



A.P.S.P. DI  
BRENTONICO

**PIANO QUALITÀ E SICUREZZA  
ANNO 2024**

Rev. 00  
Data: 23.01.2024  
Nº pag. 1 di 10



**PIANO QUALITÀ E SICUREZZA**

**ANNO 2024**

*Accoglienza, professionalità e qualità della vita*





A.P.S.P. DI  
BRENTONICO

**PIANO QUALITÀ E SICUREZZA  
ANNO 2024**

Rev. 00  
Data: 23.01.2024  
Nº pag. 2 di 10

**INDICE**

1. INTRODUZIONE .....	3
2. SCOPO .....	6
3. PROGRAMMI DI GESTIONE PER LA SICUREZZA .....	6
4. PROGRAMMI DI GESTIONE PER LA QUALITÀ .....	9
5. GESTIONE DEL PERSONALE .....	9
6. MONITORAGGIO DEI PROCESSI E DEI RISULTATI.....	10
7. DOCUMENTI NORMATIVI ED ORIENTATIVI .....	10

 <b>A.P.S.P. DI BRENTONICO</b>	<b>PIANO QUALITÀ E SICUREZZA ANNO 2024</b>	<b>Rev. 00</b> <b>Data: 23.01.2024</b> <b>Nº pag. 3 di 10</b>
--	--	---

## 1. INTRODUZIONE

Il presente documento vuole focalizzare per l'anno 2024 i principali interventi in materia di qualità e sicurezza in programma presso l'A.P.S.P. di Brentonico, partendo dagli indirizzi del Consiglio di 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 dell'anno.

Nel 2022 l'A.P.S.P. di Brentonico ha intrapreso l'attività di Risk Management a seguito della necessità di passare da un sistema che gestisce gli eventi sfavorevoli a un sistema che gestisce i rischi, transitando da un sistema unicamente reattivo ad un sistema proattivo e preventivo.

Il contributo delle diverse discipline professionali e il coinvolgimento dei diversi livelli organizzativi e gestionali è alla base della corretta politica da perseguire.

L'attivazione di una struttura di gestione del rischio risponde, prima che a criteri di ordine tecnico-gestionale, a criteri di tipo etico. L'azienda si è mossa in un quadro gestionale che ha puntato ad intersecare i tre livelli fondamentali relativi alla gestione del rischio:

- il livello clinico-assistenziale che guarda agli aspetti esiti delle prestazioni;
- il livello tecnico che pone attenzione agli aspetti tecnologici e strutturali;
- livello legale-assicurativo che pone attenzione alla prevenzione e gestione del contenzioso.

Un importante obiettivo è ed è stato quello di diffondere la visione dell'errore come un'occasione di apprendimento e di miglioramento abbandonando il comune atteggiamento colpevolizzazione. Questo non significa dimenticare le responsabilità davanti agli eventi avversi ma spostare l'attenzione sulle cause profonde che, se analizzate e affrontate, possono evitare il ripetersi dell'evento in futuro. Rispetto a questo tema dopo il verificarsi di un evento avverso viene eseguito il SEASignificant Event Audit - *metodo qualitativo che analizza singoli eventi definiti significativi dal gruppo per imparare da essi e migliorare la qualità dell'assistenza*.

La realizzazione di questa visione strategica è possibile se viene definita una politica chiara ed illuminata che si basa su valori fondamentali quali:

- la trasparenza;
- la collaborazione fra operatori;
- la comunicazione con il residente e fra il personale;
- l'impegno per il miglioramento continuo della qualità;
- la disponibilità a mettere in discussione le proprie convinzioni e il proprio operato.

Nell'implementazione di una cultura della gestione del rischio, non sono stati trascurati, ovviamente, gli aspetti legati alla corretta formazione continua del personale: tale formazione è stata condotta nelle riunioni periodiche con il personale.

Il Piano Qualità e Sicurezza si allinea con gli obiettivi strategici approvati dal CdA e previsti nel piano programmatico 2024-2026, 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 (ciclo di Deming) come previsto anche dai requisiti per l'accreditamento istituzionale e dalle norme UNI EN ISO 9001.



Uno strumento di grande importanza è rappresentato anche dal **possesso della certificazione UNI EN ISO 9001 ed. 2015, (in corso dal 2003)** il cui scopo è quello di dimostrare la capacità di fornire con regolarità servizi conformi ai requisiti specificati previsti nella Carta dei Servizi e nel sito web nonché accrescere la soddisfazione dei clienti tramite l'applicazione efficace del Sistema e assicurando la conformità ai requisiti del Cliente ed a quelli cogenti applicabili.

Altri due Strumenti importanti di gestione del sistema qualità sono il **Marchio Qualità & Benessere al quale la struttura aderisce dal 2010**, ed il progetto **Indicare Salute** al quale abbiamo aderito dal 2018.



Per quanto riguarda il modello Q&B il focus dello stesso è il Residente, ovvero rispettare tutti i valori che possano assumere una qualità per il Residente totale.

I valori, ritenuti fondamentali per ogni intervento in materia di qualità sono:

- 1) RISPETTO, possibilità di vedere riconosciuti dall'organizzazione il rispetto dei tempi e ritmi di vita personale, degli spazi privati, della privacy e della riservatezza dei dati, della dignità della persona e dei suoi valori.
- 2) AUTOREALIZZAZIONE, possibilità di attuare ancora concretamente le proprie aspirazioni, desideri, passioni, stili di vita e sentirsi appagati e soddisfatti di ciò, superando ove possibile gli ostacoli derivanti dalla non autosufficienza.
- 3) OPEROSITÀ, 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.
- 4) AFFETTIVITÀ, possibilità di mantenere e sviluppare relazioni affettive ed emotive autentiche anche all'interno della residenza sia con persone, che con oggetti personali ed animali significativi.
- 5) INTERIORITÀ, possibilità di fruire di occasioni, spazi e servizi adeguati per il raccoglimento spirituale (nel rispetto del pluralismo religioso), per riflettere sul sé ed il senso della vita anche affrontando l'esperienza della morte.
- 6) COMFORT, possibilità di fruire di un ambiente fisico nel quale la persona vive ed opera in grado di coniugare le proprie esigenze personali e vita comunitaria con particolare attenzione alla dimensione familiare.

 <b>A.P.S.P. DI BRENTONICO</b>	<b>PIANO QUALITÀ E SICUREZZA ANNO 2024</b>	<b>Rev. 00</b> <b>Data: 23.01.2024</b> <b>Nº pag. 5 di 10</b>
--	--	---

- 7) UMANIZZAZIONE, possibilità di essere accolti nella propria globalità con una presa in carico attenta all'ascolto, alla personalizzazione degli interventi ed alla dimensione umana e relazionale dell'assistenza.
- 8) SOCIALITÀ, possibilità di trovarsi inseriti in un contesto sociale e comunitario aperto verso l'esterno e permeabile dall'esterno, nel quale mantenere la comunicazione e lo scambio con la comunità di riferimento.
- 9) SALUTE, possibilità di fruire di azioni di prevenzione, cura e riabilitazione rogate da personale professionalmente preparato, personalizzate ed integrate nel contesto di vita quotidiano, evitando forme di accanimento e sanitarizzazione eccessiva o non gradita.
- 10) LIBERTÀ, 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.
- 11) GUSTO, possibilità di fruire di un servizio 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.
- 12) VIVIBILITÀ, 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.

Per quanto riguarda il progetto “INDICARE SALUTE” esso ha lo scopo di:

- rilevare e monitorare gli indicatori clinici e la possibilità per gli enti aderenti, attraverso i report quadriennali, di avere strumenti di lettura e comparazione dei propri indicatori con quelli delle altre strutture.
- supportare l'implementazione di azioni volte al miglioramento dei processi gestionali sottesi agli indicatori che vengono monitorati periodicamente;
- partecipare alla definizione, sperimentazione ed attivazione dell'infrastruttura tecnologica necessaria per l'automazione dei dati.

L'A.P.S.P. di Brentonico, dall'anno 2021 ha aderito a tutti gli indicatori delle aree e precisamente:

1. CADUTE
2. CONTENZIONE
3. DOLORE
4. CURE DI FINE VITA
5. NUTRIZIONE
6. LESIONI DA PRESSIONE
7. TERAPIA FARMACOLOGICA
8. PERDITA FUNZIONALE
9. STIPSI E GESTIONE DELL'ALVO

Da giugno 2023 questa Azienda è altresì **certificata con il marchio Family Audit**.

Il Family Audit è una certificazione aziendale volontaria che riconosce l'impegno dell'organizzazione per l'adozione di misure volte a favorire il bilanciamento famiglia e lavoro del proprio personale. La certificazione è rilasciata dalla Provincia Autonoma





## PIANO QUALITÀ E SICUREZZA ANNO 2024

Rev. 00  
Data: 23.01.2024  
Nº pag. 6 di 10

di Trento, che riconosce il marchio Family Audit alle organizzazioni che si impegnano in un percorso di tre anni e mezzo finalizzato alla definizione e alla messa in pratica di un Piano di attività di conciliazione.

Dal 2023, seppure questa Azienda sia esentata dalla applicazione del modello di organizzazione, gestione e controllo – codice etico D.Leg.vo 08.06.2001 n. 231, è iniziata la stesura di un documento per verificare se i principi, strumenti e metodi richiesti in detto Regolamento sono presenti e applicati seppure sotto altra forma o denominazione anche presso questa Azienda, che prevede la sua ultimazione nel corso del 2024.

L'obiettivo è quello di realizzare un modello di organizzazione volto alla prevenzione di possibili errori e/o comportamenti non corretti, rischi per il residente, per il personale, per l'azienda e per tutti i portatori di interesse, attraverso una cultura aziendale fondata su comportamenti etici e tramite delle procedure atte a mitigare i suddetti rischi realizzando un “Compendio” che raggruppi:

1. La struttura
2. L'organizzazione
3. L'operatività
4. Le posizioni soggettive.

L'A.p.s.p. di Brentonico è naturalmente autorizzata ed accreditata alle funzioni di Rsa, centro diurno, fisioterapia, punto prelieve podologia a favore di pazienti esterni, casa di soggiorno, centro servizi, pasti a domicilio e attività al domicilio, requisiti essenziali per l'espletamento delle attività e per poter stipulare accordi negoziali con il SSP.

Detti requisiti sono verificati dalla Patogni cinque anni per l'autorizzazione e ogni tre anni per l'accreditamento.

### 2. SCOPO

Lo scopo del Piano Qualità e Sicurezza è quello di programmare gli interventi in materia di qualità e Sicurezza per l'anno 2024, al fine di rendere visibile il quadro di insieme delle azioni e dei piani volti a migliorare la qualità dei servizi erogati, la qualità della vita in struttura, la qualità di vita per il Residente, i Familiari, il Personale e per i portatori di interesse di questa azienda, nonché i programmi di gestione per la sicurezza.

### 3. PROGRAMMI DI GESTIONE PER LA SICUREZZA

In data 14.07.2023 è stato redatto il primo documento sulla valutazione del rischio grazie al contributo del gruppo di lavoro per la gestione del rischio, istituito con l'obiettivo di analizzare i rischi che possono verificarsi presso la struttura nonché le misure atte a minimizzarli. Il gruppo è composto dalle varie figure professionali che lavorano presso la struttura così da poter suddividere l'analisi e la presa in carico dei vari rischi.

Le attività di Risk Management, s'inseriscono nel più ampio campo del Governo Clinico, il quale prevede l'impiego dei seguenti strumenti:

1. Verifica delle attività cliniche;
2. Verifica degli out-come;

3. EvidenceBased Medicine (l'uso coscienzioso, esplicito e giudizioso delle migliori prove attuali nel prendere decisioni riguardo i singoli pazienti". Ciò vuol dire integrare la competenza clinica individuale con le migliori prove cliniche esterne fornite da una ricerca sistematica);
4. Linee guida e protocolli;
5. Piani della formazione;
6. Processi di accreditamento;
7. Feedback dal cliente;
8. Risk Management.

Il Risk Management può dunque essere anche definito come l'insieme di processi, sistematici e pianificati, finalizzati a ridurre il più possibile la probabilità di una perdita.

L'A.p.s.p. di Brentonico, il cui scopo principe è l'accoglienza di persone anziane non autosufficienti e parzialmente non autosufficienti sia in forma residenziale, semi residenziale, ambulatoriale ed al domicilio, il focus della prevenzione del rischio è rivolto principalmente alle modalità di assistenza rivolta a tutti i residenti e pazienti esterni.

Ad oggi l'Azienda al fine di migliorare l'identificazione dei rischi, si è dotata dei seguenti strumenti gestionali:

1. Procedura per la gestione dei rischi (IS.TRAS.RISK);
2. Procedura di gestione degli eventi sentinella (IS.TRAS.SENT);
3. Procedura di Incident Reporting (IS.TRAS.NEMI) con modulo di segnalazione (MOD.TRAS.NEMI);
4. Procedura di gestione dei Suggerimenti e dei reclami (PG6) con relativi Moduli (MOD.PG6);
5. Procedura per il Consenso Informato (IS.TRAS.COIN) e relativa modulistica;
6. Procedura per la gestione del Sea (IS.TRAS.SEA).

L'A.p.s.p. di Brentonico dispone della cartella clinica elettronica in grado di supportare l'attività del medico e di tutte le figure professionali sanitarie e assistenziali in modo proattivo, segnalando informazioni utili e dando suggerimenti e avvisi su rischi e scelte coerenti con il quadro clinico del paziente.

Il software, in uso dal 2011, è denominato Cartella Socio Sanitaria ed è fornito dalla Ditta C.B.A. di Rovereto ora Zucchetti Health Care, azienda leader a livello provinciale e nazionale nella fornitura di software rivolti alla gestione dei residenti accolti nelle R.S.A, Case di Soggiorno, Centri Diurni e Centri Servizi.

Ad aprile 2023 è avvenuto il passaggio alla versione 2.0, la quale ha portato efficacia, efficienza ed economicità dei processi sanitari ed assistenziali.

Il consenso costituisce uno dei punti di maggiore forza, tuttavia tutta la letteratura scientifica sull'argomento è concorde che, nel contesto di una corretta procedura di Risk Management, l'arma più efficace resta la cartella clinica digitale.

Essa oltre ad avere valore probatorio “a querela di falso”, il che significa che le annotazioni apportate sono ritenute veritieri fino a prova contraria, tuttavia, come ricorda Kraus “Health Care and Risk Management”, l'impatto nell'ambito di un'inchiesta giudiziaria, con una cartella clinica mal compilata, o comunque disordinata, o

sulla quale sono apposte correzioni (più o meno postume rispetto agli avvenimenti che dovrebbe testimoniare), abitualmente induce nel Magistrato concreti dubbi circa l'adeguatezza delle cure.

Grande attenzione è posta inoltre alla raccomandazione ministeriale n. 9 avente ad oggetto “prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari”.

Rispetto a questo tema presso questa azienda è implementato il seguente programma di prevenzione:

- vige una politica nota a tutto il personale di non tolleranza verso atti di violenza, fisica o verbale;
- il personale è incoraggiato a segnalare prontamente gli episodi subiti e a suggerire le misure per ridurre o eliminare i rischi;
- vige un'ottima collaborazione con le Forze di Polizia o altri soggetti che possano fornire un valido supporto per identificare le strategie atte ad eliminare o attenuare la violenza nei servizi sanitari;
- è assegnata la responsabilità della conduzione del programma a soggetti o gruppi di lavoro addestrati e qualificati e con disponibilità di risorse idonee in relazione ai rischi presenti;
- la direzione è impegnata nell'assicurare la sicurezza nella Azienda;
- è vigente la procedura PO.TRAS.PAVI – Prevenzione atti di violenza agli operatori.

Il gruppo di lavoro, al fine di consentire l'individuazione e l'implementazione delle azioni e delle misure necessarie a garantire l'efficacia del programma, è costituito da:

- un referente dello staff di direzione (Medico e coordinatore di struttura);
- il referente qualità dell'ente;
- il responsabile del Servizio Prevenzione e Protezione.

I compiti del gruppo sono:

- l'analisi delle situazioni operative, al fine della identificazione di quelle a maggiore vulnerabilità;
- l'esame dei dati relativi agli episodi di violenza verificatisi nella struttura;
- la definizione delle misure di prevenzione e protezione da adottare;
- l'implementazione delle misure individuate nel programma di prevenzione della violenza.

Gli interventi sulla sicurezza in programma nell'anno 2024 sono i seguenti:

**- SICUREZZA GENERALE:**

- Redazione, validazione e divulgazione del documento per la gestione del rischio;
- Implementazione cartella sociosanitaria 2.0;
- Revisione procedure relative alla sicurezza;
- Mantenimento misure e requisiti di sicurezza (gestione apparecchiature elettromedicali, prevenzione incendio, prevenzione legionella, derattizzazione, gestione igiene ambientale).
- Costituzione gruppo di lavoro per prevenire atti di violenza a danno degli operatori sanitari.

**- SICUREZZA DEL PERSONALE:**

- formazione obbligatoria in ambito sicurezza D.lgs. 81/2008;
- aggiornamento annuale per RLS;

 <b>A.P.S.P. DI BRENTONICO</b>	<b>PIANO QUALITÀ E SICUREZZA ANNO 2024</b>	<b>Rev. 00</b> <b>Data: 23.01.2024</b> <b>Nº pag. 9 di 10</b>
--	--	---

- misurazione MAPO;
  - aggiornamento in materia di privacy ed anticorruzione.
- **SICUREZZA DEL RESIDENTE:**
    - Monitoraggio schede procedurali IS.TRAS.RISK;
    - Dall'analisi dei report quadriennali di "Indicare Salute" saranno monitorati i principali scostamenti dei dati di sistema e l'andamento dei dati di struttura nel tempo per tutti gli indicatori e si individueranno inoltre il numero di ospiti a rischio, le strategie per prevenire tali fenomeni e le azioni collegate come ad esempio formazione o stesura di nuove procedure.
    - Formazione ai residenti, ai familiari e ai volontari rispetto ai principi di base della prevenzione e controllo delle ICA.

#### **4. PROGRAMMI DI GESTIONE PER LA QUALITÀ**

L'A.P.S.P. di Brentonico, considerati:

- i suggerimenti derivanti dalla P.A.T., dalla A.P.S.S. e da U.P.I.P.A.;
- l'analisi dei processi organizzativi interni;
- gli esiti del monitoraggio degli standard di qualità;
- i risultati dell'indagine di soddisfazione;
- il piano programmatico;
- gli obiettivi strategici stabiliti dal Consiglio di Amministrazione con delibera n. 63 di data 29.12.2023;
- gli obiettivi ai fini FOREG (generali e specifici);

individua per l'anno 2024 i seguenti obiettivi di esclusiva qualità:

- mantenimento dei requisiti di autorizzazione, accreditamento e convenzionamento;
- mantenimento delle certificazioni di qualità in essere;
- consolidamento certificazione Family Audit;
- analisi dagli esiti dell'indagine di soddisfazione dei residenti e familiari nonché dell'indagine di soddisfazione del servizio di Fisioterapia e Punto Prelievi a favore di utenti esterni;
- primo monitoraggio procedura risk management.

Rispetto a tutti i dati raccolti il team di direzione li analizzerà per definire le criticità e le aree migliorabili.

#### **5. GESTIONE DEL PERSONALE**

Gli interventi in materia di gestione del personale per l'anno 2024 prevedono in sintesi:

- riesame organigramma aziendale e funzionigramma con eventuale revisione della dotazione organica con conseguenti pubblici concorsi;
- valutazione delle competenze, capacità e attitudini delle risorse umane con la rispettiva valorizzazione;

- incontri di staff ed a sottogruppi per gli aspetti organizzativi e gestionali.

## 6. MONITORAGGIO DEI PROCESSI E DEI RISULTATI

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

- relazioni andamento dell'assistenza;
- relazioni al Budget;
- relazioni al controllo di gestione;
- analisi degli eventi avversi;
- monitoraggio obiettivi strategici;
- report monitoraggio standard di qualità;
- verbali audit certificazione UNI EN ISO 9001 ed. 2015;
- report monitoraggio indicatori clinici progetto “Indicare Salute”;
- verbali visite tecnico sanitarie;
- report visita Marchio Q&B;
- questionario di soddisfazione Ospiti e Famigliari;
- questionario di soddisfazione Servizio di Fisioterapia e Punto Prelievi a favore di utenti esterni;

## 7. DOCUMENTI NORMATIVI ED ORIENTATIVI

- Direttive RSA anno 2024;
- Nuove liste GEN accreditamento istituzionale, extra osp. Anziani e ambulatoriali;
- Report valutazioni tecnico sanitaria dell'A.P.S.S.;
- Carta dei Valori, Marchio Q&B, Indicare Salute, Family Audit;
- Linee Guida Provinciali *"Indicazioni per l'erogazione in sicurezza delle attività nelle strutture residenziali socio-sanitarie"*;

Il presente documento è stato redatto dal Direttore e dal Responsabile Servizio Qualità dell'ente.

Approvato con delibera del Consiglio di Amministrazione n. 7di data 29.01.2024.