INDICATORI di ATTUAZIONE delle STRATEGIE

PROCESSI DECISIONALE	PROGETTI - OBIETTIVO	INDICATORE e RISULTATI ATTESI	RESPONSABILE PROGETTO	RESPONSABILE MONITORAGGIO	SITUAZIONE al 30/06	SITUAZIONE al 31/12
ATTUAZIONE delle STRATEGIE	Economicità e Razionalizzazione delle risorse	Riduzione spesa beni e servizi definita nelle Regole di Sistema 2018	UOC Economico Finanziario	Direzione Amministrativa	monitoraggio al 31/12	Obiettivo raggiunto.
		Rispetto limiti di costo per i principali fattori produttivi			monitoraggio al 31/12	
		Pieno Allineamento costi-ricavi e debiti-crediti			monitoraggio al 31/12	
		Nessuna anticipazione di Tesoreria			monitoraggio al 31/12	Obiettivo raggiunto. Anticipazione non utilizzata
		Rispetto dell'indicatore di TP inferiore a zero			monitoraggio al 31/12	Obiettivo raggiunto. Indicatore PCC: -16,39
		Incremento/Mantenimento spesa effettiva beni e servizi effettuati attraverso procedure aggregate rispetto anno 2018	UOC Approvigionamenti		69%	Obiettivo raggiunto. Percentuale: 70%
	Atuazione LR 23/2015 e LR 15/2018 Attuazione delle indicazioni regionali e passaggi procedurali per lo sviluppo del modello di gestione dell'ASST Valtellina e Alto Lario previsto dalla L.R. 23/2015	Definizione ed attuazione del Piano Organizzativo Aziendale Strategico (POAS) della ASST della Valtellina e Alto Lario	UOC Risorse Umane		monitoraggio al 31/12	Obiettivo raggiunto.

INDICATORI di ATTUAZIONE della PROGRAMMAZIONE (PROGETTI)

PROCESSI DECISIONALE	PROGETTI - OBIETTIVO	INDICATORE e RISULTATI ATTESI	RESPONSABILE PROGETTO	RESPONSABILE MONITORAGGIO	SITUAZIONE al 30/06	SITUAZIONE al 31/12
PROGRAMMAZIONE (PROGETTI)	Contenimento tempi di attesa delle prestazioni monitorate da Regione Lombardia	Garantire i tempi di attesa previsti dalle classi di priorità per il 95% delle prestazioni monitorate Fonte dati: circolare 28 SAN (rilevazione ex post)	UOC Direzione Medica	Direzione Sanitaria	monitoraggio al 31/12	L'Azienda garantisce i tempi di attesa di visite e prestazioni strumentali ambulatoriali nelle classi di priorità UB e D, qualche criticità nella classe P
	Realizzazione progetti previsti nei contratti per erogazione prestazioni sanitarie e socio sanitarie	Fasi e standard previsti dai contratti	UOS CdG	Direzione Amministrativa	rispetto dei termini	Rispetto dei termini: Rispettata la sottoscrizione e i termini per rimodulazione
	Programma integrato di miglioramento dell'organizzazione (Pr.I.M.O.)	Sviluppo del programma di miglioramento secondo le indicazioni regionali e nel rispetto delle scadenze.	UOC Qualità	Direzione Sanitaria	Rispettate le scadenze , la RL non ha indicato nuove implementazioni della Check list e relativi indicatori del Primo, ha attuato eventi di formazione cui la ASST Valtellina ha partecipato.	Rispettate le scadenze , RL non ha indicato nuove implementazioni della Check list e relativi indicatori del Primo, ha attuato eventi di formazione cui la ASST Valtellina ha partecipato.
	Customer Satisfaction: invio dei dati Customer a ATS tramite SMAF	Rispetto delle scdenze definite da RL per il caricamento dei questionari customer			In riferimento al caricamento trimestrale delle schede compilate tramite piattaforma SMAF, si resta in attesa di indicazioni regionali in quanto ad oggi non è ancora pervenuta alcuna comunicazione - nemmento per il tramite dell'ATS della Montagna più volte sollecitata - e nonostante i diversi tentativi il sistema SMAF non permette tale caricamento. Al 30 giugno 2019 sono stati compilati e restituiti all'URP n. 1474 questionari relativi all'attività ambulatoriale, n. 979 questionari relativi alla degenza e n. 30 questionari relativi al servizio di cure palliativi domiciliari.	A seguito di indicazioni pervenute da ATS della Montagna (ns. ptot. n. 50486 del 10/12/2019) si conferma il caricamento dei questionari su portale SMAF entro le tempisitche stabilite da RL. (I°, II°, III° trim. 2019 caricati in data 16/12, IV° trim. 2019 caricati in data 6/02). Sono stati raccolti e caricati in SMAF n. 2.088 questionari relativi all'area ambulatoriale, n. 1.506 questionari relativi all'area degenza e n. 72 questionari relativi all'area delle cure palliative domiciliari.
	Risk Management: implementazione dei progetti contenuti nel Piano Annuale Rischio	Completa attuazione di almeno un progetto definito nel Piano Annuale Risk Management, in rif.to al cronoprogramma.			Progetto medicina penitenziaria: partecipazione agli incontri del gruppo di lavoro regionale, compilazione della check list di risk assesment nel rispetto del cronoprogramma definito. Invio in regione della check list di risk assesment il 19/9 entro la scadenza indicata dal gruppo regionale	Completato come da crono programma: Il progetto, capofila ASST Spedali civili di Brescia e ASST Pavia, sviluppato nell'arco di tre anni, ha previsto per il 2019 attività di risk assessment per tutti gli istituti. È stata predisposta un check list di risk assessment e sono stati rielaborati i risultati.

INDICATORI di ATTUAZIONE della PROGRAMMAZIONE (PROGETTI)

PROCESSI DECISIONALE	PROGETTI - OBIETTIVO	INDICATORE e RISULTATI ATTESI	RESPONSABILE PROGETTO	RESPONSABILE MONITORAGGIO	SITUAZIONE al 30/06	SITUAZIONE al 31/12
ATTUAZIONE della P	Risk Management: monitoraggio semestrale eventi avversi/sinistri/cadute/infortuni	Rispetto monitoraggio secondo le indicazioni e scadenze della Regione	UOC Qualità, Avvocatura, SPP	Direzione Sanitaria	inseriti nel DB regionale secondo le scadenze definite i dati delle segnalazioni di cadute e infortuni primo semestre 2019: cadute visitatori n.5 e pazienti n. 133 infortuni: rischio biologico n. 18; rischio chimico n. 1; rischio movimentazione n. 5; altri rischi n. 36	Inseriti nel DB regionale secondo le scadenze definite i dati delle segnalazioni di cadute e infortuni. Totale cadute anno 2019: n.278 Totale infortuni anno 2019: n. 111 (rischio biologico: n.33; rischio chimico:n. 1 rischio movimentazione: n.10 altri rischi n.67)
	Internal auditing	Predisposizione della pianficazione annuale e attuazione degli audit previsti	UOS Trasparenza e Internal Auditing	Direzione Amministrativa	delibera n. 110 del 27/2/2019	Obiettivi raggiunto. Pianificazione: delibera n. 110 del 27/2/2019; attuati gli audit previsti.
	Accompagnamento nel passaggio della psicopatologia dall'età evolutiva all'età adulta	n° pazienti della NPIA che a 18 anni hanno una diagnosi psicopatologica che vengono presentati al CPS (almeno una prestazione NPIA con un operatore del CPS) L'assistente sociale annualmente individua tra chi ha compiuto 18 anni i casi di cui sopra e su questo viene costruito l'indicatore, numero casi segnalati/casi individuati=50%	UOC NPIA	Dipartimento Salute Mentale	8/8 (100 %)	Obiettivo raggiunto: 15/15 quindi 100% sull'anno
	Integrazione Ospedale Territorio: segnalazione utente fragile in dimissione	n° dimissioni protette gestite dal Servizio Fragilità/n° dimissioni protette richieste >90%	UOS Cronicità	DSS	le Dimissioni protette sull'intero territorio ASST Val e Al al 30/06 sono state 342 , tutte gestite dal Servizio Fragilità.	Le Dimissioni Protette sul territorio ASST Valtellina Alto Lario sono state 649 e sono state tutte gestite dal servizio Fragilità territoriale. E' in fase di attivazione la nuova procedura Dimissioni Protette.
	Presa in carico delle situazioni di fragilità in area materno infantile	n° progetti attivati/ n° schede richieste di intervento > 90%	UOS Famiglia		Segnalazioni pervenute con scheda richiesta intervento: Bormio 1, Morbegno 3, Sondrio 1 Prese in carico in CF: Bormio 1, Morbegno 3, Sondrio 1 n° progetti attivati /schede richeste intervento ricevute =100%	Segnalazioni pervenute con scheda richiesta intervento: Bormio 2, Morbegno 6, Sondrio 3 (le segnalazioni sono state tutte effettuate da CF a Reparto do Ostetricia e Ginecologia di Sondrio). Prese in carico in CF: Bormio 2, Morbegno 6, Sondrio: n. 3 (casi segnalati dal CF al reparto ospedaliero) n° progetti attivati /schede richeste intervento ricevute =100%
	Saturazione posti hospice	n. ricoveri non oncologici/numero ricoveri>40%	UOS Cure Palliative	Dipartimento Cronicità (De Filippi)	monitoraggio al 31/12	Saturazione totale: morbegno= 83%,sondalo= 84%. Relativamente ai non oncologici: morbegno = 19%; sondalo =28%
	PDTA Ortogeriatria	Trasferimenti dall'ortopedia entro la 4° gior>80%	UOS Ortogeriatria		media trasferimenti 3.36 giornata(20% sopra 4°)	Media trasferimenti 3.44 giornata (20% sopra 4°)
	Valutazione cognitiva anziano fragile	Esecuzione valutazione cognitiva entro 72 H >85%			> 85%	> 85%
	Gestione Intraospedaliera Post acuzie	n. ricoveri sub acuti/posti letto disponibili>=85%	UOC Geriatria		morbegno 83%, sondrio 100%	85,3% (morbegno 86.9% , sondrio 95.6%, chiavenna 73.3%)
	Percorso riabilitazione reumatologica	Esecuzione valutazione ingresso/dimissione > 85%	UOC Riabilitazione Ortopedica		monitoraggio al 31/12	100%
	Trasmissione entro il 28 febbraio 2019 della pianficazione annuale della attività di audit	Predisposizione della pianficazione annuale e attuazione degli audit previsti	UOS Trasparenza e Internal Auditing	Direttore Dipartimento Amministrativo	Nota protocollo D.G. n. 9433 del 28 febbraio 2019	Nota protocollo D.G. n. 9433 del 28 febbraio 2019
	Trasmissione entro il 28 marzo 2019 relazione di monitoraggiosullo stato di attuazione delle attività di audit effettuate nel 2018				Nota protocollo D.G. n. 14232 del 28 marzo 2019	Nota protocollo D.G. n. 14232 del 28 marzo 2019
	Trasmissione entro il 31 luglio 2019 relazione semestrale di monitoraggio sullo stato di attuazione delle attività di audit effettuateal 30 giugno				Nota protocollo D.G. n. 31317 del 30 luglio 2019	Nota protocollo D.G. n. 31317 del 30 luglio 2019

INDICATORI di ATTUAZIONE della GESTIONE

PROCESSI DECISIONALE	PROGETTI - OBIETTIVO	INDICATORE e RISULTATI ATTESI	SITUAZIONE al 30/06	SITUAZIONE al 31/12
TTUAZIONE della GESTIONE	Valutazione governo clinico - Applicazione PDTA Ictus Ischemico	Percentuale di ricoveri per Ictus gestiti presso la Stroke Unit aziendale o trasferiti in altra Stroke Unit regionale (standard >80%)	81,19% (ultimo dato disponibile 31/03/2019)	82,81%
		Percentuale di Schede di Rete Stroke compilate per i casi di Ictus dimessi dalla azienda(standard 100%)	**57% (ultimo dato disponibile 31/03/2019)**	**62,00%**
		Percentuale di casi di ictus ischemico trattati con fibrinolisi(standard >5%)	8,64% (ultimo dato disponibile 31/03/2019)	9,55%
		Percentuale di casi di ictus che effettuano un ricovero in riabilitazione entro 15 giorni dalla data accettazione(standard >25%)	**16,96% (ultimo dato disponibile 31/03/2019)**	**9,40%**
	Valutazione governo clinico - Applicazione PDTA Infarto Miocardico Acuto	Percentuale di Schede di Rete STEMI compilate per casi di Infarto Miocardico Acuto tratto ST dimessi dalla azienda (standard 100%)	**14,75% (ultimo dato disponibile 31/03/2019)**	**76%**
		Percentuale di casi di IMA trattati con PTCA entro 48 ore dal ricovero (standard >30%)	83,58% (ultimo dato disponibile 31/03/2019)	88,86%
		Percentuale di casi di IMA con tempo Door to Balloon entro i 90 minuti (standard >70%)	86,67% (ultimo dato disponibile 31/03/2019)	**62,79**
	Valutazione governo clinico - Applicazione PDTA Tumore della mammella	Percentuale di soggetti operati entro 60 giorni dalla data della mammografia (con dato mammografia presente) (standard >70%)	88,31% (ultimo dato disponibile 31/03/2019)	92,22%
		Percentuale di nuovi casi di tumore della mammella che effettuano una cito-istologia nei 40 giorni precedenti l'intervento chirurgico (standard >80%)	**71,43% (ultimo dato disponibile 31/03/2019)**	87,76
		Percentuale di nuovi casi di tumore alla mammella sottoposti ad intervento utilizzando la tecnica del linfonodo sentinella (standard >80%)	79,01% (ultimo dato disponibile 31/03/2019)	79,52%
		Percentuale di casi sottoposti a tecnica chirurgica radicale che effettuano la ricostruzione della mammella (standard >80%)	86,67% (ultimo dato disponibile 31/03/2019)	83,33%
		Percentuale di nuovi casi che avviano un trattamento medico entro 2 mesi dall'intervento chirurgico (standard >85%)	69,74% (ultimo dato disponibile 30/09/2018)	65,96%
		Percentuale di nuovi casi che avviano un trattamento radioterapico adiuvante entro 2 mesi dall'intervento chirurgico (standard >85%)	67,44% (ultimo dato disponibile 30/09/2018)	79,63%
	Valutazione governo clinico - Applicazione PDTA	Percentuale di casi con trattamento chirurgico per tumore del colon entro 60 gg dall'endoscopia diagnostica (con dato endoscopia disponibile) (standard >80%)	91,30% (ultimo dato disponibile 31/03/2019)	86,84%

INDICATORI di ATTUAZIONE della GESTIONE

PROCESSI DECISIONALE	PROGETTI - OBIETTIVO	INDICATORE e RISULTATI ATTESI	SITUAZIONE al 30/06	SITUAZIONE al 31/12
A'	Tumore del colon retto	Percentuale di nuovi casi di tumore al retto sottoposti a intervento che effettuano un trattamento CHT/RT o chirurgico 60 gg dall'endoscopia diagnostica (standard >80%)	100% (ultimo dato disponibile 31/03/2019)	100%
	Valutazione performance - indicatori di appropriatezza	degenza media pre-operatoria (standard <1,25)	1,37 (ultimo dato disponibile 30/06/2019)	Sondrio 1,4 - Sondalo 1,6 - Chiavenna 1
		% drg medici dimessi da reparti chirurgici: ricoveri ordinari (standard <20%)	33,50% (ultimo dato disponibile 30/06/2019)	Sondrio 32,0 - Sondalo 31,4 - Chiavenna 56,3
		% ricoveri ripetuti entro 30 giorni con lo stesso MDC (standard <2%)	2,78% (ultimo dato disponibile 30/06/2019)	Sondrio 2,7 - Sondalo 3,3 - Chiavenna 1,9
		% ricoveri ordinari medici brevi sul totale dei ricoveri (standard <15%)	21,90% (ultimo dat disponibile 30/06/2019)	Sondrio 23,3 - Sondalo 20,9 - Chiavenna 8,1
		% fratture di femore operate entro 48 ore dall'ammissione (età≥ 65 anni) (standard >75%)	72,82% (ultimo dato disponibile 30/06/2019)	Sondrio 67,9 - Sondalo 82,4
	Valutazione governo clinico - indicatori di processo in area Materno Infantile	% tagli cesarei su parti in classe di Robson I e III (standard <5%)	6,2% (ultimo dato disponibile 30/06/2019)	6,06%
		% tagli cesarei su parti in classe di Robson IIa e Iva (standard >16%)	12,16% (ultimo dato disponibile 30/06/2019)	13,3% (ultimo dato disponibile 31/12/2019)
		% tagli cesarei su parti in classe di Robson IIB e IvB (standard <3%)	3,9% (ultimo dato disponibile 30/06/2019)	3,40%
	Attuazione del processo di BUDGET 2019, tenendo conto dei seguenti obiettivi:	° obiettivi legati ancora alla messa a regime della L.R. 23/2015		Obiettivi valutati e presentati al NdV, via call, in data 17/07/2020.
		° obiettivi DG		
		° obiettivi contratto ATS (tetti di produzione, indicatori relativi alla parte variabile dell'attività ambulatoriale)		
		° obiettivi di costo		
		° obiettivi risorse umane		
		° altri obiettivi aziendali specifici		

INDICATORI di ATTUAZIONE dei PROGRAMMI TRIENNALI per la TRASPARENZA e INTEGRITA' e per il PIANO per la PREVENZIONE della CORRUZIONE

PROCESSI DECISIONALE	PROGETTI - OBIETTIVO	INDICATORE e RISULTATI ATTESI	RESPONSABILE PROGETTO	RESPONSABILE MONITORAGGIO	SITUAZIONE al 30/06	SITUAZIONE al 31/12
OBBLIGHI DI PUBBLICITÀ, TRASPARENZA, DIFFUSIONE DI INFORMAZIONI (D.LGS 33/2013) - DISPOSIZIONI IN MATERIA DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE	Adozione/aggiornamento PTPCT	n. e data deliberazione	RPCT	Responsabile Area "Sistema dei controlli interni"	Con provvedimento deliberativo aziendale n. 90 del 30 gennaio 2019 è stato adottato il PTPCT - anni 2019-2021	Con provvedimento deliberativo aziendale n. 90 del 30 gennaio 2019 è stato adottato il PTPCT - anni 2019-2021
	Adozione relazione annuale del RPCT	n.protocollo e data comunicazione			Nota protocollo RPCT n. 4780 del 31 gennaio 2019	Nota protocollo RPCT n. 4780 del 31 gennaio 2019
	Monitoraggio pubblicazione	Attestazione NVP(OIV)			Attestazione NVP del 10 aprile 2019	Attestazione NVP del 10 aprile 2019
	Trasparenza: pubblicare i dati e le informazioni di competenza nella sezione Amministrazione trasparente del sito intranet aziendale	n.protocollo e data comunicazione del monitoraggio trimestrale al RPCT	Strutture coinvolte nella pubblicazione nella sezione Amministrazione trasparente	RPCT	**Attestazioni al 20.03.2019** -Direzione Sanitaria: nota protocollo n. 12658 del 20.03.2019 -Direzione Socio sanitaria:nota protocollo n. 13540 del 25.03.2019 -UOC Legale, Giuridico e Affari Generali:nota protocollo n. 12849 del 21.03.2019 -Avvocatura:nota protocollo n. 12813 del 20.03.2019 -UOC Risorse Umane:nota protocollo n. 12650 del 20.03.2019 -UOC Qualità e Risk Management: nota protocollo n. 12599 del 20.03.2019 -UOC Sia:nota protocollo n. 12253 del 18.03.2019 -UOC Economico Finanziario- UOS Controllo di Gestione:nota protocollo n. 10716 del 08.03.2019 -UOC Approvvigionamenti:nulla -UOC Gestione Patrimonio Immobiliare:nulla. **Attestazioni al 20.06.2019** -Direzione Sanitaria: nota protocollo n. 30609 del 23.07.2019 -Direzione Socio sanitaria: nulla -UOC Legale, Giuridico e Affari Generali:nota protocollo n. 27545 del 01.07.2019 -Avvocatura:nota protocollo n. 27196 del 27.06.2019 -UOC Risorse Umane:nota protocollo n. 26308 del 20.06.2019 -UOC Qualità e Risk Management: nota protocollo n. 25043 del 12.06.2019 -UOC Sia:nota protocollo n. 26393 del 21.06.2019 -UOC Economico Finanziario- UOS Controllo di Gestione:nota protocollo n. 27681 del 02.07.2019 -UOC Approvvigionamenti:nulla -UOC Gestione Patrimonio Immobiliare:nulla.	**Attestazioni al 20.09.2019** -Direzione Sanitaria: nota protocollo n. 39218 del 26.09.2019 -Direzione Socio sanitaria:nota protocollo n. 35190 del 30.08.2019 -UOC Legale, Giuridico e Affari Generali:nota protocollo n. 38583 del 23.09.2019 -Avvocatura:nota protocollo n. 40638 del 03.10.2019 -UOC Risorse Umane:nota protocollo n. 38337 del 20.09.2019 -UOC Qualità e Risk Management: nota protocollo n. 37580 del 17.09.2019 -UOC Sia: nulla -UOC Economico Finanziario- UOS Controllo di Gestione:nota protocollo n. 45951 del 07.11.2019 -UOC Approvvigionamenti:nulla -UOC Gestione Patrimonio Immobiliare: nota protocollo n. 44084 del 25.10.2019. **Attestazioni al 20.12.2019** -Direzione Sanitaria: nota protocollo n. 52155 del 20.12.2019 -Direzione Socio sanitaria: nota protocollo n. 50539 del 10.12.2019 -UOC Legale, Giuridico e Affari Generali:nota protocollo n. 52212 del 23.12.2019 -Avvocatura:nota protocollo n. 239 del 03.01.2020 -UOC Risorse Umane:nota protocollo n. 52064 del 20.12.2019 -UOC Qualità e Risk Management: nota protocollo n. 50569 del 10.12.2019 -UOC Sia:nota protocollo n. 51917 del 19.12.2019 -UOC Economico Finanziario- UOS Controllo di Gestione:nota protocollo n. 50048 del 05.12.2019 -UOC Approvvigionamenti:nulla -UOC Gestione Patrimonio Immobiliare:nulla.
	Prevenzione corruzione: monitoraggio sull'adeguatezza PTPCT	n.protocollo e data comunicazione del monitoraggio semestrale al RPCT	Referenti RPCT	RPCT	In fase di implementazione	**Nota protocollo RPCT n. 45662 del 5.11.2019** -UOC Risorse Umane: nota protocollo n. 3773 del 28.01.2020 -UOC Approvvigionamenti: nota protocollo n. 4015 del 30.01.2020 -UOC Gestione Patrimonio Immobiliare: nota protocollo n. 50577 del 10.12.2019 -UOC Eonomico Finanziario- UOS Controllo di Gestione: nota protocollo n. 2214 del 20.01.2020 -UOC Legale, Giuridico e Affari Generali: nota protocollo n. 1762 del 16.01.2020 -UOC Organizzazione dei Presidi Aziendali: nota protocollo n. 4014 del 30.01.2020 -UOC SIA: nota del 20.01.2019 -UOS Prevenzione e Protezione: nota protocollo n. 2232 del 20.01.2020 -UOC Direzione Medica dei Presidi: nota protocollo n. 1017 del 10.01.2020 -UOC SITRA: nota protocollo n. 2053 del 17.01.2020 -UOC Medicia Legale: nota del 20.01.2020 -UOC Farmacia: nota protocollo n. 2030 del 17.01.2020 -UOC Qualità e Risk Management: nota protocollo n. 52696 del 30.12.2019 -UOS Tecnologie Innovative: nota del 20.01.2020 -Dipartimento Attività Territoriali: nota protocollo n. 905 del 09.01.2020 -UOC Area Terr. Medio Alto Lario: nota protocollo n. 1072 del 10.01.2020 -UOC Area Terr. Valchiavenna e Bassa Valtellina: nota protocollo n. 1805 del 16.01.2020 -UOC Area Terr. Media Valtellina: nota protocollo n. 2067 del 17.01.2020 UOC Area Terr. Alta Valtellina: nota protocollo n. 2067del 17.01.2020