



## **CASA ALBERGO PER ANZIANI**

via del Santuario n.31 – 45026 Lendinara (RO)

Cod. Fisc. 91002520293 ✉ P.IVA 01052690292

Tel.0425/641015 – 600370 ✉ Fax.0425/604336

E-mail: [info@casalendinara.it](mailto:info@casalendinara.it) ✉ PEC: [info.caa@ronepec.it](mailto:info.caa@ronepec.it)

Web: [www.casalendinara.it](http://www.casalendinara.it)

Sistema qualità certificato



Benchmarker  
Marchio Q&B



# **Riesame della Direzione**

## **Anno 2019**

**-Riferito alla gestione dell'anno 2018-**

**Approvato con decreto  
Nr. 58 del 19.04.2019**

## Sommario

1. Politica per la Qualità .....	3
2. Descrizione del contesto .....	5
3. Stato delle azioni derivanti dai precedenti riesami della direzione.....	7
4. Cambiamenti nei fattori interni ed esterni rilevanti per la gestione del Sistema Qualità .....	7
5. Adeguatezza ed efficacia del Sistema Qualità.....	9
6. Soddisfazione del cliente-informazioni di ritorno delle parti interessate: analisi dei questionari somministrati ai residenti ed ai familiari .....	16
7. Misura in cui gli obiettivi per la qualità sono stati raggiunti .....	19
8. Verifiche ispettive interne .....	26
9. Verifiche ispettive effettuate dal consulente.....	28
9 Bis. Verifiche esterne anno 2017 .....	31
10. Gestione delle non conformità, delle azioni correttive e degli eventi .....	31
11. Analisi dei reclami .....	35
12. Soddisfazione del personale.....	38
13. Formazione .....	40
14. Incontri e briefing della Direzione.....	41
15. Fornitori.....	42
16. Prestazioni di processo/conformità dei prodotti/servizi: risultati del monitoraggio e della misurazione.....	42
17. Il lavoro per progetti .....	43
18. Il rapporto con il Comitato dei Familiari dei Residenti.....	49
19. Criticità.....	49
20. Efficacia delle azioni intraprese per affrontare i rischi e le opportunità: prosecuzione del progetto sulla gestione del rischio.....	49
21. Adeguatezza delle risorse.....	52
22. Opportunità di miglioramento .....	53
23. Output del Riesame della Direzione .....	54

## 1. Politica per la Qualità

L'abbinamento del percorso della Casa alla norma UNI EN ISO 9001:2015 e UNI 10881, consente di far propri i principi che immettono la certificazione di qualità nell'iter in divenire, adottandola quale strumento fondamentale per permettere quella crescita, quella maturazione e quell'agire che si danno carico di essere proficuamente proiettati lungo la strada del miglioramento continuo.

Le fondamentali atte a costruire una "Politica per la Qualità" forte e condivisa vengono a trovare una loro collocazione pregnante:

- **nell'attenzione al cliente;**
- **nella leadership;**
- **nel coinvolgimento delle persone;**
- **nell'approccio ai processi;**
- **nel miglioramento continuo.**

**Avere consapevolezza del valore della "Politica per la Qualità" diviene pregnante per concretizzare ogni successivo passaggio.**

Una consapevolezza intrisa di aspetti fisici, psicologici e filosofici, di sensazioni, percezioni, idee, atteggiamenti e sentimenti legati ad ogni persona.

La "Politica della Qualità" ha di riflesso il difficile compito di far maturare, all'interno di ogni organizzazione, l'idea di cosa significhi davvero essere portatori di innovazione e di come insieme si possono conseguire i risultati attesi.

**Ecco allora che, secondo questa ottica, il Sistema Qualità, come abbracciato dalla Casa, è nel tempo divenuto un tutt'uno nel modo di rapportarsi e proporsi ai vari livelli.**

**Uno strumento, di tal modo, vissuto quale valore aggiunto per le persone, soprattutto quelle che nella casa vivono, per permettere loro di sentirsi a casa, di abitare la loro casa.**

Tutto questo senza trascurare il fatto che ogni azione deve essere corroborata da quella RESILIENZA che permette di affrontare adeguatamente circostanze insolite per le quali le conoscenze e le abilità ordinarie potrebbero rivelarsi ostiche.

**Ottimismo, autostima, hardiness (robustezza psicologica), emozioni positive e supporto sociale:** questi, di conseguenza, alcuni dei passaggi forti su cui la Casa si sta esercitando.

Tanto da infondere e vedere diffuso ad ampio raggio, un atteggiamento proattivo ed apportatore di un buon respirare.

Essere resilienti significa d'altro canto essere nel contempo dotati di quella capacità che sa andare incontro ai cambiamenti, creando condizioni ambientali favorevoli alla crescita di ogni parte e componente della comunità.

Lendinara, aprile 2019

Il Direttore  
Damiano Mantovani

**Kostantino Kavafis**

**- ITACA -**

Quando ti metterai in viaggio per Itaca, devi augurarti che la strada sia lunga,  
fertile in avventure e in esperienze.

I Lastrigoni e i Ciclopi o la furia di Nettuno non temere,  
non sarà questo il genere di incontri se il pensiero resta alto e un sentimento fermo  
guida il tuo spirito e il tuo corpo.

In Ciclopi e Lestrigoni, no certo, né nell'irato Nettuno incapperai  
se non li porti dentro, se l'anima non te li mette contro.

Devi augurarti che la strada sia lunga.

Che i mattini d'estate siano tanti quando nei porti – finalmente e con che gioia –  
toccherai terra tu per la prima volta:  
negli empori fenici indugia e acquista madreperle coralli ebano e ambre  
tutta merce fina, anche profumi penetranti d'ogni sorta;  
più profumi inebrianti che puoi, va in molte città egizie impara una quantità di cose dai dotti.

Sempre devi avere in mente Itaca – raggiungerla sia il pensiero costante.

Soprattutto, non affrettare il viaggio;  
fa che duri a lungo, per anni, e che da vecchio metta piede sull'isola, tu,  
ricco dei tesori accumulati per strada senza aspettarti ricchezze da Itaca.

Itaca ti ha dato il bel viaggio,  
senza di lei mai ti saresti messo sulla strada: che cos'altro ti aspetti?

E se la trovi povera, non per questo Itaca ti avrà deluso.

Fatto ormai savio, con tutta la tua esperienza addosso  
già tu avrai capito ciò che Itaca vuole significare.

**Non importa il viaggio, la meta,  
ma come affronti quel viaggio per raggiungere la meta.  
Itaca può anche deluderti,  
ma almeno rimane la soddisfazione di non aver vissuto invano.**

## 2. Descrizione del contesto

L'IPAB "Casa Albergo per Anziani", è un Centro di Servizi che ha come finalità istituzionale l'assistenza e cura, senza alcun fine di lucro, a persone anziane autosufficienti e non, persone disabili adulte, malati terminali od altre tipologie di persone da assistere sia attraverso i propri servizi residenziali, sia mediante quelli a carattere domiciliare intervenendo, con la propria organizzazione, in armonia con le linee generali dell'assistenza pubblica, e ponendosi, a pieno titolo, quale soggetto attivo e nodo di supporto nel contesto della rete dei servizi socio-sanitari a livello territoriale.

Nel 2003 Casa Albergo ha ottenuto la certificazione del sistema qualità UNI EN ISO 9001/2000 (revisionata nel 2008) e della norma di settore 10881 (revisionata nel 2013) per l'assistenza residenziale ad anziani, ottenendo nel 2006 l'estensione della certificazione ISO 9001:2008 ai servizi socio-assistenziali rivolti a persone affette da patologia terminale. **L'audit di sorveglianza del 23 e 24 ottobre 2018, ha permesso il rinnovo della norma con un ottimo punteggio e, sottolineando che il sistema viene usato quale principale leva per migliorare i processi e le performance aziendali nell'ottica sia di una gestione del rischio, che, di altri molteplici aspetti.**

Nel 2005 sono stati inaugurati due nuclei, come ampliamento della struttura, e il centro residenziale di cure palliative "Casa del Vento Rosa" per malati terminali in convenzione con l'Azienda ULSS 5 Polesana che alla Casa Albergo ne ha affidato la gestione.

Nel corso degli anni dal 2006 fino ad oggi, inoltre, sono stati realizzati tutta una serie di interventi che hanno consentito alla Casa di fornire risposte sempre più adeguate ai bisogni del Residente introducendo nuove metodologie, allo scopo di assicurare una qualità di vita non solo legata ai processi ma anche al risultato di benessere percepito come rispondente al sistema valoriale complessivo della struttura.

**Ad oggi, Casa Albergo dispone di due nuclei cognitivo-mentali capaci di accogliere persone affette da un grave deterioramento cognitivo in grado di deambulare e/o ipomobili. Inoltre sono in fase di conclusione i lavori per l'ampliamento dell'Hospice, Casa del vento Rosa, che passerà da otto a dieci posti letto.**

**Il 6 ottobre, Casa Albergo ha inaugurato "La Nostra Casa": progetto che ha visto il recupero ed ampliamento di un fabbricato esistente, all'interno dell'area di proprietà della Casa Albergo per Anziani, realizzando sei stanze singole e relativi servizi, con l'obiettivo di garantire un'autonomia esistenziale a persone con disabilità fisica che fruiscono da sempre del supporto familiare e genitoriale, quando per il progressivo invecchiamento dei genitori, occorre assicurare loro una continuità nel sostegno.**

Il lavorare con l'obiettivo del miglioramento continuo deve aiutare nella ricerca di quelle innovazioni, apportatrici di salutari cambiamenti, che fanno allo stesso tempo contemplare il valore della mission della Casa, puntualmente rinvenibile nell'art 4 dello Statuto, e che offre l'opportunità ed il campo per interventi, nell'ambito dei servizi alla persona, su più fronti.

Il mantenere salde queste modalità, che hanno consentito di attraversare, a più riprese, i guadi attinenti ai rinnovi sia delle autorizzazioni all'esercizio, che quelle dell'accreditamento, congiunte a quelle per la certificazione secondo la norma di settore ed il marchio qualità benessere, porta a porre all'attenzione il non adagiarsi rispetto ai traguardi, ma a meglio considerare quanto si sta prospettando.

La sopravvivenza di una azienda, e, come tale, pur nella consapevolezza che trattasi di realtà che produce "servizi a favore delle persone", è in effetti assicurata dalla sua capacità di creare valore per i suoi portatori di interesse.

La giusta reazione, con la ricerca di impatti positivi, volti a compensare quelli negativi, porta, in un certo qual senso, a prospettare delle opportunità. Sia in termini di crescita che di riqualificazione dell'esistente.

Sarà allora doveroso, alla luce di alcune difficoltà manifestatesi, prestare quelle attenzioni rivolte a contenere i rischi, individuando, rispetto alle strategie da mettere in atto, quelle soluzioni che siano capaci di mantenere, consolidandolo, il sistema organizzativo.

Non solo. Ma pure di riuscire ad impiegare efficacemente ed efficientemente le risorse della Casa, insistendo non poco sul valore delle informazioni come ad esempio derivanti da:

- i report periodici ed i questionari sul gradimento dei servizi e sul clima organizzativo;
- il riesame della Direzione ed i Verbali del Servizio di Controllo Interno;
- l'apporto del Collegio dei Revisori dei Conti, con tutta una serie di altri supporti di cui la struttura dispone;
- il controllo di gestione con tutte le sue articolazioni attraverso il ponderato esame dei centri di costo e quanto agli stessi correlato;
- l'attività progettuale, che annualmente si caratterizza nell'introdurre nuovi obiettivi da raggiungere;
- la formazione, fulcro portante per la buona presenza di operatori qualificati, preparati ed aggiornati sotto i diversi aspetti, a maggior ragione in funzione delle persone che accedono ai servizi della Casa con problematiche nuove, nonché comprendendovi l'aggiornamento in ordine alla sicurezza sul posto di lavoro e la prevenzione incendi;
- il proseguimento nell'iter introdotto per la completa informatizzazione e superamento del sistema cartaceo, con il pieno utilizzo di quei supporti, che potrebbero, nel monitorare le situazioni, meglio rapportarsi con i destinatari dei servizi;
- i criteri guida nella stesura dei capitolati per la gestione dei servizi, che dovranno incontrare il giusto rapporto nella qualità/prezzo;
- i piani per le performance e la trasparenza;
- il documento valutazione dei rischi e quanto correlato alla sicurezza sul posto di lavoro;
- la tenuta del sistema HACCP per una corretta somministrazione alimentare e salvaguardia dei destinatari dei servizi in generale;
- l'attività ispettiva di parte terza (vds. autorizzazione esercizio, accreditamento, certificazione, marchio qb ed altro);
- l'attività ispettiva e di verifica, come periodicamente in atto, da parte dell'Azienda Ulss 5 Polesana, NAS ed altro;
- una coerente rendicontazione, che, nel bilancio sociale, divenuto per la Casa imprescindibile, incontra quella espressione di trasparenza e pubblicizzazione, fondamentale per aiutare a comprendere sia come si sta lavorando, sia come sono state e sono utilizzate le risorse di cui si dispone.

Il monitorare i dati e ricorrere all'utilizzo dei supporti significa anche esercitare al meglio quella attività di controllo che, di fronte ad ogni possibile campanello di allarme, sa mettere in atto ogni strumento utile a far coerentemente gestire le situazioni, individuando le migliori soluzioni da adottarsi.

Anche su questo versante, quindi, ci si prefigge di favorire l'ingresso di una nuova cultura, capace di interfacciarsi rispetto ai contesti, sapendo leggere la tipologia dei potenziali rischi per ben valutarli, definirli, correttamente trattarli ed altrettanto compiutamente affrontarli.

Gestirli appropriatamente significa anche disporre di quelle misure e strumenti che sanno prevenire, che sanno studiare, che sanno valutare le probabilità, che, soprattutto, manifestano capacità per salvaguardare il patrimonio valoriale della Casa.

Tanto il faticoso lavoro per creare appetibilità e credibilità, ma altrettanto forte il rischio, se non adeguatamente affrontata ogni questione, per la perdita di immagine e, di più, di quote di mercato (mercato sociale).

Una volta dato per assodato l'immenso valore rappresentato dai fruitori dei servizi dalla Casa erogati, e, nel contempo, dagli stessi familiari e dalla loro rappresentanza (Comitato), nell'impegno verso i portatori di interesse, un'altra delle azioni che in tale ambito devono sino in fondo essere esercitate attiene alla preziosa valorizzazione di quanto rappresentato dalle risorse umane che nella Casa operano, attualmente presenti nell'ordine delle duecento unità.

A tale riguardo, non si tratta di rivolgere lo sguardo solo a coloro che si trovano a prestare la propria attività nel ruolo di dipendenti, sia diretti (di ruolo) che indiretti (vds. cooperazione, agenzie somministrazione lavoro), ma di tutte le diverse risorse che, a vario titolo (vds. lavoratori socialmente utili,

servizio integrativo lavorativo, volontariato, lavoratori operanti in servizi esternalizzati come la ristorazione, le pulizie, la lavanderia, la manutenzione di cui al global service, servizio di trasporto per visite, parrucchiera/barbiere, consulenti etc.) sono nella Casa impiegate.

Prestare la dovuta attenzione nei loro confronti, sia in ordine al ruolo che all'apporto, significa pure, onde al meglio assicurare le risposte a favore dei residenti, prima risorsa della Casa, che il loro utilizzo deve essere pensato e previsto considerando aspetti come quelli afferenti agli equilibri di bilancio.

Per cui, di fronte a necessità che si dovessero manifestare, pur mantenendo fermo il principio dell'impegno pregnante della Casa nell'ambito socio-assistenziale e sociosanitario, il ricorso a supporti quali quello della cooperazione, al fine di contemperare la tenuta e sostenibilità del sistema, riducendo i possibili costi che andrebbero ulteriormente a gravare sui destinatari dei servizi, deve essere tenuto nella debita considerazione.

Il Piano della Performance dà evidenza dei contenuti che sono funzionali ad una piena realizzazione delle finalità della Casa ed ad una piena attuazione del principio di trasparenza; esso, infatti, contiene una descrizione della sua identità, un'analisi del contesto interno ed esterno in cui opera, nonché delle azioni per la verifica della coerenza della programmazione economico-finanziaria e di bilancio con il processo e le azioni di miglioramento del ciclo di gestione della performance e ricomprende, in sintesi:

- gli obiettivi strategici, con specifici indicatori volti a misurare la performance organizzativa proiettati su un orizzonte triennale;
- gli obiettivi operativi assegnati alla Direzione, dai quali discendono quelli assegnati ai responsabili delle diverse Aree della Casa, consentendo di misurare la performance individuale a livello annuale.

### **3. Stato delle azioni derivanti dai precedenti riesami della direzione**

Il Riesame della Direzione della Casa è un documento che, negli anni, ha subito diverse variazioni al fine di adeguarlo maggiormente alla normativa di riferimento e di snellirlo nei suoi contenuti, comunicando dati che riguardano perlopiù tutto il lavoro profuso al fine di tenere sotto controllo e migliorare il Sistema di Gestione per la Qualità della Struttura. Il presente documento risulta perlopiù coerente con la strutturazione data nell'edizione precedente anche se è stato reso maggiormente leggibile.

### **4. Cambiamenti nei fattori interni ed esterni rilevanti per la gestione del Sistema Qualità**

#### **⇒ RINNOVO DELLA NORMA UNI EN ISO 9001:2015**

L'audit di Ottobre 2018 ha permesso alla Casa di conseguire il rinnovo triennale della certificazione, confermando il livello "Alto" del sistema per la gestione della qualità. Tale obiettivo, conferma e supporta l'impegno della Casa nel trattare la "Gestione del Rischio" nei suoi diversi ambiti: da quello clinico e socio-assistenziale, il manageriale, il benessere organizzativo, fino ad arrivare alla salvaguardia dell'immagine dell'Ente.

L'obiettivo è quello di mantenere e migliorare ulteriormente il livello qualitativo raggiunto, integrando il sistema riguardo agli spunti di miglioramento e suggerimenti forniti dal Team di valutazione presente nell'ultimo audit per il rinnovo della certificazione medesima.

Le osservazioni fornite dai certificatori in chiusura audit, hanno permesso alla Casa di ipotizzare nuove strategie di azione e nuovi "modus operandi" focalizzati su:

- Migliorare la qualità dei servizi per una continua soddisfazione del cliente;

- Creare gruppi formativi e di supervisione aventi come scopo quello di proporre idee innovative legate al marketing e alla comunicazione.

## ⇒ CERTIFICAZIONE DEI SERVIZI SECONDO IL MARCHIO Q&B E IL MARCHIO Q&B DEMENTIA FRIENDLY

La Casa, dall'anno 2010 aderisce al Marchio "Qualità e Benessere", che ha permesso di riqualificare il lavoro quotidiano in termini di valori cardine dai quali partire per erogare i propri servizi, mirato alla misurazione del livello di qualità non solo sulla carta ma anche ascoltando la voce di chi vive la Casa (familiari, residenti, dipendenti).

In tale ambito, una sostanziale novità ha riguardato lo svolgimento, nel mese di maggio 2018, della valutazione secondo il modello demenze denominato "Dementia friendly", al quale la Casa ha partecipato durante la sua strutturazione e sperimentazione (in particolare con l'esperienza del Sogg. Dalia).

L'adesione al nuovo modello "Dementia Friendly", intende:

- favorire il mantenimento, da parte delle persone con decadimento cognitivo e problemi comportamentali, delle abitudini e stili di vita ancora attuabili, in grado di sostenere quel senso di continuità nella loro identità personale, in genere gradualmente intaccata dalla malattia;
- riuscire ad offrire alle persone affette da demenza contesti di espressione di sé e di natura esperienziale in cui il disorientamento cognitivo sia reso ininfluenza e sia recuperato il piacere della scoperta e del contatto con l'ambiente e le persone;
- sperimentare e manifestare autodeterminazione della persona nei piccoli gesti quotidiani, in un contesto sicuro (ad esempio: nella scelta dei vestiti, taglio dei capelli, farsi la barba, pettinarsi, etc).

Per l'anno 2019, l'obiettivo è quello di effettuare l'autovalutazione completa con tutti i 12 fattori ed i relativi 104 indicatori per il miglioramento di tutto il Sistema della Casa, partecipando al benchmarking con le altre strutture aderenti.

## ⇒ IMPLEMENTAZIONE DEL "MODELLO ORGANIZZATIVO"

Partendo dall'esperienza maturata con i "Codice Etico" e "Codice di Comportamento" e dagli strumenti in tale ambito messi in atto, la Casa ha definito un suo Modello Organizzativo, che rappresenta una mappa sempre aggiornata di tutti i processi e strumenti disponibili per tutti gli operatori che prestano le loro attività nell'ambito della struttura e che porta ad una compiuta esposizione della sua realtà, rivolta a conformare ogni azione agli obiettivi che la medesima si prefigge ed ad un coinvolgimento "totale" dell'organizzazione e, quindi, al miglioramento continuo della conduzione delle sue attività.

Il "Modello Organizzativo" è stato portato a regime nel corso del biennio 2017/2018 e richiede una continua manutenzione ed aggiornamento, in relazione all'evoluzione della complessità della Casa; occorre pertanto, monitorare puntualmente l'andamento delle attività ed implementare l'utilizzo degli strumenti a disposizione in relazione alla gestione dei dati attraverso il sistema informativo.

Il mantenimento del "Modello Organizzativo" è garantito dal Responsabile Interno del Sistema Qualità che, in rapporto con la Direzione della Casa, verifica le necessità di implementazione ed aggiornamento.

Il Modello è in continua evoluzione ed aggiornamento: trimestralmente viene attuata una verifica e monitoraggio dei contenuti, con integrazione immediata in caso di mancanze.

Le verifiche vengono disposte periodicamente da parte del Responsabile Interno del Sistema Qualità, che provvede all'inserimento e verifica dei contenuti del Modello; tutto il personale è tenuto a segnalare eventuali disfunzioni rilevate.

## ⇒ IL “SISTEMA FARMACO SICURO” E L’IMPLEMENTAZIONE DEL SISTEMA INFORMATIVO

La Casa ha provveduto ad effettuare l’importante investimento per l’acquisto del “Sistema Farmaco Sicuro” finalizzato alla preparazione delle terapie dei residenti tramite un armadio robotizzato che prepara, in relazione alle terapie inserite nel sistema CBA da parte dei Medici di Medicina Generale, le bustine con la terapia del residente.

Il sistema “Farmaco Sicuro” è stato messo in funzione a pieno regime nei primi mesi del 2017, tanto che attualmente, le terapie per tutti i soggiorni vengono confezionate attraverso tale strumento posizionato in locale dedicato, con personale adeguatamente formato, e pertanto non soggetto ad elementi di disturbo.

Inoltre, nel 2017, ogni residente è stato dotato di apposito bracciale al polso il quale, tramite l’utilizzo di uno specifico palmare, permette a corretta identificazione della persona e della relativa terapia da somministrare, evitando una errata identificazione. Il sistema informa l’infermiere qualora siano intercorse delle modifiche rispetto alla terapia preparata all’interno della bustina nonché permette di effettuare la somministrazione contestuale.

Nell’ambito delle attività generali messe in campo per la riduzione del rischio, la Casa ha introdotto specifiche modalità operative nel processo di prescrizione, preparazione e somministrazione delle terapie, attraverso l’apparecchio ATDPS-DOOR mod. 244DO, fornito dalla Ditta HDMEDI.

Tali processi sono collegati alle modalità di prescrizione della terapia, la cui competenza è strettamente medica ed è gestita da parte dei Medici di Medicina Generale attraverso il medesimo software CSS. Tutte le fasi della preparazione e somministrazione dei farmaci sono gestite da parte del personale infermieristico.

## 5. Adeguatezza ed efficacia del Sistema Qualità

La finalità dei servizi erogati da Casa Albergo è quella di produrre, realizzare ed attuare le condizioni di benessere e di salute della persona, nonché per la sua famiglia, in collaborazione con la comunità locale ed i servizi territoriali.

I punti che focalizzano l’azione della Casa, sono rivolti a favorire:

- che l’organizzazione dei servizi, in particolare quelli aperti, sia flessibile e cerchi di conciliare i bisogni con le risorse disponibili, nell’ottica della loro continua trasformazione e ridefinizione;
- che, per ogni fruitore del servizio, vengano fissati gli obiettivi di salute, progettati interventi personalizzati, individuali o di gruppo, anche con l’utilizzo sistematico di strumenti di valutazione multidimensionale, di cui ci si deve avvalere nel momento della presa in carico e delle successive verifiche volte a controllare i risultati e a ridefinire gli obiettivi;
- che la valutazione multidimensionale, la divisione per nuclei, la progettazione del lavoro e il controllo dei processi, siano tali da vedere ben implementato un “sistema qualità” volto a permettere di gestire e assicurare la qualità anche attraverso la certificazione dei processi aziendali;
- che la gestione del personale possa essere indirizzata secondo strategie finalizzate al mantenimento di un buon livello di motivazione.

Certificazione significa che, volontariamente, proprio per fornire un servizio di qualità, ponendo l’attenzione sul fruitore dei servizi, identificando i suoi bisogni e le sue esigenze, l’organizzazione, nel precedente triennio, ha deciso di sottoporsi alla Normativa Internazionale UNI EN ISO 9001:2015 “Sistemi di gestione per la qualità” e alla Norma di settore per le strutture per anziani 10881:2013, che prevede costanti e regolari verifiche del Sistema Qualità da parte di un Ente esterno.

La struttura, nel mese di ottobre 2017, con un anno di anticipo rispetto alla sua entrata in vigore, ha adeguato il suo sistema qualità dalla precedente Norma ISO 9001: 2008 alla nuova Norma ISO 9001:2015.

Quindi nel mese di ottobre 2018 ha conseguito il rinnovo triennale della certificazione, confermando il livello “Alto” del sistema per la gestione della qualità. Tale obiettivo, conferma e supporta l’impegno della

Casa nel trattare la “Gestione del Rischio” nei suoi diversi ambiti: da quello clinico e socio-assistenziale, il manageriale, il benessere organizzativo, fino ad arrivare alla salvaguardia dell’immagine dell’Ente.

L’obiettivo è quello di mantenere e migliorare ulteriormente il livello qualitativo raggiunto, integrando il sistema riguardo agli spunti di miglioramento e suggerimenti forniti dal Team di valutazione presente nell’ultimo audit per il rinnovo della certificazione medesima.

Nell’ottica di considerare tale scelta, come un percorso in continua evoluzione, si dà carico di effettuare, in modo sistematico e continuativo, il monitoraggio del suddetto sistema attraverso:

- la gestione delle Non Conformità, delle Azioni Correttive e degli Eventi ;
- la gestione dei reclami e delle lamentele;
- la verifica della soddisfazione del cliente, attraverso la somministrazione di Questionari;
- la gestione di progetti di miglioramento;
- la verifica degli indicatori in relazione agli obiettivi;
- l’attuazione di audit interni ed esterni periodici;
- il Riesame della Direzione.

Il presente riesame ha lo scopo di analizzare lo stato di applicazione del sistema qualità della Casa, il percorso fatto, il raggiungimento o meno degli obiettivi di partenza e la definizione di ulteriori piani di miglioramento.

In tale contesto, gli elementi di riscontro che possono fornire una puntuale evidenza riguardo alle linee assunte dalla Casa, possono essere individuati negli atti e documentazione di seguito riportati:

#### **IL BILANCIO DI PREVISIONE** <sup>(1)</sup>

Accompagnato dal “Documento di Programmazione Economico Finanziaria di durata triennale (2019-2021)” laddove sono indicati gli obiettivi cui è chiamata la gestione per il periodo di riferimento.

Il Bilancio contempla le necessità legate al buon funzionamento dell’Istituto, tenuto a garantire un servizio di efficiente livello nell’interesse dei residenti e della collettività locale.

Con l’orientamento volto a contenere gli aumenti dei costi dei vari servizi a favore dell’utenza e con la precisazione che le rette a carico dei residenti della struttura, nonché i costi dei diversi servizi erogati dall’Istituto, sono dettagliatamente riportati nel prospetto all’interno del Documento di Programmazione sopra citato.

#### **IL BILANCIO DI ESERCIZIO DELL’ANNO 2018** <sup>(2)</sup>

Con la delibera del CdA nr. 16 del 06/07/2018, è stata effettuata la ricognizione alla data del 30/06/2018, dello stato di fatto relativo all’attività gestionale della Casa Albergo per Anziani; l’attuale Organo di Governo, che è subentrato nella carica nel corso del mese di luglio 2018, ha dato corso, con la successiva delibera n.19 del 20/09/2018, ad una ricognizione rispetto all’iter avviato precedentemente e ai risultati conseguiti.

In questo ambito, la Casa, nel dover affrontare le non poche difficoltà legate alla mancanza di impegnative, ha dovuto destreggiarsi in azioni volte a rendere alta l’appetibilità e, grazie all’implementazione delle diverse progettualità, ha saputo calibrare costi e benefici senza far venire meno il valore della qualità dei servizi erogati.

Nello specifico, le principali azioni intraprese, avviate e portate a termine, hanno riguardato:

- implementazione del sistema qualità e rinnovo secondo la norma ISO 9001/2015 e quella di settore UNI 10881;
- piena implementazione del sistema farmaco sicuro;

---

1 - Approvato con delibera del C.d.A. n. 30 del 06/12/2018

2 - Approvato con delibera del C.d.A. n. 15 del 18/04/2019;

- implementazione del marchio Q&B con l'adesione al modello Dementia Friendly;
- il rinnovo dei titoli autorizzatori;
- i progetti innovativi, descritti nel dettaglio al paragrafo 17.

L'impegno fondamentale assunto, quindi, è stato quello di assicurare la tenuta del sistema sin qui adottato riuscendo ad allargare i propri spazi proponendosi come risorse per l'intera comunità locale al fine di soddisfare i bisogni delle persone affidate.

Allegati al Bilancio di Esercizio anche i documenti di cui sotto:

- Stato Patrimoniale esercizio 2018;
- Conto Economico di Esercizio;
- Nota Integrativa al Bilancio chiuso al 31.12.2018;
- Rendiconto Finanziario 2018;
- Relazione del Presidente del Consiglio d'Amministrazione;
- Verbale SIC nr.2/19

### IL BILANCIO SOCIALE RELATIVO ALL'ANNO 2018<sup>(3)</sup>

Il Bilancio Sociale relativo all'anno 2018 è stato redatto, in una forma completamente diversa rispetto ai precedenti.

Il format notevolmente alleggerito, ne permette una facile lettura oltre che comprensione.

Il voler dare conto rispetto al percorso in atto non intende farsi carico solo dei **risultati raggiunti, riconoscendo i possibili limiti o criticità**, ma, ancor più, vuol far sì che le persone possano essere rese partecipi in relazione ad alcuni dei passaggi significativi che stanno **caratterizzando i momenti innovativi dalla Casa introdotti od in itinere**.

Rispetto all'anno 2017, il Bilancio è stato rinnovato principalmente per due novità:

- presenza al suo interno della Politica per la Qualità della Casa;
- l'utilizzo del n **codice QR** (in inglese **QR Code**) ovvero un codice a barre ossia a matrice, composto da moduli neri disposti all'interno di uno schema bianco di forma quadrata che da la possibilità, attraverso lo smartphone di accedere a tutte quella serie di informazioni che vanno ad integrare il documento.

### IL PIANO DELLE PERFORMANCE PER IL TRIENNIO 2017-2019<sup>(4)</sup>

Approvato in applicazione dell'art.10 del D.Lgs. 27/10/2009 n.150.

Il piano delle performance è lo strumento volto a migliorare il coordinamento fra le diverse funzioni e strutture organizzative, al fine di rendere più efficaci i meccanismi di comunicazione interna ed esterna, per individuare ed incorporare le attese degli stakeholders.

Il piano delle performance approvato, ricomprende in sintesi le attività della Casa, esplicitando, in dettaglio:

- gli obiettivi strategici, con specifici indicatori volti a misurare la performance organizzativa proiettati su un orizzonte triennale;
- gli obiettivi operativi assegnati al Direttore, dai quali discendono quelli assegnati ai responsabili di unità organizzativa, che consentono di misurare la performance individuale a livello annuale.

P.S.: per lo stato di attuazione del piano, alla data del 31/12/2018, vedere il capitolo 7.

### IL PIANO DEI LL.P.P. (ANNUALE 2018 E TRIENNALE 2018/2020)<sup>(5)</sup>

3 - Approvato con delibera del C.d.A. n. 16 del 18/04/2019;

4 - Approvato con delibera del C.d.A. n. 21 del 21/12/2016;

5 - Approvato con delibera del C.d.A. n.30 del 12/12/2018;

Il piano è approvato con cadenza annuale; con lo stesso sono rivisti gli obiettivi della programmazione in relazione al contesto socioeconomico nazionale e locale.

Gli interventi pubblici realizzati dall'Ente sono quelli di seguito riportati:

- realizzazione con recupero fabbricato esistente per il servizio innovativo per la disabilità denominato "La Nostra Casa" (50% mutuo e 50% contributo della Regione Veneto e Fondazione Cariparo);

#### **LA "DOTAZIONE ORGANICA" E "PIANO OCCUPAZIONALE" PER IL TRIENNIO 2017/2019** <sup>(6)</sup>

Tali strumenti rappresentano l'atto di indirizzo e programmazione in materia di gestione delle risorse umane.

#### **IL "PIANO INTEGRATO DELLE ATTIVITÀ PROGETTUALI E FORMATIVE"** <sup>(7)</sup>

La formazione e l'aggiornamento professionale rappresentano lo strumento prioritario per favorire il cambiamento dei comportamenti individuali e collettivi nell'ambito delle attività che ogni operatore svolge nel contesto organizzativo, oltre che per promuovere lo sviluppo professionale a garanzia della qualità e dell'innovazione dei servizi. Questo, assume particolare importanza in tutti gli ambiti organizzativi in cui, come per il contesto della Casa, la qualità delle "prestazioni" dipende dalle risorse umane e dall'organizzazione delle relative attività, migliorando la qualità delle prestazioni rivolte agli utenti dei servizi erogati (vedasi cap.13 "Formazione").

La formazione, in tal senso, va pertanto intesa come dimensione costante di qualsiasi processo in ambito organizzativo, fondamentale per lo sviluppo delle risorse umane finalizzato all'acquisizione delle competenze necessarie al miglioramento dei servizi da erogare. In questo ambito, la Casa, è da sempre impegnata a promuovere l'attività formativa come un processo continuo, che non riduca ogni suo singolo momento ad un mero adempimento riguardante le "risorse umane", ma che si ponga in una prospettiva olistica di incentivazione delle abilità e valorizzazione di attitudini, con l'obiettivo di promuovere una partecipazione più consapevole ed attiva.

#### **IL "CODICE DELLA CASA"** <sup>(8)</sup>

Predisposto da apposito gruppo di lavoro in sede di attività progettuale in coerenza ai principi del D.Lgs. 08/06/2001 n.231 "Disciplina della responsabilità amministrativa delle persone giuridiche, delle società e delle associazioni anche prive di personalità giuridica, a norma dell'art.11 della legge 29/09/2000 n.300"; integrato con i contenuti del "Codice di Comportamento dei pubblici dipendenti" di cui al DPR 16/04/2013 n. 62, nonché secondo quanto prospettato, quale percorso da mettere in atto, con Decr. Dir. n. 1 del 09/01/2014.

Il Codice della Casa definisce l'insieme dei valori, dei diritti, dei doveri e delle responsabilità dell'Ente nei confronti dei "portatori d'interesse" interni ed esterni alla Casa (stakeholders). Rispetto a questo importante strumento, la Casa, coerentemente e secondo le stesse indicazioni pervenute da parte del Comitato di Valutazione (CDV), ha provveduto ad effettuare appositi momenti formativi sia con coloro che nella Casa operano che con i Familiari dei Residenti.

---

6 - Approvato con delibera del C.d.A. n.18 del 10/12/2016;

7 - Approvato con decreto del Direttore n. 34 del 09/03/2018;

8 - Approvato con delibera del C.d.A. n.15 del 23/12/2014;

## **IL “CRUSCOTTO AZIENDALE” (Centri di Costo mensili)**

L’obiettivo è quello di reperire informazioni qualitative e quantitative sull’attività aziendale che consentano di guidare la Direzione verso il conseguimento degli obiettivi stabiliti in sede di pianificazione operativa, rilevando, attraverso appositi indicatori, lo scostamento tra obiettivi pianificati e risultati conseguiti, informando affinché gli organi responsabili possano decidere e attuare le opportune azioni correttive.

Scopo del cruscotto aziendale è quello di guidare e indirizzare il personale verso il conseguimento degli obiettivi aziendali.

## **RICOGNIZIONE, RIFERITA ALL’ANNO 2018, DELLO STATO DELL’ATTUAZIONE DEL PIANO TRIENNALE PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DEL PROGRAMMA TRIENNALE PER LA TRASPARENZA ED INTEGRITÀ <sup>(9)</sup>**

L’Istituto, al fine di assicurare la più ampia trasparenza, intesa come accessibilità totale, anche attraverso lo strumento della pubblicazione sul proprio sito istituzionale, delle informazioni concernenti ogni aspetto dell’organizzazione, degli indicatori relativi agli andamenti gestionali e all’utilizzo delle risorse per il perseguimento delle funzioni istituzionali, dei risultati dell’attività di misurazione e valutazione svolta dagli organi competenti, allo scopo di favorire forme diffuse di controllo del rispetto dei principi di buon andamento e imparzialità della pubblica amministrazione.

## **IL “CONTRATTO COLLETTIVO INTEGRATIVO” (CCI)**

Il nuovo CCNL del Comparto delle Funzioni Locali per il triennio 2016/2018 è stato sottoscritto tra le parti il 21/05/2018; l’Ente nel mese di giugno 2018, ha dato esecuzione agli aspetti economici e normativi a carattere automatico, del suddetto CCNL (vds. delibera C.d.A. n.10 del 15/06/2018).

Pertanto, dopo le trattative riguardanti la contrattazione integrativa dell’anno 2017, le parti (Delegazione di Parte Pubblica e OO.SS.), hanno valutato la non sussistenza delle condizioni per proseguire il confronto e raggiungere un accordo e, da parte dell’Ente, con delibera C.d.A. n.21 del 20/09/2018, è stato adottato l’atto unilaterale ai sensi dell’art.40, comma 3 ter, del D.Lgs. 165/01 per l’utilizzo delle relative risorse decentrate.

Riguardo alla nuova Contrattazione Decentrata Integrativa (CCI) per il triennio normativo 2018-2020 e parte economica 2018, l’Ente, dopo le direttive e linee guida indicate dal C.d.A. den le delibere n.23 del 20/09/2018 e n.25 del 22/11/2018, il 05/12/2018 ha avviato le trattative con le OO.SS., presentando la propria piattaforma di CCI; al momento, tali trattative non sono ancora concluse.

## **IL “RINNOVO TITOLI AUTORIZZATORI”:**

<b>Accreditamento istituzionale</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Per Casa Albergo, con DGR n.2191 del 29/12/2017; (vds nota 1)</li><li>▪ Per l’Hospice Extraospedaliero, il titolo è stato conseguito con DGR n. 1241 del 21.08.2018 (vds nota 2).</li></ul>
<b>Autorizzazione</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Il rinnovo dell’autorizzazione all’esercizio della Casa per persone non autosufficienti, è stato conseguito con DGR n. 270 del 31/07/2013 per n.178 posti letto, integrato con successivo atto n.142 del 24/11/2014. Il 01.08.2018 è stata svolta la visita di verifica del rinnovo dell’autorizzazione all’esercizio, in attesa del provvedimento (vds nota 1);</li><li>▪ Il rinnovo dell’autorizzazione della Casa per persone autosufficienti è stato rilasciato con atto del Responsabile SUAP del Comune di Lendinara nr. 13008 del 05.06.2018;</li></ul>

9 - Approvato con delibera del C.d.A. n.03 del 24.01.2019;

- |  |   |
|--|---|
|  | ▪ Il rinnovo del titolo per l'Hospice Extraospedaliero, è stato conseguito con DGR n. 25 del 08/09/2016 (vds nota 2). |
|--|---|

**Nota 1:** Casa Albergo per Anziani, con nota prot.2133 del 28/04/2017, ha chiesto l'inserimento, nel Piano di Zona, della trasformazione ai sensi dell'art.7, commi 1 e 2 della L.R. 22/02, di parte dei posti destinati a persone non autosufficienti di 1° livello, in posti di 2° livello, al fine di garantire l'adeguatezza e la continuità delle prestazioni assistenziali e sanitarie per far fronte alle loro concrete esigenze; il documento di ri-pianificazione del Piano di Zona dell'anno 2017, approvato dal Comitato dei Sindaci del Distretto n.1 del 11/07/2017 e recepito con la deliberazione del Direttore Generale Azienda ULSS 5, n.992 del 02/08/2017, ha accolto tale istanza; l'Ente, quindi, ha richiesto alla Regione Veneto il nulla osta alla trasformazione dei n.8 p.l. da 1° a 2° livello assistenziale, concesso con nota prot. 490031 del 30/11/2018; pertanto, a regime, rispetto alla dotazione complessiva della struttura di 178 p.l., che viene confermata, con la trasformazione dei n.8 p.l. da 1° a 2° livello, la stessa, dagli attuali 154 p.l. di 1° livello e 24 p.l. di 2° livello, passerà, a regime, a n.146 p.l. di 1° livello e 32 p.l. di 2° livello.

**Nota 2:** Casa Albergo per Anziani, con la DGR 24/10/2017 n.1714, è stata inserita nel "Piano di attivazione prioritaria delle strutture di ricovero intermedio per il biennio 2018-2019", per l'attivazione, nell'anno 2018, di n.2 nuovi posti letto presso l'Hospice Extraospedaliero "Casa del Vento Rosa"; l'Ente ha già avviato, e funzionalmente completato, nel mese di novembre 2018, i lavori ed interventi necessari per la realizzazione dei n.2 nuovi p.l., per i quali, ora, è in corso l'iter per l'estensione dei provvedimenti autorizzatori e di accreditamento già conseguiti, da n.8 a n.10 p.l. (già svolta il 17/01/2019, il sopralluogo tecnico di verifica da parte di Azienda Zero)

### **LA VERIFICA AL "SISTEMA QUALITÀ"**

L'audit di sorveglianza con il rinnovo della norma UNI EN ISO 9001:2015 è stato svolto in data 23 e 24 ottobre 2018; l'Ente Certificatore "UNITER", nella visita di verifica, ha espresso quale esito finale un ottimo punteggio senza la segnalazione di non conformità ma solo con alcuni suggerimenti, dati al fine di porre la Casa in una posizione di continuo miglioramento nonostante ormai il sistema sia ampiamente adottato e fatto proprio.

### **IL "SIC" (Servizio di Controllo Interno)**

Organismo di supporto all'attività della direzione, che formula le proposte riguardo le definizioni degli obiettivi strategici della struttura, monitora il rispetto della programmazione e della pianificazione ed individua eventuali interventi per il raggiungimento dei risultati. Tale organismo si riunisce con frequenza periodica e trasmette un verbale della riunione con le analisi e proposte alla Direzione.

\*Vds a riguardo, i diversi verbali redatti nel corso del 2018, come depositati in atti.

### **IL "RIESAME DELLA DIREZIONE" DELL'ANNO 2019 (RIFERITO ALL'ANNO 2018)"<sup>(10)</sup>**

Finalizzato ad analizzare lo stato del sistema di qualità, il percorso fatto, il raggiungimento o meno degli obiettivi di partenza e la definizione di ulteriori piani di miglioramento.

Il riesame si concentra sulla verifica della progettualità, delle attività e dei risultati realizzati all'interno della Casa.

Il Riesame del Sistema Qualità è effettuato da parte della Direzione, (Direttore con lo staff di Direzione) sistematicamente con frequenza almeno annuale, oppure in occasione di circostanze particolari o ricorrenti.

La valutazione del Sistema Qualità è basata sui seguenti elementi, integrati secondo quanto previsto dalla normativa UNI EN ISO 9001:2015, pertanto il Riesame risulta strutturato come di seguito dettagliato:

- Politica per la qualità;

---

10 - Approvato con Decreto del Direttore n.58 del 19/04/2019;

- Descrizione del contesto;
- Stato delle azioni derivanti dai precedenti riesami della direzione;
- Cambiamenti nei fattori interni ed esterni rilevanti per la gestione del sistema qualità;
- Adeguatezza ed efficacia del sistema qualità;
- Soddisfazione del cliente-informazioni di ritorno delle parti interessate: analisi dei questionari somministrati ai residenti ed ai familiari;
- Misura in cui gli obiettivi per la qualità sono stati raggiunti;
- Verifiche ispettive interne;
- Verifiche ispettive effettuate dal consulente;
- Gestione delle non conformità, delle azioni correttive e degli eventi;
- Analisi dei reclami;
- Soddisfazione del personale;
- Formazione;
- Incontri e briefing della direzione;
- Fornitori;
- Prestazioni di processo/conformità dei prodotti/servizi: risultati del monitoraggio e della misurazione
- Il lavoro per progetti;
- Il rapporto con il comitato dei familiari dei residenti;
- Criticità;
- Efficacia delle azioni intraprese per affrontare i rischi e le opportunità;
- Adeguatezza delle risorse;
- Opportunità di miglioramento;
- Output del riesame della direzione.

L'attività di riesame viene effettuata anche sulla scorta dei verbali che il SIC trasmette alla direzione durante il corso dell'anno, dai report gestionali che i vari responsabili di servizio periodicamente elaborano e trasmettono alla direzione e dai questionari somministrati al residente e al familiare per verificarne il grado di soddisfazione.

Il risultato finale consiste nella elaborazione di una relazione della direzione in ordine all'attività gestionale svolta ed al raggiungimento degli obiettivi stabiliti nella programmazione dall'organo di indirizzo (Consiglio di Amministrazione).

## **I "REPORT SEMESTRALI"**

La nuova rivisitazione del report, intende essere un punto di partenza per poter implementare la rilevazione di dati che consentono di tutelare le persone accolte nella Casa ed il personale dell'Istituto. Casa Albergo, addentrandosi sempre più nella tematica della gestione del rischio, con il correlato intento di migliorare i servizi offerti all'utenza, ha inteso implementare a tutti gli effetti l'elaborazione del report secondo il modello sperimentale, pur apportando delle modifiche tra i due semestri di riferimento.

È stato introdotto ad esempio il Cruscotto riservato ai Centri di Costo, che hanno permesso di avere una panoramica semestrale rispetto alla scoperta delle impegnative e alla movimentazione dei residenti. Strumento questo, che ha dato modo di guidare l'azione direzionale verso il conseguimento degli obiettivi rilevando, attraverso la successiva misurazione di appositi indicatori, lo scostamento tra obiettivi pianificati e risultati conseguiti.

In riferimento poi al secondo semestre, la Casa ha inteso dare una nuova visione dei dati raccolti, evitando la ridondanza degli stessi e cercando di creare una lettura più chiara e comprensibile.

Un gruppo di lavoro, formato dalle Responsabili di Soggiorno, dal Responsabile Interno del Sistema Qualità e dalla Psicologa, ha esaminato minuziosamente i dati riportati nella precedente versione cercando di rivederli in modo che il documento diventi maggiormente fruibile e capace di dare una maggior visibilità sia ai dati performanti che a quelli critici.

Sono stati rivisti alcuni items e si sceglie di raccogliere i dati secondo due diverse modalità al fine di dare una lettura complessiva che sia il più possibile corrispondente alla realtà.

### **IL "MARCHIO QUALITÀ E BENESSERE"**

Il 2018, ha visto la Casa impegnarsi nell'implementazione del Modello "Dementia Friendly" e l'audit del 29 maggio ha permesso di adottare il modello a tutti gli effetti rispetto al Soggiorno Dalia.

I valutatori sono rimasti soddisfatti del lavoro svolto, della documentazione presentata e di tutto il personale che è stato coinvolto nella verifica. Il risultato finale ha permesso di avere buoni punteggi su tutti i valori, andando a convalidare e, in alcuni casi a superare, l'autovalutazione che il gruppo di lavoro si era dato.

Il 2019 prevede invece la partecipazione in modalità benchmarking e la valutazione dei 12 fattori comprensivi di 104 indicatori.

### **LA "SOMMINISTRAZIONE DEI QUESTIONARI"**

Documentazione depositata in atti, relativa al gradimento, da parte dei fruitori dei servizi erogati dalla Casa ed alla valutazione del "Clima Aziendale".

La somministrazione dei Questionari di Soddisfamento dei residenti e dei loro caregivers e dei Clienti/Utenti del territorio, nonché la lettura dei dati, anche nei loro aspetti critici, contribuisce ad apportare azioni correttive alla metodologia di lavoro onde così ottimizzare i servizi, migliorandone la rispondenza.

La nuova modalità on line adottata per i questionari relativi al clima aziendale, ha permesso di avere un riscontro numerico notevole rispetto agli anni precedenti quando, la somministrazione cartacea, faceva pervenire un numero ristretto di dati.

### **L' "AGGIORNAMENTO DEL DOCUMENTO DI VALUTAZIONE DEI RISCHI"**

Nel corso del 2018 è stata fatta una seconda revisione del documento di valutazione dei rischi (rev. 2 del 17.10.2018). Il lavoro svolto all'interno della Casa per gestire al meglio i rischi organizzativi, ha visto il coinvolgimento di tutte le figure che a vario titolo prestano la loro opera quotidianamente. I risultati ottenuti vedono una maggior consapevolezza di quelli che sono i punti deboli e i punti di forza della gestione del servizio, e una maggiore spinta verso il miglioramento continuo.

## **6. Soddisfazione del cliente-informazioni di ritorno delle parti interessate: analisi dei questionari somministrati ai residenti ed ai familiari**

Casa Albergo propone ogni anno la somministrazione dei questionari di gradimento ai residenti e ai familiari, al fine di monitorare la qualità dei servizi e apportare azioni correttive.

La somministrazione è stata effettuata a Giugno e Dicembre 2018, rispettivamente rivolta ad un campione ridotto e alla totalità di familiari e residenti disponibili e con uno stato cognitivo che permetta una sufficiente attendibilità nella risposta.

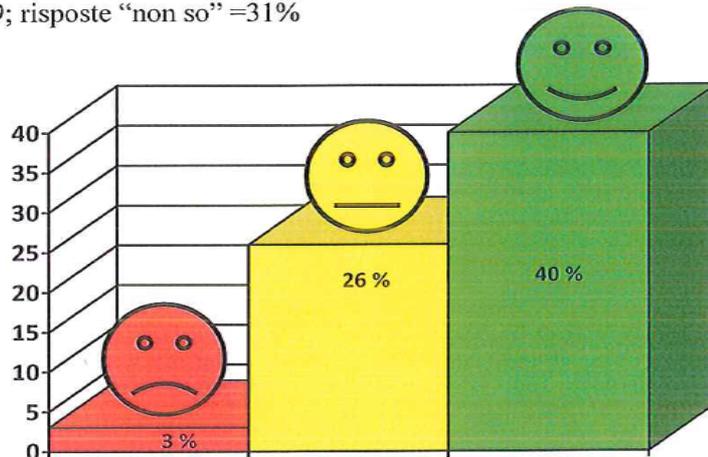
### **⇒ Questionario residenti Casa Albergo**

Durante il mese di Giugno 2018 si è somministrato a un campione ridotto di residenti, il questionario di gradimento dei servizi. Il campione coinvolto è di N. 24 persone.

Durante il mese di Dicembre 2018 si è somministrato a tutti i residenti della Casa il questionario di gradimento dei servizi. Il campione raccolto è di N. 89 residenti.

Si riporta di seguito il dato generale raccolto e relativo all'indice di soddisfazione

Campione N = 89; risposte "non so" =31%



Media generale soddisfazione= **8.1**

Qualitativamente, dal colloquio con i residenti si raccoglie un ottimo gradimento per quanto riguarda tutti i servizi della Casa. Si definisce una media di gradimento generale di 8.1/10 con un range che va da 7.9 a 8.7 senza rilevare insufficienza. Si segnalano soltanto 2 items con insoddisfazione significativa che fanno riferimento a:

- Medico di base (insoddisfazione del 10% inteso nella presenza scarsa e sporadica)
- Relazioni con altri ospiti (insoddisfazione del 12% inteso che molti residenti sono focalizzati sul loro stessi non dando spazio alla relazione altrà).

#### ⇒ **Questionario Familiari Casa Albergo**

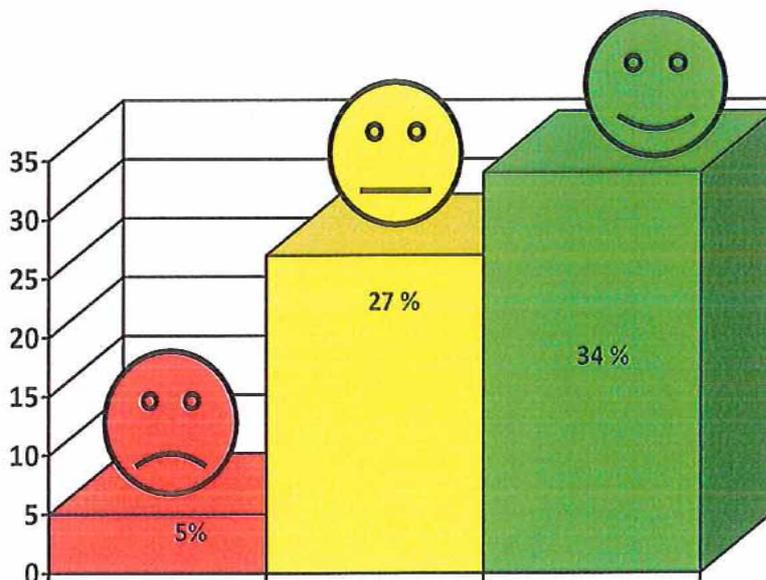
Durante il mese di Giugno 2018 si è somministrato il questionario a un campione di N. 23 familiari. Nel complesso si rileva un indice di gradimento positivo in tutti i servizi indagati. Considerando significativo il punteggio che rileva un grado di insoddisfazione superiore al 10% (cut-off scelto arbitrariamente), è da considerarsi significativo soltanto l'item relativo al gradimento della lavanderia in cui il 22% dei compilatori esprimono insoddisfazione rispetto alla quale le motivazioni vengono identificate in un ritardo nella consegna.

Da un'analisi interna non risultano disservizi o lamentele espresse nel semestre. Si individua un solo caso di ritardo nella consegna della biancheria marcata, per un problema della ditta fornitrice. Data la non corrispondenza tra il dato rilevato e le lamentele raccolte, si propone di effettuare a livello di soggiorno e da parte del personale del reparto, una rendicontazione giornaliera degli episodi di ritardo o smarrimento, così da poter intervenire in maniera tempestiva e puntuale.

Durante il mese di Dicembre 2018 si è somministrato ai familiari il questionario di gradimento dei servizi rivisto. Il campione di questionari riconsegnati è pari a N.86

## DISTRIBUZIONE COMPLESSIVA DELLE RISPOSTE

(risposte “non so” pari al 34%):



Nel complesso si rileva un indice di gradimento positivo in tutti i servizi indagati. È da considerarsi significativo:

- L'indice di gradimento del servizio lavanderia in cui 15 familiari esprimono insoddisfazione (17%) giustificando il servizio negativo con lo smarrimento dei capi;
- L'indice di gradimento del servizio di accompagnamento, verosimilmente legato alla richiesta della quota di compartecipazione introdotta ad inizio anno, per i trasporti fuori da Lendinara.

La media generale espressa in merito alla qualità dei servizi della Casa è pari a 7.8/10, a conferma di un gradimento che esprime una soddisfazione e un feedback molto positivi.

### ⇒ Questionario Casa Del Vento Rosa

L'analisi dei questionari di soddisfazione dimostra che il lavoro svolto in Hospice è molto apprezzato e riconosciuto nella sua importanza, con una soglia percentuale di soddisfazione molto elevata in tutti i punti e, in particolare, la frequenza maggiore dei commenti è rivolta alle caratteristiche del personale.

I dati sono relativi alla compilazione di 31 questionari nell'arco di tempo dal 4 luglio al 24 dicembre 2018.

	II semestre 2017	I semestre 2018	II semestre 2018
Personale dell'ospedale	50%	29%	32%
Medici di Medicina Generale	33%	29%	23%
Specialisti		19%	29%
Non compilato	5%	7%	3%
Conoscenti	12%	10%	7%
Assistente Sociale		3%	3%
Internet		3%	
Scelta del paziente			3%

Gli items proposti da 1 a 9 richiedevano di esprimere una valutazione circa diverse variabili incidenti sulla qualità della vita in Hospice, cui attribuire un valore da 1 a 5.

Item	Anno 2016	Anno 2017	Anno 2018 I semestre	Anno 2018 II semestre
1) SODDISFAZIONE GENERALE	5 → 73% 4 → 27 %	5 → 91 % 4 → 9%	5 → 87 % 4 → 10% NV → 3%	5 → 87 % 4 → 13%
2) ACCOGLIENZA ALL'INGRESSO	5 → 87 % 4 → 13%	5 → 91 4 → 7 NV → 2%	5 → 90% 4 → 10%	5 → 97% 4 → 3%
3) PREPARAZIONE PER RISOLVERE PROBLEMI OSPITE	5 → 80% 4 → 20%	5 → 91 % 4 → 7 % NV → 2%	5 → 94 % 4 → 6%	5 → 87 % 4 → 10% NV→3%
4) CORTESIA E PREMURA PER OSPITE	5 → 80% 4 → 20%	5 → 98 % 4 → 2%	5 → 98 % 4 → 2%	5 → 100 %
4 A.) CORTESIA E PREMURA PER IL FAMILIARE	5 → 80% 4 → 20%	5 → 98% 4 → 2%	5 → 90% 4 → 10%	5 → 100%
5) RISPETTO E RISERVATEZZA	5 → 80% 4 → 17 % 0 → 3%	5 → 93 % 4 → 5 % NV → 2%	5 → 97 % 4 → 3 %	5 → 94 % 4 → 6 %
6) ATTENZIONE AI BISOGNI	5 → 83 % 4 → 17 %	5 → 93% 4 → 7%	5 → 87% 4 → 13%	5 → 94% 4 → 6%
7) COMODITÀ/ CURA/ ADEGUATEZZA SPAZI E ARREDI	5 → 90 % 4 → 10 %	5 → 95 % 4 → 5%	5 → 94 % 4 → 3% NV → 3%	5 → 94 % NV → 6%
8) QUALITÀ/ QUANTITÀ/ VARIETÀ MENÙ	5 → 60 % 4 → 3% 0 → 37 %	5 → 33% 4 → 19 % 1 → 2% NV 46 %	5 → 48% 4 → 10 % 3 → 3% NV 39 %	5 → 52% 4 → 19 % NV→ 29 %
9) ASPETTATIVE SODDISFATTE	5 → 87 % 4 → 10 % 3 → 3 %	5 → 90 % 4 → 10%	5 → 87 % 4 → 10% NV → 3%	5 → 77 % 4 → 16% NV → 7%

## 7. Misura in cui gli obiettivi per la qualità sono stati raggiunti

### ⇒ Standard di qualità

Dichiarare valori ed obiettivi vuol dire assumersi la responsabilità di interrogarsi costantemente sul come essere all'altezza delle aspettative dei propri clienti.

Oggi l'attenzione verso i temi della qualità e della sua valutazione ci consente di riflettere sul lavoro compiuto e "dare forma" attraverso il linguaggio che contraddistingue questa materia, ai risultati del processo avviato.

Casa Albergo per Anziani è orientata alla ricerca della soddisfazione del cliente e al perseguimento del miglioramento continuo dei servizi offerti.

Gli indicatori di qualità che si intendono garantire ai residenti devono tener conto di alcune variabili come:

- Gli standard di servizio garantiti dalla Casa;
- Gli standard relativi a quello che effettivamente viene fatto;
- Gli standard riconosciuti dai familiari che affidano il proprio caro alla Casa.

Nella tabella sotto riportata, sono riportati gli indicatori specifici per la qualità che la struttura intende garantire ai propri utenti.

AMBITO	CRITERI	INDICATORE DI QUALITA'	DOCUMENTO DI RIFERIMENTO	ESITO
UOI	Relazione con la famiglia	Partecipazione di familiari in UOI per condividere il percorso assistenziale	PAI	I familiari vengono sempre inviati a partecipare, anche se alcuni rifiutano per motivi diversi (OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO)
AMMISSIONE	Colloquio con i familiari prima dell'ingresso fisico	Verifica delle condizioni della persona che deve entrare. Analisi svolta dall'Assistente Sociale e dalla Responsabile del Soggiorno	Report di Ammissione	I report vengono sempre svolti nelle modalità stabilite (OBIETTIVO RAGGIUNTO)
	Valutazione di ammissione	Effettuazione con il Responsabile di Soggiorno di una prima definizione di intervento individualizzato	Report di ammissione	Individuazione nel report di un primo intervento operativo (OBIETTIVO RAGGIUNTO)
ACCOGLIENZA	Presentazione del residente al personale di soggiorno	Report Attivazione delle diverse figure professionali	Report di Ammissione	Presenza in carico con firma nel report di ammissione (OBIETTIVO RAGGIUNTO)
INSERIMENTO	Valutazione multidimensionale e redazione del PAI	Monitoraggio costante e consegne in CSS	CBA	Utilizzo sistematico del software (OBIETTIVO RAGGIUNTO)
INSERIMENTO	Effettuazione della prima UOI di inserimento con redazione del PAI	Monitoraggio costante e consegne in CSS	SVAMA	Compilazione delle schede SVAMA ad ogni UOI (OBIETTIVO RAGGIUNTO)
	Servizio di igiene alla persona	Entro 8/10 giorni dal trattamento iniziale vengono eseguiti i bagni.	Scheda rilevazione bagno/doccia in CSS	Una volta a settimana viene eseguito il bagno (OBIETTIVO RAGGIUNTO)

SOCIO/ASSISTENZIALE	Assistenza notturna	Presenza di 4 addetti all'assistenza	Turni e piani di lavoro	Presenza di almeno 5 addetti la notte (OBIETTIVO RAGGIUNTO)
	Valutazione multidimensionale periodica	Rivalutazione del residente in UOI almeno una volta l'anno	PAI	Ogni residente viene rivisto in base alle scadenze previste (OBIETTIVO RAGGIUNTO)
SANITARIO	Assistenza medica	Il medico effettua in fase di ingresso il colloquio con il residente e i familiari al fine di compilare la cartella clinica entro il giorno successivo l'ingresso	Cartella clinica	Viene raccolta l'anamnesi e compilata la scheda terapia in CSS (OBIETTIVO RAGGIUNTO)
	Assistenza medica	Possibilità da parte dei familiari di incontrare il medico per informazioni generali sullo stato di salute	Orario medici	Evidenza della consegna ai familiari dell'orario dei medici (OBIETTIVO RAGGIUNTO)
	Assistenza infermieristica	Presenza di un infermiere nell'arco delle 24 ore	Turni e piani di lavoro	La presenza dell'IP è garantita giornalmente (OBIETTIVO RAGGIUNTO)
RIABILITATIVO	Servizio fisioterapico	Ginnastica di gruppo 5 gg la settimana presso la palestra e nei soggiorni	Scheda presenze	Le schede di registrazione dei presenti garantisce il raggiungimento del risultato (OBIETTIVO RAGGIUNTO)
ANIMATIVO	Attività educativo/animative	Attività di animazione nei 6 giorni settimanali	Scheda presenze	Le schede di registrazione dei presenti garantisce il raggiungimento del risultato (OBIETTIVO RAGGIUNTO)

PSICOLOGICO	Colloquio prima dell'UOI	Colloquio con il familiare e raccolta della biografia e del genogramma	Genogramma e questionario	Storia di vita inserita all'interno del PAI e narrata durante la prima UOI (OBIETTIVO RAGGIUNTO)
RISTORAZIONE	Ciclicità e varietà del cibo	Viene garantita una ciclicità pari alle 4 settimane e relativa alla stagionalità	Menù	Ciclicità stagionale e a settimana (OBIETTIVO RAGGIUNTO)
PERSONALE	Barbiere e parrucchiere	Taglio barba 3 giorni la settimana e piega e taglio una volta al mese	Scheda rilevazione	Le schede di registrazione garantisce il raggiungimento del risultato (OBIETTIVO RAGGIUNTO)
	Manutenzione	Dalla data di richiesta, entro 48 ore si esplica l'intervento richiesto	Scheda richiesta manutenzione	Evidenza dell'avvenuta manutenzione (OBIETTIVO RAGGIUNTO)
	Podologo	Prestazioni ogni 15 giorni	Scheda trattamento	Il podologo riesce ad accedere alla struttura 1 volta al mese (OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO)
	Formazione e aggiornamento del personale	Ai dipendenti sono riconosciute 15/20 ore l'anno di formazione e/o aggiornamento	Verbale	Calendarizzazione e verbali di incontro (OBIETTIVO RAGGIUNTO)
	Gestione dei conflitti	Incontri di soggiorno	Verbale	Vedasi calendarizzazione e verbali degli incontri (OBIETTIVO RAGGIUNTO)
RESIDENTI	Orari di visita	La struttura è aperta tutti i giorni dalle 8.00 alle 20.00	Carta dei servizi	Nella carta dei servizi è indicato l'orario di apertura (OBIETTIVO RAGGIUNTO)
	Rilevazione	Questionario di	Questionario	Rielaborazione dei

RELAZIONE CON GLI STAKEHOLDERS	periodica del grado di soddisfazione	gradimento somministrato due volte l'anno		questionari di soddisfazione (OBIETTIVO RAGGIUNTO)
--------------------------------	--------------------------------------	---	--	--

⇒ Il Sistema qualità di Casa Albergo: il punto della situazione alla data del 31/12/2018 in relazione al "Piano delle Performance 2017-2019"

AREA STRATEGICA	OBIETTIVO STRATEGICO	ATTIVITA'/DOCUMENTI
Area Strategica 1: Sviluppo del Sistema Qualità	Certificazione dell'Ente	<p align="center"><b>CERTIFICAZIONE DI QUALITA': ADEGUAMENTO RAGGIUNGIMENTO 100%</b></p> <p>La certificazione per il rinnovo del sistema qualità con le normative 9001:2015 e 10881:2013 è stata svolta in data 23/24 ottobre 2018. Durante il corso della verifica non è stata aperta alcuna non conformità.</p> <p align="center"><b>MARCHIO QUALITA' E BENESSERE RAGGIUNGIMENTO 100%</b></p> <p>La verifica per il Marchio Qualità e Benessere "Dementia Friendly" è stata svolta il 29.05.2018 con il rilascio del relativo titolo.</p>
	Rinnovo dei titoli autorizzatori di cui la Casa è in possesso	<p align="center"><b>ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE RAGGIUNGIMENTO 100%</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Per Casa Albergo, con DGR n.2191 del 29/12/2017;</li> <li>▪ Per l'Hospice Extraospedaliero, il titolo è stato conseguito con DGR n. 1241 del 21.08.2018.</li> </ul> <p align="center"><b>AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO RAGGIUNGIMENTO 100%</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Il rinnovo dell'autorizzazione all'esercizio della Casa per persone non autosufficienti, è stato conseguito con DGR n.270 del 31/07/2013 per n.178 posti letto, integrato con successivo atto n.142 del 24/11/2014. Il 01/08/2018 è stata svolta la visita di verifica del rinnovo dell'autorizzazione all'esercizio, in attesa del provvedimento;</li> <li>▪ Il rinnovo dell'autorizzazione della Casa per persone autosufficienti è stato rilasciato con atto del Responsabile SUAP del Comune di Lendinara nr. 13008 del 05/06/2018;</li> <li>▪ Il rinnovo del titolo per l'Hospice Extraospedaliero, è stato conseguito con DGR n. 25 del 08/09/2016.</li> </ul>
	Implementazione dei "Progetti di Struttura"	<b>PROGETTI DELLA CASA</b>

		<p>Progetto "Gestione del Rischio" vedasi documento "Analisi dei rischi e delle opportunità della Casa Albergo per anziani e della Casa del Vento Rosa" rev.02 del 17/10/2018 <b>RAGGIUNGIMENTO 90%</b></p> <p>"Progetto Jack" – prosecuzione delle attività e completa adesione alla sperimentazione del Modello Dementia Friendly di Q&amp;B in particolare per il soggiorno Dalia. Avviata la nuova progettualità per la gestione del Nucleo Edera <b>RAGGIUNGIMENTO 80%</b></p> <p>"Progetto Dopo di Noi" – Conclusione dei lavori di ristrutturazione e adeguamento con relativa inaugurazione il 6 ottobre 2018 <b>RAGGIUNGIMENTO 100%</b></p>
	Rendicontazione attività della Casa	<p><b>REDAZIONE BILANCIO SOCIALE</b> <b>RAGGIUNGIMENTO 100%</b></p> <p>Bilancio Sociale relativo al 2017 redatto, stampato e divulgato.</p>
	Analisi dell'attività della Casa	<p><b>MISURAZIONE ATTIVITA' DELLA CASA ATTRAVERSO REPORT, QUESTIONARI DI GRADIMENTO, QUESTIONARI CLIMA AZIENDALE</b> <b>RAGGIUNGIMENTO 100%</b></p> <p>Redatto nuovo modello di report semestrale implementando l'analisi del rischio con relativa relazione a cura del RISQ in riferimento ai dati maggiormente critici.</p> <p>Questionari di gradimento residenti, familiari, utenti domiciliari e questionario sul clima aziendale somministrati come da programmazione nonché svolta la relativa relazione annuale.</p>
Area Strategica 2: Controllo di Gestione	Valorizzazione del "Cruscotto Aziendale"	<p><b>CONTROLLO DI GESTIONE</b> <b>RAGGIUNGIMENTO 100%</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bilancio previsionale 2018 approvato</li> <li>• Conto consuntivo 2018 approvato</li> <li>• Riesame della direzione relativo al 2018 approvato</li> <li>• Report primo e secondo semestre 2018 elaborato</li> <li>• Questionari di gradimento residenti, familiari, utenti domiciliari e questionario sul clima aziendale somministrati come da programmazione nonché svolta la relativa relazione annuale</li> <li>• Mensilmente vengono elaborati i centri di costo da parte di ogni responsabile di servizio</li> </ul>
	Implementazione nuova contabilità	<p><b>IMPLEMENTAZIONE NUOVA CONTABILITA'</b> <b>RAGGIUNGIMENTO 100%</b></p>

	<p>Rafforzare la partnership con il comune di Lendinara e il territorio</p>	<p style="text-align: center;"><b>RAFFORZARE PARTNERSHIP CON COMUNE RAGGIUNGIMENTO 100%</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Approvazione del nuovo Accordo Quadro tra Casa Albergo e il Comune di Lendinara per il triennio 01/07/2018 – 30.06.2021 con i relativi allegati: A) programma attuativo, B) costo dei servizi, C) protocollo attuativo nuovo servizio Operatore di Prossimità, per la realizzazione e la gestione di una serie di servizi e prestazioni a carattere socio/assistenziale a favore di anziani autosufficienti, non autosufficienti e persone disabili adulte in stato di bisogno, residenti nel territorio comunale</li> <li>• Ripresa del percorso legato alla palestra della salute grazie al contributo erogato da parte della Fondazione Cariparo per la realizzazione di un progetto presentato in collaborazione con il Dipartimento di Medicina dell'Università di Padova</li> </ul>
<p>Area Strategica 3: I servizi al territorio</p>	<p>Rafforzare i servizi del Nucleo di Cure Palliative</p>	<p style="text-align: center;"><b>RAFFORZARE I SERVIZI DEL CENTRO RESIDENZIALE DI CURE PALLIATIVE RAGGIUNGIMENTO 90%</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Per le restanti attività previste consultare Decreto del Direttore n.127/2017 "Programmazione triennale ed annuale interventi periodo 2017-2019. Proseguimento iter procedurale. Adozione determinazioni conseguenti."</li> <li>• L'Ente, con la DGR 24/10/2017 nr. 1714, è stata inserita nel "Piano di attivazione prioritaria delle strutture di ricovero intermedio – Ospedale di Comunità, Unità Riabilitativa Territoriale ed Hospice – per il biennio 2018/2019, all'interno delle strutture pubbliche delle aziende Ulss e di Strutture Private", per l'attivazione, nell'anno 2018, di nr. 2 nuovi posti letto presso l'Hospice Extraospedaliero. Di conseguenza, Casa Albergo ha avviato, e funzionalmente completato nel mese di novembre 2018, l'iter dei lavori e degli interventi necessari per la realizzazione dei posti letto aggiuntivi. Ha dato poi corso all'iter per l'autorizzazione e l'accreditamento nella sua impostazione a regime (vds TITOLI AUTORIZZATORI)</li> </ul>
<p>Area Strategica 4: Implementazione dei servizi della Casa attraverso interventi edilizi diversi</p>	<p>Realizzazione progetto "Dopo di Noi"</p>	<p style="text-align: center;"><b>REALIZZAZIONE PROGETTO "DOPO DI NOI" RAGGIUNGIMENTO 100%</b></p> <p>Inaugurazione de La Nostra Casa il 6 ottobre 2018: struttura atta a garantire un'autonomia esistenziale ed abitativa a persone con disabilità fisica e/o psichica quando viene a mancare il sostegno genitoriale. Obiettivo prossimo è quello di elaborare un Progetto di Vita che permetta di accogliere le persone capaci di scegliersi a vicenda per decidere di vivere e condividere una nuova condizione abitativa.</p>

	Prosecuzione iter per rilascio del CPI	<p align="center"><b>PROSECUZIONE ITER PER RILASCIO CPI</b> <b>RAGGIUNGIMENTO 60%</b></p> <p>Applicazione di quanto previsto dal D.M 18.03.2015, presentata prima SCIA il 07/01/2016, in applicazione agli step previsti. Nel 2019 secondo step (segnalazione certificata di inizio attività ai fini della sicurezza antincendio. Integrazione del 24.04.2017)</p>
Area Strategica 5: Sviluppo del capitale umano	Piano integrato delle attività formative e progettuali annuale/pluriennale	<p align="center"><b>PIANO INTEGRATO ATTIVITA' FORMATIVE E PROGETTUALI</b> <b>RAGGIUNGIMENTO 100%</b></p> <p>Approvazione Piano Integrato delle attività formative e progettuali dell'Ente per l'anno 2018 (Decreto del Direttore nr. 34 del 09.03.2018)</p>
	Implementazione del Modello Organizzativo della Casa	<p align="center"><b>IMPLEMENTAZIONE DEL MODELLO ORGANIZZATIVO</b> <b>RAGGIUNGIMENTO 100%</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Il Modello risulta in costante aggiornamento</li> <li>• Vengono svolte verifiche ispettive da parte dei responsabili per verificare se la modulistica in uso è corretta</li> </ul>

## 8. Verifiche ispettive interne

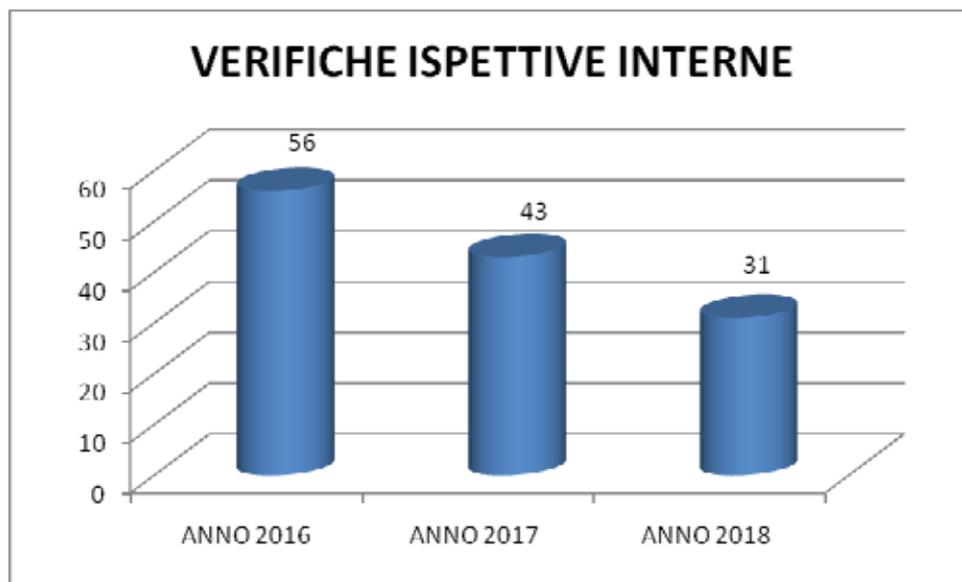
Nel corso del 2018 lo Staff di Direzione ha svolto audit interni con la finalità di garantire il mantenimento della conformità, l'applicazione del Sistema Qualità e il corretto svolgimento dei servizi nel rispetto di quanto previsto dalle procedure e dai protocolli.

Di seguito si dettagliano le verifiche ispettive svolte da parte dello Staff di Direzione e dei responsabili, con l'indicazione della data, del servizio/soggiorno verificato e della qualifica di coloro che le hanno svolte.

Mese di svolgimento	Nr. verifiche svolte	Soggiorno/Servizio verificato	Qualifica ricoperta dal verificatore
FEBBRAIO	5	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Servizio Educativo (stato di manutenzione e valutazione consegne css)</li> <li>• Farmacia</li> <li>• Soggiorno Dalia (attività assistenziali)</li> <li>• Sogg. Rosa/Orchidea (verifica distribuzione pasto e terapia)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Psicologo</li> <li>• Assistente Sociale</li> <li>• Coordinatore dei servizi</li> <li>• Vicedirettore</li> <li>• Responsabile di Soggiorno e RISQ</li> </ul>
MARZO	3	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Servizio Psicologico (registrazione e archiviazione delle attività del servizio)</li> <li>• Soggiorno Viola (stato di manutenzione, attività assistenziali e verifica)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Responsabile di Soggiorno e RISQ</li> </ul>

		<p>attività css)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Soggiorno Rosa (attività assistenziali e verifica attività css)</li> </ul>	
APRILE	12	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Servizio di Pulizia</li> <li>• Soggiorno Orchidea (stato di manutenzione, attività assistenziali, verifica gestione sistema qualità)</li> <li>• Locale Farmaco Sicuro</li> <li>• Hospice (stato di manutenzione e archiviazione documenti)</li> <li>• Sala da pranzo Ca' del Gusto (attività assistenziali)</li> <li>• Soggiorno Gardenia (stato di manutenzione, ambienti, attività assistenziali e verifica consegne)</li> <li>• Soggiorno Dalia (stato di manutenzione, attività assistenziali)</li> <li>• Soggiorni Mimosa e Tulipano (attività assistenziali)</li> <li>• Soggiorno Rosa e Orchidea (attività infermieristiche)</li> <li>• Soggiorno Orchidea (stato di manutenzione, attività assistenziali, cartella css)</li> <li>• Ufficio Tecnico</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• RSPP</li> <li>• Responsabile di Soggiorno e RISQ</li> <li>• Assistente Sociale</li> <li>• Coordinatore dei Servizi</li> <li>• Psicologo</li> <li>• Ragioniere economo</li> </ul>
GIUGNO	3	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hospice (stato di manutenzione, attività assistenziali e infermieristiche)</li> <li>• Soggiorni Mimosa/Iris e Tulipano (attività assistenziali)</li> <li>• Soggiorno Viola (stato di manutenzione, conoscenza modello organizzativo)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vicedirettore</li> <li>• Coordinatore dei Servizi</li> <li>• Psicologo</li> </ul>
LUGLIO	4	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Soggiorno Edera (stato di manutenzione, attività assistenziali )</li> <li>• Servizio Logopedico (gestione documentale)</li> <li>• Soggiorno Dalia (stato di manutenzione, somministrazione del pasto)</li> <li>• Servizio Fisioterapico (attività assistenziali, conoscenza modello organizzativo)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• RISQ</li> </ul>
SETTEMBRE	3	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Soggiorno Rosa (stato di manutenzione, somministrazione del pasto)</li> <li>• Soggiorno Viola (stato di manutenzione)</li> <li>• Servizio Logopedico (stato di</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• RISQ</li> <li>• Psicologo</li> </ul>

		manutenzione, verifica modulistica)	
OTTOBRE	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Servizio Sociale (gestione documentazione e conoscenza del modello organizzativo)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• RISQ</li> </ul>



## 9. Verifiche ispettive effettuate dal consulente

Il Responsabile Interno Sistema Qualità annualmente registra sul modulo “Programma degli audit interni” la pianificazione degli stessi relativamente ai processi da verificare con il consulente esterno. Quest’ultimo ha verificato lo stato di conformità dell’organizzazione alla normativa UNI EN ISO 9001:2015 di cui si è ottenuto il rinnovo ad ottobre 2018.

La verifica ha riguardato gli aspetti applicabili del Sistema di Gestione per la Qualità presso la Casa Albergo e si è svolta come da programma comunicato.

Nel corso della verifica sono state intervistate le persone responsabili dei processi e delle attività. Per l’anno 2018 sono stati eseguiti i seguenti audit da parte del consulente:

Date verifiche consulente	Aree verificate	Rilievi
31.05.2018 20.07.2018 24.08.2018 30.08.2018 20.09.2018 03.10.2018 11.10.2018	Direzione  Soggiorni (servizio assistenziale e infermieristico): <ul style="list-style-type: none"> <li>• Orchidea</li> <li>• Rosa</li> <li>• Gardenia</li> <li>• Edera</li> <li>• Mimosa</li> </ul>	<p><b>Opportunità di miglioramento - Rif 8.5</b></p> <p>In merito all’attività Logopedica valutare l’opportunità di:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Puntualizzare nella documentazione sul sistema informativo l’attività di educazione alimentare in particolare quella rivolta ai cari significativi;</li> <li>- Attivare delle gestioni di non conformità nel caso di anomalie della preparazione del pasto per disfagici</li> </ul> <p><b>Opportunità di miglioramento - Rif 8.5</b></p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Iris</li> <li>• Tulipano</li> <li>• Viola</li> <li>• Dalia</li> </ul> <p>Servizi/Uffici:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Educativo</li> <li>• Fisioterapia</li> <li>• Psicologico</li> <li>• Logopedia</li> <li>• Sociale</li> <li>• Gestione risorse umane</li> <li>• Tecnico (gestione infrastrutture)</li> <li>• Economato (gestione fornitori e servizi esternalizzati)</li> <li>• Qualità</li> </ul>	<p>Valutare l'opportunità di sensibilizzare i familiari ed il territorio sulla conoscenza della patologia dementigena.</p>
	<p><b>Opportunità di miglioramento - Rif 8.5</b></p> <p>Valutare l'opportunità di introdurre sistematicamente delle schede specifiche di valutazione della demenza nei nuclei con tale patologia di anziano al fine di meglio indirizzare il comportamento degli operatori e la progettualità dell'anziano.</p>
	<p><b>Opportunità di miglioramento - Rif 7.5</b></p> <p>Presso le guardiole infermieristiche non è disponibile una registrazione delle attività di pulizia anche al fine di riscontrare se la pianificazione viene correttamente attuata</p>
	<p><b>Opportunità di miglioramento - Rif 8.5</b></p> <p>Valutare l'organizzazione dei movimenti interni degli anziani meno autosufficienti relativi alle attività di animazione al fine di evitare eventuali esclusioni dalle attività programmate.</p>
	<p><b>Opportunità di miglioramento - Rif 7.5</b></p> <p>Valutare l'opportunità di migliorare la qualità ambientale dell'accoglienza nel servizio sociale trattandosi del primo contatto tecnico con i familiari di anziani che devono entrare in struttura.</p>
	<p><b>Osservazione - Rif 8.5</b></p> <p>Valutare la uniformità dei PAI nella loro compilazione e per quanto riguarda l'Area Sanitaria indicare le patologie della persona e la prognosi post ricovero al fine di meglio caratterizzare l'azione ed evitare il semplice rimando ad altre registrazioni che potrebbe essere scarsamente efficace..</p>
	<p><b>Osservazione - Rif 8.5</b></p> <p>Non sempre le compilazioni delle cadute su CSS sono pienamente coerenti con l'anziano per quanto riguarda alcuni campi minori (ad esempio terapia in atto, sedazione, demenza nel caso R.A.).</p>
	<p><b>Osservazione - Rif 6.1</b></p> <p>Valutare l'adeguatezza delle misure messe in atto per la gestione dei farmaci LASA ai fini della valutazione del rischio.</p>
	<p><b>Osservazione - Rif 7.1</b></p> <p>In relazione alle attività di manutenzione migliorare le modalità di evidenziazione della chiusura dei rilievi da attività di verifica esterna (per esempio controllo sollevatori).</p>
	<p><b>Osservazione - Rif 7.2</b></p> <p>Implementare con maggiore efficacia la definizione di un percorso di inserimento lavorativo e la verifica di efficacia delle singole azioni formative addestrative in particolare per le figure infermieristiche soggette a maggior turn over.</p> <p>Inoltre definire con maggiore dettaglio responsabilità e tempistiche di registrazione e conservazione della formazione interna, degli attestati formativi e dei titoli del personale.</p>

### **Gli elementi positivi rilevati nel corso della verifica sono stati:**

- Si confermano gli **elementi positivi** rilevati nel corso della verifica:
- L'approccio enterprise risk management coerente con la ISO 9001:2015;
- Farmaco Sicuro;
- La ampia progettualità innovativa attivata (Fund Raising, Europrogettazione, Operatore di prossimità, Abitare la demenza, ...);
- Ampliamento dei posti Hospice – Casa del Vento Rosa e realizzazione della struttura per disabili “La nostra casa”;
- Casa Albergo si distingue significativamente dalla media per l'ampiezza ed il dettaglio degli strumenti utilizzati di programmazione e rendicontazione all'interno del Sistema di Gestione per la Qualità integrati con la ordinaria gestione della Casa Albergo. La struttura partecipa al Marchio Qualità e Benessere;
- La capacità dimostrata di gestione in continuità malgrado le numerose assenze a livello intermedio per maternità simultanee;
- Global Service;
- Coinvolgimento del personale e sensibilità di cura.

### **Elementi che presentano spazi di miglioramento (alcuni già presi in carico dalla organizzazione) sono :**

- ambiente, approccio e strumenti nei nuclei caratterizzati da anziani con demenza (progetto obiettivo di miglioramento in corso);
- la gestione del prossimo inevitabile cambiamento al vertice dell'organizzazione;
- addestramento al ruolo delle figure professionali con maggiore turn over;
- livello di affaticamento delle figure intermedie percepibile a fronte delle interviste.

### **Considerazioni sui processi messi in atto nella Struttura:**

I processi principali di accoglienza e inserimento dei residenti, erogazione dei servizi socio assistenziali sanitari e relativa progettualità sono adeguatamente tenuti sotto controllo fatto salvo le raccomandazioni riportate successivamente. I servizi dei professionisti (Logopedista, Fisioterapista e Psicologo) sono adeguatamente svolti con alcuni margini di miglioramento per i servizi logopedici.

I processi di direzione sono particolarmente strutturati integrando efficacemente tra loro diversi strumenti di gestione.

La gestione delle risorse umane è soddisfacente in termini di pianificazione ed erogazione della formazione, definizione e valutazione delle competenze. La valutazione è estesa alle risorse umane in “outsourcing”. Spazi di miglioramento sono presenti come indicato dalla raccomandazione relativamente ai percorsi di addestramento ed alla conservazione documentale / registrazioni.

Il processo di manutenzione è in outsourcing attraverso il contratto di global service e monitorato con appositi strumenti informatici e di controllo in campo.

È stato rilevato un Sistema di Gestione per la Qualità correttamente attuato, conforme alla norma di riferimento e sostanzialmente efficace.

Per quanto riguarda gli aspetti di sistema quali la gestione delle non conformità, azioni correttive e preventive, audit interni, gestione dei documenti inclusi quelli di origine esterna sono stati visionati i relativi documenti e non vi è nulla da segnalare, la gestione è adeguata.

I rilievi emersi si possono considerare anomalie rientranti nella normale gestione della struttura e non influiscono sul giudizio positivo della struttura.

Sono state verificate le autorizzazioni e accreditamenti regionali

## 9 Bis. Verifiche esterne anno 2017

Al fine di garantire una adeguata completezza, nel proseguo si è inteso dettagliare anche le verifiche di organi di parte terza che hanno avuto modo di verificare i servizi offerti dall'Istituto nel corso del 2018, dettagliando anche il relativo esito ottenuto:

N.	Tipo di Verifica	Data	Esito
1	Sopralluogo SIAN	12.01.2018	POSITIVO
2	Sopralluogo SIAN	18.04.2018	POSITIVO
3	Rinnovo Autorizzazione all'esercizio Autosufficienti "Casa Albergo per Anziani"	03.05.2018	POSITIVO
4	Marchio Qualità e Benessere Dementia Friendly	29.05.2018	POSITIVO
5	Rinnovo Accreditamento "Casa Albergo per Anziani"	01.08.2018	POSITIVO
6	Rinnovo Autorizzazione all'esercizio Non Autosufficienti "Casa Albergo per Anziani"	01.08.2018	POSITIVO
7	Rinnovo Accreditamento Hospice "Casa del vento Rosa"	21.08.2018	POSITIVO
8	Certificazione del Sistema Qualità Normative UNI EN ISO 9001:2015 e UNI 10881	23-24.10.2018	POSITIVO

Per la consultazione dei verbali relativi alle verifiche ispettive sopra richiamate è possibile accedere tramite il Modello Organizzativo seguendo il percorso: \\SERVER-2015\Modello organizzativo della Casa\9) Sistema Qualità della Casa\9.1 Certificaz. e autoriz. conseguite.

## 10. Gestione delle non conformità, delle azioni correttive e degli eventi

Le non conformità, le azioni correttive e gli eventi trattati hanno dimostrato, attraverso la verifica attuata, la loro efficacia potendone riscontrare i risultati nella prassi quotidiana.

Tutto questo ha consolidato:

- la soddisfazione da parte di residenti e familiari;
- il monitoraggio e miglioramento rispetto alla modulistica adottata dall'Ente;
- la facilitazione di lettura ed analisi dei risultati conseguiti nell'arco dell'anno;
- la formazione ed informazione del personale, maggiormente puntuale e dedicata all'interno dei vari soggiorni e servizi della Casa.

Nella tabella sottostante sono elencati tutti i rilievi (ben 54) che sono stati fatti nel corso del 2018.

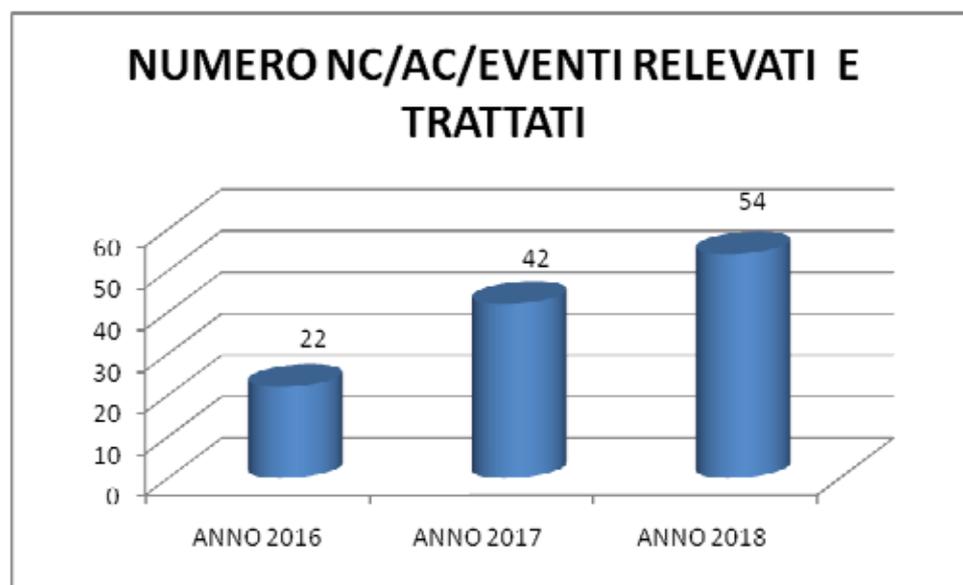
N.	Soggiorno/ Servizio	MESE	Tipologia rilievo	Rilievo	Risoluzione
3	• Servizio Infermieristico Sogg. M/I/T	<b>GENNAIO 2018</b>	NC/AC/Evento	Mancata somministrazione terapia	Colloquio tra RDS, Coordinatore e IP
	• Servizio Assistenziale Sogg. R/O		Evento	Schizzo di urina su viso e occhi	/
	• Servizio assistenziale Sogg. IRIS		Evento	Morso al braccio	/
1	• Servizio Infermieristico Sogg. IRIS	<b>FEBBRAIO 2018</b>	NC/AC/Evento	Mancata somministrazione terapia	Richiamo verbale
4	• Servizio di ristorazione	<b>MARZO 2018</b>	NC/AC	Mancata procedura di rigenerazione prodotto servito a cena	Multa al dipendente
	• Servizio Logopedico		NC	Mancata firma report ammissione	/
	• Servizio assistenziale Sogg. ROSA		NC	Mancanza di firme nella segnalazione temp. Frigo	/
	• Servizio Infermieristico Sogg. ROSA		NC/AC	Inserimento errato parametro relativo la peso di un residente	Consegna in css rispetto ad una maggior attenzione nella compilazione
4	• Scheda raccolta reclami	<b>APRILE 2018</b>	NC	Richiesta nuovo televisore salottino soggiorno Gardenia	Acquisto nuovo TV
	• Servizio Assistenziale Sogg. MIMOSA		Evento	Morsi e sputi da un residente	/
	• Servizio infermieristico Sogg. ROSA		NC/Evento	Errata consegna da parte dell'IP di invio residente in OC	Rettifica della consegna da parte del RDS
	• Professionals		NC	Mancata firma report ammissione	/
10	• Servizio Assistenziale Sogg. EDERA		Evento	Colpo all'occhio, graffio al braccio, pugno al torace, sberla alla spalla	/

	<p>(2)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servizio Assistenziale Sogg. GARDENIA (4)</li> <li>• Servizio assistenziale Sogg. VIOLA</li> <li>• Servizio Assistenziale Sogg. DALIA</li> <li>• Servizio Lavanderia</li> <li>• Servizio Lavanderia Sogg. IRIS</li> </ul>	<b>MAGGIO 2018</b>	<p>Evento</p> <p>Evento</p> <p>Evento</p> <p>NC/AC</p> <p>NC/AC</p>	<p>Colpo e pugno in testa, schizzi di urina a occhi e bocca, pugno al braccio</p> <p>Aggressione</p> <p>Presa al muscolo</p> <p>Perdita di alcuni capi di abbigliamento</p> <p>Perdita di alcuni capi di abbigliamento</p>	<p>/</p> <p>/</p> <p>/</p> <p>Ripristino capi e aggiunta di capi comunitari</p> <p>Spiegato alla figlia del residente che i capi mancavano per un ritardo sulla consegna</p>
6	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Servizio assistenziale Sogg. EDERA (2)</li> <li>• Servizio Infermieristico Sogg. VIOLA</li> <li>• Servizio assistenziale Sogg. GARDENIA (3)</li> </ul>	<b>GIUGNO 2018</b>	<p>Evento</p> <p>NC/AC/Evento</p> <p>Evento</p>	<p>Pugno al torace, sberla alla spalla</p> <p>Erronea somministrazione terapia da parte dell'OSS invece che dall'IP</p> <p>Pugno allo stomaco, graffio al braccio, pugno al braccio</p>	<p>/</p> <p>Richiamo verbale e confronto durante le riunioni di soggiorno</p> <p>/</p>
8	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Servizio assistenziale Sogg. EDERA (5)</li> <li>• Servizio assistenziale Sogg. ROSA</li> <li>• Servizio assistenziale Sogg.</li> </ul>	<b>LUGLIO 2018</b>	<p>Evento</p> <p>Evento</p> <p>Evento</p>	<p>Graffio al braccio, calci e pugni, morso</p> <p>Graffio</p> <p>Graffio al braccio</p>	<p>/</p> <p>/</p> <p>/</p>

	GARDENIA				
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Servizio Assistenziale Sogg. DALIA</li> </ul>		Evento	Pugno al braccio	/
10	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Servizio Infermieristico Sogg. VIO/DALIA</li> <li>• Servizio Assistenziale Sogg. EDERA (5)</li> <li>• Servizio assistenziale Sogg. DALIA</li> <li>• Servizio assistenziale Sogg. GARDENIA (1)</li> <li>• Servizi assist. Infirm affidati alla cooperativa</li> <li>• Servizio di fisioterapia</li> </ul>	AGOSTO 2018	NC/AC/Evento	Mancata compilazione del registro scarico stupefacenti	Segnalazione alla cooperativa per attivazione provvedimenti
			Evento	Pugni e calci	/
			Evento	Aggressione con presa per i polsi	/
			Evento	Stritolamento al braccio	/
			NC/AC	Episodi di anomalia nella gestione delle attività affidate alla cooperativa	Inserimento nuove risorse e nuove modalità di attuazione
			NC/AC	Mancata compilazione schede PAI di residenti programmati per la UOI	Azione di potenziamento con aggiunta di ore al servizio
8	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Servizio Assistenziale Sogg. EDERA (3)</li> <li>• Servizio infermieristico Sogg. DALIA</li> <li>• Servizio assistenziale Sogg. DALIA</li> <li>• Servizio Lavanderia (2)</li> <li>• Servizio</li> </ul>	SETTEMB. 2018	Evento	Sberla in viso, graffio al braccio, pugno in viso	/
			Evento	Schizzi di urina durante cambio catetere	/
			Evento	Pugno al seno	/
			NC/AC	Assenza di biancheria e uso indumenti impropri	Confronto con responsabili e indicazioni di un maggior monitoraggio

	infermieristico Sogg. VIOLA		NC/AC/Evento	Mancato aggiornamento scheda coumadin	Confronto con RDS e IP per corretta presa in carico delle consegne
1	• Servizio assistenziale Sogg. DALIA	<b>OTTOBRE 2018</b>	Evento	Stretta ai polsi	/

N.B: per i rilievi in cui non è stata dettagliata una risoluzione è in previsione la relativa analisi degli eventi nel corso del 2018 con relativa programmazione delle eventuali azioni conseguenti.



Nel grafico è possibile rilevare un incremento considerevole rispetto al numero di segnalazioni trattate nei tre anni di riferimento. Detto passaggio, insieme al considerevole numero di verifiche ispettive, è sintomo di una migliore sorveglianza del sistema nonché del suo stretto controllo quotidiano nonché indice di monitoraggio degli eventi avversi/sentinella che sono venuti a verificarsi nel periodo di riferimento.

## 11. Analisi dei reclami

In questo paragrafo vengono considerate le criticità rilevate e prese in carico la cui risoluzione trova tracciabilità all'interno della documentazione della Casa.

Dando atto che, nel periodo di interesse, potrebbero essersi verificati altri inconvenienti che non sono, nella presente relazione, stati riportati in quanto non presentati direttamente ai Responsabili dei Servizi, si rappresenta che la Casa si dà carico di stimolare, con carattere di continuità, i residenti ed i familiari ad esprimere le loro necessità/bisogni, così da poter rispondere in modo tempestivo ed esaustivo ad eventuali problematiche dagli stessi rilevate.

Di seguito si riportano le lamentele rappresentate dai residenti e/o familiari (confrontate con quelle rilevate nell'anno precedente):

<b>SOGGIORNO</b>	<b>NUMERO LAMEN-TELE RILEVATE Anno 2017</b>	<b>NUMERO LAMEN-TELE RILEVATE Anno 2018</b>	<b>LAMEN-TELA PRESENTATA</b>	<b>RISOLUZIONE</b>
Orchidea	4	/	/	/
Rosa	9	3	2 per richiesta cambio stanza 1 per richiesta armadio più capiente	Risolte entrambe con spostamenti e sostituzione armadio
Mimosa	5	4	1 per condizionatore mal funzionante 1 per ritardo consegna biancheria 1 per televisore poco visibile 1 per biancheria piana sporca	Cambio pompa condizionatore, confronto con servizio per ritardo consegne, sostituzione delle tv e sollecitato il personale a fare più attenzione nel cambio biancheria
Iris	1	2	2 per mancanza indumenti	Ritardo nella consegna e controllo scheda consegna indumento con il familiare
Tulipano	3	3	1 per condizionatore troppo vicino al letto del residente 1 per aria troppo fredda in soggiorno 1 per capo abbigliamento rovinato	Sistemato con addetti impianto di areazione e proposto rimborso del capo rovinato con rifiuto del familiare
Gardenia	4	4	1 per ritardo consegna biancheria 1 per considerazione rispetto alla struttura non adatta al residente 1 per cambio televisore nel salottino 1 per smarrimento tutine	Variata la data di consegna corredo, effettuato colloquio per rientro a domicilio del residente, sostituito il televisore e sostituite le tutine
Edera	4	4	1 per fazzoletti da naso smarriti 1 per compagno di stanza 1 per smarrimento capi 1 per stiratura camicie	Sostituzione fazzoletti e cambio compagno, sollecito consegna capi e nuova stiratura delle camicie
Viola	10	6	2 per smarrimento e danni agli indumenti 3 per cambio stanza 1 per perdita capi abbigliamento	Sostituzione e risarcimento capi, svolti due cambi stanza e aggiunta capi a quelli smarriti

Dalia	6	4	4 per danni ai capi di abbigliamento	Sostituzione capi
Hospice	3	/	/	/
Servizio Ristorazione	7	/	/	/
Lavanderia/guardaroba	19	17	/	/
Servizio Manutenzione	7	6	/	/
<b>TOTALE LAMENTELE</b>	<b>49</b>	<b>30</b>	/	/

Significativo il dato che indica come le lamentele siano effettivamente diminuite rispetto allo scorso anno: indice che la Casa ha adottato strumenti capaci di limitare il numero di segnalazioni. La costante attenzione posta verso i residenti e i familiari permette di garantire risposte e offrire servizi sempre più focalizzati sul soddisfacimento dei bisogni.

#### ⇒ Servizio Lavanderia Guardaroba

SERVIZIO LAVANDERIA/GUARDAROBA		
LAMENTELE ANNO 2016	LAMENTELE ANNO 2017	LAMENTELE ANNO 2018
10	19	17

Le maggiori criticità sono state rilevate all'interno del servizio lavanderia/guardaroba, con un totale di n.ro 17 segnalazioni. A seguito delle criticità emerse, come per le rilevazioni effettuate negli anni precedenti, sono state adottate le seguenti misure finalizzate a migliorare la qualità del servizio:

- nel caso di capi smarriti sono sempre stati eseguiti tutti i controlli del caso (controllo corredo con confronto con scheda indumenti consegnati, controllo biancheria della comunità, controllo armadi di tutti i residenti del Soggiorno), ed eseguito successivamente la segnalazione verbale alla referente interna del servizio lavanderia una volta appurato che i capi erano effettivamente mancanti;
- nel caso in cui i capi smarriti non siano pervenuti o di capi rovinati sono stati sostituiti con spese a carico del servizio lavanderia o rimborso economico erogato al familiare;
- nel caso in cui la segnalazione ha trovato immediata soluzione a livello di Soggiorno si è registrata la segnalazione all'interno della "scheda rilevazione lamentele da parte dei familiari e/o ospiti".

La procedura di Casa Albergo prevede che i capi consegnati dalla Casa alla lavanderia esterna per l'etichettatura vengano registrati con la data di consegna da parte del familiare. Il personale del guardaroba (global service) registra la data di consegna del capo alla lavanderia e la data della restituzione.

Da segnalare però che la lamentela di molti familiari rispetto alla perdita di uno o più capi, dipende dal fatto che gli stessi non sono stati marcati sin dall'inizio. Nonostante ciò, è stata comunque fornita ai familiari adeguata risposta.

#### ⇒ Servizio Ristorazione

SERVIZIO RISTORAZIONE		
LAMENTELE ANNO 2016	LAMENTELE ANNO 2017	LAMENTELE ANNO 2018
8	7	/

Nessuna lamentela nel 2018 rispetto al servizio ristorazione, indice che le procedure messe in atto per risolvere le problematiche presenti negli anni precedenti hanno dato buoni risultati. L'attenzione posta alle difficoltà legate alla deglutizione in particolare, hanno permesso di proporre soluzioni alternative molto gradite ai residenti e familiari.

Corsi di formazione specifici, hanno rafforzato la conoscenza e affinato la sensibilità dei dipendenti verso tale argomento.

## 12. Soddisfazione del personale

### ⇒ Questionario Clima Aziendale di Casa Albergo

Durante il mese di Dicembre sono stati somministrati al personale della Casa i questionari relativi al clima aziendale. Quest'anno si è introdotta sperimentalmente la modalità di compilazione on line. È stata richiesta con espresso consenso da parte dei dipendenti la mail personale alla quale è stato in automatico inviato un link per la compilazione. In sede di riunione di soggiorno è stata spiegata e condivisa la modalità di raccolta dei dati, esprimendo la caratteristica dell'anonimato. I questionari sono stati impostati con i moduli di google e sono stati semplificati nei contenuti, per rendere la compilazione il più semplice possibile.

L'introduzione sperimentale della compilazione on line è stata proposta con il fine di aumentare la numerosità campionaria, di informatizzare il sistema e di ridurre l'errore e il tempo del conteggio manuale del dato.

Ottima la riuscita della nuova modalità, confermata dall'aumento del campione raccolto che nel 2018 è stato pari a 112 unità (nel 2017 sono state 72)

Si riporta di seguito il grado di soddisfazione medio, su scala da 1 a 10, espresso dai dipendenti (campione pari a N. 112):

	<i>GRADO DI SODDISFAZIONE (media)</i>	
	<i>2017</i>	<i>2018</i>
AMMINISTRATIVI/PORTIERATO (dato non confrontabile per diverso campionamento)	7.1 (ammin-rds)	6.5 (ammin-rds)
PROFESSIONAL	6.3	7.9
INFERMIERI PROFESSIONALI	6.0	6.8 IP COOP. 6.3 IP ENTE
SOGG. ROSA-ORCHIDEA	7.1	7.8
SOGG. VIOLA	7.3	5.9
SOGG. DALIA	6.3	7.2
SOGG. EDERA	7.4	6.1
SOGG. GARDENIA	7.1	7.5
SOGG. TULIPANO- MIMOSA	5.4	7.9
SOGG. IRIS	Inserito con Mimosa e Tulipano	6.4
TUTTI I SOGGIORNI/SERVIZI	7.2	

L'attenzione e la cura posta verso i dipendenti sono fattori protettivi rispetto al benessere sul lavoro e alla prevenzione del burn-out. Essa viene in generale garantita dalla presenza dello psicologo alle riunioni di soggiorno, e attraverso lo sportello di ascolto "Prendersi cura di chi cura", attivato settimanalmente o previo appuntamento, che riserva al dipendente uno spazio di ascolto e di confronto per consentire di gestire eventuali situazioni di difficoltà con il maggior sostegno possibile. Il dato che evidenzia un calo di accessi allo sportello, indica che i dipendenti hanno avuto meno difficoltà durante il corso dell'anno, riuscendo ad affrontare le problematiche lavorative con maggior autonomia e autostima.

	2017	2018
N. accessi allo sportello di ascolto "Prendersi cura di chi cura"	43	23

⇒ **Questionario Clima Aziendale della Casa Del Vento Rosa**

L'analisi dei questionari di soddisfazione dimostra che il lavoro svolto in Hospice è molto apprezzato e riconosciuto nella sua importanza, con una soglia percentuale di soddisfazione molto elevata in tutti i punti e, in particolare, la frequenza maggiore dei commenti è rivolta alle caratteristiche del personale.

⇒ **Incontri di Soggiorno**

Mensilmente in ogni soggiorno della Casa si svolgono incontri calendarizzati, sede di condivisione, pianificazione e scambio relazionale in merito alle questioni organizzative riguardanti il reparto, la gestione dei residenti e la pianificazione di strategie condivise. Gli incontri di soggiorno offrono anche la possibilità di scambio relazionale e soluzione di eventuali conflitti.

Si nota un calo rispetto agli incontri di soggiorno degli anni precedenti dovuto ai numerosi cambiamenti avvenuti nel corso dell'anno.

Questi ultimi, hanno avuto un impatto non indifferente sulla normale organizzazione interna, tanto che i Responsabili, hanno dovuto ritardare il numero degli incontri al fine di sopperire alle diverse problematiche organizzative e di reparto.

Importante sottolinea però, che nonostante il numero minore, gli incontri di soggiorno hanno comunque permesso di coinvolgere un buon numero di operatori e infermieri.

	2016	2017	2018
N.incontri di soggiorno	167	157	136

⇒ **Tasso di assenteismo (solo personale dipendente) anno 2018, con confronto su anno 2017 e 2016:**

	Ore di assenza					
	Malattia	Permessi e congedi	Permessi sindacali	Infortuni	Ore di assenza totali	% assenza
Anno 2016	14.454	6.580	186	684	21.904 su 148.304	14,77%
Anno 2017	15.364	4.306	118	1.165	20.953 su 117.779	17,69%
Anno 2018	9.994	6.415	138	1.090	17.232 su 106.011	16,25%

N.B.: Si tenga conto, rispetto ai succitati dati, che oltre il 95% del personale dipendente dell'Ente è femminile, con un'età media che supera i 51 anni; inoltre, che la maggior parte delle assenze per malattia è legata a situazioni patologiche che poi hanno portato in corso d'anno al pensionamento per inabilità degli interessati; il 10% dei dipendenti con le maggiori assenze per malattia (8 casi), ha sommato l'81% delle assenze totali.

## 13. Formazione

L'Ente, con la consapevolezza che, in un contesto di servizi alla persona, la formazione e l'aggiornamento del personale sono fondamentali per lo sviluppo professionale e l'acquisizione degli obiettivi volti al cambiamento ed al miglioramento, anche nell'anno 2018, partendo dalla programmazione attuata col "Piano annuale della Formazione" (vds. decreto del Direttore n.34 del 09/03/2018), ha organizzato e promosso una serie di iniziative, interventi e percorsi formativi, mirati al coinvolgimento del più ampio numero di operatori. In particolare, in corso d'anno, le iniziative organizzate hanno visto il coinvolgimento di oltre l'95% dei dipendenti e collaboratori, dedicando, solo per il personale dipendente, oltre 1.424 ore di attività formativa, pari al 1,36% del monte ore lavorato.

### L'attività formativa in numeri:

	Anno 2016	Anno 2017	Anno 2018
N° attività di form. svolte / N° attività di form. pianificate	100%	100%	100%
Ore di formazione svolte / Ore di formazione pianificate	100%	100%	100%
Ore di formazione svolte rispetto al totale ore lavorate (solo personale dipendente)	1.868 ore su 148.371 ore lavorate	1.362 ore su 117.779 ore lavorate	1423 ore su 106.611 ore lavorate
Ore di formazione svolte in % sul monte ore lavorate	1,26%	1,16%	1.36%
Numero lavoratori coinvolti in attività di formazione/aggiorn. sul totale	101 su 104 pari al 97,12%	88 su 95 pari al 92,36%	83 su 87 pari al 95,4%
Ore medie di formazione annue per lavoratore	18,49 ore	15,50 ore	16,36 ore

Gli interventi più rilevanti hanno riguardato:

#### a) Attività formative esterne:

	Numero di ore erogate	Unità di pers. interne	Unità di pers. esterne
Forum Non Autosufficienza	43 ore	4	3
Partecipazione Benfare Q&B	49 ore	3	3
Altri incontri ed iniziative	5 iniz. 48 ore	2	3

#### b) I laboratori seminariali 2018:

	Numero di ore erogate	Unità di personale interne	Unità di personale esterne
16/02/2018: "L'uso del tempo nei servizi alla persona: essere tempo od avere tempo?"	5 ore	14+18	12
23/03/2018: "Assistere ed accompagnare il fine vita nei vari e diversi contesti"	5 ore	17-10	25
06/04/2018: "Libertà e diritti nella cura e tutela della persona non autosufficiente: time out per i servizi alla persona?"	5 ore	14+18	7

13/04/2018: "La salute mentale in età avanzata"	5 ore	18+16	14
20/04/2018: "L'Amministratore di Sostegno per le persone nel bisogno: perché, per chi, con chi, da chi?"	5 ore	14+12	11
04/05/2018: "Ristorazione per le persone nelle residenze protette: solo quale aspetto nutrizionale od anche quale gratificazione, identificazione, ricordo?"	5 ore	13+16	6
18/05/2018: "La sicurezza nei centri di servizio alla persona: da adempimento ad obiettivo di benessere ed opportunità di crescita?"	5 ore	14+21	8
08/06/2018 "La cura della non autosufficienza nei centri di servizio alla persona: riflessioni e prospettive"?"	5 ore	14+13	5

**c) Attività formative interne:**

	<b>Numero di ore erogate</b>	<b>Unità di personale interne</b>	<b>Unità di personale esterne</b>
Incontri formativi / informativi riguardanti la gestione disfagia	2 ore	13	11
Incontri formativi / informativi riguardanti la gestione del rischio clinico/sanitario	2 ore	8	7
Incontri formativi / informativi su Modello Organizzativo e Cartella CSS	4	13	18
Un nuovo Modulo Formazione Antincendio	250	-	25
Due nuovi Moduli Formazione Pronto Soccorso	316	37	18
Incontri formativi / informativi su progettualità della Casa	128	16	15
Plenaria del 21/06/2018 su progettualità della Casa	94	24	23
Plenaria del 19/12/2018 su progettualità della Casa	140	30	40
Formazione su Codice Etico con Zanon	84	7	37
Formazione D.Lgs. 81/08 per Dirigenti e Preposti	108	18	-

**Formazione ECM:**

Quanto all'adempimento della formazione ECM da parte delle figure sanitarie, partendo dal dato conseguito nell'anno 2016 pari al 65%, e nell'anno 2017 pari al 78%, ha visto nel corso dell'anno 2018 lo svolgimento dei crediti di pertinenza (50 crediti, con un massimo di 30 ed un minimo di 70) ed il recupero di quelli non conseguiti nell'anno precedente, ha visto un raggiungimento medio dell'obiettivo nella misura dell'62% (il dato è ancora in fase di completamento in quanto le attestazione dello svolgimento delle attività sono ancora in fase di raccolta).

## 14. Incontri e briefing della Direzione

⇒ **Il Briefing della Direzione**

Al fine di garantire un'adeguata formalizzazione delle azioni da compiersi, per assicurare un appropriato funzionamento dei diversi servizi e per instaurare un confronto continuo con il Direttore ed i componenti dello Staff di Direzione, settimanalmente come prassi consolidata, è programmato il **Briefing della Direzione**.

Di consueto partecipano ai briefing della direzione le seguenti figure:

- Direttore;
- Vicedirettore;
- Ragioniere Economo;
- Istruttore Direttivo Tecnico;
- Coordinatore dei Servizi Socio-Assistenziali;
- Responsabile Interno del Sistema Qualità;
- Responsabile dell'Area Progettuale;
- Assistente Sociale;
- Psicologo.

I Briefing possono essere allargati anche ad altre figure, come ad esempio i Responsabili di Soggiorno qualora si affrontino tematiche che riguardino i rispettivi servizi.

L'incontro settimanale è divenuto indispensabile non solo per garantire l'adeguato flusso delle informazioni ai diversi livelli delle Strutture Casa Albergo ed Hospice, ma anche per stabilire gli obiettivi in itinere e condividere decisioni e passi operativi da comunicare e discutere, successivamente, con i vari servizi della Casa direttamente interessati, nonché per fare il punto della situazione rispetto ad ambiti come il controllo di gestione, i centri di costo, l'andamento progettuale, ecc...

#### ⇒ **Incontri Direzione Staff e Responsabili**

Oltre al Briefing della Direzione, periodicamente hanno luogo, a rotazione, degli incontri individuali tra il Direttore ed i vari membri dello Staff di Direzione ed i Responsabili di Soggiorno.

Questo, al fine di avere l'opportunità di stabilire un confronto diretto con in Direttore dell'Istituto ed avere modo di condividere obiettivi e problematiche rilevate nel proprio ambito lavorativo.

## **15. Fornitori**

Il numero totale dei fornitori di cui si è servita la Casa Albergo nel 2018 è pari a circa 61 (di cui 3 in outsourcing), di cui circa il 50% risulta proveniente dalla provincia di Rovigo.

La Casa seleziona i propri fornitori partendo dall'identificazione delle proprie necessità, nonché nel rispetto dei seguenti riferimenti normativi:

- D. lgs. Nr.50/2016 e successive modifiche;
- Regolamento interno per la disciplina degli affidamenti di lavori, forniture e servizi in economia approvato con Delibera del CDA nr.23 del 05/11/2011;
- Regolamento sull'ordinamento degli uffici e servizi;
- Regolamento di contabilità;
- Statuto dell'Ente.

In particolare, il regolamento per la disciplina degli affidamenti di lavori, forniture e servizi in economia disciplina i contratti della Casa in conformità ai seguenti principi:

- rispetto del diritto comunitario e nazionale;
- perseguimento dei fini istituzionali dell'Ente;
- realizzazione della massima economicità nelle procedure di affidamento.

I criteri adottati valutano attentamente che ogni impresa fornitrice sia allineata con la più recente normativa in tema di salute e sicurezza.

La qualifica dei fornitori consiste nell'accertamento periodico della capacità qualitativa e produttiva della Ditta a realizzare il servizio o prodotto richiesto.

Tali verifiche si applicano a tutti i servizi, prodotti o infrastrutture rilevanti ai fini della qualità del servizio fornito.

L'impianto concernente la valutazione dei fornitori, viene eseguito tramite la "scheda di valutazione fornitore" revisione nr.02 del 24/01/2011, nonché secondo quanto riportato nella procedura "Approvvigionamenti" nr.PG 07-04 inserita all'interno del Manuale Qualità della Casa.

La qualificazione di un nuovo fornitore, formalizzata sulla scheda sopra indicata, avviene sulla base della verifica dei prodotti o servizi svolta dal responsabile opportunamente individuato.

Il fornitore qualificato sarà inserito nell'elenco fornitori qualificati, redatto ed aggiornato dall'ufficio ragioneria della Casa.

Il mantenimento nell'elenco dei fornitori qualificati viene annualmente valutato internamente dall'Istruttore Ragioniere Economo, in collaborazione con il responsabile individuato, sulla base delle non conformità o problematiche riscontrate, e della valutazione da quest'ultimo espressa tramite l'utilizzo della scheda di valutazione fornitore; in particolare, tale documentazione, per i servizi in outsourcing (vds. servizio di ristorazione, servizi di pulizia e sanificazione, servizio di lavaggio e noleggio biancheria piana, servizio di lavaggio e stiratura della biancheria personale degli ospiti, etc.), è stata calibrata e personalizzata secondo quanto richiesto dai singoli capitolati speciali d'appalto.

Anche per il servizio di global service, in particolare con riferimento ai servizi di "gestione immobiliare" ed "esecuzione degli interventi manutentivi e di riqualificazione", si sono individuate delle modalità procedurali che consentano di monitorare periodicamente, come avviene già per i servizi sopra indicati, la capacità qualitativa e produttiva del fornitore allo scopo di agire su eventuali criticità.

**Per quanto attiene la valutazione dei fornitori in riferimento all'anno 2018 si rimanda alle tabelle "Fornitori anno 2018" e "Fornitori Outsourcing anno 2018". Il documento è conservato presso L'Ufficio Ragioneria-Economato dell'Ente insieme alle schede di valutazione di ogni singolo fornitore.**

## **16. Prestazioni di processo/conformità dei prodotti/servizi: risultati del monitoraggio e della misurazione**

Per quanto attiene i risultati di gestione per l'anno 2018 si rimanda ai documenti "Report semestrale gennaio-giugno 2018" e "Report Semestrale luglio-dicembre 2018" custoditi presso l'Ufficio Qualità e Coordinamento e pubblicati in formato file all'interno del Modello Organizzativo.

## **17. Il lavoro per progetti**

La Casa, nella erogazione dei propri servizi, si prefigge di offrire ai propri residenti ed ai relativi familiari servizi di qualità ed è quindi pertanto alla continua ricerca di innovazioni ed adeguamenti rispetto a quanto dai tempi richiesti e nell'assumere a piene mani il coraggio per mettersi in gioco e così ripensare al come si sta lavorando. Nel tempo questa strada è andata consolidandosi ed è stata finalizzata a prospettare, di anno in anno, progetti in via sperimentale che, poi, se ben rispondenti ed atti a portare maggiore benessere a favore delle persone accolte, divengono attività operativa del giorno dopo giorno.

I progetti portati avanti all'interno della Struttura nel corso del 2018 sono stati quelli di seguito riportati.

⇒ **Progetto "Gestione del Rischio"**

Vedasi paragrafo 20 al riguardo dedicato.

### ⇒ Progetto “Valorizzazione delle Biografie”

Il progetto prevede la presa in carico di quei residenti con residualità cognitive superiori, in attività di gruppo condotte dalla logopedista. Nel corso del 2018, il progetto ha visto una sospensione in quanto la mancanza di “risorse altre” capaci di dare un contributo all’attività è stata significativa.

Ci si pone l’obiettivo di riprenderlo nel 2019, quando la presenza di volontari legati al Servizio Civile Nazionale potrebbe diventare significativa per sviluppare le attività legate alla valorizzazione delle biografie.

### ⇒ Progetto “Jack”

I nuclei Dalia ed Edera sono stati, nel corso del 2017/2018, rivisti o comunque presi in carico da un punto di vista progettuale, per meglio rispondere alle caratteristiche dell’utenza e definire modalità di assistenza specifiche. Il tutto al fine di dare anche seguito alla formalizzazione del PAI e degli obiettivi relativi al progetto assistenziale individualizzato, definendo criteri per i due nuclei, diversi da quelli di altri reparti.

Il percorso svolto nel 2018, ha permesso di operare grandi cambiamenti, in particolare nel nucleo Dalia, anche grazie all’adesione del marchio Q&B Dementia Friendly. Sono state introdotte attività occupazionali, sono stati coinvolti direttamente gli operatori e sono state fatte modifiche ambientali finalizzate a ricreare un ambiente domestico e familiare.

Nucleo Edera: con l’obiettivo di ridurre gli stati di agitazione ed effettuare una quanto più possibile discriminazione tra questi e le manifestazioni dolorose, si è introdotta la scala per la rilevazione del dolore PAINAD che permette una rilevazione quantitativa delle situazioni di dolore nell’anziano cognitivamente compromesso. L’intento è definito nella creazione di una cultura rivolta all’attenzione delle manifestazioni comportamentali dei residenti con demenza, non solo alla luce dello stato di deterioramento, ma con atteggiamento di apertura verso interpretazioni diverse, compresa l’ipotesi di stati di agitazione dati dal dolore. La scala è stata introdotta dopo una fase formativa e in stretta relazione con l’operato di oss e ip del reparto, che nella rilevazione ed intervento cooperano in continuità.

Nucleo Dalia:

- Introduzione della scala A.Di.CO per la rilevazione delle problematiche del comportamento quale strumento per la raccolta oggettiva dell’andamento nel tempo in termini di peggioramento e miglioramento delle problematiche del singolo residente. La raccolta dei dati, aggiornata periodicamente e contestualmente alla UOI, permette una lettura complessiva e gruppale delle problematiche comportamentali più o meno preponderanti, consentendo interventi che ottimizzano l’efficacia. In relazione a ciò è stata redatta una nuova istruzione operativa.
- Dal punto di vista ambientale, il soggiorno è stato rivisto nei primi mesi del 2018. La modifica degli arredi è stata una svolta fondamentale per creare quel “senso di casa” capace di dare tranquillità ai residenti;
- Le modifiche ambientali hanno permesso di investire sull’operosità capace di calmare gli stati d’ansia e la ricerca di attenzioni. L’attività è stata vissuta anche come incremento delle relazioni e mantenimento delle competenze sociali;
- Il progetto C’era una volta, nato dalla predisposizione di un singolo operatore, ha nel corso dell’anno, coinvolto tutto il personale del reparto. Dal coinvolgimento nella lettura delle fiabe, si è giunti alla realizzazione di piccole recite con la partecipazione di Penny e il coinvolgimento delle scuole materne del territorio

Nucleo Edera:

- In relazione alle difficoltà di gestione del soggiorno, relative alla natura e alla severità della patologia dei residenti, si è svolto nel corso dell’anno, un incontro a carattere consulenziale con il dott. Schiavo,

specialista in neurologia e geriatria, esperto nella gestione delle demenze, formatore e consulente. L'intervento si è focalizzato sull'aspetto farmacologico della presa in carico;

- Dall'incontro è emersa la possibilità di ridurre la terapia in particolare quando vi è una sovrapposizione tra farmaci con la stessa funzione, sia da prendere in considerazione al fine di migliorare la qualità di vita del residente;
- Si ipotizza una collaborazione futura di tipo formativo e di supervisione al fine di continuare anche la sperimentazione del progetto di Riconciliazione Terapeutica.

### ⇒ **Progetto dopo di noi**

Il progetto "La Nostra Casa" ha previsto il recupero e l'ampliamento di un fabbricato esistente, all'interno dell'area di proprietà della Casa Albergo per Anziani, andando a realizzare sei stanza singole e relativi servizi, con l'obiettivo di garantire un'autonomia esistenziale a persone con disabilità fisica che fruiscono da sempre del supporto familiare e genitoriale, quando, per il progressivo invecchiamento dei genitori, spesso unici garanti del benessere del loro caro, occorre assicurare loro una continuità del sostegno.

L'innovazione consiste nel porsi come offerta e spazio di esistenza autonoma per le persone onde garantire un futuro protesico ma autonomo e, soprattutto, un supporto corretto alla famiglia. Tale progettualità, ad oggi, non è presente nel territorio polesano, proponendosi come innovativo supporto alle famiglie ed ai figli pur la presenza dei genitori, con garanzie assistenziali e di supporto mirato e duraturo nel tempo.

Per la realizzazione della nuova struttura, sono stati utilizzati materiali innovativi, atti a garantire il maggior risparmio energetico, oltre al confort interno per gli occupanti e, conseguentemente, minori spese in termini di gestione.

"La Nostra Casa" è stata inaugurata il 6 ottobre 2018, alla presenza dell'artista Simona Atzori come testimonial e, di una sentita partecipazione esterna.

L'obiettivo futuro è quello di elaborare un Progetto di Vita che permetta di accogliere le persone disabili capaci di scegliersi a vicenda per decidere di vivere e con-dividere una nuova situazione abitativa (cohousing), staccandosi dalla famiglia di origine, evitando l'istituzionalizzazione e l'inserimento in Comunità Alloggio o altri servizi residenziali.

Nello specifico, ci si propone di attivare un percorso che consenta di:

- a) avviare un progetto formativo e di confronto con le famiglie delle persone che vivranno nella Casa in modo da formare un gruppo di "auto-mutuo-aiuto" che possa diventare permanente;
- b) individuare persone con disabilità disponibili ad autodeterminarsi e a sperimentare una vita in autonomia;
- c) diversificare il Servizio Occupazionale in una prospettiva di autonomia, partendo da attività occupazionali semplici fino a raggiungere un inserimento lavorativo definitivo;
- d) supportare le persone nella gestione del quotidiano e nelle dinamiche personali attraverso il supporto di figure professionali specifiche;
- e) individuare e formare una serie di operatori (mediatori) che siano capaci di facilitare la vita indipendente, le relazioni tra le persone, l'organizzazione del servizio;
- f) sviluppare una metodologia di valutazione dell'esito dell'impatto sociale del progetto in una concezione di welfare generativo dove la sostenibilità dei servizi possano essere sostenuti dalla finanza pubblica, dalle famiglie, dai servizi stessi e dalla Comunità Locale (privato).

Con Decreto del Direttore nr. 173 del 12.11.2018 è stato attivato un percorso specifico di formazione rivolto al personale dell'Ente che andrà a seguire l'avvio della nuova progettualità grazie alla collaborazione e alla supervisione di tecnici ed esperti del settore.

Con successivo Decreto nr. 180 del 03.12.2018, si approva il percorso di fattibilità per l'avvio del servizio de La Nostra Casa con l'obiettivo di programmare azioni che diano avvio alle attività programmate.

⇒ **Progetto "Operatore di Prossimità"**

In occasione del rinnovo della convenzione con il Comune di Lendinara per la gestione dei servizi domiciliari (Delibera del Consiglio di Amministrazione nr. 9 del 15.06.2018) a partire dal mese di luglio, Casa Albergo, con il fine di porsi e proporsi quale nodo attivo della rete dei servizi del territorio, ha dato vita al progetto legato all'Operatore di Prossimità, cercando di assumere un ruolo specifico nella rilevazione dei bisogni, anche quelli inespressi e non giunti ai punti di accesso alla rete dei servizi.

Con il progetto dell'Operatore di prossimità, Casa Albergo mira a diventare soggetto che investe sul sostegno alla domiciliarità, contribuendo in questo modo alla crescita culturale e sociale della comunità e del benessere delle persone che l'abitano.

I soggetti fruitori, sono persone che, a causa dell'età, della condizione di salute o di altre limitazioni psicofisiche, necessitano di un ausilio per il soddisfacimento dei bisogni essenziali relativi alla cura della persona, al governo della casa e alle incombenze quotidiane, oltreché nello svolgimento del proprio ruolo familiare e sociale, secondo un criterio di priorità esclusivamente determinato dall'effettivo stato di bisogno della persona e/o del suo nucleo familiare.

I servizi del progetto dell'Operatore di Prossimità, sono rivolti a soggetti anziani (e i relativi caregiver) residenti nel Comune di Lendinara, intesi come bacino di utenza di prossimità territoriale e coinvolti in via sperimentale, prevedendo un'estensione del servizio, una volta consolidato, ad altri comuni del territorio.

Lo strumento operativo deve essere quello del contatto diretto con gli utenti potenziali e le loro famiglie, oltre che con gli altri attori del contesto locale, per far conoscere il servizio e condividere l'informazione.

**Gli obiettivi sono:**

- estensione dei Servizi offerti dalla Casa e promozione degli stessi nel territorio;
- definizione di un lavoro sinergico e di rete tra servizi del territorio che diventi nel tempo consolidato e ben funzionante;
- permanenza del soggetto nell'ambiente familiare e sociale di appartenenza, riducendo in particolar modo ospedalizzazioni e istituzionalizzazioni improprie evitando il ricorso a strutture residenziali per anziani ancora parzialmente autosufficienti;
- recupero e mantenimento del livello di autonomia della persona nel suo contesto di vita e nel rispetto della sua autodeterminazione;
- sostegno al nucleo familiare di appartenenza e, ove non sia presente, interventi in sostituzione ad esso;
- la prevenzione ed il contrasto dei processi di emarginazione sociale e di isolamento, di solitudine e di bisogno in un contesto di miglioramento della vita in genere;
- responsabilizzazione dei familiari e della comunità attraverso varie forme di sensibilizzazione e coinvolgimento

Si prevede di concludere entro l'anno 2019, il percorso di contatto con i potenziali destinatari dei servizi e fornire loro le informazioni riguardanti le finalità e modalità dell'iniziativa; contestualmente, verrà attuata la fase di rilevazione dei bisogni e di programmazione delle concrete e mirate risposte che potranno essere erogate a supporto alla vita quotidiana delle persone.

⇒ **Progetto Faber – Fabbrica Europa**

Con Delibera del CdA nr. 7 del 24.04.2018, la Casa valuta come un'ulteriore opportunità di crescita, che si integra nei processi di innovazione e cambiamento, l'adesione alla nuova officina FABER - Fabbrica Europa, istituita dall'ISRAA di Treviso (Ipab come Casa Albergo), per ricercare, con le dovute sinergie e

collaborazioni, possibili fonti di finanziamento attraverso la presentazione, all'Unione Europea, di specifici progetti che vanno a riguardare, in primis, l'invecchiamento attivo, l'inclusione sociale e la tutela delle fragilità, incrementando il networking ed il know-how aziendale per affrontare le sfide e opportunità sociali previste dalla strategia Europa 2020.

Le azioni prevedono:

- un training formativo capace di fornire le competenze iniziali per accedere al mondo della progettazione europea, creando poi un circuito di conoscenze e relazioni nazionali e internazionali utili per sviluppare progettualità;
- adesione a consorzi e candidandosi al finanziamento di bandi europei;
- Rafforzamento di un'azione di promozione innovativa, scientifica, culturale e tecnologica in ambito sociale e in linea con le politiche di inclusione.

Risultati:

- Presentazione di un progetto sull'Invecchiamento Attivo promosso dalla Fondazione Cariparo in collaborazione con il Dipartimento di Medicina dell'Università di Padova con approvazione e finanziamento dello stesso per un importo di euro 28.000,00;
- Presentazione di un progetto legato al Piano Attuativo INTERVENTI DI PROMOZIONE E VALORIZZAZIONE DELL'INVECCHIAMENTO ATTIVO – PROGRAMMA ATTUATIVO 2018" promosso dalla Regione del Veneto con approvazione e finanziamento dello stesso per un importo di euro 41.000,00.

#### ⇒ **Progetto Fundraising e Lasciti Testamentari**

Con Delibera del CdA nr. 7 del 24.04.2018, la Casa valuta come, ulteriore opportunità di crescita, la partecipazione al percorso formativo e di consulenza promosso dalla Società "Fundraiser per Passione" S.r.l., di Caldogno (VI), con la quale, già in passato, sono stati svolti proficui percorsi di collaborazione e confronto, producendo un significativo ritorno in termini di acquisizione di nuove competenze e che mira a coinvolgere attivamente l'organizzazione della Casa, sviluppando una cultura orientata alla ricerca di nuove risorse, integrative alle ordinarie fonti del Bilancio dell'Ente, siano esse costituite da disponibilità economiche, oppure da tempo o da competenze e relazioni.

L'obiettivo formativo è quello di acquisire strumenti capaci di produrre "capitale relazionale", che possa essere patrimonializzato dall'organizzazione, sviluppando una cultura orientata al coinvolgimento rispetto alla vita della Casa ed all'apertura verso le altre realtà del contesto territoriale in cui opera.

Le azioni prevedono:

- l'individuazione di un gruppo di riferimento per il progetto, che verrà appositamente formato, coinvolgendo attivamente tutti i soggetti che, in generale, operano presso la Casa;
- il diffondere, attraverso attività formative, la cultura e la conoscenza del fundraising;
- la formazione delle persone che faranno parte dell'ufficio fundraising;
- la diffusione del know how necessario per apprendere un metodo di organizzazione dell'attività di fundraising, attraverso la redazione partecipata del primo piano strategico di fundraising;

Risultati:

Anno	Totale interventi a sostegno iniziative e donazioni a favore di "Casa Albergo per Anziani" e Dopo di NOI	Totale donazioni a sostegno iniziative a favore della "Casa del Vento Rosa"
2018	76.270,00 € Elargizioni da parte di donatori di cui: 70.000 € donazione anonima 1.270 € retta eccedente di una residente deceduta in Casa Albergo ad Aprile e che la figlia ha deciso di lasciare a favore del Dopo di Noi 2.000 € donazione legata la mailing natalizio 3.000 € valore dei quadri che l'artista Mattiolo ha donato per il Dopo di Noi e che andranno posizionati all'interno de La Nostra Casa	34.780,00 € Elargizioni da parte di donatori fidelizzati che con continuità scelgono di dare il loro contributo
TOTALE	TOTALE DONAZIONI AL 31.12.2018 HOSPICE - CASA ALBERGO - LA NOSTRA CASA 111.050,00 €	

Anno	ELARGIZIONI A VARIO TITOLO	SOMMA
2018	Erogazioni da ditte per interventi formativi	7.000,00 €
2018	Erogazioni per stampa cartella artistica e bilancio soc.	3.100,00 €
2018	Erogazioni inaugurazione due posti letto Hospice	1.000,00 €
2018 2018	Erogazioni beni artistici	8.500,00 €
TOTALE	TOTALE EROGAZIONI A VARIO TITOLO AL 31.12.2018	19.600,00 €

⇒ **Progetti del Servizio Educativo-Animativo**

Il progetto di stimolazione delle funzioni cognitive supportato dall'uso della lavagna LIM, attuato nel 2017 e proseguito per tutto il 2018, ha sortito risultati positivi tra i residenti. La collaborazione tra le diverse figure professionali ha permesso di usare lo strumento in modo completo, sfruttando al massimo le sue potenzialità tanto che a Gennaio 2019, c'è stato l'acquisto di una lavagna più piccola da poter spostare all'interno dei soggiorni per riuscire a coinvolgere un numero sempre maggiore di residenti.

L'intento del progetto è stato quello di promuovere e mantenere nel tempo un ventaglio di attività socio-educative e ricreative capaci di rallentare e rafforzare i diversi processi della mente che consentono alla persona di comprendere l'ambiente in cui vive e di interagire con esso.

## 18. Il rapporto con il Comitato dei Familiari dei Residenti

Il Comitato dei familiari ha, nel corso dell'anno fornito un contributo importante, grazie ad una serie di incontri, a volte molto informali, che si sono realizzati al fine di promuovere occasioni di confronto e di scambio.

Un rapporto, pertanto, da conservare e a valorizzare, nonché da considerare quale parte attiva della vita della Casa.

## 19. Criticità

Le criticità rilevate nel corso del 2018 sono riferite perlopiù alla copertura delle impegnative di residenzialità causata da "blocchi" nel rilascio delle quote o ad un loro "centellinamento" di non facile comprensione.

- ✓ la gran parte delle presenze delle persone ospitate e non autosufficienti, che si trovano ad essere al di fuori delle quote di rilievo sanitario, vanno a rientrare nei soggiorni temporanei, evidenziando che la retta posta a loro carico, pur parametrata in relazione ai carichi sociosanitari, non può essere richiesta per intero;
- ✓ un dato che emerge dai centri di costo dell'intero anno è che sono stati ben 48 i decessi di persone convenzionate a discapito degli ingressi che sono stati solo 18. Questo a mostrare che nonostante il turnover sia stato elevato, gli ingressi non sono riusciti a ricalibrare la situazione in quanto la maggior parte degli stessi in regime temporaneo;
- ✓ da non sottovalutare il fenomeno della moria che sta ricadendo su gran parte del sistema della residenzialità a livello veneto che fa avvertire la doverosità della risposta rispetto a quella necessaria inversione di tendenza che la stessa nuova normativa regionale dovrebbe portare.

## 20. Efficacia delle azioni intraprese per affrontare i rischi e le opportunità: prosecuzione del progetto sulla gestione del rischio

Il Progetto di gestione del rischio, la cui prima stesura nonché primarie attività risalgono al 2016, è stato nettamente implementato nel corso del 2018 in tutte le sue varie attività al fine di addivenire non solo all'ottenimento della certificazione di qualità con adeguamento alla normativa UNI EN ISO 9001:2015, ma anche con la finalità di creare un sistema di gestione che, passo dopo passo, diventi sempre più preventivo ed in grado di autoregolarsi grazie alla collaborazione di tutte le persone che prestano la propria attività lavorativa all'interno della Casa.

Oltre alle attività, quindi, portate avanti nel 2017, consultabili all'interno del rispettivo Riesame della Direzione, nel presente documento si riporta quanto eseguito nel corso del 2018:

PROGETTO GESTIONE DEL RISCHIO ANNO 2018: PRINCIPALI ATTIVITA'
Attuazione dei piani di miglioramento del 2017
Revisione della Politica della Qualità in concomitanza con la stesura del Riesame della Direzione 2018 riferito all'anno 2017
Implementazione del Sistema Farmaco Sicuro con utilizzo in tutti i soggiorni della Casa e informatizzazione del sistema con mini pc

Formazione svolta a tutti gli infermieri e operatori sulla gestione del rischio clinico- socio- assistenziale
Implementazione della scheda del dolore in Edera e redazione della relativa Istruzione Operativa (ASS-SA-I-26 del 19.10.2018 rev 00)
Formazione al personale rispetto all'uso e consultazione del Modello Organizzativo e alla Cartella Socio Sanitaria Informatizzata
Introduzione della scheda A.di.Co in Dalia per la gestione dei problemi comportamentali (ASS-PSI-04 del 10.10.2018 rev. 00)
Redazione del protocollo ASS SA I 21 "Segnalazione e gestione degli episodi di violenza a danno dell'operatore/addetto/visitatore e degli eventi da contaminazione biologica" e relativi allegati
Eliminazione del registro degli esposti e sostituzione con un registro per la gestione del rischio socio-sanitario-assistenziale (Rev 00 del 28/11/2017)
Prima ipotesi progettuale per attivare il percorso di Riconciliazione Terapeutica (Marzo 2018) e ipotesi di consulenza con il dott. Schiavo Ferdinando

⇒ **Attuazione piani di miglioramento dettagliati a fine 2017**

Gli impegni per il 2018 erano quelli di seguito dettagliati, i quali hanno trovato tutti una coerente e rispettiva risposta:

- **Avviate appieno le attività previste per la gestione della terapia dei residenti tramite il "Sistema farmaco sicuro"**: nel corso dell'anno, infatti, tutte le attività previste dalla progettazione relativa al sistema robotizzato per la preparazione della terapia sono state correttamente attuate;
- **Implementazione del documento "Prima elaborazione in itinere dell'analisi dei rischi di Casa Albergo per Anziani e della Casa del Vento Rosa - anno 2016"** la quale è stata adeguatamente rivista con l'emissione della seconda revisione del documento (rev.02 del 17/10/2018);
- **Rivista la strutturazione del report semestrale**: il documento è stato rivisto grazie alla costituzione di un gruppo di lavoro interno multidisciplinare e multi professionale con l'implementazione del modello sperimentale sia nel primo che nel secondo semestre;
- **Crescita nell'organizzazione del concetto di "rischio" come "opportunità" e implementazione della cultura della segnalazione degli eventi avversi o dei quasi eventi**: molteplici sono stati i tentativi finalizzati a variare tale cultura organizzativa tramite l'organizzazione di riunioni di soggiorno e la stimolazione del personale a segnalare eventuali eventi o quasi eventi che dovessero verificarsi nell'espletamento della propria attività lavorativa con l'obiettivo di creare un sistema sempre meno punitivo e più performante finalizzato a migliorare l'organizzazione del lavoro nei vari ambiti di intervento;
- **Attuare/predisporre tutta una serie di iniziative/documenti al fine di poter dar corso al rinnovo della normativa ISO 9001:2015**: il cui rinnovo è avvenuto con la verifica tenutasi il 23 e 24 ottobre 2018.

⇒ **Revisione della Politica per la Qualità**

La politica per la qualità è stata interamente rivista in sede di stesura del Riesame della Direzione approvato con Decreto del Direttore nr. 57 del 19/04/2019.

⇒ **Implementazione del “Sistema Farmaco Sicuro” in tutti i Soggiorni della Casa e informatizzazione con mini PC**

Nel corso dell’anno l’utilizzo del Sistema robotizzato per la preparazione della terapia è stato esteso a tutti i soggiorni della Casa, ma non solo. Ogni residente è stato dotato di apposito bracciale al polso il quale, tramite l’utilizzo di uno specifico palmare, permette la corretta identificazione del residente e della relativa terapia da somministrare, evitando una errata identificazione. Il sistema informa l’infermiere qualora siano intercorse delle modifiche rispetto alla terapia preparata all’interno della bustina nonché permette di effettuare la somministrazione contestuale.

Inoltre, tutti gli operatori ed infermieri, in corrispondenza del proprio soggiorno di appartenenza o guardiola, sono stati dotati di un mini PC con schermo estraibile che consente la registrazione contestuale dei parametri evitando errori derivanti da doppie registrazioni.

⇒ **Formazione a tutti gli infermieri e operatori sulla gestione del rischio clinico-socio-assistenziale**

La formazione sul rischio, tenutasi il 29/03/2018 e rivolta a tutte le figure sopra richiamate, ha consentito di implementare il senso della cultura della sicurezza nell’Organizzazione, nonché di effettuare dei riferimenti alle tipologie di eventi avversi che possono verificarsi nella gestione della terapia. Inoltre in data 25.01.2018, un incontro dedicato alla disfagia ha permesso al personale di capire la problematica legata alla deglutizione e alla necessità di implementare l’attività legate all’alimentazione.

⇒ **Implementazione della scheda di Valutazione del Dolore presso il Soggiorno Edera**

Al fine di effettuare una corretta gestione degli stati di agitazione dei residenti e poter quindi capire la loro correlazione con la percezione del dolore, è stata introdotta la valutazione tramite la compilazione della scheda PAINAD. È stata redatta l’istruzione operativa ASS –SA –I 26 “Monitoraggio del dolore” al fine di dare più evidenza ai dati e una maggior sicurezza sulla modalità di gestire l’azione.

⇒ **Formazione al personale rispetto all’uso e consultazione del Modello Organizzativo e alla Cartella Socio Sanitaria Informatizzata**

Nel corso del 2018 sono stati fatti diversi incontri rivolti al personale al fine di fornire loro informazioni sul corretto utilizzo del Modello Organizzativo e della CSS. Formazione che si è resa necessaria in quanto si sono verificati diversi episodi di errata compilazione delle voci presenti in cartella. I contenuti erogati durante gli incontri, hanno permesso alle persone coinvolte di diventare maggiormente responsabili e attente.

⇒ **Introduzione della scheda A.di.Co in Dalia per la gestione dei problemi comportamentali**

È stata introdotta la misurazione dei disturbi comportamentali al fine di avere un dato attendibile ed oggettivo rispetto all’andamento degli stessi in relazione al singolo residente, ma soprattutto come informazione da un punto di vista di soggiorno. L’analisi dei dati ha permesso di quantificare l’incidenza di ogni disturbo e di monitorarla nel tempo, permettendo una misurazione oggettiva del miglioramento.

Ha permesso inoltre di pianificare interventi progettuali mirati e rivolti alla risoluzione delle problematiche e di poter misurare l’efficacia dell’intervento introdotto. È stata redatta l’istruzione operativa ASS –PSI –04 “Valutazione dei disturbi comportamentali” al fine di dare più evidenza ai dati e una maggior sicurezza sulla modalità di gestire l’azione.

⇒ **Gestione del rischio: redazione della nuova istruzione operativa e del nuovo registro**

- Redazione del protocollo ASS SA I 21 “Segnalazione e gestione degli episodi di violenza a danno dell’operatore/addetto/visitatore e degli eventi da contaminazione biologica” e relativi allegati.

La segnalazione spontanea ANCHE IN FORMA ANONIMA degli eventi ma soprattutto dei quasi eventi, tramite l’utilizzo dell’apposita scheda, permette di migliorare il sistema. Inoltre, con la nuova normativa, il sistema passa dall’essere PUNITIVO a PERFORMATIVO, ovvero qualora vi sia una segnalazione volontaria l’obiettivo è quello di non penalizzare il dipendente che segnala di aver sbagliato cercando di coinvolgerlo al fine di ricercare insieme al TEAM DI RISK MANAGEMENT soluzioni ATTUABILI.

- Eliminazione del registro degli esposti e sostituzione con un registro per la gestione del rischio socio-sanitario-assistenziale (Rev 00 del 28/11/2017). Il nuovo documento va a segnalare più nello specifico, l’evento che ha portato a contaminazione biologica indicando una serie di dati che permettono di gestire l’accaduto con più attenzione.

⇒ **Prima ipotesi progettuale per attivare il percorso di riconciliazione terapeutica e ipotesi di consulenza con il dott. Ferdinando Schiavo**

Per gestire le difficoltà presenti all’interno del soggiorno Edera, relative alla natura e alla severità della patologia dei residenti, è stato contattato il dott. Schiavo, specialista in neurologia e geriatria, per analizzare le problematiche di agitazione, le manifestazioni di aggressività e di affaccendamento dei residenti. Nell’incontro del 16.10.2018, lo specialista si è focalizzato sull’aspetto farmacologico della presa in carico presupponendo che questo vada ad incidere su manifestazioni alterate del comportamento.

Gli incontri che verranno fissati successivamente serviranno per creare una cultura rivolta alla consapevolezza della presa in carico farmacologica e all’efficacia delle somministrazioni di alcuni farmaci rispetto ad altri. Tutto questo consente di continuare la sperimentazione del progetto di RICONCILIAZIONE TERAPEUTICA con il supporto specialistico del consulente.

⇒ **Seconda revisione del documento “Analisi dei Rischi e delle Opportunità di Casa Albergo per Anziani e della Casa del Vento Rosa”**

Il documento, come sopra riportato, è stato rivisto con l’emissione di una nuova revisione (rev.02 del 17/10/2018). La modifica sostanziale ha riguardato l’introduzione di una tabella che va a dettagliare le azioni che la Casa sta svolgendo per affrontare i punti di forza e di debolezza e i rischi.

A conclusione di tali attività intraprese nel 2018 è possibile affermare che quanto messo in campo per affrontare i rischi e le opportunità è risultato coerente e confacente rispetto alle esigenze della Struttura. Il considerevole lavoro profuso trova già una rispondenza rispetto alle attività che sono in corso di programmazione o avviate nel 2019.

## **21. Adeguatezza delle risorse**

Le risorse messe a disposizione nonché gli spazi della Struttura risultano essere adeguati rispetto alla loro destinazione d’uso. Ad ogni buon fine, nel caso di apparecchiature non funzionanti/danneggiate ogni operatore della Casa è formato rispetto alla redazione della specifica scheda di manutenzione per effettuare la verifica/sistemazione della strumentazione stessa.

## 22. Opportunità di miglioramento

Ipotesi di una serie di progettualità, che nel considerare collaborazioni diverse, analizza i bisogni del territorio considerando i relativi impegni economici, al fine di essere nodo della rete per il miglioramento continuo e l'attivazione di nuovi servizi, sia da offrire all'interno della Casa che sul territorio.

Le scelte svolte nel corso del 2018, hanno saputo dare una visione di futuro riqualificando ulteriormente i servizi dalla Casa offerti i quali hanno riscontrato pareri favorevoli da parte di tutti i soggetti di parte terza di volta in volta intervenuti.

La cura verso la persona ha trovato nel tempo numerosi supporti grazie anche al continuo divenire del "sistema qualità" il quale riesce a caratterizzarsi per quella continua ricerca di miglioramento sul quale e verso il quale ogni risorsa viene ad essere protesa.

Le opportunità di miglioramento che si intendono intraprendere, e che trovano puntuale riscontro nei documenti ufficiali della Casa, come da programmazione dell'Organo di Governo, sono le seguenti:

- Implementazione dei progetti innovativi volti a creare nuove forme di allargamento dei servizi offerti partendo in primis dalla gestione di quelli a favore della domiciliarità;
- Implementazione della "raccolta fondi e lasciti testamentari";
- Programmazione di un percorso formativo e di consulenza esterna volto ad avviare il servizio legato alla disabilità nei primi mesi del 2019;
- Il raggiungimento dell'obiettivo legato alla riduzione di rischio nell'ambito somministrazione, deve puntare al contenimento dei tempi ed a ritardare l'eccesso di prescrizioni a carico degli assistiti grazie all'implementazione del progetto legato alla "riconciliazione terapeutica",
- Puntuale attuazione del binomio "progetti/formazione" (con attuazione di laboratori seminariali, tavoli tematici legati alla progettualità in corso) divenuto ormai la colonna portante del modo di muoversi della Casa;
- Inaugurazione dei due posti letto Hospice il 10 Novembre 2018 e successivo iter di autorizzazione ed accreditamento del servizio nella sua impostazione a regime. Obiettivo è quello di rafforzare il servizio del Centro garantendo un sostenibile orizzonte di sviluppo ai servizi rivolti alle persone sofferenti in stato di terminalità;
- Relazione del Piano delle Performance (2017-2019) e dello stato di attuazione delle stesse (documento aggiornato al 15.10.2018) che ha trovato concreta attuazione per l'anno di riferimento nello sviluppo del Sistema Qualità, in Progetti finalizzati di struttura, nella rendicontazione attraverso il Bilancio Sociale, nella somministrazione di questionari, nel Controllo di Gestione e nell'implementazione del Modello Organizzativo della Casa;
- Continuare ad attuare una visione d'insieme capace di accettare i rischi e gli imprevisti, per tendere al rafforzamento e all'affermazione dei valori propri di ogni persona.

## 23. Output del Riesame della Direzione

Si effettua rimando ai principali documenti i quali si configurano come output del riesame della Direzione:

Documento	Possibilità di consultazione
Bilancio di Previsione 2018*	Ufficio Segreteria
Bilancio di Esercizio 2018*	Ufficio Segreteria
Modello Organizzativo	Cartella Condivisa in Rete
Piano integrato delle attività progettuali e formative*	Ufficio Segreteria
Piano delle Performance*	Ufficio Segreteria
Piano degli investimenti	Ufficio Segreteria
Report Semestrali*	Ufficio Qualità
Valutazione dei Fornitori	Ufficio Economato
Bilancio Sociale*	Ufficio Segreteria
Cruscotto Aziendale	Presso i rispettivi uffici: Risorse Umane, Economato, Qualità, Hospice, Sociale
Titoli Autorizzatori*	Ufficio Segreteria
Verbali SIC	Ufficio Segreteria
Riesame della Direzione 2019 riferito alla gestione dell'anno 2018*	Ufficio Qualità
Questionari di Gradimento residenti e familiari Casa Albergo e Hospice*	Ufficio Segreteria
Questionari di soddisfazione del personale e rilevazione fabbisogni formativi**	Ufficio Segreteria
Verbali verifiche ispettive interne effettuate dal consulente anno 2018	Ufficio Qualità
Verbali verifiche ispettive interne effettuate dal personale anno 2018	Ufficio Qualità
Non conformità, azioni correttive ed eventi anno 2018	Ufficio Qualità
Progetti della Casa 2018*	Rispettivi Uffici Proponenti
Analisi dei rischi di Casa Albergo e della Casa del Vento Rosa**	Ufficio Qualità

\* tali documenti sono consultabili in formato file all'interno del Modello Organizzativo.