

| | | |
|--|--|--|
| CASA DI RIPOSO " A. PENASA" Via S. Rocco ,1 Valli del Pasubio (VI) | ELENCO RESPONSABILI DI FUNZIONE | MOD.DIR.01.04 Rev. 04 Pag. 1 di pag. 1 |
|--|--|--|

| | |
|----------------------------|--------------------------|
| Data emissione: 15/01/2023 | Approvazione: 31/01/2024 |
|----------------------------|--------------------------|

| AREA | FUNZIONE | RESPONSABILE | SIGLA |
|------------------------------|---|---|---------|
| Consiglio di Amministrazione | Presidente | Livio Brandellero | PRES |
| | Consigliere | Antonio Spadaro | Cons |
| | Consigliere | Tiziano Pianegonda | Cons |
| | | | |
| Direzione | Direttore | Barbara Cavion | DIR |
| Amministrativa | Referente Area Economico-Finanziaria-Amministrativa | Raffaella Collicelli | AMM |
| | | | |
| Servizio Controllo Qualità | Responsabile Assicurazione Qualità | Soffiato Alfredo | RQ |
| Servizio qualità | Assicuratore Qualità | Debora Manozzo | AQ |
| Assistenza Sociale | Responsabile rapporti Gestione ospiti/famigliari e nuovi ingressi | Debora Manozzo | Re.AS |
| Attività Socio Animativa | Addetta attività Socio Animativa all'interno della struttura | Daniela Borin | Re.SA |
| | | | |
| Sanitaria | Responsabile Area Sanitaria | Sabino Fasolo | RASS |
| | Responsabile area riabilitativa | | RASS-FK |
| | Unità fisioterapica | Addetti: Massimo Gnata -A.Forte – E. Buzzolan | FK |
| | | | |
| Servizio medico | Unità Operative | Dr. Flavio Sanson | |
| | | | |
| Unità operative | Area Alberghiera Benessere | Bernadeta Bieganska | Re.AB |
| | Verifica Cucina " Ditta Dussman" | | |
| | Verifica Lavanderia guardaroba "Coop. Mano Amica" | | |
| | Resp. verifica pulizie "Coop Mano Amica" | | |
| Area tecnica | Resp. Area tecnica e manutenzione "Coop Gaia" | Claudio Zulpo | Re.AT |
| | | | |

Data emissione: 01/06/2021

Approvazione: 01/06/2021

Data: 30/12/2023

Responsabile delle verifiche interne: Alfredo Soffiato, responsabile sistema qualità.

Personale contattato: in data odierna si sono condivisi i seguenti documenti con : DIR Barbara Cavion, AS/AN Debora Manozzo, AMM Raffaella Collicelli, FKT in turno , RASS Fasolo Sabino, RaAB, Bernadeta Bieganska, ReAT Claudio Zulpo, i quali hanno esaminato i seguenti documenti:

ARGOMENTI e DOCUMENTI IN ENTRATA:

1. Check list monitoraggio sugli obiettivi di processo MOD.03.03
2. Gestione monitoraggio verifiche ispettive dicembre 2023
3. Risultanze non conformità 2023, suddivise per settori
4. Riassunto monitoraggio 2023 e confronto con indicatori precedenti
5. Proposte azioni di miglioramento anno 2023
6. Risultanze obiettivi strategici 2023
7. Elaborazione degli esiti derivati dai questionari di novembre 2023, compilati dai parenti e dagli ospiti
8. Aggiornamento organigramma e funzioni 2023 per 2024

DOCUMENTI IN USCITA:

- MOD.DIR.03.04 Griglia check list su obiettivi di processo 2024 (allegato)
- Piano verifiche ispettive 2024 MOD.DIR.03.01 (allegato)
- Check list monitoraggio sugli obiettivi MOD.03.03 per 2024 (allegato)
- Organigramma 2024 e funzioni
- Carta dei servizi 2024
- Obiettivi strategici per 2024
- Punti di forza
- Conclusioni

Data prossimo riesame monitoraggio luglio 2024

1. INTRODUZIONE

L'anno 2023 si è presentato nel suo insieme molto complesso per una serie di inaspettate ed insolite situazioni, che hanno influito notevolmente sui programmi e sui servizi programmati dalla casa di riposo, e di cui non si è potuto in certi momenti garantirne la fruibilità. Questo ha portato ad una serie di non conformità e azioni correttive, nonché preventive, per controllare se non evitare il ripetersi di situazioni che hanno creato al personale e agli ospiti, qualche perplessità se non qualche ritardo nei servizi erogati.

Tale situazione ha avuto il suo apice in particolare nel primo semestre del 2023. Ad oggi le problematiche affrontate sono notevolmente migliorate e ne 2024, dall'esperienza vissuta, si attende un costante miglioramento. Questo miglioramento è già oggettivamente visibile e vissuto dagli ospiti, grazie ad un continuo monitoraggio sui servizi erogati da parte del personale interno e dal sistema qualità.

| | | |
|--|--------------------------------|---|
| CASA DI RIPOSO " A. PENASA" Via S. Rocco ,1 Valli del Pasubio (VI) | RIESAME DELLA DIREZIONE | MOD.DIR.01.06 Rev. 2 Pag. 2 di pag. 8 |
| Data emissione: 01/06/2021 | Approvazione: 01/06/2021 | |

2. CHECK LIST MONITORAGGIO INDICATORI E OBIETTIVI MOD.DIR 03.03 -2024

Nei giorni 12 e 13 dicembre 2023, si è effettuata la verifica ispettiva annuale consuntiva, del sistema qualità in essere, presso la Casa di Riposo "A. Penasa" di Valli del Pasubio.

La check List di monitoraggio con rev.01 -2022, non è stata ulteriormente implementata rispetto l'anno precedente, considerate le risultanze conformi al raggiungimento degli obiettivi.

Per risposta al principio del continuo miglioramento, si propone però per l'anno 2024 di produrre una nuova revisione (Rev 02/2024) del MOD.DIR.03.03, allo scopo di aggiornare continue voci più attuali e di specifico interesse, eliminando altre che risultano acquisite e correttamente mantenute nel lungo tempo. Tale nuova check list, sarà monitorata con la sezione di verifica giugno/luglio 2024, potendo così trarre eventuali considerazioni in fase di riesame.

Di conseguenza, come riportato nel MOD.DIR.03.03, (check list monitoraggio), sono state modificati alcuni dei 39 processi e, all'interno dei processi standard modificati/eliminati alcuni degli obiettivi.

Per l'anno 2024 il MOD.DIR 03.03 presenterà:

- 39 voci di processo
- 52 obiettivi che svilupperanno 57 indicatori.

L'esito che ne risulta è un prospetto quasi invariato nel numero di processi e obiettivi, ma con una maggiore valutazione sulla qualità dei servizi erogati.

3. VERIFICA ISPETTIVA CONSUNTIVA 2023

L'applicazione dei 55 obiettivi del check List del sistema qualità, ha interessato, per il 2023, 16 ospiti campione, suddivisi sui tre piani della struttura, coinvolgendo le varie casistiche e situazioni presenti.

Le risultanze ottenute nella verifica di dicembre 2023, hanno fornito la visione dettagliata di tutte le aree operative interne, nonché, oltre al benessere, la qualità dei servizi di manutenzione interna svolti dall'ente a favore della sicurezza degli ospiti.

Sono state verificate le singole documentazioni, la loro completezza ed efficienza al fine di rendere visibili eventuali carenze ed incongruenze.

Si riportano di seguito una serie di tabelle e dati condivisi con le varie funzioni di area, che daranno origine alle conclusioni delle Verifiche Ispettive del sistema qualità dell'anno 2023.

| | | |
|--|--------------------------------|---|
| CASA DI RIPOSO " A. PENASA" Via S. Rocco ,1 Valli del Pasubio (VI) | RIESAME DELLA DIREZIONE | MOD.DIR.01.06 Rev. 2 Pag. 3 di pag. 8 |
|--|--------------------------------|---|

| | |
|----------------------------|--------------------------|
| Data emissione: 01/06/2021 | Approvazione: 01/06/2021 |
|----------------------------|--------------------------|

4. Gestione griglia monitoraggio Verifiche Ispettive dicembre 2023

Le verifiche ispettive consuntive di dicembre 2023 hanno previsto il controllo di 39 processi standard suddivisi in 5 aree di competenza MOD.DIR.03.04.

- Direzione
- Assistente sociale e socio animativi
- Socio-Sanitaria e fisioterapia
- Benessere e alberghiere
- Tecnica manutentiva

Nota : per l'anno 2024 le aree di competenza passano a 6, dividendo la competenza dell'assistente sociale, da quella socio animativa, che diventa area specifica, considerando lo spessore e l'importanza dell'attività.

Nel corso dell'anno 2023, sono stati presi come campione di verifica 16 ospiti, di cui 8 donne e 8 uomini con diverse tipologie di indicatori di ricovero, per avere il migliore sistema rappresentativo.

Si sono controllati i 57 obiettivi previsti: iniziando dai documenti di entrata, attraverso i controlli sanitari, servizio di terapia, igiene, lavanderia, fino al benessere alimentare e alla gestione delle manutenzioni su strutture e attrezzature.

5. Risultanze Non Conformità 2023

La gestione della Non Conformità, per l'anno 2023, offre una risultanza abbastanza elevate rispetto ai dati storici ottenuti negli anni precedenti, in particolare nel primo semestre dell'anno, dove situazioni definibili come "imprevisti e cambiamenti", hanno portato a rilevare una serie di non conformità, come detto, senza precedenti. Tutte le non conformità aperte e gestite correttamente, hanno indiscutibilmente servito ad effettuare una ampia valutazione sulle situazioni "problema" portando a raggiungere con maggiore forza gli obiettivi di miglioramento attesi, e a correggere una serie di situazioni che, altrimenti avrebbero ritardato se non impedito il migliore funzionamento dell'ente.

Considerando questi aspetti, le N.C nel corso del 2023 si è scelto di dividerle in due settori. La prima riguarda l'entrata del nuovo servizio di ristorazione della società Dussman, a seguito del nuovo appalto, il secondo riguarda le N.C interne come riportate nel MOD. DIR.05.03 "elenco delle non conformità". Questo secondo settore da particolare evidenza a situazioni di N.C dovute in numero rilevante al settore sanitario, che per alcuni periodi di tempo, non ha potuto godere all'interno della struttura della presenza del medico. Tale carenza non ha permesso lo svolgersi di alcune regolari funzioni previste dagli obiettivi posti dalla casa di riposo a favore degli ospiti.

| | | |
|--|--------------------------------|---|
| CASA DI RIPOSO " A. PENASA" Via S. Rocco ,1 Valli del Pasubio (VI) | RIESAME DELLA DIREZIONE | MOD.DIR.01.06 Rev. 2 Pag. 4 di pag. 8 |
|--|--------------------------------|---|

| | |
|----------------------------|--------------------------|
| Data emissione: 01/06/2021 | Approvazione: 01/06/2021 |
|----------------------------|--------------------------|

Questi fatti, non hanno permesso di mantenere alcuni obiettivi prefissati dal sistema qualità, creando una serie maggiore di N.C. IN conclusione i numeri delle N.C. 2023 si è scelto di gestirle e riassumerle con la seguente suddivisione:

- ❖ **16 Non Conformità, aperte verso la Dussman** fornitrice del servizio di ristorazione, di cui **11 solo nel primo semestre** in cui per tarare e fare funzionare il sistema, è stata necessaria una stretta attività di controllo e verifica sulle strutture e attività e
- ❖ **5 Non Conformità nel secondo semestre**
- ❖ **19 Non Conformità interne** complessive del 2023:
5 specifiche per problematiche di carenza o assenza di personale medico,
- ❖ **6** verso Coop Mano Amica.

Di queste non conformità si considerano ordinarie e non imputabili a fattori esterni, 12 N.C interne per l'anno 2023 rilevate in fase di verifica ispettiva interna nei 2 monitoraggi effettuati:
9 primo monitoraggio 3 secondo monitoraggio

Il riassunto sopra descritto, offre una lettura evidentemente anomala, di un periodo piuttosto lungo di grande attenzione e difficoltà. I dati del secondo semestre hanno invece descritto un notevole miglioramento che con tenacia e impegno ha portato la casa di riposo a chiudere il 2023 con buoni risultati, dando evidenza che su un totale di 33 N.C del 2023 solo 12 sono registrate nel secondo semestre dall'anno. Tutte le Non conformità sono state chiuse correttamente anche se in alcuni casi con ritardi dovuti alla difficoltà di interlocutori esterni affidabili per il servizio ristorazione e/o oggettive per l'impossibilità di reperire un servizio medico efficace e rispondente alle esigenze della struttura.

Ad oggi la situazione si può considerare ulteriormente in via di miglioramento, e le prospettive per il 2024 sembrano ancora migliori.

Elaborando le non conformità emerse tramite verifiche ispettive nel corso del 2023 n°19, rispecchiano la seguente tabella:

6. **Riassunto monitoraggi 2023**

Documenti di riferimento

1. Check list monitoraggio sugli obiettivi MOD.03.03
2. Esito verifica ispettiva dicembre 2023
3. Registro risultato Verifiche ispettive MOD. DIR.03.05
4. griglia di sintesi MOD.DIR.03.04

| ANNO | 2023 | |
|---|-------------|-------------|
| | 1° semestre | 2° semestre |
| Processi Standard definiti | 39 | 39 |
| Indicatori controllati all'interno dei 52 obiettivi | 57 | 57 |
| Azioni di miglioramento registrate su obiettivi all'interno degli standard | 2 | 8 |
| Non conformità registrate su obiettivi controllati all'interno degli standard | 11 | 8 |

| | | |
|--|--------------------------------|---|
| CASA DI RIPOSO " A. PENASA" Via S. Rocco ,1 Valli del Pasubio (VI) | RIESAME DELLA DIREZIONE | MOD.DIR.01.06 Rev. 2 Pag. 5 di pag. 8 |
|--|--------------------------------|---|

| | |
|----------------------------|--------------------------|
| Data emissione: 01/06/2021 | Approvazione: 01/06/2021 |
|----------------------------|--------------------------|

| | |
|--|------------|
| % Risultati Non su obiettivi | 33% |
| Non Conformità totali aperte nell'anno | 19 |

VALUTAZIONE COMPLESSIVA – Essendo passati ai 39 PROCESSI 2023, e non considerando quelli riguardanti la DUSSMANN sul servizio di ristorazione, la percentuale di non conformità nell'arco del 2023 è pari al 33% su il totale degli obiettivi che rapportate alla soglia posta <20%, **risulta negativa, Standard 33 DIR.03.04. Questa situazione è stata influenzata come sopra riportato, da problemi sopravvenuti in forma improvvisa che hanno fornito risultati prevedibili ma negativi.**

7. Proposte azioni di miglioramento anno 2023

Nel corso del 2023 sono state rilevate e condivise con la direzione e il personale, anche una serie di attività di miglioramento. Le azioni che ne seguono, hanno lo scopo di evitare, non solo eventuali possibili Non Conformità ma, sviluppare idonee considerazioni su situazioni specifiche al fine di ottimizzare il servizio.

Nel corso del 2023 sono state proposte 11 Azioni di miglioramento, suddivise per aree secondo il modulo MOD.DIR.03.05. Tali proposte sono state gestite dai responsabili con attenzione, e hanno portato a migliorare la gestione del servizio verso gli ospiti.

Risultato certamente positivo.

8. Risultanze obiettivi strategici (carta dei servizi 2023)

Prospetto dei risultati attesi di cui alla deliberazione CdA n. 01 del 31/01/2023.

Nel rispetto dei requisiti CS-PNA.AC.4.1 programmazione annuale del servizio e CS-PNA.AC.4.3 controllo dei risultati, valevoli per l'Accreditamento istituzionale ai sensi della LR 22/02, oltre che del Piano della Performance, di cui al D.Lgs. 150/2009, in data odierna si effettua il Riesame della Direzione come previsto dalla PRG.DIR.01.01 "Obiettivi del Sistema Qualità ", del Centro Servizi "A. Penasa" di Valli del Pasubio (VI).

Si sono esaminati gli esiti riguardanti gli obiettivi strategici definiti nella Procedura DIR.01.01, emessa con revisione 02 il 01/06/2021 e approvati con delibera amministrativa in data 31/01/2023. Dal seguente prospetto, si deduce il positivo raggiungimento degli obiettivi afferenti alla Politica per la Qualità approvato.

| OBIETTIVO STRATEGICO 1 |
|--|
| Valutare la corretta ammissione e inserimento con la gestione del caso specifico |
| Obiettivo operativo 1a: celerità nell'applicazione degli obiettivi di processi della progettazione all'ingresso: standard dal punto 7 al punto 11, tutti conformi alle percentuali definite: CONFORME |
| Obiettivo operativo 1b: periodicità della valutazione e progettazione multidisciplinare che si basa su un processo decisionale costituito da scelte ponderate che partono dagli obiettivi di progetto e dalla valutazione sistematica delle varie proposte progettuali (di inserimento): valutazione sui 19 punti valutati, CONFORME |
| OBIETTIVO STRATEGICO 2 |
| Condividere, come obiettivo principale, il mantenimento o il recupero dell'autonomia dell'ospite |
| Obiettivo operativo 2a: ottenimento dei risultati programmati con i Progetti Assistenziali Individualizzati (PAI): valutazioni su standard 21 e 22, 7, 8, CONFORME |
| Obiettivo operativo 2b: ottenimento dei risultati programmati e le proposte fisioterapiche e motorie: standard 20, 21, 22. CONFORME |

| | | |
|--|--------------------------------|---|
| CASA DI RIPOSO " A. PENASA" Via S. Rocco ,1 Valli del Pasubio (VI) | RIESAME DELLA DIREZIONE | MOD.DIR.01.06 Rev. 2 Pag. 6 di pag. 8 |
|--|--------------------------------|---|

| | |
|----------------------------|--------------------------|
| Data emissione: 01/06/2021 | Approvazione: 01/06/2021 |
|----------------------------|--------------------------|

| |
|---|
| Obiettivo operativo 2c: attività e miglioramento continuo dei servizi offerti all'Ospite: standard valutati dal 23 al 27. CONFORME |
| OBIETTIVO STRATEGICO 3 |
| Garantire una qualità di vita residua dignitosa, evitando l'accanimento terapeutico ed anche l'accadimento di eventi avversi |
| Obiettivo operativo 3a: attivazione di mirate attività formative per il Personale e per il Volontariato: Notevole miglioramento nel 2023 con incontri e confronti con il personale interno e figure professionali. CONFORME |
| Obiettivo operativo 3b: condivisione con i familiari dell'Ospite dell'azione svolta da ciascun operatore della Struttura con il PAI: COMPLETAMENTE CONFORME |
| Obiettivo operativo 3c: Attività e modalità operative orientate alla sicurezza dell'Ospite e alla prevenzione del rischio clinico attivazione di modalità: E' stato costantemente utilizzato il modulo di incident reporting: CONFORME |
| OBIETTIVO STRATEGICO 4 |
| 0Instaurare tra personale, ospiti e familiari un clima sereno, collaborante e attento al rapporto umano |
| Obiettivo operativo 4a: rilevazione del grado di soddisfazione dell'Ospite/familiari e degli Operatori, in merito alla gestione dei servizi. La valutazione da parte dei parenti e ospiti effettuata tramite il questionario ha dato risultati molto positivi. La compilazione ha superato il 80% delle figure coinvolte , il grado di soddisfazione per la gestione generale multidisciplinare risulta molto soddisfacente è CONFORME . |
| Obiettivo operativo 4b: promozione di una immagine positiva e realistica della struttura: La comunicazione con i parenti degli ospiti, ostacolata dalle problematiche legate alla pandemia, ha avuto nel 2023 un notevole miglioramento comunicativo e di incontri, concludendosi con una assemblea in presenza dei parenti degli ospiti. Si sono svolti molti più incontri e sono riprese le visite ai parenti in modo più intensivo ma sempre programmato. Tutto questo fa sperare in una continua ripresa dei rapporti e visite ai parenti e famigliari. CONFORME |
| OBIETTIVO STRATEGICO 5 |
| Garantire una scelta ponderate dei fornitori tramite un sistema di Qualifica |
| Obiettivo operativo 3a: rilevazione della qualifica dei fornitori di materiali e servizi tramite questionario valutativo. Nel corso del 2022 si è posto questo obiettivo che, a fine anno, ha dato una risposta pari al 50% delle richieste inviate. Nei prossimi mesi del 2023, si concluderà la valutazione e qualifica dei fornitori. MIGLIORATO MA ANCORA IN CORSO DI QUALIFICA |
| Obiettivo operativo 3b: Qualifica fornitori con valutazione annuale secondo fornitura contrattuale e caratteristiche servizio, tempi intervento regole contrattuali. Risultato CONFORME , salvo qualche situazione di ritardo, imputabile non allo svolgimento del servizio dei fornitori, quanto alla difficile reperibilità dei materiali e componentistica sul mercato |
| OBIETTIVO STRATEGICO 6 |
| Garantire e valorizzare pienamente la professionalità del personale. Valutazione qualifica personale e affiancamenti |
| Obiettivo operativo 3a: valutazione del personale fornito da terzi o interno, secondo esperienze, studi e competenze. Fornire quantità idonee di documentazione di qualifica per garantire il migliore servizio agli ospiti. Risultato CONFORME conformemente alle idoneità professionali richieste |
| Obiettivo operativo 3b: Garantire idoneo affiancamento e formazione al personale interno ed esterno in caso di assenza o malattia prolungata. Documentare attività svolta dai responsabili di settore, per garantire la continuità del servizio svolto, nell'obiettivo di eliminare possibili carenze multidisciplinari. Nel corso del 2023 si è mantenuto come obbiettivo, la registrazione scritta dell'affiancamento del nuovo personale in entrata nella struttura, da parte dei responsabili di area, nell'ottica del miglioramento del servizio. Piano attuato E CONFORME al 100%. |
| Obiettivo operativo 3c: Redigere ed applicare un programma di formazione interno, scaturito anche valutando le esigenze individuali o di settore. Questo punto risulta CONFORME e soddisfacente, in quanto, esclusa la formazione sulla sicurezza, sono stati |

| | | |
|--|--------------------------------|---|
| CASA DI RIPOSO " A. PENASA" Via S. Rocco ,1 Valli del Pasubio (VI) | RIESAME DELLA DIREZIONE | MOD.DIR.01.06 Rev. 2 Pag. 7 di pag. 8 |
|--|--------------------------------|---|

| | |
|----------------------------|--------------------------|
| Data emissione: 01/06/2021 | Approvazione: 01/06/2021 |
|----------------------------|--------------------------|

sviluppati e verbalizzati nel corso del 2023 una serie di incontri e confronti formativi tra figure professionali e tra operatori, con ottimi risultati sulla qualità del servizio. Tale metodo sarà mantenuto anche per il 2024

9. Elaborazione degli esiti derivati dai questionari di settembre 2023, compilati dai parenti e dagli ospiti

I questionari raccolti, compilati da ospiti e parenti, per una valutazione della struttura sui servizi assistenziali e di benessere svolti dalla casa di riposo nel corso del 2023, risultano essere il maggiore del 80% di quelli distribuiti. Questa percentuale permette di elaborare con maggiore certezza, quelle che possono essere sia le valutazioni che le eventuali richieste da parte dei familiari sull'eventuale continuo miglioramento. I risultati ottenuti hanno confermato in generale un grado di soddisfazione, portando un risultato medio di **"molto soddisfatto"**. In conclusione, POSITIVO e oltre le aspettative, considerate le NC e situazioni difficili affrontate nel 2023.

Il giudizio complessivo sulla qualità dei servizi forniti rimane su ottimi livelli, con la soddisfazione dell'offerta sia generale che personalizzata per i singoli ospiti.

Alcune considerazioni sulla valutazione dei dati emersi dal questionario possono essere riassunte come segue.

La scelta, da parte della Direzione e Amministrazione di avere ripreso i contatti e i confronti con il Comitato Parenti, indica come sia auspicabile il miglioramento per un rapporto di dialogo con i familiari degli ospiti della struttura per una costruttiva condivisione di problematiche che possono essere presenti o che potranno presentarsi in futuro, tanto che si è svolta dopo il lungo periodo di sospensione, la prima riunione pubblica con i famigliari degli ospiti.

Il giudizio complessivo sulla qualità della Casa di Riposo "A Pensa "si può alla fine considerare positivo.

Alcuni punti emersi sui questionari: MIGLIORATIVI

- CORDINAMENTO INTERNO SULLE COMPETENZE INFORMATIVE
- CUCINA
- A ROTAZIONE ASPITI PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI PASTI
- FREQUENZA MESSA IN PIEGA OSPITI
- PERMESSI I FESTIVI E APPUNTAMENTI
- IMPOSSIBILITA' ACCESSO CAMERA

DOCUMENTI E VALUTAZIONI IN USCITA

• MOD.DIR.03.04 Griglia di sintesi su monitoraggi e obiettivi 2024

Il modulo previsto per questa registrazione, è composta da 39 standard che, nel corso del 2023, ha subito delle leggere variazioni descrittive. Tale documento riporta gli standard definiti e i relativi obiettivi di riferimento cui giungere per un risultato conforme. La sintesi è quella riportata al punto 4 del riesame. Per l'anno 2024 si propone di approvare la versione aggiornata allegata al riesame stesso. Rev.04/2024

• Piano verifiche ispettive MOD.DIR. 03.01 - 2024

Verifica e approvazione piano di verifiche ispettive interne come riportato nel MOD.DIR.03.01.

Si prevede assegnare alla animazione un ruolo indipendente, ed inserirlo come processo singolo di valutazione. Rev. 04/2024

| | | |
|--|--------------------------------|---|
| CASA DI RIPOSO " A. PENASA" Via S. Rocco ,1 Valli del Pasubio (VI) | RIESAME DELLA DIREZIONE | MOD.DIR.01.06 Rev. 2 Pag. 8 di pag. 8 |
|--|--------------------------------|---|

| | |
|----------------------------|--------------------------|
| Data emissione: 01/06/2021 | Approvazione: 01/06/2021 |
|----------------------------|--------------------------|

• **Punti di forza**

Dalle verifiche Ispettive Interne, dalla valutazione delle Non conformità rilevate nel 2023, dai questionari compilati dagli ospiti e famigliari, si possono trarre alcune positive conclusioni sull'attività svolta considerandole come punti di forza.

Tra questi aspetti emerge:

- la gestione ancora serrata del controllo Covid, applicata con metodo e professionalità, che sta dando ottimi risultati sulla sicurezza degli ospiti.
- L'assistenza attenta e professionale del personale infermieristico e degli operatori che ha creato un rapporto collaborativo positivo e condiviso con le varie funzioni, nonostante la scarsa presenza in certi periodi del personale medico.
- L'attività fisioterapica, che ha visto miglioramenti sul coinvolgimento degli ospiti, con particolare attenzione ai recuperi più difficili.
- Miglioramento dei rapporti con le Cooperative esterne che supportano l'attività interna con il loro personale.
- L'impegno della direzione del personale nel gestire il nuovo servizio di appalto con il servizio di ristorazione, che a distanza di mesi di sostante confronto tra le parti, ha portato a notevoli miglioramenti e apprezzamento da parte dei famigliari e ospiti.

Sono state sopra elencate alcune delle attività migliorative emerse nel 2023, non tralasciando tutte le altre che quotidianamente vengono svolte con impegno e dedizione.

CONCLUSIONI

La casa di riposo "A. Penasa", risulta essere, proprio per la scelta di avere adottato e sviluppato all'interno della struttura un Sistema Qualità, una realtà di particolare pregio. La ricerca continua per far crescere e migliorare il servizio e le attività verso gli ospiti, pongono l'ente in una posizione di particolare dinamicità. Le attività di verifica del Sistema Qualità, essendo svolte da figura esterna, pongono una visione imparziale su gran parte dei processi in essere, che danno vita ad una sinergia che coinvolge tutte le figure presenti per confronti, nuove proposte e soluzioni condivise, e rende quindi il livello qualitativo dell'ente sempre più importante.

Nell'insieme le verifiche del 2023 risultano soddisfacenti e il difficile impegno e collaborazione di tutto il personale, ha dato la possibilità di superare senza traumi a nostri ospiti situazioni complesse se non difficili. Nel corso del 2024 saranno introdotte nuove proposte particolarmente dedicate al benessere degli ospiti tra cui una presenza più attiva dei famigliari, per un migliore benessere generale degli ospiti.

Il responsabile qualità
Agr. Alfredo Soffiato

la Direzione
Dott. Barbara Cavion

| | | |
|---|--|--|
| CASA DI RIPOSO " A. PENASA" Via S. Rocco ,1 Valli del Pasubio (VI) | PROGRAMMA ANNUALE VERIFICHE INTERNE | MOD.DIR.03.01 Rev. 04 Pag. 1 di pag. 1 |
|---|--|--|

| | |
|----------------------------------|---------------------------------|
| Data prima emissione: 01/06/2022 | Rev.04 Approvazione: 31/01/2024 |
|----------------------------------|---------------------------------|

Anno di riferimento: | 2_|0_|2_|4_|

Responsabili che effettueranno le verifiche:

Agr. Alfredo Soffiato Responsabile delle Qualità – funzioni elencate –

| Funzione coinvolta | gennaio | febbraio | marzo | aprile | maggio | giugno | luglio | agosto | settembre | ottobre | novembre | dicembre |
|---|---------|----------|-------|--------|--------|--------|--------|--------|-----------|---------|----------|----------|
| DIR | | | | | | X | | | | | | X |
| RQ | | | | | | X | | | | | | X |
| AS | | | | | | X | | | | | | X |
| RASS | | | | | | X | | | | | | X |
| FKT | | | | | | X | | | | | | X |
| Re.SA (socio animantiva) | | | | | | X | | | | | | X |
| ReAB | | | | | | X | | | | | | X |
| ReAT | | | | | | X | | | | | | X |
| PSICOLOGA (se attiva) | | | | | | X | | | | | | X |
| LOGOPEDISTA | | | | | | X | | | | | | X |
| COOP. ESTERNA | | | | | | X | | | | | | X |
| SERVIZIO RISTORAZIONE (validazione HACCP) | | | | | | X | | | | | | X |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |

Firma per verifica da parte del RAQ: _____ Approvazione DIR _____

| | | |
|---|---|---|
| CASA DI RIPOSO" A. PENASA" Via S. Rocco ,1 Valli del Pasubio (VI) | Griglia di sintesi dei monitoraggi su obiettivi standard verifiche ispettive DICEMBRE 2023 | Mod. DIR 03.04 Rev. 03 Pag. 1 di pag. 5 |
| Data emissione: 01/06/2021 | Approvazione: 31.01.2022 | |

- **RISULTATO STANDARD 01 (Direzione).** Verificare, registrazione formazione affiancamento con adeguati passaggi di consegne nel caso di sostituzione/assenza del personale per periodi superiori a 15 giorni. Comprensiva servizi esterni come cucina e Coop Servizio. **Obiettivo:** Almeno 90% delle registrazioni su modulo effettuate dai responsabili area, sulle consegne sostituzione o ferie del personale in rotazione, compreso personale servizi esterni.
Risultato raggiunto attestato dalle griglie di STANDARD monitoraggio...VALUTATE 3 FIGURE PRESENTI FORNITE DALLA COOP."MANO AMICA ". TUTTE RISULTANO AVERE FORMAZIONE E TITOLI IDONEI. **CONFORME**
- **RISULTATO STANDARD 02 (Direzione).** Miglioramento continuo dei servizi erogati **DALLA CASA DI RIPOSO**, tramite valutazione Obiettivi Strategici, sulla base dei risultati dei 2 monitoraggi, degli standard dell'anno in corso, redigere elaborazione per l'anno successivo. **Obiettivo:** entro il 31 gennaio di ogni anno e sul monitoraggio annuale obiettivi raggiunti su standard definiti >90%
Risultato raggiunto attestato dalle griglie di STANDARD monitoraggio. **CONFORME 92.%**
- **RISULTATO STANDARD 03 (Direzione).** Regolamenti disposizioni, istruzioni, modulistica registrazioni, risultati raggiunti in merito al grado di conoscenza della carta dei servizi. **Obiettivo:** Conoscenza Carta Servizi personale e ospiti / famigliari. 80% su 25% degli ospiti/famigliari. (consegna effettuata A.S ma archiviata in direzione).
Risultato raggiunto attestato dalle griglie di STANDARD monitoraggio. **CONFORME**
- **RISULTATO STANDARD 04 (Direzione).** Sulla base dei risultati dei 2 monitoraggi, degli standard dell'anno in corso, redigere elaborazione per l'anno successivo: Data entro cui predisporre modifiche alla carta dei servizi per l'anno successivo. **Obiettivo:** entro il 31 Gennaio di ogni anno.
Risultato raggiunto attestato dalle griglie di STANDARD monitoraggio. **APPLICABILE PER RIESAME 2024**
- **RISULTATO STANDARD 05 (Direzione).** Programma annuale verifiche e monitoraggio attuazione delle verifiche ispettive interne. Obiettivo: monitoraggio 100% su indicatori definiti.
Risultato raggiunto attestato dalle griglie di STANDARD monitoraggio. **CONFORME**
- **RISULTATO STANDARD 06 (Direzione).** Redazione programma formazione personale. Redazione annuale del programma di formazione sul sistema qualità e sicurezza. **Obiettivo:** effettuata almeno 40% della formazione programmata nel monitoraggio, e 80% di formazione in fase consuntiva.
Risultato raggiunto attestato dalle griglie di STANDARD monitoraggio: **PARZIALMENTE CONFORME PER QUALITA', MA AUMENTATI IN MODO INCISIVO INCONTRI TRA FIGURE PROFESSIONALI ALL'INTERNO DEI REPARTI, COME PERSONALE INFERMIERISTICO. Nota (importante verbalizzare queste riunioni). INOLTRE RIPRESO INCONTRI MENSILI CONDIREZIONE E RESPONSABILI DI AREA DAL 2023, TUTTI VERBALIZZATI.**
FORMAZIONE SICUREZZA E RISCHIO CLINICO NON EFFETTUATA CAUSA COVID: **NON APPLICABILE**
FORMAZIONE E AFFIANCAMENTO FORMATIVO INTERNO: **CONFORME**
EFFETTUATA PER FORMAZIONE SICUREZZA INTERNA: **CONFORME SECONDO PROGRAMMI**
- **RISULTATO STANDARD 33 (Direzione).** 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. **Obiettivo:** Nel 90% dei casi, entro la prevista. Non Conformità rilevate nella media annuale sui processi applicabili all'interno degli standard e in totale, inferiore 20%
Percentuale raggiunto attestato dalle griglie di monitoraggio.... **NON CONFORMITA' APERTE E CHIUSE NEL PERIODO NEI TEMPI DEFINITI: CONFORME**
Percentuale raggiunto attestato dalle griglie in fase consuntiva: **NON CONFORMITA' 1% CONFORME**
- **RISULTATO STANDARD 34 (Direzione).** 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. **Obiettivo:** Entro 30 giorni nel 100% dei casi.

| | | |
|---|---|---|
| CASA DI RIPOSO" A. PENASA" Via S. Rocco ,1 Valli del Pasubio (VI) | Griglia di sintesi dei monitoraggi su obiettivi standard verifiche ispettive DICEMBRE 2023 | Mod. DIR 03.04 Rev. 03 Pag. 2 di pag. 5 |
| Data emissione: 01/06/2021 | Approvazione: 31.01.2022 | |

Percentuale raggiunto attestato dalle griglie di monitoraggio: NON REGISTRATI RECLAMI NEL PERIODO. CONFORME

- **RISULTATO STANDARD 35 (Direzione).** Adeguatezza e positività nella rilevazione annuale del grado di soddisfazione nei confronti del proprio lavoro. (personale interno/formazione). **Obiettivo:** percentuale media di soddisfazione sul totale dei questionari compilati "integralmente" almeno 70%.
Percentuale raggiunto attestato dalle griglie di monitoraggio(soddisfazione) NON APPLICABILE
Percentuale raggiunto attestato dalle griglie di monitoraggio compilazione questionari: NON APPLICABILE

- RISULTATO STANDARD 36 (Direzione).** Adeguatezza e positività nella rilevazione annuale del grado di soddisfazione ospiti/famigliari, nei confronti dei servizi svolti dall'ente. **Obiettivo:** percentuale media di soddisfazione sul totale dei questionari compilati "integralmente" almeno 70%.
Percentuale raggiunto attestato dalle griglie di monitoraggio(soddisfazione) CONFORME con aumento del "molto soddisfatti".
Percentuale raggiunto attestato dalle griglie di monitoraggio compilazione questionari: RAGGIUNTO 83% QUESTIONARI COMPILATI : CONFORME

- **RISULTATO STANDARD 37 (Direzione):** Adeguatezza e celerità nella programmazione, esecuzione, e gestione delle verifiche interne. **Obiettivo:** 2 volte anno 100% delle verifiche programmate e redatte nei tempi programmati
Percentuale raggiunto attestato dalle griglie di monitoraggio: OBIETTIVI 100% CONFORME

- **RISULTATO STANDARD 38 (Direzione):** 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. **Obiettivo:** Minimo una volta anno tramite mail, sito ente incontri collettivi.
Percentuale raggiunto attestato dalle griglie di monitoraggio: CONFORME 1 INCONTRO PUBBLICO EFFETTUATO

- **RISULTATO STANDARD 39 (direzione).** Valutazione della qualifica del personale fornito da terzi,(Coop.), tramite qualifica, garanzie, formazione. **Obiettivo:** Acquisizione documentazione 90% del personale.
Percentuale raggiunto attestato dalle griglie monitoraggio: VALUTAZIONE 3 ENTRATE PERSONALE COOP. CONFORME.

- **RISULTATO STANDARD 07 (Assistente sociale).** Adeguatezza e celerità nella redazione del Progetto Assistenziale Individualizzato per il nuovo ospite. **Obiettivo:** - PAI entro 45 giorni dall'ingresso, 100% ospiti arrivati in ordine di data all'anno.
Risultato raggiunto attestato dalle griglie di STANDARD monitoraggio: PARZIALMENTE CONFORME IL RISPETTO DEI 45 GIORNI PER IMPOSSIBILITA' DI REPERIRE UN MEDICO DISPONIBILE PER LA STRUTTURA.

- **RISULTATO STANDARD 08 (Assistente sociale).** Adeguatezza e celerità nella redazione del Progetto Assistenziale Individualizzato per il nuovo ospite. **Obiettivo:** almeno annuale PAI - SVAMA traK ULSS- UOI Annuale.
Risultato raggiunto attestato dalle griglie di STANDARD monitoraggio: CONFORME – nota: AUTOSUFFICIENTI NON VALUTATI

- **RISULTATO STANDARD 9 (assistenziale sociale):** Dati ingresso ospiti. **Percentuale raggiunto attestato dalle griglie di monitoraggio:**
 - colloquio consegna ai parenti copia della Carta dei Servizi, compila la Scheda informativa d'ingresso. **CONFORME**
 - Assegnazione camera e tracciabilità corretta dell'ospite negli spostamenti interni. **CONFORME**
 - Gestione documentazione PRIVACY. **CONFORME**
 - Al colloquio consegna ai parenti copia della Carta dei Servizi, compila la Scheda informativa d'ingresso. **CONFORME.**

| | | |
|---|---|---|
| CASA DI RIPOSO" A. PENASA" Via S. Rocco ,1 Valli del Pasubio (VI) | Griglia di sintesi dei monitoraggi su obiettivi standard verifiche ispettive DICEMBRE 2023 | Mod. DIR 03.04 Rev. 03 Pag. 3 di pag. 5 |
| Data emissione: 01/06/2021 | Approvazione: 31.01.2022 | |

- **RISULATATO STANDARD 10 (assistenziale sociale):** Adeguatezza e sistematicità nel raggiungimento degli obiettivi assistenziali specifici, definiti in UOI con i PAI. **Obiettivo:** Almeno il 60% del totale degli obiettivi PAI definiti in UOI. Valutazione su 8 ospiti su 25% totale entrati.
Percentuale raggiunto attestato dalle griglie di monitoraggio. CONFORME
- **RISULATATO STANDARD 11 (assistenziale sociale):** Adeguatezza e celerità nel comunicare agli ospiti e ai famigliari degli obiettivi dal PAI da parte della direzione / AS. **Obiettivo:** verifica data entro la quale effettuare la comunicazione del PAI sul 8 ospiti su 25 % totale entrati.
Percentuale raggiunto attestato dalle griglie di monitoraggio: CONFORME.
- **RISULATATO STANDARD 12 (assistenziale sociale-animativi):** Adeguatezza e regolarità nel festeggiamento dei compleanni. **Obiettivo:** entro il mese pertinente, al 100%.
Percentuale raggiunto attestato dalle griglie di monitoraggio: MIGLIORABILI TEMPI ANIMAZIONE AI PIANI, RISPETTO A SALONE CENTRALE PER OSPITI NON AUTOSUFFICIENTI.
- **RISULATATO STANDARD 13 (assistenziale sociale-animativi):** Valutazione sull'ospite degli aspetti sociali, elaborando degli obiettivi animativi, utilizzando "Progetto Assistenziale Individuale" e "Valutazione Animativi Ingresso" entro 1° UOI. **Obiettivo:** Le presenze degli ospiti alle attività (coi rispettivi nomi e cognomi) vengono monitorate , viene aggiornato ad ogni fine attività ,descritte sul CBA.
Percentuale raggiunto attestato dalle griglie di monitoraggio: CONFORME
Coinvolgimento nelle attività animative secondo gli aspetti sociali di valutazione sul programma del periodo mensile per singolo ospite. Obiettivo: 2 attività settimanali registrate su CBA. Verifica sul 8 ospiti su 25 % totale entrati:
Percentuale raggiunto attestato dalle griglie di monitoraggio NEL PERIODO VALUTATO SI CONFERMA IL NUMERO DI ATTIVITA' PREVISTE DEL COINVOLGIMENTO ANIMATIVO DI ALMENO 2 ATTIVITA' SETTIMANALI, PER OSPITI OGGETTO DI VERIFICA. CONFORME LA REGISTRAZIONI DELLE MOTIVAZIONI DEI GIORNI IN CUI NON VENGONO FATTE ATTIVITA' (CORSI , FESTE ECT) i. CONFORME
- **RISULATATO STANDARD 14 (sociosanitaria):**
ATTIVITA' LOGOPEDISTICA: Obiettivo: registrazione attività visite ospiti e registrazioni attività svolte con diagnosi registrate per gestione pasti:
Percentuale raggiunto attestato dalle griglie di monitoraggio: MIGLIORABILE LA COMUNICAZIONE DELLE DIAGNOSI ALLA CUCINA E AL SISTEMA PERSONALE CHE SOMMINISTRA I PASTI.
Scheda segnalazione e analisi dei seguenti sistemi, su ospite 100% delle informazioni su 8 ospiti pari al su 25% entrati.:
SEGNALAZIONI IDRATAZIONI E SCARICHE: CONFORME
REGISTRAZIONE CONTROLLO FUNZIONALE MENSILE: -DOLORE -COLOSTOMIA -ECG : CONFORME
SCHEDA SEGNALAZIONE INCIDENT REPORTING: Scheda allertamento incident reporting, riportati su CBA.
1 CADUTA EVIDENZIATA OSPITI CONTROLLATI SENZA CONSEGUENZE GESTITA CORRETTAMENTE CON APERTURA DI UNA NON CONFORMITA E INCIDENT REPERTING : CONFORME
- **RISULATATO STANDARD 15 (socio-sanitaria):** verifica programma farmacologico di entrata /in uso e quanto riportato in scheda farmaci e somministrazione giusto ospite 100% delle informazioni su 8 ospiti pari al su 25% entrati.
Percentuale raggiunto attestato dalle griglie di monitoraggio : CONFORME
Gestione situazioni particolari, degli ospiti es: Stomia – Ossigeno terapia - Trattamento dolore - SCG cardiaca - trattamenti su campione e conoscenza procedure: CONFORME
Ossigeno terapia e relativa registrazione attrezzatura modulo: CONFORME
gestione situazioni particolari, degli ospiti es: Stupefacenti clicemie , tempi e trattamenti: CONFORME
- **RISULATATO STANDARD 16 (socio-sanitaria):** Adeguatezza e sistematicità nella programmazione delle visite mediche mensile per ogni ospite. Obiettivo: 100% delle programmazioni. informazioni su 8 ospiti pari al su 25% entrati.
Percentuale raggiunto attestato dalle griglie di monitoraggio. PARZIALMENTE CONFORME IL RISPETTO DELLA VISITA MENSILE PER IMPOSSIBILITA' DI REPERIRE UN MEDICO DISPONIBILE PER LA STRUTTURA.

| | | |
|---|---|---|
| CASA DI RIPOSO" A. PENASA" Via S. Rocco ,1 Valli del Pasubio (VI) | Griglia di sintesi dei monitoraggi su obiettivi standard verifiche ispettive DICEMBRE 2023 | Mod. DIR 03.04 Rev. 03 Pag. 4 di pag. 5 |
| Data emissione: 01/06/2021 | Approvazione: 31.01.2022 | |

- **RISULATATO STANDARD 17 (socio - sanitaria):** Gestione sicurezza paziente e rischio clinico. **Obiettivo:** defibrillatore controllo funzionamento con registrazione su modulo.
Percentuale raggiunto attestato dalle griglie di monitoraggio. CONFORME.
- **RISULATATO STANDARD 18 (socio-sanitaria):** Adeguatezza e celerità nel controllo dei parametri vitali, per tutti gli ospiti, e inserimento completo nel programma CBA. **Obiettivo:** Gestione sicurezza paziente e rischio clinico e farmaci. Verificare eventuali 8 ospiti per monitoraggio semestrale per il 25% ospiti annuale.
VERIFICA CARRELLO FARMACI EMERGENZA CONTROLLO E REGISTRAZIONE SU MODULO: ULTIMA REGISTRAZIONE PER VERIFICA SCADENZA DICEMBRE 2023: CONFORME
- ALMENO 1 VOLTA ALA MESE PARAMETRI VITALI REGISTRATI SI CBA. Obiettivo: ALMENO 1 VOLTA AL MESE PER OGNI OSPITE NEL 100% DEI CASI.**
Percentuale raggiunto attestato dalle griglie di monitoraggio. MIGLIORABILE: PERCENTUALE RAGGIUNTA MA CON FREQUENZA DEFINITA MENSILE NON SEMPRE RISPETTATA. ATTIVITA' DI MIGLIORAMENTO GIA' ATTIVATA
- **RISULATATO STANDARD 19 (socio-sanitaria):** Adeguatezza e sistematicità nella personalizzazione e nella prevenzione delle lesioni da immobilizzazione. **Obiettivo:** Nessuna lesione imputabile all'Ente, pari o superiore al 2° stadio nel 90% dei casi. Registrazione su CBA. Verificare 8 ospiti per monitoraggio semestrale per il 25% ospiti annuale.
Percentuale raggiunto attestato dalle griglie di monitoraggio: CONFORME
CORRISPONDENZA CAMERE ASSEGNATE LETTI ARMADI COMIDINI: Percentuale raggiunto attestato dalle griglie di monitoraggio CONFORME 100%
- **RISULATATO STANDARD 20 (socio-sanitaria - riabilitativo):** utilizzo ausili- **Obiettivo:** Regolare assegnazione ausili. MO.07.03 Elenco ausili ospite. Verificare 8 ospiti per monitoraggio semestrale per il 25% ospiti annuale
Percentuale raggiunto attestato dalle griglie di monitoraggio. REGISTRAZIONE ADEGUATE: CONFORME
- **RISULATATO STANDARD 21 (socio-sanitaria - riabilitativo):** adeguatezza e risultati dell'attività fisioterapeutica. **Obiettivo:** verifica attività degli ospiti con indicatore di frequenza almeno 50%, salvo indicazioni specifiche. Verifica miglioramento in UOI mensile. Verificare 8 ospiti per monitoraggio semestrale per il 25% ospiti annuale.
Percentuale raggiunto attestato dalle griglie di monitoraggio: REGOLARMENTE VIENE RIPORTATA L'ATTIVITA' DEGLI OSPITI E LE CAUSE DELL'EVENTUALE MANCATA PRESENZA O RIFIUTO. REGISTRAZIONE COMPLETA. CONFORME.
- **RISULATATO STANDARD 22 (socio-sanitaria - riabilitativo):** Tempo che intercorre tra la data di valutazione 3 giorni e inizio dell'intervento, quando pertinente. **Obiettivo:** Entro 7 giorno lavorativo, nel 90% dei casi, con segnalazione rifiuto dell'ospite. Verificare 8 ospiti per monitoraggio semestrale per il 25% ospiti annuale.
Percentuale raggiunto attestato dalle griglie di monitoraggio. CONFORME
- **RISULATATO STANDARD 23 (Area tecnica alberghiera e benessere):** **Obiettivo:** adeguatezza e celerità alzate e nell'assunzione della colazione entro le ore 9, nel 90% dei casi. 8 ospiti per monitoraggio semestrale per il 25% ospiti annuale. Verificare 8 ospiti per monitoraggio semestrale per il 25% ospiti annuale.
Percentuale raggiunto attestato dalle griglie di monitoraggio: NON CONFORME : La lista degli ospiti che restano al letto del 2° piano, non è condivisa con il medico e con il coordinatore sanitario. La lista al momento è redatta in autonomia. Si deve prevedere la sottoscrizione o medica o del responsabile sanitario.
- **RISULATATO STANDARD 24 (Area tecnica alberghiera e benessere):** tracciare la movimentazione interna degli ospiti, cambio stanze e relativo aggiornamento **Obiettivo:** 100% dei casi. Verificare 8 ospiti per monitoraggio semestrale per il 25% ospiti annuale.
Percentuale raggiunto attestato dalle griglie di monitoraggio. CONFORME 100%

| | | |
|---|---|---|
| CASA DI RIPOSO" A. PENASA" Via S. Rocco ,1 Valli del Pasubio (VI) | Griglia di sintesi dei monitoraggi su obiettivi standard verifiche ispettive DICEMBRE 2023 | Mod. DIR 03.04 Rev. 03 Pag. 5 di pag. 5 |
| Data emissione: 01/06/2021 | Approvazione: 31.01.2022 | |

- **RISULATATO STANDARD 25 (Area tecnica alberghiera e benessere):** **Obiettivo:** adeguatezza della presenza dell'ausilio per l'incontinenza degli ospiti controlli con esito positivo, in almeno il 90% dei casi. (ditta esterna). Verificare 8 ospiti per monitoraggio semestrale per il 25% ospiti annuale.
Percentuale raggiunto attestato dalle griglie di monitoraggio. CONFORME
- **RISULATATO STANDARD 26 (Area tecnica alberghiera e benessere):** Adeguatezza e costanza nella gestione del bagno. **Obiettivo:** Entro 9 giorni, nel 80% dei casi. Verificare 8 ospiti per monitoraggio semestrale per il 25% ospiti annuale.
Percentuale raggiunto attestato dalle griglie di monitoraggio. CONFORME 100%
- **RISULATATO STANDARD 27 (Area tecnica alberghiera e benessere):** Percentuale raggiunto attestato dalle griglie di monitoraggio.
Adeguatezza e costanza nella pulizia delle camere e dei bagni degli ospiti: CONFORME.
adeguatezza e costanza nel cambio della biancheria piana del letto entro 9 giorni max 80% dei casi: CONFORME 100%
Identificazione abiti - qualità servizio - tempi restituzione biancheria, nel 80% dei casi max 4 giorni: CONFORME 100%
- **RISULATATO STANDARD 28 (Area tecnica alberghiera e benessere):** **Obiettivo:** Mantenere efficace e idoneo il servizio di ristorazione e l'igiene delle attrezzature /aree alimentari, delle cucine /frigo del 1° e 2° piano. 90% delle conformità sul totale delle registrazioni documentali.
Percentuale raggiunto attestato dalle griglie di monitoraggio. 100% sulle verifiche e registrazioni effettuate. CONFORME 100%
- **RISULATATO STANDARD 29 (Area tecnica e manutenzioni):** Piano di manutenzione. **Obiettivo:** 90% delle scadenze descritte nello scadenziario gestionale -Manutenzione su registrazione AUSILII FK-
Percentuale raggiunto attestato dalle griglie di monitoraggio: 100% SULLE REGISTRAZIONI PROGRAMMATE. CONFORME
- **RISULATATO STANDARD 30 (Area tecnica e manutenzioni):** Adeguatezza e celerità nella gestione delle richieste di manutenzione ordinaria, prevenienti dai reparti. **Obiettivo:** entro 9 giorni, nel 90% dei casi.
Percentuale raggiunto attestato dalle griglie di monitoraggio. 100 % : NON CONFORME Molte segnalazioni non sono effettuate nonostante la presenza di problematiche manutentive, tanto che si è provveduto a riportare in rosso nell'elenco "foglio manutenzioni" dei piani, quelle attività manutentive effettuate senza richiesta. NOTA: il personale omette danni e situazioni di interventi.
- **RISULATATO STANDARD 31 (Area tecnica e manutenzioni):** valutazione a campione della qualifica dei fornitori di materiali e di servizi tramite questionario compilato. Almeno 80% dei questionari acquisiti e/o qualifica sul totale dei fornitori registrati.
Percentuale raggiunto attestato dalle griglie di monitoraggi: VERIFICATI 3 FORNITORI QUALIFICATI CON RISULTATI CONFORMI.
- **RISULATATO STANDARD 32 (Area tecnica e manutenzioni):** valutazione annuale sulla qualità del servizio svolto, registrata su apposita modulistica di qualifica, evidenziando eventuali non conformità verifica tempi intervento, regole contrattuali osservate. **Obiettivo :** Non conformità <2 sul totale attività svolta.
Percentuale raggiunto attestato dalle griglie di monitoraggio. PROBLEMATICHE DI RITARDI DOVUTE AL REPERIMENTO MATERIALI E TAMPONI IN ENTRATA DEL PERSONALE TECNICO NON APPLICABILE.

| | | |
|---|---|---|
| CASA DI RIPOSO" A. PENASA" Via S. Rocco ,1 Valli del Pasubio (VI) | Griglia di sintesi dei monitoraggi su obiettivi standard verifiche ispettive DICEMBRE 2023 | Mod. DIR 03.04 Rev. 03 Pag. 1 di pag. 5 |
| Data emissione: 01/06/2021 | Approvazione: 31.01.2022 | |

- **RISULTATO STANDARD 01 (Direzione).** Verificare, registrazione formazione affiancamento con adeguati passaggi di consegne nel caso di sostituzione/assenza del personale per periodi superiori a 15 giorni. Comprensiva servizi esterni come cucina e Coop Servizio. **Obiettivo:** Almeno 90% delle registrazioni su modulo effettuate dai responsabili area, sulle consegne sostituzione o ferie del personale in rotazione, compreso personale servizi esterni.
Risultato raggiunto attestato dalle griglie di STANDARD monitoraggio...VALUTATE 3 FIGURE PRESENTI FORNITE DALLA COOP."MANO AMICA ". TUTTE RISULTANO AVERE FORMAZIONE E TITOLI IDONEI.
- **RISULTATO STANDARD 02 (Direzione).** Miglioramento continuo dei servizi erogati **DALLA CASA DI RIPOSO**, tramite valutazione Obiettivi Strategici, sulla base dei risultati dei 2 monitoraggi, degli standard dell'anno in corso, redigere elaborazione per l'anno successivo. **Obiettivo:** entro il 31 gennaio di ogni anno e sul monitoraggio annuale obiettivi raggiunti su standard definiti >90%
Risultato raggiunto attestato dalle griglie di STANDARD monitoraggio.
- **RISULTATO STANDARD 03 (Direzione).** Regolamenti disposizioni, istruzioni, modulistica registrazioni, risultati raggiunti in merito al grado di conoscenza della carta dei servizi. **Obiettivo:** Conoscenza Carta Servizi personale e ospiti / famigliari. 80% su 25% degli ospiti/famigliari. (consegna effettuata A.S ma archiviata in direzione).
Risultato raggiunto attestato dalle griglie di STANDARD monitoraggio.
 - **RISULTATO STANDARD 04 (Direzione).** Sulla base dei risultati dei 2 monitoraggi, degli standard dell'anno in corso, redigere elaborazione per l'anno successivo: Data entro cui predisporre modifiche alla carta dei servizi per l'anno successivo. **Obiettivo:** entro il 31 Gennaio di ogni anno.
Risultato raggiunto attestato dalle griglie di STANDARD monitoraggio.
- **RISULTATO STANDARD 05 (Direzione).** Programma annuale verifiche e monitoraggio attuazione delle verifiche ispettive interne. Obiettivo: monitoraggio 100% su indicatori definiti.
Risultato raggiunto attestato dalle griglie di STANDARD monitoraggio.
- **RISULTATO STANDARD 06 (Direzione).** Redazione programma formazione personale. Redazione annuale del programma di formazione sul sistema qualità e sicurezza. **Obiettivo:** effettuata almeno 40% della formazione programmata nel monitoraggio, e 80% di formazione in fase consuntiva.
Risultato raggiunto attestato dalle griglie di STANDARD monitoraggio:
- **FORMAZIONE SICUREZZA E RISCHIO CLINICO NON EFFETTUATA:**
- **FORMAZIONE E AFFIANCAMENTO FORMATIVO INTERNO:**
- **EFFETTUATA PER FORMAZIONE SICUREZZA INTERNA:**
- **RISULTATO STANDARD 33 (Direzione).** 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. **Obiettivo:** Nel 90% dei casi, entro la prevista. Non Conformità rilevate nella media annuale sui processi applicabili all'interno degli standard e in totale, inferiore 30%
Percentuale raggiunto attestato dalle griglie di monitoraggio.... NON CONFORMITA' APERTE E CHIUSE NEL PERIODO NEI TEMPI DEFINITI:
Percentuale raggiunto attestato dalle griglie in fase consuntiva: NON CONFORMITA'
- **RISULTATO STANDARD 34 (Direzione).** 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. **Obiettivo:** Entro 30 giorni nel 100% dei casi.
Percentuale raggiunto attestato dalle griglie di monitoraggio: NON REGISTRATI RECLAMI NEL PERIODO.
- **RISULTATO STANDARD 35 (Direzione).** Adeguatezza e positività nella rilevazione annuale del grado di soddisfazione nei confronti del proprio lavoro. (personale interno/formazione). **Obiettivo:** percentuale media di soddisfazione sul totale dei questionari compilati "integralmente" almeno 70%.
Percentuale raggiunto attestato dalle griglie di monitoraggio(soddisfazione) NON APPLICABILE

| | | |
|---|---|---|
| CASA DI RIPOSO" A. PENASA" Via S. Rocco ,1 Valli del Pasubio (VI) | Griglia di sintesi dei monitoraggi su obiettivi standard verifiche ispettive DICEMBRE 2023 | Mod. DIR 03.04 Rev. 03 Pag. 2 di pag. 5 |
| Data emissione: 01/06/2021 | | Approvazione: 31.01.2022 |

Percentuale raggiunto attestato dalle griglie di monitoraggio compilazione questionari: NON APPLICABILE

RISULTATO STANDARD 36 (Direzione). Adeguatezza e positività nella rilevazione annuale del grado di soddisfazione ospiti/famigliari, nei confronti dei servizi svolti dall'ente. **Obiettivo:** percentuale media di soddisfazione sul totale dei questionari compilati "integralmente" almeno 80%.

Percentuale raggiunto attestato dalle griglie di monitoraggio(soddisfazione)

Percentuale raggiunto attestato dalle griglie di monitoraggio compilazione questionari:

- **RISULTATO STANDARD 37 (Direzione):** Adeguatezza e celerità nella programmazione, esecuzione, e gestione delle verifiche interne. **Obiettivo:** 2 volte anno 100% delle verifiche programmate e redatte nei tempi programmati

Percentuale raggiunto attestato dalle griglie di monitoraggio:

- **RISULTATO STANDARD 38 (Direzione):** 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. **Obiettivo:** Minimo una volta anno tramite mail, sito ente incontri collettivi.

Percentuale raggiunto attestato dalle griglie di monitoraggio:

- **RISULTATO STANDARD 39 (direzione).** Valutazione della qualifica del personale fornito da terzi,(Coop.), tramite qualifica, garanzie, formazione. **Obiettivo:** Acquisizione documentazione 90% del personale.

Percentuale raggiunto attestato dalle griglie monitoraggio:

- **RISULTATO STANDARD 07 (Assistente sociale).** Adeguatezza e celerità nella redazione del Progetto Assistenziale Individualizzato per il nuovo ospite. **Obiettivo:** - PAI entro 45 giorni dall'ingresso, 100% ospiti arrivati in ordine di data all'anno.

Risultato raggiunto attestato dalle griglie di STANDARD monitoraggio:

- **RISULTATO STANDARD 08 (Assistente sociale).** Adeguatezza e celerità nella redazione del Progetto Assistenziale Individualizzato per il nuovo ospite. **Obiettivo:** almeno annuale PAI - SVAMA traK ULSS- UOI Annuale.

Risultato raggiunto attestato dalle griglie di STANDARD monitoraggio:

- **RISULTATO STANDARD 9 (assistenziale sociale):** Dati ingresso ospiti. **Percentuale raggiunto attestato dalle griglie di monitoraggio:**

- colloquio consegna ai parenti copia della Carta dei Servizi, compila la Scheda informativa d'ingresso.
- Assegnazione camera e tracciabilità corretta dell'ospite negli spostamenti interni.
- Gestione documentazione PRIVACY.
- Al colloquio consegna ai parenti copia della Carta dei Servizi, compila la Scheda informativa d'ingresso.

- **RISULTATO STANDARD 10 (assistenziale sociale):** Adeguatezza e sistematicità nel raggiungimento degli obiettivi assistenziali specifici, definiti in UOI con i PAI. **Obiettivo:** Almeno il 60% del totale degli obiettivi PAI definiti in UOI. Valutazione su 8 ospiti su 25% totale entrati.

Percentuale raggiunto attestato dalle griglie di monitoraggio.

- **RISULTATO STANDARD 11 (assistenziale sociale):** Adeguatezza e celerità nel comunicare agli ospiti e ai familiari degli obiettivi dal PAI da parte della direzione / AS. **Obiettivo:** verifica data entro la quale effettuare la comunicazione del PAI sul 8 ospiti su 25 % totale entrati.

Percentuale raggiunto attestato dalle griglie di monitoraggio:

- **RISULTATO STANDARD 12 (assistenziale sociale-animativi):** Adeguatezza e regolarità nel festeggiamento dei compleanni. **Obiettivo:** entro il mese pertinente, al 100%.

Percentuale raggiunto attestato dalle griglie di monitoraggio:

| | | |
|---|---|---|
| CASA DI RIPOSO "A. PENASA" Via S. Rocco ,1 Valli del Pasubio (VI) | Griglia di sintesi dei monitoraggi su obiettivi standard verifiche ispettive DICEMBRE 2023 | Mod. DIR 03.04 Rev. 03 Pag. 3 di pag. 5 |
| Data emissione: 01/06/2021 | Approvazione: 31.01.2022 | |

RISULTATO STANDARD 13 (assistenziale sociale-animativi): Valutazione sull'ospite degli aspetti sociali, elaborando degli obiettivi animativi, utilizzando "Progetto Assistenziale Individuale" e "Valutazione Animativi Ingresso" entro 1° UOI. **Obiettivo:** Le presenze degli ospiti alle attività (coi rispettivi nomi e cognomi) vengono monitorate, viene aggiornato ad ogni fine attività, descritte sul CBA.

Percentuale raggiunto attestato dalle griglie di monitoraggio:

Coinvolgimento nelle attività animative secondo gli aspetti sociali di valutazione sul programma del periodo mensile per singolo ospite. Obiettivo: 2 attività settimanali registrate su CBA. Verifica sul 8 ospiti su 25 % totale entrati:

Percentuale raggiunto attestato dalle griglie di monitoraggio

➤ **RISULTATO STANDARD 14 (socio-sanitaria):**

ATTIVITA' LOGOPEDISTICA: Obiettivo: registrazione attività visite ospiti e registrazioni attività svolte con diagnosi registrate per gestione pasti:

Percentuale raggiunto attestato dalle griglie di monitoraggio:

Scheda segnalazione e analisi dei seguenti sistemi, su ospite 100% delle informazioni su 8 ospiti pari al su 25% entrati.:

SEGNALAZIONI IDRATAZIONI E SCARICHE:

REGISTRAZIONE CONTROLLO FUNZIONALE MENSILE: -DOLORE -COLOSTOMIA -ECG :

SCHEDA SEGNALAZIONE INCIDENT REPORTING: Scheda allertamento incident reporting, riportati su CBA.

1 CADUTA EVIDENZIATA OSPITI CONTROLLATI SENZA CONSEGUENZE GESTITA CORRETTAMENTE CON APERTURA DI UNA NON CONFORMITA E INCIDENT REPORTING :

➤ **RISULTATO STANDARD 15 (socio-sanitaria):** verifica programma farmacologico di entrata /in uso e quanto riportato in scheda farmaci e somministrazione giusto ospite 100% delle informazioni su 8 ospiti pari al su 25% entrati.

Percentuale raggiunto attestato dalle griglie di monitoraggio :

Gestione situazioni particolari, degli ospiti es: Stomia – Ossigeno terapia - Trattamento dolore - SCG cardiaca - trattamenti su campione e conoscenza procedure:

Ossigeno terapia e relativa registrazione attrezzatura modulo:

gestione situazioni particolari, degli ospiti es: Stupefacenti clicemie, tempi e trattamenti:

➤ **RISULTATO STANDARD 16 (socio-sanitaria):** Adeguata e sistematicità nella programmazione delle visite mediche mensile per ogni ospite. Obiettivo: 100% delle programmazioni. informazioni su 8 ospiti pari al su 25% entrati.

Percentuale raggiunto attestato dalle griglie di monitoraggio.

➤ **RISULTATO STANDARD 17 (socio - sanitaria).** Gestione sicurezza paziente e rischio clinico. **Obiettivo:** defibrillatore controllo funzionamento con registrazione su modulo.

Percentuale raggiunto attestato dalle griglie di monitoraggio.

➤ **RISULTATO STANDARD 18 (socio-sanitaria):** Adeguatezza e celerità nel controllo dei parametri vitali, per tutti gli ospiti, e inserimento completo nel programma CBA. **Obiettivo:** Gestione sicurezza paziente e rischio clinico e farmaci. Verificare eventuali 8 ospiti per monitoraggio semestrale per il 25% ospiti annuale.

VERIFICA CARRELLO FARMACI EMERGENZA CONTROLLO E REGISTRAZIONE SU MODULO:

ALMENO 1 VOLTA AL MESE PARAMETRI VITALI REGISTRATI SI CBA. Obiettivo: ALMENO 1 VOLTA AL MESE PER OGNI OSPITE NEL 100% DEI CASI.

Percentuale raggiunto attestato dalle griglie di monitoraggio.

➤ **RISULTATO STANDARD 19 (socio-sanitaria):** Adeguatezza e sistematicità nella personalizzazione e nella prevenzione delle lesioni da immobilizzazione. **Obiettivo:** Nessuna lesione imputabile all'Ente, pari o superiore al 2° stadio nel 90% dei casi. Registrazione su CBA. Verificare 8 ospiti per monitoraggio semestrale per il 25% ospiti annuale.

Percentuale raggiunto attestato dalle griglie di monitoraggio:

CORRISPONDENZA CAMERE ASSEGNATE LETTI ARMADI COMIDINI: Percentuale raggiunto attestato dalle griglie di monitoraggio

| | | |
|---|---|---|
| CASA DI RIPOSO" A. PENASA" Via S. Rocco ,1 Valli del Pasubio (VI) | Griglia di sintesi dei monitoraggi su obiettivi standard verifiche ispettive DICEMBRE 2023 | Mod. DIR 03.04 Rev. 03 Pag. 4 di pag. 5 |
| Data emissione: 01/06/2021 | | Approvazione: 31.01.2022 |

- **RISULATATO STANDARD 20 (socio-sanitaria - riabilitativo):** utilizzo ausili- **Obiettivo:** Regolare assegnazione ausili. MO.07.03 Elenco ausili ospite. Verificare 8 ospiti per monitoraggio semestrale per il 25% ospiti annuale
Percentuale raggiunto attestato dalle griglie di monitoraggio. REGISTRATAZIONE ADEGUATE:
- **RISULATATO STANDARD 21 (socio-sanitaria - riabilitativo):** adeguatezza e risultati dell'attività fisioterapeutica. **Obiettivo:** verifica attività degli ospiti con indicatore di frequenza almeno 50%, salvo indicazioni specifiche. Verifica miglioramento in UOI mensile. Verificare 8 ospiti per monitoraggio semestrale per il 25% ospiti annuale.
Percentuale raggiunto attestato dalle griglie di monitoraggio: REGOLARMENTE VIENE RIPORTATA L'ATTIVITA' DEGLI OSPITI E LE CAUSE DELL'EVENTUALE MANCATA PRESENZA O RIFIUTO. REGISTRAZIONE COMPLETA.
- **RISULATATO STANDARD 22 (socio-sanitaria - riabilitativo):** Tempo che intercorre tra la data di valutazione 3 giorni e inizio dell'intervento, quando pertinente. **Obiettivo:** Entro 7 giorno lavorativo, nel 90% dei casi, con segnalazione rifiuto dell'ospite. Verificare 8 ospiti per monitoraggio semestrale per il 25% ospiti annuale.
Percentuale raggiunto attestato dalle griglie di monitoraggio.
- **RISULATATO STANDARD 23 (Area tecnica alberghiera e benessere):** **Obiettivo:** adeguatezza e celerità alzate e nell'assunzione della colazione entro le ore 9, nel 90% dei casi. 8 ospiti per monitoraggio semestrale per il 25% ospiti annuale. Verificare 8 ospiti per monitoraggio semestrale per il 25% ospiti annuale.
Percentuale raggiunto attestato dalle griglie di monitoraggio: :
- **RISULATATO STANDARD 24 (Area tecnica alberghiera e benessere):** tracciare la movimentazione interna degli ospiti, cambio stanze e relativo aggiornamento **Obiettivo:** 100% dei casi. Verificare 8 ospiti per monitoraggio semestrale per il 25% ospiti annuale.
Percentuale raggiunto attestato dalle griglie di monitoraggio.
- **RISULATATO STANDARD 25 (Area tecnica alberghiera e benessere):** **Obiettivo:** adeguatezza della presenza dell'ausilio per l'incontinenza degli ospiti controlli con esito positivo, in almeno il 90% dei casi. (ditta esterna). Verificare 8 ospiti per monitoraggio semestrale per il 25% ospiti annuale.
Percentuale raggiunto attestato dalle griglie di monitoraggio.
- **RISULATATO STANDARD 26 (Area tecnica alberghiera e benessere):** Adeguatezza e costanza nella gestione del bagno. **Obiettivo:** Entro 9 giorni, nel 80% dei casi. Verificare 8 ospiti per monitoraggio semestrale per il 25% ospiti annuale.
Percentuale raggiunto attestato dalle griglie di monitoraggio.
- **RISULATATO STANDARD 27 (Area tecnica alberghiera e benessere):** **Percentuale raggiunto attestato dalle griglie di monitoraggio.**
Adeguatezza e costanza nella pulizia delle camere e dei bagni degli ospiti:
adeguatezza e costanza nel cambio della biancheria piana del letto entro 9 giorni max 80% dei casi:
Identificazione abiti - qualità servizio - tempi restituzione biancheria, nel 80% dei casi max 4 giorni:
- **RISULATATO STANDARD 28 (Area tecnica alberghiera e benessere):** **Obiettivo:** Mantenere efficace e idoneo il servizio di ristorazione e l'igiene delle attrezzature /aree alimentari, delle cucine /frigo del 1° e 2° piano. 90% delle conformità sul totale delle registrazioni documentali.
Percentuale raggiunto attestato dalle griglie di monitoraggio. 100% sulle verifiche e registrazioni effettuate
- **RISULATATO STANDARD 29 (Area tecnica e manutenzioni):** Piano di manutenzione. **Obiettivo:** 90% delle scadenze descritte nello scadenziario gestionale -Manutenzione su registrazione AUSILII FK-
Percentuale raggiunto attestato dalle griglie di monitoraggio: 100% SULLE REGISTRAZIONI PROGRAMMATE
- **RISULATATO STANDARD 30 (Area tecnica e manutenzioni):** Adeguatezza e celerità nella gestione delle richieste di manutenzione ordinaria, prevenienti dai reparti. **Obiettivo:** entro 9 giorni, nel 90% dei casi.

| | | |
|---|---|---|
| CASA DI RIPOSO" A. PENASA" Via S. Rocco ,1 Valli del Pasubio (VI) | Griglia di sintesi dei monitoraggi su obiettivi standard verifiche ispettive DICEMBRE 2023 | Mod. DIR 03.04 Rev. 03 Pag. 5 di pag. 5 |
| Data emissione: 01/06/2021 | | Approvazione: 31.01.2022 |

Percentuale raggiunto attestato dalle griglie di monitoraggio. 100 % :

- **RISULATATO STANDARD 31 (Area tecnica e manutenzioni):** **valutazione** a campione della qualifica dei fornitori di materiali e di servizi tramite questionario compilato. Almeno 80% dei questionari acquisiti e/o qualifica sul totale dei fornitori registrati.

Percentuale raggiunto attestato dalle griglie di monitoraggio:

- **RISULATATO STANDARD 32 (Area tecnica e manutenzioni):** valutazione annuale sulla qualità del servizio svolto, registrata su apposita modulistica di qualifica, evidenziando eventuali non conformità verifica tempi intervento, regole contrattuali osservate. **Obiettivo :** Non conformità <2 sul totale attività svolta.

Percentuale raggiunto attestato dalle griglie di monitoraggio. PROBLEMATICHE DI RITARDI DOVUTE AL REPERIMENTO MATERIALI E TAMPONI IN ENTRATA DEL PERSONALE TECNICO

| | | | | | |
|--|-------------------------------|--|---------------------------------------|--|----------------------|
| CASA DI RIPOSO " A. PENASA" Via S. Rocco ,1 Valli del Pasubio (VI) | | RAPPORTO DI NON CONFORMITA' - RECLAMI | | MOD.DIR.05.01 Rev. 04 Pag. 1 di pag. 1 | |
| Data emissione: 01/06/2021 | | | Approvazione:31/01/2024 | | |
| NON CONFORMITÀ SU SERVIZIO ACQUISITO | | | NON CONFORMITÀ SU UN SERVIZIO FORNITO | | |
| NON CONFORMITÀ QUANDO SONO DIFFORMI CON LA CARTA DEI SERVIZI. | | | ALTRO (SPECIFICARE) | | |
| NON CONFORMITA' SU MANUTENZIONI STRUTTURE ATTREZZATURE | | | | | |
| N° | DATA : | | | | |
| REGISTRATO DA | Nome di chi registra la N.C.: | | | | |
| Eventuale documenti di riferimento: | | | | | |
| DESCRIZIONE DELLA NON CONFORMITÀ: (non va riportato il nome del soggetto che può avere provocato la non conformità, ma solo la descrizione del fatto in dettagli. Il nome del soggetto responsabile della non conformità va riportato solo in caso di Non Conformità definite "gravi".) | | | | | |
| | | | | | |
| CAUSE INDIVIDUATE: | | | | | |
| | | | | | |
| TRATTAMENTO DELLA NON CONFORMITA' | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| FIRMA DI CHI HA REGISTRATO: agr. Alfredo Soffiato Responsabile qualità | | | | DATA DI CHIUSURA PREVISTA: | |
| SEZIONE RISERVATA AL RESPONSABILE RAQ | | | | | |
| Valutazione della N.C.: | (1) Non influente | (2) Influyente | (3) Significativa | (5) Grave | Ripetitiva(N=6; I=3) |
| RICHIESTA DI AZIONE CORRETTIVA (obbligatoria per NC Significative, Gravi e Ripetitive) | | | | | |
| NO | SI | RICHIESTA AZIONE CORRETTIVA N°_____ DEL _____ | | | |
| <u>Il presente rapporto deve essere consegnato al responsabile di area, che provvederà a consegnarlo al RQ anche tramite mail</u> | | | | | |
| Data consegna: _____ Firma per presa consegna:_____ | | | | | |
| Verifica/evidenza attuazione azione risolutiva: | | | | | |
| | | | | | |
| ESITO: | Positivo | Negativo | Data e firma verificatore RQA | | |
| | | | | | |
| Visto e verificato in data Direzione ; | | | | | |

Data emissione: 01/06/2021

Approvazione: 01/06/2021

| N° | DATA APERTURA | SPECIFICA | TIPOLOGIA / DESCRIZIONE | GRAVITA' PER AZIONE CORRETTIVA /MIGLIOARTIVA | | | | DATA CHISURA PREVISTA | DATA CHIUSURA EFFETTIVA | DIFFERENZA |
|----------------------|---------------|-----------------|--|--|-----------|---------------|-------|-----------------------|-------------------------|--|
| | | | | NON INFLUENTE | INFLUENTE | SIGNIFICATIVA | GRAVE | | | |
| N°1 Non applicato | | | | | | | | | | |
| 2 | 08/07/2023 | SOCIO SANITARIA | attività socio sanitaria: dal 31/03/2023, non è più effettuata la sistematica attività di programmazione delle visite mensili sui pazienti. Certamente la mancanza del medico ha una influenza determinante, ma di fatto andrebbe studiato o per lo meno effettuato un processo che possa permettere questo tipo di attività non solo in emergenza. Si sono rilevati ospiti che non vengono visti dal 5/04/2023. | | X | | | 04/08/2023 | 04/08/2023 | Chiusa 1/08/2023 |
| 3 | 08/07/2023 | SOCIO SANITARIA | Non sono più registrati regolarmente in CBA i risultati delle visite o di particolari situazioni sanitarie degli ospiti. Di fatto si utilizza un "diario" che non permette condivisione con le varie funzioni della struttura (FK - AS). Le funzioni del CBA risultano determinanti per effettuare una condivisione una serie di informazioni indispensabili al quadro generale del paziente, dall'aspetto sanitario ad una serie di dati fisici. - | | X | | | 04/08/2023 | 04/08/2023 | Verifica accesso CBA Chiusa 1/08/2023 |
| 4 | 08/07/2023 | SOCIO SANITARIA | Il sistema/prescrizioni terapeutiche non risultano aggiornate all'ospite per mancata/indicazioni diagnosi da parte del medico. Si utilizza al momento per certi ospiti ancora lo schema /programma terapeutico di entrata in casa di riposo. | | X | | | 04/08/2023 | 04/08/2023 | Chiusa il 01/08/2023 |
| 5 | 08/07/2023 | SOCIO SANITARIA | - L'utilizzo del portale CBA non è utilizzato in modo rapido e conoscitivo da parte di tutto il personale/infermieri. I parametri vitali sul CBA non risultano sempre facilmente rintracciabili e non sono chiari o conosciuti quali devono essere e dove cercarli. | | X | | | 04/08/2023 | In attesa corso CBA | Chiusa 01/08/2023 |
| 6 | 08/07/2023 | SOCIO SANITARIA | - Non risulta registrato rintracciabile al momento della verifica, l'affiancamento delle nuove figure operanti in struttura, come Giroto G. e Diana della Coop. Mano Amica - L'affiancamento era stato definito indispensabile dal sistema qualità come condivisione per unificare procedure e metodi di lavoro. La registrazione potrebbe essere stata effettuata, ma il personale in verifica non conosce il luogo. (nel caso allegare copia alla chiusura della non conformità). | | X | | | 04/08/2023 | 04/08/2023 | Chiusa 01/08/2023 |
| 7 | 08/07/2023 | SOCIO SANITARIA | Di otto ospiti analizzati 3 hanno la numerazione difforme tra letto comodo o armadio. Inoltre, 3 armadi risultano con abbigliamento dell'ospite non ordinato (come giunge dalla lavanderia), ma arraffato e stropicciato per mancanza di metodo di prelievo indumenti, ESEMPIO 13/14 piano 1. | | X | | | 04/08/2023 | 04/08/2023 | chiusa 01/08/2023 |

Data emissione: 01/06/2021

Approvazione: 01/06/2021

| N° | DATA APERTURA | SPECIFICA | TIPOLOGIA / DESCRIZIONE | GRAVITA' PER AZIONE CORRETTIVA /MIGLIOARTIVA | | | | DATA CHIUSURA PREVISTA | DATA CHIUSURA EFFETTIVA | DIFFERENZA |
|----|---------------|------------------------|---|--|-----------|---------------|-------|------------------------|-------------------------|----------------------|
| | | | | NON INFLUENTE | INFLUENTE | SIGNIFICATIVA | GRAVE | | | |
| 8 | 08/07/2023 | SOCIO SANITARIA | Su 8 ospiti controllati 4 dal mese di aprile hanno avuto ritardo nella attività del bagno personale, previsto non oltre i 9 giorni. Se questa può essere una statistica , si concretizza che il 50% degli ospiti non usufruiscono del bagno programmato (obbiettivo definito 80%) .- I tempi verificati arrivano fino a 11/14 giorni al 2 piano prima del successivo bagno.(non parliamo di spugnatura). Non vengono registrate o condivise motivazioni o situazioni specifiche. - Simile situazione per il cambio letto arrivati fino a 15/17 giorni al piano 2 | | X | | | 04/08/2023 | 04/08/2023 | Chiusa il 01/08/2023 |
| 9 | 08/07/2023 | SOCIO SANITARIA | L'utilizzo delle tele da decubito consigliate dai fisioterapisti su cuscini carrozzelle o letti, non risultano usate correttamente dagli operatori con la possibilità di peggiorare la situazione dell'ospite. | | X | | | 04/08/2023 | Verifica 04/08/2023 | Chiusa 01/08/2023 |
| 10 | 08/07/2023 | ASSISTENTE SOCIALE | Su otto ospiti analizzati in fase di verifica, 3 non hanno ancora usufruito del PAI dal loro ingresso in struttura . Due ospiti invece il PAI è stato effettuato con ritardo rispetto alla programmazione definita. | | X | | | 04/08/2023 | 22/08/2023 | Chiusa 22/08/2023 |
| 11 | 08/07/2023 | COOPERATIVA MANI AMICA | Prevedere il periodico acquisto di prodotti idonei a mantenere decorosamente puliti presentabili senza deperimenti l'abbigliamento degli ospiti. Tale acquisto e utilizzo sarà, vista la ricaduta sull'immagine dell'ospite e famigliari, tenuto prossimamente come punto di verifica. | | X | | | 04/08/2023 | 30/08/2023 | Chiusa/ritardo |
| 12 | 08/07/2023 | COOPERATIVA MANO AMICA | Il personale della Cooperativa Mano Amica, entra, esce e si avvicenda all'interno della struttura senza fornire adeguate informazioni alla direzione, con nominativi, competenze e professionalità acquisita. Tale sistema non risulta conforme sia ai principi professionali, sia alla sicurezza interna. Si fa riferimento a figure come Giroto G. e Diana. Sarebbe opportuno che anche in fase di emergenza entro 12/24 ore, venisse fornita alla struttura adeguata informazione e formazione. | | X | | | 04/08/2023 | 30/08/2023 | Chiusa /ritardo |

Data emissione: 01/06/2021

Approvazione: 01/06/2021

| N° | DATA APERTURA | SPECIFICA | TIPOLOGIA / DESCRIZIONE | GRAVITA' PER AZIONE CORRETTIVA /MIGLIOARTIVA | | | | DATA CHIUSURA PREVISTA | DATA CHIUSURA EFFETTIVA | DIFFERENZA |
|----|---------------|---|---|--|-----------|---------------|-------|------------------------|-------------------------|---|
| | | | | NON INFLUENTE | INFLUENTE | SIGNIFICATIVA | GRAVE | | | |
| 13 | 27/07/2023 | RESPONSABILE AREA BENESSERE E ALBERCHIERA | ERRATO INVIO ALLA LAVANDERIA INDUSTRIALE DEI VESTITI PERSONALI DEI PAZIENTI DELLA NOSTRA STRUTTURA (ETICCHETATI 1° P) - INVECE CHE ALLA LAVANDERIA INTERNA. RESTITUITI DALLA LAVANDERIA INDUSTRIALE IL GIORNO 26.07.23 CAUSE INDIVIDUATE | | X | | | 01/08/2023 | 13/12/2023 | Chiusa con ritardo |
| 14 | 27/07/2023 | RESPONSABILE AREA BENESSERE E ALBERCHIERA | DESCRIZIONE DELLA NON CONFORMITA' /RECLAMO ERRATO INVIO ALLA LAVANDERIA INDUSTRIALE DEL Telo di SUEVATORE (ETICCHETATO 2° P.) INVECE CHE ALLA LAVANDERIA INTERNA. RESTITUITO DALLA LAVANDERIA INDUSTRIALE IL GIORNO 26.07.2023. CAUSE INDIVIDUATE | | X | | | 01/08/2023 | 13/12/2023 | Chiusa con ritardo |
| 15 | 27/07/2023 | RESPONSABILE AREA BENESSERE E ALBERCHIERA | DESCRIZIONE DELLA NON CONFORMITA' /RECLAMO ERRATO INVIO ALLA LAVANDERIA INDUSTRIALE DEI VESTITI PERSONALI DEI PAZIENTI DELLA NOSTRA STRUTTURA (ETICCHETATI P.2°) - INVECE CHE ALLA LAVANDERIA INTERNA RESTITUITI DALLA LAVANDERIA INDUSTRIALE IL GIORNO CAUSE INDIVIDUATE | | X | | | 01/08/2023 | 13/12/2023 | Chiusa con ritardo |
| 16 | 01/08/2023 | INFERMIERE COOP.MANO AMICA | DESCRIZIONE DELLA NON CONFORMITA' /RECLAMO ALLA CENA DEL 1/08/2023. avvegggiato minestrina x oolau strana. sente gusto oli cipolla ma poi barca gusto molto stanco. in bocca come farve acida. CAUSE INDIVIDUATE | | X | | | 01/08/2023 | 08/08/2023 | Chiusa come interna senza comunicazione a Dussman |
| 17 | 01/08/2023 | ASSISTENTE SOCIALE | CATTIVA GESTIONE SCARICHE PAZIENTE DA PARTE DEL PERSONALE INTERNO CON UNA DESCRIZIONE DETTAGLIATA DEI FATTI AVVENUTI ALLEGATI CIRCOLARE E AZIONE CORRETTIVA | | | X | | 01/08/2023 | 17/08/2023 | Chiusa |

Data emissione: 01/06/2021

Approvazione: 01/06/2021

| N° | DATA APERTURA | SPECIFICA | TIPOLOGIA / DESCRIZIONE | GRAVITA' PER AZIONE CORRETTIVA / MIGLIOARTIVA | | | | DATA CHIUSURA PREVISTA | DATA CHIUSURA EFFETTIVA | DIFFERENZA |
|----|---------------|-------------|--|---|-----------|---------------|-------|------------------------|-------------------------|------------|
| | | | | NON INFLUENTE | INFLUENTE | SIGNIFICATIVA | GRAVE | | | |
| 18 | 13/12/2023 | MANUTENTIVA | Si è riscontrato un calo di segnalazioni di attività manutentive rispetto ai periodi precedenti. Alcuni dati: al 12/12/2023 123 segnalazioni sul 1 e 3 piano, nel 2022 erano circa 250. Molte segnalazioni non sono effettuate nonostante la presenza di problematiche manutentive, tanto che si è provveduto a riportare in rosso nell'elenco "foglio manutenzioni" dei piani, quelle attività manutentive effettuate senza richiesta. NOTA: il personale omette danni e situazioni di interventi. Meno evidente il problema al 2 piano dove la differenza è minore : 190 nel 2023 , 240 nel 2022. | | X | | | 30/01/2024 | 29/12/2023 | Chiusa |
| 19 | 13/12/2023 | SANITARIA | La lista degli ospiti che restano al letto del 2° piano, non è condivisa con il medico e con il coordinatore sanitario. La lista al momento è redatta in autonomia. Si deve prevedere la sottoscrizione o medica o del responsabile sanitario. | | X | | | 30/01/2024 | 29/12/2023 | chiusa |
| 20 | 27/12/2023 | MANUTENTIVA | Alle ore 12:30 si è trovato il Sig. Elio Dal Molin a terra. La sedia si è rotta mentre l'ospite stava utilizzando la pedaliera. Ho trovato la gamba destra e il bracciolo destro spezzato e una vite sfilata a terra. Chiamato I.P., accertati delle condizioni dell'ospite | | | x | | 30/12/2023 | 29/12/2024 | Chiusa |

Data emissione: 01/06/2021

Approvazione: 01/06/2021

| N° | DATA APERTURA | SPECIFICA | TIPOLOGIA / DESCRIZIONE | GRAVITA' PER AZIONE CORRETTIVA / MIGLIOARTIVA | | | | DATA CHIUSURA PREVISTA | DATA CHIUSURA EFFETTIVA | DIFFERENZA |
|----|---------------|-------------------------------------|---|---|-----------|---------------|-------|------------------------|-------------------------|---|
| | | | | NON INFLUENTE | INFLUENTE | SIGNIFICATIVA | GRAVE | | | |
| | | | NON CONFORMITA' RIFERITE AL SERVIZIO RISTORAZIONE | | | | | | | |
| 01 | 17/03/2023 | SERVIZIO RISTORAZIONE DITTA ESTERMA | La cucina nel suo ambiente presenta angoli igienicamente non correttamente puliti con evidenti residui di origine organica. Inoltre, in fase di verifica il personale non ha fornito un documento relativo alla registrazione della pulizia. | | X | | | 17/04/2023 | 24/04/2023 | Chiusa con ritardo |
| 02 | 17/03/2023 | SERVIZIO RISTORAZIONE DITTA ESTERMA | Secondo le programmazioni del codice appalto e relazione tecnica dei servizi offerti, non risultano presenti le attrezzature previste come frigoriferi, abbattitori, che non permettono la corretta divisione dei prodotti secondo i regolamenti, ma si presenta una promiscuità non idonea al sistema HACCP, (salumi verdure ect.). Inoltre, non è prevista una data per l'attuazione e l'installazione delle attrezzature previste. | | X | | | 17/04/2023 | 24/04/2023 | Chiusa con ritardo |
| 03 | 17/03/2023 | SERVIZIO RISTORAZIONE DITTA ESTERMA | Gran parte degli alimenti sia surgelati che freschi, non risultano di provenienza biologica, come previsto dalle procedure del servizio di ristorazione, pagine 16/19 della relazione tecnica, dove non risultano iscritti fornitori di prodotti "convenzionali" ma solo biologici. Alcuni esempi di prodotti sono riportati nelle foto a lato. | | X | | | 17/04/2023 | 24/04/2023 | Chiusa con ritardo senza evidente soluzione |
| 04 | 17/03/2023 | SERVIZIO RISTORAZIONE DITTA ESTERMA | Le pietanze servite al pranzo, non corrispondono con il menù previsto e programmato per il giorno del lunedì. PRANZO VEICOLATO | | X | | | 17/04/2023 | 30/04/2023 | Chiusa con ritardo |
| 05 | 17/03/2023 | SERVIZIO RISTORAZIONE DITTA ESTERMA | Le pietanze somministrate agli ospiti, non risultano tutte ad una temperatura conforme e idonea, come il pesce, dove è registrata una temperatura di somministrazione di 31°C. | | X | | | 17/04/2023 | 05/05/2023 | Chiusa con ritardo CONFORME |
| 06 | 20/04/2023 | SERVIZIO RISTORAZIONE DITTA ESTERMA | Sia i primi piatti che il secondo piatto, si presenta con pezzetti e non cremosi e omogenei. La carne tritata presenta molto liquido. | | X | | | 20/04/2023 | 30/05/2023 | Chiusa con ritardo CONFORME |
| 07 | 20/04/2023 | SERVIZIO RISTORAZIONE DITTA ESTERMA | Durante la dispensa della cena , è stato assaggiato il purè- Al primo secondo era molto amaro – al piano terra troppo acido | | X | | | 20/04/2023 | 30/05/2023 | Chiusa con ritardo RISULTATO CONFORME |
| 08 | 20/04/2023 | SERVIZIO RISTORAZIONE DITTA ESTERMA | Pasti a domicilio non risultano buoni. Consegnato campione in amministrazione per analisi | | X | | | 20/04/2023 | 30/05/2023 | Chiusa con ritardo CORRETTA |

Data emissione: 01/06/2021

Approvazione: 01/06/2021

| | | | | | | | | | | |
|----|------------|-------------------------------------|---|--|---|--|--|------------|------------|---|
| 09 | 29/03/2023 | SERVIZIO RISTORAZIONE DITTA ESTERMA | Per mancanza di strutture di refrigerazione degli alimenti da parte della ditta fornitrice del servizio, il cibo trasportato e destinato alla cena, sosta sotto il banco cucina a temperatura ambiente. Al momento della verifica, era in sosta da 4 ore, in attesa che si liberino i piccoli frigo dei 2 carrelli mobili di somministrazione pietanze, che risultano per spazio insufficienti. | | x | | | 10/04/2023 | 30/05/2023 | Chiusa con ritardo INCONTRO E VALUTAZIONI |
| 10 | 29/03/2023 | SERVIZIO RISTORAZIONE DITTA ESTERMA | La temperatura dello scaldavivande del banco/carrello di somministrazione pietanze, con all'interno i secondi piatti e contorni, rileva una temperatura di 46°C inferiore a quanto necessario. | | x | | | 10/04/023 | 30/05/2023 | Chiusa con ritardo CONFORME |
| 11 | 29/04/2023 | SERVIZIO RISTORAZIONE DITTA ESTERMA | DESCRIZIONE DELLA NON CONFORMITÀ In fase di verifica non annunciata da parte del responsabile della qualità, (consulente esterno), si rileva la seguente situazione, oggetto di non conformità: - IL MENU' PROPOSTO PER IL PRANZO, NON PRESENTA NESSUN ALIMENTO DI ORIGINE BIOLOGICA, MELE ESCLUSE. INOLTRE NON SONO PRESENTI IN STOCCAGGIO ALIMENTI BIOLOGICI ESCLUSO "SPINACI SURGELATI NELLE PIETANZE DESTINATE AI PASTI ESTERNI, SONO PRESENTI E GIA' CONFEZIONATI, CONTORNO "CECI" RESIDUI DELLA SERA PRECEDENTE. | | x | | | 31/04/2023 | 30/05/2023 | Chiusa con ritardo CONFORME |
| 12 | 25/08/2023 | SERVIZIO RISTORAZIONE DITTA ESTERMA | DESCRIZIONE DELLA NON CONFORMITÀ In fase di verifica non annunciata da parte del responsabile della qualità, (consulente esterno), si rileva la seguente situazione, oggetto di non conformità: - IL MENU' PROPOSTO PER IL PRANZO, (VEDI ALLEGATO), NON PRESENTA NESSUN ALIMENTO DI ORIGINE BIOLOGICA, COMPRESA LA PASTA. - INOLTRE LA PIETANZA "FRITTATA ALLE VERDURE (PLURALE)" PRESENTA ESCLUSIVAMENTE 1 VERDURA TEGOLINE, LA STESSA NON RISULTA PREPARATA CON UOVA FRESCHE, MA CON PREPARATO "MISTO UOVO PASTORIZZATO". | | x | | | 30/08/2023 | 17/09/202 | Chiusa con ritardo |
| 13 | 25/08/2023 | SERVIZIO RISTORAZIONE DITTA ESTERMA | Caraffe di acqua da somministrare al tavolo da pranzo, riempite con canna acqua non per alimenti e poggiata sul lavandino non pulito | | x | | | 30/08/2023 | 27/08/203 | CONFORME |
| 14 | 14/09/2023 | SERVIZIO RISTORAZIONE DITTA ESTERMA | I pasti proposti a domicilio sono proposti con una certa ripetitività di pietanze, e molto spesso sono recuperati da alimenti non consumanti nella proposta del menù della cena. nella cena dalla cena. Situazione riscontrabile analizzando il menu settimanale appeso in cucina e i pasti consegnati a domicilio. | | x | | | 15/09/2023 | 15/10/2023 | CONFORME |

Data emissione: 01/06/2021

Approvazione: 01/06/2021

| | | | | | | | | | | | |
|----|------------|---|---|--|---|--|--|--|------------|------------|----------|
| 15 | 21/09/2023 | SERVIZIO RISTORAZIONE DITTA ESTERMA | In fase di verifica non annunciata da parte del responsabile della qualità, (consulente esterno), si rileva la seguente situazione, oggetto di non conformità: - Programma menù di mezzogiorno non rispettato completamente. Al posto del risotto, pasta olive e peperoni. Secondo hamburger e contorno di ratatouille di verdure., sole 3 qualità. Come prodotti BIO si somministra solo verdure. Inoltre si è verificato che il primo in programma non è stato preparato per mancanza della consegna di materie prime, verificata la non presenza in stoccaggio. | | x | | | | 25/09/2023 | 17/10/2023 | CONFORME |
| 16 | 16/11/2023 | SERVIZIO RISTORAZIONE DITTA ESTERMA | La verifica ispettiva interna effettuata il giorno 16 novembre presso la mensa della casa di riposo A Penasa, ha rilevato le seguenti osservazioni non coerenti con il menù del giorno: Primo pasta al pesto, utilizzo ingredienti per pesto non di origine biologica. Solo la pasta di origine biologica Secondo. Polpette di manzo al pomodoro. Non presenti le polpette di manzo in quanto non disponibili in dispensa per il giorno.(non consegnate). Al posto delle polpette manzo si trova carne suino a pezzetti nel pomodoro. Carne suino e pelati utilizzati, non di origine biografica. Contorno. Non presenti i ceci ma verdura varia ,anche questa non di origine biografica. Vi è verificato inoltre che la confezione usata di pelati, contiene un correttore di acidità. Tale ingrediente non risulta molto in linea con le indicazioni alimentari per anziani,in quanto tale ingrediente presuppone una spiccata acidità del prodotto possibilmente da evitare per il metabolismo delle persone anziane nonché per un gusto più acido. Si attende vostra valutazione delle cause e azioni correttive in atto. | | x | | | | 18/11/2023 | 15/12/2023 | CONFORME |

NON CONFORMITA' ANNO 2023 FOGLIO 1

AGR. Alfredo Soffiato

Direzione
Dott. Barbara Cavion