

RIESAME DELLA DIREZIONE 8 OTTOBRE 2020

In data odierna si riunisce la Direzione della Casa di Riposo “Serse Panizzoni” e la Responsabile della Qualità 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 2019/2020
 - 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. 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.

Il presente riesame presenta una analisi dettagliata del lavoro di monitoraggio della qualità fino a febbraio 2020, in considerazione che parte dei progetti e delle attività avviate in via consolidata si sono bloccate a causa del verificarsi dell'emergenza COVID – 19 che ha costretto tutte le strutture per anziani a imponenti cambiamenti organizzativi e di gestione delle relazioni con i familiari.

Ciò nonostante si è scelto di dare rappresentazione a quanto portato avanti in termini di qualità finora, nella consapevolezza che la fase di pianificazione degli interventi previsti nel Sistema di gestione della Qualità e le modalità di rilevazione della soddisfazione del cliente dovranno essere modificate alla luce dei cambiamenti provocati dall'emergenza sopracitata

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 apposite 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.
- 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.

Da inizio anno questo percorso, che avrebbe potuto avere delle positive ripercussioni per l'Ente si è interrotto in quanto il Comune di Camisano Vicentino ha internalizzato la gestione del servizio domiciliare, demandando al Centro Servizi solo l'attività di preparazione e confezionamento pasti.

All'incertezza legata alle mancate scelte regionali in corso d'anno si è aggiunta l'emergenza COVID-19, che ha visto riversare sull'ente la gestione di una serie di attività di prevenzione del contagio e di risposta agli screening regionali, a cui gli Enti non erano preparati a rispondere.

Si riportano più sotto le problematiche più significative che l'IPAB "Panizzoni" deve affrontare:

- a) Significativa concorrenza con le strutture pubbliche.
- b) Elevata concorrenza con strutture private a causa dei minori costi di gestione del personale e agevolazioni fiscali e contributive godute dai soggetti privati.
- c) Difficoltà di avviare nuovi servizi (es. residenzialità intermedia), a causa dei vincoli della programmazione aziendale regionale difficili da superare a causa della carenza di risorse pubbliche;

| | | |
|---|--------------------------------|-----------------------|
| Casa di Riposo SERSE PANIZZONI | RIESAME DELLA DIREZIONE | Pagina 4 di 22 |
|---|--------------------------------|-----------------------|

- d) Difficoltà a sviluppare progetti di rete con gli enti locali del territorio, a causa della scarsità di interesse e di competenze da spendere nell'ambito dei servizi sociali;
- e) Riduzione della domanda per congiuntura economica negativa che pesa sulle famiglie con diverse difficoltà rispetto all'aumento delle rette.
- f) Gravità assistenziale degli ospiti sempre più complessa, in particolare per le prestazioni da garantirsi sempre più spostate sul versante sanitario;
- g) Mancato allineamento tra programmazione regionale e fabbisogno di residenzialità, che comporta la continua richiesta di accesso ai servizi di accoglimenti in regime privato;
- h) Clienti con aspettative qualitativamente elevate e a volte non realizzabili con le risorse della struttura: un fronte delicato su cui concentrare la propria attenzione sarà la gestione dei familiari e la strutturazione di nuove e diverse modalità di visita in sicurezza ai residenti presso la struttura.
- i) Presenza di insoliti di rette degenza.
- j) Aumento dei costi gestionali per adeguamenti normativi (sicurezza, accreditamento, dematerializzazione, contrattualistica) e per altri fattori (adeguamento dei contratti fornitori, aggravamento degli utenti, mancata corresponsione di impegnative di residenzialità).
- k) Valore delle impegnative fermo al 2010.
- l) Carenza di personale da reperirsi attraverso procedure concorsuali, in particolare Infermieri Professionali e OSS;
- m) Consistente aumento delle prestazioni sanitarie richieste dall'Azienda ULSS che implicano un notevole sovraccarico di lavoro da parte del personale sanitario presente in struttura (esecuzione tamponi nasofaringei, vaccini..., ecc.), con la necessità di attivazione di risorse di tipo amministrativo per l'inserimento dei dati richiesti.

La possibilità prevista dalla attuale convenzione sottoscritta con l'Azienda ULSS 8 di scegliere il Medico di Medicina Generale per gli assistiti in condizione di non autosufficienza ha portato notevoli benefici nella gestione dell'attività sanitaria rivolta agli ospiti.

In questo contesto mutevole e ricco di difficoltà alla luce anche della pandemia che ha investito il nostro Paese nel corso dell'anno 2020 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) la spinta da parte della Regione di attivazione di modelli di gestione di tipo aziendale: l'introduzione della contabilità economico-patrimoniale (che sembra verrà affiancata, dall'introduzione in capo agli enti di meccanismi di tipo budgetario) che richiede all'Amministrazione e all'organizzazione dell'ente di ragionare su azioni da attivare per garantire la sostenibilità dell'ente in termini di bilancio;
- c) la gestione delle problematiche legate alla pandemia COVID, che comportano per l'ente la necessità di avere una organizzazione flessibile sia in termini strutturali che di risorse: risulta inoltre necessario attivare azioni preventive per la prevenzione del contagio e di autocontrollo sulle stesse.
- d) L'assenza duratura di figure con competenze specifiche (malattia e maternità) con conseguente difficoltà a gestire in continuità i processi in essere e i protocolli relativi alla gestione dell'emergenza Covid-19.
- e) La mancata possibilità di attivare servizi in regime di semiresidenzialità, considerati gli spazi disponibili presso il Centro Servizi che non garantiscono una netta separazione tra attività.
Tali meccanismi dovranno però essere necessariamente coniugati ad un modello di management finalizzato a tenere insieme l'efficienza economica con il benessere, la qualità dei servizi, l'equità, l'appropriatezza e sicurezza delle prestazioni per garantire la più ampia attrattività verso l'ente.
Non sempre tenere insieme queste due modalità di gestione sono perseguibili, in particolare quando si tratta di garantire prestazioni di alto livello qualitativo che difficilmente si coniugano con il contenimento dei costi da perseguire al fine del raggiungimento dell'equilibrio di bilancio.

Si dovrà cercare quindi di FARE MEGLIO CON MINORI RISORSE, cercando di valorizzare e fidelizzare al massimo le risorse umane che operano nell'Istituzione, attualmente presenti nell'ordine delle settanta 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.

Da diversi anni un elemento di criticità importante è legato attualmente alla distribuzione nella nostra Azienda ULSS di posti accreditabili di media intensità che risultano non rispondere in maniera adeguata al fabbisogno di questo ambito territoriale.

L'Amministrazione del Centro Servizi si sta attivando da anni per il riconoscimento di almeno 20 posti di media intensità, che, oltre a rispondere al bisogno espresso dal territorio, potrebbe aiutare in maniera importante l'obiettivo del mantenimento dell'equilibrio di bilancio.

Con le risorse disponibili l'Ente ha concentrato il suo impegno in corso d'anno nella realizzazione di lavori di adeguamento alla normativa antincendio, essendo la struttura considerata "ad alto rischio". Il completamento di queste lavorazioni consentirà all'ente di acquisire il Certificato Prevenzione Incendi necessario per l'ottenimento delle autorizzazioni di rito per il funzionamento della struttura.

Altri fattori esogeni che influenzano le possibilità da parte dell'ente di svolgere realmente il ruolo di centro servizi sono costituiti dalla scarsa capacità di fare rete dimostrata dai Comuni del nostro territorio, nei quali manca l'interesse ad attivare progettualità di welfare locale che potrebbe concorrere a creare sinergie tra attori del territorio, promuovere lo sviluppo di servizi innovativi e diversificati, implementare le attività delle reti informali già in essere.

Si auspica in tal senso l'attuazione di un modello di rete regionale che preveda una più fattibile diversificazione ed ampliamento dei servizi in grado da assicurare anche a questo centro servizio di porre in essere tutta una serie di attività dedicate alla persona lungo tutto il ciclo della sua vita, anche attraverso una normativa che consenta e valorizzi maggiormente le 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:

| ANALISI SWOT DEL CONTESTO e Relazione con le aspettative delle parti interessate | |
|--|--|
| PUNTI DI FORZA | PUNTI DI DEBOLEZZA |
| <ul style="list-style-type: none"> - Collocazione strategica rispetto alle richieste di ingresso - Iniziative formative - Piano delle performance - Flessibilità dei servizi erogati: accoglienza temporanea o definitiva, accoglimento presso minialloggi); - Autorizzazione all'esercizio e accreditamento conseguite - Dotazione di ampia area verde - Servizi pubblici facilmente usufruibili - Apertura della struttura all'esterno - Personalizzazione dell'assistenza grazie a progetti interni dei professionisti - Certificazione di qualità (UNI EN ISO 9001) - Cartella socio sanitaria informatizzata - Servizio di volontariato - Cucina interna: presenza di un menù stagionale validato da esperta nutrizionista. - | <ul style="list-style-type: none"> - Mancato completamento del processo di trasformazione di tutti i posti letto della struttura in posti dedicati alla non autosufficienza; - Mancata copertura di tutti i posti letto accreditati con Impegnative di Residenza - Turn over del personale (legato in particolare alla fuga verso l'ULSS) - Difficoltà a modificare la cultura interna relativa alle nuove modalità di lavoro ed al cambiamento in generale - Difficoltà di co-progettazione con enti presenti sul territorio; - Diverso senso di appartenenza da parte dei dipendenti con conseguente diversa presa in carico di responsabilità - Carenza sul mercato di personale infermieristico, assistenziale e medico; - Carenza di risorse economiche atte a garantire percorsi formativi di medio termine atti a |

| | |
|--|---|
| | specializzare i servizi erogati (demenza – assistenza al malato terminale); <ul style="list-style-type: none"> - Difficoltà di rilevazione della qualità percepita dai familiari, a seguito della preclusione all’accesso degli stessi alla struttura. - Gestione dello stress da lavoro correlato all'emergenza COVID 19 |
|--|---|

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:

| OPPORTUNITA' | RISCHI |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - 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 - Fornitura su convenzione di Servizio Pasti esterno - Realizzazione delle attività periodiche di screening sugli assistiti e sul personale a garanzia di una continua attività di prevenzione COVID-19 - Rilevazione benessere del personale - Analisi del fabbisogno formativo - Analisi dei rischi e degli eventi avversi/near miss (Incident Reporting) - Tirocini formativi e lavorativi in convenzione con Scuole, Università, Azienda ULSS | <ul style="list-style-type: none"> - Rischio clinico socio-assistenziale - Rischio manageriale o rischio d'impresa - Rischio biologico - COVID-19: rischio da esposizione ad agenti biologici <hr style="border: 2px solid blue;"/> <ul style="list-style-type: none"> - Rischio organizzativo - Rischio reputazionale (trasparenza, sito, riunioni, progetti condivisi) - Rischio corruzione |

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.

5.a) Valutazione raggiungimento obiettivi strategici

IL PERSEGUIMENTO DI LIVELLI DI QUALITA' DEI SERVIZI EROGATI IN LINEA CON QUANTO PREVISTO DAL VIGENTE MGSQ : l'Ente continua a promuovere una politica per la qualità che preveda un continuo miglioramento dei servizi che vengono offerti.

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

Nel 2019 la Casa di Riposo è stata giudicata conforme alla norma UNI EN ISO 9001:2015.

Anche per il 2020 l'obiettivo stato è quello di un miglioramento continuo relativamente all'innalzamento della qualità dei servizi offerti, coniugato ad attività di prevenzione dal contagio da COVID-19 e della sicurezza del personale e degli ospiti .

L'organizzazione ha strutturato i seguenti interventi attuativi degli obiettivi strategici approvati dal Cda per la Casa di Riposo e presenti nel Piano delle Performance 2019-2021:

AMBITO STRUTTURALE

| OBIETTIVO | PESO | INDICATORE | TIPOLOGIA OBIETTIVO |
|--|------|---|---------------------|
| Adeguamento edificio sede requisiti Legge 22/2002 e normativa antincendio. | 25 | SCIA presentata ai VV.FF Parere CRITE ottenuto | OBBLIGATORIO |

I lavori minimali di adeguamento alla L.R. 22/2002 e richiesti in sede di visita di verifica ULSS non sono stati realizzati per carenza di risorse.

Risulta essere tuttora presente presso l'edificio sede un nucleo al piano primo che necessita di completa ristrutturazione e adeguamento ai requisiti strutturali previsti dalla L.R. che necessiterà di consistenti adeguamenti strutturali da pianificarsi da parte del CdA: per il completamento di tali lavori l'Ente ha trasmesso un piano di adeguamento (prot. n. 2194 del 20.11.2018 – n. 78 del 17.01.2019 integrata con nota del 13.02.2019) per il quale il competente dipartimento ha richiesto la convocazione della Commissione Tecnico-Consultiva regionale.

Contestualmente all'attivazione di tale procedimento richiesto dalla Regione e che potrà sfociare nella autorizzazione alla trasformazione di tutti i posti letto della struttura in unità di offerta per persone anziane non autosufficienti l'Ente si è impegnato a realizzare i lavori di adeguamento alla normativa antincendio, che hanno richiesto lo spostamento di parte degli uffici amministrativi per continuare a far funzionare la struttura a pieno regime.

La realizzazione di questi lavori ha comportato un adeguamento parziale di alcuni locali nel nucleo che necessita di ristrutturazione, rimanendo comunque buona parte del nucleo in attesa di ristrutturazione.

La Commissione Tecnico Consultiva Regionale si è espressa in merito al piano di adeguamento trasmesso con propria comunicazione n. 272434 del 24.06.2019, chiedendo all'Ente di realizzare un nuovo soggiorno pranzo nel nucleo, non previsto tra i lavori che la struttura aveva dichiarato di voler realizzare.

Infatti, in attesa di un adeguamento generale del nucleo, l'ente aveva proposto di continuare ad utilizzare per il pranzo e la cena i locali dell'attuale sala da pranzo in attesa di approfondire in termini progettuali la nuova conformazione di tale nucleo.

Tale soluzione non è stata accolta da parte della Regione che con propria comunicazione inviata il 11 febbraio 2020 ha comunicato che il "soggiorno del nucleo Girasole 2 deve essere garantito".

Il Consiglio di Amministrazione è stato regolarmente informato della problematica.

Pertanto si ritiene che il mancato raggiungimento dell'obiettivo non possa essere imputabile ad inerzia del RUP, bensì ai ritardi della risposta da parte della U.O. Ospedaliera e a Finalità Collettive e a valutazioni da effettuarsi da parte del Cda sulla problematica.

Per quanto riguarda la SCIA da presentarsi ai VV.FF. i lavori sono in fase di chiusura e una volta effettuati i necessari collaudi la stessa verrà presentata.

| OBIETTIVO | PESO | INDICATORE | TIPOLOGIA OBIETTIVO |
|--|------|--|---------------------|
| Spostamento uffici amministrativi e trasformazione stanze da tre letti a due letti per riqualificazione nucleo Girasole 2 alla L.R. 22/2002. | 15 | Lavori completati alla data del 31.12.2019 | FACOLTATIVO |

Non è stato possibile realizzare lo spostamento degli uffici e la trasformazione delle stanze dell'intero nucleo al Piano primo, in ragione del ritardo sul cronoprogramma dei lavori legato alla complessità degli interventi di bonifica degli ambienti del nucleo Iris.

Si precisa che pur in presenza dei lavori la struttura ha sempre funzionato a pieno regime, avendo l'organizzazione in collaborazione con il RUP e il Direttore dei Lavori concordato di volta in volta i necessari spostamenti degli ospiti e dei mobili dai locali oggetto di intervento.

Pertanto da un punto di vista economico il protrarsi dei lavori non ha provocato ripercussioni negative alla struttura.

| | | |
|---|--------------------------------|-----------------------|
| Casa di Riposo SERSE PANIZZONI | RIESAME DELLA DIREZIONE | Pagina 8 di 22 |
|---|--------------------------------|-----------------------|

Con l'insediamento del nuovo Consiglio avvenuta il 21 ottobre 2019 l'organo di indirizzo ha ritenuto opportuno prendersi il tempo per effettuare delle valutazioni sulla bontà della soluzione individuata per la sistemazione degli uffici.

Trattandosi di soluzione temporanea in attesa di nuove più approfondite indicazioni da parte del CdA in materia di adeguamento alla L.R. 22 del nucleo Girasole lo spostamento è stato effettuato nei primi giorni di settembre 2020, come pure la trasformazione da stanze a tre letti a stanze a due letti.

Sarà necessario rivedere i percorsi di accesso ai familiari ed esterni che necessitano di accedere agli uffici.

AMBITO AMMINISTRATIVO

| OBIETTIVO | PESO | INDICATORE | TIPOLOGIA OBIETTIVO |
|---|------|---|---------------------|
| Completamento adempimenti in materia di privacy al fine di tutelare la riservatezza dei dati degli assistiti, dipendenti, fornitori | 10 | Verifiche con valutazione positiva da parte del DPO | OBBLIGATORIO |

Trattasi di proseguire il percorso avviato nel 2018, garantendo a regime i più importanti adempimenti in materia, al fine di garantire la sicurezza dei dati degli assistiti e il loro trattamento.

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 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 dal 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 anche garantito attraverso l'attivazione di procedimenti di gara avvalendosi anche per il corrente anno di centrale di committenza esterna, con la quale è stata sottoscritta apposita convenzione.

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 2020 il proprio piano anticorruzione e ad effettuare gli adempimenti previsti dalla norma.

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.

Non ci sono state segnalazioni nel corso dell'anno 2019 e fino a tutt'oggi. Per quanto riguarda l'accesso civico lo stesso viene gestito con un sistema di tracciabilità da Ditta esterna di cui l'ente si avvale per la gestione della privacy e della trasparenza.

Il nucleo di valutazione monocratico ha effettuato nel mese di luglio sul sito web dell'amministrazione le verifiche previste dalla delibera ANAC n. 213/2010, rilevando che l'Amministrazione non ha individuato nella sezione trasparenza del PTCP il responsabile della pubblicazione dei documenti: a seguito dell'assunzione di nuovo personale si sta provvedendo all'individuazione del medesimo.

| | | |
|---|--------------------------------|-----------------------|
| Casa di Riposo SERSE PANIZZONI | <i>RIESAME DELLA DIREZIONE</i> | <i>Pagina 9 di 22</i> |
|---|--------------------------------|-----------------------|

| OBIETTIVO | PESO | INDICATORE | TIPOLOGIA OBIETTIVO |
|---|------|---|---------------------|
| Sviluppare e sostenere la rete di collaborazione tra Centri Servizio del territorio | 10 | Confronti su contenuti avviati e sviluppo di prassi condivise | FACOLTATIVO |

L'ente ha aderito nel corso dell'anno al GRUPPO DI COORDINAMENTO PROVINCIALE costituendo tavoli di lavoro tematici al fine di garantire un innalzamento della qualità e delle conoscenze in ambito amministrativo. I Segretari/Direttori di alcune strutture del Vicentino si sono interscambiati informazioni e prassi operative in materia di :

- 1) Revisione Piano Anticorruzione;
- 2) CCI al fine di uniformarne i contenuti;
- 3) Normative in materia di contabilità economica: vedasi a tal proposito incontro svoltosi in data 23 dicembre 2019 in materia di contenuti DGRV n. 1629 del 05.11.2019.

Una preventiva scrematura delle problematiche e delle ripercussioni delle scelte sugli Enti si è avuta anche in occasione delle conference call con la Direzione Generale ULSS 8 durante l'emergenza COVID-19.

| OBIETTIVO | PESO | INDICATORE | TIPOLOGIA OBIETTIVO |
|--|------|-------------------|---------------------|
| Sviluppare un sistema di valutazione della performance individuale e della performance organizzativa rivolto ai dipendenti | 20 | Sistema approvato | OBBLIGATORIO |

Gli strumenti per tale misurazione, intesa quale apporto del dipendente al miglioramento organizzativo finalizzato a perseguire gli obiettivi fissati dall'organo di indirizzo, nonché la performance individuale ovvero le capacità e le competenze del personale dipendente, sono stati approvati con deliberazione n. 30 del 09 settembre 2019.

Il dipendente viene valutato fino a max punti 70 sulla base del suo apporto al raggiungimento degli obiettivi organizzativi assegnati per 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.

AMBITO SOCIO-SANITARIO

| OBIETTIVO | PESO | INDICATORE | TIPOLOGIA OBIETTIVO |
|--|------|---|-----------------------------|
| 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. Rapporto di visita di verifica svoltasi con esito positivo | OBBLIGATORIO FACOLTATIVO |

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

| OBIETTIVO | PESO | INDICATORE | TIPOLOGIA OBIETTIVO |
|--|------|---|---------------------|
| Implementare le attività di formazione e informazione finalizzate alla sicurezza dei lavoratori e degli assistiti. | 10 | Evidenze della formazione svolta. Presenza di almeno 1 prova di evacuazione effettuata | OBBLIGATORIO |

Nel corso dell'anno 2019 sono stati effettuati i seguenti eventi formativi sul personale:

- a) Aggiornamento formazione preposti (11 risorse coinvolte – 33 ore di formazione erogate)
- b) Formazione generale neo assunti: (5 risorse coinvolte – 20 ore di formazione erogate)
- c) N. 2 prove di evacuazione (vedasi allegato)
- d) N. 1 corso sicurezza dirigente della durata di 18 ore svoltosi nell'anno 2020.

Relativamente agli altri obiettivi meglio indicati nella parte sottostante, la rilevazione degli stessi è stata interrotta dall'emergenza COVID e dal concomitante assentarsi dal servizio della Coordinatrice di Struttura che non è stata sostituita.

Si illustrano conseguentemente i dati relativi al 2019.

1) Contenimento della spesa relativa ai prodotti per l'incontinenza

Nel corso del 2019 sono state presentate quattro relazioni relative al monitoraggio della spesa dei prodotti per l'incontinenza, come richiesto.

Il processo è stato ben monitorato e la spesa periodica e annuale dei prodotti si è mantenuta per il 2019 sotto il limite previsto.

Il monitoraggio è proseguito anche per l'anno 2020 alla luce anche della diminuzione del numero di ospiti presenti in struttura.

2) Elaborazione del piano formativo del personale

Il piano formativo del personale è stato redatto a febbraio 2019, come previsto.

Il piano teneva conto dei seguenti aspetti:

- la rilevazione dei bisogni formativi;
- individuazione dei percorsi formativi sulla base degli obiettivi prefissati dall'Ente;
- individuazione dei bisogni formativi sulla base delle criticità quotidiane o emerse durante gli incontri di servizio.

Per quanto riguarda l'anno 2020 la Psicologa Dott.ssa AZZOLIN 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 effettuato 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 anche riunioni con il personale per informare lo stesso sui contenuti del protocollo aziendale.

3) Gestione della turnistica dell'Ente monitorando mensilmente lo standard socio-sanitario previsto e in particolare lo smaltimento del monte ore ferie annuale maturato dal personale

Nel corso del 2019 sono state presentate alla direzione relazioni mensili sullo smaltimento ferie del personale dipendente.

Il monte ore ferie annuale è stato smaltito quasi completamente, grazie all'attuazione di un puntuale controllo sulle ferie date mensilmente e il monte ore residuo.

Non è stato possibile smaltire completamente il monte ore ferie degli operatori a causa di diverse malattie e dimissioni, incorse nell'anno. Il personale è stato sostituito ma non nell'immediato, comportando una riduzione delle ferie previste.

4) *Gestione rendicontazione parte organizzativa e standard annuali richiesti dall'Azienda ULSS BERICA a dimostrazione del rispetto della normativa regionale.*

Presentazione alla direzione di relazioni mensili sullo standard del personale rispetto al numero e alle caratteristiche degli ospiti (auto e non autosufficienti).

L'aspetto più rilevante risulta essere che la Struttura è sovra standard per quanto riguarda la figura dell'infermiere.

5) *Relazione obiettivi assegnati dal Sistema Gestione Qualità.*

Il presente obiettivo richiede di informare i dipendenti sulla raccolta degli indicatori della qualità, di seguito sono riportate le date degli incontri o le consegne in CBA indirizzate a chi per servizio ha il compito di raccogliere gli indicatori:

Riunioni servizio infermieristico:

- 20.02.2019 Lettura degli obiettivi per la qualità e suddivisione dei compiti per la raccolta degli indicatori. Si chiede una breve relazione sull'andamento degli obiettivi assegnati nell'anno 2018.
- 20.03.2019 Ricordo agli infermieri di raccogliere gli indicatori relativi agli obiettivi della qualità assegnati, entro il 26.04.2019. Si chiede una breve relazione trimestrale sugli obiettivi assegnati nel 2019.
- 17.04.2019 Si ricorda ancora agli infermieri di raccogliere gli indicatori relativi agli obiettivi della qualità assegnati, entro il 26.04.2019. Si chiede nuovamente una breve relazione trimestrale sugli obiettivi assegnati nel 2019, considerato che ne è pervenuta solamente una. Si sposta il termine entro e non oltre il 30.04.2019.
- 18.09.2019 durante l'incontro viene segnalato un aumento degli errori terapia.
- 27.11.2019 Si ricorda agli infermieri di raccogliere e consegnare gli indicatori della qualità anno 2019, entro la prima settimana di gennaio 2020.

Riunioni con i professionisti (CDN, psicologa, fisioterapista, educatore, assistente sociale):

- 27.02.2019 Si ricorda ai professionisti di raccogliere gli indicatori relativi agli obiettivi di ognuno, anno 2018. Si chiede di consegnare entro maggio i dati definitivi, ma già entro marzo devono pervenire i dati del periodo antecedente, per poterli avere disponibili durante l'audit interno col consulente ing. Mario Iesurum.
- 20.03.2019 comunicazione delle date in cui si svolgerà l'audit interno (29 aprile, 3 maggio). Si ricorda di raccogliere tutti gli indicatori richiesti entro maggio.
- 15.05.2019 Chiarimenti sui dubbi relativi al calcolo degli indicatori.

Consegne in CBA

- 08.01.2019 Si ricorda di compilare le schede di valutazione (Barthel Funzionale, Barthel Mobilità, Norton, valutazione cognitiva) per i nuovi ingressi.
- 8.02.2019 Si avvisa che il 13 febbraio 2019 ci sarà un incontro per la condivisione del percorso qualità secondo la norma UNI EN ISO 9001:2015.
- 29.04.2019 Si comunica a tutto il personale le date e il programma dell'audit interno da parte dell'ing. Mario Iesurum.
- 29.04.2019 Si ricorda al gruppo infermieristico di consegnare gli indicatori.
- 29.04.2019 Si ricorda al personale di consegnare eventuali lamentele per iscritto con l'indicazione di come sono state gestite.
- 7.06.2019 Si segnala agli infermieri di tenere anche in cartaceo le schede usate per i monitoraggi dei progetti, in modo che possano essere facilmente consultabili durante la visita di verifica del sistema qualità.
- 14.06.2019 Si ringrazia tutto il personale per l'ottimo risultato ottenuto a seguito della visita di sorveglianza per il mantenimento del certificato ISO 9001:2015.

- 5.08.2019 Si chiede al gruppo infermieristico una breve relazione sugli obiettivi assegnati.
- 04.09.2019 Si ricorda al gruppo infermieristico di consegnare le relazioni sugli obiettivi assegnati.
- 25.09.2019 Si ricorda al gruppo infermieristico di consegnare le relazioni sugli obiettivi assegnati entro il giorno successivo.
- 02.12.2019 Si ricorda agli infermieri del turno notturno di compilare la scheda cadute in caso di caduta di un ospite.
- 3.12.2019 Si avvisano i professionisti, infermieri e CDN che gli obiettivi e relativi indicatori della qualità, anno 2019, vanno consegnati entro il 10.01.2020.

Mail al personale amministrativo

- 08.02.2019 Si avvisa il personale amministrativo che in data 13 febbraio, ore 12.00, ci sarà l'incontro per la condivisione del percorso qualità secondo la norma UNI EN ISO 9001:2015.

6) Implementazione competenze gruppo infermieristico da attivarsi in linea con quanto richiesto dalla nuova convenzione ULSS.

Nel corso del secondo semestre del 2019, abbiamo avuto un discreto turnover di personale infermieristico dovuto sia alle dimissioni di due infermiere dell'Ente sia al fatto che le sostituzioni previste non hanno dato garanzia di continuità. Inoltre abbiamo avuto diverse criticità con un'infermiera dell'interinale che ha dato le dimissioni nel mese di dicembre.

Gli aspetti sopra elencati e i periodi di affiancamento dei nuovi infermieri hanno determinato una difficoltà nello svolgimento delle normali attività e nel perseguimento degli obiettivi che siamo comunque riusciti a portati avanti.

Il progetto in essere già da diverso tempo, ha lo scopo di tenere monitorate le attività infermieristiche che restano comunque responsabilità in capo a tutti gli infermieri.

Breve descrizione delle attività e dei risultati raggiunti nel 2019.

Gestione delle schede terapia e rilevazione errori di terapia.

La qualità della valutazione degli ospiti con terapia tritata e/o addensata è migliorata grazie alla collaborazione con la logopedista (professionista ora nuovamente mancante).

Nel mese di dicembre si è tenuto il corso "La gestione del rischio terapeutico con particolare attenzione all'anziano fragile" tenuto dalla dott.ssa Federica Benozzo, sul tema della manipolazione dei farmaci, corso ritenuto molto utile dagli infermieri i quali hanno iniziato a segnalare ai medici le eventuali terapie da modificare per una miglior manipolazione dei farmaci.

Le schede terapia vengono mantenute abbastanza aggiornate grazie anche al monitoraggio delle stesse da parte degli infermieri durante la preparazione della terapia.

Gli errori nella preparazione della terapia sono diminuiti nel mese di dicembre, ma sono comunque in numero maggiore rispetto all'inizio dell'anno, la maggior parte sono da attribuire alla distrazione dell'infermiere e al turno PJ, il quale prepara la maggior parte della terapia in compresse. Il periodo più critico risale al trimestre (agosto, settembre, ottobre) dove si registrano 42 errori, la metà dell'intero anno (87). Questo è dovuto probabilmente all'inserimento di nuovo personale e alle criticità avute in particolare con un'infermiera.

Al fine della riduzione dell'errore sarebbe utile modificare le prescrizioni inserendo i farmaci secondo principio attivo e con il dosaggio già presente in struttura.

Le date di apertura dei prodotti vengono puntualmente indicate sulle confezioni dei farmaci sia in infermeria, che nei carrelli.

Gestione schede, lesioni, cadute, catetere.

L'obiettivo continua ad essere ben monitorato. Non si segnalano problematiche, le schede lesione, cadute e catetere, vengono adeguatamente compilate e registrate in CBA.

L'unica criticità riguarda la saltuaria dimenticanza di aggiornare la scheda catetere, inserendo la data del cambio catetere.

Abbiamo iniziato ad analizzare puntualmente questi eventi, al fine di individuare le cause che li determinano e le possibili soluzioni. Questo lavoro proseguirà nel corso del 2020.

Parametri e pesi

Nell'ultimo trimestre il controllo dei parametri vitali è ben rispettato, i parametri vengono raccolti e registrati precisamente.

I pesi vengono controllati più frequentemente in caso di scompenso cardiaco, di patologie importanti e problemi di alimentazione.

Capita tuttora che alcuni pesi non vengano eseguiti dagli operatori, per mancata lettura delle consegne o mancato passaggio di consegna tra il turno del mattino e del pomeriggio, oppure per problematiche degli ospiti. Per ovviare a questa criticità l'infermiere che ha il turno MJ, controlla che tutte le rilevazioni previste siano state effettuate, altrimenti le sposta al giorno successivo.

Gli operatori, rispetto al periodo precedente, segnalano prontamente agli infermieri se rilevano un peso che si discosta molto dal precedente, in modo che l'infermiere possa effettuare le opportune verifiche.

Nell'ultimo trimestre non ci sono stati errori nella rilevazione dei pesi.

Contenzione

Rispetto al report precedente si evidenzia da parte dei medici disponibilità e sollecitudine nell'effettuare gli aggiornamenti delle contenzioni. A tal proposito nel mese di novembre il dr. Danza è stato sostituito dalla dr.ssa Toffanin la quale sta gestendo con precisione questo aspetto.

Si evidenzia quindi che la procedura di rilevazione, inserimento e monitoraggio delle misure di contenzione è ben acquisito dai medici e dal gruppo infermieristico.

Gli operatori continuano a memorizzare il tipo di contenzione in uso agli ospiti, leggendo poco la scheda che le riassume (emessa mensilmente dagli infermieri), quindi se ci sono errori/mancanze o variazioni, non lo rilevano. Nel corso dell'ultimo periodo comunque c'è stata una maggior comunicazione tra operatori e infermieri che ha permesso di risolvere velocemente eventuali problemi.

Dal mese di giugno è stato modificato il modulo del consenso informato, specificando meglio quali sono i rischi nell'uso dei mezzi di contenzione e le eventuali strategie alternative messe in atto per evitare i mezzi contenitivi. Gli infermieri hanno provveduto a far firmare il nuovo modulo di consenso ai nuovi ingressi e ci stiamo adeguando anche per gli ospiti già inseriti.

Gestione Magazzino Farmaci e presidi

L'attività di gestione della farmacia procede secondo la pianificazione annuale e nel rispetto della normativa e del regolamento del servizio farmaceutico dell'ULSS 8.

Nell'ultimo periodo sono state effettuate le seguenti attività:

- è stata realizzata la vaccinazione antinfluenzale indicata dal servizio di Igiene e Sanità Pubblica;
- è stata effettuata alla fine dell'anno l'attività di inventariato secondo le modalità indicate dal Servizio Farmaceutico ULSS.

Ci siamo confrontati su una serie di disguidi dovuti al cambio della ditta che gestisce il magazzino dei presidi medici per le case di riposo, le criticità sono state gestite in collaborazione con la farmacia referente per le case di riposo senza conseguenze per i nostri ospiti.

Gestione Alvo

L'obiettivo "gestione alvo" è stato affidato ad una nuova infermiera, dal 25.09.2019. In questi mesi ha iniziato la presa in carico degli alvi, continuando il lavoro eseguito dalla precedente collega. Ha analizzato singolarmente i casi, confrontandosi con l'equipe, concordando con il medico le terapie più adatte, seguendo l'istruzione elaborata, le abitudini degli ospiti ed eventuali stati di disfagia.

L'infermiera ha lavorato soprattutto nell'ambito farmacologico, in quanto a livello di alimentazione, attualmente non è stato creato un ampio sistema di personalizzazione alimentare, fatta eccezione dei Kiwi mattutini. Nel trimestre ottobre-dicembre sono stati monitorati 29 ospiti.

Gestione delle Diete

L'obiettivo "gestione delle diete" a partire dal mese di ottobre è stato affidato alla logopedista della struttura, che ha gestito puntualmente le schede alimentazione, monitorandole e aggiornandole periodicamente.

Inoltre si è occupata delle seguenti attività:

- valutazione e trattamento della disfagia,
- monitoraggio degli ospiti con disfagia,
- supporto agli operatori nell'alimentazione degli ospiti con disfagia.

Considerato il turnover degli infermieri, l'aspetto relativo alle diete speciali e alle diete per gli ospiti diabetici è stato monitorato dalla nutrizionista della Struttura, dr.ssa Meli.

Ci stiamo adeguando nel preparare in cucina e presentare agli ospiti con dieta speciale, il piatto già confezionato, con l'indicazione del nome della persona interessata, come indicazione dell'ULSS 8, anziché prelevare direttamente sul carrello la pietanza.

Registrazione in CBA e attività infermieristiche

Gli infermieri stanno registrando adeguatamente le attività in CBA, anche la scheda di valutazione Norton viene compilata puntualmente in occasione del PAI.

7) Progetto De-contenzione

Nel 2019 è proseguito il "progetto de-contenzione" iniziato nel 2018. Tale progetto è nato nell'ottica di ridurre le misure contenitive a favore dell'applicazione di strategie alternative, a tal proposito si è creato un gruppo che si occupa nello specifico della de-contenzione, composto da:

Infermiere, Fisioterapista, Medico, Psicologa, CDS, OSS, altre figure professionali che si ritenga utile coinvolgere.

Il progetto consiste nella valutazione, durante gli incontri mensili, dei casi in cui sarebbe possibile una riduzione/eliminazione della contenzione e successiva condivisione con gli infermieri durante le riunioni di servizio o nel quotidiano (nel caso di problematiche urgenti). Gli OSS e gli infermieri devono appurare giornalmente quanto emerso in nucleo, identificando eventualmente altre situazioni.

Mensilmente o quando ci sono segnalazioni, il gruppo de-contenzione si riunisce per definire:

- i casi in cui ridurre/eliminare la contenzione.
- l'eventuale monitoraggio da attuare, specificando:
 - persone coinvolte,
 - contenzione da rimuovere durante il monitoraggio,
 - tempistica in cui viene tolta la contenzione.

Il monitoraggio viene riportato nel diario dell'ospite, nel gestionale aziendale CBA.

L'equipe de-contenzione decide se eliminare/ridurre la contenzione sulla base dell'esito del monitoraggio.

Nel corso dell'anno l'equipe si è riunita ogni qualvolta ci fosse un "caso" da trattare, ogni incontro svolto nelle seguenti date è opportunamente documentato:

- 30/01/2019
- 31/01/2019
- 13/02/2019
- 5/06/2019
- 10/07/2019
- 17/07/2019
- 08/08/2020
- 21/08/2019
- 18.12.2019

Il progetto è stato richiamato spesso durante gli incontri di nucleo, al fine di diffondere la cultura della de-contenzione al personale e di stimolare l'attenzione di operatori ed infermieri alla persona, vista come soggetto che deve essere libero, eliminando l'ottica diffusa della normalità nell'applicare una misura contenitiva.

Riunione del nucleo Iris-Margherita

- 21.01.2019
- 19.03.201
- 15.04.2019
- 16/09/2019
- 21.10.2019

Riunione del nucleo Girasole

- 7.01.2019
- 11.03.2019
- 13.05.2019
- 07.08.2019
- 9.09.2019

Riunione servizio infermieristico

- 22.01.2019
- 27.06.2019
- 21.08.2019

Inoltre ci si è resi conto che molte volte i medici, nel togliere delle misure contenitive, hanno agito in accordo con infermieri e oss, segnalando il monitoraggio e il successivo esito nel diario dell'ospite in CBA, non mantenendone traccia cartacea, per questo motivo si è concordato di lasciare ai medici un prospetto dove inseriranno eventuali monitoraggi/de-contenzioni effettuate.

In questo caso si tratta di "casi semplici" che non necessitano dell'intervento di tutto il gruppo.

Si evidenzia che da gennaio a dicembre 2019 il numero di ospiti contenuti è diminuito, da 75 a 66.

Dal mese di giugno 2019 è stato modificato il modulo del consenso informato, specificando meglio quali sono i rischi nell'uso dei mezzi di contenzione e le eventuali strategie alternative messe in atto per evitare i mezzi contenitivi. Gli infermieri hanno provveduto a far firmare il nuovo modulo di consenso ai nuovi ingressi e ci stiamo adeguando anche per gli ospiti già inseriti.

8) COVID 19 – gestione rischio biologico da contagio

Da fine febbraio 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 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.

L'IPAB non ha dovuto gestire finora alcun anziano positivo al COVID e questo dato risulta essere un punto di forza per la stessa, anche in funzione della ripresa dei nuovi ingressi: è da evidenziare inoltre che l'approvvigionamento e l'uso oculato dei DPI ha concesso al personale di lavorare in regime di massima sicurezza.

Un apporto importante e sicuramente positivo è stato fornito dall'Azienda ULSS n. 8 che ha supportato con conference call settimanali ed indicazioni puntuali sulle modalità operative da attuarsi.

Dopo una prima condivisione con il personale del protocollo aziendale e la messa in atto delle disposizioni ULSS sono stati effettuati una serie di incontri informativi e formativi organizzati dal gruppo di coordinamento

COVID. Anche la parte sindacale è stata coinvolta nella predisposizione ed aggiornamento del protocollo che ha subito n. 6 revisioni, come previsto dalla vigente normativa: tutta la documentazione è conservata in atti.

E' disponibile presso il nucleo Girasole una stanza singola per la gestione di un ospite con sintomi sospetti, che in caso di aggravamento prima dell'accesso medico verrà trasferito in Ospedale. sospetto L'Azienda ULSS 6 ha strutturato una propria task force, composta da personale sanitario (infermieri – infettivologo) che ha effettuato almeno una visita in ciascuna struttura per anziani del territorio.

Anche questa Casa di Riposo ha avuto la visita della task force il 20 aprile, durante la quale ci sono stati forniti una serie di consigli atti a gestire l'isolamento degli ospiti in caso di presenza di ospiti positivi al COVID.

Il 19 maggio l'ente ha avuto l'ispezione del Nucleo Antisofisticazione e Sanità di Padova che non ha rilevato anomalie nella gestione.

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;

E' importante sottolineare che il servizio educativo, riabilitativo e psicologico hanno continuato le loro ordinarie modalità di funzionamento, garantendo una continua relazione con gli assistiti, già privati dell'assenza dei loro familiari. Si è continuato quindi a dar corso alle feste di compleanno e alle attività di animazione, gli ospiti hanno potuto interagire con alcuni sacerdoti con la modalità della videochiamata, ed è stata anche organizzata una Santa Messa con il sacerdote celebrante all'aperto.

Si è cercato quindi di garantire e di implementare le attività dedicate agli ospiti, al fine di colmare il senso di solitudine di abbandono vissuto dai più.

Dall'attuazione della fase 2 dai primi di giugno in ottemperanza alle vigenti Linee di Indirizzo Regionali per le Strutture Residenziali Extra-ospedaliere, sono state definite le modalità per effettuare le visite da parte dei famigliari, che hanno luogo in uno spazio esterno appositamente attrezzato previo appuntamento.

La postazione dei famigliari e dell'ospite è delimitata da apposita segnaletica allo scopo di garantire il distanziamento sociale. I visitatori dovranno sottoporsi a misurazione della temperatura e contestualmente dovrà compilare 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) e fornito materiale informativo.

L'ingresso è VIETATO a persone che presentino sintomi di infezione respiratoria acuta (anche di lieve entità) o che abbiano avuto un contatto stretto con conosciuti casi Covid-19 sospetti – probabili – confermati negli ultimi n.14 giorni.

I famigliari hanno l'obbligo di indossare la mascherina per tutta la durata dell'incontro. La conferma del giorno e dell'orario dell'incontro viene data al richiedente tramite messaggio dal personale incaricato.

La visita dei famigliari sostituisce a tutti gli effetti la videochiamata settimanale. E' stata predisposta apposita procedura per l'organizzazione delle stesse, che verrà aggiornata in caso di modifica delle disposizioni o della modalità di realizzazione delle visite.

Attualmente si stanno predisponendo 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.

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.

Alla luce della seconda visita della task force che ha avuto luogo in data 24 settembre u.s. l'Ente si sta impegnando nel trovare una modalità più idonea di gestione degli accessi del personale e dei visitatori. Resta indubbio che la struttura e le modalità organizzative dell'Ente non consentono la completa tracciabilità dei contatti dei dipendenti e degli ospiti.

Quindi in caso di presenza di ospiti o dipendenti con tampone positivo tutta la struttura dovrà essere isolata.

9) Relazione obiettivi assegnati dal Sistema Gestione Qualità.

Il presente obiettivo richiede di informare i dipendenti sulla raccolta degli indicatori della qualità, di seguito sono riportate le date degli incontri o le consegne in CBA indirizzate a chi per servizio ha il compito di raccogliere gli indicatori:

Riunioni servizio infermieristico:

- 20.02.2019 Lettura degli obiettivi per la qualità e suddivisione dei compiti per la raccolta degli indicatori. Si chiede una breve relazione sull'andamento degli obiettivi assegnati nell'anno 2018.
- 20.03.2019 Ricordo agli infermieri di raccogliere gli indicatori relativi agli obiettivi della qualità assegnati, entro il 26.04.2019. Si chiede una breve relazione trimestrale sugli obiettivi assegnati nel 2019.
- 17.04.2019 Si ricorda ancora agli infermieri di raccogliere gli indicatori relativi agli obiettivi della qualità assegnati, entro il 26.04.2019. Si chiede nuovamente una breve relazione trimestrale sugli obiettivi assegnati nel 2019, considerato che ne è pervenuta solamente una. Si sposta il termine entro e non oltre il 30.04.2019.
- 18.09.2019 durante l'incontro viene segnalato un aumento degli errori terapia.
- 27.11.2019 Si ricorda agli infermieri di raccogliere e consegnare gli indicatori della qualità anno 2019, entro la prima settimana di gennaio 2020.

Riunioni con i professionisti (CDN, psicologa, fisioterapista, educatore, assistente sociale):

- 27.02.2019 Si ricorda ai professionisti di raccogliere gli indicatori relativi agli obiettivi di ognuno, anno 2018. Si chiede di consegnare entro maggio i dati definitivi, ma già entro marzo devono pervenire i dati del periodo antecedente, per poterli avere disponibili durante l'audit interno col consulente ing. Mario Iesurum.
- 20.03.2019 comunicazione delle date in cui si svolgerà l'audit interno (29 aprile, 3 maggio). Si ricorda di raccogliere tutti gli indicatori richiesti entro maggio.
- 15.05.2019 Chiarimenti sui dubbi relativi al calcolo degli indicatori.

Consegne in CBA

- 08.01.2019 Si ricorda di compilare le schede di valutazione (Barthel Funzionale, Barthel Mobilità, Norton, valutazione cognitiva) per i nuovi ingressi.
- 8.02.2019 Si avvisa che il 13 febbraio 2019 ci sarà un incontro per la condivisione del percorso qualità secondo la norma UNI EN ISO 9001:2015.
- 29.04.2019 Si comunica a tutto il personale le date e il programma dell'audit interno da parte dell'ing. Mario Iesurum.
- 29.04.2019 Si ricorda al gruppo infermieristico di consegnare gli indicatori.
- 29.04.2019 Si ricorda al personale di consegnare eventuali lamentele per iscritto con l'indicazione di come sono state gestite.
- 7.06.2019 Si segnala agli infermieri di tenere anche in cartaceo le schede usate per i monitoraggi dei progetti, in modo che possano essere facilmente consultabili durante la visita di verifica del sistema qualità.
- 14.06.2019 Si ringrazia tutto il personale per l'ottimo risultato ottenuto a seguito della visita di sorveglianza per il mantenimento del certificato ISO 9001:2015.
- 5.08.2019 Si chiede al gruppo infermieristico una breve relazione sugli obiettivi assegnati.
- 04.09.2019 Si ricorda al gruppo infermieristico di consegnare le relazioni sugli obiettivi assegnati.
- 25.09.2019 Si ricorda al gruppo infermieristico di consegnare le relazioni sugli obiettivi assegnati entro il giorno successivo.
- 02.12.2019 Si ricorda agli infermieri del turno notturno di compilare la scheda cadute in caso di caduta di un ospite.
- 3.12.2019 Si avvisano i professionisti, infermieri e CDN che gli obiettivi e relativi indicatori della qualità, anno 2019, vanno consegnati entro il 10.01.2020.

Mail al personale amministrativo

- 08.02.2019 Si avvisa il personale amministrativo che in data 13 febbraio, ore 12.00, ci sarà l'incontro per la condivisione del percorso qualità secondo la norma UNI EN ISO 9001:2015.

10) Implementazione competenze gruppo infermieristico da attivarsi in linea con quanto richiesto dalla nuova convenzione ULSS.

Nel corso del secondo semestre del 2019, abbiamo avuto un discreto turnover di personale infermieristico dovuto sia alle dimissioni di due infermiere dell'Ente sia al fatto che le sostituzioni previste non hanno dato garanzia di continuità. Inoltre abbiamo avuto diverse criticità con un'infermiera dell'interinale che ha dato le dimissioni nel mese di dicembre.

Gli aspetti sopra elencati e i periodi di affiancamento dei nuovi infermieri hanno determinato una difficoltà nello svolgimento delle normali attività e nel perseguimento degli obiettivi che siamo comunque riusciti a portati avanti.

Il progetto in essere già da diverso tempo, ha lo scopo di tenere monitorate le attività infermieristiche che restano comunque responsabilità in capo a tutti gli infermieri.

Breve descrizione delle attività e dei risultati raggiunti nel 2019.

Gestione delle schede terapia e rilevazione errori di terapia.

La qualità della valutazione degli ospiti con terapia tritata e/o addensata è migliorata grazie alla collaborazione con la logopedista (professionista ora nuovamente mancante).

Nel mese di dicembre si è tenuto il corso "La gestione del rischio terapeutico con particolare attenzione all'anziano fragile" tenuto dalla dott.ssa Federica Benozzo, sul tema della manipolazione dei farmaci, corso ritenuto molto utile dagli infermieri i quali hanno iniziato a segnalare ai medici le eventuali terapie da modificare per una miglior manipolazione dei farmaci.

Le schede terapia vengono mantenute abbastanza aggiornate grazie anche al monitoraggio delle stesse da parte degli infermieri durante la preparazione della terapia.

Gli errori nella preparazione della terapia sono diminuiti nel mese di dicembre, ma sono comunque in numero maggiore rispetto all'inizio dell'anno, la maggior parte sono da attribuire alla distrazione dell'infermiere e al turno PJ, il quale prepara la maggior parte della terapia in compresse. Il periodo più critico risale al trimestre (agosto, settembre, ottobre) dove si registrano 42 errori, la metà dell'intero anno (87). Questo è dovuto probabilmente all'inserimento di nuovo personale e alle criticità avute in particolare con un'infermiera.

Al fine della riduzione dell'errore sarebbe utile modificare le prescrizioni inserendo i farmaci secondo principio attivo e con il dosaggio già presente in struttura.

Le date di apertura dei prodotti vengono puntualmente indicate sulle confezioni dei farmaci sia in infermeria, che nei carrelli.

Gestione schede, lesioni, cadute, catetere.

L'obiettivo continua ad essere ben monitorato. Non si segnalano problematiche, le schede lesione, cadute e catetere, vengono adeguatamente compilate e registrate in CBA.

L'unica criticità riguarda la saltuaria dimenticanza di aggiornare la scheda catetere, inserendo la data del cambio catetere.

Nel corso dell'anno 2019 si è iniziato ad analizzare puntualmente questi eventi, al fine di individuare le cause che li determinano e le possibili soluzioni. Questo lavoro sta proseguendo compatibilmente con le esigenze di servizio anche per il 2020.

Parametri e pesi

Nell'ultimo trimestre il controllo dei parametri vitali è ben rispettato, i parametri vengono raccolti e registrati precisamente.

I pesi vengono controllati più frequentemente in caso di scompenso cardiaco, di patologie importanti e problemi di alimentazione.

Capita tuttora che alcuni pesi non vengano eseguiti dagli operatori, per mancata lettura delle consegne o mancato passaggio di consegna tra il turno del mattino e del pomeriggio, oppure per problematiche degli ospiti. Per ovviare a questa criticità l'infermiere che ha il turno MJ, controlla che tutte le rilevazioni previste siano state effettuate, altrimenti le sposta al giorno successivo.

Gli operatori, rispetto al periodo precedente, segnalano prontamente agli infermieri se rilevano un peso che si discosta molto dal precedente, in modo che l'infermiere possa effettuare le opportune verifiche.

Nell'ultimo trimestre non ci sono stati errori nella rilevazione dei pesi.

Contenzione

Rispetto al report precedente si evidenzia da parte dei medici disponibilità e sollecitudine nell'effettuare gli aggiornamenti delle contenzioni. A tal proposito nel mese di novembre il dr. Danza è stato sostituito dalla dr.ssa Toffanin la quale sta gestendo con precisione questo aspetto.

Si evidenzia quindi che la procedura di rilevazione, inserimento e monitoraggio delle misure di contenzione è ben acquisito dai medici e dal gruppo infermieristico.

Gli operatori continuano a memorizzare il tipo di contenzione in uso agli ospiti, leggendo poco la scheda che le riassume (emessa mensilmente dagli infermieri), quindi se ci sono errori/mancanze o variazioni, non lo rilevano. Nel corso dell'ultimo periodo comunque c'è stata una maggior comunicazione tra operatori e infermieri che ha permesso di risolvere velocemente eventuali problemi.

Dal mese di giugno 2019 è stato modificato il modulo del consenso informato, specificando meglio quali sono i rischi nell'uso dei mezzi di contenzione e le eventuali strategie alternative messe in atto per evitare i mezzi contenitivi. Gli infermieri hanno provveduto a far firmare il nuovo modulo di consenso ai nuovi ingressi e ci stiamo adeguando anche per gli ospiti già inseriti.

Gestione Magazzino Farmaci e presidi

L'attività di gestione della farmacia procede secondo la pianificazione annuale e nel rispetto della normativa e del regolamento del servizio farmaceutico dell'ULSS 8.

Nell'ultimo periodo sono state effettuate le seguenti attività:

- è stata realizzata la vaccinazione antinfluenzale indicata dal servizio di Igiene e Sanità Pubblica;
- è stata effettuata alla fine dell'anno l'attività di inventariato secondo le modalità indicate dal Servizio Farmaceutico ULSS.

Ci siamo confrontati su una serie di disguidi dovuti al cambio della ditta che gestisce il magazzino dei presidi medici per le case di riposo, le criticità sono state gestite in collaborazione con la farmacia referente per le case di riposo senza conseguenze per i nostri ospiti.

Gestione Alvo

L'obiettivo "gestione alvo" è stato affidato ad una nuova infermiera, dal 25.09.2019. In questi mesi ha iniziato la presa in carico degli alvi, continuando il lavoro eseguito dalla precedente collega. Ha analizzato singolarmente i casi, confrontandosi con l'equipe, concordando con il medico le terapie più adatte, seguendo l'istruzione elaborata, le abitudini degli ospiti ed eventuali stati di disfagia.

L'infermiera ha lavorato soprattutto nell'ambito farmacologico, in quanto a livello di alimentazione, attualmente non è stato creato un ampio sistema di personalizzazione alimentare, fatta eccezione dei Kiwi mattutini.

Nel trimestre ottobre-dicembre sono stati monitorati 29 ospiti.

Gestione delle Diete

L'obiettivo "gestione delle diete" a partire dal mese di ottobre è stato affidato alla logopedista della struttura, che ha gestito puntualmente le schede alimentazione, monitorandole e aggiornandole periodicamente.

Inoltre si è occupata delle seguenti attività:

- valutazione e trattamento della disfagia,
- monitoraggio degli ospiti con disfagia,
- supporto agli operatori nell'alimentazione degli ospiti con disfagia.

Considerato il turnover degli infermieri, l'aspetto relativo alle diete speciali e alle diete per gli ospiti diabetici è stato monitorato dalla nutrizionista della Struttura, dr.ssa Meli.

Ci stiamo adeguando nel preparare in cucina e presentare agli ospiti con dieta speciale, il piatto già confezionato, con l'indicazione del nome della persona interessata, come indicazione dell'ULSS 8, anziché prelevare direttamente sul carrello la pietanza.

Registrazione in CBA e attività infermieristiche

Gli infermieri stanno registrando adeguatamente le attività in CBA, anche la scheda di valutazione Norton viene compilata puntualmente in occasione del PAI.

5.c Monitoraggio e misurazione, prestazioni dei processi e conformità dei servizi

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.

Dall'analisi di quanto raccolto risulta che vi sia un buon livello di raggiungimento degli obiettivi preposti in quasi tutte le aree indeterminate e non emergono particolari elementi di criticità.

Per il 2020 alcuni degli indicatori, seppur non eliminati, non posso trovare corrispondenza nei dati in quanto le misure di gestione dell'emergenza Covid-19 hanno obbligato l'ente ad agire diversamente da quanto preposto in termini di qualità e misurazione dei processi.

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

Nel corso del 2019 sono pervenuti in forma scritta e verbale ringraziamenti ed apprezzamenti per il servizio svolto da parte di familiari.

Altresì, nel corso del 2019, sono state registrate anche 10 lamentele, alcune delle quali sono state fatte nello stesso momento dallo stesso familiare e gestite come descritto di seguito:

- a) N°2 lamentele sono state fatte dai familiari della stessa ospite relativamente alle cure assistenziali rivolte alla mamma. Abbiamo gestito la lamentela facendo due colloqui con i familiari, uno dei quali anche in presenza del presidente della struttura.
- b) N° 1 lamentela si riferisce al fatto di ricevere informazioni discordanti dagli oss. Colloquio tra la familiare e la coordinatrice al fine di chiarire il malinteso.
- c) N° 1 lamentela si riferisce in particolar modo alle attività ricreative, anche in questo caso è stato fatto un colloquio telefonico con la sig.ra per approfondire le criticità e si è condiviso con chi di competenza al fine di risolvere le problematiche.
- d) N° 1 lamentela fa riferimento al fatto che ospiti e familiari hanno rilevato che la temperatura della sala da pranzo è troppo fredda. E' stato riferito quanto riportato all'ufficio amministrativo, che ha provveduto a contattare la ditta di competenza per la gestione del guasto.
- e) N° 1 lamentela relativa allo smarrimento di un maglione. Il maglione è stato risarcito.
- f) N° 1 lamentela relativa alla rottura della dentiera. Colloquio telefonico con la figlia e proposta di risarcimento.
- g) N°1 lamentela si riferisce ad indumenti infeltriti dopo il lavaggio. Colloquio con i figli della sig.ra, in presenza con la figlia e telefonico con il figlio. Si concorda di avere più attenzione, in caso si ripetesse il disagio i familiari chiederanno un risarcimento.
- h) N°1 lamentela relativa alle modifiche apportate al menù. Colloquio del familiare con la nutrizionista al fine di avere spiegazioni in merito.
- i) N°1 lamentela relativa al comportamento dell'educatore nei confronti di un ospite e dei suoi familiari. Colloquio tra i familiari dell'ospite, la coordinatrice e l'educatore, nel quale si concorda che l'educatore sarà più attento alle esigenze dell'ospite.

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

| | | |
|---|--------------------------------|------------------------|
| Casa di Riposo SERSE PANIZZONI | <i>RIESAME DELLA DIREZIONE</i> | <i>Pagina 21 di 22</i> |
|---|--------------------------------|------------------------|

Nel corso del 2019 sono state registrate e gestite complessivamente n. 05 Non Conformità, come da Rapporto di Non Conformità.

Le Non Conformità sono state tutte trattate.

Azioni Correttive

Nel 2019 non sono state aperte Azioni Correttive, ma solo trattate le Non conformità.

5.f Audit

Audit Esterno Kiwa Cermet

Il rapporto di Audit da parte della Dott.ssa Sideli, rappresentante d'ente certificatore Kiwa Cermet Italia del 12/06/2019 ha dato esito positivo. Non sono state rilevate Non conformità né criticità.

L'analisi del contesto organizzativo e la motivazione del Management risulta soddisfacente, come si evince dal verbale stesso.

Audit Interno

L'Audit interno 2020 deve ancora essere effettuato per motivi legati alle disposizioni di sicurezza anti Covid-19; è comunque in programma nel prossimo breve periodo.

Audit Esterno sull' indice di rischio

La struttura si è sottoposta ad un'approfondita analisi del rischio da parte del Prof. Pastorelli, valutatore del rischio, docente incaricato di teoria del rischio e direttore tecnico del gruppo Schult'z nel 2019 di cui si allega relazione integrale.

Audit Interno sulla gestione dell'emergenza Covid- 19

L'ente ha strutturato una check list interna al fine di auto monitorare l'efficacia dei protocolli adottati per la gestione dell'emergenza Covid-19, che si allegano.

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.

- Cooperativa Bassano Solidale gestisce in appalto i seguenti servizi:

Nucleo Girasole

Addetti ai servizi di cucina

Addetti alle pulizie

Servizio infermieristico notturno

Monitoraggi

- N° 4 monitoraggi con la referente della Cooperativa per tutti i servizi, sig.ra Nicoletta Zordan.
- N° 4 monitoraggi alle attività assistenziali dei nuclei.

| | | |
|---|--------------------------------|------------------------|
| Casa di Riposo SERSE PANIZZONI | RIESAME DELLA DIREZIONE | Pagina 22 di 22 |
|---|--------------------------------|------------------------|

- N° 9 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

- N°3 monitoraggi con la referente della Cooperativa sig.ra Marika Albieri.
- Cooperativa Giorni Nuovi che gestisce il servizio di lavanolo della biancheria piana.
- N°2 monitoraggi con il presidente della cooperativa sig. Massimo Bonaldo.
- CEMES che presta il servizio di una fisioterapista per 6 ore settimanali
- 2 monitoraggi effettuati con la referente dott.ssa Cristina Marini.

6 OBIETTIVI 2020 E 2021 E MIGLIORAMENTO CONTINUO

Alla luce di quanto più sopra relazionato e delle difficoltà che il Centro Servizi sta vivendo, soprattutto in relazione alla carenza di personale assistenziale e infermieristico sul mercato, l'Ente intende darsi quale obiettivo prioritario il mantenimento del Sistema Qualità integrato da un sistema di autocontrollo in materia di prevenzione da COVID-19.

Si continuerà pertanto a perseguire gli obiettivi della qualità indicati nell'allegato modello PRO 08/04 ritenuti funzionali al fine di garantire la qualità delle prestazioni assistenziali e sanitarie erogate dalla struttura.

Si ritiene che gli obiettivi indicati nel modello sopraindicato debbano avere validità anche per l'anno 2021, in considerazione di quanto l'emergenza COVID-19 stia mettendo a dura prova l'organizzazione dal mese di marzo.

Qualora il contesto lo richiedesse per il futuro, la Direzione provvederà ad individuare altri obiettivi atti a dare evidenza al processo di miglioramento dei servizi erogati.

Sul versante della rilevazione della soddisfazione del cliente l'attuale blocco degli ingressi in struttura a familiari e visitatori impone all'organizzazione di darsi quale obiettivo strategico una nuova modalità di rilevazione della soddisfazione: sarà necessario pertanto predisporre un nuovo strumento da somministrare ai familiari individuando quali voci possano essere significative per testare la percezione della qualità del servizio (disponibilità telefonica alle chiamate, organizzazione della videochiamata, gestione visite in modalità protetta, gestione comunicazioni sullo stato di salute degli assistiti).

Per quanto riguarda invece la situazione che l'ente sta vivendo in relazione all'emergenza COVID – 19, si ritiene di attivare quale azione migliorativa la costituzione di un comitato per la gestione della stessa, al fine di condividere con continuità gli interventi gestionali atti ad affrontare le criticità organizzative che possono manifestarsi sia sul versante dipendenti che sul versante della gestione dell'assistenza agli ospiti.

Il Comitato dovrà monitorare appositi interventi di autocontrollo in materia di prevenzione da COVID – 19 al fine di verificare internamente il grado di applicazione delle misure adottate.

Tutte le attività di cui sopra sono finalizzate a garantire un adeguato controllo della gestione e il processo di miglioramento continuo della qualità dei servizi e dovranno comunque raccordarsi con le verifiche sulla situazione economica dell'Ente, dovendo l'Amministrazione operare per garantire la continuità dell'attività dell'Istituto e la sostenibilità del bilancio.

A tal fine è stato inserito un apposito obiettivo al fine di consentire all'ente di coniugare la verifica sulla qualità dei servizi con l'impatto economico che la stessa produce sul bilancio, anche al fine delle valutazioni da parte del Cda sulla programmazione delle spese di investimento.

Camisano Vicentino, 08.10.2020

F.TO IL DIRETTORE
Dalla Pozza dott.ssa Maddalena