

| | | |
|---|---|---|
| CASA DI RIPOSO" A. PENASA" Via S. Rocco ,1 Valli del Pasubio (VI) | Griglia di sintesi dei monitoraggi su obiettivi standard verifiche ispettive DICEMBRE 2025 | Mod. DIR 03.04 Rev. 03 Pag. 1 di pag. 5 |
| Data emissione: 01/06/2021 | Approvazione: 31.01.2022 | |

VERIFICA CONSUNTIVA DICEMBRE 2025

- **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...VALUTATA 1 FIGURE PRESENTI FORNITE DALLA COOP."MANO AMICA ". LA FIGURA RISULTA AVERE FORMAZIONE E TITOLI IDONEI. **CONFORME**
- **RISULTATO STANDARD 02 (Direzione).** Miglioramento continuo dei servizi erogati, tramite valutazione Obbiettivi 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
Risultato raggiunto attestato dalle griglie di STANDARD monitoraggio. **CONFORME**
- **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. 100% (consegna effettuata A.S ma archiviata in direzione).
Risultato raggiunto attestato dalle griglie di STANDARD monitoraggio. **CONFORME 100%**
- **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. **CONFORME**
- **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 100%**
- **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: 80% **EFFETTUATA PER FORMAZIONE SICUREZZA INTERNA. CONFORME**
FORMAZIONE SICUREZZA E RISCHIO CLINICO: CONFORME
FORMAZIONE PERSONALE INTERNO: CONFORME
FORMAZIONE PERSONALE COMPRESA SERVIZI ESTERNI: CONFORME
- **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' 2025 8.1 % 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.
Percentuale raggiunto attestato dalle griglie di monitoraggio: NON REGISTRATI RECLAMI NEL PERIODO. 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 2025 | Mod. DIR 03.04 Rev. 03 Pag. 2 di pag. 5 |
| Data emissione: 01/06/2021 | Approvazione: 31.01.2022 | |

- **RISULTATO STANDARD 35 (Direzione).** Adeguatezza e positività nella rilevazione di particolari esigenze formative nei confronti del proprio lavoro. Valutazione dei rapporti interpersonali o personali di sofferenza e di disagio con riferimento alla figura della psicologa. **Obiettivo:** individuare eventuali esigenze personali formative o problematiche lavorative ed effettuare eventuali formazioni specifiche o incontri personali.
ATTIVITA' SVOLTA : PRESENZA IN STRUTTURA DELLA PSICOLOGA. – EFFETTUATA RILEVAZIONI DELLE ESIGENZE FORMATIVE DEL PERSONALE INTERNO – CONFORME
- **RISULTATO STANDARD 36 (Direzione).** Adeguatezza e positività nella rilevazione annuale del grado di soddisfazione ospiti/famigliari parenti, nei confronti dei servizi svolti dall'ente. **Obiettivo:** Percentuale media di soddisfazione sul totale dei questionari compilati "integralmente" 80%. (questionario fine ANNO).
Percentuale raggiunto attestato dalle griglie di monitoraggio: GRADO SODDISFAZIONE GENERALE SUI SERVIZI RESI DALLA STRUTTURA SUI QUESTIONARI COMPILATI 94% TRA OTTIMO E BUONO-
Percentuale raggiunto attestato dalle griglie di monitoraggio > QUESTIONARI COMPILATI 80% DEL TOTALE OSPITI: 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 EFFETTUATO
- **RISULATATO 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: 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: CONFORME
- **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
- **RISULATATO 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**
- **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

| | | |
|---|---|---|
| CASA DI RIPOSO" A. PENASA" Via S. Rocco ,1 Valli del Pasubio (VI) | Griglia di sintesi dei monitoraggi su obiettivi standard verifiche ispettive DICEMBRE 2025 | Mod. DIR 03.04 Rev. 03 Pag. 3 di pag. 5 |
| Data emissione: 01/06/2021 | Approvazione: 31.01.2022 | |

- **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: CONFORME
- **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 e riportate su file dalla addetta alle attività, ogni 3 mesi
Coinvolgimento nelle attività animative secondo gli aspetti sociali. Obiettivo: 2 attività settimanali registrate su CBA. Verifica sul 8 ospiti su 25 % totale entrati: CONFORME
Percentuale raggiunto attestato dalle griglie di monitoraggio : CONFORME MIGLIORABILE: AUMENTARE LA PUNTUALITA' DEGLI OPERATORI PER INIZIO ATTIVITA' DEL MATTINO
- **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: CONFORME
SEGNALAZIONI IDRATAZIONI E SCARICHE: CONFORME
REGISTRAZIONE CONTROLLO FUNZIONALE MENSILE: -DOLORE -COLOSTOMIA -ECG : CONFORME
SCHEDA SEGNALAZIONE INCIDENT REPORTING: Scheda allertamento incident reporting, riportati su CBA.
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 su diario /CBA : CONFORME
gestione situazioni particolari, degli ospiti es: Stupefacenti glicemie, tempi e trattamenti: **CONFORME**
- **RISULATATO 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.
➤ Adeguata programmazione delle visite logopediche per gli ospiti. Obiettivo: 100% delle programmazioni. Per i nuovi entrati e adeguata registrazione delle prescrizioni. CONFORME
➤ **Percentuale raggiunto attestato dalle griglie di monitoraggio. 1 NON CONFORMITA' (1 OSPITE SU 8 VERIFICATI NON AVEVA AFFETTUATO VISTA MEDICA DA 5 MESI**
- **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: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 2 OSPITI HANNO EFFETTUATO LA VISITA, MA LA REGISTRAZIONE DEI PARAMETRI NON E' STATA AFFETTUATA

| | | |
|---|---|---|
| CASA DI RIPOSO" A. PENASA" Via S. Rocco ,1 Valli del Pasubio (VI) | Griglia di sintesi dei monitoraggi su obiettivi standard verifiche ispettive DICEMBRE 2025 | Mod. DIR 03.04 Rev. 03 Pag. 4 di pag. 5 |
| Data emissione: 01/06/2021 | Approvazione: 31.01.2022 | |

- **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. 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. 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. Nota: 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: OBIETTIVO DI 100% RAGGIUNTO. CONFORME **AZIONE DI MIGLIORAMENTO: PROPORRE STESSO MODULO DI REGISTRAZIONE AI 2 PIANI PER UNA OMOGENEA REGISTRAZIONE**
- **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%
- **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
- **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%

| | | |
|---|---|---|
| CASA DI RIPOSO" A. PENASA" Via S. Rocco ,1 Valli del Pasubio (VI) | Griglia di sintesi dei monitoraggi su obiettivi standard verifiche ispettive DICEMBRE 2025 | Mod. DIR 03.04 Rev. 03 Pag. 5 di pag. 5 |
| Data emissione: 01/06/2021 | | Approvazione: 31.01.2022 |

- **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.**AZIONE DI MIGLIORAMENTO CON MANUTENZIONE PROGRAMMATA DA INSERIRE NEL CORSO DEL 2026**
- **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 %** SULLE VERIFICHE EFFETTUATE.
INDICATIVAMENTE :1°/3° PIANO 136 INTERVENTI 2° PIANO 159 INTERVENTI ANNUI, SVOLTI E REGISTRATI:
CONFORME
- **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: **PARAMETRO NON VERIFICABILE E DA ELIMENINARE NEL 2026.**
- **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 NEL COMPLESSO TEMPI **CONFORME**