



AltaVita

ISTITUZIONI RIUNITE DI ASSISTENZA

IRA

Verbale riesame del sistema

Data **29 Aprile 2016** Oggetto riesame completo riesame parziale

Documenti esaminati

- Politica per la Qualità
- Verbali riesame del sistema precedenti 23 ottobre 2015 .
- Non conformità (M-GNC)
- Pianificazione audit 2016
- Fornitori
- Attività formative
- Test/Questionari (es. Questionari di valutazione soddisfazione cliente)
- Manuale della Qualità rev. 19
- Manuali HACCP in vigore
- Procedure
 1. Procedura di erogazione dei servizi di assistenza globale (P-EAG)
 2. Procedura servizio Acquisti, contabilità e bilancio (I-P-ACB)
 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 accettazione e sociale Pensionato Piaggi (PPI-SAS)
 14. Procedura di erogazione dei servizi di assistenza globale Pensionato Piaggi (PPI-EAG)
 15. Procedura servizio educativo – animativi Pensionato Piaggi (PPI-EDAN)
 16. Procedura Gestione servizio attività motorie (P-AMO)
 17. Procedura di Erogazione dei Servizi di Assistenza Globale Casa Famiglia Gidoni (PGD-EAG)
 18. Procedura di Erogazione dei Servizi di Assistenza Globale Centro Diurno Monte Grande (PBB-EAG)
 19. Procedura Gestione Servizio Sartoria e Rammendo (P-GSR)



Verbale riesame del sistema

Scopo del Riesame tenutosi in data 29 Aprile 2016 è stata la valutazione degli indici dei principali processi aziendali, relativi all'anno 2015, approvati con determina n°127 del 2015, poi integrata con la Determina 213 del 23/04/2015, la programmazione delle attività per il 2016 e la conferma degli obbiettivi della qualità per l'anno 2016 che sono stati approvati con determina SG n° 58/2016 e determina n°DT 25/2016.

VALUTAZIONE INDICI ANNO 2015

Gli indici relativi ai principali processi aziendali, valutati sono: 1) indicatori di prestazione dei processi, 2) azioni di miglioramento, 3) dati a consuntivo relativi all'attività dell'organizzazione.

Per tutti gli indicatori è stato raggiunto il 100% del risultato, vedi anche tabelle riassuntive in allegato 1. Di seguito quanto emerso per ogni indice:

1) INDICATORI DI PRESTAZIONE DEI PROCESSI-SITUAZIONE 1° SEMESTRE 2015

INDICATORE I.a

RELATIVO A: SERVIZIO ASSISTENZA GLOBALE

OBBIETTIVO: Totale bagni effettuati entro il limite di 7 gg per ospite.

INDICATORE: % di bagni effettuati oltre il limite di 7 giorni sul totale effettuato. Si ritiene accettabile 1 % di scostamento.

RESPONSABILE: Resp. Organizzativo P.I. Miozzo

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

Dal 2015 l'obiettivo è stato modificato portando il limite di tempo tra un bagno e l'altro da 10 a 7 giorni. I bagni assistiti effettuati nell'anno 2015, che non hanno rispettato il termine di 7 giorni, sono stati in numero di 223. La tabella sottostante riassume i dati

Prospetto bagni effettuati oltre il 7° giorno

Mese	Tulipani	Mimose	Fiordalisi	Rose	Bolis	Totale	Media scostamenti
gennaio	81	123	3	154	95	456	8,78
febbraio	41	96	0	87	43	267	8,31
marzo	19	49	1	42	81	192	8,22
aprile	37	69	0	82	103	291	8,26
maggio	36	49	0	33	78	196	8,30
giugno	20	64	0	11	93	188	8,34
luglio	19	7	3	1	50	80	8,84
agosto	14	0	0	4	52	70	8,39
settembre	23	62	1	4	25	115	8,24
ottobre	20	20	0	14	36	90	8,29
novembre	4	0	0	4	0	8	8,88
dicembre	4	14	0	50	2	70	9,84
Totale	318	553	8	486	658	2023	8,56
Presenze effettive	35937	33396	29535	42883	35729	177480	
Bagni teorici	5134	4771	4219	6126	5104	25354	
% bagni disattesi	6,19	11,59	0,19	7,93	12,89	7,98	



Verbale riesame del sistema

La media dei giorni dei bagni disattesi si attesta in giorni 8,56

La causa principale del mancato rispetto del termine dei 7 (sette) giorni è imputabile principalmente ad assenze del personale, si ricorda che dall'inizio dell'anno le assenze di una unità non sono sostituite. Anche per i bagni disattesi lo scostamento è stato contenuto in meno di due giorni mediamente.

Commento per il mese dicembre: problemi con assenze reparti piccoli vedesi mimose 3 e con influenze o malattie degli ospiti non registrate.

La percentuale dei bagni disattesi nel 2° semestre si e' praticamente dimezzata.

La media degli scostamenti è rimasta tendenzialmente invariata.

Numero totale bagni disadettesi è meno di un terzo dei bagni disattesi del primo semestre

Oltre ad effettuare i bagni anche la domenica si stanno mettendo in atto altre misure organizzative per raggiungere l'obiettivo. Essendo cambiato da questo anno l'obbiettivo, non è possibile tracciare un trend sui risultati. L'obbiettivo è stato riconfermato per l'anno 2016.

INDICATORE 1.b

RELATIVO A: SERVIZIO ASSISTENZA GLOBALE CENTRO DIURNO CASA GIDONI E MONTEGRANDE

OBBIETTIVO: *Occupazione media posti struttura pari a 27 per giorno*

INDICATORE: *Posti medi per giorno*

RESPONSABILE: *Resp. Organizzativo P.I. Miozzo*

PERSONALE COINVOLTO: *(Coordinatore Centro Diurno Casa Famiglia Gidoni e Montegrande)*

La media di occupazione nell'anno 2015 è stata di 24,48 per il Centro Diurno Casa Famiglia Gidoni e di 24,65 per il centro Diurno Monte Grande

Per quanto riguarda il trend del Centro Diurno Gidoni, nel 2015 la media di occupazione è scesa a 24,48. Questo valore è confrontabile con la media di occupazione del Centro Diurno Monte Grande che per il 2015 è stata di 24,65. (Il Centro Monte Grande è aperto da fine settembre 2014). Si considera, pertanto, che tale media sia legata ad una situazione contingente, visto la minor richiesta nel territorio e l'apertura di altre strutture in zone da cui, in passato, i nostri Centri attingevano ospiti. Per questo motivo, pur non essendo stato raggiunto il valore di occupazione media di 27 posti struttura al giorno, l'obbiettivo è stato considerato ugualmente raggiunto e il valore abbassato, per il 2016, a 24. Va anche ricordato che a partire dal 2015, sono stati considerati i giorni di presenza riferiti al criterio alberghiero, poiché le convenzioni firmate con ULSS 16 dei due centri sono diverse.

Sono in atto azioni di promozione sul territorio dei due Centri, allo scopo di aumentare le presenze.

Trend centro Diurno Gidoni

ANNO 2012	ANNO 2013	ANNO 2014	ANNO 2015
Media 26,7	Media 28,77	Media 27,30	Media 24,48

Inoltre, visto la scarsa affluenza nei giorni di sabato, il Centro Diurno Monte Grande rimane chiuso al Sabato e gli eventuali frequentatori sono assorbiti dall'RSA.

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-Monte Grande.)*

INDICATORE: *% di ospiti partecipante sul totali potenziali*



Verbale riesame del sistema

RESPONSABILE: Resp. Organizzativo P.I. Mozzo e Segretario Direttore Generale Dott.ssa Nicoletto

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

Nel 2015 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. 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 e Montegrande la % di partecipanti alle attività motorie, rispetto a quelli che aderiscono alla attività (dai 18-ai 22), è del 75% simile a quella del P.Piaggi.

Per quanto riguarda il trend la tabella sotto riporta gli esiti a partire dal 2012, 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 dei centri diurni; si ritiene che, un superamento di queste %, non sia possibile e che siano dei limiti fisiologici.

ANNO 2012	ANNO 2013	ANNO 2014	2015
>70% NA >75% A + CG			

Legenda:

NA= Non autosufficienti A= Autosufficienti CG= Centri Diurni

Per il 2016 l'obiettivo è stato confermato.

INDICATORE Id)

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

OBBIETTIVO: Progetto socializzazione. Mantenimento degli interventi rispetto al 2014

INDICATORE : numero degli interventi rispetto al 2014

RESPONSABILE: Resp. Organizzativo P.I. Mozzo e Segretario Direttore Generale Dott.ssa Nicoletto

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)

Vengono confrontati i dati considerando separatamente il I e II semestre dell'anno, visto che la variabilità degli ospiti e delle loro condizioni è elevata.

Dalla tabella sottostante si può vedere, confrontando i dati del 1° e 2° semestre 2015 con i dati del 1° e 2° semestre 2014 che pur essendosi ridotto il numero degli ospiti trattati, il numero degli interventi, in entrambi i semestri del 2015, non solo è stato mantenuto rispetto ai rispettivi semestri del 2014, ma anche aumentato. L'obiettivo è stato riproposto per il 2016



Verbale riesame del sistema

Totale ospiti		Totale interventi Inclusi quelli erogati dai volontari	Totale Interventi assistente sociali	Totale Interventi educatore animatore	Totale Interventi logopedista	Totale Interventi psicologo	Totale interventi volontari (piaggi e bolis)	Totale ospiti senza volontari	Totali intervent senza volontari
I° Sem. 2015	96	3914	710	951	491	1165	597	54	3317
II sem. 2015	115	4891	722	1762	578	1222	607	57	4284

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 intervent 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

INDICATORE 1e)

RELATIVO A: SERVIZIO TECNICO MANUTENZIONE

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

INDICATORE: *giorni medi di attesa sul totale interventi effettuati.*

RESPONSABILE: *Geom. R. Pastore*

PERSONALE COINVOLTO: *Personale Servizio Manutenzione*

Nel 2015 i tempi di attesa per richiesta di intervento risultano pari a 0,52 giorni. Considerando il trend degli ultimi anni il valore si è mantenuto al di sotto del limite di 1 giorno medio di attesa, tranne che nel 2013. 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 1 gg. Nel 2015 il trend degli ultimi anni è confermato. Per il 2016 l'indicatore è stato confermato

ANNO 2012	ANNO 2013	ANNO 2014	ANNO 2015
0,67gg	1,11 gg	0,57 gg	0,52 gg



Verbale riesame del sistema

INDICATORE 1f)

RELATIVO A: SERVIZIO TECNICO MANUTENZIONE

OBBIETTIVO: "tempi non produttivi" entro il 10% delle ore lavorative totali.

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

RESPONSABILE: *Geom. R. Pastore*

PERSONALE COINVOLTO: *Personale Servizio Manutenzione*

Nel 2015 i tempi non produttivi, ovvero la % di ore non lavorate rispetto al totale, è stata del 8 % quindi al di sotto del limite del 10%. Si ricorda che per l'anno 2015 il limite è stato portato dal 20% al 10%, rendendo più sfidante l'obiettivo visto il trend degli ultimi anni sotto riportato. Per il 2016 l'obiettivo è stato confermato.

ANNO 2012	ANNO 2013	ANNO 2014	ANNO 2015
10,5%	9 %	9%	8%

INDICATORE 1g)

RELATIVO A: SERVIZIO TECNICO MANUTENZIONE

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

INDICATORE: 100 % degli interventi effettuati sul totale degli interventi programmati (100% degli interventi a priorità alta).

RESPONSABILE: *Geom. R. Pastore*

PERSONALE COINVOLTO: *Personale Servizio Manutenzione*

Nel corso del 2015 gli interventi programmati sono stati 16 suddivisi in: 11 ad alta priorità e 5 a priorità normale. Da notare che, rispetto al 2014 in cui 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, nel 2015 il numero è aumentato. A fine anno si possono considerare completati tutti gli interventi ad alta priorità. Per il 2016, questo indicatore è stato considerato obsoleto, a causa della possibilità che cause esterne contingenti possano portare a modificare la priorità di un intervento.

E' stato, pertanto, assegnato all'area il seguente obiettivo di miglioramento: Programmazione e attuazione della manutenzione ordinaria degli immobili istituzionali e da reddito al fine del mantenimento della loro funzionalità e degli standard igienico sanitari .

2) VALUTAZIONE AZIONI DI MIGLIORAMENTO-SVILUPPI ANNO 2016

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: *Redazione di PAI (Piano Assistenziale Individuale) per tutti gli ospiti delle residenze con individuazione di almeno due obiettivi personalizzati. Obiettivo integrato con determina n°213 del 23.04.2015 a seguito accreditamento regionale Via Beato Pellegrino.*

ATTIVITA': *redigere almeno due PAI con obiettivi personalizzati attraverso la redazione del modulo MRE-PAI. Verifica sul modulo MRE-PAI della corretta esecuzione di quanto sopra indicato.*



Verbale riesame del sistema

RESPONSABILE: *Dott.ssa S. Nicoletto, P.I. P. Miozzo*

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)*

Nel corso della verifica ispettiva ULSS 16 finalizzata all'accreditamento regionale del Centro Servizi Beato Pellegrino avvenuto 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 di assegnazione degli obiettivi per l'anno 2015 è stata integrata con la Determina 213 del 23/04/2015 inserendo, quale progetto di miglioramento, l'emissione di PAI con individuati almeno due obiettivi per tutti gli ospiti delle residenze, compreso Bolis e Centri Diurni. Tutti gli ospiti per i quali è stata tenuta la UOI di ingresso o di verifica a partire da giugno 2015, per i tempi tecnici necessari a valutare come organizzare le attività, risultano avere almeno due PAI.

Gli esiti positivi di questa azione, si sono già visti, nel corso della verifica ispettiva ULSS 16 finalizzata all'accreditamento Regionale di Palazzo Bolis, avvenuta in data 16.09.2015, superata con il 100% del punteggio. Si considera questa attività obbligatoria ed entrata nella routine e pertanto per il 2016 non è stata più considerata un obiettivo di miglioramento.

b) SERVIZIO DI PSICOLOGIA

AZIONE DI MIGLIORAMENTO: *Realizzazione dello studio sull'evoluzione delle funzioni cognitive nella residenzialità in collaborazione con le altre figure professionali coinvolte in collaborazione con il CRIC Ulss16 con l'intenzione di fotografare l'andamento delle funzioni cognitive in ospiti non autosufficienti istituzionalizzati, individuando eventuali fattori potenzialmente protettivi o precipitanti.*

ATTIVITA': *elaborazione report semestrale circa l'andamento del progetto*

RESPONSABILE: *Dott.ssa S. Nicoletto; P.I.P.Miozzo*

PERSONALE COINVOLTO: *Servizio Psicologico, Coordinatori di Residenza, Servizio Medico, Servizio Educativo Animativo, Servizio Logopedico, Servizio Sociale Centro Servizi Beato Pellegrino-Centro Servizi G.A Bolis)*

Al 31 dicembre 2015: nella fase T 0 (primo mese di ingresso ospite) sono stati inseriti 220 ospiti, nella fase T1 (6 mesi dall'ingresso) risultavano inseriti 130 ospiti nella fase T2 (12 mesi dall'ingresso) risultavano inseriti 60 ospiti, nella fase T3 (24 mesi dall'ingresso) 3 ospiti. Il servizio Medico, in collaborazione con il Servizio di Psicologia sta iniziando ad elaborare statisticamente i dati; una prima analisi dovrebbe essere pronta per il I semestre del 2016. L'attività continuerà anche nel 2016.

c) SERVIZIO RISORSE UMANE

AZIONE DI MIGLIORAMENTO: *Emissione piano formativo dettagliato sulla base delle linee guida approvate dal Consiglio d'Amministrazione.*

ATTIVITA': *elaborazione del piano dettagliato*

RESPONSABILE: *Dott.ssa S. Nicoletto*

PERSONALE COINVOLTO: *Servizio Risorse Umane*

L'azione di miglioramento è stata integrata con determina n°213 del 23.04.2015 a seguito delle attività svolte ai fini dell'accreditamento regionale del Centro Servizi Beato Pellegrino. Rispetto ai corsi previsti sono stati completati l'82,81% del totale. Di questi i corsi di aggiornamento tecnico sono stati completati per il 95,65%, quelli suggeriti dai riscontri della Customer Satisfaction per il 66,67%, quelli per la Formazione del personale medico per il 40%, quelli per la Sicurezza per il 100%. Gli interventi formativi continueranno nel 2016.



Verbale riesame del sistema

3) VALUTAZIONE DATI A CONSUNTIVO RELATIVI ALL'ATTIVITA' DELL'ORGANIZZAZIONE-SVILUPPI ANNO 2016

a) SERVIZIO MEDICO / SERVIZIO DI FISIOTERAPIA /SERVIZIO ATTIVITÀ MOTORIE/SERVIZIO ASSISTENZA GLOBALE

SCOPO: Valutazione del mantenimento capacità deambulatorie ospiti a seguito di trattamento

DATO CONSIDERATO: % di ospiti che mantengono le capacità deambulatorie sul totale trattati

RESPONSABILE: Resp. Organizzativo P.I. Mozzo e Segretario Direttore Generale Dott.ssa Nicoletto

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, con valutazione da parte del Medico delle condizioni neuromotorie. I dati vengono considerati su base semestrale considerando la variabilità degli ospiti tra un semestre e l'altro.

Per quanto riguarda i risultati del I semestre del 2015 considerando l'area neuromotoria gli ospiti trattati sono risultati stazionari nel 42,18%, migliorati nel 11,70%, peggiorati nel 39,84% e per il 6,25% è stato sospeso il trattamento per decesso o grave peggioramento. Per quanto riguarda il II semestre del 2015, gli ospiti trattati sono risultati stazionari nel 63,16%, migliorati nel 8,27%, peggiorati il 28,57%.

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 2015 sono stati i seguenti: n° lavoratori formati 511; n° accessi formativi 1301; media pro capite accessi formativi 2,55; ore totali formazione 3623; media pro capite ore formazione 7,09 ; costi docenti o agenzie € 24.834,49; media pro capite costo formazione € 48,60; media costo orario formazione € 6,85. La Tabella sottostante riporta il Trend degli ultimi anni.

ANNO 2012	ANNO 2013	ANNO 2014	ANNO 2015
Totale ore formazione 53129,60 (di cui 47220 relative al corso sulle infezioni)	Totale ore di formazione 12307,35	Totale ore di formazione 4501	Totale ore di formazione 3623
Costo totale 43.560,35 €.	Costo totale 67.519,33€.	Costo totale 26868,24 €.	Costo totale 24.834,49 €.
Costo orario 0,82 €.	Costo orario 5,49 €.	Costo orario 5,97 €.	Costo orario 6,85 €.
Media ore formazione pro capite 96,95.	Media ore formazione pro capite 19,50.	Media ore formazione pro capite 8,05.	Media ore formazione pro capite 7,09.
Media costo formazione pro capite 79,49 €	Media costo formazione pro capite 107,00 €	Media costo formazione pro capite 48,06 €	Media costo formazione pro capite 48,60 €

Di seguito i commenti del Capo Settore Risorse Umane.



Verbale riesame del sistema

Dall'esame dei dati raffrontati a quelli dell'anno 2014 si evidenzia la diminuzione del personale formato a seguito delle esternalizzazioni del 2015.

Peraltro la diminuzione dei formati è stata di sole 8 unità, da n°559 a n°551 nonostante il personale dipendente sia diminuito di circa 60 unità su base annua. Sono invece aumentati gli accessi alla formazione da n°1214 a n°1301 con la media di partecipazione pro capite passata da 2,17 a 2,55. Come di consueto i corsi con i partecipanti più numerosi sono stati quelli relativi al personale socio sanitario. In particolare quelli inerenti le relazioni tra operatori e familiari degli ospiti con 249 partecipanti e i seminari di odontoiatria geriatrica con n°365 presenze. Anche i corsi relativi al sistema HACCP, hanno registrato grande partecipazione essendo stati registrati n.249 accessi.

Prosegue, inoltre, il forte impegno relativamente alla materia sulla sicurezza del lavoro che ha visto n°187 partecipazioni ai corsi di formazione generale e specifica, ai corsi di formazione per dirigenti, per i preposti, per gli addetti alla squadra antincendio e al primo soccorso, e sul sistema HACCP con n°299 partecipazioni. Nonostante l'aumento degli accessi, sono diminuite le ore di formazione effettuate, da n° 4.501 a n°3.623, come la media pro capite scesa da n° 8,05 a ore n° 7,09. Il costo per agenzie formative e/o consulenti è diminuita da € 26.868,24 ad € 24.834,49, con una media del costo procapite sostanzialmente invariata, mentre è aumentato il costo orario medio passato da € 5,97 ad € 6,85.

Obiettivo per il 2015 era quello di far partecipare prioritariamente ciascun dipendente a tempo indeterminato ad almeno un evento formativo: riguardo al personale presente al 31/12/2014, pari a n°296 unità e fatto salvo il personale in distacco presso Sodexo, che ha eseguito i percorsi formativi della società appaltatrice, non risultano aver effettuato alcuna formazione n°17 dipendenti. Di questi n°3 non hanno effettivamente avuto alcun motivo per la mancata frequenza, dato che risulta siano stati anche sollecitati alla partecipazione, né si è riusciti ad inserirli in formazione d'ufficio causa incompatibilità della turnazione o assenze programmate o meno nei giorni fissati per la formazione. Gli altri si sono assentati dal lavoro per vari motivi, per cui non è stato possibile avviarli alla formazione: n° 2 dipendenti per maternità, n°1 per infortunio, n°5 per malattia lunga, n° 6 per aspettativa e n° 2 per congedo ex art 42 D.L.vo 151/2001. Dei n°52 lavoratori a tempo determinato presenti al 31/12/2014, n°6 non hanno effettuato formazione per aver lavorato solamente per una frazione di anno ovvero per la difficoltà di liberarli dal lavoro, considerando che sono destinati a coprire le assenze del personale 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, con forte incremento delle ore totali erogate, a fronte di un basso costo di formazione, mentre sia per il 2014 che per il 2015 si conferma una riduzione degli accessi formativi anche per il rispetto del Budget. L'indicatore viene confermato per il 2016.

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 2015 con l'utilizzo del nuovo programma di valutazione della formazione, i giudizi, sono stati modificati in buono (ex ottimo+buono) e sufficiente (ex medio) e sufficiente. Sono state raccolte 1274 valutazioni. Considerando il trend la percentuale di "buono" si conferma su livelli molto alti (rispetto al 2014 si passa dal 90,35% al 89,80% con corrispondente aumento della valutazione "sufficiente" che passa dal 9,08% al 10,20%, mentre si è azzerata la % di insufficienti).



Verbale riesame del sistema

ANNO 2012	ANNO 2013	ANNO 2014	ANNO 2015
863 valutazioni espresse	1797 valutazioni espresse	1212 valutazioni espresse	1274 valutazioni espresse
406 ottimo - 411 buono-41 medio-5 insufficiente	280 ottimo-1454 buono-62 medio-1 insufficiente	1095 ottimo+buono - 110 medio - 4 insufficiente	1144 buono - 130 sufficiente (ex medio) - 0 insufficiente
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	89,80% buono - 10,20% sufficiente (ex medio) - 0,0% insufficiente

Nel 2016 è prevista la somministrazione ai dipendenti del 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, essendo l'ultimo stato somministrato nel 2014.

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).*

Sulla base della procedura della qualità, l'apprendimento viene verificato mediante test al termine del corso, ove previsti, ovvero, al termine dell'anno formativo, su valutazione del responsabile del servizio compilando apposita scheda.

Riguardo la prima tipologia, dall'esame dei dati in possesso, risulta che, nel 2015, si è verificato il mancato superamento del test di verifica del corso antincendio relativamente a una dipendente.

Risultando che il Responsabile aziendale del pronto intervento, in sede di aggiornamento della squadra antincendio, non l'abbia piu' indicata tra i componenti, la dipendente non viene ulteriormente avviata a formazione.

Per quanto riguarda la seconda tipologia di verifica dell'apprendimento, le schede sottoscritte dai responsabili dei servizi non segnalano valutazioni negative di "Non adeguato".

In particolare le valutazioni sono state le seguenti:

Buono:	125	35,31%
Adeguato:	229	64,69%
Non adeguato:	0	0%
Totali:	354	100%

L'esito evidenzia un trend nettamente positivo rispetto al 2014 che aveva riportato i seguenti risultati:

Buono:	14	4,09%
--------	----	-------



Verbale riesame del sistema

Adeguato:	325	95,03%
Non adeguato:	3	0,88%
Totali:	339	100%

e) SISTEMA QUALITA'

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 2015 il primo riesame della direzione è stato effettuato in data 29 aprile 2015 e il secondo il 23 ottobre 2015. L'audit di ricertificazione si è svolto il 3 e 4 Novembre 2015 ed è stato superato senza nessuna non conformità e tre raccomandazioni.

2. VALUTAZIONI DA NON CONFORMITÀ, AZIONI CORRETTIVE ANNO 2015

Nel corso dell'anno 2015 sono state aperte 6 non conformità, e 6 azioni correttive. Quattro non conformità e relative azioni correttive sono state emesse a seguito di Audit interni e due a carico del Servizio Ristorazione.

Le non conformità da audit riguardano:

-il Centro Diurno Gidoni: non corretta applicazione di alcune documenti relativi al Sistema Qualità. Alla Data del Riesame, è stata chiusa la non conformità e relativa azione correttiva, la cui efficacia è stata valutata in data 15.10.2015 con specifico audit.

-Medico Residenza Fiordalsi 3: inadeguata compilazione delle Schede Terapia con utilizzo di post-it gialli. L'azione correttiva prevede il richiamo del Medico e la disposizione agli infermieri di non considerare ordini che siano scritti su post-it o altro, che non siano documenti ufficiali. E' in corso, nelle residenze la firma della disposizione da parte di tutti gli infermieri.

- Servizio Infermieristico Residenza Mimose: mancata somministrazione della terapia delle 21, l'azione correttiva prevede di ripetere la formazione degli Infermieri al Protocollo DRE-PGT relativo alla Gestione della Terapia.

- Ufficio Acquisti Contabilità e Bilancio, mancata esecuzione check list di controllo delle rette- Azione correttiva formazione del personale facendo capire importanza di tale attività e corretta redazione delle Check list.

L'efficacia delle azioni correttive è stata controllata con specifici audit nel mese di dicembre 2015

Le altre due non conformità, riguardano problematiche con la Ditta Sodexo, fornitura di Stracchini scaduta e mancata fornitura di diete. Queste due non conformità hanno avuto risposta dalla ditta Sodexo e relative azioni correttive, concordate tra AltaVita-IRA e Sodexo, in quanto causate da errori di personale che è ancora alle dipendenze di AltaVita-IRA in distacco presso Sodexo.

E' stato eseguito un audit da parte di AltaVita-IRA presso Sodexo, Centro Cottura di Selvazzano Dentro (Palazzo Bolis), per verificare quanto comunicato ed effettuato da Sodexo e valutare l'efficacia sul campo. A seguito dell'audit le due non conformità sono state chiuse.

Relativamente al Sistema Haccp e ai rapporti con la ditta Sodexo, si rimanda al punto 4 del verbale.

Nel 2014 il numero di non conformità emesse era stato di 11 e le azioni correttive 4. Ma il maggior numero di non conformità del 2014 è dovuto al fatto che 4 non conformità hanno riguardano un medesimo problema riscontrato a carico dei Servizi Medici delle Residenze, per cui di fatto può essere considerata come un'unica non conformità e tre dovute al ritrovamento di corpi estranei (oggetti) nei capi di biancheria provenienti dalle residenze. Questo problema, a seguito dell'appalto del Servizio ad Eureka, sembra non presentarsi più, in quanto i capi degli ospiti vengono inseriti per il lavaggio in piccoli sacchi personalizzati



Verbale riesame del sistema

e non in sacchi comuni. Anche nei precedenti anni, il numero di non conformità per presenza di corpi estranei su capi era rilevante. Vedi anche tabella riassuntiva indici.

3. VALUTAZIONE FORNITORI ANNO 2015

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 Acquisti, Contabilità e Bilancio. Per il 2016 si sta pensando come rivedere questa attività e relative procedure in quanto, essendo Pubblica Amministrazione, molti acquisti vengono fatti su MEPA e, per quanto riguarda il Servizio di Fisioterapia e Logopedia, la maggior parte delle forniture di ausili, viene fatta dall'ULSSI16 in Service e sempre meno forniture sono comperate a scelta dell'utente.

Per quanto riguarda i Servizi appaltati, l'attività al Centro Diurno Gidoni della Ditta Lunazzurra, a cui è appaltato il Servizio Assistenziale, di pulizia e trasporto, viene supervisionata dal Coordinatore di Alta Vita-IRA e tramite audit. Per gli appalti del Servizio di ristorazione e lavanderia, vedi anche oltre, è stata creata la figura del Responsabile Gestione Appalto Servizio Ristorazione e Lavanderia.

4. VALUTAZIONE ESITI CONTROLLI HACCP

Per quanto riguarda il sistema HACCP queste le attività relativamente all'anno 2015, così come ricavate dalla relazione inoltrata dalla Responsabile, Rag. E. E. Berton.

Dal 1 febbraio 2015 il servizio di ristorazione è stato affidato, tramite espletamento di gara "procedura negoziata", alla ditta Sodexo Italia S.p.A. con sede in Via Fratelli Gracchi n. 36 a Cinisello Balsamo MI, come risulta da determinazione n. 429 del 4 novembre 2014. L'appalto durerà fino al 1 gennaio 2020.

Alla luce dell'affidamento all'esterno del Servizio in questione anche i piani HACCP necessitavano di una opportuna revisione e/o integrazione. L'Istituto non dispone al proprio interno di una professionalità specifica esperta in materia igienico sanitaria di alimenti. Con deliberazione n. 16 del 01/12/2015 è stato dato incarico al dott. Massimo Ciscato, professionista esperto in materia di igiene e qualità degli alimenti nonché di sicurezza alimentare e sistemi di autocontrollo HACCP. Il dott. Ciscato ha anche ricoperto per il medesimo appalto il ruolo di componente esperto nella commissione giudicatrice che ha valutato la proposta progettuale tecnica presentata delle ditte in gara.

Nell'incarico assegnato al dott. Massimo Ciscato era compresa anche l'attività di revisione dei piani Haccp già adottati da AltaVita, al fine di garantire:

- il continuo miglioramento della somministrazione degli alimenti agli ospiti, soprattutto dal punto di vista dell'igiene e della sicurezza.
- il miglioramento della formazione del personale, particolarmente sui contenuti igienico-alimentari e sull'educazione dei comportamenti da rispettare per il mantenimento costante dell'igiene
- la riduzione degli sprechi, ossia l'eliminazione dei prodotti non sufficientemente sicuri

Con determina n. 292 del 8.06.2015 è stato approvato il nuovo piano di autocontrollo HACCP di tutte le strutture di AltaVita Istituzioni Riunite di Assistenza IRA. Alla data del Riesame il nuovo Manuale HACCP di somministrazione non è ancora completamente applicato.

Check list



Verbale riesame del sistema

Sono stati effettuati dei controlli alla cucina in data 11 e 17 febbraio ed uno in data 20 aprile dai quali è emersa una buona situazione igienico sanitaria dell'ambiente, sono stati controllati i magazzini, le date di scadenza ed il materiale in arrivo nonché il materiale stoccato sugli scaffali. Gli unici rilievi sono stati fatti nello spogliatoio maschile, in cui alcuni dipendenti continuavano ad appendere all'esterno dell'armadietto spogliatoio gli indumenti.

In data 24 luglio 2015 la Dott.ssa Nicoletto (OSA) ha eseguito una check list di valutazione attività alla Sodexo prevista dal manuale HACCP di AltaVita, assistita dal consulente dott. Ciscato e dal dott. Chiarello (collaboratore del dott. Ciscato). Dalla quale sono emerse n. 10 non conformità. Di cui solo due sono risultate gravi. Su tutto si è trovato un accordo con la ditta Sodexo, (vedi relazione della stessa Sodexo) depositata presso Ufficio Rag. Berton, solo sulle due non conformità più gravi non si è raggiunto immediatamente un accordo. Di seguito si riportano le due non conformità e le relative risposte di Sodexo.

1) *N.C. si è notata la presenza e l'utilizzo di strofinacci / spugne per il lavaggio delle stoviglie*

Luogo: cucina/lavaggio

Proposta a.c. Sostituire gli strofinacci con idonei spazzolini ed eventualmente con carta usa e getta

2) *N.C. non si ha evidenza di utilizzo di guanti monouso da parte degli operatori di cucina*

Luogo: cucina

Proposta a.c. Implementare l'utilizzo di guanti usa e getta e definire idonea modalità di gestione

Risposte Sodexo alle N.C.:

"1) Zona lavaggio: precisiamo che le procedure Sodexo vietano l'utilizzo di strofinacci in cucina, mentre invece è previsto l'utilizzo di spugne e panni per le pulizie e i lavaggi. E' infatti stabilita un'ideale procedura dei mezzi di pulizia e la loro frequente sostituzione al fine di evitare contaminazioni crociate, dovute appunto a cattiva gestione di panni e/o spugne (richiamiamo quanto stabilito dalle Norme di Buona Fabbricazione Sodexo, parte integrante del piano HACCP già consegnatovi, e precisamente quanto riportato al CAP. 7 LA PULIZIA - paragrafo 7.1 pagg. 42 e 43, di cui vi alleghiamo stralcio)."

"2) Zona cucina: le procedure Sodexo non prevedono un utilizzo sistematico di guanti monouso durante il ciclo produttivo (richiamiamo quanto stabilito dalle Norme di Buona Fabbricazione Sodexo, parte integrante del piano HACCP già consegnatovi, e precisamente quanto riportato al CAP. 1 II PERSONALE - paragrafo 1.5 pagg 8 e 9, di cui vi alleghiamo stralcio)."

Allo scopo di dirimere la questione la Dott.ssa Nicoletto ha mandato un'interrogazione al SIAN. Si è quindi deciso quindi che, per quanto riguarda la N.C. N°1, Sodexo dovrà cambiare le attuali procedure, mentre per quanto riguarda la N.C. N°2, le procedure di Sodexo rimarranno invariate.

Sono poi proseguite per tutto il 2° semestre del 2015 le attività di controllo ai fini del rispetto delle misure minime in materia di igiene degli alimenti.

Dal 31.08.2015 non si sono rilevate Non Conformità.

In data 2 dicembre 2015 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 e dalla dott.ssa Saggiotto (collaboratrice del dott. Ciscato), dalla quale sono emersi dei rilievi ai quali Sodexo ha dato riscontro tempestivamente.

Corsi



Verbale riesame del sistema

Per rendere applicabile il Piano di autocontrollo H.A.C.C.P. sono state svolte le seguenti attività:
30.06.2015 corso per coordinatori di residenza, dietiste, responsabile qualità e responsabile strutture di AltaVita .

Si sono svolti, inoltre corsi di formazione in materia di HACCP per il personale di AltaVita-Ira coinvolto nella somministrazione. I corsi si sono tenuti nelle seguenti date: 6-11-13-20 ottobre 2015 e 11-17-24 novembre 2015. In qualità di auditori sono stati invitati anche gli operatori di Lunazzurra che prestano la loro attività professionale a Palazzo Bolis e presso Casa Famiglia Gidoni

Il 13 ottobre si è tenuto un corso specifico per il personale del tulipano 3 piano, per rilevamento temperatura carrelli termici, rilevamento temperatura cibi e modalità per prelevamento pasto campione.

Il Manuale HACCP, prevede il controllo campionario della pulizia delle superfici, tramite tamponi a luminescenza (igientest). E' arrivato il materiale da parte della ditta Veneto Lab ma, poiché a seguito di un'ispezione effettuata dalla Dott.ssa Sandra Nicoletto (OSA) in data 21 Dicembre 2015 sono emerse molte criticità che vanificano le prescrizioni già in atto nelle diverse fasi della somministrazione, è stato deciso di non effettuare il test.

Si è deciso, pertanto, per l'acquisto di attrezzature/arredo idonee ad integrare le dotazioni esistenti nei cucini di reparto. Dopodiché si procederà con specifico addestramento rivolto al personale di reparto e ai coordinatori, ai quali compete la vigilanza sul rispetto degli adempimenti minimi in materia di HACCP – fase della Somministrazione.

E'arrivata dalla ditta Dedalo l'offerta per effettuare i prelievi relativi ai controlli microbiologici, previsti dal Manuale. Visto la situazione dei cucinini di residenza l'OSA ha deciso, per l'anno 2015, di non procedere ai controlli. Alla data del Riesame i cucinini e gli spogliatoi delle Residenze sono stati forniti di nuovi arredi in acciaio e portati ad un livello accettabile in materia di igiene degli alimenti. Nel 2016 verranno, pertanto, applicati i controlli microbiologici delle superfici previsti dal Manuale HACCP di somministrazione in vigore.

Si valuterà nel 2016 l'eventuale modifica del Manuale HACCP.

In accordo con la Dottoressa Nicoletto e la Dottoressa Barnaba , Team Leader del RINA, l'audit al Sistema Qualità del 3-4 Novembre 2015, non ha riguardato la ristorazione.

5. VALUTAZIONE SODDISFAZIONE OSPITI/FAMILIARI , ACCREDITAMENTO REGIONALE E ATTIVITA 2015

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

Nel 2015, su richiesta del Presidente di AltaVita-Ira, il questionario è stato rivisto, allo scopo di renderlo più semplice e diminuire il numero di domande. E' stato chiesto ai membri del comitato ospiti di valutare il questionario prima della spedizione. Un unico membro e, precisamente, il Rappresentante del Pensionato Piaggi, ha apprezzato il questionario indicando venisse spedito così come era stato redatto

La percezione della qualità da parte degli Utenti conferma anche per il 2015 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 residenza con le migliori performance risulta essere la residenza Rose presso il Centro Servizi Beato Pellegrino con una somma di giudizi buono/ottimo del 93,16% , seguita dal Centro Diurno Monte Grande con una somma di giudizi buono/ottimo del 92,86%.



Verbale riesame del sistema

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 sono stati Istituiti più gruppi di assaggio.

Inoltre sono stati effettuati corsi, vedi piano formativo anno 2015, per rispondere alla necessità di migliorare il dialogo tra dipendenti e parenti, migliorare le modalità di somministrazione dei pasti e la gestione dei cucinini di residenza.

Accreditamento Regionale

Il 1° Aprile 2015 è stato ottenuto l'accreditamento Regionale previsto dalla Legge Regionale 22/2002 del Centro Servizi Beato Pellegrino. 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 stata integrata la determina 127/2015 di assegnazione degli obiettivi di miglioramento con la determina 213 del 29 Aprile 2015 con due nuovi obiettivi che hanno tenuto 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.

L'efficienza di questi interventi di modifica degli obiettivi di qualità si è già riscontrata nel corso dell'accreditamento regionale del Centro Servizi Bolis, avvenuto in data 16 Settembre 2015, dal momento che è stato superato con il 100% del punteggio.

6. AUDIT (VERIFICHE ISPETTIVE INTERNE) PERIODO ANNO 2015 E AUDIT DELL'ENTE DI CERTIFICAZIONE-PROSPETTIVE ANNO 2016

Il piano per l'anno 2015 è stato completato ed è stato emesso il piano per l'anno 2016

L'audit di ricertificazione per l'anno 2015 è stato superato il 3-4 novembre 2015. Si sono avute solo tre raccomandazioni, senza alcuna non conformità. E' previsto l'audit di mantenimento a novembre 2016. Si è deciso di chiedere il mantenimento della certificazione con la Norma ISO 9001:2008, mentre la certificazione con la Norma ISO 9001:2015, è stata programmata per il 2017.

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 il 19 settembre 2015 è stata effettuata dall'ULSS 16, l'ispezione per il rinnovo dell'accreditamento del Centro Servizi Bolis, mentre quella del Centro Diurno Gidoni, scadrà nel 2017.



Verbale riesame del sistema

Da 1 Aprile 2015 la Lavanderia è stata appaltata alla ditta Eureka. E' rimasto all'interno, un servizio di piccola sartoria.

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.

E' stato implementato un nuovo software della società Securecloud per la gestione integrata della formazione e della pianificazione e rendicontazione della sorveglianza sanitaria prevista dal decreto legislativo 81/2008.

Nel 2015 sono iniziati i lavori di modifica dell'ascensore del Pensionato Piaggi che dal giardino porta all'interno per il superamento delle barriere architettoniche. I lavori, alla data del Riesame, sono praticamente conclusi.

8. VALUTAZIONE FORMAZIONE EROGATA (EFFICACIA)

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.

Dagli inizi del 2015 il Coordinamento e supervisione del Centro Diurno Casa Famiglia Gidoni è passato all'Infermiere Coordinatore Raffaella Buggio, in precedenza Coordinatore della Residenza Rose.

L'appalto per la gestione esterna del Servizio di Ristorazione è partito 1 Febbraio 2015. Il servizio è stato appaltato alla Sodexo.

L'appalto del Servizio Lavanderia è stato assegnato alla ditta Eureka con decorrenza il 1° Aprile 2015. Il servizio è entrato a regime nel Corso del 2015. E' stato, in ogni caso, effettuato un audit presso Eureka dal Responsabile Qualità e dalla Dottoressa Ugurgieri, Consulente Qualità per Alta Vita-IRA, ed emessa la Procedura per la Gestione del servizio sartoria e rammendo. L'attività viene mantenuta sotto controllo attraverso l'attività di sorveglianza della Responsabile di Gestione degli Appalti del Servizio di Ristorazione e Lavanderia, che si avvale di una specifica check list.

Nel corso del mese di Novembre 2015 la Rappresentanza della Direzione per il sistema qualità è stata trasferita all'Arch. G.A. Boniolo.

A Luglio 2015 sono stati appalti i Servizi Assistenziali ed Infermieristici del Centro Servizi Bolis, alla Cooperativa Lunazzurra che ha già in appalto il Centro Diurno Monte Grande.

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. Sulla base di queste modifiche organizzative è stato rivisto l'organigramma. La Documentazione Ufficiale del Sistema Qualità è stata aggiornata. E' stata emessa in fatti la Procedura I-P-ACB Procedura Gestione Acquisti, Contabilità e Bilancio.

Il Responsabile organizzativo Paolo Miozzo a fine 2015 è andato in pensione e per il 2016 è stato incaricato il Dottor Alberto Barzagli, precedentemente in forza all'Ufficio Organizzazione.

E' prevista la modifica del regolamento del volontario che presta Servizio presso AltaVita-Ira

Altre attività



Verbale riesame del sistema

La Politica della Qualità e della Sicurezza già integrata in data 6 marzo 2014 è stata confermata.

Continua 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, la procedura di gestione dell'area Tecnica I-P-GAT e la Procedura Gestione Acquisti, Contabilità e Bilancio I-P-ACB. E' previsto, per il futuro di integrare il più possibile i due Sistemi, al fine di rendere l'applicazione di entrambi efficiente ed efficace, anche alla luce delle novità introdotte dalla Norma ISO 9001:2015.

Efficacia del Sistema

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

Allegati

1. Progetti-Obbiettivi Qualità anno 2016
2. Relazione ed esiti questionari Customer Satisfaction
3. Tabelle riassuntive indici
4. File dati grezzi conservati su Server

Periodo prossimo riesame del sistema SETTEMBRE 2016

Partecipanti

Nome Cognome	Ruolo	Firma
Dr.ssa Sandra Nicoletto	Direttore/Segretario Generale	
Dr. Alberto Barzagli	Responsabile Organizzativo	
Rag. Elisabetta Berton	Responsabile Appalti Servizi Manutenzione e Lavanderia	Per presa visione:
Arch. Giuseppe Boniolo	Dirigente Settore Tecnico -RSPP- Rappresentante della Direzione	
Dr Francesco Giannone	Capo Settore Personale	
Geom. Roberto Pastore	Responsabile Servizio Manutenzione e Patrimonio	
Dr.ssa Giovanna Rossi	Responsabile Qualità e Sicurezza	
Geom. Fernanda Scantamburlo	Addetta Servizi di Protezione e Prevenzione	

VALUTAZIONE AZIONI DI MIGLIORAMENTO ALTAVITA IRA ANNI 2013 - 2015

n.	area	azione di miglioramento	attività	responsabile	personale coinvolto	tempi di verifica	risultato anno 2013	risultato anno 2014	risultato anno 2015	raggiungimento obiettivo
1	ASSISTENZA GLOBALE / SERVIZI MEDICO / PSICOLOGICO / EDUCATIVO / ANIMATIVO / SOCIALE / FISIOTERAPIA / ATTIVITÀ MOTORIE / LOGOPEDIA / DIETETICO	miglioramento PAI	revisione modulo: precisa definizione obiettivi, indicatori, azioni e momenti di verifica, riesame, validazione. Dal 2015 emissione di almeno 2 PAI per ospite a seguito accreditamento regionale via Bp	Responsabile Organizzativo Paolo Miozzo, Segretario Direttore Generale Sandra Nicoletto	Servizio Medico, Coordinatori di Residenze, Infermieri, OSS, Personale Servizi Psicologica, Educativo Animativo, Sociale, Fisioterapia, Attività Motorie, Logopedia, Dietetico C. S. B., Pellegrino e G.A Bolis-Centro Diurno Giardini-Pensionato Piaggi	semestrale	Progetto sospeso al 1° semestre per necessità di ottemperare alla DGR n 2961 del 28/12/2012 operativa dal 1° luglio 2013	Dal 1° Luglio 2014 definito nuovo modulo e applicata modulista dal 1° Settembre 2014-Osservazione RINA, Risolle AUDIT 10 DICEMBRE 2014	Integrazione Determina assegnazione obiettivi Del n 231 29 aprile 2015. A dicembre 2015 per gli ospiti in cui le UOI sono state fatte da luglio 2015, gli ospiti risultano avere due PAI, per gli altri il numero di PAI è inferiore ma con giugno 2016 la situazione sarà appiattita, questo perché l'obiettivo è stato assegnato in un secondo tempo, a seguito accreditamento regionale Beato Pellegrino Ospili con due PAI (50%)	100%. I PAI verranno completati con il primo trimestre del 2016. Nella valutazione del raggiungimento dell'obiettivo è stato considerato l'elevato turn over degli ospiti avutosi nel 2015
2	ASSISTENZA GLOBALE / SERVIZI MEDICO / PSICOLOGICO / EDUCATIVO / ANIMATIVO / SOCIALE / LOGOPEDIA /	Realizzazione dello studio sull'evoluzione delle funzioni cognitive nella residenzialità in collaborazione con le altre figure professionali coinvolte in collaborazione con il CRIC Uiss16 con l'intervento di fotografare l'andamento delle funzioni cognitive in ospiti non autosufficienti istituzionalizzati, individuando eventuali fattori potenzialmente protettivi o precipitanti.	elaborazione report circa l'andamento del progetto	Responsabile Organizzativo Paolo Miozzo, Segretario Direttore Generale Sandra Nicoletto	Servizio Medico, Coordinatori di Residenze, Infermieri, Personale Servizi Psicologica, Educativo Animativo, Sociale, Logopedia C. S. B., Pellegrino e G.A Bolis	annuale			Al 31 giugno 2015 nella fase T0 (primo mese di ingresso ospite) risultavano inseriti 182 ospiti nella fase T1 (6 mesi dall'ingresso) risultavano inseriti 71 ospiti nella fase T2 (12 mesi dall'ingresso) risultavano inseriti 9 ospiti. Il giorno 15 Ottobre 2015 si è tenuta riunione di Coordinamento relativa all'attività. Al 31 dicembre risultano inseriti al T0 220 ospiti, al T1 130 ospiti, al T2 60 ospiti, al T3 3 ospiti	100%
3	RISORSE UMANE	Emissione piano formativo dettagliato sulla base delle linee guida approvate dal Consiglio d'Amministrazione.	elaborazione piano dettagliato	Segretario Direttore Generale Sandra Nicoletto	Risorse Umane	annuale			Emesso il Piano Determina n°202 de' 23.04.2015. Rispetto ai corsi previsti sono stati completati: l'82,81% del totale. Di questi corsi di aggiornamento tecnico sono stati completati per il 95,65%-Corsi suggeriti Customer Satisfaction 66,67% - Formazione Personale medico 40%	100%
4	ASSISTENZA GLOBALE	Pulizia carrozzine ospiti ogni quindici giorni, con specifica scheda e Protocollo	Report mensile sulla programmazione/effettuazione delle pulizie	Responsabile Organizzativo	Resp Organizz. Coordinatori di Residenze/infermieri e OSS	semestrale			Nel Corso del Primo semestre del 2015 è stato emesso il Protocollo per la pulizia delle carrozzine e la relativa scheda di controllo. Sono stati anche rivisti i piani di lavoro per poter aumentare la frequenza di lavaggio. Negli ultimi mesi del 2015 si è entrati a regime	100%

VALUTAZIONE AZIONI DI MIGLIORAMENTO ALTA VITA IRA ANNI 2013 - 2015

5	AREA APPALTI	Esecuzione delle check list previste dal Manuale HACCP	Emissione della check list e relative verifiche	Segretario Direttore Generale Sandra Nicoletto	Elisabetta Berton/Dietiste	trimestrale	-	-	In data 2 dicembre 2015 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). Inoltre eseguita ispezione da parte di OSA in data 21/12/2015 vedi relazione II semestre HACCP	100%
6	AREA APPALTI	Adempimenti in materia di "Responsabile dell'Esecuzione" appalto Servizio di Ristorazione e di Lavanderia	Applicazione contratti di appalto. Numero delle non conformità rilevate	Segretario Direttore Generale Sandra Nicoletto	Elisabetta Berton	semestrale	-	-	Appalto applicato. Dal 31.08.2015 non si sono rilevate Non Conformità Vedi relazione II* semestre 2015.	100%
7	AREA APPALTI	Esecuzione delle check list controllo qualità guardaroba ospiti	Emissione della check list e relative verifiche	Segretario Direttore Generale Sandra Nicoletto	Elisabetta Berton	trimestrale	-	-	09.09.2015: emessa check list: eseguite check list in data 19.10.2015 e 10.12.2015	100%

ALLEGATO VALUTAZIONE INDICATORI DI PROCESSO ALTAVITA IRA ANNO 2012 - 2015

n.	area	obiettivo	indicatore	responsabile	personale coinvolto	tempi di verifica	anno 2012	anno 2013	anno 2014	anno 2015	% raggiungimento obiettivo
1	ASSISTENZA GLOBALE	totale bagni effettuati entro il tempo di 10 giorni per ospite	% bagni oltre il limite di 10 gg sul totale effettuati (dal 2015 % bagni oltre il limite di 7 gg sul totale effettuati. Obiettivo raggiunto al 100% se la % dei bagni eseguiti entro i 7 giorni, risulta maggiore del 90%)	P I P Miozzo	OSS, Coordinatori di Residenza, Infermieri del C.S. B. Pellegrino e G.A Bolis	semestrale	1.74	1.2	0.75	La % dei bagni fatti entro 7 giorni è stata del 92.02% (% bagni che hanno sfiorato il limite di 7 giorni = 7.98%)	100%
2	ASSISTENZIALE / C.D. CASA GIDONI	occupazione media posti struttura pari a 27 per giorno	posti medi per giorno (Gidoni)	P I P Miozzo	Coordinatore Centro Diurno Casa Gidoni	semestrale	26.7	28.77	27.3	24.48	100% L'obiettivo è considerato raggiunto in quanto la crisi generale locale non ha permesso di mantenere la media di 27 posti e il mancato mantenimento non è dipeso dai lavoratori. Il parametro per il 2016 è stato rivisto

ALLEGATO VALUTAZIONE INDICATORI DI PROCESSO ALTAVITA IRA ANNO 2012 - 2015

2	ASSISTENZIALE / C.D. MONTE GRANDE	occupazione media posti struttura pari a 27 per giorno	posti medi per giorno (Monte Grande)	P. I. P. Miozzo	Coordinatore Centro Diurno Monte Grande	semestrale	-	-	-	24,65	100%: L'obiettivo è considerato raggiunto in quanto la crisi generale locale non ha permesso di mantenere la media di 27 posti e il mancato mantenimen to non è dipeso dai lavoratori. Il parametro per il 2016 è stato rivisto
3	ATTIVITÀ MOTORIE	partecipazione alle attività % ospiti prefissate (70% ospiti N.A - 75 % ospiti Piaggi e C. D. C. Gidoni)	% ospiti partecipanti sul totale potenziati	P. I. P. Miozzo / Segretario e Direttore Generale S. Nicoletto	Personale Attività Motore	semestrale	>70% NA >75% A + CG	>70% NA >75% A + CG	>70% NA >75% A + CG	>70% NA >75% A + CG	100%
4	SERVIZIO DI PSICOLOGIA / SERVIZIO EDUCATIVO ANIMATIVO / SERVIZIO SOCIALE	Aumento rispetto all'anno precedente del numero degli ospiti partecipanti al progetto di socializzazione e o dei trattamenti (dal 2015 mantenimento dei trattamenti rispetto al 2014)	n° trattamenti	P. I. P. Miozzo / Segretario e Direttore Generale S. Nicoletto	Personale Servizio Psicologici/Educativo animativo/servizio sociale	semestrale	90 / 2234 (solo 2° sem.)	117 / 3827 (I semestre) 103/3953 (II semestre)	89 / 2250 (I sem) e 120/3415 (II sem)	I semestre 3914 II semestre 4891	100%
5	TECNICO / MANUTENZIONE	totale degli interventi effettuati entro 1 giorno di attesa	giorni medi di attesa sul totale interventi effettuati	Geo. R. Pastore	Personale Servizio Manutenzione	semestrale	0,67	0,57	1,11	0,52	100%
6	TECNICO / MANUTENZIONE	tempi non produttivi max 20% ore lavorative totali (dal 2015 tempi non produttivi max 10% su ore totali lavorate)	% ore non produttive rispetto al totale ore lavorative	Geo. R. Pastore	Personale Servizio Manutenzione	semestrale	10,50%	9%	9%	8%	100%
7	TECNICO / MANUTENZIONE	totale interventi di manutenzione preventiva effettuati rispetto ai programmati	% interventi effettuati sul totale interventi programmati	Geo. R. Pastore	Personale Servizio Manutenzione	semestrale	-	100%	62%	100%	100%
8	RISORSE UMANE	garantire almeno un accesso formativo pro capite	numero accessi formativi pro capite	Dottor Giannone	Tutto il personale Altavita-IRA	annuale	-	-	-	MEDIA 2,55	100%

VALUTAZIONE DATI A CONSUNTIVO ALTAVITA IRA ANNO 2012 - 2015

n.	area	scopo	dato considerato	responsabile	personale coinvolto	tempi di verifica	anno 2012	anno 2013	anno 2014	anno 2015	% raggiungimento obiettivo
1	RISORSE UMANE	valutazione costi/ore di formazione procapite	costi/ore medie di formazione per addetto	Dott. F. Giannone	Personale Servizio Risorse Umane e Formazione	semestrale	€ 79,49 / 96,45 ore	€ 107,00 / 19,50 ore	€ 48,06 / 8,05 ore	€ 48,60 / 7,09 ore	100%
2	RISORSE UMANE	valutazione gradimento dipendenti sulla formazione ricevuta	% giudizio insufficiente, medio, buono, ottimo (dal 2015, insufficiente, sufficiente, buono)	Dott. F. Giannone	Personale Servizio Risorse Umane e Formazione	semestrale	0,58 / 4,75 / 47,62 / 47,05 %	0,06 / 3,45 / 80,91 / 15,58 %	0,33 / 9,08 / 90,35 % (buono+ottimo)	0,00/10,20%/89,80%	100%
3	RISORSE UMANE	valutazione apprendimento dipendenti	elaborazione report esito formazione, evidenza eventuale mancato superamento corso come da procedura P. GRU	Dott. F. Giannone	Personale Servizio Risorse Umane e Formazione	annuale		12 insufficienti hanno ripetuto il corso. 89 giudizi di "Buono" (64,96%), n. 46 giudizi di "Adeguato" (33,58%) e n. 2 giudizi di "Non adeguato" (1,46%)	3 non adeguato hanno ripetuto il corso. 14 valutazioni buone; 325 adeguato; 3 non adeguato	1 non ha superato il corso antincendio ed è stato escluso dalla squadra di pronto intervento. 125 valutazioni buone, 229 adeguato, 0 non	100%
4	SERVIZIO QUALITÀ	numero Non conformità emesse	Trend non conformità	Dott. P. Mulatti	Responsabile Qualità	annuale	21 (13 corpi estranei bianchena)	15 (12 corpi estranei bianchena)	11 (3 corpi estranei bianchena)	7 (0 corpi estranei bianchena)	100%
5	SERVIZIO QUALITÀ	mantenimento certificazione ISO 9001	stesura verbale riesame direzione e superamento verifica ispettiva ente di certificazione	Dott. P. Mulatti	Responsabile Qualità	annuale	superamento audit	superamento audit	audit superato con sole due osservazioni e senza non conformità	audit superato con solo tre osservazioni e senza non conformità	100%

VALUTAZIONE DATI A CONSUNTIVO ALTAVITA IRA ANNO 2012 - 2015

6	SERVIZIO MEDICO / SERVIZIO FISIOTERAPIA / SERVIZIO ATTIVITÀ MOTORIE / ASSISTENZA GLOBALE	Valutazione del mantenimento capacità deambulazione ospiti a seguito di trattamento	% ospiti che mantengono le capacità deambulazione sul totale trattati (considerate condizioni neuromotorie)	P. I. P. Miozzo / Segretario e Direttore Generale S. Nicoletto	OSS. Coordinatori di Residenza, Personale Medico, Personale Servizio Fisioterapia, Personale Servizio Attività Motoria dei C. S. B. Pellegrino e G.A Bolis	semestrale	--	45,83% I semestre e 45,86% stazionari e 19,55 migliorati il semestre (considerate condizioni neuromotorie)	I semestre 48,51% stazionari e 14,18% migliorati II semestre 66,65 % stazionari e 22,61% migliorati (considerate condizioni neuromotorie)	I semestre 42,18% stazionari e 11,70% migliorati - II semestre 8,27% migliorati e 63,16% stazionari	100%
---	--	--	---	---	--	------------	----	--	---	---	------