

Piano della Qualità
Casa del Clero di
Trento
Anno 2025

1. **Premessa**
2. **Politica per la Qualità**
 - 2.1 Scopo
 - 2.2 Visione Aziendale
3. **Contesto, Fattori Interni ed Esterni**
4. **Analisi dei Rischi e delle Opportunità**
5. **Prestazioni e Efficacia del Sistema di Gestione per la Qualità**
 - a. Valutazione obiettivi strategici raggiunti
 - b. Analisi delle azioni di miglioramento
 - c. Monitoraggio dei processi e conformità dei servizi
 - d. Soddisfazione dell'utente e stakeholder
 - e. Non conformità e azioni correttive
 - f. Fornitori e monitoraggio servizi in outsourcing
6. **Obiettivi Strategici 2026 e Miglioramento Continuo**
7. **Conclusioni**

1. PREMESSA

Il **Piano della Qualità della Casa del Clero di Trento per il 2025** rappresenta un documento strategico e operativo volto a garantire l'eccellenza, la sicurezza e la sostenibilità dei servizi socio-sanitari offerti. In un contesto normativo in continua evoluzione e in risposta alle esigenze emergenti della popolazione ospite, il presente piano si configura come uno strumento di governo clinico e organizzativo, ispirato ai principi della qualità totale (Total Quality Management) e della clinical governance.

La **Casa del Clero di Trento** opera con l'obiettivo primario di garantire assistenza sanitaria e sociale agli ospiti sacerdoti e anziani in un ambiente rispettoso della dignità, della persona e della spiritualità. In questo quadro, il Piano della Qualità assume una rilevanza centrale, in quanto stabilisce i criteri, gli strumenti e i metodi per la valutazione e il miglioramento continuo dei processi interni, delle prestazioni e dell'efficacia del servizio.

La redazione del piano per il 2026 avviene in coerenza con i riferimenti normativi vigenti, in particolare con quanto previsto dal Sistema Qualità ISO 9001:2015, e tiene conto delle Linee Guida della Provincia Autonoma di Trento (P.A.T.) e dell'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari (APSS), con le quali si mantiene un costante dialogo istituzionale.

La Direzione intende così fornire uno strumento concreto ai diversi attori coinvolti – operatori sanitari, amministrativi, stakeholder esterni e interni – per condividere una visione chiara delle finalità da perseguire, delle sfide da affrontare e delle opportunità da cogliere nel prossimo triennio.

2. POLITICA PER LA QUALITÀ

La politica per la qualità adottata dalla Casa del Clero si fonda su una visione umanistica e professionale dell'assistenza, dove il residente non è un semplice destinatario di cure, ma un protagonista consapevole del proprio percorso di vita. In tal senso, ogni intervento assistenziale è progettato tenendo conto della centralità della persona, dei suoi bisogni, dei suoi valori e del suo contesto relazionale.

La Direzione intende perseguire obiettivi di qualità mediante l'integrazione tra competenze tecniche, relazionali e organizzative, promuovendo una cultura della qualità intesa come miglioramento costante, consapevolezza diffusa, responsabilizzazione e trasparenza.

Gli elementi distintivi della politica per la qualità possono essere sintetizzati come segue:

- Personalizzazione dell'assistenza, con particolare attenzione alla dignità e al livello di autonomia di ciascun residente;
- Conformità alla Carta dei Servizi come strumento-guida per l'erogazione delle prestazioni;
- Prevenzione della non conformità, mediante il monitoraggio sistematico dei processi e la gestione proattiva del rischio;
- Formazione e valorizzazione del personale, considerato la principale risorsa dell'organizzazione;
- Promozione della cultura della qualità e della gestione del rischio, attraverso audit interni, autoanalisi e riflessione condivisa;
- Pianificazione e valutazione regolare degli obiettivi, con identificazione delle risorse necessarie e controllo dei tempi di attuazione.

Tale politica viene comunicata a tutto il personale attraverso incontri periodici, circolari interne, sessioni di aggiornamento, ma soprattutto attraverso il comportamento coerente della leadership, che rappresenta un punto di riferimento nella promozione dei valori aziendali.

3. SCOPO DEL PIANO DELLA QUALITÀ

Il presente Piano ha la funzione di:

- Definire le politiche e le strategie aziendali per il 2025;
- Stabilire gli obiettivi qualitativi dell'organizzazione;
- Identificare ambiti di intervento prioritari, metodologie e strumenti di controllo;
- Promuovere l'integrazione tra qualità, gestione del rischio clinico e sicurezza del paziente;

- Allineare le attività della struttura con gli obiettivi provinciali e con il sistema di accreditamento istituzionale.

Attraverso questo documento, la Direzione intende comunicare chiaramente a tutti gli stakeholder – operatori interni, sacerdoti residenti, enti pubblici e organizzazioni di volontariato – la propria visione strategica e il proprio impegno nei confronti del miglioramento continuo.

4. VISIONE AZIENDALE

La visione della Casa del Clero di Trento per il 2025 può essere sintetizzata in tre assi strategici:

1. Qualità strutturale: miglioramento e adeguamento continuo degli ambienti di vita e di cura, sia dal punto di vista edilizio che strumentale, al fine di garantire ambienti sicuri, funzionali e accoglienti;
2. Qualità gestionale-organizzativa: ottimizzazione dei processi interni, razionalizzazione delle risorse, formazione continua del personale, implementazione di sistemi informatizzati per la gestione della documentazione e del rischio clinico;
3. Qualità relazionale e percepita: promozione di un clima organizzativo sereno, costruzione di relazioni di fiducia con gli ospiti e i familiari, comunicazione trasparente e capacità di ascolto attivo.

Questa visione strategica è supportata da strumenti di monitoraggio, da una leadership partecipativa e da un sistema di audit interni che favorisce l'autovalutazione e il miglioramento dei processi in ogni ambito.

5. Riferimenti normativi recenti:

- Obiettivi del Piano Sanitario Nazionale 2011-2013 (qualifica dell'assistenza, utilizzo razionale delle risorse);
- Obiettivi del Patto per la Salute 2014- 2016 (setting riabilitativo, umanizzazione delle cure)
- Piano nazionale della Cronicità anno 2016 (erogazione di interventi personalizzati per la gestione del paziente, valutazione della qualità delle cure erogate)
- Atti di indirizzo 2017 del Ministero della Salute (promozione della qualità e dell'appropriatezza dell'assistenza sanitaria);
- Piano per la Salute del Trentino anno 2015-2015 (indicatori di salute,)
- Legge Provinciale sulla tutela della salute. Legge provinciale 23 luglio 2010, n. 16 (programma sanitario e socio - sanitario provinciale; finanziamento del SSP)
- Decreto della Giunta Provinciale n 1124 del 07 luglio 2014, Disposizioni per la verifica della funzionalità rispetto agli indirizzi della programmazione provinciale per la valutazione della validità dell'attività svolta e dei risultati raggiunti per il riconoscimento dell'accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie;
- Legge Provinciale sulla tutela della salute. Legge provinciale 02 aprile 2015 , n. 6 (Modificazioni della legge provinciale sulla tutela della salute 2010 e della legge provinciale sulle politiche sociali 2007: programmazione integrata delle politiche sanitarie e delle politiche sociali)
- DGP n. 1202 del 20 luglio 2015; Disposizioni di programmazione sanitaria e di verifica e controllo delle attività sanitarie
- DGP n. 2310 del 11.12.2015 Direttive per l'assistenza sanitaria ed assistenziale a rilievo sanitario delle Residenze Sanitarie Assistenziali pubbliche e private a sede territoriale ed ospedaliera del SSP;
- DGP N. 1022 del 23 giugno 2017 Istituzione del SSP dei controlli della qualità sull'appropriatezza delle cure
- DGP n.2194 del 14 dicembre 2017- Direttive per l'assistenza RSA.
- Criticità legate alla popolazione di riferimento (anziani, stranieri,);
- Spesa sanitaria e finanziamento Provinciale (riequilibrio delle risorse per livelli di assistenza e mantenimento dell'equilibrio economico finanziario)
- Reg. del n. 2481 del 27 dicembre 2018 : approvazione per l'assistenza sanitaria ed assistenziale a rilievo sanitario delle residenze sanitarie e assistenziali pubbliche e private a sede territoriale ed ospedaliera del SSP: per l'anno 2021
- d.P.C.M. 23 febbraio 2020, Disposizioni attuative del decreto-legge 23 febbraio 2020, n. 6, recante misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19

- d.P.C.M. 25 febbraio 2020, Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 23 febbraio 2020, n. 6, recante misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19
- d.P.C.M. 1° marzo 2020 Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 23 febbraio 2020, n. 6, recante misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19
- d.P.C.M. 4 marzo 2020 Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 23 febbraio 2020, n. 6, recante misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19, applicabili sull'intero territorio nazionale
- d.P.C.M. 8 marzo 2020 Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 23 febbraio 2020, n. 6, recante misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19
- d.P.C.M. 9 marzo 2020 Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 23 febbraio 2020, n. 6, recante misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19, applicabili sull'intero territorio nazionale
- d.P.C.M. 11 marzo 2020 Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 23 febbraio 2020, n. 6, recante misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19, applicabili sull'intero territorio nazionale
- d.P.C.M. 22 marzo 2020 Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 23 febbraio 2020, n. 6, recante misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19, applicabili sull'intero territorio nazionale
- d.P.C.M. 1 aprile 2020 Disposizioni attuative del decreto-legge 25 marzo 2020, n. 19, recante misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19, applicabili sull'intero territorio nazionale
- d.P.C.M. 10 aprile 2020 Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 25 marzo 2020, n. 19, recante misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19, applicabili sull'intero territorio nazionale
- d.P.C.M. 26 aprile 2020 - Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 23 febbraio 2020, n. 6, recante misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19, applicabili sull'intero territorio nazionale
- d.P.C.M. 17 maggio 2020 - Disposizioni attuative del decreto-legge 25 marzo 2020, n. 19, recante misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19, e del decreto-legge 16 maggio 2020, n. 33, [...]
- d.P.C.M. 18 maggio 2020 - Modifiche all'articolo 1, comma 1, lettera cc), del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 17 maggio 2020, concernente: «Disposizioni attuative del decreto-legge 25 marzo 2020, n. 19, recante [...]
- d.P.C.M. 11 giugno 2020 - Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 25 marzo 2020, n. 19 e del decreto-legge 16 maggio 2020, n. 33
- Ordinanza Ministero della Salute del 16/08/2020 (Misure urgenti di contenimento dell'emergenza sanitaria)
- d.P.C.M. 14 luglio 2020 - Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 25 marzo 2020, n. 19 e del decreto-legge 16 maggio 2020, n. 33
- d.P.C.M. 7 agosto 2020 - Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 25 marzo 2020, n. 19 e del decreto-legge 16 maggio 2020, n. 33
- Ordinanza del Presidente della Provincia del 25/06/2020 (Ulteriore ordinanza in tema di misure per la prevenzione e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19. Utilizzo della mascherina e altre disposizioni)
- Ordinanza del Presidente della Provincia n. 41 del 18/08/2020 (Nuove disposizioni a seguito dell'emanazione dell'ordinanza del Ministero della Salute del 16/08/2020)
- d.P.C.M. 7 settembre 2020 - Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 25 marzo 2020 n. 19 e del decreto-legge 16 maggio 2020, n. 33
- Ordinanza del Presidente della Provincia n. 45 del 8/09/2020 (Ulteriori disposizioni a seguito dell'emanazione del DPCM del 7/09/2020)
- d.P.C.M. 13 ottobre 2020 - Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 25 marzo 2020, n. 19 e del decreto-legge 16 maggio 2020, n. 33
- d.P.C.M. 18 ottobre 2020 - Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 25 marzo 2020, n. 19 e del decreto-legge 16 maggio 2020, n. 33
- d.P.C.M. 24 ottobre 2020 - Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 25 marzo 2020, n. 19 e del

decreto-legge 16 maggio 2020, n. 33

- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 24/10/2020 (Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 25 marzo 2020, n. 19, convertito, con modificazioni, dalla legge 25 maggio 2020, n. 35, recante «Misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19», e del decreto-legge 16 maggio 2020, n. 33, convertito, con modificazioni, dalla legge 14 luglio 2020, n. 74, recante «Ulteriori misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19»)
- Ordinanza del Presidente della Provincia n. 52 del 1/11/2020 (Ulteriore ordinanza in tema di COVID-19 circa l'applicazione di misure per la prevenzione e gestione dell'emergenza sanitaria)
- d.P.C.M. 3 novembre 2020 - Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 25 marzo 2020, n. 19 e del decreto-legge 16 maggio 2020, n. 33
- Ordinanza del Presidente della Provincia n. 57 del 24/11/2020 (Ulteriore ordinanza in tema di Covid-19. Adozione del documento "Indirizzi operativi gestione dei casi positivi e dei contatti stretti nel mondo del lavoro)
- d.P.C.M. 3 dicembre 2020 - Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 25 marzo 2020, n. 19 e del decreto-legge 16 maggio 2020, n. 33, nonché del decreto-legge 2 dicembre 2020, n. 158
- Decreto-legge del 7/10/2020 n.125 (Misure urgenti connesse con la proroga della dichiarazione dello stato di emergenza epidemiologica da COVID-19 e per la continuità operativa del sistema di allerta COVID, nonché per l'attuazione della direttiva (UE) 2020/739 del 3 giugno 2020
- Ordinanza del Presidente della Provincia n. 59 del 4/12/2020 (Ulteriore ordinanza in tema di COVID-19 a seguito dell'emanazione del DPCM 3/12/2020 recante "Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 25/03/2020, n. 19, convertito, con modificazioni, dalla legge 25/05/2020, n. 35, recante «Misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19», e del decreto-legge 16/05/2020, n. 33, convertito, con modificazioni, dalla legge 14/07/2020, n. 74, recante «Ulteriori misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19» nonché del decreto-legge 2 dicembre 2020, n. 158, recante «Disposizioni urgenti per fronteggiare i rischi sanitari connessi alla diffusione del virus COVID-19»). Ulteriori disposizioni in tema di misure per la prevenzione e gestione dell'emergenza sanitaria)
- Ordinanza del Presidente della Provincia n. 61 del 23/12/2020 (Ulteriore ordinanza in tema di misure per la prevenzione e gestione dell'emergenza epidemiologica da Covid-19, in seguito all'adozione del decreto-legge 18 dicembre 2020, n. 172)
- d.P.C.M. 14 gennaio 2021 - Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 25 marzo 2020, n. 19, del decreto-legge 16 maggio 2020, n. 33, e del decreto-legge 14 gennaio 2021, n. 2
- d.P.C.M. 2 marzo 2021 - Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 25 marzo 2020, n. 19, del decreto-legge 16 maggio 2020, n. 33, e del decreto-legge 23 febbraio 2021, n. 15
- Ordinanza del Presidente della Provincia n. 67 del 13/03/2021 (Ulteriore ordinanza in tema di misure per la prevenzione e gestione dell'emergenza epidemiologica da Covid-19)
- Ordinanza del Presidente della Provincia n. 68 del 26/03/2021 (Ulteriore ordinanza in tema di misure per la prevenzione e gestione dell'emergenza epidemiologica da Covid-19)
- Ordinanza del Presidente della Provincia n. 73 del 21/5/2021 avente ad oggetto "Ulteriore ordinanza in tema di COVID-19 a seguito dell'adozione del decreto legge 18 maggio 2021, n. 65 recante "Misure urgenti relative all'emergenza epidemiologica da Covid-19"
- Ordinanza del Presidente della Provincia n. 76 del 28/06/2021 Ulteriore ordinanza in tema di misure per la prevenzione e gestione dell'emergenza epidemiologica da Covid-19
- Ordinanza del Presidente della Provincia n. 79 del 31/07/2021 Ulteriore ordinanza, in tema di misure per la prevenzione e gestione dell'emergenza epidemiologica da Covid-19
- Ordinanza del Presidente della Provincia n. 80 del 2/08/2021 Ulteriore ordinanza, in tema di misure per la prevenzione e gestione dell'emergenza epidemiologica da Covid-19
- Ordinanza del Presidente della Provincia n. 81 del 20/08/2021 Ulteriore ordinanza in tema di misure per la prevenzione e gestione dell'emergenza epidemiologica da Covid-19
- .Reg. dicembre 2021 : approvazione per l'assistenza sanitaria ed assistenziale a rilievo sanitario delle residenze
- Ordinanza del Presidente della Provincia n. 84 del 16/12/2021 Ulteriori misure per la prevenzione e gestione dell'emergenza epidemiologica da Covid-19
- Ordinanze, Decreti e Linee guida (dal 22/2/2020 al 28/5/2020) da parte della APSS.
- Circolari Dipartimento Salute e politiche sociali sull'emergenza Covid-19 e la gestione dei servizi
- CIRCOLARE del Ministero della Salute n. 14117 Pandemia da SARS-CoV-2: potenziamento misure

organizzative in risposta all'incremento della domanda di assistenza sanitaria 07/07/2022

- DECRETO 23 maggio 2022, n. 77 Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale
- Legge 3 agosto 2022, n. 129 Delega al Governo per il riordino della disciplina degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, di cui al decreto legislativo 16 ottobre 2003, n. 288.
- Decreto ministeriale del Ministero della Salute. Adozione del Piano biennale per la valutazione e la revisione della regolamentazione 2021/202 del 20/06/2022
- Legge 30 dicembre 2022 n.199 conversione in legge del DL 162/2022.
- DGP n 1481 del 20 settembre 2024 legge di assestamento di bilancio 2024-2026 revisione tariffe ospedaliere post acuzie
- Reg. delib. n. 2449 del 21 Dicembre 2023 Direttive per l'assistenza sanitaria ed assistenziale a rilievo sanitario nelle Residenze Sanitarie e Assistenziali (RSA) pubbliche e private a sede territoriale del Servizio sanitario provinciale (SSP) per l'anno 2024 e relativo finanziamento".
- Reg. delib. n. 2253 del 23 Dicembre 2024 Direttive per l'assistenza sanitaria ed assistenziale a rilievo sanitario nelle Residenze Sanitarie e Assistenziali (RSA) pubbliche e private a sede territoriale del Servizio sanitario provinciale (SSP) per l'anno 2025 e relativo finanziamento

6. Analisi SWOT e Relazione con le Aspettative delle Parti Interessate della Casa del Clero di Trento – Anno 2025

Nel contesto attuale del 2025, la Casa del Clero di Trento si trova ad affrontare una serie di sfide complesse e articolate, derivanti sia da fattori interni alla struttura che da condizioni esterne in continua evoluzione. La struttura, che svolge un ruolo fondamentale nell'accoglienza e nella cura delle persone fragili, in particolare religiosi anziani o non autosufficienti, si trova immersa in un ambiente fortemente condizionato da elementi di incertezza sociale, sanitaria ed economica. Questo rende necessaria un'analisi SWOT approfondita per comprendere punti di forza, debolezze, opportunità e minacce, nonché una riflessione sull'allineamento tra le azioni dell'ente e le aspettative delle sue principali parti interessate.

6.1 Contesto Esterno: Fragilità del Sistema Sanitario e Riforme in Atto

a) Riforma della APSS e Complessità del Contesto Sanitario Provinciale

Uno dei principali fattori esterni che impatta sulla gestione della Casa del Clero è il processo di riforma della Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari (APSS). Tale riforma, ancora in fase di definizione e implementazione, sta generando instabilità gestionale e difficoltà di coordinamento tra le strutture ospedaliere e i servizi territoriali. La mancanza di percorsi condivisi per la gestione della persona fragile rappresenta un serio ostacolo all'efficacia assistenziale. Le conseguenze dirette di questo scenario ricadono sulla Casa del Clero, che si trova spesso a dover colmare i vuoti organizzativi lasciati da una rete di assistenza ancora disomogenea.

b) Sostenibilità Economica e Vincoli Finanziari

Dal punto di vista economico, la struttura si trova a **dover sostenere costi sanitari elevati**, a fronte di un finanziamento provinciale limitato. Le necessità di dover contenere la spesa per una efficienza economica mettono a rischio la qualità del servizio. Inoltre, si assiste a una crescente richiesta da parte degli enti pubblici di modelli gestionali innovativi e sostenibili, il che obbliga la direzione a riorganizzazioni rapide e talvolta non pienamente condivise con il personale.

c) Carenza di Personale Sanitario

Un ulteriore elemento critico è rappresentato dalla carenza di personale, una problematica strutturale che colpisce tutte le strutture sanitarie e assistenziali, ma che nella Casa del Clero assume contorni più drammatici. La **difficoltà di reclutamento** di figure professionali qualificate e la mancanza di stabilità organica soprattutto rispetto alle figure di supporto della FAI compromettono la capacità di risposta della struttura, creando disservizi, sovraccarico per il personale in servizio e un impatto negativo sul benessere degli ospiti.

6. 2. Fattori Interni: Organizzazione, Cultura e Risorse

a) Organizzazione Flessibile

La pandemia di COVID-19 ha lasciato un'eredità profonda anche all'interno della Casa del Clero, con la necessità di mantenere una organizzazione flessibile per affrontare emergenze sanitarie impreviste. Oggi, nel 2025, permangono ancora procedure di autocontrollo e prevenzione del contagio, che richiedono tempo, attenzione e risorse. La struttura ha però dimostrato una capacità di adattamento significativa, investendo nella formazione del personale e nella revisione dei protocolli interni.

b) Stress Psicofisico del Personale

Uno degli effetti più gravi dell'attuale contesto è l'elevato livello di stress psicofisico a cui è sottoposto il personale. I turni gravosi, la carenza di colleghi e le responsabilità crescenti hanno portato a un calo motivazionale e al rischio di burnout, che compromette l'efficienza e la qualità della cura. Nonostante ciò, la direzione ha cercato di mantenere un ambiente di lavoro collaborativo, puntando sul coinvolgimento e sulla **valorizzazione delle risorse umane**.

c) Il Sistema Qualità come Punto di Forza

Un elemento distintivo della Casa del Clero è la presenza di un sistema qualità consolidato, che rappresenta un vero e proprio fattore competitivo. La qualità non è vista come un obbligo normativo, ma come uno strumento per il miglioramento continuo, il monitoraggio delle performance e il benessere delle persone accolte. Questo approccio ha permesso di garantire **continuità e coerenza** nei servizi, anche nei momenti di crisi, e costituisce oggi un riferimento per tutto il personale.

d) difficoltà organizzativa derivante dalla presenza di tre datori di lavoro distinti presso la Casa del Clero

La gestione del personale presso la Casa del Clero risulta complessa a causa della presenza di tre differenti datori di lavoro:

- il personale infermieristico dipende dall' Ospedale San Camillo,
- il personale di supporto è gestito da FAI,
- gli altri operatori/professionisti sono dipendenti diretti della Casa del Clero.

Questa frammentazione organizzativa genera diverse criticità:

1. Disomogeneità nelle procedure operative: ogni ente adotta propri protocolli, modalità di lavoro e linee di comunicazione, rendendo difficile l'integrazione tra i vari team e rallentando i processi decisionali.
2. Complessità nella gestione del personale: la gestione del personale deve essere coordinate con più enti, con conseguente rallentamento delle risposte operative e potenziale sovrapposizione dei ruoli
3. Problemi nella comunicazione interna: la presenza di tre catene gerarchiche differenti complica la circolazione di informazioni importanti, generando fraintendimenti o mancanza di chiarezza sui ruoli e sulle responsabilità.
4. Difficoltà nel costruire un'identità di équipe: il senso di appartenenza e la collaborazione tra colleghi possono risultare indeboliti, poiché ciascun gruppo risponde a un'organizzazione diversa, con obiettivi e interessi non sempre allineati.

Per garantire un servizio di qualità e un clima lavorativo efficace, si rende necessario implementare strumenti di coordinamento inter-aziendale più solidi, come riunioni periodiche congiunte, referenti unici per area e protocolli condivisi.

Analisi SWOT – Sintesi

Punti di forza (Strengths):

- Presenza di un sistema qualità maturo e integrato.
- Professionalità e dedizione del personale, nonostante le difficoltà.
- Capacità di adattamento a contesti emergenziali.
- Forte identità etica e valoriale della struttura.

Debolezze (Weaknesses):

- Carenza strutturale di personale sanitario.
- Stress psicofisico del personale.
- Elevati costi sanitari non sempre coperti da finanziamenti pubblici.
- Difficoltà nel mantenere una continuità organizzativa efficiente.

Opportunità (Opportunities):

- Possibilità di rinnovamento organizzativo in risposta alla riforma sanitaria.
- Sviluppo di partenariati con enti pubblici e privati.
- Innovazione tecnologica e formazione continua del personale.
- Crescente attenzione sociale verso il benessere degli anziani.

Minacce (Threats):

- Incertezza sulle decisioni strategiche dell'APSS e della PAT.
- Pressioni economiche e rischio di tagli ai finanziamenti.
- Concorrente penuria di personale a livello provinciale e nazionale.
- Aumento del fabbisogno assistenziale nella popolazione anziana.

Relazione con le Parti Interessate

La gestione della Casa del Clero di Trento non può prescindere dalla relazione con le sue principali parti interessate, che includono:

- Gli ospiti, i quali si aspettano un'assistenza di qualità, umana e competente.
- Il personale interno, che desidera ambienti di lavoro sicuri, valorizzanti e organizzati.
- La Provincia Autonoma di Trento, da cui derivano indicazioni strategiche e risorse finanziarie.
- L'Azienda Sanitaria Provinciale, con cui è necessaria una forte integrazione per la gestione del paziente fragile.
- La comunità ecclesiale, che ha un interesse specifico nel mantenimento di una struttura dedicata alla cura del clero anziano.

Rispondere alle aspettative di questi attori significa saper coniugare efficienza ed etica, innovazione e cura, qualità del servizio e sostenibilità economica. La Casa del Clero, in questo senso, è chiamata a promuovere una nuova cultura organizzativa, fondata sulla responsabilizzazione, sulla trasparenza e sulla partecipazione attiva di tutte le parti coinvolte.

Nel 2025, la Casa del Clero di Trento è di fronte a un bivio: può subire passivamente le trasformazioni esterne oppure può farsi promotrice di un cambiamento consapevole e strategico, investendo in formazione, progettazione organizzativa, e cooperazione con gli attori del sistema salute.

La sfida più grande sarà quella di fare meglio con le risorse disponibili, perseguendo obiettivi ambiziosi in termini di qualità, sicurezza, equità e benessere. In questo contesto, l'adozione di un approccio integrato tra analisi del rischio, valutazione delle performance, e gestione del cambiamento rappresenta la chiave per costruire un futuro sostenibile per l'ente.

L'impegno quotidiano, il rispetto della persona fragile, la capacità di innovare senza perdere l'identità storica della struttura: queste sono le leve su cui fondare il percorso evolutivo della Casa del Clero di Trento nei prossimi anni.

ANALISI SWOT DEL CONTESTO e Relazione con le aspettative delle parti interessate

PUNTI DI FORZA	PUNTI DI DEBOLEZZA
• Collocazione strategica della struttura • Iniziative formative • Piano delle performance • Flessibilità dei servizi erogati: • Autorizzazione all'esercizio e accreditamento conseguite • Servizi pubblici facilmente usufruibili • Personalizzazione dell'assistenza grazie a progetti interni dei professionisti • Cucina interna: presenza di un menù stagionale validato da esperta nutrizionista. • Alta eterogeneità e complessità case mix trattato • Buona reputazione verso utenti esterni • Buona reputazione verso gli stakeholders istituzionali • Motivazione del personale • Attività formativa certificata • Presenza di un sistema qualità maturo e integrato. • Professionalità e dedizione del personale, nonostante le difficoltà. • Capacità di adattamento a contesti emergenziali. • Forte identità etica e valoriale della struttura.	• Mancata copertura di tutti i posti letto accreditati sono solo 20 i posti convenzionati con l'APSS • Turn over del personale (legato in particolare alla fuga verso APSS) • Carenza strutturale di personale sanitario. • Stress psicofisico del personale. • Elevati costi sanitari non sempre coperti da finanziamenti pubblici. • Difficoltà nel mantenere una continuità organizzativa efficiente • Difficoltà a modificare la cultura interna relativa alle nuove modalità di lavoro ed al cambiamento in generale • Adeguamenti normativi APSS • Difficoltà di comunicazione all'esterno • Resistenza al cambiamento di alcuni dipendenti • Mobilità figure professionali (alto tasso turnover per personale OSS) • Difficoltà di co-progettazione con enti presenti sul territorio; • Diverso senso di appartenenza da parte dei dipendenti con conseguente diversa presa in carico di responsabilità • Difficoltà di gestione del rischio clinico e degli eventi avversi • Difficoltà di rilevazione della qualità percepita dai familiari, a seguito della preclusione all'accesso degli stessi alla struttura

ANALISI DEI RISCHI E DELLE OPPORTUNITA'

A partire dall'analisi del contesto, dei fattori interni ed esterni oltre che dei punti di forza e debolezza, si identificano i seguenti rischi ed opportunità:

OPPORTUNITA'	RISCHI
• Realizzazione delle attività periodiche di	• Rischio clinico socio-assistenziale

screening sugli assistiti e sul personale a garanzia di una continua attività di prevenzione COVID-19 • Rilevazione benessere del personale • Analisi del fabbisogno formativo • Analisi dei rischi e degli eventi avversi/near miss (Incident Reporting) • Tirocini formativi e lavorativi in convenzione con Scuole, Università, Azienda • Sviluppo nella rete APSS ed APSP • Nuova modalità di accreditamento istituzionale • Possibile accordi o alleanze con altre strutture • “Informatizzazione” documentazione clinica	• Rischio manageriale o rischio d’impresa • Rischio biologico: COVID-19: rischio da esposizione ad agentibiologici • Rischio organizzativo • Rischio reputazionale (trasparenza, sito, riunioni, progetti condivisi) • Riorganizzazione della APSS • "Competitors" • Gestione del COVID 19
--	--

7. LE PRESTAZIONI E L’EFFICACIA DEL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITA’

Nel corso dell’anno 2024, la Direzione strategica della Casa del Clero di Trento ha continuato a perseguire con impegno e costanza una politica orientata al miglioramento continuo della qualità dei servizi erogati, in linea con i principi e i requisiti previsti dalla normativa UNI EN ISO 9001:2015.

Questo approccio ha interessato trasversalmente tutte le aree di intervento dell’ente, con l’obiettivo di garantire ai propri ospiti, operatori e collaboratori un contesto organizzativo efficiente, trasparente e centrato sulla persona. Il perseguimento della qualità non è stato inteso solamente come un dovere formale o una prassi amministrativa, ma come un vero e proprio valore guida nella gestione quotidiana della struttura e nell’erogazione dei servizi assistenziali, sanitari, alberghieri e relazionali.

La valutazione dei risultati è stata effettuata attraverso la raccolta e l’analisi degli indicatori di performance, previsti dal sistema qualità e aggiornati secondo le direttive provinciali introdotte a partire da settembre 2018. Tali indicatori hanno fornito un quadro chiaro e affidabile dell’andamento dei processi interni, evidenziando il raggiungimento di un buon livello complessivo di gestione della qualità, sia in termini organizzativi che operativi.

Analisi del sistema qualità

Durante l’annuale riunione di riesame del sistema qualità, svoltasi alla presenza del Consiglio Direttivo, si è proceduto a un’attenta valutazione dei risultati conseguiti nel 2024. In questa sede sono stati analizzati i dati raccolti nel corso dell’anno, con particolare riferimento ai risultati delle verifiche ispettive interne, alla gestione delle non conformità e all’efficacia delle azioni correttive intraprese.

Il piano annuale delle verifiche interne ha previsto un’attività sistematica e programmata di audit su tutti i servizi erogati dalla struttura, distribuiti nel corso dei diversi mesi dell’anno. Tutte le verifiche previste sono state regolarmente effettuate, e i relativi report hanno portato alla luce non conformità di lieve entità e alcune osservazioni utili al miglioramento dei processi. Le azioni correttive individuate sono state prontamente attivate e, nella maggior parte dei casi, già completate con esito positivo.

Riscontri e prospettive

Dai risultati complessivi delle verifiche ispettive si evince che la Casa del Clero ha raggiunto una adeguata adesione allo standard ISO 9001:2015, mantenendo elevati livelli di conformità ai requisiti normativi e agli standard di accreditamento provinciale. Il personale, debitamente formato, ha dimostrato una crescente consapevolezza dell’importanza della qualità, contribuendo attivamente al mantenimento del sistema e alla segnalazione di eventuali criticità.

Tra gli aspetti positivi emersi, si segnalano:

- L’efficienza nella gestione documentale e dei registri richiesti dal sistema qualità;
- Il miglioramento nella tracciabilità dei processi assistenziali e sanitari;
- La puntualità nella gestione delle segnalazioni e dei reclami;
- La buona collaborazione tra le diverse aree operative;
- Il crescente coinvolgimento degli operatori nei processi decisionali e nella valutazione dei risultati.

Permangono ovviamente margini di miglioramento, in particolare in relazione alla necessità di ottimizzare alcuni flussi informativi e rafforzare ulteriormente il monitoraggio di determinati indicatori legati alla soddisfazione dell’utenza e alla gestione dei rischi.

Conclusione e obiettivi per il 2025

Alla luce dei risultati ottenuti nel 2024, si può affermare che la Casa del Clero di Trento ha saputo consolidare un sistema qualità maturo, efficace e conforme, capace di supportare in modo concreto il raggiungimento degli obiettivi istituzionali e il miglioramento dei servizi.

Le prospettive per il 2025 sono positive. La Direzione strategica ha già individuato alcune linee di sviluppo prioritarie, tra cui:

- Il rafforzamento della cultura della qualità in tutto il personale;
- L'introduzione di nuovi strumenti digitali per la gestione dei processi;
- Il potenziamento della formazione continua;
- L'implementazione di una nuova indagine annuale di soddisfazione degli ospiti e dei familiari;
- L'adozione di pratiche ancora più sostenibili e orientate all'efficienza energetica.

In conclusione, il 2024 ha rappresentato un anno di consolidamento ma anche di rilancio, in cui la qualità non è stata solo misurata, ma vissuta come elemento fondante dell'identità organizzativa. Con questo spirito, la Casa del Clero di Trento si prepara ad affrontare il nuovo anno, mantenendo alta l'attenzione su tutte le dimensioni della qualità, nella consapevolezza che il benessere degli ospiti passa prima di tutto dalla qualità dei servizi offerti.

Oltre agli obiettivi già definiti e pianificati negli anni precedenti, vengono ipotizzati alcuni indicatori specifici sia negli aspetti quantitativi che qualitativi al fine di perseguire l'obiettivo della qualità totale : ANNO 2010. – MODIFICATO NEL MESE DI MARZO 2020 CAUSA COVID 19

Processo	Sotto processo	responsabile	obiettivo	indicatore	misure adottate, strumenti utilizzati, risorse economiche impiegate	PERIODO DI RIFERIMENTO	Standard carta dei servizi e/o PQ del SGQ	Azioni da intraprendere	Verifiche	VERIFICA Finale raggiungimento obiettivi Dicembre 2021
Direzione	Carta dei servizi	Direzione	Aggiornamento carta dei servizi	CARTA DEI SERVIZI AGGIORNATA		12 MESI	sistema gestione qualità manuale della qualità	Aggiornamento semestrale della carta dei servizi Aggiornamento semestrale sul sito internet	Aggiornata 2025	R
Direzione	Riesame della Direzione	DIR	Adeguatezza e sistematicità nella programmazione del riesame di direzione livello	% DI RIUNIONI del Consiglio di Amministrazione	RACCOLTA DELLE SEGNALEGGI	12 MESI	sistema gestione qualità manuale della qualità	Attuare riunioni e note informative	Attuate 4 riunioni riunioni	RAGGIUNTO
Direzione	Rischio clinico	Direzione SGQ	Mappatura dei processi con individuazione dei rischi	Analisi degli eventi	Schede di rilevazione		stesura del piano dei rischi 2022	Mappatura dei processi	Predisposizione del PCR anno 2025	raggiunto
Direzione	Rischio clinico	Direzione SGQ	Analisi delle procedure in essere e individuazione degli indicatori rispetto alle raccomandazioni ministeriali	Analisi delle procedure	Individuazione e indicatori di esito processo e risultato	annuale		Aggiornamento delle procedure sul rischio clinico	Aggiornate tutte le procedure riportate nel piano di contenimento dei rischi anno 2025	raggiunto
Direzione	Gestione documentale	Direzione	Adeguatezza e conformità della documentazione e socio sanitaria	% di cartelle verificate		mensile	PRAQI 01	Monitoraggio da parte della direzione	Controllo mensile delle cartelle	RAGGIUNTO
Direzione	Direzione strategica	Direzione sanitaria	accreditamento	Esito positivo della Verifica : PAT	Introduzione di nuova modulistica	annuale	Verifica tecnico sanitaria Osservazioni		Nessuna osservazione riscontrata	

				APSS						
Processo	Sotto processo	responsabile	obiettivo	indicatore	misure adottate,	PERIODO	Standard	Azioni da intraprendere	Verifiche	VERIFICA Finale
Formazione	Aggiornamento e sviluppo	Servizio formazione	Adeguatezza e sistematicità nella formazione del personale	Tipologia e quantità di eventi programmati ed attuati nell'anno.	raccolta dei fabbisogni formativi. piano della formazione attuazione di eventi formativi	annuale	Piano della Formazione 2025 in collaborazione con Ospedale San Camillo di Trento	attuazione degli eventi formativi	Inviato e valutato piano della formazione il 28 febbraio 2025 Approvato commissione ECM	RAGGIUNTO
Direzione	Gestione Risorse Umane	Coordinatrici	Adeguatezza e sistematicità nella informazione del personale neo-assunto, anche a tempo determinato	Percentuali di schede attuate rispetto al personale assunto	Nuove schede di valutazione sulle competenze infermieristiche ed oss (sperimentali)	annuale	procedura nuovo assunto	Completare entro 6 mesi tutte le schede dei nuovi assunti, con colloquio iniziale, valutazione raggiungimento obb e valutazione finale		RAGGIUNTO
Direzione	Formazione Risorse Umane	Servizio formazione	Adeguatezza e sistematicità nella formazione del personale	Aggiornamento del data base al 100% entro tre mesi dalla chiusura del corso	Aggiornamento continuo del data base formazione	trimestrale	IOAQ 68 Piano della Formazione 2	Data base conECM e dossier formativo		RAGGIUNTO
SGQ	Monitoraggio	Controllo di gestione	Adeguatezza e sistematicità nella definizione ed analisi degli indicatori di performance e dei report dei centri di costo	Quilick	Verifica ispettiva pat ed apss		Sistema di accreditamento Provinciale	Attuato nuovo cruscotto degli indicatori provinciali Requisiti generali Requisiti RSA	Verificati indicatori PAT	
Direzione	Gestione farmaci e presidi	FARMACIA	Adeguatezza e costanza nella programmazione ed effettuazione di verifiche sulla corretta gestione dei farmaci e presidi	Mappatura trimestrale di consumo di antibiotici, disinfettanti e acune tipologie di farmaci e presidi	PRESIDISPOSIZIONE NUOVO PRONTUARIO	trimestrale	procedura farmaci	gestione dei farmaci presidi ed O"		RAGGIUNTO

Sanitario	Gestione del defibrillatore	Coordinatrici	Adeguatezza e costanza nella programmazione ed effettuazione di verifiche sulla gestione ed utilizzo del defibrillatore e zaino dell'urgenza	% dei controlli	Compilazione idonea scheda	mensile	procedura emergenza	Controlli attuati al 100%.	Schede compilate	RAGGIUNTO
direzione	Sicurezza lavoro	Direzione sanitaria	Analisi infortuni sul lavoro	% e tipologie di infortuni	Registro infortuni	annuale	Rischio clinico Registrazione sistematica di tutti gli infortuni	Mappatura degli infortuni	Registrazioni al 100%	RAGGIUNTO
ECONOMATO	Gestione dei fornitori	ECON	Adeguatezza e sistematicità nella valutazione delle forniture di beni e servizi	Verifica annuale al 100% dei fornitori in uso	Sistema gestione fornitori Compilazione della scheda	annuale		Verifica programma informatico	Applicazione ed utilizzo del programma	RAGGIUNTO
economato	Controlli di tutte le apparecchiature e elettromedicali	Economato	Adeguatezza e costanza nella programmazione ed effettuazione delle verifiche	Verifica annuale al 100%	Sistema informatico controlli Attuati mensilmente	annuale		Verifica programma informatico	controllo di tutte le apparecchiature	RAGGIUNTO
SGQ	Pulizie e sanificazione degli ambienti	Coordinatori	Adeguatezza e sistematicità nella verifica dell'efficacia delle pulizie ambientali	Verifica con controlli sul campo	Controlli	annuali	PIANO SANIFICAZIONE		CONTROLLI MENSILI	RAGGIUNTO
SGQ	Alberghiero-	SGQ	Adeguatezza e sistematicità nell'effettuazione delle verifiche del pasto	Controllo da parte dei coordinatori mensile Mappatura informatica dei pasti	Sistema gestione pasti	annuale			CONTROLLI MENSILI	RAGGIUNTO
SGQ	Alberghiero verifica menù	SGQ	Adeguatezza e sistematicità nell'effettuazione delle verifiche del rispetto dei menu	Mappatura informatica dei pasti	Sistema gestione pasti	annuale	Contratto Risto tre	Definizione nuovi menu Prese in considerazione tipologie di pasti Disfagico, vegetariano, ecc	CONTROLLI MENSILI	RAGGIUNTO

Processo	Sotto processo	responsabile	obiettivo	indicatore	misure adottate,	PERIODO	Standard	Azioni da intraprendere	Verifiche	VERIFICA Finale
coordinamento	1° PAI	Medici infermieri -Ft oss, coord	definizione del pai non prima di 21 giorni e non oltre 30 giorni dall'ingresso	% di PAI attuati entro il 21 gg % di pai attuati alla scadenza	Gestione scadenza pai	semestrale	procedura pai		Pai attuati al 100%	RAGGIUNTO
Area medica	Gestione delle cadute e delle contenzioni	Medici ed infermieri fkt	Valutazione del rischio caduta	% di cadute E % di cadute con contenzione % di cadute con esiti	Registro cadute	annuale	Procedura	Monitoraggio cadute	VEDI REPROT	RAGGIUNTO
Area medica	Gestione lesioni da decubito % % % %	Medici ed infermieri % % % %	Valutazione del rischio %	% di ospiti con lesioni %di ospiti con lesioni inorte in struttura % di ospiti con guarigione della lesione Mappatura del tipo di lesione	schede ldd % % % %	annuale % % %	PRAD 36 % % % %	Mappatura Miglioramento diminuzione ldd in % %	Mappatura ldd % %	RAGGIUNTO
Area medica	Gestione Ospite disfagico	Medici ed infermieri	Valutazione del rischio	Attuazione del test di valutazione Test H2O. Misure preventiva	Griglia di monitoraggio	annuale	procedura ospite disfagico		Schede presenti nelle cartelle cliniche	RAGGIUNTO

8. . OBIETTIVI 2025 E MIGLIORAMENTO CONTINUO

La Casa del Clero di Trento si appresta ad affrontare il 2025 con una visione orientata al miglioramento continuo e alla piena ripresa delle attività, dopo un lungo periodo condizionato dalle restrizioni sanitarie legate alla pandemia. L'esperienza maturata negli ultimi anni ha rafforzato la consapevolezza della necessità di una gestione dinamica, flessibile e sempre più centrata sul benessere degli ospiti e sull'efficienza organizzativa.

In questa prospettiva, la Direzione della struttura ha definito una serie di obiettivi specifici per il 2025, finalizzati non solo a consolidare quanto realizzato nel 2024, ma anche a innovare e migliorare la qualità dei servizi offerti. Il coinvolgimento del personale – sia amministrativo che assistenziale – sarà fondamentale per tradurre gli obiettivi in azioni concrete e sostenibili.

Contesto di Riferimento

La pianificazione degli obiettivi 2025 tiene conto di due aspetti fondamentali:

a) L'evoluzione del quadro normativo: si prevede un progressivo allentamento delle disposizioni relative alla sorveglianza sanitaria e all'accoglienza di nuovi ospiti. Tuttavia, rimarrà alto il livello di attenzione e monitoraggio, per garantire sicurezza e tutela della salute a tutta la comunità residente e lavorativa.

b) Obiettivi Strategici per il 2025

1. Riorganizzazione dei Servizi

Una delle priorità sarà il completamento della riorganizzazione dei servizi assistenziali e amministrativi, con un'attenzione particolare alla valorizzazione delle competenze interne e alla semplificazione delle procedure. Verrà incentivato il lavoro per obiettivi, l'utilizzo di strumenti digitali per il monitoraggio delle attività e l'adozione di modelli di lavoro flessibili e integrati.

2. Centralità dell'Ospite e Personalizzazione dei Servizi

L'approccio al rapporto di cura sarà sempre più personalizzato. La Casa del Clero intende rispondere in maniera efficace ai bisogni, anche impliciti, degli ospiti, promuovendo una cultura dell'ascolto e della partecipazione. Saranno potenziati i percorsi di valutazione multidimensionale e i momenti di confronto tra operatori e familiari.

3. Formazione e Valorizzazione del Personale

Il personale rappresenta il fulcro del miglioramento continuo. Per questo, nel 2025 verranno avviati percorsi di formazione continua, con focus su competenze relazionali, tecniche e organizzative. Saranno introdotti strumenti di valutazione delle performance e momenti di feedback strutturati.

4. Sviluppo di una Cultura del Miglioramento Continuo

L'intera struttura sarà accompagnata verso un approccio sistemico al miglioramento continuo. Verranno mantenuti e potenziati gli indicatori di qualità già in uso nel 2024, con una mappatura più dettagliata e una maggiore condivisione degli esiti tra i vari livelli organizzativi. Sarà favorito il lavoro in équipe e l'attivazione di gruppi di miglioramento interni.

5. Apertura al Territorio

Con la progressiva riapertura dei servizi, sarà fondamentale rilanciare il dialogo con la comunità locale. La Casa del Clero intende rafforzare le collaborazioni con enti pubblici e del terzo settore, valorizzando il ruolo sociale della struttura e promuovendo iniziative culturali, spirituali e intergenerazionali.

Linee Guida per il Miglioramento Continuo

Il miglioramento continuo non sarà un progetto isolato ma una strategia trasversale che guiderà tutte le attività del 2025. In particolare:

- Ogni area sarà chiamata a identificare criticità e potenzialità di sviluppo;
- La Direzione monitorerà l'implementazione degli obiettivi tramite report trimestrali e incontri di verifica;
- Il feedback da parte di ospiti, familiari e operatori sarà sistematizzato e utilizzato per orientare le decisioni.

Inoltre, è già in fase di definizione il piano triennale 2026-2028, che prenderà avvio proprio dalle basi poste nel 2025. La Direzione Strategica ha infatti individuato una serie di progetti innovativi, tra cui: digitalizzazione dei processi, sviluppo di nuovi modelli organizzativi e introduzione di strumenti di intelligenza artificiale per la gestione predittiva dei bisogni assistenziali.

Conclusione

Il 2025 rappresenta un anno chiave per la Casa del Clero di Trento, ed il momento di consolidare, rinnovare e rilanciare i servizi con una visione moderna, partecipata e orientata al futuro. Il miglioramento continuo sarà il principio guida di ogni azione, con l'obiettivo di garantire qualità della vita per gli ospiti, valorizzazione per il personale e credibilità per l'intera struttura nel contesto del sistema socio-sanitario trentino

PROGETTI DI MIGLIORAMENTO TRIENNIO 2025-2027 AREA SANITARIA:

Miglioramento della prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza

1.6 - DANNO AL RESIDENTE PER MANCATA APPLICAZIONE DELLE INDICAZIONI SCIENTIFICHE SULLA PREVENZIONE DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA Rischio potenziale 60 RP – Rischio residuo 18 IRR)

In ambito assistenziale, le Infezioni Correlate alle pratiche assistenziali rappresentano un rischio rilevante per la sicurezza dei residenti. La non aderenza alle linee guida e alle buone pratiche cliniche (come igiene delle mani, uso appropriato dei dispositivi di protezione individuale, gestione delle procedure invasive) può determinare eventi avversi prevenibili.

Dati interni mostrano un tasso di rischio superiore agli standard previsti e una frequenza non trascurabile di ICA, con possibili danni ai residenti e aumento dei costi assistenziali.

Obiettivo: Ridurre il rischio di danno al residente derivante dalla mancata applicazione delle indicazioni scientifiche per la prevenzione delle ICA entro 12 mesi dall'avvio del progetto

Obiettivi specifici:

- Aumentare l'aderenza agli standard igienico-sanitari (es. igiene delle mani $\geq 90\%$).
- Uniformare le pratiche assistenziali secondo le linee guida dell'ISS, WHO, CDC.
- Potenziare la cultura della sicurezza e la formazione del personale.
- Ridurre del 30% l'incidenza di ICA rispetto all'anno precedente

Attività previste:

Fase	Attività	Responsabile	Tempistica
1	Analisi - Audit iniziale sulle pratiche correnti rispetto alle linee guida	Coordinatore infermieristico	1 mese
2	Analisi delle non conformità e identificazione dei gap formativi	Risk manager + coordinamento	1 mese
3	Formazione del personale: Corsi teorico-pratici Igiene mani, uso DPI, gestione cateteri, medicazioni	formazione	2 mesi
4	Introduzione di checklist e protocolli aggiornati Introduzione di strumenti di verifica quotidiana	Commissione infezioni	1 mese
5	Avvio di un monitoraggio mensile: valutazione dell'aderenza e raccolta dati ICPA;	Coordinamento clinico	Continuativo
6	Revisione periodica dei dati e feedback al personale	Coordinamento clinico	Trimestrale
	Valutazione: Report finale Confronto pre/post intervento e rilancio del piano	Direzione	Annuale

Indicatori di monitoraggio:

indicatore	Target	Metodo
Aderenza igiene mani	$\geq 90\%$	Osservazione diretta
Incidenza ICA	30%	Analisi cartelle cliniche e segnalazioni
Partecipazione formazione	$\geq 70\%$	Registro presenze

RISULTATI ATTESI:

- Maggiore consapevolezza e responsabilizzazione degli operatori
- Standardizzazione delle pratiche assistenziali
- Miglioramento della sicurezza del residente
- Riduzione degli eventi avversi legati alle ICA

"Sicuri in movimento" – Progetto di miglioramento per la prevenzione del rischio di caduta nei residenti delle strutture sanitarie

1.7. – RISCHIO CADUTA DEL RESIDENTE Rischio potenziale 60 rischio residuo 6

Le cadute rappresentano uno dei principali eventi avversi nei residenti anziani, con conseguenze gravi sulla salute (fratture, perdita di autonomia, mortalità) e sull'aspetto psicologico (paura di muoversi, isolamento). La prevenzione è un obiettivo fondamentale per migliorare la qualità dell'assistenza e la sicurezza del residente.

Obiettivi del progetto

- Ridurre l'incidenza delle cadute del 5% entro 12 mesi.
- Migliorare l'identificazione precoce del rischio individuale.
- Standardizzare gli interventi preventivi personalizzati.
- Sensibilizzare e formare il personale sanitario.

La gestione del rischio caduta presso la Casa del Clero di Trento risulta strutturalmente solida, multidimensionale e proattiva, con interventi coordinati tra clinica, assistenza, organizzazione e ambiente. Il sistema è orientato alla prevenzione attiva, al monitoraggio continuo e al coinvolgimento multiprofessionale.

Raccomandazioni sintetiche/suggerimenti:

Potrebbe essere utile integrare la scheda Tinetti con una seconda scala (es. STRATIFY o Morse) per rafforzare l'analisi multidimensionale del rischio.

Formalizzare un protocollo di rivalutazione post-caduta obbligatoria entro 24-48

Occorre verificare che la eventuale riduzione delle contenzioni sia sempre accompagnata da misure compensative, come maggiore sorveglianza o utilizzo di tecnologie.

Rafforzare audit e monitoraggi ambientali e clinici.

Usare i dati raccolti per formazione continua e feedback operativi.

"Prevenzione e Gestione del Rischio di Atti di Violenza da Parte degli Operatori verso i Residenti in RSA" (

1.10 rischio atti di violenza Rischio potenziale: 60 rischi residuo. 6

Obiettivo Generale

Ridurre al minimo il rischio di atti di violenza fisica, verbale, psicologica o di trascuratezza nei confronti dei residenti da parte del personale, attraverso un approccio preventivo, formativo e di monitoraggio continuo.

Obiettivi Specifici

1. Sensibilizzare e formare gli operatori sul tema del maltrattamento e della gestione dello stress.
2. Implementare strumenti di segnalazione precoce e anonimo per episodi critici.
3. Creare un ambiente organizzativo che promuova la cultura del rispetto e della sicurezza.
4. Rafforzare il sistema di audit e monitoraggio dei comportamenti a rischio.
5. Promuovere il benessere psicologico e relazionale degli operatori per prevenire il burnout.

Attività Principali

Formazione e sensibilizzazione	Moduli su etica professionale, gestione delle emozioni, tecniche di comunicazione non violenta. Casi studio reali e simulazioni.
Valutazione del rischio	Audit interni sulla qualità relazionale. Analisi dei fattori di rischio (turni stressanti, carico di lavoro, conflitti). Questionari anonimi per operatori e familiari.
Strumenti di prevenzione	Codice etico aggiornato e condiviso. Diario di bordo per episodi critici. Canale riservato e anonimo per la segnalazione di comportamenti inappropriati
Supporto agli operatori	Supervisione periodica Analisi del benessere lavorativo
Sistema di monitoraggio e controllo	Verifica periodica degli indicatori di qualità e segnalazioni.

Indicatori di Valutazione:

- N. episodi segnalati (prima/dopo intervento)
- Partecipazione ai corsi di formazione (%)
- Clima organizzativo (questionario)
- Soddisfazione dei residenti e familiari

Gestione del Rischio di Lesioni da Decubito)

1.11 RISCHIO LDD RISCHIO POTENZIALE: 60RP, RISCHIO RESIDUO 6 IRR

Obiettivo Generale

Ridurre l'incidenza e la gravità delle lesioni da decubito nei residenti della Casa del Clero di Trento attraverso il potenziamento delle strategie di prevenzione, monitoraggio e formazione del personale. Il progetto punta a consolidare le buone pratiche già in uso e introdurre innovazioni organizzative e formative per rendere la prevenzione delle lesioni da decubito un processo continuo, efficace e condiviso da tutto il team assistenziale.

Proposte di miglioramento: Revisione e ottimizzazione del percorso di valutazione del rischio
Proseguire facendo più attenzione nell'inserimento dei dati e soprattutto nella rivalutazione della lesione da pressione.

In base alla valutazione del rischio di LdP, messa in atto di corrette azioni preventive a fine di evitarne l'insorgenza o l'evoluzione a stadi successivi e quindi più gravi, aumentando la personalizzazione degli interventi con l'attenzione ad intercettare le modifiche temporali.

Continuare a prestare attenzione al tempo trascorso in posizione supina data la collocazione dell'insorgenza delle lesioni.

Utilizzare la scala Pusch tool per valutare l'andamento delle lesioni da pressione.

Per quanto riguarda arrossamenti, intertrigini che siano riconducibili ad altre cause (umidità, pannolone, sudorazione ecc).

compilazione della scheda rischio decubiti al rientro dopo un ricovero ospedaliero;

Gestione del rischio disfagia

1.14 RISCHIO DISFAGIA: RISCHIO POTENZIALE: 60RP, RISCHIO RESIDUO 6 IRR

Tema fondamentale per la sicurezza e il benessere degli ospiti, specialmente per gli anziani con patologie neurologiche o degenerative. La disfagia, ovvero la difficoltà a deglutire, può portare a complicanze gravi come malnutrizione, disidratazione e polmonite ab ingestis.

Necessità di incrementare la corretta Identificazione del rischio attraverso l'uso di valutazione standardizzate, come la GUSS (Gugging Swallowing Screen) o il MASA (Mann Assessment of Swallowing Ability) ed una anamnesi approfondita: precedenti neurologici, eventi acuti, storia di disfagia o episodi di aspirazione.

Interventi di prevenzione e gestione

Dieta personalizzata: adeguamento delle consistenze (omogeneizzati, semisolidi, liquidi addensati) secondo linee guida IDDSI.

Sorveglianza attiva durante e dopo i pasti.

Tempi e modalità di somministrazione dei pasti adattati all'autonomia del paziente.

Formazione del personale rispetto alle tecniche di alimentazione sicura ed all'uso corretto di addensanti e consistenze modificate.

Documentazione e monitoraggio: Registro quotidiano di assunzione alimentare e idratazione.

Verso una RESIDENZA libera da contenzioni: progetto di miglioramento della gestione del rischio contenzione

1.16 RISCHIO CONTENZIONI : RISCHIO POTENZIALE: 60RP, RISCHIO RESIDUO 6 IRR

Un progetto di miglioramento sulla gestione del rischio contenzione dovrebbe partire dall'obiettivo di ridurre l'uso delle contenzioni fisiche e farmacologiche, migliorando al contempo la sicurezza, il benessere e la dignità degli ospiti.

Obiettivi:

- Migliorare la valutazione e la gestione del rischio cadute senza ricorrere alla contenzione.
- Promuovere un cambiamento culturale tra gli operatori sanitari.
- Garantire il rispetto dei diritti, della dignità e dell'autonomia degli ospiti.

Strumenti integrativi rispetto a quanto già in essere:

- a) Creazione di un "Gruppo riduciamo la contenzione"
- b) Monitoraggio continuo, studio di casi clinici complessi, proposta di soluzioni individualizzate.
- c) Moduli esperienziali su gestione dell'agitazione e prevenzione delle cadute senza contenzione.
- d) Casi studio reali della Casa del Clero di Trento .
- e) Implementazione strumenti alternativi:

TABELLA PROGETTI DI MIGLIORAMENTO AREA ORGANIZZATIVA: CASA DEL CLERO DI TRENTO ANNO 2025-2026 CON INDICATORI DI VERIFICA :

ATTUAZIONE DELLE STRATEGIE

	Progetti	Riferimenti	Dimensione di Analisi	Risultato Atteso	Indicatore di verifica
	Promozione della salute e sicurezza sul lavoro	D.Lgs. 81/2008	Efficacia organizzativa	Fornire agli operatori informazioni e strumenti finalizzati a ridurre gli infortuni sul lavoro	Riduzione del 10% degli infortuni sul lavoro occorsi in Azienda dopo gli eventi formativi previsti nel Piano Formativo
	Customer satisfaction definizione di questionari di gradimento	Requisiti accreditamento PAT	Efficacia interna	valutazione del grado di soddisfazione dei residenti	analisi % del grado di soddisfazione dei servizi offerti.
	Sperimentazione scheda di valutazione della performance individuale	Requisiti accreditamento PAT Dossier Formativo AGENAS	Efficacia interna	Rinnovamento del sistema di valutazione aziendale secondo	introduzione della scheda individuale di valutazione delle competenze per il personale.
	Sicurezza nell'uso di Farmaci	Indicazioni provinciali - Joint Commission	Efficacia Ex Ante	Nessun riscontro di mancata applicazione della procedura durante le visite ispettive interne previste	Applicazione al 100% della procedura gestione dei farmaci
	Riduzione del Rischio di danno al residente a seguito di caduta	Indicazioni provinciali Joint Commission	Efficacia Ex Ante	Numero di ospiti caduti	Riduzione del 10% delle cadute accidentali