

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 monitoraggi 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.

## **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.

#### **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.

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	<b>57</b>	<b>57</b>
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)	<b>RIESAME DELLA DIREZIONE</b>	MOD.DIR.01.06 Rev. 2 Pag. 5 di pag. 8
--	--------------------------------	---

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

% Risultati Non su obiettivi	<b>33%</b>
Non Conformità totali aperte nell'anno	<b>19</b>

**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.

<b>OBIETTIVO STRATEGICO 1</b>
<b>Valutare la corretta ammissione e inserimento con la gestione del caso specifico</b>
<b>Obiettivo operativo 1a:</b> celerità nell'applicazione degli obiettivi di processi della progettazione all'ingresso: standard dal punto 7 al punto 11, tutti conformi alle percentuali definite: <b>CONFORME</b>
<b>Obiettivo operativo 1b:</b> 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, <b>CONFORME</b>
<b>OBIETTIVO STRATEGICO 2</b>
<b>Condividere, come obiettivo principale, il mantenimento o il recupero dell'autonomia dell'ospite</b>
<b>Obiettivo operativo 2a:</b> ottenimento dei risultati programmati con i Progetti Assistenziali Individualizzati (PAI): valutazioni su standard 21 e 22, 7, 8, <b>CONFORME</b>
<b>Obiettivo operativo 2b:</b> ottenimento dei risultati programmati e le proposte fisioterapiche e motorie: standard 20, 21, 22. <b>CONFORME</b>

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 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%**.

**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

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 maggiori 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

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