

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@istituzionepenasa.it

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

Prot. 381

Valli del Pasubio, 25/03/2025

Egr. Segretario Comunale

Relazione annuale sulla performance: Rendiconto dei risultati raggiunti in relazione agli obiettivi programmati e inseriti nel Piano della performance dell'anno 2024 dell'Istituzione Casa di Riposo A. Penasa.

Con la presente Le sottopongo la seguente documentazione al fine di analizzare ed esprimere un parere di conformità alla normativa vigente, per l'erogazione del premio produttività per l'anno 2024.

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

I fattori di valutazione approvati per il 2024 con Delibera CdA nr 1 del 31/01/2024 sono stati 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	MOD.DIR.03.03	
Data prima emissione: 01/06/2021				Rev.04 Approvazione 31 Gennaio 2024		
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 e qualifica 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 raggiunti	Conoscenza Carta Servizi personale e ospiti / famigliari	almeno 80% di conoscenza personale conoscenza personale carta servizi

				in merito al grado di conoscenza della carta dervizi		
		privacy	adeguamento attività della privacy e gestione documentazione	modulo sottoscritto in ingresso e consenso alle attività e comunicazioni	MOD.DIR.01,09 e referenti per comunicazione e consenso attività	conoscenza Carta Servizi 90 % ospiti e/o famigliari (tramite questionario/consegna) e documento privacy /consenso
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 qualifica dei servizi svolti da terzi compreso servizi ristorazione
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 informativa famigliari entro 30 giorni PAI
8		Trak		almeno annuale PAI - SVAMA traK ULSS- UOI Annuale	Calendario PAI - UOI - SVAMA TRAK AS.03.07	100% ospiti valutati
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 valutati
			assegnazione camera e tracciabilità corretta dell'ospite negli spostamenti interni	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
				ad ogni ingresso	MOD.AS..01.06	verifica 8 ospiti per monitoraggio semestrale, e 25% ospiti per annuale
n°	FUNZIONE COINVOLTA	PROCESSO	OBIETTIVO	INDICATORI	Riferimento- PRG- MOD - Registrosioni CBA - Delibera CDA	Verifica 8 ospiti per monitoraggio e su 25% ospiti annuale
10		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	verifica 8 ospiti per monitoraggio semestrale, e 25% ospiti per annuale
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 e programmi	Verificare attività nuove
			Adeguatezza e regolarità delle attività secondo i tempi , i programmi e le aree interne programmate per l'animazione	90% delle ore e attività definite	MO 04.03 Attività di animazione per piano reparto	Registrazione su CBA e su modulistica di piano
13			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	Scheda segnalazione e analisi incident reporting	registrazione attività specifiche	MOD.RASS.02.08	Verificare eventuali 8 ospiti per monitoraggio semestrale per il 25% ospiti annuale
				Idratazione/scariche Scheda allertamento incident reporting.	MOD.RASS.02.06 - 07 Registrazione su CBA	
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		Mensile su CBA registrare parametri vitali.	Temperatura - pressione - FC - peso - saturazione ossigeno -BMI -scala dolore	100% ospiti controllati
	Sanitario	Ossigeno terapia e relativa registrazione attrezzatura modulo		verificare procedura e registrazione strumenti e trattamenti		
16	Sanitario	Adeguatezza programmazione delle visite mediche per ogni ospite		100% delle informazioni su CBA	modulo RASS.02.03 (programma bimestrale)	8 ospiti per monitoraggio semestrale per il 25% ospiti annuale
17	Sanitario	Attrezzature emergenza		defibrillatore controllo	MOD.RASS.04.05	100% giornaliero
18	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
19	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	
n°	FUNZIONE COINVOLTA	PROCESSO	OBIETTIVO	INDICATORI	Riferimento- PRG-MOD - Registrazioni CBA - Delibera CDA	Verifica 8 ospiti per monitoraggio e su 25% ospiti annuale
20	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		Comunicazione semestrale delle attività svolte ai responsabili famiglia (quando non autosufficienti) tramite mail specifica.	comunicazione su modulo pre-ordinato	comunicazione a 100% ospiti non autosufficienti
				verifica attività almeno 25% degli ospiti	verifica miglioramento in UOI mensile	8 ospiti per monitoraggio semestrale per il 25% ospiti annuale
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	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		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		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	
27	Alberghiera e benessere	Adeguatezza e costanza nella pulizia delle camere e dei bagni degli ospiti	1 al giorno, nel 90% dei casi	Allegato 04 ReAB.03	armadi ordinati camere struttura nei 3 piani disponibili servizio puliti e completi di accessori	
		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.	90% ospiti su monitoraggio	Allegato 01 ReAB.03	attività lavanderia Coop Esterna	
28	HACCP RISTORAZIONE E CUCINA	Mantenere efficace e idoneo il servizio di ristorazione e l'igiene delle attrezzature /aree alimentari	100% delle conformità sul totale delle registrazioni	MOD. ReAB 01.01	controllo ristorazione	
				MOD. ReAB 01.02	pulizia cucina frigo 1 piano e registrazione temperature	
				MOD. ReAB 01.03	pulizia cucina frigo 2 piano e registrazione temperature	
				Concordato modulo 02.01	attività cucina esterna menù e qualità degli alimenti	
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 scadenario	gestionale - Manutenzione su registrazione AUSILII FK e sedie tavoli provvisti di assemblaggio .	MO.ReAT.01,03
30		Responsabile area Tecnica	Adeguatezza e celerità nella gestione delle richieste di manutenzione ordinaria, provenienti 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 ausili 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	valutazione totale dell'elenco
33	NALE - GESTIO	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 80% 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 comunicazione 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	
39 processi		52 obiettivi	57 indicatori		

MODALITA' DI VERIFICA DEI RISULTATI ATTESI E PREMIALITA' CONNESSA ALLA PARTE VARIABILE DEL FONDO RISORSE DECENTRATE 2024-2025-2026.

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 2024-2026, 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 2024, 2025 e 2026, 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 - **Allegato 1** – datato 27/12/2024 sono stati valutati tutti gli standard approvati il 31/01/2024 con delibera CdA nr 1 dal quale si evincono i seguenti risultati :

- numero 12 non conformità interne contro le 22 dell'anno precedente ;
- numero 14 azioni di miglioramento proposte;

Si allega il registro risultati verifiche interne, con la griglia di sintesi dei singoli monitoraggi – **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 2024 risultano soddisfacenti, le non conformità rilevate sono state in numero inferiore rispetto all'anno precedente e l'organizzazione si è dimostrata in netto miglioramento.

Il prospetto di ripartizione della produttività (allegato 4) tiene presente la valutazione individuale, la performance organizzativa, la presenza in servizio ed il grado di responsabilità individuale.

Per l'anno 2024 è stato costituito il fondo per un totale di € 115.074,89;

- La performance organizzativa ed individuale detratte indennità di turno, di condizione lavoro, indennità di comparto, progressioni economiche e PO ammonta ad € 10.249,93.

Si allegano inoltre:

Allegato 3 –il regolamento della performance –

Allegato 4 – bozza ripartizione produttività 2024 –

Il direttore

Cavion dr.ssa Barbara