

DIMENSIONE DELLA PERFORMANCE	PROGETTO - OBIETTIVO	INDICATORE	ANNO 2016	ANNO 2017	RISULTATI ATTESI 2017	RAGGIUNGIMENTO
Efficienza	Miglioramento posizionamento strategico ASST Vallecamica	Bilancio AO: Personale, beni e servizi, altri costi / Valore della Produzione da Bilancio	131%	115%	mantenimento	SI
		Produzione lorda	59.770.000	61.721.000	=2016	SI
	Razionalizzazione delle risorse	Spesa effettiva beni e servizi effettuati attraverso procedure centralizzate/aggregate	74%	70%	> 2016 (74%)	NO
		n. dipendenti ruolo amm.vo/n. totale dipendenti	10%	10%	% rispetto al Piano	SI
Qualità Processi Organizzativi	Budget straordinari	Rispetto ore assegnate dall'AGRU	314.203	245.863	importo fondo disagio (str)	SI
	-Degenza media preoperatoria	Ospedale di Vallecamica	Esine 1,4% - Edolo 0,9%	Esine 1,5% - Edolo 0,9%	<2016	NO
Efficacia	Partecipazione al governo delle reti di patologia (ROL, RENE, STROKE, STEMI, Diabete): condivisione dei rispettivi PDTA e loro verifica attraverso indicatori di monitoraggio e strumenti di audit	IMA1: RL 62,68%; obj 100%	91,43%	100,00%	>=2016	SI
		IMA2: RL 80,49%; obj 30%	71,08%	71,43%	>=2016	SI
		IMA3: RL 68,02%; obj 90%	48,78%	52,17%	>=2016	NO
		ICTUS1: RL 78,41%; obj 80%	51,82%	88,89%	>=2016	SI
		ICTUS2: RL 56,68%; obj 100%	71,43%	88,00%	>=2016	NO
		ICTUS4: RL 23,97%; obj 25%	56,67%	44,14%	>=2016	SI
		BC1: RL 57,05%; obj 70%	80,49%	79,41%	>=2016	SI
		BC10: RL 67,64%; obj 70%	91,67%	87,10%	>=2016	SI
		BC2: RL 54,27%; obj 80%	80,49%	67,65%	>=2016	NO
		BC3: RL 80,20%; obj 80%	50,00%	56,67%	>=2016	NO
		BC4: RL 77,30%; obj 80%			>=2016	
		BC5: RL 86,21%; obj 90%			>=2016	
		CRC1: RL 62,47%; obj 80%	56,00%	56,52%	>=2016	NO
		CRC2: RL 91,91%; obj 80%	100,00%	100,00%	>=2016	SI
		CRC6: RL 91,04%; obj 80%	100,00%	92,86%	>=2016	SI
	ROL	358	643	>=2016	SI	
	RENE	527		>=2016		
	diabete	0,00%		>=2016		
	- donazione cornee;	n. donatori/n. decessi	2%	1,20%	target 10%	NO
	- donazione tessuti ossei da vivente;	n. donatori/n. protesi impiantate in elezione	16%	23%	target 10%	SI
	- utilizzo Donor Manager	n. donatori di tessuti/n. inserimenti in Donor Manager	100%	100%	100% prelievi registrati in DM	SI
	'Dimissioni volontarie	Cardiologia	0,25%	0,50%	<2016	NO
		Chirurgia Esine	1,10%	0,43%	<2016	SI
		Urologia			<2016	
		Medicina Esine	1,17%	1,72%	<2016	NO
		Medicina Edolo	0,56%	1,29%	<2016	NO
		Ortopedia Esine	2,24%	0,73%	<2016	SI
		Ortopedia Edolo	2,01%	3,54%	<2016	NO
		Neurologia	2,68%	2,75%	<2016	NO
		Cardiologia	1,25%	0,62%	<2016	SI
		Chirurgia Esine	1,10%	0,65%	<2016	SI
		Urologia			<2016	
		Medicina Esine	0,63%	0,86%	<2016	NO
		Medicina Edolo	0,75%	0,74%	<2016	SI
		Ortopedia Esine	1,30%	0,73%	<2016	SI
		Ortopedia Edolo	0,80%	0,79%	<2016	SI
	Neurologia	1,34%	1,83%	<2016	NO	
	-Trasferimenti tra strutture	Cardiologia	3,64%	2,60%	<2016	SI
		Chirurgia Esine	3,96%	3,04%	<2016	SI
		Urologia			<2016	
		Medicina Esine	16,95%	18,23%	<2016	NO
		Medicina Edolo	14,50%	12,68%	<2016	SI
		Ortopedia Esine	0,83%	1,35%	<2016	NO
		Ortopedia Edolo	0,00%	0,39%	<2016	NO
		Neurologia	7,38%	9,63%	<2016	NO
-Numero drg medici dimessi da reparti chirurgici ordinari		Ospedale di Vallecamica	Esine 42,8% - Edolo 0%	Esine 46,20%	<2016	NO
-Numero drg medici dimessi da reparti chirurgici day hospital		Ospedale di Vallecamica	Esine 2,2% - Edolo 2,9%	Esine 1,20% - Edolo 0%	<=2016	SI
-Percentuale ricoveri ripetuti entro 30 gg con stessa MDC		Ospedale di Vallecamica	Esine 3,2% - Edolo 2,2%	Esine 3% - Edolo 2,3%	<2016	SI
-Percentuale ricoveri ordinari medici brevi su totale ricoveri		Ospedale di Vallecamica	Esine 17,2% - Edolo 7,2%	Esine 16% - Edolo 8,10%	<=2016	SI
-Percentuale fratture del femore operate entro 48 ore dall'ammissione		Ospedale di Vallecamica	Esine 79,4% - Edolo 100%	Esine 76,4% - Edolo 100%	<=2016	SI
Utilizzo del farmaco a brevetto scaduto		Percentuale di farmaci a brevetto scaduto su totale DDD	prontuario aggiornato			SI
Appropriatezza e qualità dell'assistenza		-Ricoveri ripetuti	Cardiologia	13,05%	15,72%	<2016
	Chirurgia Esine		10,34%	10,20%	<2016	SI
	Urologia				<2016	
	Medicina Esine		10,39%	9,78%	<2016	SI
	Medicina Edolo		10,73%	11,76%	<2016	NO
	Ortopedia Esine		5,43%	3,67%	<2016	SI
	Ortopedia Edolo		5,62%	3,94%	<2016	SI
	Neurologia	8,72%	8,26%	<2016	SI	
	-Ritorni in sala operatoria	Cardiologia	9,85%	7,51%	<2016	SI
		Chirurgia Esine	1,16%	2,82%	<2016	NO
		Urologia			<2016	
		Medicina Esine	7,14%	8,82%	<2016	NO
		Medicina Edolo	0,00%	0,00%	<2016	SI
	Ortopedia Esine	0,99%	0,60%	<2016	SI	
	Ortopedia Edolo	0,00%	0,00%	<2016	SI	
Neurologia			<2016			
-Tasso osp ricoveri ordinari di 2 o più giorni per drg alto rischio inappropriatezza	Ospedale di Vallecamica			<2016	non presente sul portale DWH regionale	
108 DRG ad elevato rischio di inappropriatezza	Attuazione di protocolli diagnostico-terapeutici al fine di ridurre la degenza media dei ricoveri riferiti all'obiettivo	18% (riduzione 7%)	16,0%	<RL 21% oppure riduzione 10%	SI	
Accessibilità e soddisfazione utenza	-Customer satisfaction	% dei giudizi positivi nelle rilevazioni di customer ambulatoriali	87%	92%	>= 90%	SI
	-Customer satisfaction	% dei giudizi positivi nelle rilevazioni di customer degenza	91%	97%	>= 90%	SI
	Percentuale di prestazioni che rispettano i tempi di attesa	Num. prestazioni monitorate con rispetto dei tempi / Num. totale delle prestazioni monitorate	81,71%	73,00%	miglioramento rispetto al 2016	NO

DIMENSIONE DELLA PERFORMANCE	PROGETTO - OBIETTIVO	INDICATORE	ANNO 2016	ANNO 2017	RISULTATI ATTESI 2017	RAGGIUNGIMENTO	
	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	64 primo semestre / 69 secondo semestre	70 giorni	<90	SI	
Benessere del personale	Piano ferie	ferie: smaltimento delle ferie dell'esercizio secondo norma contrattuale	118%	123%	>= 97%; 20% ferie arretrate. entro 30/04/2018	SI	
	Attestazione presenza	corretta rilevazione presenza in servizio (timbrature e utilizzo angolo del dipendente)	nessun richiamo	nessun richiamo	<3 richiami (obiettivo non proporzionale)	SI	
	Miglioramento del grado di soddisfazione personale	% assenze dal lavoro: n. ore lavorative perse/n. ore lavoro potenziali lavorabili x 100	10%	10%	<= 2016	SI	
		% trasferimenti interni richiesti: n. trasferimenti richiesti/n. lavoratori x 100 (dato stimato)	0	0	<= 2016	SI	
		saturazione formazione: miglioramento rispetto al 2016	84%	91%	> 2016 (91%)	SI	
	Adeguamento ai requisiti di accreditamento SSR-personale	Num. requisiti di accreditamento SSR sul personale assolti/ Num. Requisiti di accreditamento SSR sul personale	100%	100%	Creazione di un sistema di rilevazione e verifica di tutti i requisiti relativi al personale	SI	
	Copertura fabbisogni del personale	Organico medio FTE (si consiglia di calcolare anche l'organico minimo e massimo nell'anno) Organico FTE da fabbisogno approvato/ Richiesta personale da scheda di budget annuale approvato	83,25%	99,80%	Mantenimento	SI	
	Dipendenti con valutazione annuale delle competenze (ovvero della performance individuale)	Num. Dipendenti con valutazione annuale delle competenze previste dal profilo e dal ruolo / Totale personale dipendente	26,06%	33,00%	Implementare la valutazione delle competenze e delle performance su tutto il personale	SI	
	Avanzamento e sviluppo di progetti innovativi nell'area della semplificazione e dematerializzazione	Attività svolte/ Attività previste	1) Gestionale "Angolo del Dipendente" fatto; 2) "protocollo informatico": non fatto	1) 100% 2) 0%	Implementazione alla dematerializzazione di documenti attraverso l'utilizzo del protocollo informatico, al software di gestionale "angolo del dipendente".	0,50	
Fomazione utilizzo PC e autosufficienza informatica di base	Num.partecipanti/Num.invitati	100%	100%	100%	SI		
Qualità e Risk Management	PIANO INTEGRATO PER IL MIGLIORAMENTO DELL'ORGANIZZAZIONE	1) aggiornamento indicatori PIMO secondo indicazioni regionali; 2) aggiornamento indicatori PIMO in continuità con anno 2016 (%)	40/41 (97,56%)	19/19 (100%)	19 indicatori	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%	100% dei documenti redatti	100% dei documenti redatti	SI	
	Gestione del contenzioso	Richieste di risarcimento/Giornate di degenza x 10.000	1,64	1,71	< 2,37	SI	
	Contaminazione da Legionella delle acque	Numero di campionamenti positivi nei punti di controllo (=> 102 UFC/l)/Numero punti di controllo range 2-5%	22%	19%	1) range campionamenti 2-5% 2) Sostituzione dell'autoclave potabile a Edolo 3) Esecuzione iperclorazione nei Poliambulatori a Darfo B.T.	SI	
	Presenza in carico obiettivi di mandato	Presenza report di assegnazione obiettivi entro 30 gg dall'arrivo in Azienda	fatto	fatto	Mantenimento	SI	
	Percentuale di implementazione delle raccomandazioni	Num. requisiti applicabili soddisfatti/ Num. totale di requisiti applicabili	86,38%	94,12%	Implementazione delle raccomandazioni ministeriali.	SI	
	Riesame obiettivi a medio termine	Num. valutazioni effettuate/ Num. valutazioni pianificate	100,00%	100,00%	Mantenimento	SI	
	Riesame delle autovalutazioni	Num. standard raggiunti per area/Num. standard valutati per area	100%	100%	Implementazione degli Standard del 20%	SI	
	BUDGET - scheda obiettivi sanitari: ° obiettivi DG ° obiettivi contratto con ATS	Si rimanda agli indicatori specifici	- scheda obiettivi sanitari: presente/declinato/verificato ° obiettivi DG: presente/declinato/verificato ° obiettivi contratto con ATS: presente/declinato/verificato		100%		SI
	BUDGET - scheda obiettivi economici: ° obiettivi DG ° obiettivi di attività/costo ° obiettivi risorse umane	Si rimanda agli indicatori specifici	- scheda obiettivi economici: presente/declinato/verificato ° obiettivi DG: presente/declinato/verificato ° obiettivi di attività/costo: presente/declinato/verificato ° obiettivi risorse umane: presente/declinato/verificato		100%		SI
	BUDGET - scheda obiettivi qualità: ° monitoraggio indicatori PIMO ° autovalutazione standard regionali	Si rimanda agli indicatori specifici	- scheda obiettivi qualità: presente/declinato/verificato ° monitoraggio indicatori PIMO: presente/declinato/verificato ° autovalutazione standard regionali: presente/declinato/verificato		100%		SI

DIMENSIONE DELLA PERFORMANCE	PROGETTO - OBIETTIVO	INDICATORE	ANNO 2016	ANNO 2017	RISULTATI ATTESI 2017	RAGGIUNGIMENTO
Trasparenza e Anticorruzione	Aggiornamento del Codice Etico (o Codice Etico Comportamentale)	Il codice etico (o codice etico - comportamentale) è aggiornato rispetto ai reati previsti dal D.Lgs. 231/01 (o Legge 190/2012 e DPR 62/2013) o cambiamenti organizzativi aventi impatto sul codice stesso?	NO	Con decreto del Direttore Generale n.1048/2017 è stato approvato il "Codice di comportamento dell'Azienda Socio Sanitaria Territoriale della Valcamonica".	Completare la revisione del Codice etico/modello organizzativo presente in bozza. Adeguamento alle norme relative al Patto di integrità in materia di contratti pubblici regionali (1299/2014)	SI
	Adozione/aggiornamento del PTPC e del PTTI	Deliberazione di adozione del PTPC e PTTI	fatto	fatto	entro il 31/01/2017	SI
	Attuare i Piani e le misure di prevenzione pianificate nel P.T.P.C. sulla base del cronoprogramma, al fine di: a) Ridurre le opportunità che si manifestino casi di corruzione b) Aumentare la capacità di scoprire casi di corruzione c) Creare un contesto	(N. di azioni riportate nel PTPC e PTTI chiuse /N. totale di azioni previste dal PTPC e PTTI) *100 nel periodo di riferimento considerato	97,72%	100,00%	>= 90%	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	fatto	fatto	fatto	SI
Acquisti e Gare	Indice di corretta evasione dell'ordine-appalto rispetto a quanto contrattualmente previsto	Num. delle corrette evasioni di ordini-appalti rispetto a quanto contrattualmente previsto/ Num. totale ordini-appalti evasi	90%	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 del 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	95,12%	93,28%	Effettuazione rilevazione della customer satisfaction	SI
Interventi Strutturali	Adeguamento ai requisiti strutturali di accreditamento	Requisiti non ancora raggiunti con incremento =>5% /Requisiti non ancora raggiunti		80%	1) Subacuti Edolo 2) Punto Prelevi RSA Boario 3) Riclassificazione UOCP 4) Ampliamento Attività ambulatoriali Pisogne 5) Riclassificazione Elettrofisiologia	SI
	Disaster plan informatico	Presenza di un Disaster Plan testato e discusso almeno una volta l'anno.	non fatto	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	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	NO
	Opere ed investimenti	Completamento delle opere di collegamento con SS42 con conseguente accesso diretto al PO di Esine	fatto		completamento	
	Opere ed investimenti	Installazione e attivazione della TAC multistrato e di Telecomandato digitale a Edolo	fatto		installazione e attivazione	
	Opere ed investimenti	Adeguamento antincendio Ospedale di Esine come da Decreto n. 16 del 16.01.2017; aggiudicazione lavori entro il 31/12/2017		fatto	fatto/non fatto	SI
	Opere ed investimenti	Adeguamento antincendio Ospedale di Edolo come da Decreto: trasmissione a Regione Lombardia 15/10/2017		fatto	fatto/non fatto	SI
	Opere ed investimenti	Ricerca a norma strutturale ed impiantistica / ridefinizione spazi Ospedale di Edolo: approvazione progetto esecutivo entro il 31/12/2017		fatto	fatto/non fatto	SI
	Opere ed investimenti	DGR_2932_2014: Investimenti in ammodernamento tecnologico di attrezzature sanitarie a bassa complessità: esaurimento del budget preventivato entro il 31/12/2017		fatto	fatto/non fatto	SI
	Opere ed investimenti	DGR_6930_2008 DGW_12738/2016:Acquisto apparecchiature oncologiche e attrezzature da destinare presso i presidi ospedalieri di Esine ed Edolo: esaurimento del budget preventivato entro il 31/12/2017		fatto	fatto/non fatto	SI
	Opere ed investimenti	interventi per sedi distrettuali di Cedegolo	fatto		interventi presso sede di Cedegolo svolti al 100%	
	Opere ed investimenti	interventi per sedi distrettuali di Darfo	fatto		interventi presso sede di Darfo svolti al 100%	
	Opere ed investimenti	attivazione dell'Elisuperficie di Esine e di Edolo per il volo notturno	non fatto	non concluso	fatto/non fatto	
	Opere ed investimenti	rinnovo e ammodernamento annuale del patrimonio strumentale	fatto		fatto/non fatto	
Opere ed investimenti	dismissione di beni mobili/immobili	fatto		fatto/non fatto		
Progetti L. 23	Gestione	Accreditamento dei posti letto di Cure Subacute a Edolo		obiettivo sospeso (accordo RL-ATS-ASST su gestione sovrappioppamento)	fatto/non fatto	
	Gestione	Sperimentazione del PRESSST	non fatto	fatto	fatto/non fatto	SI
	Gestione	Prosecuzione dei progetti d'ambito socio-sanitario			fatto/non fatto	
	Gestione	Potenziamento del Servizio di Cure Palliative Territoriali.	213.591,00	320.000,00	>2016	SI