

DIMENSIONE DELLA PERFORMANCE	PROGETTO - OBIETTIVO	INDICATORE	RISULTATO ATTESO 2020	RISULTATO ATTESO 2021	RISULTATO ATTESO 2022	RISULTATO ATTESO 2023
Efficienza	Miglioramento posizionamento strategico ASST Valcamonica	Bilancio AO: Personale, beni e servizi, altri costi / Valore della Produzione da Bilancio Produzione lorda: contratto ATS	mantenimento 20% >=2019	mantenimento 20% >=2020	mantenimento 20% >=2020	mantenimento 20% >=2020
	Razionalizzazione delle risorse (obiettivo aziendale)	Spesa effettiva beni e servizi effettuati attraverso procedure centralizzate/aggregate.	(contratti aggregati)/(contratti Totali) >=65% Riferimento: rendiconto acquisti	(contratti aggregati)/(contratti Totali) >=65% Riferimento: rendiconto acquisti	(contratti aggregati)/(contratti Totali) >=65% Riferimento: rendiconto acquisti	(contratti aggregati)/(contratti Totali) >=65% Riferimento: rendiconto acquisti
	Budget straordinari	Attuazione e rilevazione ore straordinarie e reperibilità	Rilevazione ore straordinarie liquidate ed effettuate nel corso dell'anno. Budget entro 30/04/2020; Invio report entro il 30/04/2021	Rilevazione ore straordinarie liquidate ed effettuate nel corso dell'anno. Budget entro 30/04/2021; Invio report entro il 30/04/2022		
	Flussi AMB	- invio entro termini concordati con ATS; - assenza errori bloccanti all'invio	validazione portale DSP Flux	validazione portale DSP Flux		
Qualità Processi Organizzativi	-Degenza media preoperatoria	Ospedale di Vallecmonica	1) fascia verde (4/5); 2) <=rispetto all'anno precedente	1) fascia verde (4/5); 2) <=rispetto all'anno precedente	1) fascia verde (4/5); 2) <=rispetto all'anno precedente	1) fascia verde (4/5); 2) <=rispetto all'anno precedente
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 39,55%; obj 100%.	1) >= target; 2) >= RL; 3) >=anno precedente	1) >= target; 2) >= RL; 3) >=anno precedente	1) >= target; 2) >= RL; 3) >=anno precedente	1) >= target; 2) >= RL; 3) >=anno precedente
		IMA2: RL 80,36%; obj 30%.	1) >= target; 2) >= RL; 3) >=anno precedente	1) >= target; 2) >= RL; 3) >=anno precedente	1) >= target; 2) >= RL; 3) >=anno precedente	1) >= target; 2) >= RL; 3) >=anno precedente
		IMA3: RL 66,53%; obj 90%.	1) >= target; 2) >= RL; 3) >=anno precedente	1) >= target; 2) >= RL; 3) >=anno precedente	1) >= target; 2) >= RL; 3) >=anno precedente	1) >= target; 2) >= RL; 3) >=anno precedente
		ICTUS1: RL 79,54%; obj 80%.	1) >= target; 2) >= RL; 3) >=anno precedente	1) >= target; 2) >= RL; 3) >=anno precedente	1) >= target; 2) >= RL; 3) >=anno precedente	1) >= target; 2) >= RL; 3) >=anno precedente
		ICTUS2: RL 25,50%; obj 100%.	1) >= target; 2) >= RL; 3) >=anno precedente	1) >= target; 2) >= RL; 3) >=anno precedente	1) >= target; 2) >= RL; 3) >=anno precedente	1) >= target; 2) >= RL; 3) >=anno precedente

DIMENSIONE DELLA PERFORMANCE	PROGETTO - OBIETTIVO	INDICATORE	RISULTATO ATTESO 2020	RISULTATO ATTESO 2021	RISULTATO ATTESO 2022	RISULTATO ATTESO 2023
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	ICTUS3: RL 11,21%; obj 5%	1) >= target; 2) >= RL; 3) >=anno precedente	1) >= target; 2) >= RL; 3) >=anno precedente	1) >= target; 2) >= RL; 3) >=anno precedente	1) >= target; 2) >= RL; 3) >=anno precedente
		ICTUS4: RL 25,03%; obj 25%	1) >= target; 2) >= RL; 3) >=anno precedente	1) >= target; 2) >= RL; 3) >=anno precedente	1) >= target; 2) >= RL; 3) >=anno precedente	1) >= target; 2) >= RL; 3) >=anno precedente
		BC1: RL 53,06%; obj 70%	1) >= target; 2) >= RL; 3) >=anno precedente	1) >= target; 2) >= RL; 3) >=anno precedente	1) >= target; 2) >= RL; 3) >=anno precedente	1) >= target; 2) >= RL; 3) >=anno precedente
		BC10: RL 62,17%; obj 70%	1) >= target; 2) >= RL; 3) >=anno precedente	1) >= target; 2) >= RL; 3) >=anno precedente	1) >= target; 2) >= RL; 3) >=anno precedente	1) >= target; 2) >= RL; 3) >=anno precedente
		BC2: RL 49,72 obj 80%	1) >= target; 2) >= RL; 3) >=anno precedente	1) >= target; 2) >= RL; 3) >=anno precedente	1) >= target; 2) >= RL; 3) >=anno precedente	1) >= target; 2) >= RL; 3) >=anno precedente
		BC3: RL 81,14%; obj 80%	1) >= target; 2) >= RL; 3) >=anno precedente	1) >= target; 2) >= RL; 3) >=anno precedente	1) >= target; 2) >= RL; 3) >=anno precedente	1) >= target; 2) >= RL; 3) >=anno precedente
		BC4: RL 78,16%; obj 80%	1) >= target; 2) >= RL; 3) >=anno precedente	1) >= target; 2) >= RL; 3) >=anno precedente	1) >= target; 2) >= RL; 3) >=anno precedente	1) >= target; 2) >= RL; 3) >=anno precedente
		BC5: RL 86,21%; obj 90%	1) >= target; 2) >= RL; 3) >=anno precedente	1) >= target; 2) >= RL; 3) >=anno precedente	1) >= target; 2) >= RL; 3) >=anno precedente	1) >= target; 2) >= RL; 3) >=anno precedente
		CRC1: RL 60,45%; obj 80%	1) >= target; 2) >= RL; 3) >=anno precedente	1) >= target; 2) >= RL; 3) >=anno precedente	1) >= target; 2) >= RL; 3) >=anno precedente	1) >= target; 2) >= RL; 3) >=anno precedente
		CRC2: RL 88,10%; obj 80%	1) >= target; 2) >= RL; 3) >=anno precedente	1) >= target; 2) >= RL; 3) >=anno precedente	1) >= target; 2) >= RL; 3) >=anno precedente	1) >= target; 2) >= RL; 3) >=anno precedente
		CRC6: RL 89,14%; obj 80%	1) >= target; 2) >= RL; 3) >=anno precedente	1) >= target; 2) >= RL; 3) >=anno precedente	1) >= target; 2) >= RL; 3) >=anno precedente	1) >= target; 2) >= RL; 3) >=anno precedente
		ROL	1) >= target; 2) >= RL; 3) >=anno precedente	1) >= target; 2) >= RL; 3) >=anno precedente	1) >= target; 2) >= RL; 3) >=anno precedente	1) >= target; 2) >= RL; 3) >=anno precedente
		RENE				
		DIABETE				
		ATTIVITA' DI TRAPIANTO E DONAZIONE: - donazione cornee;	n. donatori/n. decessi	target 10%	target 10%	target 10%
ATTIVITA' DI TRAPIANTO E DONAZIONE: - donazione tessuti ossei da vivente;	n. donatori/n. protesi impiantate in elezione	target 10%	target 10%	target 10%	target 10%	
ATTIVITA' DI TRAPIANTO E DONAZIONE: - utilizzo Donor Manager	n. donatori di tessuti/n. inserimenti in Donor Manager	100% prelievi registrati in DM	100% prelievi registrati in DM	100% prelievi registrati in DM	100% prelievi registrati in DM	
ATTIVITA' DI TRAPIANTO E DONAZIONE: - donazione sangue cordone ombelicale	mantenimento					

DIMENSIONE DELLA PERFORMANCE	PROGETTO - OBIETTIVO	INDICATORE	RISULTATO ATTESO 2020	RISULTATO ATTESO 2021	RISULTATO ATTESO 2022	RISULTATO ATTESO 2023
Appropriatezza e qualità dell'assistenza	-Ricoveri ripetuti	Cardiologia	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente
		Chirurgia Esine	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente
		Medicina Esine	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente
		Medicina Edolo	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente
		Ortopedia Esine	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente
		Ortopedia Edolo	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente
		Neurologia	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente
	-Ritorni in sala operatoria	Cardiologia	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente
		Chirurgia Esine	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente
		Medicina Esine	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente
		Medicina Edolo	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente
		Ortopedia Esine	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente
		Ortopedia Edolo	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente
		Neurologia	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente
	CARDIO1	Infarto miocardico acuto: mortalità a trenta giorni	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente
	CARDIO2	Infarto miocardico acuto: % trattati con PTCA entro due giorni	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente
	CARDIO3	Scompenso cardiaco congestivo: mortalità a trenta giorni	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente
	CARDIO6	Riparazione di aneurisma non rotto dell' aorta addominale: mortalità a trenta giorni	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente
	CHGEN1	Colecistectomie laparoscopiche: % ricoveri con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente
	CHGEN2	Colecistectomie laparoscopiche: % interventi in reparti con volume di attività superiore a novanta interventi annui	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente
	GRAV1	Proporzione di parti con taglio cesareo primario	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente
	GRAV2	Parti naturali: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente
	GRAV3	Parti cesarei: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente
	NERVO1	Ictus ischemico: mortalità a trenta giorni	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente
	ONCO1	Interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 135 interventi annui	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente

DIMENSIONE DELLA PERFORMANCE	PROGETTO - OBIETTIVO	INDICATORE	RISULTATO ATTESO 2020	RISULTATO ATTESO 2021	RISULTATO ATTESO 2022	RISULTATO ATTESO 2023
Adeguatezza e qualità dell'assistenza	ONCO2	Proporzione di nuovi interventi di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente
	ONCO4	Intervento chirurgico per TM stomaco: mortalità a trenta giorni	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente
	ONCO5	Intervento chirurgico per TM colon: mortalità a trenta giorni	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente
	OSTEO1	Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro due giorni	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente
	OSTEO2	Frattura della tibia e perone: tempi di attesa per intervento chirurgico	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente
	RESPIRO1	BPCO riacutizzata: mortalità a 30 giorni	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente
	C10.4.1	Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore alla mammella	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente
	C10.4.2	Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore alla prostata	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente
	C10.4.3	Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore al colon	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente
	C10.4.4	Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore al retto	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente
	C14.4	Percentuale di ricoveri medici oltresoglia per pazienti >= 65 anni	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente
	C16.1	Percentuale accessi in PS con codice giallo visitati entro 30 minuti	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente
	C2a.C	Indice di performance degenza media per acuti ricoveri per DRG chirurgico	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente
	C2a.M	Indice di performance degenza media per acuti ricoveri per DRG medico	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente
	C4.4	% colecistomie laparoscopiche in Day-Surgery e RO 0-1 gg	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente
	C5.2	Percentuale di frattura del collo del femore operate entro 2 giorni	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente
	C5.3	Percentuale di prostatectomie transuretrali	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente
	C7.3	% episiotomie depurate (NTSV)	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente
	C7.6	% di parti operativi (uso di forcipe o ventosa)	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente
	C8a.13.2	Percentuale di ricoveri ripetuti entro 7 giorni per patologie psichiatriche	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente
	D9	Abbandoni da Pronto Soccorso	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente	1) fascia verde (4/5); 2) <=anno precedente
	108 DRG ad elevato rischio di inappropriately	Attuazione di protocolli diagnostico-terapeutici al fine di ridurre la degenza media dei ricoveri riferiti all'obiettivo	1) (indicatori patologia) fascia verde (4/5) 2) ATS <=21%	1) (indicatori patologia) fascia verde (4/5) 2) ATS <=21%	1) (indicatori patologia) fascia verde (4/5) 2) ATS <=21%	1) (indicatori patologia) fascia verde (4/5) 2) ATS <=21%

DIMENSIONE DELLA PERFORMANCE	PROGETTO - OBIETTIVO	INDICATORE	RISULTATO ATTESO 2020	RISULTATO ATTESO 2021	RISULTATO ATTESO 2022	RISULTATO ATTESO 2023
Accessibilità e soddisfazione utenza	-Customer satisfaction	% dei giudizi positivi nelle rilevazioni di customer ambulatoriali	>= 90%	>= 90%	>= 90%	>= 90%
	-Customer satisfaction	% dei giudizi positivi nelle rilevazioni di customer degenza	>= 90%	>= 90%	>= 90%	>= 90%
	Customer BPCO	Costruzione tracciato				
	Customer Servizio di Gastroenterologia	Raccolta questionari >= 80% assistiti; Grado di soddisfazione >= 90%	Riscontro positivo da parte degli assistiti	Riscontro positivo da parte degli assistiti	Riscontro positivo da parte degli assistiti	Riscontro positivo da parte degli assistiti
	Percentuale di prestazioni che rispettano i tempi di attesa	Num. prestazioni monitorate con rispetto dei tempi / Num. totale delle prestazioni monitorate	1) 95%; 2) >=anno precedente	Prestazioni priorità B 1) 95%; 2) >=anno precedente	Prestazioni priorità B 1) 95%; 2) >=anno precedente	Prestazioni priorità B 1) 95%; 2) >=anno precedente
	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	<=60	<=60	<=60	<=60
	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.	Tempo<20giorni	Tempo<20giorni	Tempo<20giorni	Tempo<20giorni
Benessere del personale	Piano ferie: rilevazione dati aziendali	Trasmissione report di smaltimento ferie delle diverse articolazioni aziendali	Piano redatto entro il 31/05/2020; Report: invio dati a CDG entro il 30/04/2021	Piano redatto entro il 31/05/2021; Report: invio dati a CDG entro il 30/04/2022		
	Regolare attestazione della presenza dei dipendenti	N. verifiche a campione sulla presenza in servizio	Almeno n.3 verifiche a campione svolte tra i reparti ospedalieri o del territorio	Almeno n.3 verifiche a campione svolte tra i reparti ospedalieri o del territorio	Almeno n.3 verifiche a campione svolte tra i reparti ospedalieri o del territorio	Almeno n.3 verifiche a campione svolte tra i reparti ospedalieri o del territorio
	Copertura fabbisogni del personale	Organico in servizio / organico da fabbisogno nell'anno di rilevazione	Rilevazione personale in ciascun trimestre	Rilevazione personale in ciascun trimestre	Rilevazione personale in ciascun trimestre	Rilevazione personale in ciascun trimestre
	Avanzamento e sviluppo di progetti innovativi nell'area della semplificazione e dematerializzazione	Attività svolte/ Attività previste	Implementazione alla dematerializzazione di documenti attraverso l'utilizzo del protocollo informatico, al software di gestionale "angolo del dipendente".	Implementazione alla dematerializzazione di documenti attraverso l'utilizzo del protocollo informatico, al software di gestionale "angolo del dipendente".		
	Incidenza ore di formazione (PIMO):	N. ore di formazione sul campo/totale ore di formazione x 100	>= 20%	>= 20%	>= 20%	>= 20%
	Indicatori PIMO	Valutare la % di partecipazione ai corsi erogati	80%	80%	80%	80%

DIMENSIONE DELLA PERFORMANCE	PROGETTO - OBIETTIVO	INDICATORE	RISULTATO ATTESO 2020	RISULTATO ATTESO 2021	RISULTATO ATTESO 2022	RISULTATO ATTESO 2023
Qualità e Risk Management	PIANO INTEGRATO PER IL MIGLIORAMENTO DELL'ORGANIZZAZIONE	1) acquisizione delle indicazioni Regionali; 2) recepimento nuovi indicatori PIMO secondo indicazioni Regionali	numero indicatori recepiti/numero indicatori richiesti da RL>_80%	numero indicatori recepiti/numero indicatori richiesti da RL>_80%	numero indicatori recepiti/numero indicatori richiesti da RL>_80%	numero indicatori recepiti/numero indicatori richiesti da RL>_80%
	Semplificazione del SGQ Aziendale: Applicazione ed utilizzo degli M GEN individuati	N. di riesami della Direzione anno 2020 con recepimento della semplificazione; N. UU.OO. con implementato l'utilizzo degli M GEN 046A, M GEN 047A ed M GEN 048A	> 60% di UU.OO. certificate			
	Semplificazione del Sistema di Gestione per la Qualità aziendale attraverso l'utilizzo di una soluzione informatizzata (sw Talete web)	N. di audit interni/sopralluoghi effettuati con lo strumento informatico; N. di check list inserite nel software; N. di Incident reporting inseriti, N. indicatori/dati di UO, N. processi di UO inseriti		> 60% di UU.OO. certificate		
	PROGETTI Risk Management: - realizzazione progetti	cronoprogramma realizzato/ cronoprogramma deliberato x 100	100%	100%	100%	100%
	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
	Gestione del contenzioso	Percentuale di cause gestite dall'ufficio/cause gestite da avvocati esterni	70% delle cause gestite a livello aziendale	70% delle cause gestite a livello aziendale		
	Qualità e Risk Management	Aggiornamento db regionale GEDISS	fatto/non fatto	fatto/non fatto	fatto/non fatto	fatto/non fatto
	Privacy	Rispetto degli adempimenti previsti dalla Legge nel corso dell'anno	rispetto della normativa a decorrere dal 25/05/2018	rispetto della normativa a decorrere dal 25/05/2018	rispetto della normativa a decorrere dal 25/05/2018	rispetto della normativa a decorrere dal 25/05/2018
	Percentuale di implementazione delle raccomandazioni ministeriali	Num. requisiti applicabili soddisfatti/ Num. totale di requisiti applicabili	Implementazione delle raccomandazioni ministeriali.	Implementazione delle raccomandazioni ministeriali.	Implementazione delle raccomandazioni ministeriali.	Implementazione delle raccomandazioni ministeriali.
	BUDGET - obiettivi DG	Si rimanda agli indicatori specifici	Presa in carico obiettivi anno corrente; raccolta e caricamento su portale regionale	Presa in carico obiettivi anno corrente; raccolta e caricamento su portale regionale	Presa in carico obiettivi anno corrente; raccolta e caricamento su portale regionale	Presa in carico obiettivi anno corrente; raccolta e caricamento su portale regionale
	BUDGET - scheda obiettivi economici	Si rimanda agli indicatori specifici	Si rimanda agli indicatori specifici	Si rimanda agli indicatori specifici	Si rimanda agli indicatori specifici	Si rimanda agli indicatori specifici
	BUDGET - contratto ATS	Si rimanda agli indicatori specifici	Si rimanda agli indicatori specifici	Si rimanda agli indicatori specifici	Si rimanda agli indicatori specifici	Si rimanda agli indicatori specifici
	Trasparenza e Anticorruzione	Adozione/aggiornamento del PTPC e del PTTI	Deliberazione di adozione del PTPC e PTTI	entro i termini di legge	entro i termini di legge	entro i termini di legge
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	Trasmissione relazione che quantifichi, secondo i parametri dell'indicatore, l'attuazione del piano a livello aziendale	Trasmissione relazione che quantifichi, secondo i parametri dell'indicatore, l'attuazione del piano a livello aziendale	Trasmissione relazione che quantifichi, secondo i parametri dell'indicatore, l'attuazione del piano a livello aziendale	Trasmissione relazione che quantifichi, secondo i parametri dell'indicatore, l'attuazione del piano a livello aziendale
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	evidenza documentale (pubblicazione relazione annuale circa l'attuazione del PTPC secondo il modello ANAC e pubblicazione attestazione OIV)	evidenza documentale (pubblicazione relazione annuale circa l'attuazione del PTPC secondo il modello ANAC e pubblicazione attestazione OIV)	evidenza documentale (pubblicazione relazione annuale circa l'attuazione del PTPC secondo il modello ANAC e pubblicazione attestazione OIV)	evidenza documentale (pubblicazione relazione annuale circa l'attuazione del PTPC secondo il modello ANAC e pubblicazione attestazione OIV)
Attività in tema di trasparenza ed anticorruzione		Applicazione della disciplina concernente il diritto di accesso, civico e civico generalizzato	Adozione di formali misure organizzative da parte della Direzione volte ad assicurare periodica formalizzazione del registro degli accessi in forma accentrata	Adozione di formali misure organizzative da parte della Direzione volte ad assicurare periodica formalizzazione del registro degli accessi in forma accentrata	Adozione di formali misure organizzative da parte della Direzione volte ad assicurare periodica formalizzazione del registro degli accessi in forma accentrata	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				
Sistema dei controlli interni		Implementazione sistema di controlli interni		Effettuazione di almeno n. 6 controlli in materia di presenze/LP/area a pagamento	Effettuazione di almeno n. 6 controlli in materia di presenze/LP/area a pagamento	Effettuazione di almeno n. 6 controlli in materia di presenze/LP/area a pagamento
Anticorruzione-trasparenza		Adeguamento regolamento libera professione secondo le linee guida regionali	Programmazione di tutte le misure attuative in materia di libera professione alla luce del CCNL area sanità e attuazione in materia e consulti	Aggiornamento regolamento aziendale al CCNL area sanità e a linee guida regionali	Aggiornamento regolamento aziendale al CCNL area sanità e a linee guida regionali	Aggiornamento regolamento aziendale al CCNL area sanità e a linee guida regionali

DIMENSIONE DELLA PERFORMANCE	PROGETTO - OBIETTIVO	INDICATORE	RISULTATO ATTESO 2020	RISULTATO ATTESO 2021	RISULTATO ATTESO 2022	RISULTATO ATTESO 2023
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	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	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	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	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: ristorazione, lavanolo, pulizie	Num. di questionari che raggiungono una valutazione media soddisfacente nel periodo di riferimento/ Num. totale dei questionari compilati	Effettuazione rilevazione della customer satisfaction: con specificata frequenza; numero minimo di questionari compilati >2019 se insufficiente; risultato atteso	Effettuazione rilevazione della customer satisfaction: con specificata frequenza; numero minimo di questionari compilati >2020 se insufficiente; risultato atteso	Effettuazione rilevazione della customer satisfaction: con specificata frequenza; numero minimo di questionari compilati >2020 se insufficiente; risultato atteso	Effettuazione rilevazione della customer satisfaction: con specificata frequenza; numero minimo di questionari compilati >2020 se insufficiente; risultato atteso
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				
	Disaster plan informatico	Presenza di un Disaster Plan testato e discusso almeno una volta l'anno				
	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)				
	ICT: Piano di evoluzione triennale	budget relativo alle spese per ICT annuali e con previsione triennale	*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			
	ICT: integrazione con NPRI	completamento delle attività di adeguamento	100% entro 31/05/2020			
	Opere ed investimenti	Adeguamento antincendio Ospedale di Esine				
	Opere ed investimenti	Adeguamento antincendio Ospedale di Edolo	fine lavori entro il 31/12/2020			
	Opere ed investimenti	Adeguamento e razionalizzazione area Orto-Trauma e PS presso il Presidio ospedaliero di Edolo	fine lavori entro il 31/12/2020			
	Opere ed investimenti	Adeguamento normativo in materia di prevenzione incendi degli ambulatori di Darfo Boario Terme	approvazione del progetto entro il 31/12/2020			
	Opere ed investimenti	Adeguamento tecnologico dei locali "UTIC" presso l'ospedale di Esine: realizzazione lavori entro il 31/12/2021		fatto/non fatto		
	Opere ed investimenti	Intervento di rifacimento impianto di climatizzazione Ospedale di Edolo: affidamento incarico di progettazione entro il 31/12/2021		fatto/non fatto		
	Opere ed investimenti	Adeguamento strutturale a seguito verifica di vulnerabilità sismica (Edificio D e Edificio I) Ospedale di Esine: affidamento incarico di progettazione entro il 31/12/2021		fatto/non fatto		
	Opere ed investimenti	Utilizzo delle economie derivanti dalla conclusione dall'intervento "Manutenzione straordinaria e nuovo ingresso raccordo con S.S. n.42 presso il Presidio ospedaliero di Esine.": aggiudicazione e inizio lavoro entro il 31/12/2021		fatto/non fatto		

DIMENSIONE DELLA PERFORMANCE	PROGETTO - OBIETTIVO	INDICATORE	RISULTATO ATTESO 2020	RISULTATO ATTESO 2021	RISULTATO ATTESO 2022	RISULTATO ATTESO 2023
Interventi Strutturali	Opere ed investimenti	DGR_6548_2017 – INDISTINTI: esaurimento del budget assegnato al Servizio ed invio delle istanze di ricezione del contributo entro il 31/05/2019				
	Opere ed investimenti	DGR_6548_2017 – Ambito D – Grandi Apparecchiature: esaurimento del contributo assegnato entro il 31/12/2019				
	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				
	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 ed invio delle istanze di ricezione del contributo entro il 31/12/2020				
	Opere ed investimenti	DGR_X_7767_2018 – Acceleratore lineare: installazione entro il 31/12/2020	fatto/non fatto			
	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	fatto/non fatto			
	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	fatto/non fatto			
	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 2021 si prevede l'installazione della TAC		fatto/non fatto		
	Opere ed investimenti	DRG_XI_2468_2019 – Esaurimento finanziamento relativo agli acquisti di bassa e media tecnologia entro il 31/11/2021		fatto/non fatto		
Progetti L. 23	Gestione	Sperimentazione del PRESST				
	Gestione	Servizio di Cure Palliative: Territoriali e Hospice				
	Agende ambulatoriali dedicate ai pazienti cronici con PAI	Numero slot assegnati/numero slot richiesti=1	predisposizione slot richiesti e visibilità	mantenimento	mantenimento	mantenimento