

Management System Certification

Rapporto di Audit

Organizzazione:	I.P.A.B. G. Bisognin Servizi Socio Assistenziali				
Indirizzo:	Via G. Bisognin, 6 Meledo di Sarego (VI)				
Norma(e):	UNI EN ISO 9001:2015	Accreditamento: ACCREDIA			
Rappresentante Organizzazione:	Dr. G. Zanin / Direttore				
Sito(i) visitato(i):	SEDE	Data dell'audit:	13 e 14/10/2022		
Codice EA:	38	Codice NACE (rev.1):	85.31	Codice Area Tecnica:	38.1, 38.2, 38.3
N° di addetti:	92	No. di turni:	3		
Lead Auditor:	LUCA BONORA	Altri componenti il GA:	//		
Altri partecipanti e loro ruolo:					

Il presente rapporto è riservato e la sua distribuzione, salvo diversamente prescritto da disposizioni di legge, è limitata al Gruppo di Audit (GA), ai partecipanti all'audit, al Rappresentante dell'Organizzazione, a SGS Italia e può essere oggetto di richiesta o campionamento da parte dell'Ente Accreditante, dei Proprietari di schema, di Enti Regolatori in accordo al documento SGS *data privacy policy* disponibile al seguente link: <https://www.sgs.com/en/privacy-at-sgs>

1. Obiettivi dell'audit

Gli obiettivi di questo audit sono stati quelli di determinare la conformità del sistema di gestione, o di parti di esso, con i criteri di audit e la sua:

- capacità di garantire che l'organizzazione soddisfi i requisiti legali, normativi e contrattuali applicabili (nota: un audit di certificazione del sistema di gestione non è un audit di conformità legale).
- efficacia al fine del raggiungimento degli obiettivi specificati;
- l'identificazione delle sue aree di potenziale miglioramento, per quanto applicabile.

2. Scopo della certificazione

Progettazione e realizzazione di servizi sanitari e socio- sanitari per anziani autosufficienti e non autosufficienti in regime residenziale, semiresidenziale e di assistenza domiciliare.

Scopo modificato a conclusione dell'audit Sì No
 Per realtà plurisito l'elenco dei siti fissi o temporanei (concordato con il Cliente) è riportato in allegato Sì No

3. Evidenze dell'audit e conclusioni

Il Gruppo di Audit (GA) ha condotto un'audit mediante campionamento per processi focalizzato sugli aspetti/rischi/obiettivi significativi richiesti dalla norma di riferimento, basato sulle informazioni disponibili al momento dell'audit; nell'audit sono state utilizzate tecniche quali interviste, osservazioni di attività e riesame dei documenti e delle registrazioni. L'audit è stato strutturato in accordo con il piano e la matrice di audit che sono parte integrante delle registrazioni dell'attività eseguita insieme alle check-list eventualmente utilizzate. Le conclusioni del GA sono che l'Organizzazione ha non ha stabilito e mantenuto il sistema di gestione in conformità con quanto richiesto dalla norma e dimostrato la capacità del sistema di raggiungere sistematicamente i requisiti definiti per i prodotti/servizi in linea con lo scopo e gli obiettivi/politica dell'Organizzazione.

Numero di non conformità identificate 0 Maggiori 0 Minori

In base ai risultati del presente audit e allo stato di sviluppo e maturità dimostrato dal sistema, il Gruppo di Audit propone quindi che la certificazione del sistema di gestione sia :

Concessa / Confermata / Ritirata / Sospesa fino al completamento delle azioni correttive

Rif. n°:	IT/NE.20200015	Data Rapporto:	14 ottobre 2022	Tipo visita:	sorveglianza		
CONFIDENZIALE	Doc Rif. N°	RS2 - Rapporto di Audit Stage 2 – Rev 17	Visita n°	3	Pag. n°	1 di 9	

Nota: il presente rapporto è da ritenersi ufficiale a meno che la fase di valutazione delle risultanze dell'audit non comporti modifiche al risultato della stessa che saranno notificate da SGS Italia.

4. Risultati del precedente audit

I risultati del precedente audit sono stati valutati al fine di accertare l'attuazione di adeguate azioni correttive volte a rimuovere le cause di eventuali non conformità. Tale valutazione ha portato alle seguenti conclusioni

- Le non conformità identificata nel precedente audit sono state risolte con azioni correttive risultate efficaci (vedere sezione 6 per dettagli)
- Il sistema di gestione non ha adeguatamente risolto le non conformità identificate nel corso del precedente audit e gli elementi specifici sono stati oggetto di nuove non conformità riportate nel presente rapporto

5. Evidenze dell'audit

L'audit, condotto adottando un approccio per processi focalizzato sugli aspetti/rischi/obiettivi significativi richiesti dalla norma di riferimento, si è svolto mediante interviste, osservazioni delle attività ed esame di documenti e registrazioni. Di seguito sono sintetizzate le conclusioni principali dell'audit:

La documentazione del sistema di gestione è risultata conforme ai requisiti della norma di riferimento e risulta adeguatamente strutturata per supportare l'implementazione ed il mantenimento del sistema di gestione. Si No

L'Organizzazione ha dimostrato un'effettiva implementazione e mantenimento/miglioramento del sistema di gestione ed è in grado di raggiungere gli obiettivi della politica e dei risultati attesi del rispettivo(i) sistema(i) di gestione Si No

L'Organizzazione ha dimostrato di disporre e perseguire appropriati obiettivi e traguardi prestazionali verificandone i progressi ai fini del loro raggiungimento. Si No

Il programma di audit interni è stato implementato ed è risultato uno strumento efficace ai fini del mantenimento e miglioramento del sistema di gestione. Si No

Il processo di riesame della direzione ha dimostrato la capacità dell'Organizzazione di assicurare la continua conformità, adeguatezza ed efficacia del sistema di gestione. Si No

Limitatamente al campionamento effettuato e alle evidenze di audit, i requisiti applicabili, compresi quelli cogenti aventi influenza sulla certificazione, sono soddisfatti. Si No

L'organizzazione dichiara di non essere coinvolta in procedimenti giudiziari conseguenti alle leggi sulla responsabilità da prodotto o a violazioni di leggi concernenti i prodotti forniti e/o i servizi erogati o comunque afferenti ai sistemi di gestione oggetto di certificazione. Si No

Mediante il processo di audit, il sistema di gestione è risultato nel complesso conforme ai requisiti della norma di riferimento. Si No

I riferimenti alla certificazione sono risultati corretti e in accordo alla Guida SGS e l'Organizzazione controlla adeguatamente l'uso dei documenti di certificazione e del logo N/A Si No

Per audit integrati, confermare il livello di integrazione del sistema N/A Basic High

Rif. n°:	IT/NE.20200015	Data Rapporto:	14 ottobre 2022	Tipo visita:	sorveglianza		
CONFIDENZIALE	Doc Rif. N°	RS2 - Rapporto di Audit Stage 2 – Rev 17	Visita n°	3	Pag. n°	2 di 9	

6. Elementi significativi oggetto di audit

I processi, le attività e le aree esaminate sono dettagliate nel piano/matrice di audit. Gli elementi principali esaminati sono richiamati schematicamente di seguito:

➤ **Relativamente al precedente audit:**

In riferimento alla RAC min "All'interno del nucleo viola armadio farmaci si è riscontrato una confezione di Valium 10 mmg – 2ml fiale, lotto F1153F01 scaduto il 09.2021" : *Visto la gestione tramite rapporto azione correttiva del 08.10.21; effettuata riunione formativa con gli infermieri in data 26.11 201; aggiornata la procedura PQ.SARIA.05 gestione farmaci che passa in rev2 del 01.01.2022*

- In riferimento alle osservazioni e RAC è stata documentata l'implementazione attraverso il documento "Rapporto di Riesame 2° Livello" del 13.07.22, allegato alla delibera del consiglio di amministrazione n.26 del 28.07.22 -

1) Si raccomanda di siglare le consegne quando definite in cartaceo: *è stata ribadita la necessità di utilizzare sempre la cartella sanitaria CBA (rif. riesame direzione del 13.07.22)*

2) Si raccomanda la messa in sicurezza della bombola O2 presente in nucleo arancione.--> *gestito con Rapporto di Azione Correttiva n.2 del 08.10.21 e chiuso il 12.10.21; l'azienda utilizzerà unicamente la modalità di erogazione O2 con concentratori e non più mediante Bombole.*

3) Si raccomanda di specificare chiaramente nella procedura disinfezione e pulizia ambienti covid-19 rev03 i prodotti da utilizzare per l'attività di pulizia: *procedura revisionata con inserimento della modalità dell'uso prodotti; procedura "disinfezione ambienti" PO32 in rev04 del 31.12.2021*

4) Valutare l'opportunità di redigere un registro sigle medici, oppure far firmare per esteso, o utilizzare apposito timbro → *visto inserimento in sistema del modulo "Registro Sigle firme dei medici operanti" MOD.DIR.04.19 presente nel quaderno terapia degli ospiti presenti in ogni piano*

5) Si raccomanda di estendere la gestione dei farmaci FALA-LASA anche al nucleo viola → *gestione attivata come per gli altri nuclei. Non è comunque possibile verificarla direttamente in quanto il reparto è isolato per casi sospetti covid.*

6) Si raccomanda di analizzare e commentare gli esiti delle azioni individuate per contenere i rischi con il Mod.DIR.01.10 "Analisi dei rischi e azioni conseguenti" con cadenza almeno corrispondente a quella del Riesame della Direzione. *Visto riesame direzione del 13.07.22*

7) Si raccomanda di rivedere il modulo per la gestione delle NC in modo di poter registrare anche l'esito del trattamento. *Visto gestione della nc n. 12 del 21.03.22 con chiusura del trattamento corretta. Nuovo modulo revisionato (Mod. MON.03.01 rev1)con aggiunto campo chiusura non conformità.*

➤ **Relativamente al presente audit; incluso ogni cambiamento significativo (per es. al personale chiave, alle attività del cliente, al sistema di gestione, al livello d'integrazione, ecc)**

Contesto dell'Organizzazione; esigenze ed aspettative delle parti interessate; campo di applicazione del SGQ e relativi processi

- Centro servizi per anziani non autosufficienti:

Autorizzazione all'Esercizio, Decreto Dirigenziale n°252 del 14.6.2018

Rinnovo Accreditamento Istituzionale, Deliberazione giunta regionale n°1869 del 29.12.2021 valido fino al 31.12.2024;

Servizio di assistenza domiciliare:

Comune di Sarego, protocollo operativo con il comune per affidamento del servizio di assistenza domiciliare, del 31.01.2022

Carta dei servizi del 02.09.21

Sede unica, in tre piani; sei nuclei 2 per piano; ospiti presenti 121: struttura autorizzata per 123 posti letto tra autosufficienti e non autosufficienti (di cui 114 primo e secondo livello e 9 per comunità alloggio)

Rif. n°:	IT/NE.20200015	Data Rapporto:	14 ottobre 2022	Tipo visita:	sorveglianza		
CONFIDENZIALE	Doc Rif. N°	RS2 - Rapporto di Audit Stage 2 – Rev 17	Visita n°	3	Pag. n°	3 di 9	

Servizio di assistenza domiciliare in comune di Sarego

Centro diurno attualmente sospeso per motivi di prevenzione al contagio Covid-19

Contesto, Parti interessate, Rischi e Azioni correlate, il tutto presente in documento "Mod.DIR.01.10 Analisi dei rischi e azioni conseguenti" del 30.01.2022

Organizzazione interna:

- caratteristiche del capitale umano
- relazioni sociali interne
- capitale organizzativo
- relazioni con soggetti esterni
- aspetti fisico logistici
- aspetti finanziari
- aspetti tecnologici

Contesto esterno

- rette praticate dalla concorrenza
- esigenze espresse dall'AULSS
- difficoltà espresse dal Contesto
- esigenze espresse da potenziali clienti
- esigenze espresse da ospiti e parenti
- rapporti contrattuali con ospiti e parenti

Processi, sequenza e interazioni, identificati in documento Mod.DIR.01.11 "Algoritmo dei Processi verso ISO 9001:2015" del 01.07.21

Scopo del sistema qualità documentato nella politica per la qualità: tale documento riporta inoltre gli obiettivi strategici aziendali, ripresi in seguito, analizzati e commentati nel Riesame della Direzione

Leadership e impegno

Organigramma funzionale 01.01.2017

Obiettivi per la qualità ed Indicatori di Processo in documento Mod.DIR.01.06 "Prospetto risultati attesi", allegato alla delibera CDA n02 del 31.01.22 + verifica risultati periodo gennaio-maggio 2022

Per il 2021 riporto alcuni casi dell'analisi chiusure obiettivi.

- area FKT, Indicatore: tempo entro il quale effettuare la valutazione iniziale, obj: 1 settimana per il 95% dei casi; risultato ottenuto al 100% dei casi.
- Area animazione, indicatore validazione delle competenze dell'ospite; obj: entro un mese dall'ingresso; risultato ottenuto al 100% dei casi.
- Area Progettazione personalizzata: data entro la quale effettuare la prima valutazione e conseguente redazione del primo PAI; OBJ: entro 60 giorni per il 95% dei casi: risultato raggiunto nel secondo semestre del 2021

Per il 2022 riporto alcuni casi di obiettivi e relativi indicatori

- Area sociosanitaria: adeguatezza nel rispetto dei piani di lavoro e procedure; indicatore: cadenza trimestrale dei report forniti a fine trimestre dal resp. OSS verso la Direzione/Uff. Personale; risultato raggiunto con esito positivo.
- Area Progettazione personalizzata: obj: adeguatezza e celerità nella redazione del PAI verso nuovo cliente; Indicatore: entro 30 giorni dall'ingresso degli ospiti nel 90% dei casi: risultato dal 1.1.22 al 31.5.22 → 90% risultato raggiunto
- Area sanitaria: adeguatezza nella registrazione delle lesioni da immobilizzazione, cadute, farmaci: INDICATORE almeno i 2/3 dei mesi di invio nei tempi previsti dall'ULSS; risultato ottenuto con esito positivo.

Politica per la Qualità in Mod.Dir.01.01 del 01.09. 2020

Informazioni documentate

Procedure e documentazione SGQ su Elenco Documentazione SGQ su Mod.MON.01.01 agg. al 01_01_2022

MOD MON 08.01 elenco protocolli operativi del 05.10.2022

Esempio protocollo inserito a sistema PO32 Gestione ossigenoterapia con concentratore rev00 del 01.08.2021

Rif. n°:	IT/NE.20200015	Data Rapporto:	14 ottobre 2022	Tipo visita:	sorveglianza		
CONFIDENZIALE	Doc Rif. N°	RS2 - Rapporto di Audit Stage 2 – Rev 17	Visita n°	3	Pag. n°	4 di 9	

Esempi: Protocollo aziendale per la gestione del Corona Virus rev02 del 05.05.2020 PO33
 Elenco norme cogenti, inserito in documento Mod.DIR.01.11 "Algoritmo dei Processi verso ISO 9001:2015" del 01.07.21
 Per la Privacy, visto organigramma RGD del 22.05.2018 – RPD AVV. I.Santorin
 Procedura operativa controllo certificato-verde (covid -19) → registro determinazioni n.197 del 13.10.2021

Pianificazione /Analisi dei Rischi

Mod.DIR.01.10 "Analisi dei rischi e azioni conseguenti" del 30.01.2022

Rischi individuati, collegati al contesto interno ed esterno:

contesto interno: rischio di inadeguatezza del personale coinvolto; rischio di demotivazione del personale coinvolto; rischio di perdita conoscenze da parte dell'Organizzazione; rischi di inadeguatezza dei fornitori; rischio di carenza di entrate

contesto esterno: rischio di bassa concorrenzialità; rischio di cambiamenti interpretativi ed applicativi da parte di enti terzi; difficoltà di accesso da parte dei clienti; rischio clinico

Per ogni rischio individuato sono stati individuati appositi indicatori (vedi ad esempio documento Mod.DIR.01.07 "Prospetto risultati attesi") e le conseguenti azioni per ridurre i rischi

- Esempio, per il rischio interno: "rischio di inadeguatezza del personale coinvolto" l'azione individuata è "inserire nei ruoli chiave dell'Organizzazione personale competente e affidabile, soprattutto per i ruoli di Assistente Sociale, di Coordinatore sanitario, di Infermiere, di Psicologo, di Fisioterapista, di Educatore Animatore e di Istruttori Amministrativi; aumento progressivo della % di personale con almeno 4 ore annue di formazione". → visto assunzione figure professionali: Psicologo – fkt – e 2 IP

- Esempio per il contesto esterno: visto inserimento rischio da patogeni - sars – cov 2; indicatore >10% ospiti contagiati – attività: applicazione dei protocolli di prevenzione emanati dal ministero sanità.: RISULTATO 2021 nessun nuovo caso covid

Progettazione e realizzazione di servizi sanitari e socio- sanitari

NUCLEO VERDE

OPERATORI SOCIO ASSISTENZIALI

Intervistato Referente OSS: Elena Frigotto; Verdiana Buratto; Assistente sociale Danti Nadia

Utente di riferimento Sig.ra F.R, entrata in struttura il 30.01.2020

SOFTWARE utilizzato CBA (SICAR)

Visto contratto di ospitalità tra IPAB e Sig.ra F.R, prot. N. 108 del 29.01.20 – Informativa privacy 29.01.21 –

Visto cartella ingresso, del 28.01.2022 con note sulle condizioni generali dell'ospite. Visto anche valutazioni sanitarie del 15.09.2020 tramite apposito software ATLANTE – Carta dei servizi consegnata – visto anche modulo "corredi ospite" allegato A al contratto.

Piano di lavoro nucleo Verde in rev03 aggiornato al 29.08.2022 esempio viste attività nel turno 07,00-14,00

Primo P.A.I. del 16/07/2021: Ospite autonomo , peso 74 ; obj per i prossimi 12 mesi: mantenimento generale delle capacità -> strategie utilizzate dagli oss: assistenza in caso di necessità esempio svestizione e igiene intima.

Viste registrazioni durante il periodo dal 16.07.21 al 14 settembre 2022 (secondo P.A.I) tramite DIARIO ASSISTENZIALE → in data 30.04.22 ospite iperattivo, vocante, sonna campanello. Nella notte non riesce a dormire. SCHEDA ASSISTENZIALE; gli oss registrano nella scheda eventi vari, relativi ad esempio ad Sonno riposo- IGIENE; movimento, in questo periodo l'utente utilizza carrozzina a seguito frattura alla spalla. Vista registrazione relativa alla caduta avvenuta il gg 15.09.22 e riscontrata dall'inf. Dascalu Adriana alle ore 18.00 (verificare scheda cadute)

Visto registrazione (trend) del peso da 77,5 del 20.12.21 a 81 del 17.08.22

Visto registrazioni alvo dal 13.10.21 al 13.10.22

Visto turni del personale (stampa appesa in sala oss) e incrociato il dato con i presenti di oggi campionato N.D ok corrisponde

INFERMIERISTICO

Referenti Camelia Vedianu e A.Vigo

Piano di Lavoro del febbraio 2018 in rev0

Utente di riferimento Sig.ra F.R, entrata in struttura il 30.01.2020

Rif. n°:	IT/NE.20200015	Data Rapporto:	14 ottobre 2022	Tipo visita:	sorveglianza		
CONFIDENZIALE	Doc Rif. N°	RS2 - Rapporto di Audit Stage 2 – Rev 17	Visita n°	3	Pag. n°	5 di 9	

Visto compilazione scheda cadute del gg 15.09.22

Primo P.A.I. del 16/07/2021 : visto analisi parte infermieristica: scala Braden punteggio 20/23;

Aspetto assistenziale, tra gli obj era anche previsto di evitare le cadute

Andamento parametri vitali del periodo compreso tra i 2 P.A.I di pressione arteriosa, Saturazione ossigeno, frequenza cardiaca.

Visto Diario infermieristico esempio del 12.09.22 con riporto valore della misurazione tramite test Braden (punteggio 22 su 30)

P.A.I del 14.09.22 →obj “evitare cadute” ; il giorno dopo è avvenuta la caduta di cui sopra.

Visto foglio firme medici : dott. Sinigaglia e dott.sa Rancan

Visto foglio terapie Sig.ra F.R, con sigla del dott. Sinigaglia agg. al 11.10.22

Visto gestione controllo farmaci con registrazione su calendario di sett. 2022: controllo armadio B a cura di Naim Soufiane il 4.09.22

Sfigmomanometro ERKA mtr.16027184 → taratura a cura di La Sanitaria Due - marzo 2022 -

Utilizzo presidi medico chirurgici per medicazioni monouso.

Servizio educativo

Referenti sig.ra Elena Maria Soave → diploma di educatrice professionale socio sanitaria Desirè Nastelli → educatrice professionale socio educativa

Utente di riferimento Sig.ra F.R

Pai del 16.07.21 → utente tendenzialmente solitaria e rifiuta proposte educative → nessun obiettivo

Pai del 14.09.22 → utente tendenzialmente solitaria e rifiuta proposte educative → proposto obiettivo “mantenimento di attività relazionali-sociali ; strategia mediante colloqui individuali con educatore al fine di stimolarla alla partecipazione delle attività proposte.

Vista analisi del 10.09.22 prima della emissione del PAI: rispetto al precedente si dà evidenza dell’inizio delle attività dicolloqui con l’educatrice.

Visto in alternativa attività di ospite Sig. P.G. → nucleo arancione: attività “cinema” → progetto di riferimento “cinema” con descrizione attività, obiettivi, metodo target dei partecipanti tempi, risorse e indicatori di verifica, tra i qualivalutazione dell’attenzione dei partecipanti, espressione di emozioni, rimanere fino a fine film.

Visto partecipazione dell’ospite del giorno 8.10.22 con esito positivo.

Servizi di gestione alberghiera

rif. Rossi Cinzia funzione Capo Cuoca

Visto doc. manuale HACCP aggiornato a 10/08/2022;

visto controlli registrati per temperature celle del mese di ottobre dal 01 al 13 (4 celle) con esito positivo;

Piano DI LAVORO ausiliario periodico cucina cod IO07.1: Visto controllo pulizie mese ottobre del 4 eseguito da Moira Cervato (sanificazione, pulizia, etc.) con esito positivo

Visto anche gestione controllo parassiti-infestanti: piantina del 28.03.2019; fornitore gruppo INDACO rapportino del 31.08.2022

Visto campioni cibo prodotto il giono 12.10.2022 → campione di bocconcini omogenizzati; visto menù giorno 12 ottobre in relazione ai prodotti campioni conservati.

Visto controllo ULSS del 10.11.2021 con esito positivo + osservazioni miglioramento

Supporto

Manutenzione → referente sig.ra Piccoli Maura

- Visto manutenzione sollevatori barelle “arjo” → rapporto di intervento del 18.02.22 a cura del fornitore Arjo – controllo annuale; esempio visto controllo di manutenzione relativo a lift hygiene chair n. serie SEE0326303 esito positivo
- Visto manutenzione centrale termica: fornitore Edison Facility solutions – controllo semestrale; rapporto di controllo di efficienza energetica del 4.02.2022; caldaia UNICAL, modello Modulex ext 550, mtr. 11U10371.

Strumenti di misura

- Visto elenco sollevatori/barelle docce – apparecchiature elettromedicali aggiornato al 24/03/2022; Visto certificato di calibrazione rilasciato da La sanitaria Ferro sas in data 24.03.22 relativo allo sfigmomanometro ERKA mtr.16027184 .

Rif. n°:	IT/NE.20200015	Data Rapporto:	14 ottobre 2022	Tipo visita:	sorveglianza		
CONFIDENZIALE	Doc Rif. N°	RS2 - Rapporto di Audit Stage 2 – Rev 17	Visita n°	3	Pag. n°	6 di 9	

- Visto anche controllo Pulsossimetro modello H100 MTR. 360101-M19309280165, eseguito da La sanitaria Ferro che ha emesso il report del 24.03.22 con esito positivo; strumento utilizzato "analizzatore di pulsossimetri mtr. 2399038
- Visto anche controllo del ECG - EDAN – MTR 106969 –M12103940008 - con rilascio certificato del fornitore in data 24.03.22 con esito positivo; visto anche il certificato dello strumento utilizzato dal fornitore : rapporto di SLT n113-22-172 del 10.02.2022.

Formazione:

- Piano formativo anno 2022 redatto il 14.02.2022: visto gestione in particolare del corso "aspetti relazionali e gestione dei disturbi comportamentali degli anziani" : relatrice Cristina Olivieri verso gli OSS della struttura esempio Sig. Trentin Lisa; visto registrazione corso all'interno del CBA con valutazione efficacia corso positiva.
- Verificata gestione ECM: per il coordinatore infermieristico Sig. A.Vigo per il triennio di rif. 2020-2022 visto riepilogo crediti acquisiti 63.4/80 – Visto anche Gestione crediti ECM inf. Camelia Vedianu crediti acquisiti 42/80
- Qualifiche professionali Oss Elena Frigotto: visto attestato rilasciato da regione veneto il 28.04.1993 n. protocollo di regione 2566; visto attestato qualifica professionale educatrice Soave E.Maria rilasciato da regione veneto il 29.10.2003 n.315; visto qualifica professionale Camelia Vedianu iscritta all'albo professionale collegio IPASVI, protocollo 780/2014 data 12.05.2014
- Mansioni professionali inserite in documento denominato: "declaratorie delle categorie e profili professionali" del 23.06.2020

Valutazione delle Prestazioni – Miglioramento - Riesame della direzione

Riesame della direzione, procedura di rif. PQ.DIR.01 Programmazione e Riesame della Direzione

RAPPORTO riesame n.1 del 13.07.2022 relativo al primo semestre del 2022; visto anche Riesame del 13.01.2022

All'interno del riesame:

- Analisi raggiungimento degli obiettivi strategici individuati nei precedenti riesami: raggiungimento dei risultati programmati, qualità dei servizi e sodd. Clienti, benessere organizzativo, coinvolgimento della famiglia e delle comunità
- Monitoraggio degli standard (rif. Obiettivi per la qualità ed Indicatori di Processo in documento Mod.DIR.01.07 "Prospetto risultati attesi")
- Audit interni
- Rapporti azioni correttive e migliorative

Gestione delle Azioni correttive: visto gestione AC N.1 E 2 del 2022 aperte a seguito rapporto di audit SGS

Gestione NC visto gestione mediante apposita scheda "rapporto di nc"; nel 2022 sono state gestite n.12 NC tutte chiuse correttamente, esempio RNC n. 3. del 26.01.22 e la n. 5 del 31.01.22 n

Reclami: visto gestione di n. 5 reclami cliente, gestiti correttamente; esempio visto reclamo n.5 del 08.09.2022 e n.4 chiusa il 15.04.22

Soddisfazione Cliente tramite questionari: nel 2022 sono stati inviati 120 questionari di cui 33 rientrati compilati dai familiari; l'analisi non è ancora stata effettuata

Audit interni: → piano annuale 2022 → verbale audit n.5 del 16.06.2022 area infermieristica , esito positivo, auditor esterno POSENATO PIERPAOLO.

Rif. n°:	IT/NE.20200015	Data Rapporto:	14 ottobre 2022	Tipo visita:	sorveglianza		
CONFIDENZIALE	Doc Rif. N°	RS2 - Rapporto di Audit Stage 2 – Rev 17	Visita n°	3	Pag. n°	7 di 9	

7. Non Conformità

In presenza di NC l'Organizzazione si impegna a individuare e implementare le stesse nel rispetto dei tempi concordati tramite adeguate azioni correttive interne comprensive della analisi delle cause delle non conformità, in accordo con i requisiti normativi afferenti le azioni correttive e le relative registrazioni devono essere mantenute; eventuali riserve devono essere segnalate nel rapporto al punto 8. L'Organizzazione è invitata a presentare le proprie proposte a SGS Italia – al fine di ottenerne l'approvazione di principio nel rispetto dei tempi di notifica riportati di seguito

Richieste di Azioni Correttive Maggiori

Le azioni correttive da implementare per risolvere le non conformità Maggiori identificate devono essere messe in atto immediatamente, con notifica e approvazione sulle azioni da intraprendere da parte SGS **entro 1 settimana**.

Successivamente entro 60 gg. (30 gg. in caso di Audit di Sorveglianza/Prima della scadenza del certificato per i Rinnovi) verrà programmato **un audit addizionale della durata di** per confermare le azioni intraprese, valutare la loro efficienza e decidere se la certificazione può essere raccomandata, confermata o deve essere sospesa o ritirata.

- Audit da condursi in campo**
 Audit documentale (invio di registrazioni con adeguati documenti a supporto al Lead Auditor SGS)

Richieste di Azioni Correttive Minori

Le azioni correttive da implementare per risolvere le non conformità Minori identificate devono essere messe in atto **entro 6 mesi** con notifica e approvazione sulle azioni da intraprendere da parte dell'Auditor **entro 1 settimana (per audit Iniziali – Rinnovi – Estensioni)** ed **entro 30 gg. per audit di sorveglianza**.

La valutazione dell'effettiva attuazione ed adeguatezza delle azioni correttive minori implementate dall'Organizzazione sarà condotta nel corso della prossima visita di sorveglianza per confermare l'efficacia delle azioni intraprese.

RICHIESTA DI AZIONE CORRETTIVA:		<input type="checkbox"/> MAGGIORE	<input type="checkbox"/> MINORE	RAC N° xx di yy
REQUISITO :	Doc. di riferimento / Rev.	Norma Rif. /Ed. :		
		Punto:	Altro/Punto:	
DESCRIZIONE DELLA NON CONFORMITA' (a cura SGS) :				
PROPOSTA DI TRATTAMENTO NON CONFORMITA' (a cura Organizzazione – se su allegato citare riferimento) :				

CAUSE NON CONFORMITA' E AZIONE CORRETTIVA PROPOSTA (a cura Organizzazione – se su allegato citare riferimento) :				
Data di compilazione della proposta: xx/yy/yyyy				

Il Cliente ha proposto la risoluzione delle azioni correttive al termine dell'audit ? Si No
 Le proposte di risoluzione delle azioni correttive sono state accettate dal Lead Auditor ? Si No

Rif. n°:	IT/NE.20200015	Data Rapporto:	14 ottobre 2022	Tipo visita:	sorveglianza		
CONFIDENZIALE	Doc Rif. N°	RS2 - Rapporto di Audit Stage 2 – Rev 17	Visita n°	3	Pag. n°	8 di 9	

In caso di risposta "NO" si rimanda alle modalità di notifica sopracitate.

8. Osservazioni Generali e opportunità per il miglioramento

Si raccomanda un'attenta analisi delle eventuali osservazioni presentate nel seguito al fine di prevenire l'insorgere di non conformità e/o di valutarle ai fini del miglioramento dell'attuale Sistema.

- 1) Si raccomanda di aggiornare il documento Elenco Documentazione SGQ su Mod.MON.01.01
- 2) Valutare la possibilità di conservare i farmaci mediante apposite cassette che facilitino lo stoccaggio e l'identificazione.
- 3) In riferimento all'attività educativa/di animazione, si raccomanda di dare evidenza mediante apposita relazione delle attività eseguite nel corso dell'anno, al fine di valutare l'andamento e i risultati delle attività proposte.
- 4) Si raccomanda il puntuale aggiornamento dei numeri di inventario riportato nell'elenco "sollevatori/barelle docce – apparecchiature elettromedicali" relativo agli strumenti di misura utilizzati dall'azienda.
- 5) Si raccomanda di richiedere al fornitore "La Sanitaria Ferro" il rapporto di taratura dello strumento utilizzato per la calibrazione del Pulsossimetro modello H100 MTR. 360101-M19309280165
- 6) Si raccomanda di rivedere il documento "Declaratorie delle categorie e profili professionali" del 23.06.2000 al fine di verificarne l'aggiornamento delle mansioni.
- 7) Risulta migliorabile l'analisi effettuata all'interno del documento RAPPORTO RIESAME n.1 del 13.07.2022, al punto "verificare l'efficacia delle azioni intraprese per affrontare i rischi ed opportunità". Tale analisi dovrebbe fare riferimento a quanto riportato correttamente nel documento Mod.DIR.01.10 "Analisi dei rischi e azioni conseguenti", oltre alle considerazioni di carattere generale riportate nel riesame.
- 8) Non ancora effettuato audit interno relativo alla gestione degli strumenti di misura.

9. Rappresentanti dell'Organizzazione alle riunioni iniziale e finale

Nome	Ruolo/Funzione	Riunione iniziale	Riunione finale
Dr. Giorgio. Zanin	Direzione	x	x
Vigo Andrea	Coordinatore Inf.	x	x
Ularetti Sandra	Responsabile OSS e Servizio Alberghiero	x	
Posenato Pierpaolo	Consulente	x	x
Cristina Olivieri	Psicologa		x
Bonavigo Iside	Presidente	x	

Letto e compreso il contenuto del presente report del quale il Rappresentante dell'Organizzazione riceve copia

Lead Auditor (nome e firma): LUCA BONORA

data: 04 ottobre 2022



Rappresentante dell'Organizzazione (nome e firma):

Sig.ra Cristina Olivieri

Spett.le Organizzazione,

l'integrità è alla base di SGS. Chiediamo che i nostri auditor tengano una condotta rispettosa del codice etico di SGS e improntata al rispetto della dignità umana e delle garanzie fondamentali riconosciute a tutti gli esseri umani dalle leggi nazionali e sovranazionali.

Non esiti a segnalare condotte difformi a quanto sopra previsto al nostro ufficio Legal & Compliance (marco.pezzano@sgs.com +39 02 7393346) o alla Integrity Helpline di SGS (integrityhelpline.sgs.com, anche in via anonima).

Rif. n°:	IT/NE.20200015	Data Rapporto:	14 ottobre 2022	Tipo visita:	sorveglianza		
CONFIDENZIALE	Doc Rif. N°	RS2 - Rapporto di Audit Stage 2 – Rev 17	Visita n°	3	Pag. n°	9 di 9	

VERIFICA SECONDO SEMESTRE 2022

anno 2022	Processo	sotto processo	Responsabile	Servizio o Ufficio	obiettivo revisione di cui alla delibera CdA n° 02 del 31.01.2022	indicatore	risultato atteso o percentuale di miglioramento preventivata scadenza standard monitoraggio e esito RISULTATI	performance organizzativa	performance individuale	esito sul risultato atteso	Allegato subA delibera n. 02 del 31.01.2022 delle verifiche Novembre 2022 secondo semestre.	esiti
1	Direzionale	rispetto standards	DIR	DIR	Raggiungimento degli obiettivi definiti dal presente prospetto "risultati attesi"	percentuale di standards rispettati, rispetto a quelli attesi	rispetto di almeno l'80% degli standard organizzativi	O		R	Al termine della verifica di tutti i controlli verso gli obiettivi prefissati dal sistema qualità sia per il primo che per il secondo semestre si sono analizzati i dati che evidenziano che si sono raggiunti, rispettando gli standard prefissati, 42 obiettivi su 46 per un totale di 87%. Quindi l'obiettivo singolo è stato raggiunto.	
2	Direzionale	Riesami della Direzione	DIR	DIR	Adeguatezza e sistematicità nella gestione dei Riesami della Direzione	numero di Riesami della Direzione	almeno 2 all'anno,(entro luglio e entro novembre)	O		R	Preso visione del rapporto di riesame della direzione n°1 del 13/07/2022. Il prossimo riesame verrà redatto a dicembre 2022.	
3	Direzionale	trasparenza anticorruzione	DIR	DIR	Introduzione sistema di whistleblower-segnalazione illeciti da parte di dipendenti	Approvazione con determinazione procedura	entro 31/12/2022		I	R	Delibera 06 del 28/01/2022 che formalizza incarico al professionista Santolin Ivo Per lo studio del sistema. Il risultato atteso "approvazione determinazione procedura entro il 31/12/2022" è stato raggiunto.	
4	Direzionale	D.V.R.	DIR	DIR	Verifica se necessita di integrazione/modifica	verbale con RSPP e Asp	almeno 1 volta all'anno (entro il 15 di settembre)	O		R	Preso visione determina 167 del 15/09/2021 "linee di indirizzo per il 2022" e seguente aggiornamento del DVR. Verifica a settembre che evidenzia che il DVR risulta adeguato.	
5	Direzionale	transizione digitale	DIR	DIR	Manuale di gestione documentale	approvazione con determinazione documento	entro il 30/09/2022	O	I	R	Preso visione determina 172 del 20/09/2022 "Approvazione manuale documentale" e preso visione del nuovo "manuale di gestione dei documenti" presente sul server dell'Ente. Quindi il risultato "approvazione con documento entro il 30/09/2022" è stato raggiunto	
6	Direzionale	protezione dati personali (privacy)	DIR	DIR	Adeguatezza e completezza Valutazione rischi del trattamento attraverso il sistema di videosorveglianza.DPIA	appropriatezza approvazione con determinazione documento	entro il 30/09/2022	O	I	R	Preso visione determina 181 del 30/09/2022 "regolamento di videosorveglianza" e preso visione delle 16 telecamere che sorvegliano vari punti interni ed esterni degli spazi dell'Ente. Il risultato atteso "adeguatezza e completezza Valutazione rischi del trattamento attraverso il sistema di videosorveglianza con documento entro il 30.09.2022" è stato raggiunto.	
7	Direzionale	miglioramenti strutturali della sede del centro servizi	DIR	DIR	1-Realizzazione copertura cortile interno lavanderia-2-Lavori di completamento antincendio-3-sistemazione tetto cucine	1- fattura di fine lavoro; 2- affidamento DD.LL. e appalto degli stessi- 3- Affidamento progetto esecutivo.Nei punti 2 e 3 è subordinato alla concessione del prestito fondo di rotazione	documenti e atti amministrativi comprovanti		I	R	1. Copertura cortile interno alla lavanderia realizzata con fine lavori al 13.04.2022 2. Lavori di completamento Antincendio: vista la richiesta di finanziamento del 02.12.2021 inviata alla Regione Veneto. Visto "allegato B al Decreto Regione Veneto DR 05 del 30.12.2021" che nega finanziamento all'IPAB Bisognin. La documentazione visionata conferma comunque che l'Ente ha provato ad accedere ai finanziamenti regionali messi a disposizione 3. Sistemazione tetto cucine: vista la richiesta di finanziamento del 02.12.2021 inviata alla Regione Veneto. Visto "allegato B al Decreto Regione Veneto DR 05 del 30.12.2021" che nega finanziamento all'IPAB Bisognin. La documentazione visionata conferma comunque che l'Ente ha provato ad accedere ai finanziamenti regionali messi a disposizione	
8	Direzionale	H.A.C.C.P.	DIR	DIR	Verifica se necessita di integrazione/modifica	Verbale con consulente esterno e responsabile cucina	almeno 1 volta all'anno (entro il 15 di settembre)	O		R	Determina 142 del 10.08.2022 "aggiornamento manuale HACCP" e preso visione del nuovo manuale. Il risultato "Verifica se necessita di integrazione/modifica con consulente esterno entro il 15.09.2022" è stato raggiunto.	
9	Direzionale	VISITA SOCIETA' CERTIFICATRICE ISO 9001:2015	DIR	DIR	Rinnovo/conferma certificazione	verbale dell'audit	entro ottobre 2022	O	I	R	Preso visione del verbale di audit del 14.10.2022. Il risultato atteso "rinnovo certificazione entro ottobre 2022" è stato raggiunto.	
10	Monitoraggio	Gestione dei reclami e segnalazioni fondati	DIR	DIR	Adeguatezza e celerità nella gestione dei reclami e segnalazioni fondati, sia provenienti da clienti esterni, che da quelli interni	tempo entro il quale comunicare la risposta, dalla data di analisi della fondatezza	entro 30 giorni, nel 100% dei casi	O		R	Alla data del 16/06/2022 sono presenti in archivio n° 3 segnalazioni di reclamo, con una breve relazione degli interventi effettuati. Tutti sono stati messi in atto entro i 30 giorni, quindi gli standard sono rispettati.	
11	Sanitario-Assistenziale-Alberghiero	soddisfazione verso servizio infermieristico	RdA2	IP	Adeguatezza e positività nella rilevazione del grado di soddisfazione nei confronti della cortesia e disponibilità del servizio infermieristico	percentuale media di "soddisfazione", sul totale dei questionari compilati	Esito soddisfatto o abbastanza soddisfatto con media di almeno l'70% , sul totale dei questionari compilati.	O		R	Visionato il report "analisi questionari di gradimento familiari 2022". La percentuale media di "soddisfatto o abbastanza soddisfatto" sul totale dei questionari compilati raggiunge 84%. Quindi il risultato risulta raggiunto.	

12	Sanitario-Assistenziale-Alberghiero	controllo servizi assistenziali nuclei gestiti direttamente e dati in appalto	RdA 2	Coord OSS-RAO	Adeguatezza e sistematicità nel rispetto dei piani d lavoro procedure	cadenza trimestrale dei report forniti a 20 giorni fine trimestre considerato	Valutazione della tempistica e completezza del report da parte della Direzione	O	I	R	Per la verifica del risultato atteso "cadenza trimestrale dei report forniti a 20 gg fine trimestre considerato", si analizza la turistica elaborata nel periodo luglio-novembre, oltre ai file e ai report che vengono prodotti dalla coordinatrice Ularetti. Si evince che la coordinatrice elabora direttamente la turnistica del personale OSS dell'ente, del servizio cucina e guardaroba, e controlla/governa il rispetto degli standard come prefissati dal CDA. Inoltre controlla il rispetto del monte ore previsto da capitolato nei confronti dei nuclei in appalto alle cooperative (viola, arancione, arcobaleno), del personale ausiliario e del personale pulizie sempre in appalto. A inizio mese elabora un rapporto riguardante il mese appena trascorso, evidenziando eventuali discostamenti dal preventivato, che viene inviato alla direzione, all'ufficio personale e economato. Per quanto riguarda il personale infermieristico e riabilitativo la stessa procedura è in capo al responsabile RdA2 Vigo, che adotta la stessa metodologia, con appoggio e supervisione dell'ufficio personale. Oltre a questo vi è un effettivo controllo de visus sull'operato delle varie figure professionali di competenza presenti sia nei nuclei dell'ente sia in quelli appaltati dalla cooperativa, al fine di verificare direttamente i tempi, il rispetto dei piani e delle procedure del lavoro, e il mantenimento della qualità dei servizi erogati agli ospiti.
13	Sanitario-Assistenziale-Alberghiero	efficiente e flessibile distribuzione delle ore lavoro del nucleo	RdA2	referenti nucleo	adeguatezza all'obiettivo per migliorare il "clima" lavorativo e migliorare il benessere organizzativo	adeguatezza all'obiettivo rilevata dal questionario sulla soddisfazione dei dipendenti in riferimento alla capacità di ascolto e risoluzione dei problemi	Esito sddisfatto o abbastanza soddisfatto con media di almeno l'75% , sul totale dei questionari compilati.	O	I		I questionari per l'anno in corso verranno somministrati ai dipendenti nel mese di ottobre/novembre 2022 e poi successivamente elaborati.
14	Sanitario-Assistenziale-Alberghiero	bagno assistito	RdA2	OSS	Adeguatezza e costanza nella gestione del bagno, con contestuale messa in piega e pulizia ausilio	tempo che intercorre tra l'effettuazione di un bagno e quello precedente	entro 7 giorni, nel 85% dei casi, con evidenza	O	I	R	Dalla visione del file excell "monitoraggi bagni 2022" a disposizione dei referenti di nucleo su cartella condivisa, si evidenzia che dal 01.07.22 ad oggi si sono effettuati 25 controlli nei vari nuclei dell'ente, suddivisi in mesi e date diversificate. In tutti i controlli si è rispettato il risultato atteso "entro 7 giorni nel 85% dei casi, con evidenza". Si è inoltre incrociato il dato con verifica sulla cartella personale di alcuni ospiti, confermando il risultato.
15	Sanitario-Assistenziale-Alberghiero	soddisfazione verso servizio socio-sanitario	RdA2	OSS	Adeguatezza e positività nella rilevazione del grado di soddisfazione nei confronti della cortesia e disponibilità del personale OSS	percentuale media di "soddisfazione", sul totale dei questionari compilati	Esito soddisfatto o abbastanza soddisfatto con media di almeno l'75% , sul totale dei questionari compilati.	O	I	R	Visionato il report "analisi questionari di gradimento familiari 2022". La percentuale media di "soddisfatto o abbastanza soddisfatto" sul totale dei questionari compilati raggiunge 87%. Quindi il risultato risulta raggiunto.
16	Sanitario-Assistenziale-Alberghiero	soddisfazione verso servizio lavanderia guardaroba	RdA2	LAV-G	Adeguatezza nella rilevazione del grado di soddisfazione nei confronti del servizio lavanderia-guardaroba	percentuale media di "soddisfazione", sul totale dei questionari compilati	Esito sddisfatto o abbastanza soddisfatto con media di almeno l'65% , sul totale dei questionari compilati.	O	I	R	Visionato il report "analisi questionari di gradimento familiari 2022". La percentuale media di "soddisfatto o abbastanza soddisfatto" sul totale dei questionari compilati raggiunge 85%. Quindi il risultato risulta raggiunto.
17	Sanitario-Assistenziale-Alberghiero	servizio parrucchiera	RdA2	PAR	Cura dei capelli	frequenza di accessi al servizio parrucchiera	Un accesso ogni 5 settimane per ospite in programmazione .Scheda annuale con note mensili Coord OSS	O		R	Per la verifica del risultato atteso "accesso ogni 5 settimane per taglio capelli" si è analizzato il file excell condiviso "controlli periodici 2022" e i report cartacei forniti dalle referenti di nucleo (oltre ad intervista diretta) dal quale si ricava che le varie referenti di nucleo hanno effettuato dal 01.07.2022 ad oggi n° 19 controlli. Da questi si evidenzia che è stato possibile rispettare le 5 settimane previste nel 100% dei casi. Viene redatta una pianificazione per gli interventi nei vari nuclei (vedere allegato), viene consegnata alla professionista parrucchiera, e poi ogni referente controlla la corretta esecuzione.
18	Sanitario-Assistenziale-Alberghiero	soddisfazione verso servizio pulizia ambientale	RdA2	PUL	Adeguatezza nella rilevazione del grado di soddisfazione nei confronti della pulizia e dell'ordine degli ambienti	percentuale media di "soddisfazione", sul totale dei questionari compilati	Esito sddisfatto o abbastanza soddisfatto con media di almeno l'75% , sul totale dei questionari compilati.	O		R	Visionato il report "analisi questionari di gradimento familiari 2022". La percentuale media di "soddisfatto o abbastanza soddisfatto" sul totale dei questionari compilati raggiunge 82%. Quindi il risultato risulta raggiunto.
19	Monitoraggio	Soddisfazione dipendenti e collaboratori	tutti RdA	tutti RdA	Adeguatezza e positività nella rilevazione annuale del grado di soddisfazione nei confronti del proprio lavoro	percentuale media di soddisfazione sul clima organizzativo, sul totale dei questionari compilati integralmente	Esito della misurazione del clima organizzativo soddisfacente o abbastanza soddisfacente con media di almeno l'70% , sul totale dei questionari compilati.	O		R	I questionari per l'anno in corso sono in somministrazione ai ai dipendenti (visionati alcuni), verranno successivamente elaborati e condivisi con la Direzione.
20	Gestione Risorse	Formazione Risorse Umane	staff	PSIC	Adeguatezza e sistematicità nella formazione pianificata sui bisogni del Personale e funzionale all'assistenza all'ospite	almeno un corso di formazione nell'anno, per ciascun dipendente.Organizzazioni e dei corsi obbligatori	90% di dipendenti con almeno un corso di formazione.Verbal	O	I	R	Visionato il file riassuntivo dei corsi di formazione sostenuti nel corso del 2022 per singolo corso e per singolo dipendente, e visionati a campione alcuni attestati. La valutazione del raggiungimento del risultato atteso "almeno un corso di formazione per dipendente nel 90%" è stato raggiunto
21	Gestione Risorse	coordinamento e sostegno gruppo volontari	staff	PSIC	adeguatezza e utilità dell'azione di accompagnamento di attività diverse (animazione, cura degli esterni, visite familiari)	relazione quadrimestrale (maggio,settembre, gennaio)	valutazione completezza e presentazione dei report entro il 15 maggio e 15 settembre e 15 gennaio)		I	R	Si è analizzata la relazione del 10/11/22 (allegata) che riassume le attività di volontariato eseguite nell'anno in corso. Il risultato atteso è stato raggiunto.
22	Monitoraggio	Gradimento servizio	staff	PSIC	Somministrazione questionario gradimento servizio familiari	Approvazione questionario con data dermina e data invio ai familiari	entro il mese di agosto somministrazione del questionario ai familiari			R	I questionari di gradimento ai familiari sono stati inviati nei mesi di giugno e luglio 2022. Visionati i questionari rientrati e l'analisi finale di rielaborazione. Il risultato atteso "entro il mese di agosto somministrazione del questionario ai familiari" è stato raggiunto.
23	Economale-finanziario-amministrativo-Personale	reportistica di controllo economico	RdA1	RAG.	Adeguatezza e sistematicità nella fornitura di report di Bilancio (Entrate-Spese-Saldo), comprensivo degli impieghi e dei costi delle varie tipologie di personale	cadenza quadrimestrale dei report forniti a 45 giorni fine quadrimestre considerato	almeno 1 report quadrimestrale in contabilità economica		I	R	Sottoprocesso 23 reportistica di controllo economico. Dal controllo della documentazione file e cartacea presentata "bilancio" si evince che nell'anno 2022 il resoconto è stato fatto anche a scadenza inferiore ai 3 mesi (anche bimestralmente – ultimo bilancio agosto 2022) al fine di monitorare assiduamente l'andamento economico (anche a causa degli aumenti energetici e dei materiali); l'ufficio competente ha presentato un'attenta analisi delle entrate/uscite - costi/ricavi con valutazione approfondita di tutte le varie voci senza esclusioni e con l'analisi di cassa. Già in elaborazione il bilancio di previsione 2023 con la stima dei vari rinnovi alle ditte esterne e al rinnovo contrattuale Enti locali dei Dipendenti in firma. Il residuo ferie dipendenti si assesterà attorno ai 90.000 euro. Permane un costante scambio/confronto di informazioni aggiornate con la Direzione che avviene giornalmente. Quindi il risultato di "un report quadrimestrale" è stato raggiunto

24	Economale-finanziario-amministrativo-Personale	reportistica di controllo impieghi del Personale	RdA1	PERS	Verifica degli impieghi forniti dall'ufficio personale in merito ai dipendenti e ai professionisti rispetto alle previsioni iniziali e al piano di fabbisogno. Verifica e sistemazione situazione previdenziale del personale in uscita	Adeguatezza dell'analisi.cadenza quadrimestrale dei report forniti a 30 giorni fine quadrimestre considerato	Valutazione della tempistica e completezza del report		I	R	Sottoprocesso 24 reportistica impieghi del personale. Dalla visione della documentazione i report vengono forniti in occasione della predisposizione del report di reportistica del controllo economico (bilancio). Per l'anno 2022 il report richiesto è stato inviato ad aprile ed agosto rispettando gli standard previsti. Il prossimo è quasi terminato (da inviare per bilancio di previsione). Oltre a questo l'ufficio personale invia mensilmente all'ufficio contabilità e alla direzione un prospetto di confronto fra il preventivato e il reale, giustificando eventuali discrepanze. Esiste una stretta collaborazione fra l'ufficio stesso e i responsabili deputati alla pianificazione delle turnistiche dei lavoratori, sia per il personale dipendente che per il personale in appalto al fine di garantire gli standard previsti da una parte, e il controllo della spesa dall'altra. L'obiettivo "report a 30 gg da fine quadrimestre" è stato rispettato.
25	Economale-finanziario-amministrativo-Personale	Gestione e procedure impieghi del Personale	RdA1	PERS	Elaborazione della documentazione propedeutica al reperimento di nuovo personale nei tempi programmati	Pubblicazione di avvisi e bandi e degli esiti delle selezioni e incarichi	entro 20 giorni per pubblicazione bandi e avvisi. entro 10 giorni esiti. entro 10 giorni prima dell'inizio servizio per i contratti.		I	R	Si evidenzia che nel 2022 si è proceduto a rimpolpare la pianta organica (dopo dimissioni) con concorso e assunzione di : 2 OSS full time, 1 IP full time e 1 IP part-time, 1 cuoco full time e 1 cuoco part-time, 2 amministrativi part-time. Si è provveduto anche a inserire in aggiunta un nuovo Educatore nei nuclei appaltati alla Cooperativa. Attualmente l'ente vede al proprio interno: . dipendenti in ruolo . lavoratori in agenzia interinale . lavoratori in libera professione (FKT e Logopedista) . lavoratori in servizio in appalto (assistenziale, pulizie, ausiliarie cucina, lavanderia). Per il personale delle cooperative in appalto il reperimento di nuova forza lavoro risulta in capo alla cooperativa stessa. L'ente controlla il rispetto del monte ore giornaliero lavorato come previsto nell'appalto stesso.
26	Economale-finanziario-amministrativo-Personale	gestione insoluiti	RdA1	ECON	sistematicità nel controllo dei pagamenti e dei piani di rientro	aggiornamento trimestrale con report entro 20 giorni dal termine del trimestre	Valutazione della tempistica e completezza del report		I	R	Il controllo dei pagamenti e degli eventuali piani di rientro viene fatto in maniera incrociata fra la ragioneria e l'economato in maniera continuativa e giornaliera. Giornaliero risulta anche il confronto con la Direzione , alla quale mensilmente viene redatta una tabella riassuntiva. L'obiettivo "tempistica e report" viene rispettata.
27	Economale-finanziario-amministrativo-Personale	gestione forniture di prodotti e servizi non conformi	RdA1	ECON	Adeguatezza e celerità nella gestione delle segnalazioni	Adeguatezza e tempestività delle soluzioni adottate e registrate in file contenente i dati della non conformità .	Presenza in carico entro 7 giorni dalla segnalazione. Appropriatelyzza del percorso di soluzione della n.c. Almeno del 75%	O	I	R	Si prende visione del registro e delle non conformità presenti in esso a partire dal 01.01.2021 sino al 17.11.2022. Si evidenziano numero 13 non conformità gestite direttamente dalla Direzione e dai suoi collaboratori. Il risultato atteso presenza in carico entro 7 giorni e soluzione nel 75% dei casi raggiunto
28	Economale-finanziario-amministrativo-Personale	soddisfazione verso servizi amministrativi	RdA1	uffici	Adeguatezza e positività nella rilevazione del grado di soddisfazione nei confronti della cortesia e disponibilità del servizio amministrativo	percentuale media di "soddisfazione" (MOLTO O ABBASTANZA), sul totale dei questionari compilati	media di almeno l' 80% , sul totale dei questionari compilati		I	R	Visionato il report "analisi questionari di gradimento familiari 2022". La percentuale media di "soddisfatto o abbastanza soddisfatto" sul totale dei questionari compilati raggiunge 88%. Quindi il risultato risulta raggiunto
29	Economale-finanziario-amministrativo-Personale	soddisfazione verso servizio manutenzione	RdA1	MAN	Adeguatezza nel controllo delle verifiche di impianti ed attrezzature (ascensore, c. termica, frigoriferi, filtri aerazione, sistema allarme antincendio, impianto disinfezione legionella e altri)	verbali/registri verifiche secondo tempistiche di legge o contratti	almeno 80% interventi programmati		I	R	Presenza visione del registro di monitoraggio delle manutenzioni dei vari impianti ed attrezzature. Sostanzialmente si suddivide in 4 parti: tipo attrezzatura Ditta in appalto Data ultimo controllo Data programmazione/scadenza controllo successivo Tutte le scadenze vengono monitorate dall'ufficio economato in collaborazione con il servizio di manutenzione. Viene controllata l'effettiva esecuzione dei lavori e i relativi verbali di manutenzione. Il risultato "esecuzione di almeno 80% degli interventi programmati con relativi verbali" è stato raggiunto.
30	Economale-finanziario-amministrativo-Personale	Piccola manutenzione ordinaria	RdA1	MAN	Adeguatezza e celerità nella gestione delle richieste di piccola manutenzione ordinaria, provenienti dai reparti	Tempo che intercorre tra la data della richiesta e la data di esecuzione della manutenzione	entro 7 giorni, nel 90% dei casi		I	R	Per la verifica del risultato atteso "tempo che intercorre fra la data della richiesta e la data di esecuzione della manutenzione" si è provveduto a rielaborare tutti i calendari presenti su CBA, in quanto la gestione della piccola manutenzione viene gestita su PC tramite richiesta diretta dai reparti. A sua volta il manutentore visiona giornalmente le richieste, provvedendo a dei sopralluoghi e alla sistemazione. Alcune volte per le riparazioni si rende necessario l'ordinativo di pezzi di ricambio, che naturalmente prolungano i tempi di riparazione. Non si sono tenuti presenti per la valutazione questi casi in quanto esulano dalla volontà e celerità del manutentore stesso. Inoltre il calendario riassuntivo CBA estrapola la data di manutenzione e non quella dell'invio della richiesta; quindi si deve entrare in ogni singola riparazione per reperire il dato necessario. Per il controllo del secondo semestre ho comparato la pagina "richiesta manutenzione" compilata dai reparti e la pagina "interventi" compilata dal manutentore. Nella maggior parte dei casi la riparazione viene fatta nel giorno successivo di presenza del manutentore, altre vanno a distanza di qualche giorno in base alla valutazione della priorità fra i numerosi interventi richiesti. Solo in un caso fra i 20 controllati si sono superati i 7 giorni. Quindi il risultato atteso "entro 7 giorni nel 90% dei casi" è stato raggiunto
31	Sanitario-Assistenziale-Alberghiero	utilizzo software di collegamento CBA-portale AULSS "Arianna"	RdA2	Coordinatore-	Adeguatezza e sistematicità nella REGISTRAZIONE delle lesioni da immobilizzazione, cadute, farmaci Coordinatore-	verbali verifiche tempistiche secondo disposizioni aulss. Report di trasmissione telematica	Almeno i 2/3 dei mesi di invio nei tempi previsti per coordinatore.		I	R	Dall'anno in corso il sistema CBA riesce a comunicare con il portale AULSS Arianna al fine di trasferire alcuni dati "assorbendoli" direttamente dalle cartelle personali degli ospiti senza dover reinserire tutti i dati per una seconda volta. Naturalmente questo non avviene in automatico ma bensì su input e richiesta dell'operatore. Ad ogni ospite presente il personale infermieristico e medico compila correttamente la parte riguardante la somministrazione e scheda terapia, la scheda di gestione delle lesioni da immobilizzazione, le contenzioni, le eventuali cadute inserendo tutto su CBA e poi mensilmente il Coordinatore Sanitario si collega a Arianna e trasferisce i dati in regione. Il risultato atteso "almeno i 2/3 dei mesi di invio nei tempi previsti" è stato rispettato.
32	Sanitario-Assistenziale-Alberghiero	rilevazione rischi sicurezza paziente	RdA2	FKT	Adeguatezza e celerità nella segnalazione del FKT, sui rischi per la sicurezza degli ospiti	appropriatezza e tempestività della segnalazione	Valutazione della tempistica e completezza del report da parte della Direzione		I	R	Giornalmente la figura del fisioterapista, nei loro giri e nelle loro attività pianificate in tutti i nuclei dell'ente, eseguono una supervisione e un'analisi nell'operato dei vari professionisti presenti e nei confronti della struttura e delle attrezzature in utilizzo nei reparti, con un'ottica particolarmente rivolta alla prevenzione del rischio clinico. In caso di atteggiamenti o strumentazioni non idonee intervengono in maniera tempestiva con formazione specifica, o redazione di richiesta di eventuali interventi di riparazione, di modifica o di acquisto di nuove attrezzature. Le segnalazioni, oltre che oralmente, si possono estrapolare nel diario CBA (es. indicazioni di mobilitazione di ospiti, corretto utilizzo di strumenti, ecc.), nei verbali delle riunioni ROS di reparto, nelle richieste di manutenzione o di acquisto fatte agli uffici amministrativi. Il risultato atteso "tempistica e completezza report" è stato raggiunto.
33	Sanitario-Assistenziale-Alberghiero	farmacia	RdA2	Coordinatore	verifica farmaci scaduti	verbale di verifica del controllo	report trimestrale da prodursi entro 15 giorni dalla chiusura del trimestre considerato. Obiettivo del 100%		I	R	Il coordinatore infermieristico pianifica i controlli degli armadi dei farmaci e dei presidi presenti, redigendo un piccolo verbale o segnando nella scheda di programmazione mensile l'effettuazione del controllo controfirmato dall'esecutore materiale. Le schede di registrazione sono presenti e valutate mensilmente. Il risultato atteso "report trimestrale" è stato rispettato.

34	Sanitario-Assistenziale-Alberghiero	preparazione farmaci	RdA2	IP	Adeguatezza e sistematicità nella gestione della corretta preparazione dei farmaci	percentuale di corrette preparazioni nel blister su N controlli a campione, verso scheda terapia	95% di rispetto, verbale verifica a campione eseguito dal coordinatore	O	I	R	Sottoprocesso n°34 "percentuale di corrette preparazioni nei blister". Per la valutazione del raggiungimento dell'obiettivo sono state analizzate le "schede di controllo terapia" fornite dal due responsabile infermieristico, che a sua volta valuta la congruenza fra la prescrizione terapeutica medica presente sulla scheda unica terapia e la corretta preparazione fatta dal personale infermieristico e presente nei blister del giorno. Si evidenzia che il 100% delle preparazioni rispecchiano la prescrizione.
35	Sanitario-Assistenziale-Alberghiero	intervento riabilitativo	RdA2	FKT	Adeguatezza e celerità nell'attivazione dell'intervento del FKT, a seguito di prescrizione medica o di decisione in UOI	tempo entro il quale iniziare l'intervento riabilitativo da parte del FKT	entro 6 giorni lavorativi dalla richiesta, nel 90% dei casi		I	R	Per il controllo di questo sottoprocesso oltre al diario di valutazione del singolo professionista, si sono analizzate le cartelle personali degli ospiti e i diari clinico-assistenziali. Si evidenzia che la richiesta di intervento riabilitativo viene evasa nelle seguenti modalità: - Richiesta direttamente dal medico curante della struttura - Richiesta nella lettera di dimissione ospedaliera prima dell'entrata in struttura in quanto progetto riabilitativo - Richiesto in equipe UOI - Molte volte l'inizio riabilitativo è dettato dalla valutazione del professionista FKT che può essere periodica o richiesta da altre figure professionali (infermiere, OSS) In qualunque caso sopra menzionato il risultato atteso "tempo entro il quale iniziare l'intervento riabilitativo da parte del FKT - entro 6 giorni lavorativi dalla richiesta, nel 90% dei casi" è stato rispettato nel 100% dei casi (in tutti il giorno successivo, dando indicazioni su comportamenti ed utilizzo degli ausili al personale di assistenza).
36	Sanitario-Assistenziale-Alberghiero	soddisfazione verso servizio riabilitativo	RdA2	FKT	Adeguatezza e positività nella rilevazione del grado di soddisfazione nei confronti della cortesia e disponibilità del servizio riabilitativo	percentuale media di "soddisfazione", sul totale dei questionari compilati	Esito soddisfatto o abbastanza soddisfatto con media di almeno l'65% , sul totale dei questionari compilati.		I	NR	Visionato il report "analisi questionari di gradimento familiari 2022". La percentuale media di "soddisfatto o abbastanza soddisfatto" sul totale dei questionari compilati raggiunge solamente il 57%. Quindi il risultato risulta non raggiunto.
37	Sanitario-Assistenziale-Alberghiero	analisi dei fabbisogni del servizio cucina gestito direttamente.	RdA 2	Coord OSS-RAO-Capo-cuoco	proposte da inserire nelle linee guide pe la gestione del tempo lavoro e turnistica	Adeguatezza dell'analisi. Termine del 31 maggio 2022	Valutazione della tempistica e completezza del report da parte della Direzione		I	R	Dalla visione del report presentato si evince che attualmente non risulta la necessità di effettuare variazioni sulla turistica o sui piani di lavoro del servizio cucina. Si è visionata la proposta del 21.03.2022.
38	Sanitario-Assistenziale-Alberghiero	analisi dei fabbisogni del servizio assistenziale	RdA 3	Coord OSS-RAO-Referenti nuclei	proposte da inserire nelle linee guide pe la gestione del tempo lavoro e turnistica e riunioni ROS	Adeguatezza dell'analisi. Termine del 31 maggio 2023	Valutazione della tempistica e completezza del report da parte della Direzione		I	R	Dalla visione del report presentato si evince che attualmente non risulta la necessità di effettuare variazioni sulla turistica o sui piani di lavoro dei nuclei e cambiare l'attuale pianificazione delle riunioni mensili ROS. Si è visionata la proposta del 21.03.2022.
39	Sanitario-Assistenziale-Alberghiero	Gestione organizzativa	RdA 2	referenti di nucleo	organizzazione riunione di reparto (ROS)	rispetto del calendario proposto Riunioni di nucleo 2022	Almeno 80% delle riunioni previste (con esclusione per periodi di pandemia)	O	I	R	Viene fatta una pianificazione annuale al fine di eseguire una riunione mensile ROS per ogni nucleo, nelle quali vengono discusse problematiche sia riguardanti gli ospiti, sia riguardanti piani di lavoro e procedure. Per il secondo semestre 2022 si segnala che vi sono stati dei rinvii mensili causa isolamento da positività al COVID. Il risultato atteso "almeno 80% delle riunioni previste ad eccezione dei periodi di pandemia" è stato raggiunto.
40	Sanitario-Assistenziale-Alberghiero	H.A.C.C.P.	RdA2	Capo-cuoco	applicazione best practise Haccp	verbali di visite Aulss-non conformità rilevate interne	assenza di non conformità aulss-massimo di 4 non conformità interne	O	I	R	La procedura HACCP è stata aggiornata da una ditta di consulenza esterna il 10.08.2022. Contiene tutte le indicazioni, le procedure, la modulistica per gestire in maniera corretta le varie fasi della preparazione degli alimenti, dall'arrivo delle derrate sino all'uscita dei carrelli di reparto, nonché la pulizia e sanificazione di attrezzature e superfici. Dall'analisi della documentazione e da intervista con la responsabile non risultano nel secondo semestre 2022 verbali di controllo AULSS , né non vi sono non conformità interne. Il risultato predisposto è stato raggiunto.
41	Sanitario-Assistenziale-Alberghiero	soddisfazione verso servizio ristorazione	RdA2	CUC	Adeguatezza e positività nella rilevazione del grado di soddisfazione nei confronti del servizio ristorazione	percentuale media di "soddisfazione", sul totale dei questionari compilati	Esito soddisfatto o abbastanza soddisfatto con media di almeno l'75% , sul totale dei questionari compilati.	O		NR	Visionato il report "analisi questionari di gradimento familiari 2022". La percentuale media di "soddisfatto o abbastanza soddisfatto" sul totale dei questionari compilati raggiunge solo il 70%. Quindi il risultato risulta non raggiunto.
42	Sanitario-Assistenziale-Alberghiero	soddisfazione verso servizio guardaroba	RdA2	Guardaroba	Inventario indumenti ed etichettatura	report predisposto dai referenti di nucleo nel sistema qualità	Verifica scansione file e etichettature entro 7 giorni dal ricevimento degli indumenti 95%	O		R	Per la verifica del risultato atteso "etichettatura entro 7 giorni dalla consegna dei capi" si è analizzato il file excell condiviso "controlli periodici 2022" dal quale si ricava che le varie referenti di nucleo hanno effettuato dal 01.07.2022 numero 17 controlli di nuovi ospiti nel primo semestre, evidenziando il rispetto dello standard nel 100% dei casi (tutti fra 2 e 3 giorni).
43	Sanitario-Assistenziale-Alberghiero	utilizzo software di collegamento CBA-portale AULSS "Arianna"	RdA3	Assistente sociale	Inserimento scheda svama ass.sociale	verbali verifiche tempistiche secondo disposizioni aulss.Report di trasmissione telematica	Almeno 90% schede svama trasferite da portale CBA a portale Arianna		I	R	Dall'anno in corso il sistema CBA riesce a comunicare con il portale AULSS Arianna al fine di trasferire alcuni dati "assorbendoli" direttamente dalle cartelle personali degli ospiti senza dover reinserire tutti i dati per una seconda volta. Naturalmente questo non avviene in automatico ma bensì su input e richiesta dell'operatore. Ad ogni nuovo entrato l'AS compila correttamente la parte SVAMA su CBA e poi mensilmente si collega a Arianna e trasferisce i dati in regione.
44	Progettazione personalizzata	Gestione dell'ospite	RdA3	Assistente sociale	Adeguatezza e celerità nella redazione del Progetto Assistenziale Individualizzato per il nuovo cliente	valutazione appropriatezza come azioni per limitare: cadute, infezioni, lesioni da decubito e data entro la quale effettuare la prima valutazione con la SVM interna e redigere il primo PAI	entro 30 giorni dall'ingresso, nel 90% dei casi, preferibilmente con la presenza di un Familiare (salvo chiusure per misure di sicurezza)	O	I	NR	Effettuata la stampa dei ospiti entrati dal 01.06.2022 al 16.11.2022, e dall'elenco si sono analizzate le cartelle personali presenti su CBA che permette di tracciare tutti i dati. A campione si sono analizzati i seguenti ospiti: NOME OSPITE GG ENTRATA GG redazione cartella ingresso 1° PAI BERTOLDO E. 15/07 13/07 22/08 BISOGNIN G. 15/07 13/07 24/08 BONATO I. 25/07 21/07 22/08 BOVO N. 08/08 03/08 01/09 COSTA ML 31/08 26/08 12/10 SAORIN C. 26/08 24/08 26/10 ROVIARO E. 16/09 06/09 11/10 SABAINI A. 26/09 23/09 26/10 Il risultato atteso "entro 30 gg dal momento dell'entrata nel 90% dei casi" è stato rispettato solo nel 25% dei casi. Si consiglia di valutare il risultato ed eventualmente di portarlo a distanza di 45 gg dall'entrata.
45	Sanitario-Assistenziale-Alberghiero	reportistica di controllo occupazione posti letto	RdA 3	Assistente sociale	Adeguatezza e tempestività dell'andamento dell'occupazione dei posti letto	tasso di occupazione medio annuale	Report semestrale statistiche da prodursi entro 15 giorni dalla chiusura del semestre considerato. Obiettivo del 98% (escluso dal calcolo periodi di divieto nuovi ingressi)	O	I	R	Dall'intervista a Danti e alla Direzione e dalla visione della corrispondenza (mail), e in particolare dalla stampa dei tabulati CBA riguardanti i giorni di presenza si evince che il parametro sull'andamento dell'occupazione dei posti letto è particolarmente monitorato ed è stato valutato quasi giornalmente. Il risultato "report semestrale" è stato raggiunto.

46	socio animativo	mantenimento capacità cognitive e sociali	RdA3	ED	Adeguatezza e celerità nella valutazione iniziale dell'EDU, in ingresso e non.	Valutazione delle competenze sociali dell'ospite	Entro 30 giorni dall'ingresso o dalla evidenziazione di particolari problemi.	O	I	NR	<p>Effettuata la stampa dei ospiti entrati dal 01.06.2022 al 16.11.2022, e dall'elenco si sono analizzate le cartelle personali presenti su CBA che permette di tracciare tutti i dati. A campione si sono analizzati i seguenti ospiti:</p> <p>NOME OSPITE GG ENTRATA GG VALUTAZIONE EDU 1° PAI BERTOLDO E. 15/07 19/08 22/08 BISOGNIN G. 15/07 24/08 24/08 BONATO I. 25/07 10/08 22/08 BOVO N. 08/08 27/08 01/09 COSTA ML 31/08 06/10 12/10 SAORIN C. 26/08 24/10 26/10 ROVIARO E. 16/09 11/10 11/10 SABAINI A. 26/09 19/10 26/10</p> <p>Il risultato atteso da controllare "valutazione delle competenze sociali entro 30 giorni dall'ingresso o dall'evidenziazione di problemi" è stato analizzato su 8 ospiti e si evidenzia che è stato rispettato nel 50% dei casi.</p> <p>Si consiglia di svincolare la valutazione dalla data di programmazione del PAI e di eseguire una prima valutazione a distanza di circa 3 settimane dall'entrata.</p>
47	socio animativo	soddisfazione verso servizio animativo	RdA3	ED	Adeguatezza e positività nella rilevazione del grado di soddisfazione nei confronti del coinvolgimento degli ospiti nelle attività proposte	percentuale media di "soddisfazione", sul totale dei questionari compilati	Esito sddisfatto o abbastanza soddisfatto con media di almeno l'75% , sul totale delle risposte (con esclusione "non so").	O		R	<p>Visionato il report "analisi questionari di gradimento familiari 2022".</p> <p>La percentuale media di "soddisfatto o abbastanza soddisfatto" sul totale dei questionari compilati raggiunge il 79%.</p> <p>Quindi il risultato risulta raggiunto.</p>

legenda: DIR direttore

RdA1 responsabile area economale-finanziaria-Personale

RdA2 responsabile area servizi nuclei non autosufficienti

RdA3 responsabile area sociale

Staff resp unità di staff: formazione, servizio psic, vol

uffici uffici

PERS Personale

ECON Economo

UFF.AMM.

PSIC Psicologo

O= organizzativa

I= individuale

R= raggiunto

NR= non raggiunto

DIR
RdA1
RdA2
RdA3
staff

IP Infermiere Professionale
FKT fisioterapista
ED educatore
OSS Operatore Socio Sanitario
MAN manutentore
coord OSS-
OA coordinatore OSS
referente N referente di nucleo
CUC servizio di cucina
guardaroba
LAV-G lavanderia e guardaroba
PAR parrucchiera
PUL pulizie ambientali

ESITI VERIFICHE SISTEMA QUALITA' ENTE IPAB BISOGNIN

In data 13.10.2022 e 14.10.2022 si è svolta la visita per il rinnovo della certificazione ISO 9001:2015 da parte dell'ente certificatore SGS, che ha analizzato mediante audit in presenza i processi aziendali dell'IPAB e le evidenze prodotte.

In base ai risultati raggiunti ha concluso che l'organizzazione ha mantenuto il sistema in conformità con quanto richiesto dalla norma raggiungendo i requisiti in linea con gli obiettivi organizzativi ed ha confermato il mantenimento della certificazione stessa. Non si sono evidenziate non conformità o richieste di azioni correttive maggiori, ma solamente osservazioni generali per il miglioramento che si raccomanda di mettere in azione nel corso dei prossimi mesi.

Dal punto di vista del controllo degli obiettivi qualità definiti con delibera 02 del 31.01.2022 e dei relativi risultati attesi si sono effettuati controlli specifici per ogni singolo con raccolta delle relative evidenze necessarie in diverse tempistiche, al fine di suddividere gli esiti nel primo e nel secondo semestre.

Per praticità e correttezza i due file suddivisi in "obiettivi con performance organizzativa e performance individuale" sono stati riuniti in unico file come allegato.

Esiti primo semestre:

Dei 47 obiettivi totali alcuni sono verificabili solamente alla fine del secondo semestre in seguito a:

- . verifica dell'esecuzione di eventuali lavori, documenti, manuali pianificati
- . somministrazione ed analisi dei questionari somministrati ai familiari degli ospiti
- . somministrazione ed analisi dei questionari somministrati ai dipendenti.

Nei controlli effettuati a giugno si sono verificati 26 esiti attraverso l'analisi della documentazione comprovante specifica, verifica delle registrazioni su diario CBA, intervista diretta ai vari lavoratori.

Per tutti i 26 obiettivi prefissati il risultato atteso è stato raggiunto.

Esiti secondo semestre

Si sono analizzati completamente e nuovamente tutti i 47 obiettivi prefissati:

Risultato RAGGIUNTO a quanto previsto	R	43
Risultato NON RAGGIUNTO	NR	4
Risultato non applicabile per assenza di dati oggettivi	NA	0
Totale risultati verificati sui 47 previsti	Tot.	100%
% risultati RAGGIUNTI sugli standard verificati		87%

Per quanto riguarda i singoli obiettivi non raggiunti:

- . in particolare per il 36 e 41, ma anche per tutti gli obiettivi legati alla soddisfazione dei familiari con raccolta dati tramite il questionario somministrato, consiglio di rivedere e confezionare diversamente le singole domande al fine di renderle maggiormente oggettive

(magari chiedendo specificamente parere su alcune attività) dando così raccolta migliore della qualità percepita dai clienti.

. per il 44 (tempistica di esecuzione primo PAI dall'ingresso del nuovo ospite) suggerisco di condividere con l'equipe assistenziale se i 30 giorni siano fisiologicamente sostenibili dall'organizzazione e sufficienti per la valutazione del nuovo entrato, oppure se sia il caso di riportare la tempistica a 45 giorni.

. per il 46 (valutazione educativa entro 30 gg dall'entrata) ho dato personale indicazione al servizio di animazione, come fra l'altro già fatto lo scorso anno, di scindere l'area di valutazione dalla data di programmazione UOI per eseguire la valutazione di rapporto interpersonale e di partecipazione alle attività entro 3-4 settimane dall'entrata del nuovo ospite.

F.to Il verificatore
Dott. Posenato Pierpaolo

Allegato sub a) deliberazione nr. 0xx del		
IPAB "G. Bisognin" Meledo di Sarego (VI)	RAPPORTO DI RIESAME 2° LIVELLO	Mod.DIR.01.06 Rev. 02 del 12.2022 Pag. 1 di pag. 1

Data di emissione: 28.12.2022	Approvazione:
-------------------------------	---------------

Rapporto di Riesame n°02 del 28/12/2022

la Direzione dell'Ipab G.Bisognin per effettuare il Riesame del Sistema di Gestione per la Qualità.

Gli argomenti presi in esame sono i seguenti:

- 1) Premessa
- 2) Stato delle azioni derivanti da precedenti riesami di direzioni
- 3) Analisi dei fattori interni ed esterni
- 4) Valutazione delle prestazioni e dei processi e della conformità ai servizi;
 - -Valutazione raggiungimento obiettivi strategici;
 - Analisi azioni di miglioramento 2022;
 - Monitoraggio e misurazione, prestazioni dei processi e conformità dei servizi;
 - Soddisfazione del cliente e informazioni di ritorno delle parti interessate;
 - Non conformità ed azioni correttive;
 - Audit;
 - Fornitori e Monitoraggio servizi in outsourcing.
- 5) Obiettivi strategici 2023 e miglioramento continuo

PREMESSA

Il presente Riesame si svolge in coerenza al Cap. 9.3 della norma ISO 9001:2015 e nel rispetto dei requisiti valevoli per l'Accreditamento Istituzionale ai sensi della LR 22/02, oltre al rispetto del piano delle performance 2022, come previsto dalla PQ.DIR.01 del sistema qualità del Centro Servizi "G. Bisognin" di Meledo di Sarego.

Trattasi del secondo riesame del corrente esercizio dopo quello redatto in data 13.07.2022

Nella descrizione di seguito, la Direzione ha trattato ogni singolo punto nel rispetto di quanto richiesto dalla norma integrando ciascun aspetto con quanto previsto dai requisiti della DGR 84/2007.

Questa modalità di approccio permette così all'organizzazione di mantenere un elevato presidio su quanto richiesto dalla normativa cogente.

Stato delle azioni derivanti da precedenti riesami di direzione

Nel precedente finale Riesame del 2021, la Direzione aveva individuato un insieme di azioni a garanzia del mantenimento dell'efficacia ed efficienza dei processi, garanzia anche di un miglioramento continuo della qualità delle prestazioni erogate, nell'intento di offrire agli ospiti e familiari un servizio che ottimizzi la completa presa in carico dell'utente.

Azioni correttive minori: eliminazione farmaci scaduti. Per evitare il ripetersi della non conformità si è provveduto a incaricare un IP a tempo determinato e orario parziale (N.K.) per la verifica periodica delle scadenze. Inoltre negli incontri con il gruppo infermieri il coordinatore ha ribadito di porre attenzione al momento della preparazione dei farmaci (blister) alla scadenza degli stessi.

Raccomandazioni :

- 1-Negli incontri mensili degli OSS (ROS) si è ribadito la necessità di utilizzare la cartella sanitaria digitale della software house CBA;
- 2-La bombola CO2 è stata messa in sicurezza e collocata all'esterno nel poggiolo nucleo arancione assicurata con una catenella;
- 3- La procedura di reinfezione è stata implementata con la descrizione della modalità d'uso dei prodotti;
- 4- sono state raccolte le sigle delle firme dei medici
- 5- La gestione dei Farmaci metodo FALA-LASA è stata introdotta nel nucleo viola;
- 6- E' stato utilizzato il Mod.DIR 01.10 Analisi dei Rischi;
- 7- E' stato rivisitato il Modello gestione delle NC aggiungendo una sezione per poter registrare l'esito del trattamento;

A seguito della visita annuale di certificazione del 13 ottobre 2022 della società SGS sono emerse le seguenti osservazioni:

- 1-Si raccomanda di aggiornare il documento Elenco Documentazione SGQ su Mod.MON.01.01
- 2) Valutare la possibilità di conservare i farmaci mediante apposite cassettiere che facilitino lo stoccaggio e l'identificazione.
- 3) In riferimento all'attività educativa/di animazione, si raccomanda di dare evidenza mediante apposita relazione delle attività eseguite nel corso dell'anno, al fine di valutare l'andamento e i risultati delle attività proposte.

Allegato sub a) deliberazione nr. 0xx del		
IPAB "G. Bisognin" Meledo di Sarego (VI)	RAPPORTO DI RIESAME 2° LIVELLO	Mod.DIR.01.06 Rev. 02 del 12.2022 Pag. 2 di pag. 1

Data di emissione: 28.12.2022	Approvazione:
-------------------------------	---------------

- 4) Si raccomanda il puntuale aggiornamento dei numeri di inventario riportato nell'elenco "solleventori/barelle docce – apparecchiature elettromedicali" relativo agli strumenti di misura utilizzati dall'azienda.
- 5) Si raccomanda di richiedere al fornitore "La Sanitaria Ferro" il rapporto di taratura dello strumento utilizzato per la calibrazione del Pulsossimetro modello H100 MTR. 360101-M19309280165
- 6) Si raccomanda di rivedere il documento "Declaratorie delle categorie e profili professionali" del 23.06.2000 al fine di verificarne l'aggiornamento delle mansioni.
- 7) Risulta migliorabile l'analisi effettuata all'interno del documento RAPPORTO RIESAME n.1 del 13.07.2022, al punto "verificare l'efficacia delle azioni intraprese per affrontare i rischi ed opportunità". Tale analisi dovrebbe fare riferimento a quanto riportato correttamente nel documento Mod.DIR.01.10 "Analisi dei rischi e azioni conseguenti", oltre alle considerazioni di carattere generale riportate nel riesame.
- 8) Non ancora effettuato audit interno relativo alla gestione degli strumenti di misura

Negli ultimi mesi del 2022 si è ottemperato ai punti 1-4-5;

Per il punto 3 si richiederà per l'anno 2023 una relazione al 30 di giugno e una al 30 novembre del gruppo educatori compreso il programma Natale 2023;

Per il punto 6 si procederà con l'applicazione del nuovo CCNL per la definizione del nuovo quadro organizzativo;

Per il punto 7 il mod.DIR 01.10 è stato fatto nel 2021 con i riflessi determinati dalla pandemia e dovrà essere aggiornato per il 2023. In generale gli indicatori sono stati rispettati se si considerano i dati di bilancio di appetibilità e concorrenzialità dell'Ente, tenuto conto delle difficoltà generate dalla carenza di figure professionali

Analisi dei fattori interni ed esterni – cambiamenti rilevanti per il Sistema Gestione Qualità

L'IPAB Bisognin, dopo il difficile periodo della pandemia del biennio 2020-2021 anche nel 2022 ha attuato delle misure di contenimento delle infezioni attraverso le campagne di vaccinazioni "booster" e di attenzione attraverso controllo dei visitatori e alla politica degli screening periodici a ospiti e lavoratori. Grazie anche al prezioso lavoro dei volontari è stato possibile aumentare gli spazi per i familiari di incontrare gli ospiti (vedi 1° riesame direzione), seppur in alcuni brevi periodi stato necessario chiudere per l'insorgenza di cluster di covid 19.

Nel 2022, poi anche a causa del conflitto russo-ucraino, con l'introduzione degli embarghi verso la Russia e la diminuzione di importazione di carburanti fossili e gas è notevolmente salito il costo dell'energia. Fortunatamente per quanto riguarda l'energia elettrica i contratti stipulati in precedenza hanno permesso di mantenere i costi sui livelli dell'anno precedente. Invece per quanto riguarda il gas gli aumenti sono stati più consistenti. Oltre a ciò si è riscontrata la sempre più preoccupante carenza di infermieri generale sta creando preoccupazione per il 2023 e anche, in prospettiva per gli OSS (molti corsi di formazione non sono stati avviati) e per il rinnovo dei Medici della struttura che non hanno garantito il proseguo del servizio.

Il contesto, comune ad altri enti in cui l'IPAB sta operando, è di grande complessità e incertezza, essendo ancora i Centri Servizio in attesa di una Legge di riforma, annunciata come imminente, che possa fare chiarezza sul ruolo degli stessi in una prospettiva futura di ridisegno della rete dei servizi dedicati all'area anziana. La novità del 2023 sarà l'applicazione del livello unico di residenzialità approvato con la DGRV 996 del 2022. Tutti i profili di non autosufficienza saranno considerati uguali con lo stesso rimborso di €. 52,00

Quindi il documento di analisi del Contesto e l'analisi delle parti interessate è stato valutato nella sua attualità, rivisto alla luce dei cambiamenti sopracitati, a fronte dei rischi ma anche delle opportunità legate a ciascun ambito.

Il documento "Politica per la Qualità" è a tutt'oggi attuale, lo stesso vale per l'attuale "Carta dei Servizi" nei suoi contenuti.

L'esercizio economico 2022 di questo Centro servizi ha confermato le premesse iniziali: mantenimento costante dell'occupazione posti e il numero (buono) delle impegnative di residenzialità. Purtroppo, non è stato possibile riaprire a pieno regime il centro diurno a causa delle nuove ondate della pandemia. Verso fine 2022 si è riprovato con un nuovo accesso.

Fra i fattori esterni di particolare importanza ci sono: La Regione Veneto e l'AULSS8. Le disposizioni per la prevenzione delle infezioni da covid e la richiesta di dati da monitorare ha richiesto un impegno in termini di risorse organizzative e sovraccarico amministrativo notevole (registrazione tamponi, vaccinazioni, statistiche e report vari).

Per quanto riguarda l'AULSS 8 la campagna di vaccinazione è proseguita con le dosi booster e l'antinfuenzale. Fra i fattori esterni si considera anche la concorrenza di centro servizi limitrofi e il grado di preferenza degli utenti. Il fatto che i posti letto siano stati velocemente occupati testimonia della buona capacità di attrazione rispetto all'utenza.

Allegato sub a) deliberazione nr. 0xx del		
IPAB "G. Bisognin" Meledo di Sarego (VI)	RAPPORTO DI RIESAME 2° LIVELLO	Mod.DIR.01.06 Rev. 02 del 12.2022 Pag. 3 di pag. 1

Data di emissione: 28.12.2022	Approvazione:
-------------------------------	---------------

Valutazione delle prestazioni dei processi e della conformità dei servizi

Il monitoraggio dei processi e dei servizi offerti dalla Centro Servizi Anziani è riepilogato nella allegata relazione sui risultati attesi.

▪ **Gestione delle Risorse Umane:**

✓Valutazioni sulla disponibilità di risorse; allocazione o la riallocazione delle responsabilità e autorità.

Nel 2022 è continuato il programma di rinnovamento e stabilizzazione del personale dipendente, già iniziato nel 2020 e 2021. Sono stati assunti 2 IP dal 01.05.2022 (uno a tempo pieno e uno a part-time 50%). È stato approvato il piano triennale dei fabbisogni del personale. Poi a maggio si è svolto un concorso per 3 posti di OSS per coprire i posti vacanti determinati da pensionamenti. Inoltre sono stati coperti con concorso di fine agosto 2 posti p.time 50% di istruttore amministrativo; a settembre è stato espletato il concorso per 2 posti da cuoco.

Inoltre sono stati rinnovati con assunzione a tempo determinato una fkt. È stato affidato, previa selezione, il servizio di logopedia a libero professionista con contratto biennale. Si sono presi contatti con il gruppo di centri servizi del distretto ovest per l'innovativo progetto "Armadio farmaceutico" che avrà una finalità di progetto pilota per l'auls8 e a regime permetterà un risparmio di lavoro e di minor rischio clinico nella preparazione dei farmaci.

✓Funzionigramma che definisce ed assegna le responsabilità e il ruolo di ciascuno. Il funzionigramma è rimasto sostanzialmente inalterato rispetto al 2021. Con la firma del nuovo CCNL 16.11.2022 sarà necessario nel 2023 rivedere declaratorie e inquadramenti.

✓All'interno del servizio sono garantite adeguate unità operative interne di cui fanno parte sia figure tecniche che figure con funzioni organizzative, secondo quanto previsto dallo schema tipo regionale di convenzione. L'Ente dispone di tutte le figure che possono partecipare alle U.O.I. così come previsto dalla DGRV nr. 1231 del 14.08.2018.

▪ **Formazione:**

Per l'anno 2022 la formazione è stata pianificata sui bisogni formativi del personale, in funzione degli obiettivi del servizio e dopo somministrazione del questionario formativo ai lavoratori ed approvato il relativo piano con delibera n. 08 del 29.03.2022. È stato mantenuto un richiamo sulle procedure pratiche rischio biologico contro il covid. A fine settembre in collaborazione con il Comune di Sarego e la sociale cooperativa, nell'ambito del mese dell'alzheimer, è stata organizzata una serata condotta dalla dott.ssa Letizia Espanoli, esperta di fama nazionale avente per tema: Vivere con la demenza. Si rileva anche la valenza a carattere formativo per gli operatori del settore e dei familiari di ospiti affetti da questa patologia.

▪ **Soddisfazione ospiti e familiari:** È un requisito richiesto dalla legge 22/2002. Per il 2022 il questionario è stato inviato via mail. Le risposte pervenute sono state 33 su 120 pari al 33%. Il questionario è stato messo a conoscenza del Cda con delibera nr. 36 del 12.11.2022

In sintesi, nello specifico:

Complessivamente la qualità dei servizi forniti viene considerata molto soddisfacente/ abbastanza soddisfacente dal 93% dei familiari. Si allega report dell'analisi del questionario di soddisfazione dell'utente. (all.sub a)

▪ **Coinvolgimento familiari: regolamento di partecipazione e coinvolgimento ospiti e familiari**

Il Comitato familiari è stato rinnovato in ottobre del 2019, in base ad un regolamento approvato con deliberazione nr. 102 del 21.12.2001. Periodicamente vi è uno scambio di informazioni, anche via mail, relativamente all'andamento complessivo del centro servizi ed in particolare sui servizi agli ospiti.

Nel 2022 è stata monitorata l'attività riguardante le misure di prevenzione al covid 19, la vaccinazione e la riattivazione delle varie attività sospese, come animazione, fisioterapia. Presente come volontario il Presidente del Comitato Parenti.

Anche sulle modalità di gestione delle visite dei familiari è stato coinvolto il Comitato dei familiari. Il comitato dovrà essere rinnovato nel 2023.

▪ **Gestione del personale volontario: procedura per il personale volontario, sua attualità.**

Questo Centro servizi da diversi anni ha incentivato la partecipazione di volontari, costituendo un gruppo organico e coordinato che ha nominato al suo interno un suo rappresentante (coordinatore).

L'attività è organizzata con un regolamento apposito, approvato con deliberazione nr. 24 del 2018. Di particolare importanza è stata la collaborazione anche nel 2022 che si è manifestata nella cura del verde durante il periodo primaverile ed estivo. Molto

Allegato sub a) deliberazione nr. 0xx del		
IPAB "G. Bisognin" Meledo di Sarego (VI)	RAPPORTO DI RIESAME 2° LIVELLO	Mod.DIR.01.06 Rev. 02 del 12.2022 Pag. 4 di pag. 1

Data di emissione: 28.12.2022	Approvazione:
-------------------------------	---------------

utile è stata la collaborazione per preparare l'area dove è stata creata il percorso pedonale intitolato a Vera Stoffella. Di grande importanza poi è stata la partecipazione nella gestione delle visite dei familiari con attività di sorveglianza e disinfezione dei locali.

▪ **Promozione di attività di integrazione, con la rete dei servizi socio sanitari e sociali del territorio;**

L'Ente è inserito nella rete dei Servizi Territoriali fornendo anche, in collaborazione con l'ULSS 8. In particolar modo si è venuta a creare una fattiva collaborazione tra la Casa di Riposo e il Servizio di Dimissioni Protette dell'ULSS 8, al fine di consentire una necessaria continuità assistenziale e sanitaria tra gli ospedali e la struttura.

Con il Comune di Sarego, il Comune di Val Liona e con il patrocinio dell'AULS 8 l'Ente ha stipulato una convenzione per il servizio di assistenza domiciliare (SAD) comprendente la preparazione di pasti erogati a domicilio o per la loro consumazione presso la Struttura stessa. Inoltre nell'accordo sono state inserite anche le figure professionali di fisioterapista, molto apprezzata e di Infermiere (quest'ultima finora non utilizzata per la scarsità di personale).

L'IPAB Bisognin ha poi stipulato convenzioni e collaborazione con alcune associazioni di volontariato. Fra le attività di interesse sviluppate nel 2022 c'è da annoverare il rinnovo dell'accordo con il tribunale di Vicenza per l'utilizzo di servizi di pubblica utilità, che ha consentito di impiegare 3 persone in attività di supporto ai servizi generali.

▪ **Animazione:**

Lo scenario epidemiologico determinato da Covid-19 ha inciso pesantemente sulla vita di tutti ed in particolar modo per gli anziani. Durante l'inverno e primavera sono state sviluppate diverse iniziative di tipo animativo all'interno dei reparti, quali la palestra per la mente, il laboratorio artistico e le tombola settimanale in tutti i nuclei. Il rosario, inizialmente, è stato proposto per i nuclei verde e blu e, in un secondo momento, esteso a tutti i nuclei con il supporto dei volontari; è stato designato il progetto ludico-musicale (al mattino) per gli ospiti dei nuclei blu, viola, arancione e arcobaleno. Poi si è proseguito con la proposta educativa con la passeggiata sensoriale per il nucleo blu, il laboratorio ludico per i nuclei blu, viola e verde. Inoltre, per il nucleo viola è stata proposta l'attività di cinema e per i nuclei arcobaleno e arancione l'attività "Le vecchie memorie" e il "laboratorio cognitivo-ricreativo". Da ricordare nel 2022 una particolare iniziativa che riguarda una esposizione tenuta a metà dicembre di dipinti di due ospiti del nucleo verde. Lo scopo è stato quello di introdurre una novità, mai fatta prima, allo stesso tempo far apprezzare anche ai visitatori questa attività artistica ma anche stimolare, per quanto possibile, altri ospiti ad applicarsi nel disegno e nella colorazione di vari soggetti.

▪ **Gestione dei PAI:** nell'anno 2022 si è recuperato il ritardo sui PAI e si è in linea con gli obiettivi prefissati dal sistema qualità. Per i nuovi ingressi è previsto la redazione del primo PAI entro 30 giorni

▪ **Igiene personale (bagno assistito)** programmazione di un bagno alla settimana-verifica del report su scheda di nuclei comprendente nominativo e data della prestazione; In complesso l'obiettivo è stato raggiunto in media nell'85% dei casi

▪ **Cadute ospiti:** la rilevazione gennaio- novembre 2022 sono state segnalate 102 cadute nella cartella sanitaria digitale, di cui 16 con invio in pronto soccorso che ha coinvolto complessivamente 47 ospiti. Anche in questo caso si utilizza una scheda cadute. Il giudizio sull'andamento del controllo cadute è sostanzialmente positivo (1 caduta in media ogni 3,25 giorni e poco più di una al mese con ricorso al PS- solo un evento ha determinato due fratture); Lesioni da decubito: anche per le lesioni della pelle (piaghe) vengono inserite le segnalazioni nel piattaforma CBA. Nel periodo 01.01.2022 -30/11/2022 si sono avute 61 lesioni, di cui 22 all'ingresso o al rientro da ricoveri ospedalieri. Attualmente la maggior parte delle lesioni sono state risolte (durata media gg.41). Il Bilancio è sostanzialmente da considerarsi sufficiente, ma migliorabile.

▪ **Nucleo a maggior carico assistenziale:** L'Ente ha adibito un nucleo di 2° livello per non autosufficienti dedicato a ospiti con decadimento cognitivo, con disorientamento spazio/temporale con diverse diagnosi di Alzheimer. Il nucleo dispone di una terrazza esterna e chiusure controllate. Molte richieste di ingresso con persone con queste caratteristiche sono pervenute. Nucleo che richiede una maggior presenza di personale (tutti dipendenti dell'Ente) e una formazione specifica per la gestione di ospiti aggressivi. Si è notato da alcuni familiari particolare insistenza nel conoscere i dettagli assistenziali e sanitari, forse dovuto al fatto della limitazione degli accessi nel nucleo. Si è attivato una finestra di dialogo telefonico con il medico. Con la DRGV nr. 996 del 09.08.2022 la Regione ha uniformato i livelli assistenziali delle impegnative di residenzialità (contributi all'ospite dette anche "quote di rilievo sanitarie")

▪ **Presa in carico sanitaria:** Esiste una procedura con creazione di un fascicolo digitale e cartaceo che contengono le informazioni dell'ospite. Le figure maggiormente interessate sono: il medico a cui viene assegnato l'ospite, il gruppo di infermieri che gestisce il nucleo e le altre figure presenti come il fisioterapista, logopedista psicologo e gli OSS.

▪ **Approvvigionamenti:** Nel primo semestre 2022 si è provveduto alla variazione del fornitore di frutta e verdura. Dopo alcuni

Allegato sub a) deliberazione nr. 0xx del		
IPAB "G. Bisognin" Meledo di Sarego (VI)	RAPPORTO DI RIESAME 2° LIVELLO	Mod.DIR.01.06 Rev. 02 del 12.2022 Pag. 5 di pag. 1

Data di emissione: 28.12.2022	Approvazione:
-------------------------------	---------------

problemi insorti nella qualità della merce e nelle consegna dei prodotti ordinati si è deciso di risolvere il contratto e affidare la fornitura al secondo arrivato nella selezione.

▪ Ammissione dell'ospite-tasso occupazione letti:

La presenza media di posti letto occupata nel periodo gennaio –novembre e 2022 stata di gg. 41153...pari a 123,2 su un massimo di 123 autorizzati oltre due posti di sollievo sociale. Il numero delle impegnative di residenzialità è di circa 111 quote (su 114 posti accreditati).

▪ Revisione del SGQ: il percorso di revisione del sistema risulta permanente con la rivalutazione dei processi fondamentali e dei documenti di maggior utilizzo in seguito alle varie esigenze che si verificano nel corso del tempo, nonché all'aggiornamento continuo delle procedure e dei protocolli specifici presenti in esso. Lo scopo del sistema di gestione è quello di rispondere ai requisiti sia della ISO 9001:2015 che della L.r. Veneto 22/2002.

▪ Indicatori regionali: per il Centro Servizi per persone anziane non autosufficienti gli indicatori regionali considerano i seguenti punti

1. Incidenza delle attività educative/ di animazione : gli operatori che si occupano dell'attività sono 3 per un totale di Circa 74 ore settimanali. Partecipano come supporto anche i volontari esterni. Indicatore all D DGR 84/2007 1,04;
2. Incidenza delle attività di cura della persona: ore oss giornaliere circa 210 Indicatore all D DGR 84/2007 1;
3. Incidenza delle attività di pulizia : nr. ore di pulizia giornaliere 23 giornaliere– Indicatore all D DGR 84/2007 0.038 rapporto ore settimanali con mq struttura.
4. Incidenza della spesa per le attività di pulizia: costo 2022 €. 150.000,00-

▪ Non conformità, reclami, encomi

Le non conformità ed i reclami vengono gestiti direttamente dalla Direzione, che ne approfondisce le cause, l'iter e la loro chiusura o risoluzione.

Vengono redatte con apposita modulistica, (ora col nuovo modello) e archiviate in registro dedicato in ordine cronologico annuale. Attualmente tutte le segnalazioni del 2022 sono state prese in carico e si sono chiuse in maniera corretta. Peraltro si segnalano anche singole iniziative di famigliari che ringraziano per le cure e l'attenzione data ai loro congiunti con lettere rivolte agli operatori oppure pubblicamente in caso di necrologi.

Gestione del Rischio clinico.

Nella gestione del rischio clinico e della Nella gestione del sicurezza del paziente è opportuno a tutti i livelli promuovere l'implementazione di "reti" collaborative e informative favorendo la condivisione e la conoscenza dei problemi, delle esperienze e delle soluzioni; implementare e monitorare le buone pratiche per la sicurezza degli ospiti.

La sicurezza dei pazienti è uno dei fattori determinanti la qualità delle cure e pertanto è uno degli obiettivi prioritari.. La sicurezza dei pazienti quindi si colloca nella prospettiva di un complessivo miglioramento della qualità e poiché dipende dall'interazioni delle molteplici componenti che agiscono nel sistema. In questa organizzazione la fisioterapista si occupa di segnalare tutte I situazioni di potenziale pericolo per gli ospiti e di riflesso anche per i lavoratori. Trattasi di elementi strutturali quali stato dei percorsi e impianti, pavimenti, ascensori, attrezzature varie (letti, carrozzine, altri ausili come sollevatori ecc..) e elementi collegati con l'attività di cura quotidiana come la gestione di ospiti aggressivi e non consapevoli, ospiti con difficoltà di deambulazione e a rischio cadute, problemi legati alla contenzione e al disorientamento spaziale/temporale.

Nel 2022 si è provveduto a mantenere i controlli sulle attrezzature e si sono acquistate nr. 10 nuove carrozzine. In collaborazione con l'AULSS 8 vengono monitorate le statistiche degli eventi come le cadute, le lesioni da piaghe di decubito. Le non conformità vengono registrate con una apposita scheda. Dal 2022 è entrato in funzione un nuovo programma di conversione e trasferimento dati automatici dal programma CBA (cartella sanitaria) gestionale della C.R. al portale dedicato dall'AULSS8.

Valutazione dei risultati di Audit Interno riguardanti gli obiettivi annuali previsti dal Sistema Qualità

Si sono esaminati gli esiti delle verifiche interne sui risultati ottenuti come da verbali di verifica del collaboratore esterno Posenato Pierpaolo (vedi prospetto allegato). Il controllo fa il punto sugli obiettivi e relativo raggiungimento degli standard prefissati come da delibera 02 del 31/01/2022. Il risultato generale in percentuali degli obiettivi centrati è del 87% su 47

Valutazione dei fornitori esterni:

Elenco fornitori qualificati: quali criteri e approvazione degli elenchi dei fornitori abituali

Allegato sub a) deliberazione nr. 0xx del		
IPAB "G. Bisognin" Meledo di Sarego (VI)	RAPPORTO DI RIESAME 2° LIVELLO	Mod.DIR.01.06 Rev. 02 del 12.2022 Pag. 6 di pag. 1

Data di emissione: 28.12.2022	Approvazione:
-------------------------------	---------------

La valutazione dei fornitori avviene con dei report trascritti su un apposita scheda contenente il giudizio. La frequenza della valutazione è effettuata con frequenza mensile. Al termine dell'anno solare viene dato un giudizio complessivo di sintesi. Per quanto riguarda le forniture vengono considerati vari parametri come il rispetto dei tempi di consegna, la coerenza con gli ordini, la conformità delle merce al capitolato d'oneri, per gli alimentari anche: l'integrità del prodotto, lo stato di conservazione, l'adeguato livello di qualità intrinseca. Per quanto riguarda i servizi viene valutato la velocità di intervento, la capacità di soluzione dei problemi, la competenza tecnica, e l'assistenza a distanza. Per i servizi che comportano impiego propenderante di personale come le cooperative sociali si valuta la capacità di fornire il personale richiesto, il grado di coordinamento, il turn over, l'assolvimento agli obblighi formativi l'andamento dei nuclei in affidamento e dei servizi esternalizzati le non conformità pervenute da parte dei controllori dell'Ente. Il tutto deve essere contestualizzato nell'ambito del momento storico e sociale di riferimento.

In sintesi nel 2022 le valutazioni dei principali fornitori di materiali e servizi:

-Sociale Cooperativa: giudizio discreto (le cooperative sociali sono state interessate da fenomeni di turn-over causa carenza dei profili professionali OSS, concorsi azienda zero e case di riposo);

-Amaltea Cooperativa soc.: giudizio buono (la cooperativa è riuscita a mantenere gli standard di servizio nonostante la grave carenza di professionisti);

GiGroup agenzia interinale: giudizio buono;

Santex —ausili per incontinenza: giudizio molto buono (conferma prezzi e regolarità forniture, nonostante la grave crisi energetica);

Rossi Giants alimentari: giudizio discreto (forniture regolari e mantenimento costi di appalto);

Carlevari frutta e verdura: giudizio insufficiente (qualità non sempre rispettando gli ordinativi, corrispondenza non sempre rispettata fra ordini e consegne, incongruenza nei documenti contabili);

Varie ditte di manutenzione: giudizio buono (regolari negli interventi e in caso di urgenza tempestivi);

Consulenti e servizi amministrativi vari: giudizio buono;

Adeguatezza delle risorse

Per l'esercizio 2022 è stato deliberato un aumento di 0,50 €. Pro-die. Il conflitto russo-ucraino e la conseguente crisi energetica sta creando una dinamica di rialzo prezzi che metterà in difficoltà il bilancio dell'Ente, tenuto conto dell'aumentato costo della vita (+12%). Nel variazione di assestamento finale del 2022 l'andamento economico finanziario si presentava con buon andamento sia nei ricavi che nei costi con una proiezione migliorativa della perdita presunte in chiusura di €. 67.000,00 rispetto a quando alle previsioni iniziali di €, previsto 92.586,00 rimanendo comunque entro l'importo degli ammortamenti sterilizzabili (109.464,00). Per quanto riguarda le risorse umane vedasi il paragrafo precedente).

Efficacia delle azioni intraprese per affrontare rischi ed opportunità

Con la campagna di vaccinazione contro il Covid e le misure di prevenzione adottate nel 2021 e durante il 2022 ha contenuto la gravità dei casi anche se in più occasioni si è riscontrato la presenza del virus, l'organizzazione per nuclei ha però consentito degli isolamenti mirati e il contenimento dei casi nel nucleo riuscendo al resto della struttura di condurre una vita quasi normale.

Per quanto concerne la materia del trattamento dati —"sistema privacy" con relazione dell'Avv. Ivo Santolin -DPO dell'Ente- del 28/12/2021 è stato condotto un percorso di adeguamento alla normativa con la definizione di alcune procedure specifiche e con la nomina dell'Amministratore di sistema esterno.

OUTPUT al Riesame di direzione

La Direzione ha sulla scorta di quanto emerso nell'anno 2022, ha condiviso con il CDA e il personale, in momenti dedicati di confronto alcune decisioni. A fronte di tali decisioni verranno intraprese nel corso del 2023 azioni destinate a garantire:

- a) opportunità di miglioramento;
- b) valutazioni di modifica al sistema di gestione per la qualità;
- c) risorse necessarie al mantenimento dei processi;

Obiettivi strategici 2023 e miglioramento continuo

A fronte del mantenimento del livello di qualità raggiunto e del miglioramento continuo si propongono gli obiettivi elencati nel documento

- a) mantenimento degli attuali qualità dei servizi;
- b) aumento delle rette, in misura inferiore ai competitor;
- c) mantenimento dell'occupazione posti e delle quote di impegnative di residenzialità;
- d) completamento di alcune opere strutturali di manutenzione straordinaria e adeguamento al progetto di prevenzione

Allegato sub a) deliberazione nr. 0xx del		
IPAB "G. Bisognin" Meledo di Sarego (VI)	RAPPORTO DI RIESAME 2° LIVELLO	Mod.DIR.01.06 Rev. 02 del 12.2022 Pag. 7 di pag. 1

Data di emissione: 28.12.2022	Approvazione:
-------------------------------	---------------

- incendi;
- e) programma di formazione conforme alle richieste degli operatori e per il raggiungimento degli obiettivi della performance;
 - f) programmare il fabbisogno di personale per garantire la continuità e il rispetto degli standards assistenziali (IP, OSS);
 - g) valutazione politico-strategica del modello assistenziale considerato i rinnovi dei servizi esternalizzati (assistenziale nuova gara e infermieristico eventuale ripetizione);
 - h) valutazione e azione di ricerca del nuovo assetto organizzativo sia a livello di management direzionale (incarico nuovo direttore) e responsabilità amministrativa (capo area amm.vo) e applicazione del nuovo CCNL funzioni locali con rivisitazione dei profili e responsabilità;
 - i) Azioni correttive individuate dalla visita /audit società di certificazione ISO 9001:2015 fatta nel 2022;
 - conservazione farmaci con contenitori a cassetto;
 - j) Sperimentazione servizio Armadio Farmaceutico attraverso collaborazione con gruppo centri servizi e ditta Zucchetti e supervisione aulss8;
- Il documento che individuerà gli obiettivi collettivi e individuali del 2023 nel dettaglio è Mod.DIR.01.07 (prospetto dei risultati attesi).

Il Direttore
Giorgio Zanin