



AltaVita – Istituzioni Riunite di Assistenza – I.R.A.

## VERBALE DI RIESAME DELLA DIREZIONE

DATA PRECEDENTE RIESAME	26 ottobre 2016
DATA ATTUALE RIESAME	31 marzo 2017
PERIODO CONSIDERATO	Anno 2016
DATA PROSSIMO RIESAME	Ottobre 2017

Distribuzione e partecipanti		Firme
Segretario	Sandra NICOLETTO	
Direttore Generale		
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	Alessandra MAGAGNA/Micaela MAZZUCATO	



## VERBALE DI RIESAME DELLA DIREZIONE

Argomenti trattati		Ambito
<input type="checkbox"/>	0. Premessa al Riesame	QUA
<input type="checkbox"/>	1. 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"/>	2. Cambiamenti nei fattori interni ed esterni rilevanti per il SGQ	QUA
<input type="checkbox"/>	3. Soddisfazione cliente/utente e informazioni di ritorno dalle parti interessate rilevanti	QUA
<input type="checkbox"/>	4. Stato AC e NC	QUA
<input type="checkbox"/>	5. Risultato di monitoraggio e misurazione	QUA
<input type="checkbox"/>	6. Risultato audit	QUA
<input type="checkbox"/>	7. Risultati delle valutazioni di conformità ai requisiti legali applicabili ed altri	QUA
<input type="checkbox"/>	8. Risultati della formazione, informazione e addestramento	QUA
<input type="checkbox"/>	9. Adeguatezza delle risorse	QUA
<input type="checkbox"/>	10. Valutazione fornitori esterni e loro prestazioni	QUA
<input type="checkbox"/>	11. Efficacia delle azioni intraprese per affrontare rischi e opportunità	QUA
<input type="checkbox"/>	12. Opportunità di miglioramento	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

- Elenco Procedure
- Progetti obiettivi qualità anno 2016 e anno 2017
- Relazione ed esiti questionari Customer Satisfaction anno 2016 - Copia questionari Customer Satisfaction anno 2016
- Tabelle riassuntive indici
- Scheda riassuntiva osservazioni RINA del 30 novembre 2016
- I dati grezzi sono conservati in file su Server I



**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 all'anno 2016 approvati con Det.n° 58 del 16.02.2016 del Segretario Direttore Generale e n°25 del 07.04.2016 del Dirigente Tecnico/Rappresentante della Direzione.

Sono stati inoltre confermati gli indici dei principali processi aziendali, relativi all'anno 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.

**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.0- Verbale Riesame della Direzione 26 ottobre 2016- Det.n° 58 del 16.02.2016 del Segretario Direttore Generale e n°25 del 07.04.2016 del Dirigente Tecnico/Rappresentante della Direzione- I-P-GRU rev.3

**CONSIDERAZIONI / DECISIONI DA INTRAPRENDERE**

Li 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 relativo agli ultimi tre anni.

Per quanto riguarda la tipologia A) gli indicatori di prestazioni di processi, l'obiettivo è stato raggiunto al 100% per tutti gli obiettivi ad eccezione dei bagni che per il 5,12% non sono stati fatti entro i 7 giorni e il progetto di socializzazione in cui non sono stati mantenuti il numero degli incontri del 2015. Per quanto riguarda i bagni si decide di considerare l'obiettivo raggiunto in quanto più del 90% dei bagni, ovvero il , sono stati fatti entro il 7%. Per il progetto di socializzazione si decide di monitorare la situazione per l'anno in corso e valutare se modificare o meno l'obiettivo.

Per l'anno 2017, questi indicatori vengono confermati. In particolare per l'indicatore dei Centri Diurni relativo all'occupazione media giornaliera, da un risultato atteso nel 2016 di occupazione media > di 24 gg si passerà ad un risultato atteso nel 2017 di occupazione media ponderata > di 28 gg. Mentre per l'indicatore "tempi non produttivi "del personale del Servizio di Manutenzione si passerà da una % del 10% rispetto alle ore totali lavorate del 2016 alla % dell'8% nel 2017.

Per quanto riguarda la tipologia B) Azioni di Miglioramento, risultano implementate tutte le azioni di miglioramento come previsto ad eccezione della azione del Servizio di Fisioterapia che prevedeva l'inserimento della Scala FIM di valutazione per tutti gli ospiti in ingresso in Istituto entro fine anno. L'elevato turn over dei fisioterapisti non ha permesso alla Coordinatrice di formare tutti i Fisioterapisti e il progetto verrà terminato nel 2017.

Queste azioni di miglioramento verranno mantenute nel 2017. Va ricordato che nel 2017 lo studio sullo sviluppo delle funzioni cognitive a carico di tutti i Servizi Socio sanitari e assistenziali dell'Ente andrà a naturale esaurimento con un congresso di presentazione dei dati previsto per fine anno.

Sono state aggiunte, inoltre, le seguenti azioni di miglioramento, a seguito delle raccomandazioni espresse dal



Ripa nel Corso dell'audit di mantenimento del 2016 ovvero:

### A carico del Servizio Medico.

- Miglioramento procedure attive di gestione "cadute" e "contenzione" degli ospiti
- Analisi del Rischio Clinico ai fini della certificazione ISO 9001:2015 prevista per l'anno 2018.

### 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

Per quanto riguarda la Tipologia C) Dati a consuntivo relativi all'attività dell'organizzazione, vanno sottolineati gli sforzi dell'Ente per quanto riguarda l'attività formativa.

Per quanto riguarda gli obiettivi del Settore Personale relativi alla formazione, vedi anche allegati, si riportano i commenti del Capo Settore Personale.

Il numero degli accessi formativi è diminuito rispetto al 2015, passando da 1.154 a 1.301, questo in virtù del fatto che, a seguito del processo delle esternalizzazioni, completato nel II semestre del 2015, il numero dei dipendenti è passato da 511 formati nel 2015 a 408 formati nel 2016. In controtendenza, invece, il numero complessivo delle ore di formazione erogata che è passato da n° 3.623 a n° 4.616 e, conseguentemente il numero di ore di formazione pro capite che è passato da n° 7,09 a n° 11,31. Entrambi questi dati sono da imputarsi a corsi che hanno avuto una durata oraria maggiore, come il corso di formazione anti-incendio, (n°16 ore per corso), l'aggiornamento antincendio rischio alto ( n°8 ore di corso), primo soccorso aziendale (n°12 ore di corso).

Riguardo ai costi si è registrato un aumento di spesa da Euro 24.834,49 ad Euro 38.085,88 dovuto alla formazione in materia di sicurezza e alla partecipazione a corsi costosi, ma ritenuti di grande interesse dalla Direzione. La media degli accessi formativi pro capite è risultata, inoltre, di 2,83.

Per quanto riguarda il grado di apprendimento conseguito, come previsto dalla Procedura della qualità e sicurezza, viene verificato mediante esecuzione di test al termine del corso, se previsto, ovvero mediante valutazione del responsabile del servizio compilando lo specifico modello previsto, al termine dell'anno formativo.

Riguardo la prima tipologia, dall'esame dei dati in possesso, risulta che, nel 2016, non , non si è verificato alcun mancato superamento del test di verifica.

Per quanto riguarda la seconda tipologia di verifica dell'apprendimento, si sono avute le seguenti valutazioni: 90 adeguato, 130 buono, 5 valutazioni non adeguato. 4 valutazioni di non adeguato sono relative a dipendenti cessati e a una dipendente in comando presso altra P.A. Una valutazione, relativa a un dipendente a tempo indeterminato che, allo scopo di valutare il rendimento, è stato al momento trasferito ad altra residenza.

Per quanto riguarda il completamento del piano formativo relativo all'anno 2016, su 46 corsi previsti, ne sono stati svolti 45, pari al 97,83%. Non è stato effettuato, per ragioni organizzative, il corso sullo scodella mento, che verrà riproposto nel 2017. Si considera, comunque, l'obiettivo raggiunto, in quanto, oltre ai corsi programmati, ne sono stati fatti altri, non previsti inizialmente.

Per quanto riguarda il gradimento dei dipendenti relativo ai corsi di formazione erogati, il programma Sicurcloud prevede cinque tipologie di valutazione: molto insufficiente, insufficiente, sufficiente, buono, ottimo, in luogo delle precedenti insufficiente, medio, ottimo. Nel 2016 sono state date in tutto n°1147 valutazioni così suddivise: molto insufficiente n°1 pari al 0,09%; insufficiente n°4 pari al 0,34%; sufficiente n°65 pari al 5,67%; buono n° 699 pari al 60,94%; ottimo n°378 pari al 32,96%. Allo scopo di paragonare i dati del 2016 con il 2015, vanno sommati i due giudizi negativi e i due più positivi.

Nel 2015 le valutazioni insufficienti sono state dello 0,00% mentre nel 2016 ( molto insufficiente+insufficiente)



dello 0,43%. Le medie del 13,43 % mentre quelle del 2016 (sufficiente) del 5,67%, quelle buone del 86,57%, mentre quelle del 2016 (buono + ottimo) del 93,90%. Dall'esame comparativo dei due anni 2015 e 2016 si evince l'incremento (trascurabile) dei giudizi negativi che, comunque, non sono attinenti a corsi svolti internamente, la diminuzione di quelli intermedi mentre sono in crescita le valutazioni maggiormente positive. Per quanto riguarda i giudizi di molto insufficiente e insufficiente sono relative a corsi che hanno avuto a compensazione giudizi di buono e ottimo gradimento per cui possono essere considerate trascurabili. Si può quindi affermare complessivamente che anche nel 2016 persiste il giudizio largamente positivo, anzi in crescita rispetto al 2015, espresso dal personale di AltaVita-IRA rispetto alla formazione ricevuta.

### **3. Valutazioni da non conformità, azioni correttive -audit interni anno 2016-Audit da parte dell'Ente di certificazione esterno RINA**

DOC. IN INGRESSO: Procedura di Miglioramento I-P-MIG rev.0- Verbale Riesame della Direzione 26 ottobre 2016-Verbale Audit anno 2016 –pianificazione

#### **CONSIDERAZIONI / DECISIONI DA INTRAPRENDERE**

Nel corso dell'anno 2016 sono state emesse unicamente non conformità a seguito di Audit. Sono state emesse 6 non conformità a cui sono seguite 6 azioni correttive. Come previsto dalla Norma l'efficacia delle azioni correttive è stata controllata in specifici audit a dicembre del 2016. Delle sei azioni correttive, cinque sono risultate efficaci, mentre una, quella che prevedeva il controllo a campione, da parte del Coordinatore di Residenza, della terapia preparata alla residenza Fiordalisi .

Secondo il Responsabile qualità la problematica avrebbe la sua soluzione definitiva con inserimento di un doppio controllo sulla preparazione della terapia e una maggior accuratezza da parte dei medici nella redazione delle Schede terapia che vengono ancora redatte a mano, creando difficoltà di interpretazione da parte degli Infermieri. Il doppio controllo dovrebbe essere mantenuto sino all'informatizzazione della cartella clinica, che dovrebbe risolvere il problema delle schede terapia variate con compilazione manuale, e del carrello terapia che permetterebbe una preparazione guidata della terapia stessa. Alla data del Riesame si è ancora in attesa di una risposta ufficiale circa l'argomento e la non conformità rimane aperta.

Per quanto riguarda gli esiti relativi all'audit di mantenimento della certificazione ISO 9001:2008, del 30 novembre 2016, superato senza non conformità e 6 azioni di miglioramento/raccomandazioni, queste verranno implementate a carico dei servizi coinvolti inserendole negli obiettivi qualità e sicurezza anno 2017 (vedi DET.22 del Dirigente Tecnico) del 10 marzo 2017.

### **4. Valutazione Fornitori anno 2016**

DOC. IN INGRESSO: Procedura di Miglioramento I-P-MIG rev.0- Gestione acquisti, contabilità e bilancio I-P-ACB rev. 1- Gestione area tecnica I-P-GAT rev. 1

#### **CONSIDERAZIONI / DECISIONI DA INTRAPRENDERE**

Sono presenti per area di utilizzo le liste dei fornitori qualificati, redatte secondo i 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 dell' Area Settore Acquisti Contabilità e Bilancio.

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, è stata creata la figura del Responsabile Gestione Appalto Servizio Ristorazione e Lavanderia. Nel caso di Lunazzurra a seguito di Audit interno condotto al Centro Diurno Gidoni in affiancamento con il consulente esterno, è stata emessa la Non conformità Fornitore NC 01/2016 per errato utilizzo della vasca adibita per l'esecuzione dei bagni assistiti. La non conformità alla data del Riesame risulta chiusa.

#### 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 2016 sono proseguiti le attività di controllo ai fini del rispetto delle misure minime in materia di igiene degli alimenti.

Dal 1 luglio 2016 non si sono rilevate Non Conformità a carico di Sodexo aggiuntive a quelle già note, per le quali l'O.S.A. della distribuzione non intende intervenire. Le due non conformità sono, infatti, emerse nuovamente nel corso del controllo effettuato in data 23 Novembre 2016 dalla Dott.ssa Nicoletto (OSA) assistita dal consulente dott.ssa Saggiotto (collaboratrice del dott Ciscato, consulente esterno ). Il controllo è avvenuto utilizzando "la check list di valutazione attività a carico della Sodexo prevista dal manuale HACCP di AltaVita (R. 16.1)". Riguardano il punto 6.5 relativo corretto utilizzo dell'uniforme e del copricapo da parte del personale che è stato sollecitato ad usare correttamente i DPI della ristorazione e il punto 6.36 relativamente al divieto di utilizzo degli strofinacci che, però, sono previsti da capitolato. In quanto l'uso dei guanti monouso : gli operatori ed i cuochi usano i guanti usa e getta solo durante lo sporzionamento, nella fase della lavorazione non vengono usati in quanto non si ha la giusta percezione dello sporco.

Nella medesima data la dott.ssa Nicoletto con la dott.ssa Saggiotto hanno proseguito la visita ispettiva con i controlli dei cucini di reparto:

Sono state riscontrati alcuni rilievi ( per il dettaglio vedasi relazione del Rag. Berton) che la dott.ssa Nicoletto ne ha discusso con il dott. Barzaghi il quale periodicamente controlla la situazione, riprende il personale e sollecita i Coordinatori alle Residenze ad una maggiore vigilanza. Rispetto ad 1 anno fa la situazione generale è migliorata.

#### 6. Valutazione soddisfazione ospiti/famigliari e accreditamento Regionale in applicazione della Legge Regionale 22/2002

DOC. IN INGRESSO: Procedura di Miglioramento I-P-MIG rev.0-Elaborazioni Customer Satisfaction 2016



#### 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. 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 intende intraprendere onde rispondere ad alcune richieste formulate dagli Utenti o parenti nel questionario per il 2017, il Responsabile organizzativo ha individuato queste attività:

1) Emissione dal 23/01/2017 del nuovo protocollo della gestione purghe e lassativi che prevede la loro personalizzazione da parte del Medico con riduzione dei tempi di permanenza a letto.

2) In alcuni Reparti saranno sperimentati nuovi turni che prevedono che gli Operatori lavorino solo in un piano, questo per facilitare "la presa in carico degli Ospiti" ed il relativo passaggio di consegne; cercare di migliorare la comunicazione tra Oaa e Familiare e limitare la percezione del turn-over del personale.

3) Organizzazione di incontri con i familiari in cui i nostri professionisti affrontino le tematiche della relazione e comunicazione con l'Ospite e il fine vita, come fatto nei primi mesi del 2016, per un maggior coinvolgimento dei familiari. Incontri con i familiari sui temi della bioetica previsti per maggio e ottobre 2017 a cura dell'Associazione Eolo. Verrano anche organizzati corsi interni di bioetica per i dipendenti.

4) Le equipe infermieristiche delle Residenze Rose e Tulipani hanno presentato delle difficoltà evidenziate anche dai parenti degli Ospiti, si cercherà, coordinandosi con il Responsabile Risorse Umane, di organizzare corsi di aggiornamento professionali prettamente sanitarie (gestione cateteri, infezione, Btco, gestione farmacia, farmacologia, meeting geriatria, ecc...).

5) Incontri con i familiari, 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 i familiari non sanno come opera il servizio logopedico. Gli incontri sono previsti per Maggio 2017

Per quanto riguarda i problemi strutturali, in particolare la mancanza di spazi adeguati in Via Beato Pellegrino, nel 2017 inizierà la progettazione dei lavori di ristrutturazione del Beato Pellegrino.

Verrà, comunque, realizzato il soggiorno al secondo piano della Residenza Tulipano, allo scopo di aumentare il confort, a scapito di quattro posti letto che verranno persi.

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. In realtà, Eureka rispetta i termini contrattuali e 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 per tanto 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.

Per quanto riguarda l' accreditamento Regionale in applicazione della Legge Regionale 22/2002, nel 2016 non ci sono state attività, mentre nel 2017 è previsto per 11 aprile 2017 il rinnovo dell'accreditamento del Centro Diurno Gidoni

#### 8. Risultati della formazione, informazione e addestramento

DOC. IN INGRESSO: I-P-GRU rev.3

##### CONSIDERAZIONI / DECISIONI DA INTRAPRENDERE

La procedura I-P-GRU rev.3 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 del presente Riesame la Valutazione di quanto emerso.

#### 9. Adeguatezza delle risorse

DOC. IN INGRESSO: I-P-MIG rev.0-I-P-GRU rev. 3-I-P-GAT

##### CONSIDERAZIONI / DECISIONI DA INTRAPRENDERE

Le risorse per il 2016 sono state quelle stabilite dal bilancio approvato con delibera del C.d.A. n°13 del 29.02.2016. Come già ricordato ad inizio 2016 è stata assente una logopedista che non è stata sostituita e che è rientrata nel 2017 e il Servizio di Fisioterapia ha avuto un elevato Turno Over. Il bilancio del 2017 è stato approvato con delibera del C.d.A. n° 6 del 20.02.2017.

Nel 2016 sono stati completati i lavori di modifica dell'ascensore che del Pensionato Piaggi che dal



giardino porta all'interno allo scopo di superare le barriere architettoniche.

Nell'anno 2017 partirà la progettazione per i lavori di adeguamento alla D.G.R 84/07 della struttura del Centro Servizi Beato Pellegrino.

**10. Cambiamenti nei fattori interni ed esterni rilevanti per il SGQ**

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

**CONSIDERAZIONI / DECISIONI DA INTRAPRENDERE**

Dagli inizi del 2016 il Responsabile Organizzativo incaricato è il Dottor \_\_\_\_\_ che ha preso il posto del Funzionario \_\_\_\_\_, e già da fine 2015 il Rappresentante della Direzione è diventato l'Architetto \_\_\_\_\_ dirigente Tecnico ed RSPP, al posto del \_\_\_\_\_.

Nel 2016 la Residenza Rose è stata nuovamente suddivisa in Rose 1 e Rose 2, con a capo rispettivamente il Coordinatore \_\_\_\_\_. Nel quarto trimestre del 2016, anche a seguito della non conformità e azione correttiva relativa alla Gestione della Residenza il coordinatore \_\_\_\_\_ è stato spostato al \_\_\_\_\_, mentre alla Rose 2 è stato spostato il Coordinatore \_\_\_\_\_.

Il nuovo CDA è stato nominato dal Sindaco di Padova e si è insediato in data 3 Agosto 2016.

Per quanto riguarda il Pensionato Piaggi sono in corso studi di fattibilità per cambiare la destinazione di uso di almeno due piani ( il quinto e il quarto piano) in quanto anche per l'anno 2016 vi sono difficoltà di occupazione dei posti letto e tale difficoltà permane nel 2017. Alla data del Riesame i posti occupati sono 56, su 88 disponibili.

Nel corso del 2016 è stata rivista la seguente documentazione.

Manuale della Qualità MQ rev.20 del 02/05/2016

Procedura di Gestione del Servizio di Attività Motoria P-AMO rev. 05 del 01/09/2016

Procedura di erogazione dei Servizi di Assistenza Globale P-EAG rev.17 del 27/10/2016

Procedura di erogazione dei Servizi di Assistenza Globale Pensionato Piaggi PPI-EAG rev.6 del 27/10/2016

Procedura Gestione Servizio Accettazione e Sociale PPI-SAS rev.9 del 27/10/2016

Procedura Gestione Servizio Logopedico P-LOG rev.13 del 29/08/2016

Procedura Gestione Risorse Umane I-P-GRU rev.3 del 21/11/2016

Procedura Gestione Area Tecnica rev.1 del 24/05/2016

Procedura di Gestione Acquisti Contabilità Bilancio I-P-ACB rev.1 del 1/11/2016

Procedura di miglioramento che è stata integrata con il Sistema di Gestione della Sicurezza e relativa modulistica I-P-MIG rev.0 del 1/11/2016.

Per quanto riguarda le carte dei Servizi è 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.

In conseguenza di questo sono stati rivisti anche i regolamenti interni ospiti del Pensionato Piaggi MS-



PPI rev.3 1 Gennaio 2017 e Regolamento interno ospiti del Centro Servizi Beato Pellegrino, Palazzo Bolis , MS-REG. rev. 7 del 1 gennaio 2017.

Per quanto riguarda le carte dei Servizi del Centro Servizi Casa Famiglia Gidoni MGD-CS rev. 3 del maggio 2015 e del Centro Diurno Monte Grande MBO-CS rev.1 del Maggio 2015 sono rimaste invariate e quindi sono stati confermati anche gli standard di qualità generali e specifici e relativo regolamento interno degli ospiti MSGDB-REG rev.1 del 15/05/2015.

## **CONCLUSIONI**

➤ Cambiamenti relativi alla Politica aziendale:

La Politica della Qualità e della Sicurezza è già stata integrata in data 6 marzo 2014 ed 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 applicazione della 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. La modifica sostanziale è prevista per l'anno 2018 con la Certificazione ISO 9001:2015

➤ Necessità di nuove risorse:

Andrà valutato se le Risorse a disposizioni 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 inserito sul Server I a disposizione dei Coordinatori 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 Novembre 2017