



VERBALE DI RIESAME DELLA DIREZIONE

DATA PRECEDENTE RIESAME	21 Febbraio 2019
DATA ATTUALE RIESAME	31 Ottobre 2019
PERIODO CONSIDERATO	I semestre 2019
DATA PROSSIMO RIESAME	Marzo 2020

Distribuzione e partecipanti

		Firme
Segretario Direttore Generale	Sandra Nicoletto	F.TO: Sandra Nicoletto
Dirigente Tecnico /RSPP	Giuseppe Alessandro Boniolo	F.TO: Giuseppe Alessandro Boniolo
Dirigente Amministrativo	Michele Testa sost. da Michela Brasolin	F.TO: Michela Brasolin
UOP	Alberto Barzaghi	F.TO: Alberto Barzaghi
RSGS/Funziionario Tecnico	Simona Campedel	F.TO: Simona Campedel
RU	Daniela Lissandron Elisabetta Michelotto	F.TO: Daniela Lissandron F.TO Elisabetta Michelotto
Segreteria Generale/Funzionari	MariaGrazia Lincetto	F.TO: Mariagrazia Lincetto
Gestione Appalti Ristorazione e Lavanderia	Elisabetta Berton	F.TO: Elisabetta Berton
Responsabile struttura Bolis	Micaela Mazzucato	F.TO: Micaela Mazzucato
Responsabile Centro Diurno Gidoni	Raffella Buggio	F.TO: Raffaella Buggio
Coordinamento Ufficio Organizzazione Personale	Mariachiara Maglio	F.TO: Mariachiara Maglio
RQ	Giovanna Rossi	F.TO: Giovanna Rossi



VERBALE DI RIESAME DELLA DIREZIONE

ARGOMENTI TRATTATI		AMBITO
<input type="checkbox"/>	1. Premessa al Riesame e Analisi del contesto, parti interessate e valutazione rischi e opportunità inerenti il Sistema di Gestione	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/ /reclami –audit interni anno 2019-Audit da parte dell'Ente di certificazione esterno RINA	QUA
<input type="checkbox"/>	4. Valutazione Fornitori esterni e loro prestazioni, non conformità fornitore – anno 2019	QUA
<input type="checkbox"/>	5. Valutazione esiti controlli HACCP	QUA
<input type="checkbox"/>	6. Valutazione soddisfazione ospiti/famigliari e accreditamento Regionale in applicazione della Legge Regionale 22/2002 e studio Comitato Etico per la buona assistenza e cura della persona	QUA
<input type="checkbox"/>	7. Risultati della formazione, informazione e addestramento	QUA
<input type="checkbox"/>	8. Adeguatezza delle risorse	QUA
<input type="checkbox"/>	9. Cambiamenti nei fattori interni ed esterni rilevanti per il SGQ	QUA

CONCLUSIONI

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

ALLEGATI

- I dati grezzi sono conservati in file su Server I su file protetto e gestito da Responsabile qualità
- I-D-TIS e I-D-CNT rev.0 aprile 2018 e rev.1 marzo 2019
- Tabella A – Indicatori di prestazione dei processi AltaVita-IRA
- Tabella B – Azioni di miglioramento AltaVita-IRA
- Tabella C – Dati a consuntivo AltaVita-IRA
- Allegato riassunto raccomandazioni Audit RINA del 26-27 Giugno 2018



1. Premessa al Riesame e Analisi del contesto, parti interessate e valutazione rischi e opportunità inerenti il Sistema di Gestione

COMMENTO GENERALE, LINEE GUIDA ED OBIETTIVI

Sono stati analizzati gli esiti degli indici e obiettivi relativi al I semestre del 2019 assegnati con Det.n° 26 del 29.01.2019 del Segretario Direttore Generale e Det. n°26 del 11.02.2019 del Dirigente Tecnico. Tali indicatori hanno preso in considerazione l'analisi del Contesto e delle Parti interessate dei rischi e delle Opportunità I-D-CNT rev.I del Marzo 2019 e la successiva revisione di ottobre 2019. In particolare quest'ultima è stata aggiornata inserendo in modo più dettagliato quali sono i fattori di contesto, le parti interessate relative, nonché i requisiti e le aspettative di queste nei confronti del SGQ e dell'Organizzazione.

Nell'analisi condotta sono stati considerati i seguenti documenti:

- Piano della trasparenza e anticorruzione,
- Piano delle performance,
- Piano degli investimenti,

quali elementi in ingresso perché derivanti dal contesto legislativo in cui l'Organizzazione è inserita.

La valutazione rischi/opportunità (D-TIS), allegata al documento I-D-CNT, è stata condotta considerando tutti i rischi per processo e attribuendo a questi le azioni indicate nei documenti sopra citati. Sono stati poi ripresi nel presente documento di Riesame della Direzione divenendo elemento in uscita in base al raggiungimento degli obiettivi/avanzamento delle azioni considerate.

In generale si è constatata una certa difficoltà da parte delle equipe multidisciplinari a collegare le numerose attività fatte agli indicatori e obiettivi a loro assegnati; questo pur essendo stati coinvolti all'inizio dell'anno nella definizione di almeno un indicatore che potesse essere significativo per rappresentare il processo da loro gestito. Altra difficoltà emersa è quella di utilizzare tali indicatori nei Piani Assistenziali Individualizzati, per i quali, nonostante i numerosi incontri, corsi, e attività fatte, permane la difficoltà nella Gestione. Per il 2020 bisognerà valutare un'azione da fare in merito. Sicuramente un aiuto potrà venire dall'utilizzo in tutte le Residenze della Cartella Personale Informatizzata che, tra le altre funzionalità, ha quella di poter elaborare statistiche. La Direzione sta già considerando una razionalizzazione e riduzione degli obiettivi da assegnare ai professionisti.

Tra i vari fattori rilevanti per il Sistema di Gestione della Qualità va presa in considerazione la difficoltà di reperimento nel mercato del lavoro di personale medico, di infermieri, di operatori addetti assistenza e anche di figure tecniche e amministrative, come del resto considerato, nell'analisi del contesto e delle parti interessate dei rischi e delle opportunità'.

Solo nel mese di ottobre, la Direzione, sentito anche il parere del Consulente Sanitario, ha deciso di mantenere il turno dei Medici di Residenza H24, almeno sino a febbraio 2020. Dopo tale data, anche in virtù del contesto esterno, della disponibilità dei medici e della Direzione dell'ULSS 6, si valuterà il da farsi.

Per quanto riguarda il Personale Amministrativo è in corso un progetto di riorganizzazione delle attività e delle Risorse, voluto dal Consiglio di Amministrazione, che ha affidato l'attività alla Società di Consulenza CONSIDI s.r.l.

Il progetto consta principalmente di 4 fasi. I Fase: interviste al personale amministrativo da parte dei consulenti per l'analisi dell'attività fatta da ognuno. II Fase: compilazione del Questionario di autovalutazione predisposto dai consulenti da parte di ognuno con scelta dei processi, tempo impiegato, frequenza e valutazione criticità.

III Fase: elaborazione e controllo dei dati da parte della ditta CONSIDI. IV Fase: presentazione da parte della ditta CONSIDI, del MASTER PLAN (progettazione proposta di miglioramento) che generalmente è diviso in: Interventi Rapidi; Interventi Operativi-Cantieri di Miglioramento; Interventi Strategici-Progetti.



Alla Data del Riesame, la CONSIDI ha raccolto tutti i questionari di auto rilevazione, e sta valutando i dati.

Altro fattore rilevante per il Sistema di Gestione della Qualità è l'attività del Comitato Etico; in particolare il progetto che prevede l'attività di sensibilizzazione del personale assistenziale sul trattamento del dolore degli ospiti non autosufficienti con presentazione/applicazione del Protocollo redatto dal Comitato Etico.

Si riassume brevemente l'attività svolta. L'attività ha portato alla redazione di Procedura specifica per la valutazione del dolore con supporto del Comitato Etico. La procedura in via sperimentale è stata presentata a tutti i coordinatori ed infermieri. Nel corso del Primo Semestre dell'anno la valutazione del dolore è stata fatta per tutti gli ospiti del Bolis (a partire dal 1 maggio 2019). La procedura è diventata operativa in forma sperimentale in tutte le Residenze per ospiti non autosufficienti dal 16 settembre 2019. La procedura risulta disponibile on line. Le schede di valutazione del dolore facenti parte della procedura sono state inserite nella Cartella Personale Informatizzata alla Residenza Fiordalisi 1. I Coordinatori di Residenza hanno partecipato a un corso operativo presso l' Hospice Santa Chiara sulle cure palliative, in particolare il corso ha riguardato l' utilizzo delle pompe per l'infusione morfina. Il corso è stato tenuto dal Dottor Forzan, Medico Palliativista dell'Hospice Santa Chiara di Padova e consulente di AltaVita-IRA per le cure palliative.

2. Stato delle azioni derivanti dai precedenti riesami e Prestazioni dell'Organizzazione e grado di raggiungimento degli obiettivi, dei traguardi e dei programmi stabiliti relativi al I semestre 2019 _esiti I-D-CNT rev.0 Analisi del contesto e delle parti interessate dei Rischi e Delle opportunità aprile 2018 e I-D-CNT rev.1 ottobre 2019.

DOC. IN INGRESSO: Procedura di Miglioramento I-P-MIG rev.2- Verbale Riesame della Direzione 26 ottobre 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.7- Det.n° 26 del 29.01.2019 del Segretario Direttore Generale e Det. n°26 del 11.02.2019 del Dirigente Tecnico per Alta Direzione.

CONSIDERAZIONI / DECISIONI DA INTRAPRENDERE

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

- A) indicatori di prestazione di processi.** Sono indicatori, scelti per misurare l'efficienza di alcuni processi tipici dell'Ente, caratterizzati da un obiettivo numerico da raggiungere e prendono in considerazione quanto emerso dall'analisi del contesto delle parti interessate dei rischi e delle opportunità. Per alcuni di questi, da tempo utilizzati, viene valutato l'andamento degli ultimi tre anni.
- B) azioni di miglioramento:** riguardano progetti a breve termine e di medio periodo che, in base ad alcuni input quali la Customer Satisfaction, l'analisi del contesto delle parti interessate dei rischi e delle opportunità, puntano a migliorare processi tipici dell'Ente.
- C) dati a consuntivo relativi all'attività dell'organizzazione:** sono dati che vengono consuntivati ed esprimono l'andamento di processi tipici dell'organizzazione per i quali non è possibile inserire un indicatore di efficienza a causa di circostanze quali i limiti di budget (formazione) o variabilità del campionamento (deambulazioni).

Per quanto riguarda la tipologia A) indicatori di prestazioni di processi, la tabella A allegata riassume l'andamento del I semestre 2019 e il trend degli ultimi tre anni dove pertinente.

A)a Processo di erogazione dei Servizi assistenziali all'ospite. Viene considerato quale indice di prestazione un valore in % \geq al 90% di bagni assistiti effettuati entro i 7 giorni rispetto al precedente



bagno.

Nel I semestre del 2019 la % dei bagni assistiti effettuata entro i 7 giorni dal bagno precedente è risultata del 97,63%. Infatti la% dei bagni che ha superato il limite dei 7 giorni è risultata del 2,37%. Dalla Tabella in allegato A) si evince che il dato è in peggioramento rispetto al 2018. Tale peggioramento è dovuto all'aumento delle assenze non sostituite del personale Addetto all'Assistenza (OAA) per carenza di personale nel mercato del lavoro; in particolare nel mese di aprile e alla difficoltà di assunzione degli OAA poi compensata. Il rischio è previsto anche nell'analisi del contesto e delle parti interessate dei rischi e delle opportunità. Si ritiene che l'introduzione a regime della Cartella Personale Informatizzata, faciliterà la registrazione delle prestazioni.

A)b Processo di erogazione dei Servizi all'ospite presso i Centri Diurni. Viene considerato quale indice di prestazione , un valore di occupazione media giornaliera > di 30 ospiti

Nel I semestre del 2019 la media di occupazione è stata del 33,07 ospiti per il Gidoni e a 33,78 per il Monte Grande. L'attività di promozione dei Centri Diurni che ha portato a questo risultato si è realizzata anche attraverso l'organizzazione dei caffè Alzheimer, aperti al territorio. Se il trend si mantiene anche nel II semestre l'obiettivo si può considerare raggiunto. Dal 2019 l'apertura dei Centri Diurni al sabato è stata resa definitiva .

A)c Processo di erogazione dei Servizi all'ospite -Servizi Professionali - Servizio Attività Motoria Viene considerato quale indice di prestazione un valore in % \geq del 75% di partecipazione all'attività motoria

Nel corso del I semestre del 2019 il numero degli ospiti del P. Piaggi partecipanti alle attività motorie è stato superiore al 75% degli ospiti potenzialmente idonei. L'adesione è di tipo volontario, stante il nulla osta del medico di medicina generale.

Si ricorda che in virtù' del nuovo accordo con ULSS Euganea, l'attività motoria nelle Residenze per ospiti non autosufficienti è stata sospesa. Per quanto riguarda i Centri Diurni, l'accordo ha portato alla sospensione dell'erogazione in convenzione anche del Servizio di Psicologia, del Servizio Educativo Animativo, oltre che del Servizio di Attività Motoria.

La Direzione di AltaVita-IRA ha deciso però di mantenere una attività ludico ricreativa all'interno dei Centri Diurni, per compensare la completa mancanza di offerte in convenzione.

A)e e A)f Processo di erogazione servizi manutenzione. Vengono considerati quali indici di prestazione il Tempo non produttivo, e il tempo medio di attesa. Il primo deve essere \leq dell'8% delle ore totali lavorate il secondo \leq ad 1 giorno lavorativo.

Nel I semestre del 2019 l'indicatore "tempi non produttivi" è risultato del 5,00%. L'indicatore tempo medio di attesa di 0,46 giorni.

Il tempo medio di attesa è un indicatore inserito come standard di qualità nella carta dei servizi. Nel corso degli anni, vedi trend in Tabella A, l'obiettivo è stato sempre raggiunto.

A)g Processo di Gestione delle Risorse Umane, Formazione. Vengono considerati quali indici di prestazione l'emissione del piano formativo dettagliato, l'erogazione del 100% dei corsi espressi come % rispetto al pianificato e il garantire mediamente un accesso formativo pro capite.

Al primo semestre del 2019, il 100% del piano formativo è stato rispettato e la media degli accessi formativi pro capite è di 3,17 accessi. Si ritiene che a fine anno l'obiettivo venga raggiunto.

Indicatori di Prestazione di processi inseriti dall'anno 2018 e riproposti nel 2019 in seguito all'analisi del contesto e delle parti interessate dei rischi e delle opportunità e dei commenti alla Customer Satisfaction.



A)h Processo di erogazione dei Servizi all'ospite-Servizi Professionali, Servizio Educativo Animativo. Viene considerato quale indice di prestazione, l'aumento % rispetto al 2018 del numero dei laboratori e del numero dei partecipanti ai medesimi

Nel 2018 era stato previsto quale indicatore l'aumento % del numero dei laboratori in residenza rispetto al 2017. Obiettivo che è stato raggiunto.

Nel 2019 l'indicatore è stato riproposto inserendo anche l'aumento degli ospiti partecipanti. Nel I semestre del 2019 rispetto al I semestre del 2018 l'aumento % dei laboratori è stato del 48% (31 laboratori in più) e l'aumento % delle presenze del 67% (431 ospiti in più).

A)i Processo di erogazione dei Servizi all'ospite – Servizi Professionali, Servizio di Fisioterapia. Viene considerato quale indice di prestazione, il mantenimento rispetto al 2018 dei trattamenti fisioterapici, espresso come media % di trattamenti effettuati rispetto alle ore totali versate.

I trattamenti fisioterapici si distinguono tra trattamenti effettuati in palestra e trattamenti effettuati in residenza. Nel 2019, sono state inserite anche delle attività motorie di gruppo per compensare la mancanza del Servizio di attività motoria. Nel corso dell'anno 2018 la media mensile dei trattamenti (residenza+palestra) rispetto al totale delle ore versate è stata del 57,3%. Nel corso del I semestre del 2019 la media dei trattamenti mensili (considerando attività di residenza + palestra + attività motoria di gruppo) rispetto al totale delle ore versate è stato di 62,3% contro un 57,7% del I semestre del 2018. Se a fine anno si conferma il trend si prospetta un valore in aumento. I dati del 2017 e 2018 sono stati rettificati perché erroneamente erano stati divisi per due.

A)l Processo di erogazione dei Servizi all'ospite – Servizi Professionali, Servizio di Logopedia. Viene considerato quale indice di prestazione, il tempo limite di tre giorni lavorativi valutato come tempo espresso in giorni che intercorre tra la richiesta del medico di effettuare una valutazione logopedica straordinaria e la reale effettuazione della valutazione.

Sono state richieste nel corso del I semestre 6 valutazioni straordinarie tutte effettuate entro i 3 gg lavorativi.

A)m Processo di erogazione dei Servizi all'ospite-Servizi Professionali, Servizio di Psicologia. Viene considerato quale indice di prestazione, l'effettuazione di un incontro almeno ogni due mesi in residenza con Operatori addetti assistenza, infermieri etc, per la discussione di casi critici.

Nel Corso del I semestre del 2019 in ogni Residenza è stato effettuato almeno un incontro ogni due mesi.

Per quanto riguarda la tipologia B) Azioni di Miglioramento, la tabella B relativa riassume l'andamento del I semestre 2019 .

B)a Processo di erogazione dei Servizi all'ospite, Servizio Sociale. AZIONE: supporto da parte del Servizio Sociale alla Direzione per la gestione dei casi complessi sia in fase di accoglimento, che durante la permanenza.

Nel corso del I semestre del 2019 sono stati discussi 14 casi complessi; gli interventi del Servizio Accettazione e Sociale sono stati relazionati, documentazione agli atti. L'azione di miglioramento è partita nel 2018 dove erano stati discussi in tutto 26 casi complessi. Grazie a questa collaborazione, molti casi complessi hanno avuto risvolti positivi.

B)b Processo di informatizzazione dell'Ente. AZIONE: supporto da parte del Responsabile del CED al



Sistema Informativo dell'Ente per avvio e integrazione Cartella Personale Informatizzata e implementazione Gestionale Zucchetti per la Gestione delle Presenze del Personale e dati variabili .

Nel 2018 è stato scelto il software in tecnologia icloud, (Ditta Blue-IT). Nel 2019 è partita la sperimentazione alla Residenza Fiordalisi primo piano (utilizzo in parallelo del Software e delle Procedure cartacee). Da giugno 2019 per la parte sanitaria (infermieri, medici e coordinatore) tutti gli ospiti della residenza Fiordalisi I sono gestiti tramite cartella personale. Sono state emesse specifiche procedure per le parti implementate ed eseguito Audit specifico per avviare la partenza. Nel frattempo sono continuate le sperimentazioni da parte degli altri professionisti, anche se rallentate dal periodo di ferie estive. Nel mese di settembre sono stati fatti incontri specifici con il Capo-Progetto della Ditta Blue-it per implementare la parte relativa agli Operatori Addetti Assistenza (OAA). Il Coordinatore della Residenza Fiordalisi ha scelto il gruppo di OAA che dovrà sperimentare la parte di loro competenza per poi trasferire le informazioni e le attività anche agli altri OAA. Inoltre è stata fatta specifica riunione per far ripartire la sperimentazione da parte dei professionisti. Si sta sperimentando anche la possibilità di utilizzo di Tablet.

L'Ufficio Organizzazione del Personale di Via Beato Pellegrino, 192 sta inoltre implementando il nuovo Sistema di Gestione delle Presenze della Zucchetti; si è partiti con l'analisi del programma ai primi di ottobre 2019.

Onde razionalizzare gli Interventi del CED, dal 1 novembre 2019 è previsto che ogni utente che necessiti di intervento da parte del CED, faccia richiesta tramite mail, attraverso il Modulo di Richiesta di Assistenza Informatica.

Ulteriori azioni di miglioramento introdotte nel 2019 a seguito analisi dei rischi e delle opportunità anno 2018 e anno 2019 e valutazione Customer Satisfaction (Det.n° 26 del 29.01.2019 del Segretario Direttore Generale e Det. n°26 del 11.02.2019 del Dirigente Tecnico per Alta-Direzione).

B)c Processo di Gestione Patrimonio. AZIONE: mantenere sotto controllo da parte del Settore Acquisti Contabilità e Bilancio la contabilità amministrativa del patrimonio, dando segnalazione tempestiva delle morosità entro il termine massimo di 30 giorni.

Il controllo da parte del Settore Acquisti Contabilità e Bilancio, prevede una rendicontazione trimestrale, dove vengono indicate le condizioni di morosità, suddivise per Residenza, nel caso delle rette, e fitti e pigioni nel caso del patrimonio da reddito. Si tiene anche in considerazione l'entità della cifra scoperta. Tutti i solleciti sono stati mandati avanti entro i 30 giorni. Il report segnala anche le situazioni in cui sta intervenendo attraverso il legale.

B)d Processo di erogazione dei Servizi assistenziali sanitari all'ospite. AZIONE: nell'ambito dell'attività di trasmissione dei F.A.R all'ULSS, effettuare la rilevazione del numero degli Ospiti con lesioni insorte sebbene dotati a scopo preventivo di ausilio anti-decubito, e rilevazione del numero cadute per Ospite e interventi personalizzati effettuati per ridurre il rischio di cadute. Riassumere i F.A.R trasmessi all'ULSS con frequenza semestrale.

Da un controllo effettuato sulle relazioni pervenute dai Responsabili di Residenza manca il Riassunto dei FAR trasmessi e a parte un Coordinatore, una rilevazione sugli interventi effettuati per ridurre il rischio di caduta.

Fermo restando gli adempimenti previsti per la trasmissione dei dati F.A.R. all'ULSS 6, il Responsabile Organizzativo si è impegnato a rielaborare i predetti dati.

B)e Processo di erogazione dei Servizi assistenziali all'ospite. AZIONE: sensibilizzazione del personale assistenziale sul trattamento del dolore degli ospiti Non autosufficienti con presentazione/applicazione del



Protocollo redatto dal Comitato Etico.

Per questa azione di miglioramento, vedi punto 1, Premessa.

B)f Processo di erogazione dei Servizi all'ospite presso i Centri Diurni. AZIONE: valutazione Rischio di Disfagia per gli ospiti disfagici da parte dei Coordinatori dei Centri allo scopo di supportare le famiglie anche a casa nella gestione del parente disfagico.

E' stata definita in collaborazione con il Servizio di Logopedia dell'Istituto una Check list per il controllo dei sintomi di disfagia da applicare nei Centri Diurni. Nel corso del I semestre la Check list è stata somministrata agli ospiti in ingresso senza necessità di segnalazione di rischio di disfagia ai parenti degli ospiti.

B)g Processo di erogazione dei servizi assistenziali - Tenuta sotto controllo posti freddi (letti non occupati). AZIONE: valutazione tempo di latenza per occupazione dei posti letto, dal contatto con l'interessato alla reale occupazione; valutazione anche in rapporto al numero di contatti effettuati dal Servizio Sociale.

Il totale dei contatti al Centro Servizi Beato Pellegrino è stato di 589, per 544 il tempo di latenza tra la richiesta di contatto e la risposta del servizio sociale è stato di zero giorni (contatto avvenuto lo stesso giorno) per 16 il tempo di latenza è stato di un giorno, per i rimanenti 29 tra i 2 e i 7 giorni. Al Centro Servizi Bolis si sono avuti 107 contatti telefonici e 100 colloqui direttamente in Ufficio dell'assistente sociale. Al Centro Servizi Bolis, sono molti i contatti diretti frontali in ufficio, in quanto il Distretto dell'ULSS di Selvazzano ha sede di fronte agli Uffici delle Assistenti sociali del Centro Servizi Bolis. Riassumendo per il Centro Servizi Bolis, il tempo di latenza tra richiesta di contatto è stato di zero giorni (contatto avvenuto lo stesso giorno) per 77 contatti per il Residenziale, 47 contatti per il Centro Diurno, 18 contatti per informazioni generali sulle modalità di accesso, per 8 contatti per il Residenziale, 3 contatti per il Centro Diurno, 3 contatti per informazioni generali, il tempo di latenza è stato di un giorno, per i rimanenti tra i due e nove giorni. Al Beato Pellegrino gli ingressi a seguito di contatto sono stati 58, mentre al Bolis 18 al Centro Diurno e 12 residenziali. Per il Centro Diurno Gidoni, non è stata valutata la latenza non essendoci il Servizio Sociale.

B)h Processo di erogazione dei Servizi all'ospite-Servizi Professionali, Servizio di Fisioterapia. AZIONE: miglioramento valutazione Rischio di caduta, utilizzando il Test di Morse, in affiancamento al Test di Tinetti.

Il test di Morse è stato somministrato agli ospiti in ingresso nelle residenze a partire da marzo 2019. Sono stati somministrati 54 test morse a 51 ospiti. Il Test di Morse classifica il rischio di caduta in Basso, Medio, Alto : 19 valutazioni hanno dato esito di rischio di caduta basso le 35 rimanenti medio od alto. Anche in questo caso si è provveduto ad incontrare con il Responsabile organizzativo, il servizio di fisioterapia, onde sistemare per il II semestre la trasmissione degli esiti del test al Servizio Medico e alla Residenza, in quanto non sempre la comunicazione degli esiti e relativi interventi suggeriti dal test veniva fatta in maniera scritta, inoltre gli esiti non venivano inseriti nei PAI e la valutazione presa in carico dal Coordinatore di Residenza (vedi punto B)d)

B)i Processo di erogazione dei Servizi all'ospite-Servizi Professionali, Servizio di Logopedia.

AZIONE: incontri in residenza con Infermieri e OSS, ecc. per trattazione casi specifici con cadenza almeno bimestrale. Nel corso del I semestre del 2019 sono stati effettuati dal Servizio di logopedia 10 incontri a partire da marzo data di firma degli obbiettivi. Gli incontri sono stati verbalizzati, documentazione agli atti presso il Servizio di Logopedia.



B)l Processo di erogazione dei Servizi all'ospite-Servizi Professionali, Servizio di Psicologia AZIONE: intercettare la rete familiare nella fase di pre-ingresso dell'ospite per raccogliere informazioni utili per facilitare l'accoglimento dell'ospite in struttura e per individuare tempestivamente eventuali loro bisogni o difficoltà, utilizzando quale indicatore il numero di contatti attivati con la rete familiare al momento dell'ingresso, in rapporto al numero totale di ingressi.

Sono stati effettuati 30 contatti di pre-ingresso. Il Servizio ha realizzato la scheda "Colloquio di pre-ingresso", i cui item fungono anche da traccia per l'incontro con i familiari. Con essa si vanno sommariamente ad esplorare i seguenti ambiti: composizione della rete familiare e familiare di riferimento, consapevolezza del soggetto dei suoi bisogni assistenziali, presenza o meno di disturbi comportamentali, aspettative della persona non autosufficiente e della sua rete familiare, segnalazione di eventuali criticità. La scheda compilata viene poi allegata alla cartella dell'ospite. Dalla relazione del Coordinatore del Servizio Psicologico si evince che i colloqui vengono considerati utili per varie motivazioni allo scopo di considerare i bisogni dell'ospite e le aspettative dei parenti.

B.m) Processo di gestione delle Risorse Umane-Riorganizzazione delle Risorse –Progetto CONSIDI

Per quanto riguarda il Personale Amministrativo è in corso un progetto di riorganizzazione delle attività e delle Risorse voluto dal Consiglio di Amministrazione, che ha affidato l'attività alla Società di Consulenza CONSIDI s.r.l. Vedi anche punto 1 e punto 9 del Presente Verbale di Riesame.

Per quanto riguarda la Tipologia C) Dati a consuntivo relativi all'attività dell'organizzazione, la tabella relativa C riassume l'andamento del I semestre del 2019. .

C.a Processo di erogazione dei Servizi all'ospite-Servizi Professionali, Servizio di Fisioterapia-, OAA e valutazione da parte del medico, Deambulazioni. Viene valutata la % di ospiti, rispetto al totale dei trattati le cui condizioni a seguito dell'attività rimane stazionaria o migliorata. Nel corso del I semestre 2019 a seguito di trattamento sono rimasti stazionari il 55,47% di ospiti, migliorati il 13,13% e peggiorati il 31,39%. La varianza, nel corso degli anni, è legata alla tipologia di ospite e all'aggravamento, nel corso del tempo degli ospiti residenti. Viene pertanto valutata singolarmente la situazione relativa ai due semestri. Al di là della varianza legata agli ospiti, il dato relativo al I semestre del 2019, soffre della mancata partecipazione del Servizio di Attività Motoria, che prendeva in carico l'ospite, specie dopo il trattamento fisioterapico per la rieducazione al passo. Verrà valutato a fine anno se mantenere o meno questo dato a consuntivo. Si sta anche pensando ad un progetto specifico che coinvolga maggiormente gli OAA per implementare a loro carico l'attività di deambulazione.

C.b) Processo di gestione delle Risorse Umane-Attività Formativa- Personale-

Per quanto riguarda l'attività formativa, questo quanto emerge dai dati trasmessi dal Capo Settore Personale. Nel corso del I semestre 2019, i dipendenti formati sono stati 360 e gli accessi formativi pari a 1141. La media pro capite degli accessi formativi è stata di 3,17. Le ore totali di formazione erogata sono state n°3344,50. La media pro capite delle ore di formazione è stata di 9,29. Il costo di formazione per agenzie e formatori è stato di Euro 14949,69, la media pro capite del costo dei partecipanti è stata di Euro 41,53. La media del costo orario dei partecipanti è stata di Euro 4,47. Il dato si riferisce al costo dei formatori, senza il costo del Personale. Potrebbe verificarsi un aumento dei costi di consulenza esterna per la formazione obbligatoria sulla Sicurezza, in quanto il Geom. , formatore interno, non è più dipendente di AltaVita-IRA e l'arch. Campedel che avrebbe le competenze necessarie, visto le attuali carenze di personale in area tecnica, è



impegnata in altre attività. Sono state sospese anche alcune attività di formazione sul campo, apprezzate dal Personale.

Il piano formativo particolareggiato del I semestre 2019, è stato realizzato nella misura del 100%.

Per quanto riguarda il gradimento dei corsi su 823 giudizi, un giudizio è risultato molto insufficiente (0,12%), un giudizio insufficiente (0,12%), 22 sufficiente (2,67%), 390 buono (47,38%) e 409 ottimo (49,70%).

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 del 2019 si sono verificati due mancati superamenti del test finale di verifica, il primo in data 22 maggio 2019 in occasione del corso sulla Sicurezza Generale e il secondo in data 29 maggio 2019 nel corso Sicurezza specifica I modulo. In entrambi i casi il corso verrà fatto ripetere ai lavoratori alla prima data utile. Per quanto riguarda la seconda tipologia di verifica dell'apprendimento, si rimanda ai dati che saranno raccolti ad inizi del 2020.

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 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 a seguito della redazione del DVR Videoterminale.

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 degli infortuni del 2019, verrà fatta a fine Dicembre 2019 nel corso del riesame della Sicurezza e in base ad essa si valuteranno le eventuali necessità formative, pur essendo già emersa la necessità di una specifica formazione per i Preposti allo scopo di sensibilizzarli sul loro ruolo di vigilanza. Alla data del 31 ottobre il numero degli infortuni è pari a 19.

3) della predisposizione di uno specifico questionario, che è stato somministrato, in occasione dell'attività di aggiornamento della sicurezza, aggiuntivo rispetto a quello specifico della verifica del corso. Anche dall'esame di tali questionari, non sono emerse problematiche.

E' stato distribuito, ad agosto del 2018, ai dipendenti il questionario relativo alle richieste formative e ai suggerimenti per migliorare l'attività formativa; gli esiti sono stati elaborati e si riporta di seguito un breve riassunto di quanto emerso, rimandando per un maggior approfondimento alla relazione della Dott.ssa Lissandron Responsabile dell'Ufficio Risorse Umane:

I questionari somministrati sono stati 412. I questionari compilati sono stati 142, pari ad una percentuale di risposta del 34,47%.

Il risultato è migliore rispetto a quanto ottenuto nel 2016 pari a 26,62% e nel 2014 pari al 28,11%.

Per quanto riguarda il giudizio espresso dal personale sulla qualità dei corsi questo quanto emerso:

I risultati, evidenziano come il giudizio generale sia favorevole: il 71,83% dà un giudizio ottimo o buono mentre



solo il 4,93% dà un giudizio negativo (insufficiente). Il 17,61% non ha risposto.
Per quanto riguarda la tipologia di corsi a cui il personale vorrebbe partecipare e/o i suggerimenti per il loro miglioramento emerge dal questionario la richiesta che i corsi siano maggiormente pratici ed operativi e che il linguaggio utilizzato dai Relatori sia più semplice e meno tecnico.

3. Valutazioni da non conformità, azioni correttive, reclami, audit interni anno 2019, Audit da parte dell'Ente di certificazione esterno RINA

DOC. IN INGRESSO: Procedura di Miglioramento I-P-MIG rev.2- Elenco Non conformità e Azioni correttive anno 2019 Verbale Audit transizione norma ISO 9001:2015 e ricertificazione RINA del 16-17 giugno 2018 - Piano Audit anno 2019 -Verbali Audit anno 2019

CONSIDERAZIONI / DECISIONI DA INTRAPRENDERE

VALUTAZIONI DA NON CONFORMITÀ

- Nel 2019 sono state aperte 6 non conformità a carico della Ditta Sodexo. A queste non conformità la Ditta Sodexo ha sempre dato risposta spiegando le azioni correttive messe in atto ma, visto il susseguirsi di situazioni non conformi, a volte non trasformate in non conformità Ufficiali ma comunicate attraverso mail, nessuna azione correttiva è stata chiusa, essendo in dubbio la loro efficacia. Il Segretario/Direttore Generale, Dott.ssa Sandra Nicoletto che è anche l'OSA di distribuzione farà relazione sullo stato dell'arte. Da considerare che a fine anno l'appalto andrà in scadenza.
- L'altra non conformità aperta è quella a carico della Ditta Europromos, ditta alla quale sono appaltate le pulizie degli spazi comuni. In particolare sono state contestate le pulizie effettuate al Pensionato Piaggi e, vista l'assenza di risposta da parte della ditta Europromos, è stata aperta in data 04/10/2019 una penalità in base all'art. 19 del Capitolato Speciale dell'appalto. In ogni caso l'appalto per il Servizio di Pulizia del P.Piaggi e per la Sede Amministrativa di Piazzale Mazzini andrà in scadenza a fine novembre 2019, con l'aggiudicazione dell'appalto dei Servizi Assistenziali, Infermieristici di Portineria, e di Pulizie del P.Piaggi che prevede anche le pulizie della Sede amministrativa. E' stato previsto un Audit al Centro Servizi Beato Pellegrino per l'11 dicembre 2019.

Per quanto riguarda gli audit effettuati ai Servizi Professionali e alle Residenze, vedi premessa punto 1 del presente verbale.

AUDIT ENTE DI CERTIFICAZIONE ESTERNO RINA

L'audit da parte dell'Ente di Certificazione esterno RINA per la transizione alla Norma 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. Tali azioni alla data del Riesame sono state implementate anche tramite l'assegnazione di azioni di miglioramento ai Servizi/Processi interessati. In particolare, merita sottolineare che la raccomandazione:

“Valutare una più puntuale identificazione dei rischi per processo anche per meglio individuare appropriati indicatori di prestazione degli stessi” è stata presa in carico dalla Direzione, nell'assegnazione degli Obbiettivi e nell'analisi del Contesto e delle parti interessate dei rischi e delle opportunità-I-D-CNT vedi anche Premessa al presente Riesame.

Mentre la raccomandazione:

“Definire meglio le modalità di gestione e aggiornamenti del Sito internet per le informazioni



attinenti al Sistema di Gestione “ è stata presa in carico dalla Direzione/Segreteria Generale. E’ stato attribuito un nuovo incarico di Consulenza esterna che ha comportato un ulteriore adeguamento e aggiornamento del Sito internet Istituzionale dell’Ente. E’ stata aggiornata la versione della piattaforma WordPress, Tema, plugin, del sito internet di AltaVita-IRA (la migliore piattaforma CMS al mondo per la creazione di siti anche altamente professionali) per garantire la sicurezza informatica contro cyber crimes. Inoltre, la segreteria dell’Ente controlla le pubblicazioni e gli aggiornamenti del sito utilizzando una check list a proposito redatta

Il prossimo Audit di mantenimento della Certificazione secondo la Norma UNI EN ISO 9001:2015 è previsto per il 4 dicembre 2019.

PIANO AUDIT INTERNO ED ESTERNO (FORNITORI)

Il piano degli audit interni per l’anno 2019 è stato traslato rispetto all’originale a causa, del ritardo nella firma dell’accordo ULSS Euganea/AltaVITA-IRA, avvenuto a maggio 2019. La firma dell’accordo era condizione importante per la valutazione di eventuali variazioni procedurali che hanno impattato soprattutto nei Centri Diurni. L’attività motoria e la relativa procedura nelle Residenze è stata sospesa sin dagli inizi dell’anno in quanto si sapeva che l’accordo, pur in fase istruttoria, non la avrebbe prevista. Inoltre, sono stati spostati al II semestre dell’anno gli Audit all’Area Tecnica e alle Risorse Umane, per modifica delle Responsabilità. Per fine anno il piano di audit dovrebbe essere completato. Grandi sforzi sono stati effettuati nell’anno in corso, vista la carenza di risorse disponibili per sottoporre ad audit alcuni Servizi appaltati, in alcuni casi mai oggetto di Audit ufficiale, anche se la loro attività è sempre stata tenuta sotto controllo, in quanto il Servizio si svolge all’interno delle strutture di AltaVita-Ira. Infatti, oltre ad aver sottoposto nuovamente ad Audit la Ditta Eureka presso la sede di Castelfranco, l’Audit precedente nella Sede di Castelfranco era stato fatto in data 9 settembre 2015. Sono state oggetto di audit la Ditta Siram e la Ditta Sinergie-ASE. Inoltre, è stata oggetto di tre diversi Audit la ditta Sodexo per la chiusura di tre non conformità relative all’anno 2018 e la valutazione dell’efficacia delle relative azioni correttive. Gli Audit hanno riguardato il bar del Centro Servizi Beato Pellegrino, il Centro Cottura sito presso il Palazzo G.A.Bolis, e il Magazzino del Centro Servizi Beato Pellegrino. Si sta valutando cosa fare per l’appalto di Sodexo viste le innumerevoli non conformità ufficiali e altre carenze a volte non ufficialmente comunicate. Sono stati previsti per dicembre 2019 gli audit alla Ditta Europromos e alla Ditta degli ascensori Kone.

4. Valutazione Fornitori esterni e loro prestazioni – anno 2019

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. A seguito dell'Audit effettuato in data 23 ottobre 2019, si è deciso per una Revisione della Procedura entro il 31 Dicembre 2019. Tale revisione della procedura dovrebbe portare anche alla eliminazione dell'elenco dei Fornitori Qualificati, perché gli ordini andranno comunque fatti principalmente attraverso Mepa o tramite iscrizione del Fornitore a Piattaforma informatica. Ai fornitori viene infatti richiesto di iscriversi alla piattaforma. Alla data del Riesame viene impiegata la piattaforma GPA.

Per quanto riguarda i Servizi appaltati, va considerato, a parte gli Audit, 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 dai rispettivi Responsabili 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 e la Ditta Sinergie-ASE a cui sono appaltate le manutenzioni degli Impianti del Centro Servizi Beato Pellegrino, Amministrazione e Pensionato Piaggi, viene controllata dal Coordinatore dei Servizi Tecnici e Manutenzione patrimonio, Arch. Campedel, mentre l'attività della ditta Europromos che pulisce gli spazi comuni delle Residenze, viene controllata dal Responsabile dell'appalto Dottor Alberto Barzagli. L'attività di controllo si esplica anche attraverso Audit interni.

Per le non conformità a carico dei fornitori si rimanda al punto 3.

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, relativi al I semestre del 2019.

Nel I semestre del 2019 sono proseguite le attività di controllo ai fini del rispetto delle misure minime in materia di igiene degli alimenti.

In data 20 marzo 2019 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. Sono state riscontrate una serie di situazioni di non conformità e osservazioni che sono state riassunte nella Non conformità 01/2019, trasmessa in data 6 maggio 2019 a Sodexo tramite PEC. Sodexo ha risposto in data 04 giugno 2019, con una serie di azioni correttive, la cui efficacia verrà valutata con ulteriore controllo da parte dell'OSA, previsto per Dicembre. In ogni caso visto le varie situazioni di non conformità di continuo segnalate a Sodexo e anche a volte in forma non ufficiale, si è concordato con OSA, Dott.ssa Sandra Nicoletto, di redigere relazione finale.

E'proseguita anche l'attività di sorveglianza sui cucinini e sale da pranzo delle residenze. Permangono sebbene saltuarie, 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," ma la situazione è molto migliorata. Al di là della valutazione visiva sullo stato dei cucinini, il riscontro oggettivo relativamente al miglioramento delle condizioni igieniche, viene dagli esiti dei controlli microbiologici delle superfici e delle stoviglie, nonché dai controlli microbiologici dei piatti pronti previsti dal



nostro piano di Autocontrollo H.A.C.C.P., analisi affidate alla L.A.R.I.A.N 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 "ottimo" e "buono". I dati grezzi sono disponibili presso la Segreteria Generale.

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

DOC. IN INGRESSO: Procedura di Miglioramento I-P-MIG rev.2-Valutazione soddisfazione ospiti/famigliari (Customer Satisfaction) 2018, Attività Comitato Etico

CONSIDERAZIONI / DECISIONI DA INTRAPRENDERE

ESITI QUESTIONARI SODDISFAZIONE OSPITI/FAMIGLIARI (UTENTI) –CUSTOMER SATISFACTION

Sono disponibili gli esiti della Customer satisfaction del 2018, mentre i questionari relativi al 2019 sono stati distribuiti a Settembre 2019 per il Pensionato Piaggi e a ottobre 2019 per le Altre Residenze/Centri Diurni. In ogni gli esiti del 2019 verranno elaborati a fine gennaio 2020. Infatti tradizionalmente arrivano molte risposte dopo il periodo delle ferie natalizie.

La percezione della qualità da parte degli Utenti conferma anche per il 2018 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 100.00%, mentre nel 2017 era stato di 89,75%. Seguono Centro Diurno Monte Grande con una somma di giudizi buono/ottimo del 90,48%, nel 2017 83,87%, Centro Servizi Beato Pellegrino con una somma di giudizi buono/ottimo del 88,43%, nel 2017 86,61%, Pensionato Piaggi con una somma di giudizi buono/ottimo del 83,33 %, nel 2017 73,91% e Centro Servizi Palazzo Bolis con una somma di giudizi buono/ottimo del 80,56 nel 2017 78,63%. Confrontando pertanto i dati sul giudizio generale rispetto al 2017, si nota un aumento % del giudizio buono/ottimo in tutte le sedi.

Rimane il problema della elevata % 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. Già nel corso del 2018 erano state disposte azioni di miglioramento per meglio evidenziare l'attività di questi servizi. Nel 2019 sono state previste ulteriori azioni. (Vedi punto n° 2). Va comunque ricordato che la dotazione organica sia del Servizio di Logopedia che di Fisioterapia è stata ridotta e che l'accordo con ULSS firmato a fine maggio 2019, ha portato una riduzione dei Servizi in convenzioni, vedi anche punti precedenti

Come tradizione gli utenti possono, all'interno del questionario, esprimere le loro richieste e suggerimenti. Il Responsabile Organizzativo, ha contattato singolarmente tutti gli utenti che hanno espresso in forma non anonima il proprio suggerimento. La relazione del Dottor Barzaghi è agli atti.

Inoltre nel 2018, come per il 2017, sono stati tenuti degli incontri plenari in residenza con gli utenti per dare risposta alle loro osservazioni. Questi incontri sono stati sostituiti nel 2019, da colloqui effettuati con i singoli parenti che frequentano i Centri Servizi, dal Responsabile Organizzativo, Dottor Barzaghi. Relazioni su tali



incontri vengono trasmesse al Segretario/Direttore Generale. La documentazione è agli atti in Segreteria Generale. A fine anno si verificheranno eventuali azioni da proporre, per rispondere alle richieste che accomunano i vari parenti. L'amministrazione ha, inoltre, deciso di coinvolgere i familiari degli ospiti trattando tematiche che interessano la popolazione Anziana accolta in strutture Socio Sanitarie.

ATTIVITA'COMITATO ETICO

Oltre a quanto già esposto in Premessa, circa l'attività del Comitato Etico il 19 ottobre 2019 si è tenuto presso il Centro Servizi Beato Pellegrino, il Convegno "Convivere nella malattia: la solitudine del familiare"; è inoltre iniziato a ottobre 2019 un ciclo di incontri formativi aperti al pubblico in 4 edizioni che si protrarranno sino ad aprile 2020, su tre temi "Disturbi del comportamento: disfagia" - "Cure palliative e terapia del dolore" - "Fine vita".

E' inoltre previsto il convegno di Sabato 9 novembre 2019 " Il tempo e la cura".

ACCREDITAMENTO/AUTORIZZAZIONI.

Per quanto riguarda le attività di autorizzazione/accreditamento Regionale in applicazione della Legge Regionale 22/2002, il 29 maggio 2019 è stata eseguita dall'ULSS 6 la verifica per il rinnovo dell'autorizzazione all'esercizio del Centro Servizi Beato Pellegrino e alla data del Riesame si è ancora in attesa del Decreto, pur essendo stato mandato sollecito da parte della Regione Veneto, ai Servizi Sociali dell'ULSS 6. In data 29 agosto 2019 è stata effettuata la verifica da parte del Comune di Padova (Servizi Sociali e SUAP) per il rinnovo dell'autorizzazione all'esercizio del Pensionato Piaggi, si è in attesa di Decreto. Per il 2020 è previsto il rinnovo accreditamento Centro Diurno Gidoni che scade al 31 Dicembre 2020, l'istanza va presentata entro il 30 Aprile 2020.

COMUNICAZIONE E PUBBLICITA' DELL'ENTE-APERTURA AL TERRITORIO

Oltre alle iniziative già descritte in precedenza, con Det. n°321 del 22 ottobre 2019 del Segretario/Direttore Generale, è stato costituito il Gruppo di Lavoro sulla Comunicazione.

Il gruppo di lavoro sarà Coordinato dal Dottor Matteo Tomielli, della Ditta LIS srl, di Padova, e costituito dai seguenti membri:

- dott. Francesco Jori – giornalista –componente del Comitato Etico di AltaVita-IRA;
- dott. ssa Mariagrazia Lincetto- Funzionario Amministrativo della Segreteria Generale di AltaVita-IRA;
- dott. ssa Valentina Don – Servizio Educativo Pensionato Piaggi;
- dott. ssa Valentina Zoccarato – Servizio Educativo della struttura "Beato Pellegrino" di Padova;

AltaVita-IRA partecipa, inoltre, al Tavolo della terza età coordinato dal Comune di Padova e l'Ente è iscritto al tavolo "Salute, sport e benessere" coordinato dal CSV (Centro Servizi Volontariato), la cui attività è finalizzata all'organizzazione di iniziative nell'ambito di "Padova capitale del volontariato 2020".

Si sono inoltre svolti o si svolgeranno i seguenti eventi:

- 16 Febbraio 2019: "Ricordi, Racconti e Musica", per i 10 anni del Centro Diurno Gidoni,
- 4 Aprile 2019 : Convegno "Le F.A. nella Guerra di Liberazione", presso il Centro Servizi Beato Pellegrino;
- 23 Giugno 2019: Concerto della Civica Orchestra dei Fiati di Padova, presso il Centro Servizi Beato Pellegrino;
- 28 Settembre 2019: Concerto dell'Orchestra di Padova e del Veneto, presso il Centro Servizi Beato Pellegrino;
- dal 4 ottobre 2019 al 3 Novembre 2019, Mostra di quadri dell'ospite Nicla Gallo, presso il Centro Servizi G.A. Bolis;



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

Documento

- 17 Novembre 2019, prevista l'inaugurazione della Mostra di quadri dell'ospite Gino Francesco Ferrari, presso il Pensionato Piaggi;
- a partire da Gennaio 2019 sino a tutto il 2020, sono stati organizzati incontri gratuiti aperti a famigliari over 60 di ospiti ed a operatori con maggior anzianità di servizio per l'invecchiamento attivo e il benessere. Le locandine sono disponibili presso la Segreteria Generale.



7. Risultati della formazione, informazione e addestramento

DOC. IN INGRESSO: I-P-GRU rev.7

CONSIDERAZIONI / DECISIONI DA INTRAPRENDERE

La procedura I-P-GRU rev.7 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 (SicurCluod). 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.7, I-P-GAT rev.3

CONSIDERAZIONI / DECISIONI DA INTRAPRENDERE

Le risorse dal bilancio per il 2019 sono state stabilite dal bilancio approvato con delibera del C.d.A n. 6 del 21 febbraio 2019.

Relativamente ai lavori di adeguamento alla D.G.R 84/07 della struttura del Centro Servizi Beato Pellegrino, con Delibera del C.d.A. n° 62 del 2018 è stato approvato il progetto di fattibilità tecnico economica di adeguamento agli standard previsti dalla Legge Regionale 22/2002. Secondo quanto previsto dal programma degli investimenti, sono in corso nel 2019 le procedure per l'affidamento degli incarichi per la progettazione esecutiva del I stralcio lavori, concernenti il piano semi-interrato. L'iniziale progetto prevedeva il trasferimento della cucina da Selvazzano al Beato Pellegrino. Alla data del Riesame, il Progetto è stato rivisto, e si è deciso per il mantenimento nella Sede Attuale. I lavori per la trasformazione in casa vacanze del quarto e quinto piano del Pensionato Piaggi, sono terminati 11 gennaio 2019. E' stato ottenuta l'autorizzazione all'esercizio della Casa Vacanze al "Carmine". In data 15 Aprile 2019 è stato firmato il Contratto di affitto del Ramo di Azienda dalla Cooperativa Sociale E-SFAIRA. Nei mesi estivi la struttura ha funzionato a pieno regime, con frequenza superiore alle aspettative. A fine anno di gestione, la Cooperativa comunicherà alla proprietà i dati consuntivi di occupazione.

Per quanto riguarda il progetto di Co-housing, sono stati avviati rapporti con la fondazione Zancan, per un ipotesi di progetto ed è iniziata l'attività di studio in parallelo da parte delle figure incaricate, Dott.ssa Bigolaro, Dott.ssa Mazzucato, Dott.ssa Buggio.

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

MODIFICHE ALL'ORGANIGRAMMA E CARENZE DI PERSONALE

A settembre 2018 è entrato in servizio Il Dottor Michele Testa Dirigente Amministrativo a capo dell'Area Acquisti Contabilità e Bilancio, mentre in comando a 18 ore in Area Tecnica, l'Arch. Simona Campedel che a partire da 1 gennaio 2019 è a tempo pieno. Dal 1 Gennaio 2019 ha assunto la Responsabilità della Gestione delle Emergenze e la Responsabilità del Sistema di Gestione della Salute e Sicurezza dei Lavoratori

Con il Pensionamento l'Arch. Campedel dal 1 ottobre 2019 ha assunto la Responsabilità ad interim di Coordinatore Servizio Manutenzione e Patrimonio. E' già stato indetto il bando di concorso per la sostituzione della posizione.

Dal 1 ottobre 2019 la Dott.ssa Lissandron ha assunto la Responsabilità dell'Ufficio Risorse Umane a seguito del Pensionamento

Dal 1 luglio 2019 è andata in mobilità il

dell'Area Tecnica. Per la sostituzione è



stata indotta selezione pubblica. La posizione alla data del Riesame, non con le mansioni che aveva è occupata con contratto a tempo determinato dall'Arch. Segato. La funzione di ASPP è stata presa dalla Dott.ssa Giovanna Rossi. La posizione di addetto al Sistema di Gestione della Sicurezza è vacante. Le variazioni hanno portato alla revisione degli organigrammi: Organigramma Generale I-D-ORG rev.11 del 1 ottobre 2019 e Organigramma G.A.Bolis I-D-ORG-PB rev.2 del 1 ottobre 2019. Inoltre da Marzo 2019 l'Istituto si avvale della figura del Consulente Sanitario, il Dottor Stefano Bellon, che supporta il Servizio Medico e la Direzione per la Gestione dei casi complessi.

REVISIONE DOCUMENTAZIONE

Alla data del Riesame sono state riviste:

le procedure di Gestione dei Centri Diurni e del Servizio Educativo Animativo, per la modifica dell'accordo con ULSS, la procedura del Servizio Sociale, per nuovo accordo con ULSS che non prevede più gli ospiti in art.3, sono state emesse specifiche procedure per la Gestione della Cartella Personale informatizzata per le parti già implementate, la procedura delle Risorse Umane dove è stato inserito il punto relativo al controllo della iscrizione all'ALBO.

E' prevista per fine anno, la revisione della Procedura degli Acquisti Contabilità e Bilancio e conseguentemente quella dell'Area Tecnica.

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. Per la revisione definitiva si è attesa la decisione presa a ottobre 2019 dalla Direzione di mantenere il Turno Notturno dei medici h24.

Le nuove Carte dei Servizi, manterranno almeno sino a Febbraio 2020, gli standard di qualità generali e specifici attuali.

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.



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, sarà rivista nel 2020.

Nuovi obiettivi e programmi:

Dalla analisi del contesto e parti interessate dei rischi e delle opportunità verranno valutati gli obiettivi per anno 2020.

Va valutata la possibilità di rendere conforme il SGS 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:

Il processo di integrazione tra Sistema Qualità e Sicurezza si è fermato sia per la carenza di organico in Area Tecnica, sia perché il Sistema di Gestione della Sicurezza di AltaVita-Ira è conforme alla NORMA OHSAS 18001 del 2007 che scade a marzo 2020. Era stata fatta una proposta di attività di transazione per anno 2019 alla Nuova Norma ISO 45001:2018, sentito il Consulente che aveva implementato il Sistema di Gestione della Sicurezza di AltaVita-Ira e facilitato il processo di integrazione dei due Sistemi ma, nell'anno 2019 tale attività di transazione si è fermata. Si è riusciti ad ottenere la riduzione del premio INAIL secondo modello OT24. Per il prossimo anno (modello OT23), qualora INAIL decidesse che per l'ottenimento della riduzione, il Sistema di Gestione della Sicurezza deve essere conforme alla NORMA ISO 45001:2018, verrà valutato come procedere.

Necessità di nuove risorse:

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

Va , in ogni caso tenuta in considerazione la carenza di personale nel mercato del lavoro.

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 che il Sistema di Gestione Qualità sia efficace. Le opportunità di miglioramento sono individuate nell'assegnazione degli obiettivi, vedi punto 2 del Riesame.

Alla luce di quanto sopra verbalizzato si ritiene che il Sistema di Gestione della Qualità di AltaVita-IRA sia adeguato alla NORMA UNI EN ISO 9001:2015.

Prossimo Riesame è fissato per marzo 2020.

TABELLA A INDICATORI PRESTAZIONE PROCESSI ANNO 2016-2019 I semestre

n	PROCESSO	INDICE DI EFFICIENZA CONSIDERATO	dato considerato/RISCHIO OPPORTUNITA'	responsabile	personale coinvolto	tempi	anno 2016	anno 2017	anno 2018	I sem 2019
A.a	PROCESSO EROGAZIONE DEI SERVIZI ALL'OSPITE	% 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 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 98,57% (% dei bagni che hanno sfiorato il limite di 7 giorni=1,43 %) obiettivo raggiunto	la % dei bagni fatti entro 7 giorni è stata del 97,63% (% dei bagni che hanno sfiorato il limite di 7 giorni=2,37%)
A.b	PROCESSO EROGAZIONE DEI SERVIZI ALL'OSPITE (CENTRO DIURNO 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	27,35 obiettivo raggiunto	34,66 obiettivo raggiunto	31,93 obiettivo raggiunto	33,07
A.b	PROCESSO EROGAZIONE DEI SERVIZI ALL'OSPITE (CENTRO DIURNO MONTE)	occupazione media posti struttura pari a 24 per giorno nel 2015 e 2016, pari a 28 per giorno nel 2017, pari a 30 nel 2018-2019	posti medi per giorno (Monte Grande)	Responsabile organizzativo A. Barzaghi	Coordinatore Centro Diurno Monte Grande	semestrale	31,7 obiettivo raggiunto	32,58 obiettivo raggiunto	34,53 obiettivo raggiunto	33,78
A.c	PROCESSO EROGAZIONE DEI SERVIZI ALL'OSPITE - SERVIZI PROFESSIONALI-ATTIVITA' MOTORIA	partecipazione alle attività % ospiti prefissate (70% ospiti N.A - 75 % ospiti Piaggi e C. D. C. Gidoni e montegrande dal 2016-2017-2018) anno 2019 solo P.Piaggi	% 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	>75% AI Pensionato Piaggi
A.e	PROCESSO DI EROGAZIONE SERVIZI MANUTENZIONE	totale degli interventi effettuati entro 1 giorno di attesa	giorni medi di attesa sul totale interventi effettuati	Geom. R. Pastore	Personale Servizio Manutenzione	semestrale	0,64 obiettivo raggiunto	0,72 obiettivo raggiunto	0,55 obiettivo raggiunto	0,46

TABELLA A INDICATORI PRESTAZIONE PROCESSI ANNO 2016-2019 | semestre

n	PROCESSO	INDICE DI EFFICIENZA CONSIDERATO	dato considerato/RISCHIO OPPORTUNITA'	responsabile	personale coinvolto	tempi	anno 2016	anno 2017	anno 2018	I sem 2019
A.f	PROCESSO DI EROGAZIONE SERVIZI MANUTENZIONE	tempi non produttivi max 20% ore lavorative totali (nel 2016 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	10% obiettivo raggiunto	6,84% obiettivo raggiunto	7,67% obiettivo raggiunto	5,00%
A.g	PROCESSO DI GESTIONE DELLE RISORSE UMANE FORMAZIONE	Emissione piano formativo dettagliato sulla base delle linee guida approvate dal Consiglio d'Amministrazione con erogazione del 100% corsi pianificati	% corsi erogati/anno rispetto al pianificato	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	95,24% (obiettivo raggiunto vedi note interne verbale)	100% piano rispettato nel corso del I semestre
A.g	PROCESSO DI GESTIONE DELLE RISORSE UMANE FORMAZIONE	garantire mediamente almeno un accesso formativo pro capite	numero medio accessi formativi pro capite	Dott. Giannone	Tutto il personale AltaVita-IRA	semestrale	MEDIA 2,83 obiettivo raggiunto	MEDIA 2,58 obiettivo raggiunto	MEDIA 4,08 obiettivo raggiunto	MEDIA 3,17
A.h	PROCESSO EROGAZIONE DEI SERVIZI ALL'OSPITE - SERVIZI PROFESSIONALI-SERVIZIO EDUCATIVO ANIMATIVO	Numero laboratori fatti nel 2019, rispetto al 2018 e presenze	% di laboratori fatta in più rispetto al 2018 e presenze	Dott.ssa Nicoletto/Maglio Maria Chiara	Servizio Educativo Animativo	semestrale	-	-	148% (Residenze); 160% Centri Diurni obiettivo raggiunto	48% (Residenze); 67% in più presenze

TABELLA A INDICATORI PRESTAZIONE PROCESSI ANNO 2016-2019 I semestre

n	PROCESSO	INDICE DI EFFICIENZA CONSIDERATO	dato considerato/RISCHIO OPPORTUNITA'	responsabile	personale coinvolto	tempi	anno 2016	anno 2017	anno 2018	I sem 2019
A.i	PROCESSO EROGAZIONE DEI SERVIZI ALL'OSPITE - SERVIZI PROFESSIONALI-SERVIZIO FISIOTERAPIA	Aumento dei trattamenti di fisioterapia, rispetto al 2017-2018 -2019	% di trattamenti fatta in più rispetto al 2017-2018-2019	Alberto Barzaghi	Servizio di fisioterapia	semestrale	-	-	% di trattamenti effettuati rispetto alle ore versate pari a 57,30% nel 2018 e 57,9% nel 2017 (nel 2018 versate 749 ore in meno):	% di trattamenti effettuati rispetto alle ore versate pari a 62,3% .Nel I semestre del 2019 , contro il 57,7% del I semestre del 2018
A.l	PROCESSO EROGAZIONE DEI SERVIZI ALL'OSPITE - SERVIZI PROFESSIONALI-SERVIZIO 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 I semestre 100% su 24 valutazioni II semestre obbiettivo raggiunto	100% su 16 valutazioni I semestre 2019
A.m	PROCESSO EROGAZIONE DEI SERVIZI ALL'OSPITE - SERVIZI PROFESSIONALI-SERVIZIO 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	-	-	Effettuati almeno due incontri per residenza in entrambi i semestri obbiettivo raggiunto	Effettuati almeno due incontri per residenza nel primo semestre

TABELLA B

VALUTAZIONE AZIONI DI MIGLIORAMENTO ALTAVITA IRA ANNI 2016-2018-I semestre 2019

n	processo	azione di miglioramento	attività	responsabile	personale coinvolto	tempi di verifica	risultato anno 2016	risultato anno 2017	anno 2018	I semestre 2019
B.a	PROCESSO EROGAZIONE DEI SERVIZI ALL'OSPITE - SERVIZIO 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	Responsabile organizzativo	Servizio Accettazione e sociale	semestr ale	-	-	26 casi complessi seguiti relazione disponibile, per anno 2019 supporto medico coordinatore	14 casi complessi seguiti relazione disponibile, per anno 2019 supporto medico coordinatore
B.b	PROCESSO DI INFORMATIZZAZIONE DELL'ENTE	Supporto da parte del Responsabile del CED al Sistema Informativo dell'Ente per avvio e integrazione cartella personale e implementazione Gestionale Zucchetti per la Gestione delle Presenze del Personale e dati variabili	Presenza Relazione semestrale	Segretario/Direttore Generale	Responsabile CED- Responsabile Organizzativo	semestr ale	-	-	Scelto applicativo software MyCare, in tecnologia cluod per cartella personale e Zucchetti per programma Presenze	16 giugno 2019 entrata in vigore procedure per la gestione tramite cartella personale della parte sanitaria (medico, infermiere e coordinatore) per gli ospiti dell' residenza primo piano fiordalisi- analisi programma Presenze iniziata ad Ottobre
B.c	PROCESSO DI GESTIONE E CONTROLLO DEL PATRIMONIO	Mantenere sotto controllo la contabilità amministrativa del patrimonio, dando segnalazione tempestiva delle morosità entro il termine massimo di 30 giorni.	Presenza Relazione semestrale con indicazione della data (protocollo) in cui è stato mandato sollecito	Dirigente Amministrativo	Personale Acquisti Contabilità e Bilancio	semestr ale	-	-	-	situazioni di morosità segnalate entro i 30 giorni successivi, relazione agli atti. Sono stati innviati e protocollati 6 invii di sollecito nel corso del I semestre

TABELLA B

VALUTAZIONE AZIONI DI MIGLIORAMENTO ALTAVITA IRA ANNI 2016-2018-I semestre 2019

n.	processo	azione di miglioramento	attività	responsabile	personale coinvolto	tempi di verifica	risultato anno 2016	risultato anno 2017	anno 2018	I semestre 2019
B.d	PROCESSO EROGAZIONE DEI SERVIZI ALL'OSPITE -	Nell'ambito dell'attività di trasmissione dei F.A.R all'ULSS, effettuare la rilevazione del numero degli Ospiti con lesioni insorte sebbene dotati a scopo preventivo di ausilio anti-decubito, e rilevazione del numero cadute per Ospite e interventi personalizzati effettuati per ridurre il rischio di cadute. Riassumere i F.A.R trasmessi all'ULSS con frequenza semestrale.	Relazione semestrale	Responsabile organizzativo	Coordinatori di Residenza	semestrale	-	-	-	Presenza dati relativi a cadute e lesioni. Manca dato Riassuntivo e interventi personalizzati. Attività riassuntiva verrà fatta nel II semestre
B.e	PROCESSO EROGAZIONE DEI SERVIZI ALL'OSPITE -	Sensibilizzazione del personale assistenziale sul trattamento del dolore degli ospiti Non autosufficienti con presentazione/applicazione del Protocollo redatto dal Comitato Etico	Relazione semestrale	Responsabile organizzativo	Coordinatori di Residenza / Servizio Medico/Comitato Etico	semestrale	-	-	-	Procedure redatte in maniera sperimentale, valutazione delle procedure alla Residenza Bolis, applicazione delle procedure in forma sperimentale a partire dal 16 settembre 2019 -organizzati ulteriori incontri di approfondimento nelle Residenze a settembre
B.f	PROCESSO EROGAZIONE DEI SERVIZI ALL'OSPITE - CENTRI DIURNI	Valutazione Rischio di disfagia da parte dei Coordinatori del Centro per dare supporto alle famiglie anche a casa	Relazione semestrale	Responsabile organizzativo	Coordinatori del Centro/OSS	semestrale	-	-	-	Somministrata Check list predisposta con il servizio logopedico, nessun ospite a rischio di disfagia
B.g	PROCESSO DI EROGAZIONE DEI SERVIZI ASSISTENZIALI SERVIZIO SOCIALE	Valutazione tempo di latenza (in giorni) tra richiesta di contatto per informazione e risposta del Servizio Sociale	Relazione semestrale	Responsabile organizzativo	Personale del Servizio Sociale (escluso Centro Diurno Gidoni)	semestrale	-	-	-	589 contatti al BP, 544 con zero giorni di latenza i rimanenti entro i 7 giorni, ingressi 58 a seguito contatto. 107 contatti telefonici al Bolis , 77 con zero giorni di latenza, i rimanenti meno di 9 giorni. Ingressi a seguito contatti 30 (18 al Centro Diurno e 12 Residenziali considerando anche i 100 contatti diretti)

TABELLA B

VALUTAZIONE AZIONI DI MIGLIORAMENTO ALTAVITA IRA ANNI 2016-2018-I semestre 2019

n.	processo	azione di miglioramento	attività	responsabile	personale coinvolto	tempi di verifica	risultato anno 2016	risultato anno 2017	anno 2018	I semestre 2019
B.h	PROCESSO EROGAZIONE DEI SERVIZI ALL'OSPITE - SERVIZI PROFESSIONALI-SERVIZIO DI FISIOTERAPIA	Miglioramento valutazione Rischio di caduta, utilizzando il Test di Morse, in affiancamento al Test di Tinetti .	Relazione semestrale	Responsabile organizzativo	Personale Servizio fisioterapia	semestrale	-	-	-	Test di Morse Somministrato 54 volte a 51 ospiti. 19 valutazioni hanno dato Rischio di caduta basso, le rimanenti 35 rischio di caduta medio alto. Non sempre le valutazioni di rischio di caduta medio alto sono state trasmesse in maniera ufficiale per scritto. Per il I semestre si provvederà alla trasmissione e all'inserimento nei PAI delle attività conseguenti
B.i	PROCESSO EROGAZIONE DEI SERVIZI ALL'OSPITE - SERVIZI PROFESSIONALI-SERVIZIO DI LOGOPEDIA	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	Responsabile organizzativo	Servizio di logopedia	semestrale	-	-	-	effettuati 10 incontri
B.l	PROCESSO EROGAZIONE DEI SERVIZI ALL'OSPITE - SERVIZI PROFESSIONALI-SERVIZIO DI PSICOLOGIA	Intercettare la rete familiare nella fase di pre-ingresso dell'ospite per raccogliere informazioni utili per facilitare l'accoglimento dell'ospite in struttura e per individuare tempestivamente eventuali loro bisogni o difficoltà, utilizzando quale indicatore il numero di contatti attivati con la rete familiare al momento dell'ingresso, in rapporto al numero totale di ingressi.	relazione sugli incontri effettuati	Responsabile organizzativo	Personale del Servizio di Psicologia	semestrale	-	-	-	Effettuati 30 incontri utilizzando scheda allo scopo predisposta

TABELLA B

VALUTAZIONE AZIONI DI MIGLIORAMENTO ALTAVITA IRA ANNI 2016-2018-I semestre 2019

n	processo	azione di miglioramento	attività	responsabile	personale coinvolto	tempi di verifica	risultato anno 2016	risultato anno 2017	anno 2018	I semestre 2019
B.14	PROCESSO DI GESTIONE DELLE RISORSE UMANE-RIORGANIZZAZIONE PERSONALE AMMINISTRATIVO	Attraverso consulente Esterno CONSIDI	Stato dell'arte dell'avanzamento del Progetto suddiviso in 4 fasi	Segretario/Direttore Generale	Personale amministrativo	Secondo action Plan CONSIDI	-	-	-	Valutazione dati di autovalutazione personale II fase

TABELLA C

VALUTAZIONE DATI A CONSUNTIVO ALTAVITA IRA ANNO 2016 - 2019

n	processo	scopo	dato considerato	responsabile	personale coinvolto	tempi di verifica	anno 2016	anno 2017	anno 2018	I semestre 2019
C.a	PROCESSO DI EROGAZIONE DEI SERVIZI ALL'OSPITE-	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 (NO ATTIVITA' MOTORIA NEL 2019)	semestrale	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 II semestre 54,14% stazionari, 14,28% migliorati, 31,58% peggiorati	I semestre 55,47% stazionari, 13,13% migliorati, 31,39% peggiorati
C.b	PROCESSO DI GESTIONE DELLE RISORSE UMANE FORMAZIONE	valutazione costi/ore medie di formazione procapite	media costo orario/ore medie di formazione per addetto	Dott. F. Giannone /Dott.ssa Lissandro n	Personale Servizio Risorse Umane e Formazione	semestrale	€ 8,25 / 11,31 ore	€ 7,64 /10,00 ore	€ 5,19 /10,68 ore	€ 4,47 /9,29 ore
C.c	PROCESSO DI GESTIONE DELLE RISORSE UMANE FORMAZIONE	valutazione gradimento dipendenti sulla formazione ricevuta	% giudizio molto insufficiente, insufficiente, sufficiente, buono, ottimo (nel 2015, insufficiente, sufficiente,	Dott. F. Giannone /Dott.ssa Lissandro n	Personale Servizio Risorse Umane e Formazione	semestrale	0,43%/5,67%/93,90 %	0,0% molto insufficiente; 0,00% sufficiente; 52,53% buono; 45,32% ottimo (97,854%)	0,09% molto insufficiente; 0,09% sufficiente; 49,65% buono; 42,97,% ottimo	0,12% molto insufficiente; 0,12% sufficiente; 47,38% buono; 49,70,% ottimo
C.d	PROCESSO DI GESTIONE DELLE RISORSE UMANE FORMAZIONE	valutazione apprendimento dipendenti, mediante esecuzione test a fine corso, se previsto, o, nei casi residui, valutazione a termine dell'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 /Dott.ssa Lissandro n	Personale Servizio Risorse Umane e Formazione	annuale	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 valutazioni da parte dei Responsabili, 109 valutazioni buono 51 adeguato	Per i corsi che prevedono il test a fine corso, nessun mancato superamento del test Per quanto riguarda la seconda tipologia di verifica dell'apprendimento, i responsabili hanno valutato positivamente i risultati della formazione tranne che in due casi riferiti a personale amministrativo. Una	Per i corsi che prevedono il test a fine corso, due mancati superamenti test, il corso verrà fatto ripetere Per quanto riguarda la seconda tipologia di verifica dell'apprendimento, i responsabili valuteranno la formazione a fine anno .

TABELLA C

VALUTAZIONE DATI A CONSUNTIVO ALTAVITA IRA ANNO 2016 - 2019

n	processo	scopo	dato considerato	responsabile	personale coinvolto	tempi di verifica	anno 2016	anno 2017	anno 2018	I semestre 2019
C.e	PROCESSO DI GESTIONE DELL'ENTE SISTEMA QUALITA' E SICUREZZA	numero Non conformità interne emesse	Trend non conformità	Alta Direzione	Responsabile Qualità	semestrale	6 (tutte non conformità da audit, 0 corpi estranei in biancheria)	11 (tutte non conformità da audit, di cui 2 fornitore)	8 non conformità a carico di fornitori	7 non conformità, 7 a carico di fornitori
C.f	PROCESSO DI GESTIONE DELL'ENTE SISTEMA QUALITA' E SICUREZZA	Certificazione ISO 9001. Per il 2017 estensione a Palazzo Bosis, Per il 2018 ricertificazione e transizione alla Norma ISO 9001:2015 Per il 2019 Mantenimento Certificazione ISO 9001:2015	stesura verbale riesame direzione e superamento verifica ispettiva ente di certificazione	Alta Direzione	Responsabile Qualità	annuale	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	Audit previsto 4 dicembre 2019



VERBALE DI RIESAME DELLA DIREZIONE

DATA PRECEDENTE RIESAME	26 Ottobre 2018
DATA ATTUALE RIESAME	21 Febbraio 2019
PERIODO CONSIDERATO	Anno 2018
DATA PROSSIMO RIESAME	Ottobre 2019

Distribuzione e partecipanti

		Firme
Segretario Direttore Generale	Sandra Nicoletto	
Dirigente Tecnico /RSPP	Giuseppe Alessandro Boniolo	
Dirigente Amministrativo	Michele Testa	
UOP	Alberto Barzagli	
RSGS/Funzionario Tecnico	Simona Campedel	
RU	Francesco Giannone Daniela Lissandron	
Segreteria Generale/Funzionari	MariaGrazia Lincetto	
Gestione Appalti Ristorazione e Lavanderia	Elisabetta Berton	
Responsabile struttura Bolis	Micaela Mazzucato	
Responsabile Centro Diurno Gidoni	Raffella Buggio	
Coordinamento Ufficio Organizzazione Personale	Mariachiara Maglio	
RQ	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 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 all'anno 2018, approvati con Det. n° 79 del 20.02.2018 del Segretario Direttore Generale e n°18 del 1 marzo 2018 del Dirigente Tecnico per Alta Direzione.

La conferma degli indici per l'anno 2019, vedi Det.n° 26 del 29.01.2019 del Segretario Direttore Generale e Det. n°26 del 11.02.2019 del Dirigente Tecnico per Alta Direzione.

La valutazione dell'analisi del contesto e delle parti interessate e valutazione dei Rischi e delle opportunità inerenti al Sistema di Gestione (piano delle performance 2018-2020) I-D-CNT rev.0 Aprile 2018 .

L'analisi del contesto e delle parti interessate e valutazione dei Rischi e delle opportunità inerenti il Sistema di Gestione (piano delle performance 2019-2020) I-D-CNT rev.1 del 2019 in stesura, sarà oggetto di specifica Riunione che si terrà entro fine Marzo 2019.

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 2018-esiti I-D-CNT rev.0 Analisi del contesto e delle parti interessate dei Rischi e Delle opportunità aprile 2018

DOC. IN INGRESSO: Procedura di Miglioramento I-P-MIG rev.2- Verbale Riesame della Direzione 26 ottobre 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- Det.n° 26 del 29.01.2019 del Segretario Direttore Generale e Det. n°26 del 11.02.2019 del Dirigente Tecnico per Alta Direzione.

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 dell'anno 2018 e il trend degli ultimi tre anni dove pertinente.

Come si evince dalla Tabella A tutti gli indicatori di prestazione dei processi hanno raggiunto l'obiettivo al 100%

Di seguito i commenti relativi agli indicatori che hanno subito variazioni o nuovi rispetto all'anno 2017.

Centri Diurni

L'indicatore 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. Nell'anno 2018 la media di occupazione si attesta al 31,93 per il Gidoni e a 34,53 per il Monte Grande. L'attività di promozione dei Centri Diurni che ha portato a questo risultato si è realizzata anche attraverso l'organizzazione dei caffè Alzheimer, aperti al territorio, previsti anche per l'anno 2019.

Servizio Manutenzione

L'indicatore "tempi non produttivi" è stato reso più sfidante rispetto al 2017 passando da una % del 10% di tempi non produttivi rispetto alle ore totali lavorate ad una % del 7%. Nel corso dell'anno 2018 sono stati effettuati e registrati 3.918 interventi con un tempo di attesa medio dalla richiesta di intervento all'esecuzione di 0,55 giorni; occupando per la loro realizzazione n.8771 ore a fronte di un monte ore lavorative degli operai



manutentori di 9500, pertanto la differenza % dei tempi non produttivi corrisponde a circa il 7,67%. Poiché nella somma delle ore lavorate, rientrano anche le ore di formazione del personale del servizio, quantificabili nel 2018 in 75, il dato riferito ai tempi non produttivi risulta inferiore al 7%.

Residenze

Merita sottolineare il miglioramento nel corso degli anni dell'indicatore relativo alla % dei bagni che sfora il limite dei 7 giorni; nel 2018 è stata di 1,42%, nel 2017 di 2,42% e nel 2016 del 4,16%.

Per quanto riguarda i nuovi indicatori introdotti nel 2018, per migliorare le performance di alcuni servizi, nonché la loro visibilità anche per dar seguito ai suggerimenti emersi nella Customer Satisfaction, questa la situazione.

Servizio Educativo Animativo

Aumento del numero dei laboratori in residenza rispetto al 2017. Nel 2018 i laboratori effettuati nelle Residenze, compreso il P.Piaggi, sono stati 243 per un totale di 2038 presenze, mentre nel 2017 erano stati 117 con un totale di presenze pari a 774. La % di laboratori in più rispetto al 2017 è stata pertanto di 148% e la percentuale di presenze di 163%.

Per quanto riguarda i Centri Diurni, nel 2018 il numero di laboratori effettuati è stato di 91, mentre nel 2017 di 57. La % di laboratori in più è stata pertanto del 160%. Per quanto riguarda le presenze, non è stato possibile fare un raffronto nei Centri Diurni rispetto al 2017, in quanto nel 2017 non venivano raccolte le presenze del singolo ospite partecipante attivamente ai laboratori.

Servizio di Fisioterapia

Aumento dei trattamenti di fisioterapia, rispetto al 2017. I trattamenti fisioterapici si distinguono tra trattamenti effettuati in palestra e trattamenti effettuati in residenza. Nel corso dell'anno 2018 la media mensile dei trattamenti (residenza+palestra) rispetto al totale delle ore versate è stata del 28,65%, mentre nel 2017 è stata del 28,95%. Considerando però che nel 2018 sono state versate in meno 749 ore rispetto al 2017 a causa di una riduzione nella dotazione organica, l'obiettivo può considerarsi raggiunto.

Servizio di Logopedia

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).

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.

Tutti gli indicatori del 2018 verranno mantenuti nel 2019. (vedi anche Det. n° 26 del 2.01.2019 del Segretario/Direttore Generale e Det. n° 26 del 11.02.2019 del Dirigente Tecnico).

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

Come si evince dalla Tabella B Tutte le azioni di miglioramento, a parte quella relativa al Rischio Clinico (vedi punto specifico) risultano implementate.

Di seguito i commenti relativi alle nuove azioni di miglioramento introdotte nel 2018 rispetto al 2017:

Servizio Accettazione e Sociale

- controllo semestrale adempimenti sanitari e amministrativi assistenze private degli ospiti; nel corso del 2018 tutte le assistenze risultano essere in regola dal punto di vista amministrativo e con certificato medico in vigore. Per l'anno 2019 tale azione viene considerata attività routinaria, inserita nella



Procedura P-SAS Gestione Servizio Sociale.

- Supporto da parte del Servizio Sociale alla Direzione per la gestione dei casi complessi sia in fase di accogliimento, che durante la permanenza; sono stati affrontati 26 casi complessi. Gli interventi del Servizio Accettazione e Sociale sono stati relazionati, documentazione agli atti. L'azione di miglioramento è stata riproposta per l'anno 2019

CED

- Supporto al Sistema Informativo dell'Ente per avvio e integrazione cartella socio-sanitaria. Dalla relazione del Responsabile del CED si evince che è stato scelto il software MyCare, in tecnologia cluod. Il software nell'anno 2019 verrà provato sperimentalmente in una Residenza campione e poi diffuso alle altre. Per quanto riguarda il piano proposto dal Responsabile CED per dotare entro l'anno il centro servizi Beato Pellegrino di totale copertura wi-fi di ultima generazione in modo da connettere in mobilità tutti i vari dispositivi necessari all'utilizzo della cartella informatica e per aggiornare la connettività verso l'esterno mediante anello privato in fibra ottica tra le sedi, disattivando in tal modo l'attuale trasmissione tra strutture via link radio composta da apparecchi piuttosto obsoleti e oggetto di diverse cause di guasto, non ha avuto seguito nella forma delle soluzioni proposte. Il consulente esterno per i servizi informativi di AltaVita ha dato, al momento, indicazioni diverse per l'attività di supporto sopra riportata. L'attività di copertura sarà rivalutata dopo l'estensione del periodo di prova del Software a tutta la Residenza Fiordalisi, scelta come Residenza Campione.

L'azione di miglioramento seguirà nel 2019.

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 I-D-CNT rev.0 Aprile 2018, 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 con transizione alla NORMA ISO 9001:2015 è stato superato a giugno 2018, per cui l'azione di miglioramento è stata correttamente implementata. Il documento verrà aggiornato per anno 2019. Nel 2019 è previsto l'Audit di Mantenimento secondo la Norma ISO 9001:2015.

Servizio Medico

- La tabella, mostra che, a carico del Servizio Medico, anche per il 2018 è stata riproposta l'analisi del rischio clinico e che per il 2018 non è stata fatta alcuna attività di analisi, sia per carenza di organico ed elevato Turn Over, nota a livello nazionale, per cui i medici dipendenti dell'Istituto hanno dovuto far fronte alle attività di routine, sia perché per le Case di Riposo, la situazione a livello Regionale, non è ancora del tutto chiarita. In ogni caso 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 ha coinvolto varie case di riposo; a dicembre del 2018 è stato disposto il modulo definitivo per la riconciliazione del Farmaco che dovrà essere compilato e allegato alla cartella sanitaria dell'ospite, ma l'attività non è ancora partita. Allo scopo di evidenziare l'attività del Servizio Medico, in sostituzione all'attività di analisi sul Rischio Clinico, è stata fatta una ricognizione relativa al n° di nuovi ingressi o rientri da ospedale, e il numero di Schede Terapia che il Servizio Medico ha dovuto emettere con adeguamento della medesima. Per il Centro Servizi Beato Pellegrino a fronte di 175 ingressi è stata rivista la terapia per 151 ospiti, e a seguito di rientro di 95 ospiti dall'ospedale è stata rivista la terapia per 85 ospiti. Nel caso di Palazzo Bolis, a fronte di 34 nuovi ingressi la terapia è stata rivista per tutti i 34 ospiti e a fronte di 43 rientri dall'ospedale la terapia è stata rivista per 43 ospiti.

Per il 2019 si prevedono le seguenti ulteriori azioni di miglioramento (Det.n° 26 del 29.01.2019 del Segretario Direttore Generale e Det. n°26 del 11.02.2019 del Dirigente Tecnico per AltaDirezione). In particolare le azioni di miglioramento previste per il Servizio di Fisioterapia, Logopedia, Psicologico, oltre a quelle già in atto mirano ad aumentare la visibilità dei Servizi che risulta, vedi anche esiti Customer Satisfaction 2018, piuttosto bassa.



Settore Acquisti Contabilità e Bilancio

Mantenere sotto controllo la contabilità amministrativa del patrimonio, dando segnalazione tempestiva delle morosità entro il termine massimo di 30 giorni.

Residenze

Nell'ambito dell'attività di trasmissione dei F.A.R all'ULSS, effettuare la rilevazione del numero degli Ospiti con lesioni insorte sebbene dotati a scopo preventivo di ausilio anti-decubito, e rilevazione del numero cadute per Ospite e interventi personalizzati effettuati per ridurre il rischio di cadute. Riassumere i F.A.R trasmessi all'ULSS con frequenza semestrale

Residenze/Servizio Medico

Sensibilizzazione del personale assistenziale sul trattamento del dolore degli ospiti Non autosufficienti con presentazione/applicazione del Protocollo redatto dal Comitato Etico.

Centri Diurni

Valutazione Rischio di Disfagia per gli ospiti disfagici da parte dei Coordinatori dei Centri allo scopo di supportare le famiglie anche a casa nella gestione del parente disfagico.

Servizio Sociale

Valutazione tempo di latenza per occupazione dei posti letto, dal contatto con l'interessato alla reale occupazione; valutazione anche in rapporto al numero di contatti effettuati dal Servizio Sociale.

Servizio di Fisioterapia

Miglioramento valutazione Rischio di caduta, utilizzando il Test di Morse, in affiancamento al Test di Tinetti .

Servizio di Logopedia

Incontri in residenza con Infermieri e OSS, ecc... per trattazione casi specifici con cadenza almeno bimestrale.

Servizio di Psicologia

Intercettare la rete familiare nella fase di pre-ingresso dell'ospite per raccogliere informazioni utili per facilitare l'accoglimento dell'ospite in struttura e per individuare tempestivamente eventuali loro bisogni o difficoltà, utilizzando quale indicatore il numero di contatti attivati con la rete familiare al momento dell'ingresso, in rapporto al numero totale di ingressi.

Per quanto riguarda la Tipologia C) Dati a consuntivo relativi all'attività dell'organizzazione, la tabella relativa C riassume l'andamento dell' anno 2018 e il trend degli ultimi tre anni dove pertinente.

Merita commentare alcuni dati ovvero:

Deambulazioni

Il Dato si prefigge di evidenziare la % degli ospiti rispetto al totale dei trattati che mantengono le capacità deambulatorie dell'ospite. La varianza, nel corso degli anni, è legata alla tipologia di ospite e all'aggravamento, nel corso del tempo degli ospiti residenti. Viene pertanto valutata singolarmente la situazione relativa ai due semestri. Nel corso del 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%, mentre nel corso del II semestre 2018, la % degli ospiti trattati per i quali la capacità deambulatoria è rimasta stazionaria è risultata del 54,14% la % dei migliorati è risultata del 14,28% la % dei peggiorati del 31,58%

Attività Formativa

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

I dipendenti formati sono stati 449 e gli accessi formativi pari a 1833.

La media pro capite degli accessi formativi è stata di 4,086. Le ore totali di formazione erogata sono state n°4796. La media pro capite delle ore di formazione è stata di 10,68 . Il costo di formazione per agenzie e formatori è stato di di Euro 24892,60, la media pro capite del costo dei partecipanti è stata di Euro 55,44. La media del costo orario dei partecipanti è stata di Euro 5,19.

Il piano formativo particolareggiato, è stato realizzato nella misura del 95, 24%. Dei 42 corsi previsti per il 2018



mancano da effettuarsi 2 corsi relativi al Codice di Protezione dei dati personali e al Miglioramento della Dotazione carrelli per le pulizie. Il piano formativo si considera comunque completato e l'obiettivo raggiunto. Infatti nel caso del Corso in materia di protezione dei dati personali, la Società di Consulenza esterna incaricata e il DPO nominato, non hanno provveduto agli obblighi contrattuali, tra cui quello della formazione nei tempi previsti, nel caso del corso sul miglioramento della Dotazione dei carrelli delle pulizie, le proposte commerciali, nell'ambito delle attività istruttoria, sono state considerate troppo onerose.

Per quanto riguarda il gradimento dei corsi su 1152 giudizi, un giudizio è risultato molto insufficiente (0,09%), un giudizio insufficiente (0,09%), 83 sufficiente (7,20%), 572 buono (49,65%) e 286 ottimo (42,97%).

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 2018 non si è verificato alcun mancato superamento del test finale di verifica. Per quanto riguarda la seconda tipologia di verifica dell'apprendimento, i responsabili hanno valutato positivamente i risultati della formazione tranne che in due casi riferiti a personale amministrativo. Una situazione è riferita a personale cessato; l'altra a una dipendente per la quale è stata prevista la partecipazione ad altro corso del medesimo contenuto.

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 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 a seguito 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 è stata effettuata nel corso del Riesame della Direzione per la Sicurezza tenutosi in data 21 dicembre 2018.

E' emerso che gli infortuni sono in riduzione rispetto agli anni precedenti. Nell'anno 2018 si sono registrati 22 infortuni, nel 2017 si sono avuti 27 infortuni, nel 2016 si sono avuti 33 infortuni, segno che l'attività formativa risulta comunque adeguata. Da notare, che dei 22 Infortuni, tre, riguardano il personale di cucina in comando presso la Ditta Sodexo, due infortuni sono in itinere e due riguardano punture accidentali con aghi di siringhe. Due invece gli infortuni per aggressione.

Per quanto riguarda gli infortuni per aggressione, la formazione del personale che si trova a contatto con gli ospiti prevista dal relativo DVR risulta completata nell'anno 2018.

3) della predisposizione di uno specifico questionario, che è stato somministrato, in occasione dell'attività di aggiornamento della sicurezza, aggiuntivo rispetto a quello specifico della verifica del corso. Anche dall'esame di tali questionari, non sono emerse problematiche.

E' stato distribuito, ad agosto, ai dipendenti il questionario relativo alle richieste formative e ai suggerimenti per migliorare l'attività formativa; gli esiti sono stati elaborati e si riporta di seguito un breve riassunto di quanto emerso, rimandando per un maggior approfondimento alla relazione della Dott.ssa Lissandron del Settore Risorse Umane:

I questionari somministrati sono stati 412. I questionari compilati sono stati 142, pari ad una percentuale di risposta del 34,47%.



Il risultato è migliore rispetto a quanto ottenuto nel 2016 pari a 26,62% e nel 2014 pari al 28,11%.

Per quanto riguarda il giudizio espresso dal personale sulla qualità dei corsi questo quanto emerso:

I risultati, evidenziano come il giudizio generale sia favorevole: il 71,83% dà un giudizio ottimo o buono mentre solo il 4,93% dà un giudizio negativo (insufficiente). Il 17,61% non ha risposto.

Per quanto riguarda la tipologia di corsi a cui il personale vorrebbe partecipare e/o i suggerimenti per il loro miglioramento emerge dal questionario la richiesta che i corsi siano maggiormente pratici ed operativi e che il linguaggio utilizzato dai Relatori sia più semplice e meno tecnico.

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 2019 .

CONSIDERAZIONI / DECISIONI DA INTRAPRENDERE

Audit

Il piano degli audit interni per l'anno 2018 è stato completato. 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. Tali azioni alla data del Riesame sono in corso di implementazione anche tramite assegnazione di azioni di miglioramento ai Servizi/Processi interessati. In particolare, merita sottolineare che la raccomandazione :

“Valutare una più puntuale identificazione dei rischi per processo anche per meglio individuare appropriati indicatori di prestazione degli stessi” è stata presa in carico dalla Direzione, nell'assegnazione degli Obiettivi e nell'analisi del Contesto e delle parti interessate dei rischi e delle opportunità-piano delle performance anno 2019-anno 2021.

Mentre la raccomandazione:

“Definire meglio le modalità di gestione e aggiornamenti del Sito internet per le informazioni attinenti al Sistema di Gestione “ è stata presa in carico dalla Direzione/Segreteria Generale. E' stato attribuito un nuovo incarico di Consulenza esterna che ha comportato un ulteriore adeguamento e aggiornamento del Sito internet Istituzionale dell'Ente. E' in fase di emissione, da parte della Segreteria dell'Ente una check list per il controllo a campione della presenza delle pubblicazioni obbligatorie per il legge e per Il Sistema di Gestione.

Non conformità:

E' stata chiusa la Non conformità 10/2017 e AC 09/2017, relativa alle attività di controllo ai fini del rispetto delle misure minime in materia di igiene degli alimenti. Vedi anche punto 5.

Le non conformità emesse nel corso dell'anno 2018, sono state 8. Di queste 6 sono a carico di fornitori/Servizi appaltati.

In particolare :

si ricordano la

- Non conformità per scorretto scarico da parte degli Infermieri di etere etilico avvenuto nella residenza Mimose-Non conformità chiusa con divieto di utilizzo etere etilico e azione correttiva che prevede il completamento della formazione specifica degli infermieri, con particolare riferimento al Rischio Chimico. Alla data del Riesame, mancano da formare 5 infermieri che completeranno la formazione tra



marzo-maggio del 2019.

- Tre non conformità riguardano la ditta Sodexo: una per acquisto di tramezzini scaduti al bar del Centro Servizi Beato Pellegrino, una per il ritrovamento di guarnizione in plastica allo scodellamento della polenta nella Residenza Fioralisi; per queste Sodexo ha risposto che aveva provveduto a richiamare il Personale, in quanto non aveva applicato le corrette procedure di controllo
- una relativa alla gestione del magazzino di AltaVita-Ira passato in appalto a Sodexo. Onde risolvere le problematiche insorte nel Corso dell'audit è stato fatto un incontro con Sodexo ed è stato steso un piano di intervento, in avanzamento alla Data del Riesame.

In ogni caso per quanto riguarda le non conformità che hanno attinenza con l'appalto a Sodexo del Servizio di Ristorazione è stato previsto, al di là dei Controlli effettuati dall'OSA Dott.ssa Sandra Nicoletto in collaborazione con il consulente per HACCP, Dottor Ciscato, un audit a maggio 2019 per la verifica delle modalità di controllo e applicazione delle procedure citate da Sodexo quale risposta alle non conformità.

Per quanto riguarda la non conformità relativa alla Gestione del magazzino, è stato previsto un Audit a Giugno 2019, per la verifica dell'applicazione di quanto stabilito nel piano di intervento per la risoluzione della situazione.

Il piano di Audit interno 2019 secondo Norma ISO 9001:2015 e l'aggiornamento del piano triennale di audit ai fornitori principali, verrà emesso dopo il presente Riesame.

Il prossimo Audit di mantenimento della Certificazione secondo la Norma UNI EN ISO 9001:2015 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, è stata controllata dal Responsabile dell'appalto



Patrizia Marchetti e verrà controllata dai Responsabili delle varie sedi.

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

Per le non conformità a carico dei fornitori si rimanda al punto 3. 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.

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, relativi all'anno 2018.

Nell'anno 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. Permangono sebbene saltuarie, 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-unghie colorate e sintetiche vietate dai DVR, dai Manuali HACCP di distribuzione, e dal Codice di Comportamento del Personale", ma la situazione è molto migliorata. Il miglioramento è dovuto sia alla continua attività di supervisione con interventi sul personale da parte del Responsabile Organizzativo, sia al completamento della formazione in materia di HACCP avvenuto nel secondo semestre del 2018 con 4 incontri e 236 partecipanti. A tal proposito è stata chiusa la Non conformità 10/2017 e Azione correttiva 09/2017 relativa a questo problema che prevedeva l'aggiornamento formativo di tutti gli OSS dell'Ente entro la fine del 2018. Al di là della valutazione visiva sullo stato dei cucinini, il riscontro oggettivo relativamente al miglioramento delle condizioni igieniche, viene dagli esiti dei controlli microbiologici delle superfici e delle stoviglie, nonché dai 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 "ottimo" e "buono". Gli esiti dell'anno 2018, soprattutto quelli relativi al II semestre del 2018, pongono in evidenza un miglioramento delle condizioni di igiene in quanto i risultati del 2017 presentavano un giudizio oscillante tra il "buono" e il "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 2018, Comitato etico



CONSIDERAZIONI / DECISIONI DA INTRAPRENDERE

Esiti Questionari Soddisfazione Utenti

I questionari sono stati distribuiti ad Utenti e Familiari ai primi di Ottobre 2018, la raccolta si è protratta sino a metà gennaio 2019, pur essendo stato richiesto agli utenti di consegnare i questionari entro novembre 2018.

La percezione della qualità da parte degli Utenti conferma anche per il 2018 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 100.00%, mentre nel 2017 era stato di 89,75%. Seguono Centro Diurno Monte Grande con una somma di giudizi buono/ottimo del 90,48%, nel 2017 83,87%, Centro Servizi Beato Pellegrino con una somma di giudizi buono/ottimo del 88,43%, nel 2017 86,61%, Pensionato Piaggi con una somma di giudizi buono/ottimo del 83,33 %, nel 2017 73,91% e Centro Servizi Palazzo Bolis con una somma di giudizi buono/ottimo del 80,56 nel 2017 78,63%. Confrontando pertanto i dati sul giudizio generale rispetto al 2017, si nota un aumento % del giudizio buono/ottimo in tutte le sedi.

Rimane il problema della elevata % 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. Già nel corso del 2018 erano state disposte azioni di miglioramento per meglio evidenziare l'attività di questi servizi. Nel 2019 sono state previste ulteriori azioni. (Vedi punto n° 2). Va comunque ricordato che la dotazione organica sia del Servizio di Logopedia che di Fisioterapia è stata ridotta e che alla data del Riesame è alla Firma la Convenzione tra ULSS Euganea ed AltaVita-Ira che prevede nel 2019 l'uscita dalla convenzione dei laureati in attività motorie nelle residenze. Il Servizio rimarrà solo nei Centri Diurni perché la convenzione lo comprende tra le attività educative animative e al Pensionato Piaggi, servizio da anni offerto da AltaVita-Ira.

Come tradizione gli utenti possono, all'interno del questionario, esprimere le loro richieste e suggerimenti. Il Responsabile Organizzativo, ha contattato singolarmente tutti gli utenti che hanno espresso in forma non anonima il proprio suggerimento. La relazione del Dottor Barzaghi è agli atti.

Inoltre nel 2018, come per il 2017, sono stati tenuti 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 sia per carenza di famigliari disponibili sia per l'elevato turn over degli ospiti e verranno programmati anche nel 2019.

Gli incontri si sono tenuti ad ottobre 2018; le principali problematiche emerse sono generalmente coincidenti con le richieste espresse nella Customer Satisfaction. La relazione sugli incontri redatta dal Dottor Barzaghi è agli atti e così pure le risposte del Dirigente Tecnico, riferite ad alcune osservazioni espresse sulla struttura/impianti del Beato Pellegrino.

Va notato che, per quanto riguarda il rilievo relativo alla necessità di migliorare la comunicazione del personale assistenziale, in particolare degli oss, verrà pianificata per l'anno 2019, ulteriore attività di formazione anche alla luce dell'elevato turn over del personale che risulta essere per l'anno 2018 del 17,87%.

Comitato Etico

Prosegue, 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.

Il Comitato Etico ha un braccio operativo che è il nucleo di Cure Palliative, da cui è scaturita l'azione di



miglioramento relativa alla sensibilizzazione del personale assistenziale sul trattamento del dolore degli ospiti Non autosufficienti con presentazione/applicazione del Protocollo redatto dal Comitato Etico,(vedi anche punto 2).

Accreditamento/Autorizzazioni.

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 e il 14 Novembre 2018 quella per il rinnovo dell'accreditamento del Palazzo G.A. Bolis La documentazione è agli atti in Segreteria Generale.

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

Si ricorda che il 28 novembre 2018 è stata organizzata la giornata sulla trasparenza in cui è stato presentato il Sistema di gestione della sicurezza in AltaVita-Ira, con riferimento all'integrazione con il Sistema Qualità e alle attività formative sulla sicurezza con formatori interni.

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. Il bilancio del 2019 verrà approvato con delibera del C.d.A. in data odierna.

Relativamente ai lavori di adeguamento alla D.G.R 84/07 della struttura del Centro Servizi Beato Pellegrino, con Delibera del C.d.A. n° 62 del 2018 è stato approvato il progetto di fattibilità tecnico economica di adeguamento agli standard previsti dalla Legge Regionale 22/2002. Secondo quanto previsto dal programma degli investimenti, si darà corso nel 2019 agli incarichi per la progettazione esecutiva del I stralcio lavori, concernenti il piano semi-interrato, che comporteranno il trasferimento della cucina da Selvazzano. I lavori per la trasformazione in casa vacanze del quarto e quinto piano del Pensionato Piaggi, sono terminati il 11 gennaio 2019. Alla data del Riesame si sta provvedendo all'allestimento dei locali con l'integrazione degli arredi/attrezzature come previsto dalla D.G.R.V. 419 del 31/03/2019 al fine di ottenere l'autorizzazione all'esercizio della Casa Vacanze.

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 Il Dottor Michele Testa Dirigente Amministrativo a capo dell'Arca



Acquisti Contabilità e Bilancio, mentre in comando a 18 ore in Area Tecnica, l'Arch. Simona Campedel che a partire da 1 gennaio 2019 è a tempo pieno. Dal 1 Gennaio 2019 ha assunto la Responsabilità della Gestione delle Emergenze e la Responsabilità del Sistema di Gestione della Salute e Sicurezza dei Lavoratori.

Inoltre da Marzo 2019 l'Istituto potrà nuovamente avvalersi della figura del Consulente Sanitario, già individuata con apposita selezione alla data del Riesame, che supporterà il Servizio Medico e la Direzione per la Gestione dei casi complessi.

Nel corso del 2018, 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; per la revisione definitiva si è in attesa della firma della nuova convenzione con l'ULSS EUGANEA a seguito della quale oltre a venir modificate le modalità di accesso alle varie strutture potranno variare gli standard di qualità generali e specifici previsti nelle carte dei Servizi che alla Data del Riesame rimangono comunque invariati e confermati.

Sicuramente la futura convenzione esclude il Servizio di attività motorie, come già in precedenza ricordato.

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 è stato modificato a Gennaio 2019 I-D-ORG rev.10 del 21 gennaio 2019 mentre l'organigramma di P.Bolis I-D-ORG-PB rev.1 del 1 giugno 2018, è rimasto invariato.



CONCLUSIONI

Cambiamenti relativi alla Politica aziendale:

La politica della qualità è stata aggiornata a marzo del 2018 I-D-POI, 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 .

Alla luce di quanto sopra verbalizzato si ritiene il Sistema di Gestione della Qualità di AltaVita-IRA adeguato alla NORMA UNI EN ISO 9001:2015.

Prossimo Riesame è fissato per ottobre 2019.

TABELLA A INDICATORI PRESTAZIONE PROCESSI ANNO 2016-2018

n.	area	scopo	dato considerato	responsabile	personale coinvolto	tempi	anno 2016	anno 2017	anno 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. Barzagli	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 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 98,57% (% dei bagni che hanno sfiorato il limite di 7 giorni=1,43%) obiettivo raggiunto
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. Barzagli	Coordinatore Centro Diurno Casa Gidoni	semestrale	27,35 obiettivo raggiunto	34,66 obiettivo raggiunto	31,93 obiettivo raggiunto
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. Barzagli	Coordinatore Centro Diurno Monte Grande	semestrale	31,7 obiettivo raggiunto	32,58 obiettivo raggiunto	34,53 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. Barzagli / 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
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	0,64 obiettivo raggiunto	0,72 obiettivo raggiunto	0,55 obiettivo raggiunto

TABELLA A INDICATORI PRESTAZIONE PROCESSI ANNO 2016-2018

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	10% obbiettivo raggiunto	6,84% obbiettivo raggiunto	7,67% (<7% se si considerano le ore versate in formazione) o obbiettivo 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 scodellamen to obbiettivo raggiunto perché fatti altri corsi rispetto al programmat o, obbiettivo raggiunto	97,96% corsi erogati, obbiettivo raggiunto	95,24%(obbiettivo raggiunto vedi note interne verbale)
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 2,83 obbiettivo raggiunto	MEDIA 2,58 obbiettivo raggiunto	MEDIA 4,08 obbiettivo raggiunto
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	-	-	148% (Residenze); 100% Centri Diumi obbiettivo raggiunto

TABELLA A INDICATORI PRESTAZIONE PROCESSI ANNO 2016-2018

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	-	-	% di trattamenti effettuati rispetto alle ore versate pari a 28,65% nel 2018 e 28,95% nel 2017 (nel 2018 versate 749 ore in meno):
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 I semestre 100% su 24 valutazioni II semestre obiettivo raggiunto
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	-	-	Effettuati almeno due incontri per residenza in entrambi i semestri obiettivo raggiunto

TABELLA B

VALUTAZIONE AZIONI DI MIGLIORAMENTO ALTAVITA IRA ANNI 2016-2018

area	azione di miglioramento	attività	responsabile	personale coinvolto	tempi di verifica	risultato anno 2016	risultato anno 2017	anno 2018
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	semestrale	-	-	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
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	semestrale	-	-	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, azione di miglioramento effettuata, per anno prossimo entra nella routine della procedura
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	semestrale	-	-	26 casi complessi seguiti relazione disponibile, per anno 2019 supporto medico coordinatore

TABELLA B

VALUTAZIONE AZIONI DI MIGLIORAMENTO ALTAVITA IRA ANNI 2016-2018

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	Terapia rivista per tutti i nuovo ingressi a Palazzo Bolis e per tutti i rientri dall'ospedale, pari a 77 interventi. Per Beato Pellegrino su 175 ingressi la terapia è stata rivista e rientri dall'ospedale la terapia è stata rivista per 151 ospiti, su 95 rientri dall'ospedale la terapia è stata rivista per 85 ospiti
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	-	-	Scelto applicativo software MyCare, in tecnologia cloud

TABELLA C

VALUTAZIONE DATI A CONSUNTIVO ALTAVITA IRA ANNO 2016 - 2018

n.	area	esempio	dato considerato	responsabile	personale coinvolto	tempi di verifica	anno 2016	anno 2017	anno 2018
C.a	SERVIZIO MEDICO / SERVIZIO FISIOTERAPIA / SERVIZIO ATTIVITA' MOTORIE / ASSISTENZA GLOBALE	Valutazione del mantenimento capacità deambulazione ospiti a seguito di trattamento	% ospiti che mantengono le capacità deambulazione sul totale trattati (considerate condizioni neuromotorie)	Responsabile organizzativo Berzagni / Segretari o Direttore Generale S. Nicoletto	OSS, Coordinatori di Residenza, Personale Medico, Fisioterapia, Personale Servizio Attività Motoria del C. S. B. Pellegrino e G.A. Bolis	semestrale	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; II semestre 54,14% stazionari, 14,28% migliorati, 31,58% peggiorati
C.b	RISORSE UMANE	valutazione costo/ore medie di formazione procapite	media costo orario/ore medie di formazione per addetto	Dott. F. Giannone	Personale Servizio Risorse Umane e Formazione	semestrale	€ 8,25 / 11,31 ore	€ 7,64 / 10,00 ore	€ 5,19 / 10,68 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	0,43%/5,87%/93,90 %	0,0% molto insufficiente; 0,00% insufficiente; 2,15% sufficiente; 52,53% buono; 45,32% ottimo (97,854%)	0,09% molto insufficiente; 0,09% insufficiente; 7,20% sufficiente; 49,65% buono; 42,97.% ottimo
C.d	RISORSE UMANE	valutazione apprendimento dipendenti, mediante esecuzione test a fine corso, se previsto, o, nei casi residui, valutazione a termino dell'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	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 buoni	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 valutazioni da parte del Responsabile, 109 valutazioni: buono, 51 adeguato, 1 inadeguato. Il Responsabile del lavoratore sarà contattato per verificare la necessità, per questo caso, di ripetizione dell'evento	Per i corsi che prevedono il test a fine corso, nessun mancato superamento del test. Per quanto riguarda la seconda tipologia di verifica dell'apprendimento, i responsabili hanno valutato positivamente i risultati della formazione tranne che in due casi riferiti a personale amministrativo. Una situazione è riferita a personale cessato, l'altra a una dipendente per la quale è stata prevista la partecipazione ad altro corso del medesimo contenuto

TABELLA C

VALUTAZIONE DATI A CONSUNTIVO ALTAVITA IRA ANNO 2016 - 2018

C.e	TUTTI I SERVIZI	numero Non conformità interne emesse	Trend non conformità	Alta Direzione	Responsabile Qualità	semestrale	6 (tutte non conformità da audit, 0 corpi estranei in biancheria)	11 (tutte non conformità da audit, di cui 2 fornitore)	8 non conformità ,6 a carico di fornitori
C.f	SERVIZIO QUALITA E TUTTI I SERVIZI CERTIFICATI DELL'ENTE	Certificazione ISO 9001. Per il 2017 estensione a Palazzo Bolli. Per il 2018 ricertificazione e transizione alla Norma ISO 9001:2015	stesura verbale neanche direzione e superamento verifica ispettiva ente di certificazione	Alta Direzione	Responsabile Qualità	annuale	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 o Direttore Generale	Maria Grazia Lincetto	annuale			Emesso Documento I-D-CNT rev.0 audit superato con solo cinque osservazioni e senza non conformità



AltaVita
ISTITUZIONI RIUNITE DI ASSISTENZA
IRA

35137 – PADOVA
Piazza Mazzini, 14

**ANALISI DEL CONTESTO E DELLE PARTI INTERESSATE E
VALUTAZIONE DEI RISCHI/OPPORTUNITA'**

In accordo alla Norma
UNI EN ISO 9001:2015

INDICE

INDICE.....	2
1. PREMESSA.....	3
2. CHI SIAMO.....	5
3. ANALISI CONTESTO.....	7
3.1 ESTERNO	7
3.2 INTERNO.....	13
4. PARTI INTERESSATE.....	16
5. CAMPO DI APPLICAZIONE E SISTEMA GESTIONE QUALITA'	18
6. RISCHI e OPPORTUNITA'	22

1. PREMESSA

Il presente documento è stato redatto per rispondere ai requisiti della Norma ISO 9001:2015 relativamente agli aspetti connessi all'Analisi del Contesto e Parti Interessate ed alla Valutazione Rischi e Opportunità.

L'analisi è stata condotta partendo dal contesto normativo in cui opera l'Organizzazione – Pubblica Amministrazione, rispetto al quale sono stati considerati i documenti obbligatori per legge per gli anni in corso, in particolare:

- Piano della trasparenza e anticorruzione,
- Piano delle performance,
- Piano degli investimenti.

In particolare AltaVita-IRA ha determinato i fattori esterni ed interni rilevanti per le sue finalità, gli indirizzi strategici che influenzano la sua capacità di conseguire i risultati attesi per il proprio sistema di gestione per la qualità. Tali fattori sono stati identificati partendo dall'analisi del contesto esterno condotto su base nazionale e poi provinciale/comunale e successivamente analizzando internamente gli aspetti connessi al personale ed ai servizi erogati.

Dato il loro effetto, o effetto potenziale, sulla capacità dell'organizzazione stessa di fornire con regolarità prodotti e servizi che soddisfino i requisiti del cliente e quelli cogenti applicabili, AltaVita-IRA ha determinato:

- a) le parti interessate rilevanti per il sistema di gestione per la qualità;
- b) i requisiti di tali parti interessate che sono rilevanti per il sistema di gestione per la qualità.

L'analisi è stata condotta considerando il Campo di Applicazione del Sistema di Gestione, base per l'identificazione dei processi

Successivamente, in base a quanto emerso da Analisi del contesto e Parti interessate, AltaVita-IRA ha determinato i rischi e le opportunità che è necessario affrontare per:

- a) fornire assicurazione che il sistema di gestione per la qualità possa conseguire i risultati attesi;
- b) accrescere gli effetti desiderati;
- c) prevenire, o ridurre, gli effetti indesiderati;
- d) conseguire il miglioramento desiderato o programmato.

In virtù di quanto emerso, sono state pianificate:

- a) le azioni per affrontare questi rischi e opportunità;
- b) le modalità per:
 - integrare e attuare le azioni necessarie nei processi del proprio sistema di gestione per la qualità;
 - valutare l'efficacia di tali azioni.

Le azioni intraprese per affrontare i rischi e le opportunità sono state definite in modo proporzionale all'impatto potenziale sulla conformità di prodotti e servizi.

AltaVita-IRA monitora e riesamina, periodicamente, in occasione del Riesame della Direzione, le informazioni che riguardano:

- le parti interessate e i loro requisiti rilevanti
- i fattori esterni e interni
- i rischi e le opportunità.

2. CHI SIAMO

AltaVita-Istituzioni Riunite di Assistenza-IRA è una Istituzione Pubblica di Assistenza e Beneficenza (IPAB) sorta a Padova nel 1821 e da allora sempre attiva. AltaVita svolge un servizio pubblico a finalità sociale.

La missione principale è di fornire ospitalità ed assistenza agli anziani autosufficienti e non autosufficienti, per i quali non sia più possibile la permanenza nel proprio ambiente familiare.

In particolare il campo di applicazione delle attività svolte dalla struttura riguarda:

**PROGETTAZIONE ED EROGAZIONE DI SERVIZI SOCIO SANITARI, ASSISTENZIALI E RIABILITATIVI PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI IN REGIME RESIDENZIALE.
PROGETTAZIONE ED EROGAZIONE DI SERVIZI SOCIO SANITARI ASSISTENZIALI PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI IN REGIME DI SEMIRESIDENZIALITÀ**

Con le sue strutture e le sue attività AltaVita-IRA afferma e contribuisce a rendere effettivo, per i cittadini, il diritto di scegliere tra i diversi soggetti erogatori, con le modalità e i limiti fissati dalla legislazione vigente in particolare per i servizi distribuiti sul territorio.

L'attività di tutela e di promozione della salute dell'anziano è finalizzata al rispetto della dignità personale ed al mantenimento delle capacità fisiche, mentali e sociali, al fine di garantire una buona qualità di vita.

Le strutture di AltaVita-IRA:

Sede Legale e Amministrativa–Piazza Mazzini 14 – Padova: comprende la Presidenza (pensionato Piaggi), la Segreteria Generale, l'Ufficio Risorse Umane, l'Ufficio Acquisti Contabilità e Bilancio e l'Ufficio Tecnico.

Centro Servizi Beato Pellegrino, Via B. Pellegrino n. 192 a Padova ove hanno sede l'Organizzazione, il Coordinamento sanitario, i Servizi Generali e quattro residenze:

Residenza Rose:	ospiti non autosufficienti	n° 120 posti letto
Residenza Tulipani:	ospiti non autosufficienti	n° 100 posti letto
Residenza Mimose:	ospiti non autosufficienti	n° 21 posti letto
	ospiti non autosufficienti - livello medio	n° 72 posti letto
Residenza Fiordalisi:	ospiti non autosufficienti	n° 35 posti letto
	ospiti non autosufficienti - livello medio	n° 48 posti letto

Pensionato Piaggi, Piazza Mazzini 16 a Padova, Residenza per autosufficienti in regime residenziale con n. 59 stanze singole (58) e matrimoniale (1) per un totale di n. 60 posti letto di varie dimensioni, con bagno e terrazzo di cui il quarto e quinto piano trasformati in "Casa vacanze Al Carmine" appaltata alla cooperativa E-Sfaira.

Centro Diurno "Casa Famiglia Gidoni"–Via Monsignor Fortin, 34 a Padova,

destinato ad anziani non autosufficienti con ospitalità semi-residenziale per n° 30 posti.

Centro Servizi "Palazzo G.A. Bolis" – P.zza Beatrice De Claricini 12 – Selvazzano-PD, ove si trovano le seguenti residenze per persone anziane non autosufficienti:

Residenza Monte Rua:	ospiti non autosufficienti	n° 60 posti letto
Residenza Monte Venda:	ospiti non autosufficienti	n° 40 posti letto

CRIC (Centro Reg. Studio e Cura dell'invecchiamento Cerebrale)

n° 20 posti letto

Centro Diurno "Monte Grande" – P.zza Beatrice De Claricini 12 – Selvazzano-PD, rivolto ad anziani non autosufficienti n° 30 posti

AltaVita-IRA garantisce ai suoi ospiti, in forme differenziate e tenendo conto della tipologia della struttura adeguata alla loro condizione, una varietà di servizi, quali: servizio di assistenza sanitaria, servizio socio-assistenziale, servizio di psicologia, servizio di fisioterapia, servizio di logopedia, servizio educativo – animativo, servizi in appalto: servizio dietetico, servizio di ristorazione, servizio di lavanderia-guardaroba, servizi accessori (quali ad esempio pulizia delle aree comuni e la manutenzione degli impianti tecnici).

Le strutture di AltaVita-IRA e relativi servizi per ospiti non autosufficienti risultano accreditate secondo la L.R. 22/2002 e applicano un sistema di gestione della qualità certificato rispetto alla Norma UNI EN ISO 9001: 2015 secondo il seguente schema:

Strutture Accreditate L.R. 22/2002 sono:

- Centro Servizi Beato Pellegrino,
- Centro Diurno Casa famiglia Gidoni,
- Centro Servizi P. Bolis
- Pensionato Piaggi autorizzato L.R. 22/2002 Tramite Comune PD – Servizi Sociali e SUAP.

Strutture Certificate ISO 9001:2015:

- Centro Servizi Beato Pellegrino,
- Centro Diurno Casa famiglia Gidoni,
- Centro Servizi P. Bolis.

3. ANALISI CONTESTO

<i>FATTORE</i>	<i>INTERNO</i>	<i>ESTERNO</i>
CONTESTO NAZIONALE / FATTORI SOCIALI e CULTURALI		X
CONTESTO COMUNALE: La popolazione a Padova		X
CONTESTO NORMATIVO		X
EROGAZIONE DEL SERVIZIO: La soddisfazione del cliente		X
ORGANIZZAZIONE	X	
RISORSE UMANE	X	
SERVIZI ED INIZIATIVE OFFERTE	X	
CONTESTO TECNOLOGICO	X	

3.1 ESTERNO

➤ *CONTESTO NAZIONALE*

La popolazione anziana, over 65, in Italia è di oltre 13 milioni di persone e, secondo dati ISTAT, il 77,2% ha almeno una malattia cronica e solo il 36,6% gode di buona salute.

A fronte di questo considerevole numero non corrisponde un'adeguata assistenza sanitaria e i livelli essenziali di assistenza (LEA) non prevedono la visita geriatrica, i servizi sono spesso carenti, sia pure in modo disomogeneo sul territorio nazionale. D'altro canto la disponibilità di specialisti in Geriatria è molto esigua in rapporto al fabbisogno e non vi sono prospettive di miglioramento. Nell'anno 2050 infatti, secondo i dati forniti dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, il numero delle persone anziane raddoppierà.

Secondo quanto indicato nella recente indagine UE "Report active ageing index", che ha messo a confronto 28 Paesi europei nell'arco di tempo dal 2008-2012, l'Italia risulta al 15° posto in Europa per servizi dedicati agli anziani, i quali risultano essere sempre più fragili a causa dell'insufficiente attenzione alle loro necessità nella società, nell'ambiente, in casa e nella sanità.

Per far fronte a questo diventa sempre più importante promuovere un "invecchiamento attivo" che tenga conto non solo della salute ma anche della partecipazione sociale.¹

➤ *CONTESTO COMUNALE*

Di seguito si riportano alcuni dati relativi al territorio del Comune di Padova.²

▪ La popolazione a Padova: EVOLUZIONE

Padova si estende su una superficie di 92,85 kmq e conta 210.440 residenti al 31.12.2017 (99.060 maschi e 111.380 femmine), pari al 22% circa degli abitanti dell'intera provincia e a circa il 4% del Veneto. E' il terzo capoluogo veneto per dimensione demografica, dopo Venezia e Verona e il quattordicesimo a livello nazionale.

Nel periodo 2000-2017 la popolazione padovana ha manifestato un andamento complessivamente crescente fino al 2010, dopodiché la tendenza si è progressivamente smorzata con un calo significativo

¹ Dati presi dal convegno "Invecchiamento attivo e autodeterminazione per il fine vita: strategie di tutela dell'anziano" nell'ambito del progetto Bollini Rosa Argento dell'Osservatorio Nazionale sulla Salute della Donna (Onda).

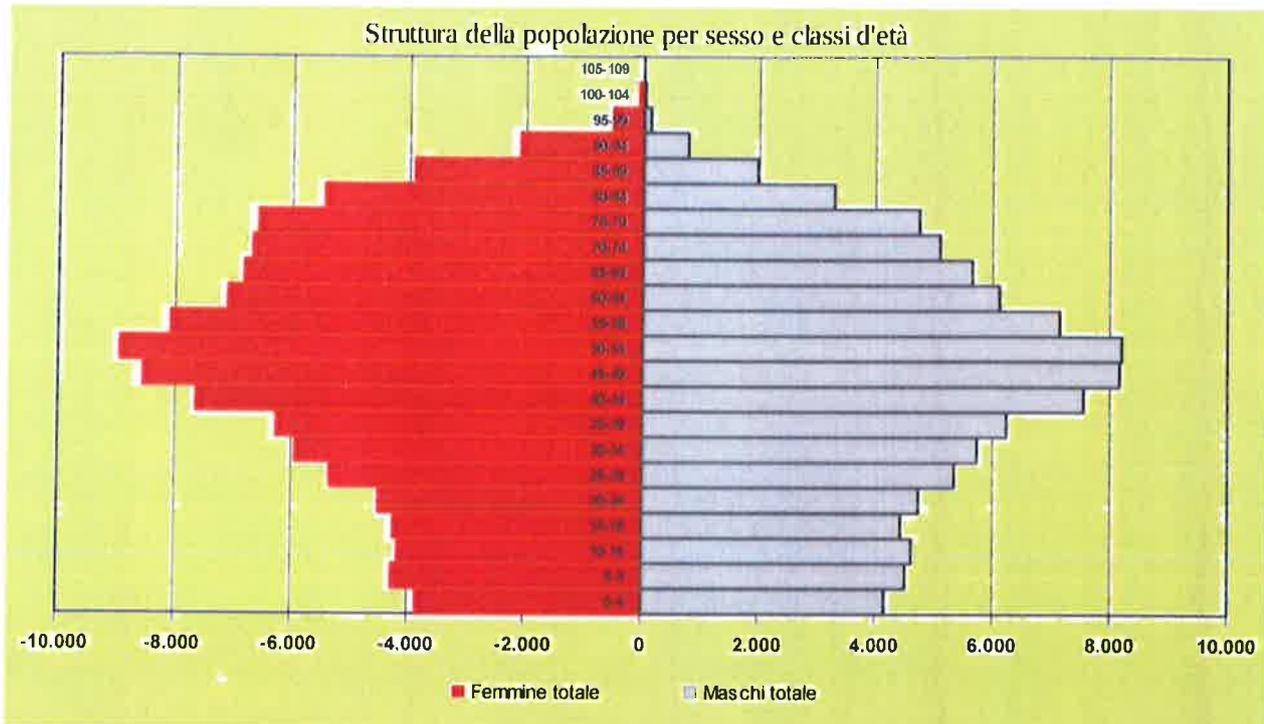
² Comune di Padova, "Documento Unico di Programmazione" Sezione Strategica 2019-202, Sezione Operativa 2018-2020.

nel 2013, quando l'ammontare complessivo, anche per effetto della revisione della banca dati anagrafica a seguito dell'ultimo censimento, si è riportato agli stessi livelli di oltre un decennio fa.

▪ **La popolazione a Padova: STRUTTURA**

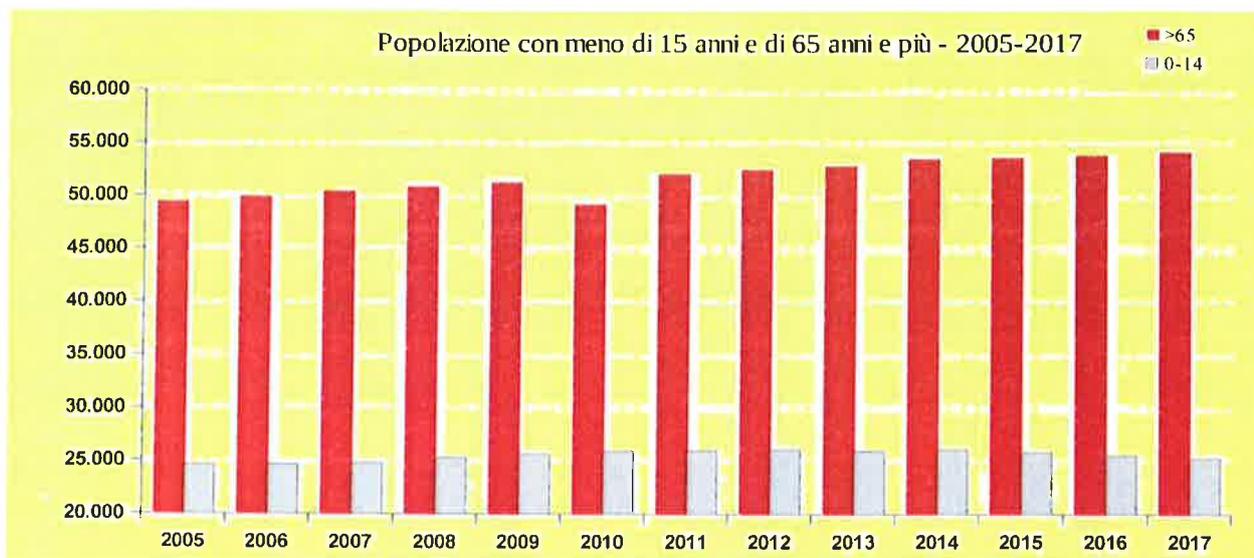
Analizzando la composizione per età della popolazione si nota la tendenza ad un progressivo invecchiamento. Ciò è testimoniato anche dalla dinamica sempre crescente dell'indice di vecchiaia (proporzione di residenti di età pari o superiore a 65 anni ogni 100 ragazzi con meno di 15 anni) che nel 2010 era 198,31 e raggiunge il valore di 214,25 nel 2017 (era 210,84 nel 2016).

L'incidenza della popolazione ultrasessantacinquenne sul totale è sempre significativa: ogni 4 padovani uno ha più di 65 anni. Gli ultraottantenni rappresentano l'8,8% dei residenti nel 2017 e quindi 1 padovano su circa 11 ha più di 80 anni.



Indicatori di struttura demografica della popolazione - 2012-2017

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Indice di vecchiaia	201,49	203,59	205,04	207,62	210,84	214,25
Indice di dipendenza	58,44	60,33	60,60	60,84	60,99	60,79
Età media	45,88	46,13	46,25	46,25	46,66	46,78
Età media maschi	43,57	43,82	43,97	43,97	44,44	44,58
Età media femmine	47,92	48,16	48,27	48,27	48,62	48,75
Tasso di natalità	8,28	8,06	8,03	7,34	7,37	6,83
Tasso di mortalità	11,90	11,70	11,11	12,39	12,35	12,27
Numerosità media delle famiglie	2,07	2,08	2,08	2,06	2,05	2,04



Tassi specifici di mortalità per genere e classe d'età a Padova - anno 2017

Classe d'età	Maschi ‰	Femmine ‰	Totale ‰
0-4	0,75	0,27	0,51
5-34	0,23	0,10	0,17
35-64	2,51	1,74	2,11
65-69	10,66	4,57	7,33
70-74	20,20	10,82	14,89
75-79	30,48	19,33	24,01
80-84	63,13	38,15	47,67
85-89	121,85	70,07	87,43
90 e oltre	275,39	224,40	237,32
Tutte le età	11,59	12,87	12,27

Considerando il trend degli ultimi anni nella dinamica naturale e nell'evoluzione della struttura per età, si può ragionevolmente ipotizzare che la popolazione sia destinata ad invecchiare gradualmente e che l'aumento del numero degli anziani nei prossimi anni sia particolarmente accentuato. Dal 2010 al 2017, la popolazione sopra i 65 anni continua progressivamente ad aumentare, a fronte di una sostanziale stabilità o leggero calo di quella fino a 14 anni.

A meno di un qualche significativo cambiamento del contesto globale, pertanto, la futura evoluzione demografica appare sostanzialmente definita. Con buona probabilità, le future nascite non riusciranno a compensare i futuri decessi e quindi, se da un lato si assisterà a una progressiva riduzione numerica delle generazioni di donne in età fertile (14-50 anni), dall'altro, le positive condizioni di sopravvivenza presenti e prossime contribuiranno all'infoltimento delle generazioni di popolazione in età anziana (65 anni e più). Considerando inoltre l'ammontare dei movimenti migratori con l'estero e tenendo conto che il comportamento riproduttivo sia superiore a quello della popolazione di cittadinanza italiana, si prevede che la consistenza della popolazione straniera, passata da 22.000 unità nel 2007 a 33.555 nel 2017, possa ancora aumentare, così come la sua incidenza sul totale della popolazione.

▪ La popolazione a Padova: LE AREE DI CURA ANZIANI

L'area di cura anziani comprende l'8,8% del totale della popolazione, e coinvolge l'intervento comunale per le aree delle politiche sociali e socio-assistenziali. Gli over 80, in tutto 18.586, sono in maggioranza

donne (66%), soprattutto nel caso degli over 90 per i quali la sproporzione (955 uomini e 2.812 donne) richiama una particolare attenzione da parte dell'ente.

L'Amministrazione distribuisce la propria offerta di servizi sociali rispetto ai vari segmenti da cui è costituita la popolazione, con interventi di assistenza domiciliare per le persone in condizione di non autosufficienza, per il sostegno della famiglia nelle sue funzioni genitoriali, per contrastare il rischio di disagio sociale dei giovani, per l'integrazione del reddito di persone in condizioni di difficoltà economica e per il sostegno dei soggetti più deboli, quali i disabili, i portatori di dipendenze e gli anziani.

Ospiti non autosufficienti nelle strutture residenziali per anziani in convenzione con l'Ulss 6

Nel comune di Padova

Anno	Presenti nell'anno	Presenti a fine anno
2007	2.371	1.681
2008	2.276	1.676
2009	2.424	1.802
2010	2.687	1.957
2011	2.827	1.814
2012	2.938	1.901
2013	2.461	1.820
2014	2.412	1.799
2015	2.568	1.836
2016	2.583	1.790
2017	2.478	1.762

Nell'Ulss 6

Anno	Presenti nell'anno	Presenti a fine anno
2007	2.449	1.739
2008	2.443	1.804
2009	2.579	1.926
2010	3.052	2.222
2011	3.435	2.342
2012	3.567	2.407
2013	3.203	2.415
2014	3.193	2.422
2015	3.370	2.457
2016	3.435	2.412
2017	3.327	2.373

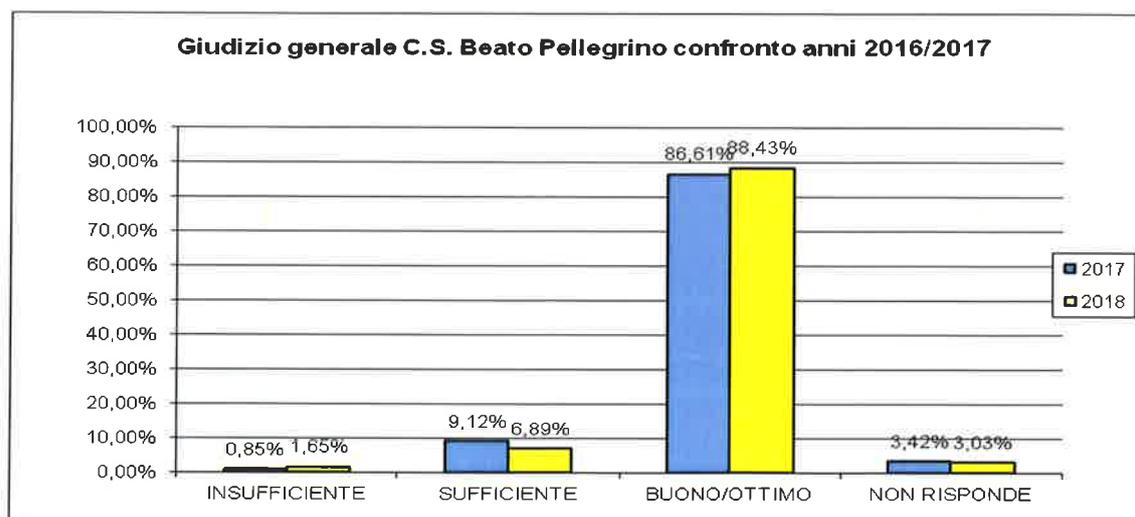
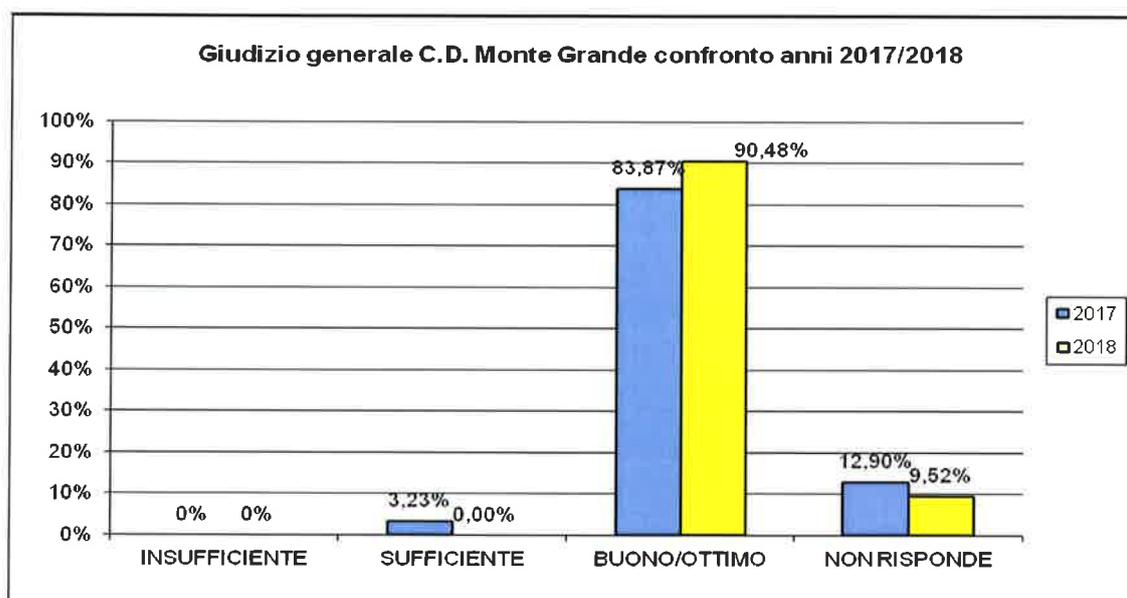
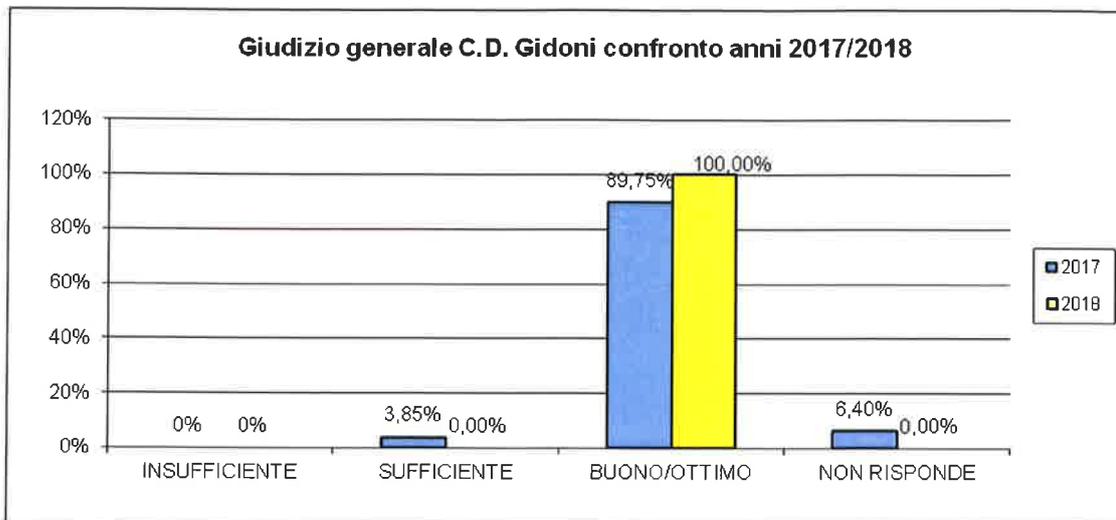
Fonte: Ulss 6

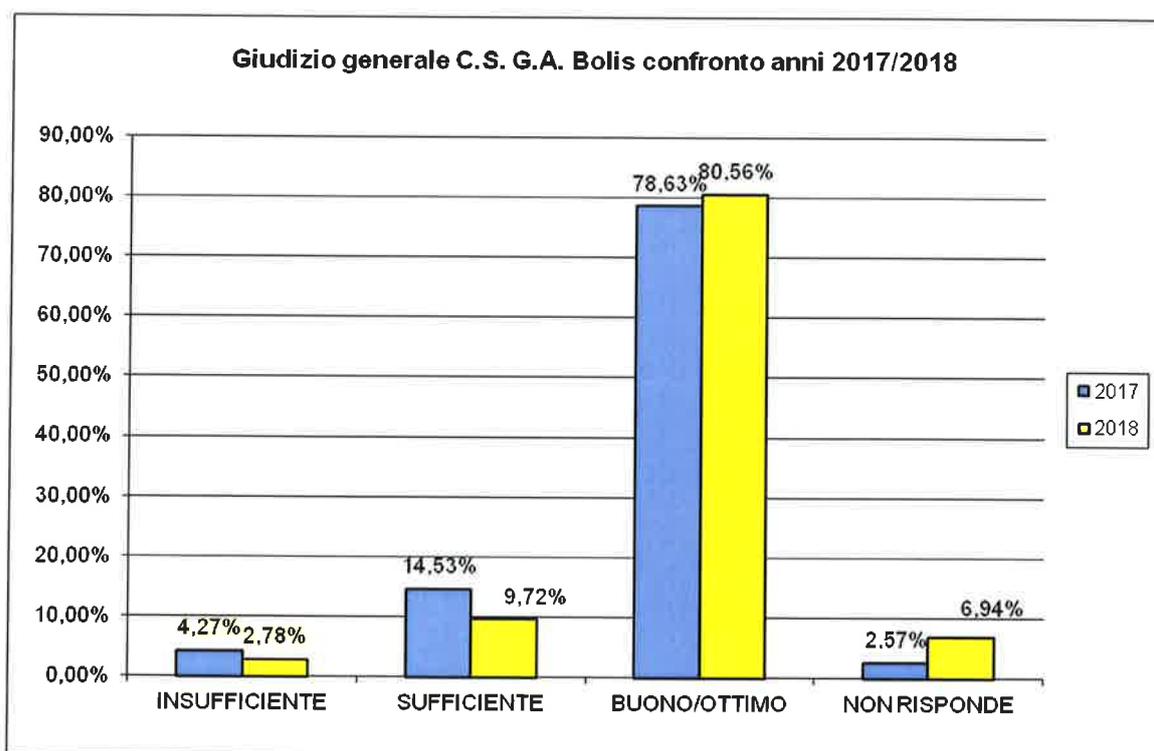
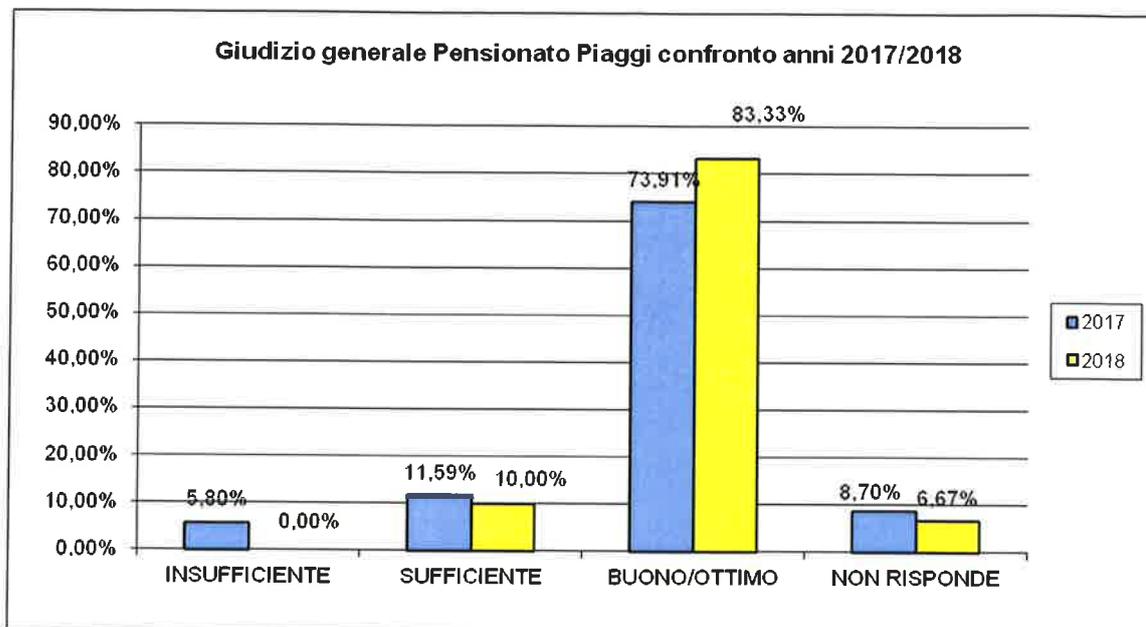
➤ EROGAZIONE DEL SERVIZIO

Il Sistema Qualità di AltaVita-IRA, certificato UNI EN ISO 9001:2015 prevede, tra l'altro, la rilevazione annuale del grado di soddisfazione degli Utenti, attraverso la somministrazione di un questionario a Familiari e Anziani dell'Ente.

Per quanto riguarda il giudizio generale, la sede con le migliori performance per il 2018 risulta essere il Centro Diurno Casa Famiglia Gidoni con una somma di giudizi buono/ottimo del 100%. Seguono Centro Diurno Monte Grande con una somma di giudizi buono/ottimo del 90,48%, Centro Servizi Beato Pellegrino con una somma di giudizi buono/ottimo del 88,43%, Pensionato Piaggi con una somma di giudizi buono/ottimo del 83,33% e Centro Servizi Giusto Antonio Bolis con una somma di giudizi buono/ottimo del 80,56%.

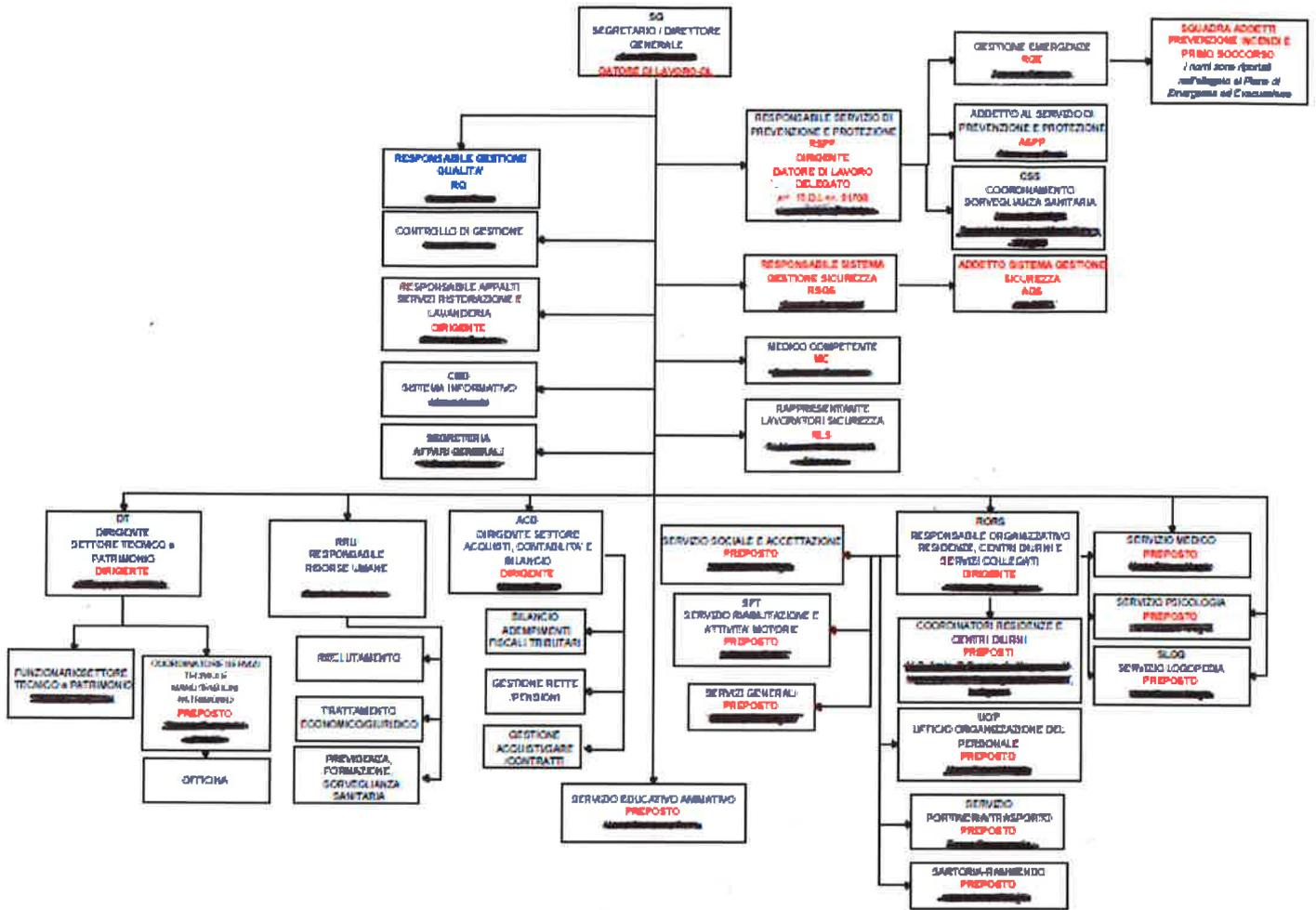
Va, inoltre notato che rispetto all'anno 2017, vi è stato, per tutte le sedi, un aumento della % dei giudizi di buono/ottimo. Infatti, per il Centro Diurno Casa Famiglia Gidoni, si è passati dal 89,75% del 2017, al 100,00% del 2018, per il Monte Grande dal 83,87% del 2017 al 90,48% del 2018, per la struttura "Beato Pellegrino" dal 86,61% del 2017 al 88,43% del 2018, per il Pensionato Piaggi dal 73,91% del 2017 al 83,33% del 2018, infine per la struttura Giusto Antonio Bolis dal 78,63% del 2017 al 80,56% del 2018. Di seguito si riportano i grafici degli andamenti di soddisfazione:





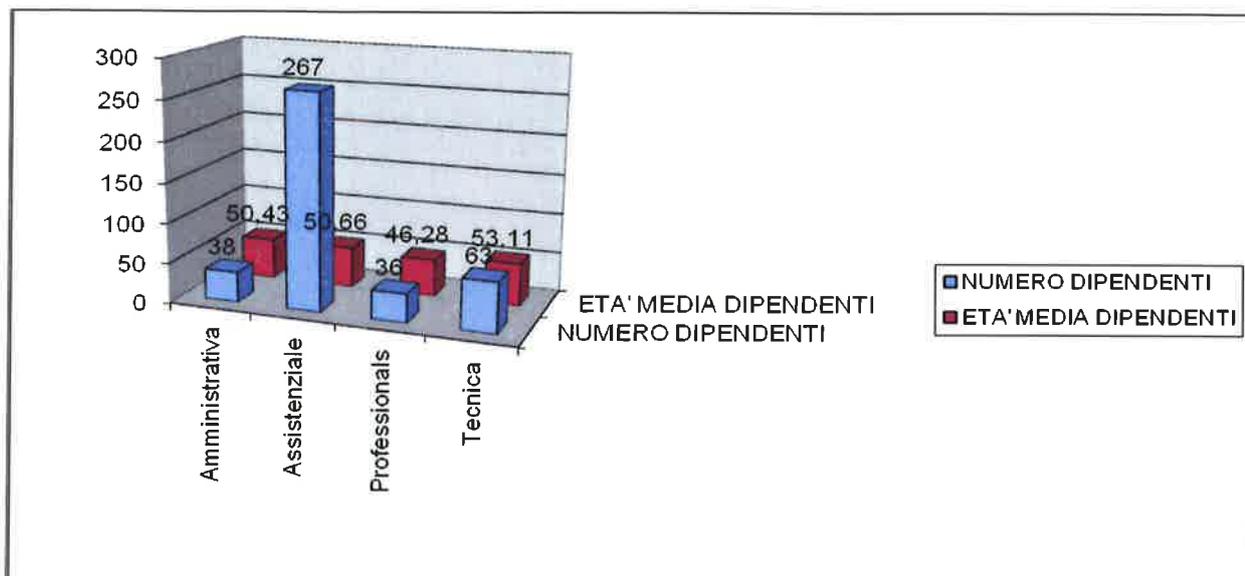
3.2 INTERNO

➤ ORGANIZZAZIONE



➤ **RISORSE UMANE**

- Personale dipendente distinto per aree



- Età media anagrafica dei dipendenti di AltaVita-IRA alla data del 28/02/2019

AREA	NR. DIPENDENTI	ETA' MEDIA
Amministrativa e Sociale	38	50,43
Assistenziale	267	50,66
Professional	36	46,28
Tecnica (Serv.Gen./Manutenzioni/OASI/APSE/Cucina)	63	53,11
Ente	404	50,64

➤ **SERVIZI ED INIZIATIVE OFFERTE**

AltaVita-IRA offre i propri servizi alle persone anziane non autosufficienti in convenzione con l'Azienda ULSS n. 6 di Padova (ex ULSS n. 16).

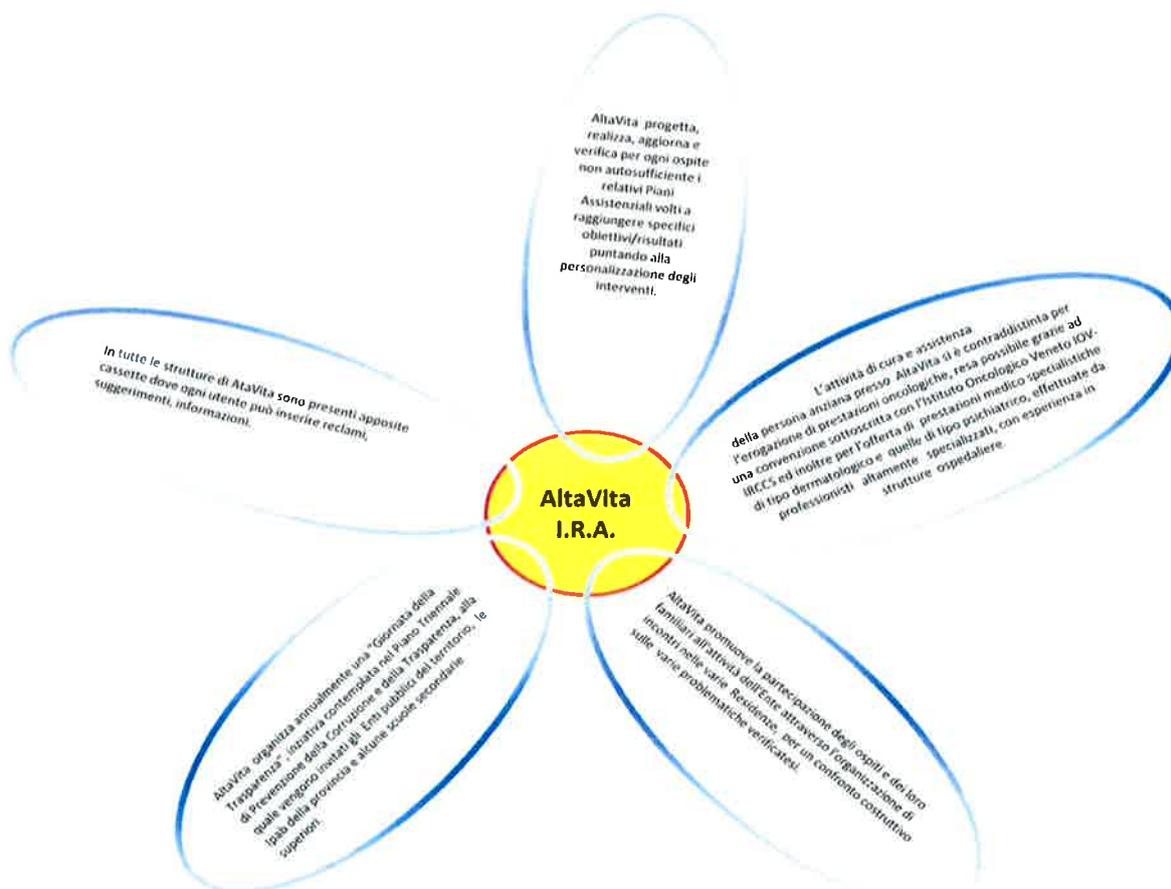
▪ Ospiti presenti al 28/02/2019 per livello di non autosufficienza:

Ospiti 1° livello assistenziale	330
Ospiti 2° livello assistenziale	81
Ospiti art. 3 (1° e 2° liv. ass.le)	40
Posti di sollievo/privati	34
TOTALE	485/492

▪ Età media anagrafica degli ospiti alla data del 28/02/2019

CENTRO SERVIZI	ETÀ MEDIA OSPITI (anni) al 28/02/2019
Centro servizi Beato Pellegrino	86,01
Centro Servizi Bolis	83,44
Pensionato Piaggi	87,35

AltaVita-IRA, al fine di assicurare un livello di qualità elevato nell'erogazione dei servizi ai suoi ospiti, realizza le seguenti iniziative:



➤ **CONTESTO TECNOLOGICO**

I contesto tecnologico in cui opera l'Organizzazione è relativo a:

- Server, apparati internet e postazioni di lavoro PC e Software caricati, gestiti dal Responsabile CED attraverso l'inventario inserito nel protocollo "D-GSI_Servizio informatico" attraverso la verifica dello stato di aggiornamento della licenza,
- Elenco macchine, attrezzature e impianti presenti in officina, gestito dall'area tecnica tramite procedura I-P-GAT,
- Elenco degli strumenti ed attrezzature soggetti a taratura periodica, gestito dall'area tecnica tramite procedura I-P-GAT, elenco I-M-RPM_Registro impianti, attrezzature e piano di manutenzione.

➤ **BILANCIO ECONOMICO ANNUALE DI PREVISIONE PER L'ESERCIZIO 2019.**

Il documento è stato predisposto su schema conforme al modello previsto dalla normativa vigente e si sostanzia nei seguenti dati (valori in unità di euro):

- Valore della produzione	23.302.668
- Costi della produzione	22.649.708
- Differenza (A-B)	652.960
- Proventi e oneri finanziari	(28.804)
- Rettifiche di valore att. Fin.	(79.928)
- Risultato prima delle imposte	544.229
- Imposte di esercizio	620.616
- Utile (Perdita) di esercizio	(-76.386)
- Ammortamenti sterilizzati	698.152
- Pareggio di bilancio	621.766

4. PARTI INTERESSATE

L'Organizzazione ha determinato i fattori interni ed esterni rilevanti per le sue finalità ed indirizzi strategici, partendo dall'analisi del territorio in cui si trova inserita e valutando gli aspetti interni dell'Organizzazione a livello di personale, servizi ed iniziative offerte. Inoltre, dato il loro effetto sulla capacità di influire sull'Organizzazione relativamente all'efficacia ed efficienza del SGQ, sono state determinate le parti interessate rilevanti e gli aspetti di impatto sul SGQ che ne determinano la rilevanza.

In particolare, per ogni parte interessata, sono state individuate le esigenze i requisiti e le aspettative che possono influenzare le capacità operative dell'organizzazione attraverso un'analisi di rischi e opportunità formalizzata nel documento D-TIS_Mappatura rischi per processo in allegato alla presente.

Parti interessate	Requisiti, aspettative ed esigenze del SGQ rilevanti
LA COLLETTIVITÀ	Sostenibilità in termini di conformità ai requisiti cogenti e non Pianificazione/erogazione del servizio – Carta dei servizi Rispetto della Politica aziendale
PUBBLICA AMMINISTRAZIONE/REGIONE VENETO	Conformità ai requisiti cogenti applicabili per l'erogazione del servizio (autorizzazione e accreditamento L.R. 22/2002) e in materia di ambiente e sicurezza

CLIENTI/OSPITI	Presenza della quota sanitaria Capacità ricettiva Capacità di soddisfare i requisiti richiesti – carta dei servizi Attenzione al rispetto dei requisiti relativi all’ambiente e alla sicurezza Capacità di migliorare Capacità di buona interazione e di comprensione delle loro esigenze
FORNITORI	Definizione di standard di inter-operabilità nei contratti di appalto Requisiti sui prodotti/servizi acquistati Rispetto del contratto d’appalto
ENTI DI CONTROLLO	Conformità ai requisiti cogenti e non
LAVORATORI	Chiarezza organizzativa Conseguimento di nuove competenze Miglioramento Ambiente di lavoro e infrastrutture adeguate Accrescimento della consapevolezza in relazione al proprio operato Obblighi di conformità (art. 20 D.Lgs. 81/2008) Rispetto del contratto Enti Pubblici Statali
DIRIGENTI E POSIZIONI ORGANIZZATIVE (P.O.)	Comunicazione interna Rilevamento delle competenze del personale Chiarezza organizzativa Governo dei processi Miglioramento
CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE	Mantenimento obiettivi/indicatori Efficienza – mantenimento del pareggio di bilancio e gestione del patrimonio Miglioramento Conformità ai requisiti cogenti applicabili.

AltaVita - IRA mantiene attivo il monitoraggio ed il riesame periodico delle aspettative/esigenze/requisiti delle parti interessate rilevati per il Sistema di Gestione Qualità, verificando annualmente in occasione del Riesame della Direzione la validità del documento D-TIS_Mappatura rischi per processo.

Da tale analisi ne deriva l’aspetto connesso alla valutazione dei rischi e opportunità, in quanto le esigenze ed aspettative delle parti interessate vengono valutate come tali sulla base dell’impatto creato sul SGQ.

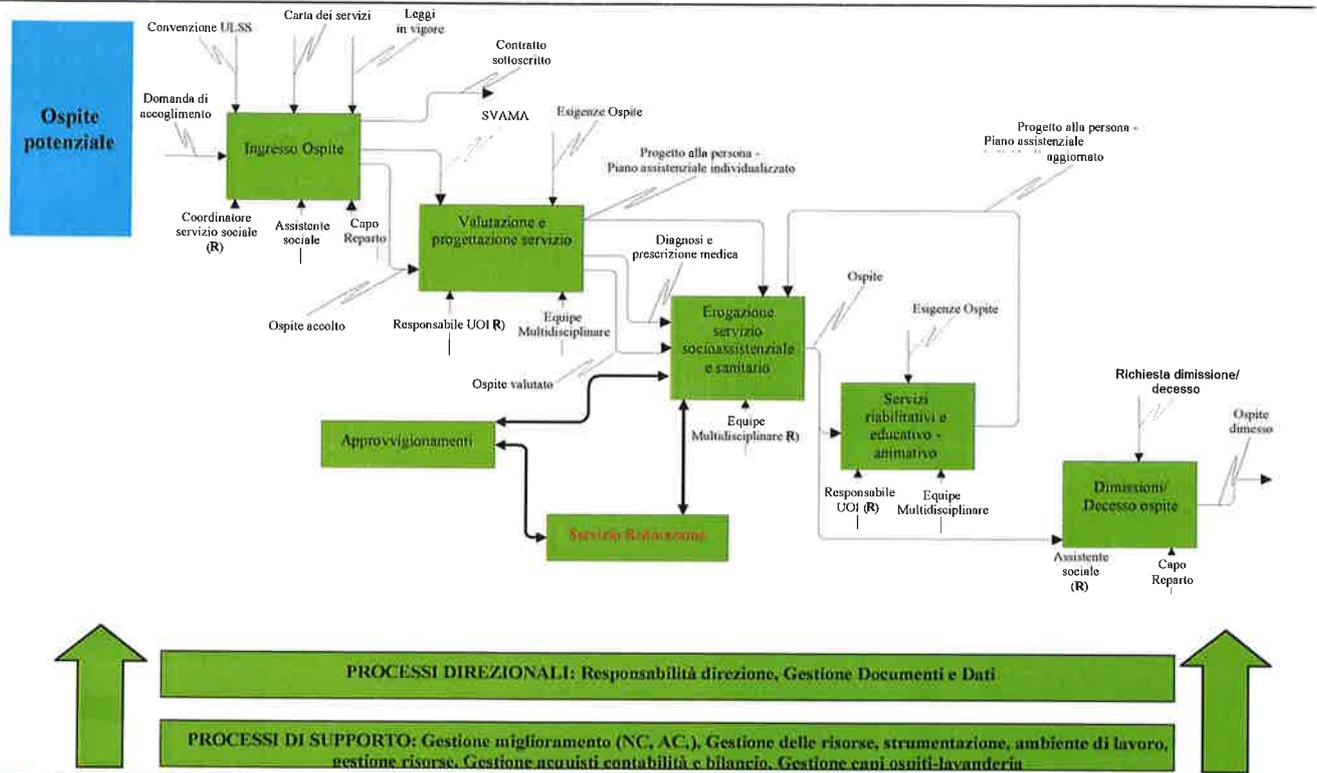
Il “Risk-based thinking” è stato affrontato secondo una logica di probabilità di accadimento e impatto potenziale in base al metodo descritto nel documento D-TIS_Mappatura rischi per processo.

5. CAMPO DI APPLICAZIONE E SISTEMA GESTIONE QUALITA'

In base all'analisi condotta, la Direzione ha determinato i processi necessari per il proprio SGQ e la loro applicazione nell'ambito di tutta l'organizzazione. La suddivisione dei processi e la loro interazione sono riportati nei seguenti "Schema processi".

SCHEMA PROCESSI: OSPITI NON AUTOSUFFICIENTI IN REGIME DI RESIDENZIALITA'

(Casa di riposo G.A. Bolis, Via Beato Pellegrino)



GESTIONE OSPITE: ingresso

- Procedure di riferimento: procedura servizio accettazione e sociale P-SAS, procedura di erogazione dei servizi di assistenza globale P-EAG.

I servizi garantiti all'Ospite in Istituto sono riepilogati nella Carta dei servizi.

Il servizio accettazione e sociale contatta, seguendo la lista d'attesa (RUR) dall'Ulss e in base alla disponibilità dei posti letto, il referente della persona anziana da accogliere in Istituto. Se la risposta è positiva, il referente presenta la documentazione richiesta.

Prima dell'accoglimento il servizio sociale provvede a far sottoscrivere all'Ospite e/o ai familiari il contratto e a completare i dati e documenti ad esso relativi onde poter informare i vari servizi dell'Istituto.

All'atto dell'accoglimento in residenza il personale accoglie l'Ospite il quale viene inserito all'interno dei servizi erogati in funzione delle sue esigenze.

PROGETTAZIONE SERVIZIO

- Procedure di riferimento: procedura di erogazione dei servizi di assistenza globale P-EAG, procedura servizio accettazione e sociale P-SAS, procedura servizio educativo-animativo P-EDAN, procedura Servizi di assistenza globale Centro G.A. Bolis (procedura Q_PO_01_PB), procedura servizio logopedico P-LOG, procedura servizio psicologico P-PSI, procedura servizio riabilitativo P-RIA.

Segue un periodo di valutazione in cui le varie figure della UVM/U.O.I. valutano in funzione della propria professionalità le esigenze dell'Ospite, anche in base alla diagnosi fornita dal medico.

Il Responsabile UVM/UOI convoca la riunione della UVM/U.O.I. con la presenza del Medico

Coordinatore dell'ULSS (se disponibile).

Durante l'incontro viene formulato un progetto integrato sull'Ospite (P.A.I. piano assistenziale individualizzato).

EROGAZIONE SERVIZIO SOCIOASSISTENZIALE E SANITARIO

- Procedure di riferimento: procedura di erogazione dei servizi di assistenza globale P-EAG, procedura servizio accettazione e sociale P-SAS, procedura servizio educativo-animativo P-EDAN, procedura Servizi di assistenza globale Centro G.A. Bolis (procedura Q_PO_01_PB), procedura servizio logopedico P-LOG, procedura servizio psicologico P-PSI, procedura servizio riabilitativo P-RIA.

Ogni figura implementa le parti di propria competenza programmando le attività per gli ospiti.

SERVIZI RIABILITATIVI ED EDUCATIVO-ANIMATIVO

- Procedure di riferimento: procedura di erogazione dei servizi di assistenza globale P-EAG, procedura servizio accettazione e sociale P-SAS, procedura servizio educativo-animativo P-EDAN, procedura Servizi di assistenza globale Centro G.A. Bolis (procedura Q_PO_01_PB), procedura servizio logopedico P-LOG, procedura servizio psicologico P-PSI, procedura servizio riabilitativo P-RIA

Ogni figura provvede a monitorare periodicamente l'andamento del progetto.

Periodicamente la UVM/U.O.I. si riunisce per verificare l'andamento complessivo del progetto e riformulare il piano assistenziale individualizzato anche in base alle nuove esigenze dell'Ospite.

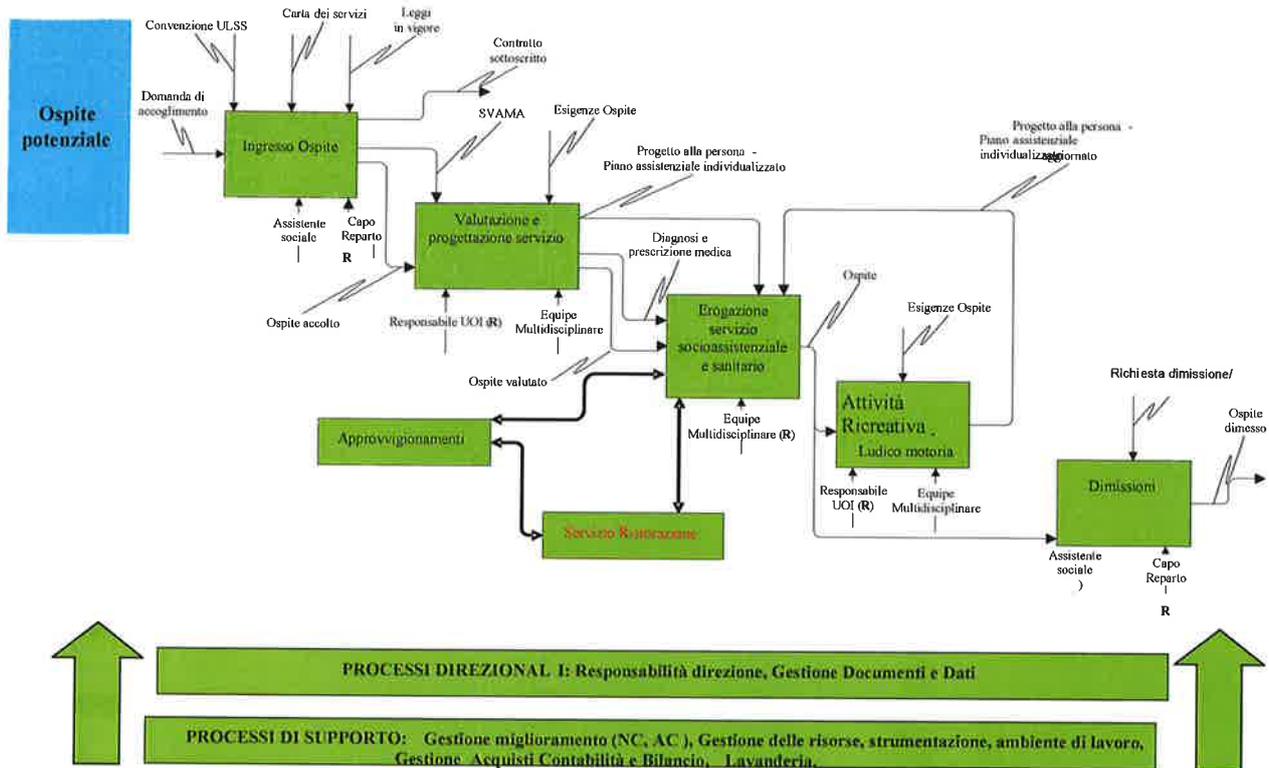
SERVIZI STANDARD/DIMISSIONI / DECESSO OSPITE

- Procedure di riferimento: procedura di erogazione dei servizi di assistenza globale P-EAG, procedura servizio accettazione e sociale P-SAS, procedura servizio educativo-animativo P-EDAN, procedura Servizi di assistenza globale Centro G.A. Bolis (procedura Q_PO_01_PB), procedura servizio logopedico P-LOG, procedura servizio psicologico P-PSI, procedura servizio riabilitativo P-RIA, .

Alle dimissioni/decesso dell'Ospite il reparto assieme al servizio sociale seguono tutte le attività necessarie per la corretta gestione dell'evento; vengono inoltre archiviati tutti i documenti predisposti per i servizi all'Ospite. Accanto ai servizi progettati e personalizzati per l'ospite, sono presenti servizi standard erogati all'ospite sulla base della pianificazione dell'Istituto, es. Servizio di Ristorazione secondo manuale HACCP in vigore : Procedura di erogazione dei Servizi di Assistenza Globale P-EAG e Erogazione dei globale G.A.Bolis (procedura Q_PO_01_PB).

La gestione documentazione (procedura gestione documenti e registrazioni I-P-GDR), la gestione delle risorse umane (procedura gestione risorse I-P-GRU), la gestione delle risorse e dei fornitori (procedura area tecnica I-P-GAT), la gestione del miglioramento (procedura miglioramento I-P-MIG).

SCHEMA PROCESSI: OSPITI NON AUTOSUFFICIENTI IN REGIME DI SEMIRESIDENZIALITA' (Centro diurno Casa Gidoni e Montegrande)



GESTIONE OSPITE: ingresso

- Procedure di riferimento: procedura di erogazione dei servizi di assistenza globale Centro Diurno Gidoni (PGD-EAG), Erogazione dei servizi appaltati Centro Diurno Montegrande (procedura Q_PO_13_MG).
- I servizi garantiti all'Ospite ai Centri sono riepilogati nella Carta dei servizi.

Il servizio accettazione e sociale/ Coordinatore Centro Diurno Casa Gidoni e Montegrande contatta, seguendo la lista d'attesa (RUR) dall'Ulss e in base alla disponibilità dei posti, il referente della persona anziana da accogliere al Centro. Se la risposta è positiva, il referente presenta la documentazione richiesta.

Prima dell'accoglimento il servizio sociale/Coordinatore Centro Diurno provvede a far sottoscrivere all'Ospite e/o ai familiari il contratto e a completare i dati e documenti ad esso relativi onde poter informare i vari servizi dell'Istituto.

All'atto dell'accoglimento al Centro il personale accoglie l'Ospite il quale viene inserito all'interno dei servizi erogati in funzione delle sue esigenze.

PROGETTAZIONE SERVIZIO-

- Procedure di riferimento: procedura di erogazione dei servizi di assistenza globale Centro Diurno Gidoni (PGD-EAG), Erogazione dei servizi appaltati Centro Diurno Montegrande (procedura Q_PO_13_MG), procedura servizio educativo-animativo P-EDAN, Segue un periodo di valutazione in cui le varie figure della UVM/U.O.I. valutano in funzione della propria professionalità le esigenze dell'Ospite, anche in base alla diagnosi fornita dal medico di medicina generale.

Il Coordinatore del Centro Diurno Casa Famiglia Gidoni e Montegrande convoca la riunione della UVM/U.O.I. con la presenza del Medico Coordinatore dell'ULSS (se disponibile).

Durante l'incontro viene formulato un progetto integrato sull'Ospite (piano assistenziale

individualizzato).

EROGAZIONE SERVIZIO SOCIOASSISTENZIALE E SANITARIO

- Procedure di riferimento: procedura di erogazione dei servizi di assistenza globale Centro Diurno Gidoni (PGD-EAG), Erogazione dei servizi appaltati Centro Diurno Montegrande (procedura Q_PO_13_MG), procedura servizio educativo-animativo P-EDAN, parte relativa ai Centri Diurni
- Ogni figura implementa le parti di propria competenza programmando le attività per gli ospiti.

Al Centro sono presenti schede personalizzate sanitarie e assistenziali.

ATTIVITA' RICREATIVA LUDICO MOTORIA

- Procedure di riferimento: procedura di erogazione dei servizi di assistenza globale Centro Diurno Gidoni (PGD-EAG), Erogazione dei servizi appaltati Centro Diurno Montegrande (procedura Q_PO_13_MG), procedura servizio educativo-animativo P-EDAN, Parte Relativa ai Centri Diurni
- Ogni figura provvede a monitorare periodicamente l'andamento del progetto.

Periodicamente la U.O.I. si riunisce per verificare l'andamento complessivo del progetto e riformulare il piano assistenziale individualizzato anche in base alle nuove esigenze dell'Ospite.

SERVIZI STANDARD/DIMMISSIONI OSPITE

- Procedure di riferimento: procedura di erogazione dei servizi di assistenza globale Centro Diurno Gidoni (PGD-EAG), Erogazione dei servizi appaltati Centro Diurno Montegrande (procedura Q_PO_13_MG), procedura servizio educativo-animativo P-EDAN, Parte relativa ai Centri Diurni
- Alle dimissioni dell'Ospite il Coordinatore del Centro Diurno Casa Gidoni o Montegrande assieme al servizio sociale eseguono tutte le attività necessarie per la corretta gestione dell'evento; vengono inoltre archiviati tutti i documenti predisposti per i servizi all'Ospite.

Accanto ai servizi progettati e personalizzati sull'Ospite sono presenti servizi standard erogati all'Ospite sulla base della pianificazione dell'Istituto per es. il servizio ristorazione (Manuale HACCP in vigore: procedura di erogazione dei servizi di assistenza globale Centro Diurno Gidoni (PGD-EAG) e Erogazione dei servizi appaltati Centro Diurno Montegrande (procedura Q_PO_13_MG).

La gestione documentazione (procedura gestione documenti e registrazioni I-P-GDR), la gestione delle risorse umane (procedura gestione risorse I-P-GRU), la gestione delle risorse e dei fornitori (procedura area tecnica I-P-GAT), la gestione del miglioramento (procedura miglioramento I-P-MIG).

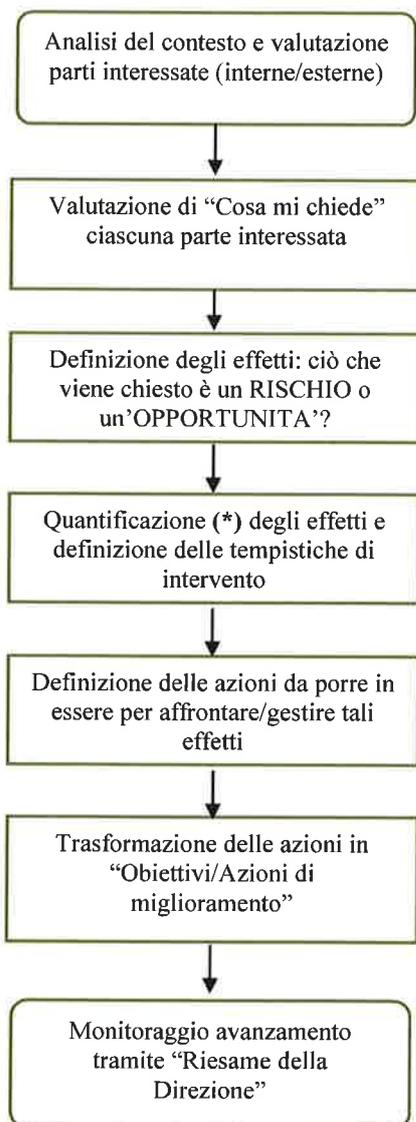
6. RISCHI e OPPORTUNITA'

Nella pianificazione delle proprie attività AltaVita-IRA tiene conto del contesto e delle parti interessate rilevanti, analizzate precedentemente, e determina gli "effetti dell'incertezza" quali rischi aventi esiti negativi ed opportunità aventi esiti positivi.

In particolare, per ogni parte interessata, sono state individuate le esigenze, i requisiti e le aspettative aventi impatto sul SGQ e che possono influenzare le capacità operative dell'organizzazione nel conseguire i risultati attesi.

AltaVita-IRA mantiene attivo il monitoraggio ed il riesame periodico delle aspettative/esigenze/requisiti delle parti interessate rilevanti per il Sistema di Gestione Qualità, verificando la loro validità annualmente in occasione del Riesame della Direzione.

Il "Risk-based thinking" è stato affrontato secondo il diagramma di flusso e la logica di probabilità di accadimento e impatto potenziale di seguito descritto da cui ne deriva l'analisi formalizzata nel documento D-TIS che diventa elemento in ingresso e in uscita del Riesame della Direzione.



(*) Secondo la metrica indicata nel documento D-TIS.
QUANTIFICAZIONE:

- RISCHI = Probabilità 'P' x Gravità 'G'

P e G assumono convenzionalmente i seguenti valori: da 1 a 3
Limite di ACCETTABILITA' di R, quando quanto $R \leq 3$

- OPPORTUNITA' viene definita in base alla disponibilità di risorse necessarie per affrontare l'azione
Assume convenzionalmente i seguenti valori: da 1 a 3 secondo l'ordine prioritari (1 – primo anno).



Nr.	PROCESSO	FASE - ASPETTO parte interessata (E esterna - I-interna)	RISCHIO/OPPORTUNITA'	PROBABILITA' [P]	IMPATTO [G]	RISCHIO [P x G] Limite acc. (R ≤ 3)		MISURE ATTUATE	MISURE DA ATTUARE	AZIONE-COLLEGAMENTO CON RIESAME DELLA DIREZIONE
						Valore	Stima			
1	PROGETTAZIONE DEL SERVIZIO ASSISTENZIALE	Dati di input per valutazione dell'ospite Utenti(E)	Valutazione errata dell'ospite	2	3	6	RILEVANTE	SVAMA distrettuale, U.O.I. ingresso, valutazione multidisciplinare (P.A.I.) e presenza medici di residenza	Miglioramento dei Piani Assistenziali Individuali (PAI): definizione, da parte dell'equipe di lavoro, di azioni/attività da eseguire sull'ospite, monitorate tramite obiettivi misurabili in modo oggettivo	A.a, A.h, A.i, A.l, A.m, B.a, B.b, B.d, B.e, B.f, B.h, B.i, C.a
2	PROGETTAZIONE DEL SERVIZIO ASSISTENZIALE	Tenuta sotto controllo letti freddi (posti non occupati) Utenti-Territorio (E)	Mancata accupazione dei posti letto offerti dalle strutture dell'organizzazione con conseguente carenza di ritorno economico	2	3	6	RILEVANTE	Azione di miglioramento B.c, B.g	Pubblicizzazione dell'Ente (piano delle performance)	Piano delle performance-Riquilibrato dell'ambiente e nuove proposte da offrire al territorio
3	PROGETTAZIONE DEL SERVIZIO ASSISTENZIALE	Tenuta sotto controllo letti freddi (posti non occupati) Utenti-Territorio (E)	Incapienza delle impegnative sui posti letto autorizzati e applicazione non corretta delle procedure di ingresso dell'ospite	2	2	4	MEDIO-BASSO	---	Monitoraggio e presidio da parte del personale del servizio sociale per ottenimento impegnative di residenzialità (punteggio RUR)	Piano delle performance e azione miglioramento B.g
4	EROGAZIONE DEL SERVIZIO SOCIOASSISTENZIALE E SANITARIO	Errori nella gestione della terapia Preparazione e Assunzione Normazione (E)	Rischio clinico (preparazione errata terapia e mancata assunzione della terapia)	2	3	6	RILEVANTE	Procedure del Sistema di Gestione, formazione continua del personale Protocollo per la Gestione della Terapia. Supervisione da parte dei coordinatori di Residenza, Infermiere e Medico	Cartella Personale digitalizzata	A.g, B.b, C.b, C.c, C.d, C.e, C.f
5	EROGAZIONE DEL SERVIZIO SOCIOASSISTENZIALE E SANITARIO	Assistenza da parte degli operatori socio sanitari e sanitari Operatori (I)	Inefficienza del servizio assistenziale - Movimentazione Manuale dei Carichi	2	3	6	RILEVANTE	Monitoraggio continuo e supervisione del responsabile organizzativo e dei coordinatori e applicazione di misure disciplinari (Procedimenti secondo il contratto), Applicazione SGQ e monitoraggio tramite audit interni DVR MAPO PRESENTE Formazione	---	C.e, C.f
6	EROGAZIONE DEL SERVIZIO SOCIOASSISTENZIALE E SANITARIO	Fisioterapia, logopedia, educativo-animativo e psicologia Servizi Professionali (I)	Applicazione non corretta delle procedure	2	2	4	MEDIO-BASSO	Monitoraggio continuo e supervisione del responsabile organizzativo e dei coordinatori e applicazione di misure disciplinari (Procedimenti secondo il contratto), Applicazione SGQ e monitoraggio tramite audit interni	---	A.g, B.b, C.b, C.c, C.d, C.e, C.f
7	DECESSO OSPITE	Attività conseguenti al decesso	Non corretta gestione della documentazione relativa prevista per legge (Scheda ISTAT e certificato di decesso)	1	3	3	TRASCURABILE	Emissione protocollo DRE-PDE redatto in collaborazione con il medico necroscopo (USL - Servizio igiene)	Supervisione da parte del responsabile organizzativo e dei coordinatori di residenza	c.f
8	DIMISIONE/ DECESSO OSPITE	Archiviazione della documentazione dell'ospite presso servizio sociale (anno in corso)	Non corretta compilazione, archiviazione della documentazione e mancanza di disponibilità in caso di richiesta di accesso agli atti	1	3	3	TRASCURABILE	Inserimento nelle procedure di erogazione dei servizi, del paragrafo "Dimissioni e decesso dell'ospite", Azione di monitoraggio durante audit interni	Cartella Personale digitalizzata	Det. N. 26 SG del 29/01/2019 - Riordino fisico archivio corrente e di deposito della area acquisti, contabilità e bilancio, area tecnica e segreteria generale e agg. Messa a regime del nuovo titolare- Prontuario-Piano di conservazione-Archivio Atti
9	GESTIONE ECONOMICA FINANZIARIA	Appalto di servizi-Fornitori e Utenti (E)	Mancata applicazione del capitolato	1	3	3	TRASCURABILE	Presenza Dirigente Amministrativo e per servizi principali: <ul style="list-style-type: none"> • <u>ristorazione e lavanderia</u>: presenza in organigramma del responsabile appalti servizi ristorazione e lavanderia (rag. Berton E.) e OSA di somministrazione per HACCP (Dott. Nicoletto S.); • <u>Servizi socioassistenziali e sanitari P. Bolis e Sidoni</u>: monitoraggio da coordinatori di residenza; • <u>Servizio pulizie spazi esterni</u>: monitoraggio da parte del responsabile organizzativo; • <u>Servizio manutenzioni</u>: monitoraggio da parte di UT. 	Corsi di formazione specifici sulla gestione degli appalti e revisione della procedura acquisti I-P-ACB con inserimento della gestione dei fornitori in piattaforma informatica (gpa)	A.g, C.c, C.b, C.d

PROCESSI PRIMARI

10	GESTIONE PATRIMONIO INDISPONIBILE	Pianificazione e gestione del "Piano degli investimenti" Utenti (E) Personale dipendente (I)	Degrado del patrimonio per mancata esecuzione interventi manutentivi e di riqualificazione	2	3	6	RILEVANTE	Esecuzione piano manutenzioni ordinaria per anno. Approvazione progetto di fattibilità tecnico economica D.C.N°62/2018	Riqualificazione del Centro Servizi Beato Pellegrino per adeguamento alla D.G.R.84/07, Avvio I stralcio monitoraggio degli obiettivi di processo-Rinnovo autorizzazione Centro Servizi Beato Pellegrino e Pensionato Piaggi-Avvio Progetto di co-housing Terranegra Padova	"Piano degli investimenti", 'A e, A.f
11	GESTIONE PATRIMONIO INDISPONIBILE	Trasformazione del 4° e 5° piano del Pensionato Piaggi in casa vacanze Regione/Provincia (E) Utenti-Territorio (E) Normazione(E)	Utilizzo nuova unità con destinazione casa vacanze	1	1	1	OPPORTUNITA'	Terminata attività di trasformazione del 4° e 5° piano del P.Piaggi	Affidamento del ramo di azienda -Gestione Appalto	Vedi Riesame
12	CONFORMITA' LEGISLATIVA	Mancata adeguatezza normativa Normazione (E) Ente di Certificazione Esternc/Accreditamento(E)	Infrazione	2	2	4	MEDIO-BASSO	Revisione sito internet Ente, Nomina DPO e revisione informativa privacy e procedura Adeguamento Regolamento UE 679/2016 GDPR e Contratti pubblici Rispetto delle Norme previste dal D.Lgs. 50/2016. Rendicontazione annuale degli appalti all'RPCT, assunzione Dirigente Amministrativo	Gestione sito internet con verifica a campione tramite checklist della presenza delle pubblicazioni obbligatorie per legge applicabil, Approvazione Piano Triennale della Corruzione e della trasparenza	Vedi Riesame
13	GESTIONE RISORSE UMANE RISORSE UMANE	Reclutamento del personale Personale dipendente (I)	Difficoltà nell'individuazione nel mercato del lavoro di figure quali personale medico, infermieri, operatori addetti assistenza e anche di figure tecniche e amministrative. Elevato Turnover del personale e aumento rischio malattie professionali	3	3	9	CRITICO	Procedure concorsuali per il reclutamento. Procedura di Gestione della Sorveglianza Sanitaria. Procedura di Gestione delle Risorse Umane	Redazione nuovo contratto	B.m e Det. N. 26 SG del 29/01/2019 - Rilevazione n. totale di assunzioni effettuate nei tempi richiesti/n. tot. Bisogni del personale (per personale assistenziale)
14	GESTIONE RISORSE UMANE RISORSE UMANE	Gestione giuridica del personale- Personale dipendente (I)	Errata applicazione delle procedure di concorsuali	1	3	3	MEDIO-BASSO	Rendicontazione annuale procedure selettive e formative all'RPCT (Responsabile prevenzione corruzione trasparenza) e pubblicazione concorsi su amministrazione trasparente. Regolamento sull'ordinamento degli uffici e dei servizi	Supporto al Segretario Direttore Generale per attuazione adempimenti in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza su processi del Settore Risorse Umane	"Piano anticorruzione e trasparenza", Det. N. 26 del 29/01/2019 - Redazione nuovo contratto collettivo integrativo, parte normativa ed economica 2018-2020
15	INFORMATIZZAZIONE	Adeguamento Sistema Informativo dell'Ente e gestione presenze del personale Personale dipendente (I), Utenti-Territorio (E)	Il vecchio programma PRESS è obsoleto e quindi si incorre nella possibilità di non riuscire più ad elaborare le voci variabili stipendiali-	3	3	9	CRITICO	Responsabile CED/Responsabile Ufficio Organizzazione e consulenti	Valutazione struttura informatica dell'Ente, per investimenti allo scopo di adeguamento Implementazione programma Zucchetti per gestione presenza del personale	B.b Det. n.26 SG del 29.01.2019

Tabella metrica **PROBABILITA'**

P = 1	Il pericolo può provocare un danno per la concomitanza di più eventi poco probabili ed indipendenti. Non sono noti episodi già verificatisi.
P = 2	Il pericolo può provocare un danno solo in circostanze sfortunate di eventi, o da azioni dell'operatore di tipo volontario. Sono noti pochi episodi già verificatisi.
P = 3	Il pericolo può provocare un danno senza intervento dell'operatore o a seguito di azioni dell'operatore che, anche se non corrette, sono facilmente prevedibili. È noto qualche episodio che ha provocato danni

Tabella metrica **GRAVITA'**

G = 1	Situazione di svista, carenza dell'operatore che non costituiscono violazione normativa vigente applicabile alla struttura
G = 2	Situazione di svista, carenza dell'operatore in violazione a procedure, prassi e regolamenti interni che non costituiscono violazione normativa vigente applicabile alla struttura
G = 3	Situazione di svista, carenza dell'operatore in violazione a procedure, prassi e regolamenti interni che costituiscono violazione normativa vigente applicabile alla struttura con conseguente applicazione del regime sanzionatorio relativo

Tabella metrica **RISCHIO**

R = 1 ≤ 3	TRASCURABILE
R = 4	MEDIO - BASSO
R = 6	RILEVANTE
R = 9	CRITICO