

# **RIESAME DELLA DIREZIONE**

**ANNO DI RIFERIMENTO 2020/2021**

***Redatto dal Direttore Dalla Pozza Dott.ssa Maddalena  
Il 10/05/2021***

|  |                                |                       |
|--|--------------------------------|-----------------------|
| Casa di Riposo<br><b>SERSE</b><br><b>PANIZZONI</b> | <i>RIESAME DELLA DIREZIONE</i> | <i>Pagina 2 di 20</i> |
|--|--------------------------------|-----------------------|

|   |                                |                       |
|---|--------------------------------|-----------------------|
| <b>Casa di Riposo<br/>SERSE<br/>PANIZZONI</b> | <b>RIESAME DELLA DIREZIONE</b> | <b>Pagina 3 di 20</b> |
|---|--------------------------------|-----------------------|

In data odierna si riunisce la Direzione della Casa di Riposo “Serse Panizzoni” per effettuare il Riesame del Sistema di Gestione per la Qualità.

Gli argomenti presi in esame sono i seguenti:

- 1) Premessa
- 2) Politica per la qualità
- 3) Contesto, fattori interni ed esterni
- 4) Analisi dei rischi e delle opportunità
- 5) Le prestazioni e l'efficacia del Sistema di Gestione per la Qualità
  - a. Valutazione raggiungimento obiettivi strategici
  - b. Analisi azioni di miglioramento 2020/2021
  - c. Monitoraggio e misurazione, prestazioni dei processi e conformità dei servizi
  - d. Soddisfazione del cliente e informazioni di ritorno delle parti interessate
  - e. Non conformità ed azioni correttive
  - f. Audit
  - g. Fornitori e Monitoraggio servizi in outsourcing
- 6) Obiettivi strategici 2021 e miglioramento continuo

## 1. PREMESSA

Il documento di Riesame consiste in una relazione annuale nella quale sono riportate le conclusioni del riesame stesso, le eventuali azioni da intraprendere e le modifiche da apportare al Sistema Qualità del Centro Servizi “Serse Panizzoni”.

L'impostazione del presente documento recepisce, nella sua sequenza e negli argomenti trattati, la norma UNI EN ISO 9001:2015, tenendo conto della sua logica di base per la definizione del piano strategico 2019.

Il sistema di gestione è stato modificato limitatamente al Manuale, rimesso in revisione in data 02/05/2019.

L'organizzazione aziendale ha continuato e continua ad applicare il S.G.Q. in ogni suo aspetto nonostante la gestione dei servizi sia stata pesantemente condizionata dalla pandemia, che pur avendo risparmiato l'Ente alla prima ondata, lo ha colpito duramente alla fine di ottobre, e che ha visto un gran numero di ospiti colpiti dal contagio e deceduti e un importante numero di dipendenti che hanno contratto il virus e che conseguentemente hanno dovuto assentarsi dal lavoro.

Pur facendo fronte agli elementi esogeni che stanno condizionando non poco la gestione, come la difficoltà nel reclutamento di personale infermieristico e medico, il “corpo documentale” del Sistema Qualità è stato continuamente revisionato, essendosi l'organizzazione dimostrata sensibile al miglioramento continuo dei processi.

L'approccio alla qualità come indicato dalle norme ISO ha consentito alla struttura di superare con punteggio pieno sia la verifica per l'accreditamento da parte della Regione Veneto dei posti dedicati alla non autosufficienza che quelli dedicati all'accogliimento delle persone autosufficienti come da provvedimento del comune di Camisano Vicentino prot. n. 3165 del 20.02.2020, visto che i requisiti sanciti dalla Legge Regionale 22/2002, sono in gran parte assimilabili a quelli della norma ISO 9001:2015 ed UNI 10881.

Sicuramente la presenza presso l'ente di attività di programmazione, azione e monitoraggio dei processi attivata nel rispetto di quanto indicato nel SGQ potrà consentire all'organizzazione, dopo la crisi vissuta con il Covid-19, di imparare da questa esperienza traumatizzante per ripartire a riprogettare i servizi erogati, dopo aver potuto analizzarne aspetti positivi e punti di debolezza.

La sfida del futuro sarà quella di ricostruire rapporti di fiducia con i familiari delle persone accolte e con la società nel suo complesso.

Nel prossimo futuro anche questo Istituto come molte altre strutture dovrà sostenere uno sforzo importante per migliorare la propria attività di informazione e comunicazione rivolta agli stakeholders per dare contezza della qualità dei servizi erogati e dimostrare che il Centro servizi è in grado di garantire cure appropriate alle

persone anziane che versano in una condizione di fragilità e che c'è sicuramente spazio per aree di miglioramento dei servizi erogati in un'ottica continua di analisi del rischio relativamente a tutti i processi interni

Si è continuato a perseguire un importante lavoro di identificazione dei rischi e delle opportunità formalizzato nel documento di adeguamento definito "Analisi del contesto, rischi ed opportunità. Si è ritenuto di non modificare l'impianto delle Procedure, Istruzioni Operative e della relativa modulistica già in essere, ma di revisionarne gli eventuali contenuti.

## **2. POLITICA PER LA QUALITA'**

La politica per la qualità ha lo scopo primario di definire il quadro di riferimento per lo sviluppo del sistema di gestione per la qualità, al fine di ottenere la soddisfazione del cliente e il miglioramento continuo delle prestazioni del Centro Servizi.

L'Istituto, come altre strutture per anziani, in questo ultimo decennio hanno dovuto confrontarsi con importanti cambiamenti del contesto socio economico, che stanno incidendo in maniera importante sulla domanda di servizi sempre più complessa e articolata, e sulle aspettative delle parti interessate (familiari, Azienda ULSS, Amministrazioni comunali).

Tale evoluzione è stata accompagnata dall'emanazione di una serie di normative a livello nazionale e regionale che impongono agli enti come la CASA DI RIPOSO SERSE PANIZZONI, che erogano servizi sociosanitari rivolti a persone in condizione di fragilità di rispondere ai bisogni degli assistiti attraverso prestazioni sicure, appropriate e di qualità.

Mediante adeguate forme di comunicazione, la politica per la qualità viene diffusa a tutto il personale della struttura.

L'efficacia della comunicazione della politica per la qualità a tutto il personale viene assicurata anche attraverso riunioni, sessioni di formazione e la diffusione di messaggi di sostegno da parte della Direzione della Casa.

In occasione dei riesami periodici da parte della Direzione, l'enunciato della politica per la qualità è oggetto esso stesso di riesame per verificarne l'adeguatezza rispetto alle esigenze della Casa e dei clienti.

Il Consiglio di Amministrazione coadiuvato dalla Direzione hanno deciso di porre la soddisfazione del cliente, come impegno prioritario da raggiungere attraverso il miglioramento continuo della capacità dell'Istituto di fornire servizi ad elevato livello professionale, in conformità alle normative vigenti.

In linea con tale principio, la Direzione si impegna inoltre al costante aggiornamento nel tempo del proprio sistema di gestione per la qualità.

La politica per la qualità della CASA DI RIPOSO SERSE PANIZZONI è fondata sui seguenti principi:

- Garantire l'autorealizzazione delle persone accolte, intesa come possibilità di attuare ancora concretamente le proprie aspirazioni, abitudini, desideri, superando ove possibile gli ostacoli derivanti dalla non autosufficienza;
- Garantire la massima personalizzazione dell'assistenza alle persone accolte nel rispetto del loro grado di autonomia e della loro dignità come persone attraverso una adeguata presa in carico da parte di tutte le figure professionali;
- Garantire che i servizi vengano erogati nel rispetto di quanto indicato nella Carta dei Servizi, e nel contratto di accoglimento, ritenuti importanti per la soddisfazione del cliente.

|   |                                |                       |
|---|--------------------------------|-----------------------|
| <b>Casa di Riposo<br/>SERSE<br/>PANIZZONI</b> | <b>RIESAME DELLA DIREZIONE</b> | <b>Pagina 5 di 20</b> |
|---|--------------------------------|-----------------------|

- Attuare un monitoraggio dei processi e del servizio che risulti efficace in modo da prevenire l'erogazione al cliente di servizi non conformi.
- Assicurare al personale sicurezza sul luogo di lavoro e motivazione attraverso la formazione, l'addestramento e la partecipazione attiva, nella convinzione che l'individuo rappresenta la risorsa primaria della Casa.
- Promuovere la consapevolezza del ruolo e la cultura della qualità.
- Fissare e verificare regolarmente gli obiettivi per la qualità, definendone le risorse necessarie e i tempi di attuazione.
- Verificare l'attuazione di quanto indicato nel sistema qualità attraverso attività di monitoraggio (es. audit/verifiche ispettive) allo scopo di migliorarne in modo continuativo l'efficacia.

### **3. CONTESTO, FATTORI INTERNI ED ESTERNI**

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 che possa fare chiarezza sul ruolo degli stessi in una prospettiva futura di ridisegno della rete dei servizi dedicati all'area anziana.

L'IPAB in questi anni ha cercato per quanto possibile di trasformarsi in vero e proprio Centro di Servizio per l'erogazione di servizi sul territorio: dal 2015 in virtù di convenzioni attivate con il Comune in cui la stessa ha sede l'Ente si è strutturato per garantire la produzione e il confezionamento di pasti destinati agli utenti del SAD.

L'IPAB dopo essere stata messa a dura prova dall'emergenza COVID-19, sta ora scontando le ripercussioni negative della pandemia e la crisi del sistema sociosanitario veneto afflitto dalle seguenti problematiche:

- a) Sono state imputati ai Centri Servizio gli esiti negativi provocati dalla pandemia e l'impatto che la stessa ha avuto in termini di decessi e di contagi.;
- b) La mancata attivazione di percorsi condivisi per la gestione della persona fragile tra rete ospedaliera e territoriale; si fa sempre più pressante la necessità di ripensare alla rete dei servizi per le persone anziane considerando la residenzialità come parte integrante delle complessive risposte al bisogno;
- c) La sostenibilità dei costi sul piano economico poiché con la crisi COVID si sono dovute sostenere spese ingentissime (strutturazione di nuove modalità per la gestione degli ingressi di nuovi ospiti, adeguamento dei contratti dei fornitori e gestione accessi per gli stessi, acquisto DPI, implementazione delle attività di pulizia e di sanificazione) a fronte di un numero ridotto di assistiti che provoca un'importante contrazione delle entrate;
- d) la progressiva contrazione di risorse legate all'evoluzione delle politiche di welfare e il generale impoverimento delle condizioni economiche dei cittadini.
- e) Significativa concorrenza con le strutture pubbliche, essendo la struttura inserita in un sistema a libero mercato;
- f) Elevata concorrenza con strutture private a causa dei minori costi di gestione del personale e agevolazioni fiscali e contributive godute dai soggetti privati;
- g) Difficoltà ad avviare nuove unità di offerta (es. residenzialità intermedia), a causa dei vincoli della programmazione aziendale regionale e di una necessaria revisione dell'assetto strutturale dell'edificio;
- h) la problematica della carenza di personale sanitario (infermieri Professionali e medici), figure insostituibili nella cura della persona fragile e con cronicità; l'impossibilità di avere in organico una dotazione di personale infermieristico e medico conforme agli standard e agli accordi regionali sta di fatto paralizzando l'attività delle strutture sociosanitarie, che si trovano nell'impossibilità di occupare i posti letto in quanto non in grado di garantire una adeguata assistenza a causa della carenza di tale personale .
- i) Presenza di insoluti di rette degenza.

|   |                                |                       |
|---|--------------------------------|-----------------------|
| <b>Casa di Riposo<br/>SERSE<br/>PANIZZONI</b> | <b>RIESAME DELLA DIREZIONE</b> | <b>Pagina 6 di 20</b> |
|---|--------------------------------|-----------------------|

- j) Gestione di attività di cura sempre più spostate sul versante sanitario (gestione screening personale e ospiti ,vaccinazioni), per le quali è necessario garantire adeguata formazione al personale in una situazione di carenza di organico);
- k) Elevato stress psicofisico del personale sottoposto a turni massacranti e per il quale l'Ente è impossibilitato a riconoscere i periodi di ferie spettanti;
- l) Il sottofinanziamento del sistema con il valore delle impegnative di residenzialità fermo al 2010.
- m) Convenzioni con il SSR che rendono difficoltosa la gestione legata agli ordinativi e alla fornitura di farmaci e ausili, con necessità sempre più sentita di attivazione delle telemedicina e della presenza di medici specialisti in loco (geriatra, neurologo, psichiatra).

In questo contesto mutevole e ricco di difficoltà la certificazione ISO 9001:2015. è un punto di forza per il centro servizi che ha permesso di consolidare prassi e modalità di lavoro già evolute verso la qualità e il benessere della persona accolta, monitorando in maniera continuativa l'andamento delle "performance".

## FATTORI INTERNI

L'analisi del contesto ci fa comprendere come lo scenario futuro richieda un forte investimento sulla formazione della risorsa umana e su azioni che riescano a produrre esiti importanti sulla sostenibilità dell'ente.

I fattori interni che condizionano in maniera importante la gestione dell'ente possono essere così riassunti:

- a) la veste giuridica dell'ente, che qualificandosi come Pubblica Amministrazione è stretta in lacci e laccioli che rendono difficile la realizzazione in termini di flessibilità della propria mission, contrariamente ai tempi brevissimi di risposta che richiede il territorio che necessiterebbero di una flessibilità gestionale importante;.
- b) le condizioni strutturali di un nucleo degenza (piano primo) che necessita di un importante adeguamento alla L.R. 22/2002 per garantire una migliore e più sicura fruibilità degli spazi alle persone in condizione di non autosufficienza: durante la pandemia la gestione degli ospiti in tale nucleo si è rivelata particolarmente difficoltosa a causa della assenza di bagni nelle stanze degenza che impedivano un adeguato isolamento degli ospiti;
- c) Il turn-over di personale di middle management (coordinatore dei servizi), e la prolungata assenza dell'unità di personale addetta alla manutenzione che ha costretto l'Ente ad attivare la scelta di esternalizzare il servizio di manutenzione degli impianti;
- d) Gli elevati costi sanitari e di personale da sostenersi per l'acquisto di DPI per l'esecuzione degli screening agli ospiti e al personale
- e) La necessità di valutazioni importanti da effettuarsi da parte dell'Organo di Indirizzo sull'utilizzo del patrimonio e sugli investimenti da effettuarsi e sui possibili interventi atti a calmierare la disastrosa situazione di bilancio accertata per l'anno 2020;
- f) Il mancato riconoscimento dei posti presenti nel Piano di Zona di media intensità e la conseguente autorizzazione alla trasformazione dei posti per autosufficienti in posti dedicati alla non autosufficienza di minima ridotta intensità.
- g) La necessità di una maggiore specializzazione dei nuclei per garantire risposte appropriate a persone con i medesimi bisogni: inoltre è necessario un sostanziale ripensamento dell'assistenza in quanto le persone anziane NA che accedono, da diversi anni ed in particolare dopo la pandemia, richiedono al Centro Servizi un elevato numero di prestazioni sanitarie.  
A tale attività dovrà seguire una selezione e formazione adeguata al personale dei nuclei.
- h) la gestione delle problematiche legate alle ripercussioni della pandemia COVID, che comportano per l'ente la necessità di avere una organizzazione flessibile sia in termini strutturali che di risorse: per garantire il rispetto delle misure per la prevenzione del contagio e di autocontrollo sulle stesse.

|   |                                |                       |
|---|--------------------------------|-----------------------|
| <b>Casa di Riposo<br/>SERSE<br/>PANIZZONI</b> | <b>RIESAME DELLA DIREZIONE</b> | <b>Pagina 7 di 20</b> |
|---|--------------------------------|-----------------------|

La sfida del futuro sarà quella di tenere insieme l'efficienza economica con il benessere delle persone accolte, la qualità dei servizi, l'equità, l'appropriatezza e sicurezza delle prestazioni, l'inclusione dei familiari nel processo di cura, al fine di garantire la più ampia attrattività verso l'ente.

Vi è la necessità di favorire lo sviluppo di una nuova cultura organizzativa capace di interfacciarsi con i nuovi scenari, confrontarsi con i rischi derivanti dall'attività svolta per meglio valutarli ed affrontarli;

L'obiettivo che si cerca di perseguire è sicuramente quello di FARE MEGLIO CON LE RISORSE DISPONIBILI, cercando di valorizzare e fidelizzare al massimo le risorse umane che operano nell'Istituto, attualmente presenti nell'ordine delle novanta unità nel ruolo di dipendenti, sia diretti (di ruolo) che indiretti (vds. cooperazione, agenzie somministrazione lavoro).

## FATTORI ESTERNI

L'IPAB si muove quotidianamente in un contesto dove più interlocutori esterni interagiscono nel processo di gestione assistenziale dell'anziano, condizionandone in maniera positiva o negativa la gestione: in primis l'Azienda ULSS che grazie ad una attività di riorganizzazione dei percorsi distrettuali e di revisione delle proprie procedure è in grado di rendere più o meno veloce la valutazione delle persone che necessitano di essere inserite nella rete dei servizi e l'assegnazione delle Impegnative di Residenza che, nella nostra Regione, è un titolo personale che la persona non autosufficiente può spendere in una struttura di sua scelta.

La gestione del problema dell'invecchiamento della popolazione e delle modifiche intervenute in questo ultimo decennio a livello sociale è stata affrontata da diversi studi: le raccomandazioni formulate in ambito internazionale spingono per lo sviluppo dei servizi residenziali – in considerazione della loro storica sotto-dotazione italiana e delle loro capacità di formulare risposte più appropriate rispetto all'ambito ospedaliero: l'auspicio è quello di assicurarne la continuità con i servizi sanitari gestiti dalle Aziende ULSS e di promuoverne il monitoraggio della qualità e della sicurezza.

Da alcuni anni si è invece assistito ad una spinta da parte della Regione di attivazione di modelli di gestione di tipo aziendale che richiedono all'Amministrazione e all'organizzazione dell'ente di ragionare su azioni da attivare per garantire migliori performance e la sostenibilità dell'ente in termini di bilancio.

Tale modello aziendale è stato messo in crisi dall'emergenza COVID-19 che ha visto aumentare drasticamente i costi per i presidi sanitari → DPI, gel sanificante, attrezzature per abbattere i germi nell'aria (ozono, plasma freddo, etc.), potenziamento del servizio di pulizia e disinfezione;

I ricavi si stanno contraendo in modo significativo in quanto le attuali disposizioni regionali impongono di : mantenere libero un congruo numero di posti letto per attrezzare l'area di isolamento, la c.d. "bolla covid", costringendo l'Ente a rinunciare a parte delle rette.

Da anni presso la nostra Regione si è consolidata la modalità della presa in carico della persona assistita attraverso il lavoro di équipe: attualmente il lavoro multidisciplinare e gli standard di personale richiesti ai Centri Servizio a garanzia di una adeguata assistenza viene messa in crisi dalla carenza di alcune figure sanitarie che fanno parte delle équipe multidisciplinari, i Medici e gli Infermieri, minando la qualità dell'assistenza che le strutture sono riuscite a garantire fino a qualche anno fa.

Nel nostro Istituto, come in molte strutture è avuto un importante turnover del personale infermieristico che ha messo a rischio la possibilità di garantire il servizio nelle 24 ore, una garanzia per la continuità nell'assistenza delle persone accolte.

Per alcuni mesi non si è in grado di garantire l'assegnazione all'assistito autosufficiente a causa della indisponibilità di MMG a prendersi in carico tali persone.

Dal mese di ottobre 2020 L'Ente su due medici presenti ha registrato un turnover di una unità che si è riusciti difficilmente a risolvere: tale situazione si è verificata in concomitanza con la pandemia COVID che ha causato una importante riduzione del numero di ospiti.

E' stato quindi possibile assegnare tutti i presenti all'unico Medico rimasto.

Il problema del reclutamento dei medici si è aggravato in questi ultimi due anni con Quota 100, come accaduto per il personale infermieristico: la Sanità Pubblica è valutata dal personale infermieristico e medico come ambito che offre migliori prospettive di carriera e retributive. Rispetto al personale del settore ospedaliero, studi dimostrano come la retribuzione di figure che svolgono la stessa professione con equiparate responsabilità in ambito sociosanitario sia inferiore del 35%.

L'impossibilità di avere in organico una dotazione di personale infermieristico e medico conforme agli standard e agli accordi regionali sta di fatto paralizzando l'attività delle strutture sociosanitarie, già pesantemente penalizzate dall'emergenza COVID, e che si trovano nell'impossibilità di occupare i posti letto in quanto non in grado di garantire una adeguata assistenza a causa della carenza di tale personale.

Questo elemento preclude inoltre la possibilità di programmazione di un eventuale ampliamento dei servizi in grado da assicurare all'Ente la realizzazione di tutta una serie di attività dedicate alla persona lungo tutto il ciclo della sua vita: si auspica che il legislatore dia maggiore impulso a normative che consentano e valorizzino le potenzialità del centro servizi attraverso l'attivazione di convenzioni con i Comuni in ambito domiciliare, semiresidenziale, abitativo, educativo, scolastico, ecc. e con le Ulss in ambito domiciliare integrato

La sottostante analisi swot rivista in chiave attuale illustra chiaramente il contesto in cui si trova ad operare la struttura:

| <b>ANALISI SWOT DEL CONTESTO e Relazione con le aspettative delle parti interessate</b>  |   |
|--|---|
| <b>PUNTI DI FORZA</b>  | <b>PUNTI DI DEBOLEZZA</b>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Collocazione strategica rispetto alle richieste di ingresso</li> <li>- Iniziative formative</li> <li>- Piano delle performance</li> <li>- Flessibilità dei servizi erogati: accoglienza temporanea o definitiva, accoglimento presso minialloggi);</li> <li>- Autorizzazione all'esercizio e accreditamento conseguite</li> <li>- Dotazione di ampia area verde</li> <li>- Servizi pubblici facilmente usufruibili</li> <li>- Apertura della struttura all'esterno</li> <li>- Personalizzazione dell'assistenza grazie a progetti interni dei professionisti</li> <li>- Certificazione di qualità (UNI EN ISO 9001)</li> <li>- Cartella socio sanitaria informatizzata</li> <li>- Servizio di volontariato</li> <li>- Cucina interna: presenza di un menù stagionale validato da esperta nutrizionista.</li> <li>- Possibilità di videochiamate o di visite in ambiente protetto per i familiari nel rispetto delle normative anticontagio.</li> <li>- Presenza di protocollo interno per la gestione di familiari in situazione di terminalità in conformità con quanto previsto dalle disposizioni dell'Istituto Superiore di Sanità e Regione Veneto.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mancato completamento del processo di trasformazione di tutti i posti letto della struttura in posti dedicati alla non autosufficienza;</li> <li>- Mancata copertura di tutti i posti letto accreditati con Impegnative di Residenzialità</li> <li>- Turn over del personale (legato in particolare alla fuga verso l'ULSS)</li> <li>- Difficoltà a modificare la cultura interna relativa alle nuove modalità di lavoro ed al cambiamento in generale</li> <li>- Difficoltà di co-progettazione con enti presenti sul territorio;</li> <li>- Diverso senso di appartenenza da parte dei dipendenti con conseguente diversa presa in carico di responsabilità</li> <li>- Carenza sul mercato di personale infermieristico, assistenziale e medico;</li> <li>- Difficoltà di gestione del rischio clinico e degli eventi avversi a causa della carenza del personale di cui sopra;</li> <li>- Carenza di risorse economiche atte a garantire percorsi formativi di medio termine atti a specializzare i servizi erogati (demenza – assistenza al malato terminale);</li> <li>- Difficoltà di rilevazione della qualità percepita dai familiari, a seguito della preclusione all'accesso degli stessi alla struttura.</li> <li>- Gestione dello stress da lavoro correlato all'emergenza COVID 19</li> <li>- Nucleo che necessita di intervento strutturale adeguamento</li> </ul> |

#### 4. ANALISI DEI RISCHI E DELLE OPPORTUNITA'

A partire dall'analisi del contesto, dei fattori interni ed esterni oltre che dei punti di forza e debolezza, si identificano i seguenti rischi ed opportunità:

| <b>OPPORTUNITA'</b>  | <b>RISCHI</b>  |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Possibilità di vivere in autonomia, ma con il supporto di servizi sociosanitari erogati dalla struttura presso i 12 appartamenti ubicati in centro a Camisano Vic.no</li> <li>- Fornitura su convenzione di Servizio Pasti esterno</li> <li>- Realizzazione delle attività periodiche di screening sugli assistiti e sul personale a garanzia di una continua attività di prevenzione COVID-19</li> <li>- Rilevazione benessere del personale</li> <li>- Analisi del fabbisogno formativo</li> <li>- Analisi dei rischi e degli eventi avversi/near miss (Incident Reporting)</li> <li>- Tirocini formativi e lavorativi in convenzione con Scuole, Università, Azienda ULSS</li> <li>- Presenza di protocollo interno per la gestione di familiari in situazione di terminalità in conformità con quanto previsto dalle disposizioni dell'Istituto Superiore di Sanità e Regione Veneto.</li> <li>-</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rischio clinico socio-assistenziale</li> <li>- Rischio manageriale o rischio d'impresa</li> <li>- Rischio biologico</li> <li>- COVID-19: rischio da esposizione ad agenti biologici</li> </ul> <hr style="border: 1px solid blue;"/> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rischio organizzativo</li> <li>- Rischio reputazionale (trasparenza, sito, riunioni, progetti condivisi)</li> <li>- Rischio corruzione</li> </ul> |

#### 5. LE PRESTAZIONI E L'EFFICACIA DEL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITA'

Gli obiettivi, i progetti e le attività messe in atto in un'ottica di miglioramento continuo trovano riscontro fino a dicembre 2019. Con l'arrivo dell'emergenza Covid-19, pur mantenendo una modalità di gestione dei servizi in qualità, è venuta a mancare la capacità di monitorare e valutare in maniera puntuale i risultati perseguiti. Tale fattore esogeno ha condizionato pesantemente anche l'attività del Consiglio di Amministrazione che, nominato a fine ottobre 2019, non è pienamente entrato nel ruolo programmatico richiesto all'Organo di Indirizzo.

##### 5.a) Valutazione raggiungimento obiettivi strategici

##### **IL PERSEGUIMENTO DI LIVELLI DI QUALITA' DEI SERVIZI EROGATI IN LINEA CON QUANTO PREVISTO DAL VIGENTE MGSQ :**

Nonostante lo sconvolgimento organizzativo che ha investito il Centro Servizi nel corso dell'anno 2020 l'Ente ha continuato a promuovere una politica per la qualità che preveda un continuo miglioramento dei servizi che vengono offerti.

I risultati analizzati attraverso la raccolta per quanto possibile degli indicatori evidenziano il raggiungimento di un buon livello di gestione di un sistema di qualità dei servizi, in tutti gli ambiti di competenza.

|   |                                |                        |
|---|--------------------------------|------------------------|
| <b>Casa di Riposo<br/>SERSE<br/>PANIZZONI</b> | <b>RIESAME DELLA DIREZIONE</b> | <b>Pagina 10 di 20</b> |
|---|--------------------------------|------------------------|

Nel corso del 2019 la Casa di Riposo è stata giudicata conforme alla norma UNI EN ISO 9001:2015: in assenza di specifici obiettivi da definirsi da parte del Cda, lo sforzo dell'organizzazione si è concentrato sull'obiettivo del miglioramento continuo e dell'innalzamento della qualità dei servizi offerti.

Al fine di dare un continuum a quanto realizzato, poiché nell'anno 2020 l'Ente non è stato sottoposto a visita di verifica, si riprende brevemente in questo riesame quanto riportato nel medesimo documento redatto nell'ottobre 2020.

L'analisi del successivo periodo temporale fino a tutt'oggi non può non tener conto che da inizio novembre 2020 fino alla fine di gennaio del corrente anno la struttura è stata colpita dal COVID-19: in questo periodo tutta l'organizzazione si è concentrata sulla gestione degli screening e della prevenzione contagi, garantendo una costante informazione ai familiari degli ospiti attraverso chiamate telefoniche o videochiamate.

Fin dal marzo 2020 è stato adottato un protocollo aziendale in materia di sicurezza dei lavoratori, aggiornato alle modifiche normative, che è stato distribuito a dipendenti interni e lavoratori dei servizi in appalto, nel quale sono illustrate una serie di procedure operative per la prevenzione del rischio ed è stata effettuata per tutto il personale apposita formazione in materia.

La prevenzione del rischio COVID 19, oltre a creare difficoltà e ansia nel personale, ha modificato in maniera significativa l'approccio all'assistenza delle persone anziane accolte presso la struttura, focalizzando l'organizzazione dei propri interventi più sul rispetto delle norme e indicazione di prevenzione del contagio che alla personalizzazione dell'assistenza, come richiesto dal modello veneto.

### **AMBITO STRUTTURALE**

Sono stati completati nel corso dell'anno 2020 i lavori di rifacimento impianti del nucleo Iris e i lavori di adeguamento dell'intero edificio alla normativa antincendio: il progetto includeva anche l'adeguamento alla L.R. 22 di due stanze degenza ubicate al primo piano e o spostamento degli uffici amministrativi nell'appartamento ex suore.

La rimanente parte del nucleo del piano primo necessita di completa ristrutturazione e adeguamento ai requisiti strutturali previsti dalla L.R. 22/2002.

La gestione di tale nucleo si è dimostrata molto disagiata durante la pandemia con la necessità di attivare le misure di isolamento degli ospiti, essendo parte delle stanze prive di bagno.

Al fine del superamento delle prescrizioni indicate nel provvedimento di autorizzazione all'esercizio l'Ente ha trasmesso un piano di adeguamento che dovrà essere realizzato entro il 2022. Attualmente non si dispone di risorse economiche sufficienti per la realizzazione di questi lavori.

I lavori si sono conclusi nel mese di ottobre e la SCIA antincendio corredata da tutta la documentazione richiesta dai VV.FF è stata presentata ad inizio maggio.

Il rifacimento dell'impianto idrico sanitario del nucleo Iris, le cui pareti risultavano impregnate per buona parte dell'altezza di acqua presentando umidità e muffa che rendevano insalubre l'ambiente, si sono conclusi nel mese di settembre.

Per la realizzazione dei lavori sono state attivate tutte le misure di contrasto al COVID-19.

Lo spostamento degli uffici è stato realizzato nel mese di settembre 2020: Sarà necessario rivedere i percorsi di accesso ai familiari ed esterni che necessitano di accedere agli uffici.

Il Centro Servizi è entrato in possesso nel 2019 di un edificio e di alcuni terreni agricoli ubicati nel Comune di Grisignano di Zocco, di proprietà di un'ospite della struttura che nominato la struttura erede dei suoi beni.

In corso d'anno sarà attivato il percorso per l'alienazione di questi beni e sono in corso da parte del CdA valutazioni su come impiegare i proventi derivanti da tale eredità.

### **AMBITO AMMINISTRATIVO**

A seguito dell'introduzione delle norme del Regolamento Europeo 679/2016 viene richiesto all'ente la predisposizione di un apposito sistema di gestione dei rischi derivanti dal trattamento dei dati personali, in particolare per quanto riguarda il consenso degli interessati e la divulgazione o accesso ai medesimi.

Con deliberazione n.14 del 23.05.2018 è stato nominato il DPO DATA PROTECTION OFFICER dell'ente – Dott. Roberto Morello - con il compito di fornire consulenza al titolare e al responsabile del trattamento sul

|   |                                |                        |
|---|--------------------------------|------------------------|
| <b>Casa di Riposo<br/>SERSE<br/>PANIZZONI</b> | <b>RIESAME DELLA DIREZIONE</b> | <b>Pagina 11 di 20</b> |
|---|--------------------------------|------------------------|

rispetto degli obblighi derivanti dal GDPR e dalla normativa nazionale, oltre a verificarne l'osservanza. Tale figura è da coinvolgersi in tutte le questioni che riguardano la protezione dei dati personali e i rischi derivanti dalla gestione dei dati.

Il DPO, come risulta dall'ultimo rapporto di intervento del 12.11.2019, ha verificato:

- a) L'adeguatezza del Registro dei trattamenti;
- b) Le criticità emerse dall'analisi dei rischi;
- c) La stampa della documentazione e consegna agli interessati;

Il rispetto della trasparenza è stato garantito attraverso la pubblicazione sul sito web della documentazione prevista dal D.Lgs 33/2013.

In materia di Trasparenza e Anticorruzione (L. 190/2012 – D. Lgs. 33/2013 e D.Lgs. 97/2016) l'ente ha provveduto ad approvare nel mese di gennaio 2021 il proprio piano anticorruzione e ad effettuare gli adempimenti previsti dalla norma.

Come da obiettivo programmato nell'anno 2020 è stata data approvazione al Regolamento di Amministrazione che disciplina in maniera dettagliata le competenze dell'Organo di Indirizzo e dell'Organo di Gestione.

E' pubblicato nel sito il modulo per la segnalazione di illeciti e irregolarità che potrà essere utilizzato dal cittadino. Lo stesso dovrà essere inviato attraverso apposita PEC istituita per tale finalità.

Tutti gli accessi civici e generalizzati sono stati gestiti con un sistema di tracciabilità dalla Ditta esterna di cui l'ente si avvale per la gestione della privacy e della trasparenza.

Un significativo elemento di miglioramento è stato apportato dalle verifiche periodiche da effettuarsi a cura delle persone incaricate inserito nel Piano della Trasparenza del corrente anno.

La gestione del rischio corruzione derivante dall'area degli appalti è stato garantito attraverso l'attivazione di procedimenti di gara avvalendosi di Centrale Unica di Committenza esterna, con la quale è stata sottoscritta apposita convenzione.

Inoltre a seguito delle segnalazioni dell'AGID il Centro Servizi ha affidato ad un esperto l'attività del proprio sito web al fine di renderlo maggiormente fruibile da parte dell'utenza.

E' pubblicato nel sito il modulo per la segnalazione di illeciti e irregolarità in materia di corruzione che potrà essere utilizzato dal cittadino. Lo stesso dovrà essere inviato attraverso apposita PEC istituita per tale finalità.

## **GESTIONE DEL PERSONALE E DELLA SICUREZZA SUL LAVORO**

E' stato adottato nel 2019 il nuovo sistema di valutazione della performance organizzativa ed individuale del personale da applicarsi al personale dipendente, sviluppato in collaborazione con altri Centri di Servizio e rispondente all'attuale CCNL.

Il dipendente viene valutato fino a max punti 70 sulla base del suo apporto al raggiungimento degli obiettivi organizzativi della qualità assegnati ad ogni tipologia di figura professionale, e per punti 30 rispetto all'apporto individuale alle prestazioni che deve garantire.

Tali modalità di valutazione sono state applicate positivamente nel corso dell'anno 2020, ed hanno consentito all'ente di procedere alla liquidazione del compenso incentivante la produttività ai dipendenti in servizio nell'anno 2019.

E' proseguita fino all'entrata in vigore delle misure di contrasto alla pandemia COVID la formazione nell'ambito della sicurezza sul lavoro attraverso l'aggiornamento della formazione dei preposti, e la formazione generale dei neoassunti.

Nella primavera del 2020 è deceduto il Dott. Petris Luigi, RSPP e l'ente ha provveduto a nominare un nuovo consulente esterno con funzione di RSPP, l'Ing. Veneziani Fabrizio.

Nel corso dell'anno 2020 e in particolare in questo ultimo semestre tutta l'organizzazione si è concentrata sulla gestione del rischio pandemico: contestualmente in questo grande momento di incertezza e di difficoltà i cambiamenti intervenuti nell'assetto del personale hanno condizionato in maniera importante la gestione dei processi amministrativi, sociosanitari e di manutenzione.

Il manutentore, figura unica è rientrato nel mese di febbraio dopo 17 mesi di malattia, conseguentemente in questo periodo l'Ente prima è stato supportato dall'attività di un manutentore di un altro ente, successivamente è stata inserita una figura proveniente da Agenzia di somministrazione lavoro in possesso di importanti

competenze in informatica che ha provveduto ad attuare una importante pianificazione degli interventi di manutenzione e il riordino del locale officina.

Contestualmente si è scelto di esternalizzare la manutenzione degli impianti elettrici e idrotermicosanitari al fine di garantire il regolare funzionamento degli stessi.

E' attualmente in corso una nuova valutazione dei rischi da parte del SPP, necessaria ad aggiornare il DVR: valutazione MAPO e del rischio biologico.

Si sta inoltre procedendo a riordinare tutti le posizioni dei dipendenti relativamente alla formazione cogente in materia di sicurezza.

Si è gestita in corso d'anno la sostituzione del pensionamento di alcuni lavoratori OSS e dell'Educatore Professionale: sono state assunte nuove unità attraverso scorrimento di graduatoria concorsuale e indizione di selezioni per l'assunzione a tempo determinato.

La cessazione in toto di tutto il personale amministrativo di ruolo dell'Ufficio e la conseguente difficoltà nella gestione dei processi è stata superata grazie all'inserimento di tre nuove unità che stanno sviluppando capacità e competenze e che hanno dimostrato di sapere ben gestire il processo di approvvigionamento dei DPI, il monitoraggio degli screening, e l'inserimento nel portale regionale delle attività richieste dall'Azienda ULSS 8.

Il consolidamento del rapporto di fiducia con la task force dell'Azienda si dimostrato un elemento di miglioramento nella gestione delle attività sanitarie durante la pandemia non di poco conto.

La pandemia, quale elemento acceleratore del cambiamento, ha messo in luce una serie di difficoltà legate all'attività di coordinamento dei processi: l'assenza da febbraio 2020 e le dimissioni a dicembre 2021 della Coordinatrice di Struttura hanno costretto la Direzione a ripensare alla gestione di tali attività di fondamentale importanza per la struttura.

In particolare l'Azienda ULSS ha evidenziato la necessità di un coordinamento importante della parte sanitaria del servizio, che avrebbe potuto essere colmata attraverso o il reclutamento di una nuova unità (di difficile reperimento sul mercato) o attraverso la valorizzazione di personale interno.

Tale criticità è stata implementata dal turnover verificatosi tra il 2020 e 2021 nel servizio infermieristico: nel mese di febbraio è stato espletato un nuovo concorso che ha consentito la copertura delle risorse necessarie a garantire la copertura dei turni diurni.

Le modalità organizzative della CASA DI RIPOSO SERSE PANIZZONI e l'approccio alla gestione dei processi attraverso il SGQ ha fatto optare la Direzione per la scelta di affidare le funzioni di Coordinamento all'As Dott.ssa Debora Negrin – Responsabile della Qualità e all'Infermiera Professionale Valeria Favaro, coadiuvate dalla Dott.ssa Cristina Zancan che svolge la funzione di AS.

Il rapporto di audit evidenzia come questa scelta abbia costituito un elemento positivo nell'attività di gestione della struttura, che sta mettendo in grado lo staff di direzione di attuare un generale ripensamento sulle sfide che coinvolgeranno la struttura per il futuro.

## **AMBITO SOCIO-SANITARIO**

| <b>OBIETTIVO</b>   | <b>PESO</b> | <b>INDICATORE</b>  | <b>TIPOLOGIA OBIETTIVO</b>       |
|--|-------------|--|----------------------------------|
| Mantenimento dei requisiti legati alla personalizzazione dell'assistenza previsti dall'accreditamento istituzionale e mantenimento Sistema Qualità UNI EN ISO 2015 | 10          | Presenza di evidenze documentali che attestano il rispetto dei requisiti .<br>Rapporto di visita di verifica svoltasi con esito positivo | OBBLIGATORIO<br>FACOLTATIVO<br>E |

Con DGR n. 1581del 29.10.2019 la Regione Veneto ha riconfermato l'accreditamento per n. 84 posti letti per non autosufficienti di minima ridotta intensità .

|   |                                |                        |
|---|--------------------------------|------------------------|
| <b>Casa di Riposo<br/>SERSE<br/>PANIZZONI</b> | <b>RIESAME DELLA DIREZIONE</b> | <b>Pagina 13 di 20</b> |
|---|--------------------------------|------------------------|

## 5.b) Analisi azioni di miglioramento 2020/2021

Nel corso del 2020 a causa dell'emergenza legata alla gestione dell'infezione da Sars Cov- 2 e dell'assenza di alcuni professionisti sono venuti a mancare formalmente gli incontri da parte del Team di Risk Management, anche se l'ottica di analisi del rischio attraverso l'individuazione di eventi avversi e della loro analisi ha continuato ad essere adottata da tutto il personale della struttura.

In un'ottica di miglioramento continuo e compatibilmente con la gestione dell'emergenza Covid, sono stati monitorati i seguenti aspetti riscontrabili in relazioni trimestrali da parte degli infermieri professionali:

- USO DELLA CONTENZIONE
- GESTIONE FARMACI
- GESTIONE ALVO
- MONITORAGGIO PESI DEGLI OSPITI
- ERRORI TERAPIA
- PIAGHE DA DECUBITO
- CADUTE
- USO CATETERI VESCICALI

Tuttavia da un'analisi di quanto evidenziato è emersa la mancanza di un'accurata valutazione degli eventi emersi e di un'attenta ipotesi di interventi in caso di marcato riscontro negativo.

Per questo motivo per il 2021 è stato rivisto il sistema di perseguimento dei risultati finalizzati al miglioramento continuo e al monitoraggio del rischio.

Con cadenza trimestrale verranno pertanto analizzati i seguenti aspetti:

- ADEGUATA PRESA IN CARICO DELL'OSPITE
- PREVENZIONE DELLA DENUTRIZIONE E MALNUTRIZIONE
- CONTENIMENTO NUMERO CADUTE
- PREVENZIONI DELLE LESIONI DA DECUBITO
- CONTENIMENTO DELL'USO DELLA CONTENZIONE
- CONTENIMENTO DELLE INFEZIONI
- CONTENIMENTO DEGLI ERRORI NELLA SOMMINISTRAZIONE DELLA TERAPIA FARMACOLOGICA
- GESTIONE DIETE SPECIALI ED ALIMENTAZIONE
- RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI DEFINITI PER LE ATTIVITA'/PROGETTI DI ANIMAZIONE
- RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI DEFINITI PER LE ATTIVITA'/PROGETTI DEL SERVIZIO PSICOLOGICO

L'ente con determinazione n. 104 del 23.09.2019 ha incaricato il prof. Pastorelli . LUIGI Direttore Tecnico del Gruppo SCHULT'Z, azienda leader a livello nazionale ed internazionale operante nell'analisi dei rischi applicata in particolare all'ambito sanitario/ospedaliero di realizzare un audit presso la struttura sulle modalità di gestione dei rischi afferenti alla assistenza degli ospiti.

La relazione, che si allega al presente riesame quale parte integrante e sostanziale, analizza una serie di criticità legate alla natura dell'attività svolta dalla struttura quali:

1. Adeguatezza della struttura;
2. Gestione dell'Ospite all'interno della struttura;
3. Aggressione del personale;
4. Fuga dell'Ospite dalla struttura
5. Caduta dell'Ospite;
6. Ulcere da Pressione

Dall'elaborazione dei vari fattori rilevati nel corso dell'audit si evidenzia che l'indice rilevato di criticità è superiore all'indice ottimale previsto dalla Linee Guida in materia.

|   |                                |                        |
|---|--------------------------------|------------------------|
| <b>Casa di Riposo<br/>SERSE<br/>PANIZZONI</b> | <b>RIESAME DELLA DIREZIONE</b> | <b>Pagina 14 di 20</b> |
|---|--------------------------------|------------------------|

Considerata la carenza di personale infermieristico disponibile a prestare servizio presso le strutture sociosanitarie attualmente insufficiente l'ente sta pensando all'attivazione di un service con farmacia esterna per la preparazione della terapia farmacologica degli ospiti:

*1) Elaborazione del piano formativo del personale*

*2)*

Il Piano formativo valevole per l'anno 2021 è stato redatto il 19/04/2021.

Per quanto riguarda l'anno 2020 la Psicologa Dott.ssa Anzolin aveva pianificato di effettuare la rilevazione di tale fabbisogno al fine di concentrare le risorse disponibili nel soddisfacimento dello stesso.

Purtroppo l'emergenza COVID che ha investito i Centri Servizio per Anziani non ha consentito la pianificazione di iniziative formative, se non in modalità remota come previsto dalle disposizioni nazionali (DPCM Conte).

Gli attestati dei corsi effettuati on line sono disponibili presso l'Ufficio Personale.

L'ambito su cui l'Ente si è orientato necessariamente è quello della formazione in materia di COVID-19: dal mese di Marzo 2020 tutto il personale è stato sottoposto a formazione sulla gestione dell'emergenza come richiesto dalla vigente normativa regionale. Sono disponibili gli attestati dell'avvenuta formazione.

Sono state effettuate numerose riunioni con il personale per informare lo stesso sui contenuti del protocollo aziendale.

*3) COVID 19 – gestione rischio biologico da contagio*

Da fine febbraio 2020 la struttura ha dovuto affrontare il rischio da contagio da COVID 2019, il virus che ha provocato una pandemia mondiale dichiarata tale dall'Organizzazione Mondiale della Sanità in data 11 marzo 2020.

La struttura è stata chiusa a familiari e visitatori in data 28.02.2020 e l'accesso è stato consentito in via straordinaria solo ai familiari di ospiti terminali.

Al fine di garantire la continuità delle relazioni con i familiari degli assistiti l'Ente ha provveduto ad attivare la possibilità di effettuare videochiamate agli assistiti come raccomandato dalle indicazioni regionali.

E' stato adottato un protocollo aziendale dalla data del 03.03.2020, revisionato numerose volte, per integrarlo con gli aggiornamenti sulla misure di prevenzione indicate dall'Azienda ULSS 8 in recepimento delle normative di legge, che è stato distribuito a dipendenti interni e lavoratori dei servizi in appalto, nel quale sono illustrate una serie di procedure operative per la prevenzione del rischio ed è stata effettuata per tutto il personale apposita formazione in materia.

La prevenzione del rischio COVID 19, oltre a creare difficoltà e ansia nel personale, ha modificato in maniera significativa l'approccio all'assistenza delle persone anziane accolte presso la struttura, focalizzando l'organizzazione i propri interventi più sul rispetto delle norme e indicazione di prevenzione del contagio che personalizzazione dell'assistenza, come richiesto dal modello veneto.

Purtroppo a fine ottobre la struttura è stata investita dalla pandemia che ha colpito un numero significativo di ospiti provocando n.17 decessi e numerose malattie del personale operante presso l'Ente.

Dall'attuazione della fase 2 ai primi di giugno 2020 in ottemperanza alle vigenti Linee di Indirizzo Regionali per le Strutture Residenziali Extra-ospedaliere, sono state definite le modalità per effettuare la ripresa degli ingressi degli ospiti, attuando per i nuovi accolti le modalità di prevenzione del contagio (isolamento per 14 giorni, tampone molecolare negativo) per poi essere trasferiti nei vari nuclei.

Sempre da metà giugno si sono riprese le visite da parte dei famigliari, che avevano luogo in uno spazio esterno appositamente attrezzato previo appuntamento.

La postazione dei famigliari e dell'ospite era delimitata da apposita SEGNALETICA allo scopo di garantire il distanziamento sociale. I visitatori si sottoponevano a misurazione della temperatura e contestualmente alla compilazione di un questionario e patto di responsabilità per escludere situazioni tali da annullare la visita (es. febbre superiore a 37.5 o presenza di sintomi influenzali).

Questa modalità di visita è stata adottata fino a metà ottobre, quando l'aumento dei contagi e le disposizioni vigenti hanno comportato una nuova chiusura anche per l'Istituto.

Durante tutto il periodo di emergenza COVID-19 l'Azienda ULSS ha strutturato incontri di conference call settimanali con le direzioni delle strutture sociosanitarie, fornendo indicazioni puntuali sulle modalità operative da attuarsi.

Il 24.09.2020 ha avuto luogo una visita della task force ULSS : sono state oggetto di confronto le seguenti aree:

- Controllo delle persone che accedono alla struttura;
- Fabbisogno e modalità di approvvigionamento di DPI;
- Formazione del personale;
- Gestione degli isolamenti;
- Igienizzazione degli ambienti;

La task force ULSS ha fornito un apporto importante e sicuramente positivo nella gestione del focolaio insorto in struttura a fine ottobre 2020, che ha supportato l'organizzazione nella gestione delle condizioni di salute degli ospiti e nelle indicazioni organizzative attraverso anche l'invio degli USCA.

Si è cercato in particolare di supportare il personale nelle procedure di vestizione e svestizione, la cui correttezza nell'esecuzione è stata fondamentale per la prevenzione dal contagio.

E' stato inoltre istituito un team di coordinamento COVID con l'obiettivo di condividere la continuità degli interventi gestionali ed affrontare le criticità organizzative che si sono manifestate sia sul versante dei dipendenti che sul versante della gestione dell'assistenza agli ospiti.

Il Comitato ha il compito di monitorare appositi interventi di autocontrollo in materia di prevenzione da COVID – 19, verificando internamente il grado di applicazione delle misure adottate.

Una ulteriore visita della task force ULSS ha avuto luogo il 24.09.2020: sono state oggetto di confronto le seguenti aree:

- Controllo delle persone che accedono alla struttura;
- Fabbisogno e modalità di approvvigionamento di DPI;
- Formazione del personale;
- Gestione degli isolamenti;
- Igienizzazione degli ambienti;

Con il superamento della pandemia e il verificarsi di una situazione COVID free sono state predisposte n. 3 postazioni nella sala polivalente con accesso dall'esterno per garantire le visite. L'organizzazione è impegnata in via continuativa nel ricercare modalità compatibili con quanto previsto dalle linee guida **per coniugare personalizzazione dell'assistenza e piena aderenza alle disposizioni in materia di COVID** al fine di tenere indenne la struttura da possibilità di contagio.

Su specifica indicazione dei sanitari presenti in struttura sono state strutturate modalità di visita in sicurezza nella stanza degenza dell'ospite per le persone in stato terminale o in gravi condizioni di salute che non possono fruire delle modalità ordinarie di visita.

### 5.c Monitoraggio e misurazione, prestazioni dei processi e conformità dei servizi anno 2019 e 2020

La maggior parte degli esiti relativi agli indicatori di misurazione dei processi per l'anno 2019 sono stati comparati con quelli risultanti dall'analisi del 2018, al fine di comprendere l'andamento dell'organizzazione in merito agli obiettivi di qualità preposti.

Per l'anno 2020 non è stato possibile raccogliere gli indicatori così come individuati a causa della gestione dell'emergenza Covid.

Da una prima analisi di quanto raccolto risulta che:

- AREA RISORSE UMANE: gli obiettivi di monitoraggio e gestione del fabbisogno formativo, di garanzia di adeguate competenze del personale e di adeguato coordinamento dei nuclei e dei professionisti hanno avuto un esito positivo, raggiungendo a pieno il valore atteso sia nel 2018 che nel 2019. Non vi sono stati infortuni nel corso del 2019.

**In linea generale gli obiettivi relativi a quest'area sono da considerarsi raggiunti con un livello di risultato soddisfacente in termini di mantenimento della qualità del servizio.**

- AREA AMMINISTRATIVA: sia per il 2018 che per il 2019 risultano raggiunti gli obiettivi di adeguatezza delle forniture e di monitoraggio dei servizi in outsourcing, anche se con un valore in lieve peggioramento nel 2019 relativamente ai rapporti di non conformità delle forniture (n. 4). **In linea**

**generale gli obiettivi relativi a quest'area sono da considerarsi raggiunti con un livello di risultato soddisfacente in termini di mantenimento della qualità del servizio, in particolare per quanto riguarda la gestione della contabilità rette.**

L'attività di approvvigionamento e monitoraggio delle giacenze dei DPI sono state puntualmente garantite, grazie alla costante attività del personale, così come l'attuazione e la restituzione di una serie di dati richiesti con cadenza quasi giornaliera dall'Azienda.

- **SERVIZI GENERALI, DI MANUTENZIONE E RISTORAZIONE:** la manutenzione straordinaria risulta monitorata ed il valore raccolto nel 2019 risulta parzialmente in linea con quello del 2018, in quanto l'assenza dell'unico manutentore da ottobre 2019 non ha consentito una raccolta puntuale del dato. L'obiettivo di garantire adeguata sanificazione e pulizia degli ambienti/alimenti risulta raggiunto con esito soddisfacente sia nel 2018 che nel 2019. Le pulizie delle carrozzine e ausili è da considerarsi buona, pur non raggiungendo il valore atteso del 100% nè per il 2018 nè per il 2019. Risulta necessario migliorare il processo di autocontrollo in quanto dai controlli microbiologici sono risultate n. 6 analisi negative su 15 prove effettuate nel 2019.
- **In linea generale gli obiettivi relativi a quest'area sono da considerarsi parzialmente raggiunti con un livello di risultato di poco inferiore a quello previsto. Il mantenimento della qualità del servizio è da ritenersi presente, tuttavia sarà necessario aumentare la costanza della azioni previste per il raggiungimento pieno dell'obiettivo.**
- **AREA SOCIALE:** è migliorato in corso d'anno il dato relativo all'acquisizione delle Impegnative di Residenza anche se l'obiettivo di copertura di posti letto accreditati non risulta raggiunto.
- Vengono indicate nella parte sottostante le giornate di presenza con IR negli anni 2018 – 2019 e 2020:

| Anno 2018 | Anno 2019 | Anno 2020 |
|-----------|-----------|-----------|
| 25.111    | 26.180    | 26.853    |

Il dato del 2020 risulta essere migliorativo rispetto a quello dell'anno precedente, nonostante le limitazioni degli ingressi dovuti alla pandemia.

Viene garantito con un buon esito la gestione individualizzata dell'ospite attraverso la predisposizione di almeno un PAI all'anno.

**In linea generale gli obiettivi relativi a quest'area sono da considerarsi raggiunti con un livello di risultato soddisfacente, ad esclusione dell'obiettivo legato all'acquisizione delle Impegnative di Residenza, tema ostico ed in fase di approfondimenti da parte delle singole amministrazioni delle Case di Riposo del vicentino.**

- **CLIENTI:** viene monitorato puntualmente il livello di soddisfazione del cliente attraverso l'apposito questionario e vengono presi in carico i reclami di familiari e ospiti. Per il 2019 la soddisfazione permane alta, collocandosi ai livelli dell'anno 2018.  
E' stata resa più visibile la cassetta dove lasciare eventuali reclami o suggerimenti.
- **AREA ASSISTENZIALE:** in merito agli obiettivi assistenziali, i valori raccolti per il 2019 sono da considerarsi più positivi rispetto a quelli raccolti nel 2018, ad eccezione delle valutazioni tempestive all'ingresso dell'ospite. Per l'area sanitaria invece si è verificato un aumento delle lesioni da decubito nel 2019 rispetto al 2018. Il dato può essere legato al fatto che sono di gran lunga aumentate le condizioni di gravità della persona che entra in struttura; ne è conferma di ciò l'aumento esponenziale del cutoff di chiamata dalla Graduatoria Unica di Residenza.
- I risultati relativi agli obiettivi del servizio educativo sono sovrapponibili a quelli del 2018, mentre per quanto riguarda il servizio psicologico il turn over di professionisti nel 2018 non ha consentito una definizione uniforme di obiettivi e dunque una puntuale raccolta di indicatori con i dati raccolti nel 2019.  
**In linea generale gli obiettivi relativi a quest'area sono da considerarsi parzialmente raggiunti, richiedendo un costante livello di monitoraggio.**

## 5.d Soddisfazione del cliente e informazioni di ritorno delle parti interessate

Nel corso del 2020 sono pervenuti in forma scritta e verbale ringraziamenti ed apprezzamenti per il servizio svolto da parte di familiari, nonostante il grande cambiamento legato alla chiusura delle strutture causa Covid. Altresì, nel corso del 2020 inizio 2021, sono state segnalate anche alcune lamentele, alcune delle quali sono state gestite dalla Direzione. In particolare riguardano:

- Scarsità di informazioni legate alle condizioni degli ospiti;
- Insofferenza legata all'impossibilità di poter vedere da vicino i propri cari;
- Smarrimenti di alcuni oggetti personali in seguito a decesso;
- Modalità di gestione della salma positiva al Covid.

### **RELAZIONE QUESTIONARIO FAMILIARI**

Per l'anno 2020 il questionario di gradimento non è stato sottoposto ai familiari a causa dell'emergenza Covid - 19 e alla conseguente chiusura degli accessi alla struttura da parte dei visitatori. E' tuttavia in corso la predisposizione di un nuovo documento riadattato alla percezione dei nuovi protocolli legati all'emergenza Covid-19.

#### **5.e Non Conformità ed Azioni Correttive**

##### Non Conformità

Nel corso del 2020 non sono state registrate Non Conformità.

Nel corso del 2021 è stata registrata una Non Conformità, trattata.

##### Azioni Correttive

Nel 2020 e 2021 non sono state aperte Azioni Correttive.

#### **5.f Audit**

##### **Audit Esterno Kiwa Cermet**

In relazione ai suggerimenti contenuti nel rapporto di Audit da parte della Dott.ssa Sideli, rappresentante d'ente certificatore Kiwa Cermet Italia del 12 giugno 2019, che ha dato esito positivo, il Centro Servizi si è attivato come segue:

| <b>SUGGERIMENTI DI MIGLIORAMENTO</b>  | <b>AZIONI INTRAPRESE</b>   |
|---|--|
| A fronte degli interessanti sviluppi di obiettivi di miglioramento strutturati nel settore delle attività infermieristiche in ottica di gestione del rischio clinico, si raccomanda di estendere le riflessioni relative agli indicatori sull'insorgenza di Idd, contenzioni e cadute, approfondendo con modalità oggettive e strutturate le cause radice (...) | Per il 2021 gli eventi Idd, contenzioni e cadute importanti saranno analizzate dal Team Risk Management secondo lo schema predisposto e relazionandone i contenuti (vedi relazione evento avverso del 26/04/2021; gli eventi non critici saranno analizzati a cadenza trimestrale dall'infermiere che condividerà in Team Risk Management i risultati al fine di predisporre eventuali approfondimenti su soluzioni e cause. |

### Audit Interno

L'Audit interno 2021 è stato effettuato nelle date 01, 22 marzo e 07, 14 e 30 aprile ed in particolare sono state rilevate complessivamente 5 osservazioni come descritto nel Rapporto di audit allegato. I rilievi emersi sono stati:

| N. | RILIEVO  | AZIONI INTRAPRESE   |
|----|--|---|
| 1  | <b>Osservazione – Rif 7.5 ISO 9001:2015</b><br>Al fine di semplificare la gestione documentale valutare l'opportunità di estrarre dal manuale la gestione della documentazione di origine esterna quale normative applicabili al servizio lasciando le sole normative principali   | Revisione del Manuale in data 02.05.19 estrapolando la parte relativa alla normativa di riferimento |
| 2  | <b>Osservazione – Rif 8.2 ISO 9001:2015</b><br>Relativamente alle progettualità individualizzate, valutare l'opportunità di ragionare su obiettivi maggiormente correlati tra le varie aree evitando di inserire obiettivi scontati che rientrano nelle normali attività <b>Osservazione – Rif 7.1 ISO 9001:2015</b>   |   |
| 3  | <b>Osservazione – Rif 7.4 ISO 9001:2015</b><br>Riformulato e riproposto da precedente audit.<br>Definire una modalità di comunicazione del sotto turno per emergenza nei nuclei in outsourcing   |   |
| 4  | <b>Osservazione – Rif 6.1 ISO 9001:2015</b><br>Riformulato e riproposto da precedente audit.<br>A partire dalle evidenze di incident reporting valutare l'opportunità di adottare un protocollo di igiene che preveda (sullo stile di contesti degli industriali) un maggiore ricorso ad immagini e l'evidenziazione di prassi errate da condividere anche con la cooperativa in outsourcing |   |
| 5  | <b>Osservazione – Rif 7.1 ISO 9001:2015</b><br>Non risultano prontamente disponibili: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Il piano delle manutenzioni 2021</li> <li>- Registros dei controlli/verifiche cogenti degli impianti</li> <li>- Le calibrazioni degli strumenti di misura termometri</li> </ul>   | Già provveduto a ripristinare la documentazione   |
| 6  | <b>Osservazione – Rif 7.5 ISO 9001:2015</b><br>Relativamente alle registrazioni sui diari/consegne informatici focalizzare l'attenzione alle registrazioni ed alla loro completezza in termini di situazione rilevata – azione svolta – esito raggiunto  |   |

|   |                                |                        |
|---|--------------------------------|------------------------|
| <b>Casa di Riposo<br/>SERSE<br/>PANIZZONI</b> | <b>RIESAME DELLA DIREZIONE</b> | <b>Pagina 19 di 20</b> |
|---|--------------------------------|------------------------|

|   |   |  |
|---|---|--|
| 7 | <b>Osservazione – Rif 8.4 ISO 9001:2015</b><br><br>Riformulato e riproposto da precedente audit.<br>Verificare la coerenza della documentazione pianificatoria della cooperativa che gestisce i nuclei in outsourcing |  |
|---|---|--|

### 5.g Fornitori e monitoraggio servizi in outsourcing

L'Ente si avvale di alcuni servizi in outsourcing che vengono periodicamente monitorati attraverso incontri con i referenti e con la partecipazione agli incontri di nucleo/servizio. Il numero di monitoraggi dipende dal numero di personale coinvolto e dall'andamento del servizio.

Per quanto riguarda l'anno 2020 a causa della pandemia e dell'assenza della figura del coordinatore è risultato difficoltoso monitorare in maniera puntuale e formale i servizi in outsourcing.

- Cooperativa Bassano Solidale gestisce in appalto i seguenti servizi:

Personale di assistenza del Nucleo Girasole

Addetti ai servizi di cucina

Addetti alle pulizie

Servizio infermieristico notturno

Monitoraggi 2021

- N° 2 monitoraggi con la referente della Cooperativa per tutti i servizi, sig.ra Nicoletta Zordan.
- N° 1 partecipazioni agli incontri di nucleo/servizio.
- N° 1 partecipazione all'incontro con gli addetti ai servizi di cucina.

- Cooperativa Serena Assistenza gestisce in appalto il servizio di estetista e parrucchiera.

Monitoraggi 2021

- Più contatti telefonici o a mezzo mail di monitoraggio con la referente della Cooperativa sig.ra Marika Albieri.

- Cooperativa Giorni Nuovi che gestisce il servizio di lavanolo della biancheria piana.

- N°1 monitoraggi con il presidente della cooperativa sig. Massimo Bonaldo e vari aggiornamenti telefonici

- CEMES che presta il servizio di una fisioterapista per 6 ore settimanali

- Più accordi telefonici e a mezzo mail effettuati con la referente dott.ssa Cristina Marini.

## 6 OBIETTIVI 2021 E MIGLIORAMENTO CONTINUO

L'anno 2021 si sta caratterizzando senza ombra di dubbio come un anno di progressivo assestamento dopo la pandemia COVID 19, sia dal punto di vista dell'adozione di misure organizzative in materia di prevenzione al contagio, sia per la ricerca di una "nuova" normalità nei servizi erogati ai residenti della struttura, e ad un progressivo ammorbidimento nella gestione delle modalità delle visite dei familiari.

|   |                                |                        |
|---|--------------------------------|------------------------|
| <b>Casa di Riposo<br/>SERSE<br/>PANIZZONI</b> | <i>RIESAME DELLA DIREZIONE</i> | <i>Pagina 20 di 20</i> |
|---|--------------------------------|------------------------|

Altro obiettivo molto importante riguarderà la gestione delle conseguenze economiche che il COVID-19 ha lasciato alla nostra struttura e alla conseguente necessità di rispettare in maniera puntuale le previsioni che verranno effettuate in sede di bilancio sia relative agli accoglimenti, che al contenimento dei costi.

La gestione di questo ultimo aspetto coinvolgerà sicuramente sia la Direzione che tutto il personale degli uffici amministrativi, e il personale di staff che dovrà tener conto:

- a) Dei limiti (si spera sempre meno gravosi) posti dalle normative vigenti in materia di primo accoglimento e sorveglianza sanitaria;
- b) Degli esiti della recente campagna vaccinale effettuata sugli ospiti e sui dipendenti.

Con deliberazione di Cda n. 4/2021 è stato approvato il piano delle performance che qui si richiama interamente, in cui sono individuati gli obiettivi assegnati al Segretario/Direttore, tra i quali risulta esservi il mantenimento del Sistema di Gestione della Qualità.

In tale piano sono inoltre declinati gli obiettivi affidati dal Direttore al Coordinatore e all'Ufficio Amministrativo. La situazione attuale richiederà all'Ente un impegno e uno sforzo continuo per l'adeguamento della gestione alla situazione del nuovo contesto che si manifesterà con l'allentamento delle misure di contrasto alla pandemia e con la riapertura ai familiari degli accessi.

Prioritari saranno gli interventi di monitoraggio sul bilancio, per tornare nel 2021 ad una situazione di equilibrio che potrà verificarsi solo attraverso la copertura della totalità dei posti letto.

Particolare attenzione dovrà essere posta al processo di riorganizzazione dei servizi dell'Ente ed al supporto alle risorse incaricate al coordinamento degli stessi per rendere la gestione sempre più orientata a dare risposte flessibili ai bisogni degli utenti, e al coinvolgimento dei familiari nel rapporto di cura.

Una particolare attenzione dovrà essere rivolta al servizio manutenzione, in particolare alla programmazione degli interventi periodici e ad un generale riordino della documentazione attestante la conformità degli impianti e delle attrezzature.

A seguito della conclusione dell'intervento di adeguamento antincendio sarà necessario procedere con la revisione del Piano di Emergenza Incendio e con l'effettuazione in corso d'anno, dopo la formazione attivata per il personale dipendente, di una apposita prova di evacuazione.

Lo sforzo della Direzione dovrà inoltre concentrarsi sull'attivazione di prassi operative che consentano all'Area Amministrativa e a quella dei Servizi (sia assistenziali che di supporto) di essere maggiormente funzionali l'uno all'altra, per attivare una maggiore sinergia atte a gestire la complessità dei processi core e di supporto in questa difficile ed incerta situazione di contesto e di riposizionamento dei servizi nelle rete territoriale.

Camisano Vicentino 10.05.2021

IL DIRETTORE  
Dalla Pozza dott.ssa Maddalena