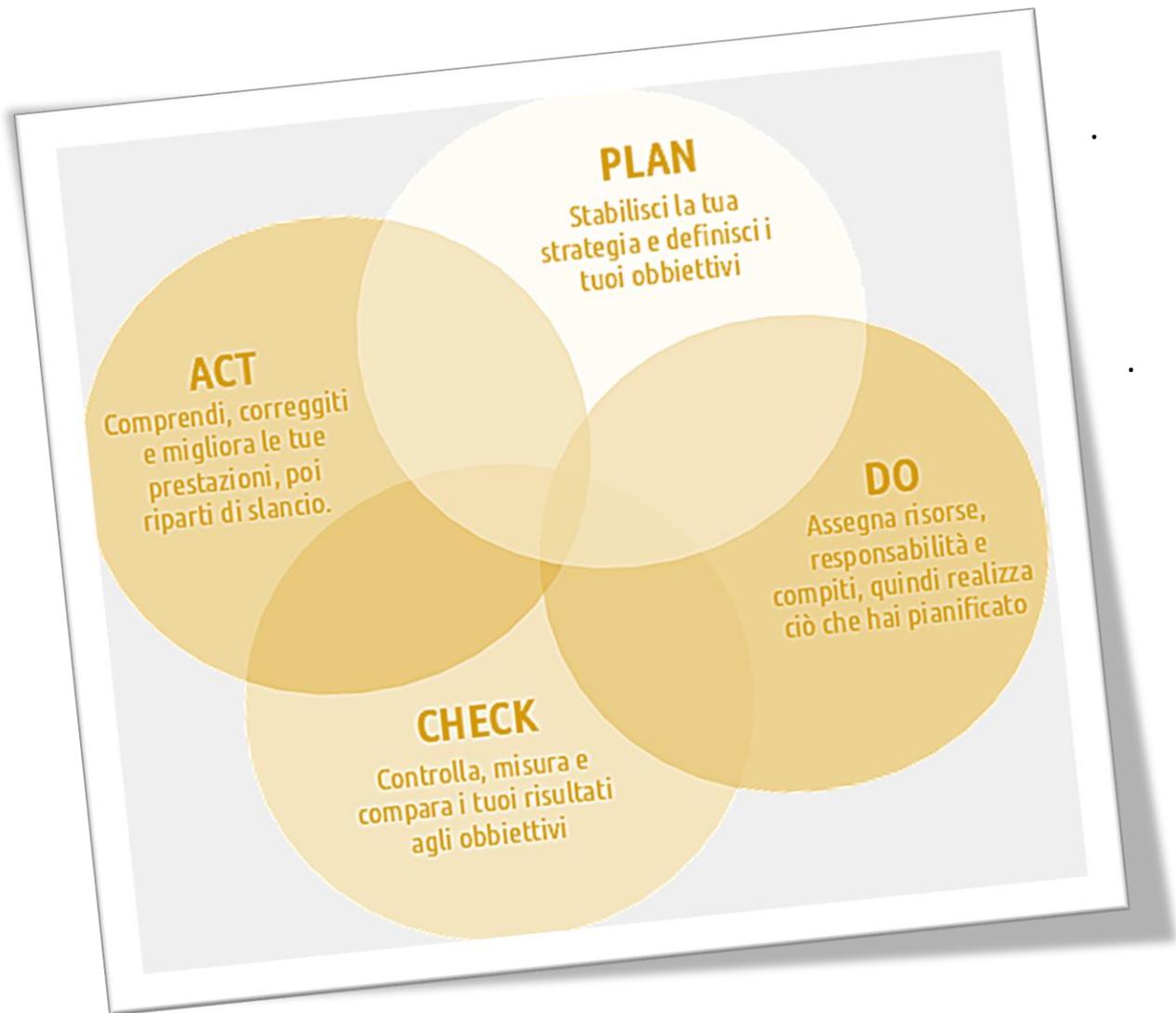


Allegato alla deliberazione del Consiglio di Amministrazione n. 12 di data 20.03.2025.

PIANO QUALITÀ 2025



INDICE

PREMESSA	3
SCOPO DEL PIANO.....	4
GESTIONE DEL PIANO – STAFF PER LA QUALITÀ	5
PROGRAMMI DI GESTIONE DELLA QUALITA’	5

PREMESSA

L'A.P.S.P "Valle Del Vanoi" eroga un'ampia e diversificata gamma di servizi di assistenza e cura, volti alla presa in carico globale della persona, come risposta alle emergenti necessità e bisogni. Accanto alla RSA, l'offerta comprende tre importanti servizi: Centro Diurno, Centro Servizi, Punto prelievi, fisioterapia- Lavanderia - Camera mortuaria per esterni.

La gestione dell'A.P.S.P. tiene conto di un contesto organizzativo complesso, con evoluzione negli ultimi anni del quadro di riferimento normativo provinciale, in termini di accreditamento istituzionale, sia in ambito sanitario che socio assistenziale.

Le figure professionali e le risorse messe in campo sono molteplici e riveste particolare importanza una pianificazione pluriennale volta alla valorizzazione e ottimizzazione di tali risorse.

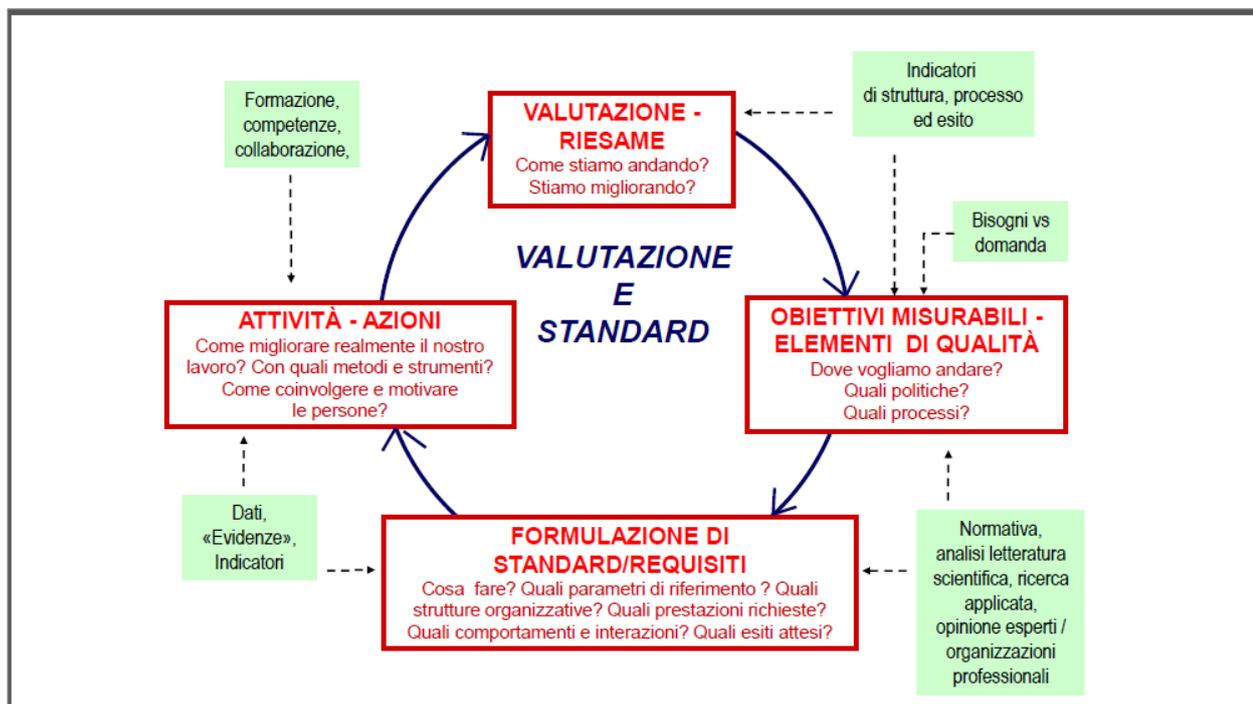
Proprio nell'ottica di una pianificazione strutturata, si è predisposto il presente documento come piano per il 2025, per evidenziare azioni organiche di sviluppo di lungo periodo e interventi in materia di qualità dell'A.P.S.P, partendo dagli indirizzi del Consiglio d'amministrazione fino a giungere ai principali obiettivi da perseguire nel corso del biennio.

Tale piano si allinea con la mission aziendale nel promuovere una cultura della qualità tesa al miglioramento continuo attraverso la costante interazione tra pianificazione, progettazione, implementazione, misurazione, monitoraggio, analisi e miglioramento delle prestazioni/processi/servizi erogati (ciclo di Deming) ed in linea con le modalità di accertamento dei criteri di qualità previsti dall'**Accreditamento Istituzionale** vigenti ai sensi della deliberazione della Giunta Provinciale n. 1848 del 5 ottobre 2018.

Il presente Piano Qualità riporta obiettivi e strategie inseriti in una più ampia programmazione biennale, valutando come fondamentale un'attività di progettazione e pianificazione di interventi che abbia una prospettiva verso il miglioramento continuo.

SCOPO DEL PIANO

Il presente Piano ha la finalità di definire e programmare gli interventi in materia di Qualità per il 2025 in modo tale da avere e dare a tutto il personale dell'A.P.S.P. un quadro d'insieme delle azioni e degli obiettivi volti a migliorare la qualità dei servizi erogati, ed in più ampia visione la qualità della vita in struttura. Le modalità attraverso le quali si perseguiranno obiettivi di miglioramento continuo, sono rappresentati dal seguente schema, le cui macro fasi indicano i passaggi fondamentali da considerare nell'analizzare ogni singolo processo orientato al miglioramento continuo.



Partendo quindi dall'analisi di un processo, per raggiungere obiettivi di Qualità, risulta fondamentale:

- analizzare in modo critico ed oggettivo i dati in possesso e il contesto di riferimento;
- valutare i punti di forza e i punti di debolezza interni, le opportunità e le minacce esterne;
- identificarne i possibili ambiti di miglioramento;
- individuarne gli obiettivi specifici, misurabili, raggiungibili, realistici e temporalizzabili;¹
- formulare i relativi parametri di riferimento (standard/requisiti/indicatori) attraverso i quali verificare il raggiungimento dell'obiettivo;
- individuare attività, azioni e risorse da impiegare per raggiungere l'obiettivo;
- valutare *in itinere* ed al raggiungimento dell'obiettivo l'andamento del processo di miglioramento ed il raggiungimento dei risultati attesi;
- riprogrammare ulteriori azioni di miglioramento se i risultati non sono stati raggiunti o raggiunti parzialmente.

¹ Il metodo S.M.A.R.T. è stato sviluppato da Peter Drucker nel 1954, come parte integrante della filosofia di gestione aziendale MBO (Management by Objectives). Si tratta di un sistema per la definizione degli obiettivi, che vengono messi al primo posto rispetto alle attività necessarie per il loro raggiungimento. Una efficiente gestione degli obiettivi di business è possibile soltanto se se ne conosce la validità. Per stabilire se gli obiettivi sono validi, sono stati definiti 5 criteri, che corrispondono ai termini anglosassoni che compongono l'acronimo S.M.A.R.T.: S = Specific (Specifico); M = Measurable (Misurabile); A = Achievable (Raggiungibile); R = Realistic (Realistico), T = Times-based (Temporalizzabile).

GESTIONE DEL PIANO – STAFF PER LA QUALITÀ

Il Piano Qualità sarà programmato e gestito dallo Staff per la Qualità (QS).

Il QS è formato dal Direttore, dal Responsabile della Qualità e dai responsabili e referenti delle varie aree organizzative. Il QS ha il compito di monitorare, progettare, realizzare e verificare tutti i percorsi inerenti alla qualità interna all'organizzazione.

La definizione del QS è riconducibile alla necessità di creare un organo operativo di analisi e studio nella logica del miglioramento continuo dell'erogazione del servizio che sia di sintesi tra le molteplici istanze ed esigenze dei vari settori organizzativi e adeguatezza dei processi clinico assistenziali.

Per ogni singola azione al QS si affiancheranno i professionisti impegnati nel settore di pertinenza dell'azione stessa.

Il Direttore periodicamente relaziona al Consiglio di Amministrazione sullo stato di avanzamento delle azioni implementate per il conseguimento degli obiettivi individuati nel presente Piano.

PROGRAMMI DI GESTIONE DELLA QUALITÀ

L'A.P.S.P. "Valle Del Vanoi", considerati:

- gli esiti delle verifiche tecnico sanitarie effettuate dall'APSS,
- gli esiti del monitoraggio degli standard di qualità previsti dalla Carta dei Servizi,
- l'analisi dei processi organizzativi interni;
- obiettivi aziendali annuali.

individua gli ambiti di miglioramento per le seguenti aree, definendo per ciascuna il dettaglio degli obiettivi e delle strategie che la APSP si impegna a perseguire per l'anno 2025:

1. CONTESTO ESTERNO E NORMATIVO

1.1. Accreditazioni:

Attività di mantenimento dell'Accreditamento Istituzionale Sanitario RSA e Centro Diurno, con la definizione di azioni sulla base degli adempimenti necessari con preparazione della verifica per il 2026;

Nuova Autorizzazione e accreditamento per i n. 3 posti letto di cure intermedie (di cui 1 a indirizzo palliativo) assegnati dalla Provincia Autonoma di Trento con deliberazione n.1781 dd. 08.11.2024;

2. ORGANIZZAZIONE

2.1. Aggiornamento delle procedure anche in riferimento alle richieste dell'Accreditamento Istituzionale, con il coinvolgimento di rappresentanti delle figure professionali coinvolte nel processo da revisionare e successiva divulgazione, informazione e formazione al personale

Indicatore: elenco procedure aggiornato (riviste procedure con data revisione > 3 anni e procedure collegate ad azioni di miglioramento di cui sotto)

2.2. Formazione di un Responsabile Qualità interno

Indicatore: completamento del percorso formativo

3. ATTENZIONE AL RESIDENTE

3.1. Impegno costante volto alla sicurezza del residente, individuando e monitorando costantemente gli **indicatori specifici in riferimento ai rischi clinici** e da istituzionalizzazione individuati dall'analisi del contesto dell'APSP

Indicatore: report trimestrali presenti – piattaforma Indicare Salute completata

3.2. Ripresa del tema rischio clinico con l'implementazione del Manuale per la gestione del **Rischio clinico e avvio di** attività di sensibilizzazione al personale infermieristico e assistenziale.

Indicatore: Manuale rischio clinico redatto

3.3. Comunicazione degli esiti dei monitoraggi all'equipe

Indicatore: verbali di equipe mensile presenti

3.4. Attivazione di momenti di focus group con in residenti per il monitoraggio della soddisfazione prendendo spunto dai valori del Marchio Q&B

Indicatore: almeno 4 focus group effettuati (4 campioni diversi scelti tra i residenti)

3.5. Predisposizione di modulo e procedura per la gestione degli agiti aggressivi verso operatori, in risposta all'analisi del rischio collegato

Indicatore: documenti implementati

3.6. Implementazione di una prima fase di monitoraggio degli indicatori collegati all'analisi del contesto e rischio maltrattamento

Indicatore: individuazione dei fattori di rischio da monitorare – predisposizione di un piano di intervento

3.7. **Focus sulla tematica "Fine vita" su più livelli, strutturali, formativi e qualità:**

3.8. Implementazione di un progetto interno 2025 – 2026 riguardante il Fine Vita, con focus particolare sulla pianificazione condivisa delle cure, DAT, figura del fiduciario; attività previste:

- Condivisione all'interno dello staff di coordinamento,
- momenti formativi con la dott.ssa Marchesoni, psicologa e psicoterapeuta, rivolti all'equipe sulla relazione
- Revisione della procedura interna sul Fine vita, la pianificazione condivisa delle cure e gli strumenti a disposizione e condivisione in equipe
- formazione ai familiari sugli strumenti a disposizione in collaborazione con UPIPA

Indicatori: formazione dipendenti effettuata in ente

Evento formativo/informativo per familiari effettuato

Procedura Fine vita rivista e condivisa in equipe

3.9. Apertura nr. 3 posti letto cure intermedie (di cui 1 fine vita)

Indicatore: procedimento di autorizzazione e accreditamento (di cui sopra)

4. **GESTIONE DELLE RISORSE UMANE**

4.1. Implementazione di un **piano di formazione** che valorizzi e accresca le competenze specifiche delle varie professionalità

Indicatore: Piano formazione redatto, approvato e implementato

4.2. Progettare percorsi in ambito di formazione obbligatoria **sicurezza** negli ambienti di lavoro, in linea con i nuovi aggiornamenti della normativa D.Lgs. 81/2008, con attenzione all'aspetto più specifico dell'A.P.S.P.

Indicatore: scadenziario formazione obbligatoria aggiornato

5. **GESTIONE COMUNICAZIONE INTERNA/ESTERNA**

5.1. Aggiornamento del Piano della Comunicazione;

Indicatore: Piano rivisto e approvato

5.2. Valorizzazione e potenziamento del sistema di comunicazione interna informatizzato, attraverso la condivisione della documentazione inerente aggiornamenti o novità organizzative, attività formative interne (promozione e gestione), materiale informativo e formativo, introduzione e aggiornamento delle procedure aziendali, promozione di iniziative aziendali, esiti di valutazioni esterne.

Indicatore: verbali Comitato di Gestione e informative inviate ogni due mesi

5.3. Organizzazione di **momenti informativi/formativi e di sensibilizzazione rivolti ai familiari**, volontari, operatori ed alla Comunità più in generale, riguardo tematiche di particolare rilievo nell'area anziani e in linea con il progetto "Comunità Amiche delle Persone con Demenza", in collaborazione anche di Spazio Argento.

Indicatore: momenti formativi come da Piano "Comunità Amiche delle Persone con Demenza"

5.4. Mantenimento e potenziamento di strumenti di informazione e sostegno rivolti alle famiglie dei residenti, quali lo sportello in **ambito psicologico** e le newsletter;

Indicatore: presenza mensile dello psicologo e invio bimestrale delle newsletter

5.5. Collaborazione con associazioni del territorio quali AVULSS, Spazio Argento, altre APSP del territorio e UPIPA per l'organizzazione di momenti formativi e informativi rivolti a volontari e familiari del territorio

Indicatori: due eventi organizzati nell'anno

5.6. Mantenimento di strumenti quali **social** per la comunicazione rivolta alla Comunità e la pubblicizzazione di percorsi formativi e attività di sensibilizzazione organizzate dall'Ente.

Indicatore: pagine social attiva e aggiornata

6. GESTIONE DEGLI ASPETTI STRUTTURALI E DELLE TECNOLOGIE SANITARIE

6.1. Garantisce l'idoneità all'uso delle strutture e degli spazi presenti e assicura la gestione e manutenzione delle attrezzature presenti in ente, comprensive di quelle biomedicali, mediante lo scadenziario delle manutenzioni.

Indicatore: file programmazione delle manutenzioni aggiornato_report presenti

6.2. Apertura per utilizzo dello Spazio Demenza: acquisto arredo, riorganizzazione dei piani di lavoro

Indicatore: apertura dello spazio

7. VALUTAZIONE DELLA QUALITA' DEI PROCESSI E DEI RISULTATI

Il monitoraggio dei processi e dei risultati si ricava dai seguenti documenti:

- Relazione al bilancio;
- Relazioni periodiche sull'andamento di gestione;
- Relazione annuale del Medico Coordinatore;
- Verbali visite tecnico sanitarie;
- Relazioni indagini di soddisfazione residenti/famigliari;
- Relazione annuale al piano della formazione;
- Report annuale relativo al monitoraggio degli standard di qualità fissati nella Carta dei Servizi;
- Report annuale Piano della Qualità;
- Stato di avanzamento "Obiettivi di miglioramento";
- Relazione annuale Medico competente e RSPP;

8. DOCUMENTI NORMATIVI ED ORIENTATIVI

- Direttive RSA e Centri Diurni;
- Liste Accreditamento istituzionale: lista di controllo GEN; lista di controllo ESTRA OSP. ANZIANI;
- Requisiti Accreditamento Sociale
- Raccomandazioni Ministeriali;
- Report valutazione visita tecnico sanitaria;

- Statuto;
- Carta dei Servizi dell'Ente;
- Regolamenti aziendali;
- Codice di comportamento;
- Documento Valutazione Rischi (DVR).