

All.051.01	Istituti Polesani	Rev.	Data emissione
	Carta Dei Servizi	10	25/05/2021

CARTA DEI SERVIZI

ISTITUTI POLESANI



Sommario

1. Premessa.....	1
2. “Istituti Polesani S.r.l.”	2
2.1 Gli Istituti Polesani: ubicazione.....	4
3. La Politica aziendale	5
3.1 Principi fondamentali	7
4. Ammissione in struttura	8
5. Inserimento ed attuazione U.O.I.	10
6. Servizi assicurati dagli Istituti Polesani come convenuto con l’U.L.S.S.....	11
6.1 Servizio alberghiero	12
6.2 Assistenza socio-sanitaria	13
6.3 Riabilitazione psico-fisica	14
6.3.1 Il servizio di riabilitazione	14
6.3.2 Servizio sociale	14
6.3.3 Servizio di fisiokinesiterapia	15
6.3.4 Servizio di logopedia.....	16
6.3.5 Le attività socio terapeutiche	17
6.4 Attività ricreative culturali e creative di animazione, attività di socializzazione, occupazionali e motorie interne alla struttura	18
6.5 Assistenza medica e infermieristica diurna e notturna	19
6.6 Assistenza psicologica.....	20
6.7 Igiene e cura della persona e del suo aspetto	21
6.8 Aiuto nello svolgimento delle attività quotidiane	22
7. Servizi di supporto	23
8. Prestazioni sanitarie e di rilievo sanitario	24
8.1 Attività medica	25
8.2 Attività medica specialistica.....	25
8.3 Attività specialistiche e di riabilitazione	26
8.4 Erogazione di protesi e ausili	26
8.5 Fornitura farmaci	27
8.6 Presidi sanitari.....	27
9. Il Centro di Lavoro Guidato	28
10. Orari di visita per familiari e Rappresentanti giuridici	29
11. Standard di qualità, indicatori e strumenti di misurazione dei risultati	29
12. Impegni e programmi di miglioramento della qualità dei servizi forniti	30
13. Meccanismi di tutela e verifica	31

1. PREMESSA

La **Carta dei Servizi** ⁽¹⁾ rappresenta uno strumento per attivare un dialogo con i propri “Clienti”, che sono rappresentati dall’Utente finale fruitore del servizio, dagli Enti locali, dalle Istituzioni Socio-Sanitarie locali e nazionali.

Le finalità della **Carta dei Servizi** sono:

- comunicare ed informare in modo chiaro e trasparente la tipologia di prestazioni erogate;
- facilitare l’accesso e la fruibilità della gamma dei servizi erogati dall’Azienda;
- coinvolgere il cittadino-utente nell’attività di miglioramento continuo del servizio offerto;
- definire gli obiettivi di qualità;
- verificare impegni ed obiettivi assunti;
- applicare forme di tutela attraverso procedure di reclamo.

In sintesi gli Istituti Polesani si propongono di accompagnare il possibile utente ed i suoi familiari in un ideale percorso di approccio e conoscenza della struttura.

¹ Riferimenti normativi:

Il D.L. 3/5/95 n. 163, convertito con L. 11/7/95 n. 273 prevede l’adozione da parte di tutti i soggetti erogatori di servizi pubblici, anche operanti in regime di concessione o mediante convenzione, di proprie “**Carte dei Servizi**”.

Lo schema generale di riferimento per il settore Sanitario è stato adottato con il D.P.C.M. del 19/05/95.

2 . “ISTITUTI POLESANI.”

L’obiettivo della struttura è quello di recuperare il soggetto ospitato ipotizzando un suo eventuale reinserimento nell’ambiente, con il coinvolgimento della famiglia e del territorio, teso comunque al raggiungimento della migliore qualità di vita possibile.

Le **UNITA’ di OFFERTA** di **Istituti Polesani** si suddividono in:

➤ **RSA per persone con disabilità**

- ❖ Servizio residenziale per disabili con limitazioni di autonomia sia fisiche che mentali, nella cui valutazione multidimensionale, risulti comunque inequivocabile l’impossibilità dell’assistenza domiciliare o dell’inserimento in altra struttura per disabili.

La struttura è finalizzata all’assistenza, all’erogazione di prestazioni sanitarie e al recupero funzionale di persone prevalentemente non autosufficienti.

Vengono inseriti disabili adulti con gravi limitazioni di autonomia, caratterizzati da un elevato bisogno assistenziale socio sanitario.

➤ **CENTRO di riferimento per gravi disabilità e disturbi del comportamento con elevata necessità sanitaria**

- ❖ Servizio residenziale per persone disabili previsto dalla DGR 40 del 21 gennaio 2013, per il quale, in considerazione del maggior bisogno assistenziale di tipo sanitario degli ospiti accolti, sono previsti standard superiori a quelli previsti dalla DGR 84/2007 per le RSA per disabili.

Gli ospiti sono individuati a seguito di valutazione effettuata con SVaMDi, e appartenenti al cluster di gravità corrispondente a quello di maggior impegno sanitario.

La struttura è finalizzata all’assistenza, all’erogazione di prestazioni sanitarie e recupero funzionale di persone gravemente non autosufficienti.

➤ **COMUNITA' ALLOGGIO per persone con disabilità**

- ❖ Servizio residenziale che accoglie persone adulte con disabilità prive di nucleo familiare o per le quali sia impossibilitata la permanenza nel nucleo familiare sia temporaneamente o permanentemente.

La struttura è rivolta all'accoglienza e gestione della vita quotidiana, orientata alla tutela della persona, allo sviluppo delle abilità sociali e alla riabilitazione, o anche alla realizzazione di esperienze di vita autonoma, di pronta accoglienza e/o di accoglienza programmata.

Vengono inseriti adulti con disabilità.

➤ **RSSP_Residenza SocioSanitaria Psichiatrica**

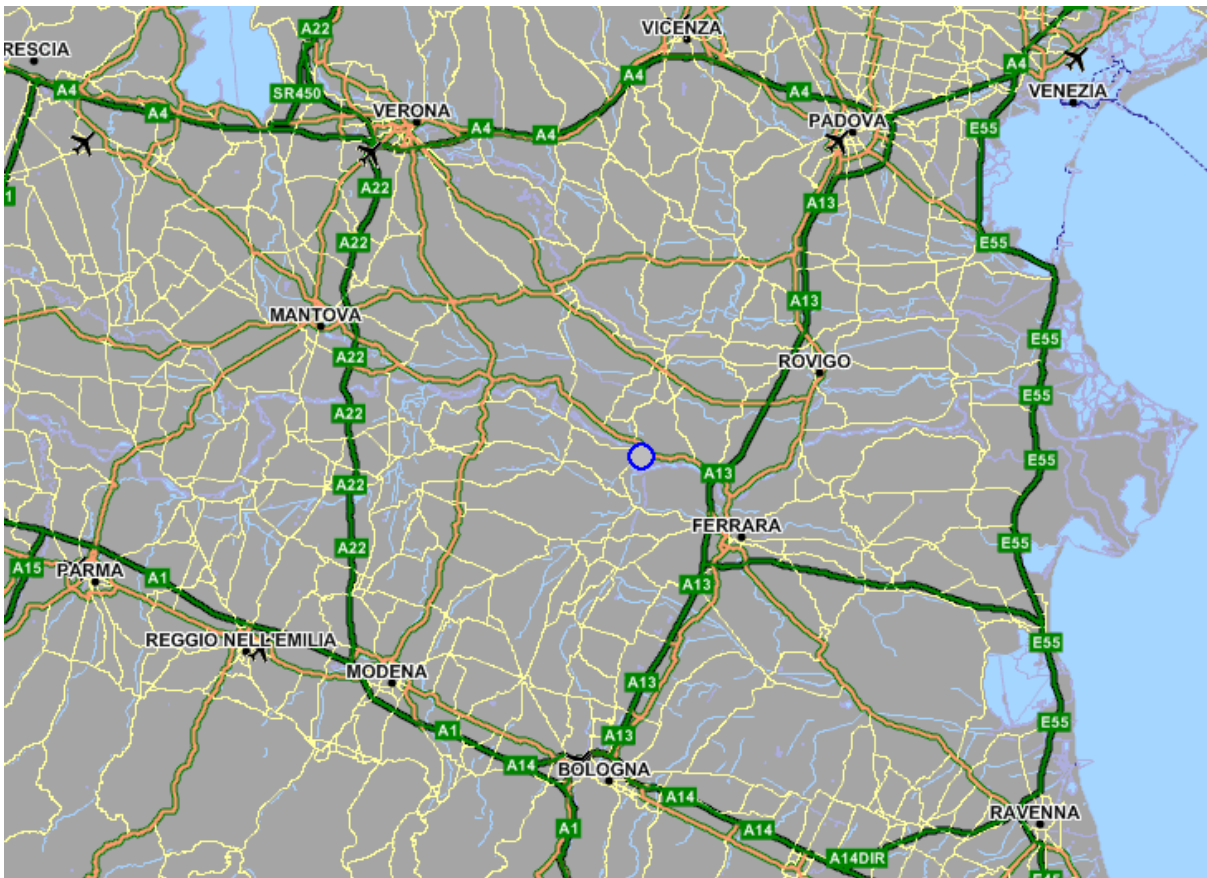
- ❖ La RSSP è una struttura socio-sanitaria a prevalente finalità socio-assistenziale destinata all'accoglienza di utenza con prevalente necessità lungoassistenziale. Essa ha una capacità ricettiva di 20 posti letto. Ha la finalità di accoglienza e gestione della vita quotidiana, orientata al supporto ed al mantenimento delle abilità residue.

2.1 GLI ISTITUTI POLESANI: UBICAZIONE

Gli ISTITUTI POLESANI si trovano nella provincia di Rovigo, nel Comune di Ficarolo, in Via Don Minzoni n° 80, tel. 0425.727444 fax 0425.708398.

La località è alla confluenza di tre Regioni: Veneto, Emilia Romagna e Lombardia, precisamente tra le provincie di Rovigo, Ferrara e Mantova.

E' situata a pochi chilometri dal casello Autostradale di Occhiobello della A 13 Padova-Bologna, ed è facilmente raggiungibile percorrendo la strada Provinciale Eridania Occidentale.



3. LA POLITICA AZIENDALE

La DG degli **ISTITUTI POLESANI S.r.l.**, consapevole dei compiti dell'azienda e di ogni suo dipendente e collaboratore per il perseguimento della soddisfazione dei suoi ospiti e delle parti interessate, ritiene doveroso aderire alle normative in tema di qualità e sicurezza, con l'obiettivo di migliorare la salute e sicurezza dei lavoratori sul luogo di lavoro.

Si è deciso, pertanto, di confermare il proprio Sistema di Gestione per la Qualità e Sicurezza secondo la norma UNI EN ISO 9001:2015 e OHSAS 18001:2007, le quali consentono, in tale ottica, di esprimere al meglio le potenzialità insite nell'organizzazione .

Tutto il Sistema di Gestione è definito nel **MANUALE DELLA QUALITÀ E SICUREZZA**.

L'organigramma, le procedure e le istruzioni di lavoro specificano le responsabilità di ogni funzione e ruolo, nonché il flusso ed i metodi di svolgimento delle attività viste come unità d'azione di processi trasversali alle funzioni. Qualsiasi azione viene prestabilita, eseguita e controllata adeguatamente in conformità al Sistema di Gestione.

La documentazione citata è disponibile per tutti, e, ad ognuno viene consegnata secondo le sue competenze e necessità.

Si stabilisce pertanto che tutti seguano le prescrizioni in essa contenute.

Ognuno è invitato a proporre modifiche per migliorare il sistema e renderlo sempre più funzionale e adatto all'evoluzione delle circostanze, mantenendolo tuttavia sempre aderente alle norme sopra citate ed eventuali aggiornamenti e/o sostituzioni.

La DG stabilisce la **Politica per la Qualità (MISSION)**, pianificando obiettivi misurabili e coerenti.

La “MISSION” degli ISTITUTI POLESANI è quella di garantire e/o migliorare il livello di qualità della vita dei propri Ospiti, prevalentemente affetti da handicap fisici, psichici, sensoriali e *disturbi del comportamento*.

Alla base della progettazione e dell'organizzazione dei servizi prestati si pone l'individuazione delle reali esigenze dell'Ospite in un'ottica di personalizzazione del servizio volto al miglioramento dell'autonomia fisica e mentale ed alla sua integrazione.

Obiettivo primario è quello di attivare e gestire un complesso di attività finalizzate a garantire un elevato livello delle prestazioni erogate.

Nella gestione aziendale viene data particolare rilevanza all'informazione ed alla formazione del personale per renderlo consapevole e partecipe della "mission" e delle modalità operative idonee al raggiungimento dei traguardi prefissati.

La DG si impegna inoltre affinché:

1. Sia considerato una priorità il rispetto della LEGISLAZIONE VIGENTE in materia di sicurezza e salute nel lavoro;
2. L'INFORMAZIONE SUI RISCHI AZIENDALI sia diffusa a tutti i lavoratori; la FORMAZIONE degli stessi sia effettuata ed aggiornata con specifico riferimento alla mansione svolta;
3. Sia garantita la consultazione dei lavoratori, anche attraverso il rappresentante dei lavoratori per la sicurezza, in merito agli aspetti della sicurezza e salute sul lavoro;
4. Tutti i lavoratori siano formati, informati e sensibilizzati per svolgere i COMPITI loro assegnati in materia di sicurezza;
5. La struttura aziendale partecipi, secondo le proprie attribuzioni e competenze, al RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI di sicurezza assegnati;
6. La progettazione delle macchine, gli impianti e le attrezzature, i luoghi di lavoro, i metodi operativi e gli aspetti organizzativi siano realizzati in modo da salvaguardare la SALUTE dei lavoratori, i terzi e la comunità in cui l'azienda opera;
7. Si faccia fronte con rapidità ed efficacia a NECESSITA' emergenti nel corso delle attività lavorative;
8. Siano promosse la COOPERAZIONE tra le varie risorse aziendali, la COLLABORAZIONE con le organizzazioni imprenditoriali e con Enti esterni preposti.
9. Siano privilegiate le azioni preventive e le indagini interne a tutela della sicurezza e salute dei lavoratori, in modo da RIDURRE significativamente le probabilità di accadimento di INCIDENTI ed in particolare di INFORTUNI.
10. Siano riesaminati periodicamente la Politica, gli Obiettivi e l'attuazione del SGQS allo scopo di ottenere un miglioramento continuo del livello di sicurezza e salute sul lavoro in azienda.

3.1 PRINCIPI FONDAMENTALI

Gli ISTITUTI POLESANI finalizzano il loro impegno alla ricerca di un rinnovamento qualitativo continuo, affinché l' Ospite raggiunga il più alto grado di autonomia possibile nella vita quotidiana; a tale scopo si impegnano a curare l'erogazione dei propri servizi nel rispetto dei seguenti principi fondamentali:

1. **Eguaglianza:** equità nell'assistenza fornita, intesa come divieto di ogni discriminazione di sesso, razza, lingua, religione;
2. **Imparzialità:** neutralità rispetto agli utenti, intesa come giustizia di comportamento nei loro confronti, impegnandosi a soddisfare i loro bisogni nell'osservanza della loro dignità;
3. **Continuità:** regolarità nell'erogazione del servizio senza interruzione alcuna e partecipazione, garantita attraverso la tutela del diritto di scelta ed una corretta erogazione del servizio, favorendo altresì la collaborazione fra il Centro Servizi ed i soggetti fruitori;
4. **Diritto di scelta:** a tutti i cittadini viene riconosciuto il diritto di scegliere la sede e il soggetto erogatore del servizio richiesto;
5. **Diritto di accesso** a tutta la documentazione, sanitaria ed amministrativa ed a tutto ciò che li riguarda;
6. **Efficacia ed Efficienza:** criteri permanenti nell'operato dell'intera organizzazione, che continuano l'azione già da tempo intrapresa per il miglioramento qualitativo dei servizi erogati in linea con i principi fondamentali richiamati in precedenza.

Il modello utilizzato è quello della presa in carico istituzionale del "vivere", inteso come l'insieme delle relazioni continuative tra curanti e curati.

4.AMMISSIONE IN STRUTTURA

Istituti Polesani è in grado di accogliere persone affette da handicap fisici, psichici e sensoriali con e senza impegnativa di Residenzialità rilasciata dall'Azienda Ulss di residenza.

La richiesta di inserimento presso il Centro Servizi può essere proposta dalla persona stessa, da un familiare o dall'Assistente Sociale di riferimento.

Le procedure burocratico-amministrative saranno espletate direttamente dagli uffici della struttura.

Sono richiesti i seguenti documenti:

- documento di riconoscimento (in corso di validità) *in originale*;
- tessera sanitaria *in originale*;
- tessera sanitaria magnetica *in originale*;
- esenzione ticket *in originale*;
- certificato di residenza *in originale*;
- tessera elettorale *in originale*;
- copia certificazione redditi + ISEE;
- copia del certificato d'invalidità o della domanda (se in possesso);
- verbale nomina tutore/amministratore di sostegno (se non libero da vincoli);
- certificato del medico curante che certifichi l'esenzione da malattie infettive, le patologie in atto, ricoveri ospedalieri, la terapia in atto, la presenza di eventuali allergie;
- RX Torace.
- Per ulteriori informazioni in merito ai servizi offerti ed al trattamento economico si prega di contattare l'Assistente Sociale al numero 0425/727444, oppure compilare il form nella pagina Home del sito www.istitutipolesani.it

ACCESSO CON IMPEGNATIVA DI RESIDENZIALITA'

In caso di ingresso con impegnativa di residenzialità, ci si deve rivolgere all'Assistente Sociale di competenza del territorio di residenza.

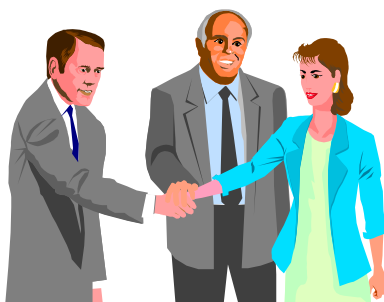
A seguito della presentazione di tale richiesta l' ULSS di residenza emette l' impegnativa solo dopo che la persona è stata valutata dall'U.V.M.D. (Unità

Valutativa Multidimensionale), dell’Azienda Ulss di residenza del potenziale Ospite, la quale provvederà alla valutazione del livello di autonomia della persona richiedente tramite la Scheda S.Va.M.Di. (Scheda di Valutazione Multidimensionale Disabili) contenente i dati sanitari e sociali della persona da accogliere.

ACCESSO SENZA IMPEGNATIVA DI RESIDENZIALITA’

Per inserire una persona affetta da handicap fisici, psichici e sensoriali, ci si deve rivolgere all’Assistente Sociale del Centro Servizi dove verrà fissato un colloquio informativo nel quale verranno illustrate la struttura, le attività svolte, nonché i servizi offerti.

Per procedere in questa modalità dovrà essere compilata la domanda di ingresso, che verrà accolta non appena si renda disponibile un **posto letto**. Il Centro Servizi contatterà quindi l'utente per un secondo colloquio, per una visita alla **struttura residenziale** e per definire i tempi e la **documentazione necessari per l'ingresso**.



5. INSERIMENTO ED ATTUAZIONE U.O.I.

Il momento dell'inserimento di un nuovo Ospite è caratterizzato da un'iniziale attivazione del Servizio Sociale che, adoperandosi a più livelli garantisce l'acquisizione delle informazioni utili per definire l'anamnesi clinica, psicologica e sociale della persona che verrà accolta.

Attraverso i dati forniti dai servizi competenti della ULSS (**U.V.M.D.**, scheda **S.V.A.M.D.I.** ecc.), colloqui con i familiari ed incontri eventuali con gli operatori che si sono precedentemente interessati al caso, è possibile definire le caratteristiche psicopatologiche della persona e rilevarne i bisogni, per ipotizzare un'idonea collocazione.

L' **Unità Operativa Interna** si adopera per la realizzazione di un Progetto Personalizzato identificando l'approccio metodologico, utilizzato nel processo di definizione dei differenti percorsi terapeutici riabilitativi in risposta alle molteplici e differenti esigenze delle persone accolte nella struttura

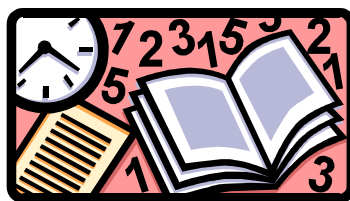
L'**Ospite** verrà dunque progressivamente inserito in tutte le attività di socializzazione ed in quelle riabilitative a lui più confacenti per garantirGli un processo di integrazione che rispetti i suoi bisogni ed i suoi tempi.

6.SERVIZI ASSICURATI COME CONVENUTO CON L'AZIENDA U.L.S.S.

L'Ente Gestore con la propria organizzazione deve garantire agli ospiti i seguenti servizi:

- ❖ Servizio alberghiero;
- ❖ Assistenza socio sanitaria;
- ❖ Riabilitazione psico-fisica come da apposito progetto individuale elaborato dalla U.V.M.D.
- ❖ Attività ricreative culturali e creative di animazione, attività di socializzazione, occupazionali e motorie interne alla struttura;
- ❖ Assistenza infermieristica diurna e notturna;
- ❖ Assistenza psicologica;
- ❖ Igiene e cura della persona e del suo aspetto;
- ❖ Aiuto nello svolgimento delle attività quotidiane;

L'onere è stabilito dalla DGRV vigente.



6.1 SERVIZIO ALBERGHIERO

Il servizio alberghiero riveste una particolare importanza.

Gli operatori giornalmente provvedono al riordino delle camere, all'igienizzazione dei locali ed alla raccolta e smistamento della biancheria personale e piana.

All'interno della struttura esiste un servizio di guardaroba dove ogni capo di vestiario viene personalizzato ed un servizio di lavanderia.

La distribuzione della colazione, del pranzo e della cena avviene nelle apposite sale opportunamente arredate e predisposte in ogni **Unità di Offerta**.

Il menù, invernale ed estivo, è redatto da una dietista della società di ristorazione fornitrice del vitto ed è articolato in 4 settimane.

Si pone particolare attenzione alle esigenze dietetiche e terapeutiche di ognuno, prevedendo inoltre la possibilità di intervenire con particolari sostegni nutrizionali sotto stretta sorveglianza del Medico.

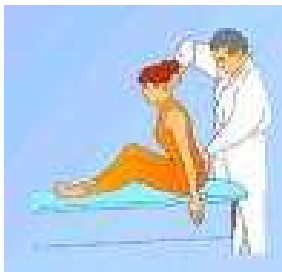
Il cibo è costantemente monitorato e controllato, fornito da un'Azienda per la Ristorazione Collettiva uniformata alle norme **HACCP**.



6.2 ASSISTENZA SOCIO SANITARIA

La figura dell'**Operatore Socio Sanitario** risulta determinante, in quanto principale contatto quotidiano con l'**Ospite**; ovvio dunque il suo coinvolgimento nei piani riabilitativi programmati e la sua collaborazione sistematica con l'**Educatore** ed i tecnici della riabilitazione.

Le funzioni dell'**Educatore** si esplicano in particolare attraverso l'attuazione di programmi mirati a prevenire forme di disagio, marginalità ed isolamento, promuovendo le potenzialità di ogni singolo ospite.



6.3 RIABILITAZIONE PSICO-FISICA

6.3.1 IL SERVIZIO DI RIABILITAZIONE

Le caratteristiche funzionali-strutturali sono correlate alla tipologia degli Utenti ospitati, al grado di dipendenza.

E' perciò fondamentale che il trattamento riabilitativo si inserisca in un corretto clima terapeutico, che consenta di conservare ed incrementare gli stimoli proposti; lo stato di benessere dell'Ospite può dunque essere identificato come il giusto **equilibrio** tra l'area **fisica, mentale e sociale**.

La qualità di vita all'interno del Centro Servizi dipende dal grado di raggiungimento di questo traguardo, sempre nel limite della complessità delle patologie, attraverso interventi per lo sviluppo ed il recupero delle risorse personali eventualmente ancora inesprese o temporaneamente perdute.

6.3.2 SERVIZIO SOCIALE

Il **Servizio Sociale** svolge compiti ed attività polivalenti rivestendo un ruolo primario nel lavoro d'equipe.

L'Assistente Sociale intrattiene infatti i rapporti con i Familiari e/o Tutori degli Ospiti, segue tutte le pratiche per le pensioni di Invalidità o d'accompagnamento, richiede le autorizzazioni necessarie per gite od uscite programmate dall'Istituto, per eventuali interventi chirurgici ed esami specialistici esterni, partecipa alla **U.O.I.** ed alla **U.V.M.D.**, si occupa di garantire l'**Assistenza** in occasione di ricovero in Ospedale.

Gestisce inoltre i rapporti con i **Tribunali**, segue le pratiche d'interdizione ed Inabilitazione, è costantemente in collegamento con le **Aziende ULSS** e si occupa di tutte le certificazioni anagrafiche ed elettorali che riguardano i **Comuni**.

In accordo con i familiari e/o tutori e nel rispetto del Piano Riabilitativo in atto, valuta le quotidiane particolari esigenze, fungendo da vero e proprio punto di riferimento per qualsiasi problema.

6.3.3 SERVIZIO DI FISIOKINESITERAPIA

Avvalendosi di precise indicazioni da parte della U.O.I. ed in stretta collaborazione con tutte le figure professionali il fisioterapista esegue un programma di intervento personalizzato per ogni ospite, per prevenire le disabilità derivanti dall'immobilizzazione o riattivare le residue capacità ottimizzando l'attività di rieducazione psico-motoria nelle specifiche patologie.

Tutto il Servizio è uniformato dunque ai seguenti principi:

- Valutazione di base della condizione psico-fisica del paziente;
- Osservazione dei dati macroscopici sulla deambulazione, sul trofismo muscolare, cecità, udito, respirazione, tipo di carattere;
- Valutazione della capacità di collaborazione del Paziente;
- Continuità del trattamento improntato con tecniche specifiche, terapie, posture, ecc.;
- Individuazione di strumenti o presidi per l'ausilio eventuale nella deambulazione (carrozzelle, calzature ortopediche, calzari elasticizzati, ecc.), definendone tutte le pratiche per la richiesta e l'acquisizione.

Le attività sono svolte negli ambulatori predisposti dell'**Area Riabilitativa** e nella **Palestra** opportunamente attrezzata, Area Riabilitativa e Palestra al servizio di tutte le Unità di Offerta.

6.3.4 SERVIZIO DI LOGOPEDIA

Compito del **Logopedista** è la rieducazione e riabilitazione delle patologie riguardanti la comunicazione ed il linguaggio.

In tal senso la sua competenza si esplica perciò nell'interessamento ai problemi cognitivi ed ai disturbi del linguaggio.

L'Attività **Logopedica** è supportata dalla competenza specialistica dello **Psicologo** che fornisce un contributo di rilievo nell'orientamento diagnostico, al fine di indirizzare il tipo di trattamento ritenuto più appropriato in relazione alle specifiche problematiche dell'Ospite.

Dopo un attento **“screening neuropsicologico”** attraverso il quale vengono rilevate e valutate le capacità comunicative, si elabora l'intervento che sostanzialmente può avere tre diversi indirizzi:

1. **espressivo**, potenziando o mantenendo la comunicazione verbale e non;
2. **cognitivo**, aumentando il livello della capacità attentivo-mnemonica e l'orientamento spazio-temporale;
3. **grafo-motorio**, rivolto ai pazienti che possono acquisire o utilizzare tecniche di lettura e scrittura.

La necessità di orientare le pratiche riabilitative verso il perseguimento di risultati prefissati fa sì che il Servizio Logopedico sia coinvolto in una sistematica attività di monitoraggio, fornendo informazioni utili per confrontare gli obiettivi pianificati con i rendimenti conseguiti. Tutte le osservazioni ed i risultati vanno riportati in sede di **Unità Operativa Interna**, che valuterà l'esito dell'intervento specialistico in maniera più globale, eventualmente ridefinendolo nelle modalità strategiche ed attuative



6.3.5 LE ATTIVITÀ SOCIO TERAPEUTICHE

Prevedono gruppi di discussione, visite guidate a musei, monumenti o città, partecipazione ad eventi particolari come fiere o manifestazioni , organizzazione di feste a tema o di compleanno; uscite mirate che vanno dalla visita settimanale al mercato del paese al soggiorno climatico o turistico, per acquisire o stimolare l'apprendimento delle regole sociali (corretto uso del denaro, comportamenti, ecc..) in una realtà diversa da quella abituale.

Sono inoltre praticate attività Ginnico-Sportive di gruppo, partecipazione ed organizzazione a gare o tornei, che oltre a favorire l'esercizio fisico servono a promuovere un maggior autocontrollo, una positiva accettazione dei propri limiti ed un preciso rispetto di quelli altrui.



6.4 ATTIVITA' RICREATIVE CULTURALI E CREATIVE DI ANIMAZIONE, ATTIVITA' DI SOCIALIZZAZIONE, OCCUPAZIONALI E MOTORIE INTERNE ALLA STRUTTURA

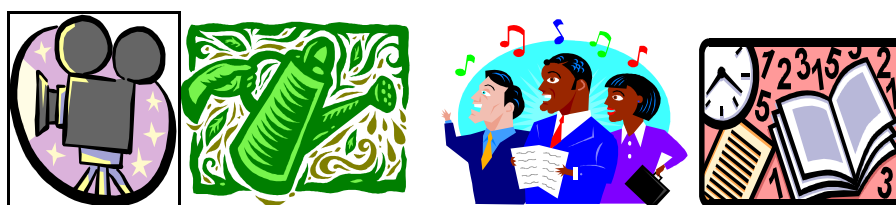
E' attivo ormai da diversi anni nella struttura il Laboratorio di Ricamo e Cucito, dove le nostre **Ospiti**, attraverso l'alto grado qualitativo raggiunto, propongono varie mostre mercato nell'arco dell'anno, divenute veri e propri appuntamenti tradizionali per l'intera comunità del paese di Ficarolo.

E' presente inoltre un attrezzato laboratorio di pittura e informatico, in cui gli **Ospiti** possono utilizzare nuove modalità espressive.

Sono organizzati in occasioni particolari spettacoli in cui i nostri **Utenti** sono coinvolti in vere e proprie attività di recitazione, canto, ballo, proponendosi come creatori di piacevoli momenti di incontro.

All'interno del Centro Servizi viene redatto in tutte le sue parti un vero e proprio "giornalino", dattiloscritto e distribuito periodicamente dagli **Ospiti** stessi, stimolando le Loro capacità comunicative per esternare idee e sensazioni percepite nella vita in comunità, e nel territorio.

Sono inoltre presenti attività operative che prevedono il coinvolgimento dei nostri **Ospiti** in lavori prettamente occupazionali e creativi.



6.5 ASSISTENZA INFERMIERISTICA DIURNA E NOTTURNA

Il Centro Servizi assicura compiti di coordinamento sanitario del personale infermieristico e di assistenza, nell'ambito dei programmi terapeutico riabilitativi organizzati dalla U.O.I.

Il servizio è attivo nell'arco totale delle ventiquattr'ore, con la presenza del **Medico** e degli **Infermieri**, che rappresentano uno dei riferimenti costanti nella giornata degli **Ospiti**.

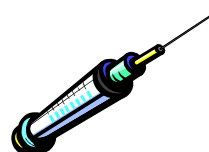
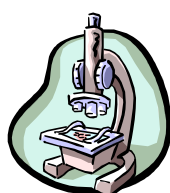
Il principio base al quale si conforma il sistema sanitario interno è caratterizzato da una attenta e sistematica professionalità in grado di individuare il malessere o il dolore anche di ospiti incapaci di esprimere il proprio stato psico-fisico.

Le attività svolte sono le seguenti:

- ❖ visita medica generale all'atto dell'ingresso nella struttura e costruzione del diario clinico;
- ❖ visite mediche periodiche generiche e specialistiche interne;
- ❖ esami strumentali interni;
- ❖ richiesta di visite specialistiche esterne e di esami strumentali esterni;
- ❖ medicazioni, vaccinazioni, prelievi e somministrazione di farmaci;
- ❖ osservazione sistematica del profilo sanitario dell'**Ospite**;

Tutto il servizio è dunque uniformato ai seguenti processi:

- I. rilevazione generale ed indifferenziata del profilo sanitario degli Ospiti;
- II. individuazione e cura delle patologie croniche;
- III. rilevazione e cura delle malattie insorgenti;
- IV. interventi di urgenza ed emergenza medica.



6.6 ASSISTENZA PSICOLOGICA

All'interno del Centro Servizi lo psicologo svolge colloqui di sostegno individuali e di gruppo con gli Ospiti; cura l'elaborazione, la programmazione e la verifica dei Progetti Personalizzati e dei vari progetti riguardanti le attività previste. Inoltre, lo psicologo supervisiona l'attività degli educatori e degli operatori addetti all'assistenza, con l'obiettivo di migliorare la qualità del loro lavoro.



6.7 IGIENE E CURA DELLA PERSONA E DEL SUO ASPETTO

La figura maggiormente coinvolta è l'**Operatore Socio Sanitario**, che segue gli **Ospiti** costantemente nell'arco della giornata.

I principali interventi sono :

- alzata mattutina;
- igiene personale, attuata secondo modalità e protocolli idonei e verificati; promozione e sostegno delle competenze necessarie per l'autonomia nella cura di sé;
- vestizione in modo completo , seguendo, per quanto possibile, le indicazioni e preferenze gradite a ciascuno;
- programma personalizzato di cura della persona attraverso il quale vengono indicati la quantità e la qualità dei presidi necessari ed il percorso educativo.



6.8 AIUTO NELLO SVOLGIMENTO DELLE ATTIVITA' QUOTIDIANE

L'operatore socio-sanitario presiede inoltre allo svolgimento delle attività quotidiane:

- aiuto alle persone non in grado di alimentarsi in maniera corretta ed autonoma;
- interventi di mobilizzazione e postura concordati con il Medico ed il Tecnico Fisiokinesiterapico, a periodicità costante nell'arco delle ventiquattro ore per Ospiti allettati o costretti a trascorrere gran parte della giornata in carrozzella, per la prevenzione delle piaghe da decubito;
- servizio di somministrazione programmata di liquidi nell'arco della giornata per garantire a tutti una corretta idratazione;
- Servizio di sorveglianza notturna per ciascuna Unità di Offerta.



7. SERVIZI DI SUPPORTO

Il Centro Servizi può erogare, se richieste, ulteriori prestazioni oltre a quelle descritte e stabilite con apposito atto convenzionale sottoscritto con l' U.L.S.S. di competenza.

- ❖ Assistenza attività esterne;
- ❖ Servizio trasporto;
- ❖ Soggiorni periodici in luoghi di villeggiatura;
- ❖ Fornitura capi vestiario .

L'onere di detti servizi è stabilito dall'Ente Gestore.



8. PRESTAZIONI SANITARIE E DI RILIEVO SANITARIO

- ❖ Attività medica;
- ❖ Attività medica specialistica;
- ❖ Attività specialistiche di riabilitazione;
- ❖ Erogazione di protesi e ausili;
- ❖ Fornitura farmaci;
- ❖ Presidi sanitari.

L'onere è stabilito dalla Giunta Regionale Veneto.



8.1 ATTIVITÀ MEDICA

L'attività medica di medicina generale agli ospiti, viene garantita dall'Azienda U.L.S.S., che si avvale di medici convenzionati ed individuati dal Direttore Generale.

L'Azienda ULSS garantisce inoltre le prestazioni sanitarie, mediche, farmaceutiche con le modalità e le disposizioni previste dalla vigente normativa .

Le attività del medico di medicina generale sono:

- colloquio con ospite ed i suoi familiari finalizzato alla raccolta dei dati anamnestici e contestuale esame obiettivo delle condizioni generali dell'ospite al momento dell'ingresso;
- assistenza all'ospite relativamente a tutte le necessità di intervento medico durante la permanenza in struttura;
- compilazione della documentazione sanitaria;
- partecipazione all' U.O.I. (Unità Operativa Interna), equipe interna che elabora il Progetto Personalizzato e verifica la situazione clinica e sociale dell'ospite;
- collaborazione con le altre figure professionali presenti nella struttura;
- relazione con i familiari dell' Ospite per informazioni sullo stato di salute dello stesso.

8.2 ATTIVITÀ MEDICA SPECIALISTICA.

Secondo il principio di fattiva collaborazione e per una più adeguata promozione della qualità delle prestazioni rese alle persone non autosufficienti ospiti della struttura, l' Azienda U.L.S.S. garantisce:

- prestazioni specialistiche presso il Centro Servizi quando le stesse non necessitano di particolari dotazioni strumentali di cui il centro servizi non risulti dotato;
- prestazioni specialistiche di laboratorio e di diagnostica strumentale presso le strutture dell'Azienda U.L.S.S. attivando opportuni e precisi percorsi prioritari e speciali per

favorirne l' accesso, e la riduzione al minimo dei tempi d' attesa, promuovendo in accordo o su proposta dell' Ente refertazioni per via telematica.

In linea di massima le prestazioni specialistiche saranno assicurate da medici specialisti ambulatoriali operanti in una delle sedi territoriali.

8.3 ATTIVITÀ' SPECIALISTICHE E DI RIABILITAZIONE

Le attività specialistiche di riabilitazione sono garantite dall'Ente Gestore.

8.4 EROGAZIONE DI PROTESI E AUSILI

L'erogazione di protesi e ausili è sottoposta alle seguenti condizioni:

- ❖ riconoscimento dei richiedenti quali invalidi civili;
- ❖ concedibilità del presidio come parte integrata di un programma di prevenzione, cura e riabilitazione delle lesioni o dei loro esiti determinanti l'invalidità del richiedente.

Il programma attuato d'intesa tra il medico curante e il responsabile dell'U.O.I. - deve prevedere:

- ❖ una diagnosi circostanziata che scaturisca da una completa valutazione multidimensionale;
- ❖ l'indicazione del presidio con il codice di riferimento del nomenclatore tariffario;
- ❖ un dettagliato programma terapeutico comprendente tempi d'impiego del presidio, modalità di controllo, significato terapeutico riabilitativo.

8.5 FORNITURA FARMACI

L'Azienda U.L.S.S. fornisce direttamente attraverso il proprio servizio farmaceutico o, in casi particolari e previa autorizzazione, tramite le farmacie esterne, i farmaci presenti nel prontuario terapeutico per le strutture sanitarie protette.

Sono istituiti in proposito appositi armadi e registri di carico e scarico dei prodotti forniti.

In caso di effettiva e comprovata urgenza, e nell'impossibilità di provvedere tempestivamente attraverso il servizio farmaceutico, il medico di Medicina Generale operante nella struttura è autorizzato a prescrivere i prodotti farmaceutici sui ricettari regionali in dotazione.

8.6 PRESIDI SANITARI

L'Azienda U.L.S.S. fornisce direttamente attraverso i propri servizi – Farmacia ospedaliera e Magazzino economale - i presidi sanitari elencati nella convenzione vigente tra l'Azienda U.L.S.S. e le strutture protette per l'assistenza sanitaria alle persone ospiti non autosufficienti.

Ulteriori presidi sanitari saranno erogabili se riconosciuti dall'Azienda di provata necessità nell'ambito di programmi terapeutici riabilitativi specifici.

9. IL CENTRO DI LAVORO GUIDATO

L'obiettivo del centro di lavoro guidato è quello di offrire una concreta possibilità di superamento degli svantaggi soggettivi, tale da consentire un accesso protetto al mondo del lavoro.

Nel **“Centro di Lavoro Guidato”** sono attualmente inseriti **Ospiti** costantemente seguiti da Educatori che oltre alle funzioni organizzative, hanno il compito di promuovere la corretta esecuzione di lavori manuali di tipo artigianale o produzione e coltivazione di fiori o piante orticole. Per l'acquisizione delle competenze, necessarie al gruppo di lavoro, si è realizzato una collaborazione con l'Istituto Professionale di Stato “M. e T. Bellini” di Trecenta (RO).



10. ORARI DELLE VISITE DEI FAMILIARI E RAPPRESENTANTI GIURIDICI

I familiari e i rappresentanti giuridici degli ospiti potranno accedere al Centro Residenziale per incontrare i rispettivi parenti o amministrati, all'interno delle apposite sale situate al piano terra dell'edificio istituzionale secondo gli orari seguenti:

10.30 – 12.00

15.30 – 18.00.

Inoltre potranno incontrare i rispettivi parenti o amministrati all'interno del nucleo secondo gli orari seguenti:

10.30 – 12.00

14.30 – 16.30

E' tassativamente vietato introdurre nel Centro Residenziale qualsiasi tipo di prodotto alcolico per somministrarlo al proprio parente o amministrato, così come si avverte che l'introduzione e la somministrazione di alimenti può essere di nocumento per lo stato di salute del proprio parente o amministrato in ragione della/e patologia/e di cui è affetto.

11. STANDARD DI QUALITA', INDICATORI E STRUMENTI DI MISURAZIONE DEI RISULTATI

Il Centro Servizi, nel processo di attuazione della Carta dei Servizi, si impegna a realizzare la trasformazione da una logica di tutela dei diritti dei cittadini ad una logica di "soddisfazione del Cliente-utente".

Il percorso intrapreso ha portato alla:

- Identificazione dei servizi/ prestazioni erogate;
- scelta delle caratteristiche (requisiti di qualità) associate a tali servizi/prestazioni;

- misurazione e monitoraggio delle caratteristiche evidenziate attraverso opportuni indicatori;
- definizione del valore atteso per le prestazioni erogate (standard).

Ogni servizio viene descritto in termini di requisiti o caratteristiche necessarie e richieste per soddisfare i bisogni e le aspettative dell'utente.

Tali caratteristiche del servizio e della modalità di erogazione identificate come requisiti di qualità vengono valutate dall'organizzazione e dagli utenti/familiari/tutori con riferimento a livelli prestabiliti in fase di pianificazione.

Il modello descritto viene presentato analiticamente in allegato A alla Carta dei Servizi.

12. IMPEGNI E PROGRAMMI DI MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' DEI SERVIZI FORNITI

Il Centro Servizi intende conseguire livelli qualitativi dei servizi sempre più soddisfacenti, a tal fine l'Azienda ha conseguito la Certificazione di Qualità secondo il modello internazionale delle norme ISO 9001:2015 e la certificazione relativa ai sistemi di Gestione della Sicurezza OHSAS 18001:2007 .

Gli Istituti Polesani mirano a migliorare costantemente i servizi resi creando una struttura capace di far fronte ad ogni tipo di esigenza anche implicitamente espressa dall'utente/familiare/tutore.

Negli ultimi anni si sono fatti notevoli sforzi per adeguare la struttura agli standard organizzativi e previsti dalla Legge regionale. Sono state eseguite opere di ristrutturazione finalizzate ad una riorganizzazione interna degli spazi in ottemperanza dei requisiti cogenti.

L'impegno dell'azienda è quello di continuare a concentrare gli sforzi sulle modifiche strutturali necessarie all'adeguamento degli impianti al D.Lgs. 81/08, in quanto si vuole garantire agli ospiti ed agli operatori adeguati livelli di sicurezza.

E' assicurato un controllo continuo dello stato fisico della struttura attraverso l'esecuzione di interventi programmati di manutenzione.

Un ulteriore impegno assunto come prioritario riguarda le risorse umane che prestano la loro attività al servizio di altre persone.

Tutti gli operatori nelle loro attività quotidiana partecipano alla creazione della qualità del servizio.

Nei programmi futuri la formazione occupa un posto di rilievo, per mantenere e migliorare i livelli di professionalità acquisiti.

I corsi di formazione programmati verteranno su tematiche specifiche di settore, su aspetti di gestione delle strutture socio-sanitarie e sui principi dei sistemi di qualità.

13. MECCANISMI DI TUTELA E DI VERIFICA

13.1 MODALITÀ DI PRESENTAZIONE DEI RECLAMI

L'utente, il familiare o il tutore, può osservare, rilevare, verificare e suggerire il Suo parere, che viene analizzato tempestivamente dalla Direzione.

E' possibile far conoscere alla Direzione ed ai vari responsabili dell'azienda le situazioni di disservizio o eventuali comportamenti ed atti che neghino o limitino l' utilizzo delle prestazioni.

Le osservazioni, le opposizioni o i reclami possono essere presentate per iscritto attraverso la compilazione della “scheda reclamo” reperibile presso l’ Accettazione individuata come punto di raccolta.

La gestione efficace dei reclami e segnalazioni prevede modalità di risposta che si differenziano in relazione al loro livello di gravità. Potranno essere di immediata soluzione in alcuni casi, per problematiche più complesse, invece, può essere necessario un tempo per l’acquisizione di migliori informazioni.

La Direzione si impegna perciò a comunicare, anche per iscritto, ai beneficiari della prestazione erogata tutti i chiarimenti e le spiegazioni e le cause dei disservizi.

13.2 INDAGINI SULLA SODDISFAZIONE DEGLI UTENTI-CLIENTI

Gli Istituti Polesani perseguono la finalità di instaurare con la propria utenza un rapporto di partecipazione attiva al miglioramento continuo delle prestazioni assistenziali e dell’organizzazione aziendale.

Questo implica, da un lato, dare all’utente la possibilità di far pervenire informazioni sulle carenze nell’erogazione dei servizi e nella qualità dei rapporti utente- personale al momento della fruizione dei servizi, dall’altro attivare un processo di ascolto del Cliente-utente.

Lo strumento più appropriato è quello dell’ indagine sulla soddisfazione che mira a valutare periodicamente la qualità dei servizi socio-assistenziali e sanitari rispetto alle attese dell’utenza.

Data la specificità degli Ospiti non si è rinunciato a garantire la partecipazione dell’utente al processo di erogazione-fruizione del servizio.

Il monitoraggio del grado di soddisfazione, effettuato tramite questionario e/o interviste che verrà distribuito alla clientela; direttamente agli ospiti capaci di intendere e volere e ai rappresentanti giuridici per conto degli o.

I risultati di tali indagini vengono trasmessi alla Direzione, discussi ed analizzati con i responsabili dei servizi interessati.

13.3 STRUMENTI DI VALUTAZIONE DEGLI STANDARD E IMPEGNI DEFINITI

La Carta dei Servizi è uno strumento dinamico che consente di mantenere un processo costante di sviluppo e cambiamento organizzativo.

L'elemento fondamentale è rappresentato dagli Standard di qualità ai quali gli Istituti Polesani si sono uniformati.

La Direzione con la partecipazione dei responsabili dei diversi servizi erogati, pianifica annualmente gli Standard di qualità (riportati in allegato A al presente documento).

Gli obiettivi di miglioramento della qualità delle prestazioni fornite agli utenti vengono misurati con indicatori di riferimento, che ne quantificano il raggiungimento.

Nella logica di miglioramento continuo gli standard vengono periodicamente rivisti dalla Direzione e dai responsabili dei servizi tenendo conto del giudizio che emerge dal processo di revisione.

ALLEGATO A - Standard di Qualità, Indicatori e Strumenti di misurazione dei risultati

SERVIZIO AMMINISTRATIVO				
PROCESSI/SOTTOPROCESSI	FATTORI DI QUALITA' ¹	INDICATORE	STANDARD DI QUALITA' ²	STRUMENTO E TEMPI DI VERIFICA
Informazioni preliminari all'ingresso	Informazioni sui servizi	Consegna ai familiari/tutore della Carta Servizi della struttura	100%	Verifica Ispettiva del servizio
Accoglienza e inserimento	Pianificazione assistenza e personalizzazione	Effettuazione entro 30gg dall'ingresso della stesura del PP	100%	Follow-up di verifica semestrale
Gestione organizzazione	Fornitura di servizi conformi ai requisiti del Cliente	Raccolta reclami	0	Reclami del Front - Desk (fine anno)
Gestione organizzazione	Attenzione costante alle attese dei Clienti (la qualità positiva)	Media dei punteggi	≥ 9 la media dei punteggi (scostamento max. 5%)	Questionario di soddisfazione del cliente (agosto)
Gestione organizzazione	Gestione ospiti	presenze annue complessive	≥292-n° utenti presenti nell'anno	Elaborazione dati CBA
Ingresso	Tempestività	movimenti ospiti	≥5 -n° utenti inseriti	Elaborazione dati CBA
Dimissioni	Tempestività	movimenti ospiti	≥5-n° utenti dimessi	Elaborazione dati CBA
Sistema di gestione per la qualità	Efficacia delle AC e AP intraprese	% AC e AP con esito positivo sul totale	100%	Follow-up di verifica annuale

SERVIZIO SANITARIO				
PROCESSI/SOTTOPROCESSI	FATTORI DI QUALITA' ¹	INDICATORE	STANDARD DI QUALITA' ²	STRUMENTO E TEMPI DI VERIFICA
Erogazione dei servizi Servizio Sanitario Interno	Personalizzazione	Effettuazione entro 30gg dall'ingresso della visita cardiologica, elettrocardiogramma, esami ematochimici e rx torace	100% di persone visitate	Diario clinico (follow-up di verifica)
Erogazione dei servizi Servizio Sanitario Interno	Mantenimento del profilo sanitario degli Ospiti affetti da malattie croniche (prevenzione e cura)	N° annuo di visite mediche generali per Ospite	100% di persone visitate	Diario clinico (follow-up di verifica)
Erogazione dei servizi Servizio Sanitario Interno	Mantenimento/Miglioramento del profilo sanitario degli Ospiti affetti da malattie croniche (prevenzione e cura)	N° annuo di visite mediche specialistiche per Ospite	100% di persone visitate	Diario clinico (follow-up di verifica)
Erogazione dei servizi Servizio Sanitario Interno	Monitoraggio delle idratazioni	100% di persone idratate giornalmente	100% di persone idratate giornalmente sul totale dei presenti	Mod. 050.08 "Scheda idratazioni" (tutti i giorni)
Gestione aggressioni	Monitoraggio delle aggressioni	% di personeaggredite	<0%	Incident reporting
Gestione aggressioni	Monitoraggio delle aggressioni	indice di gravità	<0%	Incident reporting
Erogazione dei servizi Servizio Sanitario Interno	Mantenimento/Miglioramento autonomia psico-fisica dell'Ospite	Raggiungimento degli obiettivi fissati nei Piani Individuali	≥98% (scostamento max 5%)	Follow-up di verifica semestrale
Attività di valutazione stato iniziale autonomia ospite -	Ø Miglioramento rallentamento delle funzioni deficitarie in accordo al Piano UOI	Ø 100% di persone valutate ed elaborazione del 1° PP entro 1 mese dall'ingresso	≥100% (scostamento max 5%)	Follow-up di verifica annuale
Erogazione dei servizi Assistenziale terapeutico riabilitativo	Piano Mantenimento/Miglioramento autonomia psico-fisica dell'Ospite	Raggiungimento degli obiettivi fissati nei Piani Individuali	≥90% (scostamento max 5%)	Follow-up di verifica semestrale

SERVIZIO SANITARIO				
PROCESSI/SOTTOPROCESSI	FATTORI DI QUALITA' ¹	INDICATORE	STANDARD DI QUALITA' ²	STRUMENTO E TEMPI DI VERIFICA
Erogazione dei servizi Attività fisiokinesiterapica	Mantenimento/Miglioramento autonomia psico-fisica dell'Ospite	Raggiungimento degli obiettivi fissati nei Piani Individuali	≥90% (scostamento max 5%)	Follow-up di verifica semestrale
Erogazione dei servizi Attività logopedica	Mantenimento/Miglioramento autonomia psico-fisica dell'Ospite	Raggiungimento degli obiettivi fissati nei Piani Individuali	≥96% (scostamento max 5%)	Follow-up di verifica semestrale
Erogazione dei servizi Attività riabilitativa socio-educativa	Mantenimento/Miglioramento autonomia psico-fisica dell'Ospite	Raggiungimento degli obiettivi fissati nei Piani Individuali	≥94% (scostamento max 5%)	Follow-up di verifica semestrale
Erogazione dei servizi	Uscite degli ospiti	N° di uscite effettuate con gli ospiti	≥20 (scostamento max 5%)	Follow-up di verifica annuale
Erogazione dei servizi	Incontri e contatti degli ospiti con il territorio	N° di contatti con il territorio effettuate con gli ospiti	≥50 (scostamento max 5%)	Follow-up di verifica annuale
Cadute accidentali	Tempestività e accuratezza	Limitazione delle cadute accidentali	≥0,4 di cadute accidentali giornaliere sugli ospiti presenti (scostamento max 5%)	Statistica CBA fine di ogni semestre
Lesioni da decubito	Accuratezza	Limitazione dell'insorgenza	≥25% dei casi insorti sugli ospiti presenti (scostamento max 5%)	Statistica CBA fine di ogni semestre
Contenzioni	Limitazione	Limitazione della prescrizione	≥25% di prescrizioni sugli ospiti presenti (scostamento max 5%)	Statistica CBA fine di ogni semestre
Soddisfazione del cliente relativamente all'area sanitaria/riabilitativa	Soddisfazione	Media dei punteggi	≥ 8,8 media punteggi (scostamento max 5%)	Questionario di soddisfazione del cliente (agosto)

SERVIZIO ALBERGHIERO				
PROCESSI/SOTTOPROCESSI	FATTORI DI QUALITA' ¹	INDICATORE	STANDARD DI QUALITA' ²	STRUMENTO E TEMPI DI VERIFICA
Approvvigionamento	Adeguatezza approvvigionamenti in termini qualitativi e tempistica	N° NC a carico dei fornitori	N° O NC a carico dei fornitori	Mod. 050.06 "Controllo fornitura pasti" (tutti i giorni)
Erogazione dei servizi - Attività alberghiero - assistenziale	Igiene della persona	Effettuazione ogni giorno del bagno assistito	100% di bagni effettuati (condizioni cliniche permettendo)	Mod. 050.02 "Controllo attività alberghiere" (tutti i giorni)
Erogazione dei servizi - Attività alberghiero - assistenziale	Adeguatezza (nr, qualità, modalità) pasti distribuiti	N° NC sui pasti	N° O NC sui pasti	Mod. 050.06 "Controllo fornitura pasti" (tutti i giorni)
Erogazione dei servizi - Attività alberghiero - assistenziale	Distribuzione pasti	Rispetto parametri HACCP	Standard del piano HACCP rispettato al 100%	Verifiche ispettive del sistema HACCP
Erogazione dei servizi - Attività alberghiero - assistenziale	Personalizzazione diete	N° diete personalizzate/tot. Ospiti con esigenze dietetiche	100%	Mod. 050.06 "Controllo fornitura pasti" (tutti i giorni)
Soddisfazione del cliente relativamente all'area alberghiera	Soddisfazione	Media dei punteggi	≥ 8,8 media punteggi (scostamento max 5%)	Questionario di soddisfazione del cliente (agosto)
RISORSE UMANE				
PROCESSI/SOTTOPROCESSI	FATTORI DI QUALITA' ¹	INDICATORE	STANDARD DI QUALITA' ²	STRUMENTO E TEMPI DI VERIFICA
Gestione infortuni	Riduzione degli infortuni	Indice di gravità	<=0,16	DVR
Gestione infortuni	Riduzione degli infortuni	Tasso infortuni	<=12,82	DVR
Gestione infortuni	Riduzione degli infortuni	Indice di frequenza	<=8,55	DVR
Gestione infortuni	Riduzione degli infortuni	GG infortunio	<=38	DVR
Gestione del personale	Soddisfazione	Valore medio di soddisfazione	≥ 8,7 media punteggi (scostamento max 5%)	Questionario di soddisfazione del dipendente (agosto)



¹ **Fattore di Qualità** : aspetti del servizio che l'utente(ospite-familiare-enti), nell'esperienza diretta del servizio stesso, apprezza e percepisce come rilevanti per la Qualità

² **Standard di Qualità** : è il valore atteso