

Sistema gestione qualità anno 2021 - 2022

La definizione di un sistema di gestione della qualità presso la Casa del Clero di Trento viene ad essere lo strumento attraverso il quale questa azienda rende noti gli obiettivi ed i risultati che intende perseguire nell'arco temporale definito, in coerenza con i contenuti ed il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio. Lo scopo è di:

- individuare ed incorporare le attese dei portatori di interesse;
- favorire la responsabilizzazione e la trasparenza;
- porre in essere percorsi di miglioramento continuo della performance.

Il sistema di gestione della qualità definisce gli impegni strategici aziendali; individua le priorità in coerenza con la missione della Casa del Clero e con le risorse di cui dispone; individua indicatori capaci di misurare, nel tempo, l'andamento delle attività o processi soggetti a misurazione e, dunque, a valutazione.

Il Sistema di gestione della qualità definisce un piano per la qualità che è lo strumento che valorizza e riunisce i contenuti essenziali di altri documenti, attraverso i quali la Casa del Clero pianifica le proprie attività e ne verifica la gestione. Il ciclo di gestione della performance si sviluppa nelle fasi tipiche del ciclo di programmazione e controllo:

- a) definizione e assegnazione degli obiettivi da raggiungere;
- b) collegamento tra gli obiettivi e l'allocazione delle risorse, integrandosi con il ciclo di bilancio;
- c) monitoraggio in corso di esercizio e attivazione di eventuali interventi correttivi;
- d) misurazione e valutazione della performance, organizzativa e individuale;
- e) rendicontazione dei risultati.

Fermo restando il perseguimento degli obiettivi di mandato istituzionale ed il recepimento integrale delle indicazioni della Provincia Autonoma di Trento, la Casa del Clero sulla base della propria mission, del contesto territoriale, delle relazioni con i portatori di interesse e delle risorse di cui dispone, individua le priorità di intervento e definisce, in un'ottica di continuo miglioramento gli obiettivi.

Il Piano della Qualità della Casa del Clero è un documento programmatico di durata annuale che rappresenta lo strumento che dà avvio al Ciclo di gestione della Qualità e della Performance, e quindi si configura come il documento attraverso il quale, vengono individuati gli indirizzi, gli obiettivi strategici ed operativi, le risorse disponibili, gli indicatori di risultato ed i target su cui si baserà poi la misurazione, la valutazione e la rendicontazione della performance individuale ed organizzativa aziendale.

Il Piano è utilizzato sia all'interno della Casa del Clero di Trento per orientare l'attività del personale nel perseguire le fondamentali priorità strategiche individuate nel dialogo con la direzione aziendale sia all'esterno, nei rapporti con i diversi portatori di interesse (stakeholder), per rappresentare le priorità strategiche individuate e la conseguente assunzione di responsabilità nel raggiungimento degli obiettivi definiti e nella loro rendicontazione (accountability).

Nell'elaborazione del Piano sono state recepite le indicazioni e gli indirizzi forniti dall'Organismo Indipendente di Valutazione Provinciale.

Il Piano è stato sviluppato secondo le articolazioni sopra descritte, strutturato su due livelli, mediante Dimensioni della performance ed Aree della performance attraverso le quali è possibile individuare un collegamento indicativo con le priorità strategiche stabilite dalla Direzione e correlate agli obiettivi di programmazione regionale.

La declinazione degli obiettivi, delle azioni, dei tempi, delle responsabilità e degli indicatori della Casa del Clero per l'anno 2020/2021 viene sintetizzata e gestita all'interno della griglia posta in allegato:

OBIETTIVI AREA SOCIO-ASSISTENZIALE, AMMINISTRATIVA E SERVIZI GENERALI

| OBIETTIVO SPECIFICO | AZIONI | RISULTATO ATTESO | TEMPI | RESPONSABILITÀ | INDICATORI | PERSONALE COINVOLTO |
|---|--|---|---------------|--|---|--|
| Miglioramento della qualità dei processi assistenziali Documentazione integrata INFORMATIZZAZIONE DELLA DOCUMENTAZIONE | Programmare la formazione del personale non ancora formato e l'implementazione della documentazione degli ospiti ed amministrativa | Il personale individuato è stato formato e utilizza tutta la documentazione E' stata implementata tutta la documentazione cartacea ed informatica (Atlantide) | Giugno 2022 | Tutto il personale per specifico profilo/ competenza/ responsabilità | N° personale formato al 31 dicembre 2021 | TUTTO IL PERSONALE PER SPECIFICO PROFILO/COMPETENZA/ RESPONSABILITÀ |
| Miglioramento della qualità dei processi assistenziali nella struttura: Lavoro in equipe: audit clinico assistenziale/ organizzativo per il monitoraggio/ miglioramento della qualità dei servizi | Mantenere 1 incontro mensile di audit clinico assistenziale/organizzativo con le equipe della Struttura | Sono state analizzate in equipe le criticità/fragilità/punti di forza della presa in carico Sono state proposte e introdotte azioni di miglioramento della presa in carico in equipe | Giugno 2022 | Tutto il personale per specifico profilo/ competenza/ responsabilità | 1 incontro mensile di equipe per ogni residenza -foglio firme e verbale Report finale (31/12) | |
| Miglioramento della qualità dei processi assistenziali nelle strutture residenziali: Sicurezza delle cure e gestione del rischio clinico: utilizzo dell'incident reporting come strumento di miglioramento della qualità. | Aggiornare la procedura sull'incident Reporting in uso Informare/formare il personale attraverso un evento dedicato Gestire il processo ed effettuare un'analisi delle situazioni emerse, apportare correttivi | La procedura in uso è stata condivisa Il personale è stato formato sullo strumento ed è stata presentata la nuova procedura Le segnalazioni vengono trattate come indicato nella procedura e vi è evidenza delle analisi effettuate e delle azioni intraprese. | Dicembre 2022 | Tutto il personale per specifico profilo/ competenza/ responsabilità | Revisione procedura incident reporting (30/06) Presentazione al personale (almeno 80%) con evento dedicato tenuto da professionista esperto* (30/06) Presenza di segnalazioni (N al 31/12) Gestione e monitoraggio delle segnalazioni Restituzione dei dati al personale (31/12) | |
| Miglioramento della qualità dei processi assistenziali nelle strutture residenziali: Avviare un processo di monitoraggio per il superamento delle pratiche di contenzione per le persone residenti/accolte nella Struttura | Definire una procedura per tutte le persone residenti/accolte presso le Strutture ed informare/formare il personale Avviare un gruppo di lavoro multiprofessionale sul tema del superamento delle pratiche di contenzione dove ricercare/proporre e individuare possibili soluzioni organizzative e metodiche alternative alla contenzione. Presidiare il processo avviato con verifiche programmate | La procedura è presente e conosciuta dal personale E' presente un gruppo di lavoro multiprofessionale che promuove, coordina e supervisiona il processo attraverso incontri periodici programmati Le contenzioni sono rivalutate dall'equipe multiprofessionale In caso di prescrizione della contenzione vengono rispettate le raccomandazioni della procedura specifica. L'equipe effettua un monitoraggio periodico programmato di tutte le | Dicembre 2022 | Tutto il personale per specifico profilo/ competenza/ responsabilità | Presenza della procedura e sua presentazione al personale (30/06) Incontri gruppo di lavoro Verbali incontri e fogli firme (31/12) Monitoraggio (30/06 – 30/09- 31/12) delle contenzioni attraverso la verifica della presenza nel fascicolo personale del residente (100% persone con prescrizione della contenzione) di: -prescrizione e tipologia ausili in uso, durata scheda contenzione come da procedura dedicata Report di analisi dei dati monitorati al 30/06 – 30/09 – 31/12 Presentazione dei dati rilevati (31/12), | |

| | | | | | | |
|--|--|----------------------|--|--|---|--|
| | | situazioni valutate. | | | analisi del percorso e proposta di strategie migliorative | |
|--|--|----------------------|--|--|---|--|

| | | | | | | |
|---|--|--|----------------------|---|---|--|
| <p>Prosecuzione del processo di attuazione di quanto prescritto e previsto dal Regolamento di definizione dei requisiti, dei criteri e delle evidenze minimi strutturali, tecnologici e organizzativi per la realizzazione e per l'esercizio di servizi residenziali per anziani, rispetto delle tempistiche e dei processi richiesti dalla PAT</p> | <p>Recepimento nuova normativa vigente</p> <p>Analisi e revisione fragilità</p> <p>Avvio delle azioni correttive</p> | <p>La documentazione specifica per profilo/responsabilità/ competenza è stata prodotta</p> <p>Sono state analizzate le macroaree, L'organizzazione generale, le politiche e le strategie. La comunicazione, la tutela e l'orientamento del cittadino. L'ambiente fisico, l'arredamento, le attrezzature, la sicurezza, il comfort alberghiero. Le procedure organizzative. La gestione del personale e lo sviluppo delle risorse umane. Il miglioramento continuo della qualità</p> <p>Sono poste in essere le azioni correttive</p> | <p>Dicembre 2022</p> | <p>Tutto il personale per specifico profilo/ competenza/ responsabilità</p> | <p>Sono state individuate le fragilità e le azioni correttive e sono poste in essere</p> <p>Documentazione specifica conservata nei diversi servizi</p> <p>Presente relazione sulle attività svolte e in progress</p> | <p>TUTTO IL PERSONALE PER SPECIFICO PROFILO/ COMPETENZA/ RESPONSABILITÀ</p> |
| <p>Sviluppo di un progetto specifico di assistenza alle persone con disturbi cognitivi e mobilità conservata</p> | <p>Attivazione di gruppo di lavoro</p> <p>Revisione della letteratura specifica</p> <p>Formazione di operatori esperti nella gestione e occupazione della persona con Demenza finalizzati al contenimento dei sintomi, al mantenimento delle autonomie e alla qualità della vita</p> <p>Formazioni di operatori esperti nella gestione degli ospiti affetti da diabete</p> | <p>Il gruppo di lavoro multiprofessionale ha elaborato il progetto</p> <p>Individuate le priorità formative specifiche</p> | <p>Dicembre 2022</p> | <p>Tutto il personale per specifico profilo/ competenza/ responsabilità</p> | <p>Il progetto è validato dalla Direzione</p> <p>Produzione</p> | <p>TUTTO IL PERSONALE PER SPECIFICO PROFILO/ COMPETENZA/ RESPONSABILITÀ</p> |

PROGETTO OBIETTIVO PERSONALE AREA SOCIO ASSISTENZIALE 2020 – 2021 Casa del Clero di Trento

| OBIETTIVO SPECIFICO | AZIONI | RISULTATO ATTESO STANDARD | TEMPI | RESPONSABILITA' | INDICATORI |
|---|--|--|---------------|--|---|
| Conoscenza dell'organizzazione riferita all'area adulti anziani, cure primarie ed RSA | Programmazione di un evento formativo dedicato all'organizzazione dei servizi e percorsi che interessano la struttura | Il personale della Casa del Clero partecipa all'evento, è formato sulle realtà organizzative, sul funzionamento e finalità istituzionali | Dicembre 2022 | Tutto il personale per specifico profilo/ competenza/ responsabilità | <ul style="list-style-type: none"> • presenza locandina dell'evento • presenza foglio firme partecipanti |
| Aggiornamento di protocolli, procedure, percorsi clinico assistenziali e integrazione di linee guida. | Sono predisposti in maniera integrata con il coinvolgimento dei professionisti interessati almeno il 80% dei protocolli, procedure e percorsi clinico assistenziali per le patologie prevalenti e previsti dai requisiti di accreditamento | L'Equipe ha aggiornato/integrato la documentazione | Dicembre 2022 | Tutto il personale per specifico profilo/ competenza/ responsabilità | <p>Le procedure e protocolli previsti dall'accREDITAMENTO sono revisionati/aggiornati</p> <ul style="list-style-type: none"> • la documentazione è presente nel gestionale dedicato (31/12) |
| Garantire la dignità e la qualità delle cure alla persona nella fase terminale della vita | Il personale partecipa alla formazione tenuti da professionisti esperti nelle cure palliative esaminando casi reali complessi, affrontati nella pratica quotidiana della Casa del Clero | Il personale è stato formato sulle strategie di coping nell'assistenza alla persona terminale. | Dicembre 2022 | Tutto il personale per specifico profilo/ competenza/ responsabilità | <p>Presenza del progetto formativo e programmazione degli incontri (31/12)</p> <p>Presentazione di un documento elaborato dal personale (procedura/protocollo, raccomandazioni, ecc) sulle strategie di coping nelle cure palliative</p> <ul style="list-style-type: none"> • la documentazione è presente nel gestionale dedicato (31/12) • definizione dei PAI di fine vita |
| Coerenza del servizio reso rispetto agli indicatori di accreditamento | <p>Tenuta del minutaggio infermiere/operatore come da standard qualitativi accreditamento</p> <p>Monitoraggio aderenza ai risultati di qualità del servizio, livello prestazionale, individuazione azioni migliorative</p> | <p>Ottemperanza agli standard qualitativi accreditamento</p> <p>Ottemperanza agli standard qualitativi aziendali</p> | Dicembre 2022 | Tutto il personale per specifico profilo/ competenza/ responsabilità | <p>Presenza copia siglata dal coordinatore minutaggio da turnistica (31/12)</p> <ul style="list-style-type: none"> • turno mensile situazione "preventiva" operatore/infermiere • turno mensile situazione "consuntivo" operatore/infermiere |
| Utilizzo della RCA e Incident Reporting * | Analisi di casi reali che hanno avuto esito di fragilità in piccoli gruppi eterogenei | <p>Cultura dell'imparare dall'errore</p> <p>Imparare ad analizzare le cause profonde degli eventi</p> | 01/12/22 | Tutto il personale per specifico profilo/ competenza/ responsabilità | <p>Presenza del monitoraggio nel gestionale dedicato (31/12)</p> <ul style="list-style-type: none"> • verbale di discussione audit • foglio firme |

| OBIETTIVO SPECIFICO | AZIONI | RISULTATO ATTESO STANDARD | TEMPI | RESPONSABILITA' | INDICATORI |
|---|---|---|------------------------------|--|---|
| Miglioramento della qualità dei processi assistenziali nelle strutture residenziali per anziani: monitoraggio sistematico : <ul style="list-style-type: none"> rischio nutrizionale rischio di disidratazione rischio cadute monit. LDD monit. cadute monit. dolore | La persona viene valutata in ingresso e al bisogno sugli indicatori di qualità assistenziale utilizzando le procedure consolidate | Presenza della scheda di valutazione dei rischi esplicitati per tutti i residenti e di programma specifico per le persone a rischio | Dicembre 2022 | Coordinatori DS Infermieri | Verifica random 10 cartelle (31/12) <ul style="list-style-type: none"> i monitoraggi sono presenti se rischi specifici presenti programmi individualizzati I dati sono in sistema, vengono condivisi in sede di Audit <ul style="list-style-type: none"> presenza verbale di discussione report in sede di AUDIT presenza foglio firme Il piano di attività operatore prevede spazi dedicati all'idratazione degli ospiti |
| Miglioramento della qualità dei processi assistenziali Rendere coerente la documentazione in uso ai requisiti presenti nella check list del manuale Audit | I professionisti partecipano all'integrazione e aggiornamento di tutta la documentazione disponibile secondo i criteri, gli standard e le evidenze previsti dal SGQ | Integrata ed aggiornata la documentazione disponibile secondo i criteri, gli standard e le evidenze previsti dal SGQ | Dicembre 2022 | Coordinatori DS Infermieri | La documentazione prevista è presente in sistema, vengono condivisi in sede di Audit <ul style="list-style-type: none"> presenza verbale di discussione in sede di AUDIT presenza foglio firme Il personale della Struttura conosce requisiti definiti |
| Migliorare le conoscenze per definire i profili di bisogno dei residenti attraverso la valutazione multidimensionale | Aggiornamenti sulle corrette modalità di gestione dello strumento di valutazione dei bisogni dei residenti Le schede vengono aggiornate secondo le scadenze e le modalità previste (6 mesi e al bisogno) | Il personale è aggiornato e conosce gli item dello strumento Le valutazioni multidimensionali sono aggiornate come da procedura | Dicembre 2022 | Coordinatori DS Infermieri | <input type="checkbox"/> presenza locandina dell'evento <input type="checkbox"/> presenza foglio firme partecipanti 100% schede. aggiornate (31/12) Discussione in sede di riunione di eventuali correttivi <input type="checkbox"/> presenza foglio firme <input type="checkbox"/> presenza verbale |
| Coerenza del servizio reso rispetto agli indicatori di accreditamento | Tenuta del minutaggio infermiere/operatore come da standard qualitativi accreditamento Monitoraggio aderenza ai risultati di qualità del servizio, livello prestazionale, individuazione azioni migliorative | Ottemperanza agli standard qualitativi accreditamento Ottemperanza agli standard qualitativi aziendali | Dicembre 2022 | Coordinatori DS Infermieri | Presenza copia siglata dal coordinatore minutaggio da turnistica (31/12) <ul style="list-style-type: none"> turno mensile situazione "preventiva" operatore/infermiere turno mensile situazione "consuntivo" operatore/infermiere |
| Valutare il rischio nutrizionale dei residenti | Aggiornare il protocollo/procedura di valutazione del rischio nutrizionale Verificare la presenza della scheda di valutazione del rischio nutrizionale nel fascicolo/cartella dei residenti | Presenza del protocollo/procedura di valutazione del rischio nutrizionale aggiornato Presenza della scheda di valutazione del rischio nutrizionale per tutti i residenti individuati | Giugno 2022 Dicembre 2022 | Coordinatori Infermieri Operatori | Verifica random 10 cartelle per Residenza (31/12) <ul style="list-style-type: none"> i monitoraggi sono presenti se rischi specifici presenti programmi individualizzati I dati sono in sistema, vengono condivisi in sede riunione(31/12) <ul style="list-style-type: none"> presenza verbale di discussione report presenza foglio firme |
| Qualità della presa in carico: aggiornare il personale su aspetti specifici dei bisogni nutrizionali e di idratazione | Formare il personale di assistenza su aspetti specifici riferiti ai bisogni nutrizionali e di idratazione dei residenti attraverso un evento dedicato | Il personale partecipa alla formazione in programma e viene aggiornato | Dicembre 2022 | Dietista Coordinatori infermieri Operatori | Vengono programmati due edizioni a cui partecipa almeno l'80% del personale di assistenza Programma dell'evento e fogli firme |

| OBIETTIVO SPECIFICO | AZIONI | RISULTATO ATTESO STANDARD | TEMPI | RESPONSABILITA' | INDICATORI |
|---|---|---|------------------------|--|--|
| Individuare gli strumenti di valutazione per la presa in carico riabilitativa | Implementare gli strumenti di valutazione fisioterapica Gestire la parte della cartella di competenza | Le schede di valutazione sono individuate ed utilizzate Il personale dell'area riabilitativa gestisce il piano riabilitativo nella cartella informatizzata. | Giugno - Dicembre 2022 | Coordinatori Fisioterapisti ASP | Gli strumenti di valutazione fisioterapica sono presenti nella Verifica random 10 cartelle per Residenza (31/12) <ul style="list-style-type: none"> verbale di discussione/condivisone strumenti in sede di riunione foglio firme |
| Valutare la presenza di dolore nei residenti | Valutare le persone con l'apposita scheda (NRS- Painad) La gestione del dolore rispetta il programma terapeutico | Presenza della valutazione del dolore su apposita scheda | Giugno 2022 | Coordinatori infermieri Oss fisioterapisti | Verifica random 10 cartelle per Residenza (31/12) <ul style="list-style-type: none"> verbale di discussione/condivisone presa in carico del dolore in sede di riunione foglio firme |
| Qualità delle cure e integrazione con i Servizi dell'APSS: Condividere azioni di miglioramento | Raccordarsi con l' APSSnper garantire la continuità e la qualità dei processi assistenziali/riabilitativi nella presa in carico dei residenti | Il personale della Struttura Residenziale partecipa agli incontri di verifica e miglioramento dei processi | Dicembre 2022 | Coordinatori infermieri Fisioterapisti | Viene programmato almeno un incontro nell'anno (31/12) a cui partecipa l'equipe della Struttura Residenziale <ul style="list-style-type: none"> verbale fogli firme |
| Valutare il gradimento delle attività di animazione da parte dei residenti | Predisporre un questionario per valutare il gradimento delle attività di animazione Supportare i residenti durante la compilazione Elabora un report di quanto rilevato e da informazione al personale della Casa del Clero ed ai residenti | Il gradimento dei residenti è stato valutato. Vengono presentati i dati rilevati al personale della Casa del Clero e ai residenti con considerazioni/proposte per la programmazione 2020 | Dicembre 2022 | Direttore. Coordinatore Resp. serv. animativo Animatori | E' presente un questionario di gradimento delle attività svolte (31/06) N questionari somministrati e report di analisi con proposte per la programmazione 2021 Presentazione dei dati al personale , residenti (31/12) attraverso un evento dedicato <ul style="list-style-type: none"> foglio firme partecipanti (personale e residenti/familiari) |
| Potenziamento delle iniziative ricreative e culturali per la Casa del Clero | Predisporre un calendario con la programmazione delle iniziative in generale e di interesse culturale per gli ospiti | Il calendario con l'offerta di iniziative messe in programma è presente nelle diverse sedi, è consultabile dai residenti e vi partecipano | Giugno - Dicembre 2022 | Direttore Resp. Serv. Animaz. Coordinatore | Presenza del calendario contenente la programmazione delle iniziative nelle sale (31/06) Evidenza della partecipazione dei residenti alle iniziative in programma (31/12) <ul style="list-style-type: none"> N partecipanti e personale ad ogni iniziativa Report finale sulle attività svolte (31/12) |
| Favorire la partecipazione dei residenti all'offerta di iniziative programmate dal Servizio Animazione in collaborazione con I volontari ed il territorio | Presentare la programmazione delle iniziative ai residenti Individuare tra gli operatori i referenti per le iniziative Organizzare le uscite con il supporto del personale individuato | I residenti sono a conoscenza del programma e partecipano alle attività | Giugno - Dicembre 2022 | Direttore. Coordinatore Resp. serv. animativo Animatori | E' disponibile per le persone residenti una programmazione di eventi culturali in ambito cittadino (31/06) I residenti partecipano alle iniziative presenti sul territorio (31/12) - Report con N eventi, partecipanti e personale coinvolto – almeno 70% uscite con personale sul totale previsto (31/12) |

| OBIETTIVO SPECIFICO | AZIONI | RISULTATO ATTESO STANDARD | TEMPI | RESPONSABILITA' | INDICATORI |
|--|--|---|------------------------------|-------------------------------|--|
| Garantire il monitoraggio e l'analisi degli indicatori di qualità assistenziale | Supportare e contribuire al monitoraggio degli indicatori specifici di qualità assistenziale previsti per le Strutture Residenziali Analizzare i dati monitorati. Proposta di possibili correttivi, (interventi EBM- EBP) | Rispetto degli standard per il miglioramento della qualità all'interno delle strutture residenziali Applicazione dei correttivi individuati | Giugno Dicembre 2022 | Direttore COORDINATORE | Monitoraggio sistematico informatizzato produzione report dei seguenti indicatori di qualità rischio nutrizionale, rischio di disidratazione, rischio cadute, monit. Infezioni, monit. LDD, monit. Cadute, monit. dolore L'analisi dei dati, comprensiva delle azioni migliorative adottate, viene presentata e discussa in sede di riunione d'equipe (30/06-31/12) <ul style="list-style-type: none"> • presenza verbale • presenza foglio firme |
| Garantire la qualità nel coordinamento dei professionisti e dei processi dell'area socio assistenziale | Effettuare 3 incontri anno supervisione e verifica dei processi in essere con coordinatori, Infermieri, fkt, educatori ed oss verificare/monitorare/ gestire la continuità dei processi, la complessità organizzativa e le criticità contingenti. | Promuovere una cultura del lavoro in gruppo multidisciplinare/equipe e la continuità e la qualità dei processi comunicativi Orientamento dei processi organizzativi/assistenziali/riabilitativi agli obiettivi aziendali (Provinciali) | Giugno Dicembre 2022 | Direttore le Equipe | Numero di incontri nell'anno <ul style="list-style-type: none"> • verbali incontri • presenza foglio firme Report di analisi e valutazione dei processi in equipe, fragilità e strategie adottate (31/12) |
| Sicurezza del farmaco e avviamento monitoraggio consumo soluzioni idroalcoliche per l'igiene delle mani | Effettuare le supervisioni verifiche/controlli previsti, su area farmaco- stupefacenti (trimestrali) Elaborare strumento di monitoraggio consumo | Verifiche e controlli sono posti in sistema e vengono effettuati come da calendario Le giacenze/scadenze sono monitorate come da procedura E' avviato il monitoraggio dell'utilizzo di soluzioni idroalcoliche | Dicembre 2022 | Direttore Coordinatore | Presenza report verifiche controllo (30/06- 31/12) - supervisione attività area farmaci, presidi, ausili, rilevazione/controllo igiene ambientale - individuazione degli standard in base ai consumi annui (30/6) monitoraggio e analisi consumi soluzioni idroalcoliche (31/12) |
| Qualità percepita dai residenti e dai familiari: analisi delle valutazioni e miglioramento dei processi assistenziali /riabilitativi nella Struttura | Elaborazione dati di soddisfazione I dati vengono restituiti al personale per le opportune considerazioni e vengono proposte/individuate e strategie migliorative nelle aree che necessitano di essere rivalutate | Il personale operante è informato sulla valutazione di residenti in merito alla qualità del servizio offerto. Sono presenti strategie per migliorare la qualità del servizio offerto | 01/12/22 | Direttore | I dati rilevati vengono restituiti al personale della Struttura per le opportune considerazioni Gli interventi/strategie per il miglioramento della qualità nelle aree individuate sono proposti e condivisi in equipe ed implementati nella pratica quotidiana <ul style="list-style-type: none"> • presenza verbale • presenza foglio firme |
| Coerenza del servizio reso rispetto degli indicatori di accreditamento | Supervisione/verifica del minutaggio infermiere/operatore come da standard qualitativi Supervisione/verifica aderenza ai risultati di qualità del servizio, livello prestazionale, individuazione azioni migliorative | Ottemperanza agli standard qualitativi accreditamento Ottemperanza agli standard qualitativi aziendali | Giugno - Dicembre 2022 | Direttore Coordinatore | Presenza copia siglata dal coordinatore minutaggio da turnistica preventiva operatore/infermiere (inizio di ogni mese per il mese corrente) Presenza copia siglata dal coordinatore minutaggio da turnistica consuntivo operatore/infermiere (inizio di ogni mese del mese appena chiuso) Presenza documento/relazione in caso di eventuali scostamenti rispetto indicatore di accreditamento con evidenza di eventuali azioni correttive |
| Percorso formativo 2020-2021 integrato dei dipendenti (casa del clero, FAI e S. Camillo) presente a sistema informatico con emissione dei relativi attestati | Raccolta firme presenza dipendenti Caricamento dati | Evidenza costante della formazione del personale per pianificazione annuale | Dicembre 2022 | Direzione | Presenze corsi 2020-2021 caricati a sistema Attestati 2020 2021 stampati Presenza attestato nel fascicolo dipendente |