
I.S.A.C.C. Istituto Servizi Assistenziali Cima Colbacchini

Relazione Performance 2025

PREMESSA

La Relazione sulla Performance, prevista dall'art. 10 del D.Lgs. 150/2009 e s.m.i., costituisce il documento attraverso il quale l'I.S.A.C.C. rendiconta i risultati organizzativi e individuali raggiunti nell'anno 2025 rispetto agli obiettivi programmati nel Piano della Performance 2025–2027, sezione del P.I.A.O.

Richiamato l'art. 10, comma 1) lett. b) del D.lgs 150/2009 secondo cui entro il 30 giugno, le Amministrazioni redigono la Relazione annuale sulla performance, che è approvata dall'organo di indirizzo politico-amministrativo e validata dall'Organismo di valutazione/Nucleo di valutazione/OIV

La Relazione assolve finalità di trasparenza, accountability e miglioramento gestionale, è predisposta dal Direttore Generale, approvata dal Consiglio di Amministrazione e validata dal Nucleo di Valutazione/OIV.

PROCESSO DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE

Ciclo di gestione della performance

Nel corso dell'anno 2025 il ciclo della performance si è fondato sui seguenti principali atti:

- deliberazione n. 8 del 01/03/2021: approvazione del “Regolamento per la misurazione e la valutazione della performance”;
- deliberazione n. 4 del 30/01/2025: approvazione del Piano della Performance 2025–2027, sezione del P.I.A.O.;
- deliberazione n. 50 del 26/06/2025: linee di indirizzo alla delegazione trattante per la contrattazione decentrata integrativa anno 2025;
- deliberazione n. 63 del 09/09/2025: linee di indirizzo per la costituzione provvisoria del Fondo Risorse Decentrate anno 2025;
- determinazione n. 215 del 29/09/2025: costituzione provvisoria del Fondo Risorse Decentrate personale dirigente e non dirigente seguita dalla costituzione definitiva con determinazione n. 52 del 05/03/2026 “Conferma importi Fondo Risorse Decentrate anno 2025”;
- sottoscrizione del Contratto Collettivo Integrativo – parte economica 2025 in data 20/11/2025;
- deliberazione n. 51 del 26/06/2025: linee di indirizzo e macro obiettivi di gestione 2025;
- deliberazione n. 75 del 30/10/2025: approvazione del Sistema di graduazione delle posizioni dirigenziali dell'Ente.

Soggetti coinvolti

- Direttore Generale: predisposizione della Relazione.
- Consiglio di Amministrazione: approvazione della Relazione sulla Performance;
- Nucleo di Valutazione: validazione della Relazione;

SINTESI DELLE INFORMAZIONI DI INTERESSE PER GLI STAKEHOLDERS INTERNI ED ESTERNI

Identità e mission

L'I.S.A.C.C. opera attraverso le sedi “Pazzaglia-Basso-Sturm” e “Villa Serena” di Bassano del Grappa, erogando servizi sociosanitari residenziali rivolti a persone non autosufficienti.

La mission dell'Ente consiste nel garantire la presa in carico e la cura delle persone anziane fragili attraverso l'erogazione di servizi assistenziali qualificati e personalizzati, promuovendo qualità della vita, dignità della persona, integrazione con le famiglie e sviluppo professionale del personale.

I principali stakeholders dell'Ente, istituzionali e non, sono Regione Veneto, Azienda ULSS n. 7 Pedemontana, Comune di Bassano del Grappa, residenti, familiari, dipendenti, volontariato e organizzazioni sindacali.

Organi di indirizzo e controllo

Consiglio di Amministrazione

Con disposizione del Sindaco di Bassano del Grappa prot. n. 82184 del 27/12/2024 è stato nominato il Consiglio di Amministrazione dell'I.S.A.C.C., così composto:

- Fernando Antonio Compostella – Presidente;
- Giancarlo Andolfatto – Componente;
- Giovanni Mario Meneghetti – Componente;
- Giovanni Reginato – Componente;
- Roberto Volpe – Componente.

Si precisa che, alla data di approvazione della presente Relazione, la composizione del Consiglio di Amministrazione ha subito variazioni intervenute successivamente all'esercizio 2025; in particolare, l'Avv. Alessia Santagata è stata nominata componente del CdA dell'I.S.A.C.C. in surroga al Consigliere Dott. Giancarlo Andolfatto.

Collegio dei revisori dei conti

Il Collegio dei revisori dei conti risulta così composto (delibera n. 76 del 20/11/2025):

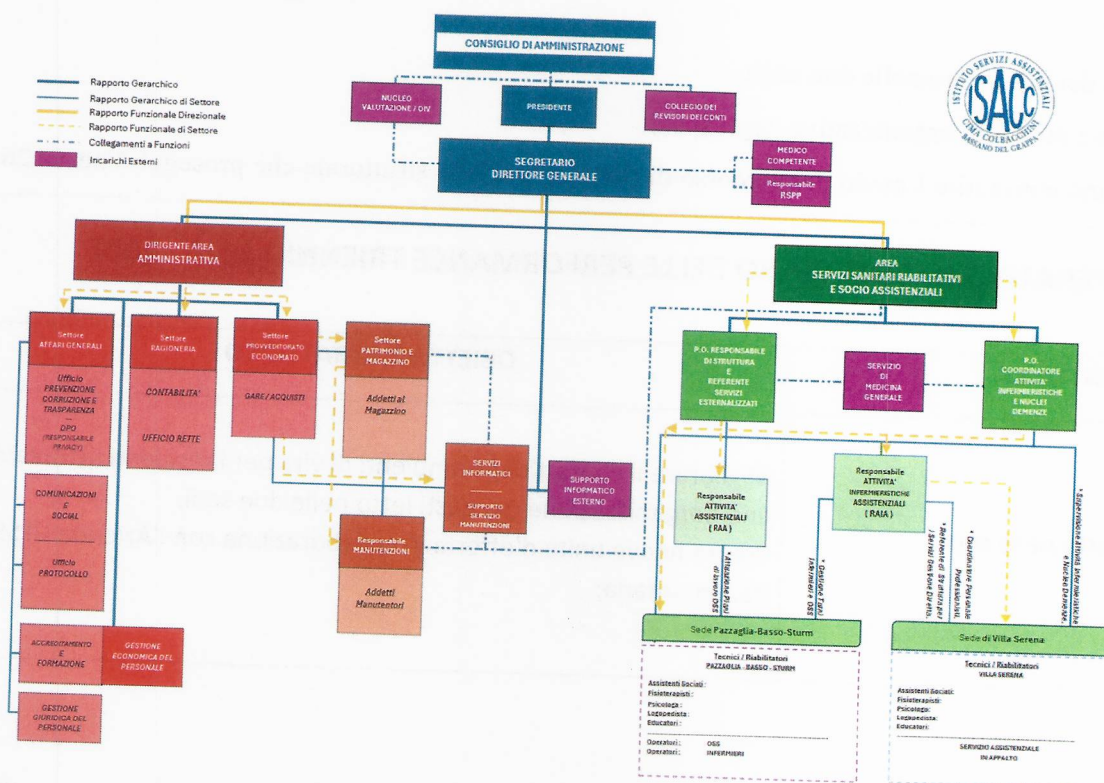
- Dott.ssa Celebron Anna (Presidente, nominato dalla Regione Veneto)
- Dott. Alessandro Tonin (Componente, nominato dal Consiglio di amministrazione)
- Dott. Alberto Matteazzi (Componente nominato dalla conferenza dei sindaci)

Nucleo di Valutazione

Il Nucleo di Valutazione risulta così composto (delibera n. 1 del 26/01/2024):

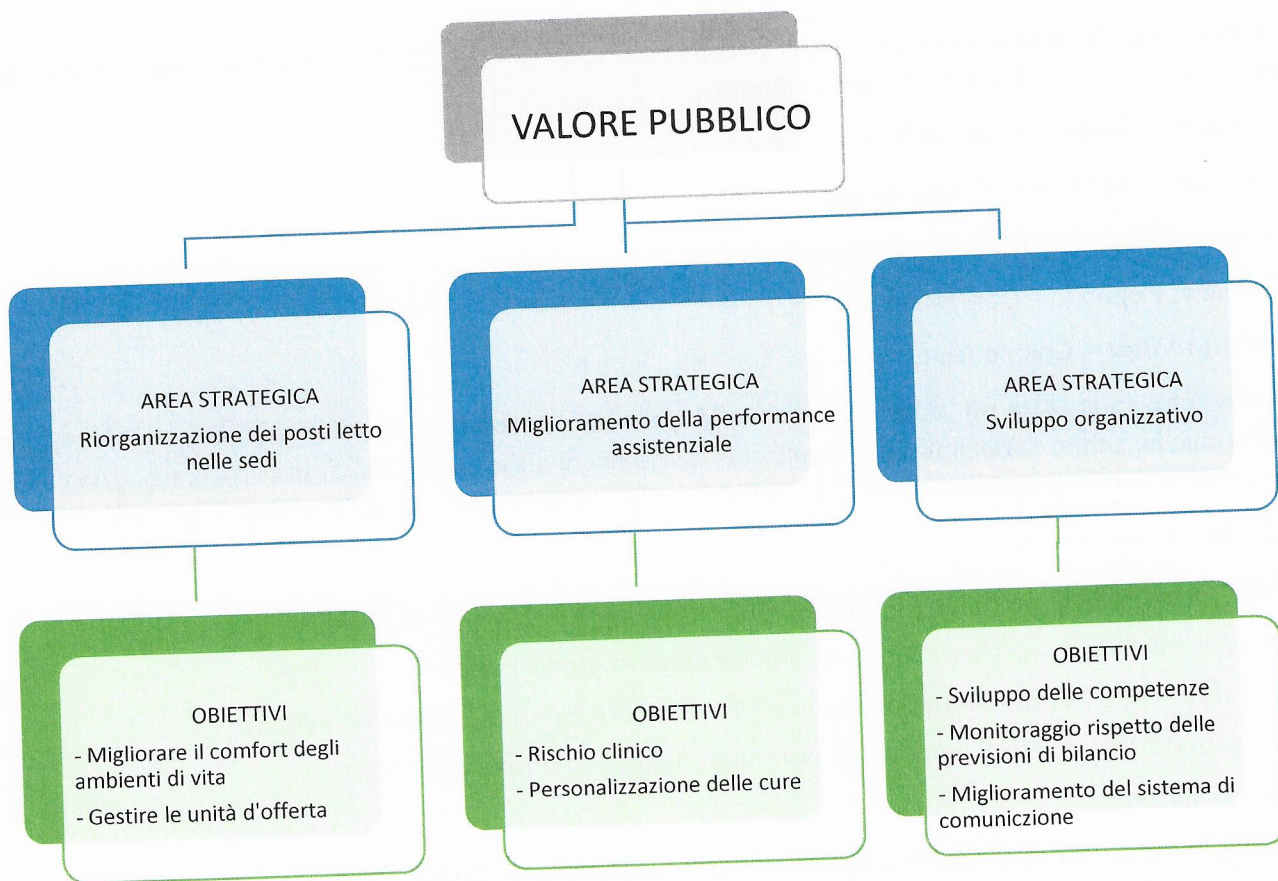
- Dott.ssa Boscaro Federica

Risorse Umane/Organigramma



L'organigramma funzionale dell'I.S.A.C.C. è stato rivisto ed approvato con deliberazione n. 71 del 16/10/2025.

PROCESSO DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE



Obiettivi strategici e risultati raggiunti

1) **MIGLIORAMENTO DEI POSTI LETTO NELLE SEDI:** nel corso del 2025 sono state avviate e sviluppate attività finalizzate a:

- analisi dell'assetto dei posti letto nelle due sedi;
- definizione di nuove modalità organizzative degli spazi;

Le attività svolte hanno consentito l'avvio del percorso di riorganizzazione strutturale che proseguirà nel 2026.

OBIETTIVO OPERATIVO N. 1 DEL PIANO DELLE PERFORMANCE TRIENNIO 2025 - 2027

AREA STRATEGICA	OBIETTIVO STRATEGICO
Miglioramento dei posti letto nelle sedi	Migliorare il confort degli ambienti di vita per i residenti attraverso una riorganizzazione dei posti letto nelle due sedi; Creare nuove unità d'offerta in collaborazione con l'Azienda ULSS 7 Pedemontana;

Tipologia di obiettivo		Responsabile del progetto: Responsabili dei servizi	Descrizione
di miglioramento	X	PERSONALE INTERESSATO: personale dipendente ISACC	Verifica dei posti letto attuali per proporre una diversificazione di sistemazione; attivare le necessarie procedure per la creazione di nuove unità d'offerta
di mantenimento/consolidamento			
di potenziamento			
individuale			
organizzativo	X		
innovativo			
funzionale			

ATTIVITÀ	PESO	PIANIFICAZIONE			INDICATORE DI PERFORMANCE
		2025	2026	2027	
Attivazione di diverse tipologie di posti letto nelle due sedi e definizione durata comodato d'uso sede di Villa Serena	50%	x	x	x	Fatto/Non fatto - Presentazione di una relazione da parte del Responsabile del Servizio/Area
Gestire le unità d'offerta con la creazione di nuovi servizi e avvio della procedura di riorganizzazione	50%	x	x	x	Fatto/Non fatto - Presentazione di una relazione da parte del Responsabile del Servizio/Area

2) **MIGLIORAMENTO DEI SERVIZI:** migliorare la qualità dell'assistenza al residente e rendere più attraente l'offerta assistenziale.

L'obiettivo aveva lo scopo di realizzare un miglioramento delle performance assistenziali attraverso una personalizzazione delle cure.

Nel corso del 2025 sono state attuate azioni finalizzate a:

- personalizzazione dei percorsi assistenziali nelle diverse comunità;
- rafforzamento dell'attenzione alle situazioni di fine vita;
- avvio di un percorso formativo trasversale dedicato a tutto il personale, dal tema "la comunicazione gentile".

L'attività ha contribuito al miglioramento della qualità percepita dell'assistenza e alla maggiore appropriatezza degli interventi, come da esiti dei questionari di rilevazione della soddisfazione dell'utenza che rivelano un gradimento apprezzabile sulla qualità dell'accoglienza.

OBIETTIVO OPERATIVO N. 2 DEL PIANO DELLE PERFORMANCE TRIENNIO 2025 - 2027

AREA STRATEGICA		OBIETTIVO STRATEGICO	
Miglioramento della performance assistenziale		Migliorare le performance assistenziali offerte attraverso percorsi che mirano alla personalizzazione delle cure con una specializzazione nelle diverse comunità, un'attenzione particolare alle situazioni di fine vita e al Rischio Clinico;	
Tipologia di obiettivo		Responsabile del progetto: Coordinatori	Descrizione
di miglioramento		PERSONALE INTERESSATO: personale dipendente ISACC	Attivazione di progetti che mirano al miglioramento delle prestazioni assistenziali erogate
di mantenimento/consolidamento			
di potenziamento	X		
individuale			
organizzativo	X		
innovativo			
funzionale			

ATTIVITÀ	PESO	PIANIFICAZIONE			INDICATORE DI PERFORMANCE
		2025	2026	2027	
Personalizzazione delle cure nelle diverse comunità con assistenza e progetti specifici	50%	x	x	x	Fatto/Non fatto - Presentazione di una relazione da parte del Responsabile del Servizio/Area
Gestione del rischio clinico	30%	x	x	x	Attività formativa che coinvolge almeno il 20 % del personale dipendente
Miglioramento della presa in carico delle situazioni di fine vita	20%	x	x	x	N. presa in carico situazione di fine vita come da procedura - almeno 5 nell'anno

- 3) **SVILUPPO ORGANIZZATIVO:** favorire la crescita e lo sviluppo delle risorse umane dell'Ente, assicurando al contempo il rispetto delle previsioni di bilancio e valorizzando i processi di comunicazione verso l'esterno anche con implementazione di utilizzo di canali sociale (Facebook).

L'obiettivo di miglioramento dei servizi passa attraverso lo sviluppo delle competenze e la formazione del

personale. L'obiettivo aveva come indicatore di performance la valutazione individuale dei dipendenti, che sperimentalmente per il 2025 ha visto l'introduzione della colonna di autovalutazione in accordo con le OO.SS. nella scheda rivista e fondata su alcune macroaree: competenze tecniche e professionali, responsabilizzazione, capacità relazionale e di crescita professionale e rapporti con ospiti/familiari/varie stakeholder.

OBIETTIVO OPERATIVO N. 3 DEL PIANO DELLE PERFORMANCE TRIENNIO 2025 - 2027

AREA STRATEGICA		OBIETTIVO STRATEGICO	
Sviluppo organizzativo		Sviluppo delle risorse umane dell'Ente; Monitoraggio e rispetto della previsione di bilancio e controllo delle spese; Migliorare il sistema di comunicazione verso l'esterno e l'interno implementando gli strumenti a disposizione.	
Tipologia di obiettivo		Responsabile del progetto: Responsabili dei servizi	Descrizione
di miglioramento	X	PERSONALE INTERESSATO: personale dipendente ISACC	Attività volte a migliorare e sviluppare un sistema organizzativo
di mantenimento/consolidamento			
di potenziamento			
individuale			
organizzativo	X		
innovativo			
funzionale			

ATTIVITÀ	PESO	PIANIFICAZIONE			INDICATORE DI PERFORMANCE
		2025	2026	2027	
Scheda di valutazione individuale	50%	x	x	x	Competenze tecniche e professionali, responsabilizzazione, capacità relazionali e di crescita professionale, rapporti con residenti, familiari e vari stakeholder
Verifica delle previsioni di bilancio sia per quanto	20%	x	x	x	Monitoraggio mensile da parte dei responsabili rispetto all'andamento

riguarda le entrate che le spese					
Sviluppo delle risorse umane dell'Ente	20%	x	x	x	Revisione di almeno 5 procedure, dei piani di attività e n. 5 incontri per comunità l'anno
Potenziamento sistema di comunicazione	10%	x	x	x	N. comunicazioni realizzate verso l'esterno attraverso sito internet/social in uso nell'ente non inferiori a 10 nell'anno

Performance organizzativa complessiva – Indicatori di risultato

In questa sezione si riportano le principali risultanze rilevate per l'anno 2025

• Obiettivo operativo n. 1 del Piano della Performance 2025 – 2027 – MIGLIORAMENTO DEI POSTI LETTO NELLE SEDI

• Attività:

1. Attivazione di diverse tipologie di posti letto nelle due sedi Pazzagli-Basso-Sturm e Villa Serena: l'analisi dei bisogni assistenziali emersi nel corso dell'anno ha evidenziato un progressivo aumento di residenti caratterizzati da disturbi cognitivi e comportamentali, spesso associati a disorientamento spazio-temporale, wandering, agitazione psicomotoria e necessità di supervisione continuativa. In risposta a tali esigenze, l'Ente ha individuato e strutturato specifici nuclei protetti in grado di garantire un'assistenza più adeguata e personalizzata.
2. Gestire le unità d'offerta con la creazione di nuovi servizi e avvio della procedura di riorganizzazione: nel corso del 2025 I.S.A.C.C. ha consolidato e rafforzato l'organizzazione dei nuclei specialistici già attivati negli anni precedenti, confermando la presenza delle comunità del Piano Terra, del 3° piano della Residenza Pazzaglia Basso Sturm, di Col Moschin 2 e del nucleo dedicato presso la Residenza Villa Serena. Tali comunità, ormai pienamente integrate nell'organizzazione assistenziale dell'Ente, sono dedicate all'accoglienza di residenti con particolari fragilità cognitive e comportamentali, offrendo ambienti protetti e assistenza personalizzata orientata al mantenimento della dignità, dell'autonomia residua e della sicurezza della persona.

Per garantire un equilibrio tra protezione e qualità di vita, sussistono infatti sistemi di controllo degli accessi mediante codici di sicurezza per l'entrata e l'uscita dai nuclei. I sistemi sono integrati con l'impianto antincendio, in modo da consentire l'apertura automatica delle porte in caso di emergenza, assicurando il rispetto delle normative di sicurezza e la tempestività degli interventi evacuativi.

Parallelamente, è stato realizzato un importante intervento di messa in sicurezza degli spazi interni. Depositi, ambulatori e locali contenenti materiali sanitari o prodotti potenzialmente pericolosi vengono mantenuti chiusi a chiave per prevenire accessi impropri da parte dei residenti. Analogamente, i cucinini presenti nei nuclei sono stati regolamentati al fine di evitare l'assunzione autonoma e non controllata di alimenti o bevande, con particolare attenzione ai residenti affetti da disfagia o con rischio nutrizionale.

La riorganizzazione degli ambienti non è limitata agli aspetti strutturali e di sicurezza, ma ha riguardato anche la dimensione relazionale ed educativa della vita comunitaria. Nel corso dell'anno sono state potenziate le attività educative, occupazionali e di stimolazione cognitiva, con l'assunzione di un nuovo Educatore Professionale, con l'obiettivo di mantenere attive le capacità residue dei residenti, ridurre gli

stati di agitazione e favorire il benessere emotivo e relazionale. Le attività proposte sono state calibrate in base alle caratteristiche delle singole comunità e ai bisogni individuali delle persone accolte.

• **Obiettivo operativo n. 2 del Piano della Performance 2025 – 2027 – MIGLIORAMENTO DELLA PERFORMANCE ASSISTENZIALE**

Attività:

1. Personalizzazione delle cure nelle diverse comunità con assistenza e progetti specifici: l'evoluzione della complessità clinica e assistenziale degli ospiti ha reso necessario un rafforzamento delle competenze professionali degli operatori, con particolare attenzione alle problematiche maggiormente incidenti sulla qualità della vita e sulla sicurezza dei residenti.

Tra gli ambiti prioritari di intervento si è confermata la gestione della disfagia, condizione frequentemente presente nella popolazione anziana fragile e strettamente correlata al rischio di malnutrizione, disidratazione e polmoniti ab ingestis. Nel corso dell'anno sono stati pertanto implementati specifici percorsi formativi rivolti al personale assistenziale e infermieristico, finalizzati al corretto utilizzo dei prodotti addensanti, alla preparazione adeguata degli alimenti e alla supervisione dell'alimentazione dei residenti a rischio.

Contestualmente è stata posta particolare attenzione alle corrette tecniche di mobilizzazione e posizionamento della persona assistita, con l'obiettivo di garantire una corretta igiene posturale, prevenire le cadute e ridurre il rischio di lesioni da pressione. Le attività formative sono state accompagnate da momenti di monitoraggio operativo nei nuclei, finalizzati a uniformare i comportamenti assistenziali e consolidare le buone pratiche.

Nel corso del 2025 è stato inoltre implementato l'utilizzo di prodotti specifici per la protezione e la cura della cute fragile, attualmente individuati nei prodotti di una ditta specializzata in soluzioni per l'igiene e la cura della cute delicata e fragile della persona anziana, in risposta all'elevata presenza di residenti caratterizzati da pluripatologie, ridotta mobilità e fragilità cutanea. L'introduzione di tali prodotti ha consentito di migliorare la prevenzione delle alterazioni cutanee e di supportare una gestione più efficace delle lesioni già presenti, contribuendo al contenimento delle complicanze assistenziali.

2. Gestione del rischio clinico: nel corso del 2025 sono stati organizzati 24 corsi (il numero di corsi comprende anche edizioni doppie/replicate, organizzate per favorire la massima partecipazione soprattutto del personale turnista) riconducibili alla formazione in tema di rischio clinico (sicurezza del residente, prevenzione di eventi avversi, gestione assistenziale, appropriatezza clinica, sicurezza operatori/residenti) e hanno coinvolto n. 106 dipendenti, un numero ben oltre il 20% del personale dipendente.
3. Miglioramento della presa in carico delle situazioni di fine vita: particolare attenzione è stata dedicata ai percorsi di accompagnamento al fine vita, ambito che rappresenta uno degli elementi centrali della presa in carico della persona fragile residente in struttura. L'Ente ha proseguito nel percorso volto a promuovere una cultura assistenziale orientata alla dignità della persona, al controllo dei sintomi, al supporto relazionale e alla condivisione con i familiari delle scelte assistenziali nelle fasi terminali della vita.

Nel corso dell'anno sono stati aperti 28 PAI (Piani Assistenziali Individuali) di fine vita, a fronte di 112 decessi registrati, con una percentuale pari al 25%. L'attivazione del PAI comporta la definizione, da parte dell'équipe multidisciplinare, di un progetto personalizzato di accompagnamento al fine vita, condiviso con i familiari e calibrato sulle specifiche esigenze della persona residente. I PAI prevedono interventi differenziati in relazione alle singole situazioni assistenziali e vengono inseriti nella cartella informatizzata, risultando così consultabili da tutte le figure professionali coinvolte nella presa in carico e nella cura della persona. Il dato evidenzia un significativo miglioramento nella capacità di individuare precocemente le situazioni cliniche evolutive e di attivare percorsi assistenziali specifici e strutturati. L'obiettivo previsto dal Piano della Performance, pari ad almeno 5 PAI di fine vita, è stato pertanto ampiamente raggiunto e superato.

L'attivazione dei PAI di fine vita ha consentito di definire in modo più appropriato gli obiettivi assistenziali, favorire la gestione del dolore e dei sintomi correlati, migliorare il coinvolgimento dei familiari e garantire una maggiore continuità tra gli aspetti sanitari, assistenziali e relazionali della presa in carico.

Nel mese di novembre è stata inoltre revisionata e aggiornata la procedura di accompagnamento al fine vita. L'aggiornamento ha permesso di integrare indicazioni operative più dettagliate, chiarire i criteri clinici e assistenziali che determinano l'apertura del PAI e definire con maggiore precisione i ruoli delle diverse figure professionali coinvolte nel percorso.

La revisione procedurale rappresenta un ulteriore passo verso una gestione sempre più appropriata, condivisa e umanizzata delle situazioni terminali, in linea con i principi di centralità della persona, qualità delle cure e tutela della dignità del residente.

Obiettivo operativo n. 3 del Piano della Performance 2025 – 2027 – SVILUPPO ORGANIZZATIVO:

Attività:

1. Scheda di valutazione individuale: essa si concentrava su quattro grandi aree

COMPETENZE TECNICHE E PROFESSIONALI: con questo fattore si vuole evidenziare:

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

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

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

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

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

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

- Capacità di adattare la comunicazione e relazione interpersonale alle caratteristiche dell'utente;
- Capacità di dare informazioni adeguate agli ospiti/familiari/stakeholder in base all'Area di appartenenza;

- Capacità di mantenere gentilezza e cortesia con ospiti/familiari/stakeholder anche in situazioni di criticità;
- Capacità di informare i familiari/stakeholder su aspetti di propria competenza e/o di orientarli, indirizzarli all'interno dell'Ente (luoghi, persone, procedure)

Sono stati convocati i professionisti e gli altri dipendenti per la consegna della rispettiva scheda di valutazione; la maggior parte si è presentata e ha espresso le sue impressioni direttamente durante i colloqui. Laddove, sulla base di motivi oggettivi e documentati, il dipendente ritenesse che, nel giudizio di valutazione conseguito, ovvero che, nel complesso della valutazione non fossero stati valorizzati elementi rilevanti sul piano organizzativo, qualitativo o quantitativo della performance e sul livello dei risultati raggiunti, è stato chiesto un confronto con il valutatore di prima istanza e successivamente il riesame della valutazione.

Il totale delle valutazioni individuali ha riguardato 148 dipendenti, 3 non valutabili per servizio inferiore a 30 giorni nel 2025; la media complessiva dei punteggi conseguiti è risultata pari a 141,60 punti, a fronte di un punteggio massimo conseguibile pari a 160 punti.

1. Verifica delle previsioni di bilancio sia per quanto riguarda le entrate che le spese: nel corso del 2025 è stato effettuato un costante monitoraggio della gestione economico-finanziaria dell'Ente, in coerenza con il secondo macro-obiettivo relativo al mantenimento dell'equilibrio di bilancio. Le verifiche delle previsioni di entrata e di spesa sono state svolte periodicamente, anche in occasione delle attività di controllo programmate dal Collegio dei Revisori dei Conti, mediante analisi dell'andamento gestionale e proiezioni di chiusura dell'esercizio. L'attività di monitoraggio ha consentito di verificare la sostenibilità della programmazione degli acquisti di beni e servizi e del piano assunzionale previsto dal fabbisogno di personale, garantendo il rispetto degli equilibri economico-finanziari dell'Ente.
2. Sviluppo delle risorse umane dell'Ente: nel corso del 2025 sono state aggiornate le procedure sanitarie relative alla "Prevenzione e gestione della scabbia" e alla "Gestione delle esposizioni accidentali a sangue e liquidi biologici", successivamente condivise con il personale infermieristico nell'ambito degli incontri mensili di coordinamento. Durante l'anno sono stati inoltre realizzati 7 incontri in tutte le comunità dell'Ente finalizzati al confronto organizzativo e assistenziale. Nel medesimo periodo è stata predisposta la nuova procedura sanitaria concernente la "Rilevazione e valutazione del dolore nei residenti" ed è stata aggiornata l'istruzione operativa relativa all'"Accesso al diario clinico dei residenti". Si segnala inoltre che sono stati aggiornati n. 4 piani di lavoro dell'Area Infermieristica: 1° piano, 2° piano, SVP e 3° piano.
3. Potenziamento sistema di comunicazione: come risulta da relazione del Referente Social Media agli atti n. prot. 0003829 del 23/12/2026, i risultati conseguiti sono stati ampiamente superiori ai target previsti: nel corso del 2025 sono stati pubblicati 70 post nella pagina istituzionale Facebook. Inoltre, si è registrato un aumento delle interazioni sulla pagina con un aumento significativo di commenti e "mi piace".

VALUTAZIONE AREA POSIZIONI ORGANIZZATIVE.

In ottemperanza alla finalità di realizzare un sistema univoco di valutazione e a quanto stabilito nel Manuale d'uso per il conferimento delle Posizioni Organizzative e delle Alte Professionalità dell'I.S.A.C.C. (allegato sub. 1 alla deliberazione n. 30 del 03/06/2019), si precisa che anche per l'anno 2025 è stata applicata la metodologia di valutazione basata sul ciclo della performance.

Le Posizioni Organizzative risultano conferite con determina n. 309 del 30/12/2022 per il periodo 01/01/2023 – 31/12/2025 e con determina n. 138 del 27/06/2023 per il periodo 01/07/2023 – 31/12/2025.

Richiamato l'art. 10 "Valutazione e retribuzione di risultato" del Manuale sopra richiamato approvato con deliberazione n. 30/2019, per il 2025 sono state utilizzate le schede di valutazione secondo il modello di cui alla

deliberazione del CdA n. 12/2023, tenuto conto del raggiungimento degli obiettivi specifici riportati nella tabella seguente:

Obiettivi assegnati:

Obiettivo A	(descrizione)	punti.....
Obiettivo B	(descrizione)	punti.....
Obiettivo C	(descrizione)	punti.....
Obiettivo D	(descrizione)	punti.....
Obiettivo E	(descrizione)	punti.....
TOTALE OBIETTIVI		(Max 75 punti)

Elementi accessori di valutazione (punti da 1 a 5)

Prestazione individuale	precisione, puntualità, tempestività e qualità generale delle prestazioni	1	2	3	4	5
Capacità organizzativa	1) attitudine all'impiego flessibile della professionalità e alla gestione dei momenti di trasformazione gestionale ed organizzativa; 2) capacità di adattamento ai diversi contesti di intervento	1	2	3	4	5
Capacità relazionale	1) orientamento all'utenza, anche interna all'ente 2) disponibilità e collaborazione nei confronti dei colleghi	1	2	3	4	5
Problem solving	1) Soluzione dei problemi e situazioni critiche 2) Capacità di affrontare e risolvere in autonomia problemi nuovi ed imprevisti 3) Capacità di anticipare situazioni critiche attraverso un'attenta analisi del contesto di riferimento	1	2	3	4	5
Innovazione	1) Propositività ed innovatività nell'approccio al lavoro 2) Ritorno in termini di miglioramento organizzativo, gestionale, funzionale ed erogativo	1	2	3	4	5
TOTALE ELEMENTI ACCESSORI		(Max 25 punti)				

Dalle relazioni presentate dalle 3 p.o. /alta professionalità si evidenzia il raggiungimento dei seguenti obiettivi:

P.O. Coordinamento Pazzaglia Basso Sturm:

- Equilibrio di bilancio con la soddisfazione della programmazione delle assunzioni in base al fabbisogno di personale

- Favorire la personalizzazione della cura nelle diverse comunità
- Attenzione al gradimento dei servizi da parte dell'utenza

P.O. Coordinamento Infermieristico:

- Rinnovo delle procedure sanitarie in previsione della verifica per il rinnovo dell'accreditamento
- Gestione e supporto al personale per la presa in carico dei residenti
- Attenzione al gradimento dei servizi da parte dell'utenza

Alta Professionalità

- Gestione gara ristorazione
- Negoziazione progetto dose unitarie
- Predisposizione riorganizzazione servizi generali

Il punteggio medio complessivo attribuito alle 3 p.o. /alta professionalità nel 2025 è di 117/120 che rapportato in centesimi risulta di 97,5/100. Al fine della determinazione dell'indennità di risultato erogabile, tale punteggio si colloca nella fascia che corrisponde per ciascuna P.O. al 25% delle rispettive indennità di posizione.

CONCLUSIONI

La presente Relazione evidenzia il perseguimento degli obiettivi strategici definiti nel Piano della Performance 2025-2027, attraverso attività di riorganizzazione, miglioramento della qualità assistenziale, sviluppo organizzativo e monitoraggio gestionale.

L'Ente conferma il proprio impegno nel garantire servizi sociosanitari qualificati, nel rispetto dei principi di efficacia, efficienza, trasparenza e centralità della persona.

La presente Relazione sarà sottoposta alla validazione del Nucleo di Valutazione ai sensi dell'art. 14 del D.Lgs. 150/2009.

La misurazione e la valutazione della performance individuale dei dirigenti, che terrà conto anche della performance generale di cui alla presente relazione, rientra nelle prerogative del Nucleo di Valutazione come previsto dall'articolo 5, punto 4 lett. e) del Regolamento per la misurazione e la valutazione della performance di cui alla deliberazione del Consiglio di Amministrazione n. 8/2021.

Bassano, 25/05/2026

 **SEGRETARIO DIRETTORE GEN.**
[Handwritten signature]

[Faint, illegible text covering the majority of the page, likely bleed-through from the reverse side.]

