

COMUNE DI VALLI DEL PASUBIO
ISTITUZIONE “A. PENASA”

PIANO DELLE PERFORMANCE

2019/2021

approvato con deliberazione del CDA n° 5 del 24/01/2019

Premessa

Il presente Piano della Performance è valevole per l'anno 2019 e rappresenta la prima concretizzazione di quanto previsto, dal Regolamento della Performance approvato con delibera CdA nr 27 del 01/10/20189 in riferimento alla misurazione e alla valutazione della Performance.

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 formalmente il Sistema Qualità ed 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.

**PROSPETTO DEI RISULTATI ATTESI,
riguardanti i Responsabili di Area titolari di posizione organizzativa
e tutte le figure professionali operanti nell'Ente – Anno 2019.**

In riferimento all'obiettivo strategico, per l'anno 2019, il presente Piano della Performance mira alla definizione e alla condivisione del Prospetto dei risultati attesi, da elaborarsi a cura del Direttore, con il contributo dei Responsabili di Area e di tutte le figure professionali operanti nell'Ente, in grado di inglobare:

- gli standard da inserire nella Carta dei Servizi dell'Ente e da comunicare ai clienti del Centro Servizi, oltre che agli organi istituzionali preposti;
- gli obiettivi assegnabili ai Responsabili di Area;
- gli obiettivi assegnabili alle varie figure professionali operanti nell'Ente, al fine di precisare le specifiche responsabilità di ciascuno.

VERIFICA DEI RISULTATI ATTESI E PREMIALITA' ONNESSA ALLA PARTE VARIABILE DEL FONDO RISORSE DECENTRATE 2019. Al termine del 2019 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 l'anno 2020, con valenza premiante.

1. PRESENTAZIONE DELL'ENTE

INFORMAZIONI GENERALI

La Casa di Riposo "A. Penasa" di Valli del Pasubio è proprietà del Comune che si avvale della propria Istituzione per la gestione amministrativa. Essendo una struttura territorialmente decentrata si pone come punto di riferimento per la popolazione anziana della zona e si propone di espandere i propri servizi socio-sanitari alla popolazione residente nella vallata, essendo già punto di servizi a livello distrettuale. Con Decreto n. 33 del 16 luglio 2014, il Direttore della Sezione non Autosufficienza ha autorizzato all'esercizio, ai sensi della L.R. 22/2002 e della D.G.R. 84/2007, il Centro di Servizi per una capacità ricettiva totale di 67 posti letto di primo livello assistenziale, dichiarandolo accreditabile per il medesimo numero di p.l. complessivi.

La struttura organizzativa è divisa in Nuclei e affidati a Coordinatori di Nucleo, due nuclei su tre sono gestiti da una cooperativa. L'ambito amministrativo, segreteria, economato, rette ragioneria e risorse umane, è coordinato dal Direttore. L'Ente ha esternalizzato alcuni servizi quali il servizio di ristorazione, lavanderia, il servizio di pulizia degli ambienti.

MISSION

Lo scopo principale è quello di migliorare le condizioni sociali degli anziani e la loro qualità di vita. Il centro di interesse delle attività quotidiane è l'Ospite.

L'Istituzione si ispira ai seguenti principi:

EGUAGLIANZA ED IMPARZIALITA'

L'Istituzione eroga i servizi senza nessuna ingiustificata distinzione o discriminazione per motivi riguardanti sesso, razza, lingua, religione e opinioni politiche;

Il comportamento dell'Istituzione si ispira a criteri di obiettività, giustizia ed imparzialità nei confronti di ogni singolo utente;

DIRITTO DI SCELTA

L'Istituzione persegue, ove possibile, la ricerca del consenso dell'utente nell'erogazione dei servizi, particolarmente per quanto riguarda l'ingresso e la permanenza in struttura;

PARTECIPAZIONE

L'Istituzione riconosce ed incentiva la partecipazione dell'utenza, anche in forme organizzate. Accoglie osservazioni e suggerimenti rispetto al tipo di servizio ricevuto, in una prospettiva di miglioramento dello stesso.

L'Istituzione assicura all'utente l'accesso alle informazioni che lo riguardano, da esercitarsi secondo la disciplina della legge sulla "trasparenza amministrativa" (L. 241/90) e la Legge sulla "riservatezza dei dati" (L. 675/96);

INFORMAZIONE E SEGRETO PROFESSIONALE

L'Istituzione assicura la piena informazione all'utente e ai suoi familiari circa le modalità di erogazione dei servizi, attraverso le figure professionali di riferimento preventivamente indicate. L'Istituzione assicura la segretezza dei dati personale dell'utente, con particolare riferimento ai dati riguardanti la salute.

EFFICIENZA ED EFFICACIA

L'Istituzione provvede all'erogazione dei servizi mediante il corretto utilizzo delle risorse a disposizione in ordine all'efficacia, efficienza ed economicità degli interventi.

Sulla base dei principi fondamentali esposti, l'atteggiamento di quanti lavorano nell'ambito dell'Istituzione segue le seguenti linee ispiratrici:

- Offrire un'assistenza personalizzata, flessibile ed il più possibile adeguata alle diverse esigenze delle persone;
- Utilizzare la metodologia del lavoro di gruppo, al fine di valorizzare pienamente le professionalità esistenti per il raggiungimento degli obiettivi di salute;
- Condividere, come obiettivo principale, il mantenimento o il recupero dell'autonomia dell'utente;
- Garantire il più possibile una qualità di vita residua dignitosa, evitando l'accanimento terapeutico;

- Instaurare tra personale, utenti e familiari un clima sereno, collaborante e attento al rapporto umano. –

2. 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 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, la qualcosa ha sempre storicamente caratterizzato l'attività della nostra Casa di Riposo

In questo contesto, l'Ente si è dotato di un organigramma, in linea con gli standards di cui alla LR 22/2002, le cui risultanze sono qui di seguito evidenziate :

Presidente

Consiglio di Amministrazione

Dir/SG

Responsabile Sistema Qualità - Assicuratore Qualità

**Area
Economico
Finanziaria e
Amministrativa RAEF**

- Ragioneria**
- Economato**
- Personale (+CBA)**
- Segreteria**
- Protocollo**
- Delibere**

**Area
Sanitaria
riabilitativa
assistenziale
RASAR**

- Terapisti della Riabilitazione**
- Referente**
- OSS**
- medico (fornitore)**
- Infermieri Professionali**

**Area
Socio-animativa
Gestione Clienti
RGC**

- Carta dei Servizi**
- Marketing Ente**
- UOD**
- Gestione clienti**
- UOI e PAI**
- Animazione**

**Area
Tecnica
Alberghiera Benessere
RETA**

- Manutenzione**
- Lav-Guardaroba**
- pulizie sede**
- cucina**
- D.Lgs. 81/2008**
- informatica**

3. OBIETTIVI: CLASSIFICAZIONE

Prima della individuazione degli obiettivi, occorre procedere all'adozione di una metodologia nella loro classificazione, in base a determinati elementi di valutazione, partendo dal seguente schema di riferimento:

Obiettivi "obbligatori"

Adeguamento alla normativa statale/regionale relativamente a procedure amministrative/contabili, e normative sulla trasparenza, anticorruzione, privacy, accesso documentale, archiviazione digitale

Obiettivi "facoltativi"

Finalizzati al miglioramento dei servizi offerti

Obiettivi **altamente innovativi** - es. Nuovo servizio -

Obiettivi **innovativi** – es. Nuovo piano di lavoro - es. Modifiche migliorative piani di lavoro

Obiettivi di **mantenimento** - es. Informatizzazione di alcune procedure

L'Istituzione mira ad ottenere la nuova Autorizzazione (essendo la vigente in scadenza a luglio 2019). Attualmente gestisce un Sistema di Gestione della Qualità in grado di ottenere anche la Certificazione secondo la norma UNI EN ISO 9001:2008, intesa come accreditamento facoltativo di eccellenza, mirando all'obiettivo fondamentale di far evolvere il servizio da un "curare" ad un "prendersi cura" dell'ospite, articolando la propria azione in quattro obiettivi strategici, a loro volta meglio precisati in più obiettivi specifici, secondo il seguente schema:

	OBIETTIVO STRATEGICO 1	OBIETTIVO STRATEGICO 2	OBIETTIVO STRATEGICO 3	OBIETTIVO STRATEGICO 4
	<i>utilizzare la metodologia del lavoro di gruppo, al fine di valorizzare pienamente le professionalità esistenti per il raggiungimento degli obiettivi di salute</i>	<i>condividere, come obiettivo principale, il recupero dell'autonomia dell'ospite</i>	<i>garantire il più possibile una qualità di vita residua dignitosa, evitando l'accanimento terapeutico</i>	<i>instaurare tra personale, ospiti e familiari un clima sereno, collaborante e attento al rapporto umano</i>
AREA	Obiettivi operativi	Obiettivi operativi	Obiettivi operativi	Obiettivi operativi
TUTTE	Obiettivo operativo 1a: celerità e multidisciplinarietà della valutazione e della progettazione all'ingresso			
TUTTE	Obiettivo operativo 1b: periodicità della valutazione e della progettazione multidisciplinare			
TUTTE	Obiettivo operativo 2a: ottenimento dei risultati programmati con i Progetti Assistenziali Individualizzati PAI			
TUTTE	Obiettivo operativo 2b: ottenimento dei risultati programmati con la programmazione annuale			

TUTTE			Obiettivo operativo 3a: attivazione di mirate attività formative per il Personale e per il Volontariato
TUTTE			Obiettivo operativo 3b: condivisione con il Cliente dell'azione svolta da ciascun operatore della Struttura con il PAI
TUTTE			Obiettivo operativo 4a: attivazione di diverse forme di rilevazione del grado di soddisfazione del Cliente e degli Operatori, in merito alla gestione dei servizi
TUTTE			Obiettivo operativo 4b: promozione di una immagine positiva e realistica della Struttura

L'Ente persegue gli obiettivi finalizzati al consolidamento e alla crescita dell'Ente secondo lo schema seguente:

- 3.1 OBIETTIVI: INDIVIDUAZIONE

Gli obiettivi ogni anno vengono definiti per il Direttore dal Consiglio di Amministrazione, mentre per tutto il personale dei vari servizi / uffici dell'Ente vi provvede il Direttore con apposita assegnazione individuale.

- 3.2 OBIETTIVI: VALUTAZIONE

La valutazione dei risultati per la Posizione Organizzativa del Direttore viene effettuata dal Nucleo di Valutazione. La valutazione del restante personale dell'Ente viene effettuata annualmente, utilizzando il modello di scheda di valutazione predisposto dall'Amministrazione, ed è composta di due parti:

- 1) Prima parte: obiettivi assegnati al singolo lavoratore o ad un gruppo di lavoratori in riferimento all'attività svolta e agli obiettivi dell'Ente o delle singole strutture/servizi/nuclei - valido per la valutazione della produttività;
- 2) Seconda parte: competenze – comportamenti professionali ed organizzativi (potenziale professionale) – valido per la valutazione in sede di progressioni.

Entro il mese di febbraio di ogni anno, viene consegnata la summenzionata scheda di valutazione con riferimento all'anno precedente, viene compilata dai responsabili di area, discussa con il dipendente, sottoscritta e restituita entro il 31 marzo. Entro 15 giorni dal ricevimento della scheda, il dipendente può presentare eventuali reclami al Direttore, il quale sentito l'interessato, entro i successivi 20 giorni, assume le proprie decisioni, che vengono formalmente comunicate all'interessato.

- 4. COERENZA CON IL BILANCIO

Gli obiettivi fissati annualmente dal Consiglio di Amministrazione e a cascata dal Direttore al restante personale devono, al fine della loro sostenibilità economica, essere coerenti con le risorse finanziarie del bilancio economico annuale di previsione.

Nell'ipotesi che alcuni obiettivi non possano essere raggiunti ovvero ne debbano essere previsti degli altri, si procederà alle dovute variazioni di natura economico finanziaria e organizzativa che si rendano necessarie.