

Fondazione Casa del Cieco Mons. Edoardo Gilardi OJNLUS – via N. Sauro 5 – 23862 Civate	2.2.5.a Programma annuale di valutazione e miglioramento della qualità ex DGR 2569 del 30-10-2014
	Versione 15 del 05/02/2026

PROGRAMMA ANNUALE DI VALUTAZIONE E MIGLIORAMENTO DELLE ATTIVITA'

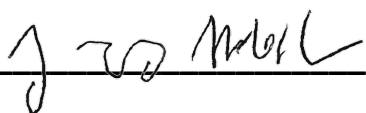
Punto 2.2.5.



2026

Il Legale Rappresentante

data



27/03/2026

Fondazione Casa del Cieco Mons. Edoardo Gilardi OJNLUS – via N. Sauro 5 – 23862 Civate	2.2.5.a Programma annuale di valutazione e miglioramento della qualità ex DGR 2569 del 30-10-2014
	Versione 15 del 05/02/2026

2.2.5.a 1 i processi di erogazione dei servizi e delle prestazioni, selezionati in rapporto alle priorità individuate

12 Scopo e campo di applicazione

Il presente Piano di Miglioramento della Qualità descrive gli obiettivi e indica le attività necessarie per il loro raggiungimento, le responsabilità ed i tempi di attuazione. Si tratta di obiettivi misurabili e coerenti con la Mission e la Politica della Qualità, emessa dal Consiglio di Amministrazione in collaborazione con la Direzione Amministrativa, che ha come fine il miglioramento del servizio e la soddisfazione dell'ospite.

Al di là delle specifiche responsabilità, tutto il personale è tenuto a collaborare e ad essere parte in causa proponente ed attiva per l'ottenimento di quanto indicato.

La Direzione amministrativa si impegna a monitorare costantemente l'avanzamento delle attività per il raggiungimento degli obiettivi e quindi ad aggiornare il presente Piano di Miglioramento della Qualità al fine di permettere il riesame delle attività e del Sistema di Gestione per la Qualità per verificarne la rispondenza agli obiettivi fissati.

13 Riferimenti normativi e aziendali

I documenti presi come riferimento sono i seguenti:

- UNI EN ISO 9001 2000 – Sistemi per la Gestione per la Qualità – Requisiti
- DGR 2569 del 31-10-2014
- Politica per la Qualità
- http://www.qualitapa.gov.it/fileadmin/mirror/t-autoval/Linee_autov_miglioramento.pdf

14 Obiettivi

In questa sezione riprendiamo gli obiettivi identificati nel piano annuale, definendone gli indicatori. Prima però vanno fatte delle premesse.

Monitoraggio e Valutazione¹

Il controllo di avanzamento dei progetti si basa sulla verifica del rispetto dei piani e dei risultati intermedi, che devono essere definiti come tappe di avvicinamento agli obiettivi finali, e che devono permettere di accertare il corretto sviluppo del progetto o le necessità di cambiamenti e miglioramenti.

Con i termini “monitoraggio” e “valutazione” si fa riferimento sia a **tecniche** di rilevazione di informazioni, sia a **processi** attraverso cui queste informazioni vengono rese disponibili e analizzate dagli attori della elaborazione e attuazione di progetti.

In particolare:

☐ il **monitoraggio** è il sistema informativo che rende disponibili dati sullo stato di avanzamento dei progetti e del Piano in cui i progetti sono inseriti;

☐ la **valutazione in itinere** utilizza le informazioni rese disponibili dal sistema di monitoraggio e da altre eventuali rilevazioni ad hoc per giudicare l'esigenza di modificare le specifiche di attuazione o

¹ http://www.qualitapa.gov.it/fileadmin/mirror/t-autoval/Linee_autov_miglioramento.pdf

Fondazione Casa del Cieco Mons. Edoardo Gilardi OJNLUS – via N. Sauro 5 – 23862 Civate	2.2.5.a Programma annuale di valutazione e miglioramento della qualità ex DGR 2569 del 30-10-2014
	Versione 15 del 05/02/2026

addirittura il disegno progettuale originario, oltre che per coordinare le attività dei soggetti impegnati nella realizzazione dei progetti e del Piano;

□ la **valutazione ex post** è utile per esprimere giudizi complessivi sull'efficacia delle realizzazioni una volta che progetti e Piano sono conclusi; si basa anche sulle informazioni rese disponibili dal sistema di monitoraggio, ma in particolare viene elaborata sulla base di indagini progettate ad hoc.

Monitoraggio e valutazione in itinere

Il monitoraggio costituisce il *sistema informativo* utile per verificare lo stato di avanzamento dei progetti e, complessivamente, di un Piano. In altre parole, ha il compito di fornire ai decisori informazioni di base sull'andamento delle attività di attuazione; questi, sulla base delle metodiche di valutazione in itinere, potranno esprimere giudizi sull'esigenza/opportunità di modificare le modalità realizzative oppure anche il disegno progettuale originario.

La logica del monitoraggio presuppone l'esistenza di un disegno del progetto e del Piano: monitorare significa seguire il percorso di attuazione di quanto elaborato e pianificato. In sostanza, un sistema di monitoraggio è formato da:

a) un aspetto tecnico-metodologico, costituito dalla rilevazione sistematica e formalizzata di informazioni; si tratta di definire quali informazioni rilevare, le modalità di rilevazione per assicurare la validità dei dati e la loro comparabilità nel tempo, la periodicità delle rilevazioni, le elaborazioni dei dati da eseguire;

b) un aspetto di processo, costituito dalle modalità di messa a disposizione delle informazioni e dai soggetti cui devono essere dirette le informazioni in relazione alle esigenze decisionali (elementi che hanno a che fare con il tipo di rapporto da elaborare – es.: contenuti analitici o sintetici -, la periodicità nella redazione dei rapporti, ecc.).

Sotto il profilo dei dati da rilevare, in generale un sistema di monitoraggio si basa su informazioni relative a:

_ l'avanzamento fisico dei progetti e delle attività connesse al Piano nel suo complesso (in altre parole, il progresso realizzativi), in relazione ai diversi traguardi intermedi e finali previsti (es. n. di corsi di formazione realizzati entro una certa data, n. indagini di customer satisfaction in corso di realizzazione, ecc.);

_ l'avanzamento nell'utilizzo delle risorse umane;

_ l'avanzamento finanziario, e cioè l'utilizzo effettivo delle risorse finanziarie messe a disposizione;

_ l'avanzamento procedurale, e cioè il percorso dei passaggi formali necessari (ad es. bandi, appalti, autorizzazioni, ecc.).

Producendo questo tipo di informazioni, il monitoraggio pone le basi per la valutazione in itinere, e cioè per le metodiche attraverso cui vengono espressi giudizi e decisioni in ordine alla continuità delle azioni di realizzazione.

In questo senso, la valutazione in itinere si caratterizza per utilizzare le informazioni del monitoraggio ed eventualmente altre fonti di dati (realizzate ad hoc o reperite da altri soggetti) per i seguenti fini:

a) elaborare analisi ed esprimere giudizi in modo tale da supportare i decisori in merito all'esigenza di attivare azioni correttive rispetto all'andamento dei progetti; sia perché si può rilevare l'incoerenza tra le attività realizzate fino a quel momento e il disegno progettuale (in altre parole, gli attuatori non hanno eseguito nel modo corretto le specifiche); sia perché è possibile che il disegno progettuale risulti inadeguato rispetto alla realtà del campo di attuazione (in fase progettuale non sempre è possibile tenere conto di tutte le variabili che caratterizzeranno l'attuazione: per carenza di informazioni, per il fatto che i contesti si modificano nel tempo, ecc.);

b) supportare la funzione di accountability, e cioè il "render conto a terzi" delle proprie attività, particolarmente utile quando un organismo deve dare dimostrazione ad altri soggetti dell'uso delle risorse e dei risultati ottenuti;

c) migliorare il coordinamento tra attori nel perseguimento degli obiettivi dei progetti e del Piano; è questa una funzione particolarmente rilevante nel caso di progetti complessi, dove sia la pluralità degli attori coinvolti sia le difficoltà poste dai problemi da affrontare implicano lo sviluppo di capacità di aggiustamento continuo degli interventi; il miglioramento del coordinamento avviene attraverso la

Fondazione Casa del Cieco Mons. Edoardo Gilardi OJNLUS – via N. Sauro 5 – 23862 Civate	2.2.5.a Programma annuale di valutazione e miglioramento della qualità ex DGR 2569 del 30-10-2014
	Versione 15 del 05/02/2026

produzione di informazioni e la promozione di sedi di discussione sulla validità di fini e mezzi utilizzati nell'attuazione di un progetto o programma.

Le domande cui, in particolare, deve rispondere la valutazione in itinere sono le seguenti:

- ☐ Lo stato di avanzamento delle attività corrisponde alla tempistica prevista?
- ☐ Le risorse messe a disposizione (in particolare quelle finanziarie e di personale) sono utilizzate come previsto? Sono sufficienti?
- ☐ I soggetti coinvolti (beneficiari finali, beneficiari intermedi, ...) sono quelli previsti?
- ☐ I prodotti realizzati rispecchiano in quantità e qualità quanto pianificato?
- ☐ Le attività sono realizzate in coerenza con quanto previsto dal progetto? E' necessario intervenire per ribadire l'esigenza di essere coerenti con le specifiche di progetto? In sostanza, si deve cambiare qualcosa nelle modalità di attuazione?
- ☐ Il progetto è attuabile considerate le caratteristiche del contesto di attuazione? E' necessario modificare il progetto/programma originario per tenere conto delle specificità delle condizioni esistenti?
- ☐ Considerate le informazioni precedenti, il progetto / programma, sarà effettivamente portato a termine? Entro quanto tempo?

È opportuno che il monitoraggio e le eventuali revisioni siano effettuati dal gruppo di lavoro al completo con una frequenza decisa dal responsabile in funzione del tipo di progetto e dell'area operativa coinvolta.

Periodicamente il responsabile di progetto presenta i risultati alla Direzione nelle riunioni di Revisione della Direzione; al termine delle attività il responsabile analizza i risultati finali e prepara il Rapporto di Progetto ed il Bilancio di Progetto da presentare alla direzione.

Per facilitare il monitoraggio a tutti i livelli è utile predisporre e utilizzare i cruscotti di progetto contenenti gli indicatori del progetto stesso posti a confronto con gli obiettivi. In particolare i cruscotti "a semaforo" offrono maggiori vantaggi dato che sono facili da leggere e da utilizzare anche in presenza di dati numerosi e complessi (vedi appendice II).

La Direzione rivede l'avanzamento e i risultati di tutti i progetti, in riunioni dedicate tenute con frequenza predefinita (ad esempio ogni mese). La revisione della direzione è indispensabile per assicurare la continua attenzione ai progetti, motivare il personale coinvolto e intervenire per risolvere eventuali problemi organizzativi e di risorse.

Valutazione ex post

La valutazione ex post (o finale) ha il compito di analizzare i **risultati** dei progetti e dei piani, e i **fattori critici** che li hanno determinati, per giudicare circa l'opportunità di replicare e diffondere gli interventi realizzati.

Innanzitutto, quindi, la valutazione ex post ha l'obiettivo di analizzare se un intervento è stato **utile**, e cioè se ha modificato in senso positivo il problema a partire dal quale un intervento è stato elaborato e attuato.

Vale la pena soffermarsi su questo aspetto. Un intervento pubblico è definito come la risposta ad un problema, e cioè a bisogni, domande, opportunità espressi dalla società (cittadini, imprese), o comunque dall'ambiente di riferimento (ad esempio, determinati componenti di una organizzazione). In questo senso, valutare i risultati di un intervento (un progetto, un programma) significa concettualizzare un progetto come la risposta a questo problema. Su questa base, valutare un progetto non significherà solo chiedersi se abbiamo realizzato tutto quello che è stato previsto in fase di disegno dell'intervento, ma piuttosto se ciò che abbiamo attuato ha modificato la situazione che abbiamo definito "problematica", migliorando la condizione di coloro a cui erano dirette le azioni. A corredo di questa risposta è poi necessario rapportare l'eventuale successo ottenuto con i costi sostenuti, e verificare se tale successo sia attribuibile solo all'intervento oppure anche ad altre variabili (ad esempio, la congiuntura economica favorevole, l'azione di altri soggetti, ecc.).

Seguendo questa impostazione, il **primo** importante **criterio** attraverso cui esprimere il giudizio è quello che compara **la situazione dopo l'intervento con la situazione prima dell'intervento**; in

Fondazione Casa del Cieco Mons. Edoardo Gilardi OJNLUS – via N. Sauro 5 – 23862 Civate	2.2.5.a Programma annuale di valutazione e miglioramento della qualità ex DGR 2569 del 30-10-2014
	Versione 15 del 05/02/2026

termini tecnici, ciò significa indagare la capacità del progetto di migliorare la situazione-problema, rispetto all'andamento della stessa situazione se non si fosse intervenuti affatto (valore intrinseco). Un **secondo** rilevante **criterio** per valutare l'utilità è quello di comparare **la performance ottenuta con quella di interventi simili realizzati da altre amministrazioni** (o della stessa) orientati ad affrontare lo stesso problema (valore estrinseco).

Infine, il **terzo criterio** è quello della sua **economicità**, e cioè il costo sopportato dall'amministrazione (e quindi dalla collettività) per ottenere i miglioramenti rilevati; anche in questo caso, questi costi vanno comparati con quelli di eventuali altre alternative d'azione e con quelli fatti riscontrare da altre esperienze.

La figura riportata di seguito rappresenta graficamente i ragionamenti fin qui sviluppati.

La figura è divisa in due aree. La prima area, quella in basso, sotto la prima linea tratteggiata, è quella che sintetizza il percorso del monitoraggio e della valutazione in itinere.

Attraverso l'elaborazione di un programma vengono definiti gli obiettivi di un intervento (di breve e medio periodo) e predisposte le risorse necessarie per attuarlo (le risorse finanziarie, il personale, le risorse di competenza, ecc.). Segue poi la fase di attuazione da cui emergono i prodotti (output) realizzati.

Se rapportiamo i prodotti realizzati ed erogati con le previsioni contenute negli obiettivi iniziali, otterremo misure relative all'efficacia interna dell'attività analizzata: risponderemo, cioè, alla questione della capacità della nostra amministrazione di gestire processi produttivi in grado di realizzare prodotti nella quantità e qualità richiesta. Il rapporto tra i prodotti realizzati e gli input messi a disposizione ci dà invece le misure di efficienza (la capacità di realizzare prodotti al minor costo) e di qualità del processo di produzione ed erogazione.

La letteratura in tema di valutazione sottolinea che per sviluppare ancor più la questione dell'utilità, è opportuno indagare se, nel medio periodo, gli effetti positivi dell'intervento si estendano oltre l'ambito diretto interessato, ed emergano eventuali conseguenze inattese, come ad esempio, effetti negativi su altri soggetti (ad esempio, discriminazioni verso coloro che non hanno partecipato ai corsi), oppure esiti che pongono nuovi problemi (ad esempio, la direzione presa dopo la formazione è positiva, ma diversa da quella seguita dalla maggior parte delle amministrazioni).

Nel nostro caso ci occuperemo principalmente di monitoraggio e di valutazione dei risultati (lasciando il tema degli impatti in secondo piano, poiché il tempo trascorso dopo la conclusione dei progetti è ancora molto limitato).

Infine, un ultimo passaggio che suggerisce la valutazione è quello di giudicare la **rilevanza** della programmazione in rapporto alle caratteristiche dei problemi da affrontare. Infatti, come ciascuno di noi ha potuto spesso osservare, non sempre i programmi e gli obiettivi ivi delineati mostrano una specifica coerenza con il livello dei problemi sul tappeto; a volte per carenza di risorse finanziarie, a volte per le carenze di informazioni e conoscenze, per la scarsa legittimazione politica del tema, ecc. Ad esempio, la sola formazione potrebbe essere considerata una soluzione limitata, nei casi in cui il cambiamento dovesse essere incentrato anche sulla reingegnerizzazione dei processi di lavoro.

La misurazione nelle attività di monitoraggio e valutazione: la costruzione di indicatori e indici

La misurazione della capacità realizzativa (monitoraggio e valutazione in itinere) e dell'utilità (valutazione ex post) di un intervento avviene attraverso **"indicatori"**, e cioè le definizioni relative ai fenomeni da misurare in quanto rappresentativi per l'analisi delle varie componenti di un intervento; e **"indici"**, e cioè le effettive misure rilevate per mostrare l'andamento dell'indicatore scelto. Attraverso un indice, quindi, si produce una misura sintetica, in genere espressa in forma quantitativa, coincidente con una variabile o composta da più variabili, in grado di riassumere l'andamento del fenomeno cui è riferito.

Un indicatore, attraverso il suo indice, non rappresenta tutto un intervento, ma riassume il comportamento di un fenomeno ritenuto significativo.

Ad esempio, per misurare il successo di un intervento di semplificazione procedurale, si potrà misurare la riduzione dei tempi medi di gestione di una pratica, oppure il numero delle pratiche che

Fondazione Casa del Cieco Mons. Edoardo Gilardi OJNLUS – via N. Sauro 5 – 23862 Civate	2.2.5.a Programma annuale di valutazione e miglioramento della qualità ex DGR 2569 del 30-10-2014
	Versione 15 del 05/02/2026

superano un certo standard; oppure ancora la soddisfazione degli utenti. Esempi di indici correlati in questi casi sono:

- a) (tempi delle procedure gestite nel periodo X)/numero procedure gestite nel periodo X;
- b) numero pratiche con gestione > N giorni
- c) n. risposte positive/n. intervistati

Questi indicatori non descrivono di per sé tutto quanto è stato realizzato, ma si focalizzano su alcuni fenomeni ritenuti rilevanti: la tempestività di gestione, la capacità di evitare disagi rilevanti, la capacità di incrociare le esigenze degli utenti.

L'importante, è che i fenomeni misurati siano in grado di rappresentare in modo appropriato, singolarmente o in batteria, ciò che vogliamo conoscere dell'andamento e dei risultati di un progetto. E' opportuno perciò chiedersi sempre **cosa viene misurato da un indicatore e dal suo indice**. Un indicatore può presentarsi sotto la forma molto semplice di un valore assoluto (fatturato medio acquisito fuori Italia di imprese supportate in azioni promozionali in paesi esteri; numero di giovani che dopo un certo corso di laurea hanno trovato lavoro), o di un indice costituito da un rapporto tra due grandezze (numero di coloro che hanno trovato lavoro rispetto al numero di coloro che hanno frequentato quel corso di laurea, ecc.), oppure ancora di un algoritmo più complesso che consideri più fattori.

Non esistono indicatori validi una volta per tutte; la letteratura costituisce sempre un utile riferimento, ma è sempre importante riflettere sull'appropriatezza di una misura rispetto alla realtà che si tratta di indagare.

In questo senso Marradi (Marradi, 1980), sostiene che il percorso in base a cui si stabilisce l'appropriatezza di misurare l'andamento di una politica attraverso determinati fenomeni è di natura stipulativa e spesso dipendente dal contesto e dal periodo in cui viene elaborato. Si tratta in altre parole di arrivare a concordare quale rapporto di indicazione lega i contenuti di un progetto e i miglioramenti auspicati nella situazione-problema (ad esempio interventi per migliorare la qualità dell'aria) con fenomeni il cui andamento possa essere misurato e che forniscono una buona rappresentazione del modo in cui agisce l'intervento (ad esempio, la variazione dei livelli di alcune sostanze inquinanti particolarmente pericolose, come il benzene).

La costruzione degli indicatori e dei relativi indici è aiutata dalle "dimensioni" che la letteratura ha individuato in tema di monitoraggio e valutazione. Come abbiamo visto nella figura riportata più sopra, sono citati termini come efficienza, qualità, efficacia interna, utilità.

Quando parliamo di **efficienza**, sappiamo che dovremo andare alla ricerca di un qualche fenomeno che ci permetta di analizzare il buon utilizzo delle risorse finanziarie. Ad esempio, quindi, il fenomeno definito dall'andamento del costo di un singolo prodotto (totale costi/numero prodotti*100); oppure il rapporto tra entrate e costi.

Quando parliamo di **qualità**, sappiamo che ci introduciamo in un ambito in cui dobbiamo andare alla ricerca di fenomeni legati alla tempestività dei processi produttivi, all'assenza di difetti nei prodotti, ai contenuti dei prodotti stessi, alle caratteristiche del rapporto tra chi eroga il servizio e l'utente, per finire alla rilevazione della soddisfazione degli utenti.

Quando parliamo di **utilità**, sappiamo che dobbiamo individuare uno o più fenomeni che descrivano la capacità di migliorare la situazione originaria.

Quindi, per avviare il processo di monitoraggio e di valutazione ex post, dobbiamo innanzitutto definire quale dimensione è più appropriata per un certo progetto, e quindi individuare i fenomeni più rappresentativi in relazione alle dimensioni utilizzate.

Il successivo passaggio è quello della definizione operativa della variabili che servono per costruire gli indicatori; nel caso, ad esempio, della soddisfazione degli utenti, abbiamo bisogno di conoscere almeno una variabile "utenti soddisfatti" ed almeno una variabile "utenti intervistati". La costruzione dell'indicatore è data poi dal rapporto tra i soddisfatti e gli intervistati.

Infine si tratta di procedere a definire le specifiche per la rilevazione dei dati; ciò significa stabilire chi debba rilevare i dati, da quale fonte, in che periodo, secondo quali modalità, ecc. Su questa base sarà quindi possibile calcolare gli indici, e cioè la rappresentazione numerica degli indicatori .

Fondazione Casa del Cieco Mons. Edoardo Gilardi OJNLUS – via N. Sauro 5 – 23862 Civate	2.2.5.a Programma annuale di valutazione e miglioramento della qualità ex DGR 2569 del 30-10-2014
	Versione 15 del 05/02/2026

Vediamo ora la tabella degli obiettivi, con i relativi indicatori

1 Obiettivi strategici

AREA	OBIETTIVI ED AZIONI	Tempistica
1 Informazione	1. Miglioramento continuo della cartella sanitaria informatizzata e servizi per gli utenti.	12 mesi
2 Comunicazione	2. Revisione e/o ampliamento dell'area del portale dedicata alla qualità e sicurezza e/o trasparenza	12 mesi
3 Sistema di Qualità	3. Revisione delle procedure ed istruzioni operative emesse nel 2023	12 mesi
4 Sicurezza sul lavoro	4. Miglioramento del Sistema di Gestione della Sicurezza Prove di evacuazione	12 mesi
5 GDPR sicurezza dei dati	5. Revisione della documentazione sul nuovo Regolamento Europeo	12 mesi
6 Risorse umane	6. Revisione dell'URP e degli uffici Verifica dell'organizzazione lavoro uffici	12 mesi

2 Progetti per reparto o servizio

AREA	OBIETTIVI ED AZIONI	Tempistica
7 – 12- Area socio-sanitaria	7 - Ambito 1 - educativo, di animazione, di socializzazione - Aggiornamento del programma di Animazione	12 mesi
	8 - Ambito 2 - coinvolgimento del territorio - Coinvolgimento ragazzi dell'Oratorio, delle scuole e delle associazioni	12 mesi
	9 - Ambito 3 - mantenimento delle abilità cognitive e motorie - Aggiornamento del programma di Fisioterapia	12 mesi
	10 - Ambito 4 - educazione alla salute e promozione del benessere - Prosecuzione delle attività di coinvolgimento fisico ed emotivo con la Susy il sabato mattina	12 mesi
	11 - Ambito 5 - sostegno delle famiglie e dei caregiver - Rilevazione del sostegno psicologico e formazione caregiver degli anziani non ricoverati	12 mesi

Fondazione Casa del Cieco Mons. Edoardo Gilardi OJNLUS – via N. Sauro 5 – 23862 Civate	2.2.5.a Programma annuale di valutazione e miglioramento della qualità ex DGR 2569 del 30-10-2014
	Versione 15 del 05/02/2026

	12 - Ambito 6 - miglioramento della qualità organizzativa e assistenziale nel rispetto dei principi di umanizzazione delle cure - Momenti conviviali tra gli operatori per contrastare lo stress lavoro correlato	12 mesi
--	---	----------------

3 Obiettivi di miglioramento dei servizi

AREA	OBIETTIVI ED AZIONI	Tempistica
13 servizi vari	13 – Formazione volontari: - Momento di formazione dei volontari e del personale religioso sull'approccio agli ospiti nel momento del pasto	12 mesi

Considerando quanto detto finora, possiamo programmare i seguenti tempi di monitoraggio:

Iniziative di miglioramento		Fattibilità entro il:	Monitoraggi in itinere o ex-post
1	Miglioramento della cartella sanitaria	31-12-2026	30/6-30/9-31/12
2	Revisione ed ampliamento dell'area del portale dedicata alla qualità e sicurezza e/o trasparenza	31-12-2026	30/6-30/9-31/12
3	Revisione delle procedure ed istruzioni operative emesse nel 2023	31-12-2026	30/6-30/9-31/12
5	Revisione della documentazione sul nuovo Regolamento Europeo	31-12-2026	30/6-30/9-31/12
6	Revisione dell'URP e degli uffici	31-12-2026	30/6-30/9-31/12
7	Ambito 1 - educativo, di animazione, di socializzazione Aggiornamento del Programma di Animazione	31-12-2026	30/6-30/9-31/12
9	Ambito 3 - mantenimento delle abilità cognitive e motorie – Aggiornamento del programma Fisioterapico e Massoterapico	31-12-2026	30/6-30/9-31/12
10	Ambito 4 - educazione alla salute e promozione del benessere – Prosecuzione delle attività di coinvolgimento fisico ed emotivo con la Susy	31-12-2026	30/6-30/9-31/12
13	Formazione volontari per i pasti	31-12-2026	30/6-30/9-31/12
4	Miglioramento del Sistema di Gestione della Sicurezza	31-12-2026	30/6-30/9-31/12
9	Ambito 2 - coinvolgimento del territorio	31-12-2026	30/6-30/9-31/12
11	Ambito 5 – sostegno delle famiglie e dei caregiver	31-12-2026	30/6-30/9-31/12

Fondazione Casa del Cieco Mons. Edoardo Gilardi OJNLUS – via N. Sauro 5 – 23862 Civate	2.2.5.a Programma annuale di valutazione e miglioramento della qualità ex DGR 2569 del 30-10-2014
	Versione 15 del 05/02/2026

12	Ambito 6 - miglioramento della qualità organizzativa e assistenziale nel rispetto dei principi di umanizzazione delle cure Momenti Conviviali tra operatori	31-12-2026	30/6-30/9-31/12
----	--	------------	-----------------

Metodi per la valutazione dei risultati

Per ogni obiettivo verrà utilizzata, ove applicabile, la seguente griglia di verifica.

Esempio: Obiettivo n° ____

RISULTATI	Attributi						
	Esito della Misurazione attraverso gli indicatori	Nessun risultato	Risultati sporadici e/o prestazioni non soddisfacenti	performance soddisfacenti relativamente a circa il 25% dei risultati	buone performance sostenute nel tempo relativamente a circa il 50% dei risultati	eccellenti performance sostenute nel tempo relativamente a circa il 75% dei risultati	eccellenti performance e sostenute in tutte le aree
	Rispetto dei tempi prefissati	Tempi non rispettati			Tempi rispettati con lievi ritardi		Pieno rispetto
	Confronto con gli obiettivi: gli obiettivi sono raggiunti?	No, assolutamente	Risultati sporadici e/o casuali		Raggiunti in parte		Pienamente raggiunti e appropriati
	Punteggio	0	1	2	3	4	5

Punteggio totale

Per quanto riguarda gli obiettivi di umanizzazione delle cure, si individua come indicatore la seguente check-list, che verrà utilizzata ad ogni step di verifica, per misurare il punteggio complessivo di applicazione (sì =1, no=0), raffrontato con la sottostante fotografia al 01-01-2026

SITUAZIONE AL 01-01-2026²

1) Accoglienza in ospedale

	SI	NO	Non applicabile
E' presente un operatore deputato all'accoglienza?	1		
Viene consegnato un modulo d'accoglienza con le informazioni del reparto?	1		
Viene consegnata la carta dei Servizi?	1		
Sono affissi e ben visibili gli orari di visita ai malati?	1		
Sono presenti i recapiti per contattare il reparto?			
Sono presenti percorsi visivi per raggiungere il reparto?	1		

² Indicatori tratti da: Fondazione Isal, ricerca sul dolore, reperibile in internet sul sito del Ministero della Salute www.salute.gov.it/.../C_17_notizie_1363_listaFile_itemName_0_file

Fondazione Casa del Cieco Mons. Edoardo Gilardi OJNLUS – via N. Sauro 5 – 23862 Civate	2.2.5.a Programma annuale di valutazione e miglioramento della qualità ex DGR 2569 del 30-10-2014
	Versione 15 del 05/02/2026

2) Colloquio

	SI	NO	Non applicabile
L'utente può colloquiare in spazi riservati, diversi dalla stanza, con i propri familiari e/o amici?	1		
E' previsto uno spazio riservato ai colloqui medico-utente?	1		
Lo spazio viene utilizzato?	1		
Esiste un medico di riferimento per ogni utente?	1		
Esiste un fisioterapista di riferimento per ogni utente?	1		
Sono previsti colloqui periodici fra fisioterapisti di riferimento e i familiari dell'utente?	1		

3) Adeguatezza dei locali e confort

	SI	NO	Non applicabile
Sono presenti all'interno del reparto stanze singole?	1		
Le stanze presentano al massimo 4 letti?	1		
Le stanze sono dotate di bagno?	1		
I bagni sono attrezzati per utenti con disabilità fisiche?	1		
Le stanze sono distinte fra uomini e donne?	1		
Ogni letto è dotato di pulsantiera per chiamare il personale?	1		
E' previsto un telefono in stanza?			
E' presente un armadietto per gli effetti personali dell'utente?	1		
E' presente la possibilità di separare l'utente nella stanza?	1		
Le stanze sono dotate di Tv con cuffie?	0,5 (alcune)		
Sono presenti impianti di condizionamento e riscaldamento delle stanze?	1		
Esistono poltrone letto per ospitare un familiare?			sedie
Il vitto è individualizzato per ogni utente?	1		
E' possibile monitorare l'utente a letto?	0,25 Un reparto su quattro		
Sono presenti sale ricreative per gli utenti?	1		
Sono presenti sale d'attesa per i familiari?	1		
Le sale di attesa sono dotate di bagni?	1		
Le sale di attesa sono dotate di distributori di bibite e alimenti?	1		
Esistono spazi per la terapia occupazionale?			
Esiste nel reparto una palestra per la riabilitazione?			
E' possibile consultare quotidiani e/o riviste in modo gratuito?	1		

Fondazione Casa del Cieco Mons. Edoardo Gilardi OJNLUS – via N. Sauro 5 – 23862 Civate	2.2.5.a Programma annuale di valutazione e miglioramento della qualità ex DGR 2569 del 30-10-2014
	Versione 15 del 05/02/2026

4) Servizi igienici e pulizie

	SI	NO	Non applicabile
I servizi igienici del reparto sono sanificati secondo il protocollo ospedaliero interno?	1		
Le pulizie quotidiane dei servizi avvengono almeno due volte al giorno?	1		
I servizi igienici sono muniti della dotazione standard (mensola, specchio, campanello di allarme, cestino rifiuti, tavoletta copri water, carta igienica, scopino, sapone liquido, asciugamani monouso, attaccapanni)?	1		
Viene effettuata una check-list quotidiana?			
Il reparto viene pulito tutti i giorni?	1		
Sono presenti in ogni stanza saponi per la disinfezione delle mani?	0,5 quasi ovunque		
Sono disponibili nel reparto saponi per la disinfezione?	1		

5) Tutela dei diritti del malato

	SI	NO	Non applicabile
Viene consegnata la carta dei diritti del malato all'utente o al familiare?	1		
Gli utenti vengono informati con opuscoli delle consuetudini/regole del reparto?	1		
Viene effettuata una analisi delle criticità del reparto?			
Vengono somministrati i questionari di soddisfazione dell'utente alla dimissione?	1 durante il soggiorno		

6) Informazioni sull'iter diagnostico e terapeutico

	SI	NO	Non applicabile
Viene spiegato all'utente l'iter diagnostico e terapeutico?	1		
Avviene l'acquisizione del consenso informato di tutto l'iter terapeutico e diagnostico in forma scritta e qualora non possibile in forma orale?	1		
È previsto un colloquio in previsione della dimissione?	1		
Viene consegnato alla dimissione un foglio con la diagnosi e la terapia?	1		
Viene consegnata all'utente la lettera di dimissioni per il MMG?	1		
Se l'utente viene trasferito viene inviata contestualmente la cartella clinica?	1 lettere di dimissione		
E' previsto un colloquio con il medico per le domande dell'utente e dei familiari alla dimissione o al trasferimento?	1		

Fondazione Casa del Cieco Mons. Edoardo Gilardi OJNLUS – via N. Sauro 5 – 23862 Civate	2.2.5.a Programma annuale di valutazione e miglioramento della qualità ex DGR 2569 del 30-10-2014
	Versione 15 del 05/02/2026

7) Personalizzazione del percorso assistenziale

	SI	NO	Non applicabile
Vengono messi in atto i PAI (Piani Assistenziali Individualizzati)?	1		
E' previsto un vitto personalizzato?	1		
Viene consultato il MMG?	1		
Viene ideato un percorso riabilitativo/fisioterapico individualizzato?	1		
Viene ideato un percorso riabilitativo/cognitivo individualizzato?	1		

8) Rispetto della dignità del malato e rispetto della dignità del morire

	SI	NO	Non applicabile
E' possibile richiedere un sostegno psicologico per l'utente durante la degenza?	1		
E' possibile avere un confronto etico/filosofico per l'utente durante la degenza?			
E' possibile avere una assistenza religiosa per l'utente durante la degenza?	1		
E' possibile avere una assistenza spirituale non confessionale per l'utente durante la degenza?			
E' possibile per l'utente accedere ai sacramenti?	1		
Il personale medico e infermieristico è informato circa le linee guida sulla corretta comunicazione sul fine vita?	1		
Il personale è formato sulla corretta gestione dell'utente in fase di fine vita?	1		
Il personale è formato sulle procedure sul fine vita approvate dal comitato etico?			No comitato etico
E' possibile riservare uno spazio riservato per l'utente in fase terminale?	1		
E' facilitato e favorito l'accesso dei parenti dell'utente in fase terminale?	1		
E' previsto uno spazio per il defunto e i suoi parenti?	1		
E' possibile per i parenti dell'utente accedere ad un sostegno psicologico durante la fase terminale?	1		
E' possibile per i parenti del defunto accedere ad un sostegno psicologico dopo il decesso del familiare?	1		

9) Presa in carico globale

	SI	NO	Non applicabile
Viene utilizzata una cartella medica e infermieristica integrata?	1		
Vengono organizzate riunioni d'equipe settimanali sui singoli utenti?	1		
Nel reparto è presente lo psicologo?	1		
Nel reparto è presente l'assistente sociale?			
Nel reparto è presente un terapeuta occupazionale?			
Nel reparto è presente il fisioterapista?	1		

Fondazione Casa del Cieco Mons. Edoardo Gilardi OJNLUS – via N. Sauro 5 – 23862 Civate	2.2.5.a Programma annuale di valutazione e miglioramento della qualità ex DGR 2569 del 30-10-2014
	Versione 15 del 05/02/2026

Nel reparto sono presenti associazioni di volontariato?			
Vengono utilizzate per l'utente scale di valutazione multidimensionale (VDM)?	1		
Viene effettuato per ogni paziente un test dello stato mentale (MMSE/SPMSQ)?	1		
Vengono utilizzati indicatori dell'autonomia (ADL)?	1 barthel		
Vengono utilizzate scale delle attività strumentali (IADL)?			NA
Viene utilizzato un indice di valutazione funzionale globale?	1		

10) Empatia

	SI	NO	Non applicabile
Viene utilizzato un tono carino ed accogliente con l'utente?	1		
I medici danno informazioni adeguate all'utente?	1		
Viene messo l'utente al primo posto?	1		
Il medico dedica del tempo all'utente, durante la visita, alla spiegazione delle cure e dei trattamenti?	1		
Il personale paramedico parla con l'utente?	1		
Il personale paramedico mostra rispetto per l'utente?	1		
Il personale medico e paramedico è adeguatamente formato sulla comunicazione empatica?			
I volontari trascorrono del tempo con gli utenti?	1		
Esistono schede di valutazione per il personale medico circa la comunicazione empatica?			
Esistono schede di valutazione per il personale paramedico circa la comunicazione empatica?			

11) Terapia del dolore e cure palliative

	SI	NO	Non applicabile
E' presente in reparto materiale informativo sulla legge 38 che disciplina la rete di terapia del dolore e cure palliative?	1		
E' presente in reparto materiale informativo sulle cure palliative e sulla terapia del dolore?	1		
Vengono utilizzate scale di valutazione per la terapia del dolore riportando i valori in cartella clinica?	1		
Vengono utilizzate scale per rilevare e quantificare il dolore nell'anziano demente (ABBEY; CNPI; PADE; PANAID; NO PAIN)?	1		
Avviene un aggiornamento costante della valutazione del dolore dell'utente riportando i valori in cartella clinica?	1		
Sono utilizzati trattamenti farmacologici personalizzati per la terapia del dolore?	1		

Fondazione Casa del Cieco Mons. Edoardo Gilardi OJNLUS – via N. Sauro 5 – 23862 Civate	2.2.5.a Programma annuale di valutazione e miglioramento della qualità ex DGR 2569 del 30-10-2014
	Versione 15 del 05/02/2026

E' presente all'interno dell'Ospedale il "Comitato Ospedale Territorio senza Dolore"?			NA
Sono presenti nel reparto tutti i farmaci per la terapia del dolore?	1		
E' prevista la formazione del personale sulla terapia del dolore (in conformità con Ospedale senza dolore e la legge 38/2010)?	1		
E' previsto il ricorso a consulenza di terapia del dolore a scopo diagnostico o terapeutico in presenza di dolore non controllato?	1		

12) Assistenza al personale (burn-out stress lavoro correlato)

	SI	NO	Non applicabile
Viene effettuata una valutazione costante dello Stress lavoro correlato degli operatori?	1		
E' presente la possibilità di accedere ad un sostegno psicologico per gli operatori?	1		
Vengono tenuti per il personale dei Gruppi Balint per la prevenzione del Burn Out?			

Il punteggio complessivo è 83,25 su 102, ovvero 81,61%, invariato rispetto al 2025 ed al 2024 mentre nel 2023 era di 81,37% .Nel 2022, 2021,2020 e 2019 era di 80,39%. Nel 2018 era il 77,45%, nel 2017 - 75%, nel 2016 - 69,69%, nel 2015 - 69%, nel 2014 - 67,65%

2.2.5.a 2 coinvolgimento del personale.

Gli obiettivi di reparto o servizio sono stati formulati in parte dai responsabili nella riunione apposita (vedi foglio presenza firmato)

2.2.5.b Struttura o responsabile delle attività di valutazione e miglioramento della qualità.

Con delibera del CdA dell'Ente in data 08 luglio 2022 è stato individuato come referente l'impiegata Francesca Agostoni, la quale è coadiuvata da persone incaricate di controlli, audit, verifiche.

2.2.5.c Rilevazione del grado di soddisfazione dell'utenza

Vedi par. 3.2.1.5

Requisiti ulteriori per accreditamento

3.2.4.a Carta dei servizi con almeno:

3.2.4.a-1 condizioni che danno diritto all'accesso

Pag.2 A chi si rivolge

Allegato pag. 4 Disposizioni vigenti

Allegato pag. 12 sistema di classificazione

3.2.4.a-2 descrizione dell'udo e suddivisione posti letto

Allegato pag. 1 Descrizione dell'udo

Fondazione Casa del Cieco Mons. Edoardo Gilardi OJNLUS – via N. Sauro 5 – 23862 Civate	2.2.5.a Programma annuale di valutazione e miglioramento della qualità ex DGR 2569 del 30-10-2014
	Versione 15 del 05/02/2026

3.2.4.a-3 criteri di formazione e modalità di gestione delle liste di attesa, accoglienza, visite guidate, presa in carico e dimissione

Allegato pagina 2 e 5

3.2.4.a-4 modalità di erogazione delle prestazioni e descrizione delle attività previste (giornata tipo, descrizione dei percorsi terapeutici per ambulatori)

Giornata tipo allegato pagina 3

3.2.4.a-5 orario di funzionamento / visita

Pag 3 come utilizzare la Carta

Allegato pag. 4 Disposizioni vigenti

3.2.4.a-6 raggiungibilità della struttura

Pag. 4 Dove trovarci

3.2.4.a-7 tipologie di rette applicate e dettaglio costi aggiuntivi, deposito cauzionale e sua applicazione

Allegato pag 6. Rette applicate ed elenco servizi esclusi dalla retta

3.2.4.a-8 strumenti e modalità di tutela dei diritti, tempi di segnalazione e gestione delle segnalazioni e reclami, indicazioni in caso di dimissioni, trasferimento ad altra struttura e continuità delle cure

Pag. 4 Dove Trovarci/ URP

Allegato pag. 18 carta dei diritti della persona anziana

Allegato pag. 20 regolamento ospiti

Allegato pag. 27 scheda per segnalazioni

Allegato. Pag. 5 dimissioni

3.2.4.a-9 strumenti, modalità e tempi di valutazione del grado di soddisfazione e rilevazione di disservizi

Allegato pag.7, 8, 9,10, 27

3.2.4.a-10 altri contenuti previsti dalla normativa specifica dell'udo

Allegato pag. 3,4,5,6,11,13,18

3.2.4.a-11 modalità di rilascio della dichiarazione ai fini fiscali

Allegato pag.4 e 11

Fondazione Casa del Cieco Mons. Edoardo Gilardi OJNLUS – via N. Sauro 5 – 23862 Civate	2.2.5.a Programma annuale di valutazione e miglioramento della qualità ex DGR 2569 del 30-10-2014
	Versione 15 del 05/02/2026

3.2.4.a-12 tempistiche e modalità per l'accesso alla documentazione sanitaria e per ottenerne il rilascio

Allegato pag.5

3.2.4.a-13 schede allegate per rilevazione della soddisfazione e per esprimere apprezzamenti, lamentele e denunciare disservizi

Allegato pag. 9,10,27

3.2.4.b Rilevazione del grado di soddisfazione dell'utenza

3.2.4.b-1 almeno annuale anche per famigliari e caregiver

Il nostro modello è distinto fra ospiti e famigliari

Il modello ATS è univoco

3.2.4.b-2 almeno annuale anche per lavoratori

Viene utilizzato il modello ATS

3.2.4.b-3 analisi dei dati per il miglioramento della qualità dei servizi e delle criticità emerse

L'analisi esiste, e c'è una relazione che viene condivisa nelle modalità citate nella carta dei servizi a pag. 4

3.2.4.b-4 diffusione dei risultati e delle misure di miglioramento

La relazione di cui al punto precedente viene pubblicata sul portale www.casadelcieco.org nella sezione Qualità e Sicurezza, oltre che condivisa nelle modalità citate nella carta dei servizi

3.2.4.c Prevenzione e gestione dei disservizi

3.2.4.1 raccolta e tracciabilità dei disservizi

Dal 2008 vengono raccolti dati sui disservizi, per lo più dovuti al sistema informatico, ma anche relativi a malfunzionamento degli ascensori, della centralina antincendio, delle serrande tagliafuoco. In fase di stesura di questo documento si è proceduto alla sistematizzazione dei diversi report e si è creato un registro apposito. Tali registrazioni ora entreranno a far parte delle manutenzioni generali, inserite ciascuna nell'anno di competenza.

A partire dal 2016, poiché la ratio del provvedimento dovrebbe essere il prevenire o gestire i disservizi nell'assistenza degli ospiti, nel suddetto registro si era deciso di inserire le eventuali segnalazioni e/o rimozioni degli ospiti o parenti, le segnalazioni di near miss, le osservazioni della Vigilanza ATS, ecc.... Ad ogni segnalazione verrà assegnata una data ed un numero progressivo identificativo, recante l'anno ed il numero (ad es. 2016/003). Ogni anno si ricomincia da zero e si terrà conto di questo tema anche nella relazione annuale.

Poiché tali segnalazioni si perdono nella memoria, nella riunione di miglioramento del 27/3/2019 si è stabilito di dotare i vari reparti di moduli dove registrare le lamentele, da far poi confluire nel registro.

Fondazione Casa del Cieco Mons. Edoardo Gilardi OJNLUS – via N. Sauro 5 – 23862 Civate	2.2.5.a Programma annuale di valutazione e miglioramento della qualità ex DGR 2569 del 30-10-2014
	Versione 15 del 05/02/2026

3.2.4.2. predisposizione delle azioni di miglioramento e loro eventuale diffusione

Le azioni di miglioramento nascono dall'esame delle segnalazioni di cui sopra. Queste, dopo un primo esame da parte della Direzione e del Medico Responsabile e la loro valutazione, in caso di complessità, potranno essere discusse in equipe. In ogni caso le azioni migliorative, registrate su ogni scheda di segnalazione o abbinate a questa, periodicamente verranno diffuse in forma riassuntiva, attraverso gli strumenti del punto seguente, oltre che puntualmente ai diretti interessati.

3.2.4.d Strumenti e materiali informativi

3.2.4.d-1 definizione e utilizzo di strumenti per la comunicazione interna

Nel programma informatizzato c'è la possibilità di inviare a persone o figure predefinite dei messaggi di richiesta, di allerta, consegne, segnalazioni riferite agli ospiti.

Vi è inoltre una "Area comune" che funge da intranet nella quale si possono scambiare documenti, linee guida, articoli, procedure.

Vi sono poi bacheche nella zona timbratura per il personale, nella zona caffè per ospiti e parenti.

3.2.4.d-2 segnaletica visibile e di facile comprensione

La segnaletica di sicurezza è a norma, per cui utilizza segni convenzionali. La segnaletica relativa agli spostamenti interni è presente, come ad es. la "P" di posteggio o le indicazioni circa i reparti o gli uffici. La visibilità è un concetto soggettivo, ma in qualche caso è migliorabile.

3.2.4.e Contratto di ingresso secondo schema tipo

Copia del contratto è pubblicata sul portale www.casadelcieco.it

3.2.4.f adozione del modello organizzativo e del codice etico ai sensi del D. Lgs.231/2001 - Obbligo per udo >80 pl e/o > 800.000 €. dal FSR

3.2.4.f-1 adozione del mog e codice etico

Adottati: Codice Etico dal 2006, ultima revisione del 2025 e MOGC aggiornato costantemente

3.2.4.f-2 nomina organismo di vigilanza

Dal 08-07-2022 è stato nominato in forma monocratica con formale lettera di incarico nella persona dell'Avv. Raffaele Mozzanica

3.2.4.f-3 pubblicizzazione codice etico

Il Codice Etico è pubblicato sul portale www.casadelcieco.org nella apposita sezione

Fondazione Casa del Cieco Mons. Edoardo Gilardi OJNLUS – via N. Sauro 5 – 23862 Civate	2.2.5.a Programma annuale di valutazione e miglioramento della qualità ex DGR 2569 del 30-10-2014
	Versione 15 del 05/02/2026

3.2.4.f-4 dichiarazione annuale su punti f-1 e f-2, formazione e informazione del personale, acquisizione della relazione annuale odv

Annualmente entro i termini stabiliti dalla Regione Lombardia il Legale Rappresentante invia la dichiarazione richiesta.

2.2.5.d Documentazione sociosanitaria

2.2.5.d-1 Fisas

Il nostro Ente, si è impegnato in questi anni per la realizzazione completa del FASAS elettronico, mantiene alcuni originali cartacei dovuti per Legge, che dal 2015 vengono digitalizzati ed inglobati nel sistema (esami e visite, domanda e contratto, consensi informati). Il FASAS è fruibile a tutti gli operatori da qualsiasi postazione, poiché alcune figure possono operare su più reparti. Inoltre la rete wireless consente di usare dei tablets nel caso sia necessario.

2.2.5.d-2 Progetto individuale

Viene redatto all'ingresso o nei primi giorni di soggiorno, rivisto entro un mese e poi periodicamente almeno ogni 6 mesi. Ospiti o parenti sono convocati per firmare per presa visione tali documenti.

2.2.5.d-3 PAI, PEI, pri

Anche per il PAI, PEI, pri ove richiesto vale lo stesso discorso del Progetto Individuale, col quale possono essere unificati, in base alla scelta di stampa.

2.2.5.d-4 Diario

Il diario è già informatizzato da vari anni ed è già stato oggetto di Vigilanza nel 2012 e 2016. Il diario è unico, ma ogni figura compila una riga selezionando un diario diverso, in modo che sia agevolata la ricerca per data, per ospite, per operatore, per figura professionale, per ricerca testuale.

Verifiche ispettive ASL

Allegato 3, punto 4.2 nel Fisas la documentazione può essere cartacea o in formato elettronico. In questo caso garantire in tempo reale copie ed estratti su carta.

Allegato 3, punto 6. Fisas tempestivamente fruibile a tutti gli operatori, dei servizi e della vigilanza, anche se con adozione di mezzi elettronici. Compilazione completa anche per prestazioni esterne ove previsto (es. prestazioni in ospedale o soggiorni climatici inserite in pianificazione e diario)

2.2.5.e Procedure e protocolli

2.2.5.e-1 procedure per i processi assistenziali più rilevanti con revisione almeno triennale

L'elenco aggiornato delle procedure in essere, si trova in forma aggregata allegato al MOG, o nei singoli faldoni distinti per tematica

2.2.5.e-2 procedure per l'approvvigionamento, conservazione e smaltimento dei farmaci

L'Ente possiede le procedure PR RSA 024- 025-026- 027 e relativi allegati.

Fondazione Casa del Cieco Mons. Edoardo Gilardi OJNLUS – via N. Sauro 5 – 23862 Civate	2.2.5.a Programma annuale di valutazione e miglioramento della qualità ex DGR 2569 del 30-10-2014
	Versione 15 del 05/02/2026

2.2.5.e-3 procedure che garantiscano la tracciabilità della somministrazione dei farmaci

Rispetto all'elenco del punto precedente, la procedura dedicata è la PR RSA 026

2.2.5.e.4 procedure e regolamenti per le attività di supporto tecnico o amministrativo ed in particolare:

- criteri e modalità di accesso PR RSA 001 e 002
 - modalità di prelievo, conservazione e trasporto materiali organici da sottoporre ad accertamento
- procedura PR 031
 - modalità di pulizia, lavaggio, disinfezione e sterilizzazione di tutti gli strumenti ed accessori
- procedura PR RSA 038
 - pulizia e sanificazione degli ambienti
- procedura PR RSA 101
 - modalità di compilazione, conservazione, archiviazione dei Fisas e documentazione sociosanitaria erogata
- procedura PR RSA 006
 - procedure a conoscenza del personale

Faldoni nei reparti con questa programmazione:

- in ogni reparto per medici ed IP negli ambulatori procedure specifiche e di sicurezza/ambiente
- in ogni reparto per ASA nei locali ASA procedure specifiche e di sicurezza/ambiente
- in palestra per FKT procedure specifiche e di sicurezza/ambiente
- in palestra per Educatrici procedure specifiche e di sicurezza/ambiente
- in Lavanderia per ASA procedure specifiche e di sicurezza/ambiente
- in ufficio procedure specifiche e di sicurezza/ambiente
- nel magazzino manutentori procedure specifiche e di sicurezza/ambiente

Requisiti ulteriori di accreditamento

3.2.4.g-1 procedure per sorveglianza e prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza, comprese eventuali adeguate strategie vaccinali

Esiste la procedura PR RSA 041

3.2.4.g-2 identificazione, segnalazione e gestione degli eventi avversi e degli eventi sentinella

Esiste la procedura PR RSA 008

Fondazione Casa del Cieco Mons. Edoardo Gilardi OJNLUS – via N. Sauro 5 – 23862 Civate	2.2.5.a Programma annuale di valutazione e miglioramento della qualità ex DGR 2569 del 30-10-2014
	Versione 15 del 05/02/2026

3.2.4.h Polizza assicurativa

Polizza per RC per danni agli utenti o altri soggetti, compresi i danni involontariamente cagionati in conseguenza di fatti accidentali e imputabili a negligenza, imprudenza o imperizia. Eventuali franchigie non gravino su danneggiati. In alternativa documentato programma assicurativo di gestione diretta del rischio

Tramite broker assicurativo è stata sottoscritta da alcuni anni la polizza di Responsabilità civile RCT/RCO n° 71980499 UNIPOL SAI Assicurazioni con copertura per l’RCT di € 3.000.000 per sinistro, per persona e per danni a cose, e di copertura per l’RCO di € 3.000.000 per sinistro e €. 1.500.000 per persona. Vengono contemplati rischi connessi a:

- proprietà di fabbricati nei quali si svolge l’attività
- danni causati a terzi in ambito lavori nonché a mezzi sotto carico o scarico
- danni causati da non dipendenti (medici, paramedici, infermieri e fisioterapisti)
- danni subiti da non dipendenti
- attività complementari
- danni da interruzioni o sospensioni di attività
- lavoratori a progetto e/o altri rapporti di lavoro (Legge Biagi)
- committenza auto
- malattie professionali

Verifiche ispettive ASL

Per documenti (carta servizi, procedure ecc...) serve presenza e regolare applicazione.

Carta servizi a disposizione dell’utenza, informazioni corrette e aggiornate e corrispondente alle tariffe praticate.

Conservazione di linee guida e procedure assistenziali in luoghi accessibili agli addetti e prossimi agli ambienti di lavoro. Interviste a campione per verificare la diffusione.

Conservazione in altri luoghi di documenti di non necessaria regolare consultazione, purché prontamente disponibili per Vigilanza.

2.2.1.c. Materiale informativo

2.2.1.c-1 carta dei servizi con modalità per il concreto esercizio dei diritti dei cittadini, criteri di accesso e modalità di erogazione delle prestazioni, tipologia di rette applicate e dettaglio di eventuali costi aggiuntivi (vedi anche par. 3.2.4.a)

Esiste ed è anche pubblicata sul portale www.casadelcieco.org