



## VERBALE DI RIESAME DELLA DIREZIONE

DATA PRECEDENTE RIESAME	31 marzo 2017
DATA ATTUALE RIESAME	15 novembre 2017
PERIODO CONSIDERATO	I semestre 2017
DATA PROSSIMO RIESAME	Aprile 2018

*Distribuzione e partecipanti*

*Firme*

Segretario Direttore Generale	Sandra NICOLETTO	
Dirigente Tecnico Rappresentante della Direzione	Giuseppe Alessandro BONIOLO	
Responsabile Qualità	Giovanna ROSSI	
RU	Francesco GIANNONE	
UT	Roberto PASTORE	
UOP	Alberto BARZAGHI	
Gestione Appalti Ristorazione e Lavanderia	Elisabetta BERTON	
ASPP	Fernanda SCANTAMBURLO	
Referente Struttura Bolis	Micaela MAZZUCATO	



## VERBALE DI RIESAME DELLA DIREZIONE

ARGOMENTI TRATTATI		AMBITO
<input type="checkbox"/>	1. Premessa al Riesame	QUA
<input type="checkbox"/>	2. Stato delle azioni derivanti dai precedenti riesami e Prestazioni dell'Organizzazione e grado di raggiungimento degli obiettivi, dei traguardi e dei programmi stabiliti	QUA
<input type="checkbox"/>	3. Valutazioni da non conformità, azioni correttive/preventive/reclami –audit interni anno 2017-Audit da parte dell'Ente di certificazione esterno RINA	QUA
<input type="checkbox"/>	4. Valutazione Fornitori esterni e loro prestazioni, non conformità fornitore – I semestre 2017	QUA
<input type="checkbox"/>	5. Valutazione esiti controlli HACCP	QUA
<input type="checkbox"/>	6. Valutazione soddisfazione ospiti/famigliari e accreditamento Regionale in applicazione della Legge Regionale 22/2002 e studio Comitato Etico per la buona assistenza e cura della persona	QUA
<input type="checkbox"/>	7. Risultati della formazione, informazione e addestramento	QUA
<input type="checkbox"/>	8. Adeguatezza delle risorse	QUA
<input type="checkbox"/>	9. Cambiamenti nei fattori interni ed esterni rilevanti per il SGQ	QUA

### CONCLUSIONI

- Cambiamenti relativi alla Politica
- Nuovi obiettivi e programmi
- Necessità di modifica al sistema di gestione
- Necessità di nuove risorse
- Modalità di divulgazione dei risultati
- Opportunità di miglioramento dell'efficacia del Sistema di Gestione e dei relativi processi

### ALLEGATI

- I dati grezzi sono conservati in file su Server I su file protetto e gestito da Responsabile qualità
- Tabella A – Indicatori di prestazione dei processi IRA
- Tabella B – Azioni di miglioramento IRA
- Tabella C – Dati a consuntivo IRA
- Allegato riassunto raccomandazioni Audit RINA del 30 Novembre 2016



## 1. Premessa al Riesame

### COMMENTO GENERALE, LINEE GUIDA ED OBIETTIVI

Scopo del presente riesame è stata la valutazione degli indici dei principali processi aziendali, relativi al I semestre 2017, approvati con Det.n° 66 del 21.02.2017 del Segretario Direttore Generale e n°22 del 10.03.2017 del Dirigente Tecnico/Rappresentante della Direzione e la valutazione di tutti gli altri elementi in ingresso sopra elencati.

## 2. Stato delle azioni derivanti dai precedenti riesami e Prestazioni dell'Organizzazione e grado di raggiungimento degli obiettivi, dei traguardi e dei programmi stabiliti

DOC. IN INGRESSO: Procedura di Miglioramento I-P-MIG rev.1- Verbale Riesame della Direzione 31 marzo 2017- Det.n° 66 del 21.02.2017 del Segretario Direttore Generale e n°22 del 10.03.2017 del Dirigente Tecnico/Rappresentante della Direzione- I-P-GRU rev.4

### CONSIDERAZIONI / DECISIONI DA INTRAPRENDERE

Gli indici considerati sono stati quelli previsti dai documenti sopra indicati ovvero:

- A) indicatori di prestazione di processi
- B) azioni di miglioramento
- C) dati a consuntivo relativi all'attività dell'organizzazione

Le Tabelle in allegato riassumono gli indici e gli esiti in oggetto per tipologia ed esprimono il trend, dove pertinente, relativo agli ultimi tre anni.

**Per quanto riguarda la tipologia A) indicatori di prestazioni di processi**, la tabella relativa riassume l'andamento degli ultimi tre anni e i dati relativi al I semestre del 2017. Si tratta pertanto di indicatori da tempo impiegati nella nostra organizzazione. Se i dati del I semestre del 2017, si confermano anche a fine del II semestre, l'obiettivo verrà raggiunto per tutti gli indicatori, a parte per quello relativo al progetto di socializzazione. Per quanto riguarda il progetto di socializzazione, già nel 2016 l'obiettivo non era stato raggiunto, ma si era deciso ugualmente di mantenere questo indicatore per verificare se, nel 2017, la situazione migliorava. Si decideranno a fine anno le eventuali azioni da intraprendere.

Va invece notato che per l'anno 2017, l'indicatore dei Centri Diurni relativo all'occupazione media giornaliera, è stato reso più sfidante passando da un risultato atteso nel 2016 di occupazione media ponderata > di 24 gg ad un risultato atteso nel 2017 di occupazione media ponderata > di 28 gg. Anche l'indicatore "tempi non produttivi" del personale del Servizio di Manutenzione è stato reso più sfidante passando da una % del 10% di tempi non produttivi rispetto alle ore totali lavorate del 2016 ad una % dell'8% nel 2017.

Merita sottolineare anche che la % dei bagni che ha sfiorato il limite dei 7 giorni nel corso degli anni si sta riducendo: infatti i dati del I semestre del 2017 mostrano uno sfioramento solo del 2,65%, in confronto al I semestre del 2016, dove lo sfioramento era del 4,16%.

**Per quanto riguarda la tipologia B) Azioni di Miglioramento**, la tabella relativa riassume l'attività fatta negli ultimi tre anni e nel I semestre del 2017. Si può vedere che, rispetto al 2016, sono state aggiunte, anche a seguito delle raccomandazioni espresse dal Rina nel corso dell'audit di mantenimento del 2016, le seguenti azioni di miglioramento ovvero:

#### A carico del Servizio Medico.

- Miglioramento procedure attive di gestione "cadute" e "contenzione" degli ospiti



**A carico dei coordinatori di Residenza.**

- Miglioramento, attraverso il coordinamento di tutti i professionisti che partecipano alla redazione dei Progetti Assistenziali Individuali, della compilazione scheda PAI allo scopo di evidenziare la fase di verifica intermedia che accerta l'attendibilità delle azioni decise da tutti i professionisti.

Le attività di miglioramento sono state implementate, la tabella riassume la situazione alla data del Riesame.

La tabella, mostra che, a carico del Servizio Medico, e' stata anche aggiunta rispetto al 2016 , l' Analisi del Rischio Clinico ai fini della certificazione ISO 9001:2015 prevista per l'anno 2018. Questa attività non è stata implementata e non si prevede alcuna attività per il 2017.

In realtà per quest'anno, relativamente al rischio clinico, il Referente di struttura di Palazzo Bolis Dott.ssa Micaela Mazzucato, sta partecipando ad una serie di incontri relativi alla riconciliazione della terapia farmacologica sul territorio, che coinvolgono varie case di riposo e che termineranno a fine novembre 2017. Per fine anno 2017 è previsto un primo rendiconto dell'attività effettuata. Sono, inoltre, in corso di introduzione a Palazzo Bolis i carrelli terapia e in fase di scelta la software house per la gestione della cartella sanitaria.

**Per quanto riguarda la Tipologia C) Dati a consuntivo relativi all'attività dell'organizzazione,** la tabella relativa riassume l'andamento degli ultimi tre anni e i dati relativi al I semestre 2017.

Per quanto riguarda il dato a consuntivo relativo alle deambulazioni che si prefigge il mantenimento delle capacità deambulatorie dell'ospite e/o il miglioramento, la varianza, nel corso degli anni, è legata alla tipologia di ospite e all'aggravamento, nel corso del tempo degli ospiti residenti. In ogni caso, nel corso del I semestre 2017, la % degli ospiti trattati per i quali la capacità deambulatoria è rimasta stazionaria è risultata del 39,86%, mentre la % dei migliorati è risultata del 13,51%.

Meritano un commento anche i dati relativi alla formazione Considerando i dati del I semestre in confronto ai precedenti anni si registra una diminuzione delle ore di formazione pro capite, in quanto onde rispettare il Budget assegnato è stato necessario contenere la spesa sulla formazione. Va però notato che è In miglioramento la percezione da parte dei dipendenti della qualità della formazione erogata. Infatti per il I semestre del 2017 si registra l'azzerramento dei giudizi molto insufficiente e insufficiente , riduzione dei giudizi sufficiente a favore dei giudizi buono e ottimo (9 SUFFICIENTE, 235 BUONO, 172 OTTIMO,

PER UN TOTALE DI 416 GIUDIZI).

Va inoltre notato che per quanto riguarda i corsi formativi, svoltisi nel corso del I semestre 2017; 38 si sono svolti all'esterno dell'Ente; 18 all'interno dell'Ente, con docente interno, e 14 all'interno dell'Ente con docente esterno.

**3. Valutazioni da non conformità, azioni correttive/preventive/reclami, audit interni anno 2017, Audit da parte dell'Ente di certificazione esterno RINA**

DOC. IN INGRESSO: Procedura di Miglioramento I-P-MIG rev.1- Verbale Audit mantenimento RINA 30 novembre 2016 -Verballi Audit anno 2017 –pianificazione –Elenco Non conformità e Azioni correttive anno 2017.

**CONSIDERAZIONI / DECISIONI DA INTRAPRENDERE**

Nel corso dell'anno 2017, alla data del riesame, sono state effettuati tutti gli audit pianificati ad eccezione dell'audit alla residenza Mimose, al Sistema di Gestione Qualità e al Centro Diurno Gidoni. A seguito degli Audit condotti sono state emesse 6 non conformità a cui sono seguite 6 azioni correttive. Queste sono le uniche



non conformità emerse nel corso del 2017. La situazione risulta analoga all'anno 2016, anche per la tipologia delle non conformità emesse. Si ritiene che l'organizzazione tenda a risolvere eventuali situazioni difformi senza formalizzarle. Non vi sono reclami provenienti dall'esterno. E' stata formalizzata una non conformità fornitore vedi punto 4. Per l'anno 2018, in vista della certificazione secondo la Norma ISO 9001:2015, sono previsti incontri formativi, tenuti dalla Consulente esterna per il Sistema Qualità e Sicurezza, Ing. Sara Anna Pignoletti, per sensibilizzare alla segnalazione ufficiale delle situazioni di non conformità, inclusi i Reclami da clienti/fornitori, e alla descrizione nelle Procedure da parte dei Process owner dei processi in maniera più precisa. In particolare la Non conformità 1 e relativa azione correttiva riguardano l'Audit a Palazzo Bolis, eseguito a Maggio 2017, in cui sono state trovate una serie di non conformità, per mancato rispetto dei documenti qualità in vigore, tra cui difficoltà a gestire la Documentazione della Qualità in maniera conforme alla Norma ISO 9001:2008; sono stati trovati numerosi documenti in revisione superata in utilizzo o distribuzione nelle residenze. Il 26 settembre è stato poi effettuato audit per il controllo dell'efficacia dell'azione correttiva che prevedeva la sistemazione della documentazione e l'emissione di procedura per la gestione della documentazione, con esito non conforme. E' stata pertanto aperta nuova non conformità, n°3 e relativa Azione Correttiva, la cui efficacia verrà controllata con audit in data 30 novembre 2017. Delle altre quattro non conformità e relative azioni correttive, due risultano chiuse; la n° 2, era a carico del Servizio di Fisioterapia di Palazzo Bolis, in cui era stato trovato un documento ufficiale in cui mancava la revisione; la n° 3 a carico del Servizio Gestione Sartoria e Rammendo relativa ad una descrizione in procedura di una attività che in realtà viene eseguita in modo diverso. Entrambi sono state chiuse, rispettivamente al 26 ottobre e al 7 novembre con sistemazione nel primo caso della documentazione e nel secondo caso con emissione di nuova revisione della Procedura P-GSR rev.3 del 7.11.2017 che descrive l'attività di controllo dei capi di guardaroba degli ospiti come viene realmente fatta. Rimangono inoltre aperte le non conformità n° 4 e n° 5 e relative azioni correttive a carico rispettivamente del Servizio Risorse Umane e della Segreteria Generale, per mancata applicazione della Procedura di Gestione delle Risorse Umane che è stata rivista in collaborazione del Segretario/Direttore Generale, per rendere l'organizzazione più omogenea e permettere applicazione della procedura. La procedura alla data del Riesame è in corso di approvazione.

Per quanto riguarda gli esiti relativi all'audit di mantenimento della certificazione ISO 9001:2008 del RINA, del 30 novembre 2016, superato senza non conformità e 5 azioni di miglioramento/raccomandazioni, queste sono state implementate a carico dei servizi e alcune sono state inserite negli obiettivi qualità e sicurezza anno 2017 (vedi punti precedenti). In allegato lo schema riassuntivo.

Relativamente alle azioni preventive non vi sono segnalazioni in merito ma vi sono "azioni di miglioramento" trattate in Tabella B allegata al presente Riesame.

#### 4. Valutazione Fornitori esterni e loro prestazioni – I semestre 2017

DOC. IN INGRESSO: Procedura di Miglioramento I-P-MIG rev.1- Gestione acquisti, contabilità e bilancio I-P-ACB rev. 1- Gestione area tecnica I-P-GAT rev. 2

##### CONSIDERAZIONI / DECISIONI DA INTRAPRENDERE

Sono presenti per area di utilizzo le liste dei fornitori qualificati, redatte secondo il modello M-EFQ, che prevede la valutazione dei fornitori tramite un apposito punteggio da 0 a 4. I fornitori sono valutati non solo in base alle



non conformità ma anche ad eventuale valore aggiunto sulle forniture. Il punteggio 0 comporta la rescissione del contratto. Va, comunque, considerato che AltaVita-Ira, essendo pubblica amministrazione deve effettuare molti acquisti sul MEPA e, per quanto riguarda il Servizio di Fisioterapia e Logopedia, molti ausili sono acquistati dall'ULSS 16 in Service e sempre meno ausili sono acquistati direttamente dall'utente. Permane, comunque, il problema di una gestione non centralizzata degli acquisti e degli appalti che dovrebbe essere completamente a carico dall' Area Settore Acquisti Contabilità e Bilancio.

Per quanto riguarda i Servizi appaltati, l'attività al Centro Diurno Gidoni e a Palazzo Bolis , della Ditta Lunazzurra, a cui è appaltato il Servizio Assistenziale, di pulizia e trasporto, viene supervisionata dal Coordinatore/Referente di Alta Vita-IRA e tramite audit interni. Per gli appalti del Servizio di ristorazione e lavanderia, è stata creata la figura del Responsabile Gestione Appalto Servizio Ristorazione e Lavanderia. Nel caso di Lunazzurra a seguito di Audit interno condotto al Bolis in affiancamento con il consulente esterno, sono state emesse le Non conformità sopra descritte. Il fornitore alla data del Riesame risulta, pertanto, sotto controllo per eventuali contestazioni.

Per quanto riguarda la ditta Eureka, a cui è stato affidato il Servizio di Lavanderia, è stata oggetto di recente contestazione, in quanto non rispetta i termini contrattuali, in particolare relativamente alla consegna dei capi lavati nel tempo stabilito. E' stata effettuata contestazione Ufficiale con lettera del Segretario/Direttore Generale, in data 30.10.2017, a cui è arrivata risposta ufficiale alla data del Riesame.





## 5. Valutazione esiti controlli HACCP

DOC. IN INGRESSO: Manuali HACCP AltaVita-IRA di somministrazione per i Centri Servizi Beato Pellegrino, Centri Diurni Gidoni e Monte Grande, Palazzo Bolis, Pensionato Piaggi.

### CONSIDERAZIONI / DECISIONI DA INTRAPRENDERE

Si riportano i punti salienti della Relazione del Responsabile della Gestione dell' appalto Rag. Elisabetta Berton . Nel I semestre del 2017 sono proseguite le attività di controllo ai fini del rispetto delle misure minime in materia di igiene degli alimenti. In data 28 Giugno 2017 la Dott.ssa Nicoletto (OSA) ha eseguito una check list di valutazione attività a carico della Sodexo prevista dal manuale HACCP di AltaVita (R. 16.1), assistita dal consulente dott. Ciscato, dalla quale sono emersi i seguenti rilievi che sono stati da loro gestiti :

- 1) Al punto 6.36 E' rispettato il divieto di usare strofinacci  
Modalità accettata come da Capitolato di gara.
- 2) Al punto 1.5 (parte seconda) E' rispettato il divieto di conservare vestiti ed effetti personali in tali locali?  
E' stato notata presenza di oggetti ad uso personale

A fine maggio sono iniziati i controlli microbiologici delle superfici e delle stoviglie, nonché controlli microbiologici dei piatti pronti previsti dal nostro piano di Autocontrollo H.A.C.C.P., analisi affidate alla LA.RI.AN IDROPUR, laboratorio di analisi chimiche-servizi per l'ambiente e la sicurezza di Este (PD).

I risultati dei campioni su menzionati sono stati tutti di esito positivo, rilevando un valore, che ha stabilito uno stato di sanificazione con giudizio oscillante fra "buono" e "sufficiente".

L'unico rapporto di prova avente giudizio negativo è stato quello tracciato sulla superficie interna di una brocca, evidenziando una carica batterica alta con giudizio finale di una sanificazione non adeguata.

Dopo aver appreso il risultato, l'azione correttiva sarà quella di formare ulteriormente il personale del reparto responsabile. Stabilendo come data ipotetica ottobre/novembre, in quanto il periodo in questione /(del campionamento) corrispondeva all'inizio del periodo di ferie estive del personale. I dati sono a disposizione dalla Responsabile Gestione appalti Servizio Ristorazione e lavanderia.

Nel periodo preso in esame sono continuati i controlli ai cucinini e sale da pranzo di reparto da parte della rag. Berton e del dott. Barzaghi (responsabile organizzativo delle residenze) per poter monitorare il grado di applicazione raggiunto dal personale di reparto, dopo che è stato formato in materia di Haccp.

Le criticità riscontrate sono qui riassunte per sommi capi:

- 1) Presenza di cibo "personale" degli operatori, all'interno del frigorifero, e non segnalato come "personale";
- 2) Sopra ai carrelli inox, sopra ai piatti e sopra alle posate sono stati trovati canovacci e o tovaglie.
- 3) Presenza di materiale vario personale degli operatori sui ripiani dei cucinini

Di queste criticità sollevate il dott. Barzaghi ha ripreso il personale responsabile e ha sollecitato i Coordinatori alle Residenze ad una maggiore vigilanza.

Tali informazioni vengono intercetta dal Responsabile Qualità solo in occasione del Riesame della Direzione semestrale in cui viene più volte sollecitato il rendiconto semestrale delle attività, mentre sarebbe opportuna una immediata informazione, affinché, qualora ritenuto necessario venga emessa non conformità ufficiale.



**6. Valutazione soddisfazione ospiti/famigliari e accreditamento Regionale in applicazione della Legge Regionale 22/2002 e studio Comitato Etico per la buona assistenza e cura della persona**

DOC. IN INGRESSO: Procedura di Miglioramento I-P-MIG rev.1-Elaborazioni Customer Satisfaction 2016-Verbale del 23 ottobre 2017 –comitato etico-

**CONSIDERAZIONI / DECISIONI DA INTRAPRENDERE**

La percezione della qualità da parte degli Utenti conferma anche per il 2016 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.

Per quanto riguarda il giudizio generale, la sede con le migliori performance risulta essere il Centro Diurno Gidoni con una somma di giudizi buono/ottimo del 96,43%, seguita dal Centro Diurno Monte Grande, con una somma di giudizi buono/ottimo del 89,39%. Va notato un aumento di % di mancata risposta da parte degli utenti per il Servizi di fisioterapia, logopedia, attività motorie. Nel caso del Servizio di Fisioterapia per elevato turn over che ha lasciato scoperte per alcuni periodi le residenze e che, comunque, ha comportato la necessità da parte del Coordinatore di riaddestrare i nuovi assunti. Il Servizio di Logopedia, invece, è rimasto senza un logopedista a partire da agosto 2016. Il Servizio di attività motorie ha, invece visto, una riduzione del numero di ore a seguito di una riorganizzazione interna che tiene conto della tipologia di ospit. La situazione è stata anche aggravata da un elevato Turn over degli ospiti. Sempre più frequentemente si registra il decesso di ospiti a nemmeno un mese dalla data di ingresso.

Per quanto riguarda le azioni che l'Ente ha intrapreso onde rispondere ad alcune richieste formulate dagli Utenti o parenti nel questionario, sono state effettuate nel 2017, le seguenti attività:

- 1) Emissione dal 23/01/2017 del nuovo protocollo della gestione purghe e lassativi che prevede la loro personalizzazione da parte del Medico nella scheda terapia con riduzione dei tempi di permanenza a letto.
- 2) Per tutti i Reparti del Centro Servizi Beato Pellegrino è stata effettuata un'analisi per modificare la turnistica in vigore che prevedeva la possibilità che gli Operatori Addetti alla Assistenza (Oaa) lavorassero solo in un piano, questo per facilitare "la presa in carico degli Ospiti" ed il relativo passaggio di consegne e per cercare di migliorare la comunicazione tra Oaa e Familiare e limitare la percezione del turn-over del personale. Il numero di Operatori assegnato per residenza dalla Dotazione organica finanziata, non ha permesso questa divisione che richiederebbe un numero di operatori superiore.
- 3) Sono stati organizzati incontri con i famigliari, a libera partecipazione, denominati Caffè Alzheimer al Centro Diurno Gidoni e a Palazzo Bolis, in cui i nostri professionisti hanno affrontato tematiche specifiche che evidenzino le difficoltà e le problematiche nella gestione degli anziani. In particolare gli incontri organizzati al Gidoni sono stati 4. Alla data del Riesame manca ancora da effettuare l'incontro del 14 Dicembre, incontro speciale per Natale.

A Palazzo Bolis sono stati organizzati 7 incontri, alla data del Riesame manca l'incontro gestito dall'Educatore e dalla Psicologa dal titolo " L'ambiente Arricchito" e lo speciale incontro del 23 dicembre 2017 per le feste natalizie.

Inoltre sono stati organizzati in data 5 Giugno 2017 e 23 ottobre 2017 incontri di bioetica clinica per gli Operatori Addetti Assistenza per migliorare gli aspetti relativi alla comunicazione. Per il giorno 20 novembre, in occasione della giornata della trasparenza è previsto l'incontro aperto a tutti dal Titolo Etica e trasparenza e diritto delle persone anziane che verrà tenuto dal Dottor Giantin.

- 4) Le equipe infermieristiche delle Residenze Rose e Tulipani hanno presentato delle difficoltà evidenziate anche dai parenti degli Ospiti, si è cercato, coordinandosi con il Responsabile Risorse Umane, di organizzare corsi di aggiornamento professionali prettamente sanitari (gestione cateteri, infezione, Btco, gestione farmacia, farmacologia, meeting geriatria, ecc...). In particolare è stato organizzato il corso sulle stomie e nutrizione





enterale.

5) Sono stati organizzati due incontri con i famigliari a cura del Servizio Logopedico, per parlare delle modalità comunicative da adottare con gli ospiti e sulla disfagia/protesi acustiche in modo da far capire che il Servizio è presente in Istituto e che tutti gli Ospiti sono valutati, anche se non sempre si effettuano trattamenti diretti; e che il servizio fornisce consigli al personale su come intervenire e questo può comunque avere un peso sul benessere della persona. Spesso, infatti, i familiari non sanno come opera il Servizio logopedico. Gli incontri si sono tenuti il 6 maggio 2017 presso il centro servizi Beato Pellegrino e il 13 maggio 2017 presso il Centro Servizi Palazzo Bolis

6) Sono stati organizzati, inoltre i consueti incontri tra amministrazione e ospiti e famigliari di aggiornamento e verifica della qualità dei servizi erogati da Alta Vita-Ira e precisamente 2 ottobre 2017, Residenza Mimose, 4 ottobre 2017 Residenza Tulipani, 9 ottobre 2017 Residenza Fiordalisi, 11 ottobre 2017, Residenza Rose, 18 Ottobre 2017, Pensionato Piaggi, 25 Ottobre 2017, Residenza Bolis.

7) Per quanto riguarda i problemi strutturali, in particolare la mancanza di spazi adeguati in Via Beato Pellegrino, nel 2017 è iniziata la progettazione definitiva dei lavori di ristrutturazione, a cui seguiranno le fasi successive.

In ogni caso il 16 ottobre 2017 sono iniziati i lavori di realizzazione del soggiorno al secondo piano della Residenza Tulipani, allo scopo di aumentare il confort, a scapito di quattro posti letto che risultano sospesi.

Per quanto riguarda le lamentele relative al Servizio di Ristorazione e il Servizio di Lavanderia, il Responsabile organizzativo ha sentito i familiari che potevano essere individuati e che hanno espresso lamentele sulla qualità del vitto e sul servizio di lavanderia.

Persiste la richiesta della modifica degli orari dei pasti che non è compatibile con i piani di lavoro. Inoltre una sperimentazione di orari diversi, presso le Residenze per ospiti non autosufficienti, fatta negli scorsi anni, non ha dato esito positivo.

Per quanto riguarda la varietà dei cibi, questa è ampia, c'è la possibilità di scegliere giornalmente tra quattro proposte diverse. I menù sono vari e soddisfano appieno le esigenze degli ospiti con la giusta alternanza fra i vari alimenti e apporto calorico. Sono stati, inoltre, controllati dal Servizio igiene ed alimenti dell'ulss n 6, che li ha ritenuti congrui. Sodexo si è impegnata a migliorare la qualità della frutta.

Per quanto riguarda il Servizio di Lavanderia e le lamentele sulla riconsegna dei capi, è stata sollecitata la Ditta Eureka ad una maggiore attenzione e anche gli OAA delle Residenze. Vi sono anche lamentele circa la consegna in ritardo dei capi lavati. La Ditta Eureka è stata contestata in quanto non rispetta i termini contrattuali. Va comunque ricordato che in alcuni casi il problema è dovuto ad una dotazione dei capi di guardaroba scarsa e insufficiente, rispetto al corredo richiesto o ad un mancato ripristino a seguito di usura. Spesso Coordinatori e Assistenti Sociali intervengono presso i parenti affinché adeguino il corredo alla Dotazione minima richiesta.

Per quanto riguarda le lamentele sull'Amministrazione, relative al ritardo sulle fatture, l'Istituto non si può far carico dei ritardi delle Poste Italiane. I familiari sanno che la fattura è in scadenza il quindicesimo giorno del mese successivo a cui si riferisce e pertanto qualora non pervenga nei tempi prestabiliti possono chiedere una copia che può essere trasmessa via fax o via mail.

Per poter mettere a disposizione le fatture in formato elettronico è necessario cambiare la piattaforma software del sito dell'Ente. Il predetto cambiamento è in programma.

Il questionario del 2017 è stato distribuito a inizio ottobre, pur essendo stato richiesto di consegnare il questionario compilato entro il 30 novembre, stanno ancora arrivando dei questionari per cui si aspetterà gennaio per la elaborazione dei dati del 2017.

Per quanto riguarda l'accreditamento Regionale in applicazione della Legge Regionale 22/2002, l'11 aprile 2017 è stata superata la visita da parte dell'ULSS per il rinnovo dell'accreditamento del Centro Diurno Gidoni. La documentazione è agli atti in Segreteria Generale. Per l'anno 2018 è previsto il rinnovo dell'accreditamento



del Centro Servizi Beato Pellegrino.

A partire da giugno 2016, in AltaVita-IRA è stato istituito un comitato etico, che nell'ultimo incontro del 23 ottobre 2017 ha riassunto i risultati dello studio relativo alla Valutazione di altri indicatori che interessano l'utenza di AltaVita-IRA, quali: età media degli ospiti, gravità della non autosufficienza e la permanenza media in struttura.

Di seguito sono riportati i risultati dello studio condotto dalla dott.ssa Valmorbida, tirocinante presso l'Istituto AltaVita-IRA e specializzando in Geriatria, che con la dott.ssa Imoscopi ha illustrato i dati preliminari. Lo scopo dello studio era quello di valutare lo stato di salute, il ricorso a ricoveri ospedalieri e la mortalità a 12 mesi dall'ingresso nel nostro Istituto di anziani non autosufficienti.

Sono stati valutati 112 anziani neo-istituzionalizzati accolti in struttura dal febbraio 2015 al febbraio 2016. Per ciascuno di loro sono stati raccolti dati anamnestici, clinici, antropometrici ed è stata eseguita una Valutazione Multidimensionale con calcolo del M.P.I. (Multidimensional Prognostic Index).

A 12 mesi sono stati valutati il ricorso a ricoveri ospedalieri e la mortalità.

Risultati preliminari:

- gli anziani valutati avevano un'età media  $\pm$  deviazione standard di  $85.2 \pm 7.9$  anni;
- il 73% degli anziani aveva un MPI severo ( $> 0.66$ ) all'ingresso in istituto. L'MPI indica la probabilità di morte a breve e lungo termine;
- la CIRS media degli ospiti è di 5.5 (la CIRS esprime la comorbidità, ossia il numero di patologie concomitanti);
- dopo 12 mesi dall'ingresso il 22% degli ospiti (25) erano deceduti;
- nell'anno precedente all'ingresso in istituto il 63% degli anziani (55) avevano avuto almeno un ricovero ospedaliero (numero massimo di ricoveri: 8);
- nell'anno dopo l'ingresso in istituto il 30% degli anziani sopravvissuti aveva avuto da 1 a 3 ricoveri;

Conclusione: dopo l'ingresso in Istituto sembra si riduca il numero di ricoveri negli ospiti più compromessi: questo fa ipotizzare che una gestione medico infermieristica specialistica in loco possa avere un impatto positivo determinando un minore ricorso a ricoveri ospedalieri nei soggetti più compromessi e fragili.

Trattandosi di dati preliminari, sono necessarie comunque ulteriori elaborazioni confrontando per singolo utente i dati pre e post ingresso in struttura.

## 7. Risultati della formazione, informazione e addestramento

DOC. IN INGRESSO: I-P-GRU rev.4

### CONSIDERAZIONI / DECISIONI DA INTRAPRENDERE

La procedura I-P-GRU rev.4 Gestione delle Risorse umane prevede al punto 4.3 diverse modalità per la valutazione dell'efficacia della formazione. Ogni anno le valutazioni raccolte sulla efficacia vengono inserite all'interno dello specifico DATA-Base. Si rimanda al punto 2 e 3 del presente Riesame la Valutazione di quanto emerso.

## 8. Adeguatezza delle risorse

DOC. IN INGRESSO: I-P-MIG rev.0-I-P-GRU rev. 4-I-P-GAT rev.2

### CONSIDERAZIONI / DECISIONI DA INTRAPRENDERE

Le risorse per il 2017 sono state quelle stabilite dal bilancio approvato con delibera del C.d.A. n°6 del 20.02.2017.

Nell'anno 2017 è partita la progettazione definitiva per i lavori di adeguamento alla D.G.R 84/07 della struttura



del Centro Servizi Beato Pellegrino e per la modifica finalizzata alla trasformazione in casa vacanze del quarto e quinto piano del Pensionato Piaggi.

## 9. Cambiamenti nei fattori interni ed esterni rilevanti per il SGQ

DOC. IN INGRESSO: I-P-MIG rev.0 -I-P-GDR rev.0

### CONSIDERAZIONI / DECISIONI DA INTRAPRENDERE

Ai primi di maggio 2017 è diventata referente di struttura a Palazzo Bolis la Dottoressa Micaela Mazzucato, mentre il Coordinatore Alessandra Magagna è stata spostata alla residenza Tulipani.

A ottobre del 2017 la Residenza Rose 1 e Rose 2 è stata nuovamente unificata, a seguito del trasferimento per mobilità del Infermiere (I) Coordinatore Andrea Zanardi, ed è stato nominato I Coordinatore di tutta la Residenza Luciano Sguotti. L'I Coordinatore Meri Paccagnella è stato spostato dalla Residenza Rose 1 alla Residenza Fiordalisi e l'I Coordinatore Massimo Serra è stato spostato dalla Residenza Fiordalisi alla Residenza Mimose.

I Servizi Generali sono passati sotto la Responsabilità del Dottor Alberto Barzagli, Responsabile Organizzativo. Nel corso del 2017, alla data del Riesame, è stata rivista la seguente documentazione :

Manuale della Qualità MQ rev.21 del 14/08/2017 e Procedura Miglioramento I-P-MIG rev.1 del 2.11.2017

Procedura di Gestione del Servizio di Attività Motoria P-AMO rev. 06 del 01/09/2017

Procedura Gestione Risorse Umane I-P-GRU rev.4 del 20/04/2017, in emissione la rev.5.

Procedura Gestione Area Tecnica I-P-GAT rev.2 del 01/10/2017. E' inoltre in corso di implementazioni il Sistema Securcloud per la gestione delle scadenze di taratura e manutenzione.

Procedura di Gestione Servizio Sartoria e Rammendo P-GSR rev.3 del 07/11/2017

Sono state inoltre revisionate la Procedura di Gestione del Centro Diurno Monte Grande e di Palazzo Bolis con emissione a carico di Lunazzurra e relativa documentazione.

Per quanto riguarda le carte dei Servizi, si riassume la situazione, anche ad adempimento di una delle raccomandazioni del RINA a seguito di audit del 30 novembre 2016.

E' stata rivista la Carta dei Servizi del Centro Servizi Beato Pellegrino, Bolis, P.Piaggi, a seguito di Delibera del C.d.A DC 60/ del 16/11/2016, ovvero Carta dei Servizi MS-CS rev.11 dove sono stati rivisti gli standard di qualità specifici eliminando il Servizio di Lavanderia e guardaroba degli ospiti in forma gratuita in quanto diventato a pagamento e il trasporto degli ospiti per visite esterne, anche esso diventato a pagamento. Gli altri standard di qualità generali e specifici sono stati confermati. La carta dei servizi è stata poi oggetto di ulteriore modifica a seguito delibera del C.d.A DC 62 del 2 novembre 2017, ovvero Carta dei Servizi MS-CS rev.12 dove è stato specificato che l'accompagnamento all'esterno degli ospiti, per visite di qualsiasi genere non viene più effettuato da dipendenti di AltaVita-IRA.

I regolamenti interni, conseguentemente sono stati oggetto, di doppia revisione: per il Pensionato Piaggi revisione MSPP-REG rev.3 1 Gennaio 2017 e MSPP-REG rev.4 del novembre 2017 e Regolamento interno ospiti del Centro Servizi Beato Pellegrino, Palazzo Bolis , MS-REG. rev. 7 del 1 gennaio 2017 e MS-REG rev.8 di novembre 2017, dove sono precisate le stesse modifiche riportate per le Carte dei Servizi..

Sono state inoltre riviste le Carte dei Servizi del Centro Servizi Casa Famiglia Gidoni MGD-CS rev. 4 del novembre 2017 e del Centro Diurno Monte Grande MSMGO-CS rev.0 del Novembre 2017 precisando che i Reclami possono essere inviati anche tramite mail alla Segreteria Generale ed è stata istituita cassetta verde per reclami anche al Centro Diurno Gidoni, prima mancante . Gli standard di qualità generali e specifici e il relativo regolamento interno degli ospiti dei Centri Diurni MSGDB-REG rev.1 del 15/05/2015, sono rimasti invariati e quindi confermati.



## CONCLUSIONI

Cambiamenti relativi alla Politica aziendale:

La Politica della Qualità e della Sicurezza è stata aggiornata il 26 ottobre 2016, per conferma degli intenti da parte del Presidente del nuovo CdA. Verrà modificata nel corso del 2018 per aggiornamento del Sistema alla Norma ISO 9001:2015.

Nuovi obiettivi e programmi:

Per quanto riguarda i nuovi obiettivi e programmi vedasi punto 2. In particolare va sottolineato l'obiettivo di ottenere l'estensione della Certificazione ISO 9001:2008 a Palazzo Bolis entro dicembre 2017 e il rinnovo della Certificazione secondo la Norma ISO 9001:2015 di tutte le strutture per ospiti non autosufficienti nell'anno 2018.

Si rinuncia già nell'anno in corso alla Certificazione del Pensionato Piaggi, vista la previsione nei futuri anni di una sua conversione verso altre attività.

Necessità di modifica al sistema di gestione:

Continua il processo di integrazione tra Sistema Qualità e Sicurezza e l'implementazione del Programma Sicurcloud per la gestione informatica ed integrata delle scadenze. La modifica sostanziale è prevista per l'anno 2018 con la Certificazione ISO 9001:2015. In particolare l'analisi del contesto e delle parti interessate da cui si partirà per la revisione della Politica della Qualità, degli obiettivi e dei rischi e opportunità.

Necessità di nuove risorse:

Andrà valutato se le Risorse a disposizione sono sufficienti per la Gestione del Sistema Qualità e Sicurezza in tutte le Sedi Certificate Dell'Istituto

Modalità di divulgazione dei risultati:

Il Verbale del Riesame verrà messo a disposizione oltre che dei presenti anche per i Coordinatori di Residenza / e Coordinatori/referenti dei vari servizi.

Opportunità di miglioramento dell'efficacia del Sistema di Gestione e dei relativi processi:

In base a quanto sopra detto si ritiene il Sistema Qualità efficace. Le opportunità di miglioramento sono individuate nell'assegnazione degli obiettivi, vedi punto 2 del Riesame.

Il prossimo Riesame è fissato per Aprile 2018