



Azienda Pubblica di Servizi alla Persona
***“Giorgio Gasparini”* Vignola (MODENA)**

Enti Pubblici territoriali soci: Unione di Comuni Terre di Castelli e Comuni di Castelnuovo Rangone, Castelvetro di Modena, Guiglia, Marano sul Panaro, Montese, Savignano sul Panaro, Spilamberto, Vignola, Zocca.

RELAZIONE SULLA PERFORMANCE 2015

ALLEGATO A

Alla Delibera di Amministratore Unico n. 8 del 12/05/2016

PRESENTAZIONE DELLA RELAZIONE

Ai sensi del comma 1, lettera *b*, art.10 del D.lg. 150/2009 le amministrazioni pubbliche devono adottare un documento denominato **Relazione sulla Performance**. Tale documento deve evidenziare, a consuntivo, con riferimento all'anno precedente, i risultati organizzativi e individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati ed alle risorse, con rilevazione degli eventuali scostamenti.

La Relazione sulle Performance rappresenta quindi lo strumento attraverso il quale la pubblica amministrazione rileva i risultati conseguiti nel corso dell'esercizio finanziario precedente, concludendo in tal senso il ciclo di gestione della performance.

Il documento, predisposto dal Direttore, con l'ausilio dell'Ufficio di Direzione e della figura di Staff controllo di gestione e programmazione, in conformità alle linee guida dettate dalla CIVIT con deliberazione n.5/2012, dopo l'approvazione da parte dell'Amministratore Unico, è soggetto a validazione da parte dell'Nucleo di Valutazione e successiva pubblicazione sul sito dell'Ente, nella sezione denominata "Amministrazione trasparente".

Con la presente relazione verranno illustrati i risultati organizzativi complessivi dell'Azienda, le attività gestionali delle singole Aree e i risultati individuali raggiunti nel corso dell'anno 2015. I parametri di riferimento sono gli obiettivi strategici e gli obiettivi operativi, adottati con il **Piano Triennale della Performance 2015 – 2017** - approvato con delibera del Consiglio di Amministrazione n. 5 del 30/01/2015; e con il successivo documento di **Modifica ed integrazione al piano della Performance 2015 – 2017** – approvato con delibera dell'Amministratore Unico n. 20 del 28/09/2015, contestualmente verranno rilevati gli eventuali scostamenti rispetto ai programmi medesimi.

Documenti di riferimento

Pianificazione

- Piano programmatico 2015/2016, il Bilancio pluriennale di previsione 2015/2016 e il Bilancio annuale economico preventivo 2015, con allegato il Documento di Budget 2015; approvati dalla Assemblea dei Soci con delibera n. 9 del 30/07/2015;
- Programma triennale per la trasparenza e l'integrità 2015 - 2017, approvato dal Consiglio di Amministrazione con propria delibera n. 2 del 30/01/2015;
- Piano triennale di prevenzione della corruzione 2015-2017 in applicazione della l. 190/2012, approvato dal Consiglio di Amministrazione con propria delibera n. 1 del 30/01/2015;
- Piano triennale delle Performance 2015 – 2017 – obiettivi operativi 2015 approvato con delibera dal Consiglio di Amministrazione n. 5 del 30/01/2015.
- Modifica ed integrazione al piano della Performance 2015 – 2017 – approvato con delibera dell'Amministratore Unico n. 20 del 28/09/2015
- Costituzione, in forma associata con l'UTC e comuni aderenti, del "Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni", approvato con delibera della Assemblea dei Soci n. 7 del 16/06/2011;
- Costituzione del fondo art. 15 del CCNL 1.4.1999 "Risorse per le politiche di sviluppo delle risorse umane e per la produttività" per l'anno 2015, Delibera dell'Amministratore Unico n. 24 del 02/11/2015

Monitoraggio

- ✓ Relazione sulla gestione, allegata alla delibera dell'Amministratore Unico n. 7 del 12/05/2016, con cui si è provveduto alla approvazione della "Proposta di bilancio consuntivo d'esercizio anno 2015" da cui si ricavano elementi sul livello di raggiungimento degli obiettivi in termini di servizi e di prestazioni svolte - scostamento dei risultati ottenuti rispetto a quelli previsti nel bilancio economico preventivo 2015 - analisi dei costi e dei risultati analitici suddivisi per centri di responsabilità e centri di costo.

INDICE

1. Sintesi delle informazioni di interesse generale per i cittadini e per gli altri stakeholder
 - Il rapporto con gli enti soci
 - La popolazione
2. L'amministrazione
 - Gli organi di governo
 - La struttura organizzativa
 - Il personale
 - Le risorse finanziarie
 - I risultati raggiunti
3. Obiettivi: risultati raggiunti e scostamenti
 - L'albero della performance
 - Stato di attuazione degli obiettivi strategici e operativi
 - Obiettivi trasversali - realizzato
 - Obiettivi delle aree erogative - realizzato
 - Criteri di valutazione delle prestazioni dei dirigenti
 - Criteri di valutazione delle posizioni organizzative
 - Criteri di valutazione dei dipendenti
4. Valutazioni e considerazioni conclusive

1. SINTESI DELLE INFORMAZIONI DI INTERESSE GENERALE, PER I CITTADINI E GLI ALTRI STAKEHOLDER ESTERNI

L'Azienda pubblica di servizi alla persona (ASP) "Giorgio Gasparini" di Vignola ha avviato la propria attività a partire dal 01 gennaio 2007.

Nel corso degli anni dal 2007 al 2015 sia l'assetto organizzativo aziendale, sia il tipo e l'entità dei servizi affidati in gestione all'Azienda hanno subito rilevanti variazioni, sia per il rientro alla gestione diretta degli Enti Soci di alcuni servizi sia per le decisioni assunte dal Comitato di distretto circa la programmazione territoriale per l'accreditamento definitivo dei servizi che ha visto affidare alla gestione unitaria dell'azienda solo una parte dei servizi precedentemente gestiti.

Inoltre l'emanazione della L. R. 26 luglio 2013, n. 12 così come integrata dalla L. R. 21 novembre 2013, n. 23, sul riordino delle ASP, ha comportato l'avvio di un percorso di analisi e valutazione, circa la permanenza e la consistenza dell'azienda e dei servizi da essa gestiti, la cui conclusione doveva intervenire entro il 28/02/2014 successivamente prorogata al 31/03/2014.

Il Comitato di Distretto, poi, nella seduta del 09/04/2014 con la Delibera "Programma di riordino delle forme pubbliche di gestione dei servizi Sociali e Socio sanitari di cui alla L. Regionale del 26 luglio 2013 n. 12: individuazione unitarietà della gestione pubblica nel distretto sanitario di Vignola" ha stabilito l'unificazione gestionale di tutti i servizi socio-sanitari pubblici del territorio nell'Unione Terre di Castelli, prevedendo così il superamento della gestione ASP entro il 31/12/2014. In successive sedute del Comitato di Distretto è stata prorogata la decisione sull'Azienda ai primi mesi del 2015. Infine con la decisione assunta nella seduta del 21/04/2015 il Comitato di Distretto con la delibera n. 9 ha definito il superamento dell'ASP e il passaggio dei servizi all'Unione Terre di Castelli con tempistica da definire. Nella successiva Assemblea dei Soci del 30/06/2015 i componenti l'assemblea hanno previsto la chiusura dell'Azienda entro il 31/12/2015. Si è quindi dato corpo ad una serie di azioni per ottemperare all'obiettivo dato, con l'istituzione, nell'ambito della Conferenza dei Servizi, dei gruppi di lavoro finalizzati alla realizzazione del trasferimento dei servizi all'Unione e conseguente superamento dell'Azienda.

Il 2 dicembre 2015 il Comitato di Distretto ha congelato il lavoro programmato nella Conferenza dei servizi.

L'ASP permane al momento come ente gestore, autonomo nelle scelte organizzative, ma non negli indirizzi; ne consegue che non ha perciò la responsabilità delle politiche socio-assistenziali del territorio, ma bensì quella del migliore utilizzo, in termini di efficienza-efficacia-economicità-qualità del servizio, delle risorse che le vengono assegnate per la gestione delle competenze conferite.

La finalità di ASP "G. Gasparini" di Vignola è, quindi, quella di essere un ente gestore pubblico di servizi rivolti alle persone. Tali servizi sono quelli rivolti alla popolazione anziana prevalentemente non autosufficiente, ai disabili e agli adulti con patologie assimilabili a quelle geriatriche, con patologie psichiatriche, con problemi di dipendenza o di disagio sociale.

La logica è quella di riuscire a offrire servizi di qualità, secondo criteri di equità su tutto il territorio distrettuale, contribuendo con il proprio apporto a costruire una comunità capace di sostenere le famiglie nel lavoro di cura e capace di prendersi cura delle persone, anche delle più gravi, avendo attenzione alla loro storia personale e alle loro relazioni familiari e sociali. Questo si deve coniugare con un utilizzo efficiente ed efficace delle risorse messe a disposizione.

I servizi ASP vogliono essere servizi aperti alla comunità in cui ciascuno possa dare il proprio contributo a migliorare la qualità della vita delle persone seguite e delle loro relazioni.

Il mandato affidato all'ASP si può sintetizzare in questi due macro obiettivi:

- creare valore per la cittadinanza attraverso la qualificazione dei servizi;
- efficienza di gestione.

E' quindi chiaro che l'azienda, oltre a dover rispondere del proprio operato alla complessiva platea degli stakeholder, deve avere piena consapevolezza del quadro di riferimento istituzionale e operativo in cui si colloca e al cui interno esprime operativamente la propria mission.

Per meglio comprendere il contesto a cui si fa riferimento, si introduce il concetto di “cliente”, enunciazione sicuramente non abituale in una pubblica amministrazione, ma che ben si coniuga con la specificità dell’ASP.

L’ASP ha due principali “clienti”:

- i primi sono gli utenti dei servizi, i cittadini che direttamente saggiavano gli effetti dell’azione erogativa dei servizi. Collegati a questi, i loro familiari e, generalmente le associazioni e le organizzazioni di riferimento territoriali.
- I secondi, sono le “istituzioni” che rappresentano gli aventi titolo a garantire azioni previste da leggi, normative e/o scelte legittime rappresentative della cittadinanza. Questi secondi soggetti sono rappresentati dalla “committenza” dell’azienda, in prima istanza, e dalla assemblea dei soci, gli “azionisti”, come coniugata espressione della committenza nell’ambito del governo d’indirizzo aziendale. Collegati a questi sono i cittadini e più in generale, il “pubblico interesse”.

La risposta al “**cliente**” **cittadino** che fruisce dei servizi erogati, cioè è il diretto interessato della “produzione” aziendale, deve essere coerente con le attese collegate al soddisfacimento di bisogni personali, nel contesto della migliore qualità possibile del servizio offerto.

La risposta al “**cliente**” **azionista**, cioè la assemblea dei soci e la committenza, si collega all’efficace utilizzo delle risorse disponibili, in un contesto di qualità erogata collegato ai requisiti previsti e determinati dalla normativa di specie applicabile.

Il ruolo dell’ASP, quale soggetto erogatore pubblico di servizi, si esprime quindi nel sollecitare l’attenzione sui punti in cui si possono coniugare le esigenze dei due principali “clienti”.

Si dovrà quindi avere la massima attenzione alle esigenze dei cittadini utenti dei servizi, garantendo la massima qualità possibile dei servizi prodotti; e congiuntamente, garantire un’efficace ed efficiente organizzazione produttiva che consideri sia le risorse disponibili sia i requisiti di qualità da garantire, possibilmente superando i valori minimi previsti dalla normativa. Ovvero, conservando i valori minimi previsti, implementare la produzione con quegli elementi di qualità non strettamente connessi alle risorse economiche ma collegabili ad altri valori incrementali percepiti, basati prioritariamente sul valore aggiunto da collegare alla gestione della relazione, la valorizzazione del “clima” del lavoro assistenziale e migliorando il “come” si realizza l’azione assistenziale, di cura e di tutela.

Altri elementi da considerare nella analisi delle linee strategiche, possono essere letti guardando il rovescio della medaglia appena esposta, e si riconducono sempre ad elementi di contesto collegati alla particolare natura delle linee di produzione aziendale. Queste, per una parte rilevante, sono caratterizzate da compiti e attività prevalentemente quotidiani e routinari, e che è nella corretta esecuzione di detti compiti che si concretizza la qualità espressa nel prodotto “assistenza, cura e tutela dell’utente”. L’elemento critico da considerare è quindi il collegamento esistente tra routine quotidiana e accuratezza operativa con la qualità del servizio erogato. La difficoltà maggiore è quindi riuscire a coniugare l’attività di routine, di per se stessa a rischio, in quanto alla routine si collega la perdita di attenzione, l’abbassamento dei livelli di partecipazione, l’esecuzione “meccanica” dell’attività, e la “perdita” degli indici di pertinenza sui “particolari”; con gli elementi qualitativi alti, che come detto si collegano alla valorizzazione del “come si fa”, che ha un valore esponenziale accrescitivo sulla “qualità”, rispetto al “cosa si fa”.

Tale condizione riguarda la gran parte dei servizi gestiti dall’ASP, e in particolar modo i servizi rivolti all’utenza più complessa e maggiormente caratterizzata dalla condizione della non autosufficienza, il livello di coinvolgimento e di adesione del personale ha una diretta incidenza sulla qualità percepita, elemento fondamentale dell’erogazione dei servizi, e conseguentemente, le collegate ricadute che si hanno con l’utenza, i familiari, le organizzazioni e le associazioni di categoria, la committenza tecnica e “politica” dei servizi; più in generale, su tutti i portatori d’interesse.

Per altri servizi, ovvero per altri ruoli, è invece la capacità progettuale, la capacità di gestire in modalità partecipata le attività, che da corpo al valore aggiunto di qualità espressa dai servizi stessi.

I primi elementi che delineano le linee strategiche aziendali si collegano quindi all’efficace utilizzo delle risorse messe a disposizione dell’azienda, e a garantire un’erogazione di servizi caratterizzati da una qualità elevata, superiore nell’esito a quelli che sono i requisiti minimi previsti dalle normative di specie applicabili.

Il rapporto con gli enti soci/il contratto di servizio

La normativa regionale prevede che i Comuni che si avvalgono dei servizi dell'Azienda regolino i rapporti attraverso Contratti di servizio, individuando assieme all'ASP ed all'AUSL strumenti tecnici congiunti. Compito del contratto di servizio è quello di disciplinare i rapporti finanziari, gli obblighi e le garanzie rispettivamente assunti, la durata dell'affidamento, l'individuazione degli standards qualitativi e quantitativi del servizio e le modalità della revoca del servizio medesimo da parte degli Enti pubblici territoriali.

Le tabelle di seguito riportate illustrano i servizi gestiti dall'Azienda distinguendo quelli coinvolti nel percorso di accreditamento per i quali la programmazione territoriale ha previsto, con l'accREDITamento definitivo, la gestione unitaria dell'Azienda, con specifici contratti di servizio (tabella 2.7.a) e i servizi non coinvolti dal percorso di accreditamento ma gestiti dall'Azienda in virtù dei contratti di servizio sottoscritti in coincidenza con la nascita dell'ASP medesima (tabella 2.7.b).

Tabella 2.7.a) Servizi gestiti dall'ASP interessati dal percorso di accreditamento

SERVIZI GESTITI DALL'ASP INTERESSATI DAL PERCORSO DI ACCREDITAMENTO				
n	SERVIZIO	ACCREDITATI DEFINITIVAMENTE	SERVIZIO EROGATO PER I COMUNI DI:	ACCREDITAMENTO DEFINITIVO
1	SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE - ORDINARIO	GESTIONE DIRETTA ASP FINO AL 30/09/2015	GUIGLIA, MONTESE E ZOCCA.	dal 01/01/2015 al 31/12/2017 revocato per passaggio gestione ad altro soggetto (Det. N. 862 del 04.11.2015)
	SERVIZIO SPECIALISTICO DI STIMOLAZIONE COGNITIVA	GESTIONE DIRETTA ASP	TUTTI I COMUNI DEL DISTRETTO	
2	CENTRO SOCIO RIABILITATIVO DIURNO DISABILI "I PORTICI"	GESTIONE DIRETTA ASP	TUTTI I COMUNI TRANNE MONTESE	dal 01/01/2015 al 31/12/2019
3	CENTRO DIURNO ANIZANI VIGNOLA	GESTIONE DIRETTA ASP	TUTTI I COMUNI TRANNE MONTESE	dal 01/01/2015 al 31/12/2019
4	CASA RESIDENZA/RSA VIGNOLA	GESTIONE DIRETTA ASP	TUTTI I COMUNI TRANNE MONTESE	dal 01/01/2015 al 31/12/2019

Tabella 2.7.b) Servizi gestiti dall'ASP non interessati dal percorso di accreditamento

SERVIZI GESTITI DALL'ASP NON INTERESSATI DAL PERCORSO DI ACCREDITAMENTO			
n	SERVIZIO	CONTRATTO DI SERVIZIO/SCHEDA TECNICA	SERVIZIO EROGATO PER I COMUNI DI:
10	COMUNITA' ALLOGGIO DI GUIGLIA	Gestita dall'Asp attraverso appalto a Cooperativa, il rapporto con la committenza è regolato da Contratto di Servizio con allegata scheda tecnica "D"	TUTTI I COMUNI DEL DISTRETTO
11	SERVIZIO INSERIMENTO LAVORATIVO	Gestito direttamente da "ASP con personale proprio. Il rapporto con la committenza è regolato da Contratto di Servizio con allegata scheda tecnica "G"	TUTTI I COMUNI DEL DISTRETTO
12	LAORATORIO OCCUPAZIONALE "CASPITA"		TUTTI I COMUNI DEL DISTRETTO

La popolazione

Nell'analisi del contesto di riferimento dell'azienda, considerando che una parte importante dei servizi offerti è rivolta alle persone anziana, ci pare opportuno fornire alcune informazioni circa la popolazione del territorio di competenza dell'ASP che coincide con il Distretto Sanitario di Vignola.

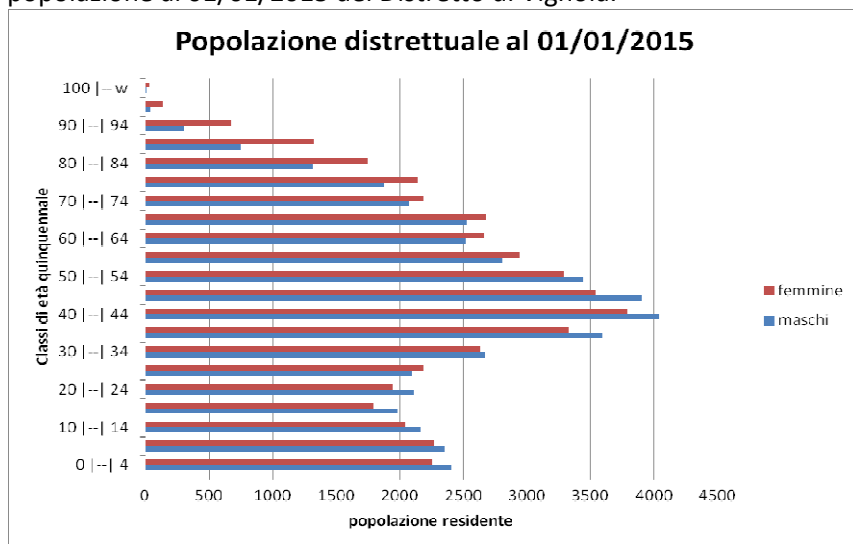
I dati sotto riportati sono stati estratti dall'Osservatorio Demografico della Provincia di Modena.

La tabella sotto riportata rileva gli scostamenti della popolazione, divisa per comune e fasce di età, al 01/01/2015 con quella al 01/01/2007 dalla quale si evince un costante incremento della popolazione in particolare di quella ultra 75enne.

CONFRONTO POPOLAZIONE 01/01/2007 e 01/01/2015 DIVISA PER CLASSI DI ETÀ E COMUNI												
Comuni	da 0 a 64 anni		% incremento	da 65 a 74 anni		% incremento	da 75 a		% incremento	Totale		% incremento
	2007	2015		2007	2015		2007	2015		2007	2015	
Castelnuovo R.	10.864	11.886	9,41%	1.228	1.561	27,12%	1.169	1.407	20,36%	13.261	14.854	12,01%
Castelvetro	8.746	9.129	4,38%	959	1.092	13,87%	869	1.093	25,78%	10.574	11.314	7,00%
Guiglia	3.145	3.038	-3,40%	476	425	-10,71%	474	513	8,23%	4.095	3.976	-2,91%
Marano s/P	3.246	4.000	23,23%	416	488	17,31%	443	523	18,06%	4.105	5.011	22,07%
Montese	2.338	2.370	1,37%	476	403	-15,34%	526	601	14,26%	3.340	3.374	1,02%
Savignano s/P	7.196	7.169	-0,38%	965	1.017	5,39%	855	1.080	26,32%	9.016	9.266	2,77%
Spilamberto	8.940	9.729	8,83%	1.269	1.345	5,99%	1.344	1.505	11,98%	11.553	12.579	8,88%
Vignola	18.072	19.817	9,66%	2.486	2.543	2,29%	2.517	2.946	17,04%	23.075	25.306	9,67%
Zocca	3.621	3.582	-1,08%	549	590	7,47%	663	669	0,90%	4.833	4.841	0,17%
Totale	66.168	70.720	6,88%	8.824	9.464	7,25%	8.860	10.337	16,67%	83.852	90.521	7,95%

A fronte di una popolazione di 83.852 unità all'01/01/2007 il territorio registra una popolazione di 90.521 unità al 01/01/2015, con un incremento pari al 7,95%.

Il grafico sotto riportato rappresenta il n. di residenti divisi per genere e classi di età quinquennali della popolazione al 01/01/2015 del Distretto di Vignola.



Si nota come nella popolazione 0-54 anni vi sia una prevalenza maschile che si inverte nelle età superiori ai 55 anni.

L'indice di dipendenza della popolazione anziana, che è dato dal rapporto tra la popolazione sopra i 65 anni e quella tra 15-64 anni, indica la percentuale di anziani di cui deve farsi carico la parte di popolazione attiva, nel nostro territorio all'01/01/2015 ed è pari al 34,59 (nel 2007 era 32,38).

L'indice di vecchiaia (calcolato come rapporto tra anziani di 65 anni e oltre e giovani fino a 14 anni di età), sempre al 01/01/2015 è pari a 146,92 ogni 100 giovani (nel 2007 era 153,15).

Il complesso di questi dati evidenzia come nel nostro territorio si registri un incremento costante della popolazione anziana pari al 11,97% solo parzialmente compensato da un incremento della popolazione adulta (15-64 anni), pari a +4,65%, che determina infatti una lieve crescita dell'indice di dipendenza. Cala invece in modo maggiormente rilevante l'indice di vecchiaia, infatti l'incremento della popolazione anziana è maggiormente compensato dall'incremento pari al +15,45% della popolazione giovane (0-17 anni). Si deve considerare che l'incremento della popolazione con età inferiore ai 65 anni nel nostro territorio è dovuto in prevalenza all'immigrazione. L'incremento della popolazione residente straniera nel nostro territorio tra l'anno 2007 e il 2015 è pari al 66,36%.

L'incremento della popolazione anziana e soprattutto quella ultra settantacinquenne, che tocca un picco del 16,67% di incremento, rappresenta da un lato una criticità per l'intero sistema socio-sanitario, in quanto comporta l'aggravamento delle condizioni sanitarie di soggetti fragili che richiedono di poter fruire di servizi sia sociali che sanitari, e dall'altro rappresenta una sfida per l'ASP, come per gli altri soggetti gestori di

servizi per anziani del territorio, di essere in grado di rispondere alle accresciute e diversificate esigenze in un momento di scarsità di risorse economiche.

2. L'AMMINISTRAZIONE

Gli organi di governo e di gestione

La normativa regionale e lo Statuto dell'Azienda prevedono che la stessa abbia un organo di indirizzo e controllo composto da rappresentanti degli Enti locali territoriali: **l'Assemblea dei soci**. Essa è composta dal Sindaco di ciascun Ente pubblico territoriale socio (i 9 Comuni del Distretto) e dal Presidente dell'Unione terre di Castelli o da loro delegati. L'Assemblea approva gli atti fondamentali dell'Azienda.

Le sedute dell'Assemblea dei soci nell'anno 2015 sono state 6 (4 nel 2014 e 4 nel 2013).

Per quanto riguarda l'organo politico di gestione (Consiglio di Amministrazione $\Rightarrow$ Amministratore Unico), nei primi mesi dell'anno 2015 si è richiesto alla regione Emilia Romagna di approvare la modifica dello Statuto Aziendale. Le modifiche apportate prevedevano l'istituzione della figura di Amministratore Unico in luogo del Consiglio di Amministrazione. La revisione dell'assetto istituzionale, con riguardo all'organo politico di gestione aziendale, trovava fondamento e previsione normativa nell'articolo 4 *"Semplificazione degli organi di governo delle Aziende"*, della legge regionale n. 12/2013 *"Disposizioni ordinamentali e di riordino delle forme pubbliche di gestione nel sistema dei servizi sociali e socio-sanitari. Misure di sviluppo e norme di interpretazione autentica in materia di Aziende Pubbliche di Servizi alla Persona"*

L'ex Consiglio di Amministrazione, ora Amministratore Unico, è l'organo che dà attuazione agli indirizzi generali definiti dall'Assemblea dei Soci, individuando le strategie e gli obiettivi della gestione. Pertanto, nei limiti dei suddetti indirizzi generali, è investito dei più ampi poteri per l'amministrazione dell'Azienda ed ha la rappresentanza legale dell'Azienda.

Il Consiglio di Amministrazione in carica fino al 25/03/2015 era così composto:

- Presidente: Marco Franchini
- Vice Presidente: Alida Quattrini
- Consigliere: Giuseppe Novembre

Le sedute del Consiglio di amministrazione nel periodo 01.01/25.03.2015 sono state 3 (18 nel 2014, 19 nel 2013).

Nella medesima seduta del 25/03/2015 con delibera n. 6 l'Assemblea ha nominato quale **Amministratore Unico** il Dr. Marco Franchini, precedentemente in carica come Presidente del Consiglio di Amministrazione dell'Azienda.

All'Amministratore Unico sono affidate tutte le competenze e le funzioni in precedenza attribuite al Consiglio di Amministrazione e al Presidente del Consiglio di Amministrazione.

Il Consiglio di Amministrazione ha nominato a far data dal 01/02/2013 la Dr.ssa Teresa Giovanardi quale **Direttore** dell'Azienda. Il Direttore è responsabile della gestione aziendale e del raggiungimento degli obiettivi, definiti dal Consiglio di Amministrazione, anche attraverso l'utilizzo delle risorse umane, finanziarie e strumentali assegnate dal Consiglio di Amministrazione. Dal 09/08/2015 il Direttore Teresa Giovanardi è collocata a riposo, con procedura di prepensionamento, è stata però effettuata una proroga dell'incarico a Direttore per il periodo dal 09.08.2015 al 13.09.2015, tale proroga non ha comportato oneri a carico del bilancio dell'Azienda se non quelli derivanti dal solo rimborso delle spese documentate;

L'amministratore Unico in data 11/09/2015 con atto n. 17 ha deliberato di convenire, con l'organo di amministrazione dell'Unione terre di Castelli, l'opportunità di condividere, ai fini della copertura delle funzioni di direttore dell'Azienda, l'impiego dell'attuale Dirigente della Struttura Welfare Locale dell'Unione Terre di Castelli Dr.ssa Romana Rapini, quale Direttore dell'ASP facente funzioni; tutto ciò considerando la deliberazione del percorso di superamento dell'ASP e conseguente riallocazione dei servizi dalla stessa gestiti nell'ambito organizzativo dell'Unione Terre di castelli.

La struttura organizzativa

La scelta organizzativa dell'Azienda prevede che i Responsabili di Area, per la gestione dei servizi di competenza, siano supportati da figure quadro con funzioni di coordinamento (Coordinatori di Servizio) e

coordinamento operativo di nuclei di attività (Responsabili Attività Assistenziali) oppure da figure cui vengono attribuite specifiche responsabilità ai fini di una gestione efficace ed efficiente dei processi aziendali, quali:

- Controllo di gestione;
- Servizio di prevenzione e protezione “ufficio sicurezza”
- Gestione parco automezzi aziendali
- Gestione attività di Animazione per la CRA e il Centro Diurno Anziani
- Coordinamento della cucina

A tutte le figure cui vengono attribuite le particolari responsabilità sopra indicate vengono riconosciute le indennità di cui al CCNL 1/4/1999 art. 17 comma 2 lettera f).

I servizi gestiti dall'Azienda sono organizzati in due aree erogative (di produzione), all'interno delle quali sono presenti sia servizi coinvolti nel percorso di accreditamento, sia servizi non coinvolti in tale percorso. L'**AREA GESTIONE INTERVENTI ASSISTENZIALI (AGIA)**, gestisce servizi semiresidenziali per disabili e semi residenziali per anziani, il servizio residenziale per anziani autosufficienti o parzialmente autosufficienti, il servizio di assistenza domiciliare per anziani, adulti disabili e in condizione di svantaggio sociale e il servizio di Inserimento Lavorativo mentre l'**AREA GESTIONE STRUTTURE (AGS)** gestisce servizi residenziali per anziani non autosufficienti.

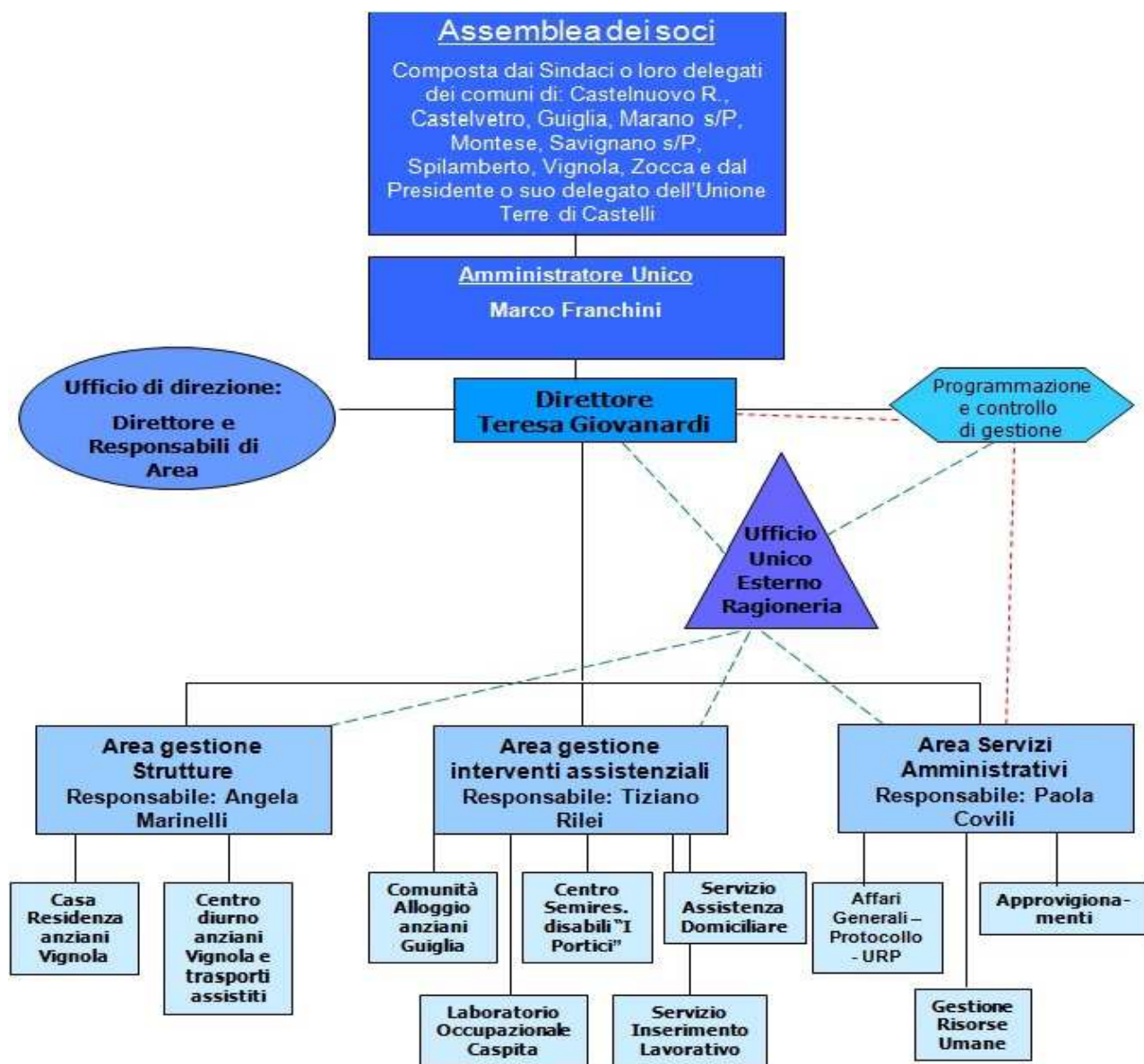
L'organizzazione aziendale prevede poi la gestione dei **servizi di supporto** alla erogazione, organizzati nell'**AREA SERVIZI AMMINISTRATIVI (AA)**, a cui si sommano servizi in convenzione con l'Unione Terre di Castelli per la gestione della risorsa umana (economico e giuridico del personale), e finanziario. Le macro funzioni in capo all'Area Servizi Amministrativi, sono:

- assistenza, gestione e trattamento giuridico del personale dell'Azienda, (con il supporto consulenziale dell'Unione “Terre di Castelli”);
- organizzazione, gestione, acquisizione e razionalizzazione dei beni strumentali e dei servizi necessari per il raggiungimento degli obiettivi aziendali;
- adempimenti attuativi del D.Lgs. 81/2008 e ss.mm. e ii. e sviluppo di un sistema integrato di gestione della sicurezza e salute sul luogo di lavoro;
- assistenza agli organi, segreteria e affari generali, protocollo;
- gestione complessiva delle istruttorie partecipazione alla spesa degli utenti dei centri socio riabilitativi semiresidenziali per disabili;
- gestione amministrativa complessiva del servizio assistenza domiciliare ASP e istruttorie partecipazione alla spesa degli utenti per tutto il territorio;
- gestione utility, servizi tecnologici e informatici
- ufficio relazione con il pubblico (agli addetti a questo servizio viene riconosciuta la particolare responsabilità come da CCNL 1/4/1999-22/01/2004 art. 17 comma 2 lettera i).

Per quanto attiene i Servizi Finanziari già dall'ottobre 2013 in virtù dell'“Accordo tra l'Azienda Pubblica di Servizi alla Persona “Giorgio Gasparini” , il comune di Vignola e l'Unione Terre di Castelli per la gestione in forma unitaria del servizio finanziario”, l'Azienda ha comandato al 100% due Istruttori amministrativi all'Unione e usufruisce dell'ufficio Unico Ragioneria come stabilita dal citato accordo.

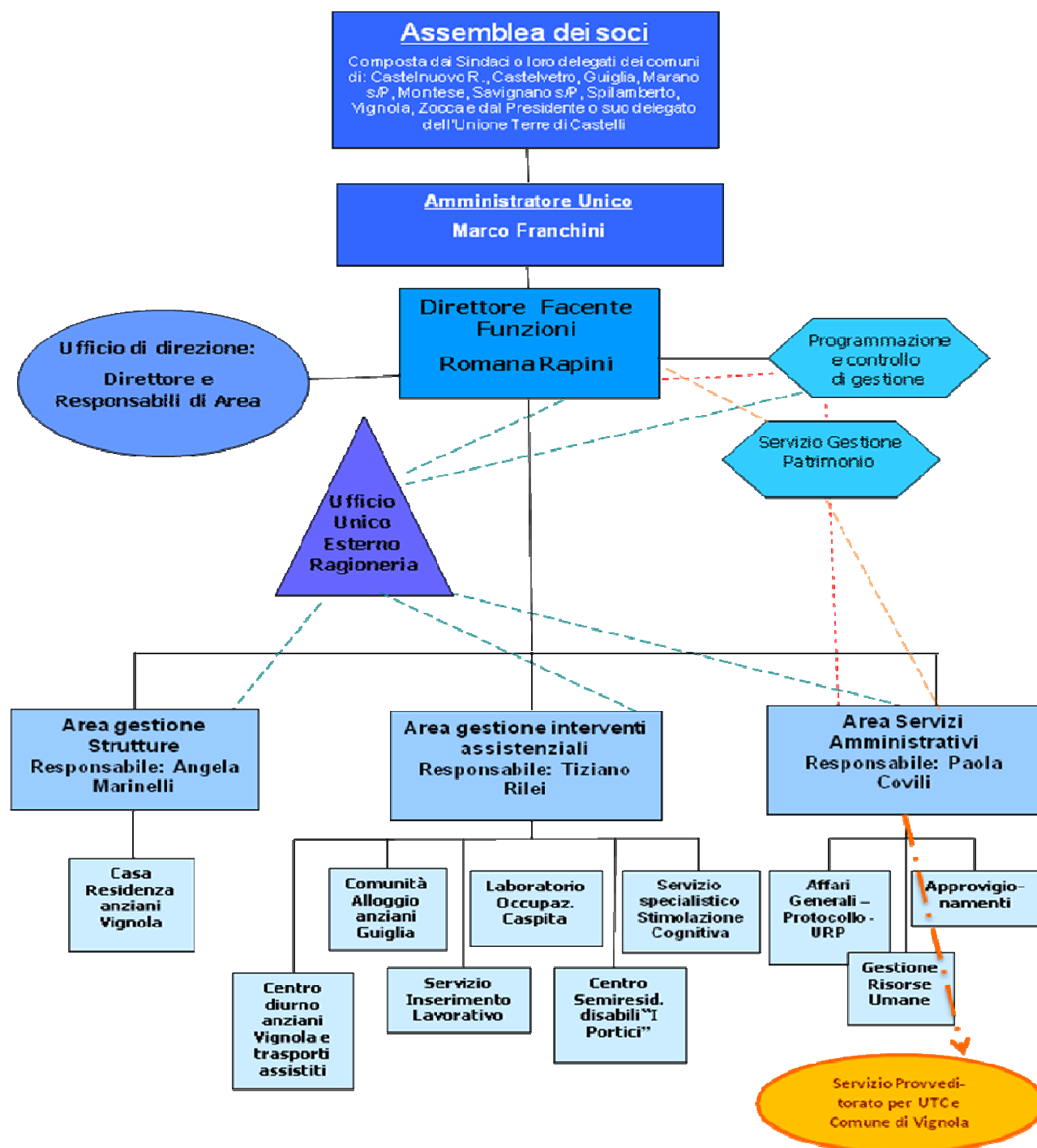
Tutta l'organizzazione Aziendale fa infine capo alla direzione, che con lo strumento operativo dello “Ufficio di Direzione” (direttore e responsabili d'area) e la figura di staff adibita alla Programmazione e al Controllo di Gestione, governa la complessiva attività dell'azienda.

Macrostruttura dell'ASP "Giorgio Gasparini" di Vignola all'01/01/2015



Si riporta ora la struttura organizzativa al 31/12/2015, dando di seguito evidenza delle modifiche intervenute nel corso dell'anno:

Macrostruttura dell'ASP "Giorgio Gasparini" di Vignola al 31/12/2015



- ✓ in data 25/03/2015 l'assemblea di soci ha preso atto dell'approvazione delle modifiche statutarie, come già richiamato al punto 2.5), dando seguito alla semplificazione degli organi, inserendo la figura dell'Amministratore Unico in sostituzione del Consiglio di Amministrazione, a cui affidare la gestione e l'amministrazione dell'Azienda, nominando quindi, dalla medesima data, quale Amministratore Unico il Dr. Marco Franchini;

- ✓ il 29/05/2015 è stato sottoscritto l'Accordo tra L'unione di Comuni Terre di Castelli, il Comune di Guiglia e l'ASP "Giorgio Gasparini" di Vignola per il coordinamento e lo svolgimento delle attività amministrative e gestionali relative alla gestione del patrimonio;
- ✓ dal 09/08/2015, come già illustrato nel punto 2.5), il Direttore Teresa Giovanardi è collocata a riposo, con procedura di prepensionamento, è stata però effettuata una proroga dell'incarico a Direttore per il periodo dal 09.08.2015 al 13.09.2015;
- ✓ dal 14/09/2015 l'amministratore unico ha deliberato di condividere l'impiego dell'attuale Dirigente della Struttura Welfare Locale dell'Unione Terre di Castelli Dr.ssa Romana Rapini, quale Direttore dell'ASP facente funzioni;
- ✓ dal 01/10/2015 è stata superata la gestione diretta dell'Azienda del Servizio di Assistenza domiciliare presente nei comuni di Guiglia, Montese e Zocca; si è invece strutturato maggiormente il Servizio Specialistico di Stimolazione permanente nella competenza gestionale dell'ASP, ed è stato organizzativamente ricondotto nell'offerta di servizi del Centro Diurno Anziani di Vignola. Il Centro Diurno Anziani dalla medesima data passa nelle competenze dell'Area Gestione Interventi Assistenziali;
- ✓ dal 19/10/2015 con la sottoscrizione dell'Accordo tra l'Unione Terre di Castelli, l'Asp "Giorgio Gasparini" e il comune di Vignola per il coordinamento e lo svolgimento delle attività amministrative e gestionali relative al servizio provveditorato si è attivata presso l'Azienda la gestione di tale servizio per l'Unione Terre di Castelli e il comune di Vignola.

La maggior parte di tali eventi trova le sue radici nelle azioni propedeutiche, correlate e sinergiche collegate al percorso di superamento dell'azienda e trasferimento dei servizi all'Unione Terre di Castelli; percorso poi sospeso su decisione del Comitato di Distretto in data 02/12/2015.

Il personale

Il Personale dipendente dall'azienda nel corso dell'anno 2015 viene rappresentato nella sottostante tabella:

PRESENZA DI PERSONALE RILEVATA ANNO 2015								
AREA DI ATTIVITA'	QUALIFICA		ANNO 2015				totale per area	% per area
			SOST. MAT.	TEMPO DET.	TEMPO INDET.	TOT.		
Ufficio di direzione	DIRETTORE	DIRIGENTE		1		1	4	4,88%
	RESPONSABILE AREA	D1/D3			3	3		
Area Amministrativa	ISTRUTTORE DIRETTIVO	D			2	2	7*	8,54%
	ISTRUTTORE AMM.VO	C			3	3*		
	COLLAB. AMM.VO	B3			1	1		
	COLLAB. SERV. ASILIARI E SUPPORTO	B3			1	1		
Area Socio/Assistenzia le/Educativa	COORDINATORE CASA PROTETTA	D1				0	65	79,27%
	ASSISTENTE SOCIALE	D1				0		
	EDUCATORE COORDINATORE	D1			3	3		
	EDUCATORE PROF.LE	C			12	12		
	EDUCATORE ANIMATORE	C				0		
	RESPONSABILI ATT. ASS.LI	C			4	4		
	COLLABORATORE SOC. ASS	B3			46	46		
Area tecnica dei servizi	AUTISTA MANUTENTORE	B3			1	1	6	7,32%
	OPERATORE ESEC. AUTISTA	B1				0		
	COLLABORATORE CUOCO	B3			4	4		
	ESECUTORE AIUTO CUOCO	B1				0		
	ESECUTORE ADDETTO LAVANDERIA	B1			1	1		
Area	TERAPISTA DELLA RIABILITAZIONE	D1				0	0	0,00%
Sanitaria	INFERMIERE PROFESSIONALE	D1				0		
TOTALE COMPLESSIVO		****	0	1	81	82	82	100%

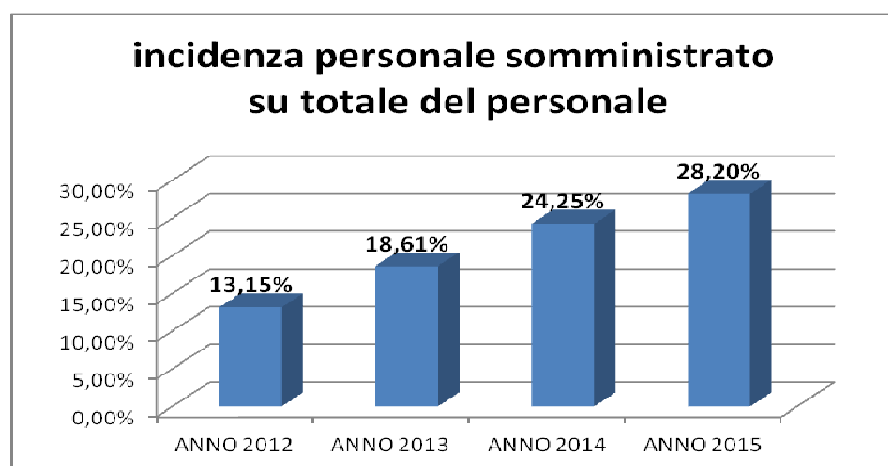
*questo dato comprende 2 istruttori amministrativi in comando al 100% all'Ufficio Unico Ragioneria presso l'UTC

E' evidente dalla tabella stessa che alcune figure professionali (Area Sanitaria) non sono ricoperte con personale dipendente e più in generale il complesso del personale previsto in dotazione organica per l'anno 2015 (Delibera CDA n. 32 del 23/12/2014) sulla base delle esigenze dei servizi gestiti è pari a 109 unità decisamente superiore al dato sopra riportato.

Nel corso degli ultimi anni si rileva come, la concomitanza di diversi elementi quali:

- le mobilità, i pensionamenti di personale;
- la nuova gestione del servizio infermieristico e riabilitativo;
- le prescrizioni limitative delle mansioni per parte del personale;

collegate alla possibilità limitata di addivenire a decisioni su nuove assunzioni per la copertura dei posti anche in considerazione del piano di riordino e alle decisioni assunte dal Comitato di Distretto, hanno portato l'Azienda a ricorrere in modo significativo all'utilizzo di personale flessibile soprattutto somministrato e prevalentemente per la CRA di Vignola.

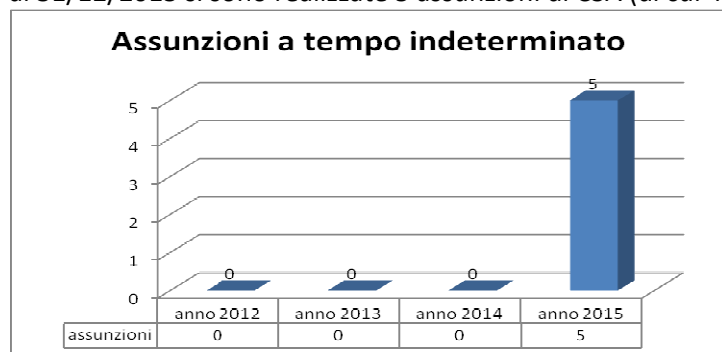


Detto personale ha comunque contribuito in modo rilevante al mantenimento della qualità nell'erogazione dei servizi e al raggiungimento degli obiettivi previsti. L'Azienda, per la prima volta nel 2014, ha ritenuto di riconoscere anche a detto personale la corresponsione della produttività per la performance organizzativa ed individuale, destinando delle risorse extra rispetto al Fondo risorse per le politiche di sviluppo delle risorse umane e per la produttività.

In conseguenza degli indirizzi dell'Assemblea dei Soci, di cui al verbale della seduta del 30 giugno 2015, in merito ai procedimenti assunzionali per dare copertura ad alcuni posti vacanti, sono state previste assunzioni a tempo indeterminato di:

- n. 8 unità di Collaboratore Socio Assistenziale con la qualifica professionale di O.S.S. – Cat. B3
- n. 2 unità di Educatore Professionale - Cat. C1 –
- n. 01 unità di Responsabile Attività assistenziale – Cat. C1
- n. 01 unità di Collaboratore Tecnico-Manutentivo/Autista - Cat. B3

al 31/12/2015 si sono realizzate 5 assunzioni di CSA (di cui 4 nell'ambito della suddetta programmazione).



Relativamente al personale dipendente si riporta i dato riguardante le assenze registrate nell'anno:

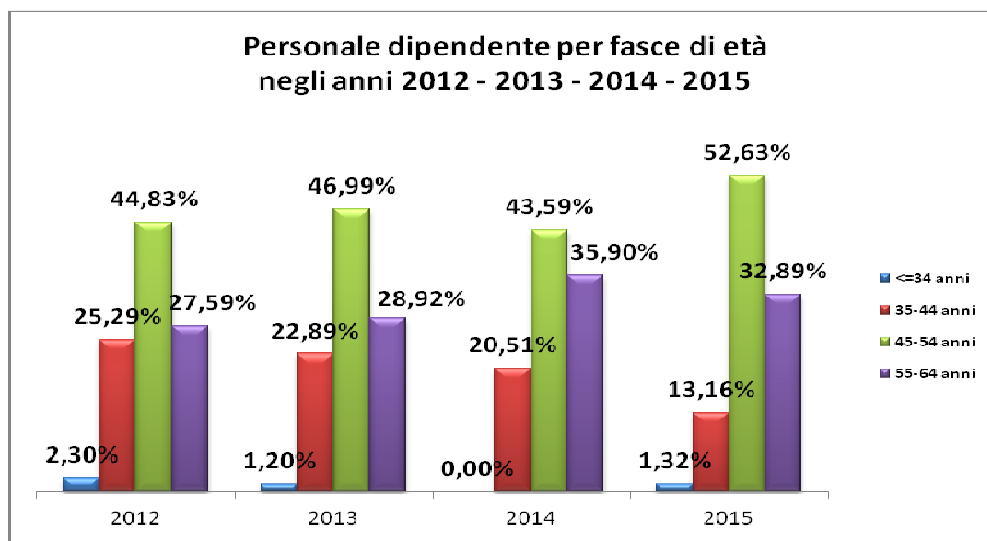
ASSENZE PERSONALE A TEMPO INDETERMINATO - ANNO 2015	totale	% di incidenza sulle giornate lavorabili
GIORNATE LAVORATE	13.531	75,21%
GIORNATE ASSENZA PER MALATTIA	1.170	6,50%
GIORNATE ASSENZA PERMESSI L.104/1992	195	1,08%
GIORNATE CONGEDO L.104/1993	0	0,00%
GIORNATE ASSENZA ALTRI PERMESSI	238	1,32%
GIORNATE ASSENZA PER INFORTUNI	89	0,49%
GIORNATE ASSENZA MEDIA PRO-CAPITE	21	
TOTALE ASSENZE	1.692	
% di incidenza delle Assenze sulle giornate lavorabili	9,40%	
GIORNATE ASSENZA PER FERIE ANNO 2015	2.297	12,77%
GIORNATE CONGEDO PARENTALE -D.LGS151/2001	265	1,47%
ASPETTATIVA SENZA ASSEgni	207	1,15%

La percentuale di assenza risulta in incremento rispetto agli anni precedenti soprattutto per le assenze per malattia infatti la percentuale di assenze per malattia nel 2012 era pari al 3,3% mentre sale al 5% nel 2013, al 6,1% nel 2014 e al 6,5% nel 2015. Di queste il 67,8% sono assenze superiori ai 30 giorni effettuate da 8 dipendenti di qualifica Collaboratori Socio Assistenziali.

Se si escludono queste alcune situazioni particolari i valori sono analoghi o addirittura inferiori ai risultati pubblicati nei bilanci sociali di numerose ASP provinciali e regionali visionati nei rispettivi siti istituzionali, quindi un valore assolutamente positivo. Il riscontro segnalato ha una sua forte significatività considerando che lo stesso elemento è ricompreso nei parametri ordinariamente utilizzati per la "valutazione di clima" e per la valutazione del "burnout" nelle organizzazioni e nelle equipe di lavoro.

Il dato delle assenze per malattia, va letto in modo integrato con l'elevato numero di personale con prescrizioni e con l'età media del personale dipendente che sta progressivamente aumentando come si evidenziano nella tabella e nel grafico sotto riportato.

PERSONALE CON LIMITAZIONI ALLE MANSIONI PER QUALIFICA PROFESSIONALE NELL'ANNO 2015			
QUALIFICA	LIMITAZIONE PARZIALE	% RISPETTO AGLI OPERATORI DIPENDENTI DI MEDESIMA QUALIFICA	TOTALE OPERATORI MEDESIMA QUALIFICA
COLLABORATORE SOC. ASS	20	43,48%	46
COLLAB. SERV. AUSILIARI DI SUPPORTO	1	100,00%	1
CUOCO	2	50,00%	4
ADDETTO ALLA LAVANDERIA	1	100,00%	1
EDUCATORE PROF.LE	2	16,67%	12
TOTALE	26	40,63%	64
PERCENTUALE SUL TOTALE DI DIPENDENTI		32,10%	



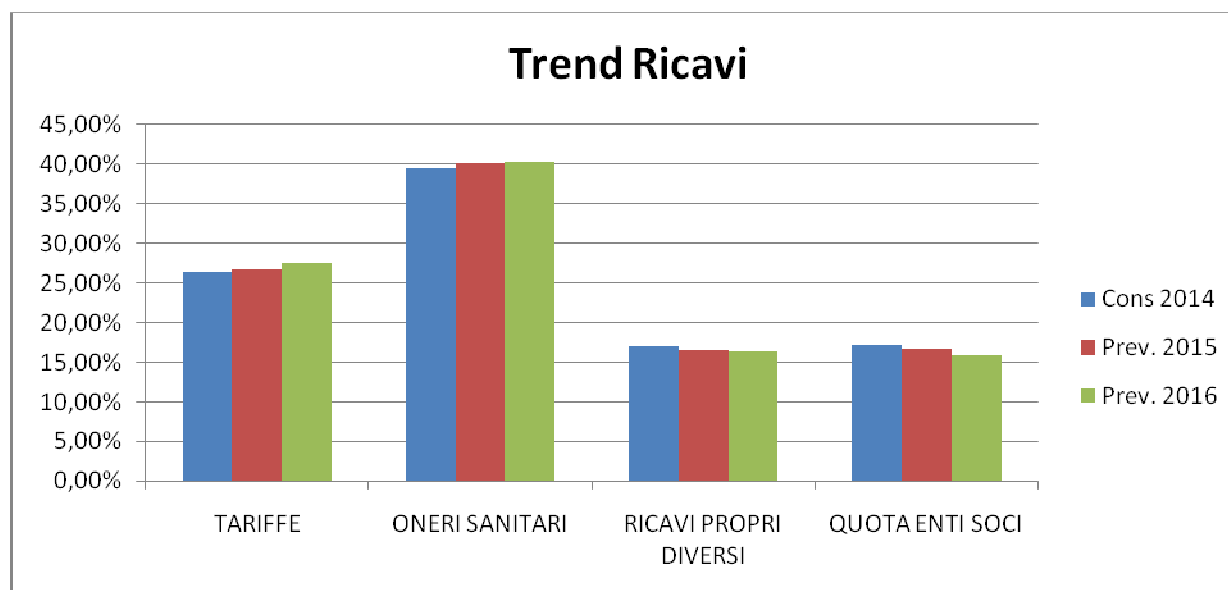
Le risorse finanziarie

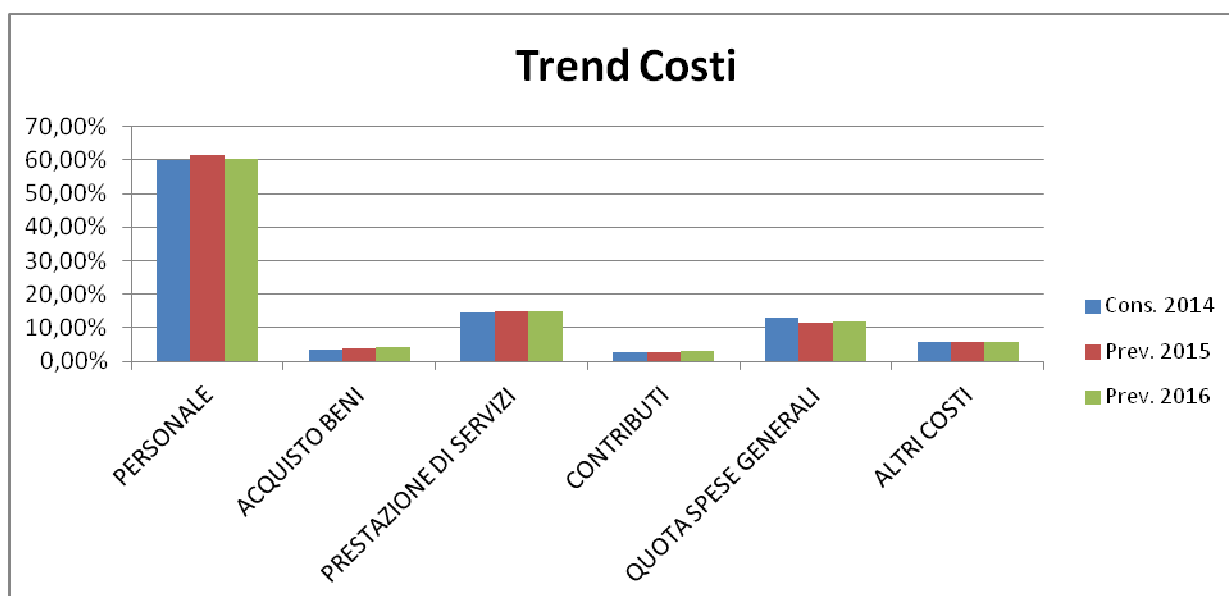
Nella tabella sotto riportata sono iscritti i totali delle varie tipologie di ricavi e costi, del bilancio aziendale con il confronto consuntivo 2014 e previsioni 2015 e 2016 come da Piano Programmatico 2015-2016. Nella lettura del prospetto occorre però tenere presente che i costi relativi a lavoro somministrato sono stati correttamente inclusi, per ragioni di analisi, nelle spese di Personale, con correlata diminuzione dei costi per "prestazione di servizi".

TOTALE COMPLESSIVO PER VALUTAZIONI						
RICAVI						
Tipologia	Consuntivo 2014		Previsione 2015		Previsione 2016	
	Importo	%	Importo	%	Importo	%
TARIFFE	1.430.878,16	26,44%	1.446.947,00	26,65%	1.444.819,00	27,53%
ONERI SANITARI	2.133.121,18	39,41%	2.173.885,00	40,04%	2.115.327,00	40,30%
RICAVI PROPRI DIVERSI	919.602,27	16,99%	899.616,00	16,57%	859.380,00	16,37%
QUOTA ENTI SOCI	929.035,59	17,16%	909.142,00	16,74%	829.502,00	15,80%
RICAVI Totale	5.412.637,20	100,00%	5.429.590,00	100,00%	5.249.028,00	100,00%
COSTI						
Tipologia	Consuntivo 2014		Previsione 2015		Previsione 2016	
	Importo	%	Importo	%	Importo	%
PERSONALE	3.248.308,16	60,01%	3.329.129,00	61,31%	3.168.308,00	60,36%
ACQUISTO BENI	198.475,86	3,67%	219.213,00	4,04%	216.873,00	4,13%
PRESTAZIONE DI SERVIZI	788.288,26	14,56%	800.713,00	14,75%	778.467,00	14,83%
CONTRIBUTI	156.821,11	2,90%	151.500,00	2,79%	153.773,00	2,93%
QUOTA SPESE GENERALI	705.032,66	13,03%	615.242,00	11,33%	624.475,00	11,90%
ALTRI COSTI	315.711,15	5,83%	313.793,00	5,78%	307.132,00	5,85%
COSTI Totale	5.412.637,20	100,00%	5.429.590,00	100,00%	5.249.028,00	100,00%

Si da atto che il bilancio dell'Asp 2015, non essendovi variazioni di rilievo, risulta in linea con il consuntivo 2014 e la previsione 2016, essendo ancora in corso la definizione del programmato superamento dell'Azienda e il progressivo trasferimento dei servizi all'Unione Terre di Castelli, la previsione ha quindi potuto tenere conto solo di alcuni eventi già chiari al momento della stesura del documento, che avranno una certa ricaduta sul 2016 quali:

- passaggio della competenza di gestione del Servizio di Assistenza Domiciliare Ordinario per i comuni Montani all'ATI Domus/Gulliver già accreditata per la gestione del medesimo servizio per i comuni della pianura, con il mantenimento nella gestione ASP del Servizio Specialistico di Stimolazione Cognitiva per tutto il territorio distrettuale;
- pensionamento del Direttore al 09/08/2015;
- pensionamento del "Collaboratore ai servizi ausiliari di supporto" figura inserita nell'area Servizi Amministrativi e non sostituita nemmeno con personale interinale.





I risultati raggiunti

La produzione di servizi richiesta alla azienda si realizza secondo criteri di efficacia, efficienza e qualità, da esprimere nell'ambito di un servizio pubblico. L'Azienda è orientata ad esplorare e cogliere tutte le opportunità d'integrazione con gli altri soggetti pubblici operanti sul territorio, con la finalità di produrre efficaci economie di scala ed un razionale utilizzo delle risorse pubbliche messe a disposizione.

Le decisioni assunte dal Comitato di distretto che prevedono l'unificazione gestionale di tutti i servizi socio-sanitari pubblici del territorio nell'Unione Terre di Castelli, prevedendo così il superamento della gestione ASP, hanno fortemente determinato le scelte di programmazione e riorganizzazione dell'Azienda.

L'operato aziendale si è quindi realizzato su quattro macro filoni:

- ✓ il primo collegato alla collaborazione con l'Unione Terre di Castelli al fine di fornire tutto il supporto necessario alla programmazione e realizzazione del passaggio dei servizi e delle competenze in capo all'Azienda, che ha visto in questa fase, come principali attori dell'Azienda, il direttore, i responsabili di area e l'istruttore direttivo addetto alla programmazione e al controllo di gestione coinvolti nei gruppi di lavoro nati dalla Conferenza dei servizi;
- ✓ il secondo legato ai servizi amministrativi che hanno mantenuto la gestione ordinaria ottemperando agli ingenti adempimenti richiesti dalla normativa (Trasparenza, Anticorruzione, ecc....), contemporaneamente si è posta in prima linea nell'avviare i percorsi di integrazione e progettazione del trasferimento all'Unione con anticipazioni di parti di percorso (vedi istituzione del Servizio Patrimonio e Servizio Provveditorato successivamente illustrati più in dettaglio) al fine di facilitare le conseguenti azioni riorganizzative da realizzarsi anche in capo all'Unione;
- ✓ il terzo legato ai servizi erogativi che oltre all'ordinaria attività, sono stati coinvolti nel percorso di riorganizzazione: in primis il Servizio di Assistenza Domiciliare socio assistenziale che come già sopra illustrato ha concluso l'esperienza di gestione da parte dell'ASP al 30/09/2015 e ha trasferito il proprio personale negli altri servizi aziendali (in prevalenza al CD) e con realizzazione del progetto aggiuntivo di stimolazione cognitiva individuale e di gruppo organizzativamente integrato nel servizio di Centro Diurno, per gli altri servizi a livello operativo non si sono realizzate particolari azioni che li abbiano coinvolti su tale tematica. Sono invece proseguite, per i servizi Accreditati in forma definitiva, tutte le azioni per il mantenimento, lo sviluppo ed il monitoraggio dei livelli di qualità, efficacia ed efficienza raggiunti in ottemperanza anche ai requisiti previsti dall'Accreditamento stesso. Per gli altri servizi non coinvolti dal percorso di accreditamento, e soprattutto per il Servizio di Inserimento Lavorativo si è operato per consolidare le attività e le nuove procedure impostate già dal 2014 in conseguenza delle

profonde e significative modifiche del quadro di riferimento normativo e di programmazione provinciale;

- ✓ il quarto collegato al progetto di Ristrutturazione della Casa residenza di Vignola che ha previsto un percorso virtuoso di compartecipazione pubblico-privato, realizzando una serie di iniziative volte a dare corpo a tale idea. L'obiettivo di trasformare questo progetto in un laboratorio di sperimentazione e di creazione orientato all'innovazione e alla qualità a partire dalla fase di progettazione per arrivare alla gestione ha trovato sempre più corpo nel corso dell'anno, proseguendo in modo parallelo ma integrato con il percorso di passaggio delle attività aziendali all'Unione e conseguente chiusura dell'Azienda avendo esso un respiro indipendente dal soggetto gestore della.

Dati dei servizi erogativi

Dai dati dei servizi registrati nell'anno 2015 confrontati con quelli degli anni 2014 e 2013, si evidenzia un calo di attività, riferito al Servizio di Assistenza domiciliare che ha visto al 01/10/2015 la conclusione della gestione del SAD Ordinario da parte dell'Azienda e l'acquisizione del servizio da parte di altro ente gestore in conformità con le decisioni di ambito distrettuale sulla programmazione dei servizi. Per quanto attiene gli altri servizi si registra una sostanziale stabilità o addirittura un incremento. Per i servizi residenziali o semi residenziali il limite è determinato dai posti autorizzati.

SERVIZIO INSERIMENTO LAVORATIVO			
TIPOLOGIA	N. UTENTI		
	ANNO 2013	ANNO 2014	ANNO 2015
Disabili UVM	26	20	9
Equipe operativa territoriale	253	248	301
Progetto Recovery	9	6	
Progetto LAVORIO		15	
Progetto ricomincio da me			8
commissione L. 68/99	166	167	176
	454	456	494

CENTRI SEMI RESIDENZIALI DISABILI			
CENTRO	N. UTENTI		
	ANNO 2013	ANNO 2014	ANNO 2015
I PORTICI (posti autorizzati 25)	25	28	27
	25	28	27

STRUTTURE RESIDENZIALI PER ANZIANI			
TIPOLOGIA	N. UTENTI		
	ANNO 2013	ANNO 2014	ANNO 2015
Casa Residenza Vignola (posti autorizzati 66)	135	140	127
Comunità Alloggio Guiglia (posti autorizzati 12)	10	11	10
	145	151	137

SERVIZIO ASSISTENZA DOMICILIARE			
TIPOLOGIA	N. UTENTI		
	ANNO 2013	ANNO 2014	ANNO 2015
SAD ordinario anziani	270	94	85
SAD ordinario adulti	72	17	13
Stimolazione cognitiva individuale	14	17	14
Stimolazione cognitiva di gruppo	15	25	39
	371	153	151

LABORATORIO OCCUPAZIONALE			
LABORATORIO	N. UTENTI		
	ANNO 2013	ANNO 2014	ANNO 2015
CASPITA	20	21	27

CENTRI DIURNI ANZIANI			
TIPOLOGIA	N. UTENTI		
	ANNO 2013	ANNO 2014	ANNO 2015
Centro Diurno Vignola (posti autorizzati 25)	41	49	55

Dati economici

Si riportano i risultati di sintesi di bilancio, in cui, nel passaggio dalla previsione di bilancio al consuntivo, si registra una riduzione dei trasferimenti degli Enti Soci pari a € 6.993,17.

CdC	totale Costi/Ricavi	DIFFERENZA COSTI/ RICAVI	Quota servizi generali	Trasferimento Comuni
305 - SAD	273.197,96	63.259,54	31.292,24	94.551,78
601 - Portici	663.955,29	-9.587,59	89.219,00	79.631,41
604 - SIL	505.931,13	43.308,13	72.834,00	116.142,13
607 - cASPita	278.143,14	-31.860,00	31.860,00	-
501-Casa Protetta/RSA Vignola	3.142.216,52	150.631,66	299.521,00	450.152,66
502-Centro Diurno Vignola	415.519,34	68.890,37	39.167,00	108.057,37
509-Trasporti Assistiti	50.905,11	23.115,69	4.227,00	27.342,69
510-Comunità Alloggio Guiglia	142.286,27	13.063,17	13.344,00	26.407,17
SERVIZI GESTITI ASP	5.472.154,76	320.820,97	581.464,24	902.285,21
504-Centro Diurno Castelnuovo R.	1.503,62	1.503,62	-	1.503,62
505-Casa Protetta/RSA Spilamberto	51.509,43	0,00	-	-
506-Centro Diurno Spilamberto	599,75	0,00	-	-
SERVIZI IN USCITA ASP	53.612,80	1.503,62	0,00	1.503,62
TOTALE COMPLESSIVO ASP	5.525.767,56	322.324,59	581.464,24	903.788,83

TOTALE BILANCIO ASP	cons 2014	incidenza sul totale	Prev 2015	incidenza sul totale	cons 2015	incidenza sul totale	differenza cons 2015/prev 2015
totale costi ricavi	5.469.332,01		5.486.330,00		5.525.767,56		39.437,56
differenza costi ricavi	225.642,65	4,13%	295.540,00	5,39%	322.324,59	5,83%	26.784,59
quota servizi generali	705.032,66	12,89%	615.242,00	11,21%	581.464,24	10,52%	-33.777,76
trasferimento comuni	930.675,31	17,02%	910.782,00	16,60%	903.788,83	16,36%	-6.993,17

Ed ancora si vuole evidenziare il dato relativo alle spese servizi generali, cioè quegli interventi di servizi generali e di supporto alle aree erogative (produzione), che si mantiene ben al di sotto di quelli che sono i parametri istituzionalmente riconosciuti per realtà produttive analoghe (la Direzione Provinciale del Lavoro impone, per le coop sociali di tipo A impegnate in attività socio assistenziali e socio educative, di considerare, nei possibili contratti d'appalto per la gestione di servizi, una incidenza dei costi generali fissata al 15% (l'ASP a consuntivo 2015 si attesta al 10,52% in calo di oltre due punti percentuali rispetto al consuntivo 2014) .

centro di costo 100	cons 2014	incidenza sul totale	Prev 2015	incidenza sul totale	cons 2015	incidenza sul totale	differenza cons 2015/prev 2015
differenza costi ricavi	705.032,66	12,89%	615.242,00	11,21%	581.464,24	10,52%	-33.777,76
ricavi	227.470,82		121.398,00		167.304,93		45.906,93
costi	932.503,48		736.640,00		748.769,17		12.129,17
totale BILANCIO ASP	5.469.332,01		5.486.330,00		5.525.767,56		39.437,56

3. OBIETTIVI: RISULTATI RAGGIUNTI E SCOSTAMENTI

Albero della Performance

Si riporta di seguito l'albero della performance che ha rappresentato, anche graficamente, i legami tra mandato istituzionale, missione, linee strategiche, obiettivi strategici e piani operativi (che individuano obiettivi operativi, azioni e risorse). In altri termini, tale mappa dimostra come gli obiettivi ai vari livelli e di

diversa natura contribuiscano, all'interno di un disegno strategico complessivo, coerente al mandato istituzionale e alla missione. Essa fornisce una rappresentazione articolata, completa, sintetica ed integrata della performance dell'amministrazione (Cfr. Deliberazione n.112/2010 CIVIT).

La struttura complessiva del piano delle performance dell'ASP "Giorgio Gasparini" si sviluppa su tre assi:

Asse "A": azioni strategiche di natura trasversale, che coinvolgono complessivamente l'Azienda nella sua relazione con gli enti di riferimento e le istituzioni della committenza;

Asse "B": azioni strategiche di natura trasversale, che impegnano l'Azienda ad azioni centrate sulla organizzazione interna, funzionali ad obiettivi di qualità e sviluppo della "produzione" a costi inferiori, ma anche interventi di innovazione, sviluppo e di visibilità verso l'esterno;

Asse "C": azioni strategiche centrate sulle Aree d'attività, con collegamenti funzionali sia a realizzare azioni proprie degli obiettivi di carattere trasversale (Assi "A" e "B"), sia per intervenire su obiettivi specifici dell'Area e/o del servizio.

Tabella 1

L'albero della performance: Il collegamento fra mandato istituzionale-mission e aree strategiche

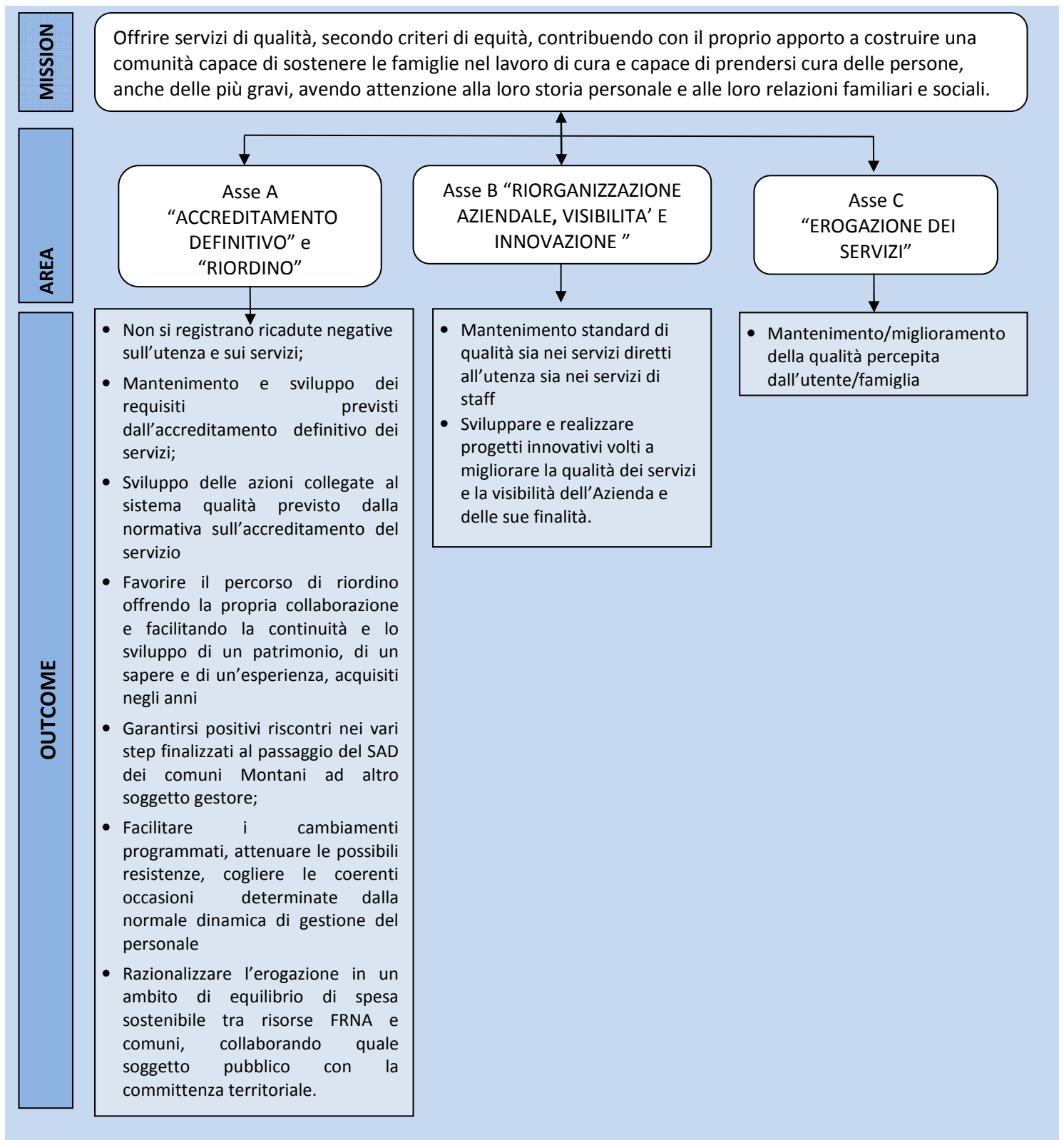
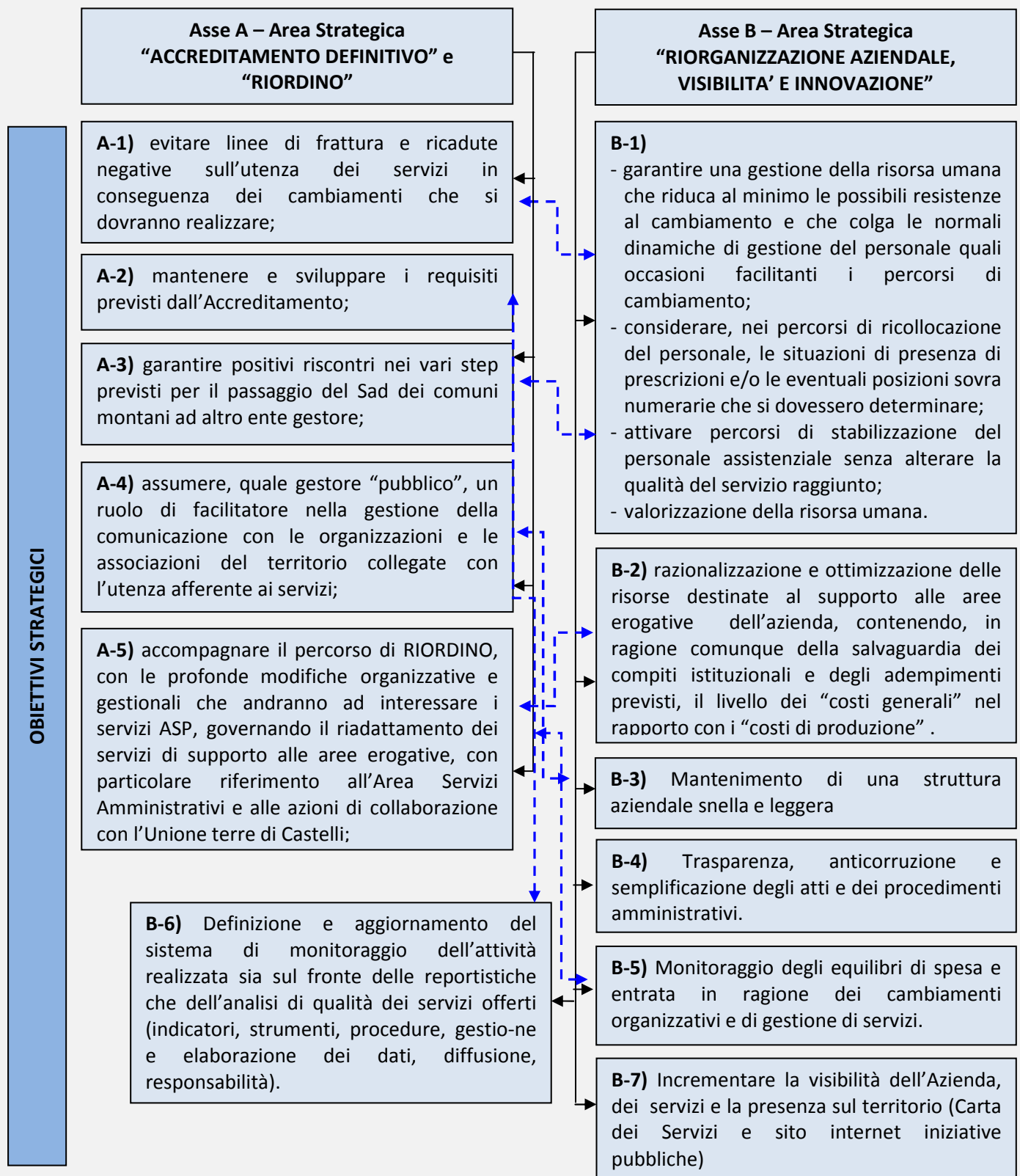


Tabella 2

L'albero della performance: Il collegamento fra aree strategiche e obiettivi strategici



**Asse C – Area Strategica
“EROGAZIONE DEI SERVIZI”**

“Area Gestione Strutture”

“Area Gestione Interventi Assistenziali”

C-1) Miglioramento della gestione dei servizi attraverso l'introduzione di modalità innovative e flessibili di svolgimento delle attività, di gestione della risorsa umana e di riorganizzazione di interventi

C-2) Introduzione e consolidamento di attività innovative che permettono un esito di miglioramento, sull'utente e sulla qualità percepita dai familiari, a parità di risorse a disposizione dei servizi, anche in presenza di un generalizzato aggravamento delle condizioni dell'utenza. Attivazione di una nuova modalità organizzativa gestionale nell'erogazione degli interventi previsti nel progetto aggiuntivo di “servizio specialistico di stimolazione cognitiva” individuale e di gruppo rivolto a tutto il territorio distrettuale e incardinato operativamente nell'offerta di servizio da ricondurre al CDA di Vignola

C-3) Innovazione e miglioramento della gestione documentale sull'attività realizzata, funzionale al dare puntuali e coerenti risposte ai nuovi debiti informativi collegati al percorso di accreditamento e alle sempre più marcate esigenze di trasparenza nell'utilizzo della risorsa pubblica.

C-4) Adeguamento alle normative vigenti in materia di anticorruzione e trasparenza.

C-5) Gestire la pianificazione e la realizzazione del passaggio del SAD dei comuni montani ad altro ente Gestore in collaborazione con l'Unione terre di castelli

“Area Servizi Amministrativi”

C-6) Adeguamento alle normative vigenti in materia di innovazione e semplificazione, anticorruzione e trasparenza.

C-7) Qualificazione dei servizi di supporto alle aree erogative attraverso miglioramenti organizzativi, l'implementazione di sistemi informatici e semplificazione degli atti e dei procedimenti.

C-8) Migliorare il sistema di controllo aziendale con elaborazione di nuovi strumenti e di indicatori qualitativi/quantitativi e finanziari.

C-9) Collaborare con la committenza e i servizi erogativi circa le azioni conseguenti al percorso di “Riordino”.

OBIETTIVI STRATEGICI

STATO DI ATTUAZIONE DEGLI OBIETTIVI STRATEGICI E OPERATIVI

I profondi cambiamenti che hanno accompagnato il percorso di accreditamento e di riordino delle forme di gestione dei servizi con programmato superamento dell'ASP, hanno imposto di mantenere viva l'attenzione sugli obiettivi strategici e tra questi si ricorda:

- che non si registrino ricadute negative sull'utenza e sui servizi oggetto di accreditamento;
- che l'ASP assuma, quale soggetto erogatore pubblico, un ruolo di facilitazione nella gestione dei rapporti con la committenza, nell'ambito delle azioni di negoziazione con gli altri soggetti erogatori;
- Facilitare i cambiamenti programmati, attenuare le possibili resistenze, cogliere le coerenti occasioni determinate dalla normale dinamica di gestione del personale;
- Razionalizzare l'erogazione in un ambito di equilibrio di spesa sostenibile tra risorse FRNA e comuni, collaborando quale soggetto pubblico con la committenza territoriale.

In tale contesto si integrano gli elementi trasversali di:

- mantenere standard di qualità sia nei servizi diretti all'utenza sia nei servizi di staff;
- garantire il mantenimento/miglioramento della qualità percepita dall'utente/famiglia;
- favorire il percorso di riordino offrendo la propria collaborazione e facilitando la continuità e lo sviluppo di un patrimonio, di un sapere e di un'esperienza, acquisiti negli anni.

Quanto descritto ha rappresentato la base progettuale su cui si è basata l'attività produttiva dell'Asp, e nella relazione tra performance organizzative e performance individuali si determina la valutazione della performance di risultato individuale di tutti i dipendenti.

Di seguito si propongono, le schede obiettivo di riferimento per le performance organizzative da cui discendono le valutazioni di risultato individuale.

In coerenza con quanto disposto in sede di programmazione, di seguito si presentano le schede obiettivo, sia di tipo Trasversale che specifiche per Area/servizio, di riferimento per le performance organizzative e performance individuale, con indicato in ognuna di esse i riscontri sulla attività realizzata nell'anno.

Tali risultati sono proposti per la valutazione dell'apporto individuale al raggiungimento degli obiettivi di **PERFORMANCE ORGANIZZATIVA e INDIVIDUALE**, con riferimento ai meccanismi di monitoraggio e valutazione adottati.

OBIETTIVI TRASVERSALI

Scheda obiettivo n. A1			Ambito di performance organizzativa: a		
AREA	Area Gestione Interventi Assistenziali – Area Gestione Strutture – Area Amministrativa	SERVIZIO	Tutti i servizi ASP interessati al percorso di accreditamento	CENTRO DI RESPONSABILITA'	Tiziano Rilei – Angela Marinelli – Paola Covili
Area strategica		AZIONI TRASVERSALI ASSE "A"			
Obiettivo strategico		Confermare il positivo esito della valutazione effettuata dall'OTP (DGR n. 2109/2009, "Approvazione della composizione e delle modalità di funzionamento dell'organismo tecnico di ambito provinciale competente per la verifica dei requisiti per l'accreditamento, ai sensi dell'art. 38 della LR 2/2003. Attuazione DRG 514/2009"), con modalità semplificate (verifica requisiti prioritari Determina DG 10904 del 06/08/2014), alla fine dell'anno 2014, che ha dato luogo alla concessione dell'accreditamento definitivo. Si prevede infatti che entro la fine dell'anno 2015 debbano essere confermati il possesso di tutti i requisiti previsti dalla normativa sull'accreditamento, secondo modalità complete ed esaustive e non più semplificate. La mancata conferma di tutti i requisiti potrà comportare la revoca della concessione dell'accreditamento definitivo, ovvero l'applicazione di penalizzazioni al sistema di remunerazione del servizio. E' strategico per il sistema di welfare locale territoriale mantenere e dare continuità alla esperienza di gestione pubblica di servizi socio sanitari. La operatività pubblica deve collocarsi su livelli di "buona gestione", considerando in ciò, i livelli da ricomprendere nelle aree di efficacia, efficienza e qualità, dei servizi erogati. I parametri di riferimento quali quantitativi e di gestione economica (utilizzo delle risorse disponibili qualificate da parametri standard) sono quelli declinati nelle direttive applicabili di livello regionale (DGR 514/2015; DGR 2110/2009; DGR 219/2010 e ss.mm.ii.).			
Obiettivo operativo		Produrre azioni organizzative che realizzino: - La fattiva adesione al sistema qualità previsto dalla DGR 514/2009; producendo processi che alimentino positivamente le dieci aree di qualità declinate nella direttiva di cui trattasi; - Produzione della documentazione di specie. Il contesto in cui si dovranno realizzare le azioni richiamate dovrà: - garantire l'operatività dei servizi, senza soluzione di continuità, in favore dei cittadini del territorio di competenza indirizzati al servizio dai competenti servizi territoriali della committenza, rispettando gli standard previsti dal contratto di servizio; - ridurre al minimo i disagi e le possibili conseguenze negative per l'utenza dei servizi derivanti dalle profonde modificazioni intervenute con l'accreditamento e la nuova programmazione di ambito territoriale; - conservare il più efficace equilibrio tra domanda dei servizi e risorse allo stesso assegnate, garantendo adeguate tempistiche di adeguamento alla domanda e eventuali azioni di rimodulazione della risorsa assegnata. Stabilizzare e incrementare l'attività dei servizi garantendo: - i livelli quantitativi d'attività, così come previsti nel contratto di servizio; - la presenza di utenti (dando risposta a tutte le richieste d'accesso indicate dalla committenza, nella tempistica programmata, e nel limite dei posti autorizzati e accreditati); - la conferma dell'abbattimento delle "penalizzazioni" superate nell'anno 2012 e confermate negli anni successivi (specifico per il CSRD I Portici); - l'ottimizzazione delle modalità di ingresso per rispondere con celerità alle richieste di accesso indicate dalla committenza (CRA e CD per anziani); - di mantenere una organizzazione, sulla base dell'esperienza acquisita di gestione di posti di RSA, che garantisca la capacità di continuare ad accogliere ospiti inseriti nei percorsi di dimissioni protette e/o con bisogni assistenziali e sanitari complessi e/o con gravissime disabilità acquisite di cui alla DGR 2068/2004 (CRA anziani); - di utilizzare i posti anche per accogliere in urgenza ospiti del Centro Diurno per anziani che si trovassero nella condizione di non poter rientrare al domicilio (CRA anziani).			

Azione di mantenimento	Azione di miglioramento	Azione di sviluppo	x
Pesatura complessiva ASP	Massima strategica Aziendale	Pesatura nell'Area	ALTA

DIAGRAMMA DI GANTT											
G	F	M	A	M	G	L	A	S	O	N	D
x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Sviluppo temporale		2013/2015									
Interconnessione con altri servizi		Tutti i servizi ASP oggetto di accreditamento, l' Area servizi amministrativi e tutti i servizi sociali, sanitari e socio-sanitari territoriali (committenza) – Altri soggetti gestori (Coop. Domue e Gulliver)									
Interconnessione con altri obiettivi											

Piano di realizzazione obiettivo / intervento		Realizzato	Verifiche
G	• Costante monitoraggio domanda offerta.	Coerente alle attese; non presenti elementi di discontinuità nella risposta a istanze della committenza dei servizi. Tutto ciò con particolare riguardo al SAD, oggetto, nel corso dell'anno, alla chiusura della esperienza di gestione ASP e passaggio alla gestione ATI. Azione di passaggio originariamente prevista dal mese di aprile, e poi, a più riprese spostata su indicazione del NUDP, infine aggiornata a decorrere dal 01/10/2015. Coerente programmazione della attività con piena adesione a calendario e orario programmato, confermando gli incrementi avviati nell'anno 2013 e che ora possono considerarsi "a regime". Tutti i nuovi accessi ai servizi sono stati effettuati coerentemente alla tempistica indicata dai servizi invianti della committenza territoriale. Non si	Positive e coerenti
F	• Programmazione Attività con nuovo calendario e nuovi orari di apertura (CSRD I PORTICI).		
M	• Programmazione – realizzazione- monitoraggio su interventi		
A	formazione, supervisione e consulenza.		
M	• Programmazione/realizzazione		

G	nuovi accessi al servizio/i (CSRD I PORTICI – SAD)	sono determinate liste d'attesa, gli accessi programmati sono stati condivisi con il servizio territoriale inviante e i familiari. Tale azione, combinata con il passaggio della gestione del SAD, e incardinamento attività SC sul CDA e collegata formazione agli operatori, ha avuto una incidenza temporanea negativa sulla attività di Stimolazione Cognitiva individuale.	Positive e coerenti
L	• Predisposizione materiale per valutazione OTAP	La attività di supervisione e di formazione aggiornamento del personale è stata realizzata in coerenza con quanto programmato. Una considerazione a parte deve essere prodotta per quanto attiene al SAD e al CDA. La chiusura della gestione ASP del SAD; l'incardinamento dell'attività di Stimolazione Cognitiva nell'equipe del CDA; il trasferimento degli operatori del SAD sulla CRA e (prevalentemente) sul CDA; ha determinato uno scostamento dall'attività originariamente programmata, e una realizzazione di specifici e specialistici interventi ben superiori all'originale programmazione.	
A	• Audit OTAP	Aggiornamento e completamento della dotazione documentale funzionale alla conferma del possesso dei requisiti completi per l'accreditamento definitivo.	
S	• Conferma del provvedimento di accreditamento definitivo	Trasmissione documentale pienamente completata (Portici sostanziale al 31/10/2015; formale al 09/11/2015)	
O	• Contenimento del tempo di mancato utilizzo del posto fra la dimissione/decesso di un ospite e l'ingresso dell'ospite successivo.	Sopralluogo OTAP effettuato (Portici 12/11/2015) Conferma accreditamento definitivo dal 01/01/2015 al 31/12/2019, con Determina dirigenziale dell'Unione Terre di Castelli n. 1099 del 28/12/2015	
N	• Gestione delle dimissioni di un ospite e di tutte le attività necessarie all'accoglienza del successivo.	CRA e CD per Anziani a) Sono stati revisionati i protocolli operativi esistenti. Redatti ex novo, formalizzando procedure e prassi già in uso, i protocolli operativi previsti dalla DGR 514/2009 per la conferma del provvedimento di accreditamento definitivo. E' stata predisposta la documentazione per la valutazione della Commissione OTAP.	
D		In data 4.12.2015 la Commissione OTAP territoriale ha esaminato in loco la documentazione prevista dalla DGR 514/2009, verificando il pieno possesso di tutti i requisiti previsti dalla direttiva stessa per la conferma del provvedimento di accreditamento definitivo. Pertanto con determine dirigenziali dell'Unione Terre di Castelli n. 1109 e n. 1110 del 28.12.2015, è stato confermato all'ASP "Giorgio Gasparini" di Vignola, l'accreditamento definitivo dei servizi di Casa Residenza e centro Diurno per anziani. b) Anche nel corso del 2015 si è alacremente operato, per quanto di competenza, per contenere i tempi di mancato utilizzo dei posti intercorrenti fra le dimissioni/decesso di un ospite e l'ingresso di quello successivo e gestire con efficienza le dimissioni di un ospite e le attività necessarie all'accoglienza del successivo: per la CRA risulta un indice di copertura dei posti pari al 98,92%; per il CD un indice del 92,31%. Nel nucleo di RSA il numero di ingressi è stato pari al 140% della capacità ricettiva.	

Personale coinvolto		
Responsabile / Referenti	Coinvolto direttamente	Coinvolto indirettamente
Tiziano Rilei	Tutti i dipendenti operanti nei servizi accreditati (CRA, CD Anziani, SAD, CSRD I Portici) compreso personale somministrato a seconda dell'apporto individuale	
Angela Marinelli		
Paola Covili	Operatori Area Servizi Amministrativi compreso personale somministrato a seconda dell'apporto individuale	

Elementi di forza riscontrati nella attuazione dell'intervento/i
– **SAD** non ha concluso il percorso collegato alla verifica del pieno possesso dei requisiti dell'accreditamento definitivo in quanto coinvolto nella chiusura dell'esperienza di gestione pubblica (ASP) e passaggio alla gestione privata (ATI). Il passaggio della gestione, disposto dal Comitato di Distretto nell'ambito della programmazione dei servizi territoriali, si è prolungato e ha inciso per quasi tutto l'anno d'attività. Detta condizione non è imputabile ad ASP. In tale condizione il servizio ha pienamente governato il cambiamento garantendo, senza soluzione di continuità, l'erogazione dei servizi all'utenza e tutte le azioni organizzative e gestionali funzionali al passaggio al nuovo gestore del servizio. Il progetto aggiuntivo di Stimolazione Cognitiva è rimasto di competenza ASP e si è andato a incardinare organizzativamente nell'attività del CDA. La gran parte degli operatori del SAD sono stati trasferiti ad altri servizi ASP, con prevalenza sul CDA. Il CDA ha ora un coordinamento organizzativo affidato alla RAA già in servizio al SAD, che ha così sostituito la precedente figura in trattamento di quiescenza e non più in servizio da aprile 2015. La concessione dell'accreditamento definitivo del servizio (determina n. 329 del 23/12/2014) da parte del soggetto competente, struttura welfare locale dell'UTC, è quindi in seguito stata revocata con determina n. 862 del 04/11/2015.

SAD utenti assistiti al domicilio

Anno	Anziani non autosufficienti	Anziani autosufficienti	Adulti / Disabili	Progetto stimolazione cognitiva individuale	Stimolazione Cognitiva di gruppo (laboratorio "sorrisi e caffè")
2013	82	11	17	14	21
2014	87	8	15	15	25
2015 (fino al 30/09; Stimolazione Cognitiva tutto l'anno)	78	7	13	14	39

- **PORTICI**: tutte le domande di accesso al servizio sono state soddisfatte nella tempistica prevista dalla committenza del servizio (1 da settembre e 1 rinviato a inizio 2016 su richiesta famiglia). Nell'anno si sono avute due dimissioni e due utenti sono stati interessati da una modifica del programma di frequenza. Si è sostanzialmente confermata l'attività pur in una condizione di decremento delle risorse professionali disponibili che interessano 1 E.P. (consigliere e capogruppo c/o il Comune di Modena con una ricaduta sul servizio per assenze incidenti per circa 8/10 ore settimanali); 2 CSA e 1 autista manutentore (tutti con la L. 104/92, con una assenza programmata complessiva incidente su 7,5 giorni al mese). L'incidenza di tali situazioni viene complessivamente quantificata in una assenza stabile di 0,67 unità di personale. Tale decremento orario, è ordinariamente assorbito, come flessibilità operativa del gruppo di lavoro, senza la necessità di prevedere azioni di sostituzione specifiche, se non coincidenti con ulteriori assenze di operatori e/o compensazioni determinate da assenze contemporanee di utenti. Detta azione è fortemente collegata, e fattibile, solo con il costante monitoraggio della domanda/offerta dinamica del servizio. La valorizzazione di detto intervento viene quantificata in un risparmio indicativo di € 16.000,00 annui. Effettuato sopralluogo OTAP con riconosciuti riscontri positivi. Conferma accreditamento definitivo dal 01/01/2015 al 31/12/2019, con Determina dirigenziale dell'Unione Terre di Castelli n. 1099 del 28/12/2015. Il livello di remunerazione riconosciuto è stato confermato al massimo valore ammesso per la gestione pubblica. Gli standard d'attività attivati sono rientrati nei valori massimi definiti dalla normativa Regionale applicabile.

La attività di supervisione è stata realizzata secondo il programma definito (10 incontri nell'anno); la attività di formazione realizzata ha coinvolto tutti gli operatori in servizio, con una media ore annue per operatore di 24, dato superiore alle 15 ore previste dall'accREDITAMENTO.

Giornate apertura del servizio CSRD I Portici

Anno	gg con utenza	gg programmazione senza utenza	gg attività utenza extra istituzionali
2012	215	5	7
2013	216	4	8
2014	216	4	9
2015	216	4	9

Utenti frequentanti nell'anno CSRD I Portici

Anno	Utenti
2012	27
2013	25
2014	28
2015	27

Giornate di presenza / assenza utenti CSRD I Portici

Anno	Presenza	Assenza 100% (max 4 gg per utente per anno)	Assenza 80%	Assenza 0%	Massimo giornate remunerabili sulla base effettivo programma frequenza utenti	% giornate remunerate 100%	% giornate remunerate parzialmente	% giornate non remunerate
2012	4264	57	526	109	4956	87,19%	10,61%	2,20%
2013	4502	65	553	54	5174	88,27%	10,69%	1,04%
2014	4171	66	539	328	5104	83,01%	10,56%	6,43%
2015	4387	91	630	30	5138	87,15%	12,26%	0,58%

La variabilità dei dati collegabili alle giornate remunerate / parzialmente remunerate /non remunerate è estremamente significativo. La generale condizione di fragilità dell'utenza frequentate, lo stato di salute di alcuni utenti, alcune modifiche di progetti non programmati possono incidere significativamente sull'andamento dell'attività. Nella quantificazione delle giornate assenza non remunerate possono incidere fattori di natura amministrativa/burocratica (formalizzazione di sospensione o dimissione utente) dipendenti dalla committenza territoriale e non dalla attività del servizio e dell'ASP.

CASA RESIDENZA ANZIANI DI VIGNOLA –

L'intenso lavoro condotto in corso d'anno per il raggiungimento di tutti i requisiti richiesti dalla DGR 514/2009 per la conferma del provvedimento di accreditamento definitivo, ha visto la partecipazione di tutte le figure professionali coinvolte nel processo di cura ed è stato occasione di riflettere e ripensare all'attività svolta, soprattutto alla luce del concetto di sistema qualità introdotto dall'accREDITAMENTO stesso.

Le domande di accesso al servizio sono state soddisfatte nella tempistica prevista dalla committenza e dalle esigenze dell'ospite/famiglia.

ospiti CRA Vignola			
ANNO	nucleo CP (posti 36)	nucleo RSA (posti 30)	totale
2013	54	85	139
2014	45	95	140
2015	55	72	127

NUCLEO CASA PROTETTA MOTIVAZIONE ALLE DIMISSIONI ANNO 2014				
ANNO	DECESSO	CAMBIO PROGETTO/STRUTTURA/NUCLEO	RIENTRO AL DOMICILIO	TOTALE
2013	11	3	3	17
2014	6	1	3	10
2015	11	6	2	8

NUCLEO RSA MOTIVAZIONE ALLE DIMISSIONI ANNO 2014				
ANNO	DECESSO	CAMBIO PROGETTO/STRUTTURA/NUCLEO	RIENTRO A DOMICILIO	TOTALE
2013	31	3	23	57
2014	30	4	31	65
2015	22	10	11	43

Percentuale di copertura/scopertura di posti

ANNO	VALORE % DI COPERTURA DEI POSTI	VALORE PERCENTUALE DI MANCATA COPERTURA DEI POSTI
2013	98,50%	1,50%
2014	98,31%	1,69%
2015	98,92%	1,08%

% ingressi su capacità recettiva		
ANNO	nucleo CP (posti 36)	nucleo RSA (posti 30)
2013	50%	183%
2014	25%	217%
2015	56%	140%

CENTRO DIURNO ANZIANI DI VIGNOLA

Le domande di accesso al servizio sono state soddisfatte nella tempistica prevista dalla committenza del servizio.

anno	ospiti centro diurno	di cui con trasporto
2013	48	31
2014	49	34
2015	55	33

Percentuale di copertura/scopertura di posti

ANNO	VALORE % DI COPERTURA DEI POSTI	VALORE PERCENTUALE DI MANCATA COPERTURA DEI POSTI
2013	96,03%	3,97%
2014	96,91%	3,09%
2015	92,31%	7,69%

Elementi critici evidenziati –

E' probabilmente necessario rivalutare l'opportunità di un adeguamento o una modifica del target *"Giornate di presenza di utenti remunerate; giornate di assenza utenti parzialmente remunerate; giornate di assenza utenti non remunerate: coerenza con il dato storico maturato nel periodo di accreditamento transitorio con uno scostamento non superiore al 5%"*. In quanto, eventi riferiti a pochi utenti, di per se non significativi nella valutazione degli standard quantitativi d'attività, possono avere una importante rilevanza statistica e determinare una non corretta interpretazione del dato. Più opportuno appare individuare target più appropriati di lettura d'attività, validandoli in un congruo periodo di tempo. Anno 2014 due utenti assenti per ricovero e convalescenza (7 + 3 mesi).

CASA RESIDENZA E CENTRO DIURNO PER ANZIANI DI VIGNOLA:

In merito all'accreditamento perdura la criticità del sistema di classificazione degli anziani ospiti della CRA, che non tenendo in debito conto il dato relativo al carico socio assistenziale, porta ad uno scollamento fra i bisogni effettivi degli anziani e le risorse messe a disposizione. Tale criticità è ulteriormente rimarcata dalla necessità di nuovi adempimenti, anche di tenuta documentale, collegati al sistema qualità regionale che si contrappongono ad una restrizione delle risorse.

A seguito della rinuncia del Coordinatore della Struttura al ruolo di coordinamento (dal mese di aprile 2014) con contestuale richiesta di mobilità verso l'Unione Terre di Castelli realizzatasi nel mese di Agosto 2014 e al pensionamento a decorrere dal 1.1.2015 di una delle due RAA di nucleo, anche per il 2015 la Responsabile di Area ha assunto ad interim il ruolo di Coordinatore e la RAA del nucleo RSA ha assunto le funzioni di RAA anche del nucleo di Casa Protetta. Tale elemento di oggettiva criticità, ha richiesto un ulteriore impegno sia per i ruoli di coordinamento, sia per tutto il personale coinvolto, affinché venissero raggiunti gli obiettivi prefissati.

VALUTAZIONE CONCLUSIVA

Indicatori di performance	Targets	Valutazione % di raggiungimento
Declinazione dei requisiti generali e dei requisiti specifici di cui alla DRG 514/2009 (allegato D; D.1 RG; D.2.1 SPAD; D.2.2 SPCDA; D.2.3 SPRA; D.2.4 SPCDD)	Positiva valutazione ricavabile dal verbale OTAP (analisi documentale e riscontri da sopralluogo) con esiti positivi superiori al 90% degli items oggetto di valutazione. Conferma della concessione dell'accREDITAMENTO definitivo (per i vari servizi interessati).	100%
Monitoraggio dell'equilibrio tra domanda e offerta. Gestione elevato turn over nucleo RSA anziani.	Pieno utilizzo del personale dipendente senza ricorrere a debiti orari o periodo di congedo "anticipati"; eventuale riallocazione di personale ad altri servizi e/o aree ASP. Assenza di "ritardate" attivazioni d'interventi richiesti da SSP (inferiore al 5% della tempistica programmata nel PAI). Copertura dei posti almeno del 96% per la CRA e dell'85% per il CD per anziani. N. di ingressi superiore al 90% della capacità ricettiva del nucleo.	100%
Mantenimento degli standard quantitativi d'attività programmati (CSRD I PORTICI)	Orario settimanale d'apertura del servizio uguale o superiore a 8 ore medie giornaliere. (100%); Giornate d'attività del servizio remunerate annue 216. (100%); Giornate d'attività del servizio non remunerate annue 4. (100%); Giornate di presenza di utenti remunerate; giornate di assenza utenti parzialmente remunerate; giornate di assenza utenti non remunerate: coerenza con il dato storico maturato nel periodo di accREDITAMENTO transitorio con uno scostamento non superiore al 5%.	98%
Mantenimento degli standard economici della attività	Conferma del livello di remunerazione del servizio (DGR 219/2010 ss.mm.ii.) con uno scostamento non superiore al 5% rispetto al valore massimo ammissibile per la remunerazione di servizio a gestione pubblica.	100%
Consolidamento delle attività di consulenza, supervisione e formazione in coerenza con i parametri DGR 514/09 e DGR219/10 (CSRD I PORTICI)	Attività di consulenza e supervisione programmata, 10 incontri annuali; (100%); Attività di formazione degli operatori, superiore a 15 ore annue medie per operatore (100%)	100%
Prosecuzione dell'attività di supervisione-formazione (CRA e CD Anziani)	Programmato un incontro mensile nel periodo ottobre/maggio, per ogni singolo nucleo.	100%
Accoglienza di nuovi utenti, al limite dei posti autorizzati/accreditati, indirizzati al servizio dalla committenza e secondo i contenuti del PEI/PAI e le indicazioni dell'UVM	Rispetto della tempistica prevista dal PEI/PAI. (100%)	100%
Valore % medio di raggiungimento degli obiettivi		99,7 %

Firma del responsabile progetto – Firma del responsabile Area

Scheda obiettivo n. A2			Ambito di performance organizzativa: a, b, f, g, h		
AREA	Area Gestione Interventi Assistenziali – Area Amministrativa	SERVIZIO	SIL, CASPITA	CENTRO DI RESPONSABILITA'	Tiziano Rilei– Paola Covili
Area strategica		AZIONI D'AREA – ASSE "B" e "C"			
Obiettivo strategico		Incrementare e consolidare le capacità di risposta del servizio, anche a fronte del perdurare della situazione di crisi, pesantemente incidente sull'organizzazione e realizzazione degli interventi e delle attività dei servizi.			
Obiettivo operativo		SIL - Realizzazione interventi previsti nel nuovo modello organizzativo del Protocollo provinciale per l'inserimento lavorativo e disagio sociale - Garantire le azioni previste nel protocollo e il coordinamento del equipe operativa territoriale. Garantire la fonte di finanziamento a NUDP UTC da Provincia di Modena. CASPITA - Stabilizzare e incrementare l'attività del servizio garantendo: - i livelli quantitativi d'attività (n. giornate per anno e orario giornaliero analogo al consolidato storico degli ultimi anni d'attività); - la presenza di utenti (dando risposta a tutte le richieste d'accesso indicate dalla committenza, nella tempistica programmata, e nel limite dei posti ammissibili); - confermare i livelli qualitativi e quantitativi di attività in conto terzi.			
Azione di mantenimento		Azione di miglioramento		Azione di sviluppo	
Pesatura complessiva ASP		Massima strategica Aziendale		Massima	

DIAGRAMMA DI GANTT											
G	F	M	A	M	G	L	A	S	O	N	D
x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Sviluppo temporale		Pluriennale 2013/2015									
Interconnessione con altri servizi		Struttura Welfare Locale (NUdP, SSP, UVM); CPI; CSM; SDP; – Rapporti con la committenza sociale e socio sanitaria – Rapporti con servizi territoriali – Azione coordinata con scelte d'indirizzo prioritario del welfare locale									
Interconnessione con altri obiettivi		Gestione coordinata di azioni e interventi di più servizi territoriali. Azienda pubblica di produzione strumentale alle politiche territoriali									

Piano di realizzazione obiettivo / intervento			Realizzato	Verifiche
G	Calendarizzazione e realizzazione EOT (16 per anno).	Azioni e attività realizzate – rendicontabili.	SIL – le attività, l'organizzazione e il coordinamento EOT (equipe operativa territoriale), si sono realizzate nel pieno rispetto dei target d'attività definiti. La attività realizzata, numero di utenti disabili coinvolti nei progetti, e numero di progetti attivati nell'anno, hanno superato i valori indicati in sede di programmazione, evidenziando il 105,04% d'attività realizzata e rendicontata. La rendicontazione dell'attività è stata tale da permettere la piena assegnazione delle risorse messe a disposizione dalla Provincia e derivanti dal FRD (fondo regionale disabili), ammontanti nell'anno 2015 a € 159.205,44.	Positive e coerenti
F	Realizzazione tirocini.	Monitoraggio attività programmata e attività realizzata.		
M	Programmazione e realizzazione attività Caspita	N. gg attività. Orario apertura Servizio. Attività "straordinarie".	Caspita – Il calendario d'attività si è sviluppato in coerenza con l'attività programmata. La programmazione dei nuovi accessi è stata pienamente condivisa con la committenza territoriale del servizio, e realizzata a partire dagli ultimi mesi dell'anno con un incremento rilevante dell'attività del servizio. Positivi riscontri si sono avuti nella attività di commesse in conto terzi. Le attività di apertura straordinaria si sono confermate sugli indici storici e si sono coordinate con le esigenze derivanti dalla produzione da realizzare per le commesse esterne.	Positive e coerenti
A	Monitoraggio delle attività realizzate			
M	Programmazione e realizzazione interventi di accoglienza dei nuovi utenti	Volume commesse; monitoraggio tempistica e resi.		
G				
L				
A				
S				
O				
N				
D				

Personale coinvolto		
Responsabile / Referenti	Coinvolto direttamente	Coinvolto indirettamente
Tiziano Rilei	Operatori e coordinatori servizi Caspita e SIL a seconda dell'apporto individuale	

Elementi di forza riscontrati nell'attuazione dell'intervento/i – SIL – L'attività del servizio è stata fortemente condizionata da alcuni elementi contestuali, a due elementi, già evidenziati negli anni precedenti, se ne sono sommati ulteriori emersi nell'anno 2015. Il primo, ormai ricorrente negli ultimi anni, si collega alla crisi economica produttiva che ha toccato il ns. territorio (riduzione delle disponibilità ad attivare tirocini; riduzione delle possibilità d'inclusione lavorativa; aumento della platea di persone indirizzate al servizio). Il secondo si collega con la nuova LR 7/2013 di riordino l'attività di tirocinio (aumento degli adempimenti amministrativi e burocratici; incremento delle procedure e dei percorsi a carattere autorizzativo; aumento dei soggetti istituzionali con cui coordinare l'attività del servizio). Condizione questa che ha toccato il servizio a partire dalla fine del 2013 e che tuttora incide sull'attività della stesso. Le ricadute in termini di appesantimento della attività burocratica amministrativa è stato pienamente assolto dal servizio senza che allo stato vi siano state ricadute negative sulla attività realizzata sull'utenza. La situazione normativa nel corso del 2015 si è ulteriormente evoluta con la approvazione del DL. Della RER n. 14/2015 relativo alla attività rivolta alle persone in condizioni di svantaggio e fragilità, dando avvio a progetti di tirocinio con caratteristiche di inclusione sociale. Malgrado quanto segnalato i risultati ottenuti dall'attività istituzionale del servizio sono apprezzabili e ben saggiabili dai dati di confronto numerico che vengono proposti. Nell'anno vi è stata una ripresa dell'attività collegata all'invio da parte dei servizi sanitari del DSM (CSM e SDP), attività questa che aveva subito un rallentamento nell'anno 2014 in conseguenza dell'entrata a regime della LR 7/2013. Significativo è stato l'incremento della attività realizzata sulla casistica sociale (svantaggio e fragilità), proseguendo un trend in incremento in tutte le ultime annualità. Significativo il risultato delle assunzioni che hanno interessato gli utenti del servizio, quale principale indicatore d'esito dell'attività

realizzata, che nell'anno conferma di una positiva valutazione già emersa a partire dall'anno 2014. Il dato veniva lo scorso anno indicato con l'obiettivo di una conferma per le successive annualità, in un contesto di profonda incertezza determinato dalla possibile "uscita" dalla più volte citata crisi economica produttiva.

Utenti in carico al servizio negli anni - SIL

Anno	Utenti
2013	294
2014	289
2015	318

Utenti per tipologia d'attività negli anni - SIL

Anno	Tirocini inserimento al lavoro	Tirocini occupazionale e mantenimento	Consulenza orientamento
2013	101	33	145
2014	125	26	138
2015	143	27	148

Assunzioni realizzate negli anni - SIL

Anno	Utenti
2013	19
2014	29
2015	29

Progetti presentati in OTV provinciale per richieste deroghe (durata e finanziamento)

Anno	Progetti presentati	Progetti approvati
2013	Non applicabile	Non applicabile
2014	101	101
2015	103	103

Laboratorio Caspita – In analogia con quanto segnalato per il SIL, l'attività del servizio è sicuramente condizionata dalla perdurante situazione della crisi economica produttiva verificata nel ns. territorio. Malgrado ciò, di rilievo risulta l'inversione di tendenza che si è registrata nell'incremento dell'attività in conto terzi rispetto alla produzione in conto proprio. Questo è il principale obiettivo strategico del servizio, da esso dipende la possibilità di incrementare la possibilità di accoglienza di un numero maggiore di utenti e, se del caso, l'aumento della fascia oraria di aperture del servizio. Negli ultimi mesi dell'anno, in risposta ad un rilevante incremento della domanda d'accesso (10 nuovi utenti), si sono attivate azioni organizzative e gestionali che hanno portato a rendere una complessiva positiva risposta senza dover attivare liste d'attesa per l'accesso al servizio. Tali azioni hanno riguardato: a) incremento di due nuovi moduli d'attività con l'utenza, che sono così passati da 5 moduli settimanali a 7 moduli settimanali; b) incremento di risorse professionali assegnate al servizio, qualificate in 15 ore settimanali in più di E.P. (un E.P. con contratto part-time, in servizio per 15 ore sul SIL e per 15 ore sul Caspita, a partire dal mese di settembre 2015, è stato interamente assegnato al laboratorio Caspita). Tale situazione pone ancora maggior attenzione agli obiettivi strategici riconducibili al servizio, in particolar modo per quanto riguarda l'incremento quantitativo delle commesse in conto terzi e l'incremento numerico dei "clienti". Impellente risulta la necessità di differenziazione delle commesse per garantire la continuità del servizio a fronte di possibili cadute produttive su uno specifico settore. Il calendario d'attività si è confermato, con un leggero incremento nelle attività straordinarie, al livello storico delle ultime annualità. Analogo lieve incremento vi è stato per le aperture straordinarie del servizio e per le iniziative pubbliche a cui si è partecipato. A fronte di un incremento marginale di risorse umane destinate al servizio (ore operatori su attività utenza e equipe passano da 111 a 126 ore settimanali) quantificate nel 13,5%, si è avuto un incremento di moduli attività con utenza pari al 40% d'attività e un incremento numerico di utenti afferenti al servizio attestatosi al 76%.

Le lavorazioni in conto terzi si sono caratterizzate ad un livello qualitativo giudicato di eccellenza; nessuna situazione di "non conformità sui tempi di consegna" è stata evidenziata; per quanto relativo ai "resi per non conformità" si è evidenziato un "reso non conforme" per 167 pezzi su un totale prodotto di 68.967 pezzi, ovvero lo 0,24%. Per questo dato analitico non è presente un dato storico utilizzabile per un confronto.

Utenti in carico al servizio negli anni – Laboratorio Caspita

Anno	Utenti	Stage orientamento
2013	18	4
2014	19	2
2015	27	10

Giornate (moduli d'attività istituzionali e straordinari) attività nell'anno

Anno	Giornate attività	Moduli attività istituzionale	Moduli attività straordinaria
2013	222	222	8
2014	218	218	22
2015	217	245	20

Elementi critici evidenziati –

SIL – La nuova L.R. sulla attività di tirocinio, a cui nell'anno 2015 si è aggiunta la normativa riguardante i tirocini d'inclusione sociale per le situazioni di svantaggio e fragilità; le DGR alla stessa collegate; hanno enormemente amplificato le incombenze di carattere burocratico amministrativo, con incidenza sul tempo lavoro da dedicare alla attività diretta sull'utenza. Vi è ancora una significativa indeterminazione sulle procedure e processi da attivare per l'operatività del servizio, nonché nella gestione coordinata con i soggetti istituzionali territoriali e provinciali partner per l'attività del servizio. Negli ultimi mesi d'attività vi è stata una riduzione di risorse di

personale educativo assegnato ai servizi, trasferito in attività sul laboratorio Caspita. Tale azione avrà, nel prossimo periodo di attività, una prevedibile ricaduta negativa sul SIL.

Laboratorio Caspita – Il marginale adeguamento della risorsa umana a disposizione del servizio, a fronte di un ragguardevole incremento dell'utenza frequentata e al significativo incremento del tempo di apertura all'utenza del servizio, pone al limite di tenuta l'organizzazione e la gestione dell'attività. Inevitabile l'utilizzo sempre più rilevante della progettazione su frequenze a tempo parziale. Il servizio, considerato il numero limitato di "clienti" commissionari di lavorazioni in c/terzi, è fortemente esposto a rischi di cadute d'attività a fronte di possibili variazioni delle commesse medesime. La flessibilità organizzativa / operativa così determinata è estremamente bassa.

Le azioni poste in atto per rispondere alla rilevante nuova domanda d'accesso, che peraltro sembra confermarsi anche nelle prossime annualità, dovranno essere consolidate nei prossimi anni d'attività; ed ancora, sarà necessaria una complessiva rivalutazione della rete dei servizi per disabili territoriale, da attivare da parte della committenza e a cui ASP garantirà tutte le più opportune azioni di supporto, per poter garantire una sostenibilità della rete medesima.

Indicatori di performance	Targets	Valutazione % di raggiungimento
n. di Equipe operative territoriali programmate nell'anno (16) in rapporto al n. di Equipe realizzate, comprensive dei "recuperi" per particolari condizioni contestuali	100%	100%
Progetti di tirocinio programmati; tirocini realizzati	Almeno l'80% di tirocini programmati in seguito poi realizzati.	100%
Attività realizzata e rendicontata alla Provincia	Almeno il 70% dei finanziamenti destinati al territorio riconosciuti in sede di rendicontazione.	100%
n. di giornate d'attività nell'anno e orario d'apertura; numero di interventi in attività straordinaria realizzati nell'anno; numero di giornate di attività di natura straordinaria.	Report d'attività del servizio, storicizzazione degli ultimi tre anni d'attività; scostamento non superiore al 5% dell'attività del servizio.	100%
Accoglienza di nuovi utenti, al limite dei posti ammissibili, indirizzati al servizio Caspita dalla committenza e secondo i contenuti del PEI e le indicazioni dell'UVM	100% Rispetto della tempistica prevista dal PEI.	100%
Conferma dei livelli qualitativi d'attività in conto terzi (rispetto della tempistica di consegna ordini; evitare o ridurre al minimo i resi per non conformità delle lavorazioni)	Rispetto della tempistica di consegna lavorazioni al 95%. Resi per non conformità nelle lavorazioni inferiori al 5% della produzione.	100%
Valore % medio di raggiungimento degli obiettivi		100%

Firma del responsabile progetto – Firma del responsabile Area

L'Obiettivo A3 nel corso dell'anno 2015 è stato modificato ed integrato come definito nella delibera del Amministratore Unico n. 20 del 29/09/2015 "Modifiche ed integrazioni al Piano della Performance"

Scheda obiettivo n. A3			Ambito di performance organizzativa: a)																										
AREA	Area Gestione Interventi Assistenziali – Area Gestione Strutture – Area Amministrativa	SERVIZIO	Tutti i servizi ASP	CENTRO DI RESPONSABILITA'	Tiziano Rilei – Angela Marinelli – Paola Covili																								
Area strategica		AZIONI TRASVERSALI ASSE “A”																											
Obiettivo strategico		Dare attuazione a tutte le azioni che verranno previste in conseguenza della decisione assunta con le Deliberazioni del Comitato di Distretto n. 1 e 2 del 2014 e n. 9 del 2015 che individuano l'Unione “Terre di Castelli” quale soggetto gestore pubblico dei servizi socio sanitari e socio assistenziali del Distretto di Vignola, e stabiliscono “de facto” il superamento dell'ASP per incorporazione nell'Unione Terre di Castelli. Il primo effetto delle azioni di riordino sopra enunciate è rappresentato dalla decisione assunta dal Comitato di Distretto con delibera n. 9 del 18/12/2014 “Organizzazione del servizio di assistenza domiciliare e sperimentazione di un progetto rivolto a persone affette da demenza – Linee d'indirizzo” di prevedere il superamento, nel corso del 2015, del Servizio di Assistenza Domiciliare gestita dall'Azienda presente nei Comuni di Guiglia, Montese, Zocca e di stabilire la definizione di un progetto sperimentale rivolto alle persone affette da demenza ed alle loro famiglie che contempli azioni integrate finalizzate al mantenimento al domicilio e che preveda la strutturazione di un team di operatori socio assistenziale dedicato alla realizzazione di interventi individualizzati presso il domicilio e di interventi di gruppo rivolti a persone affette da demenza ed ai loro familiari, finalizzati a favorire il mantenimento delle abilità personali e sociali ed il sostegno. Il Comitato di Distretto da mandato alla Struttura Welfare Locale di costituire un gruppo di lavoro per la definizione di un progetto esecutivo secondo le linee di indirizzo sopra descritte che abbia a riferimento gli operatori attualmente impiegati nel servizio di assistenza domiciliare dell'ASP. Sempre il Comitato di distretto da mandato all'Unione congiuntamente all'ASP di avviare il percorso di passaggio dei servizi ASP verso l'Unione. Si sono quindi avviati percorsi che hanno portato ad stipulare Accordi sottoscritti (vedi progetto AA3 “Servizio Patrimonio”) o in corso di sottoscrizione (vedi progetto AA5 “Servizio Provveditorato”) e alla convocazione di una Conferenza di Servizi per la programmazione delle azioni necessarie alla gestione del superamento dell'ASP con trasferimento dei servizi all'Unione, trasferimento da realizzarsi entro maggio 2016.																											
Obiettivo operativo		SAD Realizzazione degli interventi connessi al passaggio della gestione del SAD da ASP a ATI (Domus – Gulliver), garantendosi l'attenzione agli obiettivi strategici collegati al percorso di accreditamento dei servizi. Conclusione del percorso di passaggio della gestione secondo la tempistica definita dalla committenza socio sanitaria territoriale. (questo elemento assume, per la particolare situazione di contesto, rilievo strategico fortemente evidenziato dalla committenza territoriale) Graduale subentro degli operatori (RAA e OSS) dell'ATI (Domus – Gulliver) agli operatori ASP, prevedendo una gradualità di passaggi, accompagnati da adeguati momenti di passaggio consegne e affiancamento. Ricollocazione del personale ASP in servizio al SAD su altri servizi aziendali, considerando: - le linee di indirizzo dettate dal CdA dell'ASP; - la tempistica di subentro del personale ATI (Domus – Gulliver); - le eventuali prescrizioni del medico competente. AREA SERVIZI AMMINISTRATIVI • Realizzare tutte le attività collegate allo sviluppo del Servizio Patrimonio (progetto AA3) e alla realizzazione del Servizio Provveditorato (progetto AA5); ASP COMPLESSIVAMENTE INTESA garantire: • la collaborazione di tutte le Aree Aziendali anche per facilitare la continuità e lo sviluppo di un patrimonio, di un sapere e di un'esperienza, acquisiti negli anni; • la fattiva collaborazione nella gestione del cambiamento con l'obiettivo strategico di non avere ricadute negative sull'utenza e di consentire una proficua gestione delle risorse umane; • l'accompagnamento del processo di riordino anche a garanzia del proseguimento dei progetti avviati e delle nuove ed innovative logiche e strategie di gestione ed integrazione attualmente iniziate con prospettive di sviluppo e consolidamento nel corso del 2015 e degli anni a seguire.																											
Azione di mantenimento		Azione di miglioramento		Azione di sviluppo	x																								
Pesatura complessiva ASP		Massima strategica Aziendale		Pesatura nell'Area	ALTA																								
DIAGRAMMA DI GANTT																													
<table><tr><td>G</td><td>F</td><td>M</td><td>A</td><td>M</td><td>G</td><td>L</td><td>A</td><td>S</td><td>O</td><td>N</td><td>D</td></tr><tr><td>x</td><td>x</td><td>x</td><td>x</td><td>x</td><td>x</td><td>x</td><td>x</td><td>x</td><td>x</td><td>x</td><td>x</td></tr></table>						G	F	M	A	M	G	L	A	S	O	N	D	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
G	F	M	A	M	G	L	A	S	O	N	D																		
x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x																		
Sviluppo temporale		2015/2016																											
Interconnessione con altri servizi				Tutti i servizi ASP , Area Amministrativa, Unione terre di Castelli – Altri soggetti gestori (Coop. Domue e Gulliver)																									
Interconnessione con altri obiettivi				AGIA 2 – AA3 - AA5																									
Piano di realizzazione obiettivo / intervento				Realizzato	Verifiche																								
G	SAD •Redazione e				SAD - La prima programmazione attivata, su slittamento scadenze disposte dal NUDP, non ha trovato realizzazione. L'attività di specie si è																								
F	approvazione di accordi di collaborazione e protocolli d'intesa collegati al																												
M	passaggio di gestione.																												

A	•Graduale inserimento operatori (RAA – OSS) dell'ATI; realizzazione del passaggio di consegne e affiancamenti di specie; conseguente trasferimento operatori ASP del SAD su altri servizi aziendali. •Consegne e passaggi programmati sulle azioni contestuali e di supporto all'erogazione del servizio.	Area amministrativa: • Sottoscrizione dell'Accordo per la gestione del Servizio patrimonio • Garantire il supporto amministrativo per tutte le attività del servizio	• Partecipazione a gruppi di lavoro finalizzati alla definizione dei passaggi Istituzionali/giuridici, finanziari, organizzativi ed operativi per la chiusura dell'azienda e il trasferimento dei servizi all'Unione; • Analisi dettagliata di tutti i processi per identificare criticità e azioni necessarie a garantire il trasferimento senza soluzione di continuità e senza ricadute negative sull'utenza	attivata per la sola figura RAA. Gli altri interventi sono stati spostati a settembre 2015 <u>Area Amministrativa:</u> - Il sottoscrizione Accordo dell'Ufficio patrimonio, - integrazione del Tecnico messo a disposizione sulla base dell'accordo nel Servizio Amministrativo aziendale (supporto amministrativo, ufficio,) - coinvolgimento nei processi aziendali anche con la partecipazione all'ufficio di Direzione	Positivo
M					
G					
L					
A					
S					
O		• Sottoscrizione dell'Accordo per l'istituzione del Servizio provveditorato • Definire e curare l'organizzazione del nuovo Servizio • Gestire le attività di competenza di tale servizio		<u>SAD</u> - Al 1 ottobre passaggio della gestione SAD al soggetto gestore ATI. Continuazione attività di Stimolazione Cognitiva in capo ad ASP, incardinata nell'operatività del CDA di Vignola senza soluzione di continuità. <u>Area Amministrativa:</u> sottoscrizione ed attuazione dell'accordo sul Servizio Patrimonio <u>Ufficio di direzione e Asp complessiva</u> - Partecipazione alla conferenza dei servizi - Partecipazione ai gruppi di lavoro - Avvio delle azioni di analisi dei processi aziendali	Positivo
N					
D				Positivo	
					Parzialmente positivo sospensione dei lavoro su decisione del Comitato di Distretto

Personale coinvolto		
Responsabile / Referenti	Coinvolto direttamente	Coinvolto indirettamente
Tiziano Rilei	Operatori Area Servizi Amministrativi a seconda dell'apporto individuale	Unione Terre di Castelli
Angela Marinelli	Tutti i dipendenti operanti nei servizi erogativi Asp a seconda dell'apporto individuale	Comune di Vignola
Paola Covili	Compresi tutti i lavoratori con contratto di lavoro somministrato a seconda dell'apporto individuale	

Elementi di forza riscontrati nella attuazione dell'intervento/i –
 SAD – Primo obiettivo, passaggio della gestione del SAD socio assistenziale comuni di Guiglia, Montese e Zocca, da gestore pubblico ASP a gestore privato ATI (Domus – Gulliver), con tempistica prevista al 1 aprile 2015. Azioni propedeutiche hanno riguardato: la definizione di un piano d'intervento concernente il nuovo modello organizzativo di incardina mento dell'attività di stimolazione cognitiva individuale e di gruppo nella organizzazione del CDA di Vignola; il piano di passaggio degli operatori ASP impiegati nel SAD ad altri servizi aziendali, prevedendo anche la programmazione delle visite del MC; ed ancora, le collaborazioni da attivare sia con il soggetto privato subentrante, sia con l'UTdC.
 Su disposizione del NUDP, l'originale programmazione dell'intervento è slittata dal 01/04/2015, al 01/10/2015. Con la scadenza del 01/04/2015, si è realizzata una parte dell'intervento, consistente nel passaggio della RAA del SAD al CDA di Vignola. La indicata figura professionale, nel periodo di slittamento indicato, ha avuto in carico l'attività riferita a tutti e due i servizi (SAD e CDA).
 Si sono attivate le azioni propedeutiche al mantenimento della gestione pubblica dell'ASP del progetto di stimolazione cognitiva individuale e di gruppo (vedasi anche azioni previste nella scheda AGIA “), tra cui: definizione del modello organizzativo e dei percorsi d'attività (carta dei servizi); azioni formative rivolte al complessivo gruppo di lavoro allargato (CDA); garantita la continuità dell'intervento.
 Entro la definitiva scadenza dettata dal NUDP (01/10/2015) si sono definiti gli accordi formali relativi alle forme di collaborazione attivate sia con il soggetto privato subentrante nella gestione del SAD (ATI Domus – Gulliver), sia con l'UTdC. Tali collaborazioni hanno riguardato sia specifiche posizioni di personale ASP, sia concessioni in comodato di beni strumentali; con l'unitario obiettivo di garantire un efficace intervento sull'utenza, e senza ricadute negative in conseguenza della modifica del soggetto gestore del servizio. Al 01/10/2015, due automezzi sono stati concessi in comodato all'ATI, quattro automezzi sono stati concessi in comodato al SSP dell'UTdC. Un operatore OSS è stato assegnato temporaneamente all'ATI garantendo la continuità nella esperienza operativa del SAD. Un operatore OSS è stato comandato all'UTdC, che contemporaneamente aveva assunto la gestione del CSRR Il Melograno di Montese. Un operatore OSS ha preso servizio presso la CRA di Vignola. Tre operatori OSS hanno preso servizio presso il CDA di Vignola. La complessiva attività rivolta all'utenza si è sviluppata senza soluzione di continuità e senza ricadute negative.

A valutazione del "registro delle segnalazioni e dei reclami" non si sono avute segnalazioni riferibili ad eventi e accadimenti collegati al passaggio della gestione del servizio.

Per quanto relativo al lavoro propedeutico per la previsione del superamento dell'ASP e il collegato trasferimento dei servizi nell'ambito organizzativo dell'UTdC, si dev segnalare che si è avuto un primo avvio d'attività, successivamente poi sospeso per una rivalutazione della complessiva materia nell'ambito del Comitato di Distretto. Tale attività, se collegata all'esito predefinito deve quindi considerarsi non valutabile. Invero, se valutata in ragione di obiettivi ed interventi parziali, deve essere valutata pienamente positiva, in quanto, la quota parte interventi e attività ricondotti a servizi e operatori ASP sono stati pienamente assolti, nel tempo e per le funzioni/competenza al momento attribuite all'ASP.

Elementi critici evidenziati –

SAD – Lo slittamento del passaggio di gestione disposto dal NUDP, non è stato applicabile per la figura della RAA del SAD, che per pensionamento della RAA del CDA, ha dovuto assumere il nuovo impegno considerando la tempistica originale, mantenendo contemporaneamente l'attività sul SAD e la Stimolazione Cognitiva. Tale condizione ha concorso a determinare una rilevante criticità sulla gestione delle straordinario per detta figura. La contemporanea assenza per convalescenza e maternità di due operatori con specifica formazione ha determinato, fino alla conclusione del percorso di passaggio della gestione, un rallentamento nella attività di stimolazione cognitiva, in seguito poi rientrata sui livelli attesi.

Il livello di collaborazione del soggetto gestore subentrante è stato inferiore alle attese (tutte le azioni documentali formalizzate sono state realizzate da ASP; vi è stata la necessità di un significativo supporto, fino alla fine dell'anno, nella messa a disposizione della strumentazione d'ufficio e di registrazione d'attività fornita dall'ASP).

Il complessivo **processo di riordino** ha segnato l'operato aziendale sia precedentemente (per la situazione di sospensione che si era venuta a creare dall'aprile 2014) sia successivamente la decisione del Comitato di Distretto di aprile 2015. Le azioni da compiere per ottemperare alle decisioni assunte, soprattutto per le necessarie integrazioni organizzative con l'Unione Terre di Castelli finalizzate al trasferimento dei servizi, hanno comportato la necessità di tenere conto delle esigenze riorganizzative della stessa Unione. Questo ha determinato l'anticipazione di alcune decisioni (Vedi Ufficio Provveditorato) che con l'intervenuta sospensione del 2 dicembre, hanno comportato per l'Azienda il perdurare di una condizione di sofferenza avendo acquisito nuovi servizi senza poter avviare il programmato trasferimento di altri.

Indicatori di performance	Targets	Valutazione % di raggiungimento
SAD - Rispetto della tempistica dettata dalla committenza territoriale e allo stato fissata al 01/04/2015. (La stessa committenza ha in seguito spostato la tempistica al 01/10/2015).	Pieno rispetto della scadenza indicata.	100%
SAD - Piena ricollocazione del personale ASP operante nel SAD su altri servizi aziendali, considerando le eventuali prescrizioni dettate dal medico competente, senza soluzione di continuità nella produttività di ogni singolo dipendente ASP.	100%	100%
SAD - Operatività del servizio senza soluzione di continuità nel passaggio di gestione	100%	100%
SAD - Segnalazioni nel "Registro delle segnalazioni e dei reclami" di eventuali disservizi collegati al passaggio della gestione	100% delle eventuali segnalazioni valutate; 90% delle eventuali segnalazioni positivamente risolte per il contesto specifico del passaggio della gestione.	100%
Partecipazione ai gruppi di lavoro finalizzati a definire i passaggi per il trasferimento dei servizi	100%	100%
Realizzazione dell'analisi dei processi relativi a tutte le attività e i progetti dell'Azienda	70%	Non valutabile – attività sospesa su mandato del Comitato di Distretto
Valore % medio di raggiungimento degli obiettivi		100%

Firma del responsabile progetto – Firma del responsabile Area

Scheda obiettivo n. B1			Ambito di performance organizzativa: d), e), f)		
AREA	Area Gestione Interventi Assistenziali – Area Gestione Strutture – Area Amministrativa	SERVIZIO	Tutti i servizi ASP	CENTRO DI RESPONSABILITA'	Tiziano Rilei – Angela Marinelli – Paola Covili
Area strategica	AZIONI D'AREA ASSE "B" –				
Obiettivo strategico	ATTUAZIONE DEGLI ADEMPIMENTI DI LEGGE IN MATERIA DI TRASPARENZA, INTEGRITA', PREVENZIONE DELL'ILLEGALITA' E LOTTA ALLA CORRUZIONE NELLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE.				
Obiettivo operativo	Individuazione delle azioni da porre in essere e successivo controllo e verifica dei risultati programmati				

Azione di mantenimento		Azione di miglioramento	X	Azione di sviluppo	X
Pesatura complessiva ASP		Pesatura nell'Area			

DIAGRAMMA DI GANTT													Interconnessione con altri servizi	Tutti i servizi ASP
G	F	M	A	M	G	L	A	S	O	N	D			
x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	Interconnessione con altri obiettivi	
Sviluppo temporale						2014/2015/2016								

Piano di realizzazione obiettivo / intervento		Realizzato	Verifiche
G	X	I Piani ed il Codice di Comportamento sono stati approvati nei termini previsti dalla normativa di specie. La formazione ha coinvolto tutto il personale a vario titolo assunto ed i collaboratori. Ha altresì interessato gli operatori dell'Unione in forza ai servizi Patrimonio e Provveditorato. Sono stati organizzati n. 6 incontri di formazione specifica che hanno interessato la totalità degli operatori e collaboratori in servizio	Positivo
F	X		
M	X		
A	X		
M	X		
G	X		
L	X		
A	X		
S	X		
O	X		
N	X		
D	X		

Personale coinvolto		
Responsabile / Referenti	Coinvolto direttamente	Coinvolto indirettamente
Paola Covili	Tutto il personale dell'Azienda compreso somministrato	
Angela Marinelli		
Tiziano Rilei		

Elementi di forza riscontrati nella attuazione dell'intervento/i: Nei momenti formativi si è cercato di sensibilizzare fortemente sugli aspetti della corruzione trasferendo principi, approcci, metodologie, modalità gestionali all'intera struttura aziendale. Il Responsabile della trasparenza, nell'ambito della specifica formazione sui contenuti dei Codici di Comportamento (nazionale ed aziendale) rivolto a tutto il personale (compreso il personale somministrato) ed ai collaboratori (a qualunque titolo), ha quindi ripreso e sviluppato in maniera approfondita la formazione in materia di prevenzione della corruzione già avviata nel 2014 dalla Ditta Sistema Susio. L'adozione del Codice di Comportamento Aziendale e la cura nel processo formativo attuato (e da attuare in un sistema dinamico a copertura di tutto il personale, anche a termine) ha contribuito a sviluppare e consolidare l'approccio motivazionale ed il senso di appartenenza di tutti i soggetti coinvolti. Unitamente al Codice di Comportamento dei dipendenti ASP è stata predisposta la modulistica di riferimento: le clausole da inserire nei contratti, le dichiarazioni artt. 8, 9, 10 e 17 oltre il modello per la segnalazione degli illeciti e la relativa procedura che recita: "Protocollo operativo per la gestione delle segnalazioni di condotte illecite da parte del dipendente dell'Azienda "Giorgio Gasparini" di Vignola e relative forme di tutela" (ai sensi dell'art. 11 Codice di Comportamento Aziendale), debitamente pubblicati sul sito aziendale.

Elementi critici evidenziati: Pur avendo realizzato, compiutamente agli obiettivi posti, un sistema di verifica circa l'applicazione dei contenuti dei Piani e del Codice, un elemento che ha rallentato il percorso di implementazione di sistemi strutturati di monitoraggio è certamente riconducibile alle scelte istituzionali poste in essere dal Comitato di Distretto in merito alla individuazione nell'Unione "Terre di Castelli" del soggetto gestore pubblico dei servizi socio sanitari del Distretto di Vignola. Di fatto, visto che tale decisione comportava il superamento dell'ASP, quest'ultima non ha ritenuto di formalizzare procedure complesse di verifica e monitoraggio strutturate.
--

Indicatori di performance	Tragets	Valutazione % di raggiungimento
Formazione e coinvolgimento del personale Asp relativamente alle azioni positive da porre in essere in coerenza con i contenuti dei Piani relativi alla Trasparenza ed alla prevenzione della Corruzione	100%	100%
Informazione e formazione relativamente ai contenuti del Codice di Comportamento dei dipendenti ASP	100%	100%
Monitoraggio e verifica dei livelli di implementazione delle azioni di (in)formazione e rilevazione delle criticità	80%	100%
Valore % medio di raggiungimento degli obiettivi		100%

Firma del responsabile progetto – Firma del responsabile Area

OBIETTIVI DELLE AREE EROGATIVE

AREA GESTIONE INTERVENTI ASSISTENZIALI

Scheda obiettivo n. AGIA – 1			Ambito di performance organizzativa f		
AREA	Area Gestione Interventi Assistenziali	SERVIZIO	SAD – CSRD I Portici – cASPita	CENTRO DI RESPONSABILITA'	Tiziano Rilei
Area strategica		AZIONI D'AREA – ASSE "C" – AREA STRATEGICA – Area Gestione Interventi Assistenziali			
Obiettivo strategico		Visibilità dei servizi			
Obiettivo operativo		Realizzazione di iniziative innovative o consolidamento di iniziative storiche, di apertura del servizio ai cittadini, e/o all'utilizzo degli spazi di vita del territorio. Incrementare l'area di qualità percepita da parte della utenza e della cittadinanza. Coinvolgimento dell'utenza dei servizi, degli operatori della rete dei servizi, delle forme organizzative dell'associazionismo territoriale.			
Azione di mantenimento		Azione di miglioramento		Azione di sviluppo	
Pesatura complessiva ASP		Alta strategica Aziendale		Pesatura nell'Area	
				Alta	

DIAGRAMMA DI GANTT												Interconnessione con altri servizi	Committenza (NUdP) – SSP dell'UTC – servizi sanitari territoriali (distretto Az. USL) – altri servizi ASP
G	F	M	A	M	G	L	A	S	O	N	D		
x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	Interconnessione con altri obiettivi	Promuovere una diversa visibilità dei servizi aziendali. Esplorare l'area di potenziali interventi innovativi dei servizi aziendali
Sviluppo temporale						Pluriennale (2014 2016)							

Piano di realizzazione obiettivo / intervento		Realizzato	Verifiche
G	Individuazione e Programmazione iniziative	Le iniziative programmate hanno riguardato: <u>SAD</u> - Progetto "pranziamo insieme" (2 esperienze); "Festa dei Nonni"(1 giornata); <u>Portici e Laboratorio Caspita</u> - "Festa della fioritura" (5 giornate); "festa dei vicini" (3 giornate); "mercatini natalizi" (3 giornate). Le iniziative del CSRD I Portici e del Laboratorio Caspita hanno visto la collaborazione di un gruppo di genitori (10) iscritti al registro dei volontari singoli dei due servizi. Tutte le esperienze di apertura al territorio hanno avuto uno spazio di comunicazione istituzionale nelle "news" del sito web dell'ASP. Si è attivato lo spazio e-commerce sul sito web dell'ASP, l'alimentazione e implementazione dell'area del sito è ancora incompleta e sicuramente perfettibile.	
F			
M			
A			
M	Realizzazione intervento/i		
G			
L	Formazione e realizzazione di interventi di alimentazione spazio e-commerce sul sito web aziendale		
A			Positive
S	Verifica attività Possibile (ri)programmazione		
O	Documentazione delle iniziative realizzate e divulgazione		Parzialmente positiva
N			
D			

Personale coinvolto		
Responsabile / Referenti	Coinvolto direttamente	Coinvolto indirettamente
Tiziano Rilei Patrizia Pini Bosi Enzo Fazioli Patrizia Amidei	Tutti gli operatori dei servizi SAD; CSRD I Portici; Laboratorio Caspita, compreso eventuale personale somministrato, a seconda dell'apporto individuale	Referente controllo gestione e programmazione

Elementi di forza riscontrati nella attuazione dell'intervento/i: Particolarmente interessate è stato il consolidamento della esperienza di collaborazione con il gruppo di genitori, nel numero di 10, iscritti al registro dei volontari singoli, partecipanti al "progetto banchetto". Nove sono state le giornate di attività aggiuntiva realizzate nell'anno e coinvolgente i servizi CSRD I Portici e Laboratorio CASPITA. Il SAD, a prima programmazione dell'attività, non doveva essere interessato al progetto in quanto era programmato nei primi mesi dell'anno il passaggio della gestione all'ATI (Domus – Gulliver); condizione questa in seguito slittata al mese di ottobre. Ciò ha permesso il ripristino delle esperienze già maturate negli anni precedenti. Due sono state le iniziative "pranziamo insieme", gestite dal SAD, che hanno visto coinvolti, oltre ad utenti del servizio, le associazioni di volontariato del territorio montano dove è operativo il SAD, tra cui il gruppo "ago e filo" e il gruppo "AUSER"; ed ancora sono stati coinvolti utenti e operatori della CA per anziani il Castagno selvatico di Guiglia. Nei primi mesi dell'anno si è conclusa l'esperienza, iniziata alla fine dell'anno 2014, di mostra fotografica itinerante nei comuni montani "Stare insieme da buoni frutti", che racconta per immagini le attività e le esperienze del SAD. Un articolo divulgativo è comparso sui giornalini dei Comuni interessati. Il CSRD I Portici ha continuato l'esperienza di "laboratori aperti"; il numero di iniziative è aumentato fino al limite dalla disponibilità di risorse umane del servizio; 13 sono state le iniziative realizzate a fronte delle 8 esperienze concretizzatesi nell'anno precedente. Le richieste di collaborazione pervenute sono state ben superiori alla effettiva possibilità di risposta. Altre significative attività hanno toccato nuove collaborazioni "esterne", tra cui: Presidio Slow Food; GAS Fiorano; Politecnico di Milano; Incontro con l'autore; Poesia Festival con laboratorio di Poesia con il poeta Antonio Nasci. Si sono consolidate le esperienze di attività con la presenza di volontari singoli inseriti nel registro dei volontari ASP; 203 sono state le giornate d'attività nell'anno; è praticamente stata raddoppiata l'attività storicamente consolidata negli anni precedenti. Tutte le iniziative hanno trovato spazio nell'area comunicazione istituzionale e news del sito aziendale. Si è avviata la attività di costruzione di pagina e-commerce sul sito web dell'ASP. L'azione ha comportato anche una fase formativa coinvolgente gli operatori dei servizi interessati. Novantotto sono i prodotti a catalogo; praticamente tutta la produzione è rappresentata nel catalogo stesso; il requisito di target d'attività è formalmente soddisfatto, l'accuratezza delle informazioni e dei percorsi per ordinativi è ancora da sviluppare. I comitati famigliari del CSRD I Portici e del Laboratorio Caspita sono stati costituiti. Risultano pienamente operativi e l'ASP garantisce le azioni di supporto amministrativo e strumentale all'attività (comunicazioni dei comitati, convocazioni, messa a disposizione degli spazi d'incontro ecc.) Tra le nuove iniziative realizzate nell'anno si segnala: - presentazione pubblica attività del laboratorio di poesia; - giornata dei nonni, realizzazione di laboratori interattivi coinvolgenti utenti anziani del laboratorio "sorrisi e caffè" e i "nipoti", in occasione della settimana mondiale dell'Alzheimer. In collaborazione con Centro disturbi cognitivi dell'AUSL, Centro per le famiglie e associazione "per non sentirsi soli".
--

Elementi critici evidenziati:

La particolare situazione di programmazione territoriale, oggetto di uno slittamento che ha direttamente coinvolto il SAD, ha parzialmente inciso sulla attività del servizio, comunque recuperata in itinere ai valori minimi previsti dagli originali indicatori.

Le richieste per la realizzazione di attività esterne sono significativamente superiori al limite connesso con le risorse di personale presente. Necessità di un costante monitoraggio e azioni di "filtro" per non incorrere in condizioni critiche per la gestione dello straordinario.

Non si è partecipato alla "festa dei vicini" per problemi di programmazione e coordinamento con gli organizzatori. (Ritardi di programmazione; decisione di rinvio dell'esperienza al prossimo anno; riattivazione unilaterale dell'iniziativa con coincidenza di data con altra attività ASP ... "festa dei nonni"; inevitabile rinuncia alla partecipazione).

L'esperienza di e-commerce per i prodotti realizzati nei laboratori (Portici e Caspita) fa fatica a decollare. In vero, la ricchezza della complessiva offerta d'attività rivolta all'esterno, trova in questo settore la "valvola di controllo" dell'equilibrio da conservare tra domanda ed offerta. La produzione è al limite della insufficienza per far fronte alle richieste che pervengono per le vie ordinarie (mercati settimanali, spazio bottega del Caspita, acquisti in sede, mercatini festa fioritura e natalizi), condizione che non stimola l'apertura al pieno utilizzo dello spazio e-commerce.

Indicatori di performance	Targets	Valutazione % di raggiungimento
Realizzazione di esperienze di apertura all'utilizzo spazi del territorio, coinvolgente gli utenti del SAD; gli operatori di contatto dei servizi socio sanitari territoriali, gli utenti di altri servizi ASP e/o altri soggetti gestori e le forme organizzate dell'associazionismo territoriale. Realizzare esperienze di partecipazione a momenti aggregativi territoriali, per il CSRD I Portici e il Laboratorio cASPita, coinvolgendo gli utenti, i famigliari degli stessi, gli operatori di contatto dei servizi socio sanitari territoriali e le forme organizzate dell'associazionismo territoriale; la cittadinanza.	Realizzare due iniziative nell'anno, per servizio, con caratteristiche innovative rispetto l'ordinaria attività del servizio prevista dalla committenza nel CdS.	100%
	Costituzione dei Comitati Famigliari (Portici e Caspita); avvio attività dei comitati famigliari.	100%
	Almeno una nuova iniziativa pubblica innovativa rispetto alla esperienza consolidata dei servizi	100%
Prevedere forme di comunicazione delle iniziative realizzate, anche attraverso la presenza sugli spazi pubblici istituzionali e/o nel sito web aziendale.	Gestire forme di comunicazione sugli eventi realizzati che coprano almeno l'80% delle iniziative poste in essere.	100%
Realizzare laboratori "aperti" in collaborazione e con la partecipazione delle scuole del territorio.	Risposta alle richieste di collaborazione al limite delle iniziative storiche realizzate.	100%
Attivare lo spazio e-commerce nel sito web aziendale, finalizzato a implementare le forme di commercializzazione e diffusione dei prodotti realizzati nei laboratori del CSRD I Portici e cASPita	Attivare lo spazio e-commerce del sito web, inserimento dei prodotti di base dell'attività, almeno il 50% del campionario toccato dall'attività.	95%
Valore % medio di raggiungimento degli obiettivi		99,17%

Firma del responsabile progetto – Firma del responsabile Area

Scheda obiettivo n. AGIA – 2			Ambito di performance organizzativa f		
AREA	Area Gestione Interventi Assistenziali	SERVIZIO	SAD	CENTRO DI RESPONSABILITA'	Tiziano Rilei
Area strategica		AZIONI D'AREA – ASSE “C” – AREA STRATEGICA – Area Gestione Interventi Assistenziali			
Obiettivo strategico		Continuazione dell'esperienza di gestione del progetto aggiuntivo accreditato di “stimolazione cognitiva” individuale e di gruppo; di cui l'ASP è l'unico soggetto gestore per tutto il territorio distrettuale, integrando organizzativamente detta attività nell'ambito del CDA di Vignola, in conseguenza della conclusione della esperienza di gestione ASP del SAD comuni di Guiglia, Montese e Zocca. Garantire la continuità nell'offerta del servizio anche nella condizione di profondo riassetto organizzativo dell'attività del servizio.			
Obiettivo operativo		Predisporre e realizzare un progetto di integrazione dell'attività di stimolazione cognitiva individuale e di gruppo nell'ambito dell'offerta di servizi del Centro Diurno Anziani di Vignola. Garantire le azioni di coordinamento tra i vari soggetti coinvolti (SSP; Centro disturbi cognitivi AUSL; ASP; famiglie degli utenti) a fronte del programmato riassetto organizzativo. Dare continuità al progetto “sorrisi e caffè”, collegato al progetto di stimolazione cognitiva, e coinvolgente, oltre ai soggetti in precedenza richiamati, anche l'organizzazione di volontariato “per non sentirsi soli”. Ampliamento delle risorse professionali impiegabili sul progetto, attraverso un (ri)aggiornamento degli operatori già formati sul tema della stimolazione cognitiva; e la formazione specifica da estendersi a tutti gli operatori del CDA di Vignola. Consolidamento dell'attività di equipe multi professionale sul progetto, coinvolgente il SSP, Centro disturbi cognitivi AUSL e ASP. A seguito della riorganizzazione della offerta del servizio e rimodulazione delle risorse attivabili sul progetto, prevedere l'attivazione del percorso di incremento nell'offerta del servizio. La prospettiva di medio/lungo periodo prevede: incremento del 100% della attività di gruppo collegata a “sorrisi e caffè”; il passaggio da 2 a 10 moduli settimanali di stimolazione cognitiva individuale.			
Azione di mantenimento		Azione di miglioramento		Azione di sviluppo	
Pesatura complessiva ASP		Alta strategica Aziendale		Pesatura nell'Area	
				Alta	

DIAGRAMMA DI GANTT											
G	F	M	A	M	G	L	A	S	O	N	D
x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Sviluppo temporale					Pluriennale 2014/2015						

Interconnessione con altri servizi	Committenza (NUdP) – SSP dell'UTC – Consultorio disturbi cognitivi Distretto di Vignola Az.USL di Modena – Soggetti non istituzionali della rete territoriale dei servizi (associazione di volontariato “per non sentirsi soli”)
Interconnessione con altri obiettivi	Razionalizzazione nell'impiego della risorsa umana - Trasparenza e interconnessione con i servizi socio sanitari territoriali. – Alimentare iniziative pubbliche per la visibilità dei servizi ASP

Piano di realizzazione obiettivo / intervento		Realizzato	Verifiche
G	Realizzazione degli interventi individualizzati secondo la programmazione da PAI	Attività coerente con la programmazione di specie	
F			
M			
A			Positive
M	Partecipazione lavori gruppo organizzativo progetto “sorrisi e caffè”; gestione interventi stimolazione cognitiva di gruppo (sorrisi e caffè)	Azioni coerenti con la attività programmata dal gruppo di lavoro	
G			Positive
L			
A			
S	Partecipazione iniziativa pubblica sulla problematica della demenza e sua gestione in ambito familiare	Pienamente realizzato il programma formativo; realizzata iniziativa pubblica coordinata con AUSL, UTdC e associazione “per non sentirsi soli” in occasione della settimana mondiale dell'Alzheimer	Positive
O			
N			
D			
	Individuazione e/o gestione formazione e aggiornamento specifico su stimolazione cognitiva.		

Personale coinvolto		
Responsabile / Referenti	Coinvolto direttamente	Coinvolto indirettamente
Tiziano Rilei	Pini Bosi Patrizia; Pini Lorenza; Monduzzi Gigliola; Baraccani Mirella; Torlai Adriana; a seconda dell'apporto individuale	

Elementi di forza riscontrati nella attuazione dell'intervento/i – Predisposizione del progetto organizzativo del nuovo servizio (conclusione gestione SAD dell'ASP; incardina mento organizzativo del progetto stimolazione cognitiva individuale e di gruppo nel servizio CDA di Vignola; validazione del progetto con il coinvolgimento di UTdC e AUSL) e sua approvazione da parte del Comitato di Distretto. Realizzazione di progetto formativo “Pratiche e interventi non farmacologici nella cura delle persone con Alzheimer o altre forme di demenza”, coordinato dal responsabile progetto demenze dell'AUSL di Modena. Alla formazione hanno partecipato tutti gli operatori, la RAA e l'animatore del CDA (e SAD). Sei incontri di quattro ore per incontro, nel periodo febbraio / maggio 2015. Ulteriore momento formativo specialistico coinvolgente RAA e responsabile d'Area, nonché E.P. centro famiglie UTC, su “Memori Training” (6 incontri di 5 ore ad incontro) organizzato da AUSL di Modena con referenti scientifici Prof. Louc De Vreese e Dr. Andrea Fabbo. Convegno di formazione e studio (due giornate per 16 ore) su metodologia Snoezeleen, a cui hanno partecipato la RAA del CDA e la RAA della CRA. Tutti gli operatori formati (CDA e SAD entrati in seguito in servizio al CDA) sono progressivamente stati coinvolti nel progetto, sia
--

per quanto riguarda la SC individuale sia per la SC di gruppo (Laboratorio "sorrisi e caffè"). Il laboratorio "sorrisi e caffè", con il mese di dicembre 2015, ha incrementato la sua attività, passando da un intervento ogni 14 giorni a un intervento settimanale. L'attività di SC individuale, a partire dal mese di giugno, ha avuto un progressivo incremento che si è andato a stabilizzarsi negli ultimi mesi dell'anno. Si è iniziato a lavorare su un progetto di Centri d'incontro diffusi sul territorio, esperienza avviata in collaborazione con la Università di Bologna (Dipartimento di psicologia – Prof. Rabih Chattat), orientato allo sviluppo e sperimentazione del modello olandese dei "Meeting Centers". Questa esperienza è programmata con inizio attività nell'anno 2016.

Il massimo sviluppo dell'offerta del nuovo servizio (SC individuale e di gruppo come offerta di servizio collegata al servizio CDA) organizzativamente prospettata su teorici 11 moduli settimanali, alla fine dell'anno, ha trovato una stabile operatività su 7 moduli settimanali. Nell'anno 2016 si prospetta il pieno sviluppo dell'esperienza. Negli ultimi mesi dell'anno si è raggiunto il pieno allineamento tra domanda e offerta del servizio, nonché la coerente ottimizzazione delle risorse disponibili in funzione della domanda d'accesso al servizio al momento espressa in ambito territoriale. Due sono state le iniziative divulgative, informative e formative realizzate nell'anno; una rivolta ai famigliari delle persone con demenza, l'altra rivolta agli operatori del SSP territoriale.

ATTIVITA' STIMOLAZIONE COGNITIVA ANNO 2015			
Tipo attività	ore intervento	n. interventi	n. utenti
Stimolazione cognitiva individuale	223,43	168	14
Stimolazione cognitiva di gruppo	289,67	20	39
Trasferimento Stimolazione Cognitiva	133,77		

Dettaglio stimolazione cognitiva di gruppo – Laboratorio "sorrisi e caffè" – media presenza utenti per incontro 12,85; - media presenza periodo gen./giu. 11,73; - media presenza periodo set. / dic. 14,22.

Elementi critici evidenziati –

L'obiettivo progettuale si integrava nel più generale percorso di superamento della gestione ASP del SAD e passaggio della gestione a soggetto privato ATI (Domus Gulliver); lo slittamento della tempistica disposto dal NUDP ha inciso sul progetto "criticizzando" alcuni elementi gestionali e organizzativi (vedasi riflessioni su scheda A3).

Elementi combinati tra: due assenze di lungo periodo di due operatori formati su stimolazione cognitiva; conclusione del nuovo corso specialistico attivato (maggio 2015); slittamento del passaggio della gestione del SAD, hanno determinato la necessità di un rallentamento programmato nell'accesso di nuovi casi sulla stimolazione cognitiva individuale per il secondo trimestre dell'anno.

Indicatori di performance	Targets	Valutazione % di raggiungimento
Dare continuità agli interventi di stimolazione cognitiva individualizzata proposti in accesso sul progetto dai soggetti committenti (SSP – Az.USL) anche nella fase di riassetto organizzativo dell'offerta di servizio.	90 % degli interventi proposti in seguito attivati nella tempistica programmata.	95%
Dare continuità agli interventi di stimolazione cognitiva di gruppo – Partecipazione ai momenti di coordinamento del progetto "sorrisi e caffè"	90 % degli interventi programmati in seguito realizzati (stimolazione cognitiva di gruppo)	100%
Attivazione e organizzazione della equipe multi professionale di progetto (prospettati 10 incontri annuali).	Partecipazione ai lavori dell'equipe multi professionale di progetto 100%	100%
Attivazione di una nuova esperienza di formazione e aggiornamento specifico sulla stimolazione cognitiva rivolta a tutto il personale operante sul CDA/SAD	Almeno 90% del personale interessato ha partecipato alla formazione specifica.	100%
Attivazione interventi di stimolazione cognitiva individuale e di gruppo secondo la nuova modalità organizzativa (integrazione nel gruppo di lavoro del CDA) e inserendo nuovi componenti il team specialistico	Almeno due nuovi operatori (formati) inseriti operativamente nell'esperienza.	100%
Incremento attività rispetto al consolidato storico del servizio	Avvio della esperienza di sorrisi e caffè da una iniziativa quattordicinale a una iniziativa settimanale	100%
Valore % medio di raggiungimento degli obiettivi		99,17%

Firma del responsabile progetto – Firma del responsabile Area

Scheda obiettivo n. AGIA – 3			Ambito di performance organizzativa: a, b, f, g		
AREA	Area Gestione Interventi Assistenziali	SERVIZIO	PORTICI - SAD	CENTRO DI RESPONSABILITA'	Tiziano Rilei
Area strategica	AZIONI D'AREA – ASSE "C" – AREA STRATEGICA – Area Gestione Interventi Assistenziali				
Obiettivo strategico	Accreditamento e sistema qualità				
Obiettivo operativo	- Attivazione intervento e nuovo protocollo operativo collegato alla somministrazione farmaci. - Consolidamento del protocollo sul monitoraggio del dolore e contenzione; collaborazioni con MMG. - Consolidamento del sistema di verifica dei risultati – Registro delle segnalazioni e dei reclami. - Dare attuazione agli elementi previsti dalla RER di cui alla nota del Direttore Generale Sanità e Politiche Sociali DG/504242 del 19/12/2014 – a) "linee guida per la elaborazione e la gestione della cartella socio-sanitaria nei servizi socio-sanitari accreditati per anziani e disabili"; b) "Indirizzi per la rilevazione degli indicatori di benessere delle persone accolte nei servizi socio-sanitari accreditati" ... "dare attuazione ai due documenti è impegno vincolante per il soggetto gestore del servizio accreditato ... in quanto entrambi fanno riferimento a requisiti obbligatori". - Aggiornamento cartella socio sanitaria secondo le indicazioni RER - Verifiche PEI con pieno coinvolgimento di tutti gli attori coinvolti (Equipe del servizio; utente interessato; famiglia; servizi socio sanitari territoriali)				
Azione di mantenimento		Azione di miglioramento	x	Azione di sviluppo	
Pesatura complessiva ASP	Alta strategica Aziendale		Pesatura nell'Area		Alta

DIAGRAMMA DI GANTT											
G	F	M	A	M	G	L	A	S	O	N	D
x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Sviluppo temporale						Pluriennale 2014/2016					
Interconnessione con altri servizi						Rete dei servizi socio sanitari e sanitari territoriali; altri servizi territoriali accreditati sia a gestione pubblica (ASP) sia a gestione privata					
Interconnessione con altri obiettivi						Obiettivo strategico aziendale valorizzare il sistema qualità e la trasparenza.					

Piano di realizzazione obiettivo / intervento		Realizzato	Verifiche
G	Verifiche in itinere del corretto utilizzo del protocollo validato sul monitoraggio del dolore.	Non si sono evidenziate nell'anno casistiche collegabili all'utilizzo del protocollo monitoraggio dolore.	Positive
F	Attivazione di nuovo progetto per la somministrazione farmaci.	Già con l'inizio dell'anno si sono attivate le nuove procedure, con l'intervento dell'IP della CRA, per la somministrazione farmaci agli utenti interessati.	Positive
M	Collaborazioni con i servizi sanitari territoriali per produrre protocollo e/o accordi su: prescrizione con corretto utilizzo strumenti di contenzione; rapporti e percorsi di collaborazione con i MMG; (- confronti con dipartimento cure primarie – nuclei MMG e referenti committenza socio sanitaria e sanitaria; -	Le attività e le collaborazioni attivate a partire dall'anno 2014 non hanno avuto seguito nell'anno 2015	Negative
A	condivisione strumenti e procedure; - formalizzazione e validazione strumenti e procedure condivise; - applicazione interventi all'utenza interessata.)		
M	Registro delle segnalazioni e dei reclami: - costante aggiornamento registro; - monitoraggio e adozione azioni correttive; - risposte formali a segnalazioni; - pubblicazione reportistica di progetto.	Attività realizzata secondo le procedure previste	Positive
G			
L			
A			
S			
O	Rivisitazione modello cartella socio sanitaria in uso; aggiornamenti coerenti con linee d'indirizzo RER; informazione condivisa nell'equipe gruppo di lavoro.	Adozione della cartella socio sanitaria secondo il modello previsto dalla RER	Positive
N			Positive
D	Revisione modalità di redazione, verifica e aggiornamento dei PEI; adozione di modalità e procedure per il coinvolgimento di tutti i soggetti interessati; formalizzazione/registrazione delle azioni effettuate	Azioni coerenti con le indicazioni RER Le attività previste nel piano di realizzazione degli interventi sono state verificate in sede di sopralluogo e verifica documentale da parte dell'OTAP territoriale	

Personale coinvolto		
Responsabile / Referenti	Coinvolto direttamente	Coinvolto indirettamente
Tiziano Rilei Enzo Fazioli Patrizia Pini Bosi	Tutti gli operatori del CSRD I Portici e SAD, eccezion fatta per Pini Lorenza; Righi Monia e Sanfelici Gianfranco, a seconda dell'apporto individuale.	

Elementi di forza riscontrati nella attuazione dell'intervento/i - E' pienamente operativo il protocollo monitoraggio del dolore (così come previsto dalle linee guida regionali). Tutte le azioni previste e a questo collegate sono state realizzate (formazione ai componenti di coordinamento, costituzione team interni al servizio, formazione diffusa sul servizio, adozione strumenti validati, validazione protocollo progetto di servizio). Non si sono presentate nell'anno casistiche riconducibili all'applicazione degli strumenti previsti.
--

Azioni condivise con la committenza sanitaria distrettuale hanno prodotto l'adozione di specifico accordo per la somministrazione dei farmaci (casistica CSRD I Portici). Già dall'inizio dell'anno si è attivato l'intervento dell'IP (in collaborazione con il servizio infermieristico della CRA di Vignola, che ha garantito la somministrazione farmaci agli utenti interessati per tutti i giorni d'attività del servizio. Non sono segnalate "non conformità" dell'intervento. Con atto gestionale del responsabile d'area n. 155 del 13/06/2014 si è formalizzato il percorso per l'attivazione del "registro delle segnalazioni e reclami". Tutte le procedure previste sono state regolarmente applicate. Nell'anno si evidenzia: n. 7 segnalazioni/reclami riguardanti i seguenti servizi, 5 SAD; 1 SIL e 1 CA Guiglia. Per il SAD: - due segnalazioni riguardano il servizio pasto (fornito dalla CA Guiglia a gestione Coop. Dolce) per i quali si è provveduto a opportuna segnalazione; sono stati adottati interventi correttivi che hanno in gran parte risolto i problemi segnalati; - uno riguarda la contestazione della messa in mora di un utente moroso, prodotta risposta formale a contestazione assolutamente non giustificata; - una riguarda il ritardo orario del servizio, risposta formale evidenziando che la contestazione era assolutamente non giustificabile in quanto coincidente con condizioni meteorologiche assolutamente straordinarie (abbondante nevicata con forti ripercussioni nel territorio montano); - una contestazione a comportamenti professionali di dipendente con contratto di lavoro somministrato (il ritardo della segnalazione, pervenuta successivamente alla fine del rapporto di lavoro, non ha permesso eventuali azioni disciplinari e l'adozione di interventi correttivi). Per il SIL: una richiesta di incontro con il responsabile per contestare comportamenti professionali degli EP del servizio, spostato e in seguito annullato da parte dell'utente interessato; a verifica interna si evidenziava una non giustificazione della contestazione. Per la CA di Guiglia (gestione coop Dolce): - segnalazione di non adeguate condizioni igieniche nella stanza di un ospite; segnalazione al gestore, adozione di azioni correttive, giustificazioni parzialmente motivate, segnalazione giustificata. La rivalutazione della cartella socio sanitaria dell'utente ha considerato le linee d'indirizzo emanate dalla RER, adottandole pienamente. Analogo discorso ha validità per quanto relativo alla redazione e all'aggiornamento dei PEI. Questi interventi sono stati positivamente valutati e verificati dall'OTAP territoriale in occasione del sopralluogo del 12/11/2015 e della analisi documentale effettuata. L'azione descritta ha operato anche nella verifica delle procedure e degli indicatori previsti nell'allegato 1 alla nota del Direttore Generale Sanità e Politiche Sociali RER DG/504242 del 19/12/2014 degli "Indirizzi per la rilevazione degli indicatori di benessere delle persone accolte nei servizi socio-sanitari accreditati"; tra queste si segnala: - indicatore n. 1 "Dignità della persona" (Percentuale PAI /PEI che riportano bisogni ed obiettivi correlati ad aspetti religiosi/culturali /sociali) ; - indicatore n. 5 "Processi e procedure generali" (percentuale ospiti con contenzioni fisica); - indicatore n. 6 "processi e procedure generali" (percentuale PAI / PEI attivi che riportano obiettivi riferiti alla persona che riportano la sottoscrizione dell'equipe di lavoro); indicatore n. 7 "Processi e procedure generali" - rischio infettivo, formazione (n. eventi formativi a cui hanno partecipato più componenti l'equipe di lavoro); indicatore n. 8 "Comunicazione, trasparenza, partecipazione" (n. incontri del servizio a cui hanno partecipato operatori, utenti, famiglie); indicatore numero 9 "Processi e procedure generali" – dolore (applicazione protocollo monitoraggio dolore); indicatore n. 10 "mobilitazione, cadute" (percentuale ospiti con programmi personalizzati di prevenzione cadute); Per tutte queste azioni si sono avuti riscontri positivi dal sopralluogo e valutazione / verifica documentale effettuata dall'OTAP territoriale. Le azioni relative agli indicatori: - indicatore n. 2 "Ascolto e partecipazione" (Percentuale PAI /PEI attivi, elaborati/rivalutati dal soggetto gestore con il coinvolgimento dell'utente e famigliari); - indicatore n. 3 "Ascolto e partecipazione" (valutazione soddisfazione ospiti); - indicatore n. 4 "Formazione e sviluppo risorse umane" (percentuale operatori servizio coinvolti nella costruzione dell'offerta formativa annuale); fanno riferimento ad azioni previste nella prossima annualità. Si segnala il particolare rilievo della valutazione effettuata dall'OTAP (organismo tecnico previsto dalla normativa RER sull'accREDITAMENTO), in quanto prodotta da organismo/struttura "terzo" rispetto al gestore del servizio.
--

Elementi critici evidenziati – Il percorso di condivisione con i servizi sanitari territoriali, avviato nell'anno 2014, per la adozione di protocolli e accordi su: prescrizione con corretto utilizzo strumenti di contenzione; rapporti e percorsi di collaborazione con i MMG; non ha avuto seguito. Tale intervento è fermo alla valutazione dell'AUSL sede centrale di Modena. Nessun ritorno applicativo è pervenuto sui distretti. Si è garantita la continuazione dell'esperienza secondo le "vecchie" procedure. Ad ASP non sono imputabili i ritardi di cui trattasi.
--

Indicatori di performance	Targets	Valutazione % di raggiungimento
Operatività del team interno dei servizi e applicazione del protocollo operativo già validato. (monitoraggio dolore)	Valutazioni di specie sulla casistica rientrante nell'azione di monitoraggio prevista dal protocollo monitoraggio dolore - 100%.	100%
Definizione dei protocolli operativi e accordi con servizi sanitari (dipartimento cure primarie - MMG) gestione preparazione e aiuto alla somministrazione farmaci.	Adozione protocollo e strumenti condivisi per la gestione farmaci 100%.	100%
Definizione dei protocolli operativi e accordi con servizi sanitari (dipartimento cure primarie - MMG) corretto utilizzo e prescrizione strumenti di contenzione.	Adozione protocollo e strumenti condivisi per la gestione di strumenti di contenzione 80%	Non applicabile
Utilizzo e aggiornamento strumenti previsti nel progetto "registro delle segnalazioni e dei reclami"	Aggiornamento registro segnalazione e reclami 100%; - azioni di monitoraggio, verifica e eventuale adozione di azioni correttive 80%; - risposte formali; - reportistica di progetto 100%	100%
Analisi, programmazione e realizzazione degli interventi previsti dalla RER: - all'allegato 1 delle) "linee guida per la elaborazione e la gestione della cartella socio-sanitaria nei servizi socio-sanitari accreditati per anziani e disabili"; - all'allegato 1 degli "Indirizzi per la rilevazione degli indicatori di benessere delle persone accolte nei servizi socio-sanitari accreditati"; così come per ogni uno di essi nello specifico dettagliato.	Coerenza con le linee d'indirizzo definite dalla RER – 90%	100%
Procedure di redazione monitoraggio e verifica dei PEI coinvolgendo tutti i soggetti interessati	Coerenza con le linee d'indirizzo definite dalla RER – 95%	100%
Valore % medio di raggiungimento degli obiettivi		100%

Firma del responsabile progetto – Firma del responsabile Area

Scheda obiettivo n. AGIA – 4			Ambito di performance organizzativa: a, e, f,		
AREA	Area Gestione Interventi Assistenziali	SERVIZIO	PORTICI - CASPITA	CENTRO DI RESPONSABILITA'	Tiziano Rilei
Area strategica		AZIONI D'AREA – ASSE "C" – AREA STRATEGICA – Area Gestione Interventi Assistenziali			
Obiettivo strategico		Adempimenti normativi			
Obiettivo operativo		Realizzazione delle azioni previste dal Piano triennale di prevenzione della corruzione ASP L. 190/2012 (azioni da realizzare nell'anno 2014) - corresponsione incentivo terapeutico riabilitativo agli utenti dei servizi - monitoraggio sulla produzione e vendita prodotti realizzati nei laboratori			
Azione di mantenimento		x	Azione di miglioramento		Azione di sviluppo
Pesatura complessiva ASP		Bassa strategica Aziendale – Alta strategica territoriale		Pesatura nell'Area	
				Media/alta	

DIAGRAMMA DI GANTT												Interconnessione con altri servizi	Area servizi amministrativi. Servizi dell'Area.
G	F	M	A	M	G	L	A	S	O	N	D	Interconnessione con altri obiettivi	Aziendali trasversali – Piano triennale prevenzione corruzione.
x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		
Sviluppo temporale													
Pluriennale 2014/2015													

Piano di realizzazione obiettivo / intervento		Realizzato	Verifiche
G	Predisposizione strumenti di monitoraggio corresponsione incentivo terapeutico riabilitativo all'attività: - strumento cartaceo; - validazione; - utilizzo; - archiviazione. Monitoraggio di puntuale e corretto utilizzo	Gli interventi sono stati coerenti con la programmazione d'attività. L'intervento è praticamente da considerarsi a regime.	Positive
F			
M			
A			
M			
G			
L	Monitoraggio di puntuale e corretto utilizzo Predisposizione strumento per il monitoraggio semplificato di: - prodotti finiti realizzati; - prodotti venduti; - prodotti invenduti (a magazzino); Monitoraggio di puntuale e corretto utilizzo	E' stato adottato un sistema di rilevazione, su foglio elettronico, a verifica vi è stato il passaggio da situazione sperimentale a condizione di validazione e piena adozione. Il sistema è stato costantemente alimentato. L'intervento deve essere considerato a regime.	Positive
A			
S			
O			
N			
D			

Personale coinvolto		
Responsabile / Referenti	Coinvolto direttamente	Coinvolto indirettamente
Tiziano Rilei	Enzo Fazioli; Patrizia Amidei; Parisi Alessandra; Carboni Valeria; Cugusi Marco; Daniele Muzzioli e Sola Elisabetta, a seconda dell'apporto individuale.	

Elementi di forza riscontrati nella attuazione dell'intervento/i: Le azioni previste sono state realizzate e l'attività può già dirsi a regime. E' stato sperimentato un sistema di rilevazione e monitoraggio senza costi aggiuntivi per il servizio. Il sistema semplificato è stato validato come adeguato, ponendo due limiti, la registrazione mensile e il valore superiore ai 10,00 euro. Ciò ha permesso di evitare spese di gestione (acquisto di uno specifico software di gestione magazzino; tempi attività di immissione dati), non giustificabili visto il volume d'attività di cui trattasi. Si ritiene di aver raggiunto un buon compromesso tra obiettivo da raggiungere e investimento minimo necessario a soddisfare l'esito dell'intervento. L'azione di monitoraggio e registrazione attività collegata alla corresponsione incentivo terapeutico, ha adottato la cadenza bimestrale di registrazione comunicazioni ai famigliari, valutata adeguata in ragione dell'obiettivo posto.
--

Elementi critici evidenziati: La semplificazione della raccolta dati su gestione vendite, approvvigionamenti e magazzino non permette una piena lettura analitica dell'attività dei laboratori e commercializzazione prodotti. Si ritiene comunque che l'equilibrio raggiunto sia sufficiente a garantire una corretta gestione dell'attività di specie. Visto il volume d'attività di cui trattasi, non sarebbe giustificato in investimento, e le relative spese, superiore.

Indicatori di performance	Targets	Valutazione % di raggiungimento
Adozione strumento "firma per ricevuta" collegato alla corresponsione dell'incentivo terapeutico riabilitativo all'attività	100%	100%
Strumenti di controllo sulla coerenza incassi incrociando i dati tra prodotti finiti, prodotti venduti e prodotti invenduti	70%	95%
Valore % medio di raggiungimento degli obiettivi		97,5%

Firma del responsabile progetto – Firma del responsabile Area

Scheda obiettivo n. AGIA – 5			Ambito di performance organizzativa: a, e, f ,		
AREA	Area Gestione Interventi Assistenziali	SERVIZIO	SIL - CASPITA	CENTRO DI RESPONSABILITA'	Tiziano Rilei
Area strategica		AZIONI D'AREA – ASSE “C” – AREA STRATEGICA – Area Gestione Interventi Assistenziali			
Obiettivo strategico		Incremento operatività del servizio			
Obiettivo operativo		Specifici per il SIL Partecipazione a progetti di ambito provinciale in partnership con enti di formazione accreditati (AECA; FORMODENA; ecc.) e servizi del territorio; funzionali ad un incremento entrate finanziarie, ovvero a riduzione di spese dirette sull'utenza (incentivo di partecipazione). Specifici per CASPITA Incrementare la attività in conto terzi riducendo contemporaneamente la attività in conto proprio (uno dei tre elementi propedeutici al possibile incremento dell'utenza in carico al servizio), considerando: l'incremento nel volume d'attività (tempo lavoro e/o entrate economiche da lavorazioni); incremento nelle tipologie di lavorazioni; incremento di ditte e aziende committenti.			

Azione di mantenimento		Azione di miglioramento	X	Azione di sviluppo	
Pesatura complessiva ASP	Alta strategica aziendale	Pesatura nell'Area		Alta	

DIAGRAMMA DI GANTT												Interconnessione con altri servizi	Servizi dell'Area. Servizi socio sanitari e sanitari territoriali
G	F	M	A	M	G	L	A	S	O	N	D	Interconnessione con altri obiettivi	Rapporti con NUDP e servizi territoriali; Incrementare capacità di risposta del servizio a soggetti invianti; rendere disponibili risorse finanziarie destinate al territorio (FRD; Provincia).
x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		
Sviluppo temporale													
Pluriennale 2014/2015													

Piano di realizzazione obiettivo / intervento		Realizzato	Verifiche
G	Adesione a nuovi progetti.	Progetti aggiuntivi attivati nell'anno: “Ricomincio da Me” (finanziamento Fondazione di Modena a SSP per interventi Comune di Catelnuovo R.). Progetto formazione per addetti all'industria alimentare e laboratorio di cucina (ForModena). Intervento di tutoraggio su cittadino residente a Pavullo e inserito nel protocollo provinciale. Collaborazione con Unione del Frignano.	
F	Approvazione interventi.		
M	Realizzazione attività.		Positivi
A			
M	Definizione accordi e convenzioni/contratti.		
G	Realizzazione attività.	Progetti “Manutenzione Parco dei sogni” con il Comune di Vignola; e manutenzione area verde CRA di Vignola; non hanno avuto modo di svilupparsi. Progetto ampliamento attività Laboratorio Caspita approvazione finanziamento Fondazione di Vignola. Incremento tipologia di lavorazioni richieste. Committenti lavorazioni in c/terzi invariato rispetto allo scorso anno.	
L	Schede attività e lavorazioni.		
A	Riscontri di bilancio.		
S			
O			Parzialmente positivi
N			
D			

Personale coinvolto		
Responsabile / Referenti	Coinvolto direttamente	Coinvolto indirettamente
Tiziano Rilei; Cinzia Morisi; Patrizia Amidei	Elena Zanoli; Carla Quartieri; Guerranti Rita; Roffi Roberta; Alessandra Parisi; Elisabetta Biagoni; Zdenka Curcic, a seconda dell'apporto individuale.	

Elementi di forza riscontrati nella attuazione dell'intervento/i: SIL – La collaborazione attivata con il SSP per la gestione del progetto “Ricomincio da me”, operativamente attivata a partire dalla seconda metà dell'anno, ha visto il coinvolgimento di 8 utenti, già in carico al SIL, residenti nel Comune di Castelnuovo R. L'intervento di cui trattasi ha visto un intervento degli EP del servizio, nonché azioni di corresponsione incentivo economico di partecipazione e coperture assicurative, che hanno prodotto una rendicontazione economica (oggetto di finanziamento della Fondazione di Modena al SSP territoriale). L'intervento ha prodotto, a fronte di una attività comunque programmata per il servizio, una copertura di spese da soggetto esterno ammontante a indicativi 3.700,00 euro. Il SIL, nel corso dell'anno, ha garantito l'attività di tutoraggio riferita ad un utente residente nel territorio dell'Unione comuni del Frignano, tale attività è stata realizzata dagli EP in organico al servizio senza necessità di attivare contratti aggiuntivi (nessuna sostituzione di personale è stata effettuata nell'anno dal servizio). Detta azione ha procurato una entrata per rimborso spese dal territorio di Pavullo ammontante a 1.195,00 euro. Il SIL ha collaborato con ForModena e Aeca, alla realizzazione di progetti formativi “d'aula” e con tirocinio, coinvolgenti: - 11 utenti (Metalmeccanica – AECA); - 5 utenti (sicurezza sul lavoro – AECA); - 5 utenti (attività amministrativa – ForModena); - 6 utenti (preparazione pasti – ForModena). Tutti gli utenti erano seguiti dal servizio. Tali azioni, data la struttura del progetto di specie, non hanno dato luogo a nessun rimborso spese ad ASP, ma hanno comunque prodotto un risparmio di spesa, infatti l'incentivo economico alla partecipazione e le spese assicurative erano a carico del progetto, quindi si sono avute minori spese per indicativi 10.400,00 euro. Tutte le richieste di collaborazione inoltrate al SIL hanno trovato una positiva risposta dal servizio. CASPITA – I progetti costruiti, condivisi e approvati nell'anno 2014 (convenzione con il Comune di Vignola per la manutenzione del Parco dei Sogni; e progetto manutenzione area verde CRA dell'ASP), non ha poi avuto modo di svilupparsi, sia per decadere dell'interesse delle amministrazioni, sia per il significativo incremento di commesse in conto terzi da parte di soggetti economici privati del territorio. La scelta di investire in quest'ultimo intervento, abbandonando il progetto manutenzione verde, è stato condiviso e approvato con la direzione, ritenendo tale scelta più efficace per la gestione dei progetti del servizio, nonché le collegate ricadute economiche. Nell'ultimo quadrimestre dell'anno 2015 vi è stato una rilevante aumento della attività afferente al Laboratorio (vedasi anche i riscontri segnalati nella scheda “A2”), con un incremento dell'utenza frequentante (10 nuovi utenti), dei moduli d'attività rivolti all'utenza (passati da 5 a 7 alla settimana) e di risorse di E.P. destinato al servizio (15 ore settimanali in più di E.P.). Su tale azione, che aveva l'obiettivo di dare risposta a tutte le domande d'accesso al servizio senza dover ricorrere a una lista d'attesa, è stato

presentato un progetto alla Fondazione di Vignola, finalizzato all'ottenimento di un finanziamento finalizzato all'aggiornamento e alla implementazione della dotazione strumentale collegata all'incremento dell'attività. Il Progetto è stato approvato e ha visto la concessione di un finanziamento di 20.000,00 euro sui 27.000,00 richiesti a progetto. L'obiettivo di dare risposta a tutte le domande d'accesso al servizio è stato raggiunto. L'implementazione delle dotazioni strumentali si realizzerà nel prossimo anno.

Delle due ditte committenti l'attività in c/terzi, una ha mantenuto uguale il tipo/numero di lavorazioni affidate (Venturieri), la seconda, ha aumentato il numero di lavorazioni oggetto di commessa, con un sempre maggiore grado di complessità, passando da tre a sette lavorazioni/prodotti (Reflex). A fronte del mancato incremento delle ditte committenti, si è comunque avuto un aumento del valore riconducibile a detta attività.

Laboratorio Caspita – rendiconto fattori economici dell'attività "produttiva" del laboratorio

Anno	Vendita prodotti	Lavorazioni C/Terzi	Spese acquisto materiali	Contributi incentivo attività
2013	€ 4.281,60	€ 4.901,56	€ 2.242,83	€ 21.551,00
2014	€ 5.553,19	€ 6.141,04	€ 2.501,18	€ 22.857,00
2015	€ 3.998,68	€ 7.040,50	€ 2.916,92	€ 23.359,00

Elementi critici evidenziati:

SIL – Vi è stata una diminuzione dei bandi della provincia, e in conseguenza si sono ridotte le richieste di collaborazione attivate dagli enti di formazione accreditati con cui il servizio storicamente collabora. Alcuni progetti che non hanno dato luogo ad una effettiva attività rivolta ad utenti, sono fortemente condizionati dalle caratteristiche particolari dei target di specie (detenuti in esecuzione esterna della pena, gravi disabilità acquisite, ecc.); ovvero, confermano i risultati fallimentari del complessivo progetto nazionale, vedasi il progetto "Garanzia Giovani". Oltre a non dare risultati sull'utenza, queste forme di progettazione rappresentano comunque un impegno da parte della risorsa umana; impegno quindi non produttivo. Tali considerazioni sono al di fuori della sfera di possibile influenza dell'attività del servizio.

CASPITA – La non attivazione di progetti e convenzioni con enti pubblici è stata ampiamente compensata da un incremento di attività in conto terzi. Non sono aumentate le ditte committenti lavorazioni in c/terzi; innegabile la difficoltà di gestire il contatto con potenziali clienti, l'auspicata attivazione di azioni facilitanti detti contatti attese dagli organismi e figure dell'area politica istituzionale non ha avuto esiti saggiabili.

Indicatori di performance	Targets	Valutazione % di raggiungimento
Attivazione nuovi progetti in partnership con enti di formazione accreditati	80% di risposte positive alle richieste di collaborazione che pervengono al SIL	100%
Realizzazione azioni previste in carico all'ASP per gli interventi programmati	90%	100%
Incremento tempo lavoro dedicato a lavorazioni in conto terzi e/o incremento delle entrate da lavorazioni in conto terzi	100%	100%
Incremento di ditte/aziende committenti e/o incremento delle tipologie di lavorazioni da realizzare in conto terzi	Almeno una ditta/azienda committente nuova rispetto alla condizione storica di rapporti del servizio; ovvero, incremento di almeno due nuove lavorazioni collegate alle commesse in conto terzi, nel corso dell'anno	95%
Valore % medio di raggiungimento degli obiettivi		98,75%

Firma del responsabile progetto – Firma del responsabile Area

Scheda obiettivo n. AGIA – 6			Ambito di performance organizzativa: a, b, f, g,h		
AREA	Area Gestione Interventi Assistenziali	SERVIZIO	SIL	CENTRO DI RESPONSABILITA'	Tiziano Riley
Area strategica					
AZIONI D'AREA – ASSE "C" – AREA STRATEGICA – Area Gestione Interventi Assistenziali					
Obiettivo strategico	Qualificazione dell'ASP (SIL) quale soggetto promotore per l'attività di tirocinio (Approvazione e entrata in vigore della nuova L.R. 7/2013 riguardante i "tirocini"). Organizzazione dell'attività del servizio funzionale alla implementazione informatizzata della complessiva gestione documentale tra i vari soggetti coinvolti (soggetto promotore, soggetto ospitante, OTV, soggetto certificatore).				
Obiettivo operativo	Introduzione nuove procedure burocratico amministrative previste dalla legge: - introduzione nuova modulistica e procedure; percorsi di attivazione e rapporti con nuovo organismo tecnico di valutazione (OTV) di ambito provinciale; - rispetto delle tempistiche e dei percorsi introdotti con la nuova normativa; - gestione sistema di monitoraggio "Protocollo Provinciale"; - gestione dei rapporti con soggetti istituzionali territoriali alla luce delle modificazioni conseguenti alla nuova normativa.				
Azione di mantenimento		Azione di miglioramento		Azione di sviluppo	x
Pesatura complessiva ASP	Massima strategica Aziendale		Pesatura nell'Area		Massima

DIAGRAMMA DI GANTT											
G	F	M	A	M	G	L	A	S	O	N	D
x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Sviluppo temporale						Pluriennale 2014/2015					

Interconnessione con altri servizi	NUdP UTC; CPI; CSM; SDP; SSP – Rapporti con la committenza sociale e socio sanitaria – Rapporti con servizi territoriali – Azione coordinata con scelte d'indirizzo prioritario del welfare locale
Interconnessione con altri obiettivi	Gestione coordinata di azioni e interventi di più servizi territoriali. Azienda pubblica di produzione strumentale alle politiche territoriali

Piano di realizzazione obiettivo / intervento		Realizzato	Verifiche
G	Confronti e coordinamento con partner istituzionali territoriali	L'attività è stata allineata con le richieste e le collaborazioni dovute dalla normativa RER. Pieno rispetto della tempistica prevista.	
F			
M			
A	Adozione nuova modulistica e attenzione a nuove tempistiche e percorsi previsti		Positive
M			
G			
L	Monitoraggio interventi programmati e tempistica procedure e percorsi.	Coerente al programma attività OTV e collegata programmazione predisposizione convenzioni e progetti. Predisposizione materiale di gestione l'attività. Monitoraggio andamento progetti.	Positive
A			
S			
O	Realizzazione interventi programmati a progetto		Positive
N			
D			

Personale coinvolto		
Responsabile / Referenti	Coinvolto direttamente	Coinvolto indirettamente
Tiziano Riley;	Cinzia Morisi; Roberta Roffi; Rita Guerranti; Carla Quartieri; Elena Zanoli e Biagioni Elisabetta, a seconda dell'apporto individuale.	Altri EP SIL

Elementi di forza riscontrati nella attuazione dell'intervento/i: Con del. N. 1 del 22/01/2014 il CdA ha formalizzato la assunzione del ruolo di soggetto promotore per la realizzazione di tirocini dell'ASP. Il SIL è il servizio operativo competente. Con lo stesso atto si sono determinate le procedure e i percorsi utili a dare pieno sviluppo all'attività del servizio, in ottemperanza alla LR n. 7/2013 e alle collegate delibere attuative (DGR 1256/2013; DGR 1471/2013; DGR 1472/2013). Nell'anno 2015 l'attività del servizio è stata pienamente coerente con le linee d'indirizzo evidenziate e le disposizioni normative applicabili. Nel corso dell'anno si è data inoltre piena applicazione alle nuove procedure determinanti la collaborazione con i soggetti accreditati dalla RER per la certificazione delle competenze acquisite (SRFC). Ed ancora, con la LR n. 14 /2015 si è attivato un nuovo percorso per tirocini, (Tipo "D") determinati dall'obiettivo dell'inclusione sociale. La normativa ha reso necessaria l'attivazione di nuove collaborazioni, anche con riscontri formali, con il servizio sociale professionale territoriale. L'insieme delle procedure e dei nuovi percorsi delineati, sono stati implementati nelle attività del servizio. Centrale è rimasta la gestione dei rapporti con l'OTV (organismo tecnico di valutazione) provinciale, che opera nell'ambito della approvazione dei progetti d'attività (deroghe a convenzioni e progetti di tirocinio previste dalla normativa). Ricadute negative sulla realizzazione e programmazione dei tirocini con l'utenza interessata del servizio non ve ne sono state. Con l'emanazione della richiamata LR 14/2015 si è data una positiva risposta a quella casistica (fragilità sociale), che fino ad ora risultava particolarmente penalizzata nell'accesso a strumenti d'intervento sicuramente efficaci per l'inclusione sociale, come i tirocini normali ambienti lavorativi. Malgrado l'introduzione di un sistema organizzativo burocratico completamente nuovo, l'attività specifica del SIL utilizzando lo strumento principale di lavoro, il tirocinio su sedi di lavoro del territorio, ha dato luogo a riscontri estremamente positivi. I tirocini attivati sono stati 143, in aumento rispetto ai 125 del 2014 e i 101 del 2013. (vedasi dati d'attività riportati nella scheda "A2"). Si sono inoltre introdotte diverse procedure di gestione rapporti con RER, OTV e CPI della Provincia utilizzando strumenti informatici via web attivati dalla regione. Tutti i progetto presentati alla approvazione dell'OTV hanno avuto risposta positiva (101 nel 2014 e 103 nel 2015). Il servizio si è pienamente allineato nell'utilizzo delle nuove strumentazioni e ha sempre garantito il rispetto delle tempistiche determinate.

Gli interventi previsti a progetto, quantificati in sede di previsione nel n. di 119, sono stati effettuati, ed in sede di rendicontazione si è raggiunto il n. di 125 progetti realizzati. Tutti gli indicatori previsti nel protocollo provinciale hanno visto riscontri positivi. Il budget assegnato al territorio di Vignola è stato pienamente riconosciuto.

Elementi critici evidenziati:

Il carico di lavoro burocratico amministrativo si è sempre più ampliato. Il tempo lavoro degli educatori si è spostato sensibilmente dal lavoro sull'utente e sul Progetto Educativo Individualizzato, al lavoro burocratico amministrativo necessario per alimentare il sistema e rendere possibile l'attività.

Negli ultimi mesi dell'anno, in ragione di scelte strategiche dettate anche dalla committenza territoriale, si è avuta una riduzione di risorse di personale (15 ore settimanali di EP trasferito al servizio Caspita). Detta condizione non ha avuto ricadute negative nell'anno 2015; analoga situazione non potrà essere attesa per il prossimo anno d'attività (incidenza su tutto l'anno, che si somma ad un effetto "trascinamento" che si è ormai esaurito negli ultimi mesi dell'anno).

Indicatori di performance	Targets	Valutazione % di raggiungimento
n. di interventi previsti a progetto	80%	100%
Attivazione nuovi progetti rispettando la tempistica prevista dalla nuova normativa	70% dei progetti che non presentino ritardi in conseguenza della nuova normativa	100%
Attività realizzata e rendicontata alla Provincia	Almeno il 70% di realizzazione degli interventi previsti a progetto	100%
Valore % medio di raggiungimento degli obiettivi		100%

Firma del responsabile progetto – Firma del responsabile Area

AREA GESTIONE STRUTTURE

Scheda obiettivo AGS CRA e CD1			Ambito di performance organizzativa: a); b); d); f).		
AREA	Area Gestione Strutture	SERVIZIO	CASA RESIDENZA E CENTRO DIURNO PER ANZIANI DI VIGNOLA	CENTRO DI RESPONSABILITA'	Angela Marinelli

Area strategica	ASSE "C" – Area Strategica "EROGAZIONE DEI SERVIZI"				
Obiettivo strategico	C-1); C-2).				
Obiettivo operativo	Gestione dell'asestamento organizzativo e della definizione dell'assetto istituzionale, nel più ampio obiettivo di miglioramento della qualità del servizio offerto. Definizione di un unico modello organizzativo di Struttura che consenta l'integrazione fra le diverse figure professionali, in particolare fra quelle sanitarie e quelle prettamente assistenziali, al fine di ottimizzare gli interventi resi e le risorse a disposizione, garantendo unitarietà di intervento ed un maggiore benessere degli anziani ospiti.				
Azione di mantenimento		Azione di miglioramento		Azione di sviluppo	X
Pesatura complessiva ASP	Alta strategica aziendale		Pesatura nell'Area		Alta

DIAGRAMMA DI GANTT													Interconnessione con altri servizi	Committenza territoriale. Ausl.	
G	F	M	A	M	G	L	A	S	O	N	D		Interconnessione con altri obiettivi	AGS CRA E CDA 3	
x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x			

Sviluppo temporale	2013 - 2015
--------------------	-------------

Piano di realizzazione obiettivo / intervento		Realizzato	Verifiche
G	- Formazione ed attivazione gruppi di lavoro, programmazione incontri ed argomenti da sviluppare: attuazione, implementazione. - Elaborazione e stesura dei protocolli relativi a : ✓ passaggio in cura; ✓ modalità di comunicazione e relazione con l'utente e con i famigliari; ✓ verifica dello stato di benessere in relazione alla globalità dei bisogni e al contesto di vita; ✓ miglioramento della qualità della vita e dell'assistenza degli ospiti affetti da demenza. - Revisione dei Piani di lavoro e dei protocolli operativi in essere dei servizi interessati al fine di garantire l'integrazione socio sanitaria, per ottimizzare gli interventi resi e le risorse a disposizione(CRA e CD anziani). - Rafforzamento del modello organizzativo di Struttura, già elaborato nel corso del 2014, per uniformare ed ottimizzare gli interventi resi, pur nel rispetto delle caratteristiche dei singoli nuclei (CRA e CD anziani). - Effettuazione incontri supervisione gruppo di coordinamento. - Effettuazione incontri di supervisione per gruppi intraservizi (infermieri/CSA nucleo RSA; CSA di entrambi i nuclei).	Nel corso del 2015 sono stati individuati ed attivati appositi gruppi di lavoro multiprofessionali che, riportando all'attenzione le proposte discusse in equipe, hanno elaborato i protocolli operativi integrati mancanti, revisionato i piani di lavoro e i protocolli esistenti ed aggiornati alcuni di essi. Sono stati effettuati 21 incontri, elaborati ex novo 11 protocolli operativi, revisionati tutti i piani di lavoro ed i protocolli in uso, aggiornati 3 piani di lavoro e 8 protocolli operativi.	Costanti verifiche in itinere con esito positivo
F			
M			
A			
M		Per rafforzare lo sviluppo di un unico modello organizzativo e di un'unica metodologia di lavoro, pur nel rispetto delle caratteristiche peculiari dei singoli nuclei, è proseguita nel corso del 2015 la rotazione del personale a tempo indeterminato con la qualifica di CSA dei due nuclei di CRA . Il 1° maggio ed il 1° novembre 2015 sono stati attuati il secondo ed il terzo avvicendamento di personale. In attesa della copertura a tempo indeterminato del profilo di RAA da assegnarsi al nucleo di CP della CRA, le relative funzioni sono state ricoperte: fino al 28.2.2015 dalla RAA a tempo indeterminato del nucleo di RSA; dal 1.3.2015 al 30.4.2015 e dal 12.5.2015 al 31.8.2015 da due diverse RAA con rapporto di lavoro interinale, affiancate dalla RAA del nucleo di RSA; dal 1.9.2015 nuovamente dalla RAA del nucleo RSA. Tale situazione, pur costituendo un'effettiva criticità, ha tuttavia favorito lo sviluppo di quell'unico modello/metodologia di lavoro posto come obiettivo.	Rispetto delle tempistiche previste. Costanti verifiche in itinere con esito positivo
G			
L			
A			
S			
O			
N			
D		Per tutto il 2015 si è svolta per tutte le figure professionali assistenziali e sanitarie, l'attività di supervisione-formazione, particolarmente orientata all'integrazione sia socio-sanitaria interprofessionale che intraprofessionale e a sviluppare una metodologia di lavoro volta all'analisi delle criticità e delle possibili soluzioni. Ciò ha facilitato sia lo svilupparsi di un unico modello organizzativo e di un'unica metodologia di lavoro sia l'approfondire la reciproca conoscenza dei rispettivi ruoli professionali fra le figure prettamente assistenziali (OSS e RAA) e quelle sanitarie (Infermieri e loro Coordinatrice). Ne è conseguito una maggiore fluidità del lavoro e degli interventi integrati socio-sanitari. In particolare sono proseguiti gli incontri di supervisione del gruppo di coordinamento (effettuati 12 incontri, per complessive 24 ore e sono stati attivati incontri di supervisione di gruppi misti intraservizi (effettuati 4 incontri per complessive 8 ore).	Costanti verifiche in itinere con esito positivo

Personale coinvolto		
Responsabile / Referenti	Coinvolto direttamente	Coinvolto indirettamente
ANGELA MARINELLI	IACCONI NERINA	Altri operatori del servizio
	ZENCHI MONICA	INFERMIERI E TERAPISTA somministrato
	OPERATORI CSA DELLA CRA E DEL CD	CSA somministrato
	ANIMATRICI CRA E CD	

Elementi di forza riscontrati nella attuazione dell'intervento/i

La stesura ex novo dei protocolli mancanti, la revisione e l'aggiornamento di quelli esistenti ove ritenuto necessario, basata sul principio mutuato dal metodo HACCP: "si scrive quello che si fa, si fa quello che si scrive", è stata occasione per analizzare il metodo e le prassi di lavoro in uso, con senso critico, finalizzato ad individuare le possibili aree di cambiamento e di miglioramento.

A conclusione del progetto a valenza triennale, dopo l'elaborazione di piani di lavoro e protocolli comuni, l'effettuazione di un supervisione mirata all'integrazione inter ed intraprofessionale, la rotazione del personale di assistenza, il tutto come precedentemente analiticamente descritto, con soddisfazione si può constatare che l'obiettivo è stato raggiunto e costituisce la base su cui continuare a lavorare, nella piena consapevolezza che il raggiungimento di un obiettivo non è mai definitivo di per sé.

Il maggior punto di forza riscontrato è stato il coinvolgimento e la partecipazione attiva del personale, il confronto, spesso molto faticoso, ed il far convergere in nuove soluzioni, poi tradotte in nuove prassi, esperienze diverse.

Elementi critici evidenziati

La presenza di un'unica RAA per entrambi i nuclei, considerando che anche nei periodi in cui erano presenti lavoratrici somministrate le stesse, di fatto, sono sempre state affiancate dalla RAA dipendente a tempo indeterminato. Quello della RAA di nucleo è un ruolo fondamentale per una CRA e in quanto tale espressamente previsto dalla DGR 514/2009. E' pur vero, come sopra evidenziato, che tale situazione originata dal 1.11.2014, ha in un primo tempo favorito il processo, salvo diventare un'oggettiva criticità a causa del suo perdurare.

E' troppo breve la durata di 6 mesi del periodo di rotazione del personale dei nuclei. Ultimata la fase sperimentale tale periodo sarà di durata maggiore.

Indicatori di performance	Targets	Valutazione % di raggiungimento
Formazione ed attivazione di gruppi di lavoro multi professionali tra le varie figure coinvolte nel processo di cura e di gestione dell'ospite.	N. incontri effettuati e protocolli operativi prodotti.	100%
Percorso di supervisione-formazione orientato: 1) a favorire l'integrazione sia socio sanitaria tra le diverse figure professionali che tra il personale CSA operante nei diversi nuclei; 2) a una chiara definizione dei ruoli al livello del gruppo di Coordinamento, teso a garantire e mantenere una linea comune di servizio.	n. incontri effettuati	100%
Valore % medio di raggiungimento degli obiettivi		100%

Firma del responsabile progetto – Firma del responsabile Area

Scheda obiettivo AGS CRA E CD 2			Ambito di performance organizzativa: d); f).		
AREA	Area Gestione Strutture	SERVIZIO	CASA RESIDENZA E CENTRO DIURNO PER ANZIANI DI VIGNOLA	CENTRO DI RESPONSABILITA'	Angela Marinelli

Area strategica	ASSE "C" – Area Strategica "EROGAZIONE DEI SERVIZI"
Obiettivo strategico	C-1); C-2).
Obiettivo operativo	Flessibilità nell'organizzazione del lavoro – Contenimento sostituzioni delle assenze dal lavoro di breve durata - inferiore a 10 giorni - (malattie, infortuni, permessi, ecc..) con personale esterno. Rientri da riposi, ferie e recuperi.

Azione di mantenimento		Azione di miglioramento		Azione di sviluppo	X
Pesatura complessiva ASP	Alta strategica aziendale	Pesatura nell'Area	Alta		

DIAGRAMMA DI GANTT												Interconnessione con altri servizi	
G	F	M	A	M	G	L	A	S	O	N	D		
x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		
Sviluppo temporale												Interconnessione con altri obiettivi	
2013 - 2015													

Piano di realizzazione obiettivo / intervento	Realizzato	Verifiche
G F M A M G L A S O N D	N. giornate di assenza dal lavoro per brevi periodi (durata fino a 10 giorni) non sostituite con personale esterno, pari: al 79,51% presso la CRA (gg.283 complessivi fra brevi malattie, infortuni e malattia figlio, gg. 225 non sostituiti con personale esterno); al 64,52%presso il CD (gg. 62 brevi malattie, gg. 40 non sostituiti con personale esterno); al 100% presso la cucina (gg. 12 brevi malattie, interamente non sostituiti con personale esterno).	Mensili
M G L A S O N D	N. di giornate di rientro da riposi, ferie e recuperi. N. rientri da riposi, ferie e recuperi: CRA: n. 16 rientri diurni, n. 8 rientri notturni e n. 1 rientro diurno festivo. Cucina: n. 10 rientri diurni. Lavanderia - guardaroba: n. 2 rientri. Cd: nessun rientro.	Mensili

Personale coinvolto		
Responsabile / Referenti	Coinvolto direttamente	Coinvolto indirettamente
ANGELA MARINELLI	IACCONI NERINA	Altri operatori del servizio
	ZENCHI MONICA	
	Il personale CSA e tecnico dei servizi alberghieri della CRA e del CD	

Elementi di forza riscontrati nella attuazione dell'intervento/i
Il maggior punto di forza è costituito dalla possibilità di sostituire assenze non programmate del personale con celerità e con personale esperto.
Elementi critici evidenziati
Il richiamo del personale da riposi e recuperi può generare lavoro straordinario.

Indicatori di performance	Targets	Valutazione % di raggiungimento
N. giornate di assenza dal lavoro non sostituite/N. totale giornate di assenza.	N. giornate di assenza dal lavoro non sostituite con personale esterno superiore al 20% del N. di giornate di assenza.	100%
N. giornate di rientro da riposi, ferie, recuperi.	N. giornate di rientro da riposi, ferie, recuperi.	100%
Valore % medio di raggiungimento degli obiettivi		100%

Firma del responsabile progetto – Firma del responsabile Area

Scheda obiettivo AGS CRA E CD 3			Ambito di performance organizzativa: a); b); d); g).		
AREA	Area Gestione Strutture	SERVIZIO	CASA RESIDENZA E CENTRO DIURNO PER ANZIANI DI VIGNOLA	CENTRO DI RESPONSABILITA'	Angela Marinelli
Area strategica	ASSE "C" – Area Strategica "EROGAZIONE DEI SERVIZI"				
Obiettivo strategico	C-1)				
Obiettivo operativo	Rilevazione degli indicatori di benessere degli anziani ospiti della CRA e del CD Anziani. Attivazione di un percorso di rilevazione e valutazione della qualità assistenziale erogata, prendendo come riferimento i requisiti previsti dalla DGR 514/2009 e la loro modalità di interrelazione.				

Azione di mantenimento		Azione di miglioramento		Azione di sviluppo	X
Pesatura complessiva ASP		Alta strategica aziendale		Pesatura nell'Area	Alta

DIAGRAMMA DI GANTT											
G	F	M	A	M	G	L	A	S	O	N	D
X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Sviluppo temporale						2015-2017					
Interconnessione con altri servizi						Committenza territoriale ed Ausl					
Interconnessione con altri obiettivi						AGS CRA E CDA 1					

Piano di realizzazione obiettivo / intervento		Realizzato	Verifiche
G	Anno 2015	Sono stati applicati gli indicatori di qualità regionali la cui applicazione era prevista a decorrere dal 1.1.2015. Effettuato anche il relativo monitoraggio ed applicate, quando ritenute necessarie, le opportune azioni correttive.	Costanti verifiche in itinere con esito positivo
F	Indicatori :		
M	1) Dignità della persona: percentuale di PAI che riportano bisogni ed obiettivi correlati ad aspetti religiosi/culturali/sociali (n. PAI in cui sono specificate le relative azioni/n. totale PAI).		
A	2) Capacità de servizio di coinvolgere l'intera equipe nel processo di presa in carico e nell'erogazione del processo assistenziale (n. PAI riportanti la firma o sigla dei componenti l'equipe/n. totale PAI)		
M	3) Cura personale dell'utente (n. di bagni di pulizia mese di riferimento/ n. totale ospiti presenti nel mese di riferimento).		
G	4) Processi e procedure generali, dolore (n. PAI che riportano obiettivi od azioni conseguenti definiti sulla base della misurazione del dolore con valore superiore a 3 rilevato attraverso la somministrazione delle scale NRS o PAINAD/n totale PAI riportanti misurazioni del dolore con valori superiori a 3).		
L	5) Percentuale di miglioramento delle lesioni da pressione (LDP) 4° grado (n. LDP di 4° migliorate e documentate/n. LDP di 4° presenti nel periodo)		
A	6) Percentuale ospiti presenti nel periodo che hanno sviluppato LDP di 2° grado o superiori in struttura ((n. ospiti presenti nel periodo che hanno sviluppato LDP di 2° o superiori in struttura/n. totale ospiti presenti nel periodo).		
S			
O			
N			
D			

Personale coinvolto		
Responsabile / Referenti	Coinvolto direttamente	Coinvolto indirettamente
ANGELA MARINELLI	ZENCHI MONICA	Altri operatori del servizio
	personale CSA e sanitario della CRA e del CD	DI FEO ROSSELLA
	Animatrici CRA e CD	personale CSA e sanitario della CRA e del CD somministrato

Elementi di forza riscontrati nella attuazione dell'intervento/i
Il sistema di rilevazione degli indicatori di qualità è stato, nelle forme previste dalla normativa regionale, gradualmente avviato ed ha coinvolto l'intera equipe. E' da specificare che tutti gli indicatori venivano già rilevati, con la metodologia proposta si è acquisito maggiormente la rilevanza , proprio in termini di qualità, delle azioni svolte. Nuovamente il sistema di lavoro proposto è stato motivo di riflessione dell'agire delle equipe.
Elementi critici evidenziati
E' emersa la necessità di rendere sistemica la raccolta dei dati, in particolare per quelli di cui ai punti 1 e 3; infatti la metodologia di raccolta degli stessi sin qui utilizzata aveva sicuramente la finalità di ottimizzare l'assistenza erogata, ed era vissuta come strumento interno di lavoro, non era a pieno percepita nella sua valenza esterna.

Indicatori di performance	Targets	Valutazione % di raggiungimento
Introduzione graduale degli indicatori di carattere generale e specifico previsti nel documento di indirizzo elaborato dalla Regione ER nel Dicembre 2014.	N. indicatori attivati nel 2015	98%
Valore % medio di raggiungimento degli obiettivi		98%

Firma del responsabile progetto – Firma del responsabile Area

Scheda obiettivo AGS CRA E CDA 4			Ambito di performance organizzativa: a); b); d); e); f).		
AREA	Area Gestione Strutture	SERVIZIO	CASA RESIDENZA E CENTRO DIURNO PER ANZIANI DI VIGNOLA	CENTRO DI RESPONSABILITA'	Angela Marinelli
Area strategica	ASSE "C" – Area Strategica "EROGAZIONE DEI SERVIZI"				
Obiettivo strategico	C-1)				
Obiettivo operativo	GESTIONE ATTIVITA' DI ANIMAZIONE CON PERSONALE CSA				

Azione di mantenimento	X	Azione di miglioramento		Azione di sviluppo	
Pesatura complessiva ASP		Alta strategica aziendale		Pesatura nell'Area	Alta

DIAGRAMMA DI GANTT												
G	F	M	A	M	G	L	A	S	O	N	D	
X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Sviluppo temporale		2013-2015										
		Interconnessione con altri servizi		Committenza territoriale								
		Interconnessione con altri obiettivi		AGS CRA e CDA 1								

Piano di realizzazione obiettivo / intervento		Realizzato	Verifiche
G	- Definizione e realizzazione di progetti operativi per gruppi ed individuali. Uscite sul territorio. - Accoglienza ed affiancamento di volontari non appartenenti ad alcuna associazione di volontariato in attività di vario genere con gli anziani.	CRA di Vignola a) Nel corso del 2015 sono stati attivati e realizzati 17 progetti operativi con caratteristiche e finalità differenti, che hanno complessivamente coinvolto il 90% degli ospiti del nucleo di CP ed il 65% di quelli del nucleo RSA. Tali progetti sono stati elaborati e realizzati tenendo in considerazione le caratteristiche, le attitudini, le capacità residue e le preferenze di ogni singolo ospite. La maggior parte dei progetti hanno coinvolto gli anziani in grande o piccolo gruppo nel nucleo di CP, in piccolo gruppo quelli del nucleo RSA. In entrambi i nuclei sono stati realizzati progetti individuali. b) Sono stati inoltre realizzati 4 progetti di accoglienza ed affiancamento di volontari singoli, non appartenenti ad alcuna associazione di volontariato, per attività di lettura, laboratorio artistico, laboratori musicali. Tali progetti hanno coinvolto sia anziani della CRA che del CD. CD di Vignola a) Nel corso del 2015 sono stati attivati e realizzati 18 progetti operativi con caratteristiche e finalità differenti, che hanno complessivamente coinvolto il 95% degli ospiti. Tali progetti sono stati elaborati e realizzati tenendo in considerazione le caratteristiche, le attitudini, le capacità residue e le preferenze di ogni singolo ospite. La maggior parte dei progetti hanno coinvolto gli anziani in grande gruppo; alcuni la partecipazione in piccolo gruppo.	In itinere con esito positivo
F			
M			
A			
M			
G			
L			
A			
S			
O			
N			
D			

Personale coinvolto		
Responsabile / Referenti	Coinvolto direttamente	Coinvolto indirettamente
ANGELA MARINELLI	ANIMATRICI CRA E CD	Le Raa della CRA e del CD.
		Il personale CSA e dei servizi alberghieri operante nella CRA e nel CD.

Elementi di forza riscontrati nella attuazione dell'intervento/i
La possibilità di dare attiva collocazione a personale OSS le cui prescrizioni non consentono più la loro adibizione in CRA e/o CD
Elementi critici evidenziati
Mancanza di specifica preparazione.

Indicatori di performance	Targets	Valutazione % di raggiungimento
Definizione di progetti operativi per gruppi e individuali e monitoraggio degli stessi. N. di anziani coinvolti nelle attività/n. totale di anziani. Definizione di progetti operativi di attività con volontari	n. progetti definiti e relativi monitoraggi. n. progetti con volontari. n. di anziani coinvolti nelle attività/n. totale di anziani (minimo 80% per il nucleo di casa protetta, minimo 60% per il nucleo RSA; minimo il 90% per il CD)	95%
Valore % medio di raggiungimento degli obiettivi		95%

Firma del responsabile progetto – Firma del responsabile Area

Scheda obiettivo n. AGS CRA E CDA 5			Ambito di performance organizzativa: b); d); f).		
AREA	Area Gestione Strutture	SERVIZIO	SERVIZI ALBERGHIERI DELLA CRA E DEL CD PER ANZIANI	CENTRO DI RESPONSABILITA'	Angela Marinelli

Area strategica	ASSE "C" – Area Strategica "EROGAZIONE DEI SERVIZI"
Obiettivo strategico	C-1); C-2).
Obiettivo operativo	Riorganizzazione servizi alberghieri

Azione di mantenimento		Azione di miglioramento	X	Azione di sviluppo	
Pesatura complessiva ASP	Alta strategica aziendale	Pesatura nell'Area		Alta	

DIAGRAMMA DI GANTT												Interconnessione con altri servizi	
G	F	M	A	M	G	L	A	S	O	N	D		
x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		
Sviluppo temporale												Interconnessione con altri obiettivi	
2015- 2016													

Piano di realizzazione obiettivo / intervento		Realizzato	Verifiche
G	• Monitoraggio dei fabbisogni e delle procedure atte a consentire l'entrata in attività del servizio di dispensa della cena in sala da pranzo agli ospiti del nucleo di Casa Protetta.	Dopo attento monitoraggio dei fabbisogni, si sono attivate le procedure necessarie per riorganizzare il servizio di cucina, per consentire al personale del servizio stesso di dispensare la cena agli ospiti del nucleo di CP, a decorrere da gennaio 2015.	Monitoraggio del rispetto delle tempistiche previste. Verifiche in itinere sul funzionamento del servizio.
F			
M	• Incontri periodici fra il personale di cucina e/o lavanderia, la Responsabile di Area/ Coordinatrice, le RAA e CSA per il monitoraggio dell'organizzazione del servizio e del grado di rispondenza ai bisogni degli anziani ospiti e monitoraggio dei consumi.	Nel corso dell'anno sono stati effettuati 5 incontri con il personale di cucina, la Coordinatrice, le RAA ed in alcuni casi anche alcune CSA dei servizi interessati, per il monitoraggio dell'attività e dell'organizzazione del servizio cucina, dei consumi e del grado di rispondenza e di adeguamento del servizio stesso ai bisogni degli anziani. Discusse ed applicate, quando ritenute necessarie, le opportune azioni correttive.	Rispetto del calendario degli incontri. Costante monitoraggio in itinere delle decisioni assunte.
A			
M			
G	• Formazione ed attivazione di apposito gruppo di lavoro per la rielaborazione e la stesura dei menù stagionali in uso presso la CRA, da sottoporsi alla validazione del SIAN Ausl MO.	Nel corso dell'anno apposito gruppo di lavoro, coordinato dalla cuoca referente, ha rielaborato il menù in uso presso la CRA, raffrontandolo con l'altro in uso precedentemente. Entrambi i menù erano stati elaborati da dietologhe. Si è quindi stilato un nuovo menù che, nell'equivalenza delle classi merceologiche degli alimenti e a parità delle grammature, riporta piatti e preparazioni desunte da entrambi i menù e di maggior gradimento degli anziani ospiti. Tale menù, già predisposto nel 2015, sarà sottoposto alla validazione del SIAN Ausl Mo nel corso del 2016.	In itinere
L			
A			
S	• Formazione ed attivazione di apposito gruppo di lavoro per la definizione di un nuovo piano di lavoro del servizio di lavanderia-guardaroba, maggiormente rispondente ai bisogni dei nuclei di assistenza.		
O			
N		Nel corso del mese di gennaio 2015 è stato elaborato un nuovo piano di lavoro del servizio lavanderia-guardaroba, più rispondente ai bisogni dei nuclei della CRA. Esso è entrato in vigore a decorrere da febbraio 2015.	Monitoraggio in itinere della rispondenza della nuova organizzazione del servizio alle esigenze del servizio assistenza.
D			

Personale coinvolto		
Responsabile / Referenti	Coinvolto direttamente	Coinvolto indirettamente
ANGELA MARINELLI	BORGHI VANDA	RAA, CSA ed animatrici della CRA e del CD di Vignola.
	COGHI SILVANA	
	MONOSTRULLI FRANCESCA	
	SIGHINOLFI LUISA	
	MANZINI FRANCA	

Elementi di forza riscontrati nella attuazione dell'intervento/i
La capacità dimostrata dall'equipe del personale di cucina di saper prontamente e proficuamente interagire con il personale di assistenza, dimostrando, pur nelle difficoltà organizzative e nella differenza di vedute, di saper operare in gruppo, con senso identitario, per contribuire con il proprio intervento a risolvere criticità di un servizio.
Elementi critici evidenziati

Indicatori di performance	Targets	Valutazione % di raggiungimento
Implementazione del servizio di dispensa della cena in sala da pranzo	90%	100%
Rielaborazione dei menù stagionali in uso e validazione da parte del SIAN Ausl Modena	100%	98%
Incontri equipe multidisciplinare	n. incontri	100%
Riorganizzazione servizio lavanderia-guardaroba	100%	100%
Valore % medio di raggiungimento degli obiettivi		99,5%

Firma del responsabile progetto – Firma del responsabile Area

AREA SERVIZI AMMINISTRATIVI

Scheda obiettivo n.AA1			Ambito di performance organizzativa: d), e), f)		
AREA	Area Servizi Amministrativi	SERVIZIO	Servizio Amministrativo	CENTRO DI RESPONSABILITA'	Paola Covili
Area strategica	AZIONI D'AREA ASSE "C" – AREA SERVIZI AMMINISTRATIVI				
Obiettivo strategico	IMPLEMENTAZIONE E MONITORAGGIO DELLE AZIONI TECNICO AMMINISTRATIVE IN RELAZIONE AGLI ADEMPIMENTI DI LEGGE IN MERITO A TRASPARENZA, INTEGRITA', PREVENZIONE DELL'ILLEGALITA', LOTTA ALLA CORRUZIONE NELLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE.				
Obiettivo operativo	Individuazione delle azioni da porre in essere e successivo controllo e verifica dei risultati programmati				

Azione di mantenimento		Azione di miglioramento	X	Azione di sviluppo	X
Pesatura complessiva ASP		Pesatura nell'Area			

DIAGRAMMA DI GANTT											
G	F	M	A	M	G	L	A	S	O	N	D
x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x

Interconnessione con altri servizi	Tutti i servizi ASP
Interconnessione con altri obiettivi	

Sviluppo temporale	2014/2015/2016
--------------------	----------------

Obiettivo strategico	OBIETTIVO STRATEGICO DI PERFORMANCE
Descrizione Obiettivo	Il presente obiettivo si prefigge l'attuazione e il coordinamento delle disposizioni normative di cui alla L. 190/2012 "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella Pubblica Amministrazione" e di cui ai D.Lgs.vi 150/2009 e 33/2013 in materia di trasparenza. La legge n. 190/2012 "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione" detta una serie di norme incentrate sulla prevenzione della illegalità e della corruzione e prescrive la predisposizione e l'aggiornamento di un piano in grado di offrire una valutazione del diverso livello di esposizione degli uffici al rischio corruzione fornendo agli stessi gli strumenti organizzativi diretti a prevenirlo. La normativa assegna al Direttore dell'Azienda il ruolo di Responsabile della prevenzione della illegalità e della corruzione. Dapprima il D.Lgs. 150/2009 (che all'art. 11 ha disciplinato la nozione di trasparenza e gli obblighi gravanti su ciascuna amministrazione per garantirne l'effettivo perseguimento: la trasparenza intesa come "accessibilità totale" costituisce un livello essenziale delle prestazioni erogate dalle amministrazioni pubbliche e, nell'era digitale, trova naturale attuazione attraverso la pubblicazione sui siti web istituzionali delle informazioni concernenti ogni aspetto dell'organizzazione), poi il D.Lgs. 33/2013 "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni", entrato in vigore il 20.04.2013 (intervenuto in modo puntuale a dettare le regole per la pubblicazione dei dati delle PP.AA. caratterizzandosi quasi come un testo unico degli obblighi di trasparenza e pubblicità a carico degli enti pubblici) e da ultimo la delibera CIVIT n. 50 del 4.07.2013, "Linee guida per l'aggiornamento del Programma triennale per la trasparenza e l'integrità 2014-2016" hanno dettato una serie di norme stringenti a carico delle Pubbliche Amministrazioni indicando le misure volte a soddisfare e realizzare il principio della trasparenza ed indirettamente anche il rispetto dei principi di legalità e di integrità. Nella realizzazione dei diversi suindicati dettati normativi è indispensabile un'azione coordinata ed efficace delle risorse umane dell'Azienda.. Questo obiettivo coinvolge innanzitutto i Responsabili di Area in Posizione Organizzativa che sono chiamati a collaborare attivamente col Direttore e coinvolti, per dettato normativo, a dare attuazione alle disposizioni di legge e più direttamente il Responsabile di Area Servizi Amministrativi, individuato come referente dell'attuazione delle misure di prevenzione della corruzione e delle misure sulla trasparenza, come individuate nei relativi Piani. Coinvolge inoltre tutti i dipendenti di Area Servizi Amministrativi che sono interessati direttamente nei procedimenti finalizzati all'attuazione dei contenuti dei Piani, tra cui l'utilizzo di strumentazione informatica, attività di formazione, di controllo amministrativo sugli atti, attività di pubblicazione dei dati e degli atti richiesti dalla normativa in materia di trasparenza e d integrità sul sito dell'Azienda. La realizzazione dell'obiettivo parallelamente consentirà di soddisfare un importante progetto di crescita professionale dei dipendenti coinvolti.
Fasi e tempi di esecuzione programmate	Dal 2014 al 2016

	<u>Attività Anno 2015</u> • Aggiornamento del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione entro il 31 gennaio 2015; • Attuazione del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione • Monitoraggio del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione • Monitoraggio sullo stato di attuazione del Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità ed eventuale aggiornamento; • Coordinamento del Piano di Prevenzione della Corruzione, del Programma triennale per la Trasparenza e l'Integrità e del Piano Dettagliato degli Obiettivi e della Performance; • Pubblicazione dei dati e degli atti richiesti dalla normativa in materia di trasparenza/integrità sul sito dell'Azienda; • Verifica dei risultati dell'attività svolta dal Responsabile della prevenzione della illegalità e della corruzione, funzionale all'aggiornamento del Piano per l'annualità successiva <u>Attività Anno 2016</u> • Aggiornamento del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione entro il 31 gennaio 2015; • Attuazione del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione • Monitoraggio del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione • Monitoraggio sullo stato di attuazione del Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità ed eventuale aggiornamento; • Coordinamento del Piano di Prevenzione della Corruzione, del Programma triennale per la Trasparenza e l'Integrità e del Piano Dettagliato degli Obiettivi e della Performance; • Pubblicazione dei dati e degli atti richiesti dalla normativa in materia di trasparenza/integrità sul sito dell'Azienda; • Verifica dei risultati dell'attività svolta dal Responsabile della prevenzione della illegalità e della corruzione, funzionale all'aggiornamento del Piano.
Indicatori di Risultato programmati	Attività anno 2015 • Aggiornamento del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione entro il 31 gennaio 2015; • Attuazione del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione • Monitoraggio del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione • Monitoraggio sullo stato di attuazione del Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità ed eventuale aggiornamento; • Coordinamento del Piano di Prevenzione della Corruzione, del Programma triennale per la Trasparenza e l'Integrità e del Piano Dettagliato degli Obiettivi e della Performance; • Pubblicazione dei dati e degli atti richiesti dalla normativa in materia di trasparenza/integrità sul sito dell'Azienda; • Verifica dei risultati dell'attività svolta dal Responsabile della prevenzione della illegalità e della corruzione, funzionale all'aggiornamento del Piano per l'annualità successiva
VERIFICHE Fasi e tempi di esecuzione	La tempistica programmata è stata: verifiche in corso d'anno effettuate al 30.04.2015 ☒ puntualmente rispettata non è stata rispettata per le seguenti motivazioni _____ La tempistica programmata è stata: verifiche in corso d'anno effettuate al 31.08.2015 ☒ puntualmente rispettata non è stata rispettata per le seguenti motivazioni _____ La tempistica programmata è stata: verifiche in corso d'anno effettuate al 31.12.2015 ☒ puntualmente rispettata. ☒ non è stata rispettata per le seguenti motivazioni: Il parziale scostamento tra quanto previsto e quanto attuato, è derivato in parte anche dalla difficoltà di promuovere e implementare efficaci e strutturati strumenti di controllo e di monitoraggio di alcune particolari misure di prevenzione, riconducibili in gran parte dalla particolare situazione dell'Azienda nell'anno, venutasi a determinare dalle scelte istituzionali poste in essere dal Comitato di Distretto, che con la delibera n. 9 adottata nella seduta del 21 aprile 2015 in linea con le precedenti decisioni assunte con le deliberazioni n. 1 e 2 del 09 aprile 2014, ha assunto in via definitiva la decisione in merito alla individuazione nell'Unione "Terre di Castelli" del soggetto gestore pubblico dei servizi socio sanitari del Distretto di Vignola. Di fatto, visto che tale decisione comportava il superamento dell'ASP, l'Azienda non ha ritenuto di formalizzare procedure complesse, alcune delle quali previste nel piano per l'annualità 2015.
Indicatori di Risultato raggiunti	Al 30.04.2015 obiettivo raggiunto al 100%

	Al 31.08.2015 obiettivo raggiunto al 95%			
	Al 31.12.2015 obiettivo raggiunto al 95%			
Indicatori Finanziari ed Economici	Stanziamento previsto a bilancio: Anno 2015: Euro 2.280,00 Anno 2016: Euro 2.280,00			
Indicatori di Risultato Finanziari ed Economici	Impegnato: Euro Liquidato: Euro Economie conseguite: Euro Maggiori spese: Euro	Anno 2014 2.760,00 2.559,60 200,40	anno 2015 2.280,00 2.280,00 / /	anno 2016 2.280,00
Unità organizzative e dipendenti coinvolti nel progetto	Unità Organizzativa: Area Servizi Amministrativi Dipendenti: Direttore, Responsabile di Area Servizi Amministrativi, Responsabile di Area Gestione Strutture, Responsabile di Area Interventi Assistenziali, Eugenia Picchioni, Isabel Degli Antoni, Bruna Morotti, Rita Caggiano, Elena Toffolo, Paola Pini, Sandra Corsini (sommministrato)			
Valore % medio di raggiungimento degli obiettivi				96,66%
Firma del responsabile progetto – Firma del responsabile Area				

Scheda obiettivo n.AA2			Ambito di performance organizzativa: f); g)		
AREA	Area Servizi Amministrativi	SERVIZIO	Servizio Amministrativo	CENTRO DI RESPONSABILITA'	Paola Covili
Area strategica	AZIONI D'AREA ASSE "C" – AREA SERVIZI AMMINISTRATIVI				
Obiettivo strategico	MANTENIMENTO DELLE ATTIVITA' FUNZIONALMENTE RICONDOTTE ALLA COMMITTENZA				
Obiettivo operativo	Garantire l'attività istruttoria e la gestione della documentazione in applicazione dei regolamenti sulla partecipazione alla spesa da parte degli utenti (SAD e Centri Diurni Disabili) e garantire le attività inerenti i sistemi informativi Icaro e Business Object (SAD e SED), in quanto in una fase di possibile modifica istituzionale si ritiene di prolungare tali attività in capo all'Azienda				

Azione di mantenimento	x	Azione di miglioramento		Azione di sviluppo	
Pesatura complessiva ASP		Pesatura nell'Area			

DIAGRAMMA DI GANTT													Interconnessione con altri servizi	Area Gestione Interventi Assistenziali	
G	F	M	A	M	G	L	A	S	O	N	D		Interconnessione con altri obiettivi		
x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x			

Sviluppo temporale	2015/2016
--------------------	-----------

Piano di realizzazione obiettivo / intervento		Realizzato	Verifiche
G	X	Il programma è stato compiutamente realizzato, consentendo alla Committenza di avere, senza soluzioni di continuità, un supporto amministrativo adeguato e coerente alle aspettative. Trattandosi di competenze amministrative di competenza della Committenza, il servizio viene svolto dal personale ASP in incremento rispetto alle specifiche ed istituzionali competenze. - Per il SAD sono state evase n. 255 pratiche per utenti ASP (fino al passaggio di gestione all'ATI) e utenti ATI; - per il CSRD sia ASP che ATI sono state evase 82 pratiche per n. 74 utenti; - per il programma ICARO e reportistica B.O. sono stati eseguiti: n. 87 Report ordinari n. 30 report straordinari n. 16 Reportistiche ed elenchi specifici collegati all'applicazione delle modifiche regolamentari circa la partecipazione degli utenti al costo del SAD n. 40 attività di consulenza a UDP e ente gestore privato - Attività di Analisi con UDP per nuovo Progetto, configurazione delle nuove attività in Icaro e conseguente modifica di Report e Tariffari in BO - Attività di analisi con UDP, ente gestore privato e softwarehouse per realizzare in Icaro il passaggio di gestione del SAD del Nucleo della Montagna da ASP all'ATI Domus Gulliver	Decisamente positive
F	X		
M	X		
A	X		
M	X		
G	X		
L	X		
A	X		
S	X		
O	X		
N	X		
D	X		

Personale coinvolto		
Responsabile / Referenti	Coinvolto direttamente	Coinvolto indirettamente
Paola Covili	Caggiano Maria Rita	Responsabile Area Gestione Interventi Assistenziali
	Morotti Bruna	
	Eugenia Picchioni	

Elementi di forza riscontrati nella attuazione dell'intervento/i
Attività realizzate in coerenza con gli obiettivi dati, seppur in assenza di una specifica competenza assegnata

Elementi critici evidenziati
Lo svolgimento di detta attività, in quanto competenza non ancora transitata alla Committenza, viene garantita dal personale amministrativo in incremento rispetto alle mansioni specifiche. Trattandosi anche di una annualità che ha visto l'ulteriore diminuzione di una unità di personale amministrativo – Cat. D -, in forza presso l'istituto servizio Provveditorato dell'Unione e del Comune di Vignola, detta attività è stata garantita al fine di assicurare il servizio evitando ricadute negative sull'utenza che usufruisce dei servizi interessati

Indicatori di performance	Tragets	Valutazione % di raggiungimento
Compiuta realizzazione delle azioni collegate all'attività	100%	100%
Applicazione delle disposizioni regolamentari in fase di modifica da parte della committenza	100%	100%
Valore % medio di raggiungimento degli obiettivi		100%

Firma del responsabile progetto – Firma del responsabile Area

L'Obiettivo AA3 nel corso dell'anno 2015 è stato modificato ed integrato come definito nella delibera del Amministratore Unico n. 20 del 29/09/2015 "Modifiche ed integrazioni al Piano della Performance"

Scheda obiettivo n.AA3			Ambito di performance organizzativa: b); d); f); g)		
AREA	Area Servizi Amministrativi	SERVIZIO	Direzione - Servizio Amministrativo	CENTRO DI RESPONSABILITA'	Direttore /Paola Covili
Area strategica	AZIONI D'AREA ASSE "C" – AREA SERVIZI AMMINISTRATIVI				
Obiettivo strategico	ISTITUZIONE E SVILUPPO DEL SERVIZIO PATRIMONIO				
Obiettivo operativo	Nell'ambito dell'area Servizi Amministrativi, si è dato avvio ad un processo di revisione dell'assetto organizzativo Aziendale, anche in relazione alle particolari e complesse competenze in materia di gestione del patrimonio, che ha consentito all'azienda di dotarsi di una figura tecnica esperta, per il coordinamento e lo svolgimento delle attività amministrative e gestionali inerenti tutto il proprio patrimonio, immobiliare e mobiliare. In particolare l'istituzione del Servizio patrimonio (atto Amministratore Unico n. 5/2015) prevede che il suddetto processo vada gradualmente implementandosi per meglio rispondere al fabbisogno di competenze e professionalità che il servizio in oggetto richiede.				

Azione di mantenimento		Azione di miglioramento		Azione di sviluppo	x
Pesatura complessiva ASP	Alta	Pesatura nell'Area	alta		

DIAGRAMMA DI GANTT													Interconnessione con altri servizi	Aree erogative Asp, Unione Terre di Castelli, Comune di Guiglia
G	F	M	A	M	G	L	A	S	O	N	D		Interconnessione con altri obiettivi	A3
x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		
Sviluppo temporale		2015/2017												

Piano di realizzazione obiettivo / intervento												Realizzato	Verifiche
G	X											Il presente progetto attiene all'assetto organizzativo con particolare attenzione alle competenze. Infatti nel corso dell'anno 2015 sia l'ASP "Giorgio Gasparini" che l'Unione "Terre di Castelli" hanno manifestato la necessità di dotarsi di una figura tecnica esperta, per il coordinamento e lo svolgimento delle attività amministrative e gestionali inerenti tutto il proprio patrimonio, immobiliare e mobiliare. La struttura organizzativa e l'articolazione degli uffici e dei servizi è stata quindi modificata ed aggiornata in forza della necessaria e più generale necessità di proseguire, tramite collaborazioni istituzionali, il raggiungimento dell'interesse pubblico, nell'ambito della più efficiente ed efficace gestione dei servizi, di omogeneità ed economicità di procedure e di spesa, anche nella prospettiva dell'eventuale, futuro, scioglimento dell'ASP stessa. Il servizio patrimonio (referente ed operaio manutentore) ha governato un programma manutentivo, con particolare attenzione ai beni immobili di proprietà, avendo cura di evidenziare le priorità di intervento, finalizzato a ridurre al minimo disagi e rischi legati alla sicurezza degli operatori, degli ospiti dei servizi (con particolare attenzione alla Casa residenza per anziani di Vignola) e dei frequentatori (familiari etcc...). E' in fase di implementazione un programma manutentivo più strutturato In particolar modo al Referente del Servizio patrimonio è stato affidato il ruolo di referente tecnico interno nella fase conclusiva del progetto di "adeguamento zona servizi alla normativa vigente e realizzazione locali per attività ASP" per favorire il processo di completamento delle opere residue e avviare la fase di collaudo finale, senza ulteriori intralci almeno dal punto di vista tecnico. Il servizio Patrimonio opera in stretta collaborazione con l'ufficio approvvigionamenti per gli acquisti ed i servizi di competenza. Tale collaborazione crea valore aggiunto in quanto orientato all'efficientamento dell'azione amministrativo/tecnica.	Parzialmente positive
F	X												
M	X												
A	X												
M	X												
G	X												
L	X												
A	x												
S	x												
O	x												
N	x												
D	x												

Personale coinvolto		
Responsabile / Referenti	Coinvolto direttamente	Coinvolto indirettamente
Direttore - Paola Covili	Isabel Degli Antoni	Tutto personale ASP

Referente Davalli Alessandro	Paola Pini	Corsini Sandra (somministrato)
	Zenchi Monica	Loriano Nicola (somministrato)
	Iacconi Nerina	
	Fazioli Enzo	
	Amidei Patrizia	
	Parisi Alessandra	
	Sanfelici Gianfranco	
	Caggiano Rita	
	Pedroni Paola	
	Picchioni Eugenia	
	Pini Bosi Patrizia	

Elementi di forza riscontrati nella attuazione dell'intervento/i:

Uno dei principali punti di forza è rappresentato dal maggior controllo e verifica circa lo stato di cura del patrimonio immobiliare ma anche mobiliare, con la tempestività necessaria ad assicurare adeguati interventi manutentivi. In particolare è stato raggiunto un obiettivo migliorativo rispetto al target di riferimento per quanto attiene la tempestività e flessibilità organizzativa. La strutturazione, anche se non completata, del servizio Patrimonio ha consentito di acquisire sempre più la consapevolezza che, in ambiti delicati e strategici quali sono quelli dei servizi alla persona, i servizi che operano al fine di consentire un sempre migliore grado di sicurezza sia delle strutture che delle attrezzature, è quanto mai indispensabile siano caratterizzati da un alto grado di affidabilità e tempestività nell'intervento specifico. Ulteriore punto di forza è la sinergia operativa tra il servizio e l'ufficio approvvigionamenti.

Elementi critici evidenziati: Non si evidenziano particolari elementi di criticità, se non quelli relativi alla necessità di dotarsi di un sistema più strutturato che consenta di garantire un maggiore monitoraggio ed un controllo preventivo più efficace degli interventi che si rendono necessari.

Indicatori di performance	Targets	Valutazione % di raggiungimento
Individuazione delle modalità migliori per garantire una coordinata azione di monitoraggio e gestione del patrimonio immobiliare e mobiliare	100%	90%
Tenuta di un programma manutentivo per gli immobili di proprietà ed in gestione all'Azienda. Conoscenza del patrimonio per realizzare gli interventi necessari al fine di garantire il "buono stato di salute" del patrimonio stesso, riducendo al minimo i rischi di deperimento	100%	80%
Garantire la tempestività e la flessibilità delle azioni/interventi manutentivi necessari. Rispondere con efficienza ed economicità alle esigenze di manutenzione programmate e non programmate.	85%	100%
Riorganizzazione del personale dedicato al fine di ottimizzare le risorse per il raggiungimento dell'obiettivo di produrre sinergie operative	90%	90%
Gestire in maniera coordinata con il Direttore e il Responsabile Area Servizi Amministrativi le fasi conclusive del progetto di "adeguamento zona servizi alla normativa vigente e realizzazione locali per attività ASP"	100%	100%
Valore % medio di raggiungimento degli obiettivi		92%

Firma del responsabile progetto – Firma del responsabile Area

Scheda obiettivo n.AA4			Ambito di performance organizzativa: f)		
AREA	Area Servizi Amministrativi	SERVIZIO	Servizio Amministrativo/ufficio personale	CENTRO DI RESPONSABILITA'	Paola Covili
Area strategica	AZIONI D'AREA ASSE "C" – AREA SERVIZI AMMINISTRATIVI				
Obiettivo strategico	MONITORAGGIO E INCREMENTO DEI RIMBORSI IN ENTRATA RELATIVAMENTE ALLE ASSENZE DEL PERSONALE DIPENDENTE				
Obiettivo operativo	Incremento delle entrate derivanti da: a) Rimborsi relativi alle assenze per malattia causa terzi: richiesta di rimborso alla Compagnia Assicurativa del dipendente (risarcimento danni ai sensi dell'art. 2043 del Codice Civile), salvo rivalsa verso la Compagnia del terzo avente colpa, nel caso in cui il dipendente si sia assentato (per malattia o infortunio) per colpa di terzi. Si procede alle richieste di rimborso per tutti gli eventi (segnalati dai dipendenti) per i quali non sia ancora intervenuta la prescrizione (biennale). b) Riliquidazioni infortuni: richiesta di riliquidazione all'INAIL per eventi di infortunio, ricalcolata anche sulla base degli istituti di salario accessorio liquidati l'anno successivo, quindi a consuntivo una volta erogato tutto il salario accessorio relativo all'anno in cui è avvenuto l'infortunio.				

Azione di mantenimento		Azione di miglioramento	x	Azione di sviluppo	
Pesatura complessiva ASP	Alta	Pesatura nell'Area		alta	

DIAGRAMMA DI GANTT											
G	F	M	A	M	G	L	A	S	O	N	D
								x	x	x	x
Sviluppo temporale						2015/2016					
Interconnessione con altri servizi						Struttura risorse Umane dell'Unione Terre di Castelli					
Interconnessione con altri obiettivi											

Piano di realizzazione obiettivo / intervento			Realizzato	Verifiche
S	X	a) Raccolta di tutti i dati necessari relativi all'assenza per causa terzi (sia malattia che infortunio); predisposizione lettera di rimborso con quantificazione del dovuto ed invio alla Compagnia Assicuratrice; monitoraggio periodico delle assenze	Nell'ambito del progetto si sono realizzate n. 19 pratiche controllo INAIL a cui si aggiunge n. 1 pratica controllo INAIL per produttività. Tutte le pratiche non hanno dato corso a ulteriori verifiche ed azioni di rimborso. Si è garantito il monitoraggio periodico delle assenze anche in ordine ai suddetti controlli.	Decisamente positive
O	X	b) Azioni conseguenti in linea con le procedure che l'Inail richiederà		
N	X			
D	X			

Personale coinvolto		
Responsabile / Referenti	Coinvolto direttamente	Coinvolto indirettamente
Paola Covili	Morotti Bruna	
	Toffolo Elena	

Elementi di forza riscontrati nella attuazione dell'intervento/i:
Aver conseguito nel poco tempo a disposizione (avviato da settembre 2015) il completamento delle verifiche ed il controllo delle pratiche relativamente alle situazioni da approfondire

Elementi critici evidenziati: Non si riscontrano elementi di criticità

Indicatori di performance	Targets	Valutazione % di raggiungimento
Verifica dei lavoratori che nelle annualità 2013/2014 hanno avuto assenze dal lavoro diverse dalle ferie e recuperi	100%	100%
Raccolta dai lavoratori interessati dei dati relativi ad assenze per causa di terzi (sia malattia che infortunio)	100%	100%
Avvio procedure per il recupero degli eventuali rimborsi	60%	100%
Valore % medio di raggiungimento degli obiettivi		100%

Firma del responsabile progetto – Firma del responsabile Area
--

L'Obiettivo AA5 è un nuovo obiettivo inserito nel corso dell'anno 2015 con delibera del Amministratore Unico n. 20 del 29/09/2015 "Modifiche ed integrazioni al Piano della Performance"

Scheda obiettivo n.AA5			Ambito di performance organizzativa: b); d); f); g)		
AREA	Area Servizi Amministrativi	SERVIZIO	Direzione - Servizio Amministrativo	CENTRO DI RESPONSABILITA'	Direttore /Paola Covili
Area strategica	AZIONI D'AREA ASSE "C" – AREA SERVIZI AMMINISTRATIVI				
Obiettivo strategico	ISTITUZIONE E SVILUPPO DEL SERVIZIO PROVVEDITORATO				
Obiettivo operativo	Nell'ambito di una efficace ed efficiente organizzazione dei servizi ed in particolar modo dei servizi di staff, l'Unione, il Comune di Vignola, e l'ASP hanno ritenuto di istituire il Servizio Provveditorato, presso la stessa ASP (atto dell'Amministratore Unico n. 22/2015), per il raggiungimento dell'interesse pubblico e degli obiettivi generali di omogeneità ed economicità di procedure e di spesa. La struttura organizzativa dell'Area Servizi Amministrativi è stata quindi modificata in forza della necessità di mettere a disposizione unità di personale al costituendo Servizio, all'interno del più generale processo di superamento dell'Asp.				

Azione di mantenimento		Azione di miglioramento		Azione di sviluppo	x
Pesatura complessiva ASP	Alta	Pesatura nell'Area	alta		

DIAGRAMMA DI GANTT												Interconnessione con altri servizi	Aree erogative Asp, Unione Terre di Castelli, Comune di Vignola
G	F	M	A	M	G	L	A	S	O	N	D		
									x	x	x	Interconnessione con altri obiettivi	A3
Sviluppo temporale		2015/2016											

Piano di realizzazione obiettivo / intervento			Realizzato	Verifiche
O	x		Con decorrenza 19 ottobre (atto Amministratore Unico n. 22/2015 e atto n. 1990/2015 dell'Unione Terre di Castelli), l'Unione "Terre di Castelli" e l'ASP "Giorgio Gasparini" hanno valutato l'opportunità di organizzare un Servizio Provveditorato che svolgesse in modo efficace ed efficiente le attività di staff per i diversi servizi dell'Unione, per il comune di Vignola, ed in futuro per i servizi ASP, accentrando presso la stessa ASP le suddette funzioni. Similmente al Servizio Patrimonio, il Servizio Provveditorato è stato istituito in ASP anche nella prospettiva dello scioglimento dell'ASP stessa, avendo come obiettivo strategico il raggiungimento dell'interesse pubblico nell'ambito della più efficiente gestione dei servizi di approvvigionamento di beni e servizi in staff per i diversi uffici/servizi/Strutture, anche in una logica di economicità di procedure e di spesa. Sono stati realizzati i vari step di avvio del servizio, avendo particolare attenzione e riguardo al mantenimento, senza soluzione di continuità, di un buon livello di prestazione e di erogazione del servizio e al necessario collegamento con l'analogo servizio dell'Azienda, nell'ottica di un previsto e prossimo superamento dell'ASP. In effetti si è operato nell'ottica del "lavoro di gruppo" che ricomponesse in un prossimo futuro, all'interno di un unico servizio, i tre enti usufruttori. Tale lavoro di gruppo ha necessariamente comportato un iniziale studio delle possibili interazioni al fine di accumulare le tipologie di servizi e di forniture da acquisire, anche con particolare riguardo all'allineamento delle reciproche scadenze. Sono altresì state avviate procedure di reportistica e di controllo della spesa sulle tipologie di intervento ritenute più significative in termini di volume di spesa e di "portatori di interesse" (i servizi finali a cui è rivolto), come materiale igienico-sanitario, pulizie dei locali e degli edifici, cancelleria-carta e toner e buoni pasto.	Positive
N	x			
D	x	•Garantire il passaggio delle competenze e l'avvio dell'attività senza soluzione di continuità con la precedente gestione •Garantire un adeguato percorso formativo per il personale coinvolto •Promuovere un efficace interazione con l'analogo servizio ASP nell'ottica del previsto superamento dell'Azienda e conseguente trasferimento dei servizi all'Unione •Attraverso un percorso di acquisizione e approfondimento delle attività e delle procedure, avviare un processo di analisi, studio e confronto volto a programmare azioni di miglioramento, efficientamento e razionalizzazione ivi compreso un adeguato sistema di controllo di gestione anche con specifici supporti informatici		

Personale coinvolto		
Responsabile / Referenti	Coinvolto direttamente	Coinvolto indirettamente
Direttore - Paola Covili	Isabel Degli Antoni	Unione Terre di Castelli
Dirigente Unione Elisabetta Pesci	Sandra Corsini	Comune di Vignola
	Personale Unione Katia Bizzarro	

Elementi di forza riscontrati nella attuazione dell'intervento/i:

un elemento di positività lo si riscontra nel percepito buon livello di gradimento da parte dei servizi a cui la prestazione è resa, in quanto sono stati ridotti al minimo i rischi di possibili disagi e disguidi, compatibili con un passaggio di responsabilità.

Elementi critici evidenziati: Nel servizio Provveditorato oltre alla materia trattata, resa sempre più complicata dalla complessa e sempre più articolata normativa che appesantisce i procedimenti e comporta una maggiore attenzione alla fase istruttoria degli stessi che in una fase di passaggio ed integrazione delle competenze può risultare particolarmente ostica, il principale elemento di criticità è dato dall'acquisizione in corsa delle competenze e relative procedure diverse da quelle dell'Azienda, in quanto gestite nell'ambito della contabilità finanziaria. Ciò ha necessariamente messo in evidenza due processi (ASP in contabilità economica e Unione "Terre di Castelli"/Comune di Vignola in contabilità finanziaria) che rispondono ad un unico obiettivo ma perseguono logiche e procedure estremamente differenti e sistemi gestionali/informatici diversi e difficilmente compatibili in un sistema di rete che ha inizialmente (e non per breve periodo) dimostrato inefficienze e interruzioni di servizio.

Indicatori di performance	Targets	Valutazione % di raggiungimento
Garantire il passaggio delle competenze e l'avvio dell'attività senza soluzione di continuità con la precedente gestione	80%	100%
Garantire un adeguato percorso formativo per il personale coinvolto	80%	100%
Promuovere un efficace interazione con l'analogo servizio ASP nell'ottica del previsto superamento dell'Azienda e conseguente trasferimento dei servizi all'Unione	70%	100%
Attraverso un percorso di acquisizione e approfondimento delle attività e delle procedure, avviare un processo di analisi, studio e confronto volto a programmare azioni di miglioramento, efficientamento e razionalizzazione ivi compreso un adeguato sistema di controllo di gestione anche con specifici supporti informatici	20%	100%
Valore % medio di raggiungimento degli obiettivi		100%

Firma del responsabile progetto – Firma del responsabile Area

Tabella riepilogativa degli obiettivi divisi tra performance organizzativa e selettiva

TIPO DI PERFORMANCE	PROGETTI	SVILUPPO TEMPORALE	INDICATORI DI PERFORMANCE	TARGETS	VALUTAZIONE % DI RAGGIUNGIMENTO	VALORE % MEDIO DI RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI	IMPORTO	N. DIPENDENTI COINVOLTI
PERFORMANCE SELETTIVA	A1 - Confermare il positivo esito della valutazione effettuata dall'OTP (DGR n. 2109/2009, "Approvazione della composizione e delle modalità di funzionamento dell'organismo tecnico di ambito provinciale competente per la verifica dei requisiti per l'accreditamento, ai sensi dell'art. 38 della LR 2/2003. Attuazione DRG 514/2009"), con modalità semplificate (verifica requisiti prioritari Determina DG 10904 del 06/08/2014), alla fine dell'anno 2014, che ha dato luogo alla concessione dell'accreditamento definitivo. Si prevede infatti che entro la fine dell'anno 2015 debbano essere confermati il possesso di tutti i requisiti previsti dalla normativa sull'accreditamento, secondo modalità complete ed esaustive e non più semplificate. La mancata conferma di tutti i requisiti potrà comportare la revoca della concessione dell'accreditamento definitivo, ovvero l'applicazione di penalizzazioni al sistema di remunerazione del servizio. E' strategico per il sistema di welfare locale territoriale mantenere e dare continuità alla esperienza di gestione pubblica di servizi socio sanitari. La operatività pubblica deve collocarsi su livelli di "buona gestione", considerando in ciò, i livelli da ricomprendere nelle aree di efficacia, efficienza e qualità, dei servizi erogati. I parametri di riferimento quali quantitativi e di gestione economica (utilizzo delle risorse disponibili qualificate da parametri standard) sono quelli declinati nelle direttive applicabili di livello regionale (DGR 514/2015; DGR 2110/2009; DGR 219/2010 e ss.mm.ii.).	2013/2015	Declinazione dei requisiti generali e dei requisiti specifici di cui alla DRG 514/2009 (allegato D; D.1 RG; D.2.1 SPAD; D.2.2 SPCDA; D.2.3 SPRA; D.2.4 SPCDD	Positiva valutazione ricavabile dal verbale OTAP (analisi documentale e riscontri da sopralluogo) con esiti positivi superiori al 90% degli items oggetto di valutazione. Conferma della concessione dell'accreditamento definitivo (per i vari servizi interessati).	100%	99,70%	9.100	62
			Monitoraggio dell'equilibrio tra domanda e offerta. Gestione elevato turn over nucleo RSA anziani.	Pieno utilizzo del personale dipendente senza ricorrere a debiti orari o periodo di congedo "anticipati"; eventuale riallocazione di personale ad altri servizi e/o aree ASP. Assenza di "ritardate" attivazioni d'interventi richiesti da SSP (inferiore al 5% della tempistica programmata nel PAI). Copertura dei posti almeno del 96% per la CRA e dell'85% per il CD per anziani. N. di ingressi superiore al 90% della capacità ricettiva del nucleo.	100%			
			Mantenimento degli standard quantitativi d'attività programmati (CSRD I PORTICI)	Orario settimanale d'apertura del servizio uguale o superiore a 8 ore medie giornaliere. (100%); Giornate d'attività del servizio remunerate annue 216. (100%); Giornate d'attività del servizio non remunerate annue 4. (100%); Giornate di presenza di utenti remunerate; giornate di assenza utenti parzialmente remunerate; giornate di assenza utenti non remunerate: coerenza con il dato storico maturato nel periodo di accreditamento transitorio con	98%			

				uno scostamento non superiore al 5%.				
			Mantenimento degli standard economici della attività	Conferma del livello di remunerazione del servizio (DGR 219/2010 ss.mm.ii.) con uno scostamento non superiore al 5% rispetto al valore massimo ammissibile per la remunerazione di servizio a gestione pubblica.	100%			
			Consolidamento delle attività di consulenza, supervisione e formazione in coerenza con i parametri DGR 514/09 e DGR219/10 (CSRD I PORTICI)	Attività di consulenza e supervisione programmata, 10 incontri annuali; (100%); Attività di formazione degli operatori, superiore a 15 ore annue medie per operatore (100%)	100%			
			Prosecuzione dell'attività di supervisione-formazione (CRA e CD Anziani)	Programmato un incontro mensile nel periodo ottobre/maggio, per ogni singolo nucleo.	100%			
			Accoglienza di nuovi utenti, al limite dei posti autorizzati/accreditati, indirizzati al servizio dalla committenza e secondo i contenuti del PEI/PAI e le indicazioni dell'UVM	Rispetto della tempistica prevista dal PEI/PAI. (100%)	100%			
	AGS CRA CD 1 - Gestione dell'asestamento organizzativo e della definizione dell'assetto istituzionale, nel più ampio obiettivo di miglioramento della qualità del servizio offerto. Definizione di un unico modello organizzativo di Struttura che consenta l'integrazione fra le diverse figure professionali, in particolare fra quelle sanitarie e quelle prettamente assistenziali, al fine di ottimizzare gli interventi resi e le risorse a disposizione, garantendo unitarietà di intervento ed un maggiore benessere degli anziani ospiti.	2013/2015	Formazione ed attivazione di gruppi di lavoro multi professionali tra le varie figure coinvolte nel processo di cura e di gestione dell'ospite.	N. incontri effettuati e protocolli operativi prodotti.	100%	100,00%	5.600	37
			Percorso di supervisione-formazione orientato: 1) a favorire l'integrazione sia socio sanitaria tra le diverse figure professionali che tra il personale CSA operante nei diversi nuclei; 2) a una chiara definizione dei ruoli al livello del gruppo di Coordinamento, teso a garantire e mantenere una linea comune di servizio.	n. incontri effettuati	100%			
	AGIA 3 ACCREDITAMENTO E SISTEMA QUALITÀ	2014/2016	Operatività del team interno dei servizi e applicazione del protocollo operativo già validato. (monitoraggio dolore)	Valutazioni di specie sulla casistica rientrante nell'azione di monitoraggio prevista dal protocollo monitoraggio dolore - 100%.	100%	100,00%	800	16
			Definizione dei protocolli operativi e accordi con servizi sanitari (dipartimento cure primarie - MMG) gestione preparazione e aiuto alla somministrazione farmaci.	Adozione protocollo e strumenti condivisi per la gestione farmaci 100%.	100%			
			Definizione dei protocolli operativi e accordi con servizi sanitari (dipartimento cure primarie - MMG) corretto utilizzo e prescrizione strumenti di contenzione.	Adozione protocollo e strumenti condivisi per la gestione di strumenti di contenzione 80%	Non applicabile			
			Utilizzo e aggiornamento strumenti previsti nel	Aggiornamento registro				

			progetto "registro delle segnalazioni e dei reclami"	segnalazione e reclami 100%; - azioni di monitoraggio, verifica e eventuale adozione di azioni correttive 80%; - risposte formali; - reportistica di progetto 100%	100%			
			Analisi, programmazione e realizzazione degli interventi previsti dalla RER: - all'allegato 1 delle) "linee guida per la elaborazione e la gestione della cartella socio-sanitaria nei servizi socio-sanitari accreditati per anziani e disabili"; - all'allegato 1 degli "Indirizzi per la rilevazione degli indicatori di benessere delle persone accolte nei servizi socio-sanitari accreditati"; così come per ogni uno di essi nello specifico dettagliato.	Coerenza con le linee d'indirizzo definite dalla RER – 90%	100%			
			Procedure di redazione monitoraggio e verifica dei PEI coinvolgendo tutti i soggetti interessati	Coerenza con le linee d'indirizzo definite dalla RER – 95%	100%			
	AA3 - ISTITUZIONE E SVILUPPO DEL SERVIZIO PATRIMONIO	2015/2017	Individuazione delle modalità migliori per garantire una coordinata azione di monitoraggio e gestione del patrimonio immobiliare e mobiliare	100%	90%	92,00%	2.000	13
			Tenuta di un programma manutentivo per gli immobili di proprietà ed in gestione all'Azienda. Conoscenza del patrimonio per realizzare gli interventi necessari al fine di garantire il "buono stato di salute" del patrimonio stesso, riducendo al minimo i rischi di deperimento	100%	80%			
			Garantire la tempestività e la flessibilità delle azioni/interventi manutentivi necessari . Rispondere con efficienza ed economicità alle esigenze di manutenzione programmate e non programmate.	85%	100%			
			Riorganizzazione del personale dedicato al fine di ottimizzare le risorse per il raggiungimento dell'obiettivo di produrre sinergie operative	90%	90%			
			Gestire in maniera coordinata con il Direttore e il Responsabile Area Servizi Amministrativi le fasi conclusive del progetto di "adeguamento zona servizi alla normativa vigente e realizzazione locali per attività ASP"	100%	100%			
	AGIA 2 -Continuazione dell'esperienza di gestione del progetto aggiuntivo accreditato di "stimolazione cognitiva" individuale e di gruppo; di cui l'ASP è l'unico soggetto gestore per tutto il territorio distrettuale, integrando organizzativamente detta attività nell'ambito del CDA di Vignola, in conseguenza della conclusione della esperienza di gestione ASP del SAD comuni di Guiglia, Montese e Zocca. Garantire la continuità nell'offerta del servizio anche nella condizione di profondo riassetto organizzativo dell'attività del servizio.	2014/2015	Dare continuità agli interventi di stimolazione cognitiva individualizzata proposti in accesso sul progetto dai soggetti committenti (SSP – Az.USL) anche nella fase di riassetto organizzativo dell'offerta di servizio.	90 % degli interventi proposti in seguito attivati nella tempistica programmata.	95%	99,17%	500	5
			Dare continuità agli interventi di stimolazione cognitiva di gruppo – Partecipazione ai momenti di coordinamento del progetto "sorrisi e caffè"	90 % degli interventi programmati in seguito realizzati (stimolazione cognitiva di gruppo)	100%			
			Attivazione e organizzazione della equipe multi professionale di progetto (prospettati 10 incontri annuali).	Partecipazione ai lavori dell'equipe multi professionale di progetto 100%	100%			

PERFORMANCE SELETTIVA			Attivazione di una nuova esperienza di formazione e aggiornamento specifico sulla stimolazione cognitiva rivolta a tutto il personale operante sul CDA/SAD	Almeno 90% del personale interessato ha partecipato alla formazione specifica.	100%			
			Attivazione interventi di stimolazione cognitiva individuale e di gruppo secondo la nuova modalità organizzativa (integrazione nel gruppo di lavoro del CDA) e inserendo nuovi componenti il team specialistico	Almeno due nuovi operatori (formati) inseriti operativamente nell'esperienza.	100%			
			Incremento attività rispetto al consolidato storico del servizio	Avvio della esperienza di sorrisi e caffè da una iniziativa quattordicinale a una iniziativa settimanale	100%			
	AGS CRA E CD 3 - Rilevazione degli indicatori di benessere degli anziani ospiti della CRA e del CD Anziani. Attivazione di un percorso di rilevazione e valutazione della qualità assistenziale erogata, prendendo come riferimento i requisiti previsti dalla DGR 514/2009 e la loro modalità di interrelazione.	2015/2017	Introduzione graduale degli indicatori di carattere generale e specifico previsti nel documento di indirizzo elaborato dalla Regione ER nel Dicembre 2014.	N. indicatori attivati nel 2015	98%	98,00%	2.700	38
	AA5 ISTITUZIONE E SVILUPPO DEL SERVIZIO PROVVEDITORATO	2015/2016	Garantire il passaggio delle competenze e l'avvio dell'attività senza soluzione di continuità con la precedente gestione	80%	100%	100,00%	550	3
			Garantire un adeguato percorso formativo per il personale coinvolto	80%	100%			
			Promuovere un efficace interazione con l'analogo servizio ASP nell'ottica del previsto superamento dell'Azienda e conseguente trasferimento dei servizi all'Unione	70%	100%			
			Attraverso un percorso di acquisizione e approfondimento delle attività e delle procedure, avviare un processo di analisi, studio e confronto volto a programmare azioni di miglioramento, efficientamento e razionalizzazione ivi compreso un adeguato sistema di controllo di gestione anche con specifici supporti informatici	20%	100%			
	AGIA 5 Incremento operativo attività - Specifici per il SIL Partecipazione a progetti di ambito provinciale in partnership con enti di formazione accreditati (AECA; FORMODENA; ecc.) e servizi del territorio; funzionali ad un incremento entrate finanziarie, ovvero a riduzione di spese dirette sull'utenza (incentivo di partecipazione). Specifici per CASPITA Incrementare la attività in conto terzi riducendo contemporaneamente la attività in conto proprio (uno dei tre elementi propedeutici al possibile incremento dell'utenza in carico al servizio), considerando: l'incremento nel volume d'attività (tempo lavoro e/o entrate economiche da lavorazioni); incremento nelle tipologie di lavorazioni; incremento di ditte e aziende	2014/2015	Attivazione nuovi progetti in partnership con enti di formazione accreditati	80% di risposte positive alle richieste di collaborazione che pervengono al SIL	100%	98,75%	1.900	9
			Realizzazione azioni previste in carico all'ASP per gli interventi programmati	90%	100%			
			Incremento tempo lavoro dedicato a lavorazioni in conto terzi e/o incremento delle entrate da lavorazioni in conto terzi	100%	100%			
			Incremento di ditte/aziende committenti e/o incremento delle tipologie di lavorazioni da realizzare in conto terzi	Almeno una ditta/azienda committente nuova rispetto alla condizione storica di rapporti del servizio; ovvero, incremento di	95%			

committenti.			almeno due nuove lavorazioni collegate alle commesse in conto terzi, nel corso dell'anno					
AGS CRA CD 5 - RIORGANIZZAZIONE SERVIZI ALBERGHIERI	2015/ 2016	Implementazione del servizio di dispensa della cena in sala da pranzo	90%	100%	99,50%	1.000	5	
		Rielaborazione dei menù stagionali in uso e validazione da parte del SIAN Ausl Modena	100%	98%				
		Incontri equipe multidisciplinare	n. incontri	100%				
		Riorganizzazione servizio lavanderia-guardaroba	100%	100%				
AGIA 6 - Qualificazione dell'ASP (SIL) quale soggetto promotore per l'attività di tirocinio (Approvazione e entrata in vigore della nuova L.R. 7/2013 riguardante i "tirocini").	2014/ 2015	n. di interventi previsti a progetto	80%	100%	100,00%	900	5	
		Attivazione nuovi progetti rispettando la tempistica prevista dalla nuova normativa	70% dei progetti che non presentino ritardi in conseguenza della nuova normativa	100%				
		Attività realizzata e rendicontata alla Provincia	Almeno il 70% di realizzazione degli interventi previsti a progetto	100%				
AA2 - Mantenimento delle attività funzionalmente ricondotte alla committenza	2015/ 2016	Compiuta realizzazione delle azioni collegate all'attività	100%	100%	100,00%	300	3	
		Applicazione delle disposizioni regolamentari in fase di modifica da parte della committenza	100%	100%				
AA4 - Monitoraggio e incremento dei rimborsi in entrata relativamente alle assenze del personale dipendente	2015/ 2016	Verifica dei lavoratori che nelle annualità 2013/2014 hanno avuto assenze dal lavoro diverse dalle ferie e recuperi	100%	100%	100,00%	300	2	
		Raccolta dai lavoratori interessati dei dati relativi ad assenze per causa di terzi (sia malattia che infortunio)	100%	100%				
		Avvio procedure per il recupero degli eventuali rimborsi	60%	100%				
AGIA 4 - Realizzazione delle azioni previste dal Piano triennale di prevenzione della corruzione ASP L. 190/2012 (azioni da realizzare nell'anno 2015) - corresponsione incentivo terapeutico riabilitativo agli utenti dei servizi - monitoraggio sulla produzione e vendita prodotti realizzati nei laboratori	2014/ 2015	Adozione strumento "firma per ricevuta" collegato alla corresponsione dell'incentivo terapeutico riabilitativo all'attività	100%	100%	97,50%	800	7	
		Strumenti di controllo sulla coerenza incassi incrociando i dati tra prodotti finiti, prodotti venduti e prodotti invenduti	70%	95%				
AA 1 - IMPLEMENTAZIONE E MONITORAGGIO DELLE AZIONI TECNICO AMMINISTRATIVE IN RELAZIONE AGLI ADEMPIMENTI DI LEGGE IN MERITO A TRASPARENZA, INTEGRITA', PREVENZIONE DELL'ILLEGALITA', LOTTA ALLA CORRUZIONE NELLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE.	2014/ 2016	• Aggiornamento del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione entro il 31 gennaio 2015; • Attuazione del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione • Monitoraggio del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione • Monitoraggio sullo stato di attuazione del Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità ed eventuale aggiornamento; • Coordinamento del Piano di Prevenzione della Corruzione, del Programma triennale per la Trasparenza e l'Integrità e del Piano Dettagliato	1° QUADRIMESTRE 100%	100%	96,66%	1.920	6	

			degli Obiettivi e della Performance; • Pubblicazione dei dati e degli atti richiesti dalla normativa in materia di trasparenza/integrità sul sito dell'Azienda;					
			• Attuazione del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione • Monitoraggio del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione • Monitoraggio sullo stato di attuazione del Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità ed eventuale aggiornamento; • Coordinamento del Piano di Prevenzione della Corruzione, del Programma triennale per la Trasparenza e l'Integrità e del Piano Dettagliato degli Obiettivi e della Performance; • Pubblicazione dei dati e degli atti richiesti dalla normativa in materia di trasparenza/integrità sul sito dell'Azienda;	2° QUADRIMESTRE 100%	100%			
			• Attuazione del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione • Monitoraggio del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione • Monitoraggio sullo stato di attuazione del Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità ed eventuale aggiornamento; • Coordinamento del Piano di Prevenzione della Corruzione, del Programma triennale per la Trasparenza e l'Integrità e del Piano Dettagliato degli Obiettivi e della Performance; • Pubblicazione dei dati e degli atti richiesti dalla normativa in materia di trasparenza/integrità sul sito dell'Azienda; • Verifica dei risultati dell'attività svolta dal Responsabile della prevenzione della illegalità e della corruzione, funzionale all'aggiornamento del Piano per l'annualità successiva	3° QUADRIMESTRE 100%	95%			
PERFORMANCE ORGANIZZATIVA	AGS CRA CD 2 -Flessibilità nell'organizzazione del lavoro – Contenimento sostituzioni delle assenze dal lavoro di breve durata - inferiore a 10 giorni - (malattie, infortuni, permessi, ecc..) con personale esterno. Rientri da riposi, ferie e recuperi. . (Questo obiettivo nella Destinazione delle Risorse del fondo rientra nei Compensi per l'esercizio di attività particolarmente disagiate)	2013/ 2015	N. giornate di assenza dal lavoro non sostituite/N. totale giornate di assenza.	N. giornate di assenza dal lavoro non sostituite con personale esterno superiore al 20% del N. di giornate di assenza.	100%	100,00%	830	20
			N. giornate di rientro da riposi, ferie, recuperi.	N. giornate di rientro da riposi, ferie, recuperi.	100%			
	A2 - Incrementare e consolidare le capacità di risposta del servizio, anche a fronte del perdurare della situazione di crisi, pesantemente incidente sull'organizzazione e realizzazione degli interventi e delle attività dei servizi.	2013/ 2015	n. di Equipe operative territoriali programmate nell'anno (16) in rapporto al n. di Equipe realizzate, comprensive dei "recuperi" per particolari condizioni contestuali	100%	100%	100,00%	66.333	72
			Progetti di tirocinio programmati; tirocini realizzati	Almeno l'80% di tirocini programmati in seguito poi	100%			

				realizzati.				
			Attività realizzata e rendicontata alla Provincia	Almeno il 70% dei finanziamenti destinati al territorio riconosciuti in sede di rendicontazione.	100%			
			n. di giornate d'attività nell'anno e orario d'apertura; numero di interventi in attività straordinaria realizzati nell'anno; numero di giornate di attività di natura straordinaria.	Report d'attività del servizio, storicizzazione degli ultimi tre anni d'attività; scostamento non superiore al 5% dell'attività del servizio.	100%			
			Accoglienza di nuovi utenti, al limite dei posti ammissibili, indirizzati al servizio Caspita dalla committenza e secondo i contenuti del PEI e le indicazioni dell'UVM	100% Rispetto della tempistica prevista dal PEI.	100%			
			Conferma dei livelli qualitativi d'attività in conto terzi (rispetto della tempistica di consegna ordini; evitare o ridurre al minimo i resi per non conformità delle lavorazioni)	Rispetto della tempistica di consegna lavorazioni al 95%. Resi per non conformità nelle lavorazioni inferiori al 5% della produzione.	100%			
	A3 - Dare attuazione a tutte le azioni che verranno previste per dare piena attuazione alla Delibera del Comitato di Distretto "Programma di riordino delle forme pubbliche di gestione dei servizi Sociali e Socio sanitari di cui alla L. Regionale del 26 luglio 2013 n. 12: individuazione unitarietà della gestione pubblica nel distretto sanitario di Vignola"	2015/2016	SAD - Rispetto della tempistica dettata dalla committenza territoriale e allo stato fissata al 01/04/2015. (La stessa committenza ha in seguito spostato la tempistica al 01/10/2015).	Pieno rispetto della scadenza indicata.	100%	100,00%		
			SAD - Piena ricollocazione del personale ASP operante nel SAD su altri servizi aziendali, considerando le eventuali prescrizioni dettate dal medico competente, senza soluzione di continuità nella produttività di ogni singolo dipendente ASP.	100%	100%			
			SAD - Operatività del servizio senza soluzione di continuità nel passaggio di gestione	100%	100%			
			SAD - Segnalazioni nel "Registro delle segnalazioni e dei reclami" di eventuali disservizi collegati al passaggio della gestione	100% delle eventuali segnalazioni valutate; 90% delle eventuali segnalazioni positivamente risolte per il contesto specifico del passaggio della gestione.	100%			
			Partecipazione ai gruppi di lavoro finalizzati a definire i passaggi per il trasferimento dei servizi	100%	100%			
			Realizzazione dell'analisi dei processi relativi a tutte le attività e i progetti dell'Azienda	70%	Non valutabile – attività sospesa su mandato del Comitato di Distretto			
	B1 - ATTUAZIONE DEGLI ADEMPIMENTI DI LEGGE IN MATERIA DI TRASPARENZA, INTEGRITA', PREVENZIONE DELL'ILLEGALITA' E LOTTA ALLA CORRUZIONE NELLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE.	2014/2016	Formazione e coinvolgimento del personale Asp relativamente alle azioni positive da porre in essere in coerenza con i contenuti dei Piani relativi alla Trasparenza ed alla prevenzione della Corruzione	100%	100%	100,00%		
			Informazione e formazione relativamente ai contenuti del Codice di Comportamento dei	100%	100%			

			dipendenti ASP					
			Monitoraggio e verifica dei livelli di implementazione delle azioni di (in)formazione e rilevazione delle criticità	80%	100%			
	AGIA 1 - Visibilità dei servizi	2014/ 2016	Realizzazione di esperienze di apertura all'utilizzo spazi del territorio, coinvolgente gli utenti del SAD; gli operatori di contatto dei servizi socio sanitari territoriali, gli utenti di altri servizi ASP e/o altri soggetti gestori e le forme organizzate dell'associazionismo territoriale.	Realizzare due iniziativa nell'anno, per servizio, con caratteristiche innovative rispetto l'ordinaria attività del servizio prevista dalla committenza nel CdS.	100%	99,17%		
			Realizzare esperienze di partecipazione a momenti aggregativi territoriali, per il CSR D I Portici e il Laboratorio cASPita, coinvolgendo gli utenti, i famigliari degli stessi, gli operatori di contatto dei servizi socio sanitari territoriali e le forme organizzate dell'associazionismo territoriale; la cittadinanza.	Costituzione dei Comitati Famigliari (Portici e Caspita); avvio attività dei comitati famigliari.	100%			
				Almeno una nuova iniziativa pubblica innovativa rispetto alla esperienza consolidata dei servizi	100%			
			Prevedere forme di comunicazione delle iniziative realizzate, anche attraverso la presenza sugli spazi pubblici istituzionali e/o nel sito web aziendale.	Gestire forme di comunicazione sugli eventi realizzati che coprano almeno l'80% delle iniziative poste in essere.	100%			
			Realizzare laboratori "aperti" in collaborazione e con la partecipazione delle scuole del territorio.	Risposta alle richieste di collaborazione al limite delle iniziative storiche realizzate.	100%			
			Attivare lo spazio e-commerce nel sito web aziendale, finalizzato a implementare le forme di commercializzazione e diffusione dei prodotti realizzati nei laboratori del CSR D I Portici e cASPita	Attivare lo spazio e-commerce del sito web, inserimento dei prodotti di base dell'attività, almeno il 50% del campionario toccato dall'attività.	95%			
	AGS CRA CD 4 - GESTIONE ATTIVITA' DI ANIMAZIONE CON PERSONALE CSA	2013/ 2015	Definizione di progetti operativi per gruppi e individuali e monitoraggio degli stessi. N. di anziani coinvolti nelle attività/n. totale di anziani. Definizione di progetti operativi di attività con volontari	n. progetti definiti e relativi monitoraggi. n. progetti con volontari. n. di anziani coinvolti nelle attività/n. totale di anziani (minimo 80% per il nucleo di casa protetta, minimo 60% per il nucleo RSA; minimo il 90% per il CD)	95%	95,00%		
	valore % ponderato medio Aziendale					98,77%		

Gli obiettivi per i quali lo sviluppo temporale ha la cella colorata in azzurro sono obiettivi per cui rilevanza delle azioni sarà particolarmente significativa nel corso dell'anno 2016

CRITERI DI VALUTAZIONE DELLE PRESTAZIONE DEI DIRIGENTI

La valutazione dei risultati del dirigente viene condotta dal Amministratore Unico. Essa si attua sulla verifica del grado di raggiungimento degli obiettivi strategici trasversali e degli obiettivi di ogni Area, nonché sugli elementi comportamentali espressi nell'esercizio della funzione direzionale.

L'articolazione degli elementi di valutazione è la seguente:

- a) conseguimento degli obiettivi strategici trasversali;
- b) realizzazione degli obiettivi delle singole Aree;
- c) elementi comportamentali espressi nell'esercizio della funzione direzionale.

Tenuto conto dei compiti attribuiti l'Amministratore Unico formula la proposta sulle aspettative relative agli elementi comportamentali e di pesatura dei tre elementi di cui innanzi.

La pesatura, per complessivi 100 punti, è ripartita nei seguenti pesi numerici:

- a) 40 punti per l'elemento di cui alla lettera a);
- b) 30 punti per ciascuno degli elementi di cui alle lettere b) e c).

Tenuto conto del fatto che il premio di risultato è ricompreso tra percentuali minime e massime, previste dalla vigente contrattazione collettiva nazionale nonché dal vigente sistema di valutazione (contratto decentrato siglato in data 12.05.2005, così come confermato all'art 27 dell'Accordo Quadro siglato il 17/12/2015), da calcolare sull'importo della retribuzione di posizione in concreto assegnata, è previsto un punteggio minimo da conseguire, sotto il quale si ritiene non raggiunto un livello sufficiente di prestazione, con conseguenze sul regime d'incarico ai sensi delle disposizioni di legge, contrattuali nazionali e regolamentari interne e senza attribuzione di alcun premio, definito in 50/100 di valutazione complessiva per tutti gli elementi di cui innanzi; oltre tale limite (almeno 51 punti su 100) si riconosce il premio, costituito dal minimo contrattuale e da un'ulteriore quota correlata alla quantità di punti ottenuti. In particolare:

da 81 a 100 punti OTTIMO: intera retribuzione di risultato

da 71 a 80 punti BUONO: 80% della retribuzione

da 61 a 70 punti DISCRETO: 70% della retribuzione

da 51 a 60 punti SUFFICIENTE: 60% della retribuzione

da 0 a 50 punti INSUFFICIENTE: nessun emolumento

L'Amministratore Unico effettua la valutazione compilando una scheda, di cui di seguito si riporta il modello, che tiene conto della media di conseguimento degli obiettivi trasversali e di Area, (max 40 punti per il conseguimento degli obiettivi trasversali e max 30 punti per la realizzazione degli obiettivi di Area) nonché della media dei punti attribuiti relativamente agli elementi di valutazione comportamentali (max 30 punti). La somma dei tre risultati offre la valutazione complessiva attribuita al dirigente.

Questa scheda, come peraltro la successiva relativa alla valutazione delle Posizioni Organizzative, è stata in corso d'anno perfezionata nei contenuti rispetto a quella utilizzata fino alla valutazione relativa all'anno 2013. Tale perfezionamento non ha però inciso sul vigente sistema di valutazione in quanto l'intervento di miglioramento ha riguardato unicamente la parte della scheda relativa al raggiungimento degli obiettivi trasversali e di area nella quale sono stati evidenziati nel dettaglio i risultati relativi agli obiettivi propri dei soggetti valutati o i risultati relativi agli obiettivi raggiunti dai Servizi appartenenti alla Direzione del Dirigente.

Scheda di valutazione del Dirigente:

Responsabile apicale Dirigente

Cognome e Nome:	ANNO	2014
Obiettivi		
Grado di raggiungimento degli obiettivi TRASVERSALI	punti attribuiti	punteggio ponderato massimo
TRASVERSALI		40
Media conseguimento obiettivi 1		
Media conseguimento obiettivi 2		
Media conseguimento obiettivi 3		
media punteggi		punteggio attribuito

Grado di raggiungimento degli obiettivi e delle attività delle Aree Aziendali	punti attribuiti	punteggio ponderato massimo
Delle Aree aziendali		30
Media conseguimento obiettivi 1		
Media conseguimento obiettivi 2		
Media conseguimento obiettivi 3		
media punteggi		punteggio attribuito

Comportamento		
Elementi di valutazione	punti attribuiti	punteggio ponderato massimo
Rispetto delle regole di organizzazione e dei procedimenti senza indurre formalismi e burocratismi		30
Rispetto degli indirizzi degli organi di governo		
Capacità di orientare l'attività e i procedimenti tenendo conto dei tempi di risultato e delle obbligazioni assunte con gli utenti favorendo, nelle diverse situazioni, il soddisfacimento dei bisogni della domanda esterna		
Capacità di organizzazione della struttura di preposizione e di gestione del lavoro garantendo le priorità fissate dagli organi di governo e dai soggetti preposti al coordinamento		
Capacità di attivare relazioni con gli altri settori, anche in ambito associativo, per una migliore risoluzione di problematiche comuni (integrazione e intersettorialità)		
Capacità di risolvere le situazioni critiche e impreviste		
Propensione al cambiamento e gestione dei processi di innovazione		
Capacità di organizzare i gruppi di lavoro e di motivarli, favorendo la valorizzazione dei componenti e risolvendo positivamente le situazioni di conflitto		
Capacità di misurare e valutare le prestazioni dei responsabili di P.O. e dei propri collaboratori		
media punteggi		punteggio attribuito

Valutazione complessiva

Firma del valutatore

CRITERI DI VALUTAZIONE DELLE POSIZIONI ORGANIZZATIVE

La valutazione dei risultati della gestione dei dipendenti incaricati di Posizione Organizzativa viene condotta dal Direttore. Essa si attua sulla verifica del grado di raggiungimento degli obiettivi strategici trasversali e gli obiettivi e delle attività proprie e dei servizi della propria Area, nonché sugli elementi comportamentali espressi nell'esercizio della funzione.

L'articolazione degli elementi di valutazione è la seguente:

- a) conseguimento degli obiettivi strategici trasversali;
- b) realizzazione degli obiettivi e delle attività delle aree e servizi di competenza;
- c) elementi comportamentali espressi nell'esercizio della funzione.

Tenuto conto dei compiti attribuiti ad ogni incaricato, il Direttore formula la proposta sulle aspettative relative agli elementi comportamentali e di pesatura dei tre elementi di cui innanzi.

La pesatura, per complessivi 100 punti, è ripartita nei seguenti pesi numerici:

- a) 40 punti per l'elemento di cui alla lettera a);
- b) 30 punti per ciascuno degli elementi di cui alle lettere b) e c).

Tenuto conto del fatto che il premio di risultato è ricompreso tra percentuali minime e massime, previste dalla vigente contrattazione collettiva nazionale, da calcolare sull'importo della retribuzione di posizione in concreto assegnata, è previsto un punteggio minimo da conseguire, sotto il quale si ritiene non raggiunto un livello sufficiente di prestazione, con conseguenze sul regime d'incarico ai sensi delle disposizioni di legge, contrattuali nazionali e regolamentari interne e senza attribuzione di alcun premio, definito in 50/100 di valutazione complessiva per tutti gli elementi di cui innanzi; oltre tale limite (almeno 51 punti su 100) si riconosce il premio, costituito dal minimo contrattuale e da un'ulteriore quota correlata alla quantità di punti ottenuti. In particolare:

- a) da 0 a 40 punti: nessun premio, con revoca o divieto di rinnovo dell'incarico, se scaduto;
- b) da 41 a 50 punti: nessun premio, con possibile revoca o divieto di rinnovo dell'incarico, se scaduto;
- c) da 51 a 60 punti: 10 % della retribuzione di posizione (minimo contrattuale);
- d) da 61 a 70 punti: 15 % della retribuzione di posizione;
- e) da 71 a 80 punti; 20 % della retribuzione di posizione;
- f) da 81 a 100 punti; 25 % della retribuzione di posizione (massimo contrattuale).

Il Direttore effettua la valutazione compilando una scheda, di cui di seguito si riporta il modello, che tiene conto della percentuale di realizzazione degli obiettivi strategici Trasversali e dell'area e servizio di competenza, la cui media contribuisce a determinare lo specifico punteggio attribuito (max 40 punti per il conseguimento degli obiettivi trasversali e max 30 punti per la realizzazione degli obiettivi di area e di servizio) nonché della media dei punti attribuiti relativamente agli elementi di valutazione comportamentali (max 30 punti). La somma dei tre risultati offre la valutazione complessiva attribuita all'incaricato.

Scheda di valutazione di Responsabile di P.O. su incarico del Dirigente:

Responsabile P.O. su incarico del Dirigente

Cognome e Nome:	ANNO	2014
Obiettivi		
Grado di raggiungimento degli obiettivi TRASVERSALI	punti attribuiti	punteggio ponderato massimo
TRASVERSALI		
obiettivo 1		40
obiettivo 2		
obiettivo 3		
obiettivo 4		
obiettivo 5		
media punteggi		punteggio attribuito

Grado di raggiungimento degli obiettivi e delle attività proprie delle aree e dei servizi di competenza	punti attribuiti	punteggio ponderato massimo
DI AREA		
obiettivo 1		30
obiettivo 2		
obiettivo 3		
obiettivo 4		
obiettivo 5		
media punteggi		punteggio attribuito

Comportamento		
Elementi di valutazione	punti attribuiti	punteggio ponderato massimo
Rispetto delle regole di organizzazione e dei procedimenti senza indurre formalismi e burocratismi		30
Rispetto delle direttive superiori		
Capacità di orientare l'attività e i procedimenti tenendo conto dei tempi di risultato e delle obbligazioni assunte con gli utenti favorendo, nelle diverse situazioni, il soddisfacimento dei bisogni della domanda esterna		
Capacità di organizzare il lavoro garantendo le priorità fissate dagli organi di governo e dai soggetti preposti al coordinamento		
Capacità di assicurare interfunzionalità con gli altri servizi della struttura di appartenenza per una migliore risoluzione di problematiche comuni		
Capacità di risolvere le situazioni critiche e impreviste		
Propensione al cambiamento e gestione dei processi di innovazione		
Capacità di organizzare i gruppi di lavoro e di motivarli, favorendo la valorizzazione dei componenti e risolvendo positivamente le situazioni di conflitto		
Capacità di misurare e valutare le prestazioni dei propri collaboratori		
media punteggi		punteggio attribuito

Valutazione complessiva	
--------------------------------	--

Firma del valutatore

CRITERI DI VALUTAZIONE DELLE PRESTAZIONI DEI DIPENDENTI

Ciascun dipendente è valutato per le attività effettivamente realizzate nell'ambito della programmazione amministrativa dell'Ente in relazione alla percentuale d'impiego del dipendente stesso su ciascuna linea di attività e al concreto apporto individuale recato al complesso delle attività del Servizio ai fini della performance proprio servizio e della propria Area.

Le risorse destinate all'erogazione dei compensi incentivanti sono correlate ai programmi di lavoro, con riferimento al livello di professionalità richiesto dalla declaratoria della categoria di appartenenza e una quota può essere correlata a specifici progetti finalizzati al raggiungimento di obiettivi speciali (obiettivi di performance selettiva) individuati dall'Ente.

La quota di incentivo correlata a specifici progetti finalizzati al raggiungimento di obiettivi speciali (obiettivi di performance selettiva) dell'Amministrazione è determinata dall'Ufficio di direzione sulla base delle risorse disponibili e della pesatura attribuita dall'Ente al progetto di riferimento.

La quota di incentivo correlata ai progetti di performance organizzativa per ciascun dipendente è determinata sulla base dei seguenti fattori della valutazione individuale espressa dal dirigente o, dal responsabile del Servizio con le seguenti corrispondenze:

risultati pienamente conformi alle aspettative: 100 % dell'incentivo

risultati apprezzabili rispetto alle aspettative: 85 % dell'incentivo

risultati discreti rispetto alle aspettative: 65 % dell'incentivo

risultati appena adeguati alle aspettative: 40 % dell'incentivo

In caso di risultati inadeguati alle aspettative non viene erogato alcun incentivo.

Per ciascun dipendente il Responsabile di Area compila una scheda di valutazione delle prestazioni individuali che tiene conto di indicatori comportamentali (parzialmente diversificati a seconda della categoria di appartenenza del dipendente, A, B, C e D1/D3) e dell'apporto individuale agli obiettivi di Performance Organizzativa.

Questi due macro ambiti sono a loro volta suddivisi in sottoindicatori la cui somma conduce al punteggio attribuito, in media percentuale, alla valutazione complessiva del dipendente. Tale media complessiva concorre corrispettivamente a determinare la percentuale dell'incentivo da liquidare. A questo fine il Responsabile di Area compila una scheda complessiva finale di valutazione e liquidazione del risultato, secondo il modello già approvato in sede di contrattazione in data 12.05.2015, che tiene conto in misura corrispondente della valutazione già rilevata.

Pertanto per ciascun dipendente verranno compilate due schede, la prima funzionale, e parte integrante, della seconda, ossia a quella usuale corrispondente al modello già approvato in sede di contrattazione in data 12.05.2005, così come confermato all'art 27 dell'Accordo Quadro siglato il 17/12/2015.

Si offre di seguito un esempio di scheda di valutazione per ciascuna categoria professionale unitamente alla scheda di dettaglio funzionale alla compilazione della scheda approvata in sede di contrattazione in data 12.05.2015:

Schede di valutazione:

CAT. A

scheda valutazione Performance Organizzativa 2014 - categoria A

dipendente	nome	cognome	categoria (A)	profilo
Valutazione comportamentale				
	appena adeguato 40	discreto 65	apprezzabile 85	pienamente conforme 100
Precisione e accuratezza nell'esecuzione delle mansioni				
1	Capacità di sviluppare la propria professionalità allargando e approfondendo le proprie conoscenze tecnico-professionali			
2	Affidabilità e continuità dell'impegno			
3	Capacità di individuare e risolvere in autonomia i normali problemi e di selezionare quelli che richiedono l'attenzione del responsabile gerarchico			
4	Capacità di adattamento e modifiche organizzative in atto (flessibilità/versatilità operativa)			
Capacità di coordinarsi correttamente nell'attività ausiliaria ai processi produttivi/amministrativi delle strutture, secondo le disposizioni ricevute				
5	Capacità di pianificare e organizzare le attività del proprio lavoro e quelle, se richiesto, di eventuali collaboratori			
6	Disponibilità ad assumersi responsabilità dirette in funzione delle esigenze dell'organizzazione, a partecipare ai problemi, agli obiettivi e ai processi lavorativi			
7	Capacità di rapportarsi ad altri uffici in logica di interfunzionalità			
8	Capacità di contribuire all'attività di gruppo e disponibilità alla partecipazione			
9	Attenzione alla qualità e alle modalità di erogazione dei servizi esterni o interni (completezza – accuratezza – tempestività)			
10	Capacità di rapportarsi in modo costruttivo con i colleghi (dentro o fuori il proprio ambito organizzativo e indipendentemente dal ruolo o dalla qualifica) e/o gli utenti esterni			
totali				
				media
Apporto individuale agli obiettivi di PEG				
	appena adeguato 40	discreto 65	apprezzabile 85	pienamente conforme 100
Raggiungimento dei risultati operativi propri della mansione, in correlazione ai più ampi processi produttivi/amministrativi cui afferiscono				
1	Rispetto dei tempi e delle scadenze previsti			
2	Qualità delle prestazioni			
3	Rispetto delle priorità			
totali				
				media
punteggio complessivo conseguito (media complessiva)				

Scheda di valutazione delle prestazioni individuali
per l'erogazione degli incentivi di miglioramento della produttività

CATEGORIA A

anno _____

nome _____ cognome _____

profilo _____

Elementi di valutazione

- Precisione e accuratezza nell'esecuzione delle mansioni
- Capacità di coordinarsi correttamente nell'attività ausiliaria ai processi produttivi/amministrativi delle strutture, secondo le disposizioni ricevute
- Disponibilità e tempestività nei rapporti con l'utenza, anche esterna

Valutazione complessiva

risultati pienamente conformi alle aspettative	☐	100 % dell'incentivo
risultati apprezzabili rispetto alle aspettative	☐	85 % dell'incentivo
risultati discreti rispetto alle aspettative	☐	65 % dell'incentivo
risultati appena adeguati alle aspettative	☐	40 % dell'incentivo

In caso di risultati inadeguati alle aspettative, il valutatore lo specifica nelle successive note esplicative e non viene erogato alcun incentivo.

Note esplicative del valutatore

--

Luogo _____, data __/__/__

Firma del valutatore

Firma per ricevuta del dipendente

scheda valutazione obiettivi Performance Organizzativa 2014 - categoria B

dipendente		nome	cognome	categoria (B)	profilo
Valutazione comportamentale					
		appena adeguato 40	discreto 65	apprezzabile 85	pienamente conforme 100
Precisione e accuratezza nell'esecuzione delle mansioni					
1	Capacità di sviluppare la propria professionalità allargando e approfondendo le proprie conoscenze tecnico-professionali				
2	Affidabilità e continuità dell'impegno				
3	Capacità di individuare e risolvere in autonomia i normali problemi e di selezionare quelli che richiedono l'attenzione del responsabile gerarchico				
4	Capacità di adattamento e modifiche organizzative in atto (flessibilità/versatilità operativa)				
Disponibilità, tempestività e flessibilità organizzativa nei rapporti intersoggettivi e con l'utenza, anche esterna					
5	Capacità di pianificare e organizzare le attività del proprio lavoro e quelle, se richiesto, di eventuali collaboratori				
6	Disponibilità ad assumersi responsabilità dirette in funzione delle esigenze dell'organizzazione, a partecipare ai problemi, agli obiettivi e ai processi lavorativi				
7	Capacità di rapportarsi ad altri uffici in logica di interfunzionalità				
8	Capacità di contribuire all'attività di gruppo e disponibilità alla partecipazione				
9	Attenzione alla qualità e alle modalità di erogazione dei servizi esterni o interni (completezza – accuratezza – tempestività)				
10	Capacità di rapportarsi in modo costruttivo con i colleghi (dentro o fuori il proprio ambito organizzativo e indipendentemente dal ruolo o dalla qualifica) e/o gli utenti esterni				
totali					
		media			
Apporto individuale agli obiettivi di PEG					
		appena adeguato 40	discreto 65	apprezzabile 85	pienamente conforme 100
Raggiungimento dei risultati operativi propri della mansione, in correlazione ai più ampi processi produttivi/amministrativi cui afferiscono					
1	Rispetto dei tempi e delle scadenze previsti				
2	Qualità delle prestazioni				
3	Rispetto delle priorità				
totali					
		media			
punteggio complessivo conseguito (media complessiva)					

Scheda di valutazione delle prestazioni individuali
per l'erogazione degli incentivi di miglioramento della produttività

CATEGORIA B

anno _____
nome _____ cognome _____
profilo _____

Elementi di valutazione

Precisione e accuratezza nell'esecuzione delle mansioni

- Precisione e accuratezza nell'esecuzione delle mansioni
- Raggiungimento dei risultati operativi propri della mansione, in correlazione ai più ampi processi produttivi/amministrativi cui afferiscono
- Disponibilità, tempestività e flessibilità organizzativa nei rapporti intersoggettivi e con l'utenza, anche esterna

Valutazione complessiva

<i>risultati pienamente conformi alle aspettative</i>	☐	<i>100 % dell'incentivo</i>
<i>risultati apprezzabili rispetto alle aspettative</i>	☐	<i>85 % dell'incentivo</i>
<i>risultati discreti rispetto alle aspettative</i>	☐	<i>65 % dell'incentivo</i>
<i>risultati appena adeguati alle aspettative</i>	☐	<i>40 % dell'incentivo</i>

In caso di risultati inadeguati alle aspettative, il valutatore lo specifica nelle successive note esplicative e non viene erogato alcun incentivo.

Note esplicative del valutatore

--

Luogo _____, data __/__/__

Firma del valutatore

Firma per ricevuta del dipendente

CAT. C

scheda valutazione obiettivi Performance Organizzativa 2014 - categoria C

dipendente		nome	cognome	categoria (C)	profilo istruttore amministrativo
Valutazione comportamentale					
		appena adeguato 40	discreto 65	apprezzabile 85	pienamente conforme 100
Grado di espressione della specifica responsabilità					
1	Capacità di sviluppare la propria professionalità allargando e approfondendo le proprie conoscenze tecnico-professionali				
2	Affidabilità e continuità dell'impegno				
3	Capacità di individuare e risolvere in autonomia i normali problemi e di selezionare quelli che richiedono l'attenzione del responsabile gerarchico				
4	Capacità di adattamento e modifiche organizzative in atto (flessibilità/versatilità operativa)				
Capacità di intrattenere efficacemente e tempestivamente le relazioni organizzative, anche di carattere negoziale, sia con le Strutture dell'Ente che con l'utenza e i soggetti esterni					
5	Capacità di pianificare e organizzare le attività del proprio lavoro e quelle, se richiesto, di eventuali collaboratori				
6	Disponibilità ad assumersi responsabilità dirette in funzione delle esigenze dell'organizzazione, a partecipare ai problemi, agli obiettivi e ai processi lavorativi				
7	Capacità di rapportarsi ad altri uffici in logica di interfunzionalità				
8	Capacità di contribuire all'attività di gruppo e disponibilità alla partecipazione				
9	Attenzione alla qualità e alle modalità di erogazione dei servizi esterni o interni (completezza – accuratezza – tempestività)				
10	Capacità di rapportarsi in modo costruttivo con i colleghi (dentro o fuori il proprio ambito organizzativo e indipendentemente dal ruolo o dalla qualifica) e/o gli utenti esterni				
totali					
					media
Apporto individuale agli obiettivi di PEG					
		appena adeguato 40	discreto 65	apprezzabile 85	pienamente conforme 100
Raggiungimento dei risultati e definizione delle soluzioni tecniche propri delle mansioni assegnate, con riguardo ai processi produttivi/amministrativi di competenza e al più ampio contesto organizzativo di riferimento					
1	Rispetto dei tempi e delle scadenze previsti				
2	Qualità delle prestazioni				
3	Rispetto delle priorità				
totali					
					media
punteggio complessivo conseguito (media complessiva)					

Scheda di valutazione delle prestazioni individuali
per l'erogazione degli incentivi di miglioramento della produttività

CATEGORIA C

anno _____
nome _____ cognome _____
profilo _____

Elementi di valutazione

- Grado di espressione della specifica professionalità
- Raggiungimento dei risultati e definizione delle soluzioni tecniche propri delle mansioni assegnate, con riguardo ai processi produttivi/amministrativi di competenza e al più ampio contesto organizzativo di riferimento
- Capacità di intrattenere efficacemente e tempestivamente le relazioni organizzative, anche di carattere negoziale, sia con le strutture dell'Ente che con l'utenza e i soggetti esterni

Valutazione complessiva

<i>risultati pienamente conformi alle aspettative</i>	☐	<i>100 % dell'incentivo</i>
<i>risultati apprezzabili rispetto alle aspettative</i>	☐	<i>85 % dell'incentivo</i>
<i>risultati discreti rispetto alle aspettative</i>	☐	<i>65 % dell'incentivo</i>
<i>risultati appena adeguati alle aspettative</i>	☐	<i>40 % dell'incentivo</i>

In caso di risultati inadeguati alle aspettative, il valutatore lo specifica nelle successive note esplicative e non viene erogato alcun incentivo.

Note esplicative del valutatore

--

Luogo _____, **data** __/__/__

Firma del valutatore

Firma per ricevuta del dipendente

scheda valutazione obiettivi di Performance Organizzativa 20142014 - categorie D1/D3

dipendente		nome	cognome	categoria (D1 o D3)	profilo
Valutazione comportamentale					
		appena adeguato 40	discreto 65	apprezzabile 85	pienamente conforme 100
Grado di espressione della specifica professionalità e delle correlate mansioni direttive					
1	Capacità di sviluppare la propria professionalità allargando e approfondendo le proprie conoscenze tecnico-professionali				
2	Orientamento al risultato / sensibilità economica				
3	Capacità di iniziativa sviluppando e richiedendo autonomia				
4	Capacità di individuare i problemi e di proporre nuove iniziative di miglioramento organizzativo e/o gestionale proponendo soluzioni costruttive nel rispetto del quadro normativo di riferimento				
Capacità di intrattenere efficacemente e tempestivamente le relazioni organizzative e di curare la rappresentanza e l'immagine dell'Ente, anche in ambito negoziale, con riguardo sia all'utenza e ai soggetti anche istituzionali esterni, che agli organi amministrativi e agli altri operatori interni					
5	Capacità di pianificare e organizzare le attività del proprio lavoro e quelle, se richiesto, di eventuali collaboratori				
6	Disponibilità ad assumersi responsabilità dirette in funzione delle esigenze dell'organizzazione, a partecipare ai problemi, agli obiettivi e ai processi lavorativi				
7	Capacità di promuovere e sviluppare innovazioni organizzative anche in logica interfunzionale				
8	Capacità di gestire i collaboratori sviluppando motivazione e buon clima di lavoro, ovvero capacità di gestire i problemi in termini di collaborazione interfunzionale con gli altri uffici				
9	Attenzione alla qualità e alle modalità di erogazione dei servizi esterni o interni (completezza – accuratezza – tempestività)				
10	Capacità di rapportarsi in modo costruttivo con i colleghi (dentro o fuori il proprio ambito organizzativo e indipendentemente dal ruolo o dalla qualifica) e/o gli utenti esterni				
totali					
					media
Apporto individuale agli obiettivi di PEG					
		appena adeguato 40	discreto 65	apprezzabile 85	pienamente conforme 100
Raggiungimento dei risultati propri del contesto organizzativo in cui le mansioni direttive si esplicano e capacità di definizione delle correlate soluzioni tecniche, in rapporto al complessivo andamento di gestione dell'Ente					
1	Rispetto dei tempi e delle scadenze previsti				
2	Qualità delle prestazioni				
3	Rispetto delle priorità				
totali					
					media
punteggio complessivo conseguito (media complessiva)					

Scheda di valutazione delle prestazioni individuali
per l'erogazione degli incentivi di miglioramento della produttività

CATEGORIA D

anno _____

nome _____ cognome _____

profilo _____

Elementi di valutazione

- Grado di espressione della specifica professionalità e delle correlate mansioni direttive
- Raggiungimento dei risultati propri del contesto organizzativo in cui le mansioni direttive si esplicano e capacità di definizione delle correlate soluzioni tecniche, in rapporto al complessivo andamento di gestione dell'Ente
- Capacità di intrattenere efficacemente e tempestivamente le relazioni organizzative e di curare la rappresentanza e l'immagine dell'Ente, anche in ambito negoziale, con riguardo sia all'utenza e ai soggetti anche istituzionali esterni, che agli organi amministrativi e agli altri operatori interni

Valutazione complessiva

<i>risultati pienamente conformi alle aspettative</i>	☐	<i>100 % dell'incentivo</i>
<i>risultati apprezzabili rispetto alle aspettative</i>	☐	<i>85 % dell'incentivo</i>
<i>risultati discreti rispetto alle aspettative</i>	☐	<i>65 % dell'incentivo</i>
<i>risultati appena adeguati alle aspettative</i>	☐	<i>40 % dell'incentivo</i>

In caso di risultati inadeguati alle aspettative, il valutatore lo specifica nelle successive note esplicative e non viene erogato alcun incentivo.

Note esplicative del valutatore

--

Luogo _____, data ____/____/____

Firma del valutatore

Firma per ricevuta del dipendente

4.VALUTAZIONI E CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

Come già rammentato, l'azienda negli ultimi anni è stata interessata da profonde azioni di cambiamento collegate all'accreditamento di gran parte dei servizi conferiti dagli enti pubblici territoriali soci e dal riordino delle forme pubbliche di gestione dei servizi deliberato dal Comitato di Distretto che ha previsto il superamento dell'ASP stessa con passaggio della gestione dei servizi all'Unione Terre di Castelli poi sospesa dallo stesso Comitato di Distretto a dicembre 2015.

Tutto ciò premesso si devono sottolineare alcuni elementi estremamente significativi dell'attività realizzata, su cui si fonda la proposta di un generale giudizio positivo sull'operatività espressa nell'anno 2015 dall'azienda:

- *Ottenimento dell'accreditamento definitivo per i servizi coinvolti in tale percorso (Portici, CRA, CD Anziani e SAD) così come confermato in esito alla valutazione effettuata dall'OTAP;*
- *Il governo senza ricadute negative sull'utenza e con una buona gestione della ricollocazione del personale dipendente della conclusione della gestione in capo all'Azienda del servizio di Assistenza Domiciliare in data 30/09/2015;*
- *la riorganizzazione di alcuni servizi in particolare l'Area Servizi Amministrativi in coerenza con il percorso di riordino avviato concretamente nel maggio 2015 (Ufficio Patrimonio e Ufficio Provveditorato), mantenendo efficiente la complessiva attività istituzionale e di supporto alle aree erogative, considerando anche i nuovi e rilevanti adempimenti collegati al rispetto della normativa circa la trasparenza e l'anticorruzione;*
- *Il consolidamento della gestione, avviatasi nel 2013, diretta del servizio Infermieristico e riabilitativo con l'obiettivo di medio periodo di una effettiva integrazione socio-assistenziale e sanitaria;*
- *Rilevante ampliamento, a fronte di un minimo adeguamento delle risorse di personale assegnato, delle attività del Laboratorio Caspita con incremento delle collaborazioni con Aziende private e significativo aumento dell'utenza frequentante e dei moduli d'attività rivolti all'utenza del servizio;*
- *La qualificazione dell'ASP (SIL) quale soggetto promotore per l'attività di tirocinio in conseguenza dell'entrata in vigore della L.R. 7/2013 riguardante i "tirocini" e la partecipazione a progetti di ambito provinciale in partnership con enti di formazione accreditati e servizi del territorio realizzando un incremento degli inserimenti lavorativi e un significativo incremento del numero dei progetti attivati, nonostante l'aumento dell'attività burocratica connessa all'applicazione della normativa regionale;*
- *La prosecuzione dell'idea progettuale di ristrutturazione della CRA di Vignola con il coinvolgimento del Politecnico di Milano e dell'Architetto Paolo Portoghesi, con la realizzazione di diverse iniziative a sostegno;*
- *Lo sviluppo di progettazioni innovative sia in campo di diretta gestione di servizi (stimolazione cognitiva) sia nell'ambito della visibilità, della integrazione con il territorio, nello sviluppo di nuovi modi di interagire con la comunità locale anche attraverso l'utilizzo delle nuove tecnologie*

La complessiva gestione della risorsa umana, in tale contesto di profonde modificazioni, si ritiene sia stata gestita adeguatamente, non avendo registrato ricadute sulla corretta erogazione dei servizi, ne sono riprova gli esiti, più che lusinghieri, degli incontri con i comitati parenti e le assemblee con i famigliari degli utenti dei servizi, sia il livello dei rapporti con le OO SS e le RSU, dalle stesse positivamente giudicato.

Dato atto del quadro di contesto sopra descritto, meritano particolare attenzione alcuni elementi, in ciò considerando l'essenza della mission aziendale (produrre servizi assistenziali di qualità garantendo l'efficacia degli stessi in un contesto di efficienza organizzativa e gestionale), e come sulla stessa pesi l'apporto dell'azione quotidiana del personale (importanza del "come" si effettua l'intervento rispetto al "cosa" si fa).

I risultati generali riportati, non possono essere ottenuti se non con la partecipazione e il coinvolgimento di tutta le risorse umane dell'organizzazione, dalle figure direttive e fino al collaboratore tecnico di base; e si

ritiene che il merito di ciò debba essere riconosciuto, ad ognuno per i propri compiti di specie, a tutto il personale dell'azienda.

Scendendo nello specifico delle considerazioni collegate al piano delle performance 2015, si evidenzia che tutti i progetti hanno risposto alle attese evidenziate negli obiettivi e nei target d'attività, l'intera Azienda ha raggiunto in media il 98,77% dei risultati attesi (in miglioramento rispetto al 2014).

Per quanto relativo alle performance di risultati individuale, e visto quanto in precedenza segnalato non poteva essere altrimenti, la prevalenza delle valutazioni si sono attestate sul livello massimo previsto dagli strumenti predisposti e sopra illustrati. Di seguito si riporta una tabella riassuntiva della condizione valutativa espressa dagli incaricati di PO.

Performance di risultato individuale - anno 2015						
Dipendenti a tempo indeterminato <u>NON</u> Posizioni Organizzative						
N. totale	oggetto di valutazione	B 1/3	B 3/6	C	D 1/3	D3/6
78	72	1	49	17	5	
	non oggetto di valutazione **					
	6		4	2		

** Non sono oggetto di questa valutazione 2 dipendenti comandati al 100%, 2 dipendenti che nel corso del 2015 non ha svolto alcuna giornata di lavoro e 2 dipendenti neo assunti che non hanno lavorato nell'anno più di 15gg.

Performance di risultato individuale - anno 2015				
categorie/fasce di valutazione	40%	65%	85%	100%
B 1/3				1
B 3/6			2	47
C				17
D 1/3				5
D 3/6				
Totali	0	0	2	70
%	0,00%	0,00%	2,78%	97,22%

Il Direttore ha espresso di concerto con l'Amministratore Unico le valutazioni delle Posizioni Organizzative. Anche queste valutazioni si sono collocate nella fascia massima.

Si evidenziano nella seguente tabella le proposte di valutazione degli incaricati di PO.

Valutazioni Incaricati di Posizione Organizzativa				
n. PO per categoria		Valutazioni in 100'		
		98,41	98,55	99,03
D 1/3	2	1	1	
D 3/6	1			1

Per quanto relativo alla valutazione del Direttore per il periodo 01/01/2015 – 08/08/2015, la proposta di valutazione formulata dall'Amministratore Unico, sulla quale dovrà esprimersi il Nucleo di Valutazione, ed espressa in 98,59/100, si attesta nella fascia massima prevista. Come anche la valutazione del Direttore facente funzioni, ed espressa in 99,53/100, che, come già precedentemente illustrato, non ha riflessi economici sull'Azienda, ma si ritiene opportuno riportarla come riconoscimento dell'operato di chi, negli ultimi 4 mesi del 2015, ha ricoperto il ruolo di vertice gestionale dell'Azienda

Le risorse disponibili collegate alla performance di risultato, organizzativa e individuale, nonché per quanto relativo a specifiche progettazioni selettive, sono state stabilite dalla delibera dell'Amministratore

Unico n. 24 del 02/11/2015 “Costituzione del fondo art. 15 del CCNL 1.4.1999 <Risorse per le politiche di sviluppo delle risorse umane e per la produttività> per l’anno 2015”; che risultano essere quelle riportate nella seguente tabella, alla quale si aggiungono le risorse extra Fondo per la performance del personale somministrato.

Risorse stabili	2015
Importo Unico determinato ai sensi dell’art. 31, comma 2, del CCNL 22/1/2004 2004 al netto delle quote di risorse stabili trasferite all’Unione	236.133
Incrementi art. 8, comma 2, CCNL 11/4/2008	16.304
Incremento dotazioni organiche art. 15, comma 5, CCNL 1/4/1999	183.184
R.I.A. ed assegno ad personam personale cessato art. 4, comma 2, CCNL 5/10/2001	10.286
Incremento R.I.A. ed assegno ad personam personale cessato ANNO 2014 e ANNO 2015 (pro quota)	788
Incremento benefici contrattuali progressioni economiche orizzontali anni 2004, 2006, 2008 e 2009	7.998
Riduzione parte fissa per trasferimento personale all’Unione	- 41.394
Consolidamento decurtazioni parte fissa ex art. 9, comma 2 bis, D.L. 78/2010 (21,84%)	- 90.092
TOTALE risorse stabili	323.207
Risorse variabili	2015
Art. 15, comma 2, CCNL 1/4/1999 – 1,2% monte salari 1997	37.968
Art. 15, comma 5, CCNL 1/4/1999 - risorse già previste per personale trasferito all’Unione Terre di Castelli	58.928
Art. 15, comma 5, CCNL 1/4/1999 - per progetti innovativi e di miglioramento	7.282
Riduzione parte variabile per trasferimento personale all’Unione	- 58.928
Consolidamento decurtazioni parte variabile ex art. 9, comma 2 bis, D.L. 78/2010 (21,84%)	-
TOTALE risorse variabili	45.250
TOTALE FONDO 2015	368.457

Da quanto riportato nel presente documento risulta evidente come diversi obiettivi strategici pluriennali avviati nel corso del 2015, che per la loro rilevanza e per lo sviluppo temporale delle azioni ad essi correlate prevedono un importante sviluppo nel corso del 2016, per questo dovranno trovare la coerente rilevanza anche come premialità .

La proposta di utilizzo delle risorse risulta quindi essere la seguente:

DESTINAZIONE FONDO PRODUTTIVITA'	2015
Progressioni economiche orizzontali storiche	56.861
Posizioni organizzative retrib.di posizione	38.734
Posizioni organizzative retrib.risultato 25% della posizione	9.684
Indenn. Comparto a fondo	29.761
Indennità varie: turno, rischio, maggioraz.reperibilità	73.629
Totale utilizzo risorse stabili	208.669
Performance organizzativa	69.333
Performance selettiva	28.370
Compensi per l’esercizio di attività particolarmente disagiate	9.127
Indennità specifiche responsabilità	19.432
indennità maneggio valori	799
TOTALE utilizzo risorse variabili	127.061
TOTALE RISORSE DESTINATE	335.730
Risorse ancora da contrattare da utilizzare nel Fondo 2016	32.727
TOTALE A PAREGGIO	368.457

Per quanto sopra esposto si evidenzia come la quota di € 32.727, facente parte del Fondo 2015, finanzia progetti pluriennali regolarmente avviati nell'anno 2015, la cui conclusione, in relazione alle fasi degli stessi, è prevista nell'anno 2016; tale cifra si intende quindi utilizzarla nell'anno 2016 come previsto dall'art.17 comma 5 CCNL del 01.04.1999.

La presente relazione, unitamente alle schede di valutazione predisposte in ordine l'attività svolta nell'anno dagli incaricati di PO e dal Direttore e Direttore F.F., verranno trasmessi per le azioni di validazione di competenza, al Nucleo di Valutazione congiuntamente costituito con l'Unione Terre di Castelli e Comuni aderenti, di cui alla Delibera n. 16 del 10/08/2012 del Consiglio di Amministrazione *“presa d'atto della Delibera del Consiglio dell'Unione Terre di Castelli n. 25 del 26/07/2012 avente ad oggetto: <sistema dei controlli interni ai sensi dell'art. 147 del D.Lgs 267/2000 - Nucleo di Valutazione dell'area vasta dell'Unione Terre di Castelli – provvedimenti>”*.