

RIESAME DEL SISTEMA DI GESTIONE DELLA QUALITA' RELATIVO AL 2023-2025



LA RESPONSABILE DELLA QUALITA'

Dott.ssa Denise Fezzi - A cura del Servizio Qualità e Formazione di U.P.I.P.A sc.

INDICE

CONTESTO DI RIFERIMENTO	4
PREMESSA	5
1. GESTIONE DOCUMENTALE E PROCEDURE AZIENDALI	7
2. SISTEMI BOTTOM-UP	8
3. INDICATORI CLINICI.....	9
3.1 Profili di gravità dei residenti.....	9
3.2 Cadute	11
3.3 Contenzione.....	15
3.4 Lesioni Da Pressione.....	17
3.5 Nutrizione	19
3.6 Cure di fine vita	20
3.7 Terapia farmacologica.....	22
3.8 Dolore	25
3.9 Infezioni Correlate all'Assistenza	29
3.10 Disturbi cognitivi e comportamentali	32
3.11 Maltrattamento e agiti aggressivi.....	33
3.12 Patologie metaboliche.....	35
4. SORVEGLIANZA EVENTI SENTINELLA	36
5. OBIETTIVI ANNUALI ASSEGNATI AI SERVIZI.....	36
6. SISTEMA QUALITA'	48
6.1 Azioni di miglioramento	48
6.2 Carta dei Servizi	51
6.3 Bilancio sociale	52
6.4 Customer Satisfaction	53
6.5 Attività socio-educative e relazionali.....	54
6.6 Stress-Lavoro-Correlato	55
6.7 Benessere psico-fisico e supporto psicologico.....	56
6.8 Identità digitale	57
6.9 Gestione della comunicazione.....	58
6.10 Riunioni pianificate	59
7. SICUREZZA E GESTIONE DEI RISCHI	62
7.1 Formazione.....	62
7.2 Documento di Valutazione dei Rischi	63
7.3 Prevenzione e gestione del rischio clinico	63
8. VERIFICHE E CONTROLLI ISTITUZIONALI	64
8.1 Accredитamento socio-assistenziale.....	64
8.2 Accredитamento istituzionale	64
CONCLUSIONI	65
ALLEGATI E DOCUMENTI COLLEGATI.....	67
BIBLIOGRAFIA	68

ACRONIMI

AGENAS	Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali
APSP	Azienda Pubblica Di Servizi Alla Persona
ASUIT	Azienda Sanitaria Universitaria Integrata del Trentino
BPSD	Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia
CBA	Cartella Clinica Elettronica
CDA	Consiglio Di Amministrazione
CS	Customer Satisfaction
DPI	Dispositivi di Protezione Individuale
DVR	Documento di Valutazione dei Rischi
FAD	Formazione A Distanza
FSC	Formazione Sul Campo
GDM	Gruppo di Miglioramento
ICA	Infezioni Correlate all'Assistenza
ISS	Istituto Superiore di Sanità
LEA	Livelli Essenziali di Assistenza
LDP	Lesioni Da Pressione
MMSE	Mini-Mental State Examination
MNA	Mini Nutritional Assessment
NRS	Numerical Rating Scale
OMS	Organizzazione Mondiale della Sanità
OSS	Operatori Socio-Sanitari
PAI	Piano Assistenziale Individualizzato
PAINAD	Pain Assessment in Advanced Dementia
PAT	Provincia Autonoma di Trento
RES	Formazione Residenziale
RSA	Residenza Sanitaria Assistenziale
RLS	Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza
RSPP	Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione
RQ	Responsabile Qualità
SARS-CoV-2	Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus
SLC	Stress Lavoro Correlato
SPMSQ	Short Portable Mental Status Questionnaire
UPIPA	Unione Provinciale Istituzioni Per l'Assistenza
VT	Verifica Tecnico Sanitaria

CONTESTO DI RIFERIMENTO

“Chi non ha obiettivi, non li raggiungerà mai”.

Cit. Sun Tzu

Nel triennio 2023–2025 il contesto di riferimento delle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) della Provincia Autonoma di Trento (PAT) è stato caratterizzato da una progressiva fase di stabilizzazione successiva all'emergenza pandemica da SARS-CoV-2 e da una graduale ripresa delle attività assistenziali, organizzative e relazionali secondo modalità vicine alla normalità. Con la cessazione dello stato di emergenza sanitaria nazionale e il progressivo venir meno delle principali misure restrittive, le strutture residenziali per anziani hanno potuto ripristinare in maniera più ampia l'accesso dei familiari, le attività di socializzazione e i momenti di apertura alla Comunità locale, mantenendo tuttavia un'attenzione costante alle misure di prevenzione e controllo delle infezioni e alla tutela delle persone fragili. In tale scenario, anche il Centro Servizi Socio-Sanitari e Residenziali di Malè ha proseguito nell'attività di monitoraggio epidemiologico e di gestione delle situazioni di rischio sanitario, operando in coerenza con le indicazioni della Provincia Autonoma di Trento (PAT) e dell'Azienda Sanitaria Universitaria Integrata del Trentino (A.S.U.I.T), senza registrare particolari situazioni meritevoli di attenzione all'interno della struttura.

Parallelamente, il sistema delle RSA provinciali si è confrontato con alcune criticità di carattere strutturale e organizzativo, tra cui la crescente difficoltà nel reperimento di personale sanitario e socio-assistenziale qualificato, in particolare medici, infermieri e Operatori Socio-Sanitari. Tale fenomeno, diffuso a livello nazionale e provinciale, ha richiesto alle Aziende Pubbliche di Servizi alla Persona un significativo impegno nell'individuazione di soluzioni organizzative e gestionali volte a garantire la continuità assistenziale e il mantenimento degli standard qualitativi richiesti dal sistema di autorizzazione e accreditamento provinciale. In questo quadro, il confronto e la collaborazione all'interno del sistema associativo delle APSP e il supporto tecnico-organizzativo fornito dall'Unione Provinciale Istituzioni Per l'Assistenza (UPIPA) hanno rappresentato un importante elemento di riferimento per l'adozione di pratiche condivise e per la gestione delle principali criticità del settore.

A tali elementi si è affiancato un contesto economico caratterizzato da un generale incremento dei costi energetici, dei beni e dei servizi, con ricadute sulla sostenibilità economico-finanziaria delle strutture residenziali. Nonostante tali condizioni di complessità, il Centro Servizi Socio-Sanitari e Residenziali di Malè ha proseguito nel proprio impegno volto a garantire la qualità e la sicurezza dell'assistenza, nel rispetto degli indirizzi provinciali e degli standard previsti dal sistema di accreditamento. Nel periodo considerato sono state regolarmente svolte le attività previste nell'ambito del Sistema di Gestione della Qualità, assicurando il monitoraggio dei processi organizzativi e assistenziali e promuovendo azioni di miglioramento continuo finalizzate a rispondere in modo appropriato ai bisogni dei residenti, delle loro famiglie e della Comunità di riferimento.

PREMESSA

Nel contesto attuale dei servizi socio-sanitari e residenziali, la promozione del miglioramento continuo rappresenta un elemento strategico per garantire la qualità, la sicurezza e l'appropriatezza delle prestazioni erogate. L'evoluzione dei bisogni della popolazione, caratterizzata da un progressivo invecchiamento demografico e da una crescente complessità assistenziale, richiede alle strutture socio-sanitarie un costante impegno nell'adeguamento dei modelli organizzativi e dei processi di cura. In tale prospettiva, il Centro Servizi Socio Sanitari e Residenziali di Malè si configura come un presidio di riferimento per il territorio della Val di Sole, inserito nella rete integrata dei servizi socio-sanitari e orientato alla presa in carico globale della persona, con particolare attenzione alla popolazione anziana e alle situazioni di fragilità. L'attività della Struttura si sviluppa in sinergia con il sistema sanitario territoriale, con i servizi sociali, le famiglie e la rete del volontariato, promuovendo un approccio assistenziale centrato sulla persona, sulla continuità delle cure e sulla valorizzazione delle relazioni con tutti gli stakeholders coinvolti.

In questo scenario, assume particolare rilevanza l'adozione di strumenti organizzativi e gestionali orientati alla qualità, finalizzati a garantire un utilizzo appropriato delle risorse, il rispetto degli equilibri economico-finanziari e il mantenimento di adeguati standard assistenziali.

Il Sistema di Gestione della Qualità (SGQ) rappresenta l'insieme strutturato di processi, procedure e responsabilità attraverso cui l'Ente governa le proprie attività, favorendo il monitoraggio delle prestazioni, la valutazione delle performance e l'individuazione di opportunità di miglioramento. Attraverso l'analisi dei dati e degli indicatori relativi ai processi organizzativi e assistenziali, il sistema qualità supporta la Direzione e i professionisti nella promozione di pratiche orientate all'efficacia, all'efficienza e alla sicurezza delle cure, contribuendo alla diffusione di una cultura organizzativa basata su responsabilità, professionalità e sulla trasparenza.

Il presente documento di riesame della qualità, riferito al triennio 2023–2025, costituisce pertanto uno strumento fondamentale di *governance* e di verifica del funzionamento del Sistema di Gestione della Qualità. Attraverso una valutazione complessiva dei processi, dei risultati conseguiti e delle principali criticità emerse nel periodo di riferimento, il riesame consente alla Direzione di verificare l'adeguatezza e l'efficacia delle strategie adottate, orientando la programmazione delle attività e delle risorse verso obiettivi di miglioramento continuo. In tale ottica, rappresenta una fase essenziale del ciclo di gestione della qualità, ispirato ai principi del miglioramento continuo e del ciclo di Deming (Plan-Do-Check-Act), volto a sostenere lo sviluppo organizzativo e il costante innalzamento dei livelli qualitativi dei servizi socio-sanitari e residenziali erogati.



La relazione di rendicontazione del Piano Qualità relativa al triennio 2023–2025 delinea i risultati conseguiti rispetto alla programmazione iniziale e ai relativi scostamenti. L'elaborato si compone di otto macro-sezioni organizzate in sequenza secondo un ordine logico, ritenuto idoneo/funzionale per una rendicontazione chiara e lineare degli obiettivi raggiunti dall'organizzazione, pur in un contesto post-pandemico caratterizzato da complessità assistenziali.

La prima macro-sezione riguarda l'attività di creazione, revisione e aggiornamento delle procedure sanitarie e dei materiali documentali interni, in coerenza con le disposizioni provinciali e gli standard previsti dal sistema di accreditamento. La seconda illustra i sistemi di emersione di suggerimenti e proposte di miglioramento

dell'assistenza sanitaria secondo un approccio *bottom-up*, favorendo la partecipazione attiva del personale. La terza macro-sezione prende in esame la raccolta, il monitoraggio e l'analisi degli indicatori clinici e organizzativi utilizzati per valutare l'andamento dell'assistenza e i principali profili di rischio della popolazione residente. La quarta è dedicata alla gestione delle raccomandazioni per la prevenzione degli eventi sentinella, in conformità alle indicazioni del portale AGENAS e alle linee guida provinciali.

La quinta sezione espone gli obiettivi annuali assegnati dalla Direzione ai vari ambiti organizzativi aziendali. La sesta illustra le principali azioni di miglioramento attuate o progettate nel corso del triennio, le attività di revisione della Carta dei Servizi e degli standard di qualità con il coinvolgimento dei referenti delle unità organizzative, la creazione del primo Bilancio sociale, il consolidamento della programmazione e del monitoraggio delle attività socio-educative e relazionali, la valutazione dello Stress-Lavoro-Correlato in linea con le disposizioni INAIL, l'indagine di soddisfazione ri

volta ai residenti, le iniziative di supporto psicologico e benessere organizzativo rivolte ai professionisti sanitari e le attività volte a potenziare l'identità digitale e la gestione dei flussi comunicativi. Vengono inoltre riportati i momenti strutturati di informazione e coordinamento tra le diverse figure professionali afferenti alla Struttura. La settima macro-sezione descrive i programmi di gestione della sicurezza dei residenti e del personale, mentre l'ottava evidenzia i risultati conseguiti nelle verifiche istituzionali esterne collegate all'accreditamento sanitario e socio-assistenziale.

Nel triennio 2023–2025, il Centro Servizi Socio-Sanitari e Residenziali di Malè ha perseguito il miglioramento continuo della qualità dell'assistenza, nel rispetto dei bisogni clinici, assistenziali e psicosociali dei residenti, implementando approcci organizzativi ispirati al *lean thinking* e orientati all'efficienza, alla riduzione degli sprechi (*muda*) e alla standardizzazione dei processi. L'adozione di un metodo di lavoro strutturato ha fornito punti di riferimento chiari per il personale e per l'organizzazione, favorendo la capacità di affrontare le criticità legate alla carenza di personale e complessità assistenziale. Le risorse umane sono state valorizzate, accrescendo consapevolezza del ruolo e responsabilità professionale. Lo staff Direttivo e di coordinamento sanitario ha garantito il presidio delle attività, assicurando la continuità dei servizi e la qualità dell'assistenza, priorità assoluta della struttura.

L'elaborato redatto dalla Responsabile Qualità e Formazione di U.P.I.P.A. s.c.r.l. ha preso in considerazione l'analisi del contesto provinciale, la normativa vigente in materia di qualità e i requisiti di accreditamento delle strutture sanitarie e socio-sanitarie, nonché le indicazioni del Consiglio di Amministrazione (CDA).

Il Riesame della Direzione è stato condotto con il coinvolgimento del Direttore, del Responsabile Sanitario, della Coordinatrice dei Servizi, dell'Assistente Infermiera e delle figure di supporto al Sistema di Gestione della Qualità. L'attività si è sviluppata attraverso l'analisi della documentazione disponibile, il confronto multidisciplinare tra i professionisti coinvolti, la valutazione degli indicatori di processo ed esito e la definizione condivisa delle priorità e delle azioni di miglioramento.

Il documento è stato sottoposto a revisione e validazione da parte dello Staff di Direzione, che ne ha verificato la coerenza con gli obiettivi strategici dell'Ente e con i principi del miglioramento continuo della qualità e della sicurezza delle cure.

¹ La Responsabile Formazione e Qualità è presente in Struttura il martedì indicativamente dalle ore 08:00 alle ore 14:00. Si precisa che nel corso del 2023-2025 una parte della prestazione lavorativa è stata effettuata anche da remoto seppur con una netta ripresa dell'attività in presenza presso l'Ente rispetto al triennio precedente.

1. GESTIONE DOCUMENTALE E PROCEDURE AZIENDALI

Nel triennio 2023–2025, gli obiettivi qualità del Centro Servizi Socio-Sanitari e Residenziali di Malè hanno riguardato la creazione, l'aggiornamento e la revisione di protocolli, istruzioni operative, piani di lavoro e procedure sanitarie, assistenziali e amministrative, in linea con gli standard di accreditamento provinciale e le direttive della Provincia Autonoma di Trento (PAT). Le attività sono state finalizzate a garantire la **sicurezza, l'efficacia e l'appropriatezza dell'assistenza**, rafforzando le buone pratiche (best practices) già consolidate nel triennio precedente e introducendo strumenti innovativi per la gestione dei processi e del rischio clinico-organizzativo.

Per favorire l'armonizzazione delle procedure e la diffusione della conoscenza tra le diverse unità operative, sono stati organizzati tavoli di confronto e attivati **gruppi di miglioramento interni multiprofessionali**.

Tali gruppi hanno avuto il compito di:

- analizzare processi e procedure esistenti;
- proporre modifiche e ottimizzazioni operative;
- valutare l'efficacia degli interventi adottati;
- favorire la partecipazione attiva del personale alla cultura della qualità e al miglioramento continuo.

Le procedure sono state oggetto di aggiornamento periodico in base alle evidenze operative e alle osservazioni del personale e con evidenze derivanti dalle verifiche interne ed esterne, a sostegno di un approccio proattivo al miglioramento continuo della qualità dei servizi. Le attività dei gruppi di miglioramento sono state coordinate dalla Responsabile della Qualità di UPIPA s.c., con momenti periodici di condivisione, confronto e autovalutazione garantendo un coinvolgimento diffuso del personale e la diffusione di pratiche operative condivise per la sicurezza e il benessere dei residenti.

La tabella seguente riporta i principali documenti elaborati o aggiornati nel periodo di riferimento:

CODICE	TITOLO DOCUMENTO	DATA DI EMISSIONE
SA 20	Prevenzione, monitoraggio e gestione delle cadute	10/01/2023
SA 29	Protocollo per la prevenzione e gestione della stipsi	09/06/2023
SI 2	Gestione sicurezza antincendio in emergenza: comportamenti da adottare in caso di incendio	21/09/2023
SA 13	La gestione del catetere vescicale	03/10/2023
SA 9	Valutazione dello stato nutrizionale - gestione della Gastrostomia Percutanea Endoscopica	10/10/2023
PL 2	Gestione delle divise e calzature	12/10/2023
PA 3	Uscite dalla Struttura	17/10/2023
SI 1	Valutazione, prevenzione e controllo della legionellosi	06/02/2024
SO 7	Prevenzione, monitoraggio e gestione degli agiti violenti (Gruppo di Miglioramento - FSC 2-12601).	20/02/2024
SA10	Prevenzione e controllo delle Infezioni Correlate ai processi assistenziali (Gruppo di Miglioramento - FSC-2-12997).	28/05/2024
NC	Piano delle attività del servizio guardaroba-lavanderia	21/10/2024
PA 2	Allontanamento del residente dalla Struttura	24/02/2025
SA 25	Prevenzione del suicidio	04/03/2025
PA 5	Gestione della cassaforte	31/03/2025

SA 24	Gestione del rischio clinico (Gruppo d Miglioramento - FSC - 2-13569)	21/05/2025
AL 1	Pulizia stanza di degenza	27/05/2025
SA 19	La gestione della terapia farmacologica	17/06/2025
SO 1	Gestione e monitoraggio del Piano Assistenziale Individualizzato (PAI)	18/06/2025
GE 5	Gestione degli apparecchi elettromedicali	07/10/2025
PL 1	Gestione della biancheria personale e piana del residente	18/11/2025
PA 4	Inserimento neoassunto	16/12/2025
SA 21	La presa in carico delle persone con demenza in RSA (Gruppo di Miglioramento - FSC - 2-14593).	21/04/2026
SI 2/3	in caso di mancanza di energia elettrica	11/06/2026
SI 2/4	in caso di perdita di acqua sanitaria	11/06/2026
SI 2/5	in caso di blocco ascensori	11/06/2026
SI 2/6	in caso di terremoto	11/06/2026
SI 2/7	apertura cancello principale della struttura	11/06/2026
POR 15	Ammissione e dimissione dal servizio fisioterapico	16/06/2026
POR 16	Gestione degli ausili	16/06/2026
GE 1	Ammissione e accoglienza utenti. Presa in carico diurna continuativa	23/06/2026
GE 8	Ammissione e gestione dei volontari	23/06/2026

Nel quadro delle attività di aggiornamento e sviluppo del sistema documentale della Struttura, si è ritenuto opportuno posticipare al 2026 la revisione della procedura sanitaria *“Valutazione e gestione del dolore”* [Cod. Doc. SAN 18]. L'attività verrà sviluppata mediante l'attivazione di uno specifico gruppo di lavoro interno multiprofessionale, con l'obiettivo di garantire l'allineamento alle più recenti indicazioni clinico-assistenziali, favorire l'uniformità delle modalità operative e rivedere gli strumenti di valutazione e gestione del dolore nell'ambito della presa in carico dei residenti.

Dall'analisi della documentazione sopra riportata emerge un'attività strutturata e continuativa di aggiornamento del sistema documentale, che ha interessato in modo trasversale i diversi ambiti operativi della Struttura. Particolare rilevanza assume lo sviluppo di procedure in ambito clinico-assistenziale e di gestione dei rischi che hanno favorito la revisione dei processi e la produzione di strumenti operativi condivisi.

L'insieme delle attività realizzate evidenzia un progressivo consolidamento del Sistema di Gestione della Qualità, orientato alla standardizzazione dei processi, al coinvolgimento del personale e al miglioramento dei servizi erogati. Tale sviluppo costituisce una solida base per le ulteriori azioni di miglioramento previste nel prossimo triennio.

2. SISTEMI BOTTOM-UP

Nel corso del triennio 2023–2025 è stato perseguito l'obiettivo di promuovere momenti strutturati di confronto e riflessione con gli operatori, finalizzati a favorire l'emersione di suggerimenti *“dal basso” (bottom-up)*, idee e proposte di miglioramento dell'assistenza. A tal fine, sono stati attivati spazi di dialogo e condivisione, sia formali che informali, coinvolgendo il personale sanitario e socio-assistenziale, con l'obiettivo di valorizzare le competenze professionali e le esperienze operative maturate nei diversi contesti.

In particolare, il servizio di Coordinamento sanitario ha promosso momenti informativi e di confronto anche in occasione dei passaggi di consegne, finalizzati alla condivisione di modifiche dell'assetto organizzativo, all'introduzione di nuove procedure o all'aggiornamento di quelle esistenti, nonché alla diffusione di aggiornamenti di carattere tecnico-scientifico.

Tali momenti hanno consentito di raccogliere osservazioni e contributi utili all'analisi dei processi assistenziali e organizzativi, favorendo l'individuazione di azioni di miglioramento orientate alla sicurezza dei residenti, alla qualità delle prestazioni erogate e all'ottimizzazione delle modalità operative, anche in un'ottica di miglior utilizzo delle risorse disponibili e di riduzione degli sprechi ("lean thinking"). Il coinvolgimento attivo del personale ha contribuito a rafforzare il senso di appartenenza all'organizzazione e a promuovere una cultura condivisa della qualità, basata su partecipazione, responsabilizzazione e miglioramento continuo.

3. INDICATORI CLINICI

Nel corso del triennio 2023–2025, lo Staff interno per la Qualità del Centro Servizi Socio-Sanitari e Residenziali di Malè ha proseguito nell'attività di raccolta, monitoraggio e analisi degli indicatori clinico-assistenziali relativi alle principali aree tematiche presidiate (cadute, contenzione, lesioni da pressione, dolore, nutrizione, terapia farmacologica, Infezioni Correlate all'Assistenza e antimicrobico-resistenza, fine vita, demenze, disturbi psichiatrici/comportamentali, maltrattamento e agiti aggressivi), con l'obiettivo di valutare l'andamento dell'assistenza erogata e supportare i processi decisionali della Direzione.

La rilevazione sistematica degli indicatori ha consentito di disporre di elementi conoscitivi utili alla valutazione della qualità delle prestazioni, in coerenza con i requisiti previsti dal sistema di accreditamento provinciale, che richiede l'adozione di strumenti di monitoraggio relativi a volumi, appropriatezza ed esiti. L'attività è stata coordinata dalla Coordinatrice dei servizi socio-assistenziali, dall'Assistente Infermiera e dalla Responsabile Qualità, con il coinvolgimento dei responsabili dei servizi a seconda degli ambiti considerati. La Responsabile Qualità ha inoltre presidiato il monitoraggio delle attività finalizzate al raggiungimento degli obiettivi e la supervisione dei principali processi clinico-assistenziali, favorendo l'integrazione tra le diverse professionalità e contribuendo a creare un clima propositivo e orientato al miglioramento.

La Struttura ha continuato a aderire al progetto **IndiCARE Salute LAB** (<https://login.shinyapps.io/login/>), promosso dall' UPIPA, utilizzando la piattaforma dedicata per l'inserimento e il monitoraggio mensile dei dati relativi alle macro-aree individuate. Tale sistema consente una lettura strutturata degli indicatori e un confronto con altre realtà del territorio in un'ottica di *benchmarking*. Nel periodo considerato è stato inoltre avviato l'utilizzo del **portale di monitoraggio CBA-Zucchetti Healthcare** (<https://portale-apss.cba.it/login/>), quale strumento di *business intelligence* per la rilevazione automatizzata di indicatori di struttura e di processo. L'introduzione di tale sistema rappresenta un'opportunità per evolvere verso modalità di monitoraggio più strutturate, integrate e dinamiche, anche se ad oggi permangono numerose criticità legate alla qualità e completezza dei dati inseriti, che richiedono ulteriori attività di verifica e consolidamento.

L'analisi degli indicatori, pur richiedendo un significativo impegno in termini di tempo e risorse, costituisce un elemento fondamentale per lo sviluppo della *clinical governance* e per il miglioramento continuo della qualità dell'assistenza, consentendo di individuare ambiti di miglioramento e orientare le azioni preventive e correttive.

Di seguito si riportano i principali esiti rilevati per le diverse macroaree di riferimento nel triennio considerato.

3.1 Profili di gravità dei residenti

L'analisi dei profili di gravità dei residenti nel triennio 2023–2025 evidenzia una chiara tendenza all'incremento della complessità clinico-assistenziale della popolazione accolta. In particolare, si osserva un aumento progressivo dei **residenti totalmente dipendenti**, che passano da 65 nel 2023 a 74 nel 2025 (+13,8%), dato indicativo di una crescente necessità di assistenza continuativa e ad alta intensità.

Parallelamente, emerge un incremento marcato dei **residenti ad alto fabbisogno sanitario**, che passano da 1 a 9 nello stesso periodo, configurando un aumento significativo in termini relativi e segnalando un aggravamento delle condizioni cliniche e una maggiore incidenza di bisogni sanitari complessi.

Sul versante cognitivo e funzionale, si rileva una riduzione dei **residenti lucidi e autonomi o parzialmente autonomi** (da 26 a 20; -23,1%), a fronte di una sostanziale stabilità dei residenti "confusi", che tuttavia mantiene valori elevati. Tale dinamica suggerisce uno spostamento progressivo della popolazione residente verso condizioni di maggiore compromissione cognitiva e perdita dell'autonomia.

I **residenti ad alto fabbisogno assistenziale** con gravi problemi comportamentali mostrano un andamento oscillante, mantenendosi comunque su livelli rilevanti e confermando la presenza strutturale di bisogni assistenziali complessi anche sul piano relazionale e comportamentale.

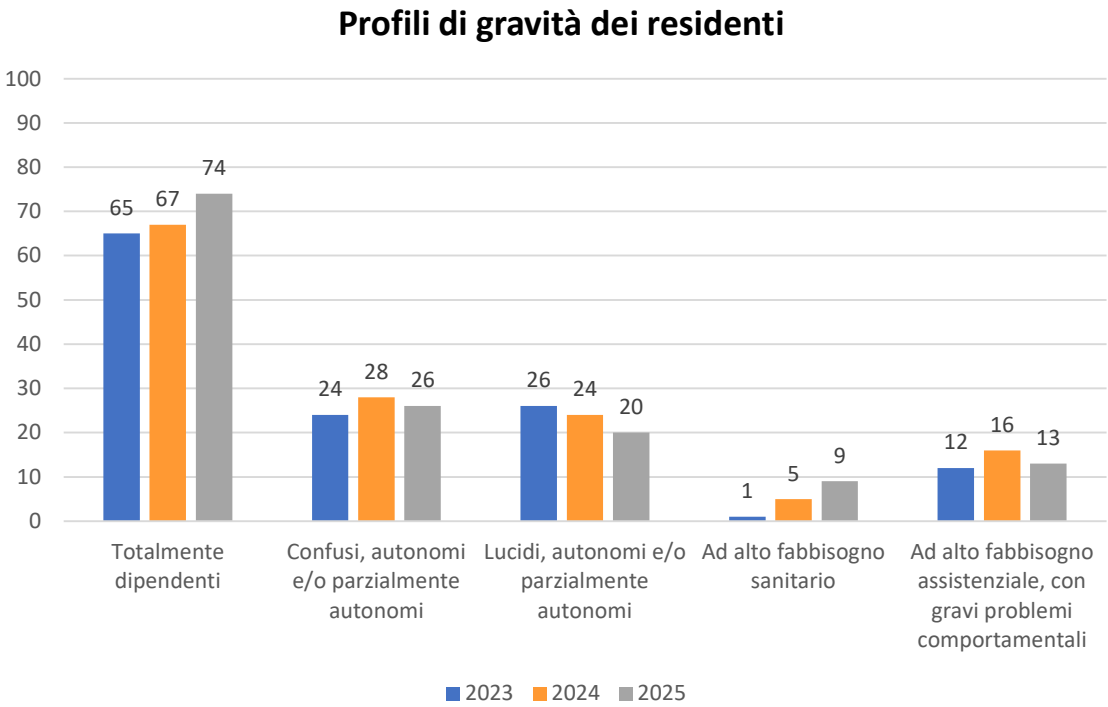


Grafico 1

Legenda

FABBISOGNO ASSISTENZIALE	ADL (0-1) Tot. dipendenti	ADL (2-4) Parzialmente Autonomi	ADL (5-6) Autonomi
VALUTAZIONE COGNITIVA	SPMSQ (0-2) Normale Funzione Cognitiva	SPMSQ (3-7) Lieve compromissione	SPMSQ (8-10) Grave compromissione
FABBISOGNO SANITARIO	CIRS (0-1) Lieve fabbisogno Sanitario	CIRS (2) Moderato fabbisogno sanitario	CIRS (3-5) Grave fabbisogno sanitario

Nel complesso, i dati delineano un'evoluzione del case-mix verso livelli più elevati di complessità clinica, assistenziale e cognitiva, con implicazioni rilevanti in termini di organizzazione dei servizi, fabbisogno di competenze professionali e intensità delle cure. Tale trend richiede un continuo adattamento dei modelli

assistenziali, un rafforzamento dei sistemi di monitoraggio e una costante attenzione alla sostenibilità organizzativa e alla qualità delle prestazioni erogate.

3.2 Cadute

Le cadute rappresentano uno degli eventi avversi più frequenti nei contesti residenziali per anziani e costituiscono un indicatore rilevante ai fini della qualità e della sicurezza dell'assistenza. Il monitoraggio sistematico del fenomeno consente di valutare l'andamento degli eventi, l'efficacia delle strategie preventive adottate e di orientare gli interventi di miglioramento, tenendo conto della crescente complessità clinico-assistenziale della popolazione residente.

Nel triennio 2023-2025 si osserva un incremento progressivo del numero totale di cadute, che passano da 84 nel 2023 a 131 nel 2024 fino a 169 nel 2025. Parallelamente, il numero di residenti caduti si mantiene sostanzialmente stabile (41 nel 2023, 48 nel 2024 e 45 nel 2025), suggerendo un incremento delle cadute "ripetute" negli stessi utenti. Tale andamento è coerente con l'aumento del numero medio di cadute per residente caduto, che passa da circa 2 episodi nel 2023 a 2,7 nel 2024 fino a 3,7 nel 2025, configurando un quadro di maggiore frequenza degli eventi nei residenti già a rischio.

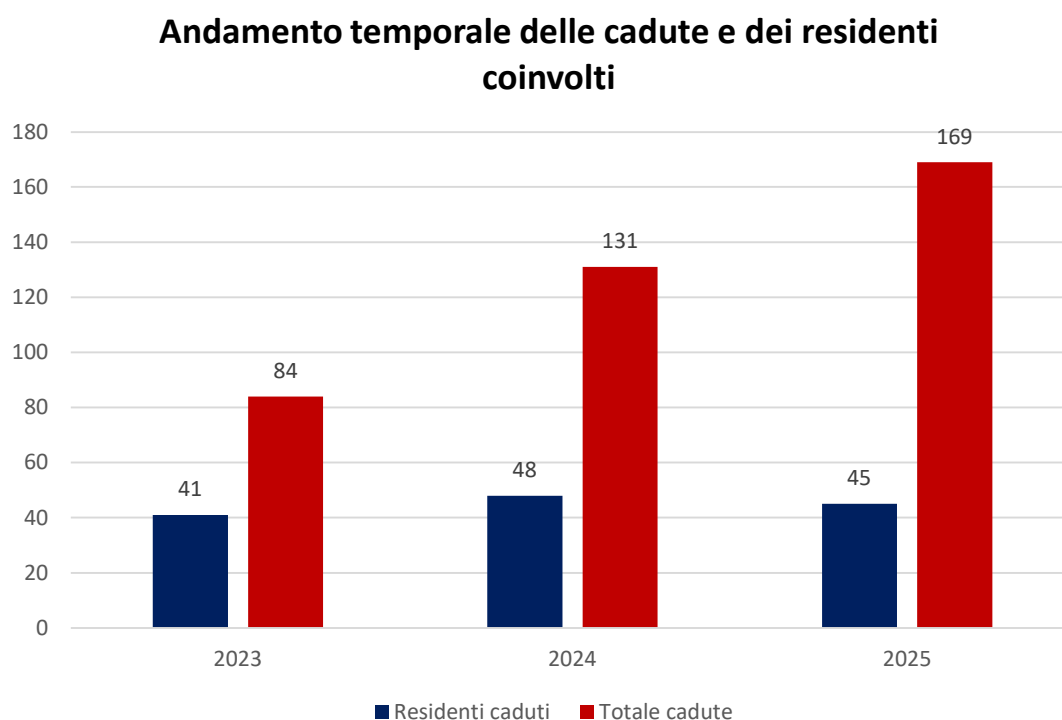


Grafico 2

L'analisi della distribuzione degli esiti delle cadute nel triennio 2023-2025 evidenzia un incremento progressivo del numero complessivo degli eventi in tutte le categorie considerate. In particolare, gli **episodi senza esito** clinico aumentano in modo marcato, passando da 52 nel 2023 a 90 nel 2024 fino a 136 nel 2025, rappresentando la quota prevalente degli eventi. Parallelamente, si osserva un aumento degli **esiti minori**, che passano da 22 a 32 nel 2024 per poi stabilizzarsi a 23 nel 2025, mentre gli **esiti maggiori** mostrano un incremento costante (6 nel 2023, 9 nel 2024, 13 nel 2025). Anche gli **invii in Pronto Soccorso** (PS) evidenziano un andamento crescente, passando da 20 a 25 nel periodo considerato.

L'incremento degli eventi senza esito appare coerente con l'aumento complessivo del numero di cadute già evidenziato nell'analisi precedente. Tuttavia, l'aumento progressivo degli esiti maggiori e degli accessi al PS suggerisce una maggiore rilevanza clinica di una quota degli eventi, con implicazioni in termini di rischio per la sicurezza dei residenti.

L'analisi qualitativa delle "schede cadute" consente di contestualizzare tali evidenze. La maggior parte delle **cadute senza esito** è riconducibile a episodi a bassa dinamica, quali *scivolamenti da letto o carrozzina, perdita di equilibrio durante tentativi di alzata autonoma o accasciamenti progressivi a terra*, spesso senza trauma diretto. Tali eventi, pur frequenti, risultano generalmente privi di conseguenze cliniche significative.

Al contrario, gli **esiti maggiori** e gli **invii in Pronto Soccorso** risultano prevalentemente associati a cadute con impatto diretto, in particolare a carico del capo (trauma cranico/facciale) o del distretto femorale, ferite lacero-contuse, oppure a dinamiche più complesse (cadute non osservate, perdita di equilibrio durante la deambulazione, trasferimenti non assistiti). In diversi casi, l'invio in Pronto Soccorso è stato determinato anche da condizioni cliniche specifiche o dalla necessità di escludere complicanze maggiori, a conferma di un approccio prudentiale e orientato alla sicurezza.

L'integrazione tra dati quantitativi e qualitativi evidenzia come l'aumento degli eventi sia in parte attribuibile a cadute a bassa gravità, ma contestualmente segnala la presenza di una quota non trascurabile di eventi con esito clinicamente significativo. Tale quadro appare coerente con la crescente fragilità e complessità clinico-assistenziale della popolazione residente, caratterizzata da elevata dipendenza, compromissione cognitiva e maggiore vulnerabilità agli eventi traumatici.

Nel complesso, i risultati sottolineano la necessità di mantenere elevata l'attenzione non solo sulla riduzione del numero di cadute, ma anche sulla prevenzione degli esiti più gravi, attraverso interventi mirati sui residenti ad alto rischio, la revisione delle strategie assistenziali e il monitoraggio continuo degli eventi.

Distribuzione degli esiti delle cadute

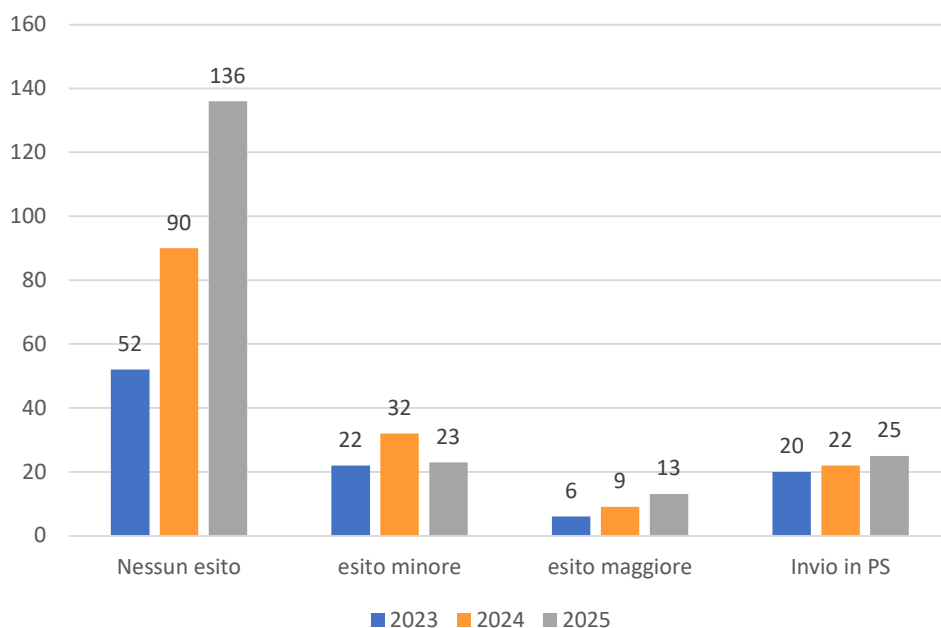


Grafico 3

L'analisi della distribuzione delle cadute per luogo di accadimento nel triennio 2023–2025 evidenzia come gli eventi si concentrino prevalentemente negli ambienti interni della Struttura, con un incremento progressivo in tutte le aree considerate. In particolare, le **cadute in stanza** rappresentano la quota più rilevante, passando da 47 nel 2023 a 68 nel 2024 fino a 74 nel 2025. Tale dato risulta coerente con la maggiore permanenza dei residenti in ambiente “privato” e con la frequenza di episodi legati a tentativi di alzata autonoma, trasferimenti non assistiti o movimenti non supervisionati. Si osserva inoltre un incremento significativo delle **cadute negli spazi comuni**, che passano da 26 nel 2023 a 35 nel 2024 fino a 75 nel 2025. Questo dato appare particolarmente rilevante e suggerisce una maggiore esposizione al rischio durante le attività di socializzazione, mobilitazione e permanenza in ambienti condivisi.

Le **cadute in bagno/WC** mostrano un andamento variabile (9 nel 2023, 24 nel 2024, 20 nel 2025), mantenendosi comunque su livelli significativi. Tale contesto è notoriamente associato a un elevato rischio, in relazione a trasferimenti, spazi ristretti e condizioni ambientali potenzialmente critiche.

Le **cadute negli spazi esterni** risultano invece contenute (1 nel 2023, 5 nel 2024, 3 nel 2025), configurandosi come eventi meno frequenti, probabilmente in relazione alla maggiore supervisione e/o alla minore esposizione.

Distribuzione delle cadute per luogo di accadimento

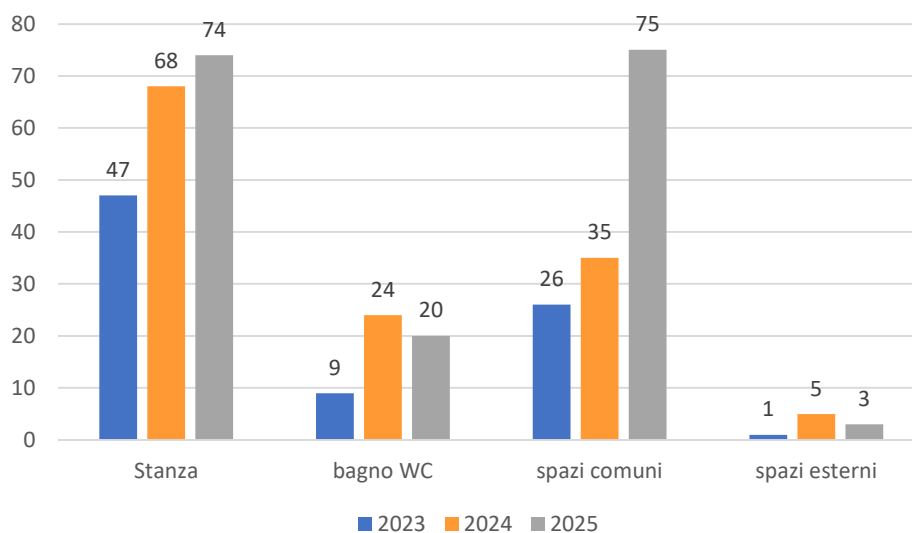


Grafico 4

L'analisi della distribuzione delle cadute per fascia oraria nel triennio 2023–2025 evidenzia un incremento progressivo degli eventi in tutte le fasce considerate, con una maggiore concentrazione nelle ore diurne.

In particolare, si osserva un aumento significativo delle cadute nella **fascia mattutina** (06:00–13:59), che passano da 35 nel 2023 a 46 nel 2024 fino a 66 nel 2025. Analogamente, la **fascia pomeridiana** (14:00–20:59) mostra il valore più elevato nel 2025 (71 eventi), rispetto ai 25 del 2023 e ai 42 del 2024, configurandosi come il periodo a maggiore incidenza. La **fascia notturna** (21:00–05:59) presenta valori inferiori rispetto alle altre, pur evidenziando un incremento nel 2024 (43 eventi) e una successiva riduzione nel 2025 (35 eventi), mantenendosi comunque su livelli rilevanti.

La maggiore concentrazione degli eventi nelle fasce diurne appare coerente con i momenti di maggiore attività e mobilità dei residenti, che comportano un incremento dell'esposizione al rischio. Tuttavia, la presenza di eventi anche in fascia notturna evidenzia la necessità di mantenere adeguati livelli di sorveglianza e sistemi di allerta anche nelle ore a minore intensità assistenziale.

Nel complesso, la distribuzione temporale delle cadute suggerisce una stretta correlazione tra il rischio e i momenti di maggiore interazione assistenziale e mobilità, richiedendo un'attenta pianificazione organizzativa delle risorse e degli interventi preventivi nelle diverse fasce orarie.

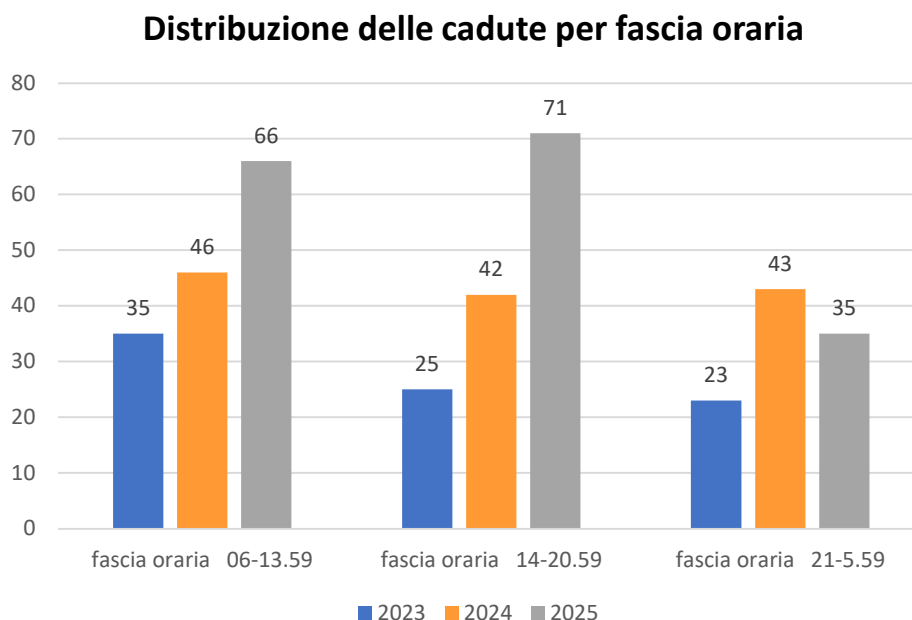


Grafico 5

L'insieme dei dati quali-quantitativi suggerisce quindi una stretta correlazione tra il fenomeno cadute e la crescente fragilità della popolazione residente. Alla luce delle evidenze emerse, la gestione del rischio caduta richiede un **rafforzamento** degli **strumenti di governance clinico-assistenziale**, orientati in particolare alla prevenzione delle cadute multiple e degli esiti più gravi. Risulta pertanto prioritario consolidare i processi di identificazione precoce dei residenti ad alto rischio, attraverso una rivalutazione sistematica e una maggiore integrazione dei Piani Assistenziali Individualizzati (PAI).

A supporto di tale approccio si inserisce il **progetto di prevenzione delle cadute** attivato dal **Servizio di Fisioterapia** nel periodo dicembre 2024 – aprile 2025, che ha coinvolto un gruppo selezionato di residenti ad elevato rischio, individuati attraverso scale validate (Morse e Barthel), con l'attivazione di interventi strutturati di esercizio e rivalutazione funzionale. Il progetto ha rappresentato una prima esperienza significativa di intervento mirato sulla popolazione più fragile, evidenziando risultati differenziati in relazione all'evoluzione clinica dei singoli residenti e confermando la complessità del fenomeno cadute in ambito residenziale. Per un approfondimento metodologico e sugli esiti del progetto si rinvia alla "Relazione Progetto Cadute 2024".

Sul piano organizzativo, si rende necessario ottimizzare la distribuzione delle risorse assistenziali nei contesti e nelle fasce orarie a maggiore criticità, migliorare l'appropriatezza nell'utilizzo degli ausili e rafforzare i sistemi di monitoraggio e analisi degli eventi, anche mediante audit periodici e momenti strutturati di confronto multiprofessionale.

Si evidenzia inoltre l'opportunità di valutare l'adozione e/o integrazione di strumenti validati per la valutazione del rischio caduta (per es. scala ReToss), al fine di migliorare l'identificazione precoce dei soggetti più vulnerabili e supportare decisioni clinico-organizzative basate su evidenze.

In tale prospettiva, il governo del rischio caduta si configura come un processo continuo, orientato al miglioramento della qualità e della sicurezza dell'assistenza.

3.3 Contenzione

La contenzione fisica costituisce un indicatore rilevante nell'ambito della qualità e sicurezza, in quanto esprime il livello di equilibrio tra gestione del rischio e tutela dell'autonomia e della dignità della persona. Il suo monitoraggio sistematico consente di valutare l'appropriatezza delle prescrizioni e l'evoluzione delle pratiche assistenziali.

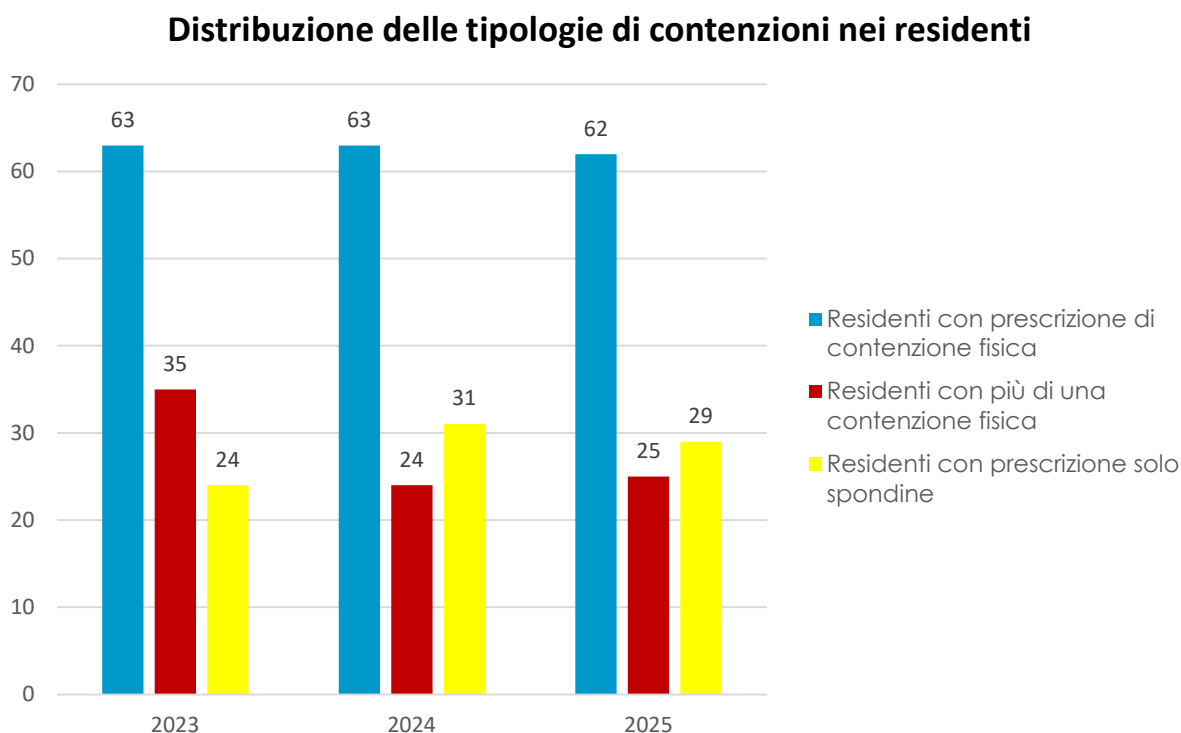


Grafico 6

Nel triennio 2023–2025 il numero complessivo dei residenti si mantiene sostanzialmente stabile (121 nel 2023, 120 nel 2024, 123 nel 2025). L'analisi delle **tipologie di contenzione** evidenzia una sostanziale stabilità del numero di residenti con **prescrizione di contenzione fisica** (63 nel 2023-2024 e 62 nel 2025).

Di particolare rilievo risulta la riduzione dei residenti sottoposti a **più di una contenzione fisica**, che passano da 35 nel 2023 a 24 nel 2024, con successiva stabilizzazione nel 2025 (25). Tale andamento suggerisce un miglioramento nell'appropriatezza delle prescrizioni e una progressiva riduzione delle situazioni a maggiore intensità contenitiva.

Parallelamente, si osserva un incremento dei **residenti con prescrizione esclusiva di spondine** (24 nel 2023, 31 nel 2024, 29 nel 2025), dato interpretabile come una possibile rimodulazione delle strategie assistenziali verso misure meno restrittive, pur richiedendo una valutazione attenta della loro appropriatezza clinico-assistenziale.

Nel complesso, i dati evidenziano una tendenza alla riduzione delle forme più restrittive di contenzione, a fronte di una stabilità del numero complessivo di residenti contenuti, in linea con un approccio assistenziale orientato alla centralità della persona.

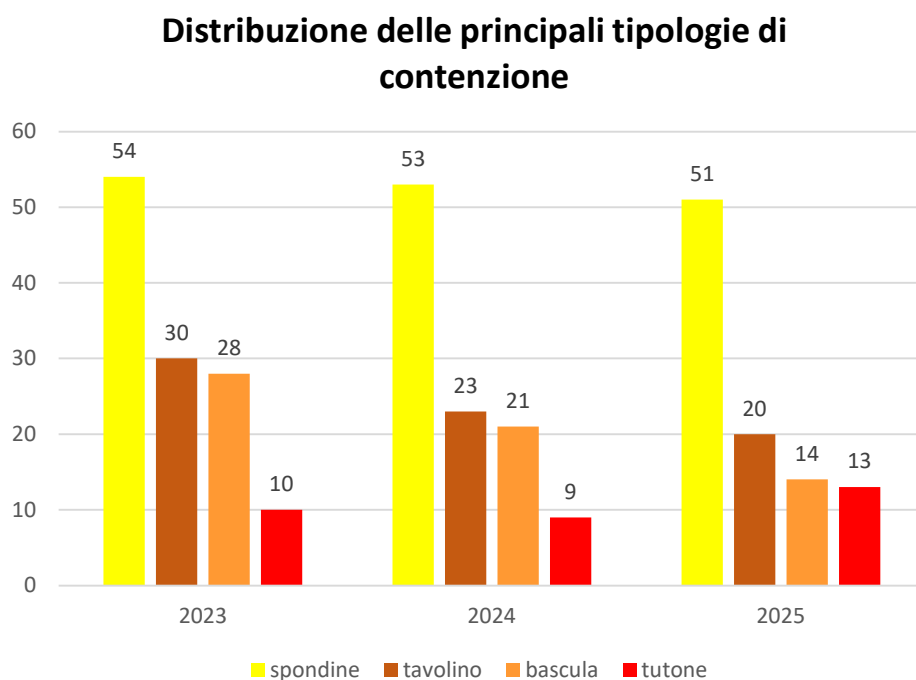


Grafico 7

L'analisi delle specifiche tipologie di contenzione nel triennio 2023–2025 evidenzia un andamento differenziato tra le diverse modalità utilizzate.

Le **spondine** rappresentano la misura più frequentemente adottata, mantenendosi su valori elevati ma in lieve riduzione nel tempo (54 nel 2023, 53 nel 2024, 51 nel 2025). Si osserva una riduzione più marcata per alcune tipologie di contenzione, quali il **tavolino** (da 30 a 20) e la **bascula** (da 28 a 14), indicando un orientamento verso una diminuzione dell'intensità contenitiva e una maggiore attenzione all'appropriatezza degli interventi. Diversamente, il **tutone** mostra un andamento lievemente crescente (da 10 a 13), dato che potrebbe riflettere specifiche esigenze assistenziali legate alla gestione di residenti con disturbi comportamentali o elevato rischio di mobilitazione non sicura, richiedendo pertanto un'attenta valutazione clinico-assistenziale dei singoli casi.

Nel complesso, i dati evidenziano una tendenza alla riduzione di alcune misure più restrittive, a fronte di una stabilità delle spondine e di un incremento selettivo di strumenti specifici, configurando un approccio assistenziale orientato alla modulazione e personalizzazione degli interventi contenitivi. Le evidenze scientifiche sottolineano infatti la necessità di limitare il ricorso alle contenzioni ai casi strettamente necessari, privilegiando interventi assistenziali alternativi e una costante rivalutazione multidisciplinare, nell'ottica della tutela della sicurezza, della qualità di vita e della centralità della persona assistita.

3.4 Lesioni Da Pressione

Le Lesioni Da Pressione (LDP) rappresentano uno degli indicatori più rilevanti della qualità dell'assistenza nei contesti residenziali, in quanto strettamente correlate al livello di fragilità, immobilità, compromissione nutrizionale e complessità clinico-assistenziale dei residenti. La prevenzione, l'identificazione precoce e il trattamento delle lesioni da pressione costituiscono pertanto elementi centrali della presa in carico multiprofessionale del residente, richiedendo monitoraggio continuo, rivalutazioni periodiche e interventi assistenziali personalizzati. La gestione delle LDD è integrata nei Piani Assistenziali Individualizzati (PAI) e prevede il coinvolgimento coordinato delle diverse figure professionali, con particolare attenzione alla mobilitazione, allo stato nutrizionale, alla gestione dell'incontinenza e all'utilizzo di presidi antidecubito.

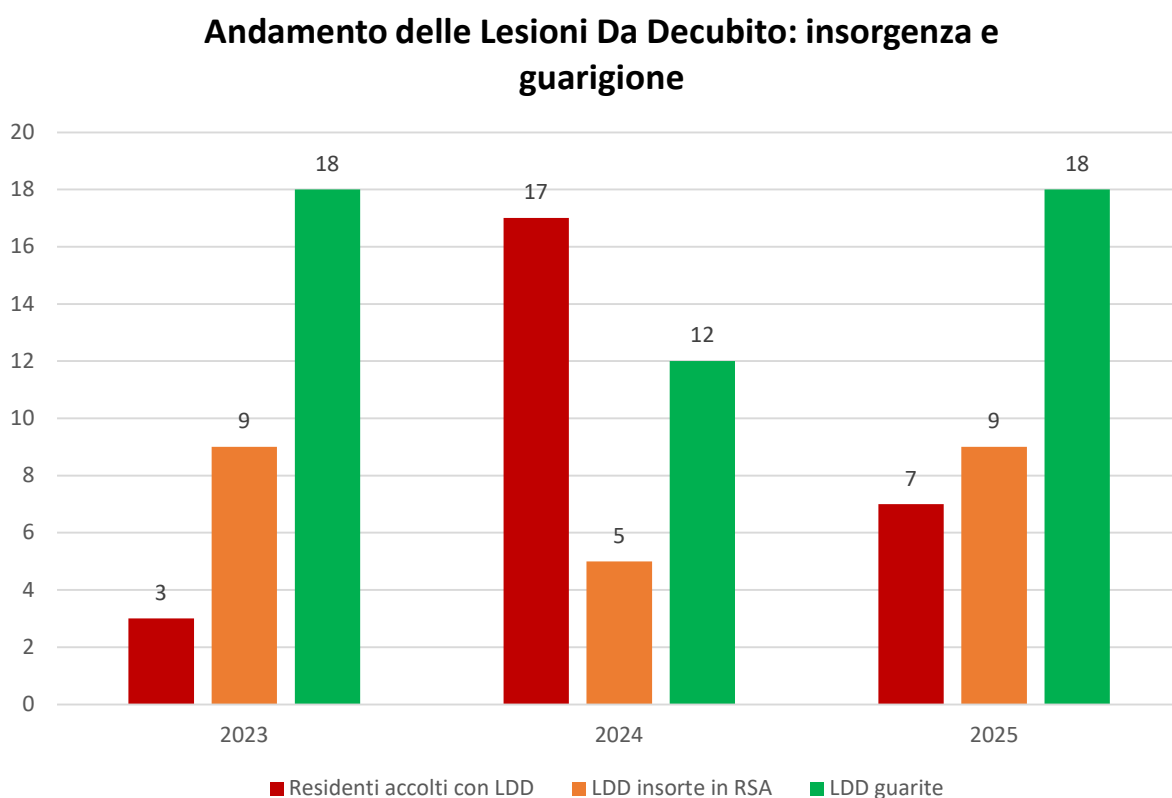


Grafico 8

Il grafico evidenzia, nel triennio 2023–2025, l'andamento dei residenti accolti in RSA con lesioni da pressione (LDD), delle lesioni insorte durante la permanenza in Struttura e delle lesioni guarite nel corso dell'anno di riferimento.

Si osserva una variabilità nel numero di **residenti accolti con LDD**, con un incremento nel 2024 (17 casi) rispetto al 2023 (3 casi) e una successiva riduzione nel 2025 (7 casi), dato che suggerisce differenze nella complessità clinica della popolazione accolta nei diversi anni. Le **LDD insorte in RSA** si mantengono su valori contenuti e relativamente stabili nel triennio (9 casi nel 2023, 5 nel 2024, 9 nel 2025), senza evidenza di un incremento progressivo del fenomeno. Particolarmente significativo risulta il numero di lesioni guarite nel corso dell'anno, che si mantiene elevato in tutto il periodo considerato (18 nel 2023, 12 nel 2024, 18 nel 2025), evidenziando un'intensa attività di trattamento e gestione clinico-assistenziale delle lesioni.

Infine, il numero di residenti deceduti con lesioni da pressione si mantiene contenuto nel triennio (2 casi nel 2023, 5 nel biennio 2024-2025) ed appare verosimilmente correlato all'elevata fragilità clinica, alla compromissione funzionale e alla complessità assistenziale dei residenti, piuttosto che alla sola presenza della lesione da pressione.

Nel complesso, i dati suggeriscono un sistema di prevenzione, monitoraggio e trattamento delle LDD strutturato e continuativo, orientato al contenimento delle nuove insorgenze e alla gestione precoce delle lesioni presenti.

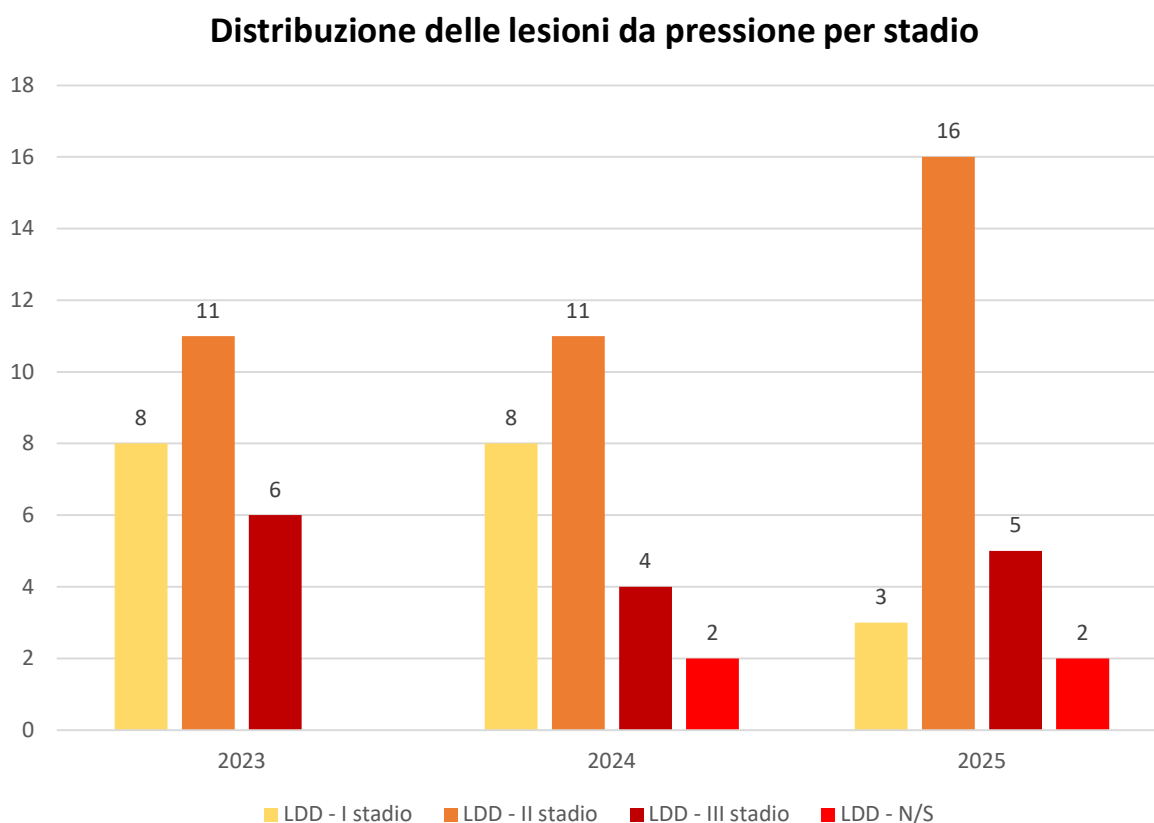


Grafico 9

Il grafico 9 evidenzia la distribuzione delle lesioni da pressione (LDD) per stadio nel triennio 2023–2025, mostrando una sostanziale stabilità del numero complessivo delle lesioni (25 nel 2023-2024, 26 nel 2025), con una prevalenza delle forme di II stadio in tutti gli anni considerati. Le **LDD di II stadio** rappresentano infatti la tipologia più frequentemente rilevata, mantenendosi stabili nel 2023-2024 (11 casi) e mostrando un incremento nel 2025 (16 casi). Le **lesioni di I stadio** risultano, invece, in riduzione nel 2025 (3 casi rispetto agli 8 registrati nel biennio precedente).

Le **lesioni di III stadio** si mantengono su valori contenuti e relativamente stabili nel corso del triennio (6 casi nel 2023, 4 nel 2024 e 5 nel 2025), mentre non si rilevano lesioni di **IV stadio**. Nel 2024-2025 risultano presenti alcune lesioni non stadiabili (N/S), pari a 2 casi per anno.

Nel complesso, i dati suggeriscono un contenimento delle forme più gravi di lesione da pressione, con una prevalenza di lesioni di gravità lieve-moderata e un numero limitato di lesioni avanzate. L'assenza di lesioni di IV stadio rappresenta un elemento indirettamente positivo, indicativo della tempestività degli interventi assistenziali e dell'efficacia delle strategie di prevenzione e monitoraggio adottate dalla Struttura.

L'incremento delle lesioni di II stadio osservato nel 2025 riflette sia una maggiore complessità clinico-assistenziale della popolazione residente, sia una più precoce identificazione delle alterazioni cutanee, favorita dal monitoraggio continuativo e dalla rivalutazione sistematica dei residenti a rischio.

3.5 Nutrizione

Lo stato nutrizionale rappresenta un indicatore fondamentale della qualità dell'assistenza nei contesti residenziali, in quanto strettamente correlato allo stato di salute generale, alla funzionalità, al rischio di complicanze e alla qualità di vita dei residenti. La malnutrizione, in particolare nella popolazione anziana fragile, è associata a un aumento del rischio di infezioni, lesioni da pressione, declino funzionale e mortalità.

La Struttura adotta un sistema di monitoraggio sistematico dello stato nutrizionale attraverso l'utilizzo della scala **MNA (Mini Nutritional Assessment)**, che consente di identificare precocemente i residenti a rischio o in condizione di malnutrizione. Parallelamente, vengono attuati interventi nutrizionali mirati, tra cui l'utilizzo di **integratori naturali** (per es. grana, olio, miele), al fine di supportare il fabbisogno nutrizionale dei soggetti più fragili.

L'attività di monitoraggio dello stato nutrizionale è integrata nei **Piani Assistenziali Individualizzati (PAI)**. Per ciascun residente vengono infatti effettuati almeno due PAI all'anno, nell'ambito dei quali viene sistematicamente valutato il rischio nutrizionale, con particolare attenzione ai soggetti considerati a rischio.

In presenza di un punteggio **MNA compreso tra 17 e 24**, indicativo di **rischio medio di malnutrizione**, è prevista una **rivalutazione almeno semestrale**, con attivazione di interventi nutrizionali mirati. Un punteggio MNA < 17 identifica invece una condizione di malnutrizione o rischio nutrizionale elevato, che richiede interventi più intensivi e monitoraggio ravvicinato.

Numero medio di residenti ad alto rischio di malnutrizione e interventi nutrizionali

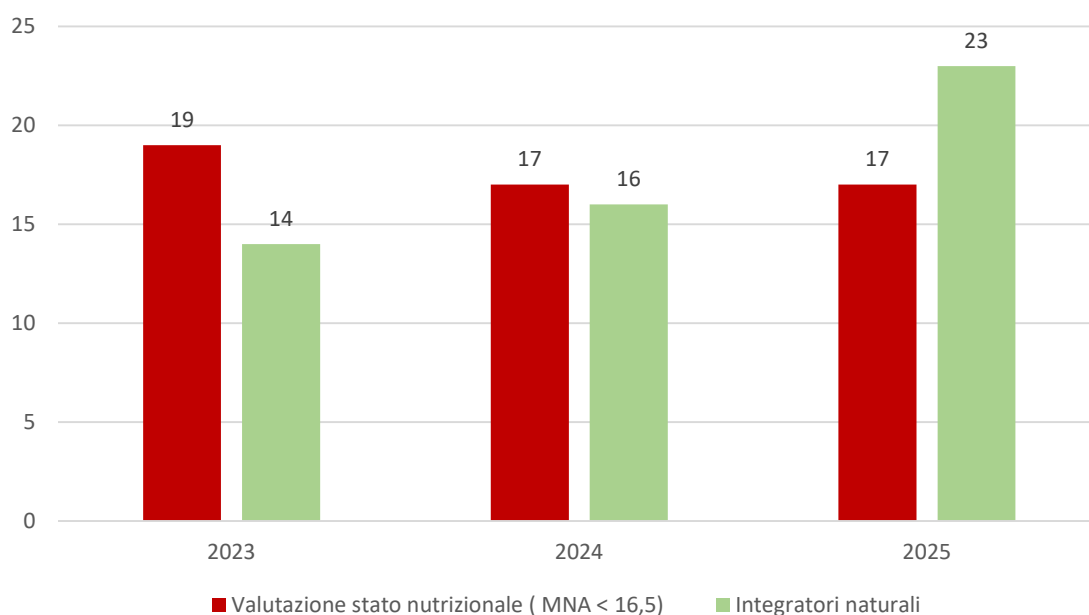


Grafico 10

Per quanto riguarda lo stato nutrizionale, il numero medio di residenti con MNA $\leq 16,5$ mostra una lieve riduzione tra il 2023 (19) e il 2024 (17), mantenendosi stabile nel 2025. Questo dato suggerisce un **contenimento del rischio nutrizionale**, senza evidenza di peggioramento nel periodo considerato.

Parallelamente, si osserva un incremento significativo del numero medio di residenti che ricevono **integratori naturali**, che passano da 14 nel 2023 a 23 nel 2025. Tale aumento indica un rafforzamento degli interventi di supporto nutrizionale. L'aumento del ricorso agli integratori appare coerente con un approccio assistenziale strutturato e con la crescente fragilità clinico-assistenziale della popolazione residente.

Un ulteriore elemento di complessità assistenziale è rappresentato dalla presenza di **residenti** affetti da **disfagia**. Nel triennio il numero medio mensile di residenti con tale condizione è passato da 5,7 nel 2023 a 7,9 nel 2024, mantenendosi elevato anche nel 2025 (7,2 residenti). La gestione della disfagia richiede specifici adattamenti dietetici, un attento monitoraggio dell'alimentazione e dell'idratazione e il coinvolgimento multiprofessionale di personale medico, infermieristico, assistenziale e del servizio di ristorazione.

Nel corso del 2024 la Struttura ha inoltre preso in carico **residenti** portatori di **Gastrostomia Endoscopica Percutanea (PEG)**, con la presenza continuativa di un residente nel periodo compreso tra febbraio e novembre e di due residenti nel mese di aprile. Pur trattandosi di numeri contenuti, tali situazioni hanno richiesto una gestione nutrizionale specialistica, un monitoraggio clinico-assistenziale dedicato e la presenza di personale adeguatamente formato per la gestione dell'alimentazione enterale.

3.6 Cure di fine vita

Le cure di fine vita rappresentano un ambito centrale dell'assistenza residenziale, in particolare nei contesti caratterizzati da elevata fragilità, pluripatologia e progressiva compromissione funzionale. L'identificazione precoce dei residenti in fase avanzata di malattia consente di orientare la presa in carico verso obiettivi di comfort, dignità e qualità della vita, promuovendo un approccio assistenziale personalizzato e multiprofessionale.

La gestione del fine vita in RSA si fonda sull'integrazione tra aspetti clinici, assistenziali, relazionali e spirituali, attraverso la definizione di specifici **PAI di fine vita**, condivisi con il residente e/o con i familiari, al fine di garantire appropriatezza delle cure, continuità assistenziale e supporto ai caregivers.

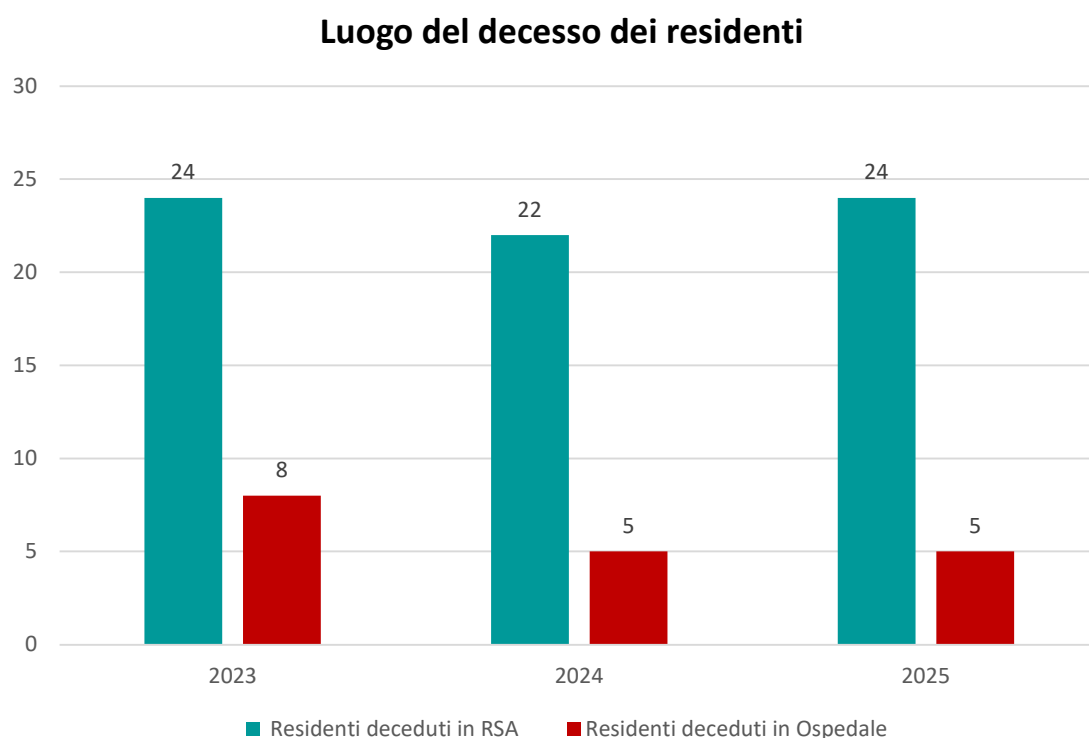


Grafico 11

Il grafico evidenzia che, nel triennio 2023–2025, la maggior parte dei **decessi** dei residenti avviene **all'interno dell'RSA**, con valori sostanzialmente stabili nel tempo (24 nel 2023, 22 nel 2024, 24 nel 2025). I **decessi** avvenuti in **Ospedale** risultano invece più contenuti (8 nel 2023, 5 nel biennio 2024-2025), senza incremento significativo nel periodo considerato.

I dati suggeriscono una capacità della Struttura di garantire continuità assistenziale e presa in carico anche nelle fasi terminali della malattia, limitando il ricorso all'ospedalizzazione nei casi in cui il mantenimento in RSA risulti clinicamente appropriato e coerente con gli obiettivi assistenziali del residente.

Identificazione e presa in carico dei residenti in Fine Vita

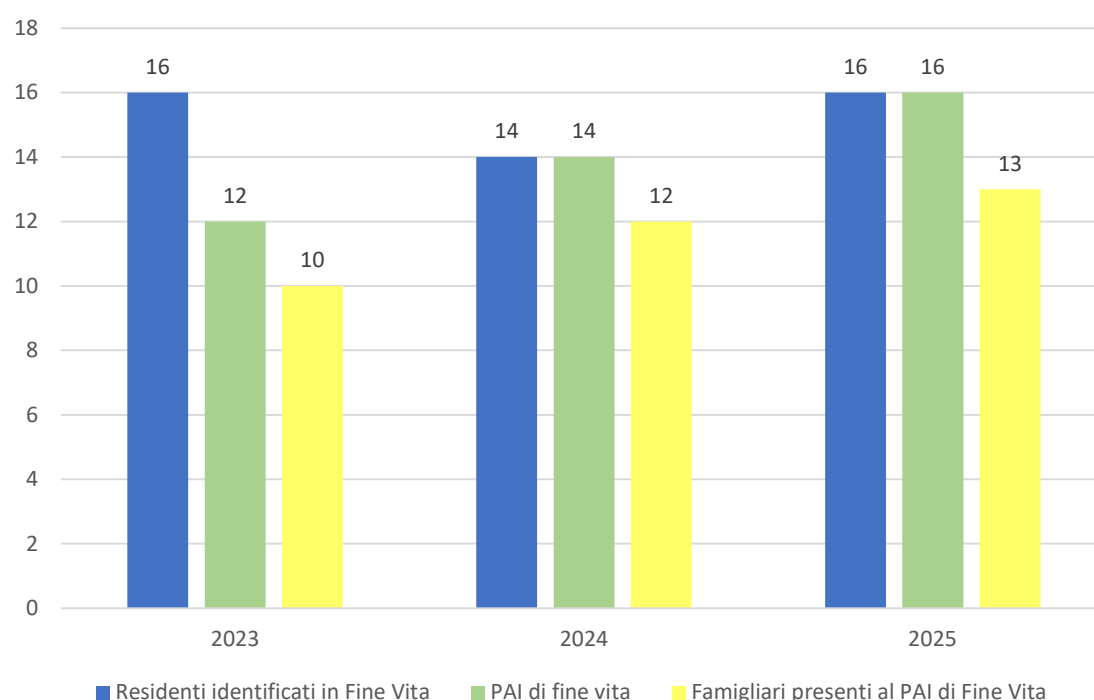


Grafico 12

Il numero di **residenti identificati in fase terminale** si mantiene sostanzialmente stabile nel periodo considerato (16 nel 2023, 14 nel 2024, 16 nel 2025). Si osserva un progressivo incremento dei **PAI di fine vita**, che passano da 12 nel 2023 a 16 nel 2025, evidenziando un rafforzamento della pianificazione assistenziale dedicata ai residenti nelle fasi avanzate di malattia. Parallelamente, aumenta anche il **coinvolgimento dei familiari** nei PAI di fine vita (da 10 nel 2023 a 13 nel 2025), dato che suggerisce una crescente attenzione agli aspetti relazionali, comunicativi e condivisi del percorso di cura.

I dati evidenziano un progressivo consolidamento dell'approccio palliativo e della Pianificazione Condivisa delle Cure (PCC), orientato alla personalizzazione dell'assistenza, alla continuità della presa in carico e al supporto del residente e della famiglia nelle fasi terminali della malattia.

3.7 Terapia farmacologica

La gestione della terapia farmacologica rappresenta un ambito cruciale nella presa in carico dei residenti in Struttura, in quanto strettamente correlata alla complessità clinica, al rischio di eventi avversi e alla qualità dell'assistenza erogata. In particolare, la polifarmacoterapia costituisce un indicatore rilevante di fragilità clinica ed è associata a un aumentato rischio di interazioni farmacologiche, effetti indesiderati, cadute e declino funzionale.

Nel contesto residenziale, il monitoraggio del numero di principi attivi assunti consente di valutare il livello di complessità terapeutica e di orientare interventi di revisione e appropriatezza prescrittiva.

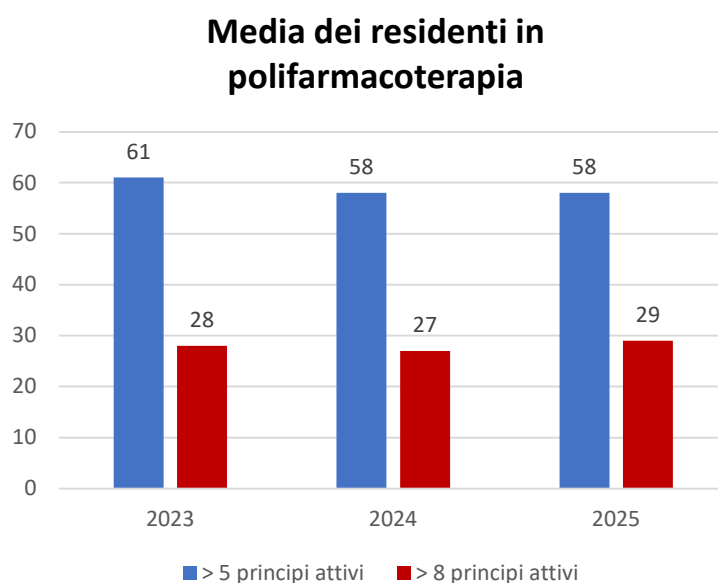


Grafico 13

Nel triennio 2023–2025, il numero medio di residenti si mantiene stabile (n. 89), consentendo un confronto omogeneo nel tempo.

L'analisi della polifarmacoterapia evidenzia che la quota di residenti in trattamento con **più di 5 principi attivi** rimane elevata, pur mostrando una lieve riduzione nel corso del triennio (da 61 nel 2023 a 58 nel 2024-2025). Analogamente, la percentuale media di residenti con **più di 8 principi attivi** si mantiene sostanzialmente stabile (28 nel 2023, 27 nel 2024, 29 nel 2025), evidenziando la presenza costante di una quota di residenti ad alta complessità terapeutica, caratterizzati da condizioni cliniche complesse e pluripatologie.

Nel complesso, i dati indicano una **stabilizzazione della polifarmacoterapia su livelli elevati**, senza variazioni significative nel triennio.

Alla luce dei dati analizzati, risulta prioritario rafforzare i processi di revisione periodica della terapia (*medication review*), promuovendo interventi di *deprescribing* ove appropriato e garantendo una personalizzazione dei trattamenti in relazione al profilo clinico e funzionale del residente.

L'analisi dei valori medi di utilizzo di antipsicotici e benzodiazepine nel triennio 2023-2025 evidenzia andamenti differenziati tra le due classi farmacologiche, con implicazioni rilevanti in termini di appropriatezza prescrittiva e gestione clinica dei residenti.

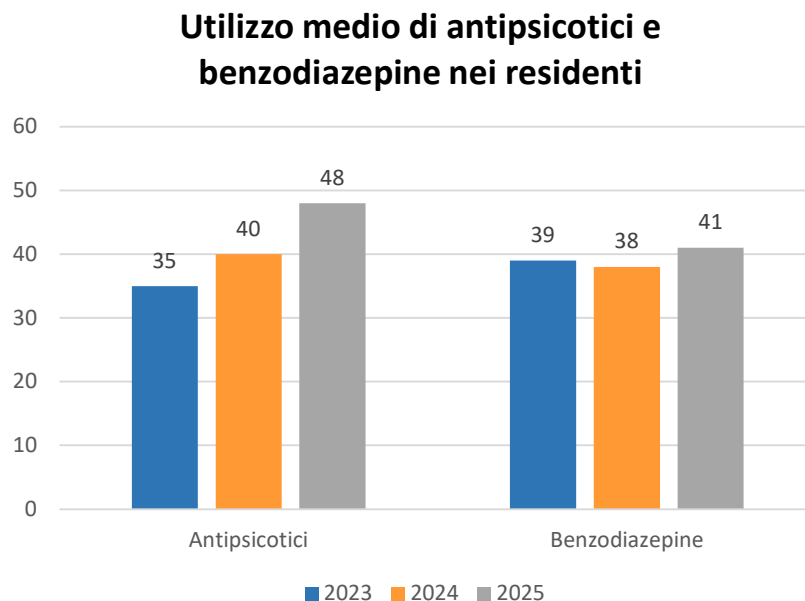


Grafico 14

Per quanto riguarda gli **antipsicotici** (per es. i più usati: Quetiapina, Talofen, Risperidone, Serenase) si osserva un **incremento progressivo** nel triennio, con un aumento da 35 nel 2023 a 40 nel 2024 fino a 48 nel 2025. Tale andamento suggerisce un crescente ricorso a questa classe farmacologica, verosimilmente correlato all'aumento della complessità clinica dei residenti, in particolare per quanto riguarda la gestione dei disturbi comportamentali e psicologici della demenza (BPSD).

Al contrario, le **benzodiazepine** (per es. i più usati: Tavor, Halcion, Lexotan) mostrano un andamento più stabile, con un lieve decremento nel 2024 (38) rispetto al 2023 (39), seguito da un nuovo incremento nel 2025 (41). Questo dato indica una sostanziale stabilità nel loro utilizzo, pur mantenendosi su livelli rilevanti.

Nel complesso, i dati evidenziano una **elevata esposizione a farmaci psicotropi**, con un incremento più marcato per gli antipsicotici. Tale evidenza richiede particolare attenzione, in considerazione del profilo di rischio associato a queste terapie nella popolazione anziana, tra cui aumento del rischio di cadute, sedazione, deterioramento cognitivo e altre complicanze.

Errori nella gestione della terapia farmacologica

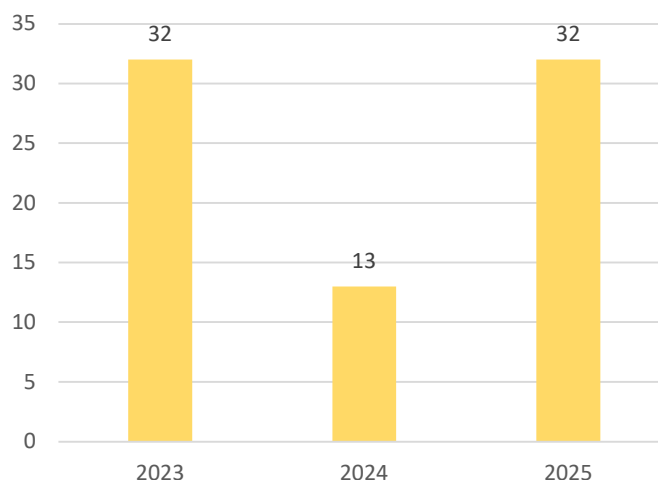


Grafico 15

L'analisi degli eventi correlati alla gestione della terapia farmacologica nel triennio 2023–2025 distingue due ambiti differenti: la **mancata assunzione della terapia** e gli **errori di terapia**, riconducibili rispettivamente a problematiche di aderenza e a criticità del processo di somministrazione.

La **non aderenza terapeutica** (medication non-adherence), intesa come mancata assunzione del farmaco rispetto alla prescrizione (ad esempio *farmaco rinvenuto a terra, dimenticanza*), rappresenta l'evento più frequente, con 31 episodi nel 2023, una riduzione nel 2024 (12) e un successivo incremento nel 2025 (29).

Gli **errori di terapia farmacologica** (medication errors), intesi come eventi prevenibili correlati al processo di gestione e somministrazione (ad esempio *scambio di persona, dose errata, farmaco sbagliato*), si mantengono su valori contenuti (1 episodio nel 2023 e nel 2024, 3 nel 2025), indicando un buon livello complessivo di controllo del processo. Tuttavia, anche in presenza di numeri ridotti, tali eventi richiedono un monitoraggio costante in considerazione del potenziale impatto clinico.

3.8 Dolore

Il dolore rappresenta un indicatore fondamentale della qualità dell'assistenza nei contesti residenziali, in quanto incide in modo significativo sul benessere, sulla funzionalità e sulla qualità di vita dei residenti. La sua rilevazione sistematica e la gestione appropriata costituiscono pertanto un elemento centrale della presa in carico clinico-assistenziale. Nel corso del triennio 2023–2025, la Struttura ha adottato un sistema strutturato di monitoraggio del dolore basato sull'utilizzo integrato di strumenti validati, quali le **scale PAINAD** (Pain Assessment in Advanced Dementia), utilizzata nei residenti con compromissione cognitiva e **NRS** (Numerical Rating Scale), utilizzata nei residenti collaboranti.

La scelta dello strumento di valutazione viene effettuata sulla base del punteggio ottenuto alla **scala SPMSQ** (Short Portable Mental Status Questionnaire). Per un punteggio ≥ 7 si utilizza la scala PAINAD in alternativa NRS.

La rilevazione viene effettuata con cadenza quindicinale in occasione delle attività assistenziali (bagni) da parte degli Operatori Socio-Sanitari (OSS), garantendo una raccolta sistematica del dato².

ANNO 2023	TOTALE	PAINAD	NRS	Schede con valore dolore = 0	Schede con valore dolore > 0 e ≤ 3	Schede con valore ≥ 4 dolore moderato o severo
GENNAIO	429	129	300	248	61	120
FEBBRAIO	309	72	237	211	36	62
MARZO	515	101	414	322	69	124
APRILE	589	81	508	352	77	160
MAGGIO	419	73	346	284	29	106
GIUGNO	296	65	231	235	16	45
LUGLIO	312	88	224	238	22	52
AGOSTO	330	70	260	241	23	66
SETTEMBRE	323	67	256	248	25	50
OTTOBRE	342	73	269	241	29	72
NOVEMBRE	335	64	271	242	34	59
DICEMBRE	304	56	248	231	22	51
TOTALE ANNO	4503	939	3564	3093	443	967

Tabella 1 - Rilevazione del dolore anno 2023

² La raccolta aggregata dei dati relativi alla rilevazione del dolore è stata effettuata, per gli anni 2023-2024, dalla Responsabile del Servizio Sociale e di animazione e, per l'anno 2025, dalla Responsabile del Servizio fisioterapico. L'attività di monitoraggio richiede un significativo impegno temporale e organizzativo, in quanto comporta la verifica/controllo delle singole schede dei residenti attraverso l'applicativo CBA Zuccheti, con successiva aggregazione manuale dei dati tramite Excel. Alla luce della complessità e della numerosità delle rilevazioni effettuate, si evidenzia l'opportunità di approfondire con l'Azienda "Zuccheti Healthcare" la possibilità di implementare modalità di estrazioni rapide dei dati, per ottimizzare i processi di monitoraggio degli indicatori assistenziali.

ANNO 2024	TOTALE	PAINAD	NRS	Schede con valore dolore = 0	Schede con valore dolore > 0 e ≤ 3	Schede con valore ≥ 4 dolore moderato o severo
GENNAIO	326	80	246	234	33	59
FEBBRAIO	345	56	289	244	30	71
MARZO	348	149	199	232	48	68
APRILE	436	115	321	273	54	109
MAGGIO	357	146	211	256	39	62
GIUGNO	310	74	236	209	29	72
LUGLIO	298	98	200	228	28	42
AGOSTO	246	87	159	209	14	23
SETTEMBRE	325	92	233	229	31	65
OTTOBRE	325	92	233	229	31	65
NOVEMBRE	374	92	282	249	53	72
DICEMBRE	296	72	224	226	30	40
TOTALE ANNO	3986	1153	2833	2818	420	748

Tabella 2 - Rilevazione del dolore anno 2024

ANNO 2025	TOTALE	PAINAD	NRS	Schede con valore dolore = 0	Schede con valore dolore > 0 e ≤ 3	Schede con valore ≥ 4 dolore moderato o severo
GENNAIO	352	97	255	231	39	71
FEBBRAIO	312	80	232	218	29	65
MARZO	350	96	254	245	33	72
APRILE	408	64	344	253	56	99
MAGGIO	452	71	381	293	48	111
GIUGNO	417	68	348	279	47	90
LUGLIO	338	70	268	234	35	68
AGOSTO	336	78	258	222	46	68
SETTEMBRE	431	77	354	265	44	121
OTTOBRE	424	76	348	242	70	112
NOVEMBRE	398	81	317	244	57	100
DICEMBRE	505	91	414	287	63	155
TOTALE ANNO	4723	949	3773	3013	567	1132

Tabella 3 - Rilevazione del dolore anno 2025

Nel triennio 2023–2025 si evidenzia un'attività di monitoraggio del dolore strutturata e continuativa, con un numero elevato di schede di rilevazione compilate annualmente (4503 nel 2023, 3986 nel 2024, 4723 nel 2025), a conferma dell'integrazione sistematica della valutazione del dolore nei processi assistenziali della Struttura. Dal punto di vista degli strumenti utilizzati, nel 2024 si osserva un incremento delle rilevazioni effettuate mediante scala PAINAD, che passano da 939 nel 2023 a 1153 nel 2024, dato che suggerisce una maggiore presenza di residenti con compromissione cognitiva. Nel 2025 si rileva invece un incremento delle valutazioni effettuate tramite scala NRS (3773 rilevazioni), indicativo di una variazione del case-mix assistenziale.

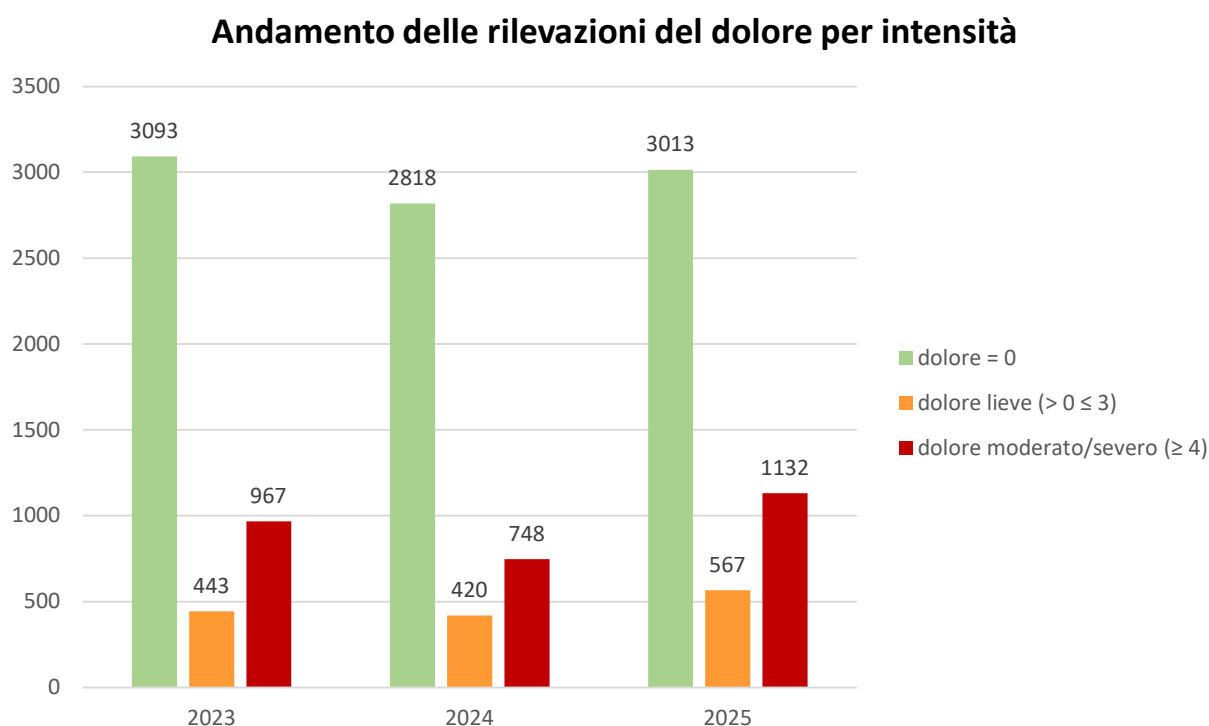


Grafico 16

Per quanto riguarda l'**intensità del dolore rilevato**, le **schede** con **assenza di dolore (valore = 0)** si mantengono sostanzialmente stabili nel triennio (3093 nel 2023, 2818 nel 2024, 3013 nel 2025), mentre il **dolore lieve (>0 e ≤3)** evidenzia un incremento nel 2025 (567 rilevazioni rispetto alle 443 del 2023 e 420 del 2024).

Le rilevazioni con **dolore moderato o severo (≥4)** mostrano invece un andamento variabile, con una riduzione nel 2024 (748 rispetto alle 967 del 2023) e un successivo incremento nel 2025 (1132). Tale andamento può riflettere una crescente sensibilità del sistema di monitoraggio nell'identificazione del sintomo dolore.

Nel complesso, i dati confermano l'importanza di mantenere elevata l'attenzione sulla valutazione e rivalutazione del dolore, promuovendo interventi tempestivi, personalizzati e multiprofessionali, al fine di garantire qualità e appropriatezza dell'assistenza.

3.9 Infezioni Correlate all'Assistenza

Le Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA) rappresentano un indicatore rilevante della qualità dell'assistenza e dell'efficacia delle strategie di prevenzione e controllo del rischio infettivo nei contesti residenziali.

Andamento delle ICA per tipologia

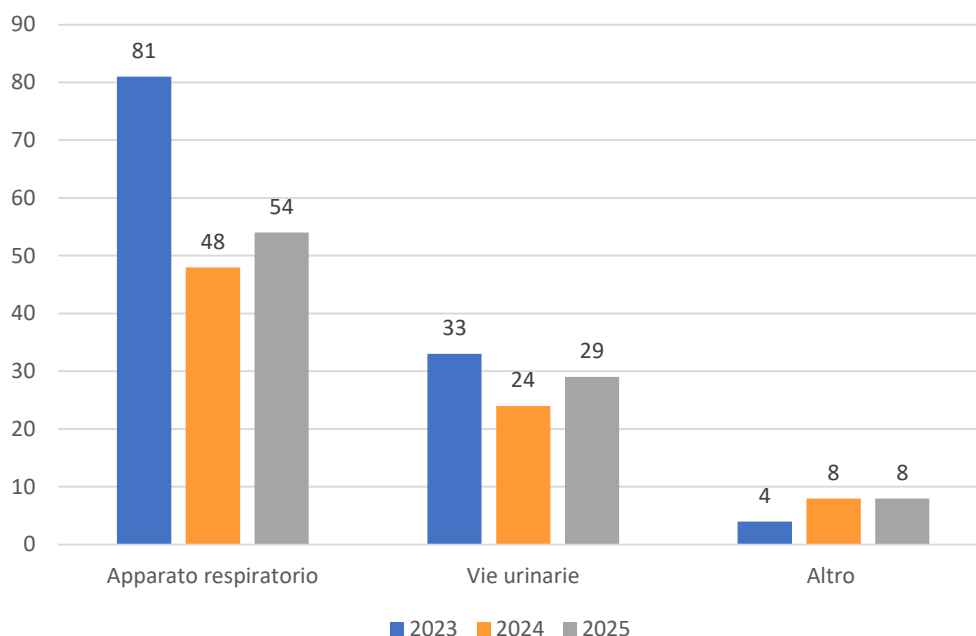


Grafico 17

Nel triennio 2023–2025 si osserva un andamento variabile del numero complessivo di infezioni, con una riduzione significativa nel 2024 rispetto al 2023, seguita da un incremento nel 2025, pur mantenendosi su valori inferiori rispetto all'anno iniziale per alcune tipologie.

In particolare, le **infezioni dell'apparato respiratorio** risultano prevalenti in tutti gli anni considerati, passando da 81 casi nel 2023 a 48 nel 2024, fino a 54 nel 2025. Tale andamento suggerisce una riduzione iniziale, verosimilmente correlata all'efficacia delle misure di prevenzione e controllo, seguita da una ripresa parziale del fenomeno.

Le **infezioni delle vie urinarie** mostrano un trend analogo, con una diminuzione nel 2024 (da 33 a 24 casi) e un successivo incremento nel 2025 (29 casi), mantenendosi comunque inferiori rispetto ai valori del 2023.

Le **altre tipologie di infezione (cute, gastrointestinali, distretti ORL e oculari)** presentano numeri più contenuti, ma con un incremento nel 2024 e stabilizzazione nel 2025, evidenziando la necessità di mantenere elevata l'attenzione anche su queste forme meno frequenti ma clinicamente rilevanti.

A supporto delle strategie di prevenzione e controllo del rischio infettivo, la Struttura ha proseguito nel triennio le attività di **formazione e addestramento del personale**, con particolare riferimento all'**igiene delle mani** e al corretto utilizzo dei **Dispositivi di Protezione Individuale (DPI)**. Tali interventi, realizzati in modo sistematico e continuativo, si inseriscono in un approccio orientato alla promozione di comportamenti assistenziali sicuri e basati su evidenze, rappresentando uno degli elementi cardine per la riduzione del rischio di trasmissione delle infezioni nei contesti residenziali. Il mantenimento nel tempo di adeguati livelli di adesione alle buone pratiche assistenziali richiede infatti un costante monitoraggio, momenti di richiamo formativo e attività di

sensibilizzazione rivolte a tutto il personale, in coerenza con le raccomandazioni nazionali e internazionali in materia di prevenzione delle ICA.

Terapia antibiotica

Il monitoraggio delle terapie antibiotiche costituisce un ulteriore indicatore utile per la valutazione indiretta dell'andamento delle problematiche infettive e dell'appropriatezza prescrittiva all'interno della Struttura.

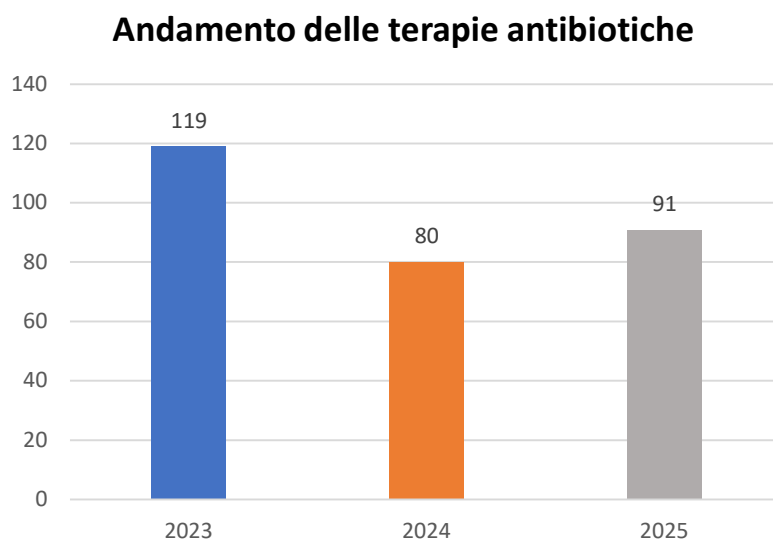


Grafico 18

Nel corso del triennio 2023–2025 il numero complessivo dei **trattamenti antibiotici** ha evidenziato una riduzione rispetto ai valori registrati nel 2023, passando da 119 prescrizioni a 80 nel 2024, per poi attestarsi a 91 nel 2025. Pur registrando un lieve incremento nell'ultimo anno, il dato complessivo rimane inferiore rispetto all'anno iniziale del periodo considerato.

Principali antibiotici utilizzati nel triennio 2023-2025

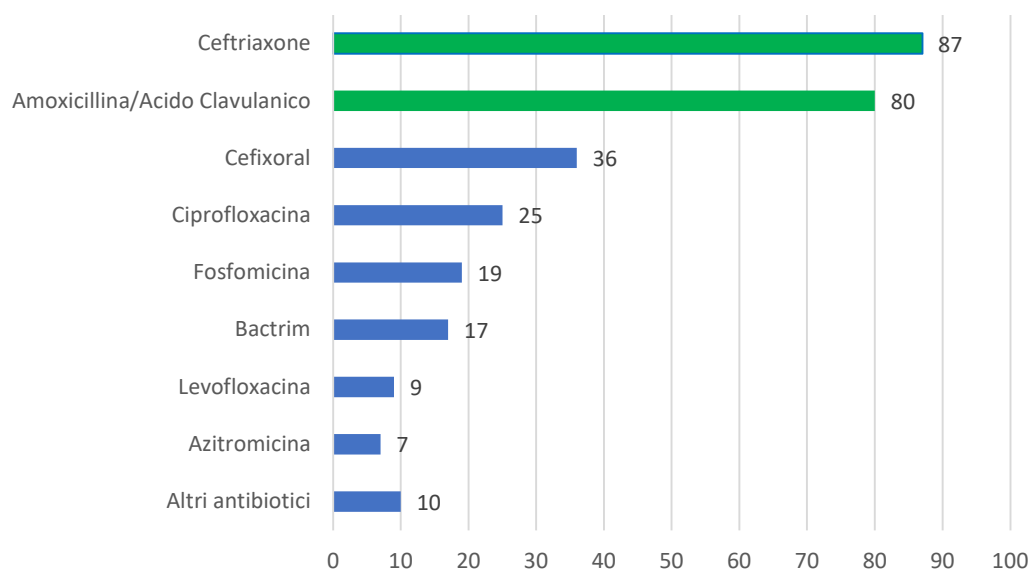


Grafico 19

L'analisi dell'**utilizzo degli antibiotici** nel triennio 2023–2025 evidenzia una prevalenza di **ceftriaxone (87)** e **amoxicillina/acido clavulanico (80)**, che complessivamente rappresentano circa il **58%** delle **terapie antibiotiche** registrate nel periodo considerato. Seguono, con frequenza inferiore, cefixoral (36), ciprofloxacina (25), fosfomicina (19) e bactrim (17), mentre risulta più contenuto il ricorso ad altre molecole antibiotiche.

La distribuzione delle terapie appare coerente con il quadro epidemiologico rilevato nel triennio, caratterizzato dalla prevalenza di infezioni dell'apparato respiratorio e delle vie urinarie. Si osserva inoltre un utilizzo limitato degli antibiotici a maggiore complessità prescrittiva, quali vancomicina e meropenem.

Nel complesso, il monitoraggio periodico dell'utilizzo degli antibiotici rappresenta uno strumento utile a supportare le attività di governo clinico e di gestione del rischio infettivo, consentendo una valutazione nel tempo delle tendenze terapeutiche e dell'appropriatezza prescrittiva.

3.10 Disturbi cognitivi e comportamentali

L'analisi dei residenti con demenza, disturbi psichiatrici e comportamentali nel triennio 2023–2025 evidenzia una crescente prevalenza delle patologie neurocognitive e delle problematiche comportamentali all'interno della popolazione residente.

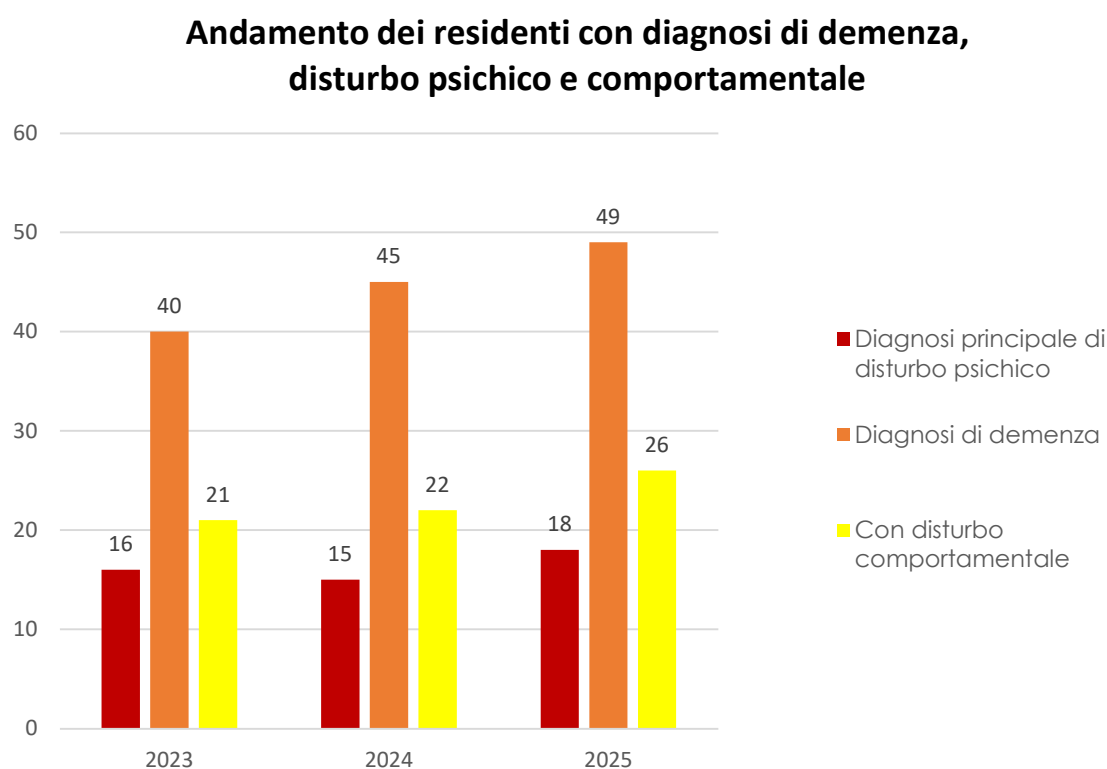


Grafico 20

In particolare, si osserva un aumento costante delle **diagnosi di demenza**, che passano da 40 casi nel 2023 a 49 nel 2025, confermando il crescente peso delle patologie neurodegenerative all'interno della Struttura.

Parallelamente, i residenti con **disturbi comportamentali** mostrano un trend in crescita (da 21 nel 2023 a 26 nel 2025), evidenziando una maggiore necessità di interventi assistenziali, relazionali ed educativi finalizzati alla gestione delle alterazioni comportamentali associate al deterioramento cognitivo. Anche le **diagnosi** principali di **disturbo psichico** si mantengono su valori rilevanti, con un lieve incremento nel 2025 (da 15 a 18), a conferma della presenza strutturale di problematiche psichiatriche.

Nel complesso, i dati evidenziano un'evoluzione del case-mix verso livelli sempre più elevati di compromissione cognitiva e comportamentale, con implicazioni rilevanti in termini di:

- gestione del rischio clinico (per es. cadute, agiti aggressivi);
- aumento del fabbisogno assistenziale;
- necessità di interventi personalizzati e multiprofessionali.

3.11 Maltrattamento e agiti aggressivi

L'incremento dei residenti con disturbi cognitivi e comportamentali si associa a una maggiore incidenza di comportamenti potenzialmente aggressivi, configurando un ambito di rischio rilevante per la sicurezza e il benessere dei residenti e degli Operatori.

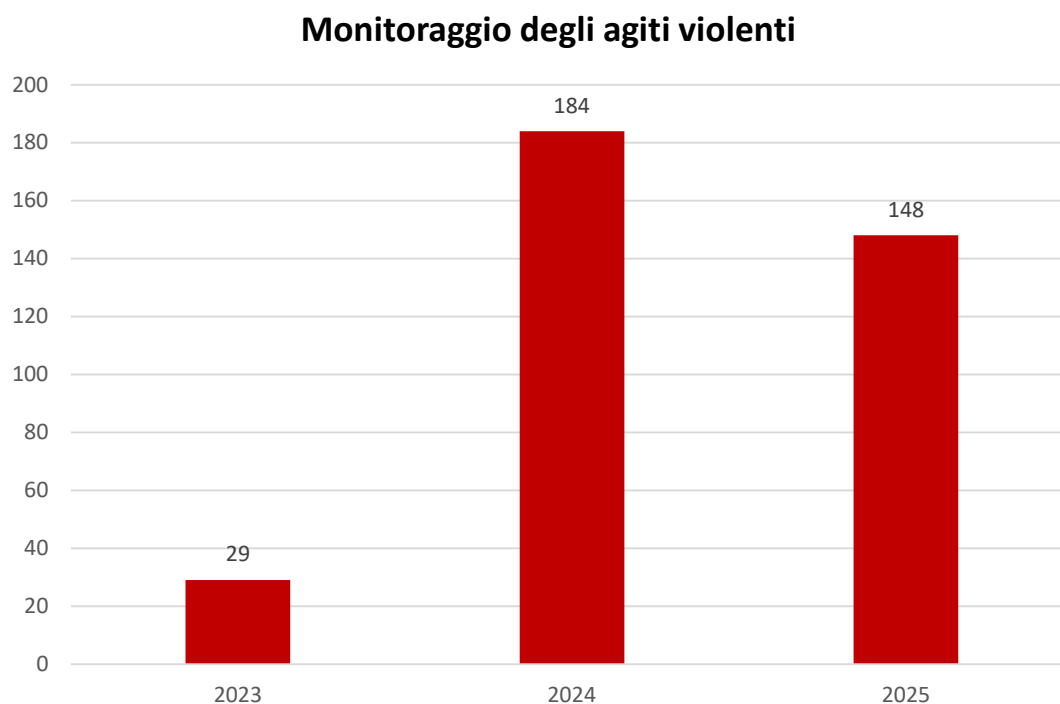


Grafico 21

Come riportato nel grafico 21, Il numero di episodi di agiti violenti evidenzia un marcato incremento nel 2024 (184 episodi rispetto ai 29 del 2023), con una successiva riduzione nel 2025 (148 episodi), pur mantenendosi su valori superiori rispetto al dato iniziale. Tale andamento deve essere interpretato alla luce della creazione della procedura interna SO 7 introdotta nel 2024, che ha previsto l'adozione di una nuova "scheda di segnalazione" e una maggiore strutturazione del sistema di monitoraggio degli episodi comportamentali critici. Il significativo incremento osservato appare pertanto verosimilmente correlato, almeno in parte, a una maggiore accuratezza e sistematicità nella registrazione degli eventi. Parallelamente, i dati risultano coerenti con la crescente complessità clinico-assistenziale della popolazione residente, caratterizzata da un aumento dei disturbi cognitivi e comportamentali, con particolare riferimento ai sintomi comportamentali e psicologici della demenza (BPSD).



EPISODI DI AGITI VIOLENTI

RIEPILOGO TRIENNIO 2023-2025

TIPOLOGIA DI AGITO	2023	2024	2025	TOTALE TRIENNIO 2023-2025
 AGGRESSIONE FISICA	20	92	79	191
 AGGRESSIONE VERBALE (PSICOLOGICA)	0	15	16	31
 AGGRESSIONE FISICA E VERBALE (PSICOLOGICA)	9	67	47	123
 AGGRESSIONE SESSUALE	0	2	1	3
 AGGRESSIONE NON SPECIFICATA	0	8	5	13
 TOTALE EPISODI	29	184	148	361

Tabella 4 - Andamento delle segnalazioni per tipologia di aggressione

L'analisi qualitativa delle segnalazioni evidenzia una prevalenza di episodi caratterizzati da **aggressività fisica** (pugni, calci, graffi, morsi, spinte e stratonamenti ecc.), che rappresentano oltre la metà degli eventi rilevati nel triennio (191 episodi su 361 complessivi). Seguono gli episodi di **aggressività fisica associata ad aggressività verbale/psicologica** (123 episodi), mentre risultano meno frequenti le **manifestazioni esclusivamente verbali** (31 episodi), le **aggressioni/opposizioni non specificate** (13 episodi) e gli **episodi** a connotazione **sessuale** (3 episodi). Dall'esame delle schede di segnalazione emerge inoltre come una quota rilevante di eventi si manifesti durante le attività di assistenza diretta alla persona (igiene, alzata, cambio, vestizione, accompagnamento ai servizi igienici e messa a letto) o in situazioni caratterizzate da oppositività alle cure farmacologiche, agitazione psicomotoria e difficoltà relazionali.

La distribuzione degli eventi rilevati evidenzia la necessità di mantenere elevata l'attenzione verso la prevenzione e la gestione dei comportamenti critici, attraverso interventi assistenziali personalizzati, strategie relazionali adeguate, l'utilizzo di tecniche di de-escalation, approcci non farmacologici e momenti di confronto multidisciplinare a supporto degli operatori coinvolti nella presa in carico quotidiana.

Nel complesso, il monitoraggio degli episodi aggressivi rappresenta uno strumento fondamentale per la gestione del rischio clinico, consentendo una più approfondita conoscenza del fenomeno, l'individuazione precoce delle situazioni a maggior complessità e la pianificazione di interventi preventivi e personalizzati orientati al miglioramento della qualità dell'assistenza e della sicurezza di residenti e operatori.

Andamento delle modalità di trattamento del diabete nei residenti

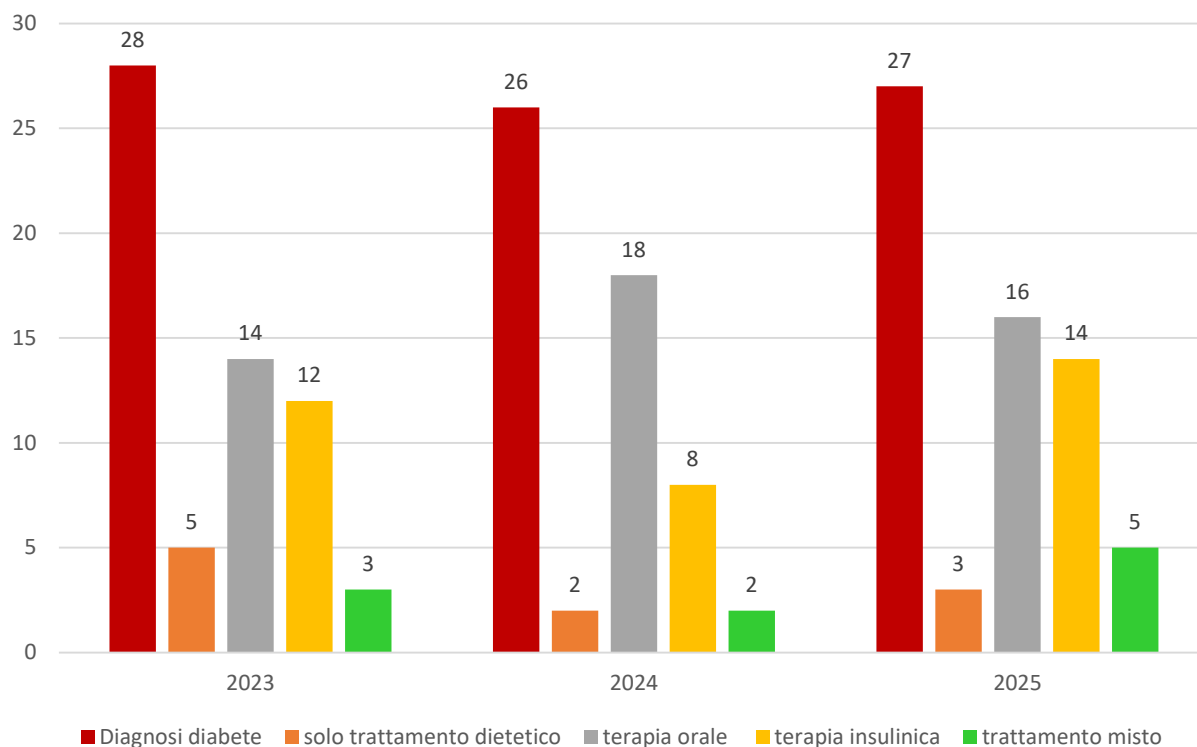


Grafico 22

Nel triennio 2023–2025, il numero di residenti con **diagnosi di diabete** si mantiene sostanzialmente stabile (28 nel 2023, 26 nel 2024, 27 nel 2025), indicando una prevalenza costante della patologia all'interno della popolazione residente.

Analizzando le modalità di trattamento, emerge una rimodulazione della gestione terapeutica nel tempo. In particolare, si osserva una riduzione dei residenti in **solo trattamento dietetico** (da 5 nel 2023 a 2 nel 2024, con lieve incremento a 3 nel 2025), a favore di strategie terapeutiche più strutturate. La **terapia orale** rappresenta la modalità più frequente, con un incremento nel 2024 (18 casi) e una successiva lieve riduzione nel 2025 (16 casi), mantenendosi comunque su valori elevati.

Di particolare rilievo risulta l'andamento della **terapia insulinica**, che mostra una riduzione nel 2024 (da 12 a 8 casi) seguita da un incremento significativo nel 2025 (14 casi), suggerendo una possibile evoluzione verso quadri clinici a maggiore complessità e necessità di controllo glicemico più intensivo.

Anche il **trattamento misto** evidenzia un incremento nel 2025 (5 casi), confermando ulteriormente la tendenza verso una maggiore intensità terapeutica in una quota di residenti.

Nel complesso, i dati indicano una progressiva complessità nella gestione clinica dei residenti, con un maggiore ricorso a terapie farmacologiche avanzate e schemi terapeutici combinati. Tale andamento richiede un'attenta gestione clinico-assistenziale, orientata al monitoraggio continuo dei parametri glicemici, alla prevenzione delle complicanze e alla personalizzazione dei percorsi terapeutici, anche in relazione alla fragilità e alla comorbidità dei residenti.

4. SORVEGLIANZA EVENTI SENTINELLA

La sorveglianza degli eventi sentinella rappresenta uno strumento fondamentale per la prevenzione di eventi avversi di particolare gravità, che possono determinare esiti rilevanti per la salute e la sicurezza dei residenti, nonché per il miglioramento complessivo della qualità dell'assistenza.

Nel corso del triennio 2023–2025, lo Staff interno della Qualità (Coordinatrice dei Servizi, Medico Coordinatore Sanitario e Responsabile della Qualità) ha proseguito l'attività di monitoraggio annuale delle "Raccomandazioni per la prevenzione degli eventi sentinella" attraverso il portale dell'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS), in coerenza con gli indirizzi nazionali e con gli obblighi previsti per le strutture sanitarie e socio-sanitarie operanti nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale (SSN).

Il monitoraggio ha previsto l'inserimento dei dati relativi all'applicazione delle raccomandazioni e la successiva validazione da parte del Referente provinciale per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del residente. Tale attività consente di valutare il grado di implementazione delle raccomandazioni all'interno della Struttura e di individuare eventuali ambiti di miglioramento nella gestione del rischio clinico.

La sorveglianza degli eventi sentinella si configura pertanto come un indicatore significativo del livello di maturità della cultura della sicurezza all'interno dell'organizzazione e rappresenta uno degli elementi di valutazione dell'effettiva erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), contribuendo al consolidamento dei processi di clinical governance e al miglioramento dei servizi. Nel triennio periodo considerato non si sono verificati eventi sentinella (Rif. Lista eventi sentinella AGENAS).

Le attività di monitoraggio e compilazione sul portale AGENAS sono state regolarmente eseguite e validate nel corso del triennio considerato, rispettivamente in data 14/03/2023 e 26/08/2025.

5. OBIETTIVI ANNUALI ASSEGNATI AI SERVIZI

Monitoraggio delle performance e risultati conseguiti

Nel corso del triennio 2023–2025, lo Staff Direttivo del Centro Servizi Socio-Sanitari e Residenziali di Malè ha provveduto all'individuazione e all'attuazione degli **obiettivi annuali di miglioramento** assegnati ai diversi ambiti organizzativi, in coerenza con le priorità strategiche della Struttura e con i principi del Sistema di Gestione della Qualità. Gli obiettivi sono stati condivisi con i Referenti dei servizi nel corso di incontri periodici, finalizzati alla verifica dello stato di avanzamento delle attività, alla valutazione degli scostamenti rispetto a quanto programmato e all'individuazione di eventuali azioni correttive o di ripianificazione. Tale modalità ha consentito di orientare le attività verso il miglioramento continuo, favorendo la responsabilizzazione dei Referenti e il coinvolgimento del personale nei processi organizzativi e assistenziali.

Nelle Tabelle sottostanti vengono evidenziati i risultati conseguiti rispetto a quanto programmato, alle risorse umane impiegate, rilevando gli scostamenti registrati e/o le azioni correttive adottate.

Obiettivi annuali assegnati ai Servizi relativi al triennio 2023-2025

Servizio	Obiettivi 2023	Modalità di lavoro	Tempistica	Referente	Gruppo di lavoro	Indicatori	Valutazione	Motivazione eventuale esito negativo
Coordinatrice dei servizi socio-sanitari	Coordinamento dei progetti dei servizi, monitoraggio dell'andamento e verifica del raggiungimento degli obiettivi.	Partecipazione ai gruppi di lavoro, supervisione delle attività e supporto ai Referenti di servizio.	Entro 31/12/2023	Coordinatrice dei Servizi /Assistente Resp. qualità		Report di monitoraggio.	Attività completate.	
	Revisione e implementazione della procedura SA10 - FSC - gruppo di Prevenzione e controllo delle Infezioni Correlate ai processi socio-assistenziali.	gruppo di lavoro multiprofessionale.	Entro 31/04/2024	Medico Resp. qualità	Medico, Coordinatrice dei Servizi, Infermieri, OSS.	Procedura SA10.	Obiettivo Raggiunto. Documento concluso il 23/04/2024 e diffuso il 28/05/2024.	
Servizio infermieristico e assistenziale	Realizzazione e implementazione della procedura SO7 - FSC - Gruppo di Prevenzione, monitoraggio e gestione degli agiti violenti nei confronti del personale.	Gruppo di lavoro multiprofessionale.	Entro 31/12/2023	Resp. qualità	Medico, Coordinatrice dei Servizi, Resp. dei Servizi sociali e di animazione, Infermieri, OSS.	Procedura SO7.	Obiettivo raggiunto. Documento diffuso il 20/02/2024.	
	Mantenimento delle abilità di Esercitazioni vestizione/svestizione e igiene delle mani. Prevenzione della diffusione delle ICA.	di Esercitazioni e pratiche individualizzate.	Entro 31/12/2023	Coordinatrice dei servizi	Operatori Socio-Sanitari	Fogli firma e valutazione formativa del personale ad eccezione del personale amministrativo e ristorazione.	Obiettivo raggiunto.	
Servizio di animazione	Realizzazione della procedura PA 3 "Uscite dalla Struttura" relativa	Gruppo di lavoro multiprofessionale.	Entro 31/12/2023	Resp. Animazione	Personale di animazione e infermieristico	Procedura PA3.	Obiettivo raggiunto.	

Servizio	Obiettivi 2023	Modalità di lavoro	Tempistica	Referente	Gruppo di lavoro	Indicatori	Valutazione	Motivazione eventuale esito negativo
	alla programmazione e gestione degli accertamenti diagnostici e delle visite specialistiche dei residenti.							
Servizio fisioterapico	Formazione sul campo sull'utilizzo degli ausili presenti ai piani e realizzazione di una brochure informativa per utenti esterni.	Esercitazioni pratiche a piccoli gruppi (6 gruppi da 9-10 persone per 1,30 ore).	Entro 31/12/2023	Resp. fisioterapico	Fisioterapisti	Fogli firma e valutazione formativa del personale.	Obiettivo raggiunto.	
Servizio lavanderia guardaroba	Revisione della procedura PL2 di approvvigionamento, gestione e conservazione delle divise e calzature del personale.	Gruppo di lavoro e revisione organizzativa interna.	Entro 31/12/2023	Resp. lavanderia e guardaroba	Personale addetto al servizio lavanderia/ guardaroba	Procedura PL2	Obiettivo raggiunto.	
Servizio pulizie	Revisione del Piano delle attività del servizio pulizia (2020). Realizzazione di strumenti di monitoraggio interno di controllo attività di pulizia ordinaria e a fino.	Gruppo di lavoro.	Entro 31/12/2023	Resp. pulizie	Personale addetto al servizio pulizie	Piano delle attività ausiliario del servizio pulizie.	Obiettivo raggiunto.	
Servizio cucina	Realizzazione del Piano delle attività multiprofessionali dell'ausiliario di cucina con e revisione dello schema dietetico.	Gruppi di lavoro multiprofessionali con coinvolgimento dei Rappresentanti dei	Entro 31/12/2023	Resp. cucina	Coordinatrice, personale cucina, rappresentanti	Piano attività ausiliario cucina. Menù rivisto e supervisionato da una dietista. Nella revisione sono stati coinvolti: Rappresentante	Obiettivo raggiunto.	

Servizio	Obiettivi 2023	Modalità di lavoro	Tempistica	Referente	Gruppo di lavoro	Indicatori	Valutazione	Motivazione eventuale esito negativo
		familiari e dei residenti.			familiari e residenti.	familiari, Medico, Coordinatrice, Resp. cucina, cuochi, Infermieri, OSS, Resp. servizio sociale e di animazione e Rappresentante dei residenti.		
Servizio manutenzione	Revisione della procedura SI1 - Prevenzione e gestione della legionella.	Gruppo multiprofessionale.	Entro 31/12/2023	Manutentore	Coordinatrice, Resp. servizi sociali e di animazione, Manutentori.	Procedura SI1 – Valutazione, prevenzione e controllo della legionellosi.	Obiettivo raggiunto. Documento diffuso il 06/02/2024.	
Servizio amministrativo	Predisposizione del nuovo sito UPIPAWEB.	Gruppo di lavoro.	Entro 31/12/2023	Referente ufficio contabilità	Personale amministrativo	Messa online del nuovo sito: https://www.centroservizimale.it	Obiettivo raggiunto.	

Servizio	Obiettivi 2024	Modalità di lavoro	Tempistica	Referente	Gruppo di lavoro	Indicatori	Valutazione	Motivazione eventuale esito negativo
Coordinatrice dei servizi socio-sanitari	Coordinamento dei progetti dei servizi, monitoraggio dell'andamento e verifica del raggiungimento degli obiettivi.	Partecipazione ai gruppi di lavoro, supervisione delle attività e supporto ai Referenti di servizio.	Entro 31/12/2024	Coordinatrice dei Servizi /Assistente Resp. qualità		Report di monitoraggio.	Attività completate.	
Servizio infermieristico e assistenziale	Revisione della procedura PA2 - Allontanamento del residente dalla struttura.	FSC e gruppo di lavoro multiprofessionale.	Entro 30/04/2025	Medico Resp. qualità	Medico, Coordinatrice dei Servizi, Resp. dei Servizi sociali e di animazione, Infermieri, fisioterapista, OSS.	Procedura PA2.	Obiettivo raggiunto. Terminata il 28/01/2025 – approvata il 04/02/2025.	
	Revisione della procedura SA25 – Prevenzione del suicidio.	FSC e gruppo di lavoro multiprofessionale.	Entro 30/04/2025	Medico Resp. Qualità	Medico, Coordinatrice dei Servizi, Resp. dei Servizi sociali e di animazione, Infermieri, fisioterapista, OSS.	Procedura SA25.	Obiettivo raggiunto. Terminata il 25/02/2025 – diffusa il 04/03/2025.	
	Revisione della procedura SA24 - Gestione del rischio clinico.	Gruppo di lavoro multiprofessionale.	Entro 30/04/2025	Medico	Medico, Coordinatrice dei Servizi, Resp. dei Servizi sociali e di animazione, Infermieri, fisioterapista, OSS.	Procedura SA24.	Obiettivo raggiunto. Terminata il 25/03/2025 – diffusa il 21/05/2025.	

Servizio	Obiettivi 2024	Modalità di lavoro	Tempistica	Referente	Gruppo di lavoro	Indicatori	Valutazione	Motivazione eventuale esito negativo
Servizio infermieristico e assistenziale	Mantenimento delle abilità di vestizione/svestizione e igiene delle mani; prevenzione della diffusione delle ICA.	Esercitazioni pratiche individualizzate rivolte al personale.	Entro 30/04/2025	Coordinatrice dei Servizi	Operatori Socio-Sanitari	Fogli firma e valutazione del personale dipendente, ad eccezione del personale amministrativo e di ristorazione.	Obiettivo raggiunto. Esercitazioni terminate entro il 31/12/2024.	
Servizio di animazione	Individuazione di strumenti di pianificazione delle attività animative e sociali.	Riunioni, supervisione e sperimentazione sul campo di attività strutturate (gruppo di stimolazione sociale, stimolazione cognitiva, laboratorio di cucina, cineforum, stimolazione multisensoriale).	Entro 30/04/2025	Responsabile del servizio sociale e di animazione	Personale del servizio di animazione	Attribuzione di responsabilità sulle singole attività (per es. tombola mensile, laboratorio manuale).	Obiettivo raggiunto.	
Servizio di fisioterapia	Studio sperimentale finalizzato alla riduzione del rischio caduta.	Analisi dei dati cadute 2023–2024 e proposta di interventi riabilitativi standardizzati (cammino laterale, con ostacoli e marcia sul posto), tre volte a settimana.	09/12/2024 –10/04/2025	Resp. fisioterapia	Fisioterapisti	50 sedute di trattamento della durata di 20–30 minuti.	Obiettivo raggiunto.	

Servizio	Obiettivi 2024	Modalità di lavoro	Tempistica	Referente	Gruppo di lavoro	Indicatori	Valutazione	Motivazione eventuale esito negativo
		Criteri di inclusione: Morse $\geq$ 40/125 e Indice di Barthel $>$ 50.						
Servizio lavanderia/guardaroba	Costruzione del piano delle attività del servizio guardaroba-lavanderia.	Gruppo di lavoro e revisione delle modalità operative interne.	Entro 30/04/2025	Resp. lavanderia/guardaroba	Personale del servizio guardaroba-lavanderia	Documento "Piano delle attività del servizio guardaroba-lavanderia".	Obiettivo raggiunto. Terminato il 21/10/2024.	
Servizio pulizie	Revisione della procedura AL1 - Pulizia stanza di degenza.	Gruppo di lavoro.	Entro 30/04/2025	Resp. pulizie	Personale del servizio pulizie	Procedura AL1.	Obiettivo raggiunto. Procedura terminata il 01/03/2025.	
Servizio cucina	Presentazione dei nuovi menù estivo e invernale con immagini dei piatti proposti, da esporre a residenti e familiari/caregivers.	Gruppo di lavoro.	Entro 30/04/2025	Resp. cucina	Personale del servizio ristorazione	Menù giornaliero estivo e invernale corredato da immagini.	Obiettivo raggiunto.	
Servizio manutenzione	Rivestimento e tinteggiatura delle 11 stanze del secondo piano.	Programmazione settimanale degli interventi.	Entro 30/04/2025	Resp. manutenzione	Manutentori	Completamento dei lavori programmati.	Lavori conclusi il 31/10/2024.	
Servizio amministrativo	Revisione della procedura PA5 - Gestione cassaforte.	Gruppo di lavoro.	Entro 30/04/2025	Resp. Amministrativo	Personale del servizio amministrativo	Procedura PA5.	Procedura terminata il 31 marzo 2025.	

Servizio	Obiettivi 2025	Modalità di lavoro	Tempistica	Referente	Gruppo di lavoro	Indicatori	Valutazione	Motivazione eventuale esito negativo
Coordinatrice dei servizi socio-sanitari	Coordinamento dei progetti dei servizi, monitoraggio dell'andamento e verifica del raggiungimento degli obiettivi.	Partecipazione ai gruppi di lavoro, supervisione delle attività e supporto ai Referenti di servizio.	Entro 31/12/2025	Coordinatrice dei Servizi /Assistente Resp. qualità		Report di monitoraggio.	Attività completate.	
Servizio infermieristico e assistenziale	Revisione della procedura PA4 – Inserimento neoassunto.	Gruppo di lavoro multiprofessionale.	Entro 31/03/2026	Coordinatrice dei Servizi	Coordinatrice Resp. dei servizi sociali e di animazione Amministrativa	Procedura PA4.	Procedura diffusa il 07/01/2026; successivamente rivista con aggiunta dell' Allegato 4 e diffusa il 06/03/2026.	
	Revisione della procedura GE5 - Continuità assistenziale in caso di guasti alle apparecchiature.	Gruppo di lavoro multiprofessionale.	Entro 31/03/2026	Coordinatrice dei Servizi	Manutentori Resp. dei servizi sociali e di animazione	Procedura GE5.	Procedura terminata il 29/09/2025 e diffusa il 24/12/2025	
	Creazione della procedura SA21 – La presa in carico delle persone con demenza in RSA.	Gruppo di miglioramento multiprofessionale.	Entro 30/04/2026	Medico Resp. Qualità	Medico, Coordinatrice dei Servizi, Resp. dei Servizi sociali e di animazione, Infermieri e OSS.	Procedura SA21.	Terminata il 21/04/2026 e diffusa il 19 maggio 2026.	
	Revisione della procedura SA19 – Gestione della terapia farmacologica.	Gruppo di lavoro multiprofessionale.	Entro 31/12/2025	Medico	Medico, Coordinatrice dei Servizi, Resp. dei Servizi sociali e di animazione e Infermieri.	Procedura SA19.	Procedura terminata il 17/06/2025 e diffusa il 25/07/2025.	

Servizio	Obiettivi 2025	Modalità di lavoro	Tempistica	Referente	Gruppo di lavoro	Indicatori	Valutazione	Motivazione eventuale esito negativo
	Mantenimento delle abilità di vestizione/svestizione e igiene delle mani; prevenzione della diffusione delle ICA.	Esercitazioni pratiche individualizzate rivolte al personale.	Entro 31/12/2025	Coordinatrice dei Servizi	Operatori Socio-Sanitari	Fogli firma e valutazione dei dipendenti, ad eccezione del personale amministrativo e di ristorazione.	Obiettivo raggiunto.	
Servizio di animazione	Revisione della procedura GE8 – Ammissione e gestione dei volontari.							
	Revisione della procedura GE1-1 – Ammissione e accoglienza utenti del Centro Diurno.							
	Predisposizione di un progetto di realizzazione immagini da affiggere in struttura, con soggetti evocativi e familiari (paesaggi locali, antichi mestieri, scene di vita contadina, tradizioni popolari e religiose, immagini storiche della Comunità) finalizzato all'abbellimento degli spazi comuni, alla stimolazione di ricordi e conversazioni, al	Gruppo di lavoro.	Entro 31/03/2026	Resp. dei servizi sociali e di animazione	Personale del servizio di animazione.	Procedure GE8 e GE1-1 e progetto immagini Completato.	Obiettivi raggiunti.	

Servizio	Obiettivi 2025	Modalità di lavoro	Tempistica	Referente	Gruppo di lavoro	Indicatori	Valutazione	Motivazione eventuale esito negativo
	benessere emotivo e al coinvolgimento di residenti, Operatori e familiari nella scelta e produzione dei materiali visivi.							
Servizio fisioterapico	Revisione della procedura POR15 – Ammissione/dimissioni e dal servizio fisioterapico; Revisione della procedura POR16 – Gestione degli ausili.	Gruppo di lavoro.	Entro 31/12/2025	Resp. fisioterapia	Fisioterapisti	Procedure POR 15 e POR16.	Obiettivo raggiunto. Procedura terminata il 31/12/2025 e diffusa il 16/06/2026.	
Servizio lavanderia/guardaroba	Revisione della procedura PL1 - Gestione della biancheria personale e piana dei residenti.	Gruppo di lavoro.	Entro 31/12/2025	Resp. lavanderia/guardaroba	Personale del servizio guardaroba-lavanderia	Procedura PL1.	Obiettivo raggiunto. Procedura terminata il 06/11/2025 e diffusa il 10/12/2025.	
Servizio pulizie	Revisione del Piano delle attività del servizio pulizia.	Gruppo di lavoro.	Entro 31/12/2025	Resp. pulizie	Personale del servizio pulizie	Documento piano delle attività	Obiettivo raggiunto.	
Servizio cucina	Revisione del menù estivo/invernale e realizzazione immagini dei piatti proposti da esporre a residenti e familiari/caregivers.	Gruppo di lavoro.	Entro 31/12/2025	Cuoco	Personale del servizio ristorazione	Menù rivisto e immagini dei piatti realizzate.	Obiettivo raggiunto.	

Servizio	Obiettivi 2025	Modalità di lavoro	Tempistica	Referente	Gruppo di lavoro	Indicatori	Valutazione	Motivazione eventuale esito negativo
Servizio manutenzione	-Inventario, numerazione e rilevazione della durata di autonomia delle lampade di emergenza della Struttura. -Revisione delle istruzioni operative: -SI 2/2 in caso di allarme incendio. -SI 2/3 in caso di mancanza di energia elettrica. -SI 2/4 in caso di perdita di acqua sanitaria. -SI 2/5 in caso di blocco ascensori. -SI 2/6 in caso di terremoto. -SI 2/7 apertura cancello principale della struttura.	Gruppo di lavoro	Entro 31/12/2025	Resp. Manutenzione	Manutentori	Inventario, numerazione e rilevazioni completati. Procedure operative aggiornate.	Obiettivo raggiunto. Istruzioni terminate il 31/12/2025 e diffuse il 11/06/2026.	
Servizio amministrativo	Riorganizzazione del servizio, con revisione delle competenze affidate a ciascun addetto.	Gruppo di lavoro	Entro 31/12/2025	Resp. Amministrativa	Personale del servizio amministrativo	Documento di sintesi con indicazione delle mansioni affidate a ciascun'addetta.	Obiettivo raggiunto.	

Considerazioni

Nel triennio 2023–2025, gli obiettivi assegnati ai diversi servizi risultano raggiunti o implementati secondo la pianificazione prevista. L'attività di programmazione e monitoraggio ha consentito di orientare gli interventi verso il miglioramento degli aspetti sanitari, socio-assistenziali, gestionali e organizzativi, con particolare attenzione alla sicurezza dei residenti e degli operatori, alla continuità assistenziale, alla personalizzazione della presa in carico e alla promozione di interventi orientati alla centralità della persona e all'umanizzazione delle cure.

Come già evidenziato anche nella precedente sezione, particolare rilevanza assume l'attività di elaborazione e revisione delle procedure sanitarie, assistenziali e organizzative, sviluppata prevalentemente attraverso gruppi di lavoro interni multiprofessionali e percorsi di Formazione Sul Campo (FSC), favorendo il coinvolgimento attivo dei Referenti di servizio e del personale nei processi di monitoraggio e sviluppo della Struttura.

L'approccio adottato evidenzia un forte orientamento al miglioramento continuo, al consolidamento delle *best practice* clinico-assistenziali e organizzative e al rafforzamento dell'integrazione tra i diversi servizi, in coerenza con gli obiettivi del Sistema di Gestione della Qualità e con le priorità Aziendali.

Nel complesso, il percorso di consolidamento si colloca in linea di continuità con il triennio precedente e conferma una buona capacità gestionale nel governo dei processi e una crescente attenzione alla qualità dei servizi erogati.

6. SISTEMA QUALITA'

6.1 Azioni di miglioramento

Nel corso del triennio, le azioni di miglioramento della qualità attuate dal Centro Servizi Socio-Sanitari e Residenziali di Malè si sono sviluppate in stretta integrazione con le attività formative interne e con i percorsi di sviluppo professionale, riconosciuti quali strumenti fondamentali per il potenziamento delle competenze e per il miglioramento continuo della qualità dell'assistenza.

La formazione ha rappresentato un elemento strategico per supportare l'evoluzione dei modelli organizzativi e assistenziali, favorendo l'aggiornamento continuo dei dipendenti e contribuendo alla diffusione di pratiche operative condivise. In particolare, i momenti formativi interni hanno costituito occasioni strutturate di confronto tra i professionisti coinvolti, risultando funzionali non solo alla creazione e revisione delle procedure, ma anche al rafforzamento del senso di appartenenza all'organizzazione. In tale contesto, i **gruppi di miglioramento accreditati ECM** attivati nell'ambito dei percorsi di **Formazione sul Campo** (FSC) hanno rappresentato uno strumento operativo rilevante per l'analisi dei processi interni, l'individuazione di criticità e la definizione di interventi migliorativi. Tali gruppi hanno favorito un approccio partecipativo e multiprofessionale, contribuendo allo sviluppo di soluzioni condivise e all'implementazione di pratiche assistenziali più efficaci ed appropriate.

Di seguito si riportano i principali gruppi di miglioramento attivati nel triennio 2023–2025.

1) PREVENZIONE, MONITORAGGIO E GESTIONE DEGLI AGITI VIOLENTI IN RSA - COD. ECM 12601 ED. 1 (12 ore e 30 minuti).

Anno	Titolo GDM	Output prodotto	Esito
2/11/2023 2/12/2023	Prevenzione, monitoraggio e gestione degli agiti violenti in RSA	Procedura SO7 + Introduzione della Brøset Violence Checklist (BCV) + sistema segnalazione strutturato	✓ Raggiunto

Nel secondo semestre del 2023 è stato attivato un gruppo di miglioramento in ambito FSC dedicato alla prevenzione, monitoraggio e gestione degli agiti violenti, che ha coinvolto un'équipe multidisciplinare composta da professionisti sanitari e socio-assistenziali (1 Responsabile sanitario, 1 Coordinatrice dei Servizi socio-Assistenziali, 2 Infermieri, 3 Operatori Socio-Sanitari, 1 Resp. dei servizi sociali e di animazione).

Il team ha analizzato il fenomeno sotto il profilo organizzativo e assistenziale, approfondendo i fattori di rischio e le modalità di gestione dei comportamenti aggressivi, anche attraverso il supporto della letteratura scientifica e l'introduzione di specifiche scale di valutazione, tra cui la Brøset Violence Checklist (BCV), quale strumento di previsione a breve termine del rischio di comportamento violento.

L'attività ha portato alla definizione di strategie operative condivise, all'introduzione di modalità strutturate di segnalazione degli eventi e all'elaborazione della procedura aziendale "SO 7 - Prevenzione, monitoraggio e gestione degli agiti violenti".

Cfr. Allegato 1 - Relazione finale FSC 2-12601.

2) STRATEGIE DI PREVENZIONE E CONTROLLO DEL RISCHIO INFETTIVO IN RSA - COD. ECM 12997 ED. 1 (12 ore e 30 minuti).

Anno	Titolo GDM	Output prodotto	Esito
20/03/2024 23/04/2024	Strategie di prevenzione e controllo del rischio infettivo in RSA	Revisione procedura SA 10 + introduzione strumenti di sorveglianza delle ICA (incluso Clostridium difficile)	✓ Raggiunto

Nel primo semestre del 2024 è stato attivato un Gruppo di Miglioramento in ambito FSC dedicato alla prevenzione e al controllo del rischio infettivo, con il coinvolgimento di un'équipe multidisciplinare (Responsabile sanitario, Coordinatrice dei Servizi, 3 Infermiere e 2 Operatori Socio-Sanitari).

L'attività si è focalizzata sull'analisi delle principali Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA) più frequenti nel contesto residenziale (respiratorie, urinarie, gastroenteriche e cutanee), al fine di individuare strategie di prevenzione e di mitigazione del rischio.

Nel corso degli incontri è stata revisionata la procedura aziendale attraverso l'identificazione dei principali punti critici e delle aree di miglioramento. Il documento è stato arricchito con un allegato sulla sorveglianza delle Infezioni da "Clostridium difficile".

Cfr. Allegato 2 - Relazione finale FSC-2-12997.

3) SICUREZZA E QUALITA': LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO IN RSA - UN APPROCCIO SISTEMICO E INTEGRATO PER MIGLIORARE L'ASSISTENZA AI RESIDENTI - COD. ECM 13569 ED. 1 (17 ore e 30 minuti).

Anno	Titolo GDM	Output prodotto	Esito
17/12/2024 25/03/2025	La gestione del rischio clinico in RSA	Revisione Procedura SA 24 (aggiornamento matrice rischi) + Creazione procedura SA 25 (prevenzione suicidio) + Aggiornamento protocollo PA 2 in caso di scomparsa di un residente + creazione diario "Allontanamento/fuga" in CBA	✓ Raggiunto

Nel corso del 2024-2025 è stato attivato un altro gruppo di miglioramento in ambito FSC dedicato alla gestione del rischio clinico in RSA, che ha coinvolto un'équipe multidisciplinare composta da 1 Responsabile sanitario, 1 Coordinatrice dei Servizi, 2 Infermiere, 1 Operatore Socio-Sanitario, 1 fisioterapista e 1 Resp. dei servizi sociali e di animazione.

Il team ha approfondito i principali aspetti legati al rischio clinico e alle modalità di gestione degli eventi avversi, adottando un approccio sistemico e integrato e analizzando i principali fattori causali, definendo le misure di prevenzione, protezione e sicurezza relative a residenti, personale e a livello ambientale/organizzativo.

L'attività ha portato alla revisione della procedura aziendale "SA 24 - Gestione del rischio clinico", alla creazione della procedura "SAN 25 - Prevenzione del suicidio" e all'aggiornamento del protocollo "PA 2 - Gestione dell'allontanamento del residente", rafforzando l'integrazione tra prevenzione, segnalazione e gestione degli eventi.

Cfr. Allegato 3 - Relazione finale FSC 2-13569.

4) PRENDERSI CURA DELLE PERSONE CON DEMENZA IN RSA - COD. ECM 14593 ED. 1 (12 ore e 30 minuti).

Anno	Titolo GDM	Output prodotto	Esito
10/02/2026 30/04/2026	Prendersi cura delle persone con demenza in RSA	Creazione procedura "Presenza in carico e gestione integrata del residente con demenza".	✓ Raggiunto

Nel secondo semestre del 2025 è stato progettato e successivamente attivato nel febbraio 2026, un gruppo di miglioramento dedicato alla presa in carico del residente con demenza, che ha coinvolto un'équipe multiprofessionale composta da Responsabile sanitario, Coordinatrice dei Servizi, 2 Infermiere, 2 Operatori Socio-Sanitari, 1 Animatrice e 1 Resp. dei servizi sociali e di animazione.

Il percorso è stato finalizzato ad approfondire la gestione dei sintomi comportamentali e psicologici della demenza (BPSD), con particolare attenzione all'individuazione dei fattori scatenanti e alla definizione di strategie assistenziali di tipo ambientale, organizzativo e relazionale, orientate alla riduzione dell'impatto sul residente e sul contesto di cura. L'attività è stata inoltre orientata allo sviluppo di un approccio integrato alla presa in carico, con attenzione alle dinamiche relazionali tra residente, operatori e familiari/caregivers e alla promozione di modalità comunicative "validanti". Nell'ambito del percorso è stata inoltre effettuata una visita presso una realtà territoriale di riferimento della Val di Non, l'APSP Santa Maria di Cles, finalizzata al confronto organizzativo e alla visione diretta del "nucleo" interno dedicato alle persone con demenza. Il team ha redatto la procedura aziendale SA 21 attualmente in fase di revisione e progressiva disseminazione all'interno della Struttura.

Cfr. Allegato 4 - Relazione finale FSC 2-14593.

A supporto delle attività dei gruppi di miglioramento, nel corso del triennio è stato introdotto l'utilizzo della **piattaforma di AI "Slack"**, quale strumento digitale di comunicazione e collaborazione interna, finalizzato a facilitare gli scambi informativi e il coordinamento tra i partecipanti. È stata attivata un'area di lavoro aziendale denominata "Centro Servizi Socio-Sanitari e Residenziali", all'interno della quale sono stati creati specifici canali tematici privati dedicati ai singoli gruppi di miglioramento (es. "gdm-agiti-violenti", "gdm-ICA", "gdm-rischio-clinico", "gdm-demenze"), garantendo uno spazio strutturato per la condivisione di documenti, la gestione delle attività e il confronto continuo tra i professionisti coinvolti. L'utilizzo della piattaforma ha consentito di organizzare le riunioni, condividere in modo tempestivo i materiali di lavoro e favorire processi decisionali partecipati. I verbali degli incontri, redatti a rotazione dai componenti del gruppo designati, sono stati condivisi in ambiente digitale prima degli incontri successivi, assicurando tracciabilità e continuità delle attività.

I flussi comunicativi sono stati inoltre monitorati attraverso la *dashboard* delle statistiche di Slack.

In continuità con le modalità organizzative adottate nei gruppi di miglioramento, al termine di ciascun percorso è stato inoltre previsto un momento strutturato di confronto, raccolta di feedback e **autovalutazione**, finalizzato alla riflessione condivisa rispetto all'efficacia dei percorsi formativi frequentati in termini di apprendimento dall'esperienza e di "lessons learned", volto a favorire una maggiore consapevolezza del proprio contributo e a valorizzare le competenze acquisite. L'attività di autovalutazione (fase di autoanalisi) ha rappresentato uno strumento utile per promuovere una cultura organizzativa orientata al miglioramento continuo, alla responsabilizzazione individuale e alla condivisione delle buone pratiche (*best practices*) all'interno dei gruppi di lavoro.

6.2 Carta dei Servizi

La Carta dei Servizi rappresenta uno strumento fondamentale di informazione, trasparenza e tutela nei confronti dei residenti, dei familiari/caregivers e dei cittadini che accedono ai servizi erogati dal Centro Servizi Socio-Sanitari e Residenziali di Malè. Attraverso la definizione dei principi, delle modalità di accesso ai servizi, degli standard qualitativi e degli impegni assunti dalla Struttura, la Carta dei Servizi consente agli utenti di conoscere le caratteristiche dell'offerta assistenziale e di verificare il rispetto degli standard dichiarati.

Nel rispetto della programmazione delle azioni di miglioramento previste dal Sistema di Gestione della Qualità, la **Carta dei Servizi** è stata oggetto di **revisione e aggiornamento** nel corso del mese di marzo 2026, al fine di adeguarne i contenuti all'evoluzione organizzativa, assistenziale e normativa della Struttura.

L'attività di revisione è stata sviluppata attraverso un gruppo di lavoro multiprofessionale composto da 1 Responsabile Qualità, 1 Coordinatrice dei Servizi, 1 infermiera e 1 Responsabile dei servizi sociali e di animazione, in accordo con lo Staff Direttivo della Struttura. Il gruppo di lavoro ha effettuato n. 2 incontri, per un totale di circa 4 ore dedicate alla revisione documentale e all'aggiornamento dei contenuti.

Il documento aggiornato illustra i principali aspetti organizzativi e assistenziali della Struttura, le tipologie di prestazioni erogate, le modalità di accesso ai servizi, gli standard di qualità adottati e gli impegni assunti nei confronti delle persone assistite e dei cittadini, con particolare attenzione ai principi di centralità della persona, continuità assistenziale, appropriatezza e umanizzazione delle cure.

Si certifica inoltre che la Carta dei Servizi è stata redatta in conformità alla Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri del 27 gennaio 1994 "Principi sull'erogazione dei servizi pubblici", alle disposizioni della Legge 328/2000 "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali" (art. 11 "Autorizzazione e accreditamento" e art. 13 "Carta dei servizi sociali") e alle disposizioni provinciali vigenti in materia di autorizzazione, accreditamento e qualità dei servizi socio-assistenziali, tenendo conto delle Direttive provinciali vigenti per le RSA per l'anno 2025.

Il Centro Servizi Socio-Sanitari e Residenziali di Malè conferma inoltre il possesso e l'aggiornamento dei requisiti previsti ai fini dell'autorizzazione e dell'accreditamento per operare in ambito socio-assistenziale, ai sensi della normativa provinciale vigente (ai sensi degli artt. 19 e 20 della L.P. 13/2007 e degli artt. 4 e 6 del D.P.P. 9 aprile 2018 n. 3-78/ Leg), relativamente alle aggregazioni funzionali "età anziana residenziale e semiresidenziale".

La Carta dei Servizi aggiornata sarà sottoposta all'approvazione del Consiglio di Amministrazione (CDA) e successivamente pubblicata in formato digitale sul sito internet istituzionale dell'Azienda. Il documento sarà inoltre disponibile in formato cartaceo presso gli uffici amministrativi della Struttura.

Annualmente viene effettuato il **monitoraggio** degli **standard** previsti dalla **Carta dei Servizi**, al fine di valutare in modo oggettivo la qualità delle prestazioni e dei servizi erogati dalla Struttura. Le relative evidenze documentali vengono raccolte e archiviate in apposite cartelle dedicate, garantendo la tracciabilità delle verifiche effettuate e delle attività di monitoraggio del Sistema di Gestione della Qualità. Tale attività viene svolta con il supporto dell'Infermiera incaricata, Assistente della Coordinatrice dei Servizi. A conclusione dell'attività di monitoraggio, la Responsabile Qualità provvede inoltre alla redazione di una **Relazione annuale** finalizzata alla valutazione complessiva degli standard dichiarati nella Carta dei Servizi e degli eventuali ambiti di miglioramento rilevati.

6.3 Bilancio sociale

In coerenza con gli obiettivi definiti nel Piano della Qualità, il Centro Servizi Socio-Sanitari e Residenziali di Malè ha avviato, in data 04 marzo 2025, il percorso di costruzione del primo **Bilancio Sociale triennale 2023-2025**, inteso come strumento di rendicontazione, trasparenza e valorizzazione del capitale sociale generato dalla Struttura. La predisposizione del documento è stata sviluppata attraverso il coinvolgimento di un **gruppo di lavoro interno** composto dal Presidente, dal Direttore Amministrativo, dalla Responsabile della Qualità, dal personale amministrativo (personale/economato/contabilità) e dalla Responsabile dei Servizi Sociali e di Animazione. Il team ha operato con l'obiettivo di raccogliere e sistematizzare le principali informazioni relative alle attività, alle risorse, alle progettualità e ai risultati conseguiti nel triennio.

Il percorso di redazione è stato pianificato e monitorato mediante incontri di coordinamento, momenti di confronto operativo e attività di condivisione documentale, sviluppati nel periodo compreso tra marzo e settembre 2025, anche attraverso l'utilizzo di strumenti digitali collaborativi, tra cui il canale privato "*bilancio-sociale*" attivato sulla piattaforma SLACK. Tale modalità ha favorito una gestione ordinata del processo di lavoro, un efficace scambio informativo, la tracciabilità degli aggiornamenti e il progressivo allineamento tra le diverse aree coinvolte.

Il Bilancio Sociale 2023-2025 viene redatto in conformità all'art. 20, comma 5, della Legge Provinciale n. 13/2007, alla deliberazione della Giunta provinciale n. 1183 del 6 luglio 2018, nonché alle Linee guida nazionali del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali del 4 luglio 2019 per gli Enti del Terzo Settore. Esso si configura come uno strumento volto a rappresentare in modo integrato le attività svolte, le progettualità sviluppate, i risultati conseguiti e il valore prodotto dall'organizzazione a favore di residenti, delle famiglie, dei lavoratori, dei volontari, degli stakeholders istituzionali e della Comunità locale.

Nel complesso, il percorso ha permesso di strutturare un **primo modello di rendicontazione sociale** dell'Ente, rafforzando la capacità della Struttura di documentare il valore generato nei confronti dei principali stakeholders. Il documento è attualmente in fase di completamento e sarà sottoposto a verifica interna per garantirne affidabilità, accuratezza e coerenza, prima della successiva approvazione da parte degli organi competenti e della diffusione pubblica.

6.4 Customer Satisfaction

La rilevazione della qualità percepita rappresenta uno degli strumenti fondamentali del Sistema di Gestione della Qualità, finalizzato a monitorare il livello di soddisfazione espresso dai residenti rispetto ai servizi erogati dal Centro Servizi Socio-Sanitari e Residenziali di Malè.

Nell'ambito degli obiettivi previsti dal Piano della Qualità 2023–2025, si è provveduto a realizzare un'indagine di **Customer Satisfaction (CS) rivolta ai residenti**, con l'obiettivo di promuovere il coinvolgimento attivo dell'utenza nei processi di valutazione e miglioramento continuo dei servizi.

L'indagine è stata finalizzata a:

- rilevare il livello di soddisfazione percepito rispetto ai servizi erogati;
- raccogliere bisogni, aspettative ed esigenze dei residenti;
- identificare punti di forza e aree di miglioramento;
- individuare eventuali criticità verso le quali orientare azioni correttive e piani di miglioramento;
- promuovere trasparenza e partecipazione attiva dell'utenza.

In accordo con lo Staff di Direzione e la Responsabile del Servizio sociale e di animazione, sono stati coinvolti i residenti cognitivamente orientati e clinicamente idonei alla partecipazione, individuati attraverso criteri oggettivi di inclusione. Nello specifico, sono stati selezionati i residenti con punteggio MMSE > 20 e punteggio ≤ 45 alla scala Barthel funzionale, tenendo inoltre conto della disponibilità e volontà individuale a aderire all'iniziativa.

Il campione individuato comprendeva complessivamente 36 residenti. Hanno partecipato alla rilevazione 27 persone (13 uomini e 14 donne); 5 residenti non sono riusciti a completare l'intervista a causa di deficit uditivi e/o difficoltà attentive, mentre 4 persone hanno scelto di non aderire.

Lo strumento utilizzato è stato un *questionario semi-strutturato* composto da 65 domande a risposta multipla. La modalità di rilevazione adottata è stata quella dell'intervista guidata con compilazione assistita del questionario, al fine di garantire maggiore comprensione delle domande e facilitare la partecipazione dei residenti coinvolti. Le interviste sono state effettuate attraverso incontri individuali programmati, svolti in ambienti riservati e tranquilli della Struttura, individuati al fine di garantire adeguate condizioni di privacy, comfort e ascolto. Prima della somministrazione del questionario, ai partecipanti venivano illustrati finalità e obiettivi dell'indagine, con particolare attenzione agli aspetti relativi alla riservatezza, all'anonimato e al trattamento dei dati personali, favorendo una partecipazione consapevole e collaborativa.

La rilevazione è stata effettuata nel periodo compreso tra il 14 aprile e il 10 giugno 2025. I dati raccolti sono stati successivamente digitalizzati dalla Responsabile della Qualità tramite la piattaforma Microsoft Forms ed elaborati mediante il software Microsoft Excel, al fine di agevolare le attività di codifica, aggregazione e analisi statistica dei risultati. A conclusione dell'attività è stato predisposto un Report di sintesi denominato "*Indagine di soddisfazione rivolta ai residenti del Centro Servizi Socio-Sanitari e Residenziali di Malè*", i cui risultati sono stati condivisi con la Direzione e successivamente con i Responsabili delle principali unità organizzative aziendali, al fine di favorire l'individuazione di azioni di miglioramento.

6.5 Attività socio-educative e relazionali

In coerenza con l'obiettivo previsto dal Piano della Qualità 2023-2025, relativo all'ottimizzazione della pianificazione annuale delle attività di animazione e sociali, il Centro Servizi Socio-Sanitari e Residenziali di Malè ha progressivamente rafforzato il percorso di programmazione, monitoraggio e sviluppo del Servizio Sociale e di Animazione, con particolare attenzione alla supervisione delle attività proposte e alla raccolta di feedback utili al loro miglioramento.

Dall'analisi delle Relazioni annuali 2023-2025, a cui si rimanda per ulteriori approfondimenti, emerge un'evoluzione positiva del Servizio, caratterizzata da una crescente attenzione alla personalizzazione degli interventi, alla qualità della relazione, all'integrazione socio-sanitaria e al raccordo con il territorio. La sostanziale stabilità dell'équipe ha favorito la continuità assistenziale, una conoscenza più approfondita dei residenti e modalità operative fondate sul lavoro di gruppo e sulla valorizzazione delle competenze professionali.

Particolarmente significativo risulta lo sviluppo delle attività individualizzate e in piccolo gruppo, attraverso interventi di stimolazione sensoriale, cognitiva, relazionale e autobiografica. In tale ambito si collocano l'utilizzo della sala multisensoriale, il metodo Validation®, i laboratori autobiografici e le attività di reminiscenza, orientati a promuovere benessere, partecipazione e mantenimento delle capacità residue, con particolare attenzione alle persone conviventi con demenza.

Nel corso del triennio si è inoltre rafforzata l'integrazione con la rete territoriale e comunitaria, attraverso collaborazioni con associazioni, scuole, volontari, servizi territoriali (Spazio Argento) e realtà del Terzo Settore. Le iniziative intergenerazionali, i progetti di comunità, gli eventi culturali e il consolidamento dell'Alzheimer Café "Il Ritrovo" hanno contribuito ad ampliare le opportunità relazionali e sociali, favorendo il mantenimento del legame tra Struttura, famiglie e comunità locale.

Anche la collaborazione con i volontari si è rafforzata, diventando una risorsa strategica per l'organizzazione delle attività e per il rafforzamento della dimensione comunitaria della Struttura. Nel 2025 risultano coinvolti quindici volontari in attività diversificate, con una pianificazione strutturata delle presenze finalizzata a valorizzarne il contributo e a favorirne l'integrazione con il personale dipendente.

Permangono tuttavia alcuni ambiti di miglioramento, in particolare rispetto all'integrazione operativa tra Servizio di Animazione e personale sanitario e socio-assistenziale, alla condivisione della cultura della presa in carico socio-relazionale, all'organizzazione degli spazi, alla registrazione sistematica delle attività e all'utilizzo di strumenti digitali innovativi a supporto del benessere cognitivo e sociale dei residenti.

Alla luce delle evidenze emerse, l'obiettivo previsto dal Piano della Qualità può ritenersi raggiunto. Il triennio ha infatti evidenziato il consolidamento di un modello di presa in carico socio-relazionale qualificato, personalizzato, integrato con la rete territoriale e orientato alla centralità della persona. Le criticità individuate rappresentano un'opportunità di sviluppo per il successivo ciclo di pianificazione della qualità.

6.6 Stress-Lavoro-Correlato

Nel corso del 2023–2025 sono state effettuate due **rilevazioni** dello **Stress Lavoro-Correlato**, rispettivamente nel periodo 10–31 gennaio 2023 e 27 maggio–17 giugno 2025, al fine di monitorare il benessere organizzativo e il vissuto emotivo dei professionisti della Struttura, anche alla luce del contesto post-pandemico.

Il contesto socio-sanitario delle RSA, caratterizzato da elevata complessità assistenziale e da un'intensa componente relazionale, espone infatti il personale a fattori di rischio psico-fisico che possono incidere sul benessere individuale e organizzativo. In tale prospettiva, la Struttura ha aderito ai progetti promossi da UPIPA s.c., in collaborazione con il servizio Formazione, Ricerca e Sviluppo, finalizzati alla valutazione approfondita del fenomeno.

La rilevazione del 2023 è stata condotta attraverso la somministrazione di strumenti standardizzati e validati, tra cui il Maslach Burnout Inventory (MBI), il questionario HSE proposto da INAIL e strumenti qualitativi per la rilevazione del vissuto emotivo ("Termometro delle emozioni"), consentendo di analizzare sia la prevalenza del *burnout* sia i principali fattori di contesto e contenuto del lavoro percepiti come fonte di stress. Il tasso di partecipazione è risultato elevato (pari al 90,9% del personale), garantendo una buona rappresentatività dei risultati. Dall'analisi dei dati emerge una situazione generale di affaticamento moderato, leggermente più accentuata rispetto alla valutazione precedente.

Nel 2025, è stata effettuata una nuova valutazione, secondo la metodologia aggiornata INAIL per il settore sanitario, basata sul questionario HSE integrato con moduli specifici per il contesto socio-sanitario. L'indagine ha coinvolto complessivamente 107 lavoratori e ha registrato un tasso di risposta pari all'87,9%, in lieve diminuzione rispetto alla rilevazione precedente. L'analisi dei dati ha consentito di rilevare la percezione dello Stress Lavoro-Correlato da parte del personale e di individuare gli ambiti organizzativi sui quali orientare le azioni di miglioramento. Successivamente, sono stati attivati confronti con la psicologia interna e una **consulenza esterna** per l'analisi del "**clima aziendale**" e della **soddisfazione del personale**, attività che sarà sviluppata ulteriormente nel corso del 2026.

Le rilevazioni sono state condotte nel rispetto delle disposizioni normative vigenti (D.Lgs. 81/2008 e s.m.i. e indicazioni INAIL) e i dati sono stati analizzati a livello di Ente e per gruppi omogenei, al fine di garantire una lettura articolata e contestualizzata dei risultati.

Per un'analisi di dettaglio dei risultati e delle azioni conseguenti si rinvia agli allegati collegati al presente documento di riesame.

6.7 Benessere psico-fisico e supporto psicologico

Nel corso del 2023–2025, la Struttura ha promosso specifiche iniziative orientate al benessere psicologico e relazionale dei professionisti, con particolare attenzione alla prevenzione dello Stress Lavoro-Correlato, al miglioramento del clima organizzativo e alla promozione del benessere psico-fisico degli operatori.

In linea con i risultati emersi dall'indagine sulla "Valutazione Stress-Lavoro-Correlato" promossa da U.P.I.P.A. s.c., nel corso del 2024, la Struttura ha sponsorizzato e attivato il percorso formativo-residenziale (RES) "*Armonia corporea ed emotiva: tecniche di rilassamento e benessere psicofisico*" della durata complessiva di 17 ore, rivolto al personale dipendente e ai volontari interessati. Hanno completato il percorso formativo 10 professionisti appartenenti a diverse unità organizzative della Struttura (Direttore, Coordinatrice dei Servizi, personale infermieristico, Operatori Socio-Sanitari e personale del servizio guardaroba/lavanderia), favorendo un'esperienza formativa multidisciplinare e trasversale. Agli incontri proposti hanno partecipato anche due volontari che però non hanno raggiunto la percentuale minima di frequenza prevista (almeno 90%) ai fini dell'ottenimento dell'attestato di partecipazione.

L'iniziativa è stata finalizzata a favorire una maggiore consapevolezza delle proprie risorse individuali, promuovere il benessere emotivo e sviluppare strumenti utili alla gestione dello stress e delle situazioni critiche correlate all'attività lavorativa assistenziale. Il percorso ha previsto il coinvolgimento di docenti con competenze multidisciplinari (musicoterapista, *breathing coach* e psicologa/psicoterapeuta) attraverso metodologie pratico-esperienziali orientate alla respirazione, alle tecniche di rilassamento, all'ascolto propriocettivo, alla stimolazione sensoriale, alla camminata consapevole e all'espressione dei vissuti emotivi e relazionali. Le attività proposte hanno favorito momenti di riflessione personale, ascolto e condivisione, contribuendo al rafforzamento della propria consapevolezza emotiva, della qualità delle relazioni professionali e della capacità di gestione dello stress psico-fisico in situazioni d'emergenza.

Considerato il positivo coinvolgimento del personale partecipante, nel primo semestre del 2025 era stato inoltre progettato un modulo di approfondimento di respirazione, rilassamento e benessere, della durata complessiva di 7 ore e 30 minuti, rivolto ai partecipanti che avevano frequentato il percorso base nel 2024. L'attività formativa era finalizzata al consolidamento delle competenze e delle tecniche precedentemente acquisite, con particolare attenzione agli aspetti legati alle tecniche di respirazione e di rilassamento corporeo e sonoro.

L'iniziativa, pur essendo stata programmata e attivata, non è stata successivamente realizzata a causa del ritiro di alcuni partecipanti e del conseguente mancato raggiungimento del numero minimo previsto di adesioni.

La Struttura si propone tuttavia di riproporre il progetto nel corso del prossimo triennio, promuovendo eventuali collaborazioni con un'altra RSA del territorio, al fine di favorire una maggiore partecipazione e continuità agli interventi orientati al benessere organizzativo.

Nell'ambito delle attività promosse dal Distretto Family Audit, le 30 APSP aderenti, in collaborazione con l'U.P.I.P.A. s.c., sono stati proposti nel corso del triennio alcuni incontri online "**Pillole di Benessere**", finalizzati a favorire l'adozione di stili di vita sani e la promozione del benessere psico-fisico delle persone che operano all'interno degli Enti. La partecipazione era libera e gratuita.

Tra le principali iniziative sponsorizzate si evidenziano:

- "Come un ghiro": cos'è il sonno e alcuni esercizi utili per favorirlo; [Data: 16/01/2025]
- "In ascolto": accogliere sé stessi e gli altri attraverso la musica; [Data: 25/02/2025]
- "Il benessere del corpo attraverso il movimento": elementi teorici ed esercizi pratici; [Data: 6/11/2025]

- “Il benessere della mente: l'importanza della salute mentale, cenni di *mindfulness* e rilassamento guidato”; [16/10/2025]
- “Mi fermo e mi ascolto”: quando la musica fa emergere le mie emozioni. [Data: 16/10/2025]

I webinar promossi si inseriscono in un più ampio percorso orientato alla valorizzazione del benessere organizzativo, della qualità delle relazioni professionali e della promozione di ambienti di lavoro attenti alla persona e verranno proposti anche nel triennio 2026-2028.

È inoltre attivo in Struttura un servizio di **supporto psicologico** affidato a una professionista iscritta all'Ordine degli Psicologi, incaricata in regime di libera professione per n. 12,50 ore mensili. L'attività è orientata al supporto multiprofessionale dell'équipe, alla supervisione nella gestione di situazioni assistenziali complesse e delle dinamiche relazionali con i familiari/caregivers, nonché al sostegno emotivo degli operatori maggiormente esposti a situazioni di stress e rischio *burnout*, anche attraverso colloqui individuali dedicati. Il servizio contribuisce a promuovere il benessere organizzativo e la qualità delle relazioni professionali e il supporto agli operatori nella gestione delle situazioni critiche.

6.8 Identità digitale

Nel corso del triennio 2023–2025, il Centro Servizi Socio-Sanitari e Residenziali di Malè ha proseguito il percorso di consolidamento della propria identità digitale, promuovendo strumenti di comunicazione orientati alla trasparenza, all'accessibilità delle informazioni e al miglioramento della relazione con residenti, familiari/caregivers e cittadini. La Struttura ha continuato a aderire al **servizio “UIPAWEB 2023–2025”**, promosso dall' U.P.I.P.A. in collaborazione con il Consorzio dei Comuni Trentini e Opencontent, finalizzato alla realizzazione e implementazione dei nuovi siti istituzionali delle APSP, caratterizzati da un'organizzazione strutturale e grafica unitaria, coerente con le Linee Guida AgID in materia di siti web delle Pubbliche Amministrazioni (PA). Il progetto ha consentito l'adeguamento del portale aziendale non solo sotto il profilo tecnico-organizzativo e grafico, ma anche rispetto agli aspetti di accessibilità, interoperabilità, sicurezza dei dati e gestione dei servizi digitali rivolti ai cittadini. Nel corso del 2023, il Direttore e due Assistenti Amministrative hanno partecipato ad uno specifico percorso formativo dedicato alla gestione del nuovo sito istituzionale, della durata complessiva di nove ore e trenta minuti, articolato in quattro moduli formativi svolti nel periodo compreso tra il 3 e il 24 maggio 2023.

La formazione è stata finalizzata all'acquisizione di competenze relative:

- all'utilizzo della nuova piattaforma e alla gestione dei contenuti digitali;
- all'organizzazione uniforme delle schede informative e dei servizi;
- all'integrazione con i principali canali digitali e sistemi di pagamento online (PagoPA);
- alla promozione dei processi di digitalizzazione dei servizi mediante autenticazione SPID e AppIO;
- alla gestione informatizzata di alcune pratiche amministrative;
- allo sviluppo di servizi digitali di sistema e strumenti automatici di aggiornamento delle informazioni.

Successivamente, il personale coinvolto ha inoltre partecipato ad un modulo integrativo di accompagnamento alla pubblicazione e implementazione del **nuovo sito aziendale** (<https://www.centroservizimale.it/>).

Nel corso del triennio 2023–2025, il sito istituzionale aziendale è stato costantemente aggiornato attraverso la pubblicazione di n. 52 comunicazioni di carattere “generale” curate dallo Staff Direttivo della Struttura. Sono state promosse, inoltre, numerose iniziative volte a costruire un punto di raccordo comunicativo tra le persone che gravitavano all'interno dell'Ente e l'esterno.

Particolare rilevanza ha assunto inoltre il progetto del **giornalino digitale “I nosi tempi”**, curato dal Servizio di Animazione, del quale nel triennio sono stati pubblicati n. 10 numeri sul sito aziendale. Il giornalino rappresenta uno strumento di comunicazione e condivisione finalizzato a valorizzare ricordi, esperienze, attività e lavori realizzati dai residenti nell'ambito delle attività individuali e di gruppo promosse dalla Struttura, favorendo il mantenimento del collegamento relazionale con familiari e Comunità esterna.

Nel corso del triennio la Struttura ha inoltre consolidato l'utilizzo di strumenti di comunicazione digitale già presenti (smartphone e tablet), implementando ulteriori modalità di contatto a distanza con i familiari/caregivers, anche attraverso l'utilizzo di videochiamate. Il Servizio di Animazione ha garantito un supporto operativo alla realizzazione dei contatti a distanza, contribuendo al mantenimento delle relazioni affettive e alla continuità comunicativa tra residenti e familiari.

Nel complesso, l'Ente ha progressivamente sviluppato modalità di comunicazione digitale orientate alla trasparenza, all'accessibilità delle informazioni e al rafforzamento della relazione con i diversi stakeholders, adottando strategie comunicative flessibili e multicanale finalizzate a favorire la partecipazione, la continuità relazionale e la diffusione delle principali iniziative promosse dalla Struttura.

6.9 Gestione della comunicazione

Lo Staff di Direzione del Centro Servizi Socio-Sanitari e Residenziali di Malè riconosce nelle persone la principale risorsa strategica dell'Azienda e considera la comunicazione interna uno strumento fondamentale per garantire efficacia organizzativa, trasparenza gestionale, condivisione delle informazioni e coinvolgimento dei professionisti nei processi aziendali.

Nel corso del triennio 2023–2025, le comunicazioni ufficiali e le informative interne sono state gestite prevalentemente attraverso la **posta elettronica istituzionale**, utilizzata per la diffusione di circolari, aggiornamenti organizzativi, convocazioni di riunioni, attività formative (promozione e gestione), esiti di valutazioni esterne, nonché per la promozione di iniziative aziendali. L'e-mail si è confermata lo strumento d'eccellenza per la gestione della comunicazione interna, favorendo una rapida diffusione delle informazioni e una più efficace organizzazione dei flussi comunicativi tra i diversi servizi e livelli organizzativi della Struttura.

Un ulteriore strumento significativamente utilizzato nel triennio è stato il **“Portale Personale 2.0”**, seguito dalla **“Cartella Socio Sanitaria”** di **Zucchetti Healthcare**. Il Portale è stato impiegato principalmente per la gestione informatizzata di ferie, permessi, cambi turno tenendo traccia da remoto delle autorizzazioni, oltre che per la pubblicazione di buste paga, documentazione annuale, avvisi specifici, personalizzati o per reparto e documenti istituzionali (per es. procedure aziendali, informative ecc.). Il sistema ha inoltre consentito il monitoraggio degli accessi e degli esiti di lettura della documentazione pubblicata, garantendo una maggiore tracciabilità della diffusione delle informazioni e della relativa presa visione da parte del personale.

La Cartella Socio-Sanitaria informatizzata di Zucchetti Healthcare è stata invece utilizzata prevalentemente dal personale socio-sanitario per la gestione dei processi di cura dei residenti, favorendo una maggiore integrazione delle informazioni e continuità nella presa in carico.

Infine, la Struttura ha continuato a adottare strumenti innovativi di comunicazione digitale avanzata (per es. la piattaforma **Slack**) finalizzati a facilitare gli scambi comunicativi tra i partecipanti dei Gruppi di Miglioramento accreditati e del gruppo di lavoro coinvolto nella costruzione del Bilancio Sociale 2023-2025.

Nel complesso, l'Ente ha progressivamente consolidato modalità di comunicazione interna orientate alla **digitalizzazione**, alla **tracciabilità** delle informazioni, alla **semplificazione** dei processi organizzativi e al rafforzamento della collaborazione tra le diverse unità operative, favorendo una maggiore integrazione tra strumenti informatici, processi gestionali e condivisione delle informazioni, in coerenza con gli obiettivi di innovazione organizzativa del Sistema di Gestione della Qualità.

6.10 Riunioni pianificate

Lo Staff di Direzione del Centro Servizi Socio-Sanitari e Residenziali di Malè considera le **riunioni organizzative**, **multiprofessionali** e di **coordinamento** strumenti fondamentali per garantire la condivisione delle informazioni, l'integrazione tra i servizi, il monitoraggio delle attività e la continuità dei processi assistenziali e organizzativi.

Nel corso del 2023-2025, la Struttura ha garantito la pianificazione e realizzazione di incontri organizzativi, multiprofessionali, *meeting* d'équipe, riunioni PAI e momenti di confronto tra i diversi servizi aziendali, nel sostanziale rispetto delle periodicità programmate nel "**piano della comunicazione aziendale**"³ e delle necessità organizzative emergenti. Le riunioni hanno coinvolto i differenti livelli organizzativi e professionali, favorendo il confronto interdisciplinare, la condivisione delle problematiche assistenziali e organizzative, la pianificazione degli interventi e la verifica dei percorsi/progetti attivati. Nello specifico, sono state realizzate complessivamente 683 riunioni, momenti di informazione e coordinamento, rivolti al personale dipendente.

TIPOLOGIA	2023	2024	2025	DURATA MEDIA STIMATA A INCONTRO
Incontri Gruppi di Miglioramento	5	6	6	2 ore e 30 minuti
Incontri di Staff	1	8	11	1 ora/incontro (1 h 30 min. nel 2023)
Riunioni multiprofessionali	16	17	29	1 ora e 30 minuti
équipe settimanali	99	104	101	30 min. (2023) - 40 min. (2024) - 50 min. (2025)
équipe settimanale integrativa	-	-	38	20 min.
Riunioni infermieri	11	10	8	2 ore
Riunioni pulizie	1	-	2	2 ore
Riunioni dei Rappresentanti OSS	3	-	-	1 ora
Riunione sindacale	1	-	-	30 min.
Progetto "demenza"	6	-	-	2 ore
Area relazionale - Validation®	4	-	-	2 ore
Incontri del Gruppo "idee"	3	-	-	1 ora e 30 min.
Riunioni servizio animazione	8	8	6	1 ora

Tabella 5 - Sintesi delle riunioni pianificate nel triennio 2023-2025

³ L'attività di revisione e aggiornamento del Piano della Comunicazione Aziendale, prevista tra gli obiettivi del triennio, è stata ripianificata al 2026, di comune accordo con lo Staff di Direzione, al fine di dare priorità ad altre progettualità ritenute maggiormente strategiche per l'organizzazione.

In particolare, nella Tabella 5 si rileva un progressivo aumento delle **riunioni multiprofessionali**, passate da 16 incontri nel 2023 a 29 nel 2025, dato che evidenzia una crescente attenzione verso l'integrazione interdisciplinare, la condivisione delle problematiche organizzative, socio-assistenziali e il monitoraggio congiunto dei percorsi di presa in carico dei residenti.

Analogamente, le **riunioni d'équipe settimanali** si confermano uno strumento importante di coordinamento operativo, registrando nel triennio oltre cento incontri annuali e un progressivo incremento della durata media degli stessi (da 30 minuti nel 2023 a 50 minuti nel 2025), indicativo di una maggiore complessità organizzativa. Significativo risulta inoltre il consolidamento delle attività afferenti ai **Gruppi di Miglioramento** (GDM) con particolare riferimento alla prevenzione e gestione degli agiti (2023), alla prevenzione e controllo delle ICA (2024) e alla gestione del rischio clinico (2025) e alle **riunioni di Staff**, che evidenziano un rafforzamento delle attività di pianificazione, monitoraggio e sviluppo progettuale.

Le **riunioni del personale infermieristico** si confermano nel triennio uno strumento stabile di coordinamento organizzativo, finalizzato alla condivisione delle problematiche emergenti, all'aggiornamento operativo e al monitoraggio delle attività assistenziali. La lieve riduzione numerica degli incontri appare correlata ad una progressiva integrazione delle tematiche infermieristiche all'interno dei momenti di confronto multiprofessionale. Sebbene con frequenza meno strutturata rispetto ad altre tipologie di meeting, gli **incontri con il Servizio Pulizie**, i **Rappresentanti degli OSS** e i **Rappresentanti sindacali** hanno rappresentato ulteriori momenti di scambio e condivisione operativa tra i diversi livelli professionali della Struttura.

Nel corso del 2023 sono stati promossi specifici **incontri progettuali** dedicati all'area "demenza" e dell'approccio relazionale alla persona con decadimento cognitivo, finalizzati ad approfondire e condividere modalità assistenziali orientate al miglioramento della qualità della relazione di cura.

Gli incontri relativi al progetto demenza hanno favorito momenti di confronto con la formatrice dott.ssa Cinzia Siviero sul metodo Validation®, nonché occasioni di *benchmarking* e condivisione di buone pratiche attraverso visite presso altre realtà territoriali (per es. Centro Residenziale Abelardo Collini di Pinzolo e Apsp Santa Maria di Cles). Le **riunioni dell'area relazionale** erano orientate ad approfondire l'applicazione del metodo nella pratica quotidiana. Gli **incontri del "Gruppo Idee"**, collegati al progetto demenza, hanno favorito il coinvolgimento attivo dei professionisti nei processi di innovazione assistenziale e organizzativa secondo una logica partecipativa *bottom-up*, rappresentando un'esperienza progettuale suscettibile di ulteriore sviluppo e consolidamento nel prossimo triennio.

	2023		2024		2025	
	tot. ore incontri	ore per tot. dipendenti	tot. ore incontri	ore per tot. dipendenti	tot. ore incontri	ore per tot. dipendenti
gruppi di miglioramento	10	66	14,5	101,5	15	94
riunioni multiprofessionali	28,08	211,19	22,51	130,61	41,67	365,89
riunioni infermieri	20,5	200,66	20	185,85	15,5	159
équipe settimanali	49,5	481	70	659	85	1004
équipe settimanale integrativa	-	-	-	-	12,54	107,25
riunioni di Staff	3,5	16,5	8,41	30,64	11,75	50,5
	111,58	975,35	135,42	1107,6	181,46	1780,64

Tabella 6 - Monitoraggio delle ore totali dedicate alle riunioni pianificate e del coinvolgimento del personale

Dall'analisi dei dati presenti nella Tabella 6 relativi alle ore dedicate alle riunioni e al coinvolgimento del personale emerge un progressivo rafforzamento delle attività di coordinamento organizzativo e multiprofessionale nel corso del triennio 2023-2025. In particolare, si rileva un incremento significativo del monte ore complessivamente dedicato agli incontri organizzativi, passato da 111,58 ore nel 2023 a 181,46 ore nel 2025, accompagnato da un parallelo aumento delle ore investite dal personale nelle attività di confronto, coordinamento e collaborazione, passate da 975,35 ore a 1780,64 ore.

Nel corso del triennio sono stati pianificati, inoltre, 52 **incontri settimanali di PAI** nel 2023, 50 nel 2024 e 52 nel 2025, volti a definire ex novo (entro 21 giorni dall'ingresso) o a rivalutare in *itinere* (ogni sei mesi) il progetto individualizzato dei residenti. La durata media di ogni meeting era compresa indicativamente tra i 60 e i 90 minuti.

In ottemperanza a quanto previsto dall' art. 35 del D.lgs. 81/2008 e s.m.i., si riporta come nel corso del triennio sono state effettuate **tre riunioni periodiche di prevenzione e protezione dai rischi** rispettivamente nelle giornate: 06/11/2023, 11/12/2024 e 11/12/2025. Gli incontri sono stati indetti dal Datore di Lavoro e vi hanno partecipato: il Direttore, il Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione dai rischi, l'RLS e il Medico Competente. Nel corso delle riunioni sono stati sottoposti all'esame dei partecipanti: a) il Documento di Valutazione dei Rischi (DVR); b) l'andamento degli infortuni e delle malattie professionali e della sorveglianza sanitaria; c) i criteri di scelta, le caratteristiche tecniche e l'efficacia dei Dispositivi di Protezione Individuale (DPI); d) i programmi di informazione e formazione dei dirigenti, dei preposti e dei lavoratori ai fini della sicurezza e della protezione della loro salute.

In ultima analisi, si registra come nel corso del triennio 2023-2025, il **Consiglio di Amministrazione** (CDA) si è riunito 14 volte in presenza. Non è stato possibile, invece, pianificare nel corso del triennio delle riunioni formali con tutto il personale dipendente, con i familiari/caregivers e i volontari.

Per tutte le riunioni formalizzate è stata predisposta una Convocazione dove sono stati indicati: l'oggetto/scopo dell'incontro, la sede, la durata indicativa prevista e i principali argomenti all'ordine del giorno. Al termine di ogni meeting è stato predisposto un verbale che è stato distribuito a tutti i convocati. La reportistica (Fogli Presenza e Verbal) relativa alle riunioni e incontri sopramenzionati viene archiviata dal Direttore e dalla Coordinatrice dei Servizi socio-assistenziali in forma cartacea ed informatizzata.

Tali documenti costituiscono una registrazione della qualità.

Nel complesso, rispetto al triennio precedente 2020-2022, si rileva una progressiva evoluzione delle modalità organizzative interne, con un ampliamento dei momenti di confronto, delle attività progettuali e del coinvolgimento dei professionisti nei processi aziendali.

Il monitoraggio dettagliato delle riunioni pianificate e delle relative evidenze è stato raccolto e sistematizzato in uno specifico File riepilogativo predisposto dalla Coordinatrice dei Servizi, cui si rimanda per ulteriori approfondimenti (Cfr. Allegato File Excel - 2023-2025_Riunioni). Nel documento sono stati riportati, per ciascuna tipologia di riunione, gli incontri realizzati nel corso del triennio comprensivi di data, scopo dell'incontro, professionisti coinvolti, durata prevista⁴ e numero complessivo delle ore lavorate.

⁴ Si precisa che i minuti sono stati convertiti in centesimi.

7. SICUREZZA E GESTIONE DEI RISCHI

7.1 Formazione

Nel corso del triennio 2023–2025, il Centro Servizi Socio-Sanitari e Residenziali di Malè si è dotato di un sistema flessibile di programmazione, monitoraggio e verifica delle attività formative, orientato al mantenimento, allo sviluppo e consolidamento delle competenze professionali del personale. La formazione è stata considerata dalla Struttura una leva strategica per la crescita organizzativa, l'aggiornamento professionale e il miglioramento continuo della qualità dei servizi erogati, in un contesto socio-sanitario caratterizzato da continui cambiamenti normativi, assistenziali, organizzativi e tecnologici.

La rilevazione dei fabbisogni è stata effettuata mediante la somministrazione di tre questionari online semi-strutturati differenziati sulla base dei servizi di appartenenza, finalizzati a raccogliere bisogni, suggerimenti e proposte utili alla definizione delle priorità aziendali. In accordo con lo Staff Direttivo è stato predisposto il "**Piano della Formazione e sviluppo innovativo delle risorse umane 2023–2025**", pubblicato in formato digitale sul sito aziendale, quale documento programmatico orientato alla definizione degli obiettivi prioritari e delle risorse (economiche ed umane) necessarie alla realizzazione delle iniziative previste.

Nel corso del triennio, la Struttura ha garantito l'attivazione di tutti i corsi obbligatori previsti dalla normativa vigente in materia di sicurezza ai sensi del D.lgs. 81/2008 e s.m.i, nonché di iniziative formative afferenti all'area clinico-assistenziale, relazionale-comunicativa, strategica/progettuale. In coerenza con gli obiettivi previsti dal Piano della Qualità, sono stati inoltre promossi interventi progettuali orientati ai temi dell'Alimentazione e nutrizione, della prevenzione degli agiti aggressivi e del maltrattamento, della demenza e fine vita, favorendo il coinvolgimento multiprofessionale dei diversi servizi aziendali e una maggiore integrazione tra aspetti assistenziali, relazionali ed etici nella presa in carico del residente.

	 ALIMENTAZIONE E NUTRIZIONE	 AGITI AGGRESSIVI E MALTRATTAMENTO ZERO	 FINE VITA	 DEMENZA
 PRINCIPALI INIZIATIVE REALIZZATE	4	6	3	7
 ORE COMPLESSIVE	19,5 ore	43,25 ore	12 ore	Oltre 180 ore
 N. PARTECIPANTI	15	51	116	Oltre 120
 FIGURE PROFESSIONALI COINVOLTE	Cuochi, ausiliari cucina e infermieri	Medico, Coordinamento socio-assistenziale, Infermieri, OSS, Animazione	Infermieri, fisioterapisti, OSS, Animazione	CDA, Staff di direzione, Infermieri, OSS, fisioterapisti, Animazione
 FOCUS PREVALENTE	 Nutrizione, HACCP, disfagia, prevenzione e rischio nutrizionale	 Prevenzione aggressioni, de-esclation, ben-trattamento	 Cure Palliative, sintomi, strumenti, comunicazione e relazione	 Validation®, approccio centrato sulla persona, gestione comportamenti

Tabella 7 - Sintesi delle principali progettualità formative del triennio 2023-2025

I dati riportati nella Tabella 7 evidenziano un significativo coinvolgimento del personale nelle iniziative promosse nel triennio, con particolare riferimento all'area della demenza, caratterizzata da elevati livelli di partecipazione significativi e da una continuità progettuale attraverso percorsi orientati all'approccio centrato sulla persona,

al metodo Validation® (base e avanzato) e alla gestione dei comportamenti correlati al decadimento cognitivo.

L'Ente ha favorito la partecipazione attiva dei professionisti agli eventi accreditati e supportato il personale sanitario nel raggiungimento dei crediti ECM previsti dal triennio formativo, promuovendo differenti modalità di apprendimento, tra cui formazione residenziale (RES), Formazione Sul Campo (FSC), Gruppi di Miglioramento e Formazione a Distanza (sincrona e asincrona).

Nel complesso, il percorso sviluppato evidenzia una crescente integrazione tra attività formative, sviluppo organizzativo e Sistema di Gestione della Qualità, favorendo il consolidamento dell'approccio multiprofessionale e della cultura della sicurezza.

Alcune progettualità previste nel Piano risultano attualmente in fase di completamento e saranno pertanto ripianificate nel corso del 2026, considerato quale anno di transizione e consolidamento delle attività avviate nel triennio precedente.

7.2 Documento di Valutazione dei Rischi

Il Documento di Valutazione dei Rischi (DVR) è stato redatto ai sensi del D.lgs. 9 aprile 2008, n.81 dal Datore di Lavoro, dal Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione dai rischi (RSPP) di UPIPA, dal Medico Competente (MC) e dal Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza (RLS). L'elaborato ha lo scopo di effettuare una valutazione globale ed esaustiva di tutti i rischi potenziali relativi alla salute e sicurezza dei lavoratori presenti all'interno dell'Azienda e di elaborare il programma delle misure volte al miglioramento continuo dei livelli di salute e sicurezza. Si certifica che nel 2025 si è provveduto all'aggiornamento del DVR con particolare riferimento alla valutazione del **rischio legionellosi** (08/07/2025), **chimico** (30/09/2025) e del **rischio correlato agli agiti aggressivi** (04.02.2026), individuando le relative misure di prevenzione e protezione. La versione aggiornata del documento è stata trasmessa per conoscenza a tutti i dipendenti della Struttura tramite il Portale Personale 2.0 in data 5 giugno 2026.

7.3 Prevenzione e gestione del rischio clinico

Nel corso del triennio 2023–2025, il Centro Servizi Socio-Sanitari e Residenziali di Malè ha promosso specifiche azioni di prevenzione con riferimento ai principali rischi clinico-assistenziali, tra cui rischio infettivo, lesioni da pressione, malnutrizione, cadute, dolore, maltrattamento, agiti aggressivi, eventi avversi, fuga/allontanamento e rischio suicidario. Tali rischi sono stati monitorati annualmente dal Responsabile Sanitario, dalla Coordinatrice dei Servizi socio-assistenziali, dall'infermiera preposta e dalla Responsabile Qualità attraverso la raccolta sistematica di specifici indicatori, al fine di supportare il governo dei processi e l'adozione di strategie orientate al miglioramento continuo della qualità e della sicurezza delle cure.

Come già anticipato nella sezione 5.1 relativa alle "azioni di miglioramento della qualità", si è provveduto anche a realizzare degli interventi di Formazione Sul Campo (FSC) volti a presidiare le aree maggiormente deficitarie (per es. agiti violenti, Infezioni, fuga/allontanamento, suicidio e rischio clinico) con l'obiettivo di rivedere la gestione dei processi attraverso la creazione e/o aggiornamento delle procedure.

La successiva raccolta e l'analisi dei dati hanno rappresentato invece degli strumenti utili per la gestione, monitoraggio e/o riprogrammazione di nuove azioni strategiche della qualità in un'ottica di miglioramento continuo. I principali dati rilevati sono stati condivisi con il Direttore e i Referenti interessati delle principali unità organizzative aziendali.

8. VERIFICHE E CONTROLLI ISTITUZIONALI

8.1 Accreditalamento socio-assistenziale

A far data dal mese di febbraio 2022, il Centro Servizi Socio-Sanitari e Residenziali di Malè è autorizzato ad operare in ambito socio-assistenziale, ai sensi degli artt. 19 e 20 della L.P. 13/2007 e degli artt. 4 e 6 del D.P.P. 9 aprile 2018 n. 3-78/Leg., per le aggregazioni funzionali età anziana residenziale e semiresidenziale, come stabilito dalla Determinazione del Dirigente del Servizio Politiche Sociali della Provincia Autonoma di Trento n. 1454 d.d. 17/02/2022. Nel corso del triennio 2023-2025, la Struttura ha proseguito il percorso di mantenimento e consolidamento dei requisiti previsti dal sistema provinciale di autorizzazione e accreditalamento socio-assistenziale, attraverso l'implementazione di strumenti di rendicontazione sociale delle attività (quale, ad esempio, il Bilancio Sociale) e il monitoraggio degli standard organizzativi, assistenziali, formativi e documentali richiesti dalla normativa vigente.

Particolare attenzione è stata rivolta all'aggiornamento della documentazione organizzativa, alla formazione del personale, alla qualità dei servizi erogati e al presidio dei processi socio-relazionali, in coerenza con gli indirizzi provinciali in materia socio-assistenziale.

Si evidenzia inoltre come, nel corso del prossimo triennio, siano previste specifiche attività di verifica e monitoraggio da parte dei referenti provinciali competenti, finalizzate alla valutazione del mantenimento dei requisiti previsti dal sistema di autorizzazione e accreditalamento della Provincia Autonoma di Trento.

8.2 Accreditalamento istituzionale

Ai fini del proseguimento dell'iter relativo al rinnovo dell'accreditalamento istituzionale, in data 17 ottobre 2025 è stata compilata e trasmessa alla Provincia Autonoma di Trento (PAT) la domanda di autorizzazione e accreditalamento istituzionale del Centro Servizi Socio-Sanitari e Residenziali di Malè.

Successivamente, il Nucleo di Valutazione ha disposto l'accertamento del possesso dei requisiti previsti dalla normativa vigente mediante un'analisi documentale preliminare e successivo sopralluogo presso la Struttura (visita di audit), effettuato in data 27/01/2026 ad ore 09:30.

La Direzione, in collaborazione con la Responsabile della Qualità e la Coordinatrice dei Servizi, ha provveduto alla compilazione della lista di controllo GEN "Requisiti Generali" e "EXTRA OSP ANZIANI" - "Requisiti delle strutture che erogano prestazioni residenziali e semiresidenziali per anziani", allegando le principali evidenze a supporto del possesso dei requisiti richiesti dal sistema provinciale di accreditalamento.

Tutta la documentazione prevista dal Piano di Verifica è stata trasmessa all'indirizzo di posta elettronica - otatrento@provincia.tn.it - tramite WeTransfer in data 17 dicembre 2025 (Prot. 3162) entro 30 giorni dal ricevimento dell'avviso.

Sulla base degli esiti della verifica documentale e della visita di audit, i valutatori dell'Organismo Tecnicamente Accreditalante (OTA) hanno rilevato una *"sostanziale rispondenza delle evidenze presentate rispetto ai requisiti ulteriori di qualità previsti dal Regolamento in materia sanitaria ai fini del rinnovo dell'accreditalamento istituzionale"*, formulando quale unica indicazione il mantenimento di un *"monitoraggio periodico e di processi di autovalutazione correlati ai diversi ambiti previsti dal sistema di accreditalamento"*.

Con determinazione n. 988 d.d. 04 febbraio 2026 si certifica pertanto il rinnovo dell'accreditalamento istituzionale sanitario della Struttura per il successivo triennio.

Con il medesimo provvedimento, l'A.P.S.P. è stata autorizzata all'esercizio di attività sanitaria e/o socio-sanitaria per il servizio di presa in carico diurna continuativa (PIC) per massimo quattro presenze contemporanee.

CONCLUSIONI

Il documento rappresenta uno strumento di riesame e valutazione dei principali percorsi di sviluppo organizzativo, miglioramento della qualità e innovazione gestionale promossi dal Centro Servizi Socio-Sanitari e Residenziali di Malè nel triennio 2023–2025, in coerenza con gli obiettivi definiti nel Piano della Qualità e nei documenti programmatori d'Ente.

L'analisi delle attività realizzate evidenzia il sostanziale raggiungimento dei risultati attesi attraverso interventi orientati al miglioramento dei processi assistenziali, organizzativi e relazionali, al consolidamento della cultura della sicurezza, allo sviluppo delle competenze professionali e al rafforzamento degli strumenti di monitoraggio e valutazione. La rilevazione e l'analisi degli indicatori clinico-assistenziali hanno consentito di presidiare in modo sistematico le principali aree di rischio, supportando l'individuazione delle criticità e la definizione di interventi correttivi e preventivi mirati. Parallelamente, l'attivazione di gruppi di miglioramento, l'attività di Formazione Sul Campo (FSC) e percorsi di aggiornamento professionale hanno favorito una crescente integrazione tra formazione, sviluppo organizzativo e miglioramento continuo.

Il triennio è stato inoltre caratterizzato da un importante percorso di consolidamento dei sistemi di autorizzazione e accreditamento, culminato nel rinnovo dell'accREDITAMENTO istituzionale sanitario e nel mantenimento dei requisiti previsti dal sistema provinciale di accREDITAMENTO socio-assistenziale. Gli esiti delle verifiche hanno confermato la conformità dell'organizzazione agli standard richiesti e la presenza di un modello strutturato di *governance* e monitoraggio dei processi.

Tra i risultati maggiormente significativi del periodo si evidenzia inoltre la predisposizione del primo Bilancio Sociale dell'Ente, quale strumento di rendicontazione, trasparenza e dialogo con gli stakeholders. Attraverso tale documento la Struttura ha valorizzato le attività svolte, i risultati conseguiti, le progettualità sviluppate e il valore sociale generato a favore di residenti, famiglie, lavoratori e Comunità locale. L'iniziativa rappresenta un ulteriore passo avanti nel percorso di maturazione organizzativa dell'Ente, rafforzandone la capacità di autovalutazione, programmazione, *accountability* e rendicontazione, in coerenza con i requisiti previsti dal sistema provinciale di accREDITAMENTO socio-assistenziale.

Permangono tuttavia alcuni elementi di complessità legati all'evoluzione dei bisogni assistenziali della popolazione residente, caratterizzata da una crescente fragilità clinica, dall'aumento delle situazioni di deterioramento cognitivo e da livelli di complessità assistenziale sempre più elevati. A ciò si aggiungono le difficoltà connesse al reperimento, alla stabilizzazione e alla fidelizzazione delle figure professionali sanitarie e socio-assistenziali (in particolare infermieri e OSS), tema che continua a rappresentare una priorità strategica per il mantenimento della qualità dei servizi.

Nel prossimo triennio sarà pertanto necessario proseguire nel rafforzamento delle politiche di valorizzazione del personale, nello sviluppo delle competenze professionali e nella promozione del clima aziendale e del benessere organizzativo. Particolare attenzione dovrà essere riservata al miglioramento della comunicazione interna ed esterna, con specifico riferimento ai flussi informativi tra responsabili dei servizi e personale e alla qualità del passaggio delle consegne, quale elemento rilevante per garantire continuità, sicurezza e coerenza nella presa in carico. Sarà altresì opportuno consolidare la diffusione capillare delle procedure e dei nuovi strumenti operativi adottati dall'Ente, anche attraverso un utilizzo consapevole delle tecnologie digitali e degli strumenti basati sull'intelligenza artificiale. Parallelamente, sarà necessario mantenere un costante monitoraggio degli indicatori di qualità e garantire il mantenimento degli standard richiesti dai sistemi di autorizzazione e accREDITAMENTO.

Tra le possibili linee di sviluppo del prossimo triennio si evidenzia l'opportunità di approfondire il modello "Qualità & Benessere" (<https://qualita-benessere.it/>), quale strumento orientato alla valutazione partecipata della qualità della vita e del benessere delle persone residenti. L'eventuale avvio di tale percorso potrà rappresentare un'ulteriore occasione di autovalutazione, confronto con altre realtà e valorizzazione delle buone pratiche già sviluppate dall'Ente. Considerata la complessità metodologica del modello, sarà tuttavia necessario prevedere il coinvolgimento di personale interno qualificato e adeguatamente formato, valutando l'opportunità di individuare un ulteriore risorsa dedicata al coordinamento e raccolta delle evidenze.

Nel complesso, i risultati conseguiti confermano l'adeguatezza e l'efficacia del Sistema di Gestione della Qualità adottato dal Centro Servizi Socio-Sanitari e residenziali di Malè, evidenziando una progressiva maturazione dei processi di pianificazione, monitoraggio, valutazione degli esiti conseguiti. Tale Sistema può essere paragonato alla cabina di comando di un aeromobile. La sicurezza e il buon esito del volo non dipendono infatti da un singolo strumento o da una sola persona, ma dall'integrazione di procedure codificate, controlli preventivi, sistemi di monitoraggio, verifiche periodiche e dalla capacità dell'intero equipaggio di interpretare correttamente le informazioni disponibili e assumere decisioni tempestive. Analogamente, all'interno del Centro Servizi Socio-Sanitari e Residenziali di Malè, la qualità non coincide con l'assenza di criticità, bensì con la capacità dell'organizzazione di intercettare tempestivamente gli scostamenti, analizzarne le cause e attivare azioni correttive e preventive prima che possano compromettere la sicurezza e il benessere delle persone accolte. Gli indicatori, gli audit, i riesami periodici, la formazione e i piani di miglioramento svolgono una funzione analoga agli strumenti di bordo: consentono di verificare costantemente la rotta, identificare eventuali turbolenze organizzative e apportare i necessari correttivi per mantenere l'organizzazione orientata verso i propri obiettivi strategici. In questa prospettiva, il miglioramento continuo non rappresenta il punto di arrivo del viaggio, ma il metodo attraverso il quale l'Ente mantiene la propria rotta nel tempo, adattandosi ai cambiamenti del contesto e garantendo standard sempre più elevati di qualità, sicurezza e affidabilità dei servizi erogati.



ALLEGATI E DOCUMENTI COLLEGATI

Bilancio preventivo economico e Piano Programmatico 2022-2024 - Del. 34/2021.
Bilancio preventivo economico e Piano Programmatico 2023-2025 - Del. 34/2022.
Bilancio preventivo economico e Piano Programmatico 2024-2026 - Del. 25/2023.
Bilancio preventivo economico e Piano Programmatico 2025-2027 - Del. 41/2024.
Bilancio sociale 2023-2025 (*in corso di approvazione*).
Carta dei Servizi - Del n. 9 di data 28.03.2022 (*in corso di approvazione*).
Documento di Valutazione dei Rischi (DVR).
Elenco delle procedure, dei protocolli e delle istruzioni operative revisionati o aggiornati nel triennio 2023-2025.
File relativo alla rendicontazione delle riunioni 2023-2025.
Indagine di soddisfazione rivolta ai residenti del Centro Servizi Socio-Sanitari e Residenziali di Malè (Rif. 2025).
Liste Accreditamento istituzionale: lista di controllo GEN - "Requisiti Generali"; lista di controllo "ESTRA OSP. ANZIANI" - "Requisiti delle strutture che erogano prestazioni residenziali e semiresidenziali per anziani".
Obiettivi annuali servizi 2023-2025 - Piani di Miglioramento.
Piano della Comunicazione Aziendale - GE11.
Piano della Formazione e sviluppo innovativo delle Risorse Umane 2023-2025.
Piano della Qualità 2023-2025.
Relazione annuale relativa al monitoraggio degli standard previsti dalla Carta dei Servizi - 2023-2025.
Relazione Formazione 2023-2025.
Relazioni del Servizio Sociale di Animazione 2023-2025.
Relazioni del Servizio Fisioterapico 2023-2025.
Relazione "Progetto Cadute 2024".
Relazione di Supervisione sul clima organizzativo - Anno 2025 (1/04/2026).
Report FSC - Prevenzione, monitoraggio e gestione degli agiti violenti in RSA - 2-12601.
Report FSC - Strategie di prevenzione e controllo del rischio infettivo in RSA-2-12997.
Report FSC - Sicurezza e qualità: la gestione del rischio clinico in RSA - un approccio sistemico e integrato per migliorare l'assistenza ai residenti - 2-13569.
Report FSC - Prendersi cura delle persone con demenza in RSA - 2-14593.
Report di valutazione Verifica Tecnico Sanitaria (VTS) - 2023-2025.
Report IndiCARE Salute LAB - 2024-2025.
Valutazione approfondita Stress Lavoro Correlato - Centro Servizi Socio-Sanitari e residenziali A.P.S.P. Malè del 03/04/2023 - Integrazione del DVR di data 19.07.2022 (Prot. non codificato).
Valutazione approfondita Stress Lavoro Correlato - Centro Servizi Socio-Sanitari e residenziali A.P.S.P. Malè - agosto 2025 - integrazione del DVR di data 20.05.2025 (Prot. 2538 di data 21.10.2025).

BIBLIOGRAFIA

- Attolico L., (2012), *Innovazione Lean. Strategie per valorizzare persone, prodotti e processi*, Hoepli, Milano.
- Bodek N., (2010), *How to do Kaizen: A new path to innovation - Empowering everyone to be a problem solver*, PCS Press, Vancouver, WA.
- Drucker Peter F., (1954), *The Practice of Management*, New York: Harper & Row.
- Foglio A., (2015), *La comunicazione interna alle imprese e alle organizzazioni. Modalità, linguaggio, circuiti, mezzi offline e online*, Franco Angeli, Milano.
- IndiCARE Salute LAB - *Indicatori e strumenti per la governance clinico-assistenziale e la qualità della presa in carico in RSA (Progetto 2025)*, UPIPA s.c.
- Malinverno E., (2013), *La qualità in sanità. Metodi e strumenti di clinical governance*, Carocci, Roma.
- Massai D., Amerini A., Corbani A., Mancini A., (2010), *Metodi e strumenti per la formazione nelle aziende sanitarie*, McGraw-Hill Education, Milano.
- Raimondo C., (2013), *Innovazioni gestionali nelle imprese sanitarie. Modelli ed esperienze di lean management*, Youcanprint.
- Womack P., Jones DT., (2017), *Lean Thinking. Come creare valore e bandire gli sprechi*, goWare & Guerini Next.