

COMUNE DI VALLI DEL PASUBIO

Istituzione Casa di Riposo "A.Penasa"

Via S. Rocco, 1 – 36030 VALLI DEL PASUBIO (VI)

P.I. 00398190249

Amministrazione Tel. 0445 630955 Fax 0445 592336 – Reparto 0445 630515

E-Mail: direzione@istitutonepenasa.it

PEC: cdrpenasa.comune.vallidelpasubio.vi@pecveneto.it

Prot. 507

Valli del Pasubio, 24/05/2024

Gent. Segretario Comunale
Perozzo dr.ssa Chiara

Relazione annuale sulla performance: Rendiconto dei risultati raggiunti in relazione agli obiettivi programmati e inseriti nel Piano della performance dell'anno precedente dell'Istituzione Casa di Riposo A. Penasa con la presente.

L'Istituzione si avvale di un sistema qualità che verifica a fine anno gli esiti degli obiettivi approvati entro il 31 gennaio dell'anno stesso.

I fattori di valutazione approvati per il 2023 con Delibera CdA nr 1 del 31/01/2023 sono i seguenti obiettivi strategici per :

- la direzione,
- l'assistente sociale,
- il responsabile area sanitaria,
- i fisioterapisti,
- area assistenziale OSS,
- area alberghiera – servizi igiene lavanderia e ristorazione,
- area manutenzioni.

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				Rev.03 Approvazione Gennaio 2023		
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.(nomi)+ 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	Conoscenza Carta Servizi personale e ospiti / famigliari	almeno 80% di conoscenza personale carta servizi

				raggiunti in merito al grado di conoscenza della carta dervizi		conoscenza Carta Servizi 80 %su 25% ospiti e/o famigliari (tramite questionario/consegna)
4		Emissione obbiettivi startegici 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		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
		8		Trak		almeno annuale PAI - SVAMA traK ULSS- UOI Annuale
9		Colloquio di ammissione Inserimento assegnazione camere	Al colloquio consegna ai parenti copia della Carta dei Servizi, compila la Scheda informativa d'ingresso.	consegna scheda informativa in fase inserimento	PQ.AS.01.09- Consegna carta Servizi	100% ospiti valuati
				all'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
	assegnazione camera e tracciabilità corretta dell'ospite negli spostamenti interni		ad ogni ingresso	MOD.AS..01.06	verifica 8 ospiti per monitoraggio semestrale, e 25% ospiti per annuale	
	Gestione documentazione PRIVACY		modulo sottoscritto all'ingresso	MOD.AS.01.09	verifica 8 ospiti per monitoraggio semestrale, e 25% ospiti per annuale	
10	ASSISTENTE SOCIALE	Assistenziale	Adeguatezza e sistematicità nel raggiungimento degli obbiettivi assistenziali specifici, definiti in PAI nel UOI	almeno il 60% del totale degli obbiettivi PAI definiti in UOI	PQ.AS.03.03- PQ.AS.03.04	verifica 8 ospiti per monitoraggio semestrale, e 25% ospiti per annuale
11		Assistenziale	Adeguatezza e celerità nel comunicare agli ospiti e ai famigliari degli obbiettivi dal PAI da parte della direzione / AS	verifica data entro la quale effettuare la comunicazione dei 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	obbiettivi carta servizi	Verificare attività nuove
	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	valutazione sull'ospite degli aspetti sociali, elaborando degli obiettivi animativi, utilizzando "Valutazione Animativa di Ingresso" entro 1° UOI.	Le presenze degli ospiti alle attività (coi rispettivi nomi e cognomi) vengono monitorate, viene aggiornato ad ogni fine attività, descritte sul CBA.	Registrazione su CBA - il MOD.04.01	8 ospiti per monitoraggio semestrale per il 25% ospiti annuale
			Coinvolgimento nelle attività animative secondo gli aspetti sociali di valutazione	almeno che prevede 2 attività settimanali.	PQ.AS.04. Procedura Socio Animativa punto 4	
14		Sanitario	Attività LOGOPEDISTA	registrazione attività specifiche	MOD.RASS.02.08	Verificare eventuali 8 ospiti per monitoraggio semestrale per il 25% ospiti annuale
			Scheda segnalazione e analisi per il sistema incident reporting	Idratazione/scariche	MOD.RASS.02.06 - 07	
				pressione - Dolore - ECG -Colostomia	Registrazione su CBA	
				Scheda allertamento incident reporting.		
15		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
		Sanitario	Gestione situazioni particolari, degli ospiti es: STOMIE - OSSIGENOTERAPIE - TRATTAMENTO DOLORE - SCG cardiaca - trattamenti su campione e conoscenza procedure	verificare procedure e conoscenza applicazione		
		Sanitario	Ossigeno terapia e relativa registrazione attrezzatura modulo	verificare procedura e registrazione strumenti e trattamenti		
		Sanitario	gestione situazioni particolari, degli ospiti es: stupefacenti clicemie, tempi e trattamenti	registrazione attività specifiche	DIARIO infermieristico	
		Sanitario	Adeguatezza 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
16		Sanitario	Attrezzature emergenza	defibrillatore controllo	MOD.RASS.04.05	100% giornaliero
17		Sanitario	Controllo farmaci	verifica scadenza farmaci e Carrello emergenza Farmaci	MOD.RASS.03.01 -	100% su verifiche mensili
			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	Introduzione dei dati su gestionale CBA	temperatura / scariche - pressione - indice peso - disidratazione
18		Sanitario	Tracciabilità ospiti camere e letti	corrispondenza MO.AS.01.06 con reparto	etichette letti comodini ospiti	8 ospiti per monitoraggio semestrale per il 25% ospiti annuale
			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	
19		Sanitario-Riabilitativo	Utilizzo Ausili e valutazione ergonomica	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 giorni per valutazione - entro 7 giorno lavorativo, nel 90% dei casi per inizio attività, 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 movimentazione interna degli ospiti, cambio stanze e relativo aggiornamento	registrazione 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. Verificare il rispetto dell'applicazione del prospetto ditta per ogni ospite	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
			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 - qualità servizio - tempi restituzione biancheria max 4 giorni.	80% ospiti su 8 monitoraggio	Allegato 01 ReAB.03	attività lavanderia
28	AREA ALBERGHIERA E BENESSERE	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 01.01	controllo ristorazione
					MOD. ReAB 01.02	pulizia cucina frigo 1 piano
					MOD. ReAB 01.03	pulizia cucina frigo 2 piano
				conformità almeno 80% su monitoraggio effettuato	Concordato modulo 02.01	attività cucina esterna

n°	FUNZIONE COINVOLTA	PROCESSO	OBIETTIVO	INDICATORI	Riferimento- PRG-MOD - Registrazioni CBA - Delibera CDA	Verifica 8 ospiti per monitoraggio e su 25% ospiti annuale
29	AREA TECNICA MANUTENZIONI	Responsabile area Tecnica	Piano di manutenzione	90% delle scadenze descritte nello <u>scadenzario</u>	gestionale - Manutenzione su registrazione AUSILII FK	MO.ReAT.01,03
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
		Responsabile area Tecnica	mantenere gli ausilli degli ospiti in uno stato di sicurezza e fruibilità	Verifica manutenzione ausilli	MO.Re.AT.01.03 e RASS.FKT.07.03	100% su ospiti
32	Re.AT.	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	valtazione totale dell'elenco
33	DIREZIONALE - GESTIONALE	Gestionale	Adeguatezza e celerità nella individuazione/rcepimento 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	Documento di consegna carta dei servizi e consenso a parenti/opsiti	100% consegne registrate	Carta dei Servizi - MO-AS.01.09 e MO.AS.03.02	
			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 2023-2024-2025.

Al termine di ogni anno ed anche in itinere, tutti i possibili risultati attesi sono 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 2023-2025, 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'adeguata valutazione delle Non Conformità oggettivamente non imputabili ai soggetti responsabili;*

Con il riesame della Direzione sono stati valutati tutti gli standard approvati - **Allegato 1** – dal quale si evincono i seguenti risultati :

- numero 19 non conformità interne e 22 esterne legate alle ditte appaltatrici Dussmann e Mano Amica ;

- numero 11 azioni di miglioramento proposte;

Si allega il registro risultati verifiche interne – **Allegato 2**

Le risultanze ottenute, hanno fornito una visione dettagliata di tutte le aree operative interne, nonché, oltre al benessere, la qualità dei servizi di manutenzione interna svolti dall'ente a favore della sicurezza degli ospiti.

Sono state verificate le singole documentazioni, la loro completezza ed efficienza al fine di rendere visibili eventuali carenze ed incongruenze.

Le attività di verifica del Sistema Qualità, essendo svolte da figura esterna, pongono una visione imparziale su gran parte dei processi in essere, che danno vita ad una sinergia che coinvolge tutte le figure presenti per confronti, nuove proposte e soluzioni condivise, e rende quindi il livello qualitativo dell'ente sempre più importante.

Nell'insieme le verifiche del 2023 risultano soddisfacenti.

Si allega il regolamento della performance – **Allegato 3** –

Il direttore

Cavion dr.ssa Barbara