

PIANO DELLA PERFORMANCE TRIENNIO 2015-2017 RELAZIONE FINALE PER L'ANNO 2015



Breno, li 29/06/2016

INDICE

RELAZIONE SUL PIANO DELLA PERFORMANCE PER L'ANNO 2015

1. Premessa
 - Il contesto aziendale
2. Finalità
3. L'Azienda in numeri: attività e personale
 - Dati di attività
 - Dotazione di posti letto
 - Personale dipendente
4. Contenuti
5. Il rispetto dei principi generali forniti dalla CIVIT

RISULTATI CONSEGUITI RISPETTO AGLI OBIETTIVI ASSEGNATI

1. Relazione tra gli esiti della Performance e la struttura organizzativa aziendale
2. Esiti degli obiettivi 2015
3. Le modalità di assegnazione degli obiettivi di Performance
4. Conclusioni

RELAZIONE SUL PIANO DELLA PERFORMANCE PER L'ANNO 2015

1. PREMESSA

Misurare le performance e quindi il livello dei servizi è il presupposto fondamentale per responsabilizzare il personale dipendente attraverso l'elaborazione di elementi di valutazione finalizzati ad incrementare l'appropriatezza, l'efficacia e l'efficienza delle prestazioni sanitarie erogate.

La valutazione della performance richiede un approccio trasversale alle strutture, e presuppone la misurazione dei risultati dell'intera azienda in riferimento alle strategie previste dall'amministrazione per soddisfare i bisogni della collettività.

Il D.Lgs. n. 150/2009 in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni stabilisce che ogni amministrazione pubblica è tenuta a misurare e a valutare la performance con riferimento all'amministrazione nel suo complesso, alle aree di responsabilità in cui si articola e ai singoli dipendenti. Questo, al fine del miglioramento della qualità dei servizi offerti, attraverso la valorizzazione del merito e la trasparenza dei risultati raggiunti e delle risorse impiegate.

Uno degli strumenti previsti dal D.Lgs. n. 150/2009 a tale fine è il Piano della performance, un documento programmatico triennale, adottato in coerenza con i contenuti e il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio, che individua sia gli obiettivi strategici ed operativi e gli indicatori per la valutazione della performance dell'amministrazione sia gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale ed i relativi indicatori.

La presente Relazione sulla Performance è redatta ai sensi dell'art. 10, comma 1, lett. b) del D.Lgs.150/2009 dal Controllo di Gestione dell'ASL di Vallecamonica – Sebino. Essa prosegue il Piano Triennale della Performance 2015–2017, riportando i risultati ottenuti dalle Unità Operative aziendali rispetto agli obiettivi programmati e assegnati nell'anno. Il Piano della Performance è stato approvato con decreto n. 77 del 29.1.2015. Gli obiettivi contenuti nel Piano prendono anche spunto dai contenuti della DGR n. 2989 del 23/12/2014 “Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sociosanitario regionale per l'esercizio 2015”, cosiddette “Regole di sistema” e successive integrazioni.

L'Asl di Vallecamonica - Sebino, nel 2012 aveva già elaborato il suo Piano della Performance relativo al triennio 2012-2014, avviando in tal modo il processo di valutazione della performance in coerenza con quanto previsto dalla normativa vigente.

Circa il presente Piano della Performance è necessario rilevare che la delibera di Giunta n. X/2989 del 23 dicembre 2014 nella sezione relativa al programma di miglioramento continuo (pag. 52) ha previsto che, nel corso del 2015, il Piano della Performance, nelle more di quanto previsto dalla legge 144/14 art. 19 comma 10, fosse definito tenuto conto di quanto elaborato in sede di Programma Integrato di Miglioramento dell'Organizzazione (P.I.M.O).

Il monitoraggio di alcune delle performance contiene quindi un set minimo di indicatori comuni a tutte le aziende ospedaliere, estrapolati dal P.I.M.O., sulla base di indicazioni

operative elaborate dall'OIV della Giunta Regionale, di concerto con la DG Salute. Vi sono inoltre gli obiettivi assegnati ai vari Dipartimenti e Unità Operative sulla base del Documento di Programmazione 2015 e come già esposto gli obiettivi generali previsti dalle "Regole di sistema 2015".

Infine tra gli adempimenti richiesti ai Direttori/Dirigenti occorre tener presente anche quanto contenuto nel Piano per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza di cui alla L. n. 190/2012, al D.Lgs. n. 33/2013 e al d.P.R. n. 62/2013, che la Direzione ha approvato con decreto n. 58 del 28.1.2015.

Il contesto aziendale

L'Azienda è l'unica, tra le ASL della Regione Lombardia, a gestire direttamente il proprio Presidio ospedaliero. Risulta conseguentemente non semplice, per molte figure professionali, distinguere il personale dedicato alle une piuttosto che alle altre attività e altrettanto complessa l'attribuzione di obiettivi.

L'**organizzazione** è molto articolata, con una Direzione che sovrintende alle attività territoriali e ospedaliere e servizi di supporto, come servizi amministrativi e tecnici, in comune.

Le **risorse umane** in comune, se da un lato consentono di conseguire economie di scala per quanto riguarda soprattutto le attività amministrative dall'altro riscontrano difficoltà nel soddisfare gli adempimenti richiesti in relazione alla duplice natura aziendale.

In conformità alle direttive più recenti, il nuovo Piano è stato predisposto come documento programmatico in cui vengono sintetizzati ed integrati in modo coerente, sistematico e trasversale i diversi documenti di pianificazione e programmazione aziendali, quali:

- il piano Qualità e Rischio Clinico;
- gli obiettivi di budget;
- il Piano della Trasparenza e il Piano della Prevenzione della Corruzione;
- il Piano Integrato di Miglioramento dell'Organizzazione;
- il Piano degli investimenti.

2. FINALITA'

In continuità con l'anno 2014 si sono considerati i seguenti punti:

1. Il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza dei servizi offerti tenendo in considerazione la peculiarità dell'Azienda, unica in Regione Lombardia a gestire direttamente un Presidio ospedaliero; in tale ottica l'integrazione tra Territorio e Ospedale si pone quale imperativo categorico che verrà perseguito per garantire:

- una sinergia tra personale medico ospedaliero e territoriale;
- un rafforzamento del ruolo del Distretto Socio-sanitario;
- la creazione di un Polo Territoriale (POT)

2. Il mantenimento della produzione (ricoveri e specialistica) conseguita dal Presidio, senza prevederne ulteriori incrementi;

3. Il perseguimento di obiettivi di trasparenza e l'attuazione di misure per la prevenzione della corruzione;

4. Il contenimento della spesa corrente necessario per garantire l'equilibrio di bilancio

attraverso un'analisi più puntuale dei dati raccolti e monitorati attraverso i “flussi” inviati a Regione Lombardia per i vari settori di attività.

Tali attività sono state realizzate anche con l'utilizzo di definiti documenti, strumenti e metodi, che costituiscono elementi essenziali:

- il presente Piano delle Performance con sviluppo su arco triennale dei principali obiettivi strategici;
- il Documento di programmazione che rappresenta lo strumento di programmazione annuale;
- il Budget annuale, quale strumento operativo costituito dalle schede di budget con cui definisce l'attività di programmazione, monitoraggio e verifica dei costi e delle attività delle Unità operative;
- il sistema di Reporting con indicatori puntuali per la Direzione Strategica e per le Unità Operative e il Cruscotto direzionale alimentato attraverso il Controllo di Gestione.

Gli obiettivi, correlati agli strumenti regionali di programmazione annuale, erano:

- rilevanti e pertinenti rispetto ai bisogni della collettività, alla missione istituzionale, alle priorità politiche e alle strategie dell'Azienda
- specifici e misurabili in termini concreti e chiari
- tali da determinare un significativo miglioramento della qualità dei servizi erogati e degli interventi
- commisurati a valori di riferimento derivanti da standard definiti a livello nazionale nonché da comparazioni con amministrazioni analoghe
- confrontabili con le tendenze di produttività dell'Azienda con riferimento agli esercizi precedenti
- correlati alla quantità e qualità delle risorse disponibili

La verifica del raggiungimento parziale e finale degli obiettivi è stata eseguita dal Nucleo di Valutazione delle Prestazioni, costituito con decreto del Direttore Generale n.489 del 27.5.2011 modificato con decreto n.303 del 4.4.2013 e n.1083 del 30.12.2014, infine ricostituito con decreto n.522 del 17.6.2015 e composto dai Sigg.ri:

Dr Roberto Opizzi	Presidente
Dr Francesco Ferini	Componente
Prof. Luigi Caimi	Componente

che si è riunito nelle seguenti date:

10/03/2015
07/04/2015
08/07/2015
09/10/2015
28/01/2016
23/02/2016
16/03/2016
28/04/2016
26/05/2016
14/09/2016

Nella seduta del 28/01/2016 il NVP ha esaminato e certificato gli adempimenti in materia di prevenzione della corruzione e per la trasparenza;
nella seduta del 28/04/2016 sono stati esaminati i risultati finali degli obiettivi assegnati con le schede di budget.

Il Nucleo di Valutazione delle Prestazioni, nel corso dell'esercizio 2015, ha svolto quindi le seguenti attività:

- a) esame del sistema complessivo di valutazione, della trasparenza e integrità elaborando proposte per l'assegnazione degli obiettivi ai dirigenti e ai responsabili;
- b) monitoraggio dello stato di avanzamento delle attività inerenti gli obiettivi assegnati, comunicando nel corso degli incontri eventuali criticità riscontrate ai fini dell'adozione di provvedimenti correttivi;
- c) verifica che l'erogazione degli incentivi fosse preceduta dall'esame e valutazione del progressivo raggiungimento degli obiettivi sia in corso sia alla fine dell'esercizio;
- d) esame degli adempimenti in tema di trasparenza e integrità previsti dal D.Lgs. 33/2013, attestando l'assolvimento degli obblighi coerenti con il dettato dell'art. 14 del D.Lgs. 165/2001 e s.m.i.

La valutazione intermedia e le criticità emerse hanno costituito strumento valido per la programmazione delle modalità di valutazione e per l'assegnazione degli obiettivi.

Il Nucleo di Valutazione è stato supportato nella misurazione della performance da idonea struttura organizzativa interna all'Azienda (il servizio Controllo di Gestione), che ha elaborato i dati indispensabili per la valutazione del personale, predisponendo elaborati e tabelle riassuntive.

3. L'AZIENDA IN NUMERI: ATTIVITA' E PERSONALE

Al fine di rappresentare la dimensione dall'Azienda e la sua rilevanza a livello territoriale si illustrano di seguito i volumi di attività erogati, la dotazione di posti letto e la fotografia della dotazione organica al 31/12/2015.

Dati di attività

Produzione per ricoveri al 31/12/2014 e al 31/12/2015:

PRESTAZIONI DI RICOVERO			
	importo anno 2014	importo anno 2015	% importo
produzione	33.774.941	33.811.000	0,1%

Mobilità passiva evitabile per ricoveri:

PRESTAZIONI DI RICOVERO			
	importo anno 2014	importo anno 2015	% importo
passiva	17.489.938	14.363.530	-18%
passiva non evitabile reparti	946.781	913.686	-3%
passiva non evitabile altro	4.190.798	3.647.654	-13%

Nel corso dell'esercizio anche la mobilità passiva non evitabile ha subito un decremento del 18% in parte derivante dal mantenimento presso il Presidio di Esine di pazienti oncologici che, a seguito dell'entrata a pieno regime del servizio di radioterapia, non sono "migrati" verso strutture ospedaliere esterne alla Valle, in parte per effetto del potenziamento delle cure riabilitative specialistiche e geriatriche.

Produzione per specialistica al 31/12/2014 e al 31/12/2015:

PRESTAZIONI AMBULATORIALI			
	importo anno 2014	importo anno 2015*	% importo
produzione	20.544.847	20.580.640	0,2%

Mobilità passiva evitabile per specialistica:

PRESTAZIONI AMBULATORIALI			
	importo anno 2014	importo anno 2015*	% importo
passiva	4.925.961	4.776.001	-3%
passiva non evitabile	1.775.053	1.445.871	-19%
passiva non evitabile altro	605.004	690.083	14%

Riduzione complessiva della mobilità passiva ambulatoriale 5%.

Dotazione di posti letto

TOTALE	2015
posti letto ordinari + dh (attivati)	347
gg degenza (ricoveri ordinari + dh)	85.654
peso medio ricoveri ordinari	0,9817
numero interventi chirurgici	4.446
di cui esterni	2.360
totale procedure chirurgiche	6.790

Personale dipendente

Personale FTE al 31/12/2015	2015
Personale dirigente	207
Personale comparto	902
TOTALE	1.109

Nella tabella sottostante la dotazione a confronto anni 2014 e 2015. Il personale è calcolato alla data del 31 dicembre, Full Time Equivalent.

Personale FTE per profilo	anno 2014	anno 2015
Dirigente veterinario	15	15
Dirigente medico	167	171
Dirigente sanitario	15	15
Dirigente professionale	1	1
Dirigente tecnico	1	1
Dirigente amministrativo	2	2
TOTALE	201	205
Personale infermieristico	458	439
Personale tecnico sanitario	71	73
Personale riabilitazione	37	37
Personale della prevenzione	25	24
Personale assistenza sociale	13	13
Personale tecnico	193	186
Personale amministrativo	134	125
TOTALE	931	897
COMPLESSIVO	1132	1102

4. CONTENUTI

La Relazione è la fase finale del ciclo della performance e riassume gli esiti della valutazione degli obiettivi e dei budget assegnati ai dirigenti nell'anno 2015.

Gli obiettivi assegnati alla dirigenza medica in relazione al mantenimento della produzione dell'esercizio 2015 hanno comportato la necessità di riscontri oggettivi sul bilancio dell'esercizio.

La performance è stata misurata e valutata sia a livello di organizzazione sia a livello individuale:

- a livello di organizzazione mediante scheda di budget assegnata alle singole unità operative, con una netta divisione tra gli obiettivi della dirigenza e gli obiettivi del comparto,
- a livello individuale mediante scheda di valutazione individuale.

Il 2015, per quanto riguarda il comparto, è il quarto anno in cui viene compilata la scheda di valutazione individuale a cura dei Responsabili.

La valutazione è stata effettuata dai Direttori, dai Dirigenti e dai Responsabili o comunque da soggetti che hanno conoscenza diretta del valutato. Gli indicatori utilizzati sono riferiti essenzialmente alla capacità del singolo di inserirsi e adeguarsi al contesto lavorativo, collaborare con i componenti dell'Unità Operativa di appartenenza o di rispondere in relazione alla posizione ricoperta a esigenze di flessibilità piuttosto che di precisione nell'esecuzione dei compiti assegnati.

5. Rispetto dei principi generali forniti dalla CIVIT (Commissione Indipendente per la Valutazione, l'Integrità e la Trasparenza della Pubblica Amministrazione)

Il Piano della Performance ha rispettato le indicazioni fornite dalla CIVIT ovvero:

Il Principio di trasparenza. Secondo quanto previsto dall'art. 11, comma 3 del D.Lgs. 150/2009: "Le amministrazioni pubbliche garantiscono la massima trasparenza in ogni fase del ciclo della performance". Il Piano della Performance del triennio 2015–2017 è e sarà regolarmente pubblicato annualmente sul sito istituzionale dell'ASL di Vallecamonica – Sebino, ora ASST di Valcamonica, nella sezione denominata "Trasparenza, valutazione, merito".

Inoltre la direzione strategica ha presentato gli obiettivi contenuti nel Piano della Performance e mutuati dal Documento di programmazione agli stakeholders aziendali al fine di informarli sugli obiettivi che l'Azienda era posta e si porrà nel triennio.

Il Principio della verificabilità degli obiettivi. Gli obiettivi assegnati, oggettivamente verificabili e misurabili attraverso una serie di indicatori numerici/economici, sono risultati coerenti con i risultati attesi e sono stati misurati dal servizio Controllo di Gestione.

Il Principio della partecipazione.

Il processo di Budgeting si è svolto secondo le regole di negoziazione tra la Direzione Strategica e i Responsabili di Budget individuati.

Gli obiettivi sono stati presentati al personale afferente le UUOO e condivisi.

Le rendicontazioni infrannuali sono state effettuate e portate a conoscenza dei Responsabili.

I destinatari degli obiettivi sono stati opportunamente informati nei casi di criticità nel progressivo raggiungimento degli obiettivi: ciò ha consentito una revisione degli obiettivi che per cause imprevedibili non potevano più essere perseguiti.

RELAZIONE SUL PIANO DELLA PERFORMANCE PER L'ANNO 2015

1. Relazione tra gli esiti della Performance e la struttura organizzativa aziendale

A) OPERE e INVESTIMENTI

1. I lavori di collegamento con la SS 42 e conseguente accesso diretto all'Ospedale di Esine sono ripresi durante l'anno 2015 e terminati nel 2016;
2. La ristrutturazione e ampliamento del pronto Soccorso di Esine hanno permesso la realizzazione del progetto *lean* mediante il quale l'osservazione breve si avvale di posti letto in appoggio da reparti individuati;
3. **INSTALLAZIONE E ATTIVAZIONE TAC EDOLO:** in data 20.3.2015 è stato eseguito il collaudo funzionale della TAC installata presso la Radiologia di Edolo, con esito positivo, e immediatamente è iniziata la fase di formazione ed addestramento all'uso e quindi l'attività clinica. **TELECOMANDATO DIGITALE EDOLO:** In data 9.5.2016 con DGR X-5136 la Giunta Regionale ha inserito nelle proposte inerenti il VII atto integrativo dell'Accordo di Programma quadro per i settori degli investimenti sanitari €1.600.000,00 per "Adeguamento e razionalizzazione area orto-trauma e PS presso il PO di Edolo". Una quota di questo finanziamento verrà dedicata all'acquisto dell'apparecchiatura in oggetto. In caso di approvazione dell'intervento da parte del Ministero della salute e del Ministero dell'Economia e delle Finanze, si precisa che per poter procedere all'acquisto ed installazione di tale apparecchiatura prima dovranno essere concluse le seguenti fasi: redazione del progetto; approvazione del progetto da parte di Regione Lombardia; espletamento gara per esecuzione lavori
4. Con decreti 384 e 593/2015 sono state indette le procedure per il conferimento dell'incarico di progettazione ed esecuzione dei lavori al fine di adottare un sistema di gestione per la sicurezza antincendio per sedi varie tra cui quella poliambulatoriale di Darfo. Con decreto 662/2015 l'assegnazione definitiva.
5. Con decreto 219/2016 è stata affidata la mediante piattaforma SinTel, alla Brognoli & C. snc la fornitura e posa di un impianto ascensore per la struttura poliambulatoriale afferente all'ASST della Valcamonica in comune di Darfo B.T.. Per la medesima sede, nel mese di agosto è stata indetta procedura per la sostituzione dei serramenti previsti dal progetto esecutivo approvato con decreto n.1066/2015. Per la sede di Cedegolo nel mese di agosto è stata indetta procedura per la realizzazione delle opere edili previste dal progetto esecutivo approvato con decreto n.1065/2015.
6. Con successivi decreti: 384 del 22.4.2015; 593 del 8.7.2015; 716 del 2.9.2015 ed infine 1064 del 14.12.2015 si sono conclusi i lavori ed il collaudo di completamento ed integrazione della Cittadella della Salute Mentale;
7. Con decreto 385/2015 si è affidato l'incarico di consulenza aeronautica per l'apertura al traffico notturno dell'elisuperficie al suolo dell'Ospedale di Esine.
8. Con successivi decreti: 692, e 862 del 5.11.2015 si sono conclusi i lavori ed il collaudo della Palazzina della Libera professione;
9. Rinnovo, ammodernamento del patrimonio strumentale nonché la dismissione di taluni beni immobili sono stati effettuati secondo i piano previsti dalla DGR in materia di edilizia sanitaria.

La legge 23 del 11 agosto 2015 ha modificato radicalmente l'assetto dell'Azienda, in parte

ridefinendo le priorità e le modalità di costruzione e sviluppo dei progetti organizzativi.

Secondo questa ridefinizione si possono leggere le risultanze di obiettivi definiti di GESTIONE:

B) GESTIONE

1. I posti letto accreditati e attivati per le cure post acute quali la riabilitazione specialistica e la lungodegenza in riabilitazione geriatrica sono rispettivamente 28 e 17.
2. La dotazione organica di personale risente dei vincoli di turn over imposti per legge e delle cessazioni. In questo quadro l'Azienda ha rispettato il piano espletando le procedure concorsuali fino al tetto consentito.
3. La sperimentazione del POT di Edolo, come accennato in premessa, nel corso del 2015 è stata subordinata al riordino organizzativo a livello di Sistema dettato dalla legge regionale 23/2015. Alla stessa stregua, pur garantendo la continuità di progetti sviluppati e realizzati, l'ambito territoriale Sociale e Socio-Sanitario, nonché le Cure Palliative Territoriali sono state e sono tutt'ora oggetto di studio e modifiche.

C) BILANCIO, INDICATORI DI PERFORMANCE, PIMO, CUSTOMER SATISFACTION, RISK MANAGEMENT, TRASPARENZA E ANTICORRUZIONE

Nella tabella "Indicatori" si presenta un quadro sinottico degli obiettivi quali-quantitativi aziendali. La tabella enuncia detti obiettivi, avendo come riferimento i documenti citati in premessa, quali le Regole di sistema per l'anno 2015, gli obiettivi del Direttore Generale, il PIMO, il radar delle performance ospedaliere del portale regionale, gli adempimenti in tema di risk management, il Piano per la Trasparenza e l'Anticorruzione, ed infine obiettivi specifici di interesse aziendale quali il miglioramento dell'efficienza del settore amministrativo attraverso la formazione informatica e la dematerializzazione.

La tabella sinottica presenta la situazione in colonne suddivise che rappresentano l'andamento dell'anno precedente, i valori raggiunti nell'anno in analisi ed il target prefissato nel Piano delle Performance.

Essa è stata utilizzata per la costruzione "a cascata" degli obiettivi di performance organizzativa delle unità Operative titolari di Budget e per la valutazione individuale del personale.

Attraverso di essa il Nucleo di Valutazione delle Performance ha potuto approvare, verificare infrannualmente ed infine ratificare il livello di raggiungimento degli obiettivi annuali dell'Azienda, dei Dipartimenti, delle Unità Operative ed il grado di apporto individuale del personale.

In allegato la tabella.

6. I PRINCIPALI RIFERIMENTI NORMATIVI

Il presente Piano della Performance viene elaborato con riferimento alla seguente normativa:

- D.Lgs. n. 150/2009 “Attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni”;
- L.R. n. 33/2009 “Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità”;
- D.G.R. n.IX/351 del 28 luglio 2010 “Prime indicazioni per la valutazione periodica delle performance delle strutture di ricovero e cura”;
- D.C.R. n. 88 del 17 novembre 2010 “Piano Socio Sanitario Regionale 2010-2014”;
- D.G.S. n. 349 del 23 gennaio 2012 “Approvazione del metodo per l'individuazione dell'indice sintetico di performance per le strutture di ricovero”;
- Legge 190/2012 "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione";
- D.lgs 33/2013 “Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni”
- D.G.R. n. 2989 del 23 dicembre 2014 “Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Socio Sanitario Regionale per l’esercizio 2015”.

Allegato tabella Indicatori di Performance anno 2015

PROGETTI - OBIETTIVO	INDICATORE	ANNO 2014	ANNO 2015	RISULTATI ATTESI 2015
Miglioramento posizionamento strategico ASST Valcamonica	Bilancio AO: Personale, beni e servizi, altri costi / Valore della Produzione da Bilancio	98%	98%	
	Produzione lorda	54.319.788	53.888.106	=2014
	Tasso di fuga (mobilità passiva evitabile)	22.415.899	19.139.531	
Rispetto budget prestazioni ambulatoriali	Pesi percentuali prestazioni ambulatoriali (ddg.3065)	tabella regionale	tabella regionale	media regionale 2015
Razionalizzazione delle risorse	Spesa effettiva beni e servizi effettuati attraverso procedure centralizzate/aggregate	>= 97%	>= 97%	< 2014 (97%)
	n. dipendenti ruolo amm.vo/n. totale dipendenti	12,0%	11,5%	
Piano ferie	ferie: smaltimento delle ferie dell'esercizio secondo norma contrattuale	97%	97%	>= 97%; 20% ferie arretrate. entro 30/04/2016
Budget straordinari	Rispetto ore assegnate dall'AGRU	313.541	313.541	importo fondo disagio (str)
Attestazione presenza	corretta rilevazione presenza in servizio (timbrature e utilizzo angolo del dipendente)	utilizzo in via di implementazione	utilizzo implementato	<3 richiami (obiettivo non proporzionale)
	% assenze dal lavoro: n. ore lavorative pers/n. ore lavoro potenziali lavorabili x 100	base riferimento	< 2014	
Miglioramento del grado di soddisfazione personale	% trasferimenti interni richiesti: n. trasferimenti richiesti/n. lavoratori x 100 (dato stimato)	base riferimento	< 2014	
	saturazione formazione: miglioramento rispetto al 2015	89%	91%	>= 2014
Presentazione ovvero realizzazione di uno o più progetti nell'ambito delle opere ed investimenti di riordino della rete ospedaliera, previsti dal Documento di Programmazione 2015;	presenza dei documenti		vedere parte descrittiva Piano Performance	elaborazione/realizzazione dei progetti entro il 31/12/2015
Partecipazione al governo delle reti di patologia (ROL, RENE, STROKE, STEMI, Diabete):condivisione dei rispettivi PDTA e loro verifica attraverso indicatori di monitoraggio e strumenti di audit	IMA1: RL 58,88%; obj 100%.	62,50%	93,10%	miglioramento/mantenimento valori indicatori rispetto al 2014
	IMA2: RL 74,13%; obj 30%.	38,39%	40,63%	miglioramento/mantenimento valori indicatori rispetto al 2014
	IMA3: RL 67,49%; obj 70%.		83,33%	miglioramento/mantenimento valori indicatori rispetto al 2014
	ICTUS1: RL 75,22%; obj 80%.	0%	1%	miglioramento/mantenimento valori indicatori rispetto al 2014
	ICTUS2: RL 41,48%; obj 100%.	67,27%	59,09%	miglioramento/mantenimento valori indicatori rispetto al 2014
	BC1: RL 62,77%; obj 70%	80,77%	76,32%	miglioramento/mantenimento valori indicatori rispetto al 2014
	BC10: RL 74,02%; obj 70%		96,67%	miglioramento/mantenimento valori indicatori rispetto al 2014
	BC2: RL 58,64%; obj 80%	42,31%	76,32%	miglioramento/mantenimento valori indicatori rispetto al 2014
	BC3: RL 75,68%; obj 80%	63,64%	51,61%	miglioramento/mantenimento valori indicatori rispetto al 2014
	BC4: RL 78,09%; obj 80%	0%	0%	miglioramento/mantenimento valori indicatori rispetto al 2014
	BC5: RL 86,21%; obj 90%	87,50%		miglioramento/mantenimento valori indicatori rispetto al 2014
	CRC1: RL 63,40%; obj 80%	85,71%	61,29%	miglioramento/mantenimento valori indicatori rispetto al 2014
	CRC2: RL 92,08%; obj 80%	90,00%	100,00%	miglioramento/mantenimento valori indicatori rispetto al 2014
	CRC6: RL 92,65%; obj 80%		95,00%	miglioramento/mantenimento valori indicatori rispetto al 2014
ROL	dati portale regionale	dati portale regionale	miglioramento/mantenimento valori indicatori rispetto al 2014	
RENE	dati portale regionale	dati portale regionale		
diabete	0,00%	0,00%		
ATTIVITA' DI TRAPIANTO E DONAZIONE: - donazione cornee;	n. donatori/n. decessi	4,24%	2,00%	10% donatori rispetto ai decessi
- donazione tessuti ossei da vivente;	n. donatori/n. protesi impiantate in elezione		23%	10% donazioni rispetto al numero di protesi anca impiantate in elezione
- utilizzo Donor Manager	n. donatori di tessuti/n. inserimenti in Donor Manager	100%	100%	100% prelievi registrati in DM
PIANO INTEGRATO PER IL MIGLIORAMENTO DELL'ORGANIZZAZIONE	1) aggiornamento indicatori PIMO secondo indicazioni regionali; 2) aggiornamento indicatori PIMO in continuità con anno 2015 (%)	43 (100%)	42 (98%)	elaborazione del PIMO entro febbraio 2015
PROGETTI Risk Management: - realizzazione progetti	cronoprogramma realizzato/ cronoprogramma deliberato x 100	100%	100%	100%

-Dimissioni volontarie	Cardiologia	1,062%	0,766%	< rispetto a 2014
	Chirurgia Esine	2,360%	0,759%	< rispetto a 2014
	Urologia	nd	2,655%	< rispetto a 2014
	Medicina Esine	2,505%	0,731%	< rispetto a 2014
	Medicina Edolo	0,353%	0,591%	< rispetto a 2014
	Ortopedia Esine	1,401%	0,487%	< rispetto a 2014
	Ortopedia Edolo	0,000%	1,709%	< rispetto a 2014
	Neurologia	nd	nd	< rispetto a 2014
	-Trasferimenti tra strutture	Cardiologia	1,062%	1,225%
Chirurgia Esine		1,377%	1,302%	< rispetto a 2014
Urologia		nd	8,850%	< rispetto a 2014
Medicina Esine		0,835%	0,325%	< rispetto a 2014
Medicina Edolo		0,588%	0,591%	< rispetto a 2014
Ortopedia Esine		0,560%	0,243%	< rispetto a 2014
Ortopedia Edolo		3,670%	0,855%	< rispetto a 2014
Neurologia		nd	nd	< rispetto a 2014
-Ricoveri ripetuti		Cardiologia	13,961%	13,323%
	Chirurgia Esine	9,538%	10,087%	< rispetto a 2014
	Urologia	nd	12,389%	< rispetto a 2014
	Medicina Esine	9,186%	7,474%	< rispetto a 2014
	Medicina Edolo	7,403%	10,039%	< rispetto a 2014
	Ortopedia Esine	2,521%	4,501%	< rispetto a 2014
	Ortopedia Edolo	10,092%	2,564%	< rispetto a 2014
	Neurologia	nd	nd	< rispetto a 2014
	-Ritorni in sala operatoria	Cardiologia	2,674%	5,462%
Chirurgia Esine		1,439%	1,869%	< rispetto a 2014
Urologia		nd	1,818%	< rispetto a 2014
Medicina Esine		0,000%	0,000%	< rispetto a 2014
Medicina Edolo		0,298%	0,000%	< rispetto a 2014
Ortopedia Esine		0,671%	0,300%	< rispetto a 2014
Ortopedia Edolo		1,639%	0,000%	< rispetto a 2014
Neurologia		nd	nd	< rispetto a 2014
-Mortalità totale		Cardiologia	2,883%	3,216%
	Chirurgia Esine	3,048%	4,230%	< rispetto a 2014
	Urologia	nd	3,540%	< rispetto a 2014
	Medicina Esine	15,658%	18,034%	< rispetto a 2014
	Medicina Edolo	0,823%	15,158%	< rispetto a 2014
	Ortopedia Esine	0,560%	0,730%	< rispetto a 2014
	Ortopedia Edolo	2,752%	0,000%	< rispetto a 2014
	Neurologia	nd	nd	< rispetto a 2014
	-Degenza media preoperatoria	Ospedale di Vallecamonica	1,5	1,6
-Numero drg medici dimessi da reparti chirurgici ordinari	Ospedale di Vallecamonica	45,4%	42,2%	< rispetto a 2014
-Numero drg medici dimessi da reparti chirurgici day hospital	Ospedale di Vallecamonica	1,7%	1,9%	mantenimento rispetto a 2014
-Percentuale ricoveri ripetuti entro 30 gg con stessa MDC	Ospedale di Vallecamonica	3,2%	2,5%	< rispetto a 2014
-Percentuale ricoveri ordinari medici brevi su totale ricoveri	Ospedale di Vallecamonica	17,0%	17,8%	mantenimento rispetto a 2014
-Percentuale fratture del femore operate entro 48 ore dall'ammissione	Ospedale di Vallecamonica	75,8%	71,2%	mantenimento rispetto a 2014
-Tasso osp ricoveri ordinari di 2 o più giorni per drg alto rischio inappropriatezza	Ospedale di Vallecamonica	10,8%	12,3%	< rispetto a 2014
108 DRG ad elevato rischio di inappropriatezza	Attuazione di protocolli diagnostico-terapeutici al fine di ridurre la degenza media dei ricoveri riferiti all'obiettivo	15,8%	14,7%	<=22%
-Customer satisfaction	% dei giudizi positivi nelle rilevazioni di customer ambulatoriali	89%	91%	mantenimento rispetto al 2014
-Customer satisfaction	% dei giudizi positivi nelle rilevazioni di customer degenza	94%	96%	mantenimento rispetto al 2014
Adeguamento ai requisiti strutturali di accreditamento	Requisiti non ancora raggiunti con incremento >=5% /Requisiti non ancora raggiunti			Completamento interventi strutturali a Darfo e Edolo
Contaminazione da Legionella delle acque	Numero di campionamenti positivi nei punti di controllo (=> 102 UFC/l)/Numero punti di controllo range 2-5%	24%	6%	Sostituzione dell'autoclave portabile a Edolo; Esecuzione iperclorazione nei Poliambulatori a Darfo B.T.
Disaster plan informatico	Presenza di un Disaster Plan testato e discusso almeno una volta l'anno.	fatto	fatto	Organizzare incontri con l'Alta Direzione e i RUO al fine di definire vincoli e modalità operative

Continuità operativa informatica	Situazioni in cui un applicativo informatico non è stato accessibile/funzionante per un tempo superiore ad un riferimento deciso dall'ospedale (es. 15 minuti);	fatto	fatto	Organizzare incontri con l'Alta Direzione e i RUO al fine di definire il tempo massimo accettabile di fermo prima di attivare procedure di gestione manuale
Adeguamento ai requisiti di accreditamento SSR-personale	Num. requisiti di accreditamento SSR sul personale assolti/ Num. Requisiti di accreditamento SSR sul personale	100,00%	100,00%	Creazione di un sistema di rilevazione e verifica di tutti i requisiti relativi al personale
Copertura fabbisogni del personale	Organico medio FTE (si consiglia di calcolare anche l'organico minimo e massimo nell'anno) Organico FTE da fabbisogno approvato/ Richiesta personale da scheda di budget annuale approvato	89,50%	87,88%	Mantenimento
Dipendenti con valutazione annuale delle competenze (ovvero della performance individuale)	Num. Dipendenti con valutazione annuale delle competenze previste dal profilo e dal ruolo / Totale personale dipendente	26,72%	24,79%	Implementare la valutazione delle competenze e delle performance su tutto il personale
Presenza in carico obiettivi di mandato	Presenza report di assegnazione obiettivi entro 30 gg dall'arrivo in Azienda	SI	SI	Mantenimento
Percentuale di implementazione delle raccomandazioni	Num. requisiti applicabili soddisfatti/ Num. totale di requisiti applicabili	85,00%	85,00%	Implementazione delle raccomandazioni ministeriali.
Frequenza normalizzata di richieste di risarcimento su giorni di degenza	Num. RR Area Clinica (Tot reparti, escluso PS)/ GG degenza Tot	2,37	2,37	Miglioramento
Percentuale di prestazioni che rispettano i tempi di attesa	Num. prestazioni monitorate con rispetto dei tempi / Num. totale delle prestazioni monitorate	67,57%	67,57%	Acquisizione di un software per la gestione dei tempi di attesa
Aggiornamento del Codice Etico (o Codice Etico Comportamentale)	Il codice etico (o codice etico - comportamentale) è aggiornato rispetto ai reati previsti dal D.Lgs. 231/01 (o Legge 190/2012 e DPR 62/2013) o cambiamenti organizzativi aventi impatto sul codice stesso?	SI	SI	Completare la revisione del Codice etico/modello organizzativo presente in bozza
Indice di chiusura delle azioni previste nel PTPC Piano Triennale Prevenzione e Corruzione e PTTI Piano triennale Trasparenza e Integrità.	Num. di azioni riportate nel PTPC e PTTI chiuse nel periodo di riferimento considerato/ Num. totale azioni previste dal PTPC e PTTI nel periodo di riferimento considerato	92,10%	97,29%	Implementazione delle azioni previste nel PTPC e PTTI
Avanzamento e sviluppo di progetti innovativi nell'area della semplificazione e dematerializzazione	Attività svolte/ Attività previste	76,67%	83,00%	Implementazione alla dematerializzazione di documenti attraverso l'utilizzo del protocollo informatico, al software di gestionale "angolo del dipendente".
Indice di corretta evasione dell'ordine-appalto rispetto a quanto contrattualmente previsto	Num. delle corrette evasioni di ordini-appalti rispetto a quanto contrattualmente previsto/ Num. totale ordini-appalti evasi	99,77%	99,77%	introduzione di una ulteriore modalità di monitoraggio dei contratti (beni e servizi) oltre la soglia comunitaria (> 207.000 euro) e verrà strutturato attraverso documentazione di sistema da inviare periodicamente da parte del DEC all'AGRM/GSE.
Indice di soddisfazione del servizio dato in outsourcing	Num. di questionari che raggiungono una valutazione media soddisfacente nel periodo di riferimento/ Num. totale dei questionari compilati	0	0	Effettuazione rilevazione della customer satisfaction
Riesame obiettivi a medio termine	Num. valutazioni effettuate/ Num. valutazioni pianificate	100,00%	100,00%	Mantenimento
Riesame delle autovalutazioni	Num. standard raggiunti per area/Num. standard valutati per area	56,37	56,37	Implementazione degli Standard del 20%
Formazione utilizzo PC e autosufficienza informatica di base	Num.partecipanti/Num.invitati		97%	100%
INDICATORI di QUALITA' dei PROCESSI e dell'ORGANIZZAZIONE AZIENDA SANITARIA LOCALE				
Piano Aziendale Prevenzione Veterinaria	Redazione del Piano entro la data stabilita (28/2/2015) Obiettivi stabiliti dal Piano	obiettivi stabiliti 2013	obiettivi stabiliti 2014	programmazione anno 2015
Piano annuale di Prevenzione e Controllo	Redazione del Piano entro la data stabilita (28/2/2015) Obiettivi stabiliti dal Piano	obiettivi stabiliti 2013	obiettivi stabiliti 2014	programmazione anno 2015
Screening mammografico	Percentuale adesione screening	70%	70%	mantenimento rispetto al 2014
Screening colon-retto	Percentuale adesione screening	60%	60%	mantenimento rispetto al 2014

Screening cervice uterina	Percentuale adesione screening	60%	60%	mantenimento rispetto al 2014
Tempo di attesa di accesso alla visita per accertamento invalidità civile (commissione di prima istanza)	Tempo medio di giorni intercorrente dalla data di ricevimento della domanda e la visita di accertamento	70	70	<90
Utilizzo del farmaco a brevetto scaduto	Percentuale di farmaci a brevetto scaduto su totale DDD	aggiornamento prontuario	aggiornamento prontuario	Obiettivo DG
BUDGET 2015 - scheda obiettivi sanitari: ° obiettivi DG ° obiettivi contratto con ATS	Si rimanda agli indicatori specifici			
BUDGET 2015 - scheda obiettivi economici: ° obiettivi DG ° obiettivi di attività/costo ° obiettivi risorse umane	Si rimanda agli indicatori specifici			
BUDGET 2015 - scheda obiettivi qualità: ° monitoraggio indicatori PIMO ° autovalutazione standard regionali	Si rimanda agli indicatori specifici			
DGR 1185/2013: OBBLIGHI DI PUBBLICITÀ, TRASPARENZA, DIFFUSIONE DI INFORMAZIONI (D.LGS 33/2013) DISPOSIZIONI IN MATERIA DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE				
Adozione/aggiornamento del PTPC e del PTI	Deliberazione di adozione del PTPC e PTI	fatto	fatto	decreto n.58 del 28/01/2015
Attuare i Piani e le misure di prevenzione pianificate nel P.T.P.C. sulla base del cronoprogramma, al fine di: a) Ridurre le opportunità che si manifestino casi di corruzione b) Aumentare la capacità di scoprire casi di corruzione c) Creare un contesto	(N. di azioni riportate nel PTPC e PTI chiuse /N. totale di azioni previste dal PTPC e PTI) *100 nel periodo di riferimento considerato	99,77%	99,77%	>= 90%
Monitorare l'attuazione del PTPC e del PTI	Attestazioni OIV sull'assolvimento di specifiche categorie di obblighi di pubblicazione	fatto	fatto	n. protocollo e data relazione
	Relazione annuale in merito all'attuazione del PTPC e del PTI pubblicata sul sito	fatto	fatto	n. protocollo e data relazione