

Azienda Pubblica di Servizi alla Persona
“SANTA MARIA” CLES
Via Eusebio Chini, 37
CLES

VERBALE DI DELIBERAZIONE

delibera n 21

del 28/04/2025

Prot. 0003946 2025

Addi 28/04/2025 alle ore 18.30, in Cles, presso la sala consigliare dell’Azienda Pubblica di Servizi alla Persona “Santa Maria” Cles, convocato dalla Presidente con avvisi recapitati ai singoli componenti, si è riunito il Consiglio di Amministrazione,

OGGETTO: Approvazione Piano triennale della qualità 2025/2027.

Presente	Assente giustificato	Nominativo
si		Avv. Flor Laura
si		Dott. Franch Renzo
si		Dott.ssa Larcher Luisa
si		Arch. Mascotti Andrea
si		Sig.ra Pinamonti Serafina
si		Dott.ssa Zanon Arianna
si		Dott.ssa Zanoni Irenella

Assiste il Direttore: Cattani dott. Luca

E’ designato per la firma del verbale della seduta la Consigliera – sig.ra Pinamonti Serafina

Riconosciuto legale il numero degli intervenuti, la Presidente dichiara aperta la seduta alle ore 18.30 e invita il Consiglio a deliberare in merito all’argomento in oggetto.

OGGETTO: Approvazione Piano triennale della qualità 2025/2027.

Il Presidente relaziona:

Il Piano della Qualità rappresenta il documento al cui interno sono contenute le indicazioni strategiche da perseguire partendo dagli indirizzi del Consiglio di Amministrazione (C.d.A.) fino a giungere ai principali obiettivi da assolvere in itinere nella logica di un'organizzazione sensibile, "snella" ed attenta ai continui mutamenti in atto;

Il Piano triennale in adozione rappresenta una prima versione ad interim che sarà soggetta a costanti modifiche, revisioni e integrazioni; si tratta di un materiale documentale flessibile, che deve adattarsi, di anno in anno, agli eventuali cambiamenti delle riforme normative, organizzative, tecnologiche e gestionali;

Si è deciso di allineare tale Piano con il documento programmatico per gli esercizi finanziari 2025/2026/2027 approvato con Deliberazione del Consiglio di Amministrazione n. 42 del 30/12/2024, dove si sottende di voler promuovere una cultura innovativa della qualità orientata al miglioramento continuo attraverso la costante interazione tra pianificazione, progettazione, implementazione, misurazione, monitoraggio, analisi e miglioramento (ciclo di Denim), come previsto anche dal percorso di accreditamento istituzionale vigente ai sensi della deliberazione della Giunta provinciale n. 1848 del 5 ottobre 2018 al quale ciascuna Struttura è tenuta ad aderire;

Il presente documento rileva i principali interventi in materia di qualità per il triennio 2025/2027 presso l'A.P.S.P. "S. Maria" di Cles, partendo dagli indirizzi del Consiglio d'Amministrazione, dalle Direttive della Provincia autonoma di Trento, dagli esiti delle verifiche di organismi esterni, dall'analisi del contesto, fino a giungere ai principali obiettivi da perseguire nel corso del triennio, focalizzando l'attenzione in particolare sul 2025, nella logica di un'organizzazione attenta e flessibile ai continui cambiamenti, anche in considerazione dell'adesione dell'ente a sistemi di certificazione quali il Marchio Qualità & Benessere e il Family Audit;

Il Piano della Qualità è redatto in forte collegamento con il Piano triennale della Formazione (triennio 2024/2026), in particolare con il Piano della Formazione 2025 (documento integrativo al Piano della Formazione triennale) approvato con Delibera n. 10 del 26/02/2025;

Visto il documento redatto dalla Responsabile qualità dell'ente;

Il Consiglio di Amministrazione

Preso atto della relazione della Presidente;

letto e ritenuto condivisibile il documento redatto dalla Responsabile qualità dell'ente;

Constatato che tale provvedimento rientra nelle competenze del Consiglio di Amministrazione ai sensi dell'art. 11 dello Statuto dell'Ente;

Vista la L.R. 21 settembre 2005, n. 7, come modificata dalla L.R. 28 settembre 2016, n. 9 concernente l'ordinamento delle Aziende Pubbliche di Servizi alla Persona e i regolamenti regionali attuativi della stessa;

Visto lo Statuto dell'Azienda;

Accertata la propria competenza all'adozione della presente determina in ottemperanza a quanto disposto dallo Statuto dell'Azienda Pubblica di Servizi alla Persona "Santa Maria" di Cles, approvato con Deliberazione del Consiglio di Amministrazione della Casa di Riposo "Santa Maria" di Cles di data 21 giugno 2007, n. 53 e successive modifiche (da ultimo modificato con deliberazione del Consiglio di Amministrazione n. 20 di data 28.10.2021, approvato con deliberazione della Giunta Regionale n. 226 del 09.12.2021);

visto il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (P.I.A.O.) 2025/2027 approvato con delibera del Consiglio di Amministrazione n. 15 di data 27/03/2025;

visto il Codice di comportamento approvato con deliberazione del Consiglio di amministrazione n. 25 del 24/07/2024, reperibile all'indirizzo: <https://cles.upipa.opencontent.it/Amministrazione-Trasparente/DisposizioniGenerali/Atti-general/Codice-disciplinare-e-codice-di-condotta>;

Considerato che nel procedimento in oggetto il Responsabile del procedimento dichiara l'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse e di non presentare altre cause di incompatibilità ai sensi della normativa vigente in materia, del Codice di comportamento e del Piano triennale per la prevenzione della corruzione adottati dall'A.P.S.P. "Santa Maria" di Cles;

Visti i seguenti Regolamenti dell'Azienda Pubblica di Servizi alla Persona "Santa Maria" di Cles:

- Regolamento di Contabilità, approvato con Decreto del Commissario Straordinario n. 20 del 28 marzo 2008 e seguenti modificazioni ed integrazioni;
- Regolamento per i Contratti, approvato con Decreto del Commissario Straordinario n. 21 del 28 marzo 2008 e seguenti modificazioni ed integrazioni;
- Regolamento di Organizzazione generale, approvato con Decreto del Commissario Straordinario n. 19 del 28 marzo 2008 e seguenti modificazioni ed integrazioni;
- Regolamento per il Personale dipendente, approvato con Decreto del Commissario Straordinario n. 18 del 28 marzo 2008 e seguenti modificazioni ed integrazioni;

Acquisito il parere favorevole del Direttore in ordine alla regolarità tecnico – amministrativa nonché contabile del presente atto, ai sensi dell'art. 9, comma 4 della L.R. 21 settembre 2005, n. 7;

ad unanimità di voti favorevoli, espressi per alzata di mano,

delibera

1. di approvare il Piano triennale della qualità 2025/2027 dell'A.P.S.P. "Santa Maria" di Cles che allegata alla presente deliberazione ne forma parte integrante e sostanziale;
2. di dare atto che il presente provvedimento non è soggetta al controllo preventivo di legittimità ai sensi dell'art. 19 della L. R. 21/09/2005 n. 7;

3. di dichiarare con separata e successiva votazione ad unanimità di voti il presente provvedimento immediatamente eseguibile, per le motivazioni citate in premessa, ai sensi dell'art. 20, c. 5 della L.P. 21/09/2005, n.7;
4. di dare atto che nel presente provvedimento il Responsabile del procedimento unitamente ai Consiglieri di amministrazione dichiarano l'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse e di non presentare altre cause di incompatibilità ai sensi della normativa vigente in materia, del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (P.I.A.O.) 2025-2027 approvato con delibera del Consiglio di Amministrazione n. 15 di data 27/03/2025;
5. di pubblicare, ai sensi dell'articolo 32 della legge 18 giugno 2009, n. 69, il presente atto sul sito internet istituzionale dell'A.P.S.P. "Santa Maria" di Cles, www.apspcles.it;
6. di dare evidenza che avverso il presente provvedimento sono ammessi i seguenti mezzi di impugnativa:
 - ricorso giurisdizionale al T.A.R. entro 60 giorni ai sensi dell'art. 2 - lettera b) della Legge 06/12/1971, n. 1034;
 - ricorso straordinario al Presidente della Repubblica, entro 120 giorni, ai sensi dell'art. 8 del D.P.R. 24/11/1971, n. 1199.

Letto, confermato e sottoscritto.

F.to: La Presidente
FLOR avv. LAURA

F.to: La Consigliera designata
PINAMONTI sig.ra SERAFINA

F.to: Il Direttore
CATTANI dott. LUCA

ESPRESSIONE PARERE

Si attesta la regolarità tecnico-amministrativa e contabile del presente provvedimento, ai sensi e per gli effetti dell'art. 9, comma 4 della L.R. 21 settembre 2005, n. 7.

Cles, li 28/04/2025

F.to: Il Direttore
CATTANI dott. LUCA

ITER PUBBLICAZIONE ED ESECUTIVITÀ

La presente deliberazione viene pubblicata in data 29/04/2025 all'albo della A.p.s.p. "Santa Maria" di Cles per dieci giorni consecutivi, ai sensi del combinato disposto dell'art.32 della L.69/2009 e dell'art.20 della L.R. n. 7/2005 così come modificato dall'art.1 lettera e) della L.R. N.9/2016.

Cles, li 29/04/2025

F.to: Il Direttore
CATTANI dott. LUCA

Copia conforme all'originale, in carta libera, per uso amministrativo.

Cles, li 29/04/2025

Il Direttore
CATTANI dott. LUCA



PIANO TRIENNALE DELLA QUALITA' 2025/2027



Approvato con delibera del Consiglio di Amministrazione n. 21 del 28 aprile 2025



INDICE

1. Introduzione	PAG. 3
1.1 Swot Analysis dell’A.p.s.p. S. Maria di Cles	PAG. 5
2. Scopo e metodologia	PAG. 6
3. La politica della qualità	PAG. 7
4. Linee d’indirizzo e documenti orientativi	PAG. 8
5. Adesione a sistemi di certificazione della qualità e progetti di sistema	PAG. 13
6. Esiti attività di gestione per la qualità	PAG. 15
7. Programmi di gestione per la qualità	PAG. 24
8. Monitoraggio dei processi e dei risultati	PAG. 34
8.1 Valutazione della performance clinico – assistenziali	PAG. 34
8.2 Principali aree clinico-assistenziali soggette a monitoraggio	PAG. 36
8.3 Coinvolgimento del personale	PAG. 39
8.4 Analisi dati e monitoraggi previsti	PAG. 40
8.5 Valutazione dei fornitori	PAG. 40
9. Qualità percepita	PAG. 41
10. I rapporti con il territorio e il volontariato	PAG. 45



Ricerca di equilibrio tra

Qualità di cura

Gestione delle risorse

Condivisione



Qualità di vita

Attenzione alla Persona

Responsabilità e competenza

1. INTRODUZIONE

Il documento rappresenta il Piano Qualità relativo al triennio 2025/2027 dell'A.p.s.p. S. Maria di Cles. Nel suo contenuto sono esposte le indicazioni strategiche da perseguire partendo dagli indirizzi del Consiglio di Amministrazione (C.d.A.) fino a giungere ai principali obiettivi da assolvere in itinere nella logica di un'organizzazione sensibile, “snella” ed attenta ai continui mutamenti in atto. Tale Piano costituisce una prima versione ad interim che sarà soggetta a costanti modifiche, revisioni e integrazioni. Si tratta di un materiale documentale flessibile, che deve adattarsi, di anno in anno, agli eventuali cambiamenti delle riforme normative, organizzative, tecnologiche e gestionali. Tale Piano si allinea con il documento programmatico per gli esercizi finanziari 2025/2026/2027 approvato con Deliberazione del Consiglio di Amministrazione n. 42 del 30/12/2024, dove si sottende di voler promuovere una cultura innovativa della qualità orientata al miglioramento continuo attraverso la costante interazione tra pianificazione, progettazione, implementazione, misurazione, monitoraggio, analisi e miglioramento (ciclo di Deming), come previsto anche dal percorso di accreditamento istituzionale vigente ai sensi della deliberazione della Giunta provinciale n. 1848 del 5 ottobre 2018 al quale ciascuna Struttura è tenuta ad aderire.

Il presente documento rileva i principali interventi in materia di qualità per il triennio 2025/2027 presso l'A.P.S.P. “S. Maria” di Cles, partendo dagli indirizzi del Consiglio d'Amministrazione, dalle Direttive della Provincia autonoma di Trento, dagli esiti delle verifiche di organismi esterni, dall'analisi del contesto, fino a giungere ai principali obiettivi da perseguire nel corso del triennio, focalizzando l'attenzione in particolare sul 2025, nella logica di un'organizzazione attenta e flessibile ai continui cambiamenti, anche in considerazione dell'adesione dell'ente a sistemi di certificazione quali il Marchio Qualità & Benessere e il Family Audit. Il Piano della Qualità è redatto in forte collegamento con il Piano triennale della Formazione (triennio 2024/2026), in particolare con il Piano della Formazione 2025 (documento integrativo al Piano della Formazione triennale) approvato con Delibera n. 10 del 26/02/2025.

Il percorso sulla qualità risulta una ricerca di equilibrio tra la gestione delle risorse e il concetto di “Persona al centro dell'organizzazione”, tra fiducia, responsabilizzazione e competenza del personale e monitoraggio di attività e processi, tra libertà e sicurezza.



IL NOSTRO SISTEMA DI QUALITA'



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

- ✓ identificarne i possibili ambiti di miglioramento;
- ✓ individuarne gli obiettivi in modo tale che siano sostenibili, raggiungibili e quantificabili;
- ✓ 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.



1.1 SWOT ANALYSIS DELL'A.P.S.P. "S. MARIA" DI CLES

Oltre agli input sopra esposti, fondamentali per l'attuazione del nostro sistema di qualità, è risultata importante anche la realizzazione di una puntuale e funzionale analisi del contesto, attuata tramite lo strumento di pianificazione strategica denominato "Swot Analysis": esso permette di considerare e valutare punti di forza, punti di debolezza, opportunità e minacce di un contesto.

L'analisi dei punti di forza e di debolezza indaga fattori interni all'organizzazione mentre l'analisi di opportunità e minacce considera i fattori esterni alla stessa, ma potenzialmente rilevanti nell'influenzare l'outcome dei servizi erogati.

	PUNTI FORZA	PUNTI DEBOLEZZA
FATTORI INTERNI	<ul style="list-style-type: none"> -ubicazione della struttura nel capoluogo della Val di Non; - vicinanza alle Scuole; -permeabilità col territorio: apertura agli esterni, assenza di orari, rapporti con l'associazionismo locale; -cucina interna, la qualità del cibo; -lavanderia interna; -flessibilità nelle risposte ai bisogni dei Residenti -presa in carico GLOBALE del Residente e della sua famiglia; -presenza di volontari del servizio civile e intervento 3.3D e 3.3F; -presenza di tirocinanti, scuola superiore, scuola OSS, scuola infermieri e scuola di specializzazione dei medici; -presenza di un grande giardino e di 3 spaziose terrazze (quarto piano, primo piano e uscita giardino/terrazzo piano terra); - camere singole e a due letti e con presenza bagno privato; - buona presenza di volontariato; - flessibilità interna ai cambiamenti; - solidità patrimoniale ed economica che permette d'introdurre innovazioni tecnologiche quali sistema di sorveglianza Ancelia, gestione automatizzata della terapia e sollevatori a soffitto; - sistema controllo uscite con bracciali. 	<ul style="list-style-type: none"> - difficoltà di accesso al centro storico (strada in discesa); - difficoltà di accesso al giardino principale perché è necessario transitare dalla palazzina servizi; - dislivello di accesso alla terrazza del primo piano; - dislocazione delle stanze al quarto piano; - dislivello tra la RSA e la Palazzina Servizi; - sale da pranzo e saloni attività uniti; - livello di partecipazione a riunioni interne (aumentato dopo l'incentivo economico); - medio/alto turnover assistenziale, infermieristico ed educativo; - bassa adesione e scarsa autonomia nella gestione del proprio percorso formativo; - ridotta attività ludico-ricreativa/riabilitativa sul fine settimana; - scarsa possibilità di selezione del personale e presenza di personale privo di titolo.
	OPPORTUNITA'	MINACCE
FATTORI ESTERNI	<ul style="list-style-type: none"> -Possibili nuovi servizi da attivare grazie alla presenza del turismo; -collaborazione con le strutture limitrofe: gestioni associate di servizi e possibilità di ampliare il ventaglio dei servizi (prestazioni domiciliari/ servizi di accoglienza temporanea/ servizi nuova attivazione); - possibile ristrutturazione del quarto piano; - ampliamento dei servizi, ad esempio Centro Diurno. 	<ul style="list-style-type: none"> -Riduzioni del finanziamento pubblico; -potenziale concorrenza (settore privato, profit e non, assistenze private); -difficoltà di reclutamento del personale e mancanza di personale qualificato.



2. SCOPO e METODOLOGIA

Scopo del piano è quello di programmare gli interventi in materia di qualità per il triennio 2025/2027 prendendo in esame tutto ciò che è stato realizzato attraverso l'analisi di dettaglio degli esiti delle diverse attività al fine di ottenerne una fotografia in grado di restituire una visione complessiva atta a rendere efficaci e coerenti le iniziative che verranno intraprese. L'obiettivo è quindi quello di definire gli ambiti di miglioramento, attraverso l'analisi delle criticità interne, minacce e ostacoli di contesto, punti di forza e opportunità, per delineare una strada più chiara e precisa in relazione agli obiettivi e alla visione aziendale. Il Piano della Qualità è un documento strategico nella definizione del percorso e dei risultati. Esso ha l'obiettivo di integrare e collegare tutto ciò che nell'azienda afferisce ai diversi ambiti della Qualità, attraverso la raccolta dei dati di input, l'impostazione dei parametri di qualità, l'analisi dei dati di output e la definizione degli ambiti di miglioramento collegati al sistema di qualità. In particolare l'attenzione viene posta sui seguenti aspetti:

- cosa l'Azienda sta facendo (descrizione compiuta della politica della qualità e dei suoi obiettivi);
- come l'Azienda risponde alle attività che ha messo in atto (descrizione dei processi);
- quali i parametri e gli indicatori di qualità che l'Azienda si è data (definizione degli indicatori e del loro monitoraggio);
- quali gli aspetti oggetto di miglioramento (definizione e ridefinizione degli obiettivi e quindi dei risultati attesi nel breve, medio e lungo periodo, in termini di efficacia, efficienza e impatto).

L'Azienda opera in un'ottica di miglioramento continuo della qualità della vita dei Residenti, dei loro familiari e del personale, in ciò anche supportati dai “suggerimenti” proposti dal Marchio Qualità e Benessere, dall'attività istruttoria ai processi dell'autorizzazione, dell'accreditamento istituzionale (e dei rispettivi rinnovi), dall'attività propedeutica legata alle visite della Vigilanza Tecnico Sanitaria.

Gli obiettivi del presente piano favoriscono lo sviluppo del sistema di gestione Aziendale per la Qualità tenendo conto delle 3 dimensioni della qualità condivise dalla comunità scientifica ed istituzionale nel nostro ambito di attività:

- qualità tecnico-professionale;
- qualità organizzativa e strutturale;
- qualità percepita.

Il presente documento mira ad orientare l'organizzazione allo sviluppo di obiettivi ed azioni per il miglioramento della qualità e la prevenzione degli eventi avversi a livello Aziendale. Ogni capitolo riporta le aree tematiche di intervento per lo sviluppo del sistema di Qualità e le principali azioni previste per l'anno. Mentre per la sicurezza e la salute del lavoratore si rimanda alla documentazione predisposta dal Servizio di Prevenzione e Protezione.



3. LA POLITICA DELLA QUALITÀ¹

L’A.P.S.P. “Santa Maria” persegue politiche della qualità che si pongono in linea con gli indirizzi delle politiche sociali e sanitarie, provinciali e nazionali. Tale politica si concretizza nei seguenti obiettivi:

- ✓ adeguare l’edificio per consentire un ambiente più consono e flessibile atto ad accogliere le persone a seconda del loro stato di bisogno;
- ✓ adeguare la qualità dei servizi ai bisogni e verificare periodicamente l’adeguatezza in termini di efficienza ed efficacia;
- ✓ porsi in una condizione di ascolto costante con tutti gli stakeholder finalizzato al miglioramento continuo delle prestazioni;
- ✓ aggiornare i Progetti Assistenziali Individualizzati;
- ✓ attivare costanti processi di autovalutazione;
- ✓ razionalizzare le spese, attraverso un’analisi costante del processo di erogazione che tenga conto delle risorse disponibili, dei vincoli di bilancio e dell’impegno economico del Residente;
- ✓ promuovere una gestione rispettosa dell’ambiente;
- ✓ favorire la rete con gli altri enti e associazioni.

Nel rispetto di quanto previsto dalla Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri del 27.01.1994, "Principi sull'erogazione dei servizi pubblici", l’A.P.S.P. “Santa Maria” ritiene opportuno individuare i seguenti fattori generali di qualità del servizio consistenti in:

1. Approccio Multidimensionale e Lavoro in Équipe: nel rispetto dei principi che guidano la politica della qualità dell’Ente si garantisce un approccio multidimensionale ai problemi sanitari, assistenziali e sociali della persona accolta, attraverso un approccio operativo basato sul lavoro in équipe e sulla metodologia di lavoro per obiettivi.
2. Formazione ed Aggiornamento Continuo del Personale: nel rispetto del Piano della Formazione tutto il personale riceve adeguata formazione obbligatoria ed aggiornamento sulle tematiche riguardanti la sicurezza, l’antincendio e la privacy. Il personale impiegato nelle attività di carattere assistenziale e sanitario è formato attraverso corsi di formazione professionale specifica. Il personale degli altri servizi viene formato su mansione specifica (es. cucina, manutenzione, etc.). La formazione viene garantita anche al personale adibito ai servizi territoriali con percorsi specifici legati alla mansione e al mandato; tali percorsi possono essere estesi anche ai volontari che afferiscono alla struttura. Per alcuni volontari che frequentano la struttura parte della formazione specifica viene garantita dall’associazione AVULSS di cui fanno parte.

¹ Come da “Carta dei Servizi”, p. 50.



3. Monitoraggio sul corretto utilizzo delle risorse: la verifica sul corretto utilizzo delle risorse è attuata a vari livelli con incontri periodici di audit delle attività svolte.
4. Organizzazione del Lavoro: il personale dipendente dispone di strumenti informativi scritti e costantemente aggiornati per la raccolta delle informazioni sui bisogni dei Residenti per organizzare le attività a seconda di quanto rilevato, con l'obiettivo di rendere uniforme e condiviso il metodo di lavoro e l'approccio ai problemi della persona. Questi strumenti sono: Cartella Socio Sanitaria informatizzata, piani di lavoro, procedure e protocolli operativi, Piani Assistenziali Individualizzati, ecc...
5. Igiene e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro: l'A.P.S.P. ha ottemperato agli obblighi relativi all'igiene e alla sicurezza degli ambienti di lavoro stabiliti nel decreto legislativo 81/2008 e s.m., con l'elaborazione ed il costante aggiornamento del Documento di Valutazione dei rischi e del Piano di Emergenza. Anche il settore che cura la preparazione e conservazione degli alimenti è dotato di apposito Piano di Autocontrollo HACCP che garantisce l'igiene degli alimenti stessi. Tutto il personale è informato e formato in relazione ai rischi a cui è sottoposto nell'espletamento delle attività lavorative e sulle misure di prevenzione da adottare.

4. LINEE DI INDIRIZZO e DOCUMENTI ORIENTATIVI

Accreditamento istituzionale

Il sistema di Accreditamento Istituzionale, tramite deliberazione 1848/2018, va interpretato come uno degli strumenti della qualità gestionale e organizzativa, che consente di orientare tutti gli snodi e i livelli organizzativi, alla cultura della gestione controllata della qualità e al miglioramento continuo in funzione del bisogno di salute della persona assistita e più in generale del cittadino-utente. La principale sfida a cui sono chiamate le nostre aziende sta nel trasformare tale passaggio, considerato come essenziale ed obbligato, elemento di miglioramento continuo e motivazionale per l'Azienda.

L' Azienda nel maggio 2022 ha ottenuto l'ultima visita di rinnovo dell'accREDITamento istituzionale. L'attività d'istruttoria di richiesta rinnovo accREDITamento per il 2025 è stata predisposta, la visita da parte del team accREDITante avverrà nella primavera 2025, entro il termine dei 3 anni di scadenza.

Direttive 2025

Con verbale di deliberazione della Giunta Provinciale n. 2253 del 23 dicembre 2024, sono state approvate le Direttive per l'assistenza sanitaria ed assistenziale a rilievo sanitario nelle Residenze Sanitarie e Assistenziali (RSA) pubbliche e private a sede territoriale del Servizio sanitario provinciale (SSP) per l'anno 2025 e relativo



finanziamento². Esse, tra i vari aspetti, riportano gli obiettivi strategici di sistema, ai quali le RSA sono chiamate a rifarsi nel definire le azioni di contesto, che sono:

- migliorare la qualità della vita dei residenti attraverso concrete azioni di personalizzazione della vita quotidiana e di mantenimento di un significato esistenziale alla vita della persona;
- promuovere azioni di diffusione di buone pratiche assistenziali e gestionali tra le strutture, in particolare quelle finalizzate a valutare e migliorare la qualità della vita, l'appropriatezza clinica e assistenziale, il miglioramento dei climi organizzativi, il coinvolgimento di residenti e famigliari nella valutazione della qualità dell'assistenza e della vita quotidiana;
- promuovere uno sviluppo dell'offerta delle RSA innovativo, flessibile e adeguato, integrato nella rete dei servizi territoriali (Spazio Argento) e coerente con le risorse disponibili.

Tra le aree di miglioramento da perseguire si evidenziano:

- la promozione del superamento del ricorso alle contenzioni fisiche e farmacologiche attraverso strategie organizzative e formative strutturate nonché specifici progetti di miglioramento e azioni di prevenzione;
- la sensibilizzazione alla gestione multiprofessionale delle persone con demenza e disturbi del comportamento con particolare attenzione allo sviluppo di strategie per il trattamento non farmacologico dei BPSD;
- la prevenzione e il controllo delle infezioni correlate all'assistenza e contrasto all'antimicrobico resistenza (da perseguire mediante l'adesione alle iniziative di sorveglianza e implementazione di buone pratiche promosse a livello provinciale);
- l'attenzione all'appropriatezza prescrittiva/deprescrizione farmacologica (attraverso sviluppo di indicatori specifici);
- la valutazione della qualità della vita e del grado di umanizzazione dell'assistenza, da realizzare anche con modalità partecipate e strumenti/indicatori validati.

Le direttive 2025 introducono una serie di novità, così sintetizzate³:

1. Aumento dei posti letto RSA e Centro Diurno convenzionati.
2. Potenziamento del parametro assistenziale.
3. Aggiornamento della tariffa sanitaria.
4. Attivazione di una nuova residenzialità a minor fabbisogno assistenziale.

² Si veda verbale di deliberazione della Giunta Provinciale n. 2253 del 23 dicembre 2024, pg. 5 e 6.

³ Si vedano le principali modifiche contenute nelle Direttive alle RSA anno 2025, riportate a pag. 2 del verbale di deliberazione n. 2253 del 23 dicembre 2024.



In relazione alle novità sopra riportate l'A.p.s.p. S. Maria di Cles nel 2025 vedrà un aumento dei posti letto RSA convenzionati da 124 a 138, con una prospettiva futura di convenzionamento di tutti i 147 posti letto. Per quanto riguarda il Centro Diurno con le Direttive del Centro Diurno 2025, sono stati convenzionati tutti i 20 posti del centro.

Carta dei Servizi

Il DPCM del 27 gennaio 1994 (recante “Principi sull'erogazione dei servizi pubblici” di seguito anche solo “la Direttiva” o “Direttiva Ciampi”), detta i principi cui deve uniformarsi l'erogazione dei servizi pubblici e stabilisce l'obbligo per tutti i soggetti erogatori, pubblici e privati, di definire e di adottare “standard specifici di qualità e quantità dei servizi”. L'obbligo di adozione per ciascun soggetto erogatore di una propria specifica Carta dei Servizi, ispirata alla Direttiva e ad essa conforme, è stato poi puntualizzato dall'art. 2 del decreto legge n. 163 del 1995. Dalla “Direttiva” ad oggi tale documento ha subito una vera e propria trasformazione, passando da mera dichiarazione e adempimento burocratico a elaborato mezzo di comunicazione con il cittadino utente. Nei fatti la Carta dei Servizi è oggi diventata la Carta della Qualità dei Servizi. La Carta dei servizi costituisce pertanto uno degli strumenti di gestione della Qualità della Pubblica Amministrazione a disposizione delle Aziende.

Rappresenta il “Patto” tra il soggetto erogatore del servizio ed il cittadino con l'obiettivo di mettere in relazione dinamica l'informazione degli utenti, l'accessibilità dei servizi, la tutela dei diritti dell'utente nonché favorire il passaggio culturale del cittadino da un atteggiamento di pura rivendicazione dei diritti ad un atteggiamento di coinvolgimento positivo e diretto dello stesso nell'organizzazione e nella valutazione della qualità dei servizi erogati.

La qualità può essere associata a due dimensioni di obiettivi:

- la tutela dei Residenti (riduzione o eliminazione dei casi “critici” che non raggiungono una soglia minima di qualità);
- il miglioramento dei servizi (promozione dell'innalzamento del livello medio della qualità).

In particolare la Carta dei servizi può essere intesa come uno strumento modulare comprendente due livelli di rilevanza, uno esterno ed uno interno.

Azioni previste nel corso del 2025:

- Aggiornamento condiviso tra servizi dei contenuti della Carta dei Servizi (primavera 2025);
- Ridefinizione e aggiornamento degli standard di qualità contenuti nella Carta dei Servizi (autunno 2025);

Ambiti di miglioramento collegati alla Carta dei Servizi nel corso del triennio 2025/2027:

- Monitoraggio degli standard della Carta dei Servizi con una cadenza semestrale;



- Comunicazione e discussione dell’andamento degli standard in équipe;
- Individuazione di uno “spazio” per la pubblicizzazione con cadenza annuale degli standard della Carta dei Servizi.

Piano Programmatico d’Ente

Le linee programmatiche generali del Consiglio di Amministrazione contenute nel Piano Programmatico d’ente⁴ per il triennio 2025/2027, esito dell’analisi gestionale del triennio precedente, e contenute nello stesso piano, si possono così riassumere:

- processi di miglioramento e ottimizzazione della gestione e riqualificazione delle attività istituzionali;
- ampliamento e miglioramento dell’offerta dei servizi esterni;
- innovazione organizzativa e strutturale, riqualificazione della struttura e dei servizi;
- collaborazioni e partecipazione alle attività territoriali e di sistema.

Ogni aspetto, sviscerato nello stesso documento riporta degli obiettivi specifici, come da tabella di seguito riportata.

LINEE DI INDIRIZZO GENERALI TRIENNIO 2025/27	OBIETTIVI COLLEGATI ALLE LINEE DI INDIRIZZO
Processi di miglioramento e ottimizzazione della gestione e riqualificazione delle attività istituzionali	<ul style="list-style-type: none">a) Introdurre gradualmente il modello del Primary Nursing migliorando il sistema di assegnazione degli obiettivi e di monitoraggio dei risultati;b) valutare l’efficacia dell’introduzione della figura del Coordinatore di Nucleo OSS al fine di estenderlo anche agli altri piani;c) rivedere l’organizzazione nella gestione dei Residenti del quarto piano;d) adozione annuale del bilancio sociale;e) revisione della Carta dei Servizi e dei documenti aziendali finalizzati a rendere coerente il linguaggio utilizzato con gli aspetti valoriali che attraverso il linguaggio si vuole trasmettere;f) implementare le azioni previste dalle linee guida UPIPA sul maltrattamento;g) creare gruppi di lavoro che permettano di lavorare sui fattori del Marchio Q&B al fine di migliorare i processi di lavoro interni;h) ottenere l’accreditamento istituzionale di tutti i 147 posti letto di cui è dotata la struttura., sfruttando il processo di accreditamento per migliorare la gestione del rischio clinico.
Ampliamento e miglioramento dell’offerta dei servizi esterni	<ul style="list-style-type: none">a) Implementare l’utilizzo dello Sportello Alzheimer da parte dei familiari e anche dei caregivers;b) organizzare una giornata dedicata allo screening cognitivo per familiari e cittadini;

⁴ Si veda Piano Programmatico 2025/2027 contenuto nel Verbale di Deliberazione (Delibera n. 42 del 30/12/2024).



	c) istituire un servizio di trasporto e consegna dei pasti ad utenti privati al di fuori della convenzione con la Comunità di Valle.
Innovazione organizzativa e strutturale, riqualificazione della struttura e dei servizi	a) Predisporre un progetto per la realizzazione di un nucleo al 4° piano e presentare la relativa domanda di finanziamento alla Provincia; b) verificare la fattibilità di realizzare un ascensore di collegamento fra la Palazzina servizi e il parco; c) valutare, compatibilmente con le risorse disponibili, la possibilità di estendere il sistema di sollevatori a soffitto al terzo piano e il sistema Ancelia su tutta la struttura.
Collaborazioni e partecipazione alle attività territoriali e di sistema	a) Continuare nella collaborazione con le strutture limitrofe e se possibile ampliarne la collaborazione; b) utilizzare i dati derivanti dalla partecipazione ai progetti di sistema per migliorare i processi interni della struttura.

Per il 2025 e per il prossimo triennio l'attenzione è posta in particolare su alcuni aspetti che orientano le azioni della struttura. In breve le "linee di azione" vedono l'azienda impegnata su tre fronti:

1. realizzare un nucleo al 4° piano per poter accogliere 9/10 residenti non autosufficienti (conseguentemente alle novità contenute nelle Direttive RSA 2025, specificate in premessa);
2. inserire la figura del coordinatore di Nucleo OSS su tutti i piani e incrementare il personale per poter gestire in modo unitario i Residenti del 4 piano;
3. orientare gli obiettivi annuali assegnati al personale assistenziale ai principi del Primary Nursing.

Anche la partecipazione ai progetti del sistema UPIPA Indicare Salute e Marchio Q&B, rientrano nei piani programmatici dell'Ente per i prossimi anni. Il vero obiettivo posto rispetto a questi progetti è quello di riuscire ad utilizzare la notevole mole di dati che emergeranno, per riflettere sulle possibili aree di miglioramento interne facendone comprendere l'importanza a tutto il personale.

Piano della comunicazione interno

Con delibera n. 1 del 27 gennaio 2022 è stato approvato il Piano della Comunicazione aziendale, che pone tre diversi livelli di approfondimento:

- a. l'individuazione delle forme e delle modalità in cui si esplica la comunicazione istituzionale, sia in forma di comunicazione interna di decisioni istituzionali, sia come comunicazione rivolta all'esterno rispetto a servizi e attività che l'ente vuol far conoscere all'esterno;
- b. l'individuazione degli strumenti di condivisione delle decisioni con il personale (interne e con gli stakeholders);
- c. l'individuazione degli strumenti di ascolto del personale, dei familiari e degli stakeholders in generale.



Nell’attuare le azioni previste all’intero del Piano della Qualità si prevede di attenersi alle modalità comunicative, informative, di condivisione e ascolto riportate all’interno dello stesso documento nei diversi step attuativi, di cambiamento e miglioramento in atto.

Uno degli obiettivi generali della qualità è creare e favorire costantemente una circolarità comunicativa e informativa che permetta al personale di conoscere i processi aziendali e intervenire attivamente nel loro miglioramento continuo.

Bilancio Sociale

Il bilancio sociale dell’A.p.s.p. S. Maria di Cles è stato redatto per la prima volta nel 2023, riferito all’esercizio 2022. Esso rappresenta un importante documento di rendicontazione sociale, che rappresenta un condensato, facilmente ed immediatamente fruibile, di ciò che oggi è la A.P.S.P. “Santa Maria”, tratteggiandone identità, mission, caratteristiche, peculiarità, obiettivi e prospettive.

Il bilancio sociale può essere definito come uno “strumento di rendicontazione delle responsabilità, dei comportamenti e dei risultati sociali, ambientali ed economici delle attività svolte da un’organizzazione. Ciò al fine di offrire un’informativa strutturata e puntuale a tutti i soggetti interessati non ottenibile a mezzo della sola informazione economica contenuta nel bilancio di esercizio”⁵.

La realtà che viene fotografata è quella di una istituzione di grande rilevanza per il territorio in quanto soggetto erogatore di servizi alle persone fragili ed in particolare agli anziani; il bilancio sociale rappresenta l’Ente quale punto di riferimento della Comunità anche da un punto di vista dell’offerta di lavoro, con i suoi circa 170 dipendenti medi mensili, ed anche da un punto di vista sociale, costituendo un polo privilegiato per il volontariato ed una casa aperta per i familiari e gli amici degli ospiti.

Il Piano della Qualità, tenendo in considerazione quanto emerso dal bilancio sociale, prevederà al suo interno la costante attenzione, come avvenuto in passato, anche per il triennio 2025/27, sarà mantenere una buona apertura all’esterno, il contatto con il territorio e il coinvolgimento costante degli stakeholders.

5. ADESIONE A SISTEMI DI CERTIFICAZIONE DELLA QUALITA’ E PROGETTI DI SISTEMA

La struttura aderisce a:

- **Marchio Qualità & Benessere**⁶, strumento di valutazione reciproca e partecipata della qualità e del benessere delle persone nelle strutture residenziali basato su un approccio innovativo che pone al centro: il punto di vista dell’utente, la comunità e il confronto. Annualmente la struttura riceve e compie visite per l’accertamento della qualità volte al confronto con altre strutture nell’ottica del

⁵ D.lgs. 04 luglio 2019 – Linee guida alla redazione del bilancio sociale per gli Enti di Terzo Settore.

⁶ Si veda: <https://qualita-benessere.it/il-marchio-qb/>



miglioramento continuo. Per l'anno 2025 la struttura aderisce alla certificazione in formula benchmarking. L'applicazione concreta del modello si basa su una fase iniziale di autovalutazione gestita da un'équipe interna a ciascuna struttura aderente e coordinata dal (o dagli) auditor formati sull'utilizzo del modello, cui segue una fase di valutazione paritetica di una giornata (visita di audit) da parte di un gruppo di 3 valutatori, di cui 2 scelti tra colleghi di altri enti aderenti al modello e 1 scelto tra gli esperti del soggetto che gestisce il modello stesso (team leader), effettuata su un campione degli indicatori oggetto dell'autovalutazione, allo scopo di confermare la validità della stessa. Entrambe le fasi si basano sull'utilizzo del portale www.marchioqeb.it che traccia l'intero processo di autovalutazione, pianificazione audit e valutazione reciproca.

- Progetto di sistema “**Indicare Salute**”⁷: il progetto prevede la raccolta di dati per avere un quadro completo della gestione clinico-assistenziale della struttura; aiuta l'implementazione di azioni volte al miglioramento dei progetti gestionali sottesi agli indicatori che vengono monitorati periodicamente.
- **Certificazione Family Audit** per favorire la conciliazione vita-lavoro del personale dipendente e attuare politiche di prevenzione e benessere dei dipendenti. La struttura ha ricevuto conferma del certificato Family Audit Executive per la seconda annualità del processo di mantenimento. Ottenuta la terza annualità del processo di mantenimento, con scadenza fissata il 16 novembre 2025, l'obiettivo dell'ente è quello di proseguire con la fase di consolidamento della certificazione.
- Partecipazione ai **progetti di sistema con U.P.I.P.A.** sc al fine di poter implementare prodotti e risultati degli stessi all'interno dell'Ente.

Partecipa inoltre alla **sorveglianza sulle infezioni correlate all'assistenza e sull'utilizzo di antibiotici nelle Residenze Sanitarie Assistenziali** della provincia di Trento: nel corso del 2019 è stato attivato un progetto specifico per la prevenzione, la sorveglianza ed il controllo sulle infezioni correlate all'assistenza (ICA) e per il contrasto all'antimicrobica resistenza (AMR) nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) della Provincia Autonoma di Trento, ambito a cui appartiene una delle più rilevanti azioni di sistema per la sicurezza e la qualità dell'assistenza connesse all'adozione dei nuovi requisiti di accreditamento istituzionale e all'attività dell'Organismo Tecnicamente Accreditante (ai sensi della D.G.P. 1848/2018). In quest'ottica parte del personale interessato partecipa periodicamente alla formazione e alle iniziative promosse da Upipa.

⁷ Si veda: <https://indicaresalute.it/>



6. ESITI ATTIVITA' DI GESTIONE PER LA QUALITA'

Di seguito si riporta sintesi degli esiti delle diverse attività di gestione della qualità, che sono di supporto nel direzionare a definire gli ambiti di miglioramento, considerando anche gli esiti delle indagini di soddisfazione degli stakeholder coinvolti nei processi.

- gli esiti delle attività interne collegate al Marchio Qualità e Benessere del 2024 e gli esiti dell'ultima visita di Audit del Marchio Qualità e Benessere avvenuta il 21 settembre 2023;
- gli esiti della valutazione del mantenimento della certificazione Family Audit avvenuta il 30 ottobre 2024;
- gli esiti delle Verifiche Tecnico Sanitarie (VTS) annuali;
- gli esiti degli ultimi report di Indicare Salute;
- gli esiti della rilevazione stress lavoro correlato;
- gli esiti della valutazione della soddisfazione dei familiari e Residenti;
- gli esiti del questionario di soddisfazione delle azioni del piano Family Audit;
- gli esiti dell'analisi bisogni formativi del personale rilevati a fine 2024;
- gli esiti del lavoro sulla Carta dei Valori.

SINTESI DEGLI ESITI DELLE ATTIVITA' PROMOSSE NEL 2024 COLLEGATE A MARCHIO QUALITA' & BENESSERE E LA SINTESI DEGLI ESITI DELL'ULTIMA VISITA DEL MARCHIO Q&B AVVENUTA NEL 2023

Nel 2024 la struttura ha deciso di sospendere, solo per l'annualità in corso, la partecipazione alla valutazione del team di audit del Marchio Q&B, concentrandosi sul miglioramento di quanto suggerito all'interno dei due fattori del marchio, Rispetto e Umanizzazione, attraverso la costituzione di due gruppi di lavoro.

L'obiettivo dei due gruppi di lavoro era quello di analizzare i determinanti e gli indicatori contenuti all'interno dei due fattori, individuando possibili ambiti di miglioramento. Nello specifico attraverso il lavoro di analisi, proposta e condivisione sul fattore "Rispetto", il più importante esito raggiunto è stata la modifica degli orari dei pasti dei Residenti. Un percorso di cambiamento che ha incluso gran parte del personale, determinando l'anticipo dell'orario della colazione e il posticipo di 30 minuti dell'orario del pasto principale, dalle ore 11.15 alle ore 11.45. Questa modifica ha permesso di rendere maggiormente equilibrata la giornata alimentare dei Residenti con la possibilità di realizzare maggiori attività. Attraverso il lavoro sul fattore "Umanizzazione" si è affrontato nel dettaglio il processo di passaggio delle informazioni, migliorando l'utilizzo della cartella CBA e il momento di consegna.

L'intenzione per il 2025, oltre a partecipare in formula benchmarking al Marchio Q&B (visita del team di audit prevista per il giorno 29 luglio 2025), è quella di individuare, anche grazie al lavoro di autovalutazione promosso dal modello stesso, altri due fattori su cui attivare un processo di miglioramento interno.



Risulta utile riportare anche gli esiti dell'ultima visita di audit avvenuta nel 2023, che hanno confermato la certificazione del Marchio Q&B e l'ottenimento del Best Performer sulla Socialità.

Aspetti emersi nel 2023, che meritano attenzione e che verranno ripresi nel 2025:

- Fattore Salute: l'organizzazione di fatto ha intrapreso numerose misure di tutela dei rischi. Tuttavia, si segnala la necessità di strutturare un processo di valutazione che passi per un approccio proattivo sistemico del rischio clinico consistente nella costituzione di un team di risk management, identificazione dei rischi, rilevazione delle misure e prassi di tutela presenti e relativo impatto delle stesse sulla qualità di vita dell'anziano, per arrivare alla valutazione di rischio residuo. Portare a termine il protocollo degli eventi avversi secondo le raccomandazioni ministeriali e diffonderlo all'interno dell'organizzazione, in quanto il personale registra gli eventi avversi su diario informatico (quando non si tratti di cadute).
- Fattore Gusto: valutare l'opportunità di riprendere la abitudine di far salire ai piani il cuoco. Inoltre migliorare la comunicazione del menù del giorno secondo le buone prassi all'interno del Marchio.
- Fattore Vivibilità: rendere efficace la condivisione dei materiali della formazione.

Dall'analisi comparata dei risultati emersi in fase di autovalutazione e di audit, dalla rielaborazione degli scostamenti su ciascun determinante analizzato in fase di audit, tutti i fattori avevano comunque ottenuto un punteggio sufficiente, alcuni si posizionavano più in alto di altri. I fattori che risultavano in posizione intermedia, che l'ente riteneva di dover migliorare, oltre a quelli suggeriti in fase di audit, erano il fattore Rispetto e Umanizzazione, fattori su cui l'ente si è poi attivato nel 2024.

SINTESI DEGLI ESITI DELLA VISITA DEL VALUTATORE PER LA SECONDA FASE DI MANTENIMENTO

CERTIFICAZIONE FAMILY AUDIT

In sintesi il rapporto di valutazione di data 31/10/2024 riporta che la struttura ha concluso la seconda annualità della fase di mantenimento garantendo continuità e supporto a tutto il processo FA rafforzando la fase di mantenimento. Il percorso risulta in linea con quanto realizzato nel conseguimento del certificato con un aggiornamento costante del Piano delle attività e ulteriori sviluppi. Il sostegno al progetto è favorito dalla Referente FA, che garantisce un'attività di consulenza e informazione del personale, coordinando anche il gruppo di lavoro FA. Nella seconda fase di mantenimento il Piano Aziendale è stato reso più attuale e coerente con le attività e l'organizzazione della APSP. Si confermano i risultati emersi sul tema della qualità del lavoro anche con azioni di supporto specifico (vedi ruolo dello psicologo e delle attività formative che mirano a incidere sulla qualità del lavoro e sul benessere dei propri collaboratori). Sono stati avviati progetti di ampliamento dei servizi (Nucleo Demenze) sia strutturali che organizzativi. Nel 2024 sono state consolidate azioni specifiche per garantire flessibilità organizzativa, comunicazione costante ai collaboratori anche con



nuove modalità e strumenti informatici, attività di sostegno sia psicologico che materiale (convenzioni), anche per sostenere le numerose progettualità.

Si sottolinea che la struttura rimane particolarmente attiva sul territorio promuovendo i servizi alle persone fragili e non autosufficienti e investendo sulla territorialità come valore sociale. La APSP continua ad incrementare il proprio investimento nel miglioramento delle condizioni di lavoro e nel supportare le persone nel conciliare il lavoro con le esigenze famigliari. In tutto il percorso di Family Audit, la APSP ha rivisto continuamente le proprie azioni rinnovandole e soprattutto consolidato le proprie modalità collegiali di operare a favore del personale, a tutti i livelli e per tutte le categorie di lavoratori che ne compongono la complessa organizzazione del lavoro. L'organizzazione dopo una continua crescita dimensionale, ha perfezionato in questi anni il proprio assetto, in vista delle numerose attività che necessitano di raccordi e integrazioni. Questo viene realizzato attraverso un lavoro sulle competenze, comprese quelle interne legate alla promozione di un clima aziendale positivo e operando sul benessere organizzativo. Importante investimento che prosegue con la progettazione di molte attività legate alla promozione di iniziative a favore del lavoratore oltre alla flessibilità, che pur è garantita, anche con modificazione di orari e promozione del part time per esigenze conciliative e non. Non emergono raccomandazioni particolari⁸.

***SINTESI DEGLI ESITI DELLA VISITA DI VIGILANZA TECNICO SANITARIA
AVVENUTA NEL 2024 E RIFERITA AL 2023***

La visita tecnico sanitaria del 2025, riferita al 2024, deve ancora avvenire, per tali ragioni si riportano gli esiti della visita realizzata nel 2024 e riferita al 2023.

La RSA di Cles ha sperimentato l'inserimento dei dati nel sistema Minerva già a partire dal 2023. La visita si è soffermata in particolare sull'analisi di alcune situazioni relativi a Residenti inseriti e identificati come "critici" da UVM. Emergono i seguenti punti di forza: rilevazione sistematica informatizzata del dolore, come da procedura al bisogno, al PAI e al cambio di terapia; utilizzo degli integratori nell'alimentazione tramite consulenza della dietista e menù condiviso con operatori di cucina, personale, Residenti e rappresentanti dei familiari; PAI effettuato e revisionato con regolarità a tutti i Residenti in presenza anche del familiare; gestione della terapia farmacologica in RSA attraverso il confezionamento della terapia personalizzata, con la supervisione dal 2024 di una farmacista. Gli operatori riferiscono alcuni episodi di aggressione verbale, ma non fisica. Risulta disponibile la procedura per la contenzione e sugli agiti violenti.

⁸ Si veda Report mantenimento certificazione Family Audit Executive, mantenimento 2° anno, datato 31/10/2024.



INDICAZIONI DERIVANTI DALL'ANALISI DEI DATI DI INDICARE SALUTE
SUI TRE QUADRIMESTRI DEL 2023 IN RELAZIONE AI DATI DI SISTEMA⁹

Non è possibile rilevare i dati di sintesi del 2024 in quanto, avendo cambiato piattaforma di riferimento, non è presente un sistema di reportistica. Upipa sta lavorando sulle modalità operative per ottenere dei report sull'andamento dei dati inseriti a sistema. La struttura si riserva di verificare i singoli indicatori comparandoli con i dati di sistema entro il primo semestre 2025.

Di seguito si riportano i dati del 2023, come ultimo riferimento per le riflessioni complessive.

Il **primo quadrimestre 2023** ha registrato in particolare i seguenti *scostamenti di sistema*: l'area cadute raccoglie gli scostamenti più numerosi, distribuiti sui diversi indicatori; rappresentano principalmente un aumento delle cadute con esito, un aumento delle cadute con esito minore ed un aumento delle cadute con esito maggiore sul totale cadute con esiti, analogamente al quadrimestre precedente. La seconda area interessata dagli scostamenti è quella del dolore, in particolare per l'aumento delle persone valutate nel giorno indice e per le persone con dolore nel giorno indice. Per quanto riguarda l'area lesioni permangono scostamenti rilevati a livello di sistema distribuiti sui diversi indicatori di area che non identificano un trend specifico. Anche durante questo quadrimestre, per l'area farmacologica e l'area stipsi e gestione dell'alvo, si registrano scostamenti distribuiti sui diversi indicatori.

Per quanto riguarda i *dati specifici di struttura* per le aree cadute, contenzioni, fine vita, nutrizione, lesioni da pressione, terapia farmacologica e perdita funzionale i dati raccolti risultano nella media di sistema, mentre per l'area dolore (persone con dolore nel giorno indice) si registra un dato significativamente superiore alla media di sistema nei mesi di gennaio e febbraio 2023.

Il **secondo quadrimestre 2023** ha registrato i seguenti *scostamenti di sistema*: il quadrimestre ha registrato i seguenti scostamenti, in gran parte simili al quadrimestre precedente. L'area cadute raccoglie gli scostamenti più numerosi, distribuiti sui diversi indicatori; rappresentano principalmente un aumento delle cadute con esito, un aumento delle cadute con esito e delle cadute con esito minore. La seconda area interessata dagli scostamenti è quella del dolore, in particolare per l'aumento delle persone valutate nel giorno indice. Per quanto riguarda l'area lesioni permangono scostamenti rilevati a livello di sistema distribuiti sui diversi indicatori di area che non identificano un trend specifico. Infine, anche durante questo quadrimestre, per l'area farmacologica, si registrano scostamenti distribuiti sui diversi indicatori.

Per quanto riguarda i *dati specifici di struttura* per le aree cadute, contenzioni, fine vita, nutrizione, terapia farmacologica e perdita funzionale i dati raccolti risultano nella media di sistema, mentre per l'area dolore (persone con dolore severo nel giorno indice) si registra un dato significativamente superiore alla media di sistema nei mesi di giugno e luglio, e per l'area lesioni da pressione (incidenza), si registra un dato significativamente superiore alla media di sistema per tutto il quadrimestre.

⁹ Si vedano Report quadrimestrali Indicare Salute riferiti all'anno 2023



Il **terzo quadrimestre 2023** ha registrato i seguenti *scostamenti di sistema*: l'area cadute raccoglie gli scostamenti più numerosi, distribuiti sui diversi indicatori; rappresentano principalmente un aumento delle cadute con esito, un aumento delle cadute con esito e delle cadute con esito minore come nel quadrimestre precedente. La seconda area interessata dagli scostamenti è quella del dolore, in particolare per l'aumento delle persone valutate nel giorno indice. Per quanto riguarda l'area lesioni permangono scostamenti rilevati a livello di sistema distribuiti sui diversi indicatori di area che non identificano un trend specifico.

Per quanto riguarda i *dati specifici di struttura* per le aree contenzioni, fine vita, terapia farmacologica e perdita funzionale i dati raccolti risultano nella media di sistema, mentre per l'area cadute (cadute avvenute nel periodo) si registra un dato significativamente superiore alla media di sistema nei mesi di settembre, ottobre e dicembre, per l'area dolore (persone con dolore nel giorno indice) si registra un dato significativamente superiore alla media di sistema nei mesi di ottobre e novembre, per l'area nutrizione (prevalenza PEG) si registra un dato significativamente superiore alla media di sistema nei mesi di novembre e dicembre, per l'area lesioni da pressione (incidenza) si registra un dato significativamente superiore alla media di sistema per tutto il quadrimestre, analogamente al quadrimestre precedente.

SINTESI DEGLI ESITI VALUTAZIONE STRESS LAVORO CORRELATO

Ad inizio 2025 si è svolta la valutazione preliminare di primo livello da parte del RSPP della struttura, passaggio obbligatorio per la realizzazione dell'analisi di secondo livello. Nonostante l'analisi degli indicatori ottenuti dall'indagine preliminare non evidenzia particolari condizioni organizzative che possono determinare presenza di stress correlato al lavoro, l'azienda intende proseguire con la valutazione approfondita attraverso il supporto di Upipa nella primavera /estate 2025.

Per completezza si riportano gli esiti dell'ultima indagine stress lavoro correlato, che è stata effettuata ad inizio 2023 ed ha coinvolto 127 lavoratori, pari al 74,71% circa del personale in organico. La fotografia degli esiti riportava una situazione di relativo equilibrio tra risorse e difficoltà. La fascia over 50 si è presentata come quella con maggior stato di benessere psicofisico, mentre le under 30 presentava qualche sofferenza in più rispetto al resto del campione. Le over 50 apparivano come una risorsa e un sostegno per le altre fasce d'età. Rispetto ai singoli profili, si è potuto osservare come il servizio di fisioterapia e animazione, presenti un più evidente stato di sofferenza, non legato al carico di lavoro, ma più al contesto, che necessitava di essere approfondito. Permangono in esso coinvolgimento emotivo e sulla relazione con il Residente. Il servizio infermieristico si presentava con punti di forza e criticità che permettono una compensazione, anche se questo gruppo manifestava alcuni disagi emotivi per un terzo circa del comparto. I servizi generali presentavano un profilo di buon equilibrio.



Alla luce dei risultati, delle valutazioni precedenti (indagine S.L.C. del 2020) e dei diversi interventi attivati dall'A.p.s.p. nel corso del tempo, venivano consigliate azioni prevalentemente preventive riguardanti lo S.L.C. in particolare:

- Servizio infermieristico: interventi di decompressione e prevenzione/gestione dell'ansia e igiene del sonno;
- Servizi generali: corsi di gestione dell'ansia e sull'igiene del sonno. Favorire comunicazione e confronto tra pari, anche informalmente;
- Servizio assistenziale: percorso formativo interno sulla gestione costruttiva della conflittualità, delle differenze individuali e dei problemi che possono sorgere nell'interpretare il proprio ruolo in collaborazione con altri. Valorizzare il senso del proprio e dell'altrui operato attraverso feedback dei coordinatori e dei vertici durante i briefing e i momenti di progettazione d'équipe.
- Servizio di fisioterapia/animazione: intervento contenitivo, attraverso l'organizzazione di un focus per gruppo professionale, con lo psicologo/referente dell'ente, per approfondire le cause delle criticità e della loro esperienza ed eventualmente, in un secondo momento, con i singoli lavoratori.

Veniva consigliato di monitorare nel tempo la loro efficacia, e di procedere ad una nuova valutazione delle condizioni di rischio S.L.C. presenti in azienda in occasione di significativi cambiamenti organizzativi o lavorativi¹⁰.

In riferimento a quanto suggerito dall'ultima analisi stress lavoro correlato, l'azienda ha favorito la partecipazione dei dipendenti a corsi proposti da Upipa in tema di relazione e comunicazione, organizzando internamente un corso sul sonno. Attraverso i vari incontri e le riunioni interne l'ente ha cercato di favorire il confronto tra pari, con l'obiettivo di coinvolgere il più possibile il personale a più livelli. In merito al servizio fisioterapico ed animativo è stata effettuata un'analisi più approfondita attraverso la realizzazione di focus group e riunioni per meglio comprendere le possibilità di intervento da attuare.

SINTESI ANALISI DI SODDISFAZIONE RESIDENTI 2024¹¹

Durante la primavera 2024, è stato somministrato un questionario per rilevare il grado di soddisfazione dei Residenti che vivono la Casa. I Residenti coinvolti in questo tipo d'indagine sono stati 54, a differenza dell'ultima indagine di soddisfazione realizzata nel 2022 dove i Residenti rispondenti al questionario erano stati 28. In sintesi i Residenti della struttura hanno fatto emergere diversi spunti di riflessione per il miglioramento continuo.

Gli aspetti predominanti, in particolare dalle risposte ottenute alle domande aperte, oltre ai singoli stimoli dati sui diversi servizi contenuti nel report d'indagine, sono stati:

¹⁰ Si veda Report di Valutazione Stress-Lavoro-Correlato

¹¹ Si veda documento Indagine soddisfazione Residenti 2024



- ✓ richiesta d’incremento dei momenti di attività nella giornata, in particolare pomeridiani e la loro varietà. Anche attività ludico creative come i giochi da tavolo sono apprezzati e richiesti. Maggior attivazione della sfera interattiva, di dialogo e conoscenza tra i residenti (per piano, per stanza, tra i diversi piani) e con il personale. Favorire le uscite, le passeggiate all’aperto e il movimento in generale, aspetto emerso da diverse persone. Pensare a un utilizzo della televisione, cinematografia e sport strutturato, incrementare l’attività di cucina o verificare che vengano coinvolte le persone che manifestano maggior interesse;
- ✓ richiesta maggior attenzione alla sfera relazionale soprattutto da parte del personale assistenziale e più in generale maggiori possibilità d’interazione e comunicazione;
- ✓ qualità del cibo soprattutto serale, temperatura dei pasti proposti e varietà;
- ✓ più accurata pulizia della palestra;
- ✓ a livello ambientale difficoltà rilevata in merito alla rampa di collegamento e ai rumori;
- ✓ strategie di coinvolgimento delle persone maggiormente compromesse.

SINTESI ANALISI DI SODDISFAZIONE FAMILIARI 2024¹²

La rilevazione si è svolta tramite l’invio al familiare di riferimento di ogni Residente di un questionario da compilare online nel periodo agosto – settembre 2024. All’indagine hanno risposto 47 familiari/cari di riferimento pari al 32% degli aventi diritto (145 familiari). Benché il dato rimanga basso rispetto all’auspicato, vi è stato un incremento rispetto alla rilevazione realizzata nel 2021 alla quale avevano risposto il 24% degli aventi diritto. In sintesi i suggerimenti finali raccolti dai familiari sono:

- ✓ migliorare la mensa, bagni più frequenti e accurati;
- ✓ aumentare le offerte di attività come ad esempio Pet therapy;
- ✓ favorire le uscite di mezza giornata piuttosto di quelle di una giornata intera;
- ✓ maggiori proposte animative, con attività più mirate e coinvolgenti per i Residenti.
- ✓ maggiore attenzione ai vestiti portati in struttura (attenzione lo smarrimento dei vestiti);
- ✓ evitare che la Persona passi troppo tempo seduta da sola a guardare il vuoto.

SINTESI ESITI QUESTIONARIO DI SODDISFAZIONE DELLE AZIONI DEL PIANO FAMILY AUDIT e

PARTECIPAZIONE AL DISTRETTO FAMILY AUDIT UPIA

Da un’analisi complessiva del questionario, somministrato nel 2023 e da ripetere nel 2025, emerge un buon grado di soddisfazione delle azioni attive ed attuate all’interno del Piano Family Audit. Il riscontro è positivo su tutte le attività, in particolare per le convenzioni con negozi e attività del territorio, il corso motorio

¹² Si veda Indagine sulla soddisfazione dei familiari 2024



realizzato internamente alla struttura e i momenti di incontro con la psicologa. L'indagine di nuovi bisogni fa emergere possibili azioni da implementare nel piano Family Audit, come l'organizzazione interna di gite/uscite per i dipendenti e familiari, parcheggi interni, corso d'inglese e nuove convenzioni (parrucchiera, notai, avvocati ecc...). Il gruppo di lavoro si è ritrovato nel 2024 individuando nuove possibilità di convenzione, che sono state successivamente attivate a fine 2024, con relativo aggiornamento del Vademecum per i dipendenti. L'ente aderisce inoltre a livello di sistema al Distretto Family Audit Upipa, partecipando ai vari incontri organizzati da Upipa, facendosi promotore e pubblicizzando le diverse iniziative e opportunità per i dipendenti.

SINTESI ESITI DELL'ANALISI BISOGNI FORMATIVI DEL PERSONALE RILEVATI A FINE 2024

Il questionario di analisi bisogni formativi inviato a tutto il personale in data 7 novembre 2024, con richiesta di rispondere entro il 20 dicembre 2024, ha visto una partecipazione ridotta rispetto a quello somministrato l'anno precedente dove allo stesso avevano risposto 81 professionisti rispetto agli attuali 62. Rispetto all'anno precedente prevale il bisogno collegato all'area socio-relazionale, dove ritornano da più persone temi riferiti alla gestione dei conflitti, all'assertività nel proprio ruolo professionale, al lavoro di gruppo e collaborazione tra colleghi, alla relazione con i familiari. Anche per l'area sanitaria sono aumentate il numero di risposte e i bisogni prevalenti sono legati al tema della depressione, diabete, ulcere da pressione, assistenza al morente, alimentazione e nutrizione, malattie respiratorie, PAI, disturbi del comportamento, ecografia infermieristica, PEG, fisioterapia respiratoria, stimolazione basale. In merito all'area organizzativa gestionale emerge il bisogno di condividere le procedure, di approfondire il marchio Qualità & Benessere e torna anche in quest'area il lavoro di équipe. Per quanto riguarda l'area del benessere e sicurezza (meno risposte rispetto all'anno precedente) emergono temi come la gestione dello stress, la supervisione al gruppo rispetto alla gestione dei vissuti, gestione dell'aggressività da parte del Residente, la sicurezza sul lavoro e per coloro che guidano i mezzi della struttura. Tra gli altri argomenti da approfondire viene riportato il bisogno di un maggior affiancamento ai neo-assunti. Particolare attenzione al servizio cucina che riporta il tema della collaborazione tra colleghi e la necessità di attivare una formazione e aggiornamento per il personale di quel servizio.

L'analisi bisogni formativi trova il suo sviluppo e approfondimento all'interno del Piano della Formazione 2025 (integrazione al Piano della Formazione triennale 2024/2026) approvato con delibera n. 10 del 26/02/2025¹³.

SINTESI ESITI LAVORO SULLA COSTRUZIONE DELLA CARTA VALORIALE DI STRUTTURA

(un percorso di coinvolgimento dei dipendenti)

Nel corso del 2024 grazie al supporto progettuale e realizzativo dello Studio Tangram di Veronica Sommadossi, l'ente ha ideato un percorso partecipativo e di coinvolgimento del personale nell'individuazione dei valori condivisi sulla base dei quali elaborare la Carta dei Valori dell'A.p.s.p. S. Maria di Cles. L'obiettivo era duplice:

¹³ Si veda Piano della Formazione 2025 approvato con Delibera n. 10 del 26/02/2025.



accanto alla definizione dei contenuti, condivisi e partecipati, l'intenzione era anche quella di far emergere un impianto valoriale effettivamente condiviso, nel quale riconoscersi, e rafforzare, indirettamente, il senso di appartenenza all'organizzazione. Il percorso è stato costruito a geometrie variabili, ovvero ha dato modo ai partecipanti di impegnarsi in modalità, tempi e spazi diversi, in base alle proprie attitudini e disponibilità. Trasversalmente, si è lavorato sulla comunicazione trasparente e orizzontale, così da far sentire tutti e tutte coinvolti e aggiornati sull'andamento delle singole iniziative. Nello specifico il percorso prevedeva i seguenti step:

- L'informazione e la comunicazione: con la presentazione a tutto il personale del percorso (riunione plenaria), l'affissione progressiva di almeno 5 poster informativi con un aggiornamento puntuale, tra i quali anche i due poster di validazione delle aree valoriali "preferite".
- La costituzione di un Gruppo Guida, con il quale condividere la governance del percorso in più appuntamenti dedicati. Un gruppo il più possibile rappresentativo delle diverse figure professionali e ruoli attivi all'interno della APSP.
- Le appreciative inquiries: la realizzazione di interviste qualitative rivolte a personale dipendente, familiari e utenti, basate sulla narrazione personale dei vissuti.
- La validazione dei risultati emersi con il Gruppo Guida e con un sondaggio sottoposto alla più ampia platea del personale interno e dei fruitori dell'APSP. La validazione ha concluso il percorso andando a definire le affermazioni-frasi valoriali condivise in maniera trasversale all'interno della APSP Santa Maria di Cles, utili poi per una successiva pubblicazione di una Carta dei Valori.

Le frasi valoriali, esito di tutto il lavoro realizzato, che costituiscono il cuore della futura Carta dei Valori della APSP Santa Maria di Cles, sono:

- *Siamo consapevoli che basta poco, alle volte, per rendere migliore una giornata.*

E ci impegniamo per farlo tutti i giorni

[orientamento al miglioramento] [cura delle piccole cose]

- *Sappiamo quanto il nostro lavorare bene insieme, come colleghi, influisca anche sul benessere dei residenti.*

[collaborazione] [organizzazione] [responsabilità]

- *C'è il massimo rispetto per i residenti, la massima cura, l'attenzione alla loro dignità è presente dal primo all'ultimo momento passato qui.*

[dignità e rispetto]



- *Crediamo che la leggerezza, l'accoglienza, la gentilezza e la creatività siano aspetti fondamentali per far stare bene le persone qui accolte.*

[serenità] [leggerezza]

- *Facciamo in modo che quella che i residenti vivono qui sia una fase della vita dove ancora si possa scoprire, si possa sperimentare, si possano fare cose mai fatte prima.*

[libertà] [serenità] [scoperta]

7. PROGRAMMI DI GESTIONE PER LA QUALITA'

AMBITI DI MIGLIORAMENTO NEL TRIENNIO

Gli obiettivi contenuti nel Piano Programmatico (riportati a pag. 9 e 10 del presente documento), l'analisi dei processi di lavoro e delle verifiche relative alle diverse attività portate avanti dalla struttura ha permesso di delineare gli ambiti di miglioramento in materia di qualità spalmati nel triennio 2025/2027. La loro definizione è anche avvenuta in base alle priorità definite dalla direzione, agli stimoli di miglioramento avuti dagli esiti delle varie attività inerenti il sistema di qualità e alle interpellanze dei vari responsabili dei servizi.

	2025	2026	2027
Implementare il modello del Primary Nursing	x	x	
Proseguire il lavoro sulla Carta dei Valori (pubblicizzazione, aggiornamento documentale, divulgazione...)	X	x	
Lavorare approfonditamente su alcuni valori del Marchio Q&B coinvolgendo maggiormente il personale e la diffusione del suo significato.	x	x	x
Rivisitare la Carta dei Servizi in particolare standard di qualità.	x		
Introdurre un'analisi periodica dei dati collegata agli standard della Carta dei Servizi.		x	x
Rispondere al rinnovo accreditamento istituzionale.	x		
Implementare le azioni previste dalle linee guida UPIPA sul maltrattamento (proseguire nella progettualità sul maltrattamento).	x	x	x
Migliorare la funzionalità dei dati raccolti collegati a Indicare Salute.	x	x	x
Migliorare la raccolta delle storie di vita, la loro divulgazione e conoscenza e di conseguenza le attività socio-educative proposte	x	x	x

I sotto obiettivi impliciti rispetto a quanto sopra evidenziato sono:

- ✓ Qualità delle relazioni umane: accoglienza e cordialità (offerta di un ambiente confortevole ed accogliente e delle relazioni cordiali e significative);



- ✓ Comfort dell’ambiente ricercando soluzioni ambientali ottimali che rispondano ai requisiti di adeguatezza, sicurezza e comfort per i luoghi di vita;
- ✓ Conoscenza e attuazione degli obiettivi del PAI (controllare se effettivamente gli obiettivi vengono portati a termine, verificare se l’operatore conosce gli obiettivi del PAI dei Residenti del proprio piano ecc...);

AZIONI PREVISTE NEL 2025

- Implementare il modello del Primary Nursing anche attraverso la costituzione di gruppi di lavoro;
- Revisione delle procedure in scadenza;
- Garantire a tutto il personale la partecipazione ad almeno un evento formativo su tematiche di tipo “professionalizzante”;
- Garantire al personale che ha l'obbligo di crediti ECM l'acquisizione dei crediti stessi nella misura di quanto stabilito dall'accordo Stato-Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano;
- Coinvolgere il personale nel Marchio Qualità & Benessere attraverso la creazione di gruppi di lavoro;
- Creare uno spazio di ascolto e supporto emotivo di piccolo gruppo rivolto ai caregivers;
- Prevedere forme di confronto dei dati raccolti tramite l’adesione a Indicare Salute per realizzare un monitoraggio strutturato e condiviso al fine di individuare aree di miglioramento. riunioni multidisciplinari d’équipe per proporre azioni migliorative e/o preventive al nucleo Alzheimer;
- Coinvolgere il personale nella revisione degli standard contenuti nella Carta dei Servizi;
- Costituire un gruppo di lavoro sul progetto Maltrattamento.

OBIETTIVI GENERALI PER L'ANNO 2025 ASSEGNATI AL PERSONALE

In coerenza con il Piano Programmatico 2025/2027 (verbale di deliberazione del 30/12/2024 n. 42), sono stati definiti gli **obiettivi generali per l'anno 2025 assegnati al personale**, riportati di seguito:

- **Partecipazione attiva e responsabilizzante al modello assistenziale del “Primary Nursing”**: il modello si basa sulla responsabilizzazione del personale e sulla relazione, mettendo al centro il residente. L’introduzione e adozione di questo modello è un obiettivo generale di struttura che coinvolge tutto il personale. Richiede quindi una partecipazione attiva e attenta dello stesso, con la consapevolezza che la responsabilizzazione individuale nel processo e nella pianificazione delle cure sia fondamentale per migliorare e personalizzare l’assistenza erogata ai Residenti;
- **la partecipazione costante alle riunioni di servizio**, strumento fondamentale per il passaggio delle informazioni e per la condivisione delle scelte gestionali;



- **gli strumenti di rilevazione**, così come la somministrazione dei questionari, sia interni che esterni, rappresentano uno strumento importante per la programmazione: l'obiettivo deve essere quello di una maggiore partecipazione del personale.

Questi obiettivi sono finalizzati da un lato al miglioramento della qualità di vita al Residente nel suo complesso e dall'altro ad aumentare e migliorare il senso di appartenenza alla struttura.

Gli obiettivi generali sopra descritti, gli obiettivi contenuti nel Piano Programmatico, l'analisi dei processi di lavoro e delle verifiche relative alle diverse attività portate avanti dalla struttura ha permesso una declinazione di obiettivi specifici per i diversi servizi per l'anno 2025. La loro definizione è anche avvenuta in base alle priorità definite dalla direzione, agli stimoli di miglioramento avuti dagli esiti delle varie attività inerenti il sistema di qualità e alle interpellanze dei vari responsabili dei servizi.

OBIETTIVI SPECIFICI PER L'ANNO 2025 DIVISI PER SERVIZIO/RUOLO PROFESSIONALE

Direzione

OBIETTIVO
Applicazione delle Direttive RSA e Centro diurno per l'anno 2025 approvate rispettivamente con delibera della Giunta provinciale n. 2253 dd. 23/12/2024 e 2254 dd.23.12.2024.
Presidiare il processo volto all'ottenimento del rinnovo dell'accreditamento istituzionale della RSA e del Centro diurno.
Predisporre la richiesta di domanda di finanziamento per ristrutturazione e ampliamento del 4 piano e, una volta ottenuto il finanziamento, attivarsi per procedere all'appalto.
Contribuire alla creazione di una "carta valoriale" della struttura.
Contribuire ad implementare nella struttura il modello assistenziale del Primary Nursing.
Adoperarsi per l'organizzazione di eventi formativi in materia di prevenzione a beneficio di dipendenti e popolazione.
Collaborare alla redazione del Bilancio sociale.
Garantire il rispetto delle regole, dei principi e delle disposizioni previste dal Regolamento UE 16/679 e dal Codice in materia di protezione dei dati.
Adottare, applicare e monitorare tutte le azioni tese a garantire la prevenzione della corruzione.
Continuare a sviluppare ed applicare i progetti che prevedono il coinvolgimento e la collaborazione con le altre APSP finalizzati al contenimento della spesa e al confronto.
Adoperarsi per realizzare le azioni previste dal marchio Family audit per l'anno 2025.
Collaborare nel dare impulso ai servizi per esterni che offre l'A.P.S.P., in particolare per sviluppare lo Sportello Alzheimer.
Adoperarsi per migliorare il processo di gestione del rischio clinico con particolare focus sul processo di gestione della terapia.
Al fine della verifica e valutazione del raggiungimento degli obiettivi sopraelencati, si chiede di presentare una relazione finale entro la fine di gennaio 2026.

Responsabile del Servizio Amministrazione

OBIETTIVO
Sostituire il Direttore in caso di sua assenza e impedimento rilasciando i pareri previsti dalla legge regionale n. 7 del 2005 nel caso di incompatibilità dello stesso o di obbligo di astensione.
Coordinare l'attività del servizio amministrazione, con particolare riferimento al personale e all'implementazione sul sito dei dati relativi all'amministrazione trasparente.



Coordinare e coadiuvare il Direttore nelle varie rendicontazioni trimestrali al Consiglio di Amministrazione.
Predisporre e coordinare la raccolta dati del secondo bilancio sociale della struttura.
Al fine della verifica e valutazione del raggiungimento degli obiettivi sopraelencati, si chiede di presentare una relazione finale entro la fine di gennaio 2026. <i>Responsabile della verifica il Direttore</i>

Servizio medico

OBIETTIVO
Con riferimento al processo di accreditamento RSA che dovrà essere rinnovato nel corso del 2025, dovrà redigere e predisporre le procedure richieste per la parte di propria competenza, in particolare quelle relative al rischio clinico e alla classificazione dei residenti.
Supervisione delle procedure di carattere sanitario della struttura.
Previsione di audit clinici con il personale infermieristico secondo un programma formativo concordato1
Monitorare il consumo di farmaci al fine di garantire il rispetto del budget assegnato alla struttura collaborando a tal fine con la farmacista.
Al fine della verifica e valutazione del raggiungimento degli obiettivi sopraelencati, si chiede di presentare una relazione finale entro la fine di gennaio 2026. <i>Responsabile della verifica il Direttore</i>
INDICATORI DI VERIFICA: Si veda scheda di verifica con assegnazione punteggio che misura il livello di raggiungimento dei singoli obiettivi.

Servizio coordinamento sanitario assistenziale

OBIETTIVO
Contribuire a introdurre gradualmente il modello del Primary Nursing migliorando il sistema di assegnazione degli obiettivi e di monitoraggio dei risultati.
Collaborare alla revisione delle procedure e dei protocolli per quanto di propria competenza.
Contribuire, per quanto di competenza, all’inserimento nell’organizzazione del coordinatore di Nucleo OSS.
Collaborare, per quanto di competenza, al processo volto all’ottenimento dell’accreditamento istituzionale della RSA, migliorando la gestione del rischio clinico.
Presidiare il processo di somministrazione della terapia in tutta la struttura finalizzato alla riduzione del rischio clinico.
Rivedere la documentazione di propria competenza, adeguandola agli esiti del progetto relativo alla carta dei valori della struttura.
Al fine della verifica e valutazione del raggiungimento degli obiettivi sopraelencati, si chiede di presentare una relazione finale entro la fine di gennaio 2026. <i>Responsabile della verifica il Direttore</i>
INDICATORI DI VERIFICA: Si veda scheda di verifica con assegnazione punteggio che misura il livello di raggiungimento dei singoli obiettivi.

Servizio Qualità e Coordinatore Servizio Socio-Educativo

OBIETTIVO
Predisposizione di una bozza di Piano della Qualità.
Coordinare il processo volto all’ottenimento dell’accreditamento istituzionale RSA e Centro diurno che scadono nel 2025.
Coordinare la revisione della Carta dei Servizi.
Condurre e produrre reportistica dei gruppi di lavoro collegati agli aspetti valoriali del Marchio Qualità e Benessere.



Somministrare i questionari finalizzati ad indagare il livello di soddisfazione dei servizi da parte di familiari, residenti e il livello di benessere del personale.

Al fine della verifica e valutazione del raggiungimento degli obiettivi sopraelencati, si chiede di presentare una relazione finale entro la fine di gennaio 2026.

Responsabile della verifica il Direttore

Servizio educativo

OBIETTIVO
Dare/trasmettere (educare) entusiasmo agli residenti, ai colleghi, alla struttura rispetto a quello che si fa. Migliorare la fluidità delle comunicazioni e dei rapporti all'interno del servizio.
Programmare e verificare l'attività del quinto operatore, attraverso azioni di coinvolgimento dello stesso in attività individuate e calendarizzate dall'educatore e attraverso un monitoraggio, oltre che dell'effettiva presenza, della sua collaborazione nelle diverse attività.
Gestire, organizzare e coinvolgere i volontari e i volontari del servizio civile.
Mantenere e migliorare il progetto di accoglienza del residente; l'educatore che accoglie il nuovo residente avrà cura di monitorare nei giorni successivi l'inserimento inviando apposita consegna.
Favorire e migliorare la presa in carico della persona nel fine vita.
Progettare le attività socio-educative stabilite in staff.
Prevedere momenti cadenzati di verifica delle attività realizzate, con analisi degli strumenti utilizzati per la raccolta delle informazioni durante le attività animative (scheda di osservazione, griglia verifica attività ecc...).
Prevedere una collaborazione sinergica reciproca nell'espletamento delle attività quotidiane programmate, mantenendone la regia e un forte collegamento con le operatrici di animazione, ragazzi del servizio civile e azione 19. E' fondamentale garantire la continuità di tutte le attività previste dal servizio anche in assenza di uno dei due educatori.
Partecipare attivamente al progetto collegato al nucleo per Persone con Alzheimer.
Raccogliere le storie di vita dei Residenti nei tempi e nelle modalità definite in sede di staff; creare un collegamento tra storia di vita e attività socio-educative di gruppo e individualizzate proposte al Residente.
Favorire una programmazione delle attività spalmata sull'intera settimana, ivi compresi i sabati e le domeniche con attività diversificate/speciali (visione sport, cinema ecc..).
Prevedere e monitorare i tempi della giornata del Residente, in relazione anche al cambio orario del pasto principale, e quindi al prolungamento delle attività e ad un utilizzo del tempo che permetta al Residente di avere spazi attivi e dinamici di espressione.
Creare possibilità di uscita diversificata sul territorio (visite, gite, mercato ...), partecipazione a eventi/feste in collaborazione anche con altri enti e istituzioni del territorio.
Al fine della verifica e valutazione del raggiungimento degli obiettivi sopraelencati, si chiede di presentare una relazione finale entro la fine di febbraio 2026.
<i>Responsabile della verifica il Coordinatore del Servizio Socio-Educativo.</i>

Servizio infermieristico

OBIETTIVO	AZIONI
Applicazione del processo farmaco sicuro ad ogni somministrazione, l'infermiere è il responsabile del processo farmaco sicuro nel rispetto della procedura	<ul style="list-style-type: none"> rispetto della procedura utilizzo opticon durante la somministrazione della terapia h 24 propongono eventuali modifiche migliorative segnalano particolari criticità e si attivano per trovare strategie risolutive.
Gli infermieri referenti si assicurano che la programmazione, la	<ul style="list-style-type: none"> verificano che ogni utente effettui gli esami ematici almeno 1 volta all'anno (salvo indicazioni diverse)



registrazione e la refertazione delle prestazioni sanitarie avvenga con regolarità e secondo indicazione.	<ul style="list-style-type: none">• verificano che ogni utente effettui un monitoraggio ECG almeno 1 volta all'anno (salvo indicazioni diverse)• verificano la corrispondenza sulla programmazione visite specialistiche tra supporto cartaceo e CBA• verificano che l'archiviazione cartacea sia in ordine• propongono eventuali modifiche migliorative• segnalano particolari criticità e si attivano per trovare strategie risolutive.
Gli infermieri referenti garantiscono la corretta gestione del farmaco sicuro dall'approvvigionamento alla distribuzione ai nuclei.	<ul style="list-style-type: none">• approvvigionamento dei farmaci personali utilizzati per la preparazione con armadio farmaceutico HD-MEDI• stoccaggio e conservazione farmaci personali e aziendali (ivi compreso riordino e controllo scadenze)• utilizzo autonomo dell'armadio farmaceutico HD-MEDI (gestione / controllo box e gestione / controllo th)• pulizia e manutenzione armadio farmaceutico HD-MEDI• propongono eventuali modifiche migliorative• segnalano particolari criticità e si attivano per trovare strategie risolutive.
Gli infermieri referenti collaborano nella revisione della procedura delle lesioni da pressione ne presidiano l'implementazione e la corretta compilazione degli strumenti in uso presenti nel programma CBA.	<ul style="list-style-type: none">• collaborano alla revisione della procedura in uso• collaborano alla supervisione del processo• controllano la regolare e giusta registrazione nel supporto informatico• propongono eventuali modifiche migliorative• segnalano particolari criticità e si attivano per trovare strategie risolutive.
Gli infermieri referenti si assicurano che le schede / scale in uso siano compilate correttamente.	<ul style="list-style-type: none">• verificano che le scale di valutazione utili alla rilevazione del dolore siano compilate correttamente e costantemente secondo le indicazioni date.• verificano che la scheda per la rilevazione delle cadute sia compilata correttamente e che vi sia la chiusura con gli esiti riportati.• verificano che ogni nuovo ingresso abbia la compilazione della scala Norton.• verificano che le schede catetere siano compilate correttamente.• propongono eventuali modifiche migliorative.• segnalano particolari criticità e si attivano per trovare strategie risolutive.
Gli infermieri referenti si assicurano che il presidio infermieristico rispetti gli standard di ordine e pulizia.	<ul style="list-style-type: none">• verificano che ad inizio mese il prospetto pulizie sia esposto e aggiornato e che vengano effettuate• verificano che ad inizio mese il prospetto controllo "postazione urgenze" sia esposto e aggiornato e che vengano effettuate• verificano le scadenze dei farmaci e che le confezioni aperte abbiano la data di apertura• si attivano per mantenere il presidio infermieristico in ordine• propongono eventuali modifiche migliorative• segnalano particolari criticità e si attivano per trovare strategie risolutive.



Al fine della verifica e valutazione del raggiungimento degli obiettivi sopraelencati, si chiede di presentare una relazione finale entro la fine di febbraio 2026.

Responsabile della verifica il coordinatore servizi sanitari e assistenziali

Servizio coordinamento di nucleo OSS

OBIETTIVO
Assegnazione, in accordo con la Coordinatrice di riferimento, dell'OSS tutor dei Residenti secondo il modello del Primary, svolgendo un ruolo di impulso, monitoraggio e verifica in itinere.
Collaborazione alla revisione delle procedure e dei protocolli per quanto di propria competenza e monitoraggio della corretta applicazione delle stesse.
Stimolazione, monitoraggio e verifica dei vari progetti che vengono attivati all'interno del piano, con particolare attenzione al progetto del quinto operatore.
Monitoraggio dei momenti di passaggio di consegne, monitorando in particolare il rispetto del setting, le modalità di lettura delle consegne e la partecipazione attiva del personale
Al fine della verifica e valutazione del raggiungimento degli obiettivi sopraelencati, si chiede di presentare una relazione finale entro la fine di gennaio 2026. <i>Responsabile della verifica il Direttore</i>

Servizio assistenziale

OBIETTIVO	AZIONE
L'operatore referente deve essere il maggior conoscitore della biografia, delle abitudini e delle potenzialità delle persone affidate. Deve aver ben chiaro quali sono gli obiettivi condivisi in PAI e le strategie per raggiungerli, inoltre collabora nella presa in carico del Residente e nello specifico si occuperà di:	<p>Biografia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • conosce la biografia delle persone affidate e ne condivide i contenuti. <p>PAI:</p> <ul style="list-style-type: none"> • conosce gli obiettivi condivisi in sede di PAI e verifica che le strategie di propria competenza decise vengano messe in atto. • compila l'area di competenza prima dell'effettuazione del PAI. • garantisce il passaggio di informazioni utili alla compilazione della scala di valutazione Barthel funzionale • l'operatore referente deve confrontarsi con l'operatore che sarà presente in sede di PAI, in sua assenza sarà quest'ultimo ad attivarsi per la compilazione dello stesso. <p>Presa in carico del Residente: Si assicura che vi sia un corretto passaggio di informazioni con il collega in riferimento a: dieta, idratazione, alzate, controllo monitoraggio parametri, panni, controllo e cura della Persona, e controllo numeri bagni mensile. Effettua segnalazione alla lavanderia in caso di mancanza di indumenti (tranne per il primo piano, attività svolta dal Coordinatore di Nucleo). Monitoraggio uso contenzione.</p> <p>Ambiente di vita del Residente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • verifica la cura e la pulizia dell'unità di vita e ne segnala eventuali non conformità. • Effettua la pulizia e il riordino periodico del comodino e



	<p>della scrivania.</p> <ul style="list-style-type: none">• Effettua la sostituzione e/o il ripristino del materiale per la cura e l'igiene della Persona. <p>Presidi / dispositivi in uso:</p> <ul style="list-style-type: none">• verifica la pulizia dei presidi e dispositivi in uso e in caso di non conformità lo segnala a chi di competenza• si accerta periodicamente della presenza e dell'adeguatezza dei dispositivi in uso al Residente come occhiali, protesi acustiche, protesi dentali...• si accerta della pulizia e del funzionamento del rasoio.
<p>L'operatore si assicura che lo schema della pulizia degli ausili/poltrone sia sempre aggiornato</p>	<ul style="list-style-type: none">• Inserisce sullo schema il nominativo dell'ospite e la tipologia di ausilio in dotazione• Aggiorna lo schema ad ogni modifica• Rimuove dallo schema i nominativi di ospiti dimessi/deceduti• Monitora che tutti gli ausili vengano puliti almeno 2 volte al mese.
<p>L'operatore si assicura che lo schema alzate sia sempre aggiornato.</p>	<ul style="list-style-type: none">• Inserisce sullo schema il nominativo dell'ospite al momento dell'ingresso (confrontandosi con IP e FK)• Aggiorna lo schema ad ogni modifica ed invia consegna• Rimuove dallo schema i nominativi di ospiti dimessi/deceduti• Monitora che lo schema sia rispettato da tutti
<p>L'operatore si assicura che lo schema dei bagni sia sempre aggiornato</p>	<ul style="list-style-type: none">• Inserisce sullo schema il nominativo dell'ospite• Rimuove dallo schema i nominativi di ospiti dimessi/deceduti• Pianifica i bagni mensili?• Monitora che a tutti gli ospiti venga garantito il bagno/doccia/spugnatrice almeno due volte al mese
<p>L'operatore si assicura che lo schema dei pasti e dei posti tavola sia sempre aggiornato</p>	<ul style="list-style-type: none">• Al momento dell'ingresso concorda il posto a tavola secondo la tipologia di ospite.• Aggiorna lo schema in cucinetta integrando eventuali indicazioni dietetiche• Aggiorna lo schema ad ogni modifica ed invia consegna• Rimuove dallo schema i nominativi di ospiti dimessi/deceduti• Aggiorna la cucina ad ogni modifica (tot. Interi/frullati ...)
<p>L'operatore si assicura che lo schema idratazione/lista disfagici sia sempre aggiornato</p>	<ul style="list-style-type: none">• Inserisce sullo schema il nominativo dell'ospite ed integra inserendo eventuali indicazioni (vino si/no - utilizzo addensante – bevande dolci – preferenze...)• Aggiorna lo schema ad ogni modifica• Predisporre e aggiornare la lista idratazioni delle stanze• Rimuove dallo schema i nominativi di ospiti dimessi/deceduti• Registrazione idratazioni in CBA
<p>L'operatore si assicura che lo schema dei dispositivi per l'incontinenza sia sempre aggiornato</p>	<ul style="list-style-type: none">• Inserisce sullo schema il nominativo dell'ospite e la tipologia di presidio al momento dell'ingresso• Aggiorna lo schema ad ogni modifica ed invia consegna



	<ul style="list-style-type: none"> • Rimuove dallo schema i nominativi di ospiti dimessi/deceduti • Invia al manutentore la lista aggiornata • Monitora che tutti rispettino la lista
L'operatore si assicura responsabile si assicura che ogni ospite abbia almeno una registrazione del peso mensile	<ul style="list-style-type: none"> • Monitora che mensilmente ogni ospite abbia almeno 2 rilevazioni
L'operatore si assicura che i parametri vitali di routine (PAO-FC) siano rilevati a tutti gli ospiti almeno 2 volte al mese	<ul style="list-style-type: none"> • Inserisce sullo schema il nominativo dell'ospite all'ingresso • Rimuove dallo schema i nominativi di ospiti dimessi/deceduti • Monitora che mensilmente ogni ospite abbia almeno 2 rilevazioni
<p>Al fine della verifica e valutazione del raggiungimento degli obiettivi sopraelencati, si chiede di presentare una relazione finale entro la fine di febbraio 2026. <i>Responsabile della verifica il coordinatore servizi sanitari e assistenziali</i></p>	

Servizio animativo

OBIETTIVO
Dare/trasmettere (educare) entusiasmo agli residenti, ai colleghi, alla struttura rispetto a quello che si fa. Migliorare la fluidità delle comunicazioni e dei rapporti all'interno del servizio.
Seguire e realizzare il più possibile la programmazione socio-educativa, cogliendo gli aspetti critici o i punti di forza e trasmettendo le osservazioni alle educatrici/coordinatrice.
Partecipare attivamente alle riunioni di servizio programmate e collaborare nell'ideazione progettuale delle attività da proporre ai Residenti e nella definizione degli obiettivi e delle attività di verifica in coerenza con gli obiettivi.
Ridurre i tempi di attesa dei Residenti nei momenti di transizione della giornata (tra la colazione e il pranzo e tra il pranzo e la cena), anche in relazione alla variazione d'orario del pasto avvenuta a fine 2024.
Collaborare con l'Educatore nella realizzazione di attività e progetti che vedano coinvolte le scuole, le associazioni, i circoli anziani ecc.
Collaborare con l'Educatore nella gestione e coinvolgimento dei volontari e dei volontari del servizio civile.
Collaborare con i colleghi assegnati al centro diurno per coinvolgere nelle attività i Residenti della struttura assieme agli utenti del centro diurno.
Collaborare con l'Educatore nella progettazione delle uscite estive e delle varie attività sul territorio.
Mantenere e migliorare il progetto di accoglienza del Residente; l'operatore che accoglie il nuovo Residente avrà cura di monitorare nei giorni successivi l'inserimento inviando apposita consegna.
Inviare una consegna dopo ogni attività/gruppo alle educatrici.
Raccogliere, attraverso gli appositi strumenti di verifica, le informazioni legate all'andamento delle varie attività e alla soddisfazione/coinvoglimento dei Residenti.
Co-partecipare attivamente nel rendere il tempo del fine settimana, un tempo fatto di attività diversificate e speciali rispetto a quelle infrasettimanali.
<p>Al fine della verifica e valutazione del raggiungimento degli obiettivi sopraelencati, si chiede di presentare una relazione finale entro la fine di febbraio 2026. <i>Responsabile della verifica il Coordinatore del Servizio Socio-Educativo.</i></p>

Servizio fisioterapico

OBIETTIVO



<i>Gli obiettivi prevedono l'assegnazione ad ogni dipendente della responsabilità di alcuni processi e/o attività.</i>
Referente degli acquisti e supervisione dei ragazzi servizio civile e tirocinanti fisioterapia; rilevazioni annuali richieste al servizio (presenza fisiatra, trimestrali servizio fisioterapia per esterni, relazione sanitaria annuale).
Referente del servizio fisioterapia per utenti esterni e formazione.
Referente per il progetto Indicare Salute e Marchio Q&B per i dati inerenti la parte fisioterapica; referente per l'attività di fisioterapia del Centro Diurno; gestione della parte comunicativa con l'esterno (ad esempio pubblicità di corsi e articoli).
Referente degli ausili
Al fine della verifica e valutazione del raggiungimento degli obiettivi sopraelencati, si chiede di presentare una relazione finale entro la fine di febbraio 2026. <i>Responsabile della verifica il Direttore.</i>

Centro Diurno

OBIETTIVO
Dare/trasmettere entusiasmo alle persone che frequentano il Centro diurno, ai colleghi, alla struttura rispetto a quello che si fa. Aumentare la fluidità delle comunicazioni e dei rapporti all'interno del servizio e con gli altri servizi.
Seguire e realizzare il più possibile la programmazione socio-educativa, cogliendo gli aspetti critici o i punti di forza e trasmettendo le osservazioni alla coordinatrice.
Partecipare attivamente alle riunioni di servizio e alla supervisione con la psicologa.
Collaborare nell'ideazione progettuale delle attività da proporre agli utenti e nella definizione degli obiettivi e delle attività di verifica in coerenza con gli stessi.
Progettare assieme alla Coordinatrice delle attività di piccolo gruppo o individualizzate da svolgere settimanalmente.
Collaborare con la Coordinatrice nella realizzazione di attività e progetti che vedano coinvolte le scuole, le associazioni, i circoli anziani ecc...
Collaborare con la Coordinatrice nella gestione, reclutamento e coinvolgimento dei volontari e dei volontari del servizio civile.
Collaborare con i colleghi al Centro per coinvolgere nelle attività gli utenti del Centro assieme ai Residenti della struttura.
Collaborare con la Coordinatrice nella progettazione delle uscite estive e delle varie feste.
Mantenere e migliorare il progetto di accoglienza della Persona; l'operatore che accoglie il nuovo utente avrà cura di monitorare nei giorni successivi l'inserimento inviando apposita consegna.
Inserire nel programma CBA la valutazione per ogni utente dopo ogni attività/gruppo svolto.
Raccogliere, attraverso gli appositi strumenti di verifica, le informazioni legate all'andamento delle varie attività e alla soddisfazione/coinvolgimento degli utenti del Centro. Raccogliere, attraverso gli appositi strumenti di verifica, le informazioni legate all'andamento delle varie attività e alla soddisfazione/coinvolgimento degli utenti.
Partecipare e collaborare attivamente alla stesura del progetto individuale di ogni utente, inviando consegna mensile sull'andamento del progetto.
Al fine della verifica e valutazione del raggiungimento degli obiettivi sopraelencati, si chiede di presentare una relazione finale entro la fine di febbraio 2026. <i>Responsabile della verifica il Coordinatore del Centro Diurno.</i>

Gli obiettivi sopra elencati vengono perseguiti sulla base della **QUALITÀ TECNICO PROFESSIONALE** ossia sulla pratica clinico-assistenziale basata sull'evidenza.



8. MONITORAGGIO DEI PROCESSI E DEI RISULTATI

L'innovazione e più in generale il cambiamento nella pratica clinico - assistenziale richiede la metodica e quotidiana applicazione di una operatività sostenuta da prove di efficacia ed evidenza, la cosiddetta “medicina basata sull'evidenza”. È necessario pertanto un continuo processo di aggiornamento delle pratiche clinico-assistenziali, con una particolare attenzione al trasferimento di quanto emerge dalle evidenze scientifiche in prestazioni sanitarie e assistenziali.

8.1 VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE CLINICO – ASSISTENZIALI

La valutazione della performance clinico - assistenziale si concretizza principalmente con l'attivazione di un sistema di indicatori ed il successivo sviluppo di una costante e puntuale attività di monitoraggio e di reportistica circa i risultati dei controlli eseguiti.

L'anno 2026, e successivi, dovranno condurre ad una condizione di sistematicità nell'azione di monitoraggio delle performance clinico – assistenziali.

A tal fine è opportuno chiarire quali sono le categorie di indicatore oggetto di controllo: uno degli ambiti di miglioramento è la definizione di indicatori specifici di monitoraggio e verifica per ogni obiettivo assegnato. Risulta inoltre necessario identificare indicatori di processo per le buone pratiche cliniche, assistenziali, riabilitative, gestionali.

Indicatori di sistema: misurano il grado di aderenza e adeguamento dell'organizzazione alle condizioni essenziali o requisiti (strutturali, tecnologici, organizzativi) necessari ad assicurare una buona qualità assistenziale. Si guarda al funzionamento di aree fisicamente identificabili, a disposizione dei professionisti per la produzione dei diversi processi aziendali (clinici, assistenziali, amministrativi, di supporto, etc.). Ci si riferisce pertanto alla struttura, all'edificio e alle sue pertinenze, all'impiantistica, alla allocazione delle risorse, alla struttura organizzativa, alle attrezzature e via dicendo.

Le principali modalità di controllo di questi indicatori sono le seguenti:

- verifiche periodiche sulle attrezzature mediche ed elettromedicali
- verifiche periodiche sull'impiantistica elettrica e sulla dispersione di terra
- verifiche tecnico-sanitarie da parte dell'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari
- verifiche periodiche previste dal Registro antincendio
- verifiche periodiche magazzino DPI



Indicatori di processo: misurano l'effettiva applicazione delle buone pratiche cliniche, assistenziali, riabilitative, gestionali e amministrative. Si rilevano sia attraverso il controllo dei flussi informativi correnti, che attraverso l'osservazione diretta delle attività svolte, dalla consultazione di documentazioni sanitarie, sia da indagini ad hoc con l'utilizzo di schede specifiche e standardizzate. Gli indicatori di processo quindi, misurano i comportamenti e indirizzano l'attenzione su ciò che non funziona mettendo in evidenza eventuali carenze nei metodi di cura, di assistenza o su altri aspetti aziendali al fine di porre dei correttivi.

Gli indicatori di processo ci informano su chi, ha fatto cosa e come. Non ci dicono se ciò che viene fatto è efficace.

È bene quindi, nella fase di pianificazione relativa alla identificazione delle attività da monitorare, concentrarsi su indicatori concernenti i processi strettamente collegati agli esiti delle cure e basati su evidenze scientifiche, e su quelli che implicano un elevato consumo di risorse e che generano costi aziendali rilevanti.

In tutti questi casi, se le procedure aziendali sono diffuse, conosciute e bene applicate aumenta la probabilità di ottenere risultati positivi.

Le principali modalità di controllo di questi indicatori sono le seguenti:

- verifiche svolte dai preposti sulla adeguatezza delle attività sanitarie e assistenziali
- eventi avversi: secondo la procedura interna
- sistema di rilevazione errori nella gestione dei farmaci
- raccolta indicatori clinici tramite il progetto INDICARE SALUTE
- monitoraggi: cadute, errori terapie, ldd, assunzione pasto, disfagia
- sistematiche analisi in équipe con l'individuazione delle AZIONI MIGLIORATIVE
- monitoraggio degli indicatori specifici individuati nelle procedure

Indicatori di esito: si riferiscono tipicamente alla risposta ottenuta dagli interventi e dalle prestazioni poste in essere in un'organizzazione. Riguardano il risultato finale o intermedio rispetto allo stato di salute, la mortalità, la morbosità, la qualità della vita. Misurano l'eventuale impatto finale dell'applicazione delle linee guida sui livelli di autonomia e salute dei Residenti, sulla soddisfazione degli stessi e delle famiglie, sul livello di clima aziendale.

Sono rilevabili da flussi informativi, dalla consultazione della documentazione sanitaria e assistenziale, da indagini ad hoc, dalla Customer Satisfaction, dai dati di bilancio, dai dati rilevati su elementi specifici dal Servizio di Gestione della Qualità.

Anche per questo tipo di indicatore vale la riflessione spesa per gli indicatori di processo, ovvero che nella fase di individuazione degli indicatori da rilevare ci si concentri su quelli che evidenziano il risultato delle cure



sanitarie, riabilitative e assistenziali erogate sulla base di evidenze scientifiche e che siano rappresentative del core business aziendale. Saranno inoltre rilevati quegli indicatori connessi a rilevanti voci di spesa.

Le principali modalità di controllo di questi indicatori sono le seguenti:

- sistema aziendale e interaziendale di rilevazione e confronto su indicatori clinici (cadute, lesioni da pressione, errori di terapia, utilizzo dei mezzi di contenzione)
- standard della Carta dei Servizi
- indagini di soddisfazione
- analisi delle non conformità rilevate
- analisi dei reclami pervenuti
- analisi della segnalazione degli errori nella gestione farmaci
- bilancio d’esercizio, bilancio sociale e verifica trimestrale revisore dei conti
- verifica del raggiungimento degli obiettivi aziendali annuali.

8.2 PRINCIPALI AREE CLINICO-ASSISTENZIALI SOGGETTE A MONITORAGGIO

Gestione del rischio clinico

La sicurezza dei residenti è uno dei fattori determinanti la qualità delle cure e pertanto è uno degli obiettivi prioritari che il Servizio Sanitario Nazionale si pone. Lo sviluppo di interventi efficaci è strettamente correlato alla comprensione delle criticità dell’organizzazione e dei limiti individuali, richiedendo una cultura diffusa che consenta di superare le barriere per l’attuazione di misure organizzative e di comportamenti volti a promuovere l’analisi degli eventi avversi ed a raccogliere gli insegnamenti che da questi possono derivare.

La sicurezza dei residenti quindi si colloca nella prospettiva di un complessivo miglioramento della qualità e poiché dipende dalle interazioni delle molteplici componenti che agiscono nel sistema, deve essere affrontata attraverso l’adozione di pratiche di governo clinico che consentono di porre al centro della programmazione e gestione dei servizi sanitari assistenziali i bisogni della persona, valorizzando nel contempo il ruolo e la responsabilità di tutte le figure professionali che operano in sanità. Rafforzare le competenze dei professionisti è infatti un valore essenziale, così come la formazione costituisce uno strumento indispensabile per assicurare l’erogazione di cure efficaci, appropriate e sicure. È quindi prioritario che le scelte della azienda favoriscano l’attuazione di idonee strategie per la sicurezza della persona assistita. L’obiettivo principale è quello di dare sistematicità ed efficacia al concetto operativo della sicurezza intesa come “regime di governo dei rischi e cioè sistema di norme, valori, risorse, informazioni, procedure, comportamenti codificati che impegna tutti i soggetti presenti nella organizzazione a prevenire e a limitare gli effetti dannosi dei pericoli comunque presenti”, interpretando la sicurezza come risultante dell’intersezione di quattro dimensioni fondamentali: struttura, personale, organizzazione delle attività e vigilanza /controllo.



Importante risulta essere anche la progettazione e l’attuazione di eventi formativi in materia di Rischio Clinico a favore del personale assistenziale, oltre ovviamente al personale sanitario.

Azioni previste:

- Partecipazione di tutti gli infermieri a eventi formativi inerenti al rischio clinico;
- prosecuzione nella gestione ed analisi degli incidenti, eventi avversi, eventi sentinella, al fine del contenimento del rischio e della promozione e sviluppo della cultura della sicurezza;
- partecipazione e implementazione del progetto di confronto sugli indicatori clinici denominato “Indicare salute” con gli altri partner;
- revisione mensile dello stato clinico secondo la scala di grading per i Residenti a rischio elevato;
- sistematiche analisi in équipe con l’individuazione delle **AZIONI MIGLIORATIVE**.
- applicazione e consultazione delle procedure collegate al Rischio Clinico riportate nella procedura n. 59, che sono:

ARGOMENTO DELLA PROCEDURA	TITOLO DELLA PROCEDURA
Rischio biologico e Taglienti	002 - PROCEDURA PER LA GESTIONE DELL'ESPOSIZIONE OCCUPAZIONALE A RISCHIO BIOLOGICO E TAGLIENTI
Infezione correlate all’assistenza (ICA)	003 -PROCEDURA-PROTOCOLLO PER UN CORRETTO UTILIZZO DEI DISINFETTANTI E STERILIZZAZIONE 004 - PROCEDURA PER L'IGIENE DELLE MANI NELL'ASSISTENZA 1 010- PROTOCOLLO GESTIONE DELLA FEBBRE 016-PROCEDURA GESTIONE DEL CATETERE VESCICALE 050 - PROTOCOLLO PREVENZIONE E GESTIONE DELLE INFEZIONI DA CLOSTRIDIUM DIFFICILE
COVID 19	017 - PROCEDURA CONTENIMENTO CORONAVIRUS 051 - PROTOCOLLO GESTIONE INFEZIONE DA COVID-19 052 - PIANO COVID-19
Cadute	008 - PROCEDURA DI PREVENZIONE E GESTIONE DELLE CADUTE
Errori di preparazione e/o somministrazione di terapia	046 - PROCEDURA OPERATIVA PER LA GESTIONE DEL PERCORSO DEL FARMACO E DELLA TERAPIA FARMACOLOGICA
Malnutrizione e Alvo	045 - PROTOCOLLO NUTRIZIONE E MONITORAGGIO STATO NUTRIZIONALE E DI IDRATAZIONE DEI RESIDENTI IN APSP 041 – PROTOCOLLO GESTIONE STIPSI
Lesioni da pressione	034 - PROCEDURA PER LA PREVENZIONE, LA GESTIONE E IL MONITORAGGIO DELLE LESIONI DA PRESSIONE
Contenzione	035 - PROCEDURA CONTENZIONE FISICA
Eventi avversi/sentinella	058 - PROCEDURA PER LA SEGNALEZIONE DI EVENTI AVVERSI/EVENTI SENTINELLA
Valutazione del rischio di aggravamento	062 - PROCEDURA DI VALUTAZIONE DEL GRADING
Suicidio	063 - RACCOMANDAZIONI PER LA PREVENZIONE DEL SUICIDIO DEL RESIDENTE IN STRUTTURA
Fuga	047 – PROCEDURA PER LA GESTIONE DEGLI ALLONTANAMENTI E DELLE USCITE DEL RESIDENTE DALLA STRUTTURA



Emocomponenti	023 - PROCEDURA PER RICHIESTA, TRASPORTO E SOMMINISTRAZIONE DI EMOCOMPONENTI
Gestione urgenze/emergenze	022 - PROCEDURA PER LA GESTIONE DELLE URGENZE – EMERGENZE SANITARIE

Prevenzione Infezioni (o ICPA)

Azioni previste:

- rispetto e applicazione delle procedure collegate alle infezioni correlate nell'assistenza (si veda schema precedente), che hanno tutte l'obiettivo generale di prevenire il rischio infezioni;
- compilazione schede infezioni;
- formazione continua alle buone pratiche (mani pulite, procedure assistenziali appropriate) per il personale, sia con corsi di formazione che con nuove procedure operative e protocolli;
- monitoraggio nei primi 5/7 giorni di accoglienza;
- monitoraggio infezioni vie urinarie in portatori di catetere;
- monitoraggio diurno/notturno dei comportamenti dei Residenti in periodi critici o con particolari bisogni di osservazione;
- monitoraggio degli invii in Pronto Soccorso;
- segnalazioni cali ponderali $\geq 5\%$ e valutazione strategie di intervento;
- sistematiche analisi in équipe con l'individuazione delle **AZIONI MIGLIORATIVE**;
- monitoraggio degli indicatori specifici individuati nelle procedure.

Gestione del dolore

Azioni previste:

- verifica applicazione corretta del protocollo sul dolore (rivisto recentemente);
- partecipazione da parte del personale a corsi di aggiornamento;
- integrazione del protocollo con terapie non farmacologiche;
- raccolta e sistematizzazione dei dati.

Implementazione della scala di valutazione IPOS per i Residenti in cure palliative

Azioni previste:

- formalizzare una procedura interna (da costruire nell'arco del 2025);
- prevedere formazione specifica IP e OSS;
- raccolta dati per definire tempistiche e spazi di attuazione.



Progetto Maltrattamento

Azioni intraprese fino ad oggi:

- Formazione iniziale con Upipa staff di direzione e coordinamento;
- Fotografia su come viene percepito il maltrattamento all'interno della struttura attraverso la realizzazione di diversi focus group con il personale da parte della psicologa, Dott.ssa Anna D'accordo (anno 2021);
- Evento formativo serale aperto a tutto il personale denominato “Le varie sfaccettature del maltrattamento” con il Prof. Luca Fazzi e la Dott.ssa Anna D'accordo, durante il quale si è presentato l'esito dei focus group (maggio 2022);
- Creazione scatola raccolta casi da parte del personale (2023);
- Realizzazione focus group con la psicologa relativi all'analisi di caso (2023);
- Partecipazione corsi formativi inerenti gli agiti aggressivi (De-Escalation).

Azioni previste:

- Durante la realizzazione dei focus group con i Residenti e personale inseriti all'interno del Marchio Q&B, verranno effettuate domande relative al maltrattamento (momento di raccolta e analisi);
- Progettare le azioni da realizzare attraverso il coinvolgimento del personale in incontri di co-progettazione (gruppo di lavoro);
- Coinvolgere le due psicologhe e le figure di riferimento (medico/coordinamento...) nelle diverse fasi attuative.
- Sensibilizzare il personale sul tema attraverso l'individuazione di metodi e tecniche esperienziali che sollecitino l'auto-riflessione.

8.3 IL COINVOLGIMENTO DEL PERSONALE

L'esperienza dimostra che i programmi per la promozione della qualità dell'assistenza ottengono migliori risultati se focalizzano l'interesse sui processi di cura e rinforzano le opportunità degli operatori sanitari per l'auto valutazione e auto-regolamentazione. Per favorire il coinvolgimento del personale si mettono in atto le seguenti azioni:

- riunioni periodiche allargate (plenarie);
- riunioni di piano e multiprofessionali per favorire la collaborazione ed il confronto tra le diverse figure professionali;
- gruppi di lavoro;
- riunione periodica con il Responsabile del Servizio Prevenzione e Protezione;
- Family Audit e gruppo di lavoro;



- analisi periodica fabbisogni formativi;
- affiancamento e formazione dei neoassunti;
- sportello di ascolto psicologico;
- focus group o incontri allargati tenuti dallo psicologo.

8.4 ANALISI DATI E MONITORAGGI PREVISTI

- Relazioni del direttore sull'andamento della gestione presentate al Cda;
- Relazioni periodiche revisore dei conti;
- Revisione interna contabile
- Monitoraggi previsti nel Piano Haccp;
- Analisi periodiche microbiologiche legionella;
- Analisi dati derivanti:
 - Indice Mapo
 - Analisi cadute
 - Analisi lesioni
 - Monitoraggio dolore
 - Analisi periodica consumo farmaci ed eventuale revisione farmacoterapia
 - Analisi dati contenzioni
 - Monitoraggio eventi avversi in genere (errore preparazione e somministrazione farmaci)
 - Verifica predisposizione PAI di fine vita (da introdurre nel 2021)
 - Monitoraggio nei primi 5/7 giorni di accoglienza
 - Monitoraggio infezioni vie urinarie in portatori di catetere
 - Monitoraggio diurno/notturno dei comportamenti dei residenti in periodi critici o con particolari bisogni di osservazione
 - Monitoraggio comportamento alimentare in cali ponderali > 5% negli ultimi 3 mesi

8.5 VALUTAZIONE DEI FORNITORI

La valutazione dei fornitori rappresenta uno strumento importante affinché le prestazioni fornite (Beni o Servizi) siano adeguate alle esigenze dell'Azienda e in linea con quanto previsto dai contratti e dai capitolati definiti.

In linea generale gli acquisti affidamenti dei contratti relativi alla fornitura di beni e servizi necessari per la gestione dei diversi servizi vengono effettuati avvalendosi delle piattaforme di approvvigionamento digitale



(CONTRACTA o CONSIP) nel rispetto di quanto previsto dalla legislazione provinciale e nazionale e provinciale in materia di contratti pubblici.

Azioni previste per:

- Aggiornamento costante della procedura n. 14 relativa al Monitoraggio della qualità dei servizi affidati a fornitori esterni;
- check list per il monitoraggio della qualità dei fornitori.

9. QUALITÀ PERCEPITA

É la qualità che il cliente/utente riscontra nel prodotto/servizio che gli viene fornito e che esprime il suo grado di soddisfazione, risulta essere molto importante perché determina la costruzione del rapporto di fiducia (la cosiddetta fidelizzazione) tra l'azienda e il familiare, la persona assistita e il dipendente. É molto importante che l'organizzazione si attivi per conoscere il giudizio dei propri stakeholders (incontri, questionari, rilevazione dei reclami e dei suggerimenti, misurazione del clima aziendale, ecc..). Il divario tra la qualità progettata, quella effettivamente fornita dall'organizzazione (la qualità erogata) e la percezione che di essa ha il cliente (la qualità percepita) è un gap che può essere definito come gap di comunicazione. Allo stesso modo rientra nella determinazione della Qualità percepita anche il livello di garanzia relativo alla gestione e alla tutela dei dati sensibili. Cioè di quanto il cliente ci ritiene capaci di tutelare la cosiddetta Privacy, al di là di ciò che è normato dalla legge, ma come elemento di fiducia riposta dal cliente/utente nei confronti della Azienda.

Sicurezza dei dati e tutela della riservatezza

Il diritto alla riservatezza è disciplinato dal Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 «relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE (Regolamento generale sulla protezione dei dati)» (di seguito RGPD), in vigore dal 24 maggio 2016, e applicabile a partire dal 25 maggio 2018, introduce la figura del Responsabile dei dati personali (RDP) (artt. 37-39) nei suoi vari aspetti dal DGPR .

La nostra Azienda ha tra i suoi obiettivi quello di garantire il diritto alla riservatezza e quello di assicurare la trasparenza nell'attività amministrativa. Il rispetto della riservatezza costituisce un importante strumento di riconoscimento della dignità di ogni persona.

In conformità di quanto previsto dal regolamento UE, l'Azienda si è dotata del Registro delle Attività di Trattamento con la mappatura delle “aree sensibili” individuando nome e dati di contatto del titolare di trattamento, le finalità del trattamento dati, la descrizione delle categorie di interessati e di dati personali, le



categorie di destinatari a cui i dati personali sono stati o saranno comunicati e tutte le altre informazioni necessarie con la descrizione generale delle misure di sicurezza tecniche-organizzative adottate. Il registro delle attività di trattamento è un documento “dinamico” che viene aggiornato ogni qualvolta intervengano variazioni alle aree sensibili o altro.

La nuova normativa ha fatto emergere la necessità di individuare una specifica figura del ruolo di RPD, un soggetto dotato di specifiche competenze in materia di tutela dei dati personali. Non essendo presenti all’interno dell’organico aziendale figure dotate di specifiche competenze l’Azienda si è affidata ad un soggetto esterno individuato nello specifico servizio proposto da U.p.i.p.a. sc. Le “Linee-guida sui responsabili della protezione dei dati (RPD)” del Gruppo di lavoro Art. 29 adottate il 13 dicembre 2016, al paragrafo 2.5. indicano che la funzione di RPD può essere esercitata in base a un contratto di servizi stipulato con una persona fisica o giuridica esterna al titolare del trattamento. In tal caso è indispensabile che ciascun soggetto appartenente alla persona giuridica operante quale RPD soddisfi i requisiti stabiliti nella Sezione IV del Regolamento;

U.P.I.P.A., al fine di consentire ai propri soci di usufruire di un servizio ad hoc costituito da un team RPD dotato di competenze multidisciplinari, valutando sotto propria esclusiva responsabilità la sussistenza dei criteri di competenza, professionalità esperienza ed indipendenza ha individuato nell’avv. Matteo Grazioli il professionista idoneo a svolgere la funzione di coordinatore del team e responsabile della protezione dei dati. Al fine di offrire il servizio attraverso una struttura organizzativa idonea, U.p.i.p.a. ha costituito un gruppo di lavoro composto da figure esperte, i cui compiti sono ripartiti in funzione delle differenti competenze, individuando così anche il ruolo di coordinatore e “contatto principale” (avv. Matteo Grazioli), le cui coordinate di contatto sono rese pubbliche e comunicate all’autorità di controllo.

L’Azienda, nel garantire il rispetto della riservatezza, fornisce ad ogni cittadino che si rivolge alla struttura idonea INFORMATIVA, costantemente aggiornata, relativamente alle finalità e modalità del trattamento dei dati personali raccolti e provvede, nei casi in cui ciò sia richiesto dalla legge, ad acquisire idoneo CONSENSO al trattamento dei dati relativi alle condizioni di salute e alla presa in carico. Il consenso è lo strumento indispensabile affinché l’Azienda possa trattare i dati sensibili dei Residenti relativi al loro stato di salute e, quindi, fornire le prestazioni sanitarie necessarie.

Azioni previste:

- Adeguare le procedure per la distribuzione dell’informativa e la successiva acquisizione del consenso al trattamento dei dati sensibili
- l’Azienda valuterà nel prossimo triennio eventuali corsi di aggiornamento rivolti al personale dipendente in tema di applicazione della normativa sulla riservatezza dei dati.



Consenso informato

Il consenso informato definisce la **consapevolezza del Residente**, acquisita con l'**informazione ricevuta**, circa il proprio stato di salute e l'eventuale assenso a sottoporsi alle ulteriori procedure diagnostiche o terapeutiche proposte dal medico. Rappresenta l'espressione della volontà del cittadino, che autorizza il medico ad effettuare specifici trattamenti medico chirurgici sulla sua persona.

Il consenso agli atti medici è l'elemento caratteristico alla base della stessa "giustificazione" (**legittimazione**) all'esercizio della medicina, e fondamento etico, morale, giuridico, deontologico ed imprescindibile del rapporto tra medico e persona assistita. Risulta quindi essere elemento doveroso e necessario al fine della correttezza della pratica professionale del medico.

Pianificazione di cure condivise (PCC)

A seguito del PAI di cure palliative, il medico e i familiari del Residenti concordano il piano di cura.

Internamente questa pianificazione è definita all'interno della procedura nr. 42 denominata "Procedura dell'accompagnamento al vivere fino all'ultimo respiro".

Strumenti di tutela del cittadino

Negli ultimi anni si è assistito alla crescita graduale della complessità negli interventi finalizzati alla tutela dei diritti dei cittadini in ambito socio-assistenziale e sanitario.

Lo strumento principale per l'esercizio della tutela è il reclamo, che consiste in una segnalazione formale di disservizio, sottoscritta da parte del reclamante, che implica una risposta di chiarimento da parte dell'Ente entro un tempo prefissato di 5 giorni. L'Azienda a tale proposito ha messo a disposizione degli utenti, la modulistica necessaria all'esercizio di questo fondamentale diritto.

Azioni previste:

- Aggiornamento procedura nr. 36 "Procedura per la gestione dei reclami e segnalazioni";
- Aggiornamento modulo per l'invio di segnalazioni da parte della cittadinanza;
- Monitoraggio segnalazioni e definizione **AZIONI MIGLIORATIVE**.

Customer Satisfaction e clima organizzativo

La comprensione della qualità percepita dall'esterno e della qualità percepita dall'interno, sono complementari al fine di una completa e più oggettiva lettura e comprensione dello stesso fenomeno. La customer satisfaction, ovvero la misurazione della qualità percepita dai cittadini/Residenti, è uno dei modi possibili per favorire l'ascolto, conoscere e comprendere sempre meglio i bisogni dei destinatari dei servizi offerti e di conseguenza riprogettare il sistema di erogazione degli stessi e le politiche sottostanti. I risultati



delle rilevazioni consentono di predisporre interventi di miglioramento dei servizi. L'analisi di clima aziendale è anch'esso uno strumento cruciale per comprendere il benessere dei dipendenti e migliorare l'ambiente di lavoro. Un clima lavorativo positivo non solo aumenta la soddisfazione del personale, ma incide direttamente sulla produttività e sulla capacità di attrarre e trattenere talenti.

Azioni previste:

- analisi di primo livello stress lavoro correlato (inizio 2025);
- analisi approfondita di clima/stress lavoro correlato di secondo livello (estate 2025)
- customer satisfaction Residenti (2026)
- customer satisfaction Familiari (2026)

Rappresentanza dei Residenti e dei Familiari

I familiari dei Residenti hanno costituito mediante elezione il “Comitato Rappresentanti dei Residenti” della A.P.S.P. “Santa Maria” di Cles.

Il Comitato Familiari non ha scopo di lucro, né finalità politiche. Si prefigge la tutela e la salvaguardia dei diritti e degli interessi dei residenti:

- fornendo piena collaborazione ai Residenti stessi perché sia assicurata loro la miglior qualità di vita possibile, facendo tutto quanto sia indispensabile per ottenere alti livelli di assistenza sanitaria, sociale e alberghiera nel rispetto della loro dignità e dei loro diritti civili;
- partecipando all'occorrenza con propri rappresentanti, ai tavoli di lavoro e alle commissioni di studio organizzate a vario titolo da enti e organismi pubblici e privati che governano e/o gestiscono servizi ed attività di assistenza presentando piani e proposte atte a migliorare la vita delle persone.

Oltre alla rappresentanza di cui sopra, il regolamento per l'elezione e la partecipazione dei Residenti, al fine di favorire una più estesa partecipazione sia alla fase consultiva che alla fase propositiva, prevede una rappresentanza per ogni nucleo, costituita da un rappresentante del Consiglio di Amministrazione, dal Direttore, dalla Coordinatrice e da un OSS o da un infermiere del Nucleo, oltre che da un Residente e da un familiare individuati da parte dei componenti del Comitato Residenti. Questa rappresentanza si riunisce almeno 3 volte all'anno, ed eventualmente altre volte se sarà richiesto da parte del Residente o del familiare, per discutere di tematiche relative all'organizzazione del piano. I rappresentanti di piano inoltre hanno il compito di collaborare con i rappresentanti dei Residenti.



10. I RAPPORTI CON IL TERRITORIO E IL VOLONTARIATO

La struttura nel corso degli anni si è impegnata costantemente per sviluppare sinergie ed integrazione con il territorio, investendo molto sull’apporto della rete di volontariato, sull’associazionismo e nel cercare di abbattere le barriere tra “dentro” e “fuori”, agevolando un costante scambio. L’impegno da questo punto di vista si è focalizzato nel cercare nuovi modi per attrarre e coinvolgere i volontari e nel portare i giovani in struttura. I progetti giovani volontari, e di servizio civile, oltre che gli scambi costanti con il sistema scolastico hanno favorito il loro avvicinamento e talvolta anche la loro permanenza in struttura anche a termine dei singoli progetti temporanei. L’ente inoltre ha investito sull’associazionismo in generale e nell’aprire i propri servizi al territorio (fisioterapia, pasti, lavanderia ...) oltre che nel portare servizi all’interno (podologa, possono accedere anche gli esterni...). Inoltre la struttura ha creato nel corso degli anni una rete con associazioni culturali del territorio per vedersi protagonista anche in alcune occasioni di eventi particolari, anche attraverso la creazione di stand specifici per promuovere l’immagine della struttura e i relativi servizi. L’ente ha nel tempo anche organizzato delle serate in struttura sempre per informare e formare i cittadini del territorio.

Questo tipo di scambi e attività negli anni, hanno intensificato i rapporti con la rete territoriale, permettendo alla struttura di ottenere nell’anno 2023, il Best Performer sul fattore Socialità del Marchio Qualità & Benessere.

La struttura intende mantenere alta l’attenzione rispetto al continuo innesco di relazioni con il territorio per questa ragione le azioni previste nel corso del 2025 e in generale nel triennio sono:

- proporre in fase di audit del Marchio Q&B 2025 il Best Performer sul fattore Socialità anche per l’anno in corso;
- monitorare mensilmente gli scambi con il territorio;
- coinvolgere i volontari in attività gestite autonomamente;
- co-progettare attività di scambio con la scuola;
- co-progettare attività con il Distretto Famiglia Val di Non.

Il presente piano della qualità triennale verrà revisionato e aggiornato annualmente per verificarne lo stato di attuazione e la fattibilità.