



AZIENDA SOCIO-SANITARIA TERRITORIALE DELLA VALCAMONICA

Sede legale: Breno (Bs) - Via Nissolina, 2 - tel. 0364.3291 - fax 0364.329310 - CF/P.IVA n.03775830981
www.asst-valcamonica.it PEC: protocollo@pec.asst-valcamonica.it

DECRETO N. 0618 DEL 28 GIU. 2019

OGGETTO: Approvazione della Relazione sulla Performance Aziendale: triennio 2018-2020 ed esercizio anno 2018.

IL DIRETTORE GENERALE

Su proposta del responsabile del procedimento amm.vo :

F.to Dott Francesco Ferrè

Acquisito il parere del Direttore Sanitario:

F.to Dr.ssa Roberta Chiesa

Acquisito il parere del Direttore Amministrativo:

F.to Dott Guido Avaldi

Acquisito il parere del Direttore Socio-Sanitario:

F.to Ing Maurizio Morlotti

L'anno 2019, giorno e mese sopraindicati:

PREMESSO che:

- il D.Lgs 27.10.2009, n.150, di attuazione della L.15/2009, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle Pubbliche Amministrazioni prevede che le medesime pubblichino sui siti istituzionali le informazioni concernenti ogni aspetto dell'organizzazione, gli indicatori relativi agli andamenti gestionali, all'utilizzo delle risorse per il perseguimento delle funzioni istituzionali, i risultati delle attività di misurazione e valutazione svolta dagli organi competenti allo scopo di favorire forme diffuse di controllo del rispetto dei principi di buon andamento e imparzialità;

- l'art.4 del citato decreto prevede che le Pubbliche Amministrazioni sviluppino coerentemente con i contenuti e i tempi della programmazione finanziaria, il ciclo di gestione della performance aziendale;

- con decreto ASL n.104/2014 si approvava il "Piano delle Performance aziendali" per il triennio 2012/2014;

- con decreto ASL n.77/2015, si approvava il "Piano delle Performance aziendali" per il periodo 2015/2017;

- con decreto ASST n.99/2018 si approvava il "Piano delle Performance aziendali" per il periodo 2018/2020 con il quale la Direzione Strategica ha individuato, sulla base delle esigenze aziendali, gli obiettivi di massima che intende perseguire nel triennio 2018/2020, negoziati in dettaglio con i Direttori, i Dirigenti e i Responsabili di Servizio;

- è stato elaborato il "Piano della Performance aziendali - Programmazione per l'anno 2018" che recepisce anche gli obblighi in materia di Prevenzione della corruzione e prevede l'inserimento di obiettivi regionali inerenti il Piano di Miglioramento Organizzativo, che dovrà essere sviluppato nel periodo a venire da parte delle Aziende Ospedaliere;

- gli obiettivi previsti nello stesso sono stati assegnati al personale mediante scheda di budget per Unità operativa e/o servizio e i risultati intermedi e finali sono stati monitorati nel corso dell'esercizio attraverso report periodici del Controllo di Gestione e la supervisione del nucleo di Valutazione delle Prestazioni;

CONSIDERATO che l'art.10, co 1, lett. B) del D.Lgs 150/2009 prevede che entro il 30 giugno di ciascun esercizio sia adottata una Relazione che renda noti, a consuntivo i risultati organizzativi e individuali conseguiti rispetto agli obiettivi programmati e che tale relazione legittimi i pagamenti effettuati ai dipendenti a titolo di indennità di risultato/produttività;

PRESO ATTO che l'allegato documento costituisce strumento di gestione dell'Azienda ai fini di conseguire, attraverso elementi misurabili, gli obiettivi predeterminati dalla Regione Lombardia, tra cui di fondamentale importanza il pareggio economico finanziario;

VISTA la proposta del Responsabile del procedimento a seguito di formale istruttoria;

ACQUISITO il parere favorevole del Nucleo di valutazione delle Prestazioni;

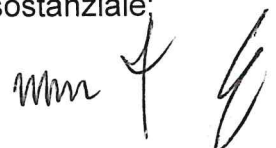
ACQUISITO il parere tecnico favorevole del Responsabile del procedimento;

ACQUISITI, per quanto di competenza, i pareri favorevoli dei Direttori Sanitario, Amministrativo e Socio-Sanitario;

CON I POTERI di cui all'art.3 del D.Lgs n.502/1992, così come risulta modificato con D.Lgs n.517/1993 e con D.Lgs n.229/1999 ed in virtù della formale legittimazione intervenuta con DGR n.XI/1085 del 17.12.2018, in attuazione delle LLRR n.33/2009 e 23/2015;

DECRETA

1 - di approvare la "Relazione sulla Performance" Aziendale per il triennio 2018-2020 ed esercizio 2018 - che allegato al presente atto ne forma parte integrante e sostanziale;

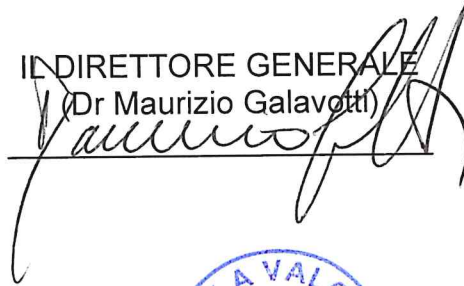


28 GIU. 2019

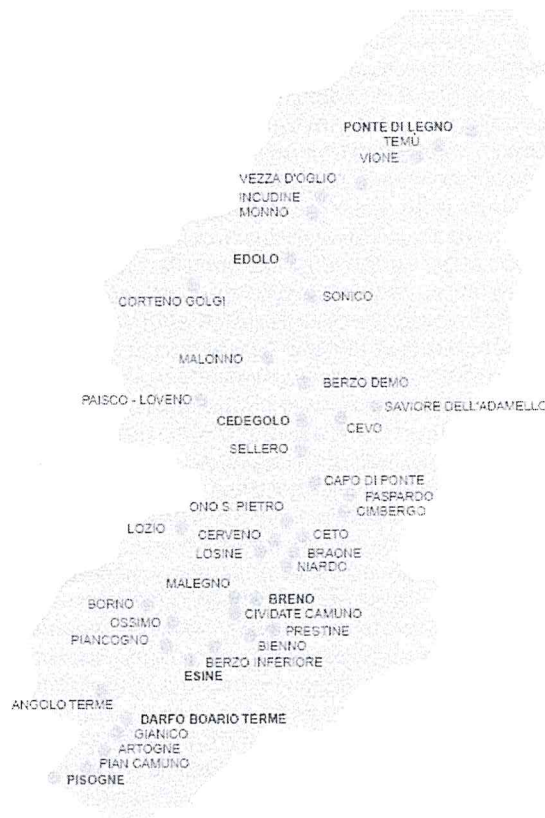
SEGUE DECRETO N. 0618 DEL

- 2 - di pubblicare il presente documento sul sito internet aziendale;
- 3 - che dall'adozione del presente atto non discendono oneri finanziari per l'Azienda;
- 4 - di trasmettere il presente provvedimento al Collegio Sindacale per i conseguenti controlli previsti dalla normativa vigente.

IL DIRETTORE GENERALE
(Dr Maurizio Galavotti)



RELAZIONE SULLA PERFORMANCE PER L'ANNO 2018



Esine, lì 28.6.2019

INDICE

RELAZIONE SUL PIANO DELLA PERFORMANCE PER L'ANNO 2018

Indice generale

INDICE.....	2
RELAZIONE SUL PIANO DELLA PERFORMANCE PER L'ANNO 2018.....	2
1. I PRINCIPALI RIFERIMENTI NORMATIVI.....	3
2. PREMessa.....	4
Il contesto aziendale.....	5
3. L'AZIENDA IN NUMERI: ATTIVITA' E PERSONALE.....	6
4. LA MAPPA STRATEGICA.....	14
5. LA PROGRAMMAZIONE AZIENDALE.....	16
I PROGETTI ANNUALI.....	16
I PROGETTI TRIENNALI.....	19
6. LA PROGRAMMAZIONE GESTIONALE E IL MIGLIORAMENTO DELL'ORGANIZZAZIONE.....	19



1. I PRINCIPALI RIFERIMENTI NORMATIVI

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

- D.Lgs n.150/2009 "Attuazione della legge 4.3.2009, n.15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle Pubbliche Amministrazioni";
- LR n.33/2009 "Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità";
- LR n.23/2015 "Evoluzione del sistema socio-sanitario lombardo: modifiche al Titolo I e al Titolo II della legge regionale 30 dicembre 2009, n.33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità);
- LR n.15 del 28.11.2018 "Modifiche al Titolo I, al Titolo III e all' Allegato 1 della l.r. 33/2009 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità);
- DGR n.IX/351 del 28.7.2010 "Prime indicazioni per la valutazione periodica delle performance delle strutture di ricovero e cura";
- DCR n.88 del 17.11.2010 "Piano Socio Sanitario Regionale 2010-2014";
- DGS n.349 del 23.1.2012 "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";
- DGR 5954 del 05.12.2016 "Determinazione in ordine alla gestione del servizio socio sanitario per l'esercizio 2017".
- DGR 7600 del 20.12.2017 "Determinazione in ordine alla gestione del servizio socio sanitario per l'esercizio 2018".
- Piano Nazionale Anticorruzione 2016, approvato con determinazione ANAC n.831/2016, che formula espresse indicazione in punto di collegamento tra misure preventive della corruzione e programmazione delle performance.

Le Tabelle "Indicatori" allegate rappresentano lo strumento di individuazione degli obiettivi che verranno assegnati mediante le schede di budget.

2. PREMESSA

La misurazione della 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.

Come già sottolineato negli anni passati, l'attività valutativa 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 per l'appunto 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.

Il presente Piano della Performance, valevole per l'anno 2018, redatto dalla Direzione Strategica della nuova realtà costituita dalla ASST della Valcamonica, ai sensi dell'art.15, co.2, lett.b) del D.Lgs 150/2009, rappresenta il documento programmatico 2018 degli obiettivi da perseguire nel triennio 2018-2020. Il documento allinea gli obiettivi che prendono spunto dai contenuti della DGR 7600 del 20.12.2017 "Determinazione in ordine alla gestione del Servizio Sociosanitario per l'esercizio 2018". Esso potrebbe comunque subire rielaborazioni nel corso dell'esercizio, qualora nuovi obiettivi a carattere prioritario venissero posti da Regione Lombardia, anche e soprattutto in considerazione ed in attuazione della L.R. 11 Agosto 2015 n. 23 "Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche al titolo I ed al titolo II della Legge Regionale 30.12.2009 n. 33".

Alcuni obiettivi di performance relativi all'anno 2017 contenevano un set minimo di indicatori comuni a tutte le aziende ospedaliere, estrapolati dal Portale DWH della Regione, sulla base di indicazioni elaborate nell'ambito della collaborazione con Agenas e con il Network delle Regioni. Erano inoltre presenti numerosi altri indicatori elaborati da Crisp e che continuano ad essere monitorati in parallelo. L'evoluzione del Portale PRIMO includerà il set di indicatori e la loro valutazione nel corso dell'anno 2019; gli incontri di definizione prevederanno il coinvolgimento dell'OIV e della Giunta Regionale, di concerto con la DG Salute.

Nel presente Piano vengono riportati tutti gli obiettivi assegnati ai vari Dipartimenti ed alle Unità Operative aziendali in base al Documento di Programmazione 2018 e, ovviamente, degli obiettivi generali previsti dalle "Regole di sistema 2018".

Tra gli adempimenti richiesti ai Direttori/Dirigenti occorre infine 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, successivamente integrato ed implementato con decreto n. 28 del 27.01.2016 , n. 83 del 31.01.2018 e con decreto n. 72 del 30.01.2019.

Il contesto aziendale

L'Azienda Socio Sanitaria Territoriale della Valcamonica – che nella sua precedente configurazione come ASL della Vallecamonica-Sebino costituiva un “unicum” tra le ASL della Regione Lombardia, gestendo direttamente il proprio Presidio ospedaliero - è ora divenuta il modello organizzativo di riferimento per tutto il SSR della Lombardia.

Nel corso dell'anno 2016 anche attraverso la ridefinizione di taluni rapporti in termini di personale e funzioni, è stato predisposto il nuovo Piano dell'Organizzazione Aziendale e Strategico approvato a partire dal 1 luglio 2017 da parte di Regione Lombardia.

L'utilizzo comune delle **risorse umane**, se da un lato consente comunque di conseguire economie di scala, soprattutto per quanto riguarda le attività amministrative, dall'altro comporta tutta una serie di difficoltà che si manifestano nel tentativo – peraltro riuscito – di soddisfare gli adempimenti richiesti in relazione alla duplice natura aziendale.

In conformità alle direttive più recenti, il nuovo Piano viene 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;
- indicatori di qualità del Governo clinico

In continuità con l'anno 2017, anche per il 2018, si considerano i seguenti punti:

1. Il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza dei servizi offerti tenendo in considerazione la peculiarità dell'Azienda che, proprio in quanto una volta unica in Regione Lombardia a gestire direttamente un Presidio ospedaliero, da sempre vive in un'ottica di integrazione tra Territorio e Ospedale che ancora più oggi si pone quale imperativo categorico nella sua azione e che verrà ulteriormente perseguito per garantire la piena sinergia tra il personale medico ospedaliero e quello territoriale;
2. Il mantenimento della produzione (ricoveri e specialistica) conseguita dal Presidio, possibilmente prevedendone ulteriori incrementi, in linea con il nuovo modello di SSR;
3. Il perseguimento degli obiettivi di trasparenza con attuazione di idonee 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.



Per perseguire gli obiettivi posti, è risultato necessario uno sviluppo sistematico e coordinato delle attività di programmazione e controllo, per adeguatamente supportare gli interventi innovativi o correttivi. Tali attività sono state realizzate anche con l'utilizzo di definiti documenti, strumenti e metodi, che ne costituiscono elemento essenziale, vale a dire:

- il presente Piano delle Performance che si sviluppa su di un arco triennale declinandovi i 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 si 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.

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

Al fine di rappresentare la dimensione dell'Azienda e la sua rilevanza a livello territoriale si illustrano di seguito i volumi di attività erogati, la dotazione di posti letto, l'attività territoriale e la fotografia della dotazione organica al 31.12.2018.

Erogazione Ospedaliera in cifre

Produzione per ricoveri al 31.12.2017 e al 31.12.2018:

Produzione	2017	2018
Residenti	€27.952.873	€27.651.049
Mobilità attiva	€5.956.010	€5.338.881
Totale	€33.908.883	€32.989.930
Totale incremento produzione		-2,7%

Produzione per specialistica al 31.12.2017 e al 31.12.2018:

Produzione	2017	2018
Residenti	€15.601.788	€16.340.870
Mobilità attiva	€2.579.414	€2.539.167
Totale	€18.180.202	€18.880.038
Totale decremento produzione		+4%

Dotazione di posti letto e indicatori di ricovero

La dotazione si riferisce ai letti attivati in regime ordinario e diurno. A questi si aggiungono i letti tecnici come le culle e i letti di dialisi e quelli utilizzati per le Macro Attività Complesse.

TOTALE	2018
posti letto ordinari + dh (attivati)	322*
gg degenza (ricoveri ordinari + dh)	79.408
peso medio ricoveri ordinari	1,007
numero interventi chirurgici	4.470
di cui esterni	1.166
totale procedure chirurgiche	7.104

(*) attivazione subacuti Edolo per "Piano sovraffollamento"

Erogazione Territoriale in cifre focus su SERD e Consulteri:

Nell'ambito dell'attività territoriale della ASST, a gestione diretta sono le offerte di servizi sociosanitari quali i Consulteri Familiari e il SERD.

Il Servizio Territoriale Dipendenze formula e realizza progetti di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione rivolti a persone con problemi di uso, abuso e dipendenza da sostanze legali ed illegali e a coloro che manifestano altri comportamenti additivi quali il gioco d'azzardo patologico, la dipendenza da Internet e altre nuove dipendenze. Fornisce prestazioni di carattere socio-sanitario integrato in collaborazione con altre agenzie territoriali. Realizza inoltre interventi di prevenzione, diagnosi e cura delle patologie correlate alla dipendenza.

Si articola nelle seguenti Unità Operative:

• **Servizio Tossicodipendenze**

DARFO BT - via Cercovi, 2 - Tel 0364 540236

• **Servizio di Alcolologia e Dipendenze Comportamentali**

DARFO BT - via Cercovi, 2 - Tel 0364 540236

CEDEGOLO – Via Nazionale, 1

• **Centro Trattamento Tabagismo - CTT**

DARFO BT - via Cercovi, 2 - Tel 0364 540200

I CAMPI DI ATTIVITÀ DEL SERVIZIO DIPENDENZE SONO:

- Informazione, consulenza ed interventi di primo sostegno e orientamento al singolo individuo e alla famiglia;
- accertamenti diagnostici multidisciplinari;
- definizione e attuazione di programmi terapeutico-riabilitativi individualizzati ed integrati di tipo medico, psicologico, educativo e sociale;
- terapie farmacologiche specifiche con monitoraggio clinico e laboratoristico;
- colloqui psicologici e psicoterapia individuale, di coppia e familiare;
- interventi educativi, gruppi informativi e motivazionali;
- sostegno sociale;
- definizione e gestione di programmi alternativi al carcere in collaborazione con Ufficio Esecuzione Penale esterna e Servizio Sociale Minorile;
- definizione e gestione di programmi di monitoraggio e terapeutici per soggetti segnalati dalla Prefettura;
- certificazioni medico-legali dello stato di dipendenza;
- certificazioni di tossicodipendenza per l'inserimento in strutture terapeutiche residenziali e semiresidenziali;
- attività di riabilitazione con monitoraggio di programmi di inserimento lavorativo e reinserimento sociale;
- attività di screening, monitoraggio e cura delle patologie correlate all'uso di sostanze, con collaborazione e invio ai servizi specialistici.

Nel 2018 il Servizio Territoriale Dipendenze ha avuto in carico un totale di N. 540 utenti suddivisi nelle rispettive unità di offerta come segue:

- Servizio Tossicodipendenze: utenti N. 234
- Servizio Alcolologia: utenti N. 213
- Utenti da Prefettura: utenti N. 10
- Utenti da Commissione Patenti: utenti N. 83
- Giocatori d'azzardo patologici: utenti N. 30
- Centro trattamento Tabagismo: utenti N. 53
- Pazienti con patologie da tecnica digitale: utenti N. 2
- Altro: utenti N. 13

Consultori Familiari:

Sede	Indirizzo	N. telefonico
Edolo	P.zza Donatori di Sangue	0364 772.505
Breno	Via Nissolina, 2	0364 329.408
Darfo	Via Barbolini, 2	0364 540.213

I Consultori sono servizi dedicati alla famiglia nelle varie fasi del suo ciclo di vita, sia dunque quando si sta costituendo o nella fase di attesa o di crescita del figlio, sia quando vi sono difficoltà nel rapporto tra i coniugi, tra conviventi, tra genitori e figli e comunque ogni volta che il singolo o la famiglia, per motivi personali o relazionali, vivono un momento di difficoltà. Nella globalità dei bisogni espressi dalla famiglia, sono da intendersi anche quelli inerenti la presenza di un componente con disabilità o anziano. I Consultori offrono uno spazio privilegiato di ascolto e aiuto agli adolescenti (14/20 anni) che hanno bisogno di un sostegno esterno alla famiglia per risolvere i loro dubbi e le loro difficoltà. Effettuano inoltre attività di prevenzione per le varie fasce d'età in collegamento con altri Dipartimenti e Servizi. Garantiscono informazioni e sostegno per una maternità e paternità responsabili; organizzano corsi di accompagnamento alla nascita, di massaggio infantile e corsi per neo-genitori ed, in stretto raccordo con l'UO di Ostetricia e Pediatria del Presidio Ospedaliero di Esine, offrono inoltre la possibilità di visite domiciliari da parte dell'ostetrica alle puerpere primipare. Sempre in raccordo con l'UO di Ostetricia gestiscono presso l'Ospedale di Esine un servizio di accoglienza e informazione nei casi di interruzione volontaria di gravidanza. Le équipes consultoriali garantiscono, presso le sedi territoriali, accoglienza e supporto alle donne o coppie per affrontare le scelte procreative anche in situazione di particolare difficoltà.

Qui di seguito si rappresentano alcuni valori relativi all'attività svolta da entrambi i Consultori su tutte e tre le sedi:

	num_prestazioni		
	breno	darfo	edolo
Consultorio Ginecologico - anno 2018			
697 - INSERZIONE DI DISPOSITIVO CONTRACCETTIVO INTRAUTERINO (I.U.D.)	2	1	6
89261 - PRIMA VISITA GINECOLOGICA	157	198	146
89262 - VISITA GINECOLOGICA DI CONTROLLO	94	97	96
89263 - PRIMA VISITA OSTETRICA	19	42	23
89264 - VISITA OSTETRICA DI CONTROLLO	62	169	60
91385 - ES. CITOLOGICO CERVICO VAGINALE [PAP test]	56	149	74
91484 - PRELIEVO CITOLOGICO	56	145	73
9618 - INSERZIONE DI ALTRO PESSARIO VAGINALE	-	-	1
9771 - RIMOZIONE DI DISPOSITIVO CONTRACCETTIVO INTRAUTERINO	4	2	-
TOTALE	450	803	479

La tabella sopra esposta è relativa all'attività dei Consultori per la parte Ostetrico-Ginecologica, compreso il prelievo citologico per lo screening cervico-vaginale.

Consultorio Psicologico - anno 2018	num_prestazioni		
	breno	darfo	edolo
00100 - VISITA COLLOQUIO	63	94	17
00101 - COLLOQUIO DI ACCOGLIENZA/ORIENTAMENTO	584	568	364
00102 - COLLOQUIO DI CONSULTAZIONE	336	427	184
00103 - COLLOQUIO DI VALUTAZIONE PSICODIAGNOSTICA	93	196	51
00104 - COLLOQUIO DI SOSTEGNO	756	637	373
00201 - MEDIAZIONE FAMILIARE	-	-	-
00202 - CONSULENZA FAMILIARE	2	2	2
00301 - RELAZIONI COMPLESSE - ADOZIONE NAZIONALE/INTERNAZIONALE	5	-	-
00302 - RELAZIONI COMPLESSE - AFFIDO FAMILIARE	1	1	-
00303 - RELAZIONI COMPLESSE - TUTELA DEI MINORENNI	20	17	12
00305 - RELAZIONI COMPLESSE - I.V.G. MINORENNI	1	1	-
00401 - INCONTRO DI GRUPPO CON UTENTI - EDUCAZIONE SESSUALE	-	-	-
00404 - INCONTRO DI GRUPPO CON UTENTI - MENOPAUSA	-	-	-
00405 - INCONTRO DI GRUPPO CON UTENTI - GRAVIDANZA	-	-	-
00410 - INCONTRO DI GRUPPO CON UTENTI - ADOZIONE	-	-	-
00411 - INCONTRO DI GRUPPO CON UTENTI - SOSTEGNO ALLA GENITORIALITA	-	-	-
00412 - INCONTRO DI GRUPPO CON UTENTI - ALTRE TEMATICHE SPECIFICHE (BULLISMO, ECCc)	-	-	-
00413 - INCONTRO DI GRUPPO CON UTENTI - ANCHE FUORI SEDE	-	-	-
00414 - INCONTRO DI GRUPPO DI AUTO-MUTUO-AIUTO - ANCHE FUORI SEDE	-	-	-
005 - ASSISTENZA AL DOMICILIO	157	173	56
006 - OSSERVAZIONE/SOMMINISTRAZIONE TEST	3	9	6
00701 - INTERVENTI DI PSICOTERAPIA RIVOLTA AL SINGOLO/COPPIA	164	158	61
00801 - ATTIVITA CON ALTRI ENTI/SERVIZI - IN SEDE	43	58	22
00802 - ATTIVITA CON ALTRI ENTI/SERVIZI - FUORI SEDE	14	1	3
80307 - INCONTRO DI GRUPPO DI PREVENZIONE E PROMOZIONE SALUTE - FASI DELLA VITA	-	-	2
TOTALE	2.242	2.342	1.153

La tabella sopra esposta è relativa all'attività dei Consultori per la parte relativa all'assistenza psicologica.

Personale dipendente (unità)

L'analisi dell'Azienda in cifre si compone anche dei dati relativi ai contingenti. Qui di seguito una tabella riassuntiva del personale dipendente, diviso per profilo, pesato Full Time Equivalent.

PROFILO	NUMERO UNITA'
Dirigente medico	171
Dirigente sanitario	17
Dirigente professionale	2
Dirigente tecnico	1
Dirigente amministrativo	2
Totale Dirigenti	193
Personale infermieristico	432
Personale tecnico sanitario	73
Personale riabilitazione	45
Personale della vigilanza/ispezione	7
Personale assistenza sociale	13
Personale tecnico	189
Personale amministrativo	111
Totale Comparto	870

Come di consueto, il Piano della Performance ha sviluppato tre elementi fondamentali, ovvero i livelli decisionali sui quali si basa l'integrazione fra pianificazione, programmazione e obiettivi di gestione, le dimensioni rilevanti da monitorare per ogni livello di pianificazione e gli indicatori di misura relativi ad ogni dimensione.

Anche quest'anno, come per il precedente, sono stati individuati 3 ambiti di analisi, ovvero quello della strategia, della programmazione e della gestione operativa con l'individuazione dei rispettivi obiettivi e indicatori da monitorare sintetizzati in apposite tabelle, oltre all'analisi di obiettivi specifici relativi agli obblighi di pubblicità, trasparenza, diffusione di informazioni e alle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione.

Piano Triennale Prevenzione Corruzione

Esiste uno stretto legame funzionale tra Piano della Performance e Piano Triennale Prevenzione Corruzione. Il Piano della Performance è un documento programmatico triennale in cui sono esplicitati gli obiettivi aziendali, gli indicatori e i valori attesi, riferiti ai diversi ambiti di intervento e alle articolazioni aziendali interessate; il Piano costituisce il riferimento per la definizione, l'attuazione e la misurazione degli obiettivi e per la rendicontazione dei risultati aziendali. Allo stesso modo l'attuazione della disciplina della anticorruzione e della trasparenza è un'area strategica della programmazione aziendale, diretta all'individuazione delle misure di carattere generale che l'Azienda ha adottato o intende adottare per prevenire il rischio di corruzione, che richiede un concorso di azioni positive di tutto il personale sia per la realizzazione che per i controlli, con l'indicazione di obiettivi, indicatori, misure, responsabile, tempistica e risorse. E' pertanto prevista una specifica indicazione di progetti / obiettivi in tale settore, congiuntamente progettati dalle funzioni interessate.

4. LA MAPPA STRATEGICA

La redazione del Piano della Performance si inserisce nell'ambito del più complessivo processo di pianificazione strategica e programmazione operativa dell'Azienda. Come nel precedente documento, il punto di partenza sono gli obiettivi di indirizzo definiti nel Piano SSR (obiettivi e indirizzi pluriennali) e nella delibera regionale sulle regole di sistema definite dalla Giunta Regionale (obiettivi e indirizzi annuali).

In coerenza con quanto stabilito dalla Regione, vengono poi assegnati alla Direzione Generale delle Aziende Socio Sanitarie Territoriali gli obiettivi annuali.

Inoltre, le peculiarità territoriali e locali rendono necessaria la prosecuzione di quegli obiettivi strategici specifici sostanzialmente legati al piano di riordino della rete ospedaliera provinciale, in linea con gli adempimenti sopra citati.

L'obiettivo prioritario alla base del riordino della rete ospedaliera provinciale è quello di offrire ai cittadini un sistema sanitario moderno, con l'obiettivo di:

- assicurare adeguati profili di efficienza e di efficacia della rete ospedaliera attraverso la riconversione e riorganizzazione dei Presidi Ospedalieri mediante adeguamento strutturale, investimenti e modelli organizzativi come definiti nel nuovo POAS;
- razionalizzare le risorse;
- sviluppare centri di eccellenza attraverso la concentrazione di assistenza e tecnologia avanzata in singole strutture;
- garantire elevati livelli di soddisfazione degli utenti e migliorare la qualità delle prestazioni percepite;

In particolare, nel corso del 2018, erano previste le seguenti attività:

A) OPERE e INVESTIMENTI (si veda scheda sinottica)

1. adeguamento antincendio Ospedale di Esine: contratto firmato, fine lavori entro il 2020; 2018: I SAL entro il 31/12/2018
2. adeguamento antincendio Ospedale di Edolo: aggiudicazione gara entro il 31/12/2018.
3. adeguamento e razionalizzazione area orto-trauma e PS presso il Presidio ospedaliero di Edolo: esecuzione gara entro il 31/12/2018
4. acquisto apparecchiature oncologiche e attrezzature da destinare presso i presidi ospedalieri di Esine ed Edolo: esaurimento del contributo assegnato al servizio entro il 31/12/2019 (DGR_6930_2008 - DGW_12738/2016)
5. esaurimento del budget assegnato al Servizio ed invio delle istanze di ricezione del contributo entro il 31/12/2018 (DGR_4189_2015 e DGR_5135_2015)
6. esaurimento del budget assegnato al Servizio ed invio delle istanze di ricezione del contributo entro il 31/05/2019: utilizzo del 50% del budget entro il 31/12/2018 (DGR_6548_2017) – INDISTINTI
7. acquisto ed installazione delle attrezzature previste nel progetto entro il 31/12/2018 (DGR_6548_2017- Ambito D: Grandi Apparecchiature).
8. predisposizione progetto preliminare per ampliamento struttura Hospice.

RISULTATI CONSEGUITI:

1. In data 30/10/2018 con decreto n.1066/2018 è stato approvato il 1° SAL
2. In data 5/7/18 con decreto n.710/2018 sono stati aggiudicati i lavori
3. In data 7/8/18 Con decreto n.812/2018 sono stati aggiudicati i lavori

4. con decreto 513/18 è stato approvato il QTE finale;
5. a seguito dell'acquisto di quanto previsto ed assegnato al Servizio di Ingegneria Clinica, e dell'invio delle relative istanze di contributo, con decreto 902/2018 è stato approvato il QTE finale della DGR 4189/2015 e con decreto 903/2018 è stato approvato il QTE finale della DGR 5135/2015;
6. il progetto prevedeva l'acquisto delle seguenti apparecchiature di cui si riporta il relativo decreto di aggiudicazione o lo stato di avanzamento del processo di acquisto. Budget assegnato €75.000, budget utilizzato €72.624. percentuale di utilizzo: 96,83%. al 31/12/2018 l'obiettivo previsto (utilizzo al 50% del budget assegnato) risulta raggiunto e non si segnala alcuna criticità.
 1. laser fotocoagulativo: dec. 519/17;
 2. ventilatore polmonare non invasivo: dec. 1011/17;
 3. n.3 dap portatili: dec. 905/17;
 4. microscopio operatorio: dec. 539/18;
 5. bilirubinometro: dec. 1244/18
7. la DGR 6548 non prevedeva per il 2018 acquisti;
8. il progetto di ampliamento è ancora in fase di realizzazione, l'obiettivo sarà riproposto per l'anno 2019



B) GESTIONE

1. accreditamento delle cure subacute Edolo;
2. estensione Servizio Emodinamica da h12 a h24;
3. estensione Servizio auto medica da h12 a h24;
4. mantenimento della dotazione organica di personale;
5. prosecuzione dei progetti d'ambito socio-sanitario: avvio percorso Presa in Carico;
6. monitoraggio del Servizio di Cure Palliative Territoriali e completamento delle rete territoriale;

RISULTATI CONSEGUITI:

1. l'accreditamento non è stato realizzato nell'anno 2018, in accordo con ATS a seguito di ampliamento del tetto contrattuale si provvederà nell'anno 2019. i posti letto sono stati utilizzati nell'ambito del "piano sovrappollamento"
2. il servizio non è stato esteso, ma in accordo con Regione Lombardia ed AREU, verrà pianificato per l'anno 2019;
3. il servizio non è stato esteso 7/7 ma nei giorni festivi, incrementando i turni da 183 a 300 in attesa di accordo con AREU per la copertura dell'organico;
4. la dotazione organica è in diminuzione, ma le procedure concorsuali sono state espletate secondo quanto espresso e validato dal PGRU;
5. istituito il centro servizi con accoglimento del 100% delle manifestazioni di interesse pervenute al call center regionale. Raccolti 174 patti di cura, superiori alle 115 manifestazioni di interesse. Rispetto dei tempi di accettazione e smistamento al clinical manager per la costruzione e firma del PAI;
6. incontri con ATS e pattanti privati regolarmente svolti. Formazione di I livello come da accordi con ATS regolarmente effettuata. In attesa di indicazioni per l'anno 2019 come previsto dal capofila (ATS). Formalizzazione con decreto n.1051/2018, aggiornato con decreto n.1308/2018. Con il decreto 1308/2018 si è altresì preso atto della riunione del dipartimento interaziendale 19.12.2018

5. LA PROGRAMMAZIONE AZIENDALE

I PROGETTI ANNUALI

La ASST della Valcamonica ha il compito di programmare annualmente la propria attività in funzione di bisogni specifici e degli impegni derivanti dal fatto di essere uno dei soggetti facenti parte del SSR, circostanza che fa sì che ASST concorra al conseguimento degli obiettivi della politica sanitaria regionale. Una programmazione efficace si traduce in progetti da implementare e da realizzare in tempi definiti. I progetti che con cadenza annuale o pluriennale vengono messi in campo sono sostanzialmente:

- progetti aziendali;
- progetti, piani, programmi derivanti dalle regole di gestione del SSR, correlati agli Obiettivi Regionali assegnati ai Direttori Generali;
- progetti correlati al contratto con la ATS.

I documenti di riferimento per l'elaborazione dei progetti per l'anno 2018 sono:

- DGR 7600 del 20.12.2017 "Determinazione in ordine alla gestione del servizio socio sanitario per l'esercizio 2018";
- Le "Linee guida attività di Risk Management 2018";

- Il Contratto ATS 2018;
- Gli obiettivi del Direttore Generale per l'anno 2018;

La progettualità per l'anno 2018 si sviluppa nei seguenti ambiti, ritenuti di particolare rilievo per le politiche sanitarie aziendali e regionali:

- Presa in carico dei pazienti cronici:
 - rispetto della capacità erogativa sulla base dei Piani Assistenziali Individuali concordati con i gestori; RISULTATI CONSEGUITI: Sono stati redatti 146 PAI (di cui 5 non inviati in regione per problematiche informatiche non risolte, 1 Pz ha rinunciato). n. Patti di cura firmati/n. PAI redatti= $154/140 \cdot 100 = 90,91\%$
 - corretto funzionamento della Centrale Operativa: accoglienza e gestione dei pazienti cronici individuati; RISULTATI CONSEGUITI: 115/115 pazienti inviati dal call center accettati in 3 giorni lavorativi (obiettivo regionale 5 giorni)
 - progressivo utilizzo del PRESST per le attività di presa in carico; RISULTATI CONSEGUITI: centrale operativa e primo colloquio eseguiti in sapzi preparati ed allestiti nel PRESST di Darfo;
 - formazione del personale sanitario e di supporto sulla gestione del paziente cronico;
- Presentazione ovvero realizzazione di uno o più progetti nell'ambito delle opere ed investimenti di riordino della rete ospedaliera, previsti dal Documento di Programmazione 2018; RISULTATI CONSEGUITI: con decreto 856/2018 si è preso atto del nulla osta regionale sull'utilizzo delle economie derivanti da precedenti opere concluse nel 2017. si sono così realizzati progetti sulle seguenti tipologie di intervento:
 - sostituzione impianti ascensori con 3 montaletti;
 - condizionamento locali Farmacia, poliambulatori, Direzione e Radiologia;
 - ultimazione piano interrato palazzina libera professione per realizzare un archivio;
 - installazione impianto fotovoltaico
- Proseguimento della partecipazione al governo delle reti di patologia (ROL, RENE, STROKE, STEMI, Diabete) con condivisione dei rispettivi PDTA e loro verifica attraverso indicatori di monitoraggio e strumenti di audit; RISULTATI CONSEGUITI:
 - ROL: inserimento dati nei registri eseguito mensilmente con file di ritorno da RL;
 - RENE: inserimento dati sul portale eseguito. Portale non aggiornato, sospesa da RL la visualizzazione del registro;
 - STEMI: 2/3 obiettivi raggiunti 66%;
 - STROKE: 3/4 obiettivi raggiunti 75%
 - diabete: Portale non aggiornato, sospesa da RL la visualizzazione del registro;
- Proseguimento nella promozione e sviluppo dell'attività di donazione di organi e tessuti, in considerazione dell'importanza che il sistema trapianti riveste per il Servizio Sanitario Regionale e in continuità con gli indirizzi definiti e le azioni intraprese negli scorsi anni; RISULTATI CONSEGUITI:
 - donazione cornea 2,5% non raggiunto;
 - donazione tessuto osseo da vivente: 25% raggiunto
- Stesura e realizzazione del piano annuale di Risk management in coerenza con le linee guida regionali e con le tempistiche dalle stessa stabilite;

- Mantenimento della produzione di ricoveri e di specialistica nel rispetto degli importi contrattualmente predeterminati; RISULTATI CONSEGUITI: la produzione di ricovero non ha mantenuto il livello contrattuale previsto per effetto della chiusura o riduzione di sedute operatorie nel periodo estivo a causa di oggettive criticità di organico. La produzione ambulatoriale è aumentata, così come quella di neuropsichiatria infantile, di screening, di psichiatria. l'effetto complessivo è di aumento.
- Contenimento della spesa per beni e servizi e in particolare per dispositivi medici e farmaci; RISULTATI CONSEGUITI: la spesa è incrementata, pur rispettando quanto ricontrattato con RL in sede di assestamento.
- Rispetto dei tempi previsti dalle DGR in materia di edilizia sanitaria; RISULTATI CONSEGUITI: Gara lavori espletata e aggiudicata con decreto n.812/2018. In data 30/11/2018 è stato firmato il contratto d'appalto tra le parti.
- Adempimenti in materia di trasparenza e prevenzione della corruzione; RISULTATI CONSEGUITI: Relazione annuale del RPCT pubblicata in data 29.1.2019 (prot.ASST n.1937/2019). N. azioni computate n.57. Valore assegnato n.47,25. %= 82,90. Obiettivo raggiunto
- Percorso Attuativo della Certificabilità (PAC) Certificazione Bilancio RISULTATI CONSEGUITI: Si certifica il rispetto della tempistica regionale in merito alla formalizzazione e implementazione delle procedure per l'esercizio 2018. L'ASST della Valcamonica ha proceduto al recepimento del nuovo PAC dei bilanci di cui alla DGR n. X/7009 del 31.7.2017 con decreto n. 984 del 27.11.2017. In seguito con decreto n.1032 del 7.12.2017 ha provveduto ad istituire un Comitato Operativo di indirizzo e di coordinamento i cui componenti sono individuati nel Direttore Amministrativo quale responsabile del PAC aziendale, nell'Ufficio Qualità Aziendale e nella struttura Area Gestione Risorse Finanziarie. Con il medesimo decreto ha istituito un Gruppo di Lavoro i cui componenti sono individuati nelle figure responsabili delle strutture aziendali che a loro volta hanno individuato dei sottogruppi specifici per ciascuna Area Tematica prevista nel PAC aziendale, indicandone i componenti e attribuendo un cronoprogramma per ciascuna Area. È stata effettuata la mappatura dei processi ed i relativi rischi (M GEN 010A/C/D/E). * Con decreto n. 621 del 21.06.2018 sono state approvate le procedure relative all'Area D) Immobilizzazioni e inoltrate sul portale SCRIBA. * Con decreto n.77/2019 come da indicazioni regionali ,sono state approvate le procedure relative all'Area H) Patrimonio Netto e inoltrate sul portale SCRIBA. * In data 28/02/2019 è stata inoltrata a Regione la proposta di procedure per l'area E) Rimanenze. Inoltre le figure individuate dall'Azienda per ogni procedura hanno partecipato alle giornate formative promosse da Regione.

A tal fine gli item sono elencati nella Tabella "Indicatori".

I PROGETTI TRIENNALI

Verranno portati avanti i progetti triennali evidenziati nei precedenti Piani e riguardanti:

- la presa in carico del paziente cronico. Il progetto avrà inizio e piena esecuzione nell'arco del Triennio e gli obiettivi saranno perfezionati e valutati solo dopo e attraverso la raccolta di dati consistenti;
- gli adempimenti richiesti in relazione all'implementazione del Piano di Miglioramento dell'Organizzazione;
- l'implementazione del sistema di gestione documentale, lo sviluppo di progetti innovativi in materia di semplificazione e dematerializzazione.

6. LA PROGRAMMAZIONE GESTIONALE E IL MIGLIORAMENTO DELL'ORGANIZZAZIONE

Con riferimento al livello gestionale le dimensioni da monitorare sono l'efficienza, la qualità dei processi e dell'organizzazione, la qualità dell'assistenza, l'accessibilità e la soddisfazione dell'utenza. Il tutto con particolare riferimento alle modifiche

Come nel Piano precedente, l'Azienda individua nel Bilancio di Previsione, nel Processo di Budget, nella Customer Satisfaction e nelle analisi di indicatori di qualità dei processi e della organizzazione gli strumenti che consentono di monitorare tali dimensioni.

Il Bilancio: indicatori

Dall'esercizio 2011, Regione Lombardia ha attivato un sistema di monitoraggio basato su un set di indicatori di tipo gestionale e patrimoniale, che consente di valutare in modo più oggettivo l'aderenza delle dinamiche aziendali alla programmazione e agli indirizzi regionali emanati nel quadro delle regole di sistema annuali. Gli indicatori previsti monitorano trimestralmente i costi del personale, valorizzato come da Modello A, i costi di beni e servizi dettagliati per le singole voci di bene (sanitario, economale, etc.), il tutto rapportato ai ricavi della gestione caratteristica.

Quello scelto e inserito nel Piano delle Performance rapporta i costi totali aziendali (personale, beni e servizi, altri costi) con il valore della produzione; tale indicatore è ritenuto rilevante per ottenere informazioni "macro" sui livelli di efficienza aziendali e pertanto è inserito nella Tabella "Indicatori attuazione delle strategie". **RISULTATI CONSEGUITI:** Regione Lombardia sviluppa un portale specifico dall'anno 2019 ed esplicherà i criteri di riartizione tra bilancio sanitario e territoriale in un'ottica di allineamento e adempimento alle osservazioni ministeriali. Si prosegue come nel 2017 al disavanzo al 115% anche nell'anno 2018.

Il Bilancio: certificazione (Percorso Attuativo della Certificabilità (PAC))

Con decreto 984 del 27/11/2017 è stato recepito il percorso di cui alla DGR 7009 del 31/7/2017.

Il percorso prevede avanzamenti successivi fino alla data del 31/12/2019 stabilendo le aree di Bilancio in cui intervenire. Si tratta di 53 obiettivi divisi in 9 aree: Aziende; GSA; Consolidato regionale; Immobilizzazioni; Rimanenze; Crediti e Ricavi; Tesoreria; Patrimonio Netto; Debiti e Costi.

In accordo con Regione Lombardia saranno predisposte e implementate le procedure per la realizzazione degli obiettivi e saranno conseguentemente individuati gli indicatori e le UUOO coinvolte. **RISULTATI CONSEGUITI:** elenco attività svolte a pagina 19.

Indicatori di qualità dei processi e dell'organizzazione

Regione Lombardia ha elaborato diversi modelli di valutazione "multidimensionale" delle performance del Sistema Sanitario al fine di concorrere al miglioramento continuo della qualità dei servizi erogati. All'interno del Portale di Governo, il sistema di "Valutazione delle Performance" costituisce lo strumento di accesso a tali informazioni, prodotte a partire dai dati contenuti nel Data Warehouse (DWH) Socio Sanitario di Regione Lombardia.

Tali dimensioni prevedono indicatori misurati attraverso algoritmi selezionati da:

- Crisp: il Centro di ricerca Interuniversitario per i servizi di pubblica utilità fornisce dati e indicatori su:
 - Mortalità intraospedaliera
 - Ritorni in sala operatoria
 - Ricoveri ripetuti
 - Dimissioni volontarie
 - Trasferimenti tra strutture
 - Readmission.
- PNE Agenas: nuovo set di indicatori a partire dal 2017;
- Network Regioni: le regioni che hanno aderito condividono e monitorano un set di indicatori.

La valutazione fornisce indicazioni sull'efficacia di ogni struttura di ricovero e cura rispetto al riferimento regionale e consente di ottenere elementi di dettaglio per il miglioramento complessivo della qualità del servizio erogato e dell'appropriatezza delle cure.

Gli indicatori e i relativi risultati attesi sono contenuti nella Tabella "Indicatori".

Indicatori derivanti da indagini di Customer Satisfaction:

Il gradimento della prestazione sanitaria all'interno dell'ASST viene rilevato, come per il passato, attraverso il monitoraggio strutturato di segnalazioni, reclami, osservazioni e suggerimenti degli utenti, nonché con indagini di customer satisfaction ad hoc.

Tra queste metodologie la rilevazione sistematica del gradimento raccoglie informazioni sia sulle aspettative degli utenti rispetto ai servizi sanitari sia sulla percezione della qualità delle prestazioni ricevute.

Un apposito indicatore è stato pertanto individuato nella Tabella "indicatori".

Il processo di budget

Attraverso il processo di budget si determinano gli obiettivi operativi di ciascuna articolazione organizzativa aziendale e per ciascun obiettivo, vengono definite le azioni, i tempi, le risorse e le responsabilità organizzative connesse al loro raggiungimento.

Nel processo di formulazione dei budget, la Direzione si avvale della collaborazione del Comitato di budget, e del supporto operativo del Controllo di Gestione.

Il documento che individua tutti gli obiettivi di ogni unità organizzativa individuata quale Centro di Responsabilità è la scheda budget, negoziata in appositi incontri dedicati a inizio anno.

In corso d'anno gli obiettivi di budget vengono monitorati su base periodica dal Controllo di Gestione, che pubblica in un portale dedicato le schede di monitoraggio.

Infrannualmente e a consuntivo, si avvia il processo di valutazione del raggiungimento (totale o parziale) degli obiettivi concordati in sede di budget e la misurazione della performance.

La correlazione tra le schede di budget ed il sistema premiante è garantita dalla pesatura degli obiettivi il cui risultato incide sulla valutazione del Direttore di struttura e su ciascun dipendente afferente alla stessa. Gli obiettivi non pesati eventualmente presenti nella scheda sono inseriti a fini programmatori.

L'Organismo Indipendente di Valutazione (Nucleo di Valutazione) valuta il processo di budget, in quanto parte del Ciclo della Performance.

In particolare, a inizio d'anno esamina il processo di formulazione del Budget e, infrannualmente ovvero a consuntivo, il grado raggiungimento degli obiettivi generali e specifici, evidenziando le criticità del processo di valutazione.

Il miglioramento dell'organizzazione

Le strategie sono declinate in piani e obiettivi operativi attraverso il processo di budget che prevede il coinvolgimento dei Direttori/Responsabili di Unità Organizzative, dei Direttori di Dipartimento e dei coordinatori infermieristici e tecnici. La funzione di misurazione e valutazione delle performance può quindi contribuire a un miglioramento organizzativo, gestionale e qualitativo del lavoro svolto e se usato come sistema operativo dinamico, facilita il coinvolgimento di tutti i dipendenti e collaboratori, rendendoli informati e partecipi dei valori e dei principi che l'organizzazione aziendale si è preposta, ovvero responsabili dei successi e dei limiti collettivi e individuali.

La modernizzazione e il miglioramento qualitativo dell'organizzazione e delle competenze professionali e la capacità di attuazione di piani e programmi, l'efficienza nell'impiego delle risorse, con particolare riferimento al contenimento ed alla riduzione dei costi, nonché l'ottimizzazione dei tempi dei procedimenti amministrativi e lo sviluppo qualitativo e quantitativo delle relazioni con i cittadini, i soggetti interessati, gli utenti e i destinatari dei servizi, anche attraverso lo sviluppo di forme di partecipazione e collaborazione sono i risultati attesi e conseguenti l'adozione del Piano della Performance.

Il sistema aziendale di valutazione delle performance rappresenta l'anello finale di un'ideale catena costituita dai processi organizzativi propedeutici alla realizzazione di processi di valutazione delle risorse umane e di un piano aziendale di valutazione che ne rappresenta la sintesi strategica e metodologica.

DIMENSIONE DELLA PERFORMANCE	PROGETTO - OBIETTIVO	INDICATORE	ANNO 2017	ANNO 2018	RISULTATI ATTESI 2018	RAGGIUNGIMENTO
Efficienza	Miglioramento posizionamento strategico ASST Valcamonica	Bilancio AO: Personale, beni e servizi, altri costi / Valore della Produzione da Bilancio Produzione lorda: contratto ATS	115% 61.721.000	115% 62.572.320	mantenimento 20% >=2017	SI SI
	Razionalizzazione delle risorse	Spesa effettiva beni e servizi effettuati attraverso procedure centralizzate/aggregate n. dipendenti ruolo amm.vo/n. totale dipendenti	70% 10%	68% 10,33%	(Gare aggregate)/(Gare Totali) >=60% <= 15%	SI SI
	Budget straordinari	Attuazione e rilevazione ore straordinarie e reperibilità	245.863	352.843	rilevazione ore straordinarie liquidate ed effettuate nel corso dell'anno. Invio report entro il 31.12.2018	SI
	Flussi AMB: - invio entro termini concordati con ATS; - assenza errori bloccanti all'invio	- entro il 10 del mese successivo al trimestre (l caricamento); - validazione portale DSP Flux		fatto	fatto	SI
Qualità Processi Organizzativi	-Degenza media preoperatoria	Ospedale di Vallecarnonica	Esine 1,5% Edolo 0,90%	Esine 1,4% Edolo 0,70%	1) fascia verde (4/5); 2) <=2017	SI
		IMA1: RL 46,93%; obj 100%.	100,00%	100,00%	1) >= target; 2) >= RL; 3) >=2017	SI
		IMA2: RL 79,47%; obj 30%.	71,43%	74,24%	1) >= target; 2) >= RL; 3) >=2017	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	IMA3: RL 65,67%; obj 90%.	52,17%	46,15%	1) >= target; 2) >= RL; 3) >=2017	NO
		ICTUS1: RL 79,01%; obj 80%.	88,89%	85,71%	1) >= target; 2) >= RL; 3) >=2017	SI
		ICTUS2: RL 41,98%; obj 100%.	88,00%	83,02%	1) >= target; 2) >= RL; 3) >=2017	SI
		ICTUS3: RL 11,49%; obj 5%.				NA
		ICTUS4: RL 25,18%; obj 25%.	44,14%	54,55%	1) >= target; 2) >= RL; 3) >=2017	SI
		BC1: RL 55,23%; obj 70%.	79,41%	87,50%	1) >= target; 2) >= RL; 3) >=2017	SI
		BC10: RL 64,57%; obj 70%.	87,10%	93,33%	1) >= target; 2) >= RL; 3) >=2017	SI

DIMENSIONE DELLA PERFORMANCE	PROGETTO - OBIETTIVO	INDICATORE	ANNO 2017	ANNO 2018	RISULTATI ATTESI 2018	RAGGIUNGIMENTO
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	BC2: RL 51,71%; obj 80%	67,65%	84,38%	1) >= target; 2) >= RL; 3) >=2017	SI
		BC3: RL 80,79%; obj 80%	56,67%	89,29%	1) >= target; 2) >= RL; 3) >=2017	SI
		BC4: RL 80%; obj 80%			1) >= target; 2) >= RL; 3) >=2017	NA
		BC5: RL 86,21%; obj 90%			1) >= target; 2) >= RL; 3) >=2017	NA
		CRC1: RL 59,21%; obj 80%	56,52%	51,85%	1) >= target; 2) >= RL; 3) >=2017	NO
	CRC2: RL 88,82%; obj 80%	100,00%	100%	1) >= target; 2) >= RL; 3) >=2017	SI	
	CRC6: RL 89,29%; obj 80%	92,86%	93,33%	1) >= target; 2) >= RL; 3) >=2017	SI	
	ROL	643	871	1) >= target; 2) >= RL; 3) >=2017	SI	
	RENE			1) >= target; 2) >= RL; 3) >=2017	NA	
	diabete			1) >= target; 2) >= RL; 3) >=2017	NA	
	n. donatori/n. decessi	1,20%	2,50%	target 10%	NO	
	n. donatori/n. protesi impiantate in elezione	23%	25%	target 10%	SI	
	n. donatori di tessuti/n. inserimenti in Donor Manager	100%	100%	100% prelievi registrati in DM	SI	
	ATTIVITA' DI TRAPIANTO E DONAZIONE: - donazione cornee; ATTIVITA' DI TRAPIANTO E DONAZIONE: - donazione tessuti ossei da vivente; ATTIVITA' DI TRAPIANTO E DONAZIONE: - utilizzo Donor Manager ATTIVITA' DI TRAPIANTO E DONAZIONE: - donazione sangue cordone ombelicale	mantenimento	mantenimento	mantenimento	SI	
	Cardiologia	0,50%	0,98%	1) fascia verde (4/5); 2) <=2017	NO	
Chirurgia Esine	0,43%	0,54%	1) fascia verde (4/5); 2) <=2017	NO		
Urologia				NA		
Medicina Esine	1,72%	0,92%	1) fascia verde (4/5); 2) <=2017	SI		
Medicina Edolo	1,29%	1,31%	1) fascia verde (4/5); 2) <=2017	NO		
Ortopedia Esine	0,73%	0,80%	1) fascia verde (4/5); 2) <=2017	NO		

DIMENSIONE DELLA PERFORMANCE	PROGETTO - OBIETTIVO	INDICATORE	ANNO 2017	ANNO 2018	RISULTATI ATTESI 2018	RAGGIUNGIMENTO
Efficacia	-Dimissioni volontarie	Ortopedia Edolo	3,54%	1,50%	1) fascia verde (4/5); 2) <=2017	SI
		Neurologia	2,75%	0,39%	1) fascia verde (4/5); 2) <=2017	SI
		Cardiologia	0,62%	1,12%	1) fascia verde (4/5); 2) <=2017	NO
		Chirurgia Esine	0,65%	0,76%	1) fascia verde (4/5); 2) <=2017	NO
	-Trasferimenti tra strutture	Urologia			1) fascia verde (4/5); 2) <=2017	NA
		Medicina Esine	0,86%	1,26%	1) fascia verde (4/5); 2) <=2017	NO
		Medicina Edolo	0,74%	0,94%	1) fascia verde (4/5); 2) <=2017	NO
		Ortopedia Esine	0,73%	0,57%	1) fascia verde (4/5); 2) <=2017	SI
		Ortopedia Edolo	0,79%	1,00%	1) fascia verde (4/5); 2) <=2017	NO
		Neurologia	1,83%	0,78%	1) fascia verde (4/5); 2) <=2017	SI
		Cardiologia	2,60%	2,94%	1) fascia verde (4/5); 2) <=2017	NO
		Chirurgia Esine	3,04%	3,02%	1) fascia verde (4/5); 2) <=2017	SI
		Urologia			1) fascia verde (4/5); 2) <=2017	NA
		Medicina Esine	18,23%	19,48%	1) fascia verde (4/5); 2) <=2017	NO
	-Mortalità totale	Medicina Edolo	12,68%	13,86%	1) fascia verde (4/5); 2) <=2017	SI
		Ortopedia Esine	1,35%	1,25%	1) fascia verde (4/5); 2) <=2017	SI
	-Percentuale drg medici dimessi da reparti chirurgici ordinari -Percentuale drg medici dimessi da reparti chirurgici day hospital -Percentuale ricoveri ripetuti entro 30 gg con stesso MDC -Percentuale ricoveri ordinari medici brevi su totale ricoveri -Percentuale fratture del femore operate entro 48 ore dall'ammissione	Ortopedia Edolo	0,39%	0,00%	1) fascia verde (4/5); 2) <=2017	SI
		Neurologia	9,63%	10,20%	1) fascia verde (4/5); 2) <=2017	NO
Ospedale di Vallecarnonica		Esine 46,20%	Esine 48,30%	1) fascia verde (4/5); 2) <=2017	NO	
Ospedale di Vallecarnonica		Esine 1,20% Edolo 0%	Esine 1,80% Edolo 0%	1) fascia verde (4/5); 2) <=2017	PARZIALE	
Ospedale di Vallecarnonica		Esine 3% Edolo 2,3%	Esine 2,70% Edolo 1,60%	1) fascia verde (4/5); 2) <=2017	SI	
Ospedale di Vallecarnonica		Esine 16% Edolo 8,10%	Esine 14,90% Edolo 8%	1) fascia verde (4/5); 2) <=2017	SI	
Ospedale di Vallecarnonica		Esine 76,40% Edolo 100%	Esine 76,20% Edolo 100%	1) fascia verde (4/5); 2) <=2017	SI	

DIMENSIONE DELLA PERFORMANCE	PROGETTO - OBIETTIVO	INDICATORE	ANNO 2017	ANNO 2018	RISULTATI ATTESI 2018	RAGGIUNGIMENTO		
Appropriatezza e qualità dell'assistenza	-Ritorni in sala operatoria	Cardiologia	15,72%	12,32%	1) fascia verde (4/5); 2) <=2017	SI		
		Chirurgia Esine	10,20%	10,91%	1) fascia verde (4/5); 2) <=2017	NO		
		Urologia			1) fascia verde (4/5); 2) <=2017	NA		
		Medicina Esine	9,78%	8,82%	1) fascia verde (4/5); 2) <=2017	SI		
		Medicina Edolo	11,76%	9,36%	1) fascia verde (4/5); 2) <=2017	SI		
		Ortopedia Esine	3,67%	3,75%	1) fascia verde (4/5); 2) <=2017	NO		
		Ortopedia Edolo	3,94%	5,00%	1) fascia verde (4/5); 2) <=2017	NO		
		Neurologia	8,26%	3,92%	1) fascia verde (4/5); 2) <=2017	SI		
		Cardiologia	7,51%	5,51%	1) fascia verde (4/5); 2) <=2017	SI		
		Chirurgia Esine	2,82%	1,86%	1) fascia verde (4/5); 2) <=2017	SI		
		Urologia			1) fascia verde (4/5); 2) <=2017	NA		
		Medicina Esine	8,82%	6,90%	1) fascia verde (4/5); 2) <=2017	SI		
		Medicina Edolo	0,00%	0,00%	1) fascia verde (4/5); 2) <=2017	SI		
		Ortopedia Esine	0,60%	0,54%	1) fascia verde (4/5); 2) <=2017	SI		
		Ortopedia Edolo	0,00%	0,00%	1) fascia verde (4/5); 2) <=2017	SI		
		Neurologia			1) fascia verde (4/5); 2) <=2017	NA		
		CARDIO1	Infarto miocardico acuto: mortalità a trenta giorni		fascia 4	fascia 3	1) fascia verde (1/2); 2) migliore rispetto al 2017 3) migliore rispetto a RL	SI
		CARDIO2	Infarto miocardico acuto: % trattati con PTCA entro due giorni		fascia 2	fascia 1	1) fascia verde (1/2); 2) migliore rispetto al 2017 3) migliore rispetto a RL	SI
		CARDIO3	Scompenso cardiaco congestivo: mortalità a trenta giorni		fascia 4	fascia 4	1) fascia verde (1/2); 2) migliore rispetto al 2017 3) migliore rispetto a RL	SI
		CARDIO6	Riparazione di aneurisma non rotto del aorta addominale: mortalità a trenta giorni		fascia 1	fascia 1	1) fascia verde (1/2); 2) migliore rispetto al 2017 3) migliore rispetto a RL	SI

DIMENSIONE DELLA PERFORMANCE	PROGETTO - OBIETTIVO	INDICATORE	ANNO 2017	ANNO 2018	RISULTATI ATTESI 2018	RAGGIUNGIMENTO
Appropriatezza e qualità dell'assistenza	CHGEN1	Colecistomie laparoscopiche: % ricoveri con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	fascia 1	fascia 2	1) fascia verde (1/2); 2) migliore rispetto al 2017 3) migliore rispetto a RL	SI
	CHGEN2	Colecistomie laparoscopiche: % interventi in reparti con volume di attività superiore a novanta interventi annui	fascia 2	fascia 1	1) fascia verde (1/2); 2) migliore rispetto al 2017 3) migliore rispetto a RL	SI
	GRAV1	Proporzione di parti con taglio cesareo primario	fascia 1	fascia 1	1) fascia verde (1/2); 2) migliore rispetto al 2017 3) migliore rispetto a RL	SI
	GRAV2	Parti naturali: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio	fascia 3	fascia 3	1) fascia verde (1/2); 2) migliore rispetto al 2017 3) migliore rispetto a RL	SI
	GRAV3	Parti cesarei: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio	fascia 5	fascia 1	1) fascia verde (1/2); 2) migliore rispetto al 2017 3) migliore rispetto a RL	SI
	NERVO1	Ictus ischemico: mortalità a trenta giorni	fascia 2	fascia 3	1) fascia verde (1/2); 2) migliore rispetto al 2017 3) migliore rispetto a RL	SI
	ONCO1	Interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 135 interventi annui			1) fascia verde (1/2); 2) migliore rispetto al 2017 3) migliore rispetto a RL	NA
	ONCO2	Proporzione di nuovi interventi di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno			1) fascia verde (1/2); 2) migliore rispetto al 2017 3) migliore rispetto a RL	NA
	ONCO4	Intervento chirurgico per TM stomaco: mortalità a trenta giorni	fascia 1	fascia 1	1) fascia verde (1/2); 2) migliore rispetto al 2017 3) migliore rispetto a RL	SI
	ONCO5	Intervento chirurgico per TM colon: mortalità a trenta giorni	fascia 3	fascia 2	1) fascia verde (1/2); 2) migliore rispetto al 2017 3) migliore rispetto a RL	SI
	OSTEO1	Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro due giorni	fascia 1	fascia 2	1) fascia verde (1/2); 2) migliore rispetto al 2017 3) migliore rispetto a RL	SI
	OSTEO2	Frattura della tibia e perone: tempi di attesa per intervento chirurgico	fascia 1	fascia 1	1) fascia verde (1/2); 2) migliore rispetto al 2017 3) migliore rispetto a RL	SI
	RESPIRO1	BPCO riacutizzata: mortalità a 30 giorni	fascia 3	fascia 3	1) fascia verde (1/2); 2) migliore rispetto al 2017 3) migliore rispetto a RL	SI
	C10.4.1	Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore alla mammella	fascia 1	fascia 1	1) fascia verde (1/2); 2) migliore rispetto al 2017 3) migliore rispetto a RL	SI
	C10.4.2	Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore alla prostata	fascia 5	fascia 5	1) fascia verde (1/2); 2) migliore rispetto al 2017 3) migliore rispetto a RL	SI
	C10.4.3	Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore al colon	fascia 1	fascia 1	1) fascia verde (1/2); 2) migliore rispetto al 2017 3) migliore rispetto a RL	SI
C10.4.4	Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore al retto	fascia 1	fascia 1	1) fascia verde (1/2); 2) migliore rispetto al 2017 3) migliore rispetto a RL	SI	

DIMENSIONE DELLA PERFORMANCE	PROGETTO - OBIETTIVO	INDICATORE	ANNO 2017	ANNO 2018	RISULTATI ATTESI 2018	RAGGIUNGIMENTO
Appropriatezza e qualità dell'assistenza	C14.4	Percentuale di ricoveri medici oltresoglia per pazienti >= 65 anni	fascia 4	fascia 3	1) fascia verde (1/2); 2) migliore rispetto al 2017 3) migliore rispetto a RL	SI
	C16.1	Percentuale accessi in PS con codice giallo visitati entro 30 minuti	fascia 2	fascia 2	1) fascia verde (1/2); 2) migliore rispetto al 2017 3) migliore rispetto a RL	SI
	C2a.C	Indice di performance degenza media per acuti - ricoveri per DRG chirurgico	fascia 3	fascia 3	1) fascia verde (1/2); 2) migliore rispetto al 2017 3) migliore rispetto a RL	SI
	C2a.M	Indice di performance degenza media per acuti - ricoveri per DRG medico	fascia 2	fascia 2	1) fascia verde (1/2); 2) migliore rispetto al 2017 3) migliore rispetto a RL	SI
	C4.4	% colecistectomie laparoscopiche in Day-Surgery e RO 0-1 gg			1) fascia verde (1/2); 2) migliore rispetto al 2017 3) migliore rispetto a RL	NA
	C5.2	Percentuale di frattura del collo del femore operate entro 2 giorni	fascia 2	fascia 2	1) fascia verde (1/2); 2) migliore rispetto al 2017 3) migliore rispetto a RL	SI
	C5.3	Percentuale di prostatectomie transuretrali	fascia 4	fascia 1	1) fascia verde (1/2); 2) migliore rispetto al 2017 3) migliore rispetto a RL	SI
	C7.3	% episiotomie depurate (NTSV)	fascia 1	fascia 1	1) fascia verde (1/2); 2) migliore rispetto al 2017 3) migliore rispetto a RL	SI
	C7.6	% di parti operativi (uso di forcipe o ventosa)	fascia 3	fascia 3	1) fascia verde (1/2); 2) migliore rispetto al 2017 3) migliore rispetto a RL	SI
	C8a.13.2	Percentuale di ricoveri ripetuti entro 7 giorni per patologie psichiatriche	fascia 4	fascia 4	1) fascia verde (1/2); 2) migliore rispetto al 2017 3) migliore rispetto a RL	SI
	D9	Abbandoni da Pronto Soccorso	fascia 2	fascia 2	1) fascia verde (1/2); 2) migliore rispetto al 2017 3) migliore rispetto a RL	SI
	108 DRG ad elevato rischio di inappropriatazza	Attuazione di protocolli diagnostico-terapeutici al fine di ridurre la degenza media dei ricoveri riferiti all'obiettivo	16%	14,9%	1) (indicatori patologia) fascia verde (4/5) 2) ATS >=21%	SI

DIMENSIONE DELLA PERFORMANCE	PROGETTO - OBIETTIVO	INDICATORE	ANNO 2017	ANNO 2018	RISULTATI ATTESI 2018	RAGGIUNGIMENTO
Accessibilità e soddisfazione utenza	-Customer satisfaction ambulatoriali	% dei giudizi positivi nelle rilevazioni di customer ambulatoriali	92%	95%	>= 90%	SI
	-Customer satisfaction degenza	% dei giudizi positivi nelle rilevazioni di customer degenza	97%	98%	>= 90%	SI
	-Customer BPCO	Costruzione tracciato			Sommministrazione, raccolta e invio nel rispetto delle scadenze	NA
	Percentuale di prestazioni che rispettano i tempi di attesa	Num. prestazioni monitorate con rispetto dei tempi / Num. totale delle prestazioni monitorate	73%	84%	miglioramento rispetto al 2017	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	70 giorni	50 giorni	<=60	SI
	Presa in carico: evasione delle domande nei termini previsti	tempo intercorso tra prenotazione a CUP (Patto di cura) e appuntamento al Centro Servizi. Report iniziale per costruzione benchmark.		10 giorni	Tempo<20giorni	SI
	Piano ferie: rilevazione dati aziendali	ferie: smaltimento delle ferie dell'esercizio secondo norma contrattuale	123%	121%	invio dati a CDG - (verifica >= 97%; entro 30/04/2019)	SI
	Regolare attestazione della presenza	formalizzazione richiami e report dei richiami	nessun richiamo	non ci sono stati reclami pari o superiori a 3	<3 richiami report del personale	SI
	Copertura fabbisogni del personale	Organico medio FTE nel triennio e nell'anno di rilevazione	2015/2017= 1127	1113,50	Rilevazione personale alla data richiesta/personale medio triennio	SI
	Benessere del personale	Avanzamento e sviluppo di progetti innovativi nell'area della semplificazione e dematerializzazione Incidenza ore di formazione (PIMO) :	Attività svolte/ Attività previste	50%	50%	Implementazione alla dematerializzazione di documenti attraverso l'utilizzo del protocollo informatico, al software di gestionale "angolo del dipendente". 1) >= 2 % 2) >= 20%
	Indicatori PIMO	Valutare la % di partecipazione ai corsi erogati		88,60%	80%	SI

DIMENSIONE DELLA PERFORMANCE	PROGETTO - OBIETTIVO	INDICATORE	ANNO 2017	ANNO 2018	RISULTATI ATTESI 2018	RAGGIUNGIMENTO	
Qualità e Risk Management	PIANO INTEGRATO PER IL MIGLIORAMENTO DELL'ORGANIZZAZIONE	1) acquisizione delle indicazioni Regionali; 2) recepimento nuovi indicatori PIMO secondo indicazioni Regionali		raggiunto	numero indicatori recepiti/numero indicatori richiesti da RL > .80%	SI	
	Adeguamento ai requisiti strutturali di accreditamento	Attivazione punto prelievo presso RSA		Attivato il 04/06/2018	Apertura entro il 30/06/2018	SI	
	Piano di miglioramento "Aggiornamento cartelle nella Intranet Aziendale (SGQ) e M GEN 008"	Numero cartelle aggiornate/Totale cartelle Numero M GEN 008 rev.04 aggiornati/M GEN 008 esistenti		100%	100%	85% aggiornamento delle cartelle e degli M GEN 008	SI
	PROGETTI Risk Management: - realizzazione progetti	cronoprogramma realizzato/ cronoprogramma deliberato x 100	100%	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% dei documenti redatti	100% dei documenti redatti	100% dei documenti redatti	SI
	Gestione del contenzioso	Percentuale di cause gestite dall'ufficio/cause gestite da avvocati esterni			cause gestite al livello aziendale > 70%	> 70% delle cause gestite a livello aziendale	SI
	Frequenza normalizzata di richieste di risarcimento su giorni di degenza	Richieste di risarcimento/Giornate di degenza x 10.000 - Rendicontazione	1,71	1,41		< 2,37	SI
	Privacy	Rispetto degli adempimenti previsti dalla Legge nel corso dell'anno 2018		fatto	fatto	rispetto della normativa a decorrere dal 29/05/2018	SI
	Presenza in carico obiettivi di mandato	Presenza report di assegnazione obiettivi entro 30 gg dall'arrivo in Azienda	fatto	fatto	fatto	Mantenimento	SI
	Presenza in carico scadenze e monitoraggio scadenze	in base a quanto stabilito da circolari regionali/note regionali			fatto	verifica rispetto scadenze con segnalazione agli uffici in caso di inadempienze	SI
	Percentuale di implementazione delle raccomandazioni ministeriali	Num. requisiti applicabili soddisfatti/ Num. totale di requisiti applicabili	94,12%	89,00%	89,00%	Implementazione delle raccomandazioni ministeriali.	SI
	Riesame obiettivi a medio termine	Num. valutazioni effettuate/ Num. valutazioni pianificate	100%	100%	100%	Mantenimento	SI
	Riesame delle autovalutazioni	Num. standard raggiunti per area/Num. standard valutati per area	100%	100%	100%	Implementazione degli Standard del 20%	SI
	BUDGET 2018 - obiettivi DG	Si rimanda agli indicatori specifici	100%	100%	100%	Si rimanda agli indicatori specifici	SI
	BUDGET 2018 - scheda obiettivi economici	Si rimanda agli indicatori specifici	100%	100%	100%	Si rimanda agli indicatori specifici	SI
	BUDGET 2018 - contratto ATS	Si rimanda agli indicatori specifici	100%	100%	100%	Si rimanda agli indicatori specifici	SI

DIMENSIONE DELLA PERFORMANCE	PROGETTO - OBIETTIVO	INDICATORE	ANNO 2017	ANNO 2018	RISULTATI ATTESI 2018	RAGGIUNGIMENTO
	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?		Incontri svolti: 12.3.2018, 20.3.2018 e 28.5.2018 (Edolo)	Organizzazione di almeno n.3 incontri (di cui uno presso la sede di Edolo) dedicati all'illustrazione al personale dipendente del contenuto del Codice di comportamento adottato secondo le indicazioni ANAC	SI
	Adozione/aggiornamento del PTPC e del PTPI	Deliberazione di adozione del PTPC e PTPI	fatto	Con decreto n.83/2018 è stato adottato il Piano triennale per la prevenzione della corruzione, comprensivo anche delle misure in materia di trasparenza.	entro i termini di legge	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 PTPI chiuse / N. totale di azioni previste dal PTPC e PTPI) *100 nel periodo di riferimento considerato	100%	Relazione annuale del RPCT pubblicata in data 29.1.2019 (prot.ASST n.1937/2019). N. azioni compiute n.57. Valore assegnato n.47,25. %= 82,90.	Trasmisione relazione che quantifichi, secondo i parametri dell'indicatore, l'attuazione del piano a livello aziendale	SI
Trasparenza e Anticorruzione	Monitorare l'attuazione del PTPC e del PTPI	- Attestazioni OIV sull'assolvimento di specifiche categorie di obblighi di pubblicazione - Relazione annuale in merito all'attuazione del PTPC e del PTPI pubblicata sul sito	fatto	La relazione annuale 2017 è stata ritualmente pubblicata in data 29.1.2018 (http://amministrazionedigitale.assvalcamonica.it/Pages/amministrazione_trasparente_v2_0?Codice=AT.To.10.50) e l'attestazione OIV sull'assolvimento degli obblighi di pubblico concernente gli obblighi di pubblicazione al 31.3.2018 (prot.ASST n.7631/2018) è avvenuto in data 24.4.2018 e pubblicato in data 26.4.2018 (http://amministrazionedigitale.assvalcamonica.it/Pages/amministrazione_trasparente_v3_0?code=AT.F0.05).	evidenza documentale (pubblicazione relazione annuale circa l'attuazione del PTPC secondo il modello ANAC e pubblicazione attestazione OIV)	SI

DIMENSIONE DELLA PERFORMANCE	PROGETTO - OBIETTIVO	INDICATORE	ANNO 2017	ANNO 2018	RISULTATI ATTESI 2018	RAGGIUNGIMENTO
Trasparenza e Anticorruzione	DGR n. X/6551 del 4.5.2017: "Riordino della rete di offerta e modalità di presa in carico dei pazienti cronici e/o fragili in attuazione dell'art.9 della LR 33/2009"	Trasmissione alla Direzione Generale ATS della Montagna dello schema regionale denominato: "Schema rilevazione comunicazione – Collegio dei Direttori": invio bimestrale del report.		invio bimestrale del report: - 26.1.2018 prot. 1534; - 26.3.2018 prot. 5509; - il 25.5.2018 prot. 9416; - il 26.7.2018 prot. 13606; - il 25.9.2018 prot. 16854; - il 26.11.2018 prot. 21111;	Trasmissione formali report entro i termini previsti dalla normativa regionale	SI
	Attività in tema di trasparenza ed anticorruzione	Applicazione della disciplina concernente il diritto di accesso, civico e civico generalizzato		Misure organizzative formalizzate con nota prot.-ASST n.2246 il 6.2.2018 .	Adozione di formali misure organizzative da parte della Direzione volte ad assicurare periodica formalizzazione del registro degli accessi in forma accentrata	SI
	Anticorruzione	Definizione di un processo di controllo delle attività aziendali in Libera Professione		Al fini del controllo delle attività libero professionali, è stato adottato un regolamento per la gestione delle agende ambulatoriali (tra le quali quelle in libera professione). Ne è seguita specifica modulista, tra cui si segnala M DMP071 (emesso il 26.3.2018).	Procedura di controllo	SI
Acquisti e Gare	Anticorruzione-trasparenza	Adeguamento regolamento libera professione secondo le linee guida regionali		raggiunto	Attuazione entro il 31.12.2018 alla direzione di ipotesi di regolamento adeguato alle linee guida regionali	SI
	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	100%	100%	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 dei DEC all'AGRM/GSE	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	93,28%	93%	Effettuazione rilevazione della customer satisfaction	SI

DIMENSIONE DELLA PERFORMANCE	PROGETTO - OBIETTIVO	INDICATORE	ANNO 2017	ANNO 2018	RISULTATI ATTESI 2018	RAGGIUNGIMENTO
Interventi Strutturali	Adeguamento ai requisiti strutturali di accreditamento	Requisiti non ancora raggiunti con incremento => 1% /Requisiti non ancora raggiunti		1) Subacuti Edolo in fase accreditamento 2) Neurologia: accreditata SU	1) Subacuti Edolo 2) Neurologia	PARZIALE
	Disaster plan informatico	Presenza di un Disaster Plan testato e discusso almeno una volta l'anno	fatto		Organizzare incontri con l'Alta Direzione e i RUO al fine di definire vincoli e modalità operative	SI
	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)	non 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	SI
	Opere ed investimenti	Adeguamento antincendio Ospedale di Esine		In data 30/10/2018 con decreto n.1066/2018 è stato approvato il 1° SAL fatto	contratto firmato, fine lavori entro il 2020; 2018: 1 SAL entro il 31/12/2018	SI
	Opere ed investimenti	Adeguamento antincendio Ospedale di Edolo		In data 5/7/18 con decreto n.710/2018 sono stati aggiudicati i lavori fatto	aggiudicazione gara entro il 31/12/2018	SI
	Opere ed investimenti	Adeguamento e razionalizzazione area Orto-Trauma e PS presso il Presidio ospedaliero di Edolo		In data 7/8/18 con decreto n.812/2018 sono stati aggiudicati i lavori fatto	esecuzione gara entro il 31/12/2018	SI
	Opere ed investimenti	Acquisto apparecchiature oncologiche e attrezzature da destinare presso i presidi ospedalieri di Esine ed Edolo: esaurimento del contributo assegnato al Servizio entro il 31/12/2019 (DGR_6930_2008 - DGW_12738/2016)		Con decreto 5133/18 è stato approvato il QTE finale	fatto/non fatto	SI
	Opere ed investimenti	Esaurimento del budget assegnato al Servizio ed invio delle istanze di ricezione del contributo entro il 31/12/2018 (DGR_4189_2015 e DGR_5135_2015)		A seguito dell'acquisto di quanto previsto ed assegnato al Servizio, e dell'invio delle relative istanze di contributo, con decreto 902/18 è stato approvato il QTE finale della DGR_4189_2015 e con decreto 903/2018 è stato approvato il QTE finale della DGR_5135_2016 fatto	fatto/non fatto	SI
	Opere ed investimenti	Esaurimento del budget assegnato al Servizio ed invio delle istanze di ricezione del contributo entro il 31/05/2019: utilizzo del 50% del budget entro il 31/12/2018 (DGR_6548_2017) - INDISTINTI		Al 31/12/2018 l'obiettivo previsto per l'anno 2018 risulta raggiunto e non si segnala nessuna criticità nel raggiungimento dell'obiettivo complessivo fatto	fatto/non fatto	SI
	Opere ed investimenti	Acquisto ed installazione delle attrezzature previste nel progetto entro il 31/12/2018 (DGR_6548_2017 - Ambito D: Grandi Apparecchiature)		Tutti gli interventi del progetto si sono conclusi fatto	fatto/non fatto	SI

DIMENSIONE DELLA PERFORMANCE	PROGETTO - OBIETTIVO	INDICATORE	ANNO 2017	ANNO 2018	RISULTATI ATTESI 2018	RAGGIUNGIMENTO
Progetti L. 23	Gestione	Accreditamento dei posti letto di Cure Subacute a Edolo		In fase accreditamento	fatto/non fatto	PARZIALE
	Gestione	Sperimentazione del PRESST	fatto	attività compiuta	fatto/non fatto	SI
	Gestione	Potenziamento del Servizio di Cure Palliative Territoriali	320.000,00	260.000,00	>2017	SI

RELAZIONE DI PUBBLICAZIONE

Il presente atto viene pubblicato in copia all'Albo di questa Azienda Socio Sanitaria Territoriale di Vallecamonica Via Nissollina n. 2 - Breno (Brescia) - per 15 giorni consecutivi, a

decorrere dal
- 8 LUG 2019

IL DIRETTORE FF
AREA AFFARI GENERALI E LEGALI
- Avv. Gabriele Ceresetti -



CERTIFICATO DI COPIA AUTENTICA

Si attesta che la presente copia, composta da N. 36 (TRENTASEI) pagine, è conforme all'originale.

Breno,
- 8 LUG 2019

IL DIRETTORE FF
AREA AFFARI GENERALI E LEGALI
- Avv. Gabriele Ceresetti -

