

DIMENSIONE DELLA PERFORMANCE	PROGETTO - OBIETTIVO	INDICATORE	ANNO 2019	ANNO 2020	RISULTATI ATTESI 2020	RAGGIUNGIMENTO
Efficienza	Miglioramento posizionamento strategico ASST Valcamonica	Bilancio AO: Personale, beni e servizi, altri costi / Valore della Produzione da Bilancio	114%	104%	mantenimento 20%	SI
		Produzione lorda: contratto ATS	65.240.000	53.061.371	>=2019	NO
	Razionalizzazione delle risorse	Spesa effettiva beni e servizi effettuati attraverso procedure centralizzate/aggregate	74%	70%	(contratti aggregati)/(contratti Totali) >=65% Riferimento: rendiconto acquisti	SI
		n. dipendenti ruolo amm.vo/n. totale dipendenti	10,29%		<= 15%	
	Budget straordinari	Attuazione e rilevazione ore straordinarie e reperibilità	330.357,90		Obiettivo sospeso	
Flussi AMB	- invio entro termini concordati con ATS; - assenza errori bloccanti all'invio	fatto	fatto	validazione portale DSP Flux	SI	
Qualità Processi Organizzativi	-Degenza media preoperatoria	Ospedale di Vallecamonica	Esine 1,4% Edolo 0,80%	Esine 1,5% Edolo 0,80%	1) fascia verde (4/5); 2) <=rispetto 2019	50,00%
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 35,89%; obj 100%.	88,24%	81,25%	1) >= target; 2) >= RL; 3) >=anno 2019	SI
		IMA2: RL 82,54%; obj 30%.	64,41%	58,06%	1) >= target; 2) >= RL; 3) >=anno 2019	SI
		IMA3: RL 66,16%; obj 90%.	32,14%	45,45%	1) >= target; 2) >= RL; 3) >=anno 2019	SI
		ICTUS1: RL 80,23%; obj 80%.	92,74%	91,11%	1) >= target; 2) >= RL; 3) >=anno 2019	SI
		ICTUS2: RL 21,28%; obj 100%.	32,73%	23,91%	1) >= target; 2) >= RL; 3) >=anno 2019	SI
		ICTUS3: RL 10,50%; obj 5%			1) >= target; 2) >= RL; 3) >=anno 2019	
		ICTUS4: RL 26,42%; obj 25%	41,18%	37,50%	1) >= target; 2) >= RL; 3) >=anno 2019	SI
		BC1: RL 51,81%; obj 70%	77,78%	56,00%	1) >= target; 2) >= RL; 3) >=anno 2019	SI
		BC10: RL 61,07%; obj 70%	87,50%	63,64%	1) >= target; 2) >= RL; 3) >=anno 2019	SI

DIMENSIONE DELLA PERFORMANCE	PROGETTO - OBIETTIVO	INDICATORE	ANNO 2019	ANNO 2020	RISULTATI ATTESI 2020	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 49,94 obj 80%	61,11%	56,00%	1) >= target; 2) >= RL; 3) >=anno 2019	SI
		BC3: RL 80,81%; obj 80%	82,14%	89,47%	1) >= target; 2) >= RL; 3) >=anno 2019	SI
		BC4: RL 79,20%; obj 80%	66,67%	75,00%	1) >= target; 2) >= RL; 3) >=anno 2019	SI
		BC5: RL 86,21%; obj 90%			1) >= target; 2) >= RL; 3) >=anno 2019	
		CRC1: RL 58,73%; obj 80%	57,14%	55,00%	1) >= target; 2) >= RL; 3) >=anno 2019	NO
		CRC2: RL 85,29%; obj 80%	100%	100%	1) >= target; 2) >= RL; 3) >=anno 2019	SI
		CRC6: RL 87,87%; obj 80%	100%	84,62%	1) >= target; 2) >= RL; 3) >=anno 2019	SI
		ROL	867		1) >= target; 2) >= RL; 3) >=anno 2019	
		RENE			1) >= target; 2) >= RL; 3) >=anno 2019	
		DIABETE			1) >= target; 2) >= RL; 3) >=anno 2019	
	ATTIVITA' DI TRAPIANTO E DONAZIONE: - donazione cornee;	n. donatori/n. decessi	1,13%	0,22%	target 10%	NO
	ATTIVITA' DI TRAPIANTO E DONAZIONE: - donazione tessuti ossei da vivente;	n. donatori/n. protesi impiantate in elezione	14%	4%	target 10%	NO
	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	
	'-Dimissioni volontarie	Cardiologia	0,28%	0,42%	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno 2019	SI
		Chirurgia Esine	0,70%	0,54%	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno 2019	SI
		Urologia	0,98%		1) fascia verde (4/5); 2) <=anno 2019	
		Medicina Esine	0,91%	1,47%	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno 2019	NO
		Medicina Edolo	1,40%	1,55%	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno 2019	NO
		Ortopedia Esine	1,01%	0,65%	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno 2019	SI

DIMENSIONE DELLA PERFORMANCE	PROGETTO - OBIETTIVO	INDICATORE	ANNO 2019	ANNO 2020	RISULTATI ATTESI 2020	RAGGIUNGIMENTO
Efficacia	-Dimissioni volontarie	Ortopedia Edolo	1,72%		1) fascia verde (4/5); 2) <=anno 2019	
		Neurologia	0,65%	0,95%	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno 2019	NO
	-Trasferimenti tra strutture	Cardiologia	1,93%	2,49%	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno 2019	NO
		Chirurgia Esine	0,59%	1,76%	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno 2019	NO
		Urologia	5,88%		1) fascia verde (4/5); 2) <=anno 2019	
		Medicina Esine	0,72%	1,18%	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno 2019	NO
		Medicina Edolo	0,70%	1,32%	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno 2019	NO
		Ortopedia Esine	1,26%	0,82%	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno 2019	NO
		Ortopedia Edolo	1,72%		1) fascia verde (4/5); 2) <=anno 2019	
		Neurologia	1,29%	0,95%	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno 2019	SI
	-Mortalità totale	Cardiologia	4,95%	6,65%	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno 2019	NO
		Chirurgia Esine	3,40%	7,31%	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno 2019	NO
		Urologia	1,96%		1) fascia verde (4/5); 2) <=anno 2019	
		Medicina Esine	18,75%	24,17%	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno 2019	NO
		Medicina Edolo	13,49%	17,22%	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno 2019	SI
		Ortopedia Esine	0,76%	3,27%	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno 2019	NO
		Ortopedia Edolo	0,00%		1) fascia verde (4/5); 2) <=anno 2019	
	Neurologia	10,00%	13,81%	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno 2019	NO	
	-Percentuale drg medici dimessi da reparti chirurgici ordinari	Ospedale di Vallecamonica	Esine 45%	Esine 54,30%	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno 2019	NO
	-Percentuale drg medici dimessi da reparti chirurgici day hospital	Ospedale di Vallecamonica	Esine 2,10% Edolo 4,70%	Esine 2,70% Edolo 1,40%	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno 2019	50,00%
-Percentuale ricoveri ripetuti entro 30 gg con stesso MDC	Ospedale di Vallecamonica	Esine 3% Edolo 1,30%	Esine 2,10% Edolo 2,50%	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno 2019	50,00%	
-Percentuale ricoveri ordinari medici brevi su totale ricoveri	Ospedale di Vallecamonica	Esine 12,90% Edolo 8,40%	Esine 14,20% Edolo 5%	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno 2019	50,00%	
-Percentuale fratture del femore operate entro 48 ore dall'ammissione	Ospedale di Vallecamonica	Esine 74,10% Edolo 80%	Esine 71,40%	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno 2019	SI	
-Percentuale fratture del femore operate entro 48 ore da ammissione (assistiti >=65 anni)	Ospedale di Vallecamonica		Esine 69,40%	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno 2019		

DIMENSIONE DELLA PERFORMANCE	PROGETTO - OBIETTIVO	INDICATORE	ANNO 2019	ANNO 2020	RISULTATI ATTESI 2020	RAGGIUNGIMENTO
Appropriatezza e qualità dell'assistenza	-Ricoveri ripetuti	Cardiologia	12,93%	10,19%	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno 2019	SI
		Chirurgia Esine	8,92%	7,85%	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno 2019	SI
		Urologia	5,88%		1) fascia verde (4/5); 2) <=anno 2019	
		Medicina Esine	9,78%	5,99%	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno 2019	SI
		Medicina Edolo	10,68%	10,60%	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno 2019	SI
		Ortopedia Esine	3,66%	3,60%	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno 2019	SI
		Ortopedia Edolo	2,59%		1) fascia verde (4/5); 2) <=anno 2019	
		Neurologia	4,84%	3,81%	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno 2019	SI
	-Ritorni in sala operatoria	Cardiologia	3,79%	1,48%	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno 2019	SI
		Chirurgia Esine	2,57%	2,39%	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno 2019	SI
		Urologia	1,45%		1) fascia verde (4/5); 2) <=anno 2019	
		Medicina Esine	6,67%	0,00%	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno 2019	SI
		Medicina Edolo	0,00%		1) fascia verde (4/5); 2) <=anno 2019	
		Ortopedia Esine	0,00%	0,45%	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno 2019	NO
		Ortopedia Edolo	0,00%		1) fascia verde (4/5); 2) <=anno 2019	
		Neurologia	0,00%	0,00%	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno 2019	SI
	CARDIO1	Infarto miocardico acuto: mortalità a trenta giorni	Fascia 3	Fascia 2	1) fascia verde (1/2); 2) <=2019	SI
	CARDIO2	Infarto miocardico acuto: % trattati con PTCA entro due giorni	Fascia 2	Fascia 1	1) fascia verde (1/2); 2) <=2019	SI
	CARDIO3	Scompenso cardiaco congestivo: mortalità a trenta giorni	Fascia 4	Fascia 4	1) fascia verde (1/2); 2) <=2019	NO
	CARDIO6	Riparazione di aneurisma non rotto del aorta addominale: mortalità a trenta giorni	Fascia 1		1) fascia verde (4/5); 2) <=anno 2019	

DIMENSIONE DELLA PERFORMANCE	PROGETTO - OBIETTIVO	INDICATORE	ANNO 2019	ANNO 2020	RISULTATI ATTESI 2020	RAGGIUNGIMENTO	
Appropriatezza e qualità dell'assistenza	CHGEN1	Colecistectomie laparoscopiche: % ricoveri con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	Fascia 1	Fascia 2	1) fascia verde (1/2); 2) <=2019	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) <=2019	SI	
	GRAV1	Proporzione di parti con taglio cesareo primario	Fascia 1	Fascia 2	1) fascia verde (1/2); 2) <=2019	SI	
	GRAV2	Parti naturali: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio	Fascia 5	Fascia 5	1) fascia verde (1/2); 2) <=2019	SI	
	GRAV3	Parti cesarei: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio	Fascia 5	Fascia 3	1) fascia verde (1/2); 2) <=2019	SI	
	NERVO1	Ictus ischemico: mortalità a trenta giorni	Fascia 3	Fascia 3	1) fascia verde (1/2); 2) <=2019	NO	
	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) <=2019		
	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) <=2019	SI	
	ONCO4	Intervento chirurgico per TM stomaco: mortalità a trenta giorni	Fascia 5	Fascia 4	1) fascia verde (1/2); 2) <=2019	SI	
	ONCO5	Intervento chirurgico per TM colon: mortalità a trenta giorni	Fascia 1	Fascia 1	1) fascia verde (1/2); 2) <=2019	SI	
	OSTEO1	Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro due giorni	Fascia 2	Fascia 2	1) fascia verde (1/2); 2) <=2019	SI	
	OSTEO2	Frattura della tibia e perone: tempi di attesa per intervento chirurgico	Fascia 2	Fascia 1	1) fascia verde (1/2); 2) <=2019	SI	
	RESPIRO1	BPCO riacutizzata: mortalità a 30 giorni	Fascia 3	Fascia 3	1) fascia verde (1/2); 2) <=2019	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) <=2019	SI	
	C10.4.2	Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore alla prostata	Fascia 3	Fascia 5	1) fascia verde (1/2); 2) <=2019	NO	
	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) <=2019	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) <=2019	SI	
	C14.4	Percentuale di ricoveri medici oltresoglia per pazienti >= 65 anni	Fascia 3	Fascia 3	1) fascia verde (1/2); 2) <=2019	SI	
	C16.1	Percentuale accessi in PS con codice giallo visitati entro 30 minuti	Fascia 2	Fascia 1	1) fascia verde (1/2); 2) <=2019	SI	
	C2a.C	Indice di performance degenza media per acuti - ricoveri per DRG chirurgico	Fascia 3	Fascia 3	1) fascia verde (1/2); 2) <=2019	SI	
	C2a.M	Indice di performance degenza media per acuti - ricoveri per DRG medico	Fascia 3	Fascia 3	1) fascia verde (1/2); 2) <=2019	NO	
	C4.4	% colecistectomie laparoscopiche in Day-Surgery e RO 0-1 gg			1) fascia verde (1/2); 2) <=2019		
	C5.2	Percentuale di frattura del collo del femore operate entro 2 giorni	Fascia 4	Fascia 3	1) fascia verde (1/2); 2) <=2019	SI	
	Appropriatezza e qualità dell'assistenza	C5.3	Percentuale di prostatectomie transuretrali	Fascia 4	Fascia 2	1) fascia verde (1/2); 2) <=2019	SI
		C7.3	% episiotomie depurate (NTSV)	Fascia 1	Fascia 1	1) fascia verde (1/2); 2) <=2019	SI
		C7.6	% di parti operativi (uso di forcipe o ventosa)	Fascia 4	Fascia 4	1) fascia verde (1/2); 2) <=2019	SI
C8a.13.2		Percentuale di ricoveri ripetuti entro 7 giorni per patologie psichiatriche	Fascia 4	Fascia 2	1) fascia verde (1/2); 2) <=2019	SI	
D9		Abbandoni da Pronto Soccorso	Fascia 2	Fascia 2	1) fascia verde (1/2); 2) <=2019	SI	
108 DRG ad elevato rischio di inappropriatezza		Attuazione di protocolli diagnostico-terapeutici al fine di ridurre la degenza media dei ricoveri riferiti all'obiettivo	22,56% Edolo 13,89% Esine	16,74% Edolo 10,24% Esine	1) (indicatori patologia) fascia verde (4/5) 2) ATS >=21%	50%	

DIMENSIONE DELLA PERFORMANCE	PROGETTO - OBIETTIVO	INDICATORE	ANNO 2019	ANNO 2020	RISULTATI ATTESI 2020	RAGGIUNGIMENTO
Accessibilità e soddisfazione utenza	-Customer satisfaction	% dei giudizi positivi nelle rilevazioni di customer ambulatoriali	95%	97%	>= 90%	SI
	-Customer satisfaction	% dei giudizi positivi nelle rilevazioni di customer degenza	98%	97%	>= 90%	SI
	Customer Servizio di telesorveglianza	Costruzione tracciato	Somministrazione customer nel secondo semestre 2019			
	Customer Servizio di Gastroenterologia	Raccolta questionari >= 80% assistiti; Grado di soddisfazione >= 90%		Riscontro positivo da parte degli assistiti 91% Esine, Edolo 97%	>= 90%	SI
	Percentuale di prestazioni che rispettano i tempi di attesa	Num. prestazioni monitorate con rispetto dei tempi / Num. totale delle prestazioni monitorate	67%	68%	1) 95%; 2) >=2019	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	50 giorni	60 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	<=20	Tempo<20giorni	SI
Benessere del personale	Piano ferie: rilevazione dati aziendali	ferie: smaltimento delle ferie dell'esercizio secondo norma contrattuale	120%		invio dati a CDG - (verifica >= 97%; entro 30/04/2019)	
	Piano ferie: rilevazione dati aziendali	Trasmissione report di smaltimento ferie delle diverse articolazioni aziendali		Si è provveduto a trasmettere mensilmente e nei termini previsti il report relativamente alle diverse articolazioni aziendali	Piano redatto entro il 31/05/2020; Report: invio dati a CDG entro il 30/04/2021	SI
	Regolare attestazione della presenza	formalizzazione richiami e report dei richiami	non ci sono stati reclami pari o superiori a 3		<3 richiami report del personale	
	Regolare attestazione della presenza dei dipendenti	N. verifiche a campione sulla presenza in servizio		Si è provveduto ad effettuare verifiche a campione sulla presenza in servizio per complessive n. 3 nei seguenti reparti: Ortopedia, Pneumologia e Area Gestione Risorse Materiali	Almeno n.3 verifiche a campione svolte tra i reparti ospedalieri o del territorio	SI
	Copertura fabbisogni del personale	Organico in servizio / organico da fabbisogno nell'anno di rilevazione	1124,50	Nel corso dell'anno 2020, in ragione dell'emergenza sanitaria legata alla diffusione del virus Covid-19, non vi è stata la redazione di un PGRU 2020. In base alle indicazioni ricevute da Regione Lombardia, in sede di redazione del PTFP 2020-20222, la dotazione organica per l'annualità 2020 è corrisposta al personale in servizio al 31.12	Rilevazione personale in ciascun trimestre	NO
	Avanzamento e sviluppo di progetti innovativi nell'area della semplificazione e dematerializzazione	Attività svolte/ Attività previste	Al momento risulta mancante la risorsa da dedicare al progetto. Risorse economiche insufficienti.	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".	NO
	Incidenza ore di formazione (PIMO):	N. ore di formazione sul campo/totale ore di formazione x 100	2) formazione sul campo/ore di formazione: 36,17%	2) formazione sul campo/ore di formazione: 52,01%	>= 20%	SI
	Indicatori PIMO	Valutare la % di partecipazione ai corsi erogati	85,25%	A causa della sospensione degli eventi formativi da parte della direzione generale per la pandemia da covid-19, il tasso è stato del 68,31%	80%	NO

DIMENSIONE DELLA PERFORMANCE	PROGETTO - OBIETTIVO	INDICATORE	ANNO 2019	ANNO 2020	RISULTATI ATTESI 2020	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	Delibera Giunta regionale 23 dicembre 2019 - n. XI/2700 Determinazioni relative al programma integrato di miglioramento dell'organizzazione: triennio 2020 – 2022, ha apportato modifiche alla check list ed agli indicatori PIMO. Nel 2020 vista l'emergenza sanitaria non sono giunte da regione Lombardia integrazioni o modifiche agli indicatori PIMO individuati in precedenza. Il portale PrIMO con le integrazioni non è ancora attivo. In sintesi gli indicatori monitorati nel 2020 restano uguali a quelli monitorati nel 2019. 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 con recepimento della semplificazione; N. UU.OO. con implementato l'utilizzo degli M GEN 046A, M GEN 047A ed M GEN 048A	raggiunto	Tutte le UU.OO. certificate hanno recepito la semplificazione ed hanno utilizzato la seguente modulistica: M GEN 046B, M GEN 047B e M GEN 048B. n. 26 riesami di Dipartimento/ UO/Ufficio/26 = 100%. La modulistica: M GEN 046A, M GEN 047A ed M GEN 048A è stata utilizzata per il riesame della Direzione generale (M GEN 006A). 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%	Il contenzioso civile riguardante la malpractice sanitaria è gestito al 100% dall'Ufficio – il contenzioso civile in ambito giuslavoristico è gestito in collaborazione con studi legali esterni. E' stato comunque raggiunto l'obiettivo del 70%.	70% delle cause gestite a livello aziendale	SI
	Qualità e Risk Management	Aggiornamento db regionale GEDISS	fatto	Tutti i sinistri sono stati aggiornati nei termini previsti dalla scadenze regionali. Fatto	fatto/non fatto	SI
	Privacy	Rispetto degli adempimenti previsti dalla Legge nel corso dell'anno 2019	fatto	Si è garantito il rispetto della normativa in ambito Privacy con la collaborazione di consulente esterno	rispetto della normativa a decorrere dal 25/05/2018	SI
	Percentuale di implementazione delle raccomandazioni ministeriali	Num. requisiti applicabili soddisfatti/ Num. totale di requisiti applicabili	90,00%	Si è garantito l'aggiornamento del 90% delle raccomandazioni ministeriali pubblicate dal Ministero della Salute	Implementazione delle raccomandazioni ministeriali.	SI
	Presenza in carico obiettivi di mandato	Presenza report di assegnazione obiettivi entro 30 gg dall'arrivo in Azienda	fatto		Mantenimento	
	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	
	Riesame obiettivi a medio termine	Num. valutazioni effettuate/ Num. valutazioni pianificate	100%		Mantenimento	
	Riesame delle autovalutazioni	Num. standard raggiunti per area/Num. standard valutati per area	100%		Implementazione degli Standard del 20%	
	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 2019	ANNO 2020	RISULTATI ATTESI 2020	RAGGIUNGIMENTO
Trasparenza e Anticorruzione	Adozione/aggiornamento del PTPC e del PTTI	Deliberazione di adozione del PTPC e PTTI	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.	Decreto n.33/2020	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 PTTI chiuse /N. totale di azioni previste dal PTPC e PTTI) *100 nel periodo di riferimento considerato	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 .	Relazione prot.ASST n.4425 del 26.2.2021	Trasmissione relazione che quantifichi, secondo i parametri dell'indicatore, l'attuazione del piano a livello aziendale	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	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)	Relazione prot.ASST n.4425 del 26.2.2021; Attestazione OIV su modello ANAC per obblighi pubblicazione non ancora prevista (rinvio situazione emergenziale)	Evidenza documentale (pubblicazione relazione annuale circa l'attuazione del PTPC secondo il modello ANAC e pubblicazione attestazione OIV)	SI
	Attività in tema di trasparenza ed anticorruzione	Applicazione della disciplina concernente il diritto di accesso, civico e civico generalizzato	continua applicazione delle misure adottate l'anno precedente e puntuale pubblicazione del Registro degli accessi sul sito nella sezione AT	Definizione scheda "gestione del processo accesso agli atti", recepita con SAGR 001 + MAGR053 + MAGR054A + MAGR054B	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	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	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	SI
	Indice di soddisfazione del servizio dato in outsourcing: ristorazione, lavanolo, pulizie	Num. di questionari che raggiungono una valutazione media soddisfacente nel periodo di riferimento/ Num. totale dei questionari compilati	93%	86%	Effettuazione rilevazione della customer satisfaction: con specificata frequenza; numero minimo di questionari compilati >2019 se insufficiente; risultato atteso	SI

DIMENSIONE DELLA PERFORMANCE	PROGETTO - OBIETTIVO	INDICATORE	ANNO 2019	ANNO 2020	RISULTATI ATTESI 2020	RAGGIUNGIMENTO
	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	
	Disaster plan informatico	Presenza di un Disaster Plan testato e discusso almeno una volta l'anno	Migrazione da Data Center Aziendale verso Data Center Regionale. Verrà redatto con i Responsabili alla conclusione del processo di migrazione	sospeso, rinviato 2021 causa migrazione datacenter regionale	Organizzare incontri con l'Alta Direzione e i RUO al fine di definire vincoli e modalità operative	NO
	Continuità operativa informatica	Situazioni in cui un applicativo informatico non è stato accessibile/funzionante per un tempo superiore ad un riferimento deciso dall'ospedale (es. 15 minuti)		sospeso, rinviato 2021 causa migrazione datacenter regionale	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
	ICT: Piano di evoluzione triennale	budget relativo alle spese per ICT annuali e con previsione triennale		- Modello di maturità 2020: inviato a Supporto Governo Sistemi Informativi - Piano di Evoluzione Triennale: obiettivo sospeso in attesa comunicazioni RL	*1) piano delle spese annuali entro 30/04/2020; 2) Modello di maturità entro 30/06/2020; 3) piano di evoluzione triennale entro 30/09/2020	NO
	ICT: integrazione con NPRI	completamento delle attività di adeguamento		Attività in corso sotto la supervisione di ARIA. Le scadenze, dato il fermo di tutta l'attività per un anno, dovuta a COVID-19, non sono più valide.	100% entro 31/05/2020	NO
	Opere ed investimenti	Adeguamento antincendio Ospedale di Esine	Con decreto n.748/2019 è stato approvato il 4° SAL dei lavori			
	Opere ed investimenti	Adeguamento antincendio Ospedale di Edolo	Con decreto n.744/2019 del 19/09/2019 è stato approvato il 1° SAL dei lavori	sospensione dei lavori causa Covid-19	fine lavori entro il 31/12/2020	NO
	Opere ed investimenti	Adeguamento e razionalizzazione area Orto-Trauma e PS presso il Presidio ospedaliero di Edolo	Con decreti n.550/2019 – 869/2019 – 901/2019 sono stati approvati i primi 3 SAL dei lavori	Decreto n. 676 del 30/10/2020 Approvazione atti di contabilità finale e Certificato di Regolare Esecuzione	fine lavori entro il 31/12/2020	SI
	Opere ed investimenti	Adeguamento normativo in materia di prevenzione incendi degli ambulatori di Darfo Boario Terme		Decreto n. 396 del 19/06/2020 Approvazione della documentazione di progetto esecutivo e atti conseguenti	approvazione del progetto entro il 31/12/2020	SI
	Opere ed investimenti	Gara sostituzione sistema chiamata in urgenza		Definizione capitolato nei tempi previsti. Decreto n. 126 del 25/02/2021 di approvazione del progetto e indizione gara d'appalto	Entro il 31/12/2020 definizione capitolato e indizione della gara modifica sistema di chiamata PO Esine	SI
	Opere ed investimenti	progetti: "TPI"		Presentazione progettazione lavori – Decreto n. 855 del 30/12/2020 Approvazione del progetto esecutivo: ampliamento di n. 2 posti letto in area già adibita a TI. Ristrutturazione e adeguamento tecnologico	Entro 9/10/2020 presentazione alla Direzione progettazione lavori adeguamento TPI	SI
	Opere ed investimenti	progetti: "OBI"		Presentazione progettazione lavori – Decreto n. 865 del 30/12/2020 Approvazione del progetto esecutivo: Pronto Soccorso PO di Esine – adeguamento tecnologico in area già adibita ad osservazione breve intensiva OBI	Entro 30/10/2020 presentazione alla Direzione progettazione lavori adeguamento OBI	SI
	Opere ed investimenti	progetti: "UCC"		Presentazione progettazione lavori – Decreto n. 715 del 19/11/2020 Lavori di adeguamento tecnologico dei locali UTIC presso l'Ospedale di Esine: approvazione progetto esecutivo	Entro 30/10/2020 presentazione alla Direzione progetto quadro economico adeguamento UCC	SI
	Opere ed investimenti	progetti: "STROKE"		Progetto inserito nel Piano di Riordino della rete ospedaliera in relazione all'emergenza da COVID-19, di cui al Decreto Legge n.34/2020 convertito in Legge n.77/2020 – DGR/XI: 3264/2020, 3331/2020, 3479/2020 e verrà eseguito sia per la progettazione che per i lavori da ditte selezionate da apposita procedura dalla Struttura Commissariale	Entro 9/10/2020 presentazione alla Direzione bando progetto "stroke"	

strutturali

DIMENSIONE DELLA PERFORMANCE	PROGETTO - OBIETTIVO	INDICATORE	ANNO 2019	ANNO 2020	RISULTATI ATTESI 2020	RAGGIUNGIMENTO
Interventi S	Opere ed investimenti	progetti: "pronto soccorso"		Progetto inserito nel Piano di Riordino della rete ospedaliera in relazione all'emergenza da COVID-19, di cui al Decreto Legge n.34/2020 convertito in Legge n.77/2020 – DGR/XI: 3264/2020, 3331/2020, 3479/2020 e verrà eseguito sia per la progettazione che per i lavori da ditte selezionate da apposita procedura dalla Struttura Commissariale	Entro 16/10/2020 presentazione alla Direzione bando progetto "pronto soccorso"	
	Opere ed investimenti	copertura ingresso PO Esine		Presentazione progettazione lavori – Decreto n. 745 del 26/11/2020 Approvazione del progetto esecutivo per la realizzazione di una pensilina per l'ingresso dell'Ospedale di Esine e indizione della gara d'appalto	Entro il 30/11/2020 progettazione opera di copertura presso l'ingresso dello stabile	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	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			
	Opere ed investimenti	DGR_6548_2017 – Ambito D – Grandi Apparecchiature: esaurimento del contributo assegnato entro il 31/12/2019	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.			
	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			
	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	Con decreto n. 444 del 09/07/2020 si è aggiudicata la fornitura di n.1 tomografo a coerenza ottica, acquisto previsto dalla DGR indicata. Con decreto n. 843 del 23/12/2020 è stato approvato il QTE finale, trasmesso a Regione Lombardia a chiusura del finanziamento stesso con Prot. ASST n. 173/21 del 05/01/2021. Il budget assegnato con DGR_XI_770_2018 risulta pertanto esaurito e concluso		SI
	Opere ed investimenti	DGR_X_7767_2018 – Acceleratore lineare: installazione entro il 31/12/2020		Il collaudo del nuovo Acceleratore lineare si è concluso in data 18/06/2020	fatto/non fatto	SI
	Opere ed investimenti	DGR_XII_2468_2019 – Mammografo, TAC e angiografo: nel corso del triennio 2020-2022 verranno installate le apparecchiature finanziate da Regione Lombardia. Per l'anno 2020 si prevede l'installazione del mammografo. Acquisizione delle tre tecnologie entro il 31/12/2020		Il mammografo è stato acquistato con decreto n. 120 del 19/02/2020 ed è stato installato il 13/08/2020; la TAC è stata acquistata con decreto n. 386 del 18/06/2020, e l'installazione è prevista per luglio 2021; l'angiografo è stato acquistato con decreto n. 825 del 23/12/2020	fatto/non fatto	SI
	Opere ed investimenti	DGR 5316/2016 DGR 5510/2016 VII atto integrativo: installazione del telecomandato digitale in seguito ai lavori per l' Adeguamento e razionalizzazione area orto-trauma e p.s. presso il presidio ospedaliero di Edolo		Installazione del telecomando in data 07/08/2020	fatto/non fatto	SI
	Opere ed investimenti	DGR XI_1725_2019 – Apparecchiature a bassa tecnologia: esaurimento del finanziamento entro il 31/12/2020.		Con decreto n. 850 del 30/12/2020 è stato approvato il QTE finale, trasmesso a Regione Lombardia a chiusura della quota di finanziamento assegnata con prot. ASST n. 174/21 del 05/01/2021. Il budget assegnato con DGR XI/1725/2019 risulta pertanto esaurito.	fatto/non fatto	SI

DIMENSIONE DELLA PERFORMANCE	PROGETTO - OBIETTIVO	INDICATORE	ANNO 2019	ANNO 2020	RISULTATI ATTESI 2020	RAGGIUNGIMENTO
Progetti L. 23	Gestione	Servizio di Cure Palliative: Territoriali e Hospice	228.000,00			
	Agende ambulatoriali dedicate ai pazienti cronici con PAI	Numero slot assegnati/numero slot richiesti=1		100,00%	predisposizione slot richiesti e visibilità	SI