



Verbale riesame del sistema

Data **29 aprile 2015** Oggetto riesame completo riesame parziale

Documenti esaminati

- Politica per la Qualità
- Verbali riesame del sistema precedenti 29 ottobre 2014 .
- Non conformità (M-GNC)
- Pianificazione audit 2015
- Fornitori
- Attività formative
- Test/Questionari (es. Questionari di valutazione soddisfazione cliente)
- Manuale della Qualità rev. 18
- Manuali HACCP in vigore
- Procedure
 1. Procedura di erogazione dei servizi di assistenza globale (P-EAG)
 2. Procedura Gestione Economato-Provveditorato (P-GEP)
 3. Procedura gestione area tecnica (I-P-GAT)
 4. Procedura gestione documenti e dati (I-P-GDR)
 5. Procedura gestione risorse umane (I-P-GRU)
 6. Procedura miglioramento (P-MIG)
 7. Procedura Servizio Dietetico (P-DIE)
 8. Procedura servizio accettazione e sociale (P-SAS)
 9. Procedura servizio educativo – animativo (P-EDAN)
 10. Procedura servizio logopedico (P-LOG)
 11. Procedura servizio psicologico (P-PSI)
 12. Procedura servizio riabilitativo (P-RIA)
 13. Procedura servizio economico finanziario (P-SEF)
 14. Procedura accettazione e sociale Pensionato Piaggi (PPI-SAS)
 15. Procedura di erogazione dei servizi di assistenza globale Pensionato Piaggi (PPI-EAG)
 16. Procedura servizio educativo – animativi Pensionato Piaggi (PPI-EDAN)
 17. Procedura Gestione servizio attività motorie (P-AMO)
 18. Procedura di Erogazione dei Servizi di Assistenza Globale Casa Famiglia Gidoni (PGD-EAG)
 19. Procedura di Erogazione dei Servizi di Assistenza Globale Centro Diurno Monte Grande (PBB-EAG)



Verbale riesame del sistema

Scopo del Riesame tenutosi in data 29 aprile 2015 è stata la valutazione degli indici dell'anno 2014 dei principali processi aziendali, approvati con determina n°100 del 19 Marzo 2014, così come previsto dalla Norma ISO 9001:2008 e la conferma degli indici per l'anno 2015 approvati con determina n°127 del 18 Marzo 2015.

VALUTAZIONE INDICI ANNO 2014

Sono stati valutati tre diversi indici relativi ai principali processi aziendali, ovvero 1) indicatori di prestazione dei processi, 2) azioni di miglioramento, 3) dati a consuntivo relativi all'attività dell'organizzazione.

Di seguito quanto emerso per ogni indice:

1) INDICATORI DI PRESTAZIONE DEI PROCESSI-VALUTAZIONE RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI ANNO 2014 –SVILUPPI PER ANNO 2015

INDICATORE 1.a

RELATIVO A: SERVIZIO ASSISTENZA GLOBALE

OBIETTIVO: Totale bagni effettuati entro il limite di 10 gg per ospite. **RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVO 100% VEDI DATI SOTTOSTANTI**

INDICATORE: % di bagni effettuati oltre il limite di 10 giorni sul totale effettuato.

RESPONSABILE: P.I. P. Miozzo

PERSONALE COINVOLTO: (Oss-Coordinatori di Residenza-Infermieri del Centro Servizi Beato Pellegrino-Centro Servizi G.A Bolis)

Nell'anno 2014, i bagni assistiti effettuati, che non hanno rispettato il termine di 10 giorni, sono stati in numero di 134.

La tabella sottostante riassume i dati sopra esposti:

| Mese | Tulipani | Mimose | Fiordalisi | Rose | Bolis | Totale | Media scostamenti |
|--------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------------|
| Gennaio | 6 | 3 | 0 | 11 | 5 | 25 | 11,36 |
| Febbraio | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 17,00 |
| Marzo | 0 | 7 | 3 | 2 | 2 | 14 | 11,78 |
| Aprile | 1 | 19 | 0 | 4 | 7 | 31 | 11,77 |
| Maggio | 0 | 4 | 0 | 6 | 2 | 12 | 11,75 |
| Giugno | 0 | 8 | 0 | 5 | 3 | 16 | 11,31 |
| Luglio | 0 | 5 | 0 | 5 | 0 | 10 | 11,10 |
| Agosto | 1 | 3 | 0 | 3 | 2 | 9 | 11,56 |
| Settembre | 0 | 3 | 0 | 0 | 0 | 3 | 11,25 |
| Ottobre | 0 | 6 | 0 | 1 | 1 | 8 | 11,00 |
| Novembre | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,00 |
| Dicembre | 0 | 5 | 0 | 0 | 0 | 5 | 11,20 |
| Totale | 8 | 64 | 3 | 37 | 22 | 134 | 10,92 |
| Presenze effettive | 35729 | 33678 | 30401 | 43480 | 36320 | 179608 | |
| Bagni teorici | 3573 | 3368 | 3040 | 4348 | 3632 | 17961 | |
| % bagni disattesi | 0,22 | 1,90 | 0,10 | 0,85 | 0,61 | 0,75 | |

Media dell'anno dei bagni disattesi 0,75%



Verbale riesame del sistema

La media dei giorni dei bagni disattesi si attesta in giorni 10,92

La causa principale del mancato rispetto del termine dei 10 giorni è imputabile principalmente ad assenze del personale

Le residenze Rose e Mimose, come per il 2013, hanno la percentuale più alta dei bagni disattesi

In relazione al trend triennale nel 2014, vi è una tendenza al miglioramento. Infatti lo scostamento % dal limite, è stato di 1,74% nel 2012, del 1,2% nel 2013 e del 0,75% nel 2014. Il limite di circa l'1% andrà considerato come fisiologico, stante il fatto che il principale motivo dei mancati bagni sono le assenze del personale. Per l'anno 2015 si è portato il limite a 7 giorni considerando fisiologico l'1% di scarto vedi anche Determina assegnazione obiettivi n.127/2015. Per raggiungere il limite di 7 giorni sono stati modificati i piani di lavoro degli OSS delle residenze inserendo l'esecuzione dei bagni anche la domenica.

| ANNO 2012 | ANNO 2013 | ANNO 2014 |
|-----------|-----------|-----------|
| 1,74% | 1,2% | 0,75% |

INDICATORE 1.b

RELATIVO A: SERVIZIO ASSISTENZA GLOBALE CENTRO DIURNO CASA GIDONI

OBBIETTIVO: Occupazione media posti struttura pari a 27 per giorno **RAGGIUNGIMENTO**
OBBIETTIVO 100% VEDI DATI SOTTOSTANTI

INDICATORE: Posti medi per giorno

RESPONSABILE: P.I. P. Miozzo

PERSONALE COINVOLTO: (Coordinatore Centro Diurno Casa Famiglia Gidoni)

La media di occupazione nell'anno 2014 degli ospiti con contributo regionale è stata di 27,30; di seguito i dettagli per semestre e mese .

I semestre 2014

| Mese | Giorni presenza | Presenze | Assenze | Malattie | Ospedalizzazioni |
|--------------------------|-----------------|----------|---------|----------|------------------|
| Gennaio | 25 | 625 | 0 | 45 | 0 |
| Febbraio | 24 | 589 | 0 | 36 | 0 |
| Marzo | 26 | 684 | 1 | 28 | 0 |
| Aprile | 24 | 626 | 5 | 53 | 0 |
| Maggio | 26 | 679 | 0 | 29 | 0 |
| Giugno | 23 | 596 | 1 | 41 | 0 |
| Totali parziali | 148 | 3799 | 7 | 232 | 0 |
| Totali | | 4038 | | | |
| Media giornaliera | 27,28378378 | | | | |

II semestre 2014

| Mese | Giorni presenza | Presenze | Assenze | Malattie | Ospedalizzazioni |
|---------------|-----------------|----------|---------|----------|------------------|
| Luglio | 27 | 726 | 4 | 57 | 0 |



Verbale riesame del sistema

| | | | | | |
|--------------------------|--------------------|--|----------------|-----------------|-------------------------|
| Agosto | 25 | 695 | 24 | 38 | 0 |
| Settembre | 26 | 667 | 9 | 42 | 0 |
| Ottobre | 27 | 625 | 1 | 57 | 0 |
| Novembre | 24 | 565 | 1 | 25 | 5 |
| Dicembre | 24 | 573 | 11 | 54 | 0 |
| Totali parziali | 153 | 3851 | 50 | 273 | 5 |
| Totali | | 4179 | | | |
| Media giornaliera | 27,31372549 | | | | |
| Totali 2014 | Giorni | | | | |
| | presenza | Presenze | Assenze | Malattie | Ospedalizzazioni |
| | 301 | 7650 | 57 | 505 | 5 |
| | | Somma presenze, assenze, malattie, ospedalizzazioni | | | |
| | 301 | | 8217 | | |

Media giornaliera anno 2014

27,29900332

Per quanto riguarda il trend la tabella sotto riporta gli esiti a partire dal 2011, anno in cui si è iniziato a valutare questo indicatore.

Dopo le problematiche dell'anno 2012, in cui la media, sebbene di poco, è scesa al di sotto delle 27 presenze giornaliere, nell'anno 2013 la presenza media giornaliera è stata di 28,77; nel 2014 la media risulta essere del 27,30. E' importante notare che, benché dal 22 settembre 18 ospiti storici siano stati trasferiti dal Centro Diurno Gidoni al Centro Diurno Montegrande, per vicinanza rispetto a questo, si sia riusciti ad integrarli con nuovi ospiti o presenze mantenendo la media di occupazione praticamente uguale nei due semestri dell'anno. Per l'anno 2015 l'indice è stato mantenuto e esteso anche al Centro Diurno Monte Grande a Palazzo Bolis vedi anche Determina assegnazione obiettivi n.127/2015.

| ANNO 2011 | ANNO 2012 | ANNO 2013 | ANNO 2014 |
|------------|------------|-------------|-------------|
| Media 27,9 | Media 26,7 | Media 28,77 | Media 27,30 |

Il trend e l'obiettivo riguardano gli ospiti con contributo regionale. Se si considerano anche gli ospiti autosufficienti e che, pertanto, non usufruiscono del contributo e la cui gestione non è soggetta a certificazione di qualità, la media mensile di occupazione del I semestre 2014 è stata di 30,76 giorni, mentre quella del II semestre di 30,15 giorni corrispondente ad una media annuale di 30,46 giorni.

INDICATORE 1c)

RELATIVO A: SERVIZIO ATTIVITA' MOTORIA

OBBIETTIVO: Partecipazione alla attività motoria della % degli ospiti prefissata (>/= al 70% per ospiti non autosufficienti e > /= del 75% per ospiti Pensionato Piaggi e Centro Diurno Gidoni.)
RAGGIUNGIMENTO OBBIETTIVO 100% VEDI DATI SOTTOSTANTI

INDICATORE: % di ospiti partecipante sul totali potenziali

RESPONSABILE: Dott. F. Tamellini

PERSONALE COINVOLTO: Servizio Attività Motorie (Centro Servizi Beato Pellegrino-Centro Servizi G.A Bolis-Centro Diurno Casa Famiglia Gidoni- Pensionato Piaggi)

Nel 2014 la % di ospiti partecipanti alle attività motorie rispetto ai potenzialmente idonei risulta essere, per gli ospiti non autosufficienti maggiore del 70%, su una media di circa 15 ospiti potenzialmente idonei.



Verbale riesame del sistema

Le residenze in cui si registra una minor % di partecipazione risultano essere le Mimose e i Fiordalisi, dove, la minor partecipazione è spesso legata, a motivi sanitari-assistenziali. Al Pensionato Piaggi la % degli ospiti che risulta partecipare alla attività motoria è mediamente del 75% su circa 25-27 che su base volontaria, stante autorizzazione del medico, aderiscono all' attività'.

Per quanto riguarda gli ospiti del Centro Diurno Casa Famiglia Gidoni la % di partecipanti alle attività motorie, rispetto a quelli che aderiscono alla attività (dai 25-ai 28) è del 75% simile a quella del P.Piaggi.

Per quanto riguarda il trend la tabella sotto riporta gli esiti a partire dal 2011, anno in cui si è iniziato a valutare questo indicatore.

Le % risultano al di sopra del 70% per gli ospiti non autosufficienti e del 75% per gli ospiti autosufficienti e ospiti dei centri diurni; si ritiene che un superamento di queste %, non sia possibile e che siano dei limiti fisiologiche.

| ANNO 2011 | ANNO 2012 | ANNO 2013 | ANNO 2014 |
|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|
| >70% NA >75% A + CG |

Legenda:

NA= Non autosufficienti A= Autosufficienti CG= Centri Diurni

Per l'anno 2015 viene riconfermato l'obiettivo ed esteso anche al Centro Diurno Montegrande vedi anche Determina assegnazione obiettivi n.127/2015.

INDICATORE 1d)

RELATIVO A: SERVIZIO MEDICO / SERVIZIO DI FISIOTERAPIA /SERVIZIO ATTIVITÀ MOTORIE/SERVIZIO ASSISTENZA GLOBALE

OBBIETTIVO: *Valutazione del mantenimento capacità deambulatorie ospiti a seguito di trattamento RAGGIUNGIMENTO OBBIETTIVO 100% VEDI DATI SOTTOSTANTI*

INDICATORE: *% di ospiti che mantengono le capacità deambulatorie sul totale trattati*

RESPONSABILE: *Dott. F. Tamellini*

PERSONALE COINVOLTO: *(Oss-Coordinatori di Residenze, Personale Medico, Personale Servizio Fisioterapia, Personale Servizio Attività Motoria del Centro Servizi Beato Pellegrino-Centro Servizi G.A Bolis).*

Il progetto si propone di valutare la % degli ospiti che, a seguito di trattamento, risultano mantenere le capacità deambulatorie sul totale trattati. Nel corso del II semestre del 2014 sono stati trattati in tutto 115, mentre nel I semestre del 2014 sono stati trattati 134 ospiti.

Essendoci variabilità nel nome degli ospiti trattati tra i due semestri, vengono qui riportati i dati relativi al I e II semestre del 2014 per un commento generale.

Nel corso del I semestre del 2014 sono stati trattati 134 ospiti (vs 133 del 2° semestre 2013) su un totale di 496 ospiti residenti , così suddivisi per Residenze:

Tulipani 25 pari al 25% degli ospiti della Residenza Tulipano

Fiordalisi 35 pari al 41,67 % degli ospiti della residenza Fiordalisi

Mimose 13 pari al 13,98 % degli ospiti della residenza Mimose

Rose 29 pari al 24,17% degli ospiti della Residenza Rose

Bolis 32 pari al 32% degli ospiti della Residenza Bolis

La % degli ospiti trattati sul totale di Altavita è risultata pari al 26,96%. (totali ospiti residenti 496)

Per quanto riguarda i risultati del I semestre del 2014 nell'area generale-internistica sono risultati stazionari nel 73,88% (vs 78,2% nel 2° sem. 2013), migliorati nel 8,21%(vs 9,77%), peggiorati nel 17,91% (vs13,53%); nell'area neuromotoria sono risultati stazionari nel 48,51% (vs 45,86%), migliorati nel 14,18% (vs 24,81%), peggiorati nel 37,31% (vs dati non precisati), area neuropsichica: sono risultati



Verbale riesame del sistema

stazionari nel 57,46% (vs 52,63%), migliorati nel 8,96% (vs 26,32%), peggiorati nel 33,58% (vs dati non precisati).

Nel corso del II semestre del 2014 sono stati trattati 115 ospiti (vs 134 del 1° semestre 2014), su un totale di 496 residenti, così suddivisi per residenze:

Tulipani: 32 pari al 32% degli ospiti della Residenza Tulipano

Fiordalisi: 22 pari al 26,51% degli ospiti della residenza Fiordalisi

Mimose: 9 pari al 9,68% degli ospiti della residenza Mimose

Rose: 17 pari al 15,15% degli ospiti della Residenza Rose

Bolis: 35 pari al 35% degli ospiti della Residenza Bolis

La % degli ospiti trattati sul totale di Altavita è risultata pari al 23;19%

Per quanto riguarda i risultati del II semestre del 2014 nell'area generale-internistica sono risultati stazionari nel 70,43% (vs 73,88% nel 1° sem. 2014), migliorati nel 12,17% (vs 8,21%), peggiorati nel 17,39% (vs 17,91%); nell'area neuromotoria sono risultati stazionari nel 66,65% (vs 48,51%), migliorati nel 22,61% (vs 14,18%), peggiorati nel 21,74% (37,31%), area neuropsichica: sono risultati stazionari nel 60,00% (vs 57,46%), migliorati nel 14,78% (vs 8,96%), peggiorati nel 25,22% (vs 33,58%).

In leggero peggioramento, sempre rispetto al 2° semestre 2013, sono apparsi gli esiti del trattamento, in particolare relativamente alle aree neuromotoria e neuropsichica, ma ciò può essere facilmente attribuito al progressivo deterioramento "basale" dei soggetti arruolati.

Il progetto viene mantenuto nel 2015, con alcune modifiche, ovvero l'esecuzione del progetto di deambulazione assistita, attraverso l'emissione di specifici PAI, e l'emissione della scheda di deambulazione mensile MRE-SDE, da parte del Coordinatore di Residenza con la registrazione unicamente degli interventi degli OSS, in quanto quelli dei Fisioterapisti e di Attività Motoria sono già presenti in specifici report, vedi anche Determina assegnazione obiettivi n.127/2015. Compito dei Coordinatori di residenza sarà anche quello di mantenere un controllo accurato sulla attività svolta dagli OSS nell'ambito di questo progetto affinché non vi siano errate registrazioni dell'attività stessa. Inoltre non potendo essere considerato un indicatore di prestazione di processi, sarà considerato come dato a consuntivo relativo all'attività dell'organizzazione.

INDICATORE 1e)

RELATIVO A: SERVIZIO DI PSICOLOGIA / SERVIZIO EDUCATIVO ANIMATIVO / SERVIZIO SOCIALE / SERVIZIO LOGOPEDIA

OBBIETTIVO: *Aumento del numero degli ospiti partecipanti e/o degli interventi relativamente al progetto di socializzazione rispetto al 2013. RAGGIUNGIMENTO OBBIETTIVO 100% VEDI DATI SOTTOSTANTI*

INDICATORE : *numero delle persone coinvolte rispetto al 2013 e/o numero interventi rispetto al 2013*

RESPONSABILE: *Dott. F. Tamellini, P.I. Miozzo*

PERSONALE COINVOLTO: *Servizio Sociale, Servizio Educativo Animativi, Servizio , Servizio Psicologico e Logopedico (Centro Servizi Beato Pellegrino-Centro Servizi G.A Bolis-Centro Diurno Casa Famiglia Gidoni- Pensionato Piaggi)*

L'obbiettivo relativo a questo progetto era quello di aumentare il numero degli ospiti trattati e o i trattamenti rispetto all'anno 2013. Nel 2014 il totale degli interventi effettuati è stato di 7780 (con una media tra il 1° e 2° semestre di 3890) e il numero degli ospiti trattati in media tra il 1° e 2° semestre è stato 110. Considerando a riferimento il II semestre del 2013, in quanto nel 1° semestre 2013 i logopedisti sono entrati nel progetto a maggio, si può notare che il numero degli interventi è aumentato, mentre gli ospiti trattati sono leggermente calati. Questo è dovuto all'aggravamento delle condizioni generali degli ospiti che rende impossibile l'ingresso nel progetto. L'aumentato numero degli interventi dei logopedisti nel 2°



Verbale riesame del sistema

semestre del 2014 rispetto al 1° semestre si giustifica anche con il ricorso agli incontri di socializzazione di gruppi.

Per l'anno 2015 si è deciso di proseguire il progetto della socializzazione con l'obiettivo di mantenere rispetto al 2014 il numero degli interventi effettuati, vedi anche Determina assegnazione obiettivi n.127/2015

| Totale ospiti | | Totale interventi, inclusi quelli erogati dai volontari | Totale interventi assistente sociali | Totale interventi educatore animatore | Totale interventi psicologo | Totale interventi logopedisti | Totale interventi volontari (piaggi e bolis) | Totale ospiti senza volontari | Totali interventi senza volontari |
|---------------|-----|---|--------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|--|-------------------------------|-----------------------------------|
| II sem 2014 | 103 | 3953 | 643 | 1008 | 1086 | 454 | 762 | 50 | 3191 |
| I sem 2014 | 117 | 3827 | 809 | 841 | 1078 | 292 | 807 | 84 | 3020 |
| II sem 2013 | 120 | 3415 | 717 | 829 | 831 | 290 | 748 | 86 | 2667 |
| I sem 2013 | 89 | 2250 | 348 | 545 | 589 | 99 | 669 | 55 | 1581 |
| II sem 2012 | 90 | 2234 | 354 | 575 | 651 | //// | 654 | 56 | 1580 |

INDICATORE 1 f)

RELATIVO A: SERVIZIO LAVANDERIA

OBBIETTIVO: Non superamento del limite di 105 capi danneggiati per cause diverse dall'usura.

INDICATORE: Numero di capi danneggiati. L'OBBIETTIVO NON E' STATO RAGGIUNTO VEDI DATI SOTTOSTANTI

RESPONSABILE: Rag. E. Berton

PERSONALE COINVOLTO: Personale Servizio Lavanderia, Oss di Residenze Centro Servizi Beato Pellegrino-Centro Servizi G.A Bolis

Nel 2014 il numero di capi danneggiati per cause diverse dall'usura è stato di 120. In base a questo dato l'obbiettivo del mantenimento del numero dei capi danneggiati sotto i 105 non è stato raggiunto. Di questi 97 sono dovuti all'acquaclean (non gestiti dalla lavanderia), 6 ad errori di smistamento lavanderia, 17 ad errori di smistamento delle residenze e 534 i capi danneggiati per usura, per un totale di 654 capi danneggiati. L'Amministrazione ha deciso, in considerazione che gli impianti di lavanderia sono ormai obsoleti e che richiedono un intervento straordinario troppo oneroso, di affidare all'esterno il servizio di lavanderia. L'appalto è stato affidato con decorrenza 1° Aprile 2015 e il servizio sarà a regime ad ottobre 2015. Alla fine di questo periodo verrà valutato un nuovo indicatore. Nel frattempo l'attività verrà mantenuta sotto controllo attraverso l'attività di sorveglianza della Responsabile di Gestione degli Appalti tramite opportune check list ed eventuali audit, vedi anche Determina assegnazione obiettivi n.127/2015.

| ANNO 2011 | ANNO 2012 | ANNO 2013 | ANNO 2014 |
|---|--|--|--|
| 315 capi danneggiati (82 cause diverse | 338 capi danneggiati (106 cause diverse | 428 capi danneggiati (107 cause diverse | 654 capi danneggiati (120 per cause diverse |



Verbale riesame del sistema

| | | | |
|-------------|-------------|-------------|-------------|
| dall'usura) | dall'usura) | dall'usura) | dall'usura) |
|-------------|-------------|-------------|-------------|

INDICATORE 1g)

RELATIVO A: SERVIZIO TECNICO MANUTENZIONE

OBBIETTIVO: *Media degli interventi effettuati entro 1 giorno di attesa*

INDICATORE: *giorni medi di attesa sul totale interventi effettuati. RAGGIUNGIMENTO OBBIETTIVO 100% VEDI DATI SOTTOSTANTI*

RESPONSABILE: *Geom. R. Pastore*

PERSONALE COINVOLTO: *Personale Servizio Manutenzione*

Nel 2014 i tempi di attesa per richiesta di intervento risultano pari a 0,57 giorni. L'obiettivo può considerarsi raggiunto al 100% visto che si è mantenuto al di sotto di 1 giorno. Il valore è rientrato al di sotto del limite di 1 giorno medio di attesa come era accaduto per gli anni 2011, 2012, mentre nel 2013 tale valore era stato superato. La causa del superamento nel 2013 era dovuta alla riduzione di due unità dell'organico della manutenzione avvenuta nel I semestre 2013 con, in particolare, la penalizzazione degli interventi di tipo meccanico. Questo perché il meccanico veniva destinato a lavori di falegnameria, penalizzando i lavori meccanici meno urgenti. Nel II semestre del 2013 l'organico è stato aumentato di 1 unità e, rispetto al I semestre del 2013, la situazione è nettamente migliorata, i tempi, infatti, sono ritornati al di sotto del limite di 1 giorno medio di attesa, ovvero 0,89 giorni. Considerando, però, la media annua questa era risultata di poco superiore a 1gg. L'obiettivo viene riconfermato per il 2015, vedi anche Determina assegnazione obiettivi n.127/2015.

| ANNO 2011 | ANNO 2012 | ANNO 2013 | ANNO 2014 |
|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 0,74gg | 0,67gg | 1,11 gg | 0,57 gg |

INDICATORE 1h)

RELATIVO A: SERVIZIO TECNICO MANUTENZIONE

OBBIETTIVO: *"tempi non produttivi" entro il 20% delle ore lavorative totali. RAGGIUNGIMENTO OBBIETTIVO 100% VEDI DATI SOTTOSTANTI*

INDICATORE: *% ore non produttive rispetto al totale ore lavorative.*

RESPONSABILE: *Geom. R. Pastore*

PERSONALE COINVOLTO: *Personale Servizio Manutenzione*

Nel 2014 i tempi non produttivi, ovvero la % di ore non lavorate rispetto al totale, è stata del 9 % ovvero al di sotto del 20%. L'obiettivo può pertanto considerarsi raggiunto al 100%. Questo trend risulta in linea con il trend dell'ultimo triennio in cui il valore, come si vede dalla tabella sottostante, si è mantenuto sempre al di sotto del 20%. Per questo motivo per l'anno 2015 il limite è stato portato al 10%, rendendo più sfidante l'obiettivo, vedi anche Determina assegnazione obiettivi n.127/2015.

| ANNO 2011 | ANNO 2012 | ANNO 2013 | ANNO 2014 |
|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 17% | 10,5% | 9 % | 9% |

INDICATORE 1i)

RELATIVO A: SERVIZIO TECNICO MANUTENZIONE

OBBIETTIVO: *Totale interventi di manutenzione effettuati rispetto agli interventi programmati di manutenzione preventiva*



Verbale riesame del sistema

INDICATORE: 100 % degli interventi effettuati sul totale degli interventi programmati (100% degli interventi a priorità alta). **RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVO** 100% VEDI DATI SOTTOSTANTI.

RESPONSABILE: *Geom. R. Pastore*

PERSONALE COINVOLTO: *Personale Servizio Manutenzione*

Nel 2014 gli interventi programmati, sono stati tutti completati, e quindi l'obiettivo può considerarsi raggiunto al 100%. Da notare che l'obiettivo prevedeva il completamento al 100% degli interventi ad alta priorità, mentre sono stati completati tutti i tipi di intervento, ovvero anche quelli a priorità media e bassa. Si ricorda che gli interventi di manutenzione programmata previsti erano in totale 12, di cui 4 ad alta priorità, 6 a priorità normale e 2 a priorità bassa. Per l'anno 2015 l'obiettivo è stato riproposto, vedi anche Determina assegnazione obiettivi n.127/2015.

2) VALUTAZIONE AZIONI DI MIGLIORAMENTO-SVILUPPI ANNO 2015

a) AREA ASSISTENZA GLOBALE / SERVIZIO MEDICO / SERVIZIO DI PSICOLOGIA / SERVIZIO EDUCATIVO ANIMATIVO / SERVIZIO SOCIALE / SERVIZIO DI FISIOTERAPIA / SERVIZIO ATTIVITÀ MOTORIE / SERVIZIO DI LOGOPEDIA / SERVIZIO DIETETICO

AZIONE DI MIGLIORAMENTO: *Applicazione della D.G.R. n° 2961 del 28/12/2012, ed esecuzione dei Piani Assistenziali Individualizzati, come previsto dalle Legge Regione Veneto 22/2002 e come suggerito dal RINA nel corso dell'audit del dicembre 2013*

ATTIVITÀ: *precisare meglio obiettivi/indicatori di verifica, azioni, responsabili e frequenza degli interventi nel modulo MRE-PAI. Verifica sul modulo MRE-PAI della corretta esplicitazione di quanto sopra indicato.*

RESPONSABILE: *Dott.ssa S. Nicoletto, P.I. P. Miozzo, Dott. F. Tamellini, Rag. Berton*

PERSONALE COINVOLTO: *(Servizio Medico, Coordinatori di Residenza, Infermieri, OSS, Personale Servizi Psicologia, Educativo Animativo, Sociale, Fisioterapia, Attività Motorie, Logopedia, Dietetico Centro Servizi Beato Pellegrino-Centro Servizi G.A Bolis-Centro Diurno Gidoni-Pensionato Piaggi)*

L'attività di miglioramento partiva da un percorso, iniziato da circa due anni, che prevedeva, attraverso l'emissione di modulistica specifica guidata, e di un Protocollo esplicativo (MRE-UOIV e MRE-PAI), di definire meglio nella documentazione relativa alla progettazione individualizzata i momenti di verifica. Tale azione di miglioramento era stata formulata anche allo scopo di risolvere l'osservazione del Rina avutasi nel corso dell'audit di ricertificazione del 24-25 ottobre 2012.

Questa prima azione di miglioramento è stata sospesa a Giugno 2013 a causa dell'entrata in vigore della DGR n° 2961 del 28/12/2012, divenuta operativa nell'ambito dell'ULSS 16 a partire dal 1 luglio 2013 con l'utilizzo della S.Va.M.A. Scheda di Valutazione Multidimensionale delle persone adulte e anziane e della U.V.M.D. Verbale di Valutazione Multidimensionale. L'Allegato B della DGR fornisce la modulistica da utilizzarsi.

Con l'introduzione delle nuove disposizioni si era, infatti, creata confusione tra la U.O.I (Unità Operativa Interna) e il P.A.I (Piano Assistenziale Individualizzato), già codificate nello schema tipo di Convenzione Aziende USL/ Centri Servizi e previste dalla L.R.V. 22/2002 e la U.V.M.D. prevista nella nuova S.Va.M.A dalla D.G.R. n° 2961. Un'interrogazione ufficiale sull'argomento, era stata inviata ad ottobre del 2013 dal Segretario/Direttore Generale Dott.ssa Sandra Nicoletto, all'ULSS 16; in particolare era stato richiesto il destino dell'art.12 della convenzione tra ALTAVITA-IRA e ULSS 16 per l'erogazione dei servizi Socio Sanitari e Assistenziale, dove si fa specifico riferimento al Verbale U.O.I.. L'ULSS 16 non ha mai preso posizione ufficiale, per cui i Centri Servizi Beato Pellegrino e Bolis avevano interrotto l'utilizzo della modulistica legata alla convenzione e l'emissione dei PAI, utilizzando la nuova S.Va.M.A. e le U.V.M.D., nel rispetto della DGR n° 2961.



Verbale riesame del sistema

Nell'anno 2014, anche in base alla raccomandazione del RINA avutasi nell'audit del 10 dicembre 2013” *Alla luce delle nuove modalità di gestione del progetto personale dell'ospite attraverso il software dell'ULSS, valutare la possibilità di mantenere come unico documento della struttura il PAI per dare maggiore visibilità anche agli operatori sulle azioni da intraprendere per il raggiungimento degli obiettivi definitivi*” è stata studiata una documentazione che potesse soddisfare la DGR n°2961 e la L.R.V. 22/2002 e lo schema tipo convenzione con L'ULSS 16. E' stato, pertanto, creato un nuovo modello per l'emissione del PAI, ovvero MRE-PAI rev.1 Modulo Formulazione PAI e aggiornato il protocollo relativo DRE-PAI rev. 1 Protocollo operativo UVM/UOI interne e piani assistenziali individualizzati. Tali revisioni sono state emesse dopo uno studio che ha riguardato tutte le figure professionali coinvolte nell'esecuzione delle UVM/UOI e il Medico Coordinatore dell'ULSS 16, Dottoressa Broglio. La nuova modulistica è stata applicata a partire da 1 Settembre 2014. Questa modifica non riguarda i Centri Diurni, in quanto l'ULSS 16 non ha mai attivato il programma informativo per la redazione delle UVM/UOI on line, dove è sempre stato adottato lo schema tipo legato alla convenzione.

L'azione di miglioramento può considerarsi conclusa in quanto anche il RINA nel corso dell'audit di mantenimento del 10 dicembre 2014 ha considerato chiusa positivamente l'attività.

Nel corso dell'accreditamento regionale del Centro Servizi Beato Pellegrino avvenuta in data 1° Aprile 2015 è stato richiesto che venissero individuati Piani Assistenziali Individualizzati (PAI) per tutti gli ospiti della struttura. Di conseguenza la Determina 127/15 che assegna gli obiettivi per l'anno 2015 viene emendata inserendo, per tutti i professionisti in ambito socio-sanitario, quale progetto di miglioramento, l'emissione di PAI con individuati almeno due obiettivi per tutti gli ospiti delle residenze, compreso Bolis e Centri Diurni.

b) SERVIZIO DI PSICOLOGIA

AZIONE DI MIGLIORAMENTO: *miglioramento comunicazione tra personale e familiari degli ospiti*
ATTIVITA': *elaborazione report annuale sugli incontri effettuati con operatori e professionisti in merito alle problematiche relative a casi critici*

RESPONSABILE: *Dott. F. Tamellini*

PERSONALE COINVOLTO: *Servizio Psicologico Centro Servizi Beato Pellegrino-Centro Servizi G.A Bolis)*

Nel 2014 il numero degli incontri effettuati è stato di 888. L'azione di miglioramento è partita sperimentalmente nel 2013; si è inteso offrire il supporto del servizio Psicologico ai professionisti che operano nelle Residenze, per poter affrontare i casi ritenuti critici, anche dal punto di vista del rapporto con i famigliari, allo scopo di migliorare la comunicazione.

Per quanto riguarda il trend, vedi tabella, il numero degli incontri effettuati nel corso del 2013 è stato di 1362, mentre quello del 2014 è stato di 888. Il numero degli interventi nel 2014 è diminuito, in quanto nelle residenze è stata introdotta la prassi di effettuare un incontro tra tutti i professionisti, almeno una volta alla settimana, relativamente alle criticità di residenza.

Per questo motivo si è deciso, nel corso del Riesame della Direzione, di non proporre più questo obiettivo per l'anno 2015.

| ANNO 2013 | ANNO 2014 |
|-----------|-----------|
| 1362 | 888 |

3) VALUTAZIONE DATI A CONSUNTIVO RELATIVI ALL'ATTIVITA' DELL'ORGANIZZAZIONE-SVILUPPI ANNO 2015

a) SERVIZIO RISTORAZIONE E DIETETICO



Verbale riesame del sistema

SCOPO: Monitorare la % di diete speciali rispetto al totale dei pasti erogati allo scopo di valutare la necessità di modifiche organizzative al Servizio.

DATO CONSIDERATO: % di diete speciali erogate rispetto ai pasti totali

RESPONSABILE: Rag. Berton

PERSONALE COINVOLTO: Servizio Ristorazione e Dietetico (Centro Servizi Beato Pellegrino-Centro Servizi G.A Bolis-Pensionato Piaggi e Centro Diurno Gidoni)

Il numero totale dei pasti erogati nel 2014 è stato pari a 431704 pasti: di questi 121926 sono diete, pari ad una % del 28,27%. Nel 2014, pertanto, il trend sembra essere leggermente aumentato rispetto a quello dei precedenti tre anni. Il dato % è influenzato anche dal fatto che il numero totale dei pasti erogati risulta ridotto. Tale dato non verrà più raccolto nel 2015 in quanto il Servizio di Ristorazione è stato appaltato a partire dal 1 Febbraio 2015 alla ditta Sodexo. Tuttavia il Servizio Dietetico collaborerà con la Ditta aggiudicataria per la definizione dei menù e delle diete seguendo i bisogni specifici di AltaVita-IRA. Nel frattempo l'attività verrà mantenuta sotto controllo attraverso l'attività di sorveglianza della Responsabile di Gestione degli Appalti tramite opportune check list ed eventuali audit, vedi anche Determina assegnazione obiettivi n.127/2015.

| ANNO 2011 | ANNO 2012 | ANNO 2013 | ANNO 2014 |
|--|--|--|--|
| 435245 pasti di cui 115614 diete pari a 26,56% | 443953 pasti di cui 113777 diete pari a 25,63% | 436030 pasti di cui 111156 diete pari a 25,49% | 431704 pasti di cui 121926 diete pari a 28,27% |

b) SETTORE RISORSE UMANE

SCOPO: Raccogliere gli indici dei costi di formazione e delle ore di formazione per avere la media annua pro capite delle ore effettuate e i costi pro capite.

DATO CONSIDERATO: media pro capite ore di formazione e media procapite costo formazione

RESPONSABILE: Dott. F. Giannone

PERSONALE COINVOLTO: Settore Risorse umane e formazione (Centro Servizi Beato Pellegrino-Centro Servizi G.A Bolis-Pensionato Piaggi e Centro Diurno Gidoni-Amministrazione)

Gli indici della formazione relativi al 2014 sono stati i seguenti:

| | |
|------------------------------------|--|
| REPORT DATI COMPLESSIVI | |
|------------------------------------|--|

| | |
|---|------------------|
| DIPENDENTI FORMATI NR. | 559,00 |
| ACCESSI FORMATIVI NR. | 1.214,00 |
| MEDIA PRO CAPITE ACCESSI FORMATIVI NR. | 2,17 |
| ORE TOTALI FORMAZIONE NR. | 4.501,00 |
| MEDIA PRO CAPITE ORE FORMAZIONE NR. | 8,05 |
| COSTO FORMAZIONE € | 26.868,24 |
| MEDIA PRO CAPITE COSTO FORMAZIONE € | 48,06 |



Verbale riesame del sistema

MEDIA COSTO ORARIO FORMAZIONE €

5,97

Mentre la Tabella sottostante riporta il Trend degli ultimi tre anni.

| ANNO 2011 | ANNO 2012 | ANNO 2013 | ANNO 2014 |
|---|---|---|---|
| Totale ore formazione 4528. Costo totale 36395,75 €. Costo orario 8,04 €. Media ore formazione pro capite 10,31. Media costo formazione pro capite 82,91 € | Totale ore formazione 53129,60 (di cui 47220 relative al corso sulle infezioni) Costo totale 43.560,35 €. Costo orario 0,82 €. Media ore formazione pro capite 96,95. Media costo formazione pro capite 79,49 € | Totale ore di formazione 12307,35 Costo totale 67.519,33€. Costo orario 5,49 €. Media ore formazione pro capite 19,50. Media costo formazione pro capite 107,00 € | Totale ore di formazione 4501 Costo totale 26868,24 €. Costo orario 5,97 €. Media ore formazione pro capite 8,05. Media costo formazione pro capite 48,06 € |

Dal raffronto dei dati 2014 con quelli dell'anno 2013 si evidenzia la complessiva diminuzione dell'attività formativa: sono diminuiti i partecipanti (- n. 72 lavoratori) che sono comunque rimasti numerosi, gli accessi alla formazione (- n. 584), le ore di formazione effettuate (- n. 7.806,35) e i costi sostenuti (-€ 40.651,00). La diminuzione è stata determinata principalmente dalla minore necessità formativa in materia di sicurezza ex D. L.vo. 81/2008 e s.m.i., dato che, per la maggioranza del personale, sono stati adempiuti gli obblighi formativi nel 2013. Ciononostante la materia della sicurezza è stata quella che ha maggiormente impegnato il personale nel 2014. In particolare, sono state espletate sessioni formative per chi, per vari motivi, non aveva partecipato ai corsi 2013, o per portare a termine la formazione iniziata nel 2013, per coloro che necessitavano degli aggiornamenti di legge, per il personale nuovo assunto e per il personale soggetto al rischio elettrico per un totale di n. 402 accessi e n. 2.004,5 ore di formazione. Riguardo le materie diverse dalla sicurezza, hanno avuto particolare affluenza i corsi di aggiornamento per gli addetti alla manipolazione dei cibi (n. 265 partecipanti), i corsi sulle lesioni elementari in dermatologia (n. 56 partecipanti), sulle turbe del comportamento (n. 59 partecipanti), sui delitti contro la PA, le normative su anticorruzione e trasparenza (n. 32 partecipanti), sulle problematiche nutrizionali degli anziani (n. 61 partecipanti), sul trattamento dei dati personali (n. 64 partecipanti), sulla lettura psicologiche delle persone non autosufficienti (n. 70 partecipanti) e sulla responsabilità del professionista nell'attività assistenziale (n. 90 partecipanti). Riguardo i costi della formazione, pari ad € 26.868,24, hanno risentito della diminuita attività e sono rimasti entro budget assegnato in sede di Bilancio di previsione. Obiettivo per il 2014 era quello di far partecipare ciascun dipendente ad almeno un corso con precedenza alla formazione del personale a tempo indeterminato. Riguardo il personale a tempo indeterminato presente al 31/12/2014, pari a n. 429 dipendenti, risultano aver effettuato formazione n. 413 lavoratori. N. 16 non hanno svolto attività formativa in quanto: n. 5 lavoratrici sono state in maternità, n. 2 in malattia per lunghi periodi mentre n. 9 non si sono proposti per partecipare ad attività formativa né si è riusciti ad inserirli in formazione d'ufficio causa incompatibilità della turnazione o assenze non programmate nei giorni fissati per la formazione. Dei n. 142 lavoratori a tempo determinato presenti al 31/12/2014, n. 132 hanno partecipato ad almeno un evento formativo. N. 10 non hanno partecipato causa la difficoltà di liberarli dai turni di lavoro dato che tali lavoratori sono per lo più già destinati a sostituire i lavoratori a tempo indeterminato.

Per quanto riguarda il trend dell'ultimo triennio, il dato relativo al 2012 è stato fortemente influenzato dal corso sulle infezioni organizzato dall'ULSS 16 che prevedeva una formazione sul campo a costo zero,



Verbale riesame del sistema

con forte incremento delle ore totali erogate, a fronte di un basso costo di formazione, mentre come già largamente spiegato, per il 2014 si conferma una riduzione degli accessi formativi anche per il rispetto del Budget.

Per l'anno 2015 l'indice, vedi anche Determina 127/15, è stato mantenuto. E' stato previsto, inoltre, un ulteriore obiettivo di miglioramento, l'emissione e gestione di un piano formativo dettagliato sulla base di quanto emerso durante l'accreditamento regionale del 1° Aprile 2015. Verrà inoltre valutata la % delle ore di formazione interna rispetto al totale erogato.

c) SETTORE RISORSE UMANE

SCOPO: *Elaborazione con costruzione di un report, dei " Modelli valutazione Corso di Formazione", per acquisire informazioni sul gradimento dei partecipanti ai corsi frequentati allo scopo di orientare i processi formativi e qualificare i fornitori.*

DATO CONSIDERATO: % giudizio insufficiente, medio, buono, ottimo

RESPONSABILE: Dott. F. Giannone

PERSONALE COINVOLTO: *Settore Risorse umane e formazione (Centro Servizi Beato Pellegrino-Centro Servizi G.A Bolis-Pensionato Piaggi e Centro Diurno Gidoni-Amministrazione)*

Nel 2014 sono state raccolte 1212 valutazioni, pur confermando il gradimento del personale rispetto alla formazione impartita, la % dei giudizi buono + ottimo risulta in discesa rispetto agli anni precedenti, con uno spostamento dei giudizi a favore del medio. L'insufficiente si mantiene al di sotto dell'1%. In ogni caso i giudizi di un "insufficiente" ciascuno riportati nei corsi delle Psicologhe di AltaVita, del dott. Gabelli, dell'avv. Lucca e del dott. Rosin, peraltro, non sono valutabili come attendibili in quanto, come è rilevabile, la gran maggioranza delle altre valutazioni hanno segno diverso (corso psicologhe AltaVita: 62 "buono" e 7 "medio"; corso Gabelli: 54 "buono" e 4 "medio"; corso Lucca: 47 "buono" e 17 "medio"; corso Rosin: 50 buono e 5 medio). Ai sensi della procedura qualità, pertanto, tali valutazioni non sono prese in considerazione.

Di seguito il trend degli ultimi tre anni

| ANNO 2011 | ANNO 2012 | ANNO 2013 | ANNO 2014 |
|--|--|--|--|
| 415 valutazioni espresse | 863 valutazioni espresse | 1797 valutazioni espresse | 1212 valutazioni espresse |
| 141 ottimo-230 buono-34 medio-10 insufficiente | 406 ottimo - 411 buono-41 medio-5 insufficiente | 280 ottimo-1454 buono-62 medio-1 insufficiente | 1095 ottimo+buono - 110 medio - 4 insufficiente |
| 33,98% ottimo-55,42% buono-8,19% medio-2,41% insufficiente (89,40% ottimo+buono) | 47,05% ottimo-47,62% buono-4,75% medio-0,58% (94,67% ottimo+buono) | 15,58% ottimo-80,91% buono-3,45% medio-0,06% insufficiente (96,49% ottimo+buono) | 90,35% ottimo+buono - 9,08 medio - 0,33% insufficiente |

Per l'anno 2015 l'indice è stato riproposto, vedi anche Determina 127/15.

Ad aprile 2014 è stato anche somministrato ai dipendenti il questionario, volto a valutare il livello di gradimento degli eventi formativi svoltisi presso l'Istituto AltaVita-I.R.A. e, nell'ottica di un continuo miglioramento, individuare eventuali proposte formative future a partire dall'analisi delle richieste e dei bisogni formativi come espressi dal Personale stesso.

L'analisi dei dati è stata effettuata dal Dottor Luca Flesia ed ad essa si rimanda per il dettaglio. Si riportano qui le due principali indicazioni emerse dalla elaborazione dei dati del questionario.



Verbale riesame del sistema

La prima, e più numerosa, riguarda la richiesta di una formazione che venga incontro a esigenze di specifiche professionalità: corsi maggiormente di settore (15,79%; n = 12), corsi che forniscano ECM (19,74%; n = 15), corsi che prevedano una parte operativo esperienziale (9,21%; n = 7).

La seconda riguarda aspetti tecnico-organizzativi, che possano agevolare la partecipazione ai corsi e l'apprendimento: formazioni svolte in orario non lavorativo (7,89%; n = 6), formazioni svolte presso la sede lavorativa di appartenenza (5,26%; n = 4), presenza di materiale cartaceo attinente alla formazione svolta (5,26%; n = 4). Il questionario verrà somministrato di nuovo come da procedura nel 2016.

d) SERVIZIO RISORSE UMANE

SCOPO: *Acquisizione del grado di apprendimento dei dipendenti in materia di formazione compresa quella relativa alla salute e sicurezza del lavoro, dando tempestiva segnalazione al responsabile e, proponendo immediata azione correttiva, nel caso una corso sia risultato non superato o valutato non adeguato*

DATO CONSIDERATO: *superamento al termine del corso di una prova di verifica scritta o pratica, compreso crediti ECM, o valutazione periodica del Responsabile del Servizio, come previsto dalla Procedura P-GRU (Procedura Gestione Risorse Umane).*

PERSONALE COINVOLTO: *Settore Risorse umane e formazione (Centro Servizi Beato Pellegrino-Centro Servizi G.A Bolis-Pensionato Piaggi e Centro Diurno Gidoni-Amministrazione).*

Come previsto dalla procedura della qualità, l'apprendimento viene valutato o mediante test somministrati ai partecipanti al termine del corso, ove previsti, (sono obbligatoriamente presenti nei corsi di formazione sulla sicurezza e nei corsi che rilasciano crediti della ECM) ovvero, al termine dell'anno formativo, su valutazione del responsabile del servizio compilando apposito modulo.

Riguardo la prima tipologia, dall'esame dei dati in possesso, risulta che, nel 2014, si sono verificate 2 situazioni di mancato superamento dell'esame finale di idoneità nei corsi di formazione antincendio.

Una persona ha ripetuto l'esame, previa frequenza di corso di aggiornamento. L'altra persona, non ha ripetuto l'esame in quanto, essendo stata giudicata non idonea alle mansioni specifiche dal medico competente, è stata successivamente esclusa dalla squadra antincendio dall'RSPP.

Per quanto riguarda la seconda tipologia di verifica dell'apprendimento, i risultati sono i seguenti:

Buono: n. 14 valutazioni pari al 4,09% del totale; Adeguato: n. 325 valutazioni pari al 95,03% del totale;

Non adeguato: n. 3 valutazioni pari allo 0,88% del totale. Le n. 3 valutazioni di "non adeguato" fanno riferimento ai corsi sui delitti contro la PA e la normativa anticorruzione, sulla contabilità economica e novità fiscali e a quello sul passaggio dalla contabilità pubblica a quella economico-patrimoniale. I dipendenti saranno avviati a nuova formazione sulle materie citate.

Per il 2015 l'indice è stato riproposto, vedi anche Determina 127/2015.

e) SISTEMA QUALITÀ

SCOPO: *mantenimento certificazione ISO 9001: 2008 con Riesame della Direzione 2 volte l'anno.*

DATO CONSIDERATO: *superamento audit ente esterno di certificazione (RINA)*

RESPONSABILE: *Rappresentante della Direzione*

PERSONALE COINVOLTO: *Personale di tutti i servizi certificati*

Nel 2014 il primo riesame della direzione è stato effettuato in data 19 maggio 2014 e il secondo il 29 ottobre 2014. L'audit di mantenimento da parte del RINA è stato superato in data 10 dicembre 2014 con solo due raccomandazioni. Per l'anno 2015 l'obiettivo viene riproposto, vedi anche Determina 127/2015.

2. VALUTAZIONI DA NON CONFORMITÀ, AZIONI CORRETTIVE ANNO 2014



Verbale riesame del sistema

Nel corso del 2014 sono state aperte 7 non conformità, e due azioni correttive. Di queste 3 sono relative al ritrovamento, da parte del Servizio Lavanderia, di corpi estranei nella biancheria da lavare; 3 non conformità riguardano il Servizio Medico della Residenza per la mancata applicazione del Protocollo DRE-PCM Protocollo AltaVita-IRA per la Prevenzione e Cura delle lesioni e la relativa scheda medicazioni MRE-MLE rev.0. In particolare la scheda non veniva emessa mensilmente, come previsto da protocollo, e questo non permetteva all'Infermiere di registrare, nell'apposito spazio mensile, l'avvenuto controllo della piaga. E' stata emessa, pertanto, l'azione correttiva AC02/2014 con lo scopo di revisionare la Scheda, al fine di permettere una gestione meno onerosa garantendo la registrazione del controllo dell'infermiere. L'azione correttiva è stata chiusa e la sua efficacia valutata con specifico controllo. Un'altra non conformità riguarda il servizio di ristorazione (cucina)

Quale azione correttiva AC01/2014, è stato introdotto un controllo mancante e non previsto dal consulente che aveva emesso il Manuale HACCP, ovvero di verifica visiva delle attrezzature prima e dopo l'utilizzo. In merito alla ristorazione, va considerato che da Febbraio 2015 è appaltata alla Sodexo.

3. VALUTAZIONE FORNITORI ANNO 2014

Sono presenti, per Area di utilizzo, le liste dei fornitori qualificati, redatte secondo il modello M-EFQ, che prevede la valutazione del fornitore tramite un apposito punteggio da 0 a 4. I fornitori sono valutati non solo sulla base delle eventuali non conformità, ma anche in base al Valore aggiunto fornito rispetto al contratto (esempio formazione del personale, fornitura di campioni omaggio etc). Il punteggio 0 comporta la recessione del contratto. La valutazione viene effettuata dal Settore Tecnico, dal servizio di Logopedia e Fisioterapia, dal Settore Risorse Umane e dal Settore Economico Finanziario per la parte relativa all'informatica. Nel Corso del 2014 non è stata evidenziata alcuna situazione di grave criticità.

4. VALUTAZIONE ESITI CONTROLLI HACCP

Per quanto riguarda il sistema HACCP queste le attività del 2014, così come ricavate dalla relazione inoltrata dalla Responsabile, Rag. E. Berton:

Nel corso del mese di gennaio si sono consolidati i nuovi Piani di lavoro relativi alla filiera di produzione del vitto dopo il trasloco del Servizio da Padova a Selvazzano. Il servizio di veicolazione dei pasti è stato svolto correttamente per tutto l'anno; mentre a giugno 2014 è stata avviata la procedura di gara "procedura negoziata" per l'affidamento del servizio di ristorazione per il periodo 01 gennaio 2015 al 31 dicembre 2019. Per tutto l'anno 2014 è continuato un clima conflittuale con il personale del servizio.

Check list

Sono state effettuate "Check list di autocontrollo interno" (una volta al mese), dalle quali è risultata una buona situazione igienico sanitaria dell'ambiente; gli accorgimenti suggeriti al Personale di volta in volta sono stati seguiti, gli unici rilievi sono stati fatti nello spogliatoio maschile, in cui alcuni dipendenti continuavano (nonostante i richiami) ad appendere all'esterno dell'armadietto spogliatoio gli indumenti. In data 6 settembre è stato effettuato un sopralluogo igienico sanitario da parte del dott Rosati e della dott.ssa Nicoletto con il giudizio finale di : situazione conforme ed accettabile . Per quanto riguarda eventuali non conformità riscontrate si fa riferimento al capitolo 2 del presente Verbale.

Disinfestazione e derattizzazione

In merito all'efficacia dei trattamenti di disinfestazione, dezanarizzazione, derattizzazione dei locali della Sede, la situazione è risultata "sotto controllo", come risulta dagli esiti dei controlli effettuati dalla ditta



Verbale riesame del sistema

Coop. Solidarietà, gli esiti dei controlli effettuati dalla ditta si trovano depositati c/o l'Ufficio Tecnico. Gli esiti si sono dimostrati positivi.

Il SIAN di Padova ha effettuato alcun controllo igienico-sanitario sugli alimenti, nel periodo in questione.

Campionamenti

Per garantire un adeguato controllo della contaminazione microbiologica e chimica a carico delle superfici e dei prodotti presenti nell'Ente, sono stati effettuati campioni sulle superfici a contatto con l'alimento, su superfici non a contatto con l'alimento e sul prodotto finito.

Il campionamento è stato effettuato fino alla fine di settembre 2014.

Poiché i costi erano elevati il ¹ ha suggerito di effettuarli ogni 3 mesi. Tuttavia essendo in corso l'appalto del Servizio di Ristorazione, il Campionamento non è stato più effettuato.

Le analisi di laboratorio riguardanti quelle alimentari sono state affidate all'Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie. I relativi risultati sono depositati presso l'Ufficio Economato dell'Ente e sono consultabili anche on line. L'esito dei campionamenti è risultato nella Norma.

Nel mese di dicembre 2014 sono iniziate tutte le attività propedeutiche di natura organizzativa per trasferire il ramo di attività da AltaVita-Ira a Sodexo Italia S.p.A. (Ditta Aggiudicataria dell'appalto).

Dal 1° febbraio 2015 il servizio è stato appaltato.

5. VALUTAZIONE SODDISFAZIONE OSPITI/FAMILIARI , ACCREDITAMENTO REGIONALE E ATTIVITÀ DELL'ANNO 2014-ATTIVITA 2015

Soddisfazione ospiti e famigliari - assemblee per ospiti e famigliari in residenza-incontri con il personale

I questionari per la quantificazione della soddisfazione dell'utenza erano stati rivisti, aggiornati e suddivisi per centro di erogazione del servizio già nel 2012. In tal senso è stato possibile, sin dal 2012 individuare un risultato specifico per ogni centro servizi che è servito da base di confronto per il 2013 e 2014. La percezione della qualità da parte degli Utenti conferma anche per il 2014 il dato storicamente consolidato di un generale apprezzamento dei servizi dell'Ente con una valutazione media per ogni domanda al di sopra del giudizio buono e la netta prevalenza dei giudizi di buono/ottimo.

In particolare si segnala il dato del 84,09% di buono/ottimo del giudizio generale attribuito dagli utenti ai Centri Diurni "Gidoni" e "Monte Grande", considerandolo come elemento d'eccellenza.

Per quanto riguarda il servizio residenziale, 24 ore su 24, si segnala il 80,20% di buono/ottimo del giudizio generale assegnato al Centro Servizi "Beato Pellegrino".

Gli esiti dei questionari sono stati diffusi sia internamente che esternamente attraverso l'accesso al Server aziendale e il sito internet. Nel corso del mese di marzo 2015 si sono svolti degli incontri in Residenza voluti dal Presidente, con ospiti e famigliari per un confronto costruttivo su criticità ed esigenze (9 marzo mimose-11 marzo Bolis-13 marzo Tulipani-16 marzo Rose-18 marzo Fiordalisi-19 marzo P.Piaggi).

Da questi incontri sono emerse problematiche relative al Servizio Ristorazione. Si veda anche la relazione di Sodexo al capitolo HACCP. In ogni caso è stato Istituito il gruppo di assaggio.

Il questionario per l'anno 2015 sarà mandato agli utenti i primi di ottobre con richiesta di inoltro entro novembre 2015 . Inoltre, su richiesta del Presidente di AltaVita-Ira, sarà rivisto ulteriormente.

Sono stati organizzati degli incontri tra la Presidenza/Direzione e il personale allo scopo di spiegare l'evoluzione del nostro Ente. Gli incontri si sono tenuti nell'autunno del 2014 (Ristorazione 14-24 ottobre; Rose 20 ottobre; Fiordalisi 28 ottobre; Mimose 10 novembre; Tulipani 11 novembre; Bolis 13 novembre; P.Piaggi 19 novembre), e nel I° quadrimestre del 2015 (Mimose 9 gennaio; Ristorazione 19 gennaio; Bolis 16 febbraio e 31 marzo; Personale a tempo determinato Beato Pellegrino 17 febbraio; Piaggi 9 marzo; Rose 16 marzo; Fiordalisi 2 aprile; Amministrazione 8 aprile).



Verbale riesame del sistema

Accreditamento Regionale

Alla data del riesame, si è svolta già la visita per l'accreditamento Regionale previsto dalla Legge Regionale 22/2002 del Centro Servizi Beato Pellegrino e precisamente il 1° Aprile 2015. L'accreditamento regionale è stato ottenuto ma, i verificatori dell'ULSS 16 hanno assegnato punteggio sufficiente su due punti della Check list di accreditamento. Per questo motivo, in accordo con la direzione, è stato già deciso di emendare la determina 127/2015 di assegnazione degli obiettivi di miglioramento con due nuovi obiettivi che tengano conto di quanto emerso nel corso dell'accreditamento.

Precisamente:

- 1) emissione di Piani Assistenziali Individualizzati per tutti gli ospiti delle Residenze e dei Centri Diurni, individuando almeno due obiettivi
- 2) emissione di un piano formativo annuale dettagliato che tenga conto, non solo delle esigenze del personale, ma anche di eventuali carenze del personale emerse dai suggerimenti presenti nelle risposte della Customer Satisfaction e negli incontri in residenza effettuati con i famigliari, che possano essere colmate attraverso percorsi formativi.

A questo proposito è stato emesso piano formativo dettagliato, approvato con Determina 202/2015. Inoltre per la redazione del Piano Formativo del 2016, saranno raccolte indicazioni sulle necessità formative presso i vari Responsabili di Servizio.

6. AUDIT (VERIFICHE ISPETTIVE INTERNE) PERIODO ANNO 2014 E AUDIT DELL'ENTE DI CERTIFICAZIONE

Il piano per l'anno 2014 è stato completato ed è stato emesso il piano per l'anno 2015. Gli audit inizieranno dopo il riesame della direzione .

L'audit di mantenimento per l'anno 2014 è stato superato il 10 dicembre 2014. Si sono avute solo due raccomandazioni, senza alcuna non conformità. La prima raccomandazione riguarda la richiesta di chiedere alla cooperativa Lunazzurra il rendiconto degli indici richiesti da capitolato. La seconda raccomandazione riguarda la necessità di precisare meglio nella procedura delle Risorse Umane le modalità di archiviazione dei verbali di informazione e formazione. Le due azioni sono in implementazione. Per l'anno 2015 è previsto l'audit di ricertificazione che si terrà entro il mese di ottobre 2015.

7. VALUTAZIONE RISORSE (PERSONALE, ATTREZZATURE E MATERIALI, INFRASTRUTTURE, IDONEITÀ AMBIENTE DI LAVORO)

Le risorse a disposizione per il 2015 sono quelle stabilite dai limiti di bilancio; vedi delibera C.d.A. n°7 del 26/02/2015.

Per quanto riguarda le strutture dell'Istituto, onde adeguare i locali del Centro Servizi Beato Pellegrino, è stato redatto un piano per l'adeguamento alla D.G.R. 84/07, il cui studio di fattibilità presentato alla Regione Veneto ha permesso, nel 2014, di ottenere l'autorizzazione all'esercizio con prescrizione. Il 1° Aprile 2015 è stato ottenuto l'accreditamento Regionale per il Centro Servizi Beato Pellegrino, mentre Centro Servizi Bolis e Centro Diurno Gidoni, erano già stati precedentemente accreditati.

Da 1 Aprile 2015 la Lavanderia è stata appaltata alla ditta Eureka. E'rimasto all'interno, un servizio di piccola sartoria. E' previsto che l'appalto andrà a completo regime ai primi di ottobre 2015.

Per tenere sotto controllo gli appalti di Ristorazione e Lavanderia è stata creata un apposita Figura, Responsabile del controllo di tali appalti, vedi anche organigramma in vigore da 1° Maggio 2015 e Determina assegnazione obiettivi 127/2015.

8. VALUTAZIONE FORMAZIONE EROGATA (EFFICACIA)

Verbale riesame del sistema

La procedura I-P-GRU, punto 4.2, prevede la valutazione dell'efficacia dei corsi di formazione, attraverso diverse modalità. Annualmente le valutazioni raccolte sull'efficacia vengono inserite all'interno dello specifico data-base di gestione della formazione. Si rimanda alle pagine sull'argomento del presente verbale la valutazione sulla formazione.

9. VALUTAZIONI EVENTUALI MODIFICHE INTERCORSE CON POSSIBILI EFFETTI SUL SISTEMA E VALUTAZIONE COMPLESSIVA DI ADEGUATEZZA ED EFFICACIA SISTEMA

Modifiche organizzative

L'appalto per la gestione esterna del Servizio di Ristorazione è partito 1 Febbraio 2015. Il servizio è stato appaltato alla Sodexo, mentre l'appalto del Servizio Lavanderia è stato assegnato alla ditta Eureka con decorrenza il 1° Aprile 2015.

Per Luglio 2015 è previsto l'appalto dei Servizi Assistenziali ed Infermieristici del Centro Servizi Bolis. A gennaio 2015 il Dottor Tamellini, Medico Coordinatore ha cessato la Sua attività presso AltaVita-Ira, e il posto è attualmente vacante.

Con Provvedimento 20 Aprile 2015 il C.d.A. ha deciso di unificare il Settore Economico Finanziario con il Settore Economato Provveditorato con decorrenza 1° maggio 2015. E' stato inoltre creata la figura di Responsabile dell'Esecuzione dei Contratti Appaltati di Ristorazione e Lavanderia. L'organigramma aggiornato con la nuova organizzazione andrà in vigore dal 1° maggio 2015 e successivamente sarà aggiornata la Documentazione Ufficiale del Sistema Qualità che terrà conto di tale riorganizzazione.

Altre attività

La Politica della Qualità è stata integrata con la Politica della Sicurezza in data 6 marzo 2014.

E' iniziata anche l'attività di realizzazione del Sistema di Gestione della Sicurezza e Salute dei Lavoratori, tutta la documentazione relativa è stata emessa e attualmente si sta iniziando la fase di implementazione del Sistema. Alcune Procedure sono state integrate con il Sistema Qualità, dove questo era possibile. In particolare la procedura di Gestione della Documentazione e delle Registrazioni, I-P-GDR, la procedura di Gestione delle Risorse Umane, I-P-GRU, e la procedura di gestione dell'area Tecnica I-P-GAT. E' previsto, per il futuro di integrare il più possibile i due Sistemi, al fine di rendere l'applicazione di entrambi efficiente ed efficace. E' stata, inoltre emessa specifica procedura per la gestione del Servizio Dietetico P-DIE rev.0, mentre per quanto riguarda le attività relative alla ristorazione si fa riferimento ai Manuali HACCP in vigore.

Efficacia del Sistema

In base a quanto sopra indicato il Sistema Qualità viene ritenuto Efficace ed Adeguato.

Allegati

1. Progetti-Obbiettivi Qualità anno 2014-anno 2015
2. Relazione Deambulazione
3. Relazione Manutenzione
4. Relazione ed esiti questionari Customer Satisfaction
5. Dati prezzi vari servizi
6. Tabelle riassuntive indici

Periodo prossimo riesame del sistema SETTEMBRE 2015



Verbale riesame del sistema

Partecipanti

| <i>Nome Cognome</i> | <i>Ruolo</i> | <i>Firma</i> |
|-----------------------------|---|--------------|
| Dr.ssa Sandra Nicoletto | Direttore/Segretario Generale | |
| Rag. Elisabetta Berton | Responsabile Appalti Servizi Manutenzione e Lavanderia | |
| Arch. Giuseppe Boniolo | Responsabile Settore Tecnico | |
| Dr Francesco Giannone | Capo Settore Personale | |
| Funz. Paolo Miozzo | Funzionario Amministrativo e Responsabile Organizzativo Residenze e Servizi | |
| Dr. Pierluca Mulatti | Rappresentante per la Direzione | |
| Geom. Roberto Pastore | Responsabile Servizio Manutenzione e Patrimonio | |
| Dr.ssa Giovanna Rossi | Responsabile Qualità | |
| Geom. Fernanda Scantamburlo | Responsabile Sistema Gestione Sicurezza | |