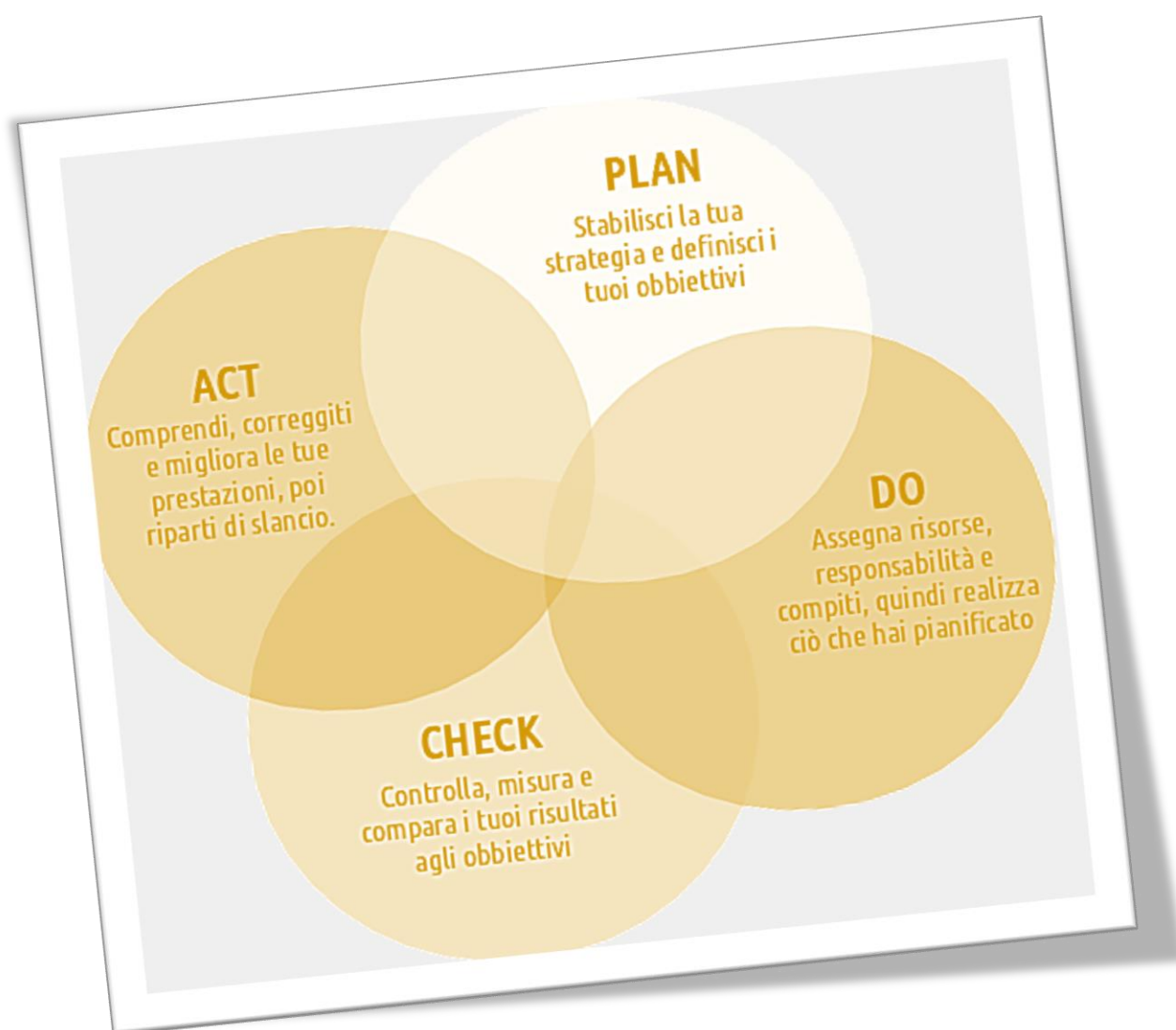


Allegato alla deliberazione del Consiglio di Amministrazione n 29 di data 13 giugno 2019

PIANO QUALITÀ 2019 - 2020



INDICE

1 . PREMESSA:	3
2. SCOPO DEL PIANO.....	4
3. GESTIONE DEL PIANO – STAFF PER LA QUALITÀ.....	5
4. PROGRAMMI DI GESTIONE DELLA QUALITA’	5
5. PROGRAMMI DI GESTIONE PER LA SICUREZZA.....	6
6. GESTIONE DEL PERSONALE E COMUNICAZIONE INTERNA	7
7. GESTIONE DEGLI ASPETTI STRUTTURALI E DELLE TECNOLOGIE SANITARIE	8
8. VALUTAZIONE DELLA QUALITA’ DEI PROCESSI E DEI RISULTATI.....	8
8. DOCUMENTI NORMATIVI ED ORIENTATIVI.....	8

1 . PREMESSA:

Il presente documento vuole evidenziare i principali interventi in materia di qualità in programma presso l'A.P.S.P "S. Lorenzo e S. Maria della misericordia" per gli anni 2019 e 2020, partendo dagli indirizzi del Consiglio d'amministrazione fino a giungere ai principali obiettivi da perseguire nel corso del biennio.

Tale piano si allinea con il documento programmatico nel quale si dichiara di voler promuovere una cultura della qualità tesa al miglioramento continuo attraverso la costante interazione tra pianificazione, progettazione, implementazione, misurazione, monitoraggio, analisi e miglioramento delle prestazioni/processi/servizi erogati (ciclo di Deming) ed in linea con le modalità di accertamento (verifica) dei criteri di qualità previsti dall'Accreditamento Istituzionale.

Un importante strumento di gestione del sistema qualità è rappresentato dall'adesione dell'Ente al Marchio Q&B - "Qualità & Benessere nelle Strutture Residenziali per Anziani", avviata nell'anno 2008.

Il valori e gli impegni per la qualità di vita nelle strutture residenziali per anziani promossi dal modello Q&B rappresentano elementi di fondamentale importanza per orientare l'operato e l'agire quotidiano dei professionisti che a vario titolo operano all'interno della Struttura.

I valori, che orientano l'operato dell'organizzazione sono:

- **RISPETTO** inteso come possibilità di vedere riconosciuti dall'organizzazione il rispetto dei tempi di vita e ritmi di vita personale, degli spazi privati, della privacy e della riservatezza dei dati, della dignità della persona e dei suoi valori.
- **AUTOREALIZZAZIONE** intesa come possibilità di attuare ancora autonomamente le proprie aspirazioni, desideri, passioni, stili di vita e sentirsi appagati e soddisfatti di ciò, superando ove possibile gli ostacoli derivanti dalla non autosufficienza.
- **OPEROSITÀ** intesa come possibilità di vedere espresse, promosse e valorizzate le capacità, le attitudini, le abilità, le competenze del residente nell'agire quotidiano e nella gestione del tempo libero, superando ove possibile gli ostacoli derivanti dalla non autosufficienza.
- **AFFETTIVITÀ** intesa come possibilità di sviluppare e mantenere relazioni affettive ed emotive autentiche anche all'interno della residenza, sia con persone che con oggetti personali ed animali significativi.
- **INTERIORITÀ** intesa come possibilità di fruire di occasioni, spazi e servizi adeguati per il raccoglimento spirituale (nel rispetto del pluralismo religioso), per riflettere sul sé e sul senso della vita anche affrontando l'esperienza della morte.
- **COMFORT** inteso come possibilità di fruire di un ambiente fisico nel quale la persona vive ed opera in grado di coniugare le proprie esperienze personali e vita comunitaria con particolare attenzione alla dimensione familiare.
- **UMANIZZAZIONE** intesa come possibilità di essere ascoltati nella propria globalità con una presa in carico attenta all'ascolto, alla personalizzazione degli interventi ed alla dimensione umana e relazionale dell'assistenza.
- **SOCIALITÀ** intesa come possibilità di trovarsi inseriti in un contesto sociale e comunitario aperto verso l'esterno, nel quale mantenere la comunicazione e lo scambio con la comunità di riferimento.
- **SALUTE** intesa come possibilità di fruire di azioni di prevenzione, cura e riabilitazione erogate da personale professionalmente preparato, personalizzate ed integrate nel contesto di vita quotidiano, evitando forme di accanimento e di sanitarizzazione eccessiva o non gradita.
- **LIBERTÀ** intesa come possibilità di agire e muoversi liberamente entro limiti di rischio ragionevoli e correlati alle proprie capacità residue, esercitando la libertà di scelta nel rispetto delle regole della civile convivenza e partecipando alle decisioni dell'organizzazione riguardanti la vita quotidiana dei residenti.
- **GUSTO** inteso come possibilità di fruire di un servizio di ristorazione con un'alimentazione sana, completa, varia e gustosa, adeguata alla libertà di scelta e alle condizioni di salute, senza eccessive restrizioni, collegata alle

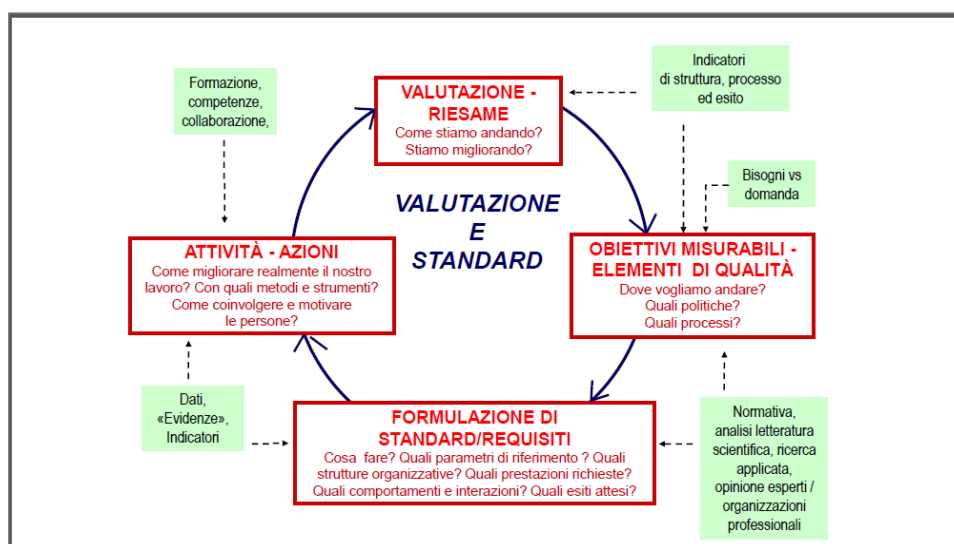
tradizioni alimentari del luogo ed attenta alla valorizzazione della funzione sociale e cognitiva del momento dei pasti.

- **VIVIBILITÀ** intesa come possibilità di vivere in un luogo caldo, accogliente, confortevole, pulito, con un'atmosfera stimolante e rispettosa delle esigenze dei residenti e del contesto della vita comunitaria.

Nell'ottica infine, di promuovere il benessere organizzativo e del personale, implementando in modo strutturato azioni per la conciliazione vita-lavoro, l'A.p.s.p. da fine 2018 ha aderito alla Certificazione Family Audit che la vedrà impegnata per i prossimi anni a promuovere ed implementare concrete azioni in tale senso.

2. SCOPO DEL PIANO

L'obiettivo del Piano Qualità è quello di programmare gli interventi in materia di Qualità per il biennio 2019/2020 in modo tale da avere e dare a tutto il personale dell'A.P.S.P. "S. Lorenzo e S. Maria della Misericordia" un quadro d'insieme delle azioni e dei piani volti a migliorare la qualità dei servizi erogati, ed in più ampia visione la qualità della vita in struttura. Ciò avviene sulla base del seguente schema le cui macro fasi indicano i passaggi fondamentali da considerare nell'analizzare ogni singolo processo orientato al miglioramento continuo.



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

- 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.

3. GESTIONE DEL PIANO – STAFF PER LA QUALITÀ

Il piano di qualità sarà programmato e gestito dallo Staff per la Qualità (QS).

Il QS è formato dal Direttore Anna Corradini, dal Responsabile della Qualità e dai responsabili e referenti delle varie aree organizzative.

Il QS ha il compito di monitorare, progettare, realizzare e verificare tutti i percorsi inerenti alla qualità interna all'organizzazione.

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

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

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

4. PROGRAMMI DI GESTIONE DELLA QUALITÀ

L'A.P.S.P. "S. Lorenzo e S. Maria della misericordia" di Borgo, considerati:

- gli esiti delle verifiche tecnico sanitarie effettuate dall'APSS,
- gli esiti del monitoraggio degli standard di qualità previsti dalla Carta dei Servizi,
- gli esiti delle indagini di soddisfazione degli stakeholders dei servizi residenziali e semiresidenziali,
- gli esiti delle visite di audit Q&B (Marchio Qualità e Benessere),
- l'analisi dei processi organizzativi interni,
- il piano programmatico aziendale 2019 – 2021;

individua per il biennio 2019/2020 i seguenti obiettivi di qualità da perseguire:

- Rinnovo dell'Accreditamento Istituzionale secondo i nuovi requisiti previsti dalla Deliberazione della Giunta Provinciale n. 1848 di data 5 ottobre 2018;
- Monitoraggio e raccolta dei dati relativi agli standard di qualità previsti dalla Carta dei Servizi e predisposizione di un report annuale di sintesi;
- Revisione periodica ed aggiornamento degli standard di qualità con il coinvolgimento dei responsabili delle varie aree organizzative;
- Mantenimento della certificazione Marchio Qualità & Benessere;
- Realizzazione di indagini di customer satisfaction per i servizi residenziali e semi residenziali, valorizzando in particolare le diverse tipologie di utenza per i servizi residenziali (RSA e Casa Soggiorno);
- Promozione e miglioramento della sicurezza dei residenti attraverso l'adozione e l'aggiornamento delle procedure interne che costituiscono il Manuale Qualità e relativa formazione/informazione del personale;
- Raccolta, monitoraggio e analisi dei dati relativi agli indicatori clinico assistenziali individuati;

- Implementare un sistema per la segnalazione di: quasi eventi, eventi avversi ed eventi sentinella;
- Individuazione, implementazione e monitoraggio periodico di obiettivi di miglioramento per ambito organizzativo, condivisi in incontri quadrimestrali con i referenti dei vari ambiti organizzativi;
- Ideazione ed implementazione di un progetto sulla stimolazione cognitiva (CST) rivolto ai residenti del Nucleo Demenze ed agli utenti del Centro Diurni di Scurelle, sulla base di quanto previsto dal manuale “La terapia di stimolazione cognitiva: un intervento efficace per la persona con demenza – programma base e di mantenimento della Cognitive Stimulation Therapy (CST)” da parte di due operatrici formate nel 2018.
- Implementazione della Certificazione Family Audit;
- Organizzazione di eventi di momenti informativi/formativi (serate cineforum, incontri con esperti, corsi di formazione) rivolti ai familiari ed alla Comunità più in generale, riguardo tematiche di particolare rilievo nell’area anziani. L’obiettivo è quello di offrire degli spunti di riflessioni e momenti di confronto rispetto a questioni delicate che spesso li toccano da vicino e sono al contempo difficili da affrontare;
- Implementazione di un lavoro in sinergia con enti, associazioni ed istituzioni del territorio, al fine di fornire ai singoli bisogni la risposta più adeguata ed al contempo di creare una cultura di lavoro di rete.

5. PROGRAMMI DI GESTIONE PER LA SICUREZZA

SICUREZZA DEL PERSONALE

- Formazione obbligatoria in ambito sicurezza D.Lgs. 81/2008: formazione sicurezza lavoratori neo assunti; aggiornamento sicurezza lavoratori; formazione e aggiornamento preposti; formazione annuale del RLS; formazione del dirigente;
- Formazione obbligatoria addetti antincendio;
- Aggiornamento obbligatorio per addetti antincendio;
- Prova di evacuazione periodica;
- Formazione degli infermieri professionali operanti in RSA per quanto riguarda il BLS e i relativi retraining.

SICUREZZA DEL RESIDENTE

Dall’analisi del contesto dell’A.P.S.P. di seguito si individuano i rischi clinici e da istituzionalizzazione per i residenti.

- **RISCHIO LESIONI DA PRESSIONE**
- **RISCHI INFEZIONI VIE URINARIE**
- **RISCHIO POSIZIONAMENTI**
- **RISCHIO CONTENZIONE**
- **RISCHIO CADUTE**
- **DOLORE**
- **ERRORI DI TERAPIA**

Tali rischi, descritti in un apposito documento del Manuale delle Procedure, vengono costantemente monitorati e verificati mediante la raccolta di specifici indicatori ed azioni collegate, al fine di governare e migliorare le politiche e le strategie di gestione dei rischi mediante il coinvolgimento dei vari livelli organizzativi e gestionali e supportare tutto il personale nel conoscere quali situazioni presidiare maggiormente; il tutto nell'ottica di migliorare la qualità di vita dei residenti privilegiando la prevenzione ed uniformando i comportamenti assistenziali e sanitari.

In particolare, i dati raccolti, vengono presentati e condivisi con le figure sanitarie ed assistenziali operanti nell'ente, attraverso appositi incontri.

Un ulteriore oggetto che ci si prefigge consiste nell'impostare un sistema atto ad analizzare tali dati anche in forma diacronica al fine di valutarne l'andamento nel tempo.

Dall'analisi dei dati raccolti si individueranno le strategie per prevenire tali fenomeni e le azioni di intervento collegate.

6. GESTIONE DEL PERSONALE E COMUNICAZIONE INTERNA

Gli interventi in materia di gestione del personale per l'anno 2019/2020 prevedono:

- Formazione continua del personale e creazione di una cultura e competenza condivise (vedi Piano della formazione);
- Pianificazione dei momenti di informazione e coordinamento.

In via ordinaria, nel corso dell'anno sono previsti i seguenti momenti di informazione, coordinamento ed integrazione rivolti al personale, familiari dell'Ente.

TIPOLOGIA	PERIODICITA'
COORDINAMENTO CASA SOGGIORNO	QUINDICINALE MERCOLEDI' MATTINA 8.30 – 9.30
RIUNIONI DI NUCLEO PERSONALE OSS	QUADRIMESTRALE
RIUNIONI DI TUTTO IL PERSONALE	DUE ALL'ANNO
RIUNIONI PERSONALE INFERMIERISTICO	QUADRIMESTRALE
EQUIPE CENTRO DIURNO SCURELLE	EQUIPE: CADENZA MENSILE (operatori, coordinatore e direttore), STAFF CADENZA QUINDICINALE (direttore e coordinatore), COORDINAMENTO: cadenza mensile (coordinatore, infermiere UVM territoriale, operatori in turno)
INCONTRI CON I FAMILIARI	QUADRIMESTRALE

7. GESTIONE DEGLI ASPETTI STRUTTURALI E DELLE TECNOLOGIE SANITARIE

L'APSP di Borgo Valsugana garantisce l'idoneità all'uso delle strutture e degli spazi presenti e assicura la gestione e manutenzione delle attrezzature presenti in ente, comprensive di quelle biomedicali, mediante uno scadenziario delle manutenzioni.

8. VALUTAZIONE DELLA QUALITA' DEI PROCESSI E DEI RISULTATI

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

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

8. DOCUMENTI NORMATIVI ED ORIENTATIVI

- Direttive RSA e Centri Diurni;
- Liste Accreditamento istituzionale: lista di controllo GEN; lista di controllo ESTRA OSP. ANZIANI;
- Raccomandazioni Ministeriali;
- Report valutazione visita tecnico sanitaria;
- Statuto
- Carta dei Servizi dell'Ente;
- Carta dei Valori, Marchio Q&B;
- Piano delle Azioni Family Audit;
- Regolamenti aziendali;
- Codice di comportamento;
- Documento Valutazione Rischi (DVR)

Il presente documento è stato redatto da Marta Crosina responsabile qualità in collaborazione con il direttore Anna Corradini.