



VERBALE DI RIESAME DELLA DIREZIONE

DATA PRECEDENTE RIESAME	15 novembre 2017
DATA ATTUALE RIESAME	12 marzo 2018
PERIODO CONSIDERATO	Anno 2017
DATA PROSSIMO RIESAME	Ottobre 2018

Distribuzione e partecipanti

Firme

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



VERBALE DI RIESAME DELLA DIREZIONE

ARGOMENTI TRATTATI		AMBITO
<input type="checkbox"/>	1. Premessa al Riesame	QUA
<input type="checkbox"/>	2. Stato delle azioni derivanti dai precedenti riesami e Prestazioni dell'Organizzazione e grado di raggiungimento degli obiettivi, dei traguardi e dei programmi stabiliti	QUA
<input type="checkbox"/>	3. Valutazioni da non conformità, azioni correttive/preventive/reclami –audit interni anno 2017-Audit da parte dell'Ente di certificazione esterno RINA –Piano audit anno 2018	QUA
<input type="checkbox"/>	4. Valutazione Fornitori esterni e loro prestazioni, non conformità fornitore – anno 2017	QUA
<input type="checkbox"/>	5. Valutazione esiti controlli HACCP	QUA
<input type="checkbox"/>	6. Valutazione soddisfazione ospiti/famigliari e accreditamento Regionale in applicazione della Legge Regionale 22/2002 e studio Comitato Etico per la buona assistenza e cura della persona	QUA
<input type="checkbox"/>	7. Risultati della formazione, informazione e addestramento	QUA
<input type="checkbox"/>	8. Adeguatezza delle risorse	QUA
<input type="checkbox"/>	9. Cambiamenti nei fattori interni ed esterni rilevanti per il SGQ	QUA
<input type="checkbox"/>	10. Analisi del contesto, parti interessate e valutazione rischi e opportunità inerenti il Sistema di Gestione	QUA

CONCLUSIONI

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

ALLEGATI

- I dati grezzi sono conservati in file su Server I su file protetto e gestito da Responsabile qualità
- Tabella A – Indicatori di prestazione dei processi IRA
- Tabella B – Azioni di miglioramento IRA
- Tabella C – Dati a consuntivo IRA
- Allegato riassunto raccomandazioni Audit RINA del 20-21 Dicembre 2017



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 2017, approvati con Det.n° 66 del 21.02.2017 del Segretario Direttore Generale e n° 22 del 10.03.2017 del Dirigente Tecnico/Rappresentante della Direzione e la valutazione di tutti gli altri elementi in ingresso sopra elencati. Inoltre la conferma degli indici relativi all'anno 2018 approvati con Det. n° 79 del 20.02.2018 del Segretario Direttore Generale e n°18 del 1 marzo 2018 Dirigente Tecnico per Alta Direzione.

Il presente viene effettuato alla data odierna allo scopo di chiudere l'esercizio 2017 e relativo piano delle performance affinché siano rispettati i tempi utili per il controllo da parte del Nucleo di Valutazione.

Il presente riesame viene comunque condotto in conformità alla norma UNI EN ISO 9001:2015, in quanto è prevista la ricertificazione del Sistema di Gestione per giugno 2018. L'analisi del contesto, delle parti interessate e dei rischi e delle opportunità, previsti ai punti rispettivamente: 4.1, 4.2 e 6.1 sono in fase di elaborazione da parte dell'Alta Direzione e saranno oggetto di specifica riunione il 17/04/2018 a completamento del presente riesame e trattati con specifico documento che verrà allegato. In sede di tale riunione verranno confermati o eventualmente aggiornati gli indici della DET. 79 del 20.02.2018.

2. Stato delle azioni derivanti dai precedenti riesami e Prestazioni dell'Organizzazione e grado di raggiungimento degli obiettivi, dei traguardi e dei programmi stabiliti anno 2017

DOC. IN INGRESSO: Procedura di Miglioramento I-P-MIG rev.1- Verbale Riesame della Direzione 31 marzo 2017- Det.n° 66 del 21.02.2017 del Segretario Direttore Generale e n°22 del 10.03.2017 del Dirigente Tecnico/Rappresentante della Direzione- I-P-GRU rev.5

CONSIDERAZIONI / DECISIONI DA INTRAPRENDERE

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

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

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

Per quanto riguarda la tipologia A) indicatori di prestazioni di processi, la tabella relativa riassume l'andamento degli ultimi tre anni. Si tratta pertanto di indicatori da tempo impiegati nella nostra organizzazione. Tutti gli indicatori hanno raggiunto l'obiettivo a parte quello relativo al progetto di socializzazione. Per quanto riguarda il progetto di socializzazione, già nel 2016 l'obiettivo non era stato raggiunto, ma si era deciso ugualmente di mantenere questo indicatore per verificare se, nel 2017, la situazione migliorava. Per l'anno 2018 l'indicatore è stato abbandonato, essendo la tipologia degli ospiti e il loro turn over tale da non permettere più un coinvolgimento stabile degli ospiti. Con particolare riferimento alla produttività del 2017, pur non essendo stato raggiunto l'obiettivo nella misura piena, vista la motivazione sopra riportata, si ritiene comunque di erogare la produttività al personale interessato.

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

Merita sottolineare anche che la % dei bagni che ha sfiorato il limite dei 7 giorni nel corso degli anni si sta



riducendo: infatti i dati dell'anno 2017 mostrano uno sfioramento solo del 2,42%, in confronto al 2016, dove lo sfioramento era del 4,16%.

Tutti gli indicatori, a parte quello relativo alla socializzazione, vengono confermati per il 2018.

Inoltre è previsto di rendere ancora più sfidanti gli indicatori relativi a:

- "Occupazione media centri diurni", che passerà ad un risultato atteso di occupazione media ponderata sulla settimana maggiore di 30 giorni;
- "Tempi non produttivi", che passerà dall'8% del 2017 ad un valore del 7% di tempi non produttivi rispetto al totale delle ore lavorate; tale obiettivo particolarmente sfidante, verrà rivalutato dopo gli esiti del primo semestre del 2018.

Vengono inoltre introdotti, nel 2018, vedi anche determine n°79 /2018 e 18/2018, citate in premessa, i seguenti indicatori di prestazione di processo, migliorativi delle prestazioni erogate anche in risposta dei commenti avuti dagli utenti e raccolti nella valutazione della soddisfazione degli utenti:

- Aumento del numero dei laboratori in residenza rispetto al 2017 a carico del Servizio Educativo Animativo
- Aumento dei trattamenti di fisioterapia, rispetto al 2017, a carico del servizio di fisioterapia
- Valutazione logopedia entro 3gg lavorativi dalla richiesta del medico a carico del servizio logopedico
- Incontri bimestrali in residenza con Operatori addetti assistenza, Infermieri, etc, per la discussione di casi critici.

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

A carico del Servizio Medico.

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

A carico dei coordinatori di Residenza.

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

Le attività di miglioramento sono state implementate, la tabella riassume la situazione.

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

In realtà nel 2017, relativamente al rischio clinico, il Referente di struttura di Palazzo Bolis Dott.ssa Micaela Mazzucato, ha partecipato ad una serie di incontri relativi alla riconciliazione della terapia farmacologica sul territorio, che coinvolgono varie case di riposo. Per il 2018 è previsto un primo rendiconto dell'attività effettuata. Sono stati, inoltre, introdotti a Palazzo Bolis i carrelli terapia informatizzati ed è in fase di scelta la software house per la gestione della cartella sanitaria. Si prevede che per fine Aprile verrà aggiudicata la fornitura.

Per il 2018 oltre all'analisi del rischio clinico, è prevista come azione di miglioramento, ulteriore attività relativa alla gestione dei PAI, e supporto da parte del Servizio Sociale alla Direzione per la gestione dei casi complessi sia in fase di accoglimento, che durante la permanenza

Per quanto riguarda la Tipologia C) Dati a consuntivo relativi all'attività dell'organizzazione, la tabella relativa riassume l'andamento degli ultimi tre anni.

Per quanto riguarda il dato a consuntivo relativo alle deambulazioni che si prefigge il mantenimento delle



capacità deambulatorie dell'ospite e/o il miglioramento, la varianza, nel corso degli anni, è legata alla tipologia di ospite e all'aggravamento, nel corso del tempo degli ospiti residenti. In ogni caso, nel corso dell'anno 2017, la % degli ospiti trattati per i quali la capacità deambulatoria è rimasta stazionaria è risultata del 39,86% il I semestre dell'anno e del 59,08% il II semestre, mentre la % dei migliorati è risultata del 13,51% il I semestre e del 15,38% il II semestre.

Meritano un commento a parte i dati relativi alla formazione.

Considerando i dati dell'anno 2017 in confronto al 2016, questo quanto emerge dalla Relazione del Capo Settore Personale:

dal 2017 viene registrata anche l'informazione che viene fornita al personale e che viene comunicata all'ufficio tramite apposito modulo.

Dal confronto dei dati del 2016 con quelli del 2017 si evidenzia:

i dipendenti formati sono passati da n° 408 a n° 440. Gli accessi alla formazione sono passati da n° 1154 a n° 1136. La media pro capite degli accessi è passata da n° 2,83 a n° 2,58. Le ore totali di formazione erogata sono passate da n° 4.616 a n° 4.401. La media pro capite di chi ha partecipato alla formazione è passata da 11,31 a n° 10,00. Il costo di formazione per agenzie e formatori è passato da Euro 38.085,88 a 33.636,14, la media pro capite del costo dei partecipanti è passata da Euro 93,35 a Euro 76,45. La media del costo orario dei partecipanti è passata da Euro 8,25 a Euro 7,64. L'andamento dell'attività ha tenuto conto dell'esigenza di contenere i costi nei limiti previsti nel budget di bilancio (in effetti i costi sono diminuiti). Ciononostante va notato l'incremento del numero dei dipendenti cui stata somministrata formazione dato che dal 2017 sono pervenute per le registrazioni anche attività di informazione e addestramento. Sostanzialmente invariati sono stati gli accessi formativi e le ore di formazione con le relative medie. Come previsto dalla delibera di indirizzo del CdA sulla formazione, si è data precedenza, fatta salva la materia della sicurezza, alla formazione a favore del personale a tempo determinato, alle esigenze del conseguimento dei Crediti Formativi ECM.

Il piano formativo particolareggiato, approvato con determina n° 109 del 20.03.2017, è stato realizzato nella misura del 97,96%. Non è stato infatti erogato il corso per gli amministrativi relativo alla anticorruzione e trasparenza che è stato poi erogato a gennaio 2018. Accanto agli argomenti previsti dal piano formativo sono state attuate nel corso dell'anno altre 21 attività su iniziativa dell'Ente e/o dipendenti, per questo motivo l'obiettivo si considera comunque raggiunto.

Del personale presente al 31/12/2017, non hanno partecipato alle attività n° 48 dipendenti per vari motivi, legati principalmente al ravvicinato pensionamento, a prolungate assenze per malattie o maternità, ovvero per la difficoltà a staccarli dal turno o infine anche per il disinteresse dimostrato da qualcuno degli interessati.

Va notato che è in miglioramento la percezione da parte dei dipendenti della qualità della formazione erogata. Infatti per il l'anno 2017 si registra l'azzeramento dei giudizi molto insufficiente e insufficiente, riduzione dei giudizi sufficiente a favore dei giudizi buono e ottimo (17 Sufficiente pari al 2,15%, 415 Buono pari al 52,53%, 352 Ottimo pari al 45,32%, per un totale di 709 giudizi).

Per quanto riguarda il grado di apprendimento conseguito, viene verificato tramite esecuzione di test al termine del corso, se previsto o, nei casi residui, mediante valutazione del responsabile del servizio compilando lo specifico modello previsto, al termine dell'anno formativo.

Per quanto riguarda la I tipologia, nel I semestre si è verificato un solo mancato superamento del test finale di verifica. Trattasi di bocciatura all'esame pratico al corso Addetto Antincendio. Quale azione correttiva è stata effettuata la ripetizione del corso da parte dell'interessata con successivo superamento dell'esame finale. Nel II semestre non si sono verificati mancati superamenti delle verifiche di apprendimento.

Per quanto riguarda la II tipologia di verifica di apprendimento, al termine dell'anno formativo sono pervenute le seguenti n° 161 valutazioni inadeguato 1; adeguato 51, buono 109.. Per quanto riguarda il giudizio inadeguato



il Responsabile del lavoratore sarà contattato per verificare l'opportunità o meno di effettuare la ripetizione dell'attività formativa.

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

DOC. IN INGRESSO: Procedura di Miglioramento I-P-MIG rev.1- Verbale Audit mantenimento RINA 30 novembre 2016 -Verballi Audit anno 2017 –pianificazione –Elenco Non conformità e Azioni correttive anno 2017. Piano Audit anno 2018 .

CONSIDERAZIONI / DECISIONI DA INTRAPRENDERE

Gli audit interni effettuati nel 2017 sono stati in tutto 21. A seguito degli Audit condotti sono state emesse 11 non conformità a cui sono seguite 10 azioni correttive. L'efficacia di 3 di queste azioni correttive verrà controllata nel corso del I semestre del 2018. Queste sono le uniche non conformità emerse nel corso del 2017. La situazione risulta analoga all'anno 2016, anche per la tipologia delle non conformità emesse. Si ritiene che l'organizzazione tenda a risolvere eventuali situazioni difformi senza formalizzarle.

Non vi sono reclami provenienti dall'esterno.

Per l'anno 2018, in vista della certificazione secondo la Norma ISO 9001:2015, sono previsti incontri formativi, tenuti dalla Consulente esterna per il Sistema Qualità e Sicurezza, Ing. Sara Anna Pignoletti, per sensibilizzare alla segnalazione ufficiale delle situazioni di non conformità, inclusi i Reclami da clienti/fornitori, e alla descrizione nelle Procedure da parte dei Process owner dei processi in maniera più precisa. I corsi alla data del Riesame sono stati già organizzati; la prima sessione si è tenuta il 28 febbraio 2018 e la seconda è prevista per il 19 marzo 2018.

Il piano degli audit interni per l'anno 2018 è già stato divulgato alla data del Riesame.

L'audit da parte dell'Ente di Certificazione esterno RINA per il mantenimento della certificazione ISO 9001:2008 nelle sedi già certificate e l'estensione della certificazione a Palazzo Bolis, del 20-21 dicembre 2017, è stato superato positivamente senza non conformità e con 5 azioni di miglioramento/raccomandazioni.

Tali azioni sono in corso di implementazione e alcune sono state inserite negli obiettivi qualità e sicurezza anno 2018 (vedi Det. n° 79 del Segretario Direttore Generale) . In allegato lo schema riassuntivo.

Il prossimo Audit di ricertificazione e passaggio alla NORMA ISO 9001:2015 si svolgerà il 27 e 28 giugno 2018.

4. Valutazione Fornitori esterni e loro prestazioni – anno 2017

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

CONSIDERAZIONI / DECISIONI DA INTRAPRENDERE

Sono presenti per area di utilizzo le liste dei fornitori qualificati, redatte secondo il modello M-EFQ, che prevede la valutazione dei fornitori tramite un apposito punteggio da 0 a 4. I fornitori sono valutati non solo in base alle non conformità ma anche ad eventuale valore aggiunto sulle forniture. Il punteggio 0 comporta la rescissione del contratto. Va, comunque, considerato che AltaVita-Ira, essendo pubblica amministrazione deve effettuare molti acquisti sul MEPA e, per quanto riguarda il Servizio di Fisioterapia e Logopedia, molti ausili sono acquistati dall'ULSS 6 in Service e sempre meno ausili sono acquistati direttamente dall'utente. Permane, comunque, il problema di una gestione non centralizzata degli acquisti e degli appalti che dovrebbe essere completamente a carico dall'Area Settore Acquisti Contabilità e Bilancio.

Per quanto riguarda i Servizi appaltati, va considerato che l'attività degli appalti di maggior peso per AltaVita-



IRA si svolge all'interno delle strutture dell'ente e quindi viene mantenuta sotto controllo tramite la supervisione di personale di AltaVita-Ira allo scopo delegato. In particolare l'attività al Centro Diurno Gidoni e a Palazzo Bolis, della Ditta Lunazzurra, a cui è appaltato il Servizio Assistenziale, di pulizia e trasporto, viene supervisionata dal Coordinatore/Referente di Alta Vita-IRA. Per gli appalti del Servizio di ristorazione e lavanderia, è stata creata la figura del Responsabile Gestione Appalto Servizio Ristorazione e Lavanderia e per la parte inerente al Sistema HACCP, il Segretario/Direttore Generale, è l'OSA di distribuzione.

La Ditta Siram a cui sono appaltate le manutenzioni degli impianti di Palazzo Bolis viene controllata dal Coordinatore dei Servizi Tecnici e Manutenzione patrimonio, Roberto Pastore, mentre l'attività della ditta Europromos che pulisce gli spazi comuni delle Residenze, viene controllata dalla Responsabile dell'appalto Dottoressa Marchetti.

L'attività di controllo si esplica anche attraverso Audit interni.

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 2017 sono proseguite le attività di controllo ai fini del rispetto delle misure minime in materia di igiene degli alimenti. In data 28 Giugno 2017 e 23 Novembre 2017 la Dott.ssa Nicoletto (OSA) ha eseguito check list di valutazione attività a carico della Sodexo prevista dal manuale HACCP di AltaVita (R. 16.1), assistita dal consulente dott. Ciscato, dalla quale sono emersi i seguenti rilievi che sono stati da loro gestiti:

Il rilievo maggiore che ha portato all'emissione della non conformità 09/2017 e alla AC 08/2017 riguarda il fatto che il personale di cucina per eliminare i rifiuti esce in zona aperta a contatto con i bidoni dei rifiuti e poi rientra in questa fase. Gli indumenti di lavoro rimangono gli stessi valutare la possibilità di implementare una zona tampone. Considerando la logistica dei locali mensa la n.c. in questione è stata essere affrontata da Sodexo con l'implementazione di procedura circa la modalità di eliminazione delle immondizie e formazione del personale preposto tale attività.

E'proseguita anche l'attività di sorveglianza sui cucinini e sale da pranzo delle residenze. Anche in questo caso, sono state notate, specie in alcune residenze, alcune criticità che riguardano in particolare la presenza di materiale vario personale degli operatori sui ripiani dei cucinini e la presenza di "cibo personale" nei frigoriferi, non segnalato come "personale". Anche in questo caso è stata aperta la non conformità Non conformità 10/2017 e Azione correttiva 09/2017. Quest'ultima prevede un ulteriore aggiornamento formativo del personale in materia di HACCP programmato per l'anno 2018.

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

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

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

DOC. IN INGRESSO: Procedura di Miglioramento I-P-MIG rev.1-Elaborazioni Customer Satisfaction



2017, Verbale del 29 gennaio 2018 – comitato etico

CONSIDERAZIONI / DECISIONI DA INTRAPRENDERE

La percezione della qualità da parte degli Utenti conferma anche per il 2017 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 89,75%, seguita dal Centro Servizi Beato Pellegrino, con una somma di giudizi buono/ottimo del 86,61%. Va notato un aumento di % di mancata risposta da parte degli utenti per il Servizi di fisioterapia, logopedia, attività motorie, dovuta all'elevato turn over degli ospiti e intrinsecamente alla tipologia di ospiti in ingresso, spesso gravemente compromessi, da limitare la possibilità di interventi specifici da parte di questi servizi, che garantiscono comunque le attività di valutazione e supervisione, ad esempio, delle posture e delle disfagie.

Come tradizione gli utenti possono, all'interno del questionario, esprimere le loro richieste e suggerimenti. Anche nel 2018, come per il 2017, verranno effettuati degli incontri con gli utenti per dare risposta alle loro osservazioni. Questi incontri sono considerati dalla Direzione di particolare importanza, visto che il Comitato Ospiti è stato sciolto per carenza di famigliari disponibili ed elevato turn over degli ospiti

Per dare risposta ad alcune osservazioni ricorrenti, proseguono anche nel 2018 incontri con i famigliari, a libera partecipazione, denominati Caffè Alzheimer al Centro Diurno Gidoni e al Centro Diurno Monte Grande di cui le date e le locandine sono già state distribuite.

Prosegue, inoltre, l'attività del comitato etico, il cui ultimo incontro si è tenuto il 29 gennaio 2018, i verbali sono disponibili presso la Segreteria Generale. In particolare sono stati organizzati due convegni per il 2018, il 16 marzo al Centro Servizi Beato Pellegrino e il 18 maggio al Centro Servizi Bolis, diffusi ai famigliari degli utenti tramite lettera di invito.

Inoltre sono state inoltre inserite attività di miglioramento delle prestazioni a carico del Servizio Educativo animativo, logopedico, fisioterapico e psicologico, vedi anche punto 2 del presente riesame.

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

7. Risultati della formazione, informazione e addestramento

DOC. IN INGRESSO: I-P-GRU rev.5

CONSIDERAZIONI / DECISIONI DA INTRAPRENDERE

La procedura I-P-GRU rev.5 Gestione delle Risorse umane prevede al punto 4.3 diverse modalità per la valutazione dell'efficacia della formazione. Ogni anno le valutazioni raccolte sulla efficacia vengono inserite all'interno dello specifico DATA-Base. Si rimanda al punto 2 e 3 del presente Riesame la Valutazione di quanto emerso.

8. Adeguatezza delle risorse

DOC. IN INGRESSO: I-P-MIG rev.1, I-P-GRU rev.5, I-P-GAT rev.2

CONSIDERAZIONI / DECISIONI DA INTRAPRENDERE

Le risorse per il 2017 sono state quelle stabilite dal bilancio approvato con delibera del C.d.A. n°6 del 20.02.2017. Quelle per il 2018 sono state stabilite dal bilancio approvato con delibera del C.d.A. n°6 del



20.02.2018

Nell'anno 2017 è partita la progettazione definitiva per i lavori di adeguamento alla D.G.R 84/07 della struttura del Centro Servizi Beato Pellegrino, che si concluderà nel primo trimestre del 2018 e per la modifica finalizzata alla trasformazione in casa vacanze del quarto e quinto piano del Pensionato Piaggi. In particolare i lavori al Pensionato Piaggi partiranno nel corso del 1 semestre del 2018 per consentire l'apertura per il periodo estivo.

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

DOC. IN INGRESSO: I-P-MIG rev.1 -I-P-GDR rev.0

CONSIDERAZIONI / DECISIONI DA INTRAPRENDERE

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

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

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

- Manuale della Qualità MQ rev.21 del 14/08/2017
- Procedura Miglioramento I-P-MIG rev.1 del 2.11.2017
- Procedura di Gestione del Servizio di Attività Motoria P-AMO rev. 06 del 01/09/2017
- Procedura Gestione Risorse Umane I-P-GRU rev.5 del 15/11/2017
- Procedura Gestione Area Tecnica I-P-GAT rev.2 del 01/10/2017
- Procedura di Gestione Servizio Sartoria e Rammendo P-GSR rev.3 del 07/11/2017.

Sono state inoltre revisionate la Procedura di Gestione del Centro Diurno Monte Grande e di Palazzo Bolis con emissione a carico di Lunazzurra e relativa documentazione ed è in corso di implementazioni il Sistema Sicurcloud per la gestione delle scadenze di taratura e manutenzione.

Per quanto riguarda le carte dei Servizi, si riassume la situazione:

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. La carta dei servizi è stata poi oggetto di ulteriore modifica a seguito delibera del C.d.A DC 62 del 2 novembre 2017, ovvero Carta dei Servizi MS-CS rev.12 dove è stato specificato che l'accompagnamento all'esterno degli ospiti, per visite di qualsiasi genere non viene più effettuato da dipendenti di AltaVita-IRA.

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

Sono state inoltre riviste le Carte dei Servizi del Centro Servizi Casa Famiglia Gidoni MGD-CS rev. 4 del novembre 2017 e del Centro Diurno Monte Grande MSMGO-CS rev.0 del Novembre 2017 precisando che i

TABELLA A ALLEGATO VALUTAZIONE INDICATORI DI PROCESSO AL TAVITA IRA ANNO 2015 - 2017

n.	area	obiettivo	indicatore	responsabile	personale coinvolto	tempi di verifica	anno 2015	anno 2016	anno 2017
A.a	ASSISTENZA GLOBALE	bagni effettuati entro il tempo di 10 giorni per ospite (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%)	% 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%)	Responsabile organizzativo A. Barzaghi	OSS, Coordinatori di Residenza, Infermieri dei C.S. B. Pellegrino e G.A Bolis	semestrale	La % dei bagni fatti entro 7 giorni è stata del 92,02% (% bagni che hanno sfiorato il limite di 7 giorni= 7,98%) obiettivo raggiunto	la % dei bagni fatti entro 7 giorni è stata del 95,84% (% dei bagni che hanno sfiorato il limite di 7 giorni=4,16%) obiettivo raggiunto	la % dei bagni fatti entro 7 giorni è stata del 97,58% (% dei bagni che hanno sfiorato il limite di 7 giorni=2,42%) obiettivo raggiunto
A.b	ASSISTENZIALE / C.D. CASA GIDONI	occupazione media posti struttura pari a 27 per giorno nel 2014; pari a 24 per giorno nel 2015 e 2016, pari a 28 per giorno nel 2017	posti medi per giorno (Gidoni)	Responsabile organizzativo A. Barzaghi	Coordinatore Centro Diurno Casa Gidoni	semestrale	24,48 obiettivo raggiunto	27,35 obiettivo raggiunto	34,66 obiettivo raggiunto
A.b	ASSISTENZIALE / C.D. MONTE GRANDE	occupazione media posti struttura pari a 27 per giorno nel 2014; pari a 24 per giorno nel 2015 e 2016, pari a 28 per giorno nel 2017	posti medi per giorno (Monte Grande)	Responsabile organizzativo A. Barzaghi	Coordinatore Centro Diurno Monte Grande	semestrale	24,65 obiettivo raggiunto	31,7 obiettivo raggiunto	32,58 obiettivo raggiunto
A.c	ATTIVITÀ MOTORIE	partecipazione alle attività % ospiti prefissate (70% ospiti N.A - 75 % ospiti Piaggi e C. D. C. Gidoni e montegrande dal 2015)	% ospiti partecipanti sul totale potenziali	Responsabile organizzativo A. Barzaghi / Segretario e Direttore Generale S. Nicoletto	Personale Attività Motorie	semestrale	>70% NA >75% A + CG+ MG obiettivo raggiunto	>70% NA >75% A + CG+MG obiettivo raggiunto	>70% NA >75% A + CG+MG
A.d	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 all'anno precedente)	n° trattamenti ANNUO	Responsabile organizzativo A. Barzaghi / Segretario e Direttore Generale S. Nicoletto	Personale Servizio Psicologia/Educativo animativo/servizio sociale	semestrale	I semestre 3914 II semestre 4891 obiettivo raggiunto	I semestre 4323 II semestre 3007 obiettivo non raggiunto	I semestre 3223, II semestre 2968 obiettivo non raggiunto progetto non più presentato nel 2018

TABELLA A ALLEGATO VALUTAZIONE INDICATORI DI PROCESSO ALTA VITA IRA ANNO 2015-2017

A.e	TECNICO / MANUTENZION E	totale degli interventi effettuati entro 1 giorno di attesa	giorni medi di attesa sul totale interventi effettuati	Geom. R. Pastore	Personale Servizio Manutenzione	semestrale	0,52 obiettivo raggiunto	0,64 obiettivo raggiunto	0,72 obiettivo raggiunto
A.f	TECNICO / MANUTENZION E	tempi non produttivi max 20% ore lavorative totali (dal 2015 tempi non produttivi max 10% su ore totali lavorate, dal 2017 tempi non produttivi max 8% sul totale delle ore lavorate)	% ore non produttive rispetto al totale ore lavorative	Geom. R. Pastore	Personale Servizio Manutenzione	semestrale	8,4% obiettivo raggiunto	10% obiettivo raggiunto	6,84% obiettivo raggiunto
A.g	RISORSE UMANE	Emissione piano formativo dettagliato sulla base delle linee guida approvate dal Consiglio d'Amministrazione con erogazione del 100% corsi pianificati	% corsi erogati/anno	Dott.ssa S. Nicoletto/Dott. Giannone	Servizio risorse umane	semestrale	-	97,83% (su 46 erogati, fatti 45) non fatto corso su scodellament o obiettivo raggiunto perchè fatti altri corsi rispetto al programmat o, obiettivo raggiunto	97,96% corsi erogati, obiettivo raggiunto
A.g	RISORSE UMANE	garantire almeno un accesso formativo pro capite	numero accessi formativi pro capite	Dott. Giannone	Tutto il personale AltaVita-IRA	annuale	MEDIA 2,55 obiettivo raggiunto	MEDIA 2,83 obiettivo raggiunto	MEDIA 2,58 obiettivo raggiunto

TABELLA B

VALUTAZIONE AZIONI DI MIGLIORAMENTO ALTAVITA IRA ANNI 2015-2017

n	area	azione di miglioramento	attività	responsabile	personale coinvolto	tempi di verifica	risultato anno 2014	risultato anno 2015	risultato anno 2016	risultato anno 2017
B a	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 Ulss16 con l'intenzione di fotografare l'andamento delle funzioni cognitive in ospiti non autosufficienti istituzionalizzati, individuando eventuali fattori potenzialmente protettivi o precipitanti.	elaborazione report semestrale circa l'andamento del progetto	Responsabile Organizzativo Alberto Barzaghi, Segretario Direttore Generale Sandra Nicoletto	Servizio Medico, Coordinatori di Residenza, Infermieri, Personale Servizi Psicologia, Educativo Animativo, Sociale, Logopedia C S B Pellegrino e G.A Boks	semestrale	-	Al 31 giugno 2015: nella fase T 0 (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	Al 30 giugno 2016 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 (18 mesi dall'ingresso) 3 ospiti. Al 31 dicembre T1 280 ospiti, T2 157, ospiti, T3 96 ospiti, T4 (24 mesi dall'ingresso) 52 ospiti, T5 (30 mesi dall'ingresso) 13 ospiti	nella fase T 0 (primo mese di ingresso ospite) sono stati inseriti 0 ospiti, nella fase T1 (6 mesi dall'ingresso) risultavano inseriti 237 ospiti nella fase T2 (12 mesi dall'ingresso) risultavano inseriti 205 ospiti, nella fase T3 (18 mesi dall'ingresso) 131 ospiti, T4 (24 mesi dall'ingresso) 80 ospiti, T5(30 mesi dall'ingresso) 47 ospiti. Al 30 giugno 2017 lo studio si è completato. I dati verranno presentati in apposito convegno nel 2018
B c	SERVIZIO DI PSICOLOGIA/SERVIZIO EDUCATIVO ANIMATIVO	Esecuzione di Piani Assistenziali Individualizzati (PAI) su indicazione e collaborazione con il Servizio Medico su PAI specifici per ospiti psichiatrici (PAI prevede l'uscita degli ospiti)	elaborazione report semestrale circa l'andamento del progetto	Responsabile Organizzativo/Segretario Direttore Generale Sandra Nicoletto	Servizio di Psicologia/ Servizio Educativo Animativo/ Servizio Medico	semestrale	-	-	presente Lista degli ospiti coinvolti e relativo PAI	Fiordalis: 1 PAI (1 ospite) 4 uscite; Mimose: 7 PAI (7 ospiti) 19 uscite); Tulpiani: 1PAI (1 ospite) 9 uscite); Rose 9 PAI (9 ospiti) 50 uscite)
B d	SERVIZIO DI MANUTENZIONE	Programmazione e attuazione della manutenzione ordinaria degli immobili istituzionali e da reddito al fine del mantenimento della loro funzionalità e degli standard igienico sanitari	elaborazione report semestrale circa l'andamento del progetto	Direttore Tecnico	Geom Pastore/Manutentori	semestrale	-	-	Tutti gli interventi previsti nella scheda rilievo sono stati eseguiti (22 interventi in totale, a parte i lavori di tinteggiatura della hall di via BP che sono stati rinviati a l 2017 per necessità di budget)	Tutti gli interventi previsti nella scheda rilievo sono stati eseguiti (13 interventi in totale.)

TABELLA B

VALUTAZIONE AZIONI DI MIGLIORAMENTO ALTAVITA IRA ANNI 2015-2017

B f	SERVIZIO DI FISIOTERAPIA	Sostituzione scheda di valutazione con scala FIM e utilizzo congiunto di altre scale in base alla patologia di ogni singolo ospite, allo scopo di avere una valutazione completa con una misurazione delle capacità/disabilità di ciascun soggetto trattato	elaborazione report semestrale circa l'andamento del progetto	Responsabile organizzativo	Servizio di Fisioterapia	semestrale	-	-	Dott.ssa Federica Tono ha partecipato al corso Superamento esame e formazione fisioterapista rose 1. Non sono stati formati tutti i fisioterapisti in quanto il corso è risultato più oneroso del previsto e l'elevato Turn over dei fisioterapisti nel corso dell'anno ha spostato le risorse nell'inserimento dei nuovi arrivati	Scala FIM applicata a tutte le Residenze per i nuovi ingressi
B g	SERVIZIO MEDICO	Miglioramento procedure attive di gestione "cadute" e "contenzione" degli ospiti	Emissione nuove schede per la registrazione delle cadute e delle contenzioni e miglioramento protocollo contenzioni	Responsabile Organizzativo/Segretario Direttore Generale Sandra Nicoletto	SERVIZIO MEDICO	semestrale	-	-	-	dal 30 ottobre 2017 in vigore nuove schede sia per cadute che contenzioni
B h	SERVIZIO MEDICO	Analisi del Rischio Clinico ai fini della certificazione ISO 9001:2015 prevista per l'anno 2018	Effettuare analisi del rischio clinico	Responsabile Organizzativo/Segretario Direttore Generale Sandra Nicoletto	SERVIZIO MEDICO	semestrale	-	-	-	Il servizio medico non ha affrontato la problematica
B i	COORDINATORI DI RESIDENZA CON TUTTI I PROFESSIONISTI	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	Emettere nuova modulistica per redazione PAI e relativo Protocollo	Responsabile Organizzativo/Segretario Direttore Generale Sandra Nicoletto	COORDINATORI DI RESIDENZA CON TUTTI I PROFESSIONISTI	semestrale	-	-	-	Da 1 settembre 2017, dopo un periodo di studio interrotto per trasferimento del Coordinatore Project Leader Incaricato, è stata utilizzata una prima scheda di formulazione PAI per un periodo sperimentale di 1 mese e quindi, dal 1 ottobre 2017 è stata impiegata una nuova scheda definitiva

TABELLA C

VALUTAZIONE DATI A CONSUNTIVO ALTAVITA IRA ANNO 2015 - 2017

n.	area	scopo	dato considerato	responsabile	personale coinvolto	tempi di verifica	anno 2015	anno 2016	anno 2017
C.a	SERVIZIO MEDICO / SERVIZIO FISIOTERAPIA / SERVIZIO ATTIVITA MOTORIE / ASSISTENZA GLOBALE	Valutazione del mantenimento capacità deambulatorie ospiti a seguito di trattamento	% ospiti che mantengono le capacità deambulatorie sul totale trattati (considerate condizioni neuromotorie)	Responsabile organizzativo Barzaghi / Segretari o e Direttore Generale S Nicoletto	OSS, Coordinatori di Residenza, Personale Medico, Personale Servizio Fisioterapia Personale Servizio Attività Motoria dei C S B Pellegno e G A Bolis	semestrale	I semestre 42,18% stazionari e 11,70% migliorati, Il semestre 8,27% migliorati e 63,16% stazionari	I semestre 44,60% stazionari, 15,54% migliorati, 39,86% peggiorati Il semestre stazionari 54,48%, migliorati 5,52%, peggiorati 39,31% e uno dimesso	I semestre 39,86% stazionari, 13,51% migliorati, 46,62% peggiorati Il semestre stazionari 59,08%, migliorati 13,51% peggiorati 27,41%
C.b	RISORSE UMANE	valutazione costi/ore medie di formazione procapite	media costo orario/ore medie di formazione per addetto	Dott F Giannone	Personale Servizio Risorse Umane e Formazione	semestrale	€ 48,60 / 7,09 ore	€ 8,25 / 11,31 ore	€ 7,64 / 10,00 ore
C.c	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	0,00/10,20%/89,80%	0,43%/5,67%/93,90%	0,0% molto insufficiente, 0,00% insufficiente, 2,15% sufficiente; 52,53% buono; 45,32% ottimo (97,854%)
C.d	RISORSE UMANE	valutazione apprendimento dipendenti, mediante esecuzione test a fine corso, se previsto, o, nei casi residui, valutazione a terminedell'anno da parte Responsabile Servizio con compilazione di apposito modulo	elaborazione report esito formazione, evidenza eventuale mancato superamento corso come da procedura I-P-GRU	Dott F Giannone	Personale Servizio Risorse Umane e Formazione	annuale	1 non ha superato il corso antincendio ed è stato escluso dalla squadra di pronto intervento. 125 valutazioni buono, 229 adeguato, 0 non adeguato (5 non adeguato, 3 relative a dipendenti cessati, 1 a dipendente in comando, 1 a dipendente trasferito altro reparto per valutare il rendimento 90 adeguato, 130 buono	Per i corsi che prevedono il test a fine corso, un solo mancato superamento del Test finale, a seguito bocciatura esame pratico corso anti-incendio Ripetuto il corso, con superamento esame finale. Sono pervenute 161 valutazione da parte dei Responsabili 109 valutazioni buono, 51 adeguato, 1 inadeguato Il Responsabile del lavoratore sarà contattato per verificare la necessità, per questo caso, di ripetizione dell'evento formativo

TABELLA C

VALUTAZIONE DATI A CONSUNTIVO ALTAVITA IRA ANNO 2015 - 2017

C.e	RISORSE UMANE	sulla base delle comunicazioni da parte di RSPP sui componenti della Squadra di Pronto Intervento e di Pronto Soccorso consegnare lettere di incarico ufficiale	Elaborazione report annuale	Dott. F. Giannone	Personale Servizio Risorse Umane e Formazione	annuale	-	consegnate 191 lettere d'incarico pronto intervento. Manca da consegnare una lettera perché dipendente in maternità. Consegnate 46 lettere di incarico pronto intervento. Manca da consegnare una lettera per dipendente in maternità e a 5 dipendenti di nuova formazione per i quali si è in attesa dell'attestato.	Nel semestre consegnate 12 lettere incarico addetto al pronto intervento relative a personale che ha effettuato i percorsi formativi nel corso del 2016. Nel corso del I semestre hanno partecipato a nuovi corsi di formazione per addetto antincendio 9 dipendenti, altri 7 dipendenti frequentato il corso nel II semestre. A tutti i nuovi formati sono state consegnate le lettere di incarico per un totale di 28 lettere. Nel 2017 per quanto riguarda gli addetti al primo soccorso, non è stata segnalata la necessità di nuovi addetti. Nel I semestre è stata consegnata una lettera ad un dipendente in maternità.
C.f	TUTTI I SERVIZI	numero Non conformità interne emesse	Trend non conformità	Rappresentante Direzione	Responsabile Qualità	semestrale	7 (0 corpi estranei biancheria)	6 (tutte non conformità da audit, 0 corpi estranei in biancheria)	11 (tutte non conformità da audit, di cui 2 fornitore)
C.g	SERVIZIO QUALITÀ	numero Non conformità fornitore emesse	Trend non conformità	Rappresentante Direzione	Responsabile Qualità	semestrale	0	0	2
C.h	SERVIZIO QUALITÀ E TUTTI I SERVIZI CERTIFICATI DELL'ENTE	mantenimento certificazione ISO 9001:2008 Per anno 2017 anche estensione certificazione a Palazzo Bolis	stesura verbale riesame direzione e superamento verifica ispettiva ente di certificazione	Rappresentante Direzione	Responsabile Qualità	annuale	audit superato con sole tre osservazioni e senza non conformità	audit superato con sole cinque osservazioni e senza non conformità	audit superato con sole cinque osservazioni e senza non conformità



VERBALE DI RIESAME DELLA DIREZIONE

DATA PRECEDENTE RIESAME	12 marzo 2018
DATA ATTUALE RIESAME	26 Ottobre 2018
PERIODO CONSIDERATO	I semestre 2018
DATA PROSSIMO RIESAME	Marzo 2019

Distribuzione e partecipanti

		<i>Firme</i>
Segretario Direttore Generale	Sandra Nicoletto	
Dirigente Tecnico /RSPP	Giuseppe Alessandro Boniolo	
Dirigente Amministrativo	Michele Testa	
RU	Daniela Lissandron Elisabetta Michelotto	
UT	Roberto Pastore	
UOP	Alberto Barzaghi	
Gestione Appalti Ristorazione e Lavanderia	Elisabetta Berton	
ASPP	Fernanda Scantamburlo	
Responsabile Qualità	Giovanna Rossi	
Responsabile struttura Bolis	Micaela Mazzucato	
Specialista Amministrativo segretario generale	Manegrazia Lincestor	



VERBALE DI RIESAME DELLA DIREZIONE

ARGOMENTI TRATTATI		AMBITO
<input type="checkbox"/>	1. Premessa al Riesame	QUA
<input type="checkbox"/>	2. Stato delle azioni derivanti dai precedenti riesami e Prestazioni dell'Organizzazione e grado di raggiungimento degli obiettivi, dei traguardi e dei programmi stabiliti	QUA
<input type="checkbox"/>	3. Valutazioni da non conformità, azioni correttive/preventive/reclami –audit interni anno 2018-Audit da parte dell'Ente di certificazione esterno RINA	QUA
<input type="checkbox"/>	4. Valutazione Fornitori esterni e loro prestazioni, non conformità fornitore – anno 2018	QUA
<input type="checkbox"/>	5. Valutazione esiti controlli HACCP	QUA
<input type="checkbox"/>	6. Valutazione soddisfazione ospiti/famigliari e accreditamento Regionale in applicazione della Legge Regionale 22/2002 e studio Comitato Etico per la buona assistenza e cura della persona	QUA
<input type="checkbox"/>	7. Risultati della formazione, informazione e addestramento	QUA
<input type="checkbox"/>	8. Adeguatezza delle risorse	QUA
<input type="checkbox"/>	9. Cambiamenti nei fattori interni ed esterni rilevanti per il SGQ	QUA
<input type="checkbox"/>	10. Analisi del contesto, parti interessate e valutazione rischi e opportunità inerenti il Sistema di Gestione	QUA

CONCLUSIONI

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

ALLEGATI

- I dati grezzi sono conservati in file su Server I su file protetto e gestito da Responsabile qualità
- Tabella A – Indicatori di prestazione dei processi IRA
- Tabella B – Azioni di miglioramento IRA
- Tabella C – Dati a consuntivo IRA
- Allegato riassunto raccomandazioni Audit RINA del 26-27 Giugno 2018



1. Premessa al Riesame

COMMENTO GENERALE, LINEE GUIDA ED OBIETTIVI

Scopo del presente riesame è stata la valutazione degli indici dei principali processi aziendali, relativi al I semestre 2018, approvati con Det. n° 79 del 20.02.2018 del Segretario Direttore Generale e n°18 del 1 marzo 2018 Dirigente Tecnico per Alta Direzione.

Il presente riesame viene condotto in conformità alla norma UNI EN ISO 9001:2015.

2. Stato delle azioni derivanti dai precedenti riesami e Prestazioni dell'Organizzazione e grado di raggiungimento degli obiettivi, dei traguardi e dei programmi stabiliti I semestre anno 2018

DOC. IN INGRESSO: Procedura di Miglioramento I-P-MIG rev.2- Verbale Riesame della Direzione 12 marzo 2018- Det. n° 79 del 20.02.2018 del Segretario Direttore Generale e n°18 del 1 marzo 2018 Dirigente Tecnico per Alta Direzione.- I-P-GRU rev.6

CONSIDERAZIONI / DECISIONI DA INTRAPRENDERE

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

A) indicatori di prestazione di processi

B) azioni di miglioramento

C) dati a consuntivo relativi all'attività dell'organizzazione

Per quanto riguarda la tipologia A) indicatori di prestazioni di processi, la tabella A allegata riassume l'andamento del I semestre del 2018 e il trend degli ultimi tre anni dove pertinente.

Per quanto riguarda l'indicatore dei Centri Diurni relativo all'occupazione media giornaliera, nel 2018 è stato reso più sfidante passando da un risultato atteso nel 2017 di occupazione media ponderata > di 28 gg ad un risultato atteso nel 2018 di occupazione media ponderata > di 30 gg. Il dato del I semestre si attesta al 31,88 per il Gidoni e a 33,69 per il Monte Grande.

Anche l'indicatore "tempi non produttivi" del personale del Servizio di Manutenzione è stato reso più sfidante passando da una % del 10% di tempi non produttivi rispetto alle ore totali lavorate del 2017 ad una % del 7% nel 2018. Alla data del I semestre 2018 il dato si attesta sull'8%; andrà valutata la situazione a fine anno.

Merita sottolineare anche che la % dei bagni che sfora il limite dei 7 giorni nel corso degli anni si sta riducendo: infatti nel I semestre del 2018 i dati mostrano uno sforamento solo del 1,25%, in confronto al 2017 dove lo sforamento era del 2,42 % e al 2016, dove lo sforamento era del 4,16%.

Per quanto riguarda i nuovi indicatori introdotti nel 2018, migliorativi delle prestazioni erogate, anche in risposta ai commenti avuti dagli utenti nel questionario della soddisfazione degli utenti dell'anno 2017, questa la situazione al I semestre 2018:

- Aumento del numero dei laboratori in residenza rispetto al 2017 a carico del Servizio Educativo Animativo. I laboratori effettuati nelle Residenze sono stati 77 e 47 nei Centri Diurni, per un totale di ospiti coinvolti rispettivamente di 639 e 166. Nel I semestre del 2017, i laboratori fatti nelle residenze erano 44 con 295 ospiti coinvolti. Manca il dato di confronto per i Centri Diurni, in quanto nel 2017 non venivano raccolte le presenze. La % di laboratori in più nel I semestre del 2018 rispetto al 2017 è stata del 75%.
- Aumento dei trattamenti di fisioterapia, rispetto al 2017; il numero totale dei trattamenti del I semestre 2018 è stato di 4057 per una media mensile di 676,17, contro i 4172 del I semestre del 2017 per una media mensile di 695,3; va considerato che, rispetto al 2017, il numero totale delle ore lavorative a disposizione del servizio è diminuito di 20 al mese. Inoltre il Referente del Servizio ha ridotto nel mese



di giugno 2018 le attività di trattamento per affiancare e addestrare il nuovo fisioterapista subentrato al precedente che ha dato le dimissioni. La % di trattamenti del I semestre del 2018 è calata del 2,75% rispetto al I semestre del 2017. Si valuterà a fine anno la situazione.

- Valutazione logopedia entro 3gg lavorativi dalla richiesta del medico. Sono state richieste 39 valutazioni tutte effettuate entro i 3 gg lavorativi (100% di valutazioni effettuate entro i 3gg).
- Per il Servizio di Psicologia, effettuazione di incontri almeno a frequenza bimestrale in residenza con Operatori addetti assistenza, Infermieri, etc, per la discussione di casi critici. In ogni Residenza è stato effettuato almeno un incontro ogni due mesi

Per gli altri indicatori di cui alla Tabella A, se si confermano i dati del I semestre 2018 a fine anno gli obiettivi saranno raggiunti

Per quanto riguarda la tipologia B) Azioni di Miglioramento, la tabella B relativa riassume l'andamento del I semestre 2018 e il trend degli ultimi tre anni dove pertinente.

Le nuove azioni di miglioramento introdotte nel 2018 rispetto al 2017 sono state :

- A carico del Servizio Accettazione e Sociale, il controllo semestrale adempimenti sanitari e amministrativi assistenze private degli ospiti; nel corso del I semestre del 2018 tutte le assistenze risultano essere in regola dal punto di vista amministrativo e con certificato medico in vigore.
- Il supporto da parte del Servizio Sociale alla Direzione per la gestione dei casi complessi sia in fase di accoglimento, che durante la permanenza; sono stati affrontati 13 casi complessi. Gli interventi del Servizio Accettazione e Sociale sono stati relazionati, documentazione agli atti.
- Supporto al Sistema Informativo dell'Ente per avvio e integrazione cartella socio-sanitaria. Dalla relazione del Responsabile del CED si evince che entro fine anno sarà scelto l'applicativo.
- A carico della Segreteria Generale, valutazione dell'impatto della Norma ISO 9001:2015 sull'organizzazione dell'Ente attraverso l'analisi del Contesto e delle parti interessate, i rischi e le opportunità al fine di ottenere la ricertificazione secondo NORMA ISO 9001:2015. E' stato emesso il Documento Analisi del Contesto e delle Parti interessate dei rischi e delle opportunità, piano delle Performance 2018-2020, in collaborazione con il Responsabile Qualità. L'audit da parte dell'Ente di Certificazione esterno RINA è stato superato.

La tabella, mostra che, a carico del Servizio Medico, anche per il 2018 è stata riproposta l'analisi del rischio clinico per il Personale medico che, alla data del I semestre 2018, non è stata ancora iniziata visto la carenza di organico. In realtà già ad iniziare dal 2017, relativamente al rischio clinico, il Referente di struttura di Palazzo Bolis Dott.ssa Micaela Mazzucato, ha partecipato ad una serie di incontri relativi alla riconciliazione della terapia farmacologica sul territorio, che coinvolgono varie case di riposo; entro la fine del 2018 è prevista l'entrata in vigore del modulo definitivo per la riconciliazione del Farmaco che dovrà essere compilato e allegato alla cartella sanitaria dell'ospite.

Per quanto riguarda la Tipologia C) Dati a consuntivo relativi all'attività dell'organizzazione, la tabella relativa riassume l'andamento degli ultimi tre anni.

Per quanto riguarda il dato a consuntivo relativo alle deambulazioni che si prefigge il mantenimento delle capacità deambulatorie dell'ospite e/o il miglioramento, la varianza, nel corso degli anni, è legata alla tipologia di ospite e all'aggravamento, nel corso del tempo degli ospiti residenti. In ogni caso, nel corso I semestre 2018, la % degli ospiti trattati per i quali la capacità deambulatoria è rimasta stazionaria è risultata del 57,97%, la % dei migliorati è risultata del 10,87%, la % dei peggiorati del 31,16%.

Per quanto riguarda l'attività formativa, questo quanto emerge dai dati trasmessi dal Capo Settore Personale.



Nel corso del I semestre 2018 i dipendenti formati sono stati 393 e gli accessi formativi pari a 1280. La media pro capite degli accessi formativi è stata di 3,26. Le ore totali di formazione erogata sono state n°2960. La media pro capite delle ore di formazione è stata di 7,53 . Il costo di formazione per agenzie e formatori è stato di di Euro 12.253,13, la media pro capite del costo dei partecipanti è stata di Euro 31,18. La media del costo orario dei partecipanti è stata di Euro 4,14.

Il piano formativo particolareggiato, è stato realizzato nella misura del 92, %. Dei 42 corsi previsti per il 2018 mancano da effettuarsi 3 corsi previsti per il II semestre del 2018.

Per quanto riguarda il gradimento dei corsi su 745 giudizi, un giudizio è risultato molto insufficiente (0,13%), un giudizio insufficiente (0,13%), 72 sufficiente (9,66%), 385 buono (51,67%) e 286 ottimo (38,38%).

Per quanto riguarda il grado di apprendimento conseguito, viene verificato tramite esecuzione di test al termine del corso, se previsto o, nei casi residui, mediante valutazione del responsabile del servizio compilando lo specifico modello previsto, al termine dell'anno formativo.

Per quanto riguarda la I tipologia, nel I semestre non si è verificato alcun mancato superamento del test finale di verifica. Per quanto riguarda la II tipologia di verifica di apprendimento, i dati verranno raccolti a fine anno.

Infine, con specifico riferimento alla formazione in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro, il Sistema Gestione Sicurezza è stato ulteriormente migliorato con l'introduzione di nuovi strumenti atti a verificare l'efficacia della formazione impartita; trattasi:

1) della verifica sul campo, almeno biennale, da parte del Preposto, della conoscenza ed osservanza delle disposizioni del D. L.vo 81/2008 e s.m.i., con riferimento alle mansioni svolte dai lavoratori e ai rischi alle stesse connessi; le verifiche, che sono state eseguite nel corso del 1^ semestre del 2018, sono certificate mediante compilazione di una apposita check list di controlli appositamente predisposta. Dall'analisi dei controlli, trasmessi anche all' RSPP e al dirigente per la sicurezza competente, non si sono evidenziate criticità particolari, fatto salvo quanto evidenziato dai Preposti dei Servizi "Portineria" e Sociale" . Per quanto riguarda il Servizio Sociale si sta intervenendo anche in occasione della redazione del DVR Videoterminale. Per quanto riguarda la portineria, trattandosi di una situazione riscontrata per un dipendente di Lunazzurra, il Dirigente per la Sicurezza competente è intervenuto;

2) dell'analisi dei dati relativi agli indici degli infortuni emersi anche dalla relazione della Riunione Periodica di cui all'art.35 del D.Lgs 81/2008 sul lavoro effettuata dall'RSPP. L'analisi sarà effettuata a fine anno e relazionata anche nel Verbale del Riesame della Direzione per la Sicurezza. La situazione più critica, nel I semestre del 2018, è risultata essere quella relativa allo scarico improprio di residui di etere etilico in una residenza, a cui è seguita non conformità e azione correttiva , con proibizione di utilizzo di etere etilico in tutto l'Istituto.

Inoltre, su indicazione del Nostro formatore interno Geom. F. Scantamburlo, sentito anche il Servizio di Fisioterapia, sarà opportuno valutare in specifica riunione, la modifica del programma relativo al corso di Movimentazione Manuale dei Carichi, aumentando le ore relative alla parte pratica.

Per quanto riguarda la formazione sulla sicurezza è stato chiesto nel corso della riunione, al Settore del Personale, di avere per il Riesame della Direzione sulla Sicurezza le ore formative relative all'art.37 del D.Lgs 81/2008, suddivise in ore di formazione eseguite da formatore interno e da formatore esterno con relative % di gradimento dei corsi fatti;

3) della predisposizione di uno specifico questionario, da somministrare ai partecipanti, in occasione dell'attività formativa o di aggiornamento, aggiuntivo rispetto a quello specifico della verifica del corso, attività che partirà nel II semestre dell'anno.

E' stato distribuito ad agosto ai dipendenti il questionario relativo alle richieste formative e ai suggerimenti per migliorare l'attività formativa; gli esiti sono in corso di elaborazione.



3. Valutazioni da non conformità, azioni correttive, reclami, audit interni anno 2018, Audit da parte dell'Ente di certificazione esterno RINA

DOC. IN INGRESSO: Procedura di Miglioramento I-P-MIG rev.2- Verbale Audit transizione norma ISO 9001:2015 e ricertificazione RINA del 16-17 giugno 2018 -Verbali Audit anno 2018 – pianificazione –Elenco Non conformità e Azioni correttive anno 2018. Piano Audit anno 2018 .

CONSIDERAZIONI / DECISIONI DA INTRAPRENDERE

Il piano degli audit interni per l'anno 2018 è già stato per la maggior parte completato. Gli ultimi due Audit che coinvolgono le Residenze Fiordalisi e Tulipani verranno effettuati tra novembre e dicembre 2018.

L'audit da parte dell'Ente di Certificazione esterno RINA per la transizione alla Norma certificazione ISO 9001:2015 e la ricertificazione è stato superato in data 26-27 giugno 2018 positivamente senza non conformità e con 5 azioni di miglioramento/raccomandazioni che verranno implementate nel corso del 2019 anche tramite assegnazione di azioni di miglioramento ai Servizi/Processi interessati.

Le non conformità alla data del Riesame, sono 4 di cui tre relative a fornitori.

Il prossimo Audit di mantenimento è previsto per ottobre-novembre 2019.

4. Valutazione Fornitori esterni e loro prestazioni – anno 2018

DOC. IN INGRESSO: Procedura di Miglioramento I-P-MIG rev.2- Gestione acquisti, contabilità e bilancio I-P-ACB rev. 2- Gestione area tecnica I-P-GAT rev. 3.

CONSIDERAZIONI / DECISIONI DA INTRAPRENDERE

Sono presenti per area di utilizzo le liste dei fornitori qualificati, redatte secondo il modello M-EFQ, che prevede la valutazione dei fornitori tramite un apposito punteggio da 0 a 4. I fornitori sono valutati non solo in base alle non conformità ma anche ad eventuale valore aggiunto sulle forniture. Il punteggio 0 comporta la rescissione del contratto. Va, comunque, considerato che AltaVita-Ira, essendo pubblica amministrazione deve effettuare molti acquisti sul MEPA e, per quanto riguarda il Servizio di Fisioterapia e Logopedia, molti ausili sono acquistati dall'ULSS 6 in Service e sempre meno ausili sono acquistati direttamente dall'utente. Permane, comunque, il problema di una gestione non centralizzata degli acquisti e degli appalti che dovrebbe essere completamente a carico dall'Area Settore Acquisti Contabilità e Bilancio.

Per quanto riguarda i Servizi appaltati, va considerato che l'attività degli appalti di maggior peso per AltaVita-Ira si svolge all'interno delle strutture dell'ente e quindi viene mantenuta sotto controllo tramite la supervisione di personale di AltaVita-Ira allo scopo delegato. In particolare l'attività al Centro Diurno Gidoni e a Palazzo Bolis , della Ditta Lunazzurra, a cui è appaltato il Servizio Assistenziale, di pulizia e trasporto, viene supervisionata dal Coordinatore/Referente di Alta Vita-Ira

Per gli appalti del Servizio di ristorazione e lavanderia, è stata creata la figura del Responsabile Gestione Appalto Servizio Ristorazione e Lavanderia e per la parte inerente al Sistema HACCP, il Segretario/Direttore Generale, è l'OSA di distribuzione.

La Ditta Siram a cui sono appaltate le manutenzioni degli impianti di Palazzo Bolis viene controllata dal Coordinatore dei Servizi Tecnici e Manutenzione patrimonio, Roberto Pastore, mentre l'attività della ditta Europromos che pulisce gli spazi comuni delle Residenze, viene controllata dalla Responsabile dell'appalto Dottoressa Marchetti.

L'attività di controllo si esplica anche attraverso Audit interni. Va inoltre ricordato che da settembre 2018 è entrato in servizio il Dottor Michele Testa, Dirigente Amministrativo a Capo del Settore Acquisti Contabilità e Bilancio.



Bilancio.

5. Valutazione esiti controlli HACCP

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

CONSIDERAZIONI / DECISIONI DA INTRAPRENDERE

Si riportano i punti salienti della Relazione del Responsabile della Gestione dell' appalto Rag. Elisabetta Berton . Nel I semestre del 2018 sono proseguite le attività di controllo ai fini del rispetto delle misure minime in materia di igiene degli alimenti.

In data 16 maggio 2018 l'OSA Dottoressa Sandra Nicoletto in collaborazione con il Consulente esterno Massimo Ciscato ha eseguito Check list di valutazione delle attività a carico di Sodexo, prevista dal Manuale Haccp di AltaVita-Ira, dalla quale è emersa la presenza di strofinacci e pezze in zona lavaggio, modalità accettata come capitolato di gara.

E'proseguita anche l'attività di sorveglianza sui cucinini e sale da pranzo delle residenze. Anche in questo caso, sono state notate, specie in alcune residenze, alcune criticità che riguardano in particolare la presenza di materiale vario personale degli operatori sui ripiani dei cucinini , la presenza di "cibo personale" nei frigoriferi non segnalato come "personale" e inoltre utilizzo di monili-ungchie colorate e sintetiche vietate dai DVR, dai Manuali HACCP di distribuzione, e dal Codice di Comportamento del Personale". Rimane, a proposito, ancora aperta la Non conformità 10/2017 e Azione correttiva 09/2017 relativa a questo problema che prevede un ulteriore aggiornamento formativo del personale in materia di HACCP che terminerà a fine del 2018.

Nel I semestre del 2018 sono continuati i controlli microbiologici delle superfici e delle stoviglie, nonché controlli microbiologici dei piatti pronti previsti dal nostro piano di Autocontrollo H.A.C.C.P., analisi affidate alla LA.RI.AN IDROPUR, laboratorio di analisi chimiche-servizi per l'ambiente e la sicurezza di Este (PD).

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

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

DOC. IN INGRESSO: Procedura di Miglioramento I-P-MIG rev.2-Elaborazioni Customer Satisfaction 2017, Verbale del 28 maggio 2018 – comitato etico

CONSIDERAZIONI / DECISIONI DA INTRAPRENDERE

Per quanto riguarda gli esiti del Questionario di soddisfazione degli utenti dell'anno 2017, si rimanda al precedente Verbale di Riesame del 12 Marzo 2018. I questionari per il 2018 sono stati distribuiti ad Utenti e Famigliari ai primi di Ottobre 2018; potranno essere consegnati compilati entro novembre 2018. La elaborazione dei dati avviene normalmente dopo le ferie natalizie, a gennaio 2019, in quanto tradizionalmente alcuni questionari arrivano in ritardo. Nel frattempo, il Responsabile Organizzativo, prenderà già visione degli eventuali commenti degli utenti, contattandoli, sempre che il questionario non sia anonimo.

Onde dare risposta ad alcune richieste emerse nei questionari del 2017, in data 22 Ottobre 2018 si sono conclusi gli incontri in Residenza con la Direzione e i famigliari; al termine di tutti gli incontri verrà prodotta relazione dal Responsabile Ufficio Organizzazione. Va ricordata l'importanza di questi incontri in sostituzione del Comitato Ospiti che è stato sciolto per carenza di famigliari disponibili ed elevato turn over degli ospiti.

Va ricordato che per dare risposta ad alcune osservazioni ricorrenti, sono proseguiti anche nel 2018 incontri con i



Monte Grande, di cui gli ultimi 3 sono previsti nell'ultimo trimestre dell'anno.

Inoltre si rimanda al punto 2 del presente Verbale per quanto riguarda le ulteriori attività che sono state implementate nel 2018 per dare risposte ad alcune richieste degli utenti pervenute tramite la Customer Satisfaction. Prosegue, inoltre, l'attività del comitato etico, i verbali sono disponibili presso la Segreteria Generale. In particolare sono stati organizzati due convegni nel 2018, il 16 marzo al Centro Servizi Beato Pellegrino e il 18 maggio al Centro Servizi Bolis, aperti ai famigliari degli utenti informati tramite lettera di invito. L'ultimo incontro del Comitato Etico è del 15 ottobre 2018.

E' prevista la giornata della trasparenza il 28 novembre 2018.

Per quanto riguarda l'accreditamento Regionale in applicazione della Legge Regionale 22/2002, il 15 maggio 2018 è stata superata la visita da parte dell'ULSS per il rinnovo dell'accreditamento del Centro Servizi Beato Pellegrino La documentazione è agli atti in Segreteria Generale. Il rinnovo dell'accreditamento del Palazzo G.A. Bolis è fissato per il giorno 14 Novembre 2018.

Nel corso dell'anno 2019 è previsto il Rinnovo dell'autorizzazione all'esercizio con prescrizione del Centro Servizi Beato Pellegrino.

7. Risultati della formazione, informazione e addestramento

DOC. IN INGRESSO: I-P-GRU rev.6

CONSIDERAZIONI / DECISIONI DA INTRAPRENDERE

La procedura I-P-GRU rev.6 Gestione delle Risorse umane prevede al punto 4.3 diverse modalità per la valutazione dell'efficacia della formazione. Ogni anno le valutazioni raccolte sulla efficacia vengono inserite all'interno dello specifico DATA-Base. Si rimanda al punto 2 e 3 del presente Riesame la Valutazione di quanto emerso.

8. Adeguatezza delle risorse

DOC. IN INGRESSO: I-P-MIG rev.2, I-P-GRU rev.6, I-P-GAT rev.3

CONSIDERAZIONI / DECISIONI DA INTRAPRENDERE

Le risorse dal bilancio per il 2018 sono state stabilite dal bilancio approvato con delibera del C.d.A. n°6 del 20.02.2018

Per quanto riguarda la progettazione definitiva per i lavori di adeguamento alla D.G.R 84/07 della struttura del Centro Servizi Beato Pellegrino, è stato incaricato un consulente esterno per la validazione definitiva del progetto. Sono partiti a Settembre 2018 i lavori per la trasformazione in casa vacanze del quarto e quinto piano del Pensionato Piaggi, con previsione di chiusura entro fine anno.

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

DOC. IN INGRESSO: I-P-MIG rev.2 -I-P-GDR rev.1

CONSIDERAZIONI / DECISIONI DA INTRAPRENDERE

A settembre 2018 è entrato in servizio un Dirigente Amministrativo per l'Area Acquisti Contabilità e Bilancio, mentre in comando a 18 ore un Funzionario per l'Area Tecnica.

Nel corso del 2018, alla data del Riesame, sono state riviste tutte le procedure del Sistema Qualità e tutte le procedure integrate con il Sistema Gestione Sicurezza per permettere la Certificazione ISO 9001:2015. E' stato altresì eliminato il manuale della qualità, non più previsto dalla norma UNI EN ISO 9001:2015.

Per quanto riguarda le carte dei Servizi della Sede di Via Beato Pellegrino, Palazzo Bolis, Pensionato P.Piaggi, del Centro Diurno Gidoni e Monte Grande, e i relativi Regolamenti sono in revisione, principalmente per la



modifica della Documentazione richiesta per l'accesso nelle Varie Strutture .

Gli standard di qualità generali e specifici previsti nelle Carte dei Servizi rimarranno invariati nelle revisioni di novembre 2018 e quindi confermati.

La Politica della qualità e della Sicurezza è stata cambiata a marzo 2018 I-D-POL rev.2 dell'8 marzo 2018 e viene riconfermata nel presente Riesame.

Per quanto riguarda l'organigramma Generale I-D-ORG rev.9 del 18 giugno 2018 e di P.Bolis I-D-ORG-PB rev.1 del 1 giugno 2018, su indicazione del Segretario/Direttore Generale verranno modificati a gennaio 2019.



CONCLUSIONI

Cambiamenti relativi alla Politica aziendale:

La politica della qualità è stata aggiornata a marzo del 2018 I-D-POL rev.2 per adeguarla alla Norma UNI EN ISO 9001:2015, e viene confermata nel presente Riesame.

Nuovi obiettivi e programmi:

Si stanno definendo gli obiettivi per l'anno 2019, tra cui il mantenimento della certificazione ISO 9001:2015.

Va valutata la possibilità di rendere conforme il SGSL alla NORMA ISO 45001:2018, per la cui attività è già disponibile proposta di consulenza. Questo permetterebbe la massima integrazione tra i due Sistemi.

Necessità di modifica al sistema di gestione:

Continua il processo di integrazione tra Sistema Qualità e Sicurezza e l'implementazione del Programma Sicurcloud per la gestione informatica ed integrata delle scadenze. Il sistema è stato modificato con la revisione di tutte le procedure e l'emissione del documento analisi del contesto e delle parti interessate dei rischi e delle opportunità, integrato con il piano delle performance 2018-2020, per permettere la transizione alla Norma UNI EN ISO 9001:2015

Necessità di nuove risorse:

Le risorse e le relative assunzioni sono quelle previste nel Bilancio.

Modalità di divulgazione dei risultati:

Il Verbale del Riesame verrà messo a disposizione dei presenti dei Coordinatori di Residenza / e Coordinatori/referenti dei vari servizi sul Server Aziendale.

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

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

Il prossimo Riesame è fissato per febbraio 2019 e avrà nuova struttura mettendolo in relazione con il Documento I-D-CNT rev. Analisi del contesto e delle parti interessate dei rischi e delle opportunità (Piano delle Performance 2018-2020)

TABELLA A INDICATORI PRESTAZIONE PROCESSI ANNO 2015-2018

n.	area	scopo	dato considerato	responsabile	personale coinvolto	tempi	anno 2015	anno 2016	anno 2017	I sem 2018
A.a	ASSISTENZA GLOBALE	% 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%)	% 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%	Responsabile organizzativo A. Barzaghi	OSS, Coordinatori di Residenza, Infermieri dei C.S. B. Pellegrino e G.A Bolis	semestrale	La % dei bagni fatti entro 7 giorni è stata del 92,02% (% bagni che hanno sfiorato il limite di 7 giorni= 7,98%) obiettivo raggiunto	la % dei bagni fatti entro 7 giorni è stata del 95,84% (% dei bagni che hanno sfiorato il limite di 7 giorni=4,16 %) obiettivo raggiunto	la % dei bagni fatti entro 7 giorni è stata del 97,58% (% dei bagni che hanno sfiorato il limite di 7 giorni=2,42 %) obiettivo raggiunto	la % dei bagni fatti entro 7 giorni è stata del 98,75% (% dei bagni che hanno sfiorato il limite di 7 giorni=1,25%)
A.b	ASSISTENZIAL E / C.D. CASA GIDONI	occupazione media posti struttura pari a 24 per giorno nel 2015 e 2016, pari a 28 per giorno nel 2017, pari a 30 nel 2018	posti medi per giorno (Gidoni)	Responsabile organizzativo A. Barzaghi	Coordinatore Centro Diurno Casa Gidoni	semestrale	24,48 obiettivo raggiunto	27,35 obiettivo raggiunto	34,66 obiettivo raggiunto	31,88
A.b	ASSISTENZIAL E / C.D. MONTE GRANDE	occupazione media posti struttura pari a 24 per giorno nel 2015 e 2016, pari a 28 per giorno nel 2017, pari a 30 nel 2018	posti medi per giorno (Monte Grande)	Responsabile organizzativo A. Barzaghi	Coordinatore Centro Diurno Monte Grande	semestrale	24,65 obiettivo raggiunto	31,7 obiettivo raggiunto	32,58 obiettivo raggiunto	33,69
A.c	ATTIVITÀ MOTORIE	partecipazione alle attività % ospiti prefissate (70% ospiti N.A - 75 % ospiti Piaggi e C. D. C. Gidoni e montegrande dal 2015)	% ospiti partecipanti sul totale potenziali	Responsabile organizzativo A. Barzaghi / Segretario e Direttore Generale S. Nicoletto	Personale Attività Motorie	semestrale	>70% NA >75% A + CG+MG obiettivo raggiunto	>70% NA >75% A + CG+MG obiettivo raggiunto	>70% NA >75% A + CG+MG obiettivo raggiunto	>70% NA >75% A + CG+MG
A.e	TECNICO / MANUTENZION E	totale degli interventi effettuati entro 1 giorno di attesa	giorni medi di attesa sul totale interventi effettuati	Geom. R. Pastore	Personale Servizio Manutenzione	semestrale	0,52 obiettivo raggiunto	0,64 obiettivo raggiunto	0,72 obiettivo raggiunto	0,42
A.f	TECNICO / MANUTENZION E	tempi non produttivi max 20% ore lavorative totali (dal 2015 tempi non produttivi max 10% su ore totali lavorate, dal 2017 tempi non produttivi max 8% sul totale delle ore lavorate)	% ore non produttive rispetto al totale ore lavorative	Geom. R. Pastore	Personale Servizio Manutenzione	semestrale	8,4% obiettivo raggiunto	10% obiettivo raggiunto	6,84% obiettivo raggiunto	8,00%

TABELLA A INDICATORI PRESTAZIONE PROCESSI ANNO 2015-2018

A.g	RISORSE UMANE	Emissione piano formativo dettagliato sulla base delle linee guida approvate dal Consiglio d'Amministrazione con erogazione del 100% corsi pianificati	% corsi erogati/anno	Dott.ssa S. Nicoletto/Dott. Giannone	Servizio risorse umane	semestrale	-	97,83% (su 46 erogati, fatti 45) non fatto corso su scodellamento obiettivo raggiunto perché fatti altri corsi rispetto al programmato, obiettivo raggiunto	97,96% corsi erogati, obiettivo raggiunto	92% dei corsi erogati (42 previsti da fare 3 programmati Il semestre 2018)
A.g	RISORSE UMANE	garantire almeno un accesso formativo pro capite	numero accessi formativi pro capite	Dott. Giannone	Tutto il personale AltaVita-IRA	semestrale	MEDIA 2,55 obiettivo raggiunto	MEDIA 2,83 obiettivo raggiunto	MEDIA 2,58 obiettivo raggiunto	MEDIA 3,26
A.h	EDUCATIVO ANIMATIVO	Numero laboratori fatti nel 2018, rispetto al 2017	% di laboratori fatta in più rispetto al 2017	Dott.ssa Nicoletto/Maglio Maria Chiara	Servizio Educativo Animativo	semestrale	-	-	-	75% per le Residenze
A.i	SERVIZIO FISOTERAPIA	Aumento dei trattamenti di fisioterapia, rispetto al 2017	% di trattamenti fatta in più rispetto al 2017	Alberto Barzaghi	Servizio di fisioterapia	semestrale	-	-	-	2,75% in meno rispetto al I semestre del 2017
A.l	SERVIZIO DI LOGOPEDIA	Valutazione logopedia entro 3gg lavorativi dalla richiesta del medico a carico del servizio logopedico	% di valutazioni rispetto al totale entro i 3gg lavorativi	Alberto Barzaghi	Servizio di logopedia	semestrale	-	-	-	100% su 39 valutazioni
A.m	SERVIZIO DI PSICOLOGIA	Effettuazione di incontri almeno bimestrali in residenza con Operatori addetti assistenza, Infermieri, etc, per la discussione di casi critici.	Numero di incontri effettuati ogni 2 mesi per residenza uguale o maggiore a uno	Alberto Barzaghi	Servizio di psicologia	semestrale	-	-	-	Per ogni residenza è stato fatto almeno un incontro ogni due mesi

TABELLA B

VALUTAZIONE AZIONI DI MIGLIORAMENTO ALTAVITA IRA ANNI 2015-2018

n.	area	azione di miglioramento	attività	responsabile	personale coinvolto	tempi di verifica	risultato anno 2015	risultato anno 2016	risultato anno 2017	risultato I semestre 2018
B.a	ASSISTENZA GLOBALE / SERVIZI MEDICO / PSICOLOGICO / EDUCATIVO ANIMATIVO / SOCIALE / LOGOPEDIA /	Miglioramento PAI: declinare in modo puntuale l'obiettivo di equipe anche in relazione a una maggiore condivisione da parte delle parti esterne interessate (azione di miglioramento richiesta dal RINA nel corso dell'audit del dicembre 2017)	Riformulare il modulo per la redazione dei PAI sia nelle Residenze che nei Centri Diurni e i relativi protocolli di gestione	Alberto Barzaghi	Tutti i Servizi soio sanitari e assistenziali coinvolti nella redazione del PAI	semestr ale	-	-	-	E' stato riformulato il modulo per la redazione dei PAI sia nelle Residenze che nei Centri Diurni e i relativi protocolli di gestione. Obiettivo raggiunto in quanto a giugno 2018 è stato superato Audit di ricertificazione da parte del RINA che ha accolto positivamente tale azione di miglioramento
B.b	Servizio accettazione e sociale	-Controllo semestrale adempimenti sanitari e amministrativi assistenze private degli ospiti	100% delle Assistenze controllate e con Certificato sanitario non scaduto	Alberto Barzaghi	Servizio Accettazione e sociale	semestr ale	-	-	-	E' stato elaborato report semestrale relativo alle assistenze che operano all'interno di AltaVita-Ira, da dove risulta che tutte le Assistenze hanno certificato sanitario in corso di validità
B.c	Servizio accettazione e sociale	Il supporto da parte del Servizio Sociale alla Direzione per la gestione dei casi complessi sia in fase di accoglimento, che durante la permanenza	Presenza relazione sulla attività svolta	Alberto Barzaghi	Servizio Accettazione e sociale	semestr ale	-	-	-	13 casi complessi seguiti relazione disponibile

TABELLA B

VALUTAZIONE AZIONI DI MIGLIORAMENTO ALTAVITA IRA ANNI 2015-2018

B.d	SERVIZIO MEDICO	Analisi del Rischio Clinico ai fini della certificazione ISO 9001:2015 prevista per l'anno 2018.	Effettuare analisi del rischio clinico	Responsabile Organizzativo/ Segretario Direttore Generale Sandra Nicoletto	SERVIZIO MEDICO	semestrale	-	-	Il servizio medico non ha affrontato la problematica vedi nota all'interno del verbale	Il servizio medico non ha affrontato la problematica vedi nota all'interno del verbale
B.i	RESPONSABILI CED	Fornire il supporto richiesto al Sistema Informativo dell'Ente documentando le attività fatte in specifica relazione semestrale	Presenza Relazione semestrale	Sandra Nicoletto	Responsabile CED	semestrale	-	-	-	Presenza relazione semestrale che prevede la scelta dell'applicativo entro fine anno

TABELLA C

VALUTAZIONE DATI A CONSUNTIVO ALTAVITA IRA ANNO 2015 - 2018

n.	area	scopo	dato considerato	responsabile	personale coinvolto	tempi di verifica	anno 2015	anno 2016	anno 2017	I semestre anno 2018
C.a	SERVIZIO MEDICO / SERVIZIO FISIOTERAPIA / SERVIZIO ATTIVITÀ MOTORIE / ASSISTENZA GLOBALE	Valutazione del mantenimento capacità deambulatorie ospiti a seguito di trattamento	% ospiti che mantengono le capacità deambulatorie sul totale trattati (considerate condizioni neuromotorie)	Responsabile organizzativo Barzaghi / Segretari o 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	I semestre 42,18% stazionari e 11,70% migliorati. II semestre 8,27% migliorati e 63,16% stazionari	I semestre 44,60% stazionari, 15,54% migliorati, 39,86% peggiorati II semestre stazionari 54,48%, migliorati 5,52%, peggiorati 39,31% e uno dimesso	I semestre 39,86% stazionari, 13,51% migliorati, 46,62% peggiorati II semestre stazionari 59,08%, migliorati 13,51% peggiorati 27,41%.	I semestre 57,97% stazionari, 10,87% migliorati, 31,16% peggiorati
C.b	RISORSE UMANE	valutazione costi/ore medie di formazione procapite	media costo orario/ore medie di formazione per addetto	Dott. F. Giannone	Personale Servizio Risorse Umane e Formazione	semestrale	€ 48,60 / 7,09 ore	€ 8,25 / 11,31 ore	€ 7,64 / 10,00 ore	€ 4,14 / 7,53 ore
C.c	RISORSE UMANE	valutazione gradimento dipendenti sulla formazione ricevuta	% giudizio molto insufficiente, insufficiente, sufficiente, buono, ottimo (nel 2015, insufficiente, sufficiente,	Dott. F. Giannone	Personale Servizio Risorse Umane e Formazione	semestrale	0,00/10,20%/89,80 %	0,43%/5,67%/93,90 %	0,0% molto insufficiente; 0,00% insufficiente; 2,15% sufficiente; 52,53% buono; 45,32% ottimo (97,854%)	0,13% molto insufficiente; 0,13% insufficiente, 9,66% sufficiente; 51,67% buono; 38,38% ottimo
C.d	RISORSE UMANE	valutazione apprendimento dipendenti, mediante esecuzione test a fine corso, se previsto, o, nei casi residui, valutazione a termine dall'anno da parte Responsabile Servizio con compilazione di apposito modulo	elaborazione report esito formazione, evidenza eventuale mancato superamento corso come da procedura I-P-GRU	Dott. F. Giannone	Personale Servizio Risorse Umane e Formazione	annuale	1 non ha superato il corso antincendio ed è stato escluso dalla squadra di pronto intervento. 125 valutazioni buono, 229 adeguato, 0 non adeguato (5 non adeguato, 3 relative a dipendenti cessati, 1 a dipendente in comando, 1 a dipendente trasferito altro reparto per valutare il rendimento. 90 adeguato, 130 buono	Per i corsi che prevedono il test a fine corso, un solo mancato superamento del Test finale, a seguito bocciatura esame pratico corso antincendio. Ripetuto il corso, con superamento esame finale. Sono pervenute 161 valutazioni da parte dei Responsabili, 109 valutazioni buono, 51 adeguato, 1 indeguito. Il Responsabile del lavoratore sarà	Per i corsi che prevedono il test a fine corso, nessun mancato superamento del test nel corso del I semestre

TABELLA C

VALUTAZIONE DATI A CONSUNTIVO ALTAVITA IRA ANNO 2015 - 2018

C.e	TUTTI I SERVIZI	numero Non conformità interne emesse	Trend non conformità	Alta Direzione	Responsabile Qualità	semestrale	7 (0 corpi estranei biancheria)	6 (tutte non conformità da audit, 0 corpi estranei in biancheria)	11 (tutte non conformità da audit, di cui 2 fornitore)	4 non conformità , tre a carico di fornitori
C.f	SERVIZIO QUALITÀ E TUTTI I SERVIZI CERTIFICATI DELL'ENTE	Certificazione ISO 9001. Per il 2017 estensione a Palazzo Bolis. Per il 2018 ricertificazione e transizione alla Norma ISO 9001:2015	stesura verbale riesame direzione e superamento verifica ispettiva ente di certificazione	Alta Direzione	Responsabile Qualità	annuale	audit superato con solo tre osservazioni e senza non conformità	audit superato con solo cinque osservazioni e senza non conformità	audit superato con solo cinque osservazioni e senza non conformità	audit superato con solo cinque osservazioni e senza non conformità
C.g	Segreteria Generale	Valutazione dell'impatto della Norma ISO 9001:2015 sull'organizzazione dell'Ente attraverso l'analisi del Contesto e delle parti interessate , i rischi e le opportunità al fine di ottenere la ricertificazione secondo NORMA ISO 9001:2015	Emissione Analisi contesto e parti interessate rischi e opportunità e superamento ispezione Audit di Ricertificazione	Segretario /Direttore Generale	Maria Grazia Lincetto	annuale				Emesso Documento I-D-CNT rev.0 audit superato con solo cinque osservazioni e senza non conformità