

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.