



VERBALE DI RIESAME DELLA DIREZIONE

DATA PRECEDENTE RIESAME	28 Ottobre 2020
DATA ATTUALE RIESAME	8 Marzo 2021
PERIODO CONSIDERATO	Anno 2020
DATA PROSSIMO RIESAME	Ottobre 2021

Distribuzione e partecipanti

Firme

Segretario Direttore Generale	Sandra Nicoletto	F.TO: Sandra Nicoletto
Dirigente Tecnico	Simona Campedel	F.TO: Simona Campedel
Dirigente Amministrativo	Michele Testa	F.TO: Michele Testa
UOP	Alberto Barzaghi	F.TO: Alberto Barzaghi
Tecnico Alta Specializzazione	Giuseppe Clemente	F.TO: Giuseppe Clemente
RU	Daniela Lissandron	F.TO: Daniela Lissandron
Segreteria Generale/Funziionario	MariaGrazia Lincetto	F.TO: Mariagrazia Lincetto
RQ	Giovanna Rossi	F.TO: Giovanna Rossi



VERBALE DI RIESAME DELLA DIREZIONE

ARGOMENTI TRATTATI		AMBITO
<input type="checkbox"/>	1. Premessa al Riesame – Produttività - Gestione- Pandemia Covid-19	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 relativi all'anno 2020; Piano delle Performance 2020-2022; Piano di Prevenzione della Trasparenza e Anticorruzione anni 2020-2022.	QUA
<input type="checkbox"/>	3. Valutazioni da non conformità, azioni correttive/ /reclami –audit interni anno 2020-Audit da parte dell'Ente di certificazione esterno RINA	QUA
<input type="checkbox"/>	4. Valutazione Fornitori esterni e loro prestazioni, non conformità fornitore – anno 2020	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 –Revisione Documentazione	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		
➤ Allegato 1 Attività in ordine cronologico effettuate da AltaVita-Ira per la gestione Emergenza Covid-19 Anno 2020		
➤ Relazione Videochiamate Segretario/Direttore Generale e Responsabile Organizzativo Periodo Aprile – Ottobre 2020-Periodo Ottobre 2020-Febbraio 2021		
ALLEGATO A –STATO AVANZAMENTO ANNUALE DEGLI OBIETTIVI RELATIVI ALLA DETERMINA SG 155 DEL 07.05.2020 PROGETTUALITÀ		
ALLEGATO B – STATO AVANZAMENTO ANNUALE DEGLI OBIETTIVI RELATIVI ALLA DETERMINA SG 156 del 07.05.2020 PER IL PERSONALE CHE RICOPRE FUNZIONI DI COORDINAMENTO O CON SPECIFICHE RESPONSABILITÀ		
➤ ALLEGATO C – STATO AVANZAMENTO ANNUALE OBIETTIVI RELATIVI ALLE DETERMINA SG 153-154 DEL 07.05. 2020 E 171 26.05.2020 PER IL PERSONALE DELL' AREA DELLE POSIZIONI ORGANIZZATIVE		
➤ Allegato esiti formazione ANNO 2020- Responsabile Risorse Umane.		



• Premessa al Riesame e Produttività

COMMENTO GENERALE, LINEE GUIDA ED OBIETTIVI

Sono stati analizzati gli esiti degli obiettivi relativi all'anno 2020 assegnati con Det.n° 153-154-155-156 del 07.05.2020, 171 del 26.05.2020 del Segretario Direttore Generale, e DC n°15 del 11.05.2020. Nell'analisi condotta sono stati considerati i seguenti documenti:

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

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

Allo scopo di comprendere il contesto interno ed esterno in cui AltaVita –Ira si è mossa nel Corso dell'anno 2020 si riporta un estratto della D.C. N° 1 DEL 13.01.2021 Linee Strategiche anno 2021.

“L'anno 2020 appena trascorso ha visto purtroppo lo scoppio inaspettato della pandemia di Covid- 19 in tutto il nostro Paese, la cui evoluzione è avvenuta in tre fasi: la prima fase dal 20 febbraio alla fine del mese di maggio (prima ondata), si è caratterizzata per una rapidissima diffusione dei casi e dei decessi e per una forte concentrazione territoriale prevalentemente nel Nord d'Italia, colpendo in particolar modo Lombardia e Veneto. La stagione estiva (fase di transizione) avvenuta nel periodo giugno-metà di settembre, si è caratterizzata per una diffusione molto contenuta del virus, ma a partire da metà agosto si sono identificati dei focolai sempre più numerosi in tutta Italia e, dalla fine di settembre (Seconda ondata), i nuovi casi sono aumentati per alcune settimane con un ritmo esponenziale finché, dalla metà di ottobre, le ordinanze a livello regionale e l'adozione di ulteriori misure di contenimento (vedesi DPCM) hanno portato a un'inversione di tendenza in quasi tutte le Regioni.

La prima fase dell'epidemia è stata contraddistinta da una trasmissione fortemente localizzata, grazie anche alle misure preventive di sanità pubblica di “distanziamento sociale” molto rigide che hanno interessato alcune Regioni del Nord, compreso il Veneto. Tali misure hanno mutato drasticamente il quadro della diffusione a tal punto che nel mese di maggio si è registrato un crollo dei nuovi casi. I casi hanno iniziato a risalire nel mese di agosto e poi con l'inizio della stagione autunno-invernale si è riscontrato un lento e progressivo peggioramento dell'epidemia di COVID-19.

A livello nazionale, nel periodo tra febbraio e novembre 2020, in termini di decessi la classe più colpita è quella degli over 80 che registra il 60% dei decessi complessivi.

Gli effetti di questa pandemia hanno colpito gravemente le strutture per persone anziane, compresi i nostri Centri Servizi.

Nella prima fase, che ci ha colto di sorpresa, sono stati colpiti gli ospiti del C.S. “Beato Pellegrino”, mentre la seconda fase ha interessato in prima battuta il C.S. “Giusto Antonio Bolis” e a seguire ancora la struttura di Via Beato Pellegrino.

Al fine di tutelare lo stato di salute dei nostri ospiti molto fragili, già affetti da gravi pluripatologie, si è reso necessario sospendere le visite dei familiari; solamente nel periodo estivo le visite sono state riaperte in sicurezza e spazi riservati, sempre e comunque con la presenza e l'affiancamento del personale di AltaVita-IRA, soprattutto del Servizio di Psicologia. L'obiettivo strategico è stato quello, fatto salvo il presidio sanitario, di garantire agli ospiti il fondamentale contatto umano con i propri familiari.

E a proposito di familiari, più specificatamente, nel Centro Servizi di via Beato Pellegrino, “dal 22 febbraio niente è stato più lo stesso”: i familiari hanno dovuto ridurre o addirittura cancellare gli incontri con gli ospiti, si è creata una netta demarcazione fra il “dentro” e il “fuori”, le attività nei reparti sono state riviste e quelle aperte alla cittadinanza sono state sospese. Il problema più grave oggi è quello della solitudine che ha gravi ripercussioni soprattutto sui nostri anziani. La solitudine mette a rischio il livello cognitivo. Uno studio ha evidenziato che un anziano che soffre la solitudine ha una maggiore probabilità (64%) di sviluppare demenza clinica. Una solitudine che pesa anche sui familiari dei nostri ospiti e che origina in essi stati di ansia profondi. A questi disagi di ospiti e familiari abbiamo cercato di farvi fronte con un massiccio impegno con l'utilizzo di video-chiamate, con l'impiego di nuovi mezzi per alimentare i rapporti fra ospiti, familiari e amici. Il servizio di



videochiamata ha avuto un grande apprezzamento da parte dell'utenza.

La pandemia ha prodotto i suoi effetti, oltre che sotto il profilo sanitario, anche sotto l'aspetto economico.

L'Azienda ULSS ha bloccato i nuovi accoglimenti in struttura da metà marzo a metà giugno 2020 e ciò ha comportato un aumento notevole dei posti letto inoccupati, come risulta dalla relazione di prechiusura al Bilancio economico annuale di previsione dell'esercizio 2020, ove vengono rilevati circa 36 posti letto liberi nel periodo al 01/01-30/11/2020 e ciò ha determinato un impatto negativo sul bilancio per minori ricavi pari a € 1.146.327,14 rispetto alla previsione.

Anche i Centri Diurni sono stati colpiti dalla pandemia COVID-19, nella prima fase sono stati chiusi dal 9 marzo sino al 14 giugno, per motivi di igiene e salute pubblica, al fine di scongiurare il propagarsi del contagio, mentre nella seconda ondata, precisamente dal 23 novembre 2020 l'attività è stata sospesa sino a data da definirsi per motivi tecnico-organizzativi, in quanto il personale ivi impiegato è stato trasferito presso i Centri Servizi, a copertura della carenza di organico del personale dovuta, in parte all'assenza per contagio e in parte alle dimissioni di personale migrato all'Azienda Zero. La chiusura dei Centri Diurni ha comportato minori ricavi nel 2020 per € 451.534,57.

In questi giorni è iniziata, presso i nostri Centri Servizi, la campagna vaccinale che coinvolge sia gli ospiti che il personale dipendente. Si tratta di un'importante misura di prevenzione che consentirà di rafforzare il presidio sanitario e scongiurare la diffusione del virus, garantendo la massima tutela della salute degli ospiti e dei dipendenti. L'avvento del vaccino e l'arrivo della primavera potrebbero aprire un nuovo scenario di ripartenza. La pandemia non è per ora vinta, si dovranno affrontare ancora alcuni mesi difficili ed impegnativi sotto il profilo sanitario, economico, psicologico e sociale, ma l'evoluzione dello scenario esterno, le misure di prevenzione e protezione, nonché di contenimento adottate e lo sforzo organizzativo profuso dall'Ente consentono di guardare al futuro con una aspettativa di fiducia, nonostante il futuro indossi ancora i panni dell'incertezza.

Ciò permetterà all'Ente di continuare ad erogare i suoi servizi con un elevato standard di qualità, conservando la sua posizione di punto di riferimento e di eccellenza nell'ambito dei servizi socio-sanitari del territorio padovano.

Stante quanto sopra riportato per l'anno 2020 si è deciso, pur mantenendo attivo il Sistema Qualità, in quanto necessario per il mantenimento dell'accreditamento Regionale delle nostre Residenze per non autosufficienti e Centri Diurni, e per la gestione degli obblighi di legge quali l'emissione del Piano delle Performance, del Piano della Trasparenza e Anticorruzione, e la valutazione degli obiettivi raggiunti, di non procedere alla certificazione del Sistema Qualità secondo Norma ISO 9001:2015 da parte dell'Ente di certificazione Esterno RINA. Non è stato infatti possibile eseguire attività propedeutiche e fondamentali per l'ottenimento della certificazione stessa, come ad esempio gli audit interni o le Unità Operative Interne UOI.

Gli stessi obiettivi di produttività, miglioramento, assegnati inizialmente dal Segretario/Direttore Generale agli inizi di Febbraio 2020, sono stati oggetto di revisione dopo la prima ondata, a maggio 2020.

La progettualità, come si evince dalle Relazioni dei Responsabili di seguito riportati ha continuato per tutto l'anno ad essere influenzata dall'emergenza COVID-19, stato che si protrarrà almeno al 30 aprile 2021, come stabilito dal Precedente Governo Conte.”

Visto la grande attività fatta dal nostro Ente per gestire l'emergenza Covid-19, adeguandosi di volta in volta, ai vari DPCM, Direttive Regionale e dell'ULSS 6 Euganea, si ritiene opportuno, in allegato 1, riportare in ordine cronologico le attività fatte nel corso del 2020, per gestire la Pandemia . Le procedure emesse per gestire la pandemia sono riportate nel Manuale della Sicurezza.

- **Stato delle azioni derivanti dai precedenti riesami e Prestazioni dell'Organizzazione e grado di raggiungimento degli obiettivi, dei traguardi e dei programmi stabiliti relativi all'anno 2020; Piano delle Performance 2020-2022; Piano di Prevenzione della Trasparenza e Anticorruzione anni 2020-2022.**

DOC. IN INGRESSO: Procedura di Miglioramento I-P-MIG rev.2- Verbale Riesame della Direzione 27 febbraio 2020- Piano delle Performance anno 2020- Piano Trasparenza anticorruzione anno 2020-I-



P-GRU rev.8- con Det.n° 153-154-155-156 del 07.05.2020, 171 del 26.05.2020 del Segretario Direttore Generale. E DC n°15 del 11.05.2020

CONSIDERAZIONI / DECISIONI DA INTRAPRENDERE

STATO AVANZAMENTO II SEMESTRE 2020 DEGLI OBIETTIVI RELATIVI ALLA DETERMINA SG 155 DEL 07.05.2020 PROGETTUALITÀ

In allegato A) viene riportata la situazione al II semestre 2020, come da relazioni pervenute dai vari Responsabili di Servizio, trasmesse al Responsabile Qualità e alla Dottoressa Maria Grazia Lincetto.(le relazioni del I semestre sono riportate nel Verbale del Riesame del 28 ottobre 2020.

Dalle singole relazioni trasmesse, file archiviati sia dalla Segreteria Generale che mantiene anche le copie cartacee sia dal Responsabile Qualità, si evince come tutta l'attività dell'Ente sia stata influenzata e continua ad esserlo, dalla Pandemia COVID-19.

STANTE LE RELAZIONI RIPORTATE E L'INFLUENZA CHE HA AVUTO LA GESTIONE DELL'EMERGENZA COVID-19 NELLE ATTIVITA' DELL'ANNO 2020, SI CONSIDERANO RAGGIUNTI TUTTI GLI OBIETTIVI ASSEGNATI CON DETERMINA N° 155 DEL 07.05.2020.

Va ricordato che nel corso dell'anno 2020 il Personale dell'Area Psicosociale e Riabilitativa si è impegnato a mantenere il contatto con i parenti, sia nei periodi di chiusura alle visite dell'Ente, attraverso un Sistema di Videochiamate, sia nei periodi in cui l'Ulss 6 Euganea ha permesso la riapertura delle visite ai parenti, attraverso una gestione organizzata, controllata, e pianificata delle medesime.

Si ritiene pertanto opportuno allegare la relazione della Dottoressa Nicoletto e del Dottor Barzagli, che dettaglia le attività fatte in relazione alla gestione dei contatti con i parenti e la nuova organizzazione, per quanto riguarda la gestione delle videochiamate, che prontamente AltaVita-IRA, ha messo in atto nei periodi di chiusura dei Centri Servizi dettati dall'evolversi della Pandemia nel Corso dell'anno 2020.

STATO AVANZAMENTO II SEMESTRE 2020 DEGLI OBIETTIVI RELATIVI ALLA DETERMINA SG 156 del 07.05.2020 PER IL PERSONALE CHE RICOPRE FUNZIONI DI COORDINAMENTO O CON SPECIFICHE RESPONSABILITÀ

In allegato B) è riportata la situazione al II semestre del 2020 relativa agli obiettivi assegnati con la Determina SG 156 del 07.05.2020. (le relazioni del I semestre sono riportate nel Verbale del Riesame del 28 ottobre 2020).

OMISSIS

Per quanto riguarda l'obiettivo relativo all'applicazione del Protocollo per il trattamento del dolore e cure palliative applicato in maniera sperimentale a partire dal 07.01.2020, visto quanto si evince dalla Relazione dei Coordinatori di Residenza e poi anche dalla relazione dei Medici di Residenza vedi allegato C obiettivi APO, risulta necessaria una sua semplificazione per quanto riguarda la compilazione della modulistica. Il lavoro del gruppo cure palliative, però, è sospeso in attesa di ulteriori sviluppi

STANTE LE RELAZIONI RIPORTATE E L'INFLUENZA CHE HA AVUTO LA GESTIONE DELL'EMERGENZA COVID-19 NELLE ATTIVITA' DELL'ANNO 2020, SI CONSIDERANO RAGGIUNTI TUTTI GLI OBIETTIVI ASSEGNATI CON DETERMINA N° 156 DEL 07.05.2020, A PARTE QUELLI ASSEGNATI ALL'ING. VANNI MARCHI, COME GIÀ RIPORTATO NEL VERBALE DEL RIESAME DEL 28 OTTOBRE 2020.



STATO AVANZAMENTO I e II SEMESTRE DEGLI OBIETTIVI RELATIVI ALLE DETERMINA SG 153-154 DEL 07.05. 2020 E 171 26.05.2020 RELATIVA ALL'AREA DELLE POSIZIONI ORGANIZZATIVE. (BARZAGHI, CAMPEDEL, CLEMENTE, LISSANDRON, MEDICI,).

In allegato C) si riportano le relazioni così come pervenute dal Personale appartenente all'area delle Posizioni organizzative.

STANTE LE RELAZIONI RIPORTATE E L'INFLUENZA CHE HA AVUTO LA GESTIONE DELL'EMERGENZA COVID-19 NELLE ATTIVITA' DELL'ANNO 2020, SI CONSIDERANO RAGGIUNTI TUTTI GLI OBIETTIVI ASSEGNATI CON DETERMINA N° 153-154 DEL 07.05.2020 E 171 DEL 26.05.2020.

OMISSIS

Si ricorda che i dati grezzi sono disponibili presso la Segreteria Generale e su file protetto del Responsabile Qualità

In base alla D.C. n° 1 del 13.01.2021 Linee Strategiche anno 2021 sono state emesse dal Segretario/Direttore Generale le Seguenti Determine di Assegnazione degli obiettivi per l'anno 2021: 74 del 25.02.2021 e n°81-82-83 del 03.03.2021.

La D.C. di assegnazione degli obiettivi per i Dirigenti sarà deliberata nei prossimi C.d.A. ; seguirà quindi la Emissione e Pubblicazione del piano delle performance anni 2021-23.

PIANO DELLA TRASPARENZA E ANTICORRUZIONE

Il piano è stato approvato con deliberazione consigliere n°25 del 15 luglio 2020. Per quanto riguarda l'attività di monitoraggio e verifica di attuazione delle misure, il Piano prevede che gli esiti siano valutati annualmente nel Riesame della Direzione. Il Funzionario Amministrativo, Dottoressa Maria Grazia Lincetto, dopo approvazione del Piano, in data 7 agosto 2020, Prot. n° 03669 del 10.08.2020, ha inviato comunicazione scritta, ai Responsabili dell'attuazione delle suddette misure, per informarli della Pubblicazione del Piano al link Amministrazione Trasparente sul Sito Istituzionale dell'Ente. La Dottoressa Lincetto, in data 21 ottobre 2020, con nota Prot. n° 5241 del 22.10.2020, ha invitato i Responsabili coinvolti, relativamente alle attività di monitoraggio e attuazione delle misure, affinché la relazione circa lo stato di attuazione delle medesime, venisse a lei comunicata entro il 20.11.2020. Con Protocollo 0136 del 11.01.2021 è stato pubblicata la Relazione del Responsabile della Prevenzione e della Trasparenza anno 2020.

Per quanto riguarda le Misure, inserite nel Piano, non sono state completate le seguenti Misure Previste per l'anno 2020.

AREA ACQUISTI CONTABILITA' E BILANCIO:

- Aggiornamento Regolamento lavori, servizi e forniture in economia: Presente in Bozza e presentato al C.d.A.. Va completato entro anno 2021.
- Prevedere check list finalizzata al controllo del rispetto delle scadenze per il pagamento dei fornitori e per il corretto introito nei termini previsti dei canoni di locazione o affitto. Non è stata redatta la Check-List. Per l'anno 2021 è prevista la produzione di un report con cadenza mensile da Programma Gestionale che evidenzia gli insoluti, anche allo scopo di riorganizzare gli incassi in relazione agli adempimenti pago p.a..



- Gestione Albo dei Fornitori dell'Ente in maniera automatica e univoca attraverso il software fornito dalla piattaforma telematica E-Procurement GPA: non è stato attivato. Attivare entro anno 2021.

AREA TECNICA

- Gestione Albo dei Fornitori dell'Ente in maniera automatica e univoca attraverso il software fornito dalla piattaforma telematica E-Procurement GPA: non è stato attivato. Attivare entro anno 2021.

SEGRETERIA GENERALE

- Dovrà continuare nell'anno 2021 il progetto di digitalizzazione e de materializzazione.

UFFICIO ORGANIZZAZIONE PERSONALE

- Dovrà continuare nel corso dell'anno 2021 il processo di gestione e implementazione del software Zucchetti per gestione presenza e turistica.
- Dovrà continuare nel corso dell'anno 2021 il processo di implementazione della Cartella Personale Informatizzata.

- **Valutazioni da non conformità, azioni correttive, reclami, audit interni anno 2020, 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 2020 Verbale Audit RINA del 4 Dicembre 2020 - Piano Audit anno 2020 -Verbali Audit anno 2020

CONSIDERAZIONI / DECISIONI DA INTRAPRENDERE

VALUTAZIONI DA NON CONFORMITÀ

Visto la situazione legata all'Emergenza COVID-19 che ha modificato l'attività caratteristica delle Residenze, non sono state emesse non conformità o richiami, in quanto il Personale è già stato sottoposto a carichi di lavoro elevati e variabili e ha dovuto gestire l'emotività legata all'emergenza COVID-19 che di fatto ha imposto profondi cambiamenti nella metodologia lavorativa e ancora ne sta imponendo.

Sono state emesse due non conformità a carico di fornitori:

HACCP

Ditta Medic Air in data 16.12.2020. Fornitura di bombole di ossigeno liquido con supporto carrellato troppo piccolo, rispetto alla larghezza della base della bombola. Fornitura arrivata alla Residenza Fiordalisi e segnalata dal Coordinatore di Residenza **OMISSIS**. La Ditta Medic Air ha provveduto immediatamente alla sostituzione delle 7 basi carrellate non idonee . Mandata da parte della Ditta Medic Air formale contestazione al fornitore a cui era stato affidato il trasporto. La azione correttiva è stata considerata adeguata visto il contesto emergenziale dovuto alla pandemia Covid 19 che ha aumentato in maniera esponenziale la necessità di ossigeno.

AUDIT ENTE DI CERTIFICAZIONE ESTERNO RINA

L'audit da parte dell'Ente di Certificazione esterno RINA per il mantenimento del Sistema Qualità secondo Norma ISO 9001:2015 è stato superato in data 4 dicembre 2019 positivamente con una non conformità di tipo B a carico della Residenza Tulipani per la mancata registrazione del controllo scadenza Farmaci, come previsto da Procedura e Modulistica Interna MRE-CSF rev.3, e 6 raccomandazioni/azioni di miglioramento. La non



conformità è stata chiusa e l'azione correttiva proposta è stata accettata dal RINA, al quale sono stati trasmessi gli interventi entro 10 giorni dalla data dell'audit.

Come ricordato in premessa, nel corso dell'anno 2020, causa Emergenza Covid-19, si è rinunciato alla visita di Mantenimento della Certificazione. **Per l'anno 2021 si sta valutando come procedere.** Va ricordato che nel 2020 scadeva l'Audit per il mantenimento (sorveglianza) del certificato, mentre nell'anno 2021 scadrà l'Audit per la ricertificazione (scadenza triennale del certificato).

OMISSIS

PIANO AUDIT INTERNO ED ESTERNO (FORNITORI)

Il Piano Audit per l'anno 2020 emesso a Febbraio 2020, è saltato a causa dell'emergenza COVID-19. A settembre 2020 è stato emesso un nuovo piano, che teneva conto delle restrizioni e situazioni, vedi anche premessa. Degli Audit programmati sono stati effettuati i seguenti:

1. Audit alle Residenze del Centro Servizi Beato Pellegrino per il Controllo dell'esecuzione delle UOI, applicazione delle Procedure HACCP e rispetto delle Procedure di Sicurezza in particolare in relazione al Covid 19 è stato effettuato in data 7 ottobre 2020, quello a Palazzo Bolis in data 26 ottobre 2020. La residenza Mimose è risultata maggiormente in difficoltà per quanto riguarda l'esecuzione delle UOI. E' stato presentato dal Coordinatore un Piano di effettuazione a Novembre 2020, poi saltato causa seconda Ondata Covid-19. Si sta valutando la possibilità, visto anche la carenza del Personale Medico, e il Turnover del Personale Infermieristico e degli OAA, di semplificare il Protocollo UOI, cercando contemporaneamente di ottemperare alla Legge Regionale 22/2002 che prevede l'esecuzione UOI di verifica almeno 1 volta all'anno e all'obbligo di compilare la SVAMA on line secondo le linee guida interne per l'applicazione della DGR N°2961 del 28.12.2012.
2. L'Audit, relativo al Processo di gestione degli indumenti degli ospiti, della biancheria piana, con controllo della correttezza dei percorsi sporco e pulito etc, visto la maggior criticità di questo processo dovuto al COVID-19, richiesto dal Segretario Direttore Generale nel Corso del Riesame della Direzione tenutosi in data 28 Ottobre 2020, è stato effettuato in data 10-12 Novembre 2020. Nel corso di quest'ultimo Audit, sono state riscontrate alcune situazioni da migliorare che sono state oggetto di immediato intervento.

Erano poi stati programmati gli Audit all'area tecnica e all'ufficio risorse umane, saltati per assenza del Responsabile Qualità e successivi impegni sopraggiunti alle Risorse Umane. L'audit all'Area Acquisti Contabilità e Bilancio, non è stato mai programmato.

E' stato poi effettuato al Rientro della Dottoressa Rossi, l'audit al Sistema di Gestione Salute e Sicurezza dei Lavoratori, in data 16 Dicembre 2020.

OMISSIS

• Valutazione Fornitori esterni e loro prestazioni – anno 2020

DOC. IN INGRESSO: Procedura di Miglioramento I-P-MIG rev.2- Gestione acquisti, contabilità e



bilancio I-P-ACB rev. 3- Gestione area tecnica I-P-GAT rev. 3.

CONSIDERAZIONI / DECISIONI DA INTRAPRENDERE

E' stata rivista la Procedura Gestione Acquisti Contabilità e Bilancio I-P-ACQ rev.3 entrata in vigore in data 24.01.2020, dove al punto 6.4 "Tipologie e metodologie di approvvigionamento", sono state ridefinite le modalità di approvvigionamento dell'Ente e i Servizi coinvolti negli acquisti. Nel rispetto dei criteri di rotazione, sono stati eliminati gli Elenchi dei fornitori qualificati M-EFQ che venivano emessi da Area Tecnica, Area Acquisti, Risorse Umane, CED, Servizio di Fisioterapia e Logopedia.

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, Palazzo Bolis, P.Piaggi, svolta dalla Cooperativa Lunazzurra, a cui è appaltato il Servizio Assistenziale, di Pulizia e Trasporto, viene supervisionata dai rispettivi Coordinatori di Alta Vita-IRA.

Il nuovo appalto del Servizio di Ristorazione è stato aggiudicato a Luglio 2020, alla Ditta Sodexo già precedente aggiudicataria, e il Dottor Barzagli è diventato il Responsabile dell'esecuzione.

Va ricordato che, comunque, la produzione dei pasti per le strutture di AltaVita-Ira si svolge all'interno del Centro Servizi G.A. Bolis e che per la parte inerente alla somministrazione, il Segretario/Direttore Generale, è l'OSA di distribuzione.

A Febbraio 2021, anche la Responsabilità sulla vigilanza dell'appalto affidato alla Cooperativa Eureka, per quanto riguarda il Servizio di Guardaroba e Lavanderia, è stato affidato al Dottor Barzagli, vedi anche organigramma vigente. Nella lettera di accettazione della proroga contrattuale dell'appalto del Servizio di Lavanderia da parte della Ditta Eureka, Prot. n° 0760 del 08.02.2021, sono state indicate alcune migliorie tecniche tra cui, al termine dell'emergenza sanitaria Covid-19, l'inventario degli indumenti presenti all'interno degli armadi degli ospiti al fine di catalogare tutto il materiale presente con messa a disposizione ai Coordinatori dei nuclei della Documentazione inventariale prodotta. Verrà programmato Audit specifico per verificare la bontà dell'attività svolta.

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 Personale dell'Area Tecnica in particolare Arch. Andrea Boldrin, e Architetto Giuseppe Clemente.

Manca ancora l'Aggiornamento Regolamento lavori, servizi e forniture in economia, presente in bozza vedi anche Piano trasparenza e anticorruzione.

• **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 rimanda alla relazione della Dottoressa Rossi, in allegato B, per quanto riguarda la riorganizzazione dell'attività di Controllo sull'applicazione del Sistema HACCP, a seguito dell'aggiudicazione del nuovo appalto del Servizio di Ristorazione in data 1.07.2020, da parte della Ditta Sodexo, già precedente aggiudicataria.

Va, inoltre, riportato che, in collaborazione con il **OMISSIS**, che ha provveduto a formulare richieste di offerte a



nuove ditte, per l'affidamento dei controlli microbiologici interni sulle superfici e sugli alimenti, così come previsto dal Manuale HACCP, di distribuzione del Centro Servizi Beato Pellegrino, 192, i controlli sono stati affidati ed eseguiti in data 30 settembre 2020 alla Ditta Eptanord. I controlli sulle superfici e sugli alimenti, hanno avuto tutti esito conforme

OMISSIS

Sono stati inoltre eseguiti controlli in data 6.10.2020, 29-12-2020, 18.01.2021 per verificare lo stato di pulizia dei mezzi, che trasportano i pasti al Centro Servizi Beato Pellegrino e al P.Piaggi. Da ricordare che il trasporto dei pasti ad opera di Sodexo nei plessi in cui vengono distribuiti i pasti, avviene con utilizzo di due mezzi. Uno che porta unicamente i pasti al C.S Beato Pellegrino e un secondo mezzo che prima passa al C.S Beato Pellegrino per portare i pasti che non trovano posto nel primo carico e che poi prosegue per il P.Piaggi e il Centro Diurno Gidoni, (quando aperto e solo nel giro del mattino). Lo stato di Pulizia è stato documentato con foto agli atti. Rispetto al controllo del 06.10.2020, i controlli effettuati in data 29.10.2020 e 18.01.2021, hanno evidenziato uno stato di pulizia migliorato.

In data 24.12.2020 e 29.12.2020 è stato anche effettuato uno specifico controllo presso la Residenza Tulipani e all'arrivo dei mezzi che trasportano i pasti al C.S. Il controllo si è reso necessario per verificare l'applicazione della disposizione Prot. n° 6038 del 10.12.2020. a Sodexo dell'OSA Dott.ssa Sandra Nicoletto, che riportava specifiche Istruzioni per la gestione dei pasti nei nuclei con patologia riconducibile al Covid. La disposizione prevedeva che i pasti venissero distribuiti al C.S Beato Pellegrino, in materiale monoporzione a perdere mediante cartelli termici verticali Rieber, ritirati dai Servizi Generali e portati direttamente al Piano, senza passare nell'area ex cucina per il pre riscaldamento, ma riscaldati nei cucinini delle residenze, nei carrelli termici disposti nei cucinini di ogni piano. Per i nuclei non Covid, stante le disposizioni uguali ai nuclei Covid per quanto riguarda la fase di pre-riscaldamento da effettuarsi direttamente nei cucinini di Residenza, la consegna avveniva nei Gastronorm e non in monoporzioni.

Si è verificato in particolare il flusso, consegna da parte di Sodexo, e ritiro da parte dei Servizi Generali, foto a disposizione e, visto che il controllo della temperatura presso l'area di pre-riscaldamento ex cucina non poteva essere fatto, si è verificato che i carrelli venissero pre-scaldati.

OMISSIS

Al ripristino delle condizioni di gestione standard avvenuto a partire dal 10 febbraio 2021, il 16.02.2021, i termostati dei carrelli sono stati ritirati dall'elettricista di AltaVita-Ira. Mandata mail al Dottor Barzaghi in data 17.02 2021 a seguito controllo per raccomandare corretta gestione da parte del personale dei Servizi Generali dei termostati all'atto del pre-riscaldamento.

Vedi anche relazione Dott.ssa Rossi in allegato B.

In data 9 novembre 2020. L'OSA, dr.ssa Sandra Nicoletto ha effettuato un sopralluogo presso le Cucine del Centro Servizi G.A.Bolis, con il consulente Dr. Massimo Ciscato applicando la Check List Valutazione attività allegato R16 del Manuale di distribuzione.

- **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) 2019, Attività Comitato Etico

CONSIDERAZIONI / DECISIONI DA INTRAPRENDERE

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

Visto la Situazione relativa all'anno 2020, Emergenza COVID 19, che ha profondamente modificato la Gestione organizzativa del nostro Ente, è stato deciso in accordo con il Segretario/Direttore Generale, di somministrare, quale Valutazione di soddisfazione degli Utenti per l'anno 2020, un breve questionario, predisposto dalla Direzione in collaborazione con il Servizio Psicologico, che mira a valutare la soddisfazione dei famigliari/parenti/affini relativamente all'organizzazione e la gestione delle Visite in struttura dei propri cari. E' stato deciso di procedere, sentito il Servizio Psicologico e gli altri professionisti, oltre che il Segretario/Direttore Generale, con le seguenti modalità per la somministrazione. Il Questionario è stato consegnato dal Personale del Servizio Portineria, (CENTRO SERVIZI BEATO PELLEGRINO E CENTRO SERVIZI G.A.BOLIS) ai parenti all'atto della loro visita a partire da Mercoledì 7 Ottobre 2020. Il Famigliare ha potuto compilare il questionario a casa e riconsegnarlo alla visita successiva, in apposita cassetta di raccolta, posta in portineria. I vari professionisti, sono stati disponibili per chiarimenti, se richiesti. La consegna/raccolta dei questionari doveva durare sino alla fine di Ottobre, ma a causa dell'aumento dei contagi per COVID-19, da sabato 17 ottobre le visite sono state chiuse fino a data da destinarsi, in applicazione della DPCM 13.10.2020. La consegna dei questionari è stata fatta praticamente a tutti i famigliari interessati. Si rimanda alla Relazione citata al Punto 2 della Dottorssa Nicoletto e del Dottor Barzaghi in merito agli esiti.

ATTIVITA'COMITATO ETICO

Nel 2020 l'attività del Comitato Etico è stata limitata causa Emergenza COVID -19. Il Comitato Etico si è riunito il 17/02/2020, il 07.09.2020 in presenza e il 04.06.2020 in videoconferenza. L'attività è ripresa in data 15 Febbraio 2021 per l'organizzazione del Convegno che si terrà probabilmente il 4 Giugno 2021, sull'evoluzione della Cronicizzazione. Per preparare i lavori, il Comitato Etico ha già fissato il prossimo incontro in data 12 Aprile 2021.

COMUNICAZIONE E PUBBLICITA' DELL'ENTE-APERTURA AL TERRITORIO

- Per quanto riguarda il gruppo di lavoro sulla Comunicazione, gli incontri sono continuati sino a Febbraio 2020, e poi interrotti causa COVID-19. Il profilo FACEBOOK dell'ente è stato tenuto aggiornato dalla Segreteria generale in collaborazione con la Dottorssa **OMISSIS** del Servizio Educativo Animativo.
- A partire da Gennaio 2019 sino a giugno 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.
- A ottobre 2020, è partito il Progetto “ Io mi attivo, incontri di formazione aperti alla Cittadinanza”, nell'ambito del Progetto del Comune di Padova città amica dell'anziano. Gli Incontri sono 4 il 7-14-21-28. Le locandine sono disponibili presso la Segreteria Generale. Gli incontri del 7 e del 14 si sono svolti in presenza delle persone quello del 21 e il prossimo previsto del 28 solo in web seminari. Nell'anno 2021 ricorre il bicentenario della Fondazione dell'Ente: è in corso l'attività di programmazione delle iniziative per i festeggiamenti che si svolgeranno in modalità compatibili con l' evolversi della Pandemia.



Per quanto riguarda il Progetto di Co-Housing a Febbraio è stato effettuato un incontro dal gruppo di lavoro costituito dalle figure incaricate di AltaVita-IRA, **OMISSIS**, per sviluppare una locandina informativa da distribuire ai possibili utenti del servizio. L'attività è stata in seguito interrotta a causa dell'emergenza COVID-19, e al momento non è possibile proseguire con le attività.

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. Con Decreto dirigenziale n° 308 del 02/12/2020 prot 29348, è stata rinnovata l'autorizzazione all'esercizio (capacità ricettiva temporaneamente parzialmente ridotta) scadenza 17/07/2024.

Per il 2020 era previsto il rinnovo dell'accreditamento del Centro Diurno Gidoni che scadeva il 31 Dicembre 2020; l'Istanza è stata presentata con Prot. N° 2341 del 20 maggio 2020. La DGRV N° 1363 del 16.09.2020 trasmessa da Azienda U.L.SS. N.6 EUGANEA, Prot n° 04502 del 02.10.2020, prevedeva al Punto B.2.2. che le strutture accreditate che erogano prestazioni socio sanitarie in scadenza nell'anno 2020, presentassero Istanza di rinnovo entro il 15 ottobre 2020 (l'Istanza è stata pertanto presentata in rispetto della scadenza prevista dalla DGRV). La stessa DGRV prevede che l'attuale accreditamento sia prorogato fino alla conclusione del procedimento di rinnovo.

Nel 2021 scadono:

- in data 15.04.2021, l'Autorizzazione all'esercizio del Centro Servizi G.A.Bolis. L'Istanza di rinnovo è stata presentata con Prot. n° 517 del 28.01.2021, integrata con nota Prot. n° 1115 del 26.02.2021.
- in data 31.12.2021, l'Accreditamento all'esercizio del Centro Servizi G.A.Bolis.
- in data 31.12.2021, l'Accreditamento del Centro Servizi Beato Pellegrino.



• **Risultati della formazione, informazione e addestramento**

DOC. IN INGRESSO: I-P-GRU rev.8

CONSIDERAZIONI / DECISIONI DA INTRAPRENDERE

La procedura I-P-GRU rev.8 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 alla relazione della Dottoressa Lissandron allegata per quanto riguarda le attività di formazione relative all'anno 2020. Si ricorda, che a Luglio del 2020 è stato somministrato ai Dipendenti il questionario per il miglioramento e la programmazione della formazione di AltaVita-IRA. I dati sono in corso di elaborazione e dovranno essere disponibili per valutare in base agli esiti le necessità formative.

• **Adeguatezza delle risorse**

DOC. IN INGRESSO: I-P-MIG rev.2, I-P-GRU rev.8, I-P-GAT rev.3

CONSIDERAZIONI / DECISIONI DA INTRAPRENDERE

Le risorse per il 2020 erano state stabilite dal bilancio approvato con delibera del C.d.A n. 7 del 27 febbraio 2020. Il bilancio del 2021 è stato approvato dal C.D.A. in data 24 Febbraio 2021 con D.C n° 8.2021.

Relativamente ai lavori di adeguamento alla D.G.R 84/07 della struttura del Centro Servizi Beato Pellegrino, si riporta quanto indicato dall'Arch. Campedel: lo studio di fattibilità tecnico economica, approvato con delibera del Consiglio di Amministrazione n° 62 del 28.11.2018 e presentato dall'Ente alla Regione Veneto-Direzione Edilizia Ospedaliera e Finalità Collettive-in data 11.01.2019 è stato oggetto, con nota prot. 115820 del 21.03.2019, di nulla-osta per l'avvio delle successive fasi di elaborazione progettuale.

Il progetto prevedeva al piano seminterrato il rientro nell'ambito del Centro Servizi Beato Pellegrino, del centro cottura di Selvazzano Dentro, mediante la ristrutturazione degli spazi già in precedenza destinati a cucina e successivamente dismessi.

Con successivo provvedimento del Consiglio n° 59 del 01.10.2019, è stato deliberato di mantenere la produzione dei pasti presso il Centro Cottura di Selvazzano Dentro, e procedere con l'avvio della procedura di selezione del contraente per la progettazione definitiva del primo stralcio. Con Det.144 del 30.12.2019 è stato approvato l'avvio della procedura per l'affidamento dei servizi di progettazione definitiva, esecutiva, coordinamento sicurezza, direzione lavori per la realizzazione dei lavori di ristrutturazione del piano seminterrato del Centro Servizi Beato Pellegrino.- costituenti il 1° stralcio dell'adeguamento ai requisiti strutturali dettati dalla L.R. n.22/2002, a mezzo di procedura aperta, con l'applicazione del criterio di aggiudicazione dell'offerta economicamente più vantaggiosa individuato sulla base del miglior rapporto qualità/prezzo ai sensi dell'art. 95 comma 3 lett.b) D. Lgs. 50/2016 e s.m.i., per un importo stimato a base di gara pari ad € 566.538,41, oltre oneri previdenziali pari ad € 22.661,53 ed IVA pari ad € 129.623,99, per un totale di € 718.823,93.

Con Determina n. 23 del 10/03/2020 è stata approvata la documentazione di gara, che viene effettuata tramite piattaforma telematica GPA.

Nei termini di presentazione delle offerte, sono pervenute, tramite la piattaforma telematica "GPA – Gestione Procedure d'Acquisto", n. 13 offerte da parte di operatori economici.

Con Determina Dirigenziale n. 92 del 14/09/2020, sono stati ammessi alla fase successiva tutti gli operatori economici che hanno presentato offerta.

La commissione giudicatrice, nominata con Det. DT n°111 del 20.10.2020, ha avviato l'attività di valutazione delle offerte.



La procedura, pubblicata in data 12/03/2020, aveva scadenza in data 05/05/2020, rinviata al 09/07/2020 per effetto dei provvedimenti DPCM finalizzati al contenimento della diffusione del Coronavirus.

Sono state valutate le 13 offerte pervenute e i lavori della Commissione sono oggetto della Determina del Dirigente Tecnico n117 del 16/11/2020 di presa d'atto risultanze della Commissione giudicatrice. L'appalto è stato aggiudicato con Determina D.T. n. 130 del 21/12/2020. E' in corso la predisposizione da parte del RTP (raggruppamento temporaneo di professionisti) aggiudicatario della documentazione utile alla stipula del contratto.

• **Cambiamenti nei fattori interni ed esterni rilevanti per il SGQ E DOACUMENTAZIONE**

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

CONSIDERAZIONI / DECISIONI DA INTRAPRENDERE

Come relazionato ai precedenti punti, tutta l'attività dell'Ente, è stata condizionata dalla Pandemia COVID-19.

MODIFICHE ALL'ORGANIGRAMMA

L'Organigramma Generale e quello del Centro Servizi G.A.Bolis, sono stati rivisti una prima volta a Settembre 2020, a seguito della Nomina del Nuovo RLS Signora Claudia Ferraro, e dell'aggiudicazione del nuovo appalto del Servizio di Ristorazione che vede una modifica nella Supervisione delle attività di controllo dell'appalto, la cui Responsabilità è passata dal Rag. E.Berton, al Dottor Barzagli.

A febbraio 2021 gli organigrammi sono stati nuovamente rivisti a seguito del **OMISSIS**, sostituito dall'arch. Simona Campedel. La Responsabilità di Coordinatore dei Servizi Tecnici e Patrimonio è passata all'Arch. **OMISSIS**, e la Responsabilità della Gestione Emergenze all'Arch. Clemente. A seguito delle dimissioni **OMISSIS**, a partire dal 1 ottobre 2020, le attività da lui presidiate sono state così suddivise come da organigramma vigente : Procedure software-Sistema Informativo: **OMISSIS**; Gestione Rete Dati e Telefonia: **OMISSIS**.

Ulteriori variazioni:

Sono andati in pensione dal 1 Giugno 2020 il Funzionario Amministrativo del Settore Acquisti Contabilità e Bilancio, **OMISSIS**, (Part Time 18 ore), e dal 1 ottobre 2020 il Collaboratore Amministrativo dell'Area Tecnica, **OMISSIS** (Tempo Pieno 36 ore).

A supporto del Settore Acquisti Contabilità e Bilancio, è stata assunta con contratto a tempo determinato, 36 ore la **OMISSIS**, mentre non è prevista, al momento, una sostituzione per la **OMISSIS** del Settore Tecnico.

MODIFICHE ALLA CARTA DEI SERVIZI

Dal 1 Febbraio 2021 è entrata in vigore la rev.15 MS-CS della Carta dei Servizi del C.S Beato Pellegrino, C.S. G.A.BOLIS e del P.Piaggi. E' stato necessario rivedere i seguenti standard di qualità specifici:

- Apertura all'esterno: visto Emergenza Covid-19 non è più possibile mantenere aperti i Centri Servizi per le visite all'esterno 12 ore al giorno come per le revisioni precedenti. Le visite saranno di volta in volta regolamentate a seconda di quanto stabilito dall'ULSS 6, in accordo con la Regione Veneta e il Governo Centrale.
- Santa Messa: non è più possibile garantire lo svolgimento di una funzione alla settimana per C.S., in quanto la Convenzione con la Curia è attualmente sospesa.
- Guardia Medica con medici dell'Istituto: non è più possibile garantire la Guardia Medica al Centro Servizi Beato Pellegrino 24 ore su 24 compresi i festivi, ma presenza di Guardia Medica dalle ore 8.00



alle ore 20.00 tutti i giorni dal Lunedì alla Domenica. Durante il Turno notturno deve essere chiamata la Guardia Medica dell'ULSS 6. La modifica si è resa necessaria causa carenza di Personale Medico in tutto il Territorio Nazionale.

RISPETTO STANDARD QUALITA' SPECIFICI INSERITI NELLA CARTA DEI SERVIZI PER GLI INDICI NUMERICI

- Effettuazione di un bagno completo assistito ogni 7 giorni (se le condizioni dell'ospite lo consentono) . Nella seguente tabella sono presenti i dati degli ultimi 6 anni, da quando, come indicato nella Carta dei Servizi, il bagno deve essere garantito ogni 7gg.

Tabella confronto	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Media scostamenti	8,56	9,26	10,45	10,35	9,56	10,35
Totale bagni disatt.	2023	1170	604	356	475	951
Percentuale	7,80%	4,16%	2,42%	1,43%	1,90%	8,37%

Causa Emergenza Covid-19 nel Corso dell'anno 2020 la media degli scostamenti dei bagni non effettuati entro il 7° giorno e la % dei bagni non effettuati entro il 7° giorno risulta peggiore rispetto al 2019. L'emergenza sanitaria ha pesantemente condizionato l'organizzazione delle attività assistenziali soprattutto nei mesi di marzo, aprile, ottobre, novembre, dicembre, per la presenza nei vari nuclei di ospiti Covid positivi. Nel mese di dicembre 2020 presso il C.S G.A.Bolis, i bagni effettuati, non sono stati registrati a causa dell'elevato numero di ospiti e Personale assistenziale Covid Positivo.

- Tempo medio di attesa per interventi di ordinaria manutenzione inferiore a 1,5 gg

Nel I semestre del 2020 il tempo è stato di 0,30gg, nel II semestre è stato di 0,25 gg. Si sta valutando un nuovo standard di qualità specifico da inserire nella Carta dei Servizi per quanto riguarda la Manutenzione.

AGGIORNAMENTO DOCUMENTAZIONE

Oltre alle Procedure per la Gestione dell'Emergenza Covid-19, riportate nel Manuale della Sicurezza, sono stati rivisti i seguenti Documenti del Sistema di Gestione:

- **S-D-DIPLI Documento Informativo per Inserimento rev.1 Dicembre 2020 e relativo Modulo Addestramento S-M-AD**
- **DRE-PGE Protocollo Gestione Emergenza/Urgenza Sanitaria rev.1 del 21.12.2020 (dopo sospensione Guardia Medica notturna 20.00-8.00 da parte dei Medici dipendenti di AltaVita-IRA)**
- **DRE-PGT Protocollo per la Gestione della Terapia rev.3 del 21.12.2020 (dopo sospensione Guardia Medica notturna 20.00-8.00 da parte dei Medici dipendenti di AltaVita-IRA).**
- **DRE-PDE Protocollo Operativo in caso di decesso rev.10 del 18.02.2021 (dopo sospensione Guardia Medica notturna 20.00-8.00 da parte dei Medici dipendenti di AltaVita-IRA).** Si riporta la revisione vigente all'atto del Riesame, ma il Protocollo è stato oggetto di diverse revisioni sperimentali, stante la necessità di accordarsi con la Guardia Medica dell'ULSS 6, per la gestione dei decessi durante l'assenza dei Medici di AltaVita-IRA. Visto l'aumentata complicazione nella gestione dei decessi, il Protocollo è stato oggetto anche di una revisione critica, per meglio chiarire la sequenza delle attività dei diversi attori che intervengono. Il Protocollo rev.10, come suggerito da alcuni Coordinatori di Residenza sarà consegnato tramite Verbale M-RIU di presa visione ad ogni Infermiere del C.S Beato Pellegrino e del C.S. G.A.Bolis..



CONCLUSIONI

Cambiamenti relativi alla Politica aziendale:

La politica della qualità è stata aggiornata a settembre del 2020 I-D-POL rev.3, .

Nuovi obiettivi e programmi:

Le linee strategiche del C.d.A. D.C. 1 del 13 Gennaio 2021, saranno le basi per la emissione del Piano delle Performance 2021, gli obiettivi di produttività per l'anno 2021 sono già stati assegnati dal Segretario/Direttore Generale.

Alla data del Riesame si ritiene opportuno lasciar scadere la Certificazione del Sistema Qualità di AltaVita-IRA secondo Norma ISO 9001:2015.

Necessità di modifica al sistema di gestione:

Il Sistema di Gestione Qualità prevede la modifica delle Procedure dell'area assistenziale e dei Servizi professionali con l'evoluzione dell'implementazione della Cartella Personale Informatizzata.

Necessità di nuove risorse:

Le risorse e le relative assunzioni sono quelle previste nel Bilancio 2021 .

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 e sul sito internet Istituzionale dell'Ente.

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 conforme alle Procedure in Essere.

Prossimo Riesame è previsto per ottobre 2021.



VERBALE DI RIESAME DELLA DIREZIONE

DATA PRECEDENTE RIESAME	27 Febbraio 2020
DATA ATTUALE RIESAME	28 Ottobre 2020
PERIODO CONSIDERATO	I SEMESTRE 2020
DATA PROSSIMO RIESAME	Marzo 2021

Distribuzione e partecipanti

Firme

Segretario Direttore Generale	Sandra Nicoletto	F.TO: Sandra Nicoletto
Dirigente Tecnico	Giuseppe Alessandro Boniolo	F.TO: Giuseppe Alessandro Boniolo
Dirigente Amministrativo	Michele Testa	F.TO: Michele Testa
UOP	Alberto Barzaghi	F.TO: Alberto Barzaghi
RSGS/Funziionario Tecnico	Simona Campedel	F.TO: Simona Campedel
RU	Daniela Lissandron	F.TO: Daniela Lissandron
Segreteria Generale/Funziionario	MariaGrazia Lincetto	F.TO: Mariagrazia Lincetto
RQ	Giovanna Rossi	F.TO: 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/ /reclami –audit interni anno 2020-Audit da parte dell'Ente di certificazione esterno RINA	QUA
<input type="checkbox"/>	4. Valutazione Fornitori esterni e loro prestazioni, non conformità fornitore – anno 2020	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
- Relazione Videochiamate Segretario/Direttore Generale e Responsabile Organizzativo

ALLEGATO A –STATO AVANZAMENTO SEMESTRALE DEGLI OBIETTIVI RELATIVI ALLA DETERMINA SG 155 DEL 07.05.2020 PROGETTUALITÀ

ALLEGATO B – STATO AVANZAMENTO SEMESTRALE DEGLI OBIETTIVI RELATIVI ALLA DETERMINA SG 156 del 07.05.2020 PER IL PERSONALE CHE RICOPRE FUNZIONI DI COORDINAMENTO O CON SPECIFICHE RESPONSABILITÀ

- ALLEGATO C – STATO AVANZAMENTO SEMESTRALE OBIETTIVI RELATIVI ALLE DETERMINA SG 153-154 DEL 07.05. 2020 E 171 26.05.2020 PER IL PERSONALE DELL'AREA DELLE POSIZIONI ORGANIZZATIVE
- Allegato esiti formazione I semestre 2020- Responsabile Risorse Umane.
- Allegato riassunto raccomandazioni Audit RINA del 4 Dicembre 2019



1. Premessa al Riesame e Produttività

COMMENTO GENERALE, LINEE GUIDA ED OBIETTIVI

Sono stati analizzati gli esiti degli obbiettivi relativi al I semestre 2020 assegnati con Det.n° 153-154-155-156 del 07.05.2020, 171 del 26.05.2020 del Segretario Direttore Generale, e DC n°15 del 11.05.2020. Nell'analisi condotta sono stati considerati i seguenti documenti:

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

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

L'attività del I semestre 2020 è stata fortemente influenzata dalla Pandemia Covid-19 che ha comportato, per tutto il Personale di AltaVita-Ira, la necessità di riorganizzare la propria attività lavorativa, in virtù della necessità di gestire l'emergenza, e di far fronte, con continue modifiche di attività, all'evolversi della pandemia stessa. Per quanto riguarda i Protocolli specifici e documenti approntati per la suddetta Gestione, si relazionerà nel Verbale del Riesame della Sicurezza previsto per fine Dicembre 2020.

In ogni caso, a causa della Pandemia, gli obbiettivi inizialmente assegnati a febbraio 2020, sono stati oggetto di Revisione a maggio 2020, con la Rimissione delle Determine/Delibere di assegnazione dei medesimi alla fine del periodo di Lockdown.

Allo stesso modo, per anno 2020, si è deciso, pur mantenendo attivo il Sistema Qualità, in quanto necessario per il mantenimento dell'accreditamento Regionale delle nostre Residenze per non autosufficienti e Centri Diurni, e per la gestione degli obblighi di legge quali l'emissione del Piano delle Performance, del Piano della Trasparenza e Anticorruzione, e la valutazione degli obbiettivi raggiunti, di non procedere alla Certificazione da parte di un Ente Esterno (RINA). L'emergenza Covid-19, infatti, non permette al personale di svolgere alcune attività propedeutiche alla certificazione come, ad esempio, le azioni necessarie al raggiungimento degli obbiettivi assegnati, in quanto le modalità di lavoro sono in continuo divenire, per cui i risultati diventano difficilmente misurabili; o la difficoltà ad effettuare gli Audit interni, sia per le continue variazioni dei piani di lavoro, sia perché risulta impossibile verificare certe attività sul campo, sia perché il personale non affronterebbe con la dovuta serenità questo momento di verifica e confronto.

Tutta la programmazione dell'attività dell'Ente, pertanto, risulta fortemente influenzata dalla suddetta emergenza, per cui qualsiasi pianificazione, anche quella relativa alla Certificazione esterna, va riportata al prossimo anno.

Con la fine del lockdown, il Personale dell'area PsicoSociale e Riabilitativa si è trovato impegnato nella gestione delle visite dei famigliari/ parenti, esigenza primaria sia per gli ospiti che per gli stessi famigliari, per cui la loro attività è stata fortemente dedicata alla gestione delle suddette visite.

Le Linee strategiche per l'anno 2020 approvate con delibera del C.d.A n°2 del 21 gennaio 2020, prevederebbero, l'inserimento nella Carta dei Servizi dell'applicazione, laddove necessario, delle "cure palliative" concentrandosi a tutti i livelli sull'eliminazione delle sofferenze dovute sia al dolore fisico che psichico. Anche in questo caso, la Pandemia COVID-19, ha condizionato lo sviluppo del Progetto, e anche l'attività del Comitato Etico, in esso coinvolto. Si continua comunque a provvedere a garantire la gestione ed il controllo del dolore con approccio multidisciplinare.

2. Stato delle azioni derivanti dai precedenti riesami e Prestazioni dell'Organizzazione e grado di raggiungimento degli obbiettivi, dei traguardi e dei programmi stabiliti relativi al I



semestre 2020; Piano delle Performance 2020-2022; Piano di Prevenzione della Trasparenza e Anticorruzione anni 2020-2022.

DOC. IN INGRESSO: Procedura di Miglioramento I-P-MIG rev.2- Verbale Riesame della Direzione 27 febbraio 2020- Piano delle Performance anno 2020- Piano Trasparenza anticorruzione anno 2020-I-P-GRU rev.8- con Det.n° 153-154-155-156 del 07.05.2020, 171 del 26.05.2020 del Segretario Direttore Generale. E DC n°15 del 11.05.2020

CONSIDERAZIONI / DECISIONI DA INTRAPRENDERE

STATO AVANZAMENTO SEMESTRALE DEGLI OBIETTIVI RELATIVI ALLA DETERMINA SG 155 DEL 07.05.2020 PROGETTUALITÀ

In allegato A) viene riportata la situazione al I semestre 2020, come da relazioni pervenute dai vari Responsabili di Servizio, trasmesse al Responsabile Qualità e alla Dottoressa M.Grazia Lincetto.

Dalle singole relazioni trasmesse, file archiviati sia dalla Segreteria Generale che mantiene anche le copie cartacee sia dal Responsabile Qualità, si evince come tutta l'attività dell'Ente sia stata influenzata e continua ad esserlo, dalla Pandemia COVID-19.

Grande impegno è stato profuso, durante il Lockdown per la Gestione dell'Emergenza COVID-19.

Si ritiene utile riportare, qui di seguito, la sequenza delle attività effettuata nel periodo del LockDown, come da relazione del Segretario/Direttore Generale:

- 22/02 Chiusura accessi ai visitatori in tutte le residenze, sospensione attività allargate degli Ospiti e celebrazione S. Messa, funerali con partecipazione limitata ai soli familiari;
- 22/02 sospensione attività del Centri Diurni;
- 22/02 esposizione in tutte le sedi delle buone prassi di Prevenzione Covid-19;
- 25/02 Direzione convocata c/o ULSS 6 - l'ULSS 6 chiede riapertura accessi ai familiari e ai Centri Diurni;
- 26/02 creazione registri per accessi visitatori in uso presso Portinerie dei tre siti assistenziali;
- 27/02 il datore di lavoro invia a tutti i dirigenti, preposti e RLS una "specificazione sul corretto utilizzo dei DPI nella Gestione del rischio da coronavirus" (prot. 940 del 27/2/2020);
- Da venerdì 28 febbraio a venerdì 6 marzo gli accessi alle residenze sono regolamentati come da disposizioni agli atti;
- 27-28/02 riapertura Centri Diurni;
- 4/03 effettuazione n. 11 tamponi a Ospiti sintomatici della residenza Tulipani: esito negativi;
- 07/03 sospensione accessi ai familiari e visitatori di tutte le strutture;
- 08/03 chiusura Centro Diurno Monte Grande;
- 09/03 chiusura Centro Diurno Gidoni;
- 09/03 Disposizioni di Servizio: applicazione DPCM 8/3/2020
- 09/03 estensione fascia oraria di intramoenia ai capi reparto del C.S. Beato Pellegrino;
- 09/03 avvio contatti telefonici con familiari per garantire continuità sullo stato dell'Ospite;
- 10/03 Incontro Direzione e personale medico sulle nuove modalità di Accettazione Ospite (cfr nota ULSS);
- 11/03 disposizione di servizio per l'accoglimento Ospiti Non Autosufficienti (cfr nota prot. 1190/2020);
- 13/03 Approvazione "DVR del rischio biologico gestione emergenza agente biologico corona virus";
- **-OMISSIS-**
- 17/03 Adozione misure cautelative per contenimento dell'emergenza epidemiologica COVID – 19, in particolare di distanziamento sociale. Inviati specifici Ordini di Servizio ai Centri Servizi "Beato



Pellegrino”, “Giusto Antonio Bolis” e al Pensionato Piaggi.

- 18/03 riunione Direzione con personale medico e altro personale per creazione nuclei Covid-19 all'interno dei Centri Servizi (cfr nota prot. 41686 ULSS 6); invio nostra Nota prot. 1312 del 18/3/2020;
- 20/03 si avviano progressivamente i tamponi a tutto il personale che lavora nei tre siti assistenziali dell'Ente;
- 20/03 si effettuano n. 167 tamponi;
- dal 21/03 ad oggi vengono effettuati tamponi al personale dipendente e Ospiti; vengono gestite tutte le criticità in giornata;
- 22/03 il personale assistenziale (OSS e infermieri) di nucleo viene assegnato esclusivamente allo stesso nucleo;
- 23/03 incontro Direzione con Medico competente e vengono assunte diverse iniziative che interessano il personale non strettamente necessario per limitare gli accessi alle residenze;
- 23/03 gli Ospiti vengono messi in quarantena fiduciaria e vengono sospesi gli accessi dei familiari degli Ospiti terminali;
- 23/03 viene costituito con provvedimento del Segretario Direttore n. 109/2020 il Comitato Guida in materia di sicurezza per fronteggiare l'emergenza covid-19;
- 23/03 viene assunta la Determina n. 112/2020 per fronteggiare l'emergenza covid-19;
- 24/03 disposta chiusura bar interni;
- 25/03 pervenuti esiti primi tamponi degli Ospiti positivi;
- 26/03 tutti gli Ospiti della Residenza Mimose utilizzano contenitori monouso per il consumo del pasto;
- 26/03 Incontro con il Direttore del Distretto ULSS n. 1 dott. Verlato e infermiera dott.ssa Pavin: formazione sull'uso dei DPI per ospiti positivi e non. Consegna DPI da parte dell'ULSS 6;
- 26/03 vengono fornite istruzioni operative per pulizia e sanificazione montacarichi/procedura rifiuti/procedura Op. Locali non sanitari/procedura Operativa Assistenza;
- 27/03 potenziamento servizio di comunicazione con familiari;
- 27/03 sanificazione carrelli per scodellamento pasti e Servizio di Lavanderia solo tramite Eureka; viene sospeso il lavaggio degli effetti personali a casa;
- 28/03 creazione due Nuclei Covid-19 presso Residenza Mimose e spogliatoi dedicati;
- 28/03 sanificazione Reparti Mimose e Tulipani;
- 30/03 ore 10.30 la Direzione e l'infermiera dott.ssa Pavin dell'ULSS 6 incontrano i dipendenti dei reparti Covid-19 per indicazioni sull'uso corretto dei DPI e con il sistema centralizzato di comunicazione interna vengono informati tutti gli altri dipendenti in servizio sull'utilizzo dei DPI (cfr procedure operative “vestizione e svestizione operatori aree covid”, “ sanificazione camere con ospiti positivi covid” e “vestizione e svestizione operatori aree non covid”);
- 30/03 Attivazione video-chiamate verso i familiari e realizzazione terzo spogliatoio per dipendenti;
- 02/04 - 03/04 effettuazione tamponi ai dipendenti Bolis e Piaggi;
- 07/04 ispezione del Team ULSS 6 per valutazione rischio in RSA solo C.S. Beato Pellegrino;
- 08/04 ispezione del Team ULSS 6 per valutazione rischio in RSA C.S. Bolis;
- 10/04 effettuazione test rapidi per covid-19 agli Ospiti del C.S. Bolis/Procedura operativa Rifiuti Speciali e ascensori Bolis/Creazione stanze per ospiti Covid Bolis;
- 11/04 – **OMISSIS** - ;
- 15/04 – **OMISSIS** - ;
- 17/04 – **OMISSIS** - ;
- 17/04 Riunione Gruppo COVID - Aggiornamento attività Reparto Covid - a seguito guarigione 90% ospiti



- 24/04 Riunione Gruppo COVID - Aggiornamento attività Reparto Covid - a seguito guarigione 98% - avvio attività di screening nota Regione Veneto n. 163045 del 21.4.2020;
- 27/04 Riunione Gruppo COVID - Aggiornamento Procedure Operative;
- 05/05 Il Datore di lavoro invia a tutti i dirigenti, preposti e RLS un “aggiornamento sul corretto utilizzo dei DPI nella Gestione del rischio da coronavirus” (prot. 2089 del 05/05/2020);
- 05/05 Il Datore di Lavoro incontra personale Residenze Rose e Fiordalisi per informativa su procedure uso DPI periodo “Emergenza Covid”;
- 06/05 Il Datore di Lavoro incontra personale Residenze Mimose e Tulipani per informativa su procedure uso DPI periodo “Emergenza Covid”.

In ogni caso dopo la data del 6 maggio 2020, la Direzione dell’Ente e il Personale dei vari settori, per la parte di competenza, hanno continuato e continuano ad essere impegnati a gestire l’ Emergenza COVID-19, sia con attività di prevenzione, sia con attività di modifica dell’organizzazione del lavoro e relative attività per adattarla al susseguirsi dei Vari DPCM emessi dal Governo e/o Direttive Regionali.

Durante il lock down il Personale dell’Area Psicosociale e Riabilitativa si è impegnato a mantenere, attraverso un Sistema di Video Chiamate il contatto con i parenti, e dopo la fine del Lockdown, a gestire le visite dei Familiari in maniera controllata e organizzata. Tutti sono stati impegnati nell’attività di gestione delle visite di familiari/parenti e affini, tanto che si è deciso di somministrare un breve questionario sulla soddisfazione dell’utente in relazione alle visite, in sostituzione della Customer Satisfaction tradizionalmente somministrata, vedi anche punto 6.

Si ritiene comunque opportuno allegare la relazione della Dottoressa Nicoletto e del Dottor Barzaghi, che dettaglia le attività’ fatte in relazione alla gestione dei contatti con i parenti e la nuova organizzazione, per quanto riguarda la gestione delle videochiamate, che prontamente AltaVita-IRA, ha messo in atto a seguito della nuova chiusura delle visite ai parenti degli ospiti dal 17 ottobre 2020 a seguito del DPCM 13.10.2020.

STATO AVANZAMENTO SEMESTRALE DEGLI OBIETTIVI RELATIVI ALLA DETERMINA SG 156 del 07.05.2020 PER IL PERSONALE CHE RICOPRE FUNZIONI DI COORDINAMENTO O CON SPECIFICHE RESPONSABILITA’

- OMISSIS -

STATO AVANZAMENTO SEMESTRALE OBIETTIVI RELATIVI ALLE DETERMINA SG 153-154 DEL 07.05. 2020 E 171 26.05.2020 RELATIVA ALL’AREA DELLE POSIZIONI ORGANIZZATIVE. (BARZAGHI, CAMPEDEL, CLEMENTE, LISSANDRON, MEDICI, RELAZIONE SPECIFICA MEDICI DOTTOR RAMON).

In allegato C) si riportano le relazioni così come pervenute dal Personale appartenente all’area delle Posizioni organizzative.

Per quanto riguarda il Protocollo del Dolore, come già citato in premessa, causa Emergenza COVID-19, non è stata possibile la sua applicazione

Si sottolinea che per ognuna delle tre categorie delle relazioni pervenute al Responsabile Qualità, **spesso è stato necessario intervenire con richieste di rettifiche o integrazioni**, oltre che solleciti vari per avere le medesime. Si verbalizza che a partire dal prossimo semestre gli esiti dovranno essere mandati in maniera spontanea entro un



mese dalla scadenza del semestre ovvero (I semestre dell'anno entro il 31 luglio del medesimo anno, Il semestre dell'anno entro il 31 gennaio dell'anno successivo). Inoltre le Relazioni **dovranno essere oggetto di adeguato controllo da parte del Responsabile di Servizio/Area, in maniera che giungano complete, reali nei contenuti, e coerenti con gli obbiettivi assegnati.** Si pregano quanti presenti al Riesame di informare il personale coinvolto da loro dipendente.

Si ricorda che i dati grezzi sono disponibili presso la Segreteria Generale e su file protetto del Responsabile Qualità

PIANO DELLA TRASPARENZA E ANTICORRUZIONE

Il piano è stato approvato con deliberazione consigliere n°25 del 15 luglio 2020. Per quanto riguarda l'attività di monitoraggio e verifica di attuazione delle misure, il Piano prevede che gli esiti siano valutati annualmente nel Riesame della Direzione. Il Funzionario Amministrativo, Dottoressa MariaGrazia Lincetto, dopo approvazione del Piano, in data 7 agosto 2020, Prot. n° 03669 del 10.08.2020, ha inviato comunicazione scritta, ai Responsabili dell'attuazione delle suddette misure, per informarli della Pubblicazione del Piano al link Amministrazione Trasparente sul Sito Istituzionale dell'Ente. La Dottoressa Lincetto, in data 21 ottobre 2020, con nota Prot. n° 5241 del 22.10.2020, ha invitato i Responsabili coinvolti, relativamente alle attività di monitoraggio e attuazione delle misure, affinché la relazione circa lo stato di attuazione delle medesime, venga a lei comunicato entro il 20.11.2020.

3. Valutazioni da non conformità, azioni correttive, reclami, audit interni anno 2020, 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 2020 Verbale Audit RINA del 4 Dicembre 2020 - Piano Audit anno 2020 -Verbali Audit anno 2020

CONSIDERAZIONI / DECISIONI DA INTRAPRENDERE

VALUTAZIONI DA NON CONFORMITÀ

Visto la situazione legata all'Emergenza COVID-19 che ha modificato l'attività caratteristica delle Residenze, non sono state emesse non conformità o richiami, in quanto il Personale è già stato sottoposto a carichi di lavoro elevati e variabili e ha dovuto gestire l'emotività legata all'emergenza COVID-19 che di fatto ha imposto profondi cambiamenti nella metodologia lavorativa e ancora ne sta imponendo.

AUDIT ENTE DI CERTIFICAZIONE ESTERNO RINA

L'audit da parte dell'Ente di Certificazione esterno RINA per il mantenimento del Sistema Qualità secondo Norma ISO 9001:2015 è stato superato in data 4 dicembre 2019 positivamente con una non conformità di tipo B a carico della Residenza Tulipani per la mancata registrazione del controllo scadenza Farmaci, come previsto da Procedura e Modulistica Interna MRE-CSF rev.3, e 6 raccomandazioni/azioni di miglioramento. La non conformità è stata chiusa e l'azione correttiva proposta è stata accettata dal RINA, al quale sono stati trasmessi gli interventi entro 10 giorni dalla data dell'audit.



Le raccomandazioni/ azioni di miglioramento sono in corso di implementazione anche tramite l' assegnazione di obiettivi specifici ai Servizi/Processi interessati.

Si è deciso di non procedere all'audit di mantenimento secondo Norma ISO 9001:2015 da parte dell'Ente esterno di certificazione RINA, visto il protrarsi della Pandemia COVID 19 che alla data del Riesame si sta aggravando, ma si valuterà come procedere il prossimo anno anche in virtù dell'evolversi degli Eventi.

Va ricordato che quest'anno scadeva l'Audit per il mantenimento (sorveglianza) del certificato, mentre il prossimo anno scadrà l'Audit per la ricertificazione (scadenza triennale del certificato).

Si valuterà la convenienza o meno di cambiare, tramite nuovo affidamento, l'Ente di certificazione esterno. Va notato che il RINA, non ha mandato, alla data del Riesame nessuna comunicazione in merito.

PIANO AUDIT INTERNO ED ESTERNO (FORNITORI)

Il Piano Audit per l' anno 2020 emesso a Febbraio 2020, è saltato a causa dell'emergenza COVID-19. A settembre 2020 è stato emesso un nuovo piano, che tiene conto delle restrizioni e situazioni, vedi anche premessa. L'audit alle Residenze del Centro Servizi Beato Pellegrino per il Controllo dell'esecuzione delle UOI, applicazione delle Procedure HACCP e rispetto delle Procedure di Sicurezza in particolare in relazione al Covid 19 è stato effettuato in data 7 ottobre 2020, quello a Palazzo Bolis in data 26 ottobre 2020.

Il verbale degli Audit è stato mandato al Responsabile Organizzativo e alla Dottoressa Nicoletto, per valutazioni. Nel corso del Riesame, a seguito della richiesta del Segretario/Direttore Generale, si concorda di pianificare ed effettuare un Audit, relativo al Processo di gestione degli indumenti degli ospiti, della biancheria piana, con controllo della correttezza dei percorsi sporco e pulito etc, visto la maggior criticità di questo processo dovuto al COVID-19.

4. Valutazione Fornitori esterni e loro prestazioni – anno 2020

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

CONSIDERAZIONI / DECISIONI DA INTRAPRENDERE

E' stata rivista la Procedura Gestione Acquisti Contabilità e Bilancio I-P-ACQ rev.3 entrata in vigore in data 24.01.2020, dove al punto 6.4 "Tipologie e metodologie di approvvigionamento", sono state ridefinite le modalità di approvvigionamento dell'Ente e i Servizi coinvolti negli acquisti. Nel rispetto dei criteri di rotazione, sono stati eliminati gli Elenchi dei fornitori qualificati M-EFQ che venivano emessi da Area Tecnica, Area Acquisti, Risorse Umane, CED, Servizio di Fisioterapia e Logopedia.

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, Palazzo Bolis, P.Piaggi, svolta dalla Cooperativa Lunazzurra, a cui è appaltato il Servizio Assistenziale, di Pulizia e Trasporto, viene supervisionata dai rispettivi Coordinatori di Alta Vita-IRA.

Il nuovo appalto del Servizio di Ristorazione è stato aggiudicato a Luglio 2020, alla Ditta Sodexo già precedente aggiudicataria, e il Dottor Barzagli è diventato il Responsabile dell'esecuzione, mentre rimane, sino ad aggiudicazione del nuovo appalto, ancora in parte Responsabile Gestione Appalto Servizio Lavanderia, il Rag. Berton. Va ricordato che, comunque, la produzione dei pasti per le strutture di AltaVita-Ira si svolge all'interno del Centro Servizi G.A. Bolis e che per la parte inerente alla somministrazione, 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.

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 rimanda alla relazione della Dottoressa Rossi, in allegato B, per quanto riguarda la riorganizzazione dell'attività di Controllo sull'applicazione del Sistema HACCP, a seguito aggiudicazione del nuovo appalto del Servizio di Ristorazione in data 1.07.2020, da parte della Ditta Sodexo, già precedente aggiudicataria.

Va, inoltre, riportato che, in collaborazione con il Rag. Berton, che ha provveduto a formulare richieste di offerte a nuove ditte, per l'affidamento dei controlli microbiologici interni sulle superfici e sugli alimenti, così come previsto dal Manuale HACCP, di distribuzione del Centro Servizi Beato Pellegrino, 192, i controlli sono stati affidati e già eseguiti in data 30 settembre 2020 alla Ditta Eptanord.

-OMISSIS -

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) 2019, Attività Comitato Etico

CONSIDERAZIONI / DECISIONI DA INTRAPRENDERE

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

Visto la Situazione relativa all'anno 2020, Emergenza COVID 19, che ha profondamente modificato la Gestione organizzativa del nostro Ente, è stato deciso in accordo con il Segretario/Direttore Generale, di somministrare, quale Valutazione di soddisfazione degli Utenti per l'anno 2020, un breve questionario, predisposto dalla Direzione in collaborazione con il Servizio Psicologico, che mira a valutare la soddisfazione dei famigliari/parenti/affini relativamente all'organizzazione e la gestione delle Visite in struttura dei propri cari. E'



stato deciso di procedere, sentito il Servizio Psicologico e gli altri professionisti, oltre che il Segretario/Direttore Generale, con le seguenti modalità per la somministrazione. Il Questionario è stato consegnato dal Personale del Servizio Portineria, (CENTRO SERVIZI BEATO PELLEGRINO E CENTRO SERVIZI G.A.BOLIS) ai parenti all'atto della loro visita a partire da Mercoledì 7 Ottobre 2020. Il Familiare ha potuto compilare il questionario a casa e riconsegnarlo alla visita successiva, in apposita cassetta di raccolta, posta in portineria. I vari professionisti, sono stati disponibili per chiarimenti, se richiesti. La consegna/raccolta dei questionari doveva durare sino alla fine di Ottobre, ma a causa dell'aumento dei contagi per COVID-19, da sabato 17 ottobre le visite sono state chiuse fino a data da destinarsi, in applicazione della DPCM 13.10.2020. La consegna dei questionari è stata fatta praticamente a tutti i familiari interessati. Si rimanda alla Relazione citata al Punto 2 della Dottoressa Nicoletto e del Dottor Barzaghi in merito agli esiti.

ATTIVITA'COMITATO ETICO

Come indicato in premessa l'attività del Comitato Etico si è interrotta causa Emergenza COVID 2020

COMUNICAZIONE E PUBBLICITA' DELL'ENTE-APERTURA AL TERRITORIO

- Per quanto riguarda il gruppo di lavoro sulla Comunicazione, gli incontri sono continuati sino a Febbraio 2020, e poi interrotti causa COVID-19. Il profilo FACEBOOK dell'ente è stato tenuto aggiornato dalla Segreteria generale in collaborazione con la Dottoressa Don del Servizio Educativo Animativo.
- A partire da Gennaio 2019 sino a giugno 2020, sono stati organizzati incontri gratuiti aperti a familiari over 60 di ospiti ed a operatori con maggior anzianità di servizio per l'invecchiamento attivo e il benessere.
- A ottobre 2020, è partito il Progetto "Io mi attivo, incontri di formazione aperti alla Cittadinanza", nell'ambito del Progetto del Comune di Padova città amica dell'anziano. Gli Incontri sono 4 il 7-14-21-28. Le locandine sono disponibili presso la Segreteria Generale. Gli incontri del 7 e del 14 si sono svolti in presenza delle persone quello del 21 e il prossimo previsto del 28 solo in web seminar.

Per quanto riguarda il Progetto di Co-Housing a Febbraio è stato effettuato un incontro dal gruppo di lavoro costituito dalle figure incaricate di AltaVita-IRA, Dott.ssa Bigolaro, Dott.ssa Mazzucato, Dott.ssa Buggio e la Fondazione Zancan, per sviluppare una locandina informativa da distribuire ai possibili utenti del servizio. L'attività è stata in seguito interrotta a causa dell'emergenza COVID-19, e al momento non è possibile proseguire con le attività.

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. La pratica, comunque, dovrebbe essere in via di espletamento.

Per il 2020 è previsto il rinnovo accreditamento Centro Diurno Gidoni che scade al 31 Dicembre 2020; l'Istanza è stata presentata con Prot. N° 2341 del 20 maggio 2020. La DGRV N° 1363 del 16.09.2020 trasmessa da Azienda U.L.SS. N.6 EUGANEA, Prot n° 04502 del 02.10.2020, prevede al Punto B.2.2. che le strutture accreditate che erogano prestazioni socio sanitarie in scadenza nell'anno 2020, presentino Istanza di rinnovo entro il 15 ottobre 2020 (la nostra è stata quindi presentata in rispetto della scadenza prevista dalla DGRV) e che l'attuale accreditamento sia prorogato fino alla conclusione del procedimento di rinnovo.



7. Risultati della formazione, informazione e addestramento

DOC. IN INGRESSO: I-P-GRU rev.8

CONSIDERAZIONI / DECISIONI DA INTRAPRENDERE

La procedura I-P-GRU rev.8 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 alla relazione della Dottoressa Lissandron allegata per quanto riguarda le attività di formazione relative al I semestre 2020. Se si confronta il dato delle ore di formazione erogate, rispetto lo stesso semestre degli anni 2019 e 2018, si può vedere come le ore siano nettamente inferiori nel 2020, e così pure gli indici ad esse legati quali la spesa totale e pro capite e la media delle ore erogate pro capite. Anche in questo caso, l'attività formativa è stata fortemente influenzata dal Periodo di Lockdown per Emergenza COVID-19. A luglio 2020, però l'attività formativa è ripresa e alla data del Riesame, le ore di formazione erogate sono in notevole aumento rispetto al I semestre anche in virtù del Corso della Fondazione della Scuola di Sanità Pubblica della Regione Veneto sul COVID-19, che è stato erogato sia con modalità on line, sia in Aula presso AltaVita-IRA, a tutto il personale Socio Sanitario Assistenziale e dell'Area Tecnica. Si ricorda, inoltre, che quest'anno a Luglio è stato somministrato ai Dipendenti il questionario per il miglioramento e la programmazione della formazione di AltaVita-IRA. L'ufficio Risorse Umane, alla data del Riesame sta ancora raccogliendo gli ultimi questionari compilati, i cui esiti saranno disponibili per il prossimo Riesame.

8. Adeguatezza delle risorse

DOC. IN INGRESSO: I-P-MIG rev.2, I-P-GRU rev.8, I-P-GAT rev.3

CONSIDERAZIONI / DECISIONI DA INTRAPRENDERE

Le risorse dal bilancio per il 2020 sono state stabilite dal bilancio approvato con delibera del C.d.A n. 7 del 27 febbraio 2020.

Relativamente ai lavori di adeguamento alla D.G.R 84/07 della struttura del Centro Servizi Beato Pellegrino, si riporta quanto indicato dall'Arch. Campedel: lo studio di fattibilità tecnico economica, approvato con delibera del Consiglio di Amministrazione n° 62 del 28.11.2018 e presentato dall'Ente alla Regione Veneto-Direzione Edilizia Ospedaliera e Finalità Collettive-in data 11.01.2019 è stato oggetto, con nota prot. 115820 del 21.03.2019, di nulla-osta per l'avvio delle successive fasi di elaborazione progettuale.

Il progetto prevedeva al piano seminterrato il rientro nell'ambito del Centro Servizi Beato Pellegrino, del centro cottura di Selvazzano Dentro, mediante la ristrutturazione degli spazi già in precedenza destinati a cucina e successivamente dismessi.

Con successivo provvedimento del Consiglio n° 59 del 01.10.2019, è stato deliberato di mantenere la produzione dei pasti presso il Centro Cottura di Selvazzano Dentro, e procedere con l'avvio della procedura di selezione del contraente per la progettazione definitiva del primo stralcio. Con Det.144 del 30.12.2019 è stato approvato l'avvio della procedura per l'affidamento dei servizi di progettazione definitiva, esecutiva, coordinamento sicurezza, direzione lavori per la realizzazione dei lavori di ristrutturazione del piano seminterrato del Centro Servizi Beato Pellegrino.- costituenti il 1° stralcio dell'adeguamento ai requisiti strutturali dettati dalla L.R. n.22/2002, a mezzo di procedura aperta, con l'applicazione del criterio di aggiudicazione dell'offerta economicamente più vantaggiosa individuato sulla base del miglior rapporto qualità/prezzo ai sensi dell'art. 95 comma 3 lett.b) D. Lgs. 50/2016 e s.m.i., per un importo stimato a base di gara pari ad € 566.538,41, oltre oneri previdenziali pari ad € 22.661,53 ed IVA pari ad € 129.623,99, per un totale di € 718.823,93.



Con Determina n. 23 del 10/03/2020 è stata approvata la documentazione di gara, che viene effettuata tramite piattaforma telematica GPA.

Nei termini di presentazione delle offerte, sono pervenute, tramite la piattaforma telematica “GPA – Gestione Procedure d’Acquisto”, n. 13 offerte da parte di operatori economici.

Con Determina Dirigenziale n. 92 del 14/09/2020, sono stati ammessi alla fase successiva tutti gli operatori economici che hanno presentato offerta.

La commissione giudicatrice, nominata con Det. DT n°111 del 20.10.2020, ha avviato l’attività di valutazione delle offerte.

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

Come relazionato ai precedenti punti, tutta l’attività dell’Ente, è stata condizionata dalla Pandemia COVID-19.

MODIFICHE ALL’ORGANIGRAMMA

L’organigramma Generale e quello del Centro Servizi G.A.Bolis, sono stati rivisti a Settembre 2020.

- OMISSIS -



CONCLUSIONI

Cambiamenti relativi alla Politica aziendale:

La politica della qualità è stata aggiornata a settembre del 2020 I-D-POL rev.3, anche tenendo in considerazione le Linee strategiche per l'anno 2020, approvate dalla Delibera n°2 del C.d.A. del 21 gennaio 2020.

Nuovi obiettivi e programmi:

Le linee strategiche del C.d.A. del 21 Gennaio 2020, sono state le basi per la emissione del Piano delle Performance 2020, approvato con Delibera del C.d.A. n°17 del 4 giugno 2020.

Necessità di modifica al sistema di gestione:

Il Sistema di Gestione Qualità prevede la modifica delle Procedure dell'area assistenziale e dei Servizi professionali per introduzione della Cartella Personale Informatizzata.

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 e sul sito internet Istituzionale dell'Ente.

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 conforme alle Procedure in Essere.

Prossimo Riesame è previsto per marzo 2021.

Attività Formativa nel 1° semestre 2020

Per quanto riguarda l'attività formativa, i dipendenti formati sono stati 228 e gli accessi formativi pari a 421. Pertanto la media pro capite degli accessi formativi è stata di 1,85.

Le ore totali di formazione erogata sono state 1.079,25, con una media pro capite pari a 4,73 ore. Il costo complessivo, sostenuto per agenzie e formatori, è stato di € 2.963,25. La media del costo per partecipante è stata di € 13,00 e la media del costo per ora di formazione è stata di € 2,75.

Per quanto riguarda il grado di apprendimento conseguito, i corsi che prevedevano il test al termine del corso sono stati tutti superati dai partecipanti. Per gli altri corsi, la verifica dell'efficacia della formazione sarà valutata a completamento dell'anno con l'analisi dei risultati annuali.

Per quanto riguarda il gradimento dei corsi dei dipendenti, sono stati forniti 314 giudizi. Tra questi 6 sono stati "sufficiente" (1,91%), 155 "buono" (49,36%) e 153 "ottimo" (48,73%).

Confrontando i dati, oggetto di questa analisi, rispetto ai primi 6 mesi degli anni precedenti, emerge chiaramente che la formazione erogata è stata inferiore. Ciò è dovuto all'emergenza sanitaria causata dalla diffusione del Covid-19 e i conseguenti interventi normativi che non hanno consentito di svolgere attività di formazione nei mesi di marzo, aprile e maggio.

Si riassumono i dati nei seguenti prospetti:

INDICI SU ORE E COSTI DELLA FORMAZIONE	anno 2020	anno 2019	anno 2018
NR LAVORATORI PARTECIPANTI	228	360	393
NR. ACCESSI FORMATIVI	421	1.141	1.280
MEDIA PRO CAPITE ACCESSI FORMATIVI	1,85	3,17	3,26
ORE TOTALI FORMAZIONE	1.079,25	3.344,50	2.960,25
MEDIA PRO CAPITE ORE FORMAZIONE	4,73	9,29	7,53
COSTO FORMAZIONE PER DOCENTI O ENTI €	2.963,65	14.949,69	12.253,13
MEDIA PRO CAPITE COSTO FORMAZIONE €	13,00	41,53	31,18
MEDIA COSTO ORARIO FORMAZIONE €	2,75	4,47	4,14

SODDISFAZIONE DEI DIPENDENTI IN MERITO ALLA FORMAZIONE	2020
MOLTO INSUFFICIENTE	0,00%
INSUFFICIENTE	0,00%
SUFFICIENTE	1,91%
BUONO	49,36%
OTTIMO	48,73%

RELAZIONE SU ATTIVITA' DI COMUNICAZIONE CON I FAMILIARI DEGLI OSPITI

A seguito della Pandemia da Covid-19 AltaVita-IRA ha attivato sin dal mese di Aprile c.a. un sistema di comunicazione con i familiari degli ospiti del Centro Servizi Beato Pellegrino, Giusto Antonio Bolis e Pensionato Piaggi.

Le attività di comunicazione consistono nello svolgimento di telefonate e videochiamate.

Le predette attività sono state svolte in modo molto assiduo durante i mesi del lockdown, che non ammettevano le visite dei familiari in aree riservate e protette. La pianificazione delle videochiamate è stata gestita dal servizio educativo/animativo con la collaborazione dei fisioterapisti e delle assistenti sociali; invece il personale del servizio di psicologia e logopedia si è dedicato prevalentemente alle comunicazioni telefoniche con i familiari e relativo sostegno psicologico.

Gli accessi dei familiari per le visite in presenza agli ospiti sono avvenuti con gradualità.

Al Pensionato Piaggi i primi colloqui sono stati gestiti verso la fine di Aprile nei giardini dello stesso Pensionato nel rispetto delle disposizioni vigenti. A seguire si sono organizzati i colloqui dei familiari dei residenti del Bolis all'interno dei giardini dello stesso Centro Servizi. In data 22 Maggio 2020 sono state organizzate le prime visite dei familiari degli ospiti del Beato Pellegrino nei giardini del Centro Servizi. In particolare per il C.S. Beato Pellegrino l'attività è stata svolta dal lunedì al venerdì dalle ore 9.00 alle ore 11.30 e nel pomeriggio dalle ore 14.30 alle 17.00. L'accesso ai familiari è stato garantito anche il sabato pomeriggio e la domenica mattina. La vigilanza è stata garantita da tutto il personale dell'area psicosociale e riabilitativa. Di sabato e domenica, alcuni di loro hanno svolto questa attività in orario straordinario. Al Beato Pellegrino mediamente ogni 45 minuti veniva garantito l'accesso a 9 familiari: 5 incontri si svolgevano con accesso dall'esterno in sala polivalente e 4 in giardino e/o nelle postazioni allestite al piano rialzato, nei salottini di fronte all'Ufficio Organizzazione con accesso sempre dall'esterno. Le video chiamate sono state garantite anche in questo periodo dagli educatori/animatori per quegli ospiti che erano in reparto "astanteria" o che per ragioni di salute non potevano uscire dalla stanza di degenza.

Gli stessi criteri sono stati estesi al Centro Servizi Giusto Antonio Bolis.

Uno / due familiari hanno avuto la possibilità di incontrare il proprio caro almeno una volta alla settimana per circa 30 minuti.

Presso il reparto di degenza sono state autorizzate le visite per i malati terminali e altri casi equiparati nel rispetto dei protocolli vigenti. Quest'ultima modalità di accesso alle strutture è l'unica ammessa dalla normativa nazionale e regionale attualmente vigente.

Molti familiari, soprattutto quelli che hanno il proprio caro istituzionalizzato da tempo, hanno chiamato autonomamente i nuclei delle Residenze sia per ricevere informazioni dal personale, sia per una telefonata. Questa attività è stata svolta da infermieri ed addetti all'assistenza, che accompagnano l'ospite al telefono in corridoio e lo aiutano durante la conversazione.

Dal 17 ottobre u.s., in esecuzione del DPCM 13/10/2020, è stato vietato l'ingresso dei familiari nelle strutture. L'attività di videochiamata è stata ripristinata in tutte le residenze a cura del personale che in precedenza era stato incaricato dell'attività di sorveglianza e comunicazione durante i colloqui in presenza con i familiari.

Le attività di videochiamata vengono pianificate e gestite dal personale dell'area psicosociale e riabilitativa.

I Tablet sono in fase di implementazione in quanto si punta a raddoppiare i predetti supporti per la gestione delle videochiamate, che saranno dotati anche di casse esterne per rendere più comprensibile la comunicazione tra ospite e familiare.

Nel team delle videochiamate sono state inserite recentemente due dipendenti, per un totale di 42 ore settimanali al fine di incentivare il servizio di videochiamata.

Nelle prossime settimane l'attività di videochiamata sarà alternata nell'ambito di tutto il personale destinato al predetto servizio affinché tutti possano svolgere anche attività in residenza.

Riassumendo il personale che si dedica settimanalmente a rotazione all'attività di comunicazione nei due centri servizi è il seguente:

Servizio Sociale: 3 A.s. a tempo pieno, 1 part-time 30 ore, 1 part-time 24h, 1 part-time 18 ore - totale 6 dipendenti

Servizio Educatori/Animatori: 5 educatori a tempo pieno

Servizio Logopedia: 1 part-time 24 ore, 2 part-time 18 ore - totale 3 dipendenti

Servizio Psicologia: 2 tempi pieni, 1 part-time 30 ore, 2 part-time 18 ore - totale 5 dipendenti

Servizio Fisioterapia: 5 tempi pieni, 1 part-time 30 ore, 1 part-time 24 ore, 1 part-time 18 ore - totale 8 dipendenti.

I n°27 dipendenti dell'area psicosociale e riabilitativa a cui si aggiungono n°2 dipendenti dei servizi ausiliari, garantiranno lo svolgimento di almeno n°2 videochiamate a settimana. A rotazione ciascuno per il proprio ambito di competenza, svolgerà attività di mantenimento fisico e psicosociale in residenza, con interventi singoli o con piccoli gruppi di ospiti.

Le videochiamate vengono effettuate nei seguenti orari: dalle ore 9.00 alle ore 11.30 e nel pomeriggio dalle ore 14.30 alle 17.00, con le modalità in narrativa indicate.

Nei primi giorni di Ottobre è stato somministrato un questionario ai familiari di cui l'allegato modulo, al quale hanno aderito circa il 39% dei familiari pienamente in linea con gli anni precedenti.

L'analisi dei quesiti sottoposti ha dato il seguente esito:

- a) L'80,7% dei familiari ha dichiarato di essere soddisfatto delle informazioni e delle indicazioni ricevute durante questi mesi di emergenza sanitaria
- b) L'88,8% dei familiari è soddisfatto dell'organizzazione delle visite agli ospiti
- c) Il 51,8% dei familiari ha utilizzato il servizio di videochiamate

- d) Il 65,3% dei familiari reputa utile il servizio di videochiamate; il 34,7% non lo reputa utile o lo reputa solo in parte. Il servizio di videochiamate è utile per ospiti con capacità cognitive buone, ovvero ospiti che sono comunque in grado di ricevere telefonate in residenza e/o al telefonino personale.

In considerazione di quanto sopra illustrato, si conferma che le videochiamate devono essere gestite dal personale che lavora nelle Residenze, al fine di sopperire alle carenze comunicative degli Ospiti affetti da demenza e in modo da garantire un colloquio sostenibile che rassicuri i familiari.

Padova, 29 Ottobre 2020

Dott. Alberto Barzaghi

Dott.ssa Sandra Nicoletto



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

VERBALE DI RIESAME DELLA DIREZIONE

DATA PRECEDENTE RIESAME	31 Ottobre 2019
DATA ATTUALE RIESAME	27 febbraio 2020
PERIODO CONSIDERATO	Anno 2019
DATA PROSSIMO RIESAME	ottobre 2020

Distribuzione e partecipanti

		Firme
Segretario Direttore Generale	Sandra Nicoletto	F.TO: Sandra Nicoletto <i>Sandra Nicoletto</i>
Dirigente Amministrativo	Michele Testa	F.TO: Michele Testa <i>Michele Testa</i>
UOP	Alberto Barzaghi	F.TO: Alberto Barzaghi <i>Alberto Barzaghi</i>
RSGS/Funzionario Tecnico	Simona Campedel	F.TO: Simona Campedel <i>Simona Campedel</i>
RU	Daniela Lissandron	F.TO: Daniela Lissandron <i>Daniela Lissandron</i>
Segreteria Generale/Funzionari	MariaGrazia Lincetto	F.TO: Mariagrazia Lincetto <i>Mariagrazia Lincetto</i>
RQ	Giovanna Rossi	F.TO: Giovanna Rossi <i>Giovanna Rossi</i>



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.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 4 Dicembre 2019



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 all'anno 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.1 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.

Nel Riesame della Direzione del 31 ottobre 2019, al controllo della situazione degli indicatori relativa al I semestre 2019 si era 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 era stata quella di utilizzare tali indicatori nei Piani Assistenziali Individualizzati, per i quali, nonostante i numerosi incontri, corsi, e attività fatte, permaneva la difficoltà nella Gestione. Dopo il Riesame si è intervenuti e all'analisi dei dati del II semestre la situazione risulta migliorata in particolare per quanto riguarda il Servizio di Fisioterapia, test di Morse, e le azioni conseguenti a cadute e lesioni nelle Residenze. Ulteriore miglioramento è previsto con utilizzo della Cartella Personale Informatizzata che facilita la redazione di Report, il cui utilizzo è previsto per tutti i servizi professionali a partire dal 2 Marzo 2020 nella Residenza Fiordalisi. E' stata inoltre decisa dalla Direzione la riduzione e la razionalizzazione degli indicatori per il 2020.

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. Questo ha portato ad un elevato turn over del Personale. I dati relativi e le azioni intraprese dalla Direzione sono riportate a pag.5 del presente Riesame nella relazione della Responsabile Ufficio Risorse Umane Dott.ssa Lissandron.

Per quanto riguarda la decisione di mantenere il turno dei Medici di Residenza H24, alla Data del Riesame è in corso valutazione sul da farsi sia in base al contesto esterno, alla disponibilità dei medici e a quanto verrà deciso dalla Direzione dell'ULSS 6.

Per quanto riguarda il Personale Amministrativo il progetto di riorganizzazione delle attività e delle Risorse, voluto dal Consiglio di Amministrazione, affidato alla Società di Consulenza CONSIDI s.r.l. è arrivato alla IV fase ovvero Presentazione del Master Plan.

I risultati sono stati presentati dalla CONSIDI ai dirigenti e al Presidente in data 30 gennaio 2020.



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 la presentazione/applicazione del Protocollo redatto dal Comitato Etico.

A dicembre del 2019, la procedura e l'allegato relativo all'algoritmo di valutazione del dolore è stata oggetto di revisione e tale revisione è stata applicata a partire da Gennaio 2020. Le Linee strategiche per anno 2020 approvate con delibera del C.d.A n°2 del 21 gennaio 2020, prevedono, inoltre, l'inserimento nella Carta dei Servizi l'applicazione, laddove necessario, delle "cure palliative" concentrandosi a tutti i livelli sull'eliminazione delle sofferenze dovute sia al dolore fisico che psichico.

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 all'anno 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 31 ottobre 2019- Det. n° 26 del 29.01.2019 del Segretario Direttore Generale e n°26 del 11 .03.2019 Dirigente Tecnico per Alta Direzione.- I-P-GRU rev.7-

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 dell'anno 2019 e il trend degli ultimi tre anni dove pertinente.

Nella tabella viene indicata la % di raggiungimento dell'obiettivo. Per quanto riguarda obiettivo A)h, il servizio Educativo Animativo delle Residenze per ospiti non autosufficienti nel II semestre non ha aumentato il numero dei laboratori. Ha pesato specie nel II semestre impossibilità di organizzare laboratori nei Centri Diurni a seguito del nuovo accordo con ULSS 6 firmato a maggio. Visto che però è aumentato il numero dei partecipanti (presenze), si considera comunque obiettivo raggiunto.

Per l'anno 2020, alcuni di questi indicatori verranno considerati dati a consuntivo (tipologia C) in quanto entreranno a far parte delle attività che il personale deve compiere per prassi e inseriti nelle Procedure di Gestione delle Residenze/Servizi.

In particolare, saranno inseriti in procedura gli indici Aa (bagni) –Al(valutazione logopedia entro 3gg)-A.g) (piano formativo-valutazione accessi formativi pro capite).

Per quanto riguarda la tipologia B) Azioni di Miglioramento, la tabella B relativa riassume l'andamento



dell'anno 2019 .

Tutte le azioni di miglioramento hanno avuto riscontro positivo. Onde semplificare e razionalizzare l'attività per il 2020 si è deciso di procedere come segue:

Azione di miglioramento B)i incontri in Residenza organizzati dal Servizio di Logopedia, verranno effettuati assieme a quelli organizzati dal Servizio di Psicologia, onde ottimizzare le Risorse.

Azione di miglioramento B)l l'attività di intercettazione della rete familiare nella fase di pre-ingresso, da parte del Servizio di Psicologia, verrà inserita come attività da svolgersi di prassi nella Procedura di Gestione del Servizio.

Per quanto riguarda l'azione di Miglioramento B)d, ovvero valutazione lesioni e cadute, visto l'importanza che i parametri assumono per la valutazione del Rischio Clinico, e la presenza di raccomandazione del RINA, si riporta in maniera dettagliata la relazione del Responsabile Organizzativo

Cadute: nel II semestre del 2019 sono state registrate 40 cadute di cui 36 lievi e 4 moderate. Degli ospiti caduti 31 avevano un alto rischio di caduta in quanto il Test Tinetti non era somministrabile o aveva dato un risultato uguale o inferiore a 19, 7 Ospiti avevano un rischio caduta moderata e 2 Ospite rischio caduta lieve.

Per tutti sono state intraprese azioni per ridurre il rischio di caduta, tra cui per 13 si è ricorso alla contenzione fisica e per 2 alla farmacologica.

Lesioni insorte anche se ospiti dotati di materasso antidecubito: nel II semestre del 2019 sono state registrate 84 lesioni insorte; 49 ospiti avevano rischio alto, 27 moderato, 8 rischio basso, delle 84 lesioni 37 in fascia 1 (1 solo decubito lieve); 35 in fascia 2 (più di un decubito moderato); 12 in fascia tre (piu' di un decubito grave).

Per tutti gli ospiti è stato aperto progetto di cura secondo linee guida ULSS.

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

Tutti gli indici verranno consuntivati anche nel 2020. La valutazione degli indici formativi C.b), vedi subito sotto, verrà inserita come prassi nella Procedura di Gestione delle Risorse Umane.

Per quanto riguarda l'indice C.b) **Processo di gestione delle Risorse Umane-Attività Formativa- Personale-** visto l'importanza dell' attività formativa svolta dall'Ente si ritiene opportuno riportare in Toto la relazione del Responsabile Ufficio Risorse Umane Dott.ssa Lissandron

Per quanto riguarda l'attività formativa, i dipendenti formati sono stati 412 e gli accessi formativi pari a 1950. Pertanto la media pro capite degli accessi formativi è stata di 4,73.

Le ore totali di formazione erogata sono state n. 5.823,50, con una media pro capite pari a 14,13 ore. Il costo complessivo, sostenuto per agenzie e formatori, è stato di € 26.086,19. La media del costo per partecipante è stata di € 63,32 e la media del costo per ora di formazione è stata di € 4,48.

Per quanto riguarda il grado di apprendimento conseguito, esso 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. Nel 2019 solo un'infermiera a tempo determinato non ha superato il test finale del corso antincendio. Successivamente ha ripetuto il test, superandolo.

Nel 2019 è stata modificata la scheda di partecipazione ai corsi di formazione che il personale compila quando chiede di prendere parte ad un corso: è stata introdotta una valutazione da parte del responsabile del servizio sulle caratteristiche del corso: se accresce le competenze (quando ciò che ha appreso è utilizzato nella quotidianità operativa) o le conoscenze (quando il dipendente acquisisce informazioni che non utilizza nella quotidianità operativa). Questa modifica è stata introdotta per discernere la formazione (la prima) rispetto all'informazione (la seconda).

Sono oggetto di valutazione di efficacia della formazione i corsi che accrescono le competenze. In particolare



risulta che l'84,55% del personale valutato ha ottenuto il risultato "buono", il 15,31% ha ottenuto una valutazione "adeguato" mentre un dipendente, ora cessato, ha ricevuto una valutazione di "insufficienza".

Per quanto riguarda il gradimento dei corsi dei dipendenti, sono stati forniti 1551 giudizi. Tra questi, due giudizi sono stati "molto insufficiente" (0,13%) e altri due di "insufficiente" (0,19%), 42 "sufficiente" (2,71%), 750 buono (48,36%) e 754 ottimo (48,61%).

E' doveroso sottolineare il turn over del personale, in particolare di quello sanitario e socio-assistenziale: i medici sono stati interessati da un turn over del 125%, gli infermieri del 62,05% e gli addetti all'assistenza del 34,03%. Questo aspetto ha influito sulla formazione, in quanto la formazione sulla sicurezza, essendo obbligatoria, deve essere impartita a tutto il personale, anche ai neo assunti, con un aggravio dell'organizzazione e dei costi.

Per contrastare questo fenomeno e sostenere la premialità, l'Amministrazione ha intenzione di destinare parte delle risorse destinate alla performance relativa al 2019, specificatamente a favore di infermieri e addetti all'assistenza per l'attività di addestramento del nuovo personale che costantemente viene assunto per sopperire alle carenze dovute a pensionamento e cessazioni verso altri enti. Nel corso del 2020 si effettueranno concorsi per il reclutamento di personale a tempo indeterminato di varie figure professionali, in particolare di due profili indicati.

Il piano formativo, deliberato dal Consiglio di Amministrazione a inizio anno, è stato realizzato nella misura dell'87,18%: dei 39 corsi previsti per il 2019 ne sono stati rinviati all'anno successivo quattro: Haccp, anticorruzione, uso dei video terminali e principi ergonomici e le tecniche di pulizia negli ambienti di vita degli ospiti. Tale rinvio è stato necessario a causa dell'elevato turn over del personale che ne avrebbe reso difficile la gestione, in particolare gli operatori addetti all'assistenza e gli infermieri. Si è deciso, quindi, di rimandarli all'anno successivo. In ogni caso per quanto riguarda la Formazione in materia di HACCP, con la busta paga del mese di Gennaio è stato distribuito il documento MRU-COM 11 comandamenti, che contiene le 11 disposizioni cardine in materia di Igiene degli alimenti. Tale documento viene consegnato a tutte le figure interessate.

I dati sono riassunti nella Tabella sottostante e in tabella C e A

INDICI SU ORE E COSTI DELLA FORMAZIONE	anno 2019	anno 2018
NR LAVORATORI PARTECIPANTI	412	449
NR. ACCESSI FORMATIVI	1.950	1.833
MEDIA PRO CAPITE ACCESSI FORMATIVI	4,73	4,08
ORE TOTALI FORMAZIONE	5.823,50	4.796,50
MEDIA PRO CAPITE ORE FORMAZIONE	14,13	10,68
COSTO FORMAZIONE PER DOCENTI O ENTI €	26.086,19	24.892,60
MEDIA PRO CAPITE COSTO FORMAZIONE €	63,31	55,44
MEDIA COSTO ORARIO FORMAZIONE €	4,48	5,19
STATO DI APPRENDIMENTO DELLA FORMAZIONE	2019	2018
MOLTO INSUFFICIENTE	0,13%	0,09%
INSUFFICIENTE	0,19%	0,09%
SUFFICIENTE	2,71%	7,20%



BUONO	48,36%	49,65%
OTTIMO	48,61%	42,97%
SODDISFAZIONE DEI DIPENDENTI IN MERITO ALLA FORMAZIONE		
2019	2019	
BUONO	84,55%	
ADEGUATO	15,31%	
INADEGUATO	0,14%	

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 8 non conformità: di seguito il dettaglio.
- 6 a carico della Ditta Sodexo. A queste non conformità la Ditta Sodexo ha sempre dato risposta spiegando le azioni correttive messe in atto. Il Segretario/Direttore Generale, Dott.ssa Sandra Nicoletto che è anche l'OSA di distribuzione ha effettuato in data 28 novembre 2019 un Audit a sorpresa assieme al Dottor Ciscato consulente esterno. I rilievi comunicati a Sodexo, sono stati oggetto di Azioni correttive da parte della Società. A seguito di questo Audit sono anche state chiuse le situazioni pendenti relative alle Non conformità e Azioni correttive sopra citate. Si ricorda che a fine anno 2019 l'appalto scaduto è stato prorogato sino a Giugno 2020. La gara per il nuovo appalto è già in corso.
- 1 a carico della Ditta Europromos, ditta alla quale sono appaltate le pulizie degli spazi comuni. In particolare erano state contestate le pulizie effettuate al Pensionato Piaggi e, vista l'assenza di risposta da parte della ditta Europromos, era stata aperta in data 04/10/2019 una penalità in base all'art. 19 del Capitolato Speciale dell'appalto. La ditta Europromos ha risposto offrendo al posto della sanzione pecuniaria la pulizia extra degli ascensori del P.Piaggi che è stata accettata dalla Amministrazione ed eseguita. Va ricordato che l'appalto per il Servizio di Pulizia del P.Piaggi e per la Sede Amministrativa di Piazzale Mazzini è scaduto a novembre 2019, con l'aggiudicazione dell'appalto del Servizi Assistenziali, Infermieristici di Portineria, e di Pulizie del P.Piaggi che prevede anche le pulizie della Sede amministrativa. A dicembre 2020 la Ditta Lunazzurra ha già preso in carico le pulizie del Pensionato Piaggi, per quanto riguarda la Sede Amministrativa, per questioni organizzative Europromos cesserà l'attività al 31 marzo 2020 e dopo quella data subentrerà Lunazzurra. In ogni caso l'11 dicembre 2019 è stato effettuato un Audit a sorpresa al Centro Servizi Beato Pellegrino con esito conforme. A marzo-aprile 2020 si organizzerà incontro con Ditta Europromos per la richiesta di alcune migliorie.
- 1 non conformità a carico della Residenza Rose, già risanata alla data del Riesame. E' previsto nel Piano Audit 2020, Audit specifico alla Residenza Rose per il controllo dell'efficacia dell'azione correttiva posta in essere.



AUDIT ENTE DI CERTIFICAZIONE ESTERNO RINA

L'audit da parte dell'Ente di Certificazione esterno RINA per il mantenimento del Sistema Qualità secondo Norma ISO 9001:2015 è stato superato in data 4 dicembre 2019 positivamente con una non conformità di tipo B a carico della Residenza Tulipani per la mancata registrazione del controllo scadenza Farmaci, come previsto da Procedura e Modulistica Interna MRE-CSF rev.3, e 6 raccomandazioni/azioni di miglioramento. La non conformità è stata chiusa e l'azione correttiva proposta accettata dal RINA, al quale sono stati trasmessi gli interventi entro 10 giorni dalla data dell'audit. Il RINA controllerà efficacia di quanto effettuato nel prossimo audit di mantenimento.

Le raccomandazioni/ azioni di miglioramento sono in corso di implementazione anche tramite l' assegnazione di obiettivi specifici ai Servizi/Processi interessati.

Il prossimo Audit di mantenimento della Certificazione secondo la Norma UNI EN ISO 9001:2015 è previsto per ottobre-novembre 2020.

PIANO AUDIT INTERNO ED ESTERNO (FORNITORI)

Il Piano Audit è stato completato a fine anno 2019. Grandi sforzi sono stati effettuati nel 2019, vista la carenza di risorse disponibili per sottoporre ad audit alcuni Servizi appaltati, in alcuni casi mai oggetto di Audit ufficiale. Sono state oggetto di Audit la Ditta Eureka presso la sede di Castelfranco, l' Audit precedente nella Sede di Castelfranco era stato fatto in data 9 settembre 2015, la Ditta Siram, la Ditta Sinergie-ASE, la ditta Sodexo (Sono stati condotti tre Audit, al Bar del Centro Servizi Beato Pellegrino, al Centro Cottura di Selvazzano, e al Magazzino per chiusura precedenti non conformità), la Ditta Europromos e la Ditta degli ascensori Kone. Il piano degli audit ai processi interni e ai servizi appaltati per anno 2020 è allegato al presente verbale e già comunicato alla Direzione attraverso mail del 12.02.2020. Gli Audit inizieranno ad aprile 2020.

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. 3- Gestione area tecnica I-P-GAT rev. 3.

CONSIDERAZIONI / DECISIONI DA INTRAPRENDERE

E' stata rivista la Procedura Gestione Acquisti Contabilità e Bilancio I-P-ACQ rev.3 entrata in vigore in data 24.01.2020, dove al punto 6.4 "Tipologie e metodologie di approvvigionamento", sono state ridefinite le modalità di approvvigionamento dell'Ente e i Servizi coinvolti negli acquisti. Nel rispetto dei criteri di rotazione, sono stati eliminati gli Elenchi dei fornitori qualificati M-EFQ che venivano emessi da Area Tecnica, Area Acquisti, Risorse Umane, CED, Servizio di Fisioterapia e Logopedia.

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, svolta dalla Cooperativa 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 Barzaghi. 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 II semestre del 2019, quelle relative al I semestre sono state verbalizzate nel Riesame del 31 ottobre 2019.

Come riferito al punto 3 in data 28 novembre 2019, l'OSA Dottoressa Sandra Nicoletto in collaborazione con il Consulente esterno Massimo Ciscato ha eseguito Audit a sorpresa presso il Centro Cottura di Selvazzano Dentro riscontrando una serie di rilievi che sono stati oggetto di azioni correttive da parte della ditta Sodexo.

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) 2019, Attività Comitato Etico

CONSIDERAZIONI / DECISIONI DA INTRAPRENDERE

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

Sono disponibili gli esiti della Customer satisfaction del 2019

La percezione della qualità da parte degli Utenti conferma anche per il 2019 il dato storicamente consolidato di un generale apprezzamento dei servizi dell'Ente con una valutazione media per ogni domanda al di sopra del giudizio buono e la netta prevalenza dei giudizi di buono/ottimo.

Per quanto riguarda il giudizio generale, la sede con le migliori performance risulta essere il Centro Diurno



Gidoni con una somma di giudizi buono/ottimo del 96,67 % (100% nel 2018). Seguono Centro Diurno Monte Grande con una somma di giudizi buono/ottimo del 90,89% (90,48% nel 2018), Centro Servizi Beato Pellegrino con una somma di giudizi buono/ottimo del 86,22%, (88,43% nel 2018) Pensionato Piaggi con una somma di giudizi buono/ottimo del 85,42 % (83,33% nel 2018) e Centro Servizi G.A. Palazzo Bolis con una somma di giudizi buono/ottimo del 79,63% (80,56% nel 2018).

Rimane il problema della elevata % di mancata risposta da parte degli utenti per il Servizi di fisioterapia, logopedia, psicologia, 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. Va comunque ricordato che l'accordo con ULSS firmato a fine maggio 2019, ha portato una riduzione dei Servizi in convenzione, nei Centri Diurni.

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. In ogni caso il Responsabile Organizzativo Dottor Barzaghi è sempre disponibile per incontrare i parenti. Relazioni su tali incontri vengono trasmesse al Segretario/Direttore Generale. La documentazione è agli atti in Segreteria Generale. L'amministrazione ha, inoltre, deciso di coinvolgere i famigliari 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".

Si è tenuto Sabato 9 novembre 2019 il Convegno dal titolo "Il tempo e la cura".

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 Tornielli, 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 Chiara Bigolaro – Referente Servizio Psicologico di AltaVita-IRA

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;
- 17 Novembre 2019, è stata inaugurata la Mostra di quadri dell'ospite Gino Francesco Ferrari, presso il Pensionato Piaggi;
- 13 dicembre -2019-10 gennaio 2020 Scatti di vita Sala delle mostre Centro Servizi Beato Pellegrino
- a partire da Gennaio 2019 sino a tutto il 2020, sono stati organizzati incontri gratuiti aperti a familiari 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.

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; Rinnovo autorizzazione det. n°2019/29/0358 del 23.10.2019 del Capo Settore Servizi Sociali Comune di Padova (validità dal 09/12/2019 al 08/12/2024 per 60 posti letto).

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.



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. Il Bilancio Economico Annuale di previsione dell'Esercizio 2020 verrà approvato durante la riunione del CDA che si terrà nella serata odierna.

Relativamente ai lavori di adeguamento alla D.G.R 84/07 della struttura del Centro Servizi Beato Pellegrino, lo studio di fattibilità tecnico economica, approvato con delibera del Consiglio di Amministrazione n° 62 del 28.11.2018 e presentato dall'Ente alla Regione Veneto-Direzione Edilizia Ospedaliera e Finalità Collettive-in data 11.01.2019 è stato oggetto, con nota prot. 115820 del 21.03.2019, di nulla-osta per l'avvio delle successive fasi di elaborazione progettuale.

Il progetto prevedeva al piano seminterrato il rientro nell'ambito del Centro Servizi Beato Pellegrino, del centro cottura di Selvazzano Dentro, mediante la ristrutturazione degli spazi già in precedenza destinati a cucina e successivamente dismessi.

Con successivo provvedimento del Consiglio n° 59 del 01.10.2019, è stato deliberato di mantenere la produzione dei pasti presso il Centro Cottura di Selvazzano Dentro, e procedere con l'avvio della procedura di selezione del contraente per la progettazione definitiva del primo stralcio. Con Det.144 del 30.12.2019 è stata approvata l'avvio della procedura per l'affidamento dei servizi di progettazione definitiva, esecutiva, coordinamento sicurezza, direzione lavori per la realizzazione dei lavori di ristrutturazione del piano seminterrato del Centro Servizi Beato Pellegrino.

I lavori per la trasformazione in casa vacanze del quarto e quinto piano del Pensionato Piaggi, sono terminati 11 gennaio 2019. E' stata ottenuta l'autorizzazione all'esercizio della Casa Vacanze al "Carmine". Dal 16 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, verranno riavviati rapporti con la Fondazione Zancan, per un ipotesi di progetto, da parte delle figure incaricate di AltaVita-IRA, 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

L'Arch. Simona Campedel a partire da 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 del Geom. Roberto Pastore, sempre l'Arch. Campedel dal 1 ottobre 2019 ha assunto la Responsabilità ad interim di Coordinatore Servizio Manutenzione e Patrimonio. A gennaio 2020 è entrato in servizio l'Arch. Andrea Boldrin, in sostituzione del Geom. Pastore e l'Arch. Giuseppe Clemente, Funzionario Tecnico ad Alta Specializzazione, in staff al Segretario/Direttore Generale, ma con compiti riguardanti principalmente le attività dell'Area Tecnica, per compensare l'uscita a Luglio del 2019 per mobilità del Geom. Fernanda Scantamburlo.

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

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 e più in generale per materie a contenuto sanitario.

Le ultime revisioni degli organigrammi: Organigramma Generale I-D-ORG rev.11 e Organigramma G.A.Bolis I-D-ORG-PB rev.2 risalgono al 1 ottobre 2019 ed è probabile una revisione entro l'anno 2020.

REVISIONE DOCUMENTAZIONE

Alla data del Riesame sono state riviste:

- 1) 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, la procedura delle Risorse Umane dove è stato inserito il punto relativo al controllo della iscrizione all'ALBO, la Procedura degli Acquisti Contabilità e Bilancio
- 2) 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, lasciando inalterati gli standard di qualità generali e specifici.



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, verrà rivista nel corso dell'anno 2020, anche tenendo in considerazione le Linee strategiche per l'anno 2020, approvate dalla Delibera n°2 del C.d.A. del 21 gennaio 2020.

Nuovi obiettivi e programmi:

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

Necessità di modifica al sistema di gestione:

Il Sistema di Gestione Qualità prevede la modifica delle Procedure dell'area assistenziale e dei Servizi professionali per introduzione della Cartella Personale Informatizzata.

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 e sul sito internet Istituzionale dell'Ente.

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 previsto per ottobre 2020 .

TABELLA A INDICATORI PRESTAZIONE PROCESSI ANNO 2016-2019

n.	PROCESSO	INDICE DI EFFICIENZA CONSIDERATO	dato considerato/RISCHIO OPPORTUNITA'	responsabile	personale coinvolto	tempi	Risultato anno 2016	Risultato anno 2017	Risultato anno 2018	Risultato anno 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%)	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 98,01% (% dei bagni che hanno sfiorato il limite di 7 giorni=1,90%).Obiettivo raggiunto
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	32,25. Obiettivo raggiunto
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	36,79. Obiettivo raggiunto
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 monte grande 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 Motorle	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. Obiettivo raggiunto
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	0,40. Obiettivo raggiunto

TABELLA A INDICATORI PRESTAZIONE PROCESSI ANNO 2016-2019

n.	PROCESSO	INDICE DI EFFICIENZA CONSIDERATO	dato considerato/RISCHIO OPPORTUNITA'	responsabile	personale coinvolto	tempi	Risultato anno 2016	Risultato anno 2017	Risultato anno 2018	Risultato anno 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	4%. Obiettivo raggiunto
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)	87,18% dei 39 corsi previsti ne sono stati rinviati all'anno successivo quattro: Haccp, anticorruzione, uso dei video terminali e principi ergonomici e le tecniche di pulizia negli ambienti di vita degli ospiti, per turn over personale. Obiettivo raggiunto.
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 4,73. Obiettivo raggiunto.

TABELLA A INDICATORI PRESTAZIONE PROCESSI ANNO 2016-2019

n.	PROCESSO	INDICE DI EFFICIENZA CONSIDERATO	dato considerato/RISCHIO OPPORTUNITA'	responsabile	personale coinvolto	tempi	Risultato anno 2016	Risultato anno 2017	Risultato anno 2018	Risultato anno 2019
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	Nel corso del 2019 il numero di laboratori fatti risulta essere -11% rispetto al 2018 (38 laboratori in meno) ma il numero di presenze risulta aumentato del 37% (755 presenze in più) Ha pesato specie nel II semestre l'impossibilità di organizzare laboratori nei Centri Diurni .Visto aumento delle presenze obiettivo viene considerato comunque raggiunto al 100%.
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 60,43% nel 2019 , contro il 57,30% del 2018 , con un aumento del 3,13%. Da considerare che da marzo 2019 è stata introdotta attività motoria di gruppo . Obiettivo raggiunto

TABELLA A INDICATORI PRESTAZIONE PROCESSI ANNO 2016-2019

n.	PROCESSO	INDICE DI EFFICIENZA CONSIDERATO	dato considerato/RISCHIO OPPORTUNITA'	responsabile	personale coinvolto	tempi	Risultato anno 2016	Risultato anno 2017	Risultato anno 2018	Risultato anno 2019
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 obiettivo raggiunto	100% su 15 valutazioni I semestre 2019 e 100% su 16 valutazioni richieste II semestre. Obiettivo raggiunto
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 obiettivo raggiunto	Effettuati almeno due incontri per residenza in entrambi i semestri. Obiettivo raggiunto

TABELLA B

VALUTAZIONE AZIONI DI MIGLIORAMENTO ALTAVITA IRA ANNI 2016-2019

n.	processo	azione di miglioramento	attività	responsabile	personale coinvolto	tempi di verifica	risultato anno 2016	risultato anno 2017	risultato anno 2018	risultato anno 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	semestrale	-	-	26 casi complessi seguiti relazione disponibile,	14 casi complessi seguiti nel I semestre ; 13 casi complessi seguiti nel II semestre per un totale di 27 casi complessi relazioni disponibili agli atti
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	semestrale	-	-	Scelto applicativo software MyCare, in tecnologia cloud 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 della residenza primo piano fiordalisi-A marzo 2020 utilizzo da parte dei Servizi Professionali in tutta la Residenza 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	semestrale	-	-	-	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 e 16 invii nel corso del II semestre per un totale di 22 solleciti

TABELLA B

VALUTAZIONE AZIONI DI MIGLIORAMENTO ALTAVITA IRA ANNI 2016-2019

n.	processo	azione di miglioramento	attività	responsabile	personale coinvolto	tempi di verifica	risultato anno 2016	risultato anno 2017	risultato anno 2018	risultato anno 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	-	-	-	Nel I semestre Presenza dati relativi a cadute e lesioni. Manca dato Riassuntivo e interventi personalizzati. Nel II semestre: 36 cadute lievi e 4 moderate vedi dettagli all'interno del Riesame. Lesioni 84 lesioni 37 in fascia 1 (1 solo decubito lieve); 35 in fascia 2 (più di un decubito moderato); 12 in fascia tre (piu' di un decubito grave)
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 2019. Modifica Procedura dolore e allegato 6 algoritmo che verrà applicata a partire da gennaio 2020
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	Relazione semestrale	Responsabile organizzativo	Coordinatori del Centro/OSS	semestrale	-	-	-	Somministrata Check list predisposta con il servizio logopedico, nessun ospite a rischio di disfagia

TABELLA B

VALUTAZIONE AZIONI DI MIGLIORAMENTO ALTAVITA IRA ANNI 2016-2019

n.	processo	azione di miglioramento	attività	responsabile	personale coinvolto	tempi di verifica	risultato anno 2016	risultato anno 2017	risultato anno 2018	risultato anno 2019
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	-	-	-	I SEMESTRE 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) Il SEMESTRE : 614 contatti via BP(513 contatti telefonici o via mail, 101 colloqui direttamente in struttura) Tempo di latenza 480 contattati lo stesso giorno-77 entro 1 giorno i rimanenti tra i 2 e i 7 giorni).152 contatti per P.A.Bolis (75 contatti telefonici o via mail e 77 contatti in ufficio)Dei 152 contatti 22 sono stati relativi al Centro Diurno, 7 generici i rimanenti per il Residenziale. 85 contatti del Residenziale hanno avuto tempo di latenza di 0 giorni, 17 di 1 giorno i rimanenti tra 2 e 7 giorni. Per il centro Diurno 9 contatti hanno avuto tempo di latenza di 0 giorni 2 entro 1 giorno, i rimanenti tra 2 e 5 giorni. I contatti generici sono stati tutti evasi lo stesso giorno . (Ingressi a seguito contatto: 37 su un totale di 63 ingressi al BP-13 al Centro Diurno e 9 Residenziali al Bolis su 28 Totali al Centro Diurno e 17 totali al Residenziale).
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	-	-	-	Nel corso del I SEMESTRE :Test di Morse Somministrato 54 volte . 19 valutazioni hanno dato Rischio di caduta basso, le rimanenti 35 rischio di caduta medio alto.Il SEMESTRE: Test di Morse somministrato 75 Volte . 18 valutazioni hanno dato Rischio di caduta basso, 42 medio, 15 alto. 92% di indicazioni utili a ridurre il Rischio di caduta sono state date nel PAI, il rimanente, in mancanza di organizzazione di UOI a breve termine, nelle consegne degli OSS.
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 I Semestre e 10 incontri Il semestre il servizio di Logopedia segnala difficoltà ad organizzare Incontri; verranno organizzati assieme al Servizio di Psicologia.

TABELLA B

VALUTAZIONE AZIONI DI MIGLIORAMENTO ALTAVITA IRA ANNI 2016-2019

n.	processo	azione di miglioramento	attività	responsabile	personale coinvolto	tempi di verifica	risultato anno 2016	risultato anno 2017	risultato anno 2018	risultato anno 2019
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	-	-	-	I SEMESTRE : Effettuati 30 incontri utilizzando scheda allo scopo predisposta; II SEMESTRE effettuati 41 incontri utilizzando apposita scheda.
B.m	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	-	-	-	il 30 gennaio 2020 sono stati presentati gli esiti ai Dirigenti e al Presidente

VALUTAZIONE DATI A CONSUNTIVO ALTAVITA IRA ANNO 2016 - 2019

tipo	dato considerato	responsabile	personale coinvolto	tempi di verifica	anno 2016	anno 2017	anno 2018	anno 2019
azione di miglioramento attività formative seguito da monitoraggio	% ospiti che mantengono la capacità deambulativa sul totale trattati (considerate condizioni neuromotorie)	Responsabile organizzativo Burzagli / Segretario e Direttore Generale S. Nicoletto	OSS, Coordinatori di Residenza, Personale Medico, Personale Servizio Fisioterapia, Personale Servizio Attività Motoria del C. S. B. Pellegrino e G.A. Bolis (NO ATTIVITA' MOTORIA NEL 2019)	semestrale	I semestre 44,60% stazionari, 15,64% migliorati, 39,86% peggiorati il semestre stazionari 54,48%, migliorati 5,52%, peggiorati 39,31% e uno dimesso	I semestre 39,86% stazionari, 13,51% migliorati, 46,62% peggiorati il semestre stazionari 59,08%, migliorati 13,51% peggiorati 27,41%.	I semestre 57,97% stazionari, 10,87% migliorati, 31,16% peggiorati il semestre stazionari 54,14% migliorati, 14,29% migliorati, 31,58% peggiorati	I semestre 55,47% stazionari, 13,13% migliorati, 31,39% peggiorati - Il semestre 45,99% stazionari, 18,98% migliorati, 35,03% peggiorati
azione di mediazione	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 /10,66 ore	€ 4,48 /14,13 ore
azione di monitoraggio	% 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% insufficiente, 2,15% sufficiente; 52,53% buono; 45,32% ottimo (97,864%)	0,08% molto insufficiente; 0,09% insufficiente, 7,20% sufficiente; 49,65% buono; 42,97,% ottimo	0,13% molto insufficiente; 0,19% insufficiente, 2,71% sufficiente; 48,36% buono; 48,61,% ottimo
azione di monitoraggio	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 buone, 51 adeguato, 1 Inadeguato. Il Responsabile del lavoratore sarà contattato per verificare la necessità, per questo caso, di ripetizione dell'evento formativo.	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 cassato; l'altra a una dipendente per la quale è stata prevista la partecipazione ad altro corso del medesimo contenuto	Per i corsi che prevedono il test a fine corso, solo un'infermiera non ha superato il test a fine corso e poi è stato fatto ripetere con esito positivo

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	anno 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 ,6 a carico di fornitori	8 non conformità ,7 a carico di fornitori , 1 a carico Residenza Rose
C.f	PROCESSO DI GESTIONE DELL'ENTE SISTEMA QUALITA' E SICUREZZA	Certificazione ISO 9001. Per il 2017 estensione a Palezzo Bolls. Per il 2018 ricertificazione e transizione alla Norma ISO 9001:2015 Per il 2019 Mantenimento Certificazione ISO 9001:2015	siesura 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 superato con una non conformità di tipo B già risolta a carico della Residenza Tullipani e 6 raccomandazioni di cui una relativa al riassunto di lesioni e cadute già inserite come necessità nel Verbale del Riesame del 31 ottobre 2019

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	anno 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 Il semestre stazionari 54,48%, migliorati 5,52%, peggiorati 39,31% e uno dimesso	I semestre 39,86% stazionari, 13,51% migliorati, 46,62% peggiorati Il semestre stazionari 59,08%, migliorati 13,51% peggiorati 27,41%.	I semestre 57,97% stazionari, 10,87% migliorati, 31,16% peggiorati Il semestre stazionari 54,14% stazionari, 14,28% migliorati, 31,58% peggiorati	I semestre 55,47% stazionari, 13,13% migliorati, 31,39% peggiorati - Il semestre 45,99% stazionari, 18,98% migliorati, 35,03% 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	€ 4,48 /14,13 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% 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	0,13% molto insufficiente; 0,19% insufficiente; 2,71% sufficiente; 48,36% buono; 48,61,% ottimo
C.d	PROCESSO DI GESTIONE DELLE RISORSE UMANE FORMAZIONE	valutazione apprendimento dipendenti, mediante esecuzione test a fine corso, o, nei casi residui, valutazione a terminedell'anno da parte Responsabile Servizio con compilazione di apposito modulo	elaborazione report esito formazione, evidenza eventuale mancato superamento corso come da procedura I-P-GRU	Dott. F. Giannone /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 181 valutazioni da parte dei Responsabili, 109 valutazioni buono, 51 adeguato, 1 Inadeguato. Il Responsabile del lavoratore sarà contattato per verificare la necessità, per questo caso, di ripetizione dell'evento formativo.	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	Per i corsi che prevedono il test a fine corso, solo un'infermiere non ha superato il test a fine corso e poi è stato fatto ripetere con esito positivo