



REPORT PIANO PER LE POLITICHE PER LA QUALITA'

2021

UFFICIO QUALITA'

28/04/2022



SOMMARIO

| | |
|--|----|
| INTRODUZIONE | 2 |
| obiettivi 2021 | 2 |
| 1. ASPETTI STRUTTURALI ADEGUAMENTO DELLA STRUTTURA E DEGLI IMPIANTI | 2 |
| OB. 01 STESURA E PRESIDIO DI UN PIANO DELLA MANUTENZIONE | 2 |
| OB. 02 CENTRALIZZAZIONE STRUTTURALE SERVIZI SANITARI E DI COORDINAMENTO | 2 |
| OB. 03 PREDISPOSIZIONE STANZE TERMINALITA' E FINE VITA | 2 |
| OB. 04 RIQUALIFICAZIONE STRUTTURALE - ORGANIZZATIVA SPAZI PER PAZIENTI AD ALTO FABBISOGNO DI ASSISTENZA | 3 |
| 2. QUALITA' DELLE PRESTAZIONI | 3 |
| OB 01 SOMMINISTRAZIONE QUESTIONARI ALL'UTENZA CON UN MONITORAGGIO DELLA QUALITA' PERCEPITA DEI SERVIZI ESTERNALIZZATI (CUCINA E PULIZIE), RACCOLTA ED ELABORAZIONE DATI. MODIFICATO IN: MODIFICA DEL CAPITOLATO PER IL SERVIZIO CUCINA E INTERNALIZZAZIONE DEL SERVIZIO PULIZIE | 3 |
| OB 02. STESURA PIANO DI MONITORAGGIO DEI SERVIZI ESTERNALIZZATI | 4 |
| OB. 03 IMPLEMENTAZIONE SERVIZI RIVOLTI ALL'UTENZA ESTERNA (FISIOTERAPIA, LOGOPEDIA E PODOLOGIA) ... | 4 |
| OB. 04 RIORGANIZZAZIONE SERVIZIO CENTRO SERVIZI | 5 |
| 3. COMUNICAZIONE | 5 |
| OB. 01. STESURA PIANO DELLA COMUNICAZIONE | 5 |
| 4. GESTIONE DEL PERSONALE | 6 |
| OB. 01. STESURA E REVISIONE PROCEDURE AMMINISTRATIVE | 6 |
| OB. 02 STESURA PIANO DELLA FORMAZIONE | 7 |
| OB. 03 PRESIDIO PROGETTI INERENTI IL BENESSERE ORGANIZZATIVO | 7 |
| 5. SICUREZZA DEI PROCESSI E RISK MANAGMENT | 8 |
| OB. 01. AUDIT PROCEDURE OPERATIVE CON PARTICOLARE RIFERIMENTO A QUELLE A MAGGIOR IMPATTO SUL RISCHIO CLINICO | 8 |
| OB. 02. PRESIDIO PROGETTI SUL RISCHIO CLINICO IN ATTO | 9 |
| OB. 03. NUOVI PROGETTI SUL RISCHIO CLINICO | 10 |
| OB. 04. RACCOLTA DATI EPIDEMIOLOGICI | 10 |
| OB. 05. VERIFICA QUALITA' DEI DATI REGISTRATI | 11 |
| 6. GESTIONE DELLE TECNOLOGIE SANITARIE E ACQUISIZIONE DI BENI E SERVIZI | 12 |
| OB. 01 STESURA PROCEDURA FABBISOGNO ATREZZATURA E LORO ACQUISIZIONE | 12 |
| OB. 02. DIGITALIZZAZIONE DI PARTE DEL PROCESSO DI SOMMINISTRAZIONE DELLA TERAPIA Rif. progetto san_005_2016 | 12 |
| 7. MONITORAGGIO DEI PROCESSI E DEI RISULTATI | 13 |
| OB. 01. STESURA RELAZIONE ANNUALE DA PARTE DEL PERSONALE INCARICATO IN RELAZIONE AGLI OBIETTIVI ASSEGNATI | 13 |
| Approvazione e autorizzazione a procedere | 14 |



A.P.S.P. DI FASSA

INTRODUZIONE

Il 2021 è stato un anno ancora caratterizzato dagli eventi pandemici, lo stato di emergenza è stato prorogato oltre le iniziali previsioni e l'attività, che si sperava di potere orientare verso l'ordinario è stata ancora fortemente connotata da una gestione straordinaria.

Benché il Piano delle Politiche per la qualità fosse già stato tarato su una situazione di pseudo normalità (situazione che non si è verificata) le ripercussioni delle misure anticovid Nazionali e Provinciali, nonché la contrazione delle risorse economico-finanziarie non hanno permesso di presidiare adeguatamente il piano tanto che gli obiettivi proposti sono stati in larga parte disattesi.

È comunque importante chiudere con il presente report il Piano annuale degli obiettivi per la qualità considerando, per la programmazione 2022, l'elevato grado di incertezza sugli scenari e sui panorami che si profilano per le RSA nell'epoca Covid 19.

RISULTATI OBIETTIVI 2021

1. ASPETTI STRUTTURALI ADEGUAMENTO DELLA STRUTTURA E DEGLI IMPIANTI

A ulteriore garanzia dell'idoneità all'uso della struttura e per dare applicazione alle norme di riferimento per l'anno 2021 sono stabiliti i seguenti obiettivi:

OB. 01 STESURA E PRESIDIO DI UN PIANO DELLA MANUTENZIONE

Lo scopo di questo obiettivo è quello di garantire un ambiente confortevole e sicuro, ridurre i guasti imprevisti e il verificarsi di eventi correlati al malfunzionamento di strumenti ed attrezzature o correlati ad una non idoneità degli ambienti.

| STESURA E PRESIDIO DI UN PIANO DELLA MANUTENZIONE | | |
|---|-----------------------|-----------------|
| MICRO ATTIVITA' 2021 | REFERENTE | STATO |
| Valutazione dello status quo | MANUTENTORE | Completato 2020 |
| Sintesi generale degli interventi | MANUTENTORE | Completato 2020 |
| Programmazione interventi secondo priorità | DIREZIONE – CDA | Non completato |
| Presidio piani di manutenzione | MANUTENTORE | Non completato |
| Sintesi periodiche di non conformità | MANUTENTORE | Non completato |
| Riunioni periodiche di confronto | MANUTENTORE-DIREZIONE | Non completato |
| Scelte priorità, finanziamento e modalità di intervento | DIREZIONE | Non completato |

OB. 02 CENTRALIZZAZIONE STRUTTURALE SERVIZI SANITARI E DI COORDINAMENTO

SOSPESO ANCHE PER IL 2021

OB. 03 PREDISPOSIZIONE STANZE TERMINALITA' E FINE VITA

SOSPESO ANCHE PER IL 2021



A.P.S.P. DI FASSA

OB. 04 RIQUALIFICAZIONE STRUTTURALE - ORGANIZZATIVA SPAZI PER PAZIENTI AD ALTO FABBISOGNO DI ASSISTENZA

SOSPESO ANCHE PER IL 2021

2. QUALITA' DELLE PRESTAZIONI

Al fine di garantire prestazioni di elevata qualità anche se erogate attraverso l'utilizzo di fornitori esterni per l'anno 2021 sono previste le seguenti azioni:

OB 01 SOMMINISTRAZIONE QUESTIONARI ALL'UTENZA CON UN MONITORAGGIO DELLA QUALITA' PERCEPITA DEI SERVIZI ESTERNALIZZATI (CUCINA E PULIZIE), RACCOLTA ED ELABORAZIONE DATI. **MODIFICATO IN: MODIFICA DEL CAPITOLATO PER IL SERVIZIO CUCINA E INTERNALIZZAZIONE DEL SERVIZIO PULIZIE**

Lo scopo di questo obiettivo è quello di migliorare la qualità delle prestazioni ad oggi erogate tramite servizi in appalto.

| REVISIONE CAPITOLATO CUCINA | | |
|--|---------------------|------------------------|
| MICRO ATTIVITA' 2021 | REFERENTE | STATO |
| Creazione del gruppo di lavoro (COMPLETATO 2020) | DIRETTORE | Nel 2020 |
| Riunioni del gruppo di lavoro (COMPLETATO 2020) | DIRETTORE | Nel 2020 |
| Stesura bando di gara (COMPLETATO 2020) | GRUPPO DI LAVORO | Nel 2020 |
| Indizione gara (COMPLETATO 2020) | DIRETTORE | Nel 2020 |
| Aggiudicazione gara | COMMISSIONI DI GARA | DD. 51 del 8/06/2021 |
| Avvio nuovo appalto | DIRETTORE | 01/09/2021 |
| Audit dei servizi offerti | DIRETTORE | In attuazione sul 2022 |

| INTERNALIZZAZIONE SERVIZIO PULIZIE | | |
|---|------------------|---|
| MICRO ATTIVITA' 2021 | REFERENTE | STATO |
| Valutazione costi attuali | DIRETTORE | La necessità di internalizzare il servizio è emersa dalla difficoltà di gestione dell'appalto, si sono comparati i costi della ditta con quelli di un'eventuale internalizzazione. Entrambe gli aspetti hanno portato ad una valutazione di costo-efficacia sia in termini di qualità che di costi, scegliendo di internalizzare il servizio, |
| Valutazione costi internalizzazione | DIRETTORE | |
| Valutazione costo-efficacia | DIRETTORE | |
| Verifica disponibilità personale da graduatoria in essere | DIRETTORE | Non possibilità di personale da graduatoria in essere. Il personale assunto è stato scelto da curriculum arrivati in struttura. |
| Stesura procedura pulizia e sanificazione ambientale | UFFICIO QUALITA' | Non completato ¹ |

¹ MOTIVI DI NON COMPLETAMENTO : PRIORITA' AD ALTRE MICROATTIVITA'



A.P.S.P. DI FASSA

| | | |
|--|--------------------|--|
| Assunzione personale | DIRETTORE | Il personale addetto alle pulizie è stato assunto il 1° giugno 2021. Sono state assunte 2 ausiliarie a 20 ore settimanali, trasformate a 25 ore dal 1° settembre. Una dipendente assunta precedentemente sul servizio di lavanderia a 18 ore è passata sul servizio di pulizie a partire dal 1° giugno a 25 ore. |
| Formazione personale | UFFICIO FORMAZIONE | Formazione con il manutentore 3 ore il 01.06.2021; corso base per l'utilizzo dei prodotti il 04.06.2021; corso sulla sicurezza 07, 08, 14 e 15 giugno 2021 per le nuove assunte, nr. 1 personale che era già precedentemente assunto in altro ruolo sicurezza il 20 e 28 aprile 2021. |
| Verifica inserimento e audit del servizio di pulizia | UFFICIO QUALITA' | In attuazione sul 2022 |

OB 02. STESURA PIANO DI MONITORAGGIO DEI SERVIZI ESTERNALIZZATI

Lo scopo di questo obiettivo è quello di garantire che le prestazioni erogate all'utenza tramite fornitori esterni rispettino i criteri di qualità definiti dalla struttura.

| STESURA PIANO DI MONITORAGGIO DEI SERVIZI ESTERNALIZZATI | | |
|--|--------------------------------|-----------------------------------|
| MICRO ATTIVITA' 2021 | REFERENTE | |
| Stesura di un piano di monitoraggio che contenga: 1. Il servizio o il prodotto esternalizzato 2. La ditta fornitrice 3. I termini minimi del capitolato (obblighi e standard) 4. Le modalità di monitoraggio 5. Il risultato del monitoraggio | UFFICIO QUALITA'- DIREZIONE | Non completato² |

OB. 03 IMPLEMENTAZIONE SERVIZI RIVOLTI ALL'UTENZA ESTERNA (FISIOTERAPIA, LOGOPEDIA E PODOLOGIA)

SOSPESO ANCHE PER IL 2021. Per necessità secondo linee guida APSS di avere personale dedicato diverso dal personale che offre prestazioni agli utenti interni.

² MOTIVI DI NON COMPLETAMENTO: CARENZA DI RISORSE, PRIORITA' ALL OB. 01 DELL'AREA QUALITA' DELLE PRESTAZIONI



A.P.S.P. DI FASSA

OB. 04 RIORGANIZZAZIONE SERVIZIO CENTRO SERVIZI

Lo scopo di questo obiettivo è quello di erogare prestazioni appropriate all'utenza del centro servizi.

| RIORGANIZZAZIONE SERVIZIO "CENTRO SERVIZI" | | |
|--|-----------------------------|---|
| MICRO ATTIVITA' 2021 | REFERENTE | STATO |
| Verifica stato accreditamento | DIRETTORE, UFFICIO QUALITA' | È stato verificato che l'accreditamento temporaneo era in scadenza al 30.06.2021 con proroga al 31.12.2021. |
| Eventuale procedura di accreditamento del servizio | UFFICIO QUALITA', DIRETTORE | In data 21.12.2021 viene attivata procedura di richiesta di accreditamento per i servizi socioassistenziali, in particolare per i servizi di centro servizi, casa soggiorno e domiciliare di contesto. In data 4.03.2022 ricevuta sospensione della procedura per richiesta di integrazione documentazione, inviata in data 01.04.2022. |
| Stesura convezione con Comun General | UFFICIO QUALITA', DIRETTORE | In attuazione sul 2022 |
| Stesura piano di rientro | UFFICIO QUALITA' | In attuazione sul 2022 |
| Avvio attività centro servizi | DIRETTORE | In attuazione sul 2022 |

3. COMUNICAZIONE

OB. 01. STESURA PIANO DELLA COMUNICAZIONE

Al fine di promuovere una buona comunicazione per l'anno 2021 si definiscono i seguenti obiettivi:

Lo scopo di questo obiettivo è quello di favorire la circolarità delle informazioni attraverso il presidio delle attività di comunicazione dell'ente, la loro diffusione al personale e l'esplicitazione delle modalità e dei canali che il personale può utilizzare per comunicare con la Direzione.

| STESURA PIANO DELLA COMUNICAZIONE | | |
|--|---------------------------|--|
| MICRO ATTIVITA' 2021 | REFERENTE | STATO |
| Stesura Piano in relazione al perdurare dell'emergenza Covid | UFFICIO QUALITÀ/DIREZIONE | In data 28.05.2021 viene predisposta una bozza del piano da parte dell'ufficio qualità; tuttavia, visto il perdurare di necessità di comunicazione in emergenza, il piano non è stato successivamente reso definitivo. |
| Approvazione Piano | DIREZIONE-CDA | Il piano non è stato approvato in virtù di una mancata stesura definitiva a causa del perdurare della situazione emergenziale. |
| Presidio del piano della comunicazione | UFFICIO QUALITA' | Non effettuato |



A.P.S.P. DI FASSA

4. GESTIONE DEL PERSONALE

Per favorire il senso di appartenenza aziendale, garantire un inserimento efficace ed efficiente, anche alla luce dell'elevato turn over del personale, dei neo assunti e per sostenere lo sviluppo delle competenze del personale per l'anno 2021 si definiscono i seguenti obiettivi:

OB. 01. STESURA E REVISIONE PROCEDURE AMMINISTRATIVE

Lo scopo di questo obiettivo è di uniformare i comportamenti nella fase di assunzione ed assicurare un inserimento rapido ma anche efficace ed efficiente del personale di nuova acquisizione, nonché quello di garantire la continuità dell'erogazione delle prestazioni in caso di assenza improvvisa del personale.

| STESURA PROCEDURA NEO-ASSUNTO PRIORITARIO | | |
|---|--|----------------|
| MICRO ATTIVITA' 2021 | REFERENTE | |
| Valutazione processo di inserimento e identificazione punti critici | UFFICIO QUALITA'- UFFICIO PERSONALE | Non completato |
| Stesura procedura (bozza) | UFFICIO QUALITÀ | Non completato |
| Valutazione e approvazione procedura | UFFICIO PERSONALE | Non completato |
| Implementazione procedura | UFFICIO PERSONALE | Non completato |
| Audit di procedura | UFFICIO QUALITA' | Non completato |

| REVISIONE PROCEDURA SOSTITUZIONE ASSENZA IMPROVVISA DI PERSONALE PRIORITARIO | | |
|---|------------------------------------|----------------|
| MICRO ATTIVITA' 2021 | REFERENTE | STATO |
| Valutazione processo sostituzione personale e identificazione punti critici | UFFICIO QUALITA'- COORDINAMENTO | Non completato |
| Revisione procedura | UFFICIO QUALITA' | Non completato |
| Verifica approvazione modifiche | COORDINAMENTO/DIREZIONE | Non completato |
| Implementazione procedura | UFFICIO COORDINAMENTO | Non completato |
| Audit di procedura | UFFICIO QUALITA' | Non completato |



A.P.S.P. DI FASSA

OB. 02 STESURA PIANO DELLA FORMAZIONE

Lo scopo di questo obiettivo è quello di programmare attività di formazioni coerenti con gli obiettivi della struttura e di presidiarne l'effettiva messa in atto.

| STESURA PIANO DELLA FORMAZIONE | | |
|--|---------------------------------|---|
| MICRO ATTIVITA' 2021 | REFERENTE | STATO |
| Verifica sommaria piano della formazione 2020 | UFFICIO QUALITA'- FORMAZIONE | In data 04.03.2021 è stato approvato il nuovo piano della formazione 2021 contenente un breve riassunto sulla formazione erogata. |
| Stesura piano della formazione contenente: <ul style="list-style-type: none">• Introduzione e rationale• Obiettivi formativi• Calendario degli eventi formativi di natura obbligatoria• Calendario degli eventi formativi di natura facoltativa• Budget della formazione• Regole di accesso agli eventi formativi | UFFICIO QUALITA'- FORMAZIONE | In data 04.03.2021 viene approvato il nuovo piano della formazione 2021. |

OB. 03 PRESIDIO PROGETTI INERENTI IL BENESSERE ORGANIZZATIVO

Lo scopo di questo obiettivo è quello di favorire un buon ambiente di lavoro al fine di ridurre il turn over del personale.

| PRESIDIO PROGETTO FAMILY AUDIT | | |
|--|------------------|--|
| MICRO ATTIVITA' 2021 | REFERENTE | STATO |
| Attivazione attività previste 2021 (Rif. Progetto specifico) | UFFICIO QUALITA' | Incontri interni con consulente e gruppo di lavoro in data: <ul style="list-style-type: none">• 29.01.2021 (per restituzione raccomandazioni della valutatrice dopo ricezione del rinnovo della certificazione)• 13.06.2021 (con consulente, direttore, referente interno e un membro del gruppo di lavoro interno) per ridefinizione delle attività per riconferma disponibilità/volontà a partecipare al progetto.• 04.08.2021 definizione delle modalità di pubblicizzazione del marchio e ricerca nuovi aderenti al gruppo di lavoro interno in virtù di alcune disdette. Inoltre discussione sulle principali azioni da attivare.• 16.08.2021 riprese del video.• 19.08.2021 incontro on line tra le referenti interni del family audit |



| | | |
|--|--|---|
| | | <p>delle 3 strutture (Tesero, Predazzo e Fassa) con la referente.</p> <ul style="list-style-type: none">• 13.09.2021 invio del video a tutti i dipendenti e i collaboratori dell'apsp.• 21.10.2021 incontro del gruppo di lavoro interno per presentazione ai membri di attivare manifestazioni di interesse per i soggetti economici del territorio per convenzioni con a favore dei dipendenti delle APSP.• Ricezione di nr. 3 risposte da parte dei soggetti economici con attivazione delle relative convenzioni. <p>In data 14.10.2021 è stato creato un gruppo tramite whatsapp per accelerare le informazioni relative al progetto. In data 29.11.2021 presentazione delle novità family ai dipendenti. In data 14.12.2021 incontro con la valutatrice per rinnovo certificazione.</p> |
|--|--|---|

| PRESIDIO PROGETTO BENESSERE ORGANIZZATIVO E CONTENIMENTO DEL TURN OVER | | |
|--|------------------|----------------|
| MICRO ATTIVITA' 2021 | REFERENTE | |
| Monitoraggio indicatori di progetto | UFFICIO QUALITA' | Non completato |

5. SICUREZZA DEI PROCESSI E RISK MANAGMENT

Per promuovere la sicurezza delle cure e dell'assistenza sono posti i seguenti obiettivi per il 2021

OB. 01. AUDIT PROCEDURE OPERATIVE CON PARTICOLARE RIFERIMENTO A QUELLE A MAGGIOR IMPATTO SUL RISCHIO CLINICO

Lo scopo di questo obiettivo è quello di uniformare il più possibile le pratiche alle procedure, riducendo il gap esistente tra operatività e documentazione. Ulteriormente si mira ad attivare attività di tipo proattivo in relazione alle non conformità rilevate durante le attività di audit.

| AUDIT DI PROCEDURE | | |
|---|------------------|---|
| MICRO ATTIVITA' 2021 | REFERENTE | STATO |
| Predisposizione schede di audit in relazione alla procedura | UFFICIO QUALITA' | Sono state sottoposte ad audit la procedura SAN-INF-003 (supporti per le emergenze) e la SAN-INF-004 (visite fuori struttura) |
| Attività di audit | UFFICIO QUALITA' | In data 31.03.2021 è stata effettuata la verifica della procedura SAN-INF-003 e in data 08.04.2021 è stata verificata la procedura SAN-INF-004. |
| Report-Verbale delle attività di audit | UFFICIO QUALITA' | Per entrambe le attività di audit sono stati predisposti i verbali di verifica. |



A.P.S.P. DI FASSA

| | | |
|--|------------------------------|---|
| Implementazione attività di sanatoria non conformità | DIREZIONE – UFFICIO QUALITA' | Nella procedura SAN-INF-004 non si sono ravvisate significative non conformità mentre le azioni rispetto alle non conformità della SAN-INF-003 prevedevano un lavoro di team che per ragioni emergenziali e di mancata continuità della figura medica, non si è potuto espletare. |
|--|------------------------------|---|

OB. 02. PRESIDIO PROGETTI SUL RISCHIO CLINICO IN ATTO

Lo scopo di questo obiettivo è quello di monitorare indicatori relativi al rischio clinico correlato alla tipologia dell'utenza, nonché quello di dare attuazione ad attività di tipo proattivo per la prevenzione di eventi correlati ai profili di rischio.

| PRESIDIO PROGETTI SUL RISCHIO CLINICO | | |
|---|--|--|
| MICRO ATTIVITA' 2021 | ADATTATO ALL'EMERGENZA COVID | STATO |
| Presidio Progetto appropriatezza delle cure nel fine vita e nella terminalità | Ripresa attività di formazione | In data 04.06.2021 tramite UPIPA sono state formate 4 persone (quali formatori) per 4 ore totali. In data 26.10.2021 e in data 3 e 9.11.2021, 2 persone dell'evento del 04.06.2021 (altre 2 sono andate via dall'ente) e in aggiunta la nuova figura medica hanno seguito un ulteriore evento formativo per micro equipe di 26 ore. A partire da novembre 2021 si sono ripresi i contatti con il palliativista del territorio per gli accessi in consulenza. |
| Presidio Progetto prevenzione e gestione IVU nei pazienti cateterizzati | Audit procedura sostituzione catetere | Non completato |
| Presidio Progetto prevenzione errori di terapia | Ripresa di raccolta incident reporting e revisione procedura | Durante il 2021 si è ripresa la sensibilizzazione del personale alla compilazione degli incident reporti reattivi ai farmaci. Sono arrivati in tutto 4 schede di incident reporting. |
| Presidio Progetto prevenzione e gestione lesioni da decubito | Monitoraggio dati | I dati relativi alle lesioni da decubito vengono monitorati nel contesto del progetto indicare salute, da valutarne l'usufruibilità interna. Inoltre nel 2021, 4 infermieri hanno partecipato ad un corso per il corretto inserimento delle lesioni in CBA. |
| Progetto prevenzione scorretta movimentazione del paziente | Monitoraggio dati | Sono stati monitorati i dati relativi alla supervisione da parte del servizio di fisioterapia della procedura sulla movimentazione. Sono stati supervisionati almeno 1 volta 38 operatori di assistenza. |



A.P.S.P. DI FASSA

OB. 03. NUOVI PROGETTI SUL RISCHIO CLINICO

Lo scopo di questo obiettivo è quello di elevare l'attenzione nei riguardi di ulteriori profili di rischio inerenti l'utenza della struttura, al fine di avviare attività proattive.

| STESURA PROGETTO PREVENZIONE E GESTIONE DELLE ICA (+COVID-19) | | |
|--|--------------------------|----------------|
| MICRO ATTIVITA' 2021 | REFERENTE | STATO |
| Ricerca normativa e razionale scientifico-normativo | UFFICIO QUALITA' -MEDICO | Non completato |
| Contestualizzazione del razionale nella realtà dell'ente (raccolta ed elaborazione dati) | UFFICIO QUALITA'-MEDICO | Non completato |
| Formalizzazione progetto conglobando il progetto sulle IVU | UFFICIO QUALITA' | Non completato |

| STESURA PROGETTO PREVENZIONE E GESTIONE DELLE CADUTE ED USO APPROPRIATO DELLA CONTENZIONE | | |
|---|---------------------------|----------------|
| MICRO ATTIVITA' 2021 | REFERENTE | STATO |
| Ricerca normativa e razionale scientifico-normativo | UFFICIO QUALITA' - MEDICO | Non completato |
| Contestualizzazione del razionale nella realtà dell'ente (raccolta ed elaborazione dati) | UFFICIO QUALITA' - MEDICO | Non completato |
| Formalizzazione progetto | UFFICIO QUALITA' | Non completato |

OB. 04. RACCOLTA DATI EPIDEMIOLOGICI

Lo scopo di questo obiettivo è quello di individuare i profili di rischio in particolare quelli con incidenze significative ai fini dell'attivazione di progetti specifici in aderenza alle linee guida (EBM), fermo restando il debito informativo nei confronti degli interlocutori istituzionali.

| STESURA RELAZIONE ANNUALE AD USO DI VERIFICA/PROGRAMMAZIONE INTERNA | | |
|---|---|----------------|
| MICRO ATTIVITA' 2021 | REFERENTE | STATO |
| Definizione degli indicatori clinici significativi | UFFICIO QUALITA' CON MEDICO COORDINATORE SAN. | Non completato |
| Definizione delle modalità e dei tempi di raccolta dei dati | UFFICIO QUALITA' CON MEDICO COORDINATORE SAN. - | Non completato |
| Elaborazione quadro epidemiologico della struttura a fine anno | UFFICIO QUALITA' CON MEDICO COORDINATORE | Non completato |



A.P.S.P. DI FASSA

OB. 05. VERIFICA QUALITA' DEI DATI REGISTRATI

Lo scopo di questo obiettivo è quello di garantire che le scelte strategiche e le attività previste per la prevenzione e la gestione del rischio clinico si fondino su dati veri e veritieri.

| AUDIT DI DATO – CAMPIONAMENTO DATI NEL SISTEMA INFORMATICO (CBA) | | |
|--|------------------|----------------|
| MICRO ATTIVITA' 2021 | REFERENTE | STATO |
| Programmazione campionamenti | UFFICIO QUALITA' | Non completato |
| Esecuzione campionamenti e confronti | UFFICIO QUALITA' | Non completato |
| Stesura report/verbali relativi alle attività di audit | UFFICIO QUALITA' | Non completato |



6. GESTIONE DELLE TECNOLOGIE SANITARIE E ACQUISIZIONE DI BENI E SERVIZI

Per sostenere l'economicità del sistema e aderire ai principi dell'HTA, per l'anno 2021 si pongono i seguenti obiettivi:

OB. 01 STESURA PROCEDURA FABBISOGNO ATTREZZATURA E LORO ACQUISIZIONE

Lo scopo di questo obiettivo è quello di inserire in maniera efficace ed efficiente, attrezzature ed innovazioni con reale capacità di migliorare lo stato di salute dell'utenza.

| STESURA PROCEDURA FABBISOGNO ATTREZZATURE E LORO ACQUISIZIONE | | |
|---|------------------------------------|----------------|
| MICRO ATTIVITA' 2021 | REFERENTE | STATO |
| Valutazione processo di acquisizione e inserimento nuove attrezzature-servizi ed individuazione punti critici | UFFICIO QUALITA'-UFFICIO ACQUISTI | Non completato |
| Stesura procedura (bozza) | UFFICIO QUALITA'- UFFICIO ACQUISTI | Non completato |
| Valutazione e approvazione procedura | DIREZIONE-UFFICIO ACQUISTI | Non completato |
| Implementazione procedura | UFFICIO ACQUISTI- DIREZIONE | Non completato |
| Audit di procedura | UFFICIO QUALITA' | Non completato |

OB. 02. DIGITALIZZAZIONE DI PARTE DEL PROCESSO DI SOMMINISTRAZIONE DELLA TERAPIA RIF. PROGETTO SAN_005_2016

Lo scopo di questo obiettivo è quello di rendere il processo di somministrazione della terapia il più sicuro possibile, a fronte di una introduzione rapida in emergenza senza valutazione tipo HTA.

| DIGITALIZZAZIONE DI PARTE DEL PROCESSO DI SOMMINISTRAZIONE DELLA TERAPIA | | |
|--|---|---|
| MICRO ATTIVITA' 2021 | REFERENTE | STATO |
| Revisione della procedura e allineamento con l'attuale processo di somministrazione | UFFICIO QUALITA' – COORDINATORE DEI SERVIZI | Non completato |
| Ripresa della registrazione degli incident reporting | SERVIZIO INFERMIERISTICO | Nel 2021 sono riprese molto limitatamente le registrazioni degli incident reporting. Sono giunte 3 segnalazioni. Si auspica che nel 2022 vengano riprese le segnalazioni. |
| Valutazione a posteriori delle eventuali criticità ed eventuale programmazione delle azioni di miglioramento | UFFICIO QUALITA'- COORDINATORE DEI SERVIZI | Non completato |



A.P.S.P. DI FASSA

7. MONITORAGGIO DEI PROCESSI E DEI RISULTATI

Per garantire un corretto flusso informativo e una adeguata qualità dei dati, nonché il riesame delle attività sulla base dei monitoraggi effettuati, per l'anno 2021 si pone il seguente obiettivo:

OB. 01. STESURA RELAZIONE ANNUALE DA PARTE DEL PERSONALE INCARICATO IN RELAZIONE AGLI OBIETTIVI ASSEGNATI

Lo scopo di questo obiettivo è quello di avere una condivisione delle attività aziendali inerenti i diversi servizi e di monitorare il raggiungimento degli obiettivi del presente piano.

| STESURA RELAZIONE ANNUALE DA PARTE DEL PERSONALE INCARICATO IN RELAZIONE AGLI OBIETTIVI ASSEGNATI | | |
|---|----------------------------|--|
| MICRO ATTIVITA' 2021 | REFERENTE | |
| Relazione annuale Qualità | UFFICIO QUALITA' | |
| Relazione annuale Coordinatore dei servizi | COORDINATRICI | Discontinuità della figura di coordinamento |
| Relazione annuale Coordinatore sanitario su bozza condivisa | COORDINATORE SANITARIO | Discontinuità della figura di coordinatore sanitario |
| Relazione annuale formazione | RESP. FORMAZIONE | Stesura report formazione in data 24.01.2021 |
| Relazione annuale servizio di riabilitazione | FISIOTERAPISTA/LOGOPEDISTA | Stesura relazione attività servizio fisioterapia del 2021 in data 08.02.2022. Stesura relazione attività servizio logopedia 2021 in data 11.02.2022 |
| Relazione annuale servizio di animazione | ANIMATRICI | Stesura relazione attività servizio animazione del 2021 in data 08.02.2022 |
| Relazione servizi per utenti esterni | COORDINATORE SERV. ESTERNI | Non attivati |
| Consuntivo della qualità | DIRETTORE | Stesura report piano delle politiche per la qualità |



APPROVAZIONE E AUTORIZZAZIONE A PROCEDERE

Si approva il progetto sopra descritto e si autorizzano gli incaricati a procedere tramite lettere di incarico

| Nome | UFFICIO/SERVIZIO DI COMPETENZA | Data lettera di incarico |
|-----------------------|----------------------------------|--------------------------|
| BERNARD MARIA PIA | ACQUISTI | Non completato |
| BETTEGA ELENA | QUALITA' | Non completato |
| CARBONE MARIA ROSARIA | FISIOTERAPIA | Non completato |
| EMILIANI ELISA | DIREZIONE | Non completato |
| FELICETTI MARIANNA | COORDINAMENTO | Non completato |
| MONTRASIO EMANUELA | ANIMAZIONE | Non completato |
| NESSI SILVIA | LOGOPEDISTA | Non completato |
| PEDERIVA SERENA | QUALITA E FORMAZIONE | Non completato |
| RIZZI HEIMO | MANUTENZIONE | Non completato |
| SILLA KATIA | COORDINAMENTO | Non completato |
| VEDRUCCIO JENNIFER | MEDICO E COORDINAMENTO SANITARIO | Non completato |

Ulteriori referenti individuati in seno alle macro e micro attività previste potranno essere incaricati, successivamente nel corso dell'anno, con atto formale da parte della Direzione.

R.Q. Elena Bettega e Serena Pederiva