISORSE DESTINATE ALL'IMPEGNO E DEFINIZIONE DEI "MARGINI DI MOVIMENTO"

Il coinvolgimento può richiedere notevoli risorse e pertanto, la loro disponibilità, il grado di impegno organizzativo e le necessità operative e strategiche, hanno un influenza profonda sui "margini di movimento" dell'impresa. Si devono considerare i possibili costi ed il grado con cui gli esiti del processo e le attività conseguenti potrebbero entrare in conflitto. Avere chiaro i margini di movimento è importante per l'impresa e per lo stakeholder, al fine di essere consapevoli delle possibilità e dei limiti del processo stesso.

CREARE UN PIANO DI LAVORO FOCALIZZATO SULLA TEMATICA

Le informazioni fino ad ora raccolte, costituiscono la base per creare un piano di obiettivi per sviluppi ulteriori. Il modello suggerisce di compilare una tabella per ognuna delle tematiche su cui valutare di coinvolgere, e di inserirvi i diversi gruppi di stakeholder che si intende coinvolgere collocandoci i diversi rappresentanti degli stess.

Fase 3 DISEGNARE IL PROCESSO E REALIZZARE IL COINVOLGIMENTO

Scopo Pianificare e realizzare il coinvolgimento degli stakeholder.

Lo scopo è di definire ed implementare i processi di coinvolgimento.

I PIU' COMUNI APPROCCI AL COINVOLGIMENTO

1. Coinvolgimento realizzato stimolando risposte scritte da parte degli stakeholder es. schede di valutazione dei report. Generalmente il livello di risposta è basso ed è però indicato per i singoli stakeholder. Aiuta a creare una mailing-list degli stakeholder.

2. Linee telefoniche dedicate. Il telefono è un mezzo accessibile a molti e permette di rispondere con un minimo sforzo. Non consente un dialogo approfondito. Anche soggetti indipendenti dall'organizzazione possono gestire una linea dedicata anche se risultano meno capaci di dare feed-back.

3. Meeting individuali. Sono il primo vero gradino di coinvolgimento. Possono essere utili per portare informazioni, analizzare questioni, ottenere feed-back su come viene percepita l'impresa. Forniscono uno spazio sicuro di lavoro. Generalmente non sono considerati o registrati come parte del programma di coinvolgimento.

4. Strumenti on-line di coinvolgimento. I risultati del dialogo via internet generalmente, tendono a non essere molto efficaci nel creare consenso. Si deve utilizzare il meccanismo on-line in relazione alle necessità organizzative e degli stakeholder. Si passa dalle discussioni multi direzionali, documenti via web con risposte unidirezionali, discussioni via mail, chat room e focus group on line fino ad arrivare alle votazioni ed indagini via web.

5. Coinvolgimento degli stakeholder nell'esame delle tematiche, nel reporting e nello sviluppo delle politiche.

I gruppi di stakholder sono invitati a scrivere report o commenti su questioni chiave o a preparare commenti su elaborati interni. Importante è la trasparenza riguardo le procedure di ricerca affinché queste si riflettano nelle procedure di reporting. E' necessario assicurare uno scopo al report e un modo di tradurlo in azione.

6. Focus group. Si ottiene attraverso la riunione di un ristretto gruppo per far emergere risposte su una tematica particolare. Sono generalmente presenti rappresentanti dell'impresa, ma allo stesso tempo il gruppo deve essere messo a suo agio per lavorare pur essendo monitorato da una terza parte. I punti di vista ottenuti tramite un focus group possono essere devianti rispetto a quelli di un'ampia gamma di stakeholder, così come il numero di persone coinvolte può non essere rappresentativo.

7. Meeting pubblici. Sono particolarmente utili per diffondere informazioni, condividere opinioni e discutere tematiche non controverse. Possono essere gestite direttamente dell'impresa oppure da un terzo. Si adattano a decisioni e valutazioni di impatto locale come questioni di pianificazione specifiche dove gli stakeholder sono concentrati in un'area geografica.

8. Indagini. Possono essere estese a gruppi di stakeholder (es. tutti i dipendenti) o su di un campione rappresentativo (es. gli utenti di un servizio) ed essere focalizzate su tematiche generali o specifiche. Possono essere fatte on-line, via posta, via telefono, di persona, ecc. Possono essere semplici o complesse, formali od informali. Se ben costruita l'indagine può fornire uno sguardo statisticamente valido sulle opinioni e sugli atteggiamenti degli stakeholder. Utile per raccogliere informazioni su base standardizzata. I risultati e le risposte dovrebbero essere comunicate agli stakeholder esaminati.

9. Comitati di stakeholder consultivi e di verifica. In questo caso gli stakeholder sono invitati a dare consigli e fornire commenti su di un progetto particolare o su questioni in fase di sviluppo o a riesaminare le attività dell'impresa e fornire verifica indipendente. E' necessario avere ben presente che ruolo i membri del comitato stanno giocando. I comitati possono essere formati da stakeholder di gruppi diversi oppure da più soggetti rappresentanti di un unico gruppo di stakeholder. Assicurare un buon equilibrio fra i vari settori di stakeholder e fare attenzione a non dimenticare alcuno pena, l'indebolimento dell'intero processo.

10. Forum multi-stakeholder. Sono forme di dialogo mono-sessione o continuative tra rappresentanti di diversi gruppi di stakeholder, focalizzate su di una tematica di interesse comune, che non deve essere necessariamente relativa a singole operazioni d'impresa. Utile quando le tematiche sono complesse e non possono essere affrontate da un'organizzazione sola.

11. Associazioni, patnership, iniziative e progetti congiunti. Aziende e stakeholder dei settori pubblico, privato e del volontariato, agiscono spesso insieme attraverso accordi di collaborazione o impegni mutuamente condivisi. Iniziative volontarie coinvolgenti l'industria ed il governo sono aumentate negli anni '90 nello sforzo di migliorare la performance di sostenibilità. Bisogna tenere conto dei costi e dei benefici per ognuno dei partecipanti. Molte delle iniziative partono in modo informale e sono guidate da un forte commitment di una delle organizzazioni che funge da gestore della patnership. Nel lungo periodo, la pathership deve evolvere verso una struttura e una procedura di governance più formale.

DISEGNARE IL PROCESSO DI COINVOLGIMENTO

In precedenza si è parlato di margini di movimento. Questi definiscono la possibilità del processo di coinvolgimento. E' necessario esser chiari sulle comunicazioni agli stakeholder in termini di inviti, materiale scritto e presentazioni, riguardo l'estensione e gli obiettivi del coinvolgimento. Pur essendo importante essere chiari riguardo al raggio di azione è altrettanto fondamentale non negare a priori nuove questioni. Valutare, possibilmente in anticipo, ogni altra materia che gli stakeholder potrebbero sollevare inaspettatamente. Pianificare quindi l'agenda di lavoro per indirizzare i partecipati verso l'esito desiderato. Coinvolgere gli stakeholder nel pianificare il processo dove appropriato, e controllare i piani per ottenere l'approvazione.

Pianificare l'utilizzo di strumenti personali o virtuali appropriati per condividere le informazioni, per la discussione, la costruzione del consenso, il processo decisionale.

Assicurarsi che la gestione dei tempi e i processi decisionali si adattino tra loro. Creare gli spazi per discussioni informali. Preparazione. Sviluppare una strategia di comunicazione indirizzata agli stakeholder selezionati utilizzando network, mass media, mailing list o visite personali. Assicurarsi che ogni informazione preliminare arrivi in tempo agli stakeholder. Preparare con cura la presentazione e non sottovalutate il tempo necessario agli interlocutori per metabolizzare le informazioni preliminari.

Valutare infine se vi è l'esigenza di un facilitatore per ognuna delle attività di coinvolgimento.

Regole base. Accordarsi e fornire una chiara visione ai partecipanti riguardo le regole base e su cosa ci si aspetta da queste. Alcune regole base possono essere:

• evitare di attribuire intenzioni, credenze, motivi agli altri;

• accettare il diritto di ognuna delle parti a restare in silenzio se non sono pronte o non desiderano parlare;

• lasciare che gli altri esprimano completamente le loro opinioni;

• assicurarsi che le opportunità di fornire degli input siano equamente distribuite;

• rispettare la riservatezza e l'anonimato richiesto e che il gruppo ha stabilito di osservare;

• adottare un approccio orientato alla ricerca dei risultati;

• focalizzarsi sulla tematica che è oggetto dell'accordo.

Registrazioni e verifica. Pianificare un sistema per registrare i partecipanti, lo svolgimento dei lavori, i risultati e ogni impegno preso. Segnali di successo. Valutare in che modo giudicherete se il processo è stato positivo. Definite alcuni obiettivi di input, output e indicatori di risultato. Stabilire metodi per il feedback dei partecipanti in merito alla loro soddisfazione riguardo al processo. Stendere un piano di coinvolgimento che copra le tematiche principali, le questioni collegate, le responsabilità, le risorse e le scansioni temporali.

Fase 4 AGIRE, RIVEDERE E RENDICONTARE

Scopo Tradurre i nuovi insegnamenti, intuizioni e decisioni in azioni.

Scopo di questa fase è di trasformare le nuove conoscenze, le intuizioni e gli accordi in azione e di assicurarsi che gli stakholder comprendano come lo si sta facendo.

Tre processi stanno alla base:

1. AZIONE nei termini di pianificare e monitorare i cambiamenti strategici ed operativi;

2. REPORTING E FEEDBACK agli stakeholder coinvolti;

3. RIESAME del processo di coinvolgimento per imparare dai successi e dagli errori e per evidenziare le aree in cui sono ancora necessari ulteriori sviluppi.

CREARE UN PIANO D'AZIONE

Per dare forma al processo di coinvolgimento devono essere definiti gli obiettivi S.M.A.R.T. ovvero:

S Specific (specifici)

M Measurable (misurabili)

A Achievable (raggiungibili)

R Relevant (rilevanti)

T Time-specific (tempestivi)

Identificare quali implicazioni, strategiche e operative, potenziali o meno, ha questo processo e assegnare le responsabilità per portarlo avanti sulla base di questo risultato.

Identificare i passi successivi, su cui ci può già essere stato accordo con gli stakeholder e decidere quando questi devono essere portati avanti.

Identificare ogni domanda o tematica rimasta in sospeso che deve essere approcciata nel percorso di coinvolgimento e di nuovo, decidere chi sia responsabile nel portarle avanti.

Se ci sono azioni, l'impresa deve definire gli obiettivi SMART, assegnare le responsabilità per implementare e monitorare le attività conseguenti, e re-inviare le comunicazioni agli stakeholder nei modi appropriati.

RENDICONTARE E DARE VERIFICA AGLI STAKEHOLDER

Ci sono molti modi per rendicontare agli stakeholder: conversazioni individuali, briefing telefonici, lettere di ringraziamento che riassumono i risultati e i passi successivi; attività di reporting (es. nei report di responsabilità d'impresa).

Il reporting è una parte integrante del coinvolgimento degli stakeholder, sia in termini di feedback ai soggetti coinvolti nel processo, sia come meccanismo di informazione per coloro che non sono stati coinvolti. I report pubblici possono giocare un ruolo vitale nell'informare tutti i diversi stakeholder sulle performance aziendali, ma possono essere concepiti anche come un contributo ulteriore al dibattito globale sul ruolo dell'impresa nella società.

Il report di sostenibilità può sia prendere forma che dare forma al dialogo con gli stakeholder. Per l'azienda che desidera migliorare la sua interazione con gli stakeholder, la sfida sta nel gestire i propri sistemi di reporting, sia interni che esterni, e nella divulgazione degli stessi.

Un report, infine, può essere anche uno straordinario strumento per dare sicurezza agli stakeholder. Un report di alta qualità che soddisfa molti dei criteri su indicati, può dare garanzia agli stakeholder della

qualità della risposta alle loro preoccupazioni e aspettative. Inoltre, può aumentare la credibilità e generare ulteriore fiducia nell'impresa.

RIVEDERE IL PROCESSO DI COINVOLGIMENTO

Lo scopo di questa attività è di rivedere il processo di coinvolgimento per capire come possa essere sviluppato in futuro.

Ci sono diverse modalità attraverso cui gli stakeholder stessi possono essere coinvolti nel valutare il processo: fornire una scheda per i commenti durante e dopo il processo, usare una mailbox anonima, andare a fondo sulle paure e le speranze che coloro che sono stati consultati hanno, etc.

E' fondamentale:

• rivedere i migliori e i peggiori scenari: cos'è accaduto davvero?

• rivedere i segnali di successo identificati nel piano di coinvolgimento. Si sono manifestati? È stato meglio o peggio di ciò che ci si aspettava? Perché? Gli obiettivi erano realistici? Sono accaduti incidenti inaspettati o problemi?

• cercare di evidenziare cosa ha funzionato e cosa non ha funzionato e cosa può essere fatto meglio la prossima volta.

• c'era un gap tra le tematiche concrete che si erano identificate prima del coinvolgimento e ciò che è emerso durante il processo? Quanto grande era il gap e quali sono le conseguenze?

APPENDICE 2 – Piano Comunicazione Interna ed Esterna

Il documento "ALL 80 COMUNICAZIONE" evidenzia le modalità attraverso cui LA BUONA NOVELLA definisce:

3. Cosa vuole comunicare;
4. Con chi comunicare;
5. Come comunicare;
6. Quando comunicare;
7. Responsabilità.

Il documento stabilisce tali elementi in ordine alla comunicazione interna ed esterna, fatto salvo rinviare alle singole procedure per quanto pertinente ai processi da queste regolati e alle loro interazioni.

Nella presente tabella è delineata la modalità di funzionamento della comunicazione in generale mentre nelle singole procedure sono indicate specifiche modalità di comunicazioni inerenti al funzionamento del processo specifico.

OGGETTO	DESTINATARI	MODALITA'	PERIODICITA'
Piano Qualità	Tutto il personale Stake holders	GISS/CLOUD disponibilità in copia cartacea presso sedi consegna a mano/invio tramite email Sito internet aziendale	In caso di revisione
Politica	Tutto il personale Stake holders	Affissione in bacheca Sito internet aziendale	In caso di revisione
Organigramma	Tutto il personale	Affissione in bacheca	In caso di revisione
Riesame della direzione e risultati conseguiti a fronte degli obiettivi e nuovi obiettivi	Responsabili dei processi	Disponibilità copia verbale di riesame della direzione su gestionale (GISS/CLOUD)	Annuale
non conformità operative/reclami del cliente riscontrati	Personale coinvolto	Comunicazione verbale al personale del settore direttamente coinvolto	Entro una settimana dal rilievo/reclamo

Risultati valutazione soddisfazione clienti	Responsabili di area	Comunicazione verbale durante riunione	Annuale
Esiti degli audit dell'organismo di certificazione ed interni	Responsabili di area	Comunicazione verbale durante riunione	A seguito di Audit
Presentazione aziendale	Clienti	Sito internet aziendale	In caso di revisione
Aggiornamenti in ambito di salute e sicurezza sul lavoro	RSPP, RLS, medico competente	Riunione periodica salute e sicurezza (art. 35 D.lgs 81/08)	Annuale Straordinaria su richiesta di RSPP, RLS, medico competente
Carta dei servizi e guida (in tutte le lingue disponibili)	Utenti, clienti	Sito internet aziendale, invio tramite email	In caso di revisione
Presenze mensili ospiti (strutture socio-sanitarie)	Regione Marche	Flusso FILE R	Mensile
PEI (ospiti strutture socio-sanitarie)	Regione Marche	Flusso SIAR	Trimestrale
Evento sentinella	Regione Marche	Flusso SIMES	Al verificarsi dell'evento

L'aggiornamento del documento "ALL 80 COMUNICAZIONE" è compito del Responsabile Qualità.

Le responsabilità relative all'applicazione della presente procedura sono riportate nella seguente matrice (R= responsabilità C= collaborazione):

	CDA	Presidente	Responsabili di processo e Coordinatori	Operatori	RSQ
Comunicazione esterna	R	R			C
Comunicazione interna		R	C		R
Comunicazione interna ed esterna relativa agli specifici processi			R	C	R

Il controllo della comunicazione e della sua efficacia è assicurato da:

La gestione di eventuali NC e AC relative al processo

Discussioni in Riunioni d'equipe

Il Riesame della Direzione

APPENDICE 3 – TABELLA INDICATORI

GLI INDICATORI

Il percorso metodologico effettuato ai fini dell'identificazione degli indicatori ha tenuto conto dei seguenti criteri:

- Coerenza con i parametri di riferimento individuati in precedenza.
- Chiarezza espositiva e comprensibilità dell'indicatore
- Accettabilità dell'indicatore
- Fattibilità in termini di misurazione dell'indicatore

Sono state individuate diverse tipologie di indicatori:

INDICATORI E CONTROLLI RISCHIO CLINICO

RISCHIO CLINICO	OBIETTIVO	TIPO DI CONTROLLO	FREQUENZA CONTROLLO	INDICATORE (formula)	RESP. CONTROLLO E RILEVAZIONE
CADUTE	**Valutazione efficacia scala utilizzata**	Rilevazione random sulle cartelle cliniche	Semestrale	Num. Pazienti caduti / Num. schede Conley con basso rischio dei paz caduti	DS
CADUTE	**Presenza scheda scala Conley per ogni ospite**	Controllo a campione	semestrale	Numero ospiti/numero schede compilate	DS
FARMACI	**Valutazione corretto utilizzo farmaci**	Somministrazione questionario (MOD 202)	Semestrale	Num. questionary con buon esito/num. questionari compilati	DS
LESIONI DA DECUBITO	**Valutazione efficacia scala utilizzata**	Rilevazione random sulle cartelle cliniche	Semestrale	Num. Pazienti con lesioni/ Num. schede Braden con basso rischio (punteggio tra 6 e 12)	DS
Antisettici e disinfettanti	**Personale formato**	Registro formazione	Semestrale	Numero dip. Formati/numero dipendnti	DS
Emergenza / emergenza sanitaria	**Personale formato**	Registro formazione	Semestrale	Numero dip. Formati/numero dipendnti	DS
COVID-ICA	**Personale formato**	Registro formazione	Semestrale	Numero dip. Formati/numero dipendnti	DS

INDICATORI DI PROCESSO

CONTESTO	**OBIETTIVO**	**TIPO DI CONTROLLO**	**FREQUENZA CONTROLLO**	**INDICATORE (formula)**	**RESP. CONTROLLO**
PROGETTO INDIVIDUALIZZATO	AD OGNI OSPITE CORRISPOND A UN PRI	Rilevazione su tutte le cartelle cliniche	Semestrale	Nuum PRI / num Ospiti	R.Q.

INDICATORI PAGR

CONTESTO	**OBIETTIVO**	**TIPO DI CONTROLLO**	**FREQUENZA CONTROLLO**	**RESP. CONTROLLO**	**INDICATORE (formula)**
Sicurezza stress-lavoro-corrrelato	**Riduzione burn-out**	Verbale corso	Annuale	R.Q.	1 corso Comunicazione /corsi tot