

CASA DI RIPOSO " A. PENASA" Via S. Rocco ,1 Valli del Pasubio (VI)	RIESAME DELLA DIREZIONE	MOD.DIR.01.05 Rev. 2 Pag. 1 di pag. 10
Data emissione: 01/06/2021		Approvazione: 01/06/2021

2025 RIESAME della DIREZIONE Del SISTEMA QUALITA' E HACCP DELLA CASA DI RIPOSO "A. PENASA" DI VALLI DEL PASUBIO

Valli del Pasubio 22/12/2025

CASA DI RIPOSO " A. PENASA" Via S. Rocco ,1 Valli del Pasubio (VI)	RIESAME DELLA DIREZIONE	MOD.DIR.01.05 Rev. 2 Pag. 2 di pag. 10
--	--------------------------------	--

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

INTRODUZIONE

Lo svolgimento del riesame della Direzione e del piano HACCP in vigore verrà mantenuto con cadenza semestrale, a meno che non intervengano motivi tali da richiedere una convocazione straordinaria.

PRESENTI

Nominativo	Funzione	Firma
BARBARA CAVION	DIRETTRICE	
MONICA DUSO	RESPOSNABILE SOCIO SANIATARIA	
ALFREDO SOFFIATO	RESPOSNABILE SISTEMA QUALITA'	
DEBORA MANOZZO	ASSISTENTE SOCIALE	
BERNADETA BIEGANSKA	RESPONSABILE AREA BENESSERE	

CASA DI RIPOSO " A. PENASA" Via S. Rocco ,1 Valli del Pasubio (VI)	RIESAME DELLA DIREZIONE	MOD.DIR.01.05 Rev. 2 Pag. 3 di pag. 10
Data emissione: 01/06/2021		Approvazione: 01/06/2021

ORDINE DEL GIORNO

L'odg discusso in sede di riesame viene di seguito riepilogato:

ARGOMENTI E DOCUMENTI IN ENTRATA:

1. RIASSUNTO MONITORAGGI AUDIT INTERNI DI GIUGNO E DICEMBRE 2025;
 - MOD.DIR 03.03
2. RISULTANZE NON CONFORMITA' 2025
3. RIASSUNTO MONITORAGGI 2024 A CONFRONTO CON DATI PRECEDENTI
4. PROPOSTE AZIONI DI MIGLIORAMENTO 2025
5. ELABORAZIONE DEGLI ESITI DERIVATI DAI QUESTIONARI OSPITI
6. OBIETTIVI GENERALI DELLA POLITICA PER LA QUALITA' DELL'ENTE
7. MANUTENZIONI E AREA TECNICA
8. PIANO FORMATIVO DEL PERSONALE E AFFIANCAMENTO
9. ATTIVITA DI SOSTEGNO PSICOLOGICO AGLI OSPITI
10. ESITO ANALISI
11. DOCUMENTI E VALUTAZIONI IN USCITA
12. PUNTI DI FORZA

DOCUMENTI IN USCITA:

MOD.DIR.03.05- Registro finale delle verifiche ispettive rev.03-2026
 MOD.DIR.03.03- Check list operativa audit rev. 05.-2025
 MOD.DIR.02.01- Elenco generale dei documenti rev.06-2026
 MOD.DIR.01.01- Obiettivi strategici per la qualità rev. 03-2026
 MOD.DIR.03.04- Griglia di sintesi su obiettivi rev.04-30.01.2026
 MOD.DIR.03.01- Piano Verifiche Ispettive 2026

INTRODUZIONE

Nei giorni 17 e 18 dicembre 2025 è stata effettuata la verifica consuntiva del sistema qualità in essere, presso la Casa di Riposo "A. Penasa" di Valli del Pasubio.
 La check List compilata riassume gli stessi indicatori e obiettivi di quella utilizzata nel mese di giugno, aggiornata con nuovi ospiti che sono stati oggetto della verifica di Qualità sulle funzioni e sul servizio svolto dall'ente.

CASA DI RIPOSO " A. PENASA" Via S. Rocco ,1 Valli del Pasubio (VI)	RIESAME DELLA DIREZIONE	MOD.DIR.01.05 Rev. 2 Pag. 4 di pag. 10
Data emissione: 01/06/2021	Approvazione: 01/06/2021	

1 RIASSUNTO MONITORAGGI AUDIT INTERNI DI GIUGNO E DICEMBRE 2025; MOD.DIR 03.03

Le aree di competenza esaminate in fase di verifica comprendono:

- Direzione
- Assistente sociale e socio animativa
- Socio-Sanitaria e fisioterapia
- Benessere e alberghiere
- Tecnica manutentiva
- Servizi (attività Cooperative accreditate).
- Servizio ristorazione ditta esterna

La revisione attualmente utilizzata MOD.DIR.03.05 con titolo "REGISTRO RISULTATI DELLE VERIFICHE INTERNE" risulta quella con Revisione 04 approvata in data 31/01/2025. La revisione prevede **39 punti, 47 obiettivi suddivisi in 63 indicatori.**

Gli indicatori risultano così suddivisi:

- ✓ Direzione n° 15
- ✓ Assistente sociale n° 11 di cui 3 per attività socio-animativa
- ✓ Socio sanitaria n° 17 di cui 3 socio-riabilitativa
- ✓ Alberghiera e benessere 9
- ✓ Tecnico manutentiva 5

2 RIASSUNTO RISULTANZE MONITORAGGIO ' 2025

Le risultanze, sulla verifica dei 63 indicatori riferiti ai 47 obiettivi prefissati, hanno fornito una visione dettagliata e ampia di tutte le aree operative interne: benessere e qualità dei servizi, gestione sanitaria e manutenzione interna che vengono svolti dall'ente a favore degli ospiti. Sono stati verificati e tracciati nel 2025 N° 16 "ospiti campione", ricercando tutti i passaggi, le documentazioni, le attività e i servizi svolti a loro favore, valutandone l'efficacia, al fine di rendere visibili eventuali carenze ed incongruenze di quanto erogato dall'ente.

Si riportano di seguito I RISULTATI emersi e condivisi con le varie funzioni di area, che daranno origine alle necessarie azioni correttive della verifica consuntiva del 2025.

- **Audit giugno 2025 MOD.DIR.03.05**
Non conformità n° 7 di cui azioni di miglioramento **5**
- Non conformità verso servizio di ristorazione **1**
- **Audit consuntivo dicembre 2025 MOD.DIR.03.05**
Non conformità n°3, azioni di miglioramento n°4.
- Non conformità verso il servizio di ristorazione **nessuna**
- **Totale anno 2025**
Non conformità totali n° **10.**

Di seguito riassunto monitoraggi delle verifiche interne dal 2020 con relativa evoluzione dei numeri dei processi e indicatori verificati.

CASA DI RIPOSO " A. PENASA" Via S. Rocco ,1 Valli del Pasubio (VI)	RIESAME DELLA DIREZIONE	MOD.DIR.01.05 Rev. 2 Pag. 5 di pag. 10
--	--------------------------------	--

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

Documenti di riferimento

1. Check list monitoraggio sugli obiettivi MOD.03.03
2. Registro risultato Verifiche ispettive MOD. DIR.03.05

ANNO	Anno 2020	Anno 2021	Anno 2022	Anno 2023	Anno 2024	Anno 2025
NUMERO PROCESSI definiti e controllati	27	34	43	43	43	47
NUMERO INDICATORI controllati all'interno degli standard	27	37	58	58	58	61
Azioni di miglioramento registrate su indicatori all'interno degli standard	Non applicati	2	9	2	14	16
Non conformità registrate su indicatori controllati all'interno degli standard	4	4	10	22	12	10
Non conformità registrate su INCIDENT REPORTING	Nessuna <i>Non valutato</i>	Nessuna <i>Non valutato</i>	Nessuna <i>Non valutato</i>	Nessuna <i>Non valutato</i>	4	3
% Risultati Non conformità solo in verifica Ispettiva su indicatori	Non applicabile	Non applicabile	7,6%	19.2 %	10.5%	8.1%

Calcolando il numero dei processi controllati dal 2024, si evidenzia nel 2025 un notevole miglioramento degli standard prefissati.

Standard non conformità

La soglia del numero di "Non Conformità" riportata nello standard del MOD.DIR.03. al punto 33, è segnata inferiore al **20% sugli indicatori valutati**.

Ne consegue quindi che, anche per il 2025 lo standard di 8.1% è raggiunto.

CASA DI RIPOSO " A. PENASA" Via S. Rocco ,1 Valli del Pasubio (VI)	RIESAME DELLA DIREZIONE	MOD.DIR.01.05 Rev. 2 Pag. 6 di pag. 10
Data emissione: 01/06/2021	Approvazione: 01/06/2021	

Tutte le non conformità risultano chiuse correttamente.

Nel corso della verifica 2025 sono state condivise, con la direzione e il personale, anche una serie di **azioni di miglioramento**. Queste hanno la finalità di sviluppare e gestire procedure che possano dare maggiore benessere, sicurezza e professionalità dei servizi erogati.

Nota importante: Alcune situazioni più articolate, sono state gestite nelle riunioni del "gruppo qualità" che si sono svolte nel 2025. Tali incontri si sono dimostrati un utilissimo metodo per confronto e valutazione, atti a risolvere, in forma preventiva, situazioni e casi evidenziati dalle varie funzioni di area.

3 RIASSUNTO MONITORAGGIO 2025 A CONFRONTO CON DATI PRECEDENTI

A conclusione della Verifica ispettiva Interna di dicembre 2025, si sottolinea un certo miglioramento rispetto al 2024, dove le non conformità sono risultate 12. Questo dato evidenzia come nel 2025 ci sia stato un incremento qualitativo sia nei servizi che nella gestione interna.

3.1 Reclami da parte delle autorità competenti e degli ospiti

Nel 2025 risulta formalizzato 1 reclamo dei famigliari di un ospite, gestito con attenzione e sistematicità. Non risultano ulteriori evidenze. Questo non esclude la possibilità di qualche disagio avvenuto ma che è stato gestito in modo attento e con soluzioni adeguate. Indicatore n. 34.

3.2 cambiamenti procedure e moduli

Nel corso del 2025 sono stati aggiornati e inseriti alcuni moduli e nuove procedure. La nuova documentazione, sarà inserita nell'apposito modulo "**Elenco Documenti**", che verrà approvato successivamente 30/01/2026.

4 PROPOSTE AZIONI DI MIGLIORAMENTO 2025

Nel corso del monitoraggio di dicembre e nel corso del 2025, sono state rilevate e condivise con la direzione e il personale anche una serie di azioni di miglioramento che non sono da considerare NON conformità, ma situazioni che se non gestite adeguatamente, possono rivelarsi potenziati prossime non conformità.

Le principali azioni si riferiscono a:

- Attività manutentive con inserimento manutenzione programmata ausili
- Sistema socio sanitario
- Alberghiera e benessere

Le azioni saranno documentate e consegnate ai responsabili di area. Le azioni sono riportate nel MOD. DIR.03.03

Nel corso del 2025 sono state registrate 16 azioni di miglioramento, in gran parte già gestite, considerato che non sono state nuovamente rilevate nella verifica ispettiva interna di dicembre 2025

5 ELABORAZIONE DEGLI ESITI DERIVATI DAI QUESTIONARI OSPITI

Questionari ritirati nel 2025 n°52 – (Nel 2022 erano 42 nel 2023 - 52 e nel 2024 - 59)

I questionari, redatti dalla direzione e distribuiti a ospiti e familiari per avere una valutazione e il gradimento di tutti i servizi erogati dalla casa di riposo nel corso del 2025, come indicato nel titolo del presente paragrafo, nella raccolta risultano essere pari all' **80%** di quelli distribuiti: (ospiti n°14 e familiari n°38). Tale feed-back risulta importante per elaborare con maggiore precisione quelle che sono le valutazioni percepite dagli ospiti e parenti.

CASA DI RIPOSO " A. PENASA" Via S. Rocco ,1 Valli del Pasubio (VI)	RIESAME DELLA DIREZIONE	MOD.DIR.01.05 Rev. 2 Pag. 7 di pag. 10
--	--------------------------------	--

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

I risultati ottenuti confermano una risultanza generale, classificabile con **"soddisfatto"**, (valore massimo riportato nel questionario).

Nello specifico si riportano alcuni esiti da considerare importanti per l'ente:

- Valutazione generale dei servizi resi dalla struttura 94% condiviso tra buono e ottimo.*
- Giudizio servizio infermieri e operatori: attenzione e cortesia 85% soddisfatto
- Giudizio servizio medico: disponibilità e attenzione 65% soddisfatto *
- Giudizio attività ricreative: 88% soddisfatto *
- Giudizio sulla pulizia e ordine: 87% soddisfatto *
- Servizio fisioterapico 75% soddisfatto*
- Servizio di ristorazione *

*Valutazione con aumento di soddisfazione rispetto al 2024

In conclusione la risultanza dei questionari conferma la qualità dell'offerta proposta dall'ente, con importanti aspetti di crescita migliorativa rispetto gli anni precedenti.

6 OBIETTIVI STRATEGICI GENERALI DELLA POLITICA E PER LA QUALITA' DELL'ENTE (rev. 03.2024)

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 in fase di Riesame della Direzione come previsto dalla PRG.DIR.01.01 la validazione degli "Obiettivi del Sistema Qualità", della struttura "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 03 e approvati con delibera amministrativa in data 31/01/2024. Dal seguente prospetto, si deduce il positivo raggiungimento degli obiettivi afferenti alla Politica per la Qualità approvato.

Successivamente, considerato quanto riportato di seguito sulla valutazione dell' **"OBIETTIVO STRATEGICO 5"**, si propone di effettuare una nuova revisione della PROCEDURA DIR.01.01 con un nuovo aggiornamento che prenderà REV 04 31/01/2026

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 RAGGIUNTO**

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): **CONFORME RAGGIUNTO**

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 RAGGIUNTO**

Obiettivo operativo 2b: ottenimento dei risultati programmati e le proposte fisioterapiche e motorie:

Obiettivo operativo 2c: attività e miglioramento continuo dei servizi offerti all'Ospite: standard valutati dal 20 al 27 . **CONFORME RAGGIUNTO**

OBIETTIVO STRATEGICO 3

Garantire una qualità di vita residua dignitosa, evitando l'accanimento terapeutico ed anche l'accadimento di eventi avversi.

CASA DI RIPOSO " A. PENASA" Via S. Rocco ,1 Valli del Pasubio (VI)	RIESAME DELLA DIREZIONE	MOD.DIR.01.05 Rev. 2 Pag. 8 di pag. 10
Data emissione: 01/06/2021	Approvazione: 01/06/2021	

Obiettivo operativo 3a: attivazione di mirate attività formative per il Personale e per il Volontariato:

Notevole miglioramento nel 2025 con incontri e confronti formativi con il personale e figure professionali e collaborazioni con i volontari. *CONFORME RAGGIUNTO*

Obiettivo operativo 3b: condivisione con i familiari dell'Ospite dell'azione svolta da ciascun operatore della Struttura con il PAI: *CONFORME RAGGIUNTO*

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 RAGGIUNTO*

OBIETTIVO STRATEGICO 4

Instaurare 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, 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 raggiunto l'80%, il grado di soddisfazione per la gestione generale multidisciplinare risulta molto soddisfacente. *CONFORME*

Obiettivo operativo 4b: promozione di una immagine positiva e realistica della struttura:

La comunicazione con i parenti degli ospiti, si è conclusa positivamente con una assemblea indetta all'interno della struttura. Tutto questo porta al giusto confronto e condivisione tra struttura e ospiti – 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 2025 si è posto questo obiettivo che, NON TROVA LA GIUSTA RISPONDENZA, in quanto le attività dei servizi forniti, viene valutato a monte tramite appalto pubblico.

Tale sistema prevede pre-requisiti già valutati e risulta poco fattibile una qualifica dell'attività almeno fino al termine dell'appalto stesso.

Nota: QUESTO OBIETTIVO OPERATIVO VA RIMOSSO DALLA POLITICA DELLA QUALITA'

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 2025 si è mantenuto come obiettivo, 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%*.

CASA DI RIPOSO " A. PENASA" Via S. Rocco ,1 Valli del Pasubio (VI)	RIESAME DELLA DIREZIONE	MOD.DIR.01.05 Rev. 2 Pag. 9 di pag. 10
Data emissione: 01/06/2021	Approvazione: 01/06/2021	

7 MANUTENZIONI E AREA TECNICA

L'attività tecnico manutentiva è un punto importante per la sicurezza degli ospiti e il loro benessere.

Questa attività viene svolta con meticolosa attenzione dal personale, con ricerca di continui aspetti migliorativi. I numeri delle attività manutentive interne ordinarie nel corso del 2025 si mantengono in linea con il 2024 attuando circa 320 registrati e attuati sull'intera struttura.

Nota: *Interventi ritardati maggiore di 15 giorni come da obbiettivo 33 , sono stati n° 7 sul totale. Il ritardo è imputabile alla difficoltà di reperire in tempi brevi i materiali richiesto per l'intervento.*

8 PIANO FORMATIVO DEL PERSONALE E AFFIANCAMENTO

La formazione programmata per il 2025 prevedeva principalmente:

- formazione programma sulle procedure e il mantenimento delle documentazioni del sistema qualità
- formazione programma sistema sicurezza dec.81
- formazione igienico sanitaria e manipolazione alimenti, HACCP
- registrazione del tutor per affiancamento e formazione di nuovi ingressi del personale
- attività di sostegno psicologico al personale.

Le attività sopra riportate, risultano completate e svolte costantemente durante il 2025. La presenza è stata conforme al personale coinvolto. Da valutare positivamente, in riferimento all'affiancamento dei nuovi inserimenti del personale, come l'attività e la produzione di documenti che risultano completi e redatti correttamente.

Nel 2025 non sono risultate assenze prolungate tali da dover effettuare la compilazione del modulo previsto per gli avvicendamenti lavorativi e relative consegne.

9 ATTIVITA DI SOSTEGNO PSICOLOGICO AGLI OSPITI

Da valutare come nuovo importante inserimento nell'organigramma funzionale interno la presenza dal 2025 della figura della psicologa. Questa figura ha portato un ulteriore incentivo all'osservazione delle singole problematiche degli ospiti, valutando comportamenti e trasmettendo eventuali sostegni a favore del loro benessere.

L'attività di psicologa, si è svolta anche a favore del personale interno, con l'opportunità di confronto e di supporto nelle attività lavorative.

10 VALUTAZIONE ANALISI

Nel 2025 si mantiene come negli anni precedenti in controllo dell'acqua sia nella potabilità, che nel monitoraggio della legionella. Il controllo analitico effettuato semestralmente, come dal manuale e piano di controllo interno, ha prodotto tutti risultati conformi.

11 DOCUMENTI E VALUTAZIONI IN USCITA

Da approvare per il 2026

MOD.DIR.03.05- Registro finale delle verifiche ispettive rev.03-2026

MOD.DIR.03.03- Check list operativa audit rev. 05.-2025

MOD.DIR.05.02- Azioni di miglioramento re.02 MOD.DIR.05.02

MOD.DIR.01.01- Obiettivi per la qualità rev. 04-2026

MOD.DIR.03.04- Griglia di sintesi su obiettivi rev.05-30.01.2026

MOD.DIR.02.01 Elenco generale dei documenti rev.05 2026

CASA DI RIPOSO " A. PENASA" Via S. Rocco ,1 Valli del Pasubio (VI)	RIESAME DELLA DIREZIONE	MOD.DIR.01.05 Rev. 2 Pag. 10 di pag. 10
Data emissione: 01/06/2021	Approvazione: 01/06/2021	

12 PUNTI DI FORZA

Dalle verifiche Ispettive Interne, dalla valutazione delle Non conformità rilevate nel 2026, dai questionari compilati dagli ospiti e famigliari, si possono trarre conclusioni sull'attività svolta, considerando una serie di punti di forza della struttura:

Tra questi aspetti emerge:

- L'assistenza attenta e professionale del personale infermieristico, degli operatori che ha creato un rapporto collaborativo positivo e della presenza del medico in struttura.
- L'attività socio animativa
- Il servizio socio assistenziale nel suo insieme, come quello fisioterapico
- Una buona gestione della attività di ristorazione
- Il mantenimento delle figura della logopedista e della psicologa come valori aggiunti.
- Un ottimo mantenimento delle pulizie e dell'igiene degli ambienti e manutenzione strutturale.

CONCLUSIONI

La casa di riposo "A. Penasa" si conferma una struttura di un ottimo livello perchè a saputo mantenere anzi aumentare ulteriormente rispetto il 2024, un sistema per la ricerca continua di miglioramento e innovazione dei servizi proposti. Ciò fa risultare l'Ente in una posizione dinamica e di crescita per servizi che siano di continuo stimolo per gli ospiti.

Il lavoro di verifica del Sistema Qualità, essendo svolto da figura esterna, pone una visione imparziale sui processi che danno vita ad una sinergia volta a coinvolgere tutte le figure professionali operanti, per dare spazio a nuove proposte e soluzioni.

Importante risulta infine il positivo ritorno da parte dei parenti e famigliari degli ospiti che hanno dimostrato in fase di assemblea approvazione e sui programmi e sui servizi svolti all'interno della struttura.

Il tutto resta un obiettivo da mantenere da parte della direzione e della amministrazione ferma anche per il 2026.

Il responsabile qualità
Agr. Alfredo Soffiato

La Direzione
Dott. Barbara Caviro