

COMUNE DI VALLI DEL PASUBIO

ISTITUZIONE CASA DI RIPOSO “A. PENASA”

N° 5 del Registro

Valli del Pasubio, 30/03/2023

DELIBERAZIONE DEL CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE

L'anno **duemilaventitrè**, il giorno trenta del mese di **marzo**, alle ore **10.00**, nella sala delle adunanze dell'intestata Istituzione, si è riunito il **Consiglio di Amministrazione** dell'Istituzione medesima nelle persone di:

		Pr.	As.
BRANDELLERO Livio	Presidente	x	
PIANEGONDA Tiziano	Consigliere	x	
SPADARO Antonino	Consigliere	x	

Partecipa, con voto consultivo e nella veste di segretario, il Direttore CAVION dr.ssa Barbara

Il Presidente, constatato che gli intervenuti sono in numero legale, dichiara aperta la seduta ed invita i convocati a discutere e deliberare sull'oggetto sottoindicato.

OGGETTO

NOMINA DEL NUCLEO DI VALUTAZIONE MONOCRATICO

IL CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE

VISTO l'art. 1 del D.Lgs. 30/07/1999, n. 286 e successive modificazioni ed integrazioni, che richiede alle Pubbliche Amministrazioni di dotarsi, nell'ambito della propria autonomia, di sistemi di controllo interno in merito alla regolarità amministrativa e contabile, al controllo di gestione, alla valutazione del personale con qualifica apicale ed alla valutazione e controllo strategico;

DATO ATTO CHE gli Enti Locali hanno la facoltà e non l'obbligo di costituire l'Organismo Indipendente di Valutazione, in quanto, nella propria autonomia, possono affidare ad altri soggetti i compiti previsti dai principi di cui alle disposizioni del D.Lgs. 150/2009;

RICHIAMATI:

- il D.Lgs. 286/99 ad oggetto “Riordino e potenziamento dei meccanismi e strumenti di monitoraggio e valutazione dei costi, dei rendimenti e dei risultati dell'attività svolta dalle amministrazioni pubbliche, a norma dell'articolo 11 della legge 15 marzo 1997, n. 59”;
- il D.Lgs n.150/2009;

PRESO ATTO CHE con delibera CdA nr 2 del 31/01/2023 è stato approvato il PIAO per il triennio 2023/2025 che alla sottosezione 2.2 enuncia le regole ed i principi per la valutazione della performance del personale;

VISTO il decreto del Sindaco del Comune di Valli del Pasubio numero 12 del 2022 con il quale veniva conferito al Segretario Comunale dr.ssa Chiara Perozzo l'incarico di componente unico del nucleo di valutazione per il personale del Comune;

RITENUTO pertanto, quale Istituzione Comunale, di conferire l'incarico al Segretario Comunale, in via monocratica, quale componente unico del Nucleo di Valutazione;

DECRETA

- 1) di nominare il Nucleo di Valutazione monocratico per l'Istituzione casa di riposo A. Penasa nella persona del Segretario Comunale dott.ssa Chiara Perozzo;
- 2) di stabilire che il Nucleo di Valutazione monocratico avrà durata fino a revoca e comunque fino al termine del mandato amministrativo;
- 3) di dare atto che al Nucleo di Valutazione monocratico comunale competono i compiti indicati all'art. 1 del D.Lgs. 30/07/1999, n. 286;
- 4) di dare atto che l'incarico è svolto dal Segretario Comunale senza oneri a carico del bilancio.

Allegato :

PIAO 2022/2024 sottosezione 2.2

Letto, approvato e sottoscritto.

IL DIRETTORE

CAVION dr.ssa Barbara

IL PRESIDENTE

BRANDELLERO Livio

sottosezione 2.2

PERFORMANCE

Premessa

Gli Enti Locali non risultano diretti destinatari delle norme di cui al D.Lgs. 150/2009 e alle modifiche di cui al D.Lgs. 74/2017, non sono obbligati alla costituzione dell'Organismo Indipendente di Valutazione ma rientrano fra gli Enti locali soggetti all'adeguamento dei loro ordinamenti pur nell'autonomia organizzativa e regolamentare che li caratterizzano.

Ciò premesso, questa Amministrazione nell'ambito della propria autonomia statutaria e regolamentare, ha adottato con delibera CdA 4 del 31/01/2022 il Piano delle Performance per l'anno 2022.

Il presente documento soddisfa quanto richiesto dall'Azienda Ulss n. 7 in tema di rinnovo delle procedure di accreditamento (L.R.22/2002 - Dgr 84/2007) che prevede la creazione di modelli di programmazione e di rendicontazione degli obiettivi in un Ente inserito nel sistema autorizzativo Regionale, **adottati con il sistema qualità dal 2008 ed annualmente approvati con delibera CdA dal 2010 che predispone i risultati attesi e ne valuta gli esiti a consuntivo.**

Lo schema viene rivalutato ogni anno con l'assistenza del RAQ responsabile della qualità.

Analisi del contesto

Gli obiettivi del piano della performance debbono necessariamente inserirsi in un contesto operativo Socio Sanitario in profondo mutamento negli ultimi anni e che fa riferimento alla nascita della nuova Ulss n°7 Pedemontana a seguito dell'accorpamento delle due pregresse Ulss n°4 e Ulss n°3.

Si precisa che il sistema di gestione delle impegnative di residenzialità, favorisce anche gli spostamenti fuori ULSS, nell'intento di rispondere meglio al principio della libera scelta dell'utente. In questo scenario di ormai evidente concorrenzialità fra strutture, strategica è la capacità dell'Ente di offrire un buon rapporto fra tariffazione e qualità dei servizi offerti all'utenza, aspetto che ha contraddistinto l'attività dell'Istituzione.

In questo contesto, l'Ente si è dotato di un moderno organigramma, in linea con gli standard regionali di cui alla DGR 84/2007.

Criteri di pesatura degli obiettivi

Il presente Piano della Performance è valevole per il triennio 2022-2024 e rappresenta la concretizzazione di quanto previsto, in riferimento alla misurazione e alla valutazione della Performance dallo specifico Regolamento approvato con deliberazione del Consiglio di Amministrazione n. 27, del 01/10/2018.

Oltre a tale adempimento, l'Ente è anche tenuto al rispetto dei requisiti afferenti a quanto previsto dalla Regione Veneto con la Legge 22/2002, in riferimento all'Autorizzazione all'esercizio e all'Accreditamento istituzionale; per gestire in modo sistemico tali requisiti, l'Ente mira a sviluppare un autonomo Sistema Qualità, che definisca gli obiettivi strategici ed un Prospetto annuale dei risultati attesi, in grado di inglobare anche gli standard presenti nella Carta dei Servizi. Con propria Deliberazione, il Consiglio di Amministrazione mira ad adottare e ad aggiornare formalmente il Sistema Qualità, del quale il Segretario-Direttore provvede a nominare il Responsabile Gestione Qualità.

L'Ente adotta per il proprio personale dipendente il CCNL del Comparto Regioni ed Autonomie Locali, per cui annualmente provvede alla costituzione del Fondo Incentivante, sia per la parte stabile, che per la parte variabile.

Per ogni anno del triennio, con il presente Piano si adotta l'entità delle risorse massime variabili residue, collegabili alla gestione del Fondo come definito annualmente.

Con il Regolamento di amministrazione e di organizzazione degli uffici e dei servizi, l'obiettivo primario è quello di perseguire l'organizzazione e la gestione dell'Ente avendo dei precisi centri di responsabilità e di costo, cui attribuire le risorse e i risultati da raggiungere, valevoli per tutte le diverse figure professionali operanti nella Struttura.

In relazione alla complessità ed eterogeneità degli obiettivi dell'Ente, è stato elaborato un metodo di valutazione analitico per punteggio, in base ad un'autovalutazione da parte del dipendente discussa con il responsabile di area.

La pesatura ha per oggetto gli obiettivi individuati nel Piano della *performance* ed è effettuata sulla base di una valutazione motivata in base ai seguenti criteri:

Istituzione Casa di Riposo "A.Penasa" Via S. Rocco, 1 – 36030 VALLI DEL PASUBIO (VI)				CHECK LIST MONITORAGGIO SUGLI OBIETTIVI		
Data emissione: 01/06/2021				Data approvazione 31 Gennaio 2022 delibera CdA 01		
n°	FUNZIONE COINVOLTA	PROCESSO	OBIETTIVO	INDICATORI	Riferimento- PRG-MOD - Registrazioni CBA - Delibera CDA	Verifica 8 ospiti per monitoraggio e su 25% ospiti annuale
1	DIREZIONALE	rotazione personale nel periodo	verificare la quantità di personale entrato in attività/avvicendamento, nel periodo al fine di verificarne i requisiti /formazione/affiancamento	90% documentati ingresso personale	MO.DIR.06.01 e MO.DIR.06.05	Numero dei nuovi ingressi lavorativi nei primi 6 mesi anno Coop.+ Altro
2		verifica obiettivi standard	Sulla base dei risultati dei 2 monitoraggi, degli standard dell'anno in corso, redigere elaborazione per l'anno successivo.	entro il 28 febbraio di ogni anno	Delibera CDA su obiettivi Standard riassuntivi MO.03.04	
3		emissione annuale carta servizi	raggiungimento quanto previsti carta dei servizi	Regolamenti disposizioni, istruzioni, modulistica registrazioni, risultati raggiunti in merito al grado di conoscenza della carta servizi	Conoscenza Carta Servizi personale e ospiti / famigliari	almeno 80% di conoscenza personale carta servizi conoscenza Carta Servizi 80 %su 25% ospiti e/o famigliari (tramite questionario/consegna)
4		Emissione obiettivi strategici di miglioramento	Miglioramento continuo dei servizi erogati , tramite valutazione Obbiettivi Strategici	entro il 28 febbraio di ogni anno e sul monitoraggio annuale	PQ.MO.01.01- PRG 01.01	90 % obiettivi raggiunti su standard definiti
5		programma annuale verifiche e monitoraggio	attuazione delle verifiche ispettive interne	100% delle V.I programmate secondo programma definito dall'amministrazione	MOD.DIR.03.01 - 03.02 - 03.03 -03.04 - 03.05	100% su 39 indicatori e 4 funzioni di area
6		redazione programma formazione e politiche di affiancamento formativo,e consegne	Redazione annuale del programma di formazione sul sistema qualità e sicurezza	almeno 40% della formazione programmata nel monitoraggio , e 80% di formazione in fase consuntiva.	MOD.DIR.06.06.01- 02 -03 -04	%formazione programma sistema qualità %formazione programma sistema sicurezza dec.81 %formazione rischio clinico
			Registrazione formazione del personale e adeguati passaggi consegne nel caso di sostituzione del personale per periodi superiori a 15 giorni. Comprensiva servizi esterni come cucina e Coop Servizio.	almeno 90% sulla formazione e sulle consegne sostituzione o ferie del personale in rotazione , compreso servizi esterni.	MOD.DIR 06.01- 06.05	% registrazione modulo di sostituzione registrazione argomenti formazione controfirmata documentazione nuove rotazioni/assunzioni presenze compreso servizi cucina e COOP
n°	FUNZIONE COINVOLTA	PROCESSO	OBIETTIVO	INDICATORI	Riferimento- PRG-MOD - Registrazioni CBA - Delibera CDA	Verifica 8 ospiti per monitoraggio e su 25% ospiti annuale

7	ASSISTENTE SOCIALE	Inserimento	Scheda valutazione multimediale interne	100% Scheda valutazione interna e verbale seduta UOI	MOD.AS.03.02.- MOD.AS.03.04	8 ospiti per monitoraggio semestrale con PAI entro 45 giorni ingresso
8		Progettazione personalizzata ospiti PAI	Adeguatezza e celerità nella redazione del Progetto Assistenziale Individualizzato per il nuovo ospite -	PAI entro 45 giorni dall'ingresso, 100% ospiti arrivati in ordine di data all'anno.	MOD.AS.03.05 - MOD.AS.03.06 -	8 ospiti per monitoraggio semestrale con PAI entro 45 giorni ingresso
				informativa famigliari entro 20 giorni		
				almeno annuale PAI - SVAMA traK ULSS- UOI Annuale	PAI singolo ospite - Calendario PAI - UOI - SVAMA	100% ospiti valutati
9		Colloquio di ammissione Inserimento	Adeguatezza e celerità nella effettuazione del colloquio pre-inserimento e fornire informazioni			
				consegna scheda informativa in fase inserimento	PQ.AS.01.09- Consegna carta Servizi	100% ospiti valuati
				almeno 24 ore prima dell'ingresso nel 100% dei casi, esclusi quelli urgenti.	PQ.AS .01.02 - 01.05.	verifica 8 ospiti per monitoraggio semestrale, e 25% ospiti per annuale
			adeguatezza e celerità nella conoscenza della storia della persona	entro 45 giorni dall'ingresso nel 95% dei casi	Registrazione su CBA	verifica 8 ospiti per monitoraggio semestrale, e 25% ospiti per annuale
10		ASSISTENTE SOCIALE	Assistenziale	Adeguatezza e sistematicità nel raggiungimento degli obiettivi assistenziali specifici, definiti in PAI nel UOI	almeno il 60% del totale degli obiettivi PAI definiti in UOI	PQ.AS.03.03- PQ.AS.03.04
11	Assistenziale		Adeguatezza e celerità nel comunicare agli ospiti e ai famigliari degli obiettivi dal PAI da parte della direzione / AS	verifica data entro la quale effettuare la comunicazione del PAI sul 25 % ospiti	PQ.AS.03.06	8 ospiti per monitoraggio semestrale per il 25% ospiti annuale
12	Socio-animativo		Progettazione di animazione agli ospiti	almeno una nuova all'anno	obiettivi carta servizi	
			Adeguatezza e regolarità nel festeggiamento dei compleanni	entro il mese pertinente, al 100%	Registrazione su CBA	8 ospiti per monitoraggio semestrale per il 25% ospiti annuale
13	Socio-animativo		verificare quantità di attività per singolo ospite al fine di valutare la partecipazione e la condivisione	almeno 70% sul programma del periodo mensile, che prevede 3 attività settimanali	Registrazione su CBA	8 ospiti per monitoraggio semestrale per il 25% ospiti annuale
		verifica riportata storia personale			vedi punto 8	
14	RESPONABILE SOCIO SANITARIA	Sanitario	Adeguatezza e celerità nel controllo dei parametri vitali, per tutti gli ospiti, e inserimento completo nel programma CBA	almeno una volta al mese per ogni cliente, nel 100% dei casi	Registrazione su CBA	8 ospiti per monitoraggio semestrale per il 25% ospiti annuale
						temperatura / scariche
						pressione
						indice peso / disidratazione
n°	FUNZIONE COINVOLTA	PROCESSO	OBIETTIVO	INDICATORI	Riferimento- PRG-MOD - Registrazioni CBA - Delibera CDA	Verifica 8 ospiti per monitoraggio e su 25% ospiti annuale
15	RESPONABILE SOCIO SANITARIA	Sanitario	verifica programma farmacologico di entrata /in uso e quanto riportato in scheda farmaci e somministrazione giusto ospite	100% delle informazioni	modulo RASS.03.01 TRAK ulss	8 ospiti per monitoraggio semestrale per il 25% ospiti annuale

16		Sanitario	Adeguate e sistematicità nella programmazione delle visite mediche mensile per ogni ospite	100% delle informazioni	modulo RASS.02.03 (programma mensile)	8 ospiti per monitoraggio semestrale per il 25% ospiti annuale
17		Sanitario	Gestione sicurezza paziente e rischio clinico	defibrillatore controllo	MOD.RASS.04.05	100% giornaliero
18	RESPONSABILE SOCIO SANITARIA	Sanitario		Scheda segnalazione e analisi per il sistema incident reporting Scheda allertamento incident reporting	Introduzione dei dati su gestionale CBA	Verificare eventuali 8 ospiti per monitoraggio semestrale per il 25% ospiti annuale
19		Sanitario	Adeguatezza e sistematicità nella personalizzazione e nella prevenzione delle lesioni da immobilizzazione	nessuna lesione imputabile all'Ente, pari o superiore al 2° stadio nel 90% dei casi	RASS.O1.01 - Registrazione su CBA	8 ospiti per monitoraggio semestrale per il 25% ospiti annuale
20		Sanitario-Riabilitativo	Utilizzo Ausili	Regolare assegnazione ausili	MO.07.03 Elenco ausili opsite	8 ospiti per monitoraggio semestrale per il 25% ospiti annuale
21		Sanitario-Riabilitativo	adeguatezza e risultati della attività fisioterapeutica	verifica attività almeno 50% degli ospiti	verifica miglioramento in UOI mensile	
22		Sanitario-Riabilitativo	Adeguatezza e celerità nella gestione dell'intervento riabilitativo	Tempo che intercorre tra la data di valutazione e inizio dell'intervento, quando pertinente	entro 3 giorno lavorativo, nel 90% dei casi, con segnalazione rifiuto dell'ospite	rifiuto ospite (si/no)
						8 ospiti per monitoraggio semestrale per il 25% ospiti annuale
23	AREA ALBERGHIERA E BENESSERE	Alberghiera e benessere	Adeguatezza e celerità alzate e nell'assunzione della colazione	entro le ore 9, nel 90% dei casi	Allegato 03 MOD ReAB.01.01	8 ospiti per monitoraggio semestrale per il 25% ospiti annuale
24		Alberghiera e benessere	tracciare la movimetazione interna degli ospiti , cambio stanze e relativo aggiornamento	regsitrazione 100% dei casi	MOD.AS.01.01	8 ospiti per monitoraggio semestrale per il 25% ospiti annuale
25		Alberghiera e benessere	Adeguatezza della presenza dell'ausilio per l'incontinenza degli ospiti	controlli con esito positivo, in almeno il 90% dei casi	Piano gestito da ditta esterne	8 ospiti per monitoraggio semestrale per il 25% ospiti annuale
26		Alberghiera e benessere	Adeguatezza e costanza nella gestione del bagno.	entro 9 giorni, nel 80% dei casi	Allegato 05 ReAB.03	8 ospiti per monitoraggio semestrale per il 25% ospiti annuale
n°	FUNZIONE COINVOLTA	PROCESSO	OBIETTIVO	INDICATORI	Riferimento- PRG-MOD - Registrazioni CBA - Delibera CDA	Verifica 8 ospiti per monitoraggio e su 25% ospiti annuale
27	AREA ALBERGHIERA E BENESSERE	Alberghiera e benessere	Adeguatezza e costanza nella pulizia delle camere e dei bagni degli ospiti	almeno 1 al giorno, nel 90% dei casi	Allegato 04 ReAB.03	armadi ordinati
						camere struttura
						8 ospiti per monitoraggio semestrale per il 25% ospiti annuale

			Adeguatezza e costanza nel cambio della biancheria piana del letto	entro 9 giorni, nel 80% dei casi	Allegato 02 ReAB.03	8 ospiti per monitoraggio semestrale per il 25% ospiti annuale
			identificazione abiti e qualità servizio	80% ospiti su 8 monitoraggio	Allegato 01 ReAB.03	attività lavanderia
			celerità e tempi	80% ospiti su 8 monitoraggio	Allegato 0 ReAB.03	collocamento ospiti e alzate
28		HACCP RISTORAZIONE E CUCINA	Mantenere efficace e idoneo il servizio di ristorazione e l'igiene delle attrezzature /aree alimentari	90% delle conformità sul totale delle registrazioni	MOD. ReAB 02.01	controllo ristorazione
					MOD. ReAB 02.02	pulizia cucina frigo 1 piano
					MOD. ReAB 02.03	pulizia cucina frigo 2 piano
				conformità almeno 80% su monitoraggio effettuato	Concordato modulo 02.01	attività cucina esterna
29	AREA TECNICA MANUTENZIONI	Responsabile area Tecnica	Piano di manutenzione	90% delle scadenze descritte nello scadenziario	gestionale	
30		Responsabile area Tecnica	Adeguatezza e celerità nella gestione delle richieste di manutenzione ordinaria, prevenienti dai reparti	entro 9 giorni, nel 90% dei casi	MOD. ReAT.01.01	
31		Responsabile area Tecnica	valutazione a campione della qualifica dei fornitori di materiali e di servizi tramite questionario compilato.	almeno 80% dei questionari o qualifica sul totale dei fornitori	MOD.ReAT.02.01	valutazione 3 fornitori
32		Responsabile area Tecnica	valutazione annuale sulla qualità del servizio svolto, registrata su apposita modulistica di qualifica, evidenziando eventuali non conformità	verifica tempi intervento regole contrattuali osservate. Non conformità <2 sul totale attività svolta	MOD.ReAT.02.02	valutazione totale dell'elenco
33	DIREZIONALE - GESTIONALE	Gestionale	Adeguatezza e celerità nella individuazione/ricepimento delle non conformità e nella gestione della loro risoluzione.	entro 15 giorni, nel 90% dei casi	MOD.DIR.05.01 - MOD.DIR.05.02	
34		Gestionale	Adeguatezza e celerità nella gestione dei reclami fondati	entro 30 giorni, nel 100% dei casi	MOD.DIR.05.03	
35		Gestionale	Adeguatezza e positività nella rilevazione annuale del grado di soddisfazione nei confronti del proprio lavoro (interno)	media di almeno il 70% sul totale dei questionari compilati integralmente	MOD.DIR.06.06	
36		Gestionale	Adeguatezza e positività nella rilevazione annuale del grado di soddisfazione nei confronti del servizio, complessivamente inteso parenti e ospiti	media di almeno il 70% sul totale dei questionari compilati integralmente	MOD.DIR.06.07	
37		Gestionale	Adeguatezza e celerità nella programmazione, esecuzione, e gestione delle verifiche interne	2 volte anno 100% delle verifiche programmate e redatte nei tempi programmati	MOD.DIR.03.01	
38		Gestionale	Adeguatezza e celerità nella programmazione e gestione della socializzazione degli esiti delle verifiche interne, dei monitoraggi e delle rilevazioni tramite questionari	almeno 1 volta all'anno tramite il sito dell'Ente o tramite incontri collettivi o mirate informazioni scritte	comunicazione tramite sito o incontri collettivi familiari ospiti lavoratori	

39	Gestionale	Applicazione del piano di formazione personale redatto annualmente in fase di riesame della direzione.	Valutazione di formazione specifiche, o su richieste del personale singolo o di gruppo	MOD.DIR.06.05 o su supporto informatico - MOD.DIR.06.02 e 2 bis	
----	------------	--	--	---	--

VERIFICA DEI RISULTATI ATTESI E PREMIALITA' CONNESSA ALLA PARTE VARIABILE DEL FONDO RISORSE DECENTRATE 2022-2023-2024.

Al termine di ogni anno ed anche in itinere, tutti i possibili risultati attesi saranno oggetto di una valutazione del grado di realistico raggiungimento, sia complessivo, che per Area, che per singola figura professionale, al fine di stimare con pertinente attendibilità il Prospetto dei risultati da proporre per lo specifico anno successivo, con valenza premiante.

Sulla base di siffatte premesse, ai fini della premialità per il triennio 2022-2024, da erogarsi a consuntivo, si mira all'adozione dei seguenti due criteri, ciascuno dei quali avente un peso diverso in merito alla prevista premialità annuale, come determinata dalla parte variabile residua del Fondo dell'anno di riferimento:

- 1. 80% in riferimento alla performance individuale: la valutazione viene riferita alla scheda approvata nel 2009;*
- 2. 20% in riferimento alla performance organizzativa: il grado di raggiungimento dei risultati definiti con il Prospetto dei Risultati attesi per gli anni 2022, 2023 e 2024, valevoli per tutte le figure professionali operanti nell'Ente, al netto di un'adequata valutazione delle Non Conformità oggettivamente non imputabili ai soggetti responsabili;*

Gli obiettivi assegnati al Direttore vengono definiti con diverso provvedimento;

I titolari di indennità di responsabilità hanno ulteriori propri obiettivi ai fini dell'erogazione della loro specifica indennità, come definita dal Contratto Decentrato Integrativo vigente e come finanziata dal Fondo dell'anno di riferimento;

I turnisti hanno specifiche valorizzazioni economiche, finanziate con il Fondo dell'anno di riferimento, ai fini della premialità in caso di rientro in servizio dal turno di riposo e in caso di cambio turno richiesto dall'Ente per esigenze di servizio, come definite dal Contratto Decentrato Integrativo vigente;

*Ai fini dell'attribuzione delle progressioni economiche orizzontali, nella misura concordata in delegazione trattante, esse saranno possibili solo ai dipendenti che nel triennio antecedente la potenziale attribuzione avranno ottenuto una percentuale uguale o superiore al **70%** del risultato massimo possibile, con i criteri adottati per ciascun anno.*