

DIMENSIONE DELLA PERFORMANCE	PROGETTO - OBIETTIVO	INDICATORE	RISULTATI ATTESI 2016	ANNO 2016	RAGGIUNGIMENTO	
Efficienza	Miglioramento posizionamento strategico ASST Valcamonica	Bilancio AO: Personale, beni e servizi, altri costi / Valore della Produzione da Bilancio	mantenimento	131%	non paragonabile	
		Produzione lorda	>=2015	59.770.000	SI	
	Razionalizzazione delle risorse	Spesa effettiva beni e servizi effettuati attraverso procedure centralizzate/aggregate	> 2015 (50%)	74%	SI	
		n. dipendenti ruolo amm.vo/n. totale dipendenti	% rispetto al Piano	10%	SI	
Qualità Processi Organizzativi	Budget straordinari	Rispetto ore assegnate dall'AGRU	importo fondo disagio (str)	314.203	SI	
	-Degenza media preoperatoria	Ospedale di Vallecamonica	<2015	Esine 1,4% - Edolo 0,9%	SI	
Efficacia	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 62,68%; obj 100%.	>=2015	91,43%	NO	
		IMA2: RL 78,11%; obj 30%.	>=2015	71,08%	NO	
		IMA3: RL 66,70%; obj 90%.	>=2015		SI	
		ICTUS1: RL 77,55%; obj 80%.	>=2015	51,82%	SI	
		ICTUS2: RL 59,79%; obj 100%.	>=2015	71,43%	SI	
		ICTUS4: RL 27,28%; obj 25%	>=2015	56,67%	SI	
		BC1: RL 59,36%; obj 70%	>=2015	80,49%	SI	
		BC10: RL 70,15%; obj 70%	>=2015	91,67%	NO	
		BC2: RL 55,42%; obj 80%	>=2015	80,49%	NO	
		BC3: RL 78,16%; obj 80%	>=2015	50,00%	SI	
		BC4: RL 78,94%; obj 80%	>=2015	0%	SI	
		BC5: RL 86,21%; obj 90%	>=2015		non presente	
		CRC1: RL 61,40%; obj 80%	>=2015	56,00%	NO	
		CRC2: RL 91,24%; obj 80%	>=2015	100,00%	SI	
		CRC6: RL 92,54%; obj 80%	>=2015	100,00%	SI	
		ROL	>=2015		358	NO
	RENE	>=2015		527	SI	
	diabete	>=2015		0,00%	non presente	
	- donazione tessuti ossei da vivente;	n. donatori/n. decessi	target 10%	2%	NO	
		n. donatori/n. protesi impiantate in elezione	target 10%	16%	SI	
	- utilizzo Donor Manager	n. donatori di tessuti/n. inserimenti in Donor Manager	100% prelievi registrati in DM	100%	SI	
	-Dimissioni volontarie	Cardiologia	<2015	0,25%	SI	
		Chirurgia Esine	<2015	1,10%	NO	
		Urologia	<2015		non definito	
		Medicina Esine	<2015	1,17%	NO	
		Medicina Edolo	<2015	0,58%	NO	
		Ortopedia Esine	<2015	2,24%	NO	
		Ortopedia Edolo	<2015	2,01%	NO	
		Neurologia	<2015	2,68%	SI	
		-Trasferimenti tra strutture	Cardiologia	<2015	1,25%	NO
			Chirurgia Esine	<2015	1,10%	SI
			Urologia	<2015		non definito
			Medicina Esine	<2015	0,63%	NO
	Medicina Edolo		<2015	0,75%	NO	
	Ortopedia Esine		<2015	1,30%	NO	
	-Mortalità totale	Ortopedia Edolo	<2015	0,80%	SI	
		Neurologia	<2015	1,34%	SI	
		Cardiologia	<2015	3,64%	NO	
		Chirurgia Esine	<2015	3,96%	SI	
		Urologia	<2015		non definito	
		Medicina Esine	<2015	16,95%	SI	
		Medicina Edolo	<2015	14,50%	SI	
		Ortopedia Esine	<2015	0,83%	NO	
	-Numero drg medici dimessi da reparti chirurgici ordinari	Ortopedia Edolo	<2015	0,00%	SI	
		Neurologia	<2015	7,38%	SI	
		Ospedale di Vallecamonica	<2015		Esine 42,8% - Edolo 0%	
		Ospedale di Vallecamonica	<=2015		Esine 2,2% - Edolo 2,9%	
Ospedale di Vallecamonica		<2015		Esine 3,2% - Edolo 2,2%		
Ospedale di Vallecamonica		<=2015		Esine 17,2% - Edolo 7,2%		
Ospedale di Vallecamonica		<=2015		Esine 79,4% - Edolo 100%		
Percentuale di farmaci a brevetto scaduto su totale DDD		Obiettivo DG		prontuario aggiornato	SI	
Appropriatezza e qualità dell'assistenza		Cardiologia	<2015		13,05%	SI
		Chirurgia Esine	<2015		10,34%	NO
	Urologia	<2015			non definito	
	Medicina Esine	<2015		10,39%	NO	
	Medicina Edolo	<2015		10,73%	NO	
	Ortopedia Esine	<2015		5,43%	NO	
	Ortopedia Edolo	<2015		5,62%	NO	
	Neurologia	<2015		8,72%	SI	
	Cardiologia	<2015		9,85%	NO	
	Chirurgia Esine	<2015		1,16%	SI	
	Urologia	<2015			non definito	
	Medicina Esine	<2015		7,14%	NO	
	Medicina Edolo	<2015		0,00%	SI	
	Ortopedia Esine	<2015		0,99%	NO	
	Ortopedia Edolo	<2015		0,00%	SI	
	Neurologia	<2015			non definito	
	-Tasso osp ricoveri ordinari di 2 o più giorni per drg alto rischio inappropriatezza	Ospedale di Vallecamonica	<2015			non presente
	108 DRG ad elevato rischio di inappropriatezza	Attuazione di protocolli diagnostico-terapeutici al fine di ridurre la degenza media dei ricoveri riferiti all'obiettivo	<RL 21% oppure riduzione 10%		18% (riduzione 7%)	SI

DIMENSIONE DELLA PERFORMANCE	PROGETTO - OBIETTIVO	INDICATORE	RISULTATI ATTESI 2016	ANNO 2016	RAGGIUNGIMENTO
Accessibilità e soddisfazione utenza	-Customer satisfaction	% dei giudizi positivi nelle rilevazioni di customer ambulatoriali	>= 90%	87%	NO
	-Customer satisfaction	% dei giudizi positivi nelle rilevazioni di customer degenza	>= 90%	91%	SI
	Percentuale di prestazioni che rispettano i tempi di attesa	Num. prestazioni monitorate con rispetto dei tempi / Num. totale delle prestazioni monitorate	miglioramento rispetto al 2015	81,71%	SI
	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	<90	64 primo semestre / 69 secondo semestre	SI
Benessere del personale	Piano ferie	ferie: smaltimento delle ferie dell'esercizio secondo norma contrattuale	>= 97%; 20% ferie arretrate. entro 30/04/2016	118%	SI
	Attestazione presenza	corretta rilevazione presenza in servizio (timbrature e utilizzo angolo del dipendente)	<3 richiami (obiettivo non proporzionale)	nessun richiamo	SI
	Miglioramento del grado di soddisfazione personale	% assenze dal lavoro: n. ore lavorative perse/n. ore lavoro potenziali lavorabili x 100	<= 2015	6%	SI
		% trasferimenti interni richiesti: n. trasferimenti richiesti/n. lavoratori x 100 (dato stimato)	<= 2015	0	SI
	Adeguamento ai requisiti di accreditamento SSR-personale	Num. requisiti di accreditamento SSR sul personale assolti/ Num. Requisiti di accreditamento SSR sul personale	Creazione di un sistema di rilevazione e verifica di tutti i requisiti relativi al personale	100%	SI
	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	Mantenimento	83,25%	fabbisogno 2016: 8/2016 ed il fabbisogno è stato solo provvisoriamente quantificato
	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	Implementare la valutazione delle competenze e delle performance su tutto il personale	24,79%	NO
	Avanzamento e sviluppo di progetti innovativi nell'area della semplificazione e dematerializzazione	Attività svolte/ Attività previste	Implementazione alla dematerializzazione di documenti attraverso l'utilizzo del protocollo informatico, al software di gestionale "angolo del dipendente".	1) Gestionale "Angolo del Dipendente" fatto; 2) "protocollo informatico": non fatto	parzialmente raggiunto
Formazione utilizzo PC e autosufficienza informatica di base	Num.partecipanti/Num.invitati	100%	100%	SI	
Qualità e Risk Management	PIANO INTEGRATO PER IL MIGLIORAMENTO DELL'ORGANIZZAZIONE	1) aggiornamento indicatori PIMO secondo indicazioni regionali; 2) aggiornamento indicatori PIMO in continuità con anno 2015 (%)	>= 42 indicatori (98%)	40/41 (97,56%)	SI
	PROGETTI Risk Management: - realizzazione progetti	cronoprogramma realizzato/ cronoprogramma deliberato x 100	100%	100%	SI
	ATTIVITA' Risk Management: - monitoraggio semestrale eventi avversi/sinistri/azioni	documento redatto e inviato nei tempi previsti	100% dei documenti redatti	100%	SI
	Gestione del contenzioso	Richieste di risarcimento/Giornate di degenza x 10.000	< 2,37	1,64	SI
	Contaminazione da Legionella delle acque	Numero di campionamenti positivi nei punti di controllo (=> 102 UFC/l)/Numero punti di controllo range 2-5%	1) range campionamenti 2-5% 2) Sostituzione dell'autoclave portatile a Edolo 3) Esecuzione iperclorazione nei Poliambulatori a Darfo B.T.	22%	1) non raggiunto 2) in corso 3) non fatto
	Presenza in carico obiettivi di mandato	Presenza report di assegnazione obiettivi entro 30 gg dall'arrivo in Azienda	Mantenimento	fatto	SI
	Percentuale di implementazione delle raccomandazioni	Num. requisiti applicabili soddisfatti/ Num. totale di requisiti applicabili	Implementazione delle raccomandazioni ministeriali.	86,38%	SI
	Riesame obiettivi a medio termine	Num. valutazioni effettuate/ Num. valutazioni pianificate	Mantenimento	100,00%	SI
	Riesame delle autovalutazioni	Num. standard raggiunti per area/Num. standard valutati per area	Implementazione degli Standard del 20%	100%	SI
	BUDGET - scheda obiettivi sanitari: ° obiettivi DG ° obiettivi contratto con ATS	Si rimanda agli indicatori specifici			- scheda obiettivi sanitari: presente/declinato/verificato ° obiettivi DG: presente/declinato/verificato ° obiettivi contratto con ATS: presente/declinato/verificato
BUDGET - scheda obiettivi economici: ° obiettivi DG ° obiettivi di attività/costo ° obiettivi risorse umane	Si rimanda agli indicatori specifici			- scheda obiettivi economici: ° obiettivi DG: presente/declinato/verificato ° obiettivi di attività/costo: presente/declinato/verificato ° obiettivi risorse umane: presente/declinato/verificato	SI
BUDGET - scheda obiettivi qualità: ° monitoraggio indicatori PIMO ° autovalutazione standard regionali	Si rimanda agli indicatori specifici			- scheda obiettivi qualità: presente/declinato/verificato ° monitoraggio indicatori PIMO: presente/declinato/verificato ° autovalutazione standard regionali: presente/declinato/verificato	SI
Trasparenza e Anticorruzione	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?	Completare la revisione del Codice etico/modello organizzativo presente in bozza. Adeguamento alle norme relative al Patto di integrità in materia di contratti pubblici regionali (1299/2014)	NO	Linee Guida ANAC formalizzate oltre i termini
	Adozione/aggiornamento del PTPC e del PTTI	Deliberazione di adozione del PTPC e PTTI	entro il 31/01/2017	fatto	SI
	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 PTTI chiuse /N. totale di azioni previste dal PTPC e PTTI) *100 nel periodo di riferimento considerato	>= 90%	97,72%	SI
	Monitorare l'attuazione del PTPC e del PTTI	Attestazioni OIV sull'assolvimento di specifiche categorie di obblighi di pubblicazione	fatto	fatto	SI
	Relazione annuale in merito all'attuazione del PTPC e del PTTI pubblicata sul sito	fatto	fatto	SI	

DIMENSIONE DELLA PERFORMANCE	PROGETTO - OBIETTIVO	INDICATORE	RISULTATI ATTESI 2016	ANNO 2016	RAGGIUNGIMENTO
Acquisti e Gare	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	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.	90%	SI
	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	Effettuazione rilevazione della customer satisfaction	95,12%	SI
Interventi Strutturali	Adeguamento ai requisiti strutturali di accreditamento	Requisiti non ancora raggiunti con incremento =>5% /Requisiti non ancora raggiunti	1) Subacuti Edolo 2) Neurologia		SI
	Disaster plan informatico	Presenza di un Disaster Plan testato e discusso almeno una volta l'anno.	Organizzare incontri con l'Alta Direzione e i RUO al fine di definire vincoli e modalità operative	non fatto	NO
	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);	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	non fatto	non sono stati previsti incontri. Il tempo previsto rimane 15 minuti
	Opere ed investimenti	Completamento delle opere di collegamento con SS42 con conseguente accesso diretto al PO di Esine	completamento	fatto	SI
	Opere ed investimenti	Installazione e attivazione della TAC multistrato e di Telecomandato digitale a Edolo	installazione e attivazione	fatto	SI
	Opere ed investimenti	adeguamento degli edifici di proprietà alle norme antincendio e sicurezza	fatto/non fatto	non fatto	parzialmente raggiunto
	Opere ed investimenti	interventi per sedi distrettuali di Cedegolo	interventi presso sede di Cedegolo svolti al 100%	fatto	SI
			interventi per sedi distrettuali di Darfo	interventi presso sede di Darfo svolti al 100%	fatto
	Opere ed investimenti	attivazione dell'Elisuperficie di Esine e di Edolo per il volo notturno	fatto/non fatto	non fatto	parzialmente raggiunto
	Opere ed investimenti	rinnovo e ammodernamento annuale del patrimonio strumentale	fatto/non fatto	fatto	SI
Opere ed investimenti	dismissione di beni mobili/immobili	fatto/non fatto	fatto	SI	
Progetti L. 23	Gestione	Accreditamento dei posti letto di Cure Subacute a Edolo	fatto/non fatto		parzialmente raggiunto
	Gestione	Sperimentazione del PRESST	fatto/non fatto	non fatto	parzialmente raggiunto
	Gestione	Prosecuzione dei progetti d'ambito socio-sanitario	fatto		SI
	Gestione	Potenziamento del Servizio di Cure Palliative Territoriali.	>2015	213.591,00	SI