

DIMENSIONE DELLA PERFORMANCE	PROGETTO - OBIETTIVO	INDICATORE	ANNO 2018	ANNO 2019	RISULTATI ATTESI 2019	RAGGIUNGIMENTO
Efficienza	Miglioramento posizionamento strategico ASST Valcamonica	Bilancio AO: Personale, beni e servizi, altri costi / Valore della Produzione da Bilancio	115%	114%	mantenimento 20%	SI
		Produzione lorda: contratto ATS	62.572.320	65240000	>=2018	SI
	Razionalizzazione delle risorse	Spesa effettiva beni e servizi effettuati attraverso procedure centralizzate/aggregate	68%	74%	(Gare aggregate)/(Gare Totali) >=60%	SI
		n. dipendenti ruolo amm.vo/n. totale dipendenti	10,33%	10,29%	<= 15%	SI
	Budget straordinari	Attuazione e rilevazione ore straordinarie e reperibilità	352.843	330.357,90	rilevazione ore straordinarie liquidate ed effettuate nel corso dell'anno. Invio report entro il 31.12.2019	SI
Flussi AMB	- invio entro termini concordati con ATS; - assenza errori bloccanti all'invio	fatto	fatto	- entro il 10 del mese successivo al trimestre (l caricamento); - validazione portale DSP Flux	SI	
Qualità Processi Organizzativi	-Degenza media preoperatoria	Ospedale di Vallecarnonica	Esine 1,4% Edolo 0,70%	Esine 1,4% Edolo 0,80%	1) fascia verde (4/5); 2) <=2018	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 38,19%; obj 100%.	100,00%	88,24%	1) >= target; 2) >= RL; 3) >=2018	SI
		IMA2: RL 81,12%; obj 30%.	74,24%	64,41%	1) >= target; 2) >= RL; 3) >=2018	SI
		IMA3: RL 66,72%; obj 90%.	46,15%	32,14%	1) >= target; 2) >= RL; 3) >=2018	NO
		ICTUS1: RL 79,80%; obj 80%.	85,71%	92,74%	1) >= target; 2) >= RL; 3) >=2018	SI
		ICTUS2: RL 18,65%; obj 100%.	83,02%	32,73%	1) >= target; 2) >= RL; 3) >=2018	SI
		ICTUS3: RL 11,21%; obj 5%				NA
		ICTUS4: RL 24,67%; obj 25%	54,55%	41,18%	1) >= target; 2) >= RL; 3) >=2018	SI
		BC1: RL 54,56%; obj 70%	87,50%	77,78%	1) >= target; 2) >= RL; 3) >=2018	SI
		BC10: RL 63,74%; obj 70%	93,33%	87,50%	1) >= target; 2) >= RL; 3) >=2018	SI

DIMENSIONE DELLA PERFORMANCE	PROGETTO - OBIETTIVO	INDICATORE	ANNO 2018	ANNO 2019	RISULTATI ATTESI 2019	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 51,17 obj 80%	84,38%	61,11%	1) >= target; 2) >= RL; 3) >=2018	SI
		BC3: RL 81,22%; obj 80%	89,29%	82,14%	1) >= target; 2) >= RL; 3) >=2018	SI
		BC4: RL 77,42%; obj 80%		66,67%	1) >= target; 2) >= RL; 3) >=2018	NO
		BC5: RL 86,21%; obj 90%			1) >= target; 2) >= RL; 3) >=2018	NA
		CRC1: RL 60,73%; obj 80%	51,85%	57,14%	1) >= target; 2) >= RL; 3) >=2018	SI
		CRC2: RL 87,15%; obj 80%	100%	100%	1) >= target; 2) >= RL; 3) >=2018	SI
		CRC6: RL 89,69%; obj 80%	93,33%	100%	1) >= target; 2) >= RL; 3) >=2018	SI
		ROL	871	867	1) >= target; 2) >= RL; 3) >=2018	SI
		RENE			1) >= target; 2) >= RL; 3) >=2018	NA
		diabete			1) >= target; 2) >= RL; 3) >=2018	NA
	ATTIVITA' DI TRAPIANTO E DONAZIONE: - donazione cornee;	n. donatori/n. decessi	2,50%	1,13%	target 10%	NO
	ATTIVITA' DI TRAPIANTO E DONAZIONE: - donazione tessuti ossei da vivente;	n. donatori/n. protesi impiantate in elezione	25%	14%	target 10%	SI
	ATTIVITA' DI TRAPIANTO E DONAZIONE: - utilizzo Donor Manager	n. donatori di tessuti/n. inserimenti in Donor Manager	100%	100%	100% prelievi registrati in DM	SI
	ATTIVITA' DI TRAPIANTO E DONAZIONE: - donazione sangue cordone ombelicale	mantenimento	mantenimento	mantenimento	mantenimento	SI
	'-Dimissioni volontarie	Cardiologia	0,98%	0,28%	1) fascia verde (4/5); 2) <=2018	SI
		Chirurgia Esine	0,54%	0,70%	1) fascia verde (4/5); 2) <=2018	NO
		Urologia		0,98%	1) fascia verde (4/5); 2) <=2018	NA
		Medicina Esine	0,92%	0,91%	1) fascia verde (4/5); 2) <=2018	SI
		Medicina Edolo	1,31%	1,40%	1) fascia verde (4/5); 2) <=2018	NO
		Ortopedia Esine	0,80%	1,01%	1) fascia verde (4/5); 2) <=2018	NO

DIMENSIONE DELLA PERFORMANCE	PROGETTO - OBIETTIVO	INDICATORE	ANNO 2018	ANNO 2019	RISULTATI ATTESI 2019	RAGGIUNGIMENTO
Efficacia	-Dimissioni volontarie	Ortopedia Edolo	1,50%	1,72%	1) fascia verde (4/5); 2) <=2018	NO
		Neurologia	0,39%	0,65%	1) fascia verde (4/5); 2) <=2018	NO
	-Trasferimenti tra strutture	Cardiologia	1,12%	1,93%	1) fascia verde (4/5); 2) <=2018	NO
		Chirurgia Esine	0,76%	0,59%	1) fascia verde (4/5); 2) <=2018	SI
		Urologia		5,88%	1) fascia verde (4/5); 2) <=2018	NA
		Medicina Esine	1,26%	0,72%	1) fascia verde (4/5); 2) <=2018	SI
		Medicina Edolo	0,94%	0,70%	1) fascia verde (4/5); 2) <=2018	SI
		Ortopedia Esine	0,57%	1,26%	1) fascia verde (4/5); 2) <=2018	NO
		Ortopedia Edolo	1,00%	1,72%	1) fascia verde (4/5); 2) <=2018	NO
		Neurologia	0,78%	1,29%	1) fascia verde (4/5); 2) <=2018	NO
	-Mortalità totale	Cardiologia	2,94%	4,95%	1) fascia verde (4/5); 2) <=2018	NO
		Chirurgia Esine	3,02%	3,40%	1) fascia verde (4/5); 2) <=2018	NO
		Urologia		1,96%	1) fascia verde (4/5); 2) <=2018	NA
		Medicina Esine	19,48%	18,75%	1) fascia verde (4/5); 2) <=2018	SI
		Medicina Edolo	13,86%	13,49%	1) fascia verde (4/5); 2) <=2018	SI
		Ortopedia Esine	1,25%	0,76%	1) fascia verde (4/5); 2) <=2018	SI
		Ortopedia Edolo	0,00%	0,00%	1) fascia verde (4/5); 2) <=2018	SI
	Neurologia	10,20%	10,00%	1) fascia verde (4/5); 2) <=2018	SI	
	-Percentuale drg medici dimessi da reparti chirurgici ordinari	Ospedale di Vallecamonica	Esine 48,30%	Esine 45%	1) fascia verde (4/5); 2) <=2018	SI
	-Percentuale drg medici dimessi da reparti chirurgici day hospital	Ospedale di Vallecamonica	Esine 1,80% Edolo 0%	Esine 2,10% Edolo 4,70%	1) fascia verde (4/5); 2) <=2018	50,00%
	-Percentuale ricoveri ripetuti entro 30 gg con stesso MDC	Ospedale di Vallecamonica	Esine 2,70% Edolo 1,60%	Esine 3% Edolo 1,30%	1) fascia verde (4/5); 2) <=2018	50,00%
	-Percentuale ricoveri ordinari medici brevi su totale ricoveri	Ospedale di Vallecamonica	Esine 14,90% Edolo 8%	Esine 12,90% Edolo 8,40%	1) fascia verde (4/5); 2) <=2018	SI
	-Percentuale fratture del femore operate entro 48 ore dall'ammissione	Ospedale di Vallecamonica	Esine 76,20% Edolo 100%	Esine 74,10% Edolo 80%	1) fascia verde (4/5); 2) >=2018	NO

DIMENSIONE DELLA PERFORMANCE	PROGETTO - OBIETTIVO	INDICATORE	ANNO 2018	ANNO 2019	RISULTATI ATTESI 2019	RAGGIUNGIMENTO
Appropriatezza e qualità dell'assistenza	-Ricoveri ripetuti	Cardiologia	12,32%	12,93%	1) fascia verde (4/5); 2) <=2018	NO
		Chirurgia Esine	10,91%	8,92%	1) fascia verde (4/5); 2) <=2018	SI
		Urologia		5,88%	1) fascia verde (4/5); 2) <=2018	NA
		Medicina Esine	8,82%	9,78%	1) fascia verde (4/5); 2) <=2018	NO
		Medicina Edolo	9,36%	10,68%	1) fascia verde (4/5); 2) <=2018	NO
		Ortopedia Esine	3,75%	3,66%	1) fascia verde (4/5); 2) <=2018	SI
		Ortopedia Edolo	5,00%	2,59%	1) fascia verde (4/5); 2) <=2018	SI
		Neurologia	3,92%	4,84%	1) fascia verde (4/5); 2) <=2018	NO
	-Ritorni in sala operatoria	Cardiologia	5,51%	3,79%	1) fascia verde (4/5); 2) <=2018	SI
		Chirurgia Esine	1,86%	2,57%	1) fascia verde (4/5); 2) <=2018	NO
		Urologia		1,45%	1) fascia verde (4/5); 2) <=2018	NA
		Medicina Esine	6,90%	6,67%	1) fascia verde (4/5); 2) <=2018	SI
		Medicina Edolo	0,00%	0,00%	1) fascia verde (4/5); 2) <=2018	SI
		Ortopedia Esine	0,54%	0,00%	1) fascia verde (4/5); 2) <=2018	SI
		Ortopedia Edolo	0,00%	0,00%	1) fascia verde (4/5); 2) <=2018	SI
		Neurologia		0,00%	1) fascia verde (4/5); 2) <=2018	SI
	CARDIO1	Infarto miocardico acuto: mortalità a trenta giorni	Fascia 3	Fascia 3	1) fascia verde (1/2); 2) <=2018	SI
	CARDIO2	Infarto miocardico acuto: % trattati con PTCA entro due giorni	Fascia 1	Fascia 2	1) fascia verde (1/2); 2) <=2018	SI
	CARDIO3	Scopenso cardiaco congestivo: mortalità a trenta giorni	Fascia 1	Fascia 4	1) fascia verde (1/2); 2) <=2018	SI
	CARDIO6	Riparazione di aneurisma non rotto del aorta addominale: mortalità a trenta giorni	Fascia 1	Fascia 1	1) fascia verde (1/2); 2) <=2018	SI

DIMENSIONE DELLA PERFORMANCE	PROGETTO - OBIETTIVO	INDICATORE	ANNO 2018	ANNO 2019	RISULTATI ATTESI 2019	RAGGIUNGIMENTO
Appropriatezza e qualità dell'assistenza	CHGEN1	Colecistectomie laparoscopiche: % ricoveri con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	Fascia 2	Fascia 1	1) fascia verde (1/2); 2) <=2018	SI
	CHGEN2	Colecistectomie laparoscopiche: % interventi in reparti con volume di attività superiore a novanta interventi annui	Fascia 1	Fascia 1	1) fascia verde (1/2); 2) <=2018	SI
	GRAV1	Proporzione di parti con taglio cesareo primario	Fascia 1	Fascia 1	1) fascia verde (1/2); 2) <=2018	SI
	GRAV2	Parti naturali: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio	Fascia 3	Fascia 5	1) fascia verde (1/2); 2) <=2018	NO
	GRAV3	Parti cesarei: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio	Fascia 1	Fascia 5	1) fascia verde (1/2); 2) <=2018	NO
	NERVO1	Ictus ischemico: mortalità a trenta giorni	Fascia 3	Fascia 3	1) fascia verde (1/2); 2) <=2018	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) <=2018	NA
	ONCO2	Proporzione di nuovi interventi di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno	Fascia 5	Fascia 5	1) fascia verde (1/2); 2) <=2018	NO
	ONCO4	Intervento chirurgico per TM stomaco: mortalità a trenta giorni	Fascia 1	Fascia 5	1) fascia verde (1/2); 2) <=2018	NO
	ONCO5	Intervento chirurgico per TM colon: mortalità a trenta giorni	Fascia 2	Fascia 1	1) fascia verde (1/2); 2) <=2018	SI
	OSTEO1	Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro due giorni	Fascia 2	Fascia 2	1) fascia verde (1/2); 2) <=2018	SI
	OSTEO2	Frattura della tibia e perone: tempi di attesa per intervento chirurgico	Fascia 1	Fascia 2	1) fascia verde (1/2); 2) <=2018	SI
	RESPIRO1	BPCO riacutizzata: mortalità a 30 giorni	Fascia 3	Fascia 3	1) fascia verde (1/2); 2) <=2018	NO
	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) <=2018	SI
	C10.4.2	Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore alla prostata	Fascia 5	Fascia 3	1) fascia verde (1/2); 2) <=2018	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) <=2018	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) <=2018	SI
	C14.4	Percentuale di ricoveri medici oltresoglia per pazienti >= 65 anni	Fascia 3	Fascia 3	1) fascia verde (1/2); 2) <=2018	SI
	C16.1	Percentuale accessi in PS con codice giallo visitati entro 30 minuti	Fascia 2	Fascia 2	1) fascia verde (1/2); 2) <=2018	SI
	C2a.C	Indice di performance degenza media per acuti - ricoveri per DRG chirurgico	Fascia 3	Fascia 3	1) fascia verde (1/2); 2) <=2018	SI
C2a.M	Indice di performance degenza media per acuti - ricoveri per DRG medico	Fascia 2	Fascia 3	1) fascia verde (1/2); 2) <=2018	NO	
C4.4	% colecistectomie laparoscopiche in Day-Surgery e RO 0-1 gg			1) fascia verde (1/2); 2) <=2018	NA	
C5.2	Percentuale di frattura del collo del femore operate entro 2 giorni	Fascia 2	Fascia 4	1) fascia verde (1/2); 2) <=2018	NO	
Appropriatezza e qualità dell'assistenza	C5.3	Percentuale di prostatectomie transuretrali	Fascia 1	Fascia 4	1) fascia verde (1/2); 2) <=2018	NO
	C7.3	% episiotomie depurate (NTSV)	Fascia 1	Fascia 1	1) fascia verde (1/2); 2) <=2018	SI
	C7.6	% di parti operativi (uso di forcipe o ventosa)	Fascia 3	Fascia 4	1) fascia verde (1/2); 2) <=2018	NO
	C8a.13.2	Percentuale di ricoveri ripetuti entro 7 giorni per patologie psichiatriche	Fascia 4	Fascia 4	1) fascia verde (1/2); 2) <=2018	NO
	D9	Abbandoni da Pronto Soccorso	Fascia 2	Fascia 2	1) fascia verde (1/2); 2) <=2018	SI
	108 DRG ad elevato rischio di inappropriatelyzza	Attuazione di protocolli diagnostico-terapeutici al fine di ridurre la degenza media dei ricoveri riferiti all'obiettivo	14,9%	22,56% Edolo 13,89% Esine Complessivo 14%	1) (indicatori patologia) fascia verde (4/5) 2) ATS >=21%	SI

DIMENSIONE DELLA PERFORMANCE	PROGETTO - OBIETTIVO	INDICATORE	ANNO 2018	ANNO 2019	RISULTATI ATTESI 2019	RAGGIUNGIMENTO
Accessibilità e soddisfazione utenza	-Customer satisfaction	% dei giudizi positivi nelle rilevazioni di customer ambulatoriali	95%	95%	>= 90%	SI
	-Customer satisfaction	% dei giudizi positivi nelle rilevazioni di customer degenza	98%	98%	>= 90%	SI
	Customer Servizio di tele sorveglianza	Costruzione tracciato		fatto	Somministrazione customer nel secondo semestre 2019	SI
	Percentuale di prestazioni che rispettano i tempi di attesa	Num. prestazioni monitorate con rispetto dei tempi / Num. totale delle prestazioni monitorate	84%	67%	miglioramento rispetto al 2018	NO
	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	50 giorni	50 giorni	<=60	SI
	Presenza 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	10 giorni	Tempo<20giorni	SI
Benessere del personale	Piano ferie: rilevazione dati aziendali	ferie: smaltimento delle ferie dell'esercizio secondo norma contrattuale	121%	120%	invio dati a CDG - (verifica >= 97%; entro 30/04/2019)	SI
	Regolare attestazione della presenza	formalizzazione richiami e report dei richiami	non ci sono stati reclami pari o superiori a 3	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	1113,50	1124,50	Rilevazione personale alla data richiesta/personale medio triennio	SI
	Avanzamento e sviluppo di progetti innovativi nell'area della semplificazione e dematerializzazione	Attività svolte/ Attività previste	50%	Al momento risulta mancante la risorsa da dedicare al progetto. Risorse economiche insufficienti.	Implementazione alla dematerializzazione di documenti attraverso l'utilizzo del protocollo informatico, al software di gestionale "angolo del dipendente".	SOSPESO
	Incidenza ore di formazione (PIMO) :	1) n. ore di formazione effettuate dal personale/n. Ore lavorate x 100 2) n. ore di formazione sul campo/totale ore di formazione x 100	1) ore di formazione: 32968,1/ore lavorate 1599906,54*100= 2,060% 2) formazione sul campo/ore di formazione: 36,21%	2) formazione sul campo/ore di formazione: 36,17%	1) >= 2 % 2) >= 20%	SI
	Indicatori PIMO	Valutare la % di partecipazione ai corsi erogati	88,60%	85,25%	80%	SI

DIMENSIONE DELLA PERFORMANCE	PROGETTO - OBIETTIVO	INDICATORE	ANNO 2018	ANNO 2019	RISULTATI ATTESI 2019	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	raggiunto	numero indicatori recepiti/numero indicatori richiesti da RL > 80%	SI
	Semplificazione del SGQ Aziendale: Applicazione ed utilizzo degli M GEN individuati	N. di riesami della Direzione anno 2019 con recepimento della semplificazione; N. UU.OO. con implementato l'utilizzo degli M GEN 046A, M GEN 047A ed M GEN 048A		raggiunto	> 60% di UU.OO. certificate	SI
	PROGETTI Risk Management: - realizzazione progetti	cronoprogramma realizzato/ cronoprogramma deliberato x 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	SI
	Gestione del contenzioso	Percentuale di cause gestite dall'ufficio/cause gestite da avvocati esterni	cause gestite al livello aziendale > 70%	cause gestite al livello aziendale > 70%	70% delle cause gestite a livello aziendale	SI
	Qualità e Risk Management	Aggiornamento db regionale GEDISS		fatto	fatto/non fatto	SI
	Privacy	Rispetto degli adempimenti previsti dalla Legge nel corso dell'anno 2019	fatto	fatto	rispetto della normativa a decorrere dal 25/05/2018	SI
	Presa in carico obiettivi di mandato	Presenza report di assegnazione obiettivi entro 30 gg dall'arrivo in Azienda	fatto	fatto	Mantenimento	SI
	Presa in carico scadenze e monitoraggio scadenze	in base a quanto stabilito da circolari regionali/note regionali	fatto	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	89,00%	90,00%	Implementazione delle raccomandazioni ministeriali.	SI
	Riesame obiettivi a medio termine	Num. valutazioni effettuate/ Num. valutazioni pianificate	100%	100%	Mantenimento	SI
	Riesame delle autovalutazioni	Num. standard raggiunti per area/Num. standard valutati per area	100%	100%	Implementazione degli Standard del 20%	SI
	BUDGET - obiettivi DG	Si rimanda agli indicatori specifici	100%	100%	Si rimanda agli indicatori specifici	SI
	BUDGET - scheda obiettivi economici	Si rimanda agli indicatori specifici	100%	100%	Si rimanda agli indicatori specifici	SI
	BUDGET - contratto ATS	Si rimanda agli indicatori specifici	100%	100%	Si rimanda agli indicatori specifici	SI

DIMENSIONE DELLA PERFORMANCE	PROGETTO - OBIETTIVO	INDICATORE	ANNO 2018	ANNO 2019	RISULTATI ATTESI 2019	RAGGIUNGIMENTO
Trasparenza e Anticorruzione	Adozione/aggiornamento del PTPC e del PTTI	Deliberazione di adozione del PTPC e PTTI	Con decreto n.83/2018 è stato adottato il Piano triennale per la prevenzione della corruzione, comprensivo anche delle misure in materia di trasparenza.	Con decreto n.72 si è provveduto ad adottare il Piano triennale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza (PTPCT) dell'ASST della Valcamonica 2019-2021.	Trasmissione relazione che quantifichi, secondo i parametri dell'indicatore, l'attuazione del piano a livello aziendale	
	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	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.	Relazione annuale del RPCT pubblicata in data 30.1.2020 (prot.ASST n.2051/2020). N. azioni computate n.62. Valore assegnato n.47. %=75,80 .	evidenza documentale (pubblicazione relazione annuale circa l'attuazione del PTPC secondo il modello ANAC e pubblicazione attestazione OIV)	SI
	Monitorare l'attuazione del PTPC e del PTTI	- Attestazioni OIV sull'assolvimento di specifiche categorie di obblighi di pubblicazione - Relazione annuale in merito all'attuazione del PTPC e del PTTI pubblicata sul sito	La relazione annuale 2017 è stata ritualmente pubblicata in data 29.1.2018 ( <a href="http://amministrazionedig.itale.asst-valcamonica.it/Pages/amministrazione_trasparente_v2_0/?Codice=AT.T0.10.50">http://amministrazionedig.itale.asst-valcamonica.it/Pages/amministrazione_trasparente_v2_0/?Codice=AT.T0.10.50</a> ) e l'attestazione OIV sull'assolvimento degli obiettivi di pubblico c	Attestazione del Nucleo di Valutazione delle Prestazioni del 16.4.2019 concernente gli obblighi di pubblicazione al 31.3.2019 (prot.ASST n.7325/2019)	Adozione di formali misure organizzative da parte della Direzione volte ad assicurare periodica formalizzazione del registro degli accessi in forma accentrata	
	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 .	continua applicazione delle misure adottate l'anno precedente e puntuale pubblicazione del Registro degli accessi sul sito nella sezione AT	Adozione di formali misure organizzative da parte della Direzione volte ad assicurare periodica formalizzazione del registro degli accessi in forma accentrata	
	Anticorruzione	Definizione di un processo di controllo delle attività aziendali in Libera Professione	Ai 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 2	Adottato nuovo regolamento inerente l'esercizio della libera professione sia interna che esterna, nonché interventi in regime di ricovero ambulatoriale decreto n.445/2019	Procedura di controllo	
	Anticorruzione-trasparenza	Adeguamento regolamento libera professione secondo le linee guida regionali	raggiunto	Regolamento adottato con decreto n.445/2019	Attuazione entro il 31.12.2019 alla direzione di ipotesi di regolamento adeguato alle linee guida regionali	
	Acquisti e Gare	Indice di corretta evasione dell'ordine-appalto rispetto a quanto contrattualmente previsto	Numero contratti > 40.000 euro con varianti / numero totale dei contratti > 40.000 in corso di esecuzione	100%	100%	Monitoraggio delle modifiche effettuato in corso di vigenza contrattuale con rilevazione delle varianti, con relativi importi e motivazione, richieste dal DEC. La rilevazione si effettua nei contratti > 40.000
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%	93%	Effettuazione rilevazione della customer satisfaction	SI

DIMENSIONE DELLA PERFORMANCE	PROGETTO - OBIETTIVO	INDICATORE	ANNO 2018	ANNO 2019	RISULTATI ATTESI 2019	RAGGIUNGIMENTO
Interventi Strutturali	Allineamento requisiti di accreditamento con il POAS; verifica requisiti organizzativi generali/specifici, strutturali e tecnologici di UO	1) incontri verbalizzati con ATS e con DMP; 2) verifica del mantenimento dei requisiti nelle UU.OO. con redazione verbale			- ricezione Comunicazione/verbale ATS/Regione Lombardia di avvenuto allineamento - verbale di verifica possesso dei requisiti effettuata da ATS	SOSPESO
	Disaster plan informatico	Presenza di un Disaster Plan testato e discusso almeno una volta l'anno	fatto	Migrazione da Data Center Aziendale verso Data Center Regionale. Verrà redatto con i Responsabili alla conclusione del processo di migrazione	Organizzare incontri con l'Alta Direzione e i RUO al fine di definire vincoli e modalità operative	SOSPESO 2019; RIPRESO 2020
	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		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	SOSPESO 2019; RIPRESO 2020
	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	Con decreto n.748/2019 è stato approvato il 4° SAL dei lavori	fine SAL entro il 31/12/2019	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	Con decreto n.744/2019 del 19/09/2019 è stato approvato il 1° SAL dei lavori	SAL entro il 31/12/2019	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	Con decreti n.550/2019 – 869/2019 – 901/2019 sono stati approvati i primi 3 SAL dei lavori	I, II e III SAL entro il 31/12/2019	SI
	Opere ed investimenti	DGR_6548_2017 – IDISTINTI: esaurimento del budget assegnato al Servizio ed invio delle istanze di ricezione del contributo entro il 31/05/2019	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	Con Prot. 5870/19 del 27/03/2019 è stata inviata l'ultima istanza di ricezione contributo. Con decreto 402/19 dell'11/04/2019 è stato approvato il QTE finale. Il budget assegnato con DGR_6548_2017_INDISTINTI risulta pertanto esaurito e concluso. Fatto	fatto/non fatto	SI
	Opere ed investimenti	DGR_6548_2017 – Ambito D – Grandi Apparecchiature: esaurimento del contributo assegnato entro il 31/12/2019	Tutti gli interventi del progetto si sono conclusi fatto	Con decreto 607/19 del 28/06/2019 è stato approvato il QTE finale. Il budget assegnato con DGR_6548_2017_Grandi Apparecchiature risulta pertanto esaurito e concluso.	fatto/non fatto	SI
	Opere ed investimenti	DGR_XI_770_2018 – INDISTINTI: esaurimento del budget assegnato al Servizio ed invio delle istanze di ricezione del contributo entro il 31/12/2020: utilizzo del 30% del budget entro il 31/12/2019		Si è proceduto all'acquisto di apparecchiature. % di utilizzo al 31/12/2019: 95% Fatto	fatto/non fatto	SI

DIMENSIONE DELLA PERFORMANCE	PROGETTO - OBIETTIVO	INDICATORE	ANNO 2018	ANNO 2019	RISULTATI ATTESI 2019	RAGGIUNGIMENTO
	Opere ed investimenti	DGR_XI_770_2018 – Apparecchiature ad alta tecnologia: avvio alle procedure di acquisto entro il 31/12/2019 ed esaurimento del budget assegnato al Servizio entro il 31/12/2020		Il finanziamento prevede l'acquisto di un tomografo a coerenza ottica. Con decreto 942/2019 sono stati approvati gli atti di gara per l'avvio della procedura di acquisto. Fatto	fatto/non fatto	SI

DIMENSIONE DELLA PERFORMANCE	PROGETTO - OBIETTIVO	INDICATORE	ANNO 2018	ANNO 2019	RISULTATI ATTESI 2019	RAGGIUNGIMENTO
Progetti L. 23	Gestione	Servizio di Cure Palliative: Territoriali e Hospice	260.000,00	228.000,00	mantenimento valore a contratto; corretto e tempestivo invio del nuovo flusso CP	NO