PIANO DELLA QUALITÀ – ANNO 2026

Azienda Pubblica di Servizi alla Persona "Valle del Vanoi"

1. PREMESSA

L'Azienda Pubblica di Servizi alla Persona "Valle del Vanoi" opera nel settore dell'assistenza residenziale agli anziani non autosufficienti con l'obiettivo primario di garantire una presa in carico globale, integrata e continuativa della persona, fondata sui principi di dignità, rispetto, appropriatezza, sicurezza e personalizzazione delle cure.

Il presente **Piano della Qualità 2026** rappresenta lo strumento di pianificazione, governo e monitoraggio delle politiche di qualità dell'Ente e si colloca in una fase strategica caratterizzata da:

- il **consolidamento delle riorganizzazioni strutturali, organizzative e assistenziali** avviate negli anni precedenti;
- la necessità di garantire la **piena conformità ai requisiti dell'Accreditamento Istituzionale Sanitario**;
- il mantenimento e lo sviluppo dei requisiti dell'**Accreditamento Sociale**;
- la crescente complessità clinica, assistenziale e relazionale dell'utenza accolta.

Il Piano assume come riferimento metodologico il modello del **miglioramento continuo** integrato con i principi del **governo clinico**, della **gestione del rischio** e della **valutazione delle performance**.

Particolare attenzione viene posta anche al **benessere organizzativo**, alla valorizzazione delle competenze e alla sostenibilità del lavoro di cura.

2. FINALITÀ E AMBITO DI APPLICAZIONE

Il Piano Qualità 2026 ha la finalità di:

- definire in modo sistematico gli **obiettivi di miglioramento** dell'organizzazione;
- orientare le decisioni gestionali, cliniche e assistenziali verso la **qualità misurabile**;
- garantire la **trasparenza e la tracciabilità** dei processi;
- assicurare la **conformità normativa e di accreditamento**.

Il Piano si applica a tutte le aree dell'organizzazione: sanitaria, assistenziale, alberghiera, tecnica, amministrativa e relazionale, coinvolgendo l'intero personale e i principali stakeholder (residenti, familiari, volontari, enti esterni).

3. GOVERNANCE DELLA QUALITÀ

La gestione del Piano è affidata allo **Staff per la Qualità (QS)**, quale organismo multidisciplinare di governo dei processi di miglioramento: Direzione, Coordinatore, Responsabile Qualità, Infermiere referente

Lo Staff per la Qualità ha il compito di:

- analizzare sistematicamente i processi;
- individuare criticità e aree di rischio;

- definire obiettivi e standard;
- monitorare gli indicatori;
- promuovere audit e azioni correttive;
- validare i risultati raggiunti.

La funzione del QS consente di superare una visione settoriale della qualità, favorendo una **integrazione tra dimensione clinica, organizzativa e relazionale**.

4. AREE STRATEGICHE DI INTERVENTO

4.1 Organizzazione degli spazi, dei nuclei e delle risorse

Adeguare l'organizzazione strutturale, assistenziale e professionale della RSA per l'attivazione di posti dedicati a **cure intermedie e fine vita**, garantendo appropriatezza clinico-assistenziale, continuità di cura e qualità dell'accompagnamento nella fase terminale:

- Strutturazione degli spazi anche in relazione alle indicazioni ricevute in sede di verifica di accreditamento
- Revisione dei piani di lavoro:
  rimodulazione dei carichi assistenziali e adeguamento dei turni OSS/infermieri in funzione della maggiore intensità di cura, definizione di figure di riferimento, Introduzione di momenti strutturati di briefing e debriefing clinico-assistenziale.
- Definizione delle procedure per l'integrazione con i servizi territoriali
- Implementazione di procedure per la presa in carico del paziente e revisione delle procedure interne per estensione delle stesse all'ambito delle cure intermedie
- Individuazione di indicatori di monitoraggio specifici
- A completamento della formazione già erogata in ente del 2025 sul tema pianificazione condivisa delle cure e gestione della relazione con i familiari, implementare percorsi formativi specifici al personale con il focus su cure palliative, gestione del dolore e sintomi di fine vita,

Indicatore: procedure riviste, monitoraggio mensile degli indicatori clinici individuati attraverso lo strumento Esakon, integrazione dell'analisi degli indicatori nei documenti di gestione del rischio clinico (Mappatura rischi e piano di miglioramento rischio clinico), formazione specifica implementata in Piano Formazione

4.2 Sistema qualità e gestione documentale

Le procedure vengono considerate non come meri adempimenti formali, ma come **strumenti di governo dei processi**, in grado di ridurre la variabilità e aumentare la sicurezza.

Le attività comprendono:

- revisione periodica delle procedure;
- coinvolgimento degli operatori nei processi di aggiornamento;
- formazione sull'applicazione concreta delle procedure;
- monitoraggio della loro applicazione tramite audit.

Indicatore: elenco procedure aggiornato

4.3 Qualità clinica, gestione del rischio e sicurezza delle cure

Per la gestione della qualità delle cure, risulta essere uno strumento importante il **Piano strutturato di Miglioramento del Rischio Clinico**, finalizzato alla riduzione degli eventi avversi, al rafforzamento della cultura della sicurezza e alla diffusione sistematica della conoscenza dei rischi all'interno dell'équipe multiprofessionale.

L'implementazione del piano mira a superare una gestione reattiva del rischio clinico, fondata su singoli episodi, per adottare un modello proattivo, sistematico e partecipato, in cui:

- i rischi sono mappati, misurati e condivisi;
- gli operatori sono consapevoli dei principali fattori di rischio;
- l'organizzazione è in grado di prevenire, intercettare e correggere criticità prima che si traducano in danno per il residente.

Il Piano di Miglioramento del Rischio Clinico riguarda in particolare:

- rischio cadute
- lesioni da pressione
- errori di terapia
- contenzione
- infezioni correlate all'assistenza
- gestione del dolore
- problematiche di posizionamento e mobilizzazione

ed è integrato con la **Mappatura del Rischio Clinico** e con il sistema di raccolta dati tramite gestionale e progetto Indicare Salute.

Linee di intervento:

a. Strutturazione del Piano di Miglioramento del Rischio Clinico

Nel corso del 2025 è stato introdotta una Mappatura dei rischi interni della APSP, frutto di un lavoro di equipe e verrà formalizzato un **Piano di Miglioramento annuale**, che conterrà:

- analisi dei dati degli indicatori di rischio;
- identificazione delle aree critiche;
- definizione di obiettivi di riduzione del rischio;
- azioni correttive e preventive;
- responsabilità e tempi di attuazione;
- criteri di verifica degli esiti.

Il Piano costituirà documento ufficiale del Sistema Qualità e sarà sottoposto a revisione periodica dallo Staff per la Qualità.

Indicatore: Piano di miglioramento rischio clinico redatto

b. Diffusione della conoscenza dei rischi all'équipe

Verrà realizzato un percorso di **diffusione strutturata della mappatura dei rischi clinico–assistenziali**, attraverso:

- Incontro formativo / informativo rivolto al personale
- Coinvolgimento degli operatori nelle verifiche audit interni
- Report periodici di restituzione dei dati agli operatori;
- condivisione delle principali criticità e delle azioni correttive attivate.

L'obiettivo è rendere il personale **partecipe del sistema di sicurezza**, superando una visione burocratica del rischio e diffondendo l'importanza della segnalazione dell'errore.

Indicatore: incontro formativo effettuato a inizio anno/condivisione dei risultati degli audit ai dipendenti tramite incontro di fine anno

c. Formazione di referenti infermieristici per la sicurezza

Saranno individuati e formati **infermieri referenti per il rischio clinico e la sicurezza**, con il ruolo di:

- supportare la raccolta e l'analisi dei dati;
- collaborare agli audit interni;
- monitorare l'applicazione delle procedure;
- fungere da riferimento operativo per i colleghi nei nuclei.

Questa funzione consente di creare una **rete interna di competenze sulla sicurezza**, integrata nella pratica quotidiana.

Indicatore: assegnazione competenze e incarichi specifici e formazione a supporto effettuata

d. Implementazione di audit interni sulla sicurezza

Gli infermieri referenti, in collaborazione con il Responsabile Qualità e lo Staff di Direzione, parteciperanno a:

- audit clinico–assistenziali mirati;
- safety walk around nei nuclei;
- verifiche sull'aderenza alle procedure;
- analisi degli eventi avversi e dei near miss.

Gli esiti degli audit confluiranno nel Piano di Miglioramento del Rischio Clinico.

Indicatore: audit interni per area di rischio effettuati e file Non conformità compilato e aggiornato

4.4 Risorse umane e benessere organizzativo

La qualità dell'assistenza dipende direttamente dalla qualità del lavoro.

Il Piano 2026 prevede:

- sviluppo delle competenze tecniche e relazionali;
- sostegno alla motivazione;
- riduzione del rischio di stress e burn-out.

Indicatori: Piano formazione 2026 redatto e condiviso con il personale su portale, riunioni di nucleo effettuate secondo piano della comunicazione dell'ente;

4.5 Qualità di vita, animazione e benessere psicosociale

Obiettivo strategico dell'ente è arricchire, diversificare e qualificare l'offerta animativa e relazionale dell'Ente attraverso l'adesione al progetto "Ciao!" della Fondazione Amplifon, mediante l'introduzione di un sistema multimediale con palinsesto strutturato di attività online sincrone, integrato con le attività in presenza.

Nel 2026 l'A.P.S.P. attiverà il progetto "Ciao!", che prevede l'installazione, in **comodato d'uso gratuito**, di un sistema **home theatre** dotato di piattaforma digitale con palinsesto giornaliero di: visite virtuali a musei e città, concerti e spettacoli teatrali, attività di yoga dolce e movimento, corsi di cucina, incontri culturali e narrativi in collaborazione con associazioni. Le attività vengono proposte in **modalità sincrona**, favorendo partecipazione attiva e relazione.

Le attività proposte si integrano con l'animazione in presenza: attività di gruppo, laboratori espressivi, interventi individualizzati, percorsi di stimolazione cognitiva.

Gli operatori dell'animazione utilizzeranno la piattaforma come **strumento aggiuntivo**, inserendola nella programmazione settimanale e nei PAI.

Indicatore: programma attività animative settimanale integrato e diffuso

4.6 Soddisfazione dei residenti

Strumenti per la misurazione

Anche per il 2026, dopo sperimentazione dello scorso anno, sarà mantenuto e potenziato un sistema di rilevazione della soddisfazione dei residenti basato prevalentemente su focus group, ritenuti più efficaci rispetto ai questionari standardizzati per l'ascolto attivo e la partecipazione.

Indicatore: realizzazione di almeno quattro focus group annuali con i Residenti

4.7 Comunicazione e partecipazione dei familiari

La qualità è anche relazione, trasparenza e fiducia. La partecipazione dei familiari e dei caregiver rappresenta una dimensione essenziale della qualità assistenziale in RSA. La relazione tra struttura, residente e famiglia costituisce infatti un sistema unitario di cura, nel quale la continuità informativa, la condivisione delle scelte e la fiducia reciproca incidono direttamente sul benessere della persona assistita, sulla sicurezza delle cure e sulla sostenibilità dei percorsi assistenziali.

Nel contesto attuale, caratterizzato da elevata fragilità clinica, decadimento cognitivo, cronicità e complessità decisionale, i familiari assumono sempre più un ruolo di co-protagonisti nei processi di cura e sono chiamati a comprendere, condividere e talvolta rappresentare le scelte della persona, specialmente nelle fasi di maggiore vulnerabilità. Per tali ragioni, l'APSP individua nella formazione e informazione dei familiari una leva strategica del proprio Sistema Qualità. Vengono pertanto identificati i seguenti obiettivi 2026:

- promuovere una partecipazione informata e consapevole dei familiari nei percorsi di cura;
- rafforzare la fiducia e l'alleanza terapeutica tra équipe, residenti e caregiver;
- ridurre conflittualità, incomprensioni e aspettative non realistiche;
- sostenere i caregiver nella gestione delle situazioni complesse (demenze, fine vita, fragilità);
- garantire trasparenza organizzativa e chiarezza dei ruoli della RSA.

Per l'anno 2026 l'RSA attiva un programma strutturato di incontri rivolti ai familiari e caregiver, articolato in due ambiti principali:

1. Incontri formativi su tematiche clinico–assistenziali e relazionali
2. Incontri informativi sull'organizzazione e sul funzionamento della struttura

Gli incontri si svolgeranno con cadenza programmata, in presenza o in modalità mista, e saranno condotti da professionisti interni ed esterni (medici, psicologi, coordinatori, giuristi, esperti di bioetica).

Indicatori: almeno 2 incontri annuali informativi su tematiche riguardanti l'organizzazione e su tematiche specifiche di interesse

4.8 Comunicazione e relazione con il territorio

Per migliorare l'efficacia e la trasparenza della comunicazione esterna della APSP nel 2025 è stata rivista la Carta dei Servizi dell'ente; per il 2026 si prevede la realizzazione del primo Bilancio sociale dell'ente e l'implementazione di sito istituzionale, realizzato in collaborazione con una ditta esterna specializzata, garantendo la coerenza, l'accuratezza e l'accessibilità delle informazioni pubblicate. In particolare, l'obiettivo prevede la revisione e la pubblicazione degli strumenti comunicativi, secondo criteri di chiarezza, completezza e conformità alla normativa vigente, al fine di assicurare una corretta informazione agli utenti, ai familiari e agli stakeholder, favorendo la conoscenza dell'offerta assistenziale, dei diritti e dei doveri delle parti e degli standard qualitativi adottati dalla struttura.

Indicatore: sito internet rivisto e implementato; Bilancio sociale redatto