

CASA DI RIPOSO " A. PENASA" Via S. Rocco ,1 Valli del Pasubio (VI)	Griglia di sintesi dei monitoraggi su obiettivi anno 2020 sul standard verifiche ispettive 31/12/2021	Mod. DIR 02.02 Rev. 02 Pag. 1 di pag. 3
Data emissione: 01/06/2021	Approvazione: 31/01/2022	

RISULTATO STANDARD 01 (direzione): sulla base dei risultati dei monitoraggi, degli standard dell'anno in corso, redigere elaborazione per l'anno successivo. Data entro la quale predisporre modifiche della carta dei servizi per l'anno successivo il 28 febbraio di ogni anno.

Risultato raggiunto attestato dalle griglie di monitoraggio **POSITIVO**

RISULTATO STANDARD 02 (direzione): raggiungimento quanto previsti carta dei servizi raggiungimento dei limiti previsti, monitorati nelle varie funzioni operative.(OSS- AS- ED-AN), rispetto a quelli attesi. almeno 80%.

Risultato raggiunto attestato dalle griglie di monitoraggio **POSITIVO**

RISULTATO STANDARD 03 (Direzionale): Miglioramento continuo dei servizi erogati dalla Casa di Riposo data entro la quale predisporre il prospetto dei risultati attesi: entro il 28 febbraio di ogni anno.

Risultato raggiunto attestato dalle griglie di monitoraggio **POSITIVO**

RISULTATO STANDARD 04 (Direzionale): Raggiungimento degli obiettivi definiti, confrontati con i risultati attesi percentuale dei risultati ottenuti rispetto a quelli attesi almeno 80% dei risultati attesi.

Risultato raggiunto attestato dalle griglie di monitoraggio **POSITIVO 97,9%**

RISULTATO STANDARD 05 (Direzionale): Redazione annuale del programma di formazione sul sistema qualità e sicurezza. Numero di proposte di formazione diviso per tipologia almeno 50% nel monitoraggio e 90% in fase consuntiva.

Risultato raggiunto attestato dalle griglie di monitoraggio **NON APPLICABILE**

RISULTATO STANDARD 06 (assistente sociale): data entro la quale effettuare la prima valutazione con la SVAMA interna e redigere primo PAI. Entro 45 giorni dall'ingresso, nel 80% de casi:

Risultato raggiunto attestato dalle griglie di monitoraggio **78,95%** azione miglioramento

RISULTATO STANDARD 07 (assistente sociale) : tempo entro il quale effettuare il colloquio. Almeno 24 ore prima dell'ingresso nel 90% dei casi, esclusi quelli urgenti:

Risultato raggiunto attestato dalle griglie di monitoraggio **100 %.**

RISULTATO STANDARD 08 (educatrice) : tempo entro il quale definire la storia personale dell'ospite. Entro 45 giorni dall'ingresso, nel 95% de casi:

Risultato raggiunto attestato dalle griglie di monitoraggio. **100%**

RISULTATO STANDARD 09 (assistente sociale) : data entro la quale effettuare la revisione, con la SVAMA interna, del PAI precedente. Entro 12 mesi, o entro stesso mese dell'anno precedente, dalla valutazione SVAMA interna nel 90% dei casi:

Risultato raggiunto attestato dalle griglie di monitoraggio **96,30%**

RISULTATO STANDARD 10 (assistente sociale): data entro la quale effettuare la comunicazione del PAI ai parenti. Entro 30 giorni dalla stesura in UOI nel 90% dei casi:

Risultato raggiunto attestato dalle griglie di monitoraggio **100 %**

❖ **RISULTATO STANDARD 11 (medico/responsabile sanitaria):** data entro la quale effettuare la visita medica programmata. Prima della UOI di verifica annuale del PAI, nel 95% dei casi:

Risultato raggiunto attestato dalle griglie di monitoraggio **100%**

Data emissione: 01/06/2021

Approvazione: 31/01/2022

❖ **RISULTATO STANDARD 12 (medico/responsabile sanitaria):** adeguatezza gestione emergenze tra segnalazione e prescrizione medica, entro 3 ore nel 90% dei casi.

Risultato raggiunto attestato dalle griglie di monitoraggio **100%**

❖ **RISULTATO STANDARD 13 (responsabile sanitaria):** controllo mensile dei parametri vitali, nel 95% dei casi.

Risultato raggiunto attestato dalle griglie di monitoraggio **100%**

❖ **RISULTATO STANDARD 14 (infermiere/responsabile sanitaria):** percentuale di lesioni da decubito insorte nell'Ente, sui casi valutati a rischio. Nessuna lesione imputabile all'Ente, pari o superiore al secondo stadio, per gli ospiti a rischio, nel 90% dei casi.

Risultato raggiunto attestato dalle griglie di monitoraggio **100%**

❖ **RISULTATO STANDARD 15 (infermiere/responsabile sanitaria):** Percentuale di congruenza tra farmaci prescritti e farmaci preparati nel blister con foto. Almeno nel 92% de casi:

Risultato raggiunto attestato dalle griglie di monitoraggio **95.83%**

❖ **RISULTATO STANDARD 16 (infermiere/responsabile sanitaria):** tempo massimo intercorrente tra una cateterizzazione e l'altra. 30 giorni 90% dei casi.

Risultato raggiunto attestato dalle griglie di monitoraggio **100%**

❖ **RISULTATO STANDARD 17 (fisioterapista) :** tempo entro il quale effettuare la valutazione da parte del FKT, dal momento dell'ingresso. Entro 5 giorni nel 95% dei casi.

Risultato raggiunto attestato dalle griglie di monitoraggio **100%**

RISULTATO STANDARD 18 (fisioterapista): tempo che intercorre tra la data della valutazione e la data di inizio dell'intervento, qualora ritenuto pertinente. Entro 1 giorno lavorativo nel 95% dei casi.

Risultato raggiunto attestato dalle griglie di monitoraggio: **100%**

RISULTATO STANDARD 19 (coordinatore area benessere) : ora entro la quale va garantita l'attività complessiva del mattino; ore 9, nel 95% dei casi.

Risultato raggiunto attestato dalle griglie di monitoraggio : **A 95% + B 100%**

RISULTATO STANDARD 20 (coordinatore area benessere) : percentuale di controlli con esito positivo, rispetto agli ausili ad orario necessari all'ospite (su schede specifiche PANNI) controlli con esito positivo in almeno il 95 % dei casi.

Risultato raggiunto attestato dalle griglie di monitoraggio : **A 96,67 % + B 97,50%**

RISULTATO STANDARD 21 (assistente sociale): percentuale di risultati specifici ottenuti, rispetto a quelli definiti con il PAI. Almeno il 60% del totale degli obiettivi PAI definiti in UOI.

Risultato raggiunto attestato dalle griglie di monitoraggio **96,67%**

RISULTATO STANDARD 22 (coordinatore area benessere): tempo che intercorre tra l'effettuazione di un bagno e quello precedente entro 9 giorni nel 80% dei casi.

Risultato raggiunto attestato dalle griglie di monitoraggio **A 100% + B 95%**

RISULTATO STANDARD 23 (coordinatore aera benessere): tempo il quale effettuare il nuovo cambio biancheria completo, dal precedente oltre che al bisogno entro 9 giorni nel 80 % dei casi.

Risultato raggiunto attestato dalle griglie di monitoraggio **A 100% + B 97,30%**

CASA DI RIPOSO " A. PENASA" Via S. Rocco ,1 Valli del Pasubio (VI)	Griglia di sintesi dei monitoraggi su obiettivi anno 2020 sul standard verifiche ispettive 31/12/2021	Mod. DIR 02.02 Rev. 02 Pag. 3 di pag. 3
--	--	---

Data emissione: 01/06/2021	Approvazione: 31/01/2022
----------------------------	--------------------------

RISULTATO STANDARD 24 (animativa) : numero di attività alla settimana con rispetto delle indicazioni del PAI – almeno 3 tipi di attività alla settimana, nel 90% dei casi:

Risultato raggiunto attestato dalle griglie di monitoraggio. **100%**

RISULTATO STANDARD 25: (animativa) cadenza con la quale festeggiare i compleanni; entro il mese pertinente nel 100% dei casi:

Risultato raggiunto attestato dalle griglie di monitoraggio **100%**

RISULTATO STANDARD 26 (Tecnico manutentivo): adeguatezza e celerità nella gestione delle richieste di manutenzione ordinaria prevista per i piani/reparti. Entro 9 giorni nel 90% dei casi. Registrazione nel file scadenziario manutenzioni e registrazioni: 90% attività.

Risultato raggiunto attestato dalle griglie di monitoraggio **98,15%.**

RISULTATO STANDARD 27 (coordinatore area benessere): numero di azioni di pulizia giornaliera, per tutti gli ambienti utilizzati dagli Ospiti, almeno 1 al giorno, nel 98% dei casi.

Percentuale raggiunto attestato dalle griglie di monitoraggio **100%**

RISULTATO STANDARD 28 (fisioterapista): adeguatezza della compilazione delle informazioni sul registro informatico e il confronto tra le figure. Numero di registrazioni necessarie al buon funzionamento. Almeno 3% ospiti a campione, con riferimento valutazione in entrata e attività delle informazioni/registrazione

Percentuale raggiunto attestato dalle griglie di monitoraggio **CONFORME**

RISULTATO STANDARD 29 (Direzione /RQ): adeguatezza e rapidità nella individuazione e recepimento delle non conformità, e della loro risoluzione. Tempo che intercorre tra la data di prevista di chiusura registrata e la data effettiva, riferita anche ad azione preventiva / correttiva applicata. Nel 90% dei casi, entro la prevista.

Percentuale raggiunto attestato dalle griglie di monitoraggio **CONFORME 90%**

RISULTATO STANDARD 30 (Direzione /RQ): adeguatezza e celerità nella individuazione e recepimento dei reclami fondati e registrati. Tempo entro la quale comunicare la risposta dalla data di analisi della fondatezza. Entro 30 giorni nel 100% dei casi.

Percentuale raggiunto attestato dalle griglie di monitoraggio **NON EVIDENZIATI RECLAMI**

RISULTATO STANDARD 31 (Direzione /RQ): adeguatezza e positività nella rilevazione annuale del grado di soddisfazione nei confronti del proprio lavoro, Percentuale media di soddisfazione sul totale dei questionari compilati "integralmente". Almeno il 70%dei questionari compilati..

Percentuale raggiunto attestato dalle griglie di monitoraggio **CONFORME**

RISULTATO STANDARD 32 (Direzione /RQ): adeguatezza e positività nella rilevazione annuale del grado di soddisfazione nei confronti del servizio di formazione interna. Percentuale media di soddisfazione sul totale dei questionari compilati "integralmente". Almeno il 70%dei questionari compilati. (questionario fine corso).

Percentuale raggiunto attestato dalle griglie di monitoraggio **CONFORME**

RISULTATO STANDARD 33 (Direzione /RQ): adeguatezza e celerità nella programmazione, esecuzione e gestione delle verifiche ispettive interne. Numero di verifiche e processi individuati per la gestione sistema qualità. Uno ogni sei mesi per almeno l 80% dei processi individuati.

Percentuale raggiunto attestato dalle griglie di monitoraggio **CONFORME 100%**

RISULTATO STANDARD 34 (Direzione /RQ): adeguatezza e celerità, nella programmazione, esecuzione, gestione e condivisione / socializzazione, degli esiti delle verifiche interne, dei monitoraggi, e della rilevazione tramite questionari destinati ai familiari. Azione di socializzazione operatori familiari, cittadini, in obbligo alla trasparenza carta servizi.

Almeno una volta anno tramite mail, sito ente incontri collettivi. **NON APPLICABILE**