

POSO " A. PENASA" -Via S. Rocco ,1 Valli del Pasubio (VI)	OBIETTIVI PER LA QUALITA'	PROCEDURA.DIR.01.01 - Rev. 03 Pag. 1 di pag. 2
--	----------------------------------	--

Data emissione: 01/06/2021	Approvazione: 31.01.2024
----------------------------	--------------------------

POLITICA PER LA QUALITÀ

La Casa di Riposo di Valli del Pasubio, nell'erogazione dei suoi servizi ai Clienti mira a perseguire gli **obiettivi fondamentali di Qualità sotto riportati**:

1. offrire un'assistenza personalizzata, flessibile ed il più possibile adeguata alle diverse esigenze delle persone;
2. utilizzare la metodologia del lavoro di gruppo, al fine di valorizzare pienamente le professionalità esistenti per il raggiungimento degli obiettivi di salute, tramite gli incontri e la condivisione delle informazioni;
3. condividere, come obiettivo principale, il mantenimento o il recupero dell'autonomia dell'ospite;
4. garantire il più possibile una qualità di vita residua dignitosa, evitando l'accanimento terapeutico ed anche l'accadimento di eventi clinici avversi;
5. instaurare tra personale, ospiti e familiari un clima sereno, collaborante e attento al rapporto umano.
6. Gestire le manutenzioni interne che possono avere impatto sulla sicurezza e la qualità dei servizi e strutture presenti, valutando l'efficienza e l'efficacia dei requisiti e lavoro svolto;
7. Implementare la qualifica e la qualità dei servizi gestiti da terzi, nonché del personale lavorativo di associazioni cooperative o altre fonti, attraverso adeguata documentazione.

Il Presidente, in accordo con il Consiglio di Amministrazione, attraverso la redazione del Manuale della Qualità, approntato sia in conformità alla norma per l'Accreditamento della Regione Veneto, per le RSA e le Strutture Residenziali per anziani non autosufficienti, sia in riferimento a quanto previsto dalla Normativa UNI EN ISO 9001:2015, per la certificazione dei Sistemi di Gestione della Qualità nelle Organizzazioni, ha inteso ormai da anni a diffondere, all'interno dell'Ente, una cultura della Qualità mirata al miglioramento continuo dei servizi erogati. **Questo aspetto viene svolto attraverso un professionista esterno che, incaricato dal Consiglio di amministrazione, verifica ed effettua un monitoraggio sull'applicazione degli indicatori e obiettivi individuati dall'amministrazione, esercitando quelle serie di controlli e di azioni mirate al continuo mantenimento di un servizio efficiente ed efficace per garantire agli ospiti il mantenimento dei principi posti dall'ente.**

OBIETTIVI GENERALI DELLA POLITICA PER LA QUALITA' DELL'ENTE

FUNZIONE INTERESSATA Si veda riferimento all' organigramma interno e al all' elenco generale documenti MOD.DIR.02.01.	OBIETTIVO STRATEGICO 1	OBIETTIVO STRATEGICO 2	OBIETTIVO STRATEGICO 3	OBIETTIVO STRATEGICO 4	OBIETTIVO STRATEGICO 5	OBIETTIVO STRATEGICO 6
	Valutare la corretta <u>ammissione inserimento e comunicazione con i famigliari</u>	condividere, il <u>mantenimento o il recupero dell'autonomia dell'ospite</u>	garantire una <u>qualità di vita residua dignitosa, evitando</u> l'accanimento terapeutico	<u>Garantire una costante stimolo creativo e interattivo con gli ospiti</u> valutando le attività di animazione complete e idonee	Garantire una scelta ponderata dei fornitori e manutentori tramite <u>un sistema di qualifica e di tempistica interventi</u>	Garantire e valorizzare pienamente la professionalità del personale. <u>Valutazione qualifica personale e affiancamenti</u>
	Obiettivi operativi	Obiettivi operativi	Obiettivi operativi	Obiettivi operativi	Obiettivi operativi	Obiettivi operativi
	Obiettivo operativo 1a: celerità nella applicazione degli obiettivi e delle procedure di ingresso nei tempi stabiliti	Obiettivo operativo 2a: ottenimento dei risultati programmati con i Progetti Assistenziali Individualizzati PAI	Obiettivo operativo 3a: condivisione con il Cliente dell'azione svolta da ciascun operatore della Struttura con il PAI	Obiettivo operativo 4a: applicare per ogni esigenza degli ospiti, tipologie di animazioni conformi alle capacità, nella ricerca del maggiore stimolo di recupero	Obiettivo operativo 5a: <u>rilevazione della qualifica dei fornitori di materiali e servizi.</u> Tramite questionario valutativo	Obiettivo operativo 6 a: <u>valutazione del personale fornito da terzi o interno secondo esperienze, studi competenze.</u> Fornire quantità idonee di documentazione di qualifica per garantire il migliore servizio agli ospiti
	Obiettivo operativo 1b: Comunicazione con l'ospite e i famigliari autorizzati , dei periodi stati dell'ospite, tramite una serie di canali di comunicazione definiti, nel rispetto della privacy.	Obiettivo operativo 2b: ottenimento dei risultati programmati e le proposte fisioterapiche motorie, logopedistiche e terapeutiche	Obiettivo operativo 3b: Attività e modalità operative orientate alla sicurezza del paziente e alla prevenzione del rischio clinico attivazione di modalità e parametri definiti vitali	Obiettivo operativo 4b: Mantenere le attività di animazione, equamente ripartite per piano considerando le caratteristiche degli ospiti in modo mirato	Obiettivo operativo 5b: <u>Qualifica fornitori</u> con valutazione annuale secondo fornitura contrattuale e caratteristiche servizio, tempi intervento regole contrattuali	Obiettivo operativo 6 b <u>Garantire idoneo affiancamento e formazione al personale interno ed esterno in caso di assenza o malattia prolungata</u> Documentare attività svolta dai responsabili di settore, per garantire la continuità del servizio svolto, nell'obiettivo di eliminare possibili carenze multidisciplinari
	Obiettivo 1c <u>Istaurare un rapporto ospiti e familiari sereno, collaborante e attento al rapporto umano</u>		Obiettivo operativo 3c: valutare e eliminare le possibili situazioni di Incidente Reporting , considerando la logistica e l'evoluzione delle tipologie degli ospiti presenti in struttura	Obiettivo operativo 4 c Svolgere le attività di animazione nel rispetto della privacy e dell'immagine definita dall'amministrazione dell'ente	Obiettivo operativo 5c : Sviluppare un sistema di manutenzione interna ed esterna , che permetta rapidi tempi di intervento e soluzione dei problemi con mezzi adeguati	Obiettivo operativo 6 c <u>Redigere ed applicare un programma di formazione</u> interno scaturito anche valutando le esigenze individuali o di settore.
	Obiettivo operativo 1d : <u>rilevazione del grado di soddisfazione del Cliente e degli Operatori</u> , in merito alla gestione dei servizi					

CASA DI RIPOSO " A. PENASA" Via S. Rocco ,1 Valli del Pasubio (VI)	ELENCO RESPONSABILI DI FUNZIONE	MOD.DIR.01.04 Rev. 02 Pag. 1 di pag. 1
--	--	--

Data emissione: 01/06/2021	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
Servizio Educativo Animativo	Responsabile Area Socio Animativa Gestione Clienti ingresso		AS
Sanitaria	Responsabile Area Sanitaria	Sabino Fasolo	RASS
	Responsabile area riabilitativa		RASS-FK
	Unità fisioterapia	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 Dussmann “		
	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: 31/01/2024

1. Documenti

Obiettivi e Politica della qualità	PRG 01.01
Griglia di monitoraggio sui processi	MOD.DIR.03.03
Griglia di sintesi su monitoraggio obiettivi	MOD.DIR.03.04
Questionario ospiti e parenti	MOD.DIR.04.02
Comunicazioni dei clienti	MOD.DIR.04.03
Impegnativa di pagamento e contratto ospitalità	MOD.AS.01.10
Ammissione e inserimento	PQ.PRG.01.01

2. Scopo e campo di validità

Lo scopo della presente procedura è verificare che l'Ente abbia la capacità di soddisfare i requisiti, adeguatamente definiti e documentati, indicati nel contratto comunicato ai clienti con la Carta dei Servizi, nonché di riequilibrare eventuali scostamenti tra domanda e offerta di servizi.

3. Responsabilità

- Il Consiglio di Amministrazione: approva la Carta dei Servizi e le sue revisioni.
- Direttore: individua le Aree e le Unità Operativa dell'Ente, stabilisce gli standard e gli indicatori , valuta i dati per eventuali revisioni, redige e verifica il contratto, approva i Piani di Miglioramento.
- Responsabile di Area: verifica il rispetto degli standard delle registrazioni e la compilazione delle modulistiche definite, propone eventuali modifiche, definisce le Azioni di Miglioramento e valuta, di concerto con il Direttore, la pertinenza della erogazione di servizi non regolamentati.
- Responsabile di Unità Operativa (assieme ai responsabili servizi esterni): monitora il rispetto degli standard, raccoglie i dati dei monitoraggi, controlla l'andamento del servizio e decide, di concerto con il Responsabile di Area, in merito alla erogazione dei servizi non regolamentati.
- Responsabile Qualità RQ: acquisisce ed elabora i dati dei monitoraggi, in condivisione con il consiglio di amministrazione e i responsabili di area. Condivide la documentazione fornita secondo gli obiettivi e gli standard. Valuta la validità dei risultati per il mantenimento dei requisiti di Assicurazione Qualità, secondo le norme ISO 9001/2015.
- Operatore: eroga il servizio, compila le schede di monitoraggio, rileva le richieste di servizi non regolamentati e le comunica al Responsabile di Area .

4. MODALITA' OPERATIVE

4.1 Identificazione dei servizi

I servizi offerti sono descritti in una apposita documentazione, denominata Carta dei Servizi, la quale riporta le seguenti informazioni:

- Il tipo di servizio offerto e le relative caratteristiche;
- requisiti che il cliente deve possedere per usufruire del servizio;
- L'Area o Unità Operativa a cui rivolgersi **e personale autorizzato al confronto con i famigliari;**
- I giorni e gli orari di apertura al pubblico degli uffici;
- I costi eventuali per i clienti;
- I documenti da produrre da parte del cliente;
- I tempi di erogazione del servizio e i limiti percentuali di rispetto dello standard.
- **Erogazione delle informazioni agli ospiti autosufficienti o famigliari delegati/autorizzati, nel ricevere tramite mail periodiche aggiornamenti o stato sull'erogazione del servizi fruiti all'interno della struttura.**
- **Sviluppo di una maggiore riservatezza e privacy comunicativa verso gli ospiti e famigliari.**
- La Carta dei Servizi è riesaminata dal direttore DIR per analizzarne la completezza, la conformità alle leggi, ai regolamenti ed agli altri documenti applicabili e soprattutto per valutare la capacità dell'Ente di erogare il servizio, **sia in termini di quantità, che di qualità**, in conformità a quanto promesso nei documenti contrattuali. Al termine del processo elaborativo tale documentazione è approvata dal Consiglio di Amministrazione.

Gli standard inseriti nella Carta dei Servizi iniziale sono stati definiti sulla base dell'esperienza acquisita negli ultimi anni da ciascuna Area / Unità Operativa dell'Ente. Essi non rappresentano tutta l'attività svolta dalla Struttura, **ma evidenziano quelle attività che hanno un più diretto interesse per il cliente e che non sono già appositamente previste dalla Normativa vigente.**

La documentazione e le modalità utilizzate dall'Ente al fine di informare il cliente sui servizi offerti e divulgare le modalità di accesso a tali servizi sono:

- Regolamenti interni, ordini di servizio, disposizioni, istruzioni operative, per la definizione degli standard /indicatori;
- Modulistica e registrazioni specifiche, per la presentazione dei risultati raggiunti in merito al grado di rispetto degli standard /indicatori previsti;
- Carta dei Servizi, rilevabile, a richiesta, presso l'U.R.P. o le singole Aree o Unità Organizzative.

Data emissione: 01/06/2021

Approvazione: 31/01/2024

4.2 Riesame del contratto

Per i servizi forniti dall'Ente la valutazione di eventuali non conformità percepite da chi riceve o utilizza il servizio è molto spesso immediata e/o contestuale alla ricezione o all'erogazione del servizio. In tali situazioni, non esiste il tempo necessario per un riesame del contratto finalizzato alla contrattazione/negoziazione dell'oggetto dello scambio.

A tal fine, l'Ente ha anticipato il momento del riesame prima della richiesta del cliente, identificando, in via generale e soprattutto preventiva, i servizi offerti.

L'Ente ha definito per mezzo della Carta dei servizi le caratteristiche peculiari del servizio, le modalità per usufruirne e le condizioni che determinano il benessere al momento dell'accesso a tali servizi da parte dei clienti.

Il riesame si intende compiuto allorquando il cliente debitamente informato accetta e quindi usufruisce della fornitura del servizio.

4.3 Accettazione del contratto da parte del cliente

Per i servizi offerti dall'Ente, previsti e regolamentati secondo le modalità descritte in precedenza, l'accettazione del contratto da parte del cliente avviene:

- implicitamente, all'atto della richiesta/ricezione del servizio;
- esplicitamente, con l'acquisto di un servizio o il pagamento di eventuali oneri e simili;
- esplicitamente, mediante la firma da parte del cliente di un documento o atto di accettazione.

Per i servizi non regolamentati, questi vengono trattati caso per caso e devono portare alla predisposizione di un atto formale che ne identifichi le caratteristiche da considerarsi oggetto del contratto.

Tale atto viene riesaminato dal Direttore e dal Responsabile di Area per verificarne la legittimità, l'opportunità e la conformità all'ordinamento, quindi per valutare la capacità dell'Ente di soddisfare il contratto, che viene accettato esplicitamente da parte del cliente, mediante firma per ricevuta e/o pagamento di eventuali oneri.

4.4 Modifiche al contratto

Le modifiche ai servizi descritti nei documenti di cui sopra vengono riportate in nuove edizioni dei documenti stessi, che sono rese pubbliche ai clienti con le stesse modalità di pubblicazione e diffusione dei documenti che hanno sostituito.

Qualora venga evidenziata l'impossibilità di soddisfare alcuni requisiti, vengono apportate le conseguenti modifiche ai documenti contrattuali.

4.5 Rilevazione e aggiornamento dei requisiti contrattuali

Nel corso dell'anno, tali standard sono oggetto di una serie di rilevazioni, sistematiche o a campione, a cura dei Responsabili di Area; i dati raccolti sono elaborati dal RQ, il quale

Data emissione: 01/06/2021

Approvazione: 31/01/2024

restituisce le risultanze ai Responsabili di Area ed ai Responsabili di Unità Operativa (servizi). Nell'elaborare i dati raccolti, il RQ individua se i dati coincidono con gli obiettivi e gli indicatori definiti a ogni inizio anno in fase di riesame . I Responsabili di Area, deve /può produrre entro il mese di gennaio di ogni anno una **proposta di standard o di diversi indicatori** per l'anno successivo, che è approvata nel mese di Gennaio dal Consiglio di Amministrazione.

La raccolta dei dati, tramite apposite griglie /moduli /registrazioni CBA, viene effettuata dai Responsabili di Area /operatori delegati, attraverso un sistema di archiviazione depositata presso ciascuna Area o Unità Operativa, dentro la quale ogni Responsabile/operatore delegato ha cura di inserire quanto necessario per valutare ciascuno processo /standard. I dati così raccolti sono valutati e condivisi direttamente al RQ, da parte dei Responsabili di Area.

Entro il mese successivo, il RQ, con l'ausilio degli AQ, visiona i dati raccolti, valutando i risultati, la deviazione standard, dagli indicatori definiti , la percentuale delle conformità e quella delle non conformità; per quanto riguarda queste ultime, il RQ controlla la percentuale di non conformità per ciascuna delle eventuali categorie di soggetti, rispetto dello standard/indicatori previsto dalla Carta dei Servizi, e dal sistema Qualità. I dati relativi alle non conformità imputabili alle Aree, alle Unità Operativa o agli Organi dell'Ente, in misura superiore al limite prefissato con la Carta dei Servizi, sono registrati dal Direttore con Rapporto di non conformità e da lui discussi con i Responsabili di Area e con il Presidente del Consiglio di Amministrazione, entro il 20 del mese successivo.

I requisiti contrattuali vengono, salvo in casi specifici, effettuati al 30 agosto e fine febbraio di ogni anno, salvo disposizioni o iniziative motivate e condivise dalla direzione.

I dati relativi a tutto l'anno in corso, sono comunicati alla clientela dopo il riesame della direzione e non oltre i tre mesi successivi, a cura del DIR, insieme alle risultanze emerse dalla rilevazione annuale del grado di soddisfazione dei clienti, ed ai dati riguardanti i reclami o suggerimenti presentati nell'anno di riferimento, Comunicazioni dei clienti. La rilevazione del grado di soddisfazione dei clienti è effettuata dal RQ nel terzo quadrimestre dell'anno in corso utilizzando il questionario appositamente predisposto.

La rilevazione del numero dei reclami pervenuti nell'anno precedente è effettuata dal RQ trimestralmente ed annualmente sulla base dei dati raccolti.

I dati relativi al grado di soddisfazione dei clienti e al numero dei reclami pervenuti sono elaborati dal RQ, con l'ausilio degli AQ e trasmessi al Direttore in fase di riesame della direzione nel mese di febbraio, al fine di comunicare alla clientela gli esiti delle elaborazioni, entro il mese di marzo di ogni anno.

4.6 Archiviazione

La documentazione, che illustra l'avvenuto riesame del contratto, ovvero la documentazione descrittiva dei servizi illustrata precedentemente, è opportunamente conservata dal Direttore, quale registrazione della qualità.

ORARI DI RICEVIMENTO Tel. 0445 / 630955

DIREZIONE: DIRETTORE Dott.ssa Cavion Barbara - Segretaria Collicelli Raffaella		
LUNEDÌ	-	13:00 – 17:00
MARTEDÌ	09:00 – 13:00	-
MERCOLEDÌ	09:00 – 13:00	-
GIOVEDÌ	09:00 – 13:00	-
VENERDÌ	09:00 – 13:00	-
Ricevono su appuntamento nelle altre fasce orarie 0445-630955 (interno 1: Direzione)		

ASSISTENTE SOCIALE Dott.ssa Manozzo Debora		
LUNEDÌ	09:00 – 15:00	-
MARTEDÌ	09:00 – 12:30	13:00 – 17:30
MERCOLEDÌ	09:00 – 15:00	-
GIOVEDÌ	09:00 – 15:00	-
VENERDÌ	09:00 – 14:00	-
Riceve su appuntamento 0445-630955 (interno 2: Assistente sociale)		

COORDINATORE SERVIZI GENERALI Dott.ssa Bieganska Bernadeta			COORD. di REPARTO Dott. Fasolo Sabino	
LUNEDÌ	-	-	LUNEDÌ	08:00 – 14:00
MARTEDÌ	09:00 – 14:00	-	MARTEDÌ	08:00 – 14:00
MERCOLEDÌ	-	-	MERCOLEDÌ	-
GIOVEDÌ	-	-	GIOVEDÌ	08:00 – 14:00
VENERDÌ	09:00 – 14:00	-	VENERDÌ	08:00 – 14:00
Riceve su appuntamento 0445-630955 (interno 8: Coord. dei Servizi)			Riceve su appuntamento in altre fasce orarie 0445 630955 (interno 7: Coord. di Reparto)	

EDUCATORI - ANIMATORI					
Daniela Borin				Gabrieli Denise	
LUNEDÌ	09:00/12:30	14:30 / 17:30		LUNEDÌ	09:00 / 12:00 - 14:00 / 17:00
MARTEDÌ	09:00/12:30	14:30 / 17:30		MARTEDÌ	-
MERCOLEDÌ	09:00/12:30	-		MERCOLEDÌ	09:00 / 12:00 - 14:00 / 17:00
GIOVEDÌ	09:00/12:30	14:30 / 17:30		GIOVEDÌ	-
VENERDÌ	09:00/12:00	-		VENERDÌ	-
Ricevono su appuntamento 0445-630955 (interno 9: Educatrice)					

FISIOTERAPISTI:	Buzzolan Enrico		Forte Alessandro		Gnata Massimo
LUNEDÌ	8:30/12.30 – 13:00/14:30				
MARTEDÌ					09:00 / 13:00
MERCOLEDÌ	8:30/12.30 – 13:30/16:30				
GIOVEDÌ					09:00 / 13:00
VENERDÌ			09:00 / 12:30 - 13:00 / 15.30		
SABATO					
Ricevono su appuntamento 0445-630955 (interno 5: Infermieri)					

MEDICO DI MEDICINA GENERALE: Dott. Sanson Flavio		
LUNEDÌ	08:00 / 13:00	
MARTEDÌ		
MERCOLEDÌ		
GIOVEDÌ	08:00 / 13:00	
VENERDÌ		
SABATO		
Riceve su appuntamento 0445-630955 (interno 5: Infermieri)		

COMUNE DI VALLI DEL PASUBIO - ISTITUZIONE CASA DI RIPOSO "A. PENASA"

