

CASA DI RIPOSO
"DOMENICO CARDO"
COLOGNA VENETA (VR)



Relazione Performance 2023

Indice dei contenuti

1. PREMESSA	pag. 3
2. PROCESSO DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE	pag. 3
3. SINTESI DELLE INFORMAZIONI DI INTERESSE PER I CITTADINI E GLI ALTRI STAKEHOLDER ESTERNI	pag. 3– 7
Identità e mission	pag. 4, 5
Contesto esterno ed interno	pag. 5
Risorse umane e strumentali	pag. 5, 6
4. PROCESSO DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE	pag. 6 -15
Performance	pag. 6
Obiettivi strategici	pag. 7
Performance organizzativa complessiva	pag. 9
Performance individuale	pag. 10

1. PREMESSA

La Relazione sulla Performance, come prevista dall'art. 10, comma 1 lett. b del Decreto Legislativo del 27 ottobre 2009, n. 150 e ss.mm.ii., è il documento conclusivo del ciclo della performance, mediante il quale l'Amministrazione monitora, misura e infine illustra i risultati organizzativi e individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati ed alle risorse con rilevazione degli eventuali scostamenti.

La casa di Riposo "Domenico Cardo", utilizza la Relazione come strumento rivolto al perseguimento delle seguenti finalità:

- strumento di miglioramento gestionale, attraverso cui riprogrammare obiettivi e risorse tenendo conto dei risultati ottenuti negli anni precedenti;
- strumento di accountability, attraverso cui rendicontare agli stakeholder ("portatori di interesse" nei confronti dell'organizzazione), interni ed esterni, i risultati ottenuti nel periodo considerato.

La rendicontazione dei risultati avviene attraverso la Relazione sulla performance redatta dal Direttore e validata dal Nucleo, finalizzata alla presentazione dei risultati conseguiti agli organi di indirizzo politico-amministrativo, nonché ai competenti organi esterni, ai cittadini, ai soggetti interessati, agli utenti e ai destinatari dei servizi.

Nella redazione della Relazione si è privilegiato la sinteticità, la chiarezza espositiva e la comprensibilità, facendo ricorso a rappresentazioni grafiche e tabellari. Questa Relazione è finalizzata a rafforzare la trasparenza dell'azione amministrativa, promuovendo all'interno dell'Ente una gestione responsabile e idonea a rendicontare i risultati.

2. PROCESSO DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE

Ciclo di gestione della performance documenti che stanno alla base

- a. Regolamento per la misurazione e la valutazione della performance approvato con delibera n 24 del 13/08/2020;
- b. Contratto Collettivo Integrativo parte normativa e parte economica;
- c. Piano triennale della performance che confluirà nel PIAO - Piano Integrato di Attività e Organizzazione.

Soggetti coinvolti

- a. Direttore: predisposizione Relazione annuale sulla performance
- b. Nucleo di Valutazione: Validazione Relazione annuale sulla performance
- c. Consiglio di Amministrazione: presa d'atto della Relazione annuale sulla performance.

3. SINTESI DELLE INFORMAZIONI DI INTERESSE PER I CITTADINI E GLI ALTRI

STAKEHOLDER ESTERNI

Identità e mission

La Casa di Riposo “Domenico Cardo” si compone di più unità di offerta:

- Centro di servizi per anziani
- hospice
- Stati Vegetativi Permanenti – SVP
- Rsa ex OP

oltre alla gestione di minialloggi per persone sole a rischio isolamento sociale.

La residenza “Domenico Cardo” è composta da 4 nuclei per un totale di 133 posti letto complessivi, tra cui 13 posti letto per persone autosufficienti e 120 posti letto per non autosufficiente;

La residenza ex RSA “Santa Teresa” è composta da un nucleo 50 posti letto per persone non autosufficienti e un nucleo per gli stati vegetativi permanenti SVP per n. 5 posti letto.

L’hospice “San Cristoforo” per malati oncologici è composto da 7 posti letto.

La “Mission” del centro di servizi “Domenico Cardo” consiste nell’offrire agli anziani accolti servizi qualificati e continuativi che garantiscono una qualità di vita il più elevata possibile, rispettando la loro individualità, dignità e riservatezza, considerando i peculiari bisogni fisici, psichici, sociali e relazionali, promuovendo l’autonomia funzionale, l’inserimento sociale e comunitario e riducendo, per quanto possibile, gli stati di disagio, traducendo il concetto globale alla salute, in stretta collaborazione con i servizi territoriali e la famiglia. Di conseguenza è volontà della Domenico Cardo creare benessere, restituire tranquillità e migliorare la qualità della vita. Nell’erogare questi servizi, viene prestata particolare attenzione alla formazione del personale e alla comunicazione con l’utenza. Questo permette di rendere il Centro Residenziale una “Risorsa” inserita nella rete dei servizi del territorio in quanto particolarmente efficace/efficiente nel rispondere ai bisogni degli ospiti.

Gli obiettivi principali della “Domenico Cardo” possono essere così riassunti:

1. affermare il ruolo sociale dell’individuo anziano anche se collocato all’interno di un servizio residenziale (ri-motivazione alla “voglia di vivere” dell’anziano);
2. definire e aggiornare, sulla base di valutazioni multiprofessionali, progetti di interventi personalizzati, individuali e/o di gruppo;
3. perseguire livelli di salute ottimali, nell’ottica dell’approccio multidimensionale alla persona, conservando, ripristinando o sviluppando le capacità funzionali residue dell’anziano;
4. garantire all’utente un’assistenza qualificata con interventi personalizzati, effettuando una formazione continua del personale al fine di sostenere la motivazione e rivalutarne la preparazione professionale, in ragione del fatto che gli interventi di tutte le figure professionali sono finalizzati al soddisfacimento dei bisogni della persona anziana;
5. acquisire credibilità della struttura nei confronti degli operatori, del volontariato, dei familiari e della comunità locale;

6. lavorare con serenità e disponibilità per formare una squadra sinergica;
7. sviluppare una cultura “aziendale” e un linguaggio comune.

Contesto esterno ed interno

L'analisi del contesto esterno ed interno ha la finalità di evidenziare le caratteristiche dell'ambiente nel quale opera il centro di servizi “Domenico Cardo” al fine di definirne gli obiettivi prioritari e le strategie di sviluppo.

I principali stakeholder esterni sono:

- a. Regione Veneto: gli obiettivi del Piano della Performance devono necessariamente inserirsi nel contesto regionale nel quale la Domenico Cardo opera, sia in relazione con la ripresa della programmazione attraverso l'impostazione del Piano Socio-Sanitario Regionale, da cui dipendono gli assetti dei servizi, ivi compresa la determinazione dei posti letto attribuiti, sia per la prevista legge di riforma delle IPAB. La Regione Veneto si pone perciò come punto di riferimento per la “Domenico Cardo”.
- b. Azienda Ulss n. 9 Scaligera: l'ULSS è il soggetto attuatore della programmazione sociosanitaria e sanitaria regionale, di conseguenza l'attività centrale della Domenico Cardo ha come soggetto interlocutore l'ULSS stessa, ed è con tale soggetto che l'Ente si convenziona per l'assistenza sanitaria ai propri residenti;
- c. Comune di Cologna Veneta: la Domenico Cardo rappresenta una “risorsa” inserita nella rete dei servizi del territorio. Essa è un ente pubblico, la cui espressione politica è data dal Consiglio di Amministrazione dell'Ente che viene nominato dal Sindaco del Comune di Cologna Veneta.

I principali stakeholder interni sono:

- a. Residenti e familiari: i servizi offerti dalla Domenico Cardo, si rivolgono a tutti coloro che, a causa delle condizioni psico-fisiche o sociali in cui si trovano, non possono essere adeguatamente assistiti al domicilio. Di conseguenza, i residenti sono gli utenti primari dell'attività della struttura. In ogni caso l'apporto familiare è fondamentale per promuovere il benessere stesso degli ospiti, di conseguenza la “Domenico Cardo”, in tema di rappresentanza degli utenti, ha sostenuto e continua a sostenere la costituzione, le attività e le iniziative del Comitato Ospiti;
- b. Dipendenti e organizzazioni sindacali: è quanto mai importante perseguire un dialogo costruttivo nei confronti di dipendenti e organizzazioni sindacali, nella consapevolezza che le risorse umane rappresentano l'asset principale dell'Ente;
- c. Volontariato: il volontariato si pone all'interno dell'Ente come risorsa strategica e fondamentale, le strutture non sono infatti destinate solamente ad essere uno strumento del servizio sanitario, ma sono luoghi di vita. La presenza dei volontari consente quindi alla Domenico Cardo di garantire agli ospiti calore umano, dialogo e un aiuto concreto contro la solitudine.

Risorse umane e strumentali

Dati informativi sull'organizzazione

Consiglio di Amministrazione

Con disposizione del Sindaco del Comune di Cologna Veneta (VR) è stata nominata la nuova Amministrazione della Casa di Riposo "Domenico Cardo" di Cologna Veneta. Il Consiglio di Amministrazione risulta così composto:

- | | |
|------------------------|-------------------|
| - Luca Bellini | Presidente |
| - Mario Facchetti | Vice - Presidente |
| - Sacchetto Lisa | Consigliere |
| - Mario Trevisan | Consigliere |
| - Valentino Gambaretto | Consigliere |

Collegio dei revisori dei conti

Il Collegio dei revisori dei conti risulta così composto

- | | |
|-----------------------------|------------|
| - Dott. Corrado Brutto | Presidente |
| - Dott. Remigio Baschirotto | Componente |
| - Dott. Roberto Cavaggioni | Componente |

Nucleo di Valutazione

Il Nucleo di Valutazione risulta così composto:

- | |
|---------------------------|
| - Dott.ssa Nadia Caramore |
| - Dott. Emanuele Gulino |
| - Dott.ssa Cocco Chiara |

Organigramma

L'organigramma funzionale della Casa di Riposo. è stato rivisto ed approvato con deliberazione n. 20 del 11/06/2021

4. PROCESSO DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE

Performance

L'elenco sotto riportato, si configura come una mappa logica che rappresenta i legami tra mandato istituzionale, missione, visione, aree strategiche, obiettivi strategici, e piani d'azione. Esso fornisce una rappresentazione articolata, completa, sintetica ed integrata della performance dell'amministrazione. L'elenco ha una valenza di comunicazione esterna e una valenza tecnica di "messa a sistema" delle principali dimensioni della performance.

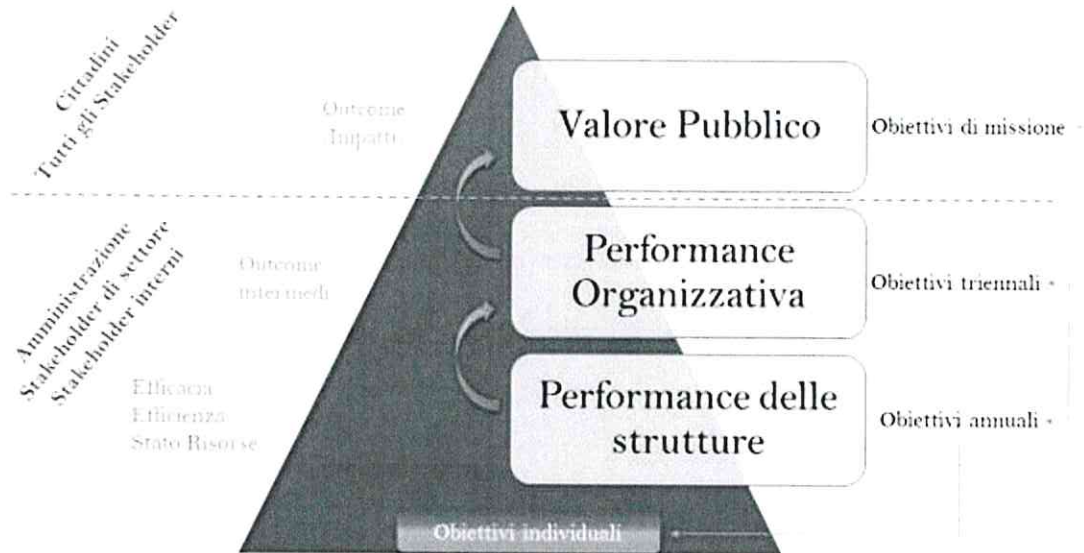
I concetti chiave si possono così esplicitare:

- Mission: sono gli indirizzi politici dati dall'organo di governo (Consiglio di Amministrazione);
- Aree strategiche: costituiscono le prospettive in cui vengono idealmente scomposti e specificati il mandato istituzionale, la missione e la visione. Di conseguenza, essi sono gli ambiti in cui la

Direzione promuove la propria attività gestionale definendo le strategie da adottare per ottenere un risultato di miglioramento per l'ambito di competenza;

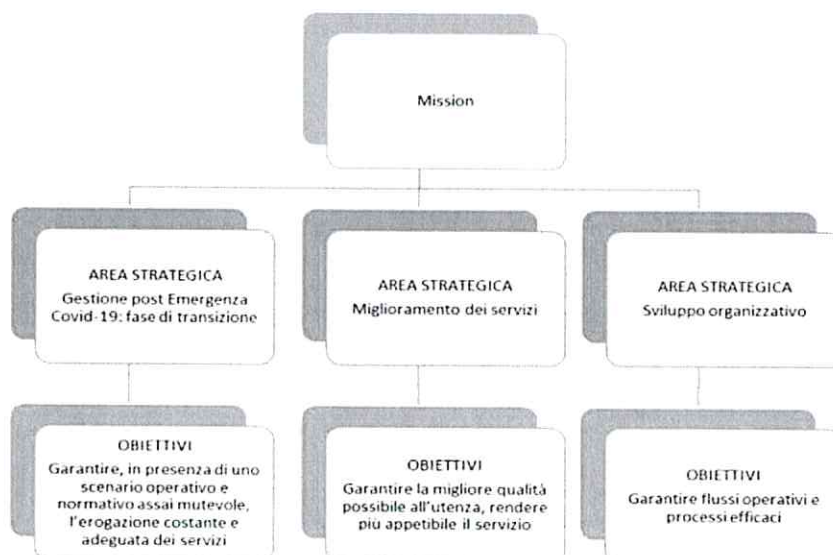
- Obiettivo strategico: ad ogni area strategica è attribuito un obiettivo/progetto definito prioritario, che determinerà le politiche aziendali nel corso dell'anno, le modalità di intervento e la valutazione della performance;

Schema della Performance: Lo schema della Performance rappresenta in modo grafico la coerenza tra la mission dell'Ente e gli obiettivi dichiarati, ossia si configura come una mappa logica che rappresenta i legami tra mandato istituzionale, missione, visione, aree strategiche, obiettivi strategici, e piani d'azione. Esso fornisce una rappresentazione articolata, completa, sintetica ed integrata della performance dell'amministrazione. L'Albero della performance ha una valenza di comunicazione esterna e una valenza tecnica di "messa a sistema" delle due principali dimensioni della performance.



I concetti chiave si possono così esplicitare:

- **Mission:** sono gli indirizzi politici dati dall'organo di governo (Consiglio di amministrazione);
- **Aree strategiche:** costituiscono le prospettive in cui vengono idealmente scomposti e specificati il mandato istituzionale, la missione e la visione. Di conseguenza, essi sono gli ambiti in cui la Direzione promuove la propria attività gestionale definendo le strategie da adottare per ottenere un risultato di miglioramento per l'ambito di competenza;
- **Obiettivo strategico:** ad ogni area strategica è attribuito un obiettivo/progetto definito prioritario, che determinerà le politiche aziendali nel corso dell'anno, le modalità di intervento e la valutazione della performance;



AREA STRATEGICA E OBIETTIVI STRATEGICI STABILITI
DAL CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE PER IL TRIENNIO 2023 – 2025

AREA STRATEGICA

L'area strategica contenuta nel piano delle performance andrà a concentrarsi nelle seguenti macro aree:

1. Miglioramento continuo della qualità dei servizi all'ospite;
2. Potenziamento dei servizi;
3. Apertura della struttura / servizi al territorio
4. Sviluppo del capitale umano e misurazione della performance organizzativa;
5. Riqualificazione del patrimonio;
6. Informatizzazione e sviluppo del capitale umano;
7. Adeguamento Ente a prescrizioni imposte da organi esterni
8. Gestione efficiente ed efficace ed economica del servizio erogato agli ospiti
9. Adempimenti normativi e di emergenza COVID – 19

OBIETTIVI STRATEGICI

Di seguito si elencano gli obiettivi strategici per l'intero periodo dell'anno:

1. Miglioramento continuo della qualità dei servizi all'ospite;
 - Miglioramento del livello di soddisfazione dell'ospite / familiare e del servizio erogato agli utenti;
2. Potenziamento servizi:
 - Miglioramento delle manutenzioni ordinarie all'immobile dell'Ente e ai beni mobili in maniera sistematica. Attivazione nuovi protocolli o piani di autocontrollo al fine di un miglioramento dello stato conservativo dei beni dell'Ente e dell'impiantistica;
3. Apertura della struttura/servizi al territorio:
 - Attivazione di progetti con associazioni di volontariato del territorio;
 - Proposta di progetti al Comune, alla Parrocchia, all'associazionismo in genere;
 - Tirocini di formazione al lavoro per persone svantaggiate;
 - Tirocini lavorativi convenzionati (scuole);
4. Sviluppo del capitale umano e misurazione della performance organizzativa:
 - Misurazione e valutazione della performance individuale e collettiva;
5. Riqualificazione del patrimonio:
 - Aggiornamento inventario – Ristrutturazione edilizie – Pianificazione delle manutenzioni ordinarie e straordinarie – Ampliamento del patrimonio;
 - Ristrutturazione edilizie e messa a norma dello stabile dell'Ente;
 - Pianificazione delle manutenzioni ordinarie e straordinarie;
6. Informatizzazione e sviluppo del capitale umano:
 - Potenziamento cartella ospite informatizzata;
 - Potenziamento uso del documentale e del protocollo informatizzato e del nuovo gestionale.
7. Adeguamento Ente a prescrizioni imposte da organi esterni:
 - Adeguamento alla nuova norma in materia di Privacy;
 - Valutazione dei rischi come da d.lgs 81/2008 – Testo unico in materia di sicurezza –

8. Gestione efficiente ed efficace ed economica del servizio erogato agli ospiti:
 - Controllo consumi del materiale acquistato in parallelo alla qualità del servizio dato agli ospiti (controllo costi e benefici);
 - Mantenimento degli indici di qualità del servizio riabilitativo (controllo costi / benefici);
 - Mantenimento o miglioramento degli indici di qualità del servizio Infermieristico e Socio - Assistenziale (controllo costi /benefici).
9. Adempimenti normativi e di emergenza COVID – 19
 - Misure organizzative per il contenimento e gestione del “Coronavirus (SARS – CoV-2) “.

OBIETTIVI OPERATIVI PROPOSTI DALLA DIREZIONE

OBIETTIVI OPERATIVI

In allegato vengono riportati una serie di obiettivi (innovativi, consolidamento, miglioramento e potenziamento) per la durata dell'intero piano con aggiornamento annuale, di seguito si elencano:

Obiettivo n. 1: Gestione del protocollo sull'assistenza del paziente diabetico, la formazione del personale, la verifica dell'efficienza ed efficacia del processo.

Obiettivo n. 2 : Gestione delle raccomandazioni agli operatori del Ministero della salute

Obiettivo n. 3: Attivazione nuovi moduli e procedure informatiche in vista di una maggiore precisione e gestione dei dati a favore dell'efficienza, efficacia ed economicità della gestione.

Obiettivo n. 4: Proseguimento della gestione diretta di liste incontinenti/carichi settimanali pannoloni, ad opera del coordinatore e l'aumento dell'uso dei prodotti d'igiene 3 in 1. Questo è finalizzato ad un contenimento dei tempi ed a un lavoro e qualità dell'igiene.

Obiettivo: 5 Mantenimento/Miglioramento degli indici di qualità del servizio riabilitativo dell'Ente, mediante progetti trasversali tra il servizio di fisioterapia e il servizio educativo dell'Ente con l'aggiunta della figura dello psicologo

Obiettivo n. 6: Mantenimento degli indici di qualità del servizio infermieristico e socio assistenziale dell'Ente, adottando soluzioni alternative per la copertura delle assenze nei reparti di personale infermieristico e socio assistenziale potenziando la copertura dei servizi h. 24.

Obiettivo n. 7: Audit documentale e passaggio alla nuova normativa (Regolamento europeo) di tutto il corpo documentale e processuale dell'Ente, in collaborazione con il tecnico incaricato dall'esterno.

Obiettivo n. 8: Gestione operativa delle procedure di gara dei lavori e servizi compresi tutti gli aspetti legati agli adempimenti ANAC e codice degli appalti

Obiettivo n. 9: Proseguimento del percorso di adeguamento per la certificazione UNI EN ISO 9001:2015. Stesura dei criteri di qualità (protocolli, indicatori obiettivi) per la gestione del rischio sanitario e di tutta l'attività di prevenzione

Obiettivo n. 10: Mantenimento e sviluppo, addestramento continuo e assistenza alla cartella socio sanitaria, con riduzione progressiva della modulistica cartacea

Obiettivo n. 12: Valorizzazione del merito a tutte le figure socio assistenziali e sanitarie, dei servizi generali e amministrative, occupate alla gestione a vario titolo dell'emergenza sanitaria COVID-19.

Obiettivo n. 14: Riorganizzazione delle attività e delle procedure degli uffici amministrativi e servizi con l'attivazione/aggiornamento di protocolli e procedure.

Obiettivo n. 15: Mantenimento e potenziamento di una contabilità analitica per centri di costo ed elaborazione dei bilanci trimestrali da presentarsi entro il mese successivo alla chiusura del trimestre (aprile- luglio - ottobre - gennaio). Aggiornamento inventario e sito web.

Obiettivo n. 16: Corretta pubblicazione tenuta dell'albo pretorio con pubblicazione tempestiva di tutti gli atti e documenti che necessitano di pubblicità legale. Gestione piattaforme di PERLA PA e INAIL relative alle denunce di infortunio.

Obiettivo n. 17: Migliore gestione ospite oncologico, residente al servizio Hospice.

OBIETTIVI SPECIFICI AFFIDATI DAL CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE ALLA DIREZIONE

Obiettivo n. 11: Assunzione del ruolo di RUP nei lavori di ristrutturazione dell'immobile dell'Ente, collaborazione con l'assistente al RUP e Direttore lavori per le ristrutturazioni edilizie pianificate, pianificazione delle manutenzioni straordinarie in base a quanto deliberato negli atti di programmazione del CDA, gestione complessa dell'intero ITER che riguarda la valorizzazione del patrimonio e della sua conservazione o della sua alienazione.

OBIETTIVI SPECIFICI LEGATI ALL'EMERGENZA SANITARIA COVID -19

Obiettivo n. 13: Mantenimento di misure organizzative e informative per la gestione dell'emergenza COVID-19 rispondenti a quanto richiesto dall'ULSS 9 e dalla Regione Veneto.

Performance organizzativa complessiva

Al fine di valutare la performance organizzativa, si sono richieste relazioni e dati ai vari responsabili, al fine di stabilire il grado di raggiungimento degli obiettivi con il seguente giudizio: insufficiente, sufficiente, buono e ottimo. Si rinvia alle tabelle depositate agli atti, per la valutazione del grado di raggiungimento degli obiettivi.

Si precisa finora, che l'emergenza sanitaria COVID-19, ha reso alcuni obiettivi per il 2022 non raggiungibili o con un grado di raggiungimento limitato per impossibilità di poter operare nella maniera ordinaria.

Performance individuale

La Scheda di valutazione individuale: essa si concentrava su quattro grandi aree (Area 3)

1) **COMPETENZE TECNICHE E PROFESSIONALI:** con questo fattore si vuole evidenziare:

- L'abilità nello svolgimento pratico e tecnico (per l'Area Socio-Assistenziale) o teorico-pratico (per l'Area Amministrativa) delle proprie mansioni;
- La capacità di rispettare le scadenze e gli adempimenti/attività previste;
- La capacità di organizzare il proprio lavoro e di programmare le attività;
- La capacità di cogliere e valutare le criticità tipiche della propria Area (es. bisogni e condizioni degli ospiti per l'Area socioassistenziale o rispetto scadenze per l'Area Amministrativa) e di proporre soluzioni.

2) **RESPONSABILIZZAZIONE:** con tale fattore si evidenzia l'importanza della responsabilità della posizione professionale considerata, basandosi sul principio per cui prevenire è meglio che correggere e si declina in:

- Dimostrare attenzione alle consegne/alle pratiche affidate, precisione e continuità anche nei passaggi di informazione;
- Capacità di utilizzare l'ambiente, le attrezzature e i materiali in modo corretto;
- Tempestività nell'applicazione delle procedure/linee guida/regolamenti approvati;
- Capacità di affrontare le situazioni in maniera flessibile e di prendere in considerazione soluzioni e alternative praticabili.

3) **CAPACITÀ RELAZIONALI E DI CRESCITA PROFESSIONALE:** questo fattore fa emergere quanto sia fondamentale mantenere un adeguato, corretto e sano livello di relazioni al fine di garantire elevati standard nel servizio erogato e quanto sia necessario partecipare alle varie proposte formative con l'obiettivo di crescere professionalmente, e si declina in:

- Capacità di collaborare nel rispetto dei ruoli, predisposizione ad evitare i conflitti, volontà di ascoltare gli altri;
- Partecipazione alle attività formative proposte e applicazione di quanto appreso;
- Capacità di accettare indicazioni, suggerimenti e critiche da parte dei propri superiori e/o colleghi;
- Disponibilità ad accettare i cambiamenti e le innovazioni.

4) **RAPPORTI CON OSPITI/FAMILIARI/VARI STAKEHOLDER:** quest'ultimo fattore sottolinea l'importanza di intrattenere buone relazioni e rapporti con i vari interlocutori con cui si entra in contatto, più precisamente esso si sostanzia in:

- Capacità di adattare la comunicazione e relazione interpersonale alle caratteristiche dell'utente;
- Capacità di dare informazioni adeguate agli ospiti/familiari/stakeholder
- Capacità di mantenere gentilezza e cortesia con ospiti/familiari/stakeholder anche in situazioni di criticità
- Capacità di informare i familiari/stakeholder su aspetti di propria competenza e/o di orientarli, indirizzarli all'interno dell'Ente (luoghi, persone, procedure)

Dalla valutazione e dal confronto con i responsabili degli obiettivi, sono emersi i seguenti giudizi sul grado di raggiungimento degli obiettivi:

Obiettivo n. 1: Gestione del protocollo sull'assistenza del paziente diabetico, la formazione del personale, la verifica dell'efficienza ed efficacia del processo.

Risulta parzialmente raggiunto nel suo complesso, non è stata erogata la formazione dedicata ma sono state effettuate le verifiche previste dall'obiettivo e il monitoraggio dei pazienti insulinodipendenti e scompensati.

Obiettivo n. 2 : Gestione delle raccomandazioni agli operatori del Ministero della salute

Risulta parzialmente raggiunto nel suo complesso, non è stata erogata la formazione dedicata, ma sono state effettuate delle riunioni e una programmazione sull'elaborazione dei protocolli previsti dall'obiettivo stesso, ad oggi i protocolli emanati sono due, uno relativo alle contenzioni e uno relativo alla gestione dei farmaci e la sua somministrazione.

Obiettivo n. 3: Attivazione nuovi moduli e procedure informatiche in vista di una maggiore precisione e gestione dei dati a favore dell'efficienza, efficacia ed economicità della gestione.

Risulta raggiunto parzialmente in quanto alcuni uffici non utilizzano a pieno il sistema del documentale

Obiettivo n. 4: Proseguimento della gestione diretta di liste incontinenti/carichi settimanali pannoloni, ad opera del coordinatore e l'aumento dell'uso dei prodotti d'igiene 3 in 1. Questo è finalizzato ad un contenimento dei tempi ed a un lavoro e qualità dell'igiene.

Risulta raggiunto nel suo complesso con la formazione erogata in data 17/05/2023.

Obiettivo n. 5: Mantenimento/Miglioramento degli indici di qualità del servizio riabilitativo dell'Ente, mediante progetti trasversali tra il servizio di fisioterapia e il servizio educativo dell'Ente con l'aggiunta della figura dello psicologo.

Risulta raggiunto

Obiettivo n. 6: Mantenimento degli indici di qualità del servizio infermieristico e socio - assistenziale dell'Ente, adottando soluzioni alternative per la copertura delle assenze nei reparti di personale infermieristico e socio assistenziale potenziando la copertura dei servizi h. 24.

Risulta raggiunto compatibilmente con il personale in servizio.

Obiettivo n. 7: Audit documentale e passaggio alla nuova normativa (Regolamento europeo) di tutto il corpo documentale e processuale dell'Ente, in collaborazione con il tecnico incaricato dall'esterno.

Risulta raggiunto anche se rimangono delle situazioni da approfondire e da sistemare.

Obiettivo n. 8: Gestione operativa delle procedure di gara dei lavori e servizi compresi tutti gli aspetti legati agli adempimenti ANAC e codice degli appalti

Risulta raggiunto.

Obiettivo n. 9: Proseguimento del percorso di adeguamento per la certificazione UNI EN ISO 9001:2015. Stesura dei criteri di qualità (protocolli, indicatori obiettivi ecc ...) per la gestione del rischio sanitario e di tutta l'attività di prevenzione

Risulta raggiunto parzialmente, ma la creazione, stesura e aggiornamento è in corso.

Riepilogando in data 17/04/2023 è stato approvato il PS n. 15 “Gestione terapia farmacologica “ e in data 27/02/2024 è stato elaborato il PT 008 “ Gestione delle contenzioni ”

Obiettivo n. 10: Mantenimento e sviluppo, addestramento continuo e assistenza alla cartella socio sanitaria, con riduzione progressiva della modulistica cartacea

Risulta raggiunto con il passaggio della cartella Socio Sanitaria informatizzata CBA/Zucchetti dalla versione 1.0 alla versione 2.0, che ha coinvolto tutto il personale, con la formazione e l’addestramento, all’uso del nuovo strumento di lavoro, molto più adatto e aggiornato del precedente.

Obiettivo n. 12: Valorizzazione del merito a tutte le figure socio assistenziali e sanitarie, dei servizi generali e amministrative, occupate alla gestione a vario titolo dell'emergenza sanitaria COVID-19.

Risulta pienamente raggiunto.

Obiettivo n. 14: Riorganizzazione delle attività e delle procedure degli uffici amministrativi e servizi con l'attivazione/ aggiornamento di protocolli e procedure.

Risulta parzialmente raggiunto, essendo un obiettivo collegati trasversalmente ai precedenti

Obiettivo n. 15: Mantenimento e potenziamento di una contabilità analitica per centri di costo ed elaborazione dei bilanci trimestrali da presentarsi entro il mese successivo alla chiusura del trimestre (aprile- luglio - ottobre - gennaio). Aggiornamento inventario e sito web.

Risulta parzialmente raggiunto, in quanto ad oggi il nuovo sito web è ancora in fase di studio e di programmazione, i lavori sono ad uno stato avanzato, si desume che prima della fine dell’anno il nuovo sito sia in funzione. Il progetto ha richiesto più tempo del previsto, collegato anche ai tempi della ditta informatica. Per la parte contabile l’obiettivo è stato pienamente raggiunto.

Obiettivo n. 16: Corretta pubblicazione tenuta dell'albo pretorio con pubblicazione tempestiva di tutti gli atti e documenti che necessitano di pubblicità legale. Gestione piattaforme di PERLA PA e INAIL relative alle denunce di infortunio.

Risulta raggiunto

Obiettivo n. 17: Migliore gestione ospite oncologico, residente al servizio Hospice.

Risulta raggiunto in quanto il mantenimento del grado del dolore risulta inferiore a 2 (NRS inf. 2). Grazie all’uso delle scale si è potuto avere una registrazione nel tempo. Attivazione del PAI : 59/60. N. 20 PAI non attivati per utenti gravi e deceduti dopo poco dall’ingresso

Obiettivo n. 11: Assunzione del ruolo di RUP nei lavori di ristrutturazione dell'immobile dell'Ente, collaborazione con l'assistente al RUP e Direttore lavori per le ristrutturazioni edilizie pianificate, pianificazione delle manutenzioni straordinarie in base a quanto deliberato negli atti di programmazione del CDA, gestione complessa dell'intero ITER che riguarda la valorizzazione del patrimonio e della sua conservazione o della sua alienazione.

Obiettivo n. 13: Mantenimento di misure organizzative e informative per la gestione dell'emergenza COVID-19 rispondenti a quanto richiesto dall'ULSS 9 e dalla Regione Veneto.

Per l’obiettivo n. 11 e 13 si rimanda alla precedente relazione del Direttore del 12/06/2024 con prot. n. 1485.

Tutte le valutazioni di tutti i dipendenti sono state riportate in un foglio di excel strutturato, al fine di predisporre la scheda finale, di cui si allega uno schema della stessa.

Il totale dei dipendenti valutati è stato pari a 78 e la media complessiva conseguita è stata di 85/120

Le schede di valutazione della performance individuale verranno consegnate a tutti dipendenti affinché possano esprimere un'autovalutazione; tutto ciò al fine di aumentare la consapevolezza di ognuno delle proprie competenze, dei punti di forza e delle difficoltà.

Successivamente, ogni singolo Responsabile per il proprio settore in collaborazione con la Direzione ha provveduto alla valutazione.

Le schede verranno poi consegnate ad ogni dipendente e da questi firmate.

Laddove, sulla base di motivi oggettivi e documentati, il dipendente ritenesse che, nel giudizio di valutazione conseguito, ovvero che, nel complesso della valutazione non fossero stati valorizzati elementi rilevanti sul piano organizzativo, qualitativo o quantitativo della performance e sul livello dei risultati raggiunti, verrà chiesto un confronto con il valutatore di prima istanza e successivamente il riesame della valutazione.

Seppure con molte difficoltà i risultati sono apprezzabili tenuto conto della complessità delle situazioni imprevedibili che hanno accompagnato gli ultimi tre anni, resta inteso che questo è un risultato da cui progettare un miglioramento andando a migliorare quei settori che più di altri hanno sofferto la situazione contingente.

VALUTAZIONE AREA POSIZIONI ORGANIZZATIVE ANNO 2023

In ottemperanza alla finalità di realizzare un sistema univoco di valutazione e a quanto stabilito nel Regolamento per il conferimento delle Posizioni Organizzative, si precisa che anche per i titolari di Posizione Organizzativa, è stata applicata la metodologia di valutazione basata sul ciclo della performance.

Pertanto, i risultati delle attività svolte dal dipendente a cui è stato conferito incarico di Posizione Organizzativa, sono stati valutati dal Direttore, sulla base di una relazione annuale sintetica predisposta dal dipendente cui la valutazione si riferiva.

Visti i risultati positivi raggiunti, l'ottima gestione della fase post emergenziale, i progetti importanti che stanno prendendo corpo e il progressivo sviluppo di una modalità operativa basata sui possibili margini di miglioramento, si propone di erogare il valore dell'indennità di risultato corrispondente al livello di raggiungimento di tutti gli obiettivi per la PO.

IL DIRETTORE
(Dott.ssa Federica Boscaro)