

Sistema Socio Sanitario



Regione  
Lombardia

ASST Valtellina e Alto Lario

**RELAZIONE al**  
**PIANO della PERFORMANCE**  
**2023/2025**

## Sommario

<b>Premessa</b> .....	<b>3</b>
<b>Valutazione della performance organizzativa, sintesi dei principali risultati raggiunti</b> .....	<b>5</b>
<b>Risultati performance organizzativa</b> .....	<b>5</b>
MANTENIMENTO DELLA QUALITA' E DELL'APPROPRIATEZZA DELLE PRESTAZIONI .....	6
ACCESSIBILITA' E SODDISFAZIONE DELL'UTENTE .....	7
QUALITA' DEI PROCESSI CLINICI ED ASSISTENZIALI .....	13
QUALITA' DELL'ASSISTENZA .....	16
QUALITA' DEI PROCESSI TECNICI ED AMMINISTRATIVI .....	18
PIANIFICAZIONE E MONITORAGGIO DEI PROCESSI AZIENDALI .....	18
EFFICIENZA ECONOMICA .....	19
<b>Processo di budget</b> .....	<b>21</b>
Valutazione performance organizzativa.....	21
Valutazione performance individuale .....	24
<b>Pubblicazione</b> .....	<b>24</b>



## PREMESSA

L'importante intervento normativo definito dal DL n. 80/2021 recante “Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionale all’attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l’efficienza della giustizia” ha previsto per le pubbliche amministrazioni con più di cinquanta dipendenti, a esclusione delle scuole di ogni ordine e grado e delle istituzioni educative, l’adozione entro il 31 gennaio di ogni anno del Piano Integrato di Attività e Organizzazione.

Tale documento include il piano programmatico triennale, Piano della Performance, in cui l’Azienda evidenzia gli obiettivi da perseguire e le risorse impiegate per raggiungerli, ponendosi in piena continuità con il Piano della Performance e le correlate relazioni degli Esercizi precedenti.

L’approvazione del PIAO 2023–2025 è avvenuta con delibera del 31 gennaio 2023 n. 83 e successiva integrazione del 27 giugno, n. 477 – pubblicata sul portale istituzionale di ASST Valtellina – Alto Lario il 27 giugno 2023. L’anno 2023 ha visto il consolidarsi del Piano della Performance all’interno del PIAO rendendolo un piano più snello, con validazioni dello stesso in fasi successive, legate all’attribuzione degli obiettivi regionali e alle scadenze previste dalla normativa e dalle eventuali nuove calendarizzazioni regionali, nonché di Esercizio.

La presente relazione, rivista nella sua strutturazione, ha lo scopo di descrivere lo stato di raggiungimento, per l’anno 2023 degli obiettivi definiti nel Piano della Performance relativamente al triennio 2023-2025, chiudendo il processo di valutazione della performance, secondo quanto previsto dalla normativa vigente ovvero secondo le indicazioni fornite dall’Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) della Performance, ovvero dal Nucleo di Valutazione delle Prestazioni (NVP).

La presente relazione illustra ai cittadini e a tutti gli altri stakeholder i risultati di performance ottenuti nel 2023, con particolare riferimento all’analisi di dettaglio degli indicatori che rendicontano gli aspetti più rilevanti nonché i risultati ottenuti in una logica di miglioramento e di innovazione.

## OBIETTIVI DI PERFORMANCE

Gli obiettivi di performance aziendali sono costituiti:

- ✓ da obiettivi strategici e operativi di performance;
- ✓ da obiettivi regionali, definiti con delibera di Giunta Regionale “Determinazioni in ordine agli obiettivi delle Agenzie di Tutela della Salute (ATS), delle Aziende Sociosanitarie Territoriali (ASST) e dell’Azienda Regionale Emergenza Urgenza (AREU) - anno 2023”;
- ✓ nonché da obiettivi definiti con “Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione per l’anno 2023”;
- ✓ da obiettivi di qualità individuati dall'ASST.

Gli obiettivi sono stati monitorati nel corso dell’anno per verificare lo stato di avanzamento delle azioni volte al loro raggiungimento e delle eventuali criticità insorte, seguendo il ciclo descritto all’interno del Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance (SMVP).

## ASSEGNAZIONE DELI OBIETTIVI

Gli obiettivi di performance e gli obiettivi di qualità sono stati assegnati ai direttori di dipartimento e in staff, con un procedimento “di secondo livello”, ai singoli dirigenti e al personale di comparto titolare di incarichi di funzione, in conformità al Regolamento Aziendale di Budget, approvato con delibera n. 739 del 07/12/2022.

Lo stesso disciplina il processo di budget precisando le finalità e i livelli di responsabilità, gli attori coinvolti, la sequenza delle diverse fasi di negoziazione del processo e il processo di valutazione del personale ovvero la misurazione dei risultati e i criteri di erogazione dei fondi di premialità.

## VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE INDIVIDUALE

Il processo di valutazione si svolge secondo le modalità operative e le tempistiche indicate dalla SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane.

La performance individuale concerne il raggiungimento degli obiettivi di ciascun dipendente connessi alla posizione rivestita, avendo riguardo agli obiettivi aziendali assegnati e alla tempistica di loro realizzazione nonché alla performance organizzativa.

Le modalità di svolgimento per il processo di valutazione della performance individuale dell'ASST Valtellina e Alto Lario sono regolamentate dalla delibera n. 806 DEL 21/11/2017 e delibera n. 480 del 8/8/2018 rispettivamente per l'area dirigenza medica-SPTA e per il comparto "Valutazione delle prestazioni ASST Valtellina e Alto Lario", per l'anno 2023 ancora in vigore.

Nella Contrattazione Collettiva Integrativa Aziendale dell'anno 2023 sono stati concordati i criteri per l'attribuzione delle risorse dei fondi della retribuzione di risultato per il personale della Dirigenza e della premialità per il personale del Comparto.

Le risorse della contrattazione collettiva integrativa aziendale per le Aree della Dirigenza e per l'Area del Comparto sono attribuite sulla base della valutazione finale che comprende il raggiungimento degli obiettivi aziendali, regionali, di qualità e di performance.

Con provvedimento n. 253 del 31/03/2023 è stato aggiornato il nuovo regolamento del sistema di misurazione e valutazione della performance dell'Asst Valtellina e Alto Lario – anno 2023.

## VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA, SINTESI DEI PRINCIPALI RISULTATI RAGGIUNTI

La relazione sulla Performance rappresenta i risultati del Ciclo di Gestione della Performance posto in essere dall'ASST della Valtellina e Alto Lario durante il 2023.

L'andamento dell'anno ha mantenuto i positivi risultati prospettati, a testimonianza dell'impegno quotidiano profuso dai professionisti sanitari e amministrativi. ASST ha continuato a svolgere la sua mission, in coerenza con le risorse disponibili, implementando tutte le misure necessarie al raggiungimento degli obiettivi, nonostante le criticità legate alla carenza di personale medico e infermieristico. L'emergenza pandemica non ha inciso sull'organizzazione e l'erogazione delle prestazioni sanitarie e non ci sono state significative rimodulazioni delle attività.

L'Azienda mantiene altresì ottimi risultati negli indicatori relativi alle attività legate all'ambito della Trasparenza e della lotta alla Corruzione, a testimonianza dell'attenzione posta dall'ASST al tema del contrasto dei fenomeni corruttivi.

A seguire sarà pertanto possibile prendere visione dei principali obiettivi relativi a ogni linea strategica individuata dal Piano delle Performance.

## Risultati Performance Organizzativa

### MANTENIMENTO DELLA QUALITA' E DELL'APPROPRIATEZZA DELLE PRESTAZIONI

Questi indicatori valutano l'appropriatezza delle prestazioni erogate in termini di tempistica e di regime di erogazione. Gli indicatori di esito si ispirano agli indicatori del Programma Nazionale Esiti (PNE) e riguardano gli assistiti Lombardi.

Tutti gli indicatori registrano un miglioramento rispetto al 2022 ovvero un sostanziale mantenimento dei valori attesi e/o già rendicontati negli anni precedenti nonostante le perduranti criticità legate al personale medico, a cui l'Azienda ha cercato di sopperire con l'attivazione di molteplici convenzioni con altre Aziende lombarde e/o facendo ricorso a rapporti liberi professionali.

Di seguito una rappresentazione dei singoli indicatori.

OBIETTIVO	INDICATORE	BASELINE 2022	RISULTATO ATTESO 2023	RISULTATO 2022	RISULTATO 2023
Performance (appropriatezza ed esito) - interventi tumore mammella annui	N. interventi chirurgici per tumore della mammella annui	148	>=135 interventi	164	176
Performance (appropriatezza ed esito) - parti taglio cesareo	% di parti con taglio cesareo primario (in strutture con meno di 1.000 parti all'anno)	18,40%	<=20%	Sondalo - 16%	Sondalo - 15%
				Sondrio - 19%	Sondrio - 19%
Performance (appropriatezza ed esito) - fratture femore	% di fratture del collo del femore operate entro 48 ore dall'ammissione (pz >= 65 anni)	59%	>=60%	Sondalo - 74%	Sondalo - 84%
				Sondrio - 50%	Sondrio - 62%
Performance (appropriatezza ed esito) - infarto	Infarto miocardico acuto: % trattati con PTCA entro due giorni	86%	>=45%	83%	84%

## ACCESSIBILITA' E SODDISFAZIONE DELL'UTENTE

### Liste d'attesa 2023

In tema di Appropriatezza, nel corso del 2023 Regione Lombardia ha emesso numerose DGR relative al Piano Operativo Regionale per il contenimento dei tempi di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero previste nel PNGLA con correlati indicazioni relative alle “Linee di intervento per il governo delle liste di attesa delle prestazioni ambulatoriali - strategia di contenimento dei tempi di attesa” e alla “Riorganizzazione agende”.

Il superamento della fase pandemica, che ha determinato una progressiva normalizzazione dell'attività di ricovero e dell'attività ambulatoriale con ritorno ai volumi pre-pandemici, ha permesso all'Azienda di cercare di migliorare i tempi di attesa dei ricoveri chirurgici, delle visite e delle prestazioni ambulatoriali, compresi gli screening, nonché i tempi di attesa in Pronto Soccorso con un monitoraggio giornaliero del boarding di Pronto Soccorso.

Anche a fronte di una riduzione nell'organico, la nostra Azienda dal 2019 ad oggi ha avuto una riduzione nell'organico dei Medici, ASST ha continuato a garantire agende di prestazioni ambulatoriali aggiuntive in orari serali, prefestivi e festivi finalizzate appunto al recupero delle liste d'attesa, facendo anche un sostanziale ricorso alle prestazioni aggiuntive, anche per gli interventi contemplati nel PNGLA e/o espressamente indicati/richiesti da Regione Lombardia; contestualmente sono stati monitorati i tempi di attesa dei ricoveri chirurgici oncologici che risultano coerenti con le tempistiche previste da Regione Lombardia. Sono state garantite anche le consuete attività di screening per il Tumore del Colon-Retto e della Mammella e HPV.

Complessivamente, a fronte di un target di circa 70.500 prestazioni ne sono state rese quasi 72.000 con il raggiungimento della piena percentuale di saturazione, fatto salvo per due tipologie di prime visite e di prestazioni strumentali, il cui valore medio di saturazione è stato pari al 95%.

	TARGET	EROGATO	% SATURAZIONE
PRESTAZIONI	ASST DELLA VALTELLINA E DELL'ALTO LARIO		
Prima visita cardiologica (897A3)	3.400	3.391	100%
Prima visita chirurgica vascolare (897A6)	450	419	93%
Prima visita dermatologica (897A7)	3356	2139	64%
Prima visita di medicina fisica e riabilitazione (897B2)	2500	2455	98%
Prima visita endocrinologica/diabetologica (897A8)	1967	1989	101%

Prima visita gastroenterologica (897A9)	397	420	106%
Prima visita ginecologica (89261)	1.100	1.500	136%
Prima visita neurologica [neurochirurgica] (8913)	2.374	3.283	138%
Prima visita oculistica (9502)	5200	5459	105%
Prima visita oncologica (897B6)	419	430	103%
Prima visita orl (897B8)	3800	3878	102%
Prima visita ortopedica (897B7)	3500	3469	99%
Prima visita pneumologica (897B9)	1500	1359	91%
Prima visita urologica/androgica (897C2)	2.121	2.147	101%
<b>Totale prime visite</b>	<b>32.084</b>	<b>32.338</b>	<b>101%</b>
Colonscopia con endoscopio flessibile. (4525)	1.405	1.411	100%
Diagnostica ecografica del capo e del collo (88714)	1.741	1.830	105%
Diagnostica ecografica del cuore (88721 e 8872A)	0	0	0%
Diagnostica ecografica mammella (88731, 88732)	900	980	109%
Eco(color)doppler dei tronchi sovraaortici (88735)	2000	2036	102%
Eco(color)dopplergrafia cardiaca a riposo (non associabile a 88.72.1, 88.72.3 e 88.72.A) (88722)	2350	2311	98%
Eco(color)dopplergrafia cardiaca a riposo e dopo prova fisica o farmacologica (non associabile a 88.72.1, 88.72.2 e 88.72.A) (88723)	10	16	160%
Eco(color)dopplergrafia degli arti superiori o inferiori o distrettuale, arteriosa o venosa (88772)	1500	1531	102%
Ecografia addome (88761, 88751, 88741)	5310	5374	101%
Ecografia ostetrico - ginecologica (8878, 88782)	500	543	109%
Elettrocardiogramma (8952)	6689	6518	97%
Elettrocardiogramma dinamico (8950)	1376	1408	102%
Elettromiografia semplice [emg] (93081)	200	250	125%
Esame audiometrico tonale (95411)	1649	1648	100%
Esofagogastroduodenoscopia [egd] (4516)	1950	1967	101%
Fotografia del fundus (9511)	6	2	33%
Mammografia (878371,87372)	430	554	129%
Polipectomia endoscopica dell'intestino crasso (4542)	208	290	139%



Risonanza magnetica nucleare (rm) (88954, 88912, 8893, 88955, 88931, 88911)	4000	3937	98%
Spirometria (89372,89371)	650	719	111%
Test da sforzo (8944, 8941)	0	0	0%
Tomografica computerizzata (tc) (88381, 88382, 88016, 8703, 88012, 88385, 88011, 87411, 8741, 88013, 87031, 88014, 88015)	5.700	6.211	109%
<b>Totale diagnostica e strumentale</b>	<b>38.574</b>	<b>39.536</b>	<b>102%</b>
<b>TOTALE</b>	<b>70.658</b>	<b>71.874</b>	<b>102%</b>

### Altri indicatori

In linea con il 2022 sono anche gli esiti di altri tre indicatori di natura sanitaria quali i DRG ad alto rischio inappropriately, la percentuale dei ricoveri per colecistectomie laparoscopiche con degenza post - operatoria inferiore ai 3gg. e soprattutto la percentuale degli interventi chirurgici oncologici eseguiti entro i tempi per classe di priorità A.

Incrementato anche il numero prenotazioni prelievi di laboratorio passati da una baseline di 1.000 prenotazioni a oltre 20.000.

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET	2023
Liste d'attesa 2023-DRG chirurgici oncologici	% interventi chirurgici oncologici eseguiti entro i tempi per classe di priorità A - Rispetto target indicati da RL	90%	94%
Performance (Appropriatezza ed esito) - Colecistectomie laparoscopiche: % ricoveri con degenza post - operatoria inferiore ai 3gg	Rispetto del target regionale	>=90%	CHIR GEN SDR 91%
			CHIR GEN CHI 96%
			CHIR GEN SDL 73%
Performance (appropriatezza e esito) - DRG ad alto rischio inappropriately	Rapporto tra ricoveri DRG ad alto rischio di inappropriately e ricoveri con DRG non a rischio di inappropriately	<=15%	12%
Implementazione sistema CHATBOT per la prenotazione degli accessi per i prelievi di laboratorio	numero prenotazioni prelievi di laboratorio	> 1.000	24.055

## Attività medico legali per finalità pubbliche

Anche per il 2023 i tempi di attesa per gli accertamenti dell'area invalidità sono stati rispettati; l'indicatore previsto è stato "Tempo medio di attesa tra data di acquisizione pratica e prima convocazione visita per invalidità (escluse le procedure d'urgenza) " $\leq 60$  giorni solari". A fine anno il tempo medio di gestione delle pratiche è risultato di 30 giorni, in miglioramento rispetto ai 33 dell'anno precedente.

OBIETTIVO	INDICATORE	BASELINE 2022	RISULTATO ATTESO 2023	RISULTATO 2022	RISULTATO 2023
Contenere i tempi di attesa per gli accertamenti dell'area invalidità civile	Tempo medio di presa in carico delle pratiche (in giorni)	Tempo medio di gestione pratica= 33 gg.	$\leq 60$ gg	33 gg.	30 gg.

Dettaglio per sede e trimestre:

Sede/Giorni	Trim. 1	Trim. 2	Trim. 3	Trim. 4	Media Annuale
SONDRIO	29,4	32,1	29,3	27,3	29,5
BORMIO	21,7	19,3	20,8	14,6	19,3
CHIAVENNA	29,6	39,5	28,2	14,4	27,8
DONGO	35,5	52,3	34,5	21,5	34,8
MORBEGNO	36	43,2	38,8	29,4	36,5
TIRANO	22,8	24,4	29	16,4	23,9
<b>Media Annuale</b>	<b>29,8</b>	<b>35,2</b>	<b>31</b>	<b>24</b>	<b>29,9</b>

## QUALITA' DEI PROCESSI CLINICI ED ASSISTENZIALI

### Telemedicina

Come previsto dalla DGR 3528 del 05/08/2020 e dalla normativa nazionale in materia, da fine 2020, l'Azienda ha introdotto l'attività di Telemedicina, che verrà sempre più implementata e che vede pazienti eleggibili a visita di controllo specialistica in telemedicina delle specialità di: endocrinologia, diabetologia, nefrologia, reumatologia, neuroriabilitazione, psichiatria, ematologia, neurologia. Attraverso la televisita è possibile fare una conversazione video e scambiarsi documenti come referti diagnostici, prescrizioni farmacologiche, foto, file. Il percorso è definito in modo da non implicare alcun accesso fisico ai presidi di ASST da parte del paziente o del suo caregiver.

L'attività in televisita si è consolidata nel corso del 2022, con arruolamento di nuove specialità, ivi compreso il Consultorio e le attività Psichiatriche per l'area territoriale. Nel corso del 2023 tale attività si è confermata per quasi tutte le unità operative coinvolte, a cui si è aggiunta l'implementazione della refertazione della Terapia Anticoagulante (TAO).

OBIETTIVO	INDICATORE	BASELINE 2022	RISULTATO ATTESO 2023	RISULTATO 2022	RISULTATO 2023
TELEMEDICINA	numero visite ematologiche (sorveglianza TAO); numero visite in Telemedicina; numero visite in Teleriabilitazione	n. 36 visite ematologiche; n. 2718 visite in Telemedicina; n. 30 visite in Teleriabilitazione.	incremento	n. 36 visite ematologiche; n. 2718 visite in Telemedicina; n. 30 visite in Teleriabilitazione	CPS 100% RO SDL 0% unità spinale 0% endocrinologia 100% Medicina SO 100% Medicina SDL 100%

## Vaccinazioni

Nel corso del 2023, come di consueto, è stata garantita l'offerta vaccinale così come previsto Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale in vigore.

Di seguito la percentuale di raggiungimento dell'obiettivo 2023 rispetto al target previsto:

OBIETTIVO	INDICATORE	BASELINE 2022	RISULTATO ATTESO 2023	RISULTATO 2022	RISULTATO 2023
Garantire l'offerta vaccinale e le coperture previste dal PNPV/PRPV	Copertura vaccinale bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	96%	>=95%	93%	96%

Nello specifico, la programmazione ha previsto l'erogazione di:

- vaccinazioni per età come da calendario vaccinale;
- vaccinazioni per soggetti a rischio per condizioni patologiche e loro conviventi;
- vaccinazioni per soggetti a rischio per esposizione professionale;
- vaccinazioni per soggetti a rischio per determinati comportamenti o condizioni;
- counselling e vaccinazioni per il viaggiatore internazionale.

Sono stati presi in carico dai Centri Vaccinali della nostra ASST 12.982 utenti ai quali sono stati somministrati 36957 vaccini per un importo di spesa pari a €1.530.620. Sul totale delle vaccinazioni effettuate, 2011 vaccini sono stati effettuati in regime di co-pagamento e di servizi resi ai privati, garantendo all'azienda un introito di circa €90.000.

Nella tabella sottostante, il volume di pazienti, accessi e vaccini dell'ultimo triennio.

	N. pazienti	N. accessi	N. vaccini	N. pazienti	N. accessi	N. vaccini	N. pazienti	N. accessi	N. vaccini
	2021	2021	2021	2022	2022	2022	2023	2023	2023
Ambulatorio Vaccinazioni - Bormio	1094	1701	2856	1161	1914	3300	1087	1872	3208
Ambulatorio Vaccinazioni - Chiavenna	1626	2577	4262	1642	2608	4324	1939	3163	5224

Ambulatorio Vaccinazioni - Dongo	907	1460	2339	916	1568	2621	949	1736	2747
Ambulatorio Vaccinazioni - Livigno	440	837	1489	513	865	1470	436	846	1492
Ambulatorio Vaccinazioni - Morbegno	3262	5193	8532	3216	5530	9268	3452	6067	9838
Ambulatorio Vaccinazioni - Sondrio	3309	5094	7920	3094	5101	8619	3457	6021	9620
Ambulatorio Vaccinazioni - Tirano	1629	2646	4344	1643	2822	4841	1639	2859	4646

Relativamente alle vaccinazioni Covid, nel 2023 si sono concluse le somministrazioni del vaccino. Di seguito il totale delle vaccinazioni rilevate nell'ultimo triennio.

MESE	2021	2022	2023	TOTALE VACCINAZIONI
GENNAIO	4065	58083	1010	63158
FEBBRAIO	6103	16825	148	23076
MARZO	19348	4394	97	23839
APRILE	31058	2488	24	33570
MAGGIO	56537	1689	15	58241
GIUGNO	58934	707	4	59645
LUGLIO	62279	3384	1	65664
AGOSTO	34962	2354	0	37316
SETTEMBRE	20462	1071	18	21551
OTTOBRE	15372	4031	732	20135
NOVEMBRE	18252	3312	2048	23612
DICEMBRE	51546	1777	1416	54739
<b>TOTALE VACCINAZIONI</b>	<b>378918</b>	<b>100115</b>	<b>5513</b>	<b>484546</b>

## QUALITA' DELL'ASSISTENZA

### Qualità – Risk Management

La gestione del rischio clinico è un'importante area strategica, funzionale non solo al sistema di gestione della qualità delle prestazioni, ma anche alle implicazioni economiche e finanziarie che ne derivano. Il Centro Regionale fornisce annualmente con le linee operative, e le indicazioni per lo sviluppo delle tematiche indicate nelle linee guida di Risk management.

Il Risk Manager, quale coordinatore del Gruppo per la Gestione del Rischio, supporta tutte le figure interessate per i relativi aspetti di responsabilità, affinché si possano sviluppare interventi integrati e metodologicamente strutturati di gestione del rischio con tutte le figure preposte con una logica di facilitazione, attraverso l'analisi di quanto messo in campo negli anni precedenti, degli esiti delle azioni intraprese o in fase di sviluppo, allo scopo di predisporre un'analisi dei rischi specifici derivanti dall'evento pandemico, adeguando i propri modelli di monitoraggio al mutato quadro di riferimento, sia per quanto riguarda l'individuazione delle aree critiche che possono generare conseguenze agli utenti, sia per i possibili esiti legali di tali situazioni.

Le attività di Risk management nel 2023 sono state molteplici e complesse e sono state basate su quanto indicato nelle "Linee Operative Risk Management in Sanità - Anno 2023" di Regione Lombardia; tali attività hanno visto ancora il coinvolgimento attivo del Risk Manager, in quanto l'attività di Risk Management è basata sullo sviluppo di una metodologia a supporto dei processi decisionali con una logica di valutazione del rischio. Gli obiettivi specifici dell'attività ordinaria di Risk management sono stati raggiunti. Anche i monitoraggi semestrali eventi avversi/sinistri/cadute/infortuni sono stati puntualmente rendicontati nel report annuale di Risk Management anno 2023. La rendicontazione finale del piano di risk anno 2023 è stata inviata in RL entro la data del 31/01/2024 e pubblicata nella intranet aziendale.

Di seguito la percentuale di raggiungimento dell'obiettivo 2023 legato al monitoraggio semestrale degli eventi avversi/sinistri/cadute/infortuni rispetto al target previsto.

OBIETTIVO	INDICATORE	BASELINE 2022	RISULTATO ATTESO 2023	RISULTATO 2022	RISULTATO 2023
Risk Management - monitoraggio semestrale	Risk Management: monitoraggio semestrale eventi avversi/sinistri/cadute/infortuni	100%	100%	100%	100%

## Cadute

Le cadute rientrano tra gli eventi avversi più frequenti nelle strutture sanitarie, il cui rischio, seppure sempre presente, è diverso per i vari setting assistenziali. Si tratta di eventi potenzialmente prevenibili tramite la rilevazione di alcuni elementi, anche attraverso strumenti validati in letteratura che, congiuntamente a una valutazione clinica ed assistenziale globale, consentono agli operatori sanitari di adottare le opportune azioni preventive. Attraverso la valutazione di ciascun paziente e l'attuazione di interventi mirati alla riduzione dei fattori di rischio personali ed ambientali è possibile prevenire e comprimere il rischio di caduta. È fondamentale che operatori, pazienti e familiari/caregiver acquisiscano la consapevolezza del rischio di caduta e collaborino in modo integrato e costante, attento all'applicazione di strategie multifattoriali. La definizione del rischio da caduta del paziente in struttura sanitaria è un indicatore della qualità

assistenziale. La capacità e la possibilità di una gestione immediata e corretta del paziente dopo una caduta e di una assistenza appropriata per gli eventuali esiti sono obiettivi professionali ed organizzativi fondamentali per gli operatori e per le strutture.

Dai dati relativi alle segnalazioni di caduta a livello aziendale si evince che il tasso di cadute con danno nel 2023 è leggermente in incremento rispetto agli anni precedenti, si è potuto notare una maggiore sensibilità alla segnalazione degli eventi da parte dei professionisti sanitari, anche dovuta al fatto di aver introdotto nel 2023 un nuovo applicativo informatico per favorire le segnalazioni, applicativo che subirà modifiche anche nel corso del 2024.

Di seguito la percentuale di raggiungimento dell'obiettivo 2023:

Cadute con danno (***) di persone ricoverate / gg degenza x 10000	Dati 2020	Dati 2021	Dati 2022	Dati 2023
n. cadute con danno	60	56	55	77
giornate di degenza totali	125.401	129.639	131.960	132.527
<b>Tasso su giornate di degenza *10000</b>	<b>4,78</b>	<b>4,32</b>	<b>4,17</b>	<b>5,81</b>

(\*) Nel dato cadute con danno sono considerate le cadute (da conseguenza lieve a grave danno/decesso - escluse le cadute con nessuna conseguenza).

## Progetti formativi

L'attività formativa per il 2023 è stata definita nel Piano di Formazione Aziendale, approvato con delibera n. 171 del 03/03/2023.

Il Piano di Formazione è uno strumento programmatico che tiene in considerazione l'analisi periodica dei fabbisogni formativi interni, le linee di indirizzo del Piano Sanitario Nazionale, le linee di indirizzo del Piano Sanitario Regionale e le Indicazioni operative di Regione Lombardia sullo Sviluppo Professionale Continuo. La programmazione delle attività formative tiene altresì conto delle necessità emerse dall'analisi dei processi e dei bisogni formativi sui tre versanti delle competenze organizzative, professionali e relazionali, così come previsto dall'accordo Stato-Regioni attualmente vigente.

Nel Piano di Formazione sono inseriti 116 eventi formativi, di cui 108 da accreditare con il sistema lombardo ECM/CPD e 8 eventi non ECM, per un totale di 244 edizioni, di cui 232 ECM e 12 non ECM. Per il Piano di Formazione è stato deliberato un budget complessivo di € 145.816

Al 31/12/2023, rispetto ai corsi pianificati nel Piano di Formazione 2023 sono stati progettati 94 corsi dei 116 pianificati (81%), di cui 90 corsi ECM e 4 non ECM. Di seguito la percentuale di raggiungimento dell'obiettivo 2023 e la tabella riepilogativa relativa alla progettazione degli eventi.

INDICATORE		BASELINE 2022	RISULTATO ATTESO 2023	RISULTATO 2022	RISULTATO 2023
Attuazione progetti formativi inseriti nel piano di formazione secondo i requisiti definiti da RL		66%	>=65%	71%	85%
	CORSI ORIGINALI	INTEGRAZIONE DI PIANO	TOTALI EVENTI FORMATIVI	PROGETTATI E REALIZZATI	
ECM	108	23	131	Tot. 113 90 ORIGINALI 23 EXTRAPIANO	
NON ECM	8	7	15	Tot. 11 4 ORIGINALI 7 EXTRAPIANO	
TOT.	116	30	146	ORIGINALI 94/116 = 81 %, di cui ECM 90 /108 = 83% NON ECM 4/8 = 50% EXTRAPIANO 30/30= 100%, di cui ECM 23/31 e non ECM 7/7 = 100%	
				Totale eventi progettati da Piano ed Extra-piano: 124/146 = 85%	



## PROCESSI TECNICI E AMMINISTRATIVI

### Azioni strutturali e organizzative

L'attività 2023 si è caratterizzata per l'attuazione del piano annuale del Programma triennale dei lavori pubblici dell'Azienda. I documenti di programmazione sono stati redatti tenendo conto delle assegnazioni statali/regionali, in parte già acquisite dall'Azienda e in parte da confermare a conclusione dell'iter amministrativo in corso, in conformità alle Linee Guida e alle richieste di Regione Lombardia.

Sono di seguito riportati, alla data del 31/12/2023, gli interventi significativi in fase di esecuzione e quelli per i quali i finanziamenti risultano stanziati:

- opere di bonifica di manufatti contenenti amianto presso i presidi ospedalieri di Sondrio, Sondalo, Morbegno e Chiavenna, nonché presso la struttura di Tirano: le opere risultano collaudate;
- interventi di edilizia sanitaria per opere di adeguamento alla normativa antincendio, prima fase, da realizzare presso il presidio ospedaliero di Sondrio, per un importo di circa € 3.5 mln. L'intervento risulta in corso di esecuzione;
- altre numerose opere di manutenzione diffuse ai numerosi fabbricati aziendali e relative alla messa in sicurezza antincendio e adeguamento dei luoghi di lavoro.

Sono state concluse le progettazioni, dopo attivazione di convenzione da parte di ARIA S.p.A., dei lavori di adeguamento normativo del presidio ospedaliero di Sondalo per un importo complessivo pari ad € 7 mln (DGR n. 6548/2017 e DGR n. 7150/2017) e per interventi analoghi di importo complessivo pari a € 3 mln presso il presidio ospedaliero di Chiavenna (DGR2468/2019). Sempre tramite attivazione di Convenzione ARIA è in fase di esecuzione la progettazione dell'intervento relativo alla realizzazione di un nuovo reparto malattie infettive presso il presidio ospedaliero di Sondalo (DGR n. 3264 del 16/06/2020) per un importo complessivo pari a € 2 mln, di cui è stato approvato il progetto esecutivo. Risulta redatto lo studio di fattibilità relativo al potenziamento del presidio ospedaliero di Sondrio, per un importo indicativo stimato di € 50 mln.

Sono terminate le progettazioni esecutive delle opere per la realizzazione delle Case di Comunità (CdC) e Ospedali di Comunità (OdC) del territorio dell'ASST della Valtellina e Alto Lario non ancora attivati (CdC di Tirano, Sondrio, Morbegno e Chiavenna, OdC di Tirano e Sondalo); per la CdC e OdC di Dongo è stato redatto il progetto di esecutivo. Per gli interventi CDC di Morbegno, CDC di Chiavenna, CDC di Sondrio e ODC di Sondalo si è provveduto all'inizio o alla consegna dei lavori.

Sono in attesa di approvazione da parte del competente ministero gli interventi rimodulati relativi al piano straordinario investimenti in Sanità (DGR n. 3479 del 05/08/2020), che riguardano la realizzazione di una nuova terapia intensiva presso il quarto padiglione del presidio ospedaliero di Sondalo, e il trasferimento della rianimazione al piano seminterrato del padiglione "Sud" del presidio ospedaliero di Sondrio; si è provveduto a inviare nota a Regione Lombardia

relativamente alle problematiche sorte dopo la richiesta di ODA all'appaltatore per i lavori relativi alla realizzazione di ulteriori camere a pressione negativa presso il primo padiglione di Sondalo.

Sono state eseguite le analisi di vulnerabilità sismica ed è in corso la conferenza dei servizi per le progettazioni per gli edifici "CRA/Chiapedi" del complesso "ex ospedale psichiatrico" di Sondrio, oggetto di un finanziamento regionale di € 1.5 mln Sono in fase di progettazione esecutiva delle opere per la ristrutturazione della palazzina CRA/CPS di Chiavenna, all'interno di un finanziamento complessivo di € 1 mln.

### Attuazione legge regionale n. 22/2021- Distretti

Il settore aziendale polo territoriale delle ASST è articolato in distretti e in dipartimenti a cui afferiscono i presidi territoriali delle stesse ASST che svolgono l'attività di erogazione dei LEA riferibili all'area di attività dell'assistenza distrettuale. Sono quattro i Distretti vigenti.

- **DISTRETTO VALCHIAVENNA E ALTO LARIO**

Sono proseguiti i lavori di ristrutturazione della sede che ospiterà la Casa di Comunità di Chiavenna. La conclusione delle opere è prevista per fine ottobre 2024. Per quanto riguarda la Casa di Comunità di Dongo sono iniziati i lavori per l'edificazione della nuova CdC, la cui conclusione è prevista per la metà dell'anno 2026.

- **DISTRETTO MEDIA VALLE**

Per quanto riguarda le Case di Comunità di Berbenno e Chiesa in Valmalenco, è proseguita l'offerta sociosanitaria ai cittadini. Sono in corso valutazioni rispetto al potenziamento dei servizi rivolti all'utenza in risposta ai bisogni della collettività. È aperto lo sportello scelta/revoca un giorno alla settimana.

- **DISTRETTO BASSA VALLE**

Per quanto riguarda la Casa di Comunità di Morbegno con il 2024 si è dato inizio dei lavori di ristrutturazione dell'edificio che ospiterà la Casa di Comunità. L'intervento di riqualificazione da cronoprogramma durerà circa sei mesi con la conclusione dei lavori prevista tra luglio e agosto di quest'anno.

- **DISTRETTO ALTA VALLE**

Nel territorio del Distretto Alta Valle sono presenti e già operative due Case di Comunità, una a Livigno e l'altra a Bormio. Nel corso 2024 sono iniziati i lavori della Casa di Comunità di Tirano.

## PIANIFICAZIONE E MONITORAGGIO DEI PROCESSI AZIENDALI

### Piano Triennale Prevenzione Corruzione Trasparenza

In merito agli obiettivi regionali relativi alla corretta applicazione delle norme in materia di trasparenza ed anticorruzione - anno 2023, il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza di ASST Valtellina e Alto Lario è chiamato a fornire una sintetica relazione e l'evidenza documentale di avere aggiornato tutti gli strumenti necessari previsti dalla normativa in materia di trasparenza ed anticorruzione (attestazione NdV e Relazione annuale RPCT relative all'anno 2022), nonché di avere recepito le eventuali prescrizioni pervenute dagli organi di controllo di Regione Lombardia e indirizzate all'ASST Valtellina e Alto Lario nel corso del 2023.

In particolare, ogni anno, al fine di consentire l'adeguato svolgimento delle attività connesse alla predisposizione del Piano triennale di prevenzione della corruzione e della trasparenza, ANAC predispone una griglia per la compilazione e la pubblicazione, solitamente entro il 31 gennaio, della Relazione annuale che i RPCT sono tenuti ad elaborare ai sensi dell'art. 1, co. 14, della legge 190/2012.

Per quanto concerne l'ambito della trasparenza e gli oneri collegati alla pubblicazione dei dati e delle informazioni di competenza nella sezione Amministrazione Trasparente del sito intranet aziendale, le strutture coinvolte hanno effettuato le trimestrali attestazioni nel corso dell'anno. Le attestazioni dei singoli uffici sono agli atti del Servizio di competenza. Relativamente alla Delibera ANAC 203 del 17 maggio 2023 "Attestazioni OIV, o strutture con funzioni analoghe, sull'assolvimento degli obblighi di pubblicazione al 30 giugno 2023 e attività di vigilanza dell'Autorità", l'Azienda ha pubblicato in data 13/09/2023 l'Attestazione e la Griglia di rilevazione, predisposta dal NdV, unitamente alla ricevuta di ANAC, di trasmissione della predetta documentazione da parte del NdV, entrambe rilasciate in data 11/09/2023 mentre in data 05/12/2023 l'Attestazione e la Griglia di rilevazione predisposta dal NdV unitamente alla ricevuta di ANAC di trasmissione della predetta documentazione da parte del NdV, entrambe rilasciate in data 01/12/2023.

Per quanto a conoscenza del RPCT, non sono pervenute all'Azienda prescrizioni da parte degli Organismi di controllo di Regione Lombardia.

Di seguito la percentuale di raggiungimento dell'obiettivo 2023:

OBIETTIVO	INDICATORE	BASELINE 2022	RISULTATO ATTESO 2023	RISULTATO 2022	RISULTATO 2023
Prevenzione della corruzione / trasparenza	Predisposizione e pubblicazione della Relazione entro il 15 gennaio o altra data stabilita da ANAC	In linea con le scadenze	Pubblicazione della Relazione nella sezione Amministrazione trasparente, sottosezione Altri contenuti - Prevenzione della corruzione, del sito internet aziendale	100%	nota prot.11170 del 11/01/2023 per la scadenza del 15 gennaio 2023

## Piano di Internal Auditing

Il Piano di Internal Auditing rappresenta la strategia per la creazione di valore dell'Azienda. Attraverso il suddetto Piano l'Azienda verifica l'adeguatezza del sistema di controllo interno aziendale, inteso come controllo di terzo livello che presidia i controlli tipici delle funzioni aziendali (secondo livello – Controllo di gestione, Risk Management, Accreditamento, Qualità...) e quelli legati alla responsabilità dirigenziale (primo livello). Al fine di implementare un piano di attività strutturato, di effettiva misurazione e adeguato monitoraggio è necessario che le verifiche effettuate dal gruppo di audit e le relative raccomandazioni siano trasferite, per quanto possibile, in obiettivi organizzativi contenuti nel Piano della performance in modo che gli obiettivi strategici riferiti al sistema di controllo interno aziendale siano direttamente correlati con gli obiettivi di performance organizzativa. In tale contesto è fondamentale il contributo operativo delle persone coinvolte che attraverso le proprie azioni collaborano al miglioramento organizzativo dell'Azienda.

L'attività svolta è stata documentata ed è depositata presso la SS Trasparenza e Internal Auditing.

Con delibera n. 56 del 27/01/2023 è stato adottato il Programma delle attività di Audit - anno 2023 e con delibera n. 632 dell'08/09/2023 il programma di Audit è stato integrato.

Dal report finale si evince che l'obiettivo complessivo è stato parzialmente raggiunto. Le strutture che non hanno completato le implementazioni stanno mettendo in atto le raccomandazioni formulate. Si rimanda all'allegato la percentuale di raggiungimento dell'obiettivo 2023.

## **EFFICIENZA ECONOMICA**

### Beni e Servizi

L'ASST della Valtellina e dell'Alto Lario ha continuato ad operare per il contenimento della spesa di acquisto di "Beni e Servizi" nel rispetto delle indicazioni normative nazionali e regionali attraverso le seguenti scelte operative: adesione a Convenzioni ARIA; adesione a Convenzioni Consip; acquisto su MEPA della Consip o attraverso negoziazioni effettuate tramite SINTEL; aggregazione degli acquisti, prevalentemente con aderenti al consorzio ATS Montagna – ATS Insubria o, comunque, con altre ATS lombarde; rinegoziazione dei contratti in essere, ove possibile, attraverso le informazioni di comparazioni prezzi pervenute da Regione Lombardia o tramite l'utilizzo del DTW regionale. Per l'anno 2023 sono stati rispettati gli obiettivi fissati dalle regole ed in particolare l'invio dei flussi informativi con le scadenze previste e nei termini temporali dettati da Regione Lombardia.

Sul fronte dei costi per Beni e Servizi incrementano i costi delle consulenze sanitarie, dei servizi sanitari da terzi e dei servizi non sanitari. La spesa per "Beni e Servizi" rispetto all'Esercizio 2022 da Consuntivo 2023 è incrementata di € 12.443.786, soprattutto alla luce della spesa derivante dai contratti di appalto per

servizi medici, necessari al fine di garantire l'attività sanitaria in diverse specialità quali cardiologia, radiologia, anestesia e rianimazione, ortopedia, pediatria e pronto soccorso, nonché all'attivazioni di altre convenzioni LP. Nel 2023 si sono aggiunte consulenze per allergologia, ortopedia, anatomia patologica e laboratorio analisi, radiologia, terapia del dolore e cure palliative. Tali contratti d'appalto derivano dall'impossibilità di assumere personale dipendente, dovuta non per mancanza di volontà dell'azienda, ma alla mancata adesione ai bandi di concorso o alla rinuncia alla presa in servizio a seguito di concorsi e bandi attivati. La grave carenza di personale ha fatto sì che l'Azienda ha dovuto ricorrere nel tempo anche a cooperative e/o società esterne. Da segnalare la continuazione nel 2023 delle convenzioni di pediatria nel PO di Sondalo, di ortopedia nel PO di Sondrio e Sondalo e di assistenza medica al PS di Sondalo già attive nel 2021.

Sui servizi non sanitari, oltre che sul servizio di "Facility Management", l'incremento si evidenzia in particolare sulle pulizie per l'adeguamento prezzi, sull'energia elettrica e sul servizio di vigilanza antincendio. Da rilevare infine, l'incremento rispetto al 2022 dei costi dell'Integrativa e Protesica per l'incremento del costo dei noleggi, gestione magazzino e forniture protesiche.

Di seguito la percentuale di raggiungimento dell'obiettivo 2023:

OBIETTIVO	INDICATORE	BASELINE 2022	RISULTATO ATTESO 2023	RISULTATO 2022	RISULTATO 2023
Rispetto tempistiche di pagamento	Pubblicazione indicatore di tempestività dei pagamenti	100%	100%	100%	100%
Rispetto tempistiche di pagamento	Indicatore di tempestività dei pagamenti negativo	<0	<0	< 18.32	< 24.68
Rispetto tempistiche di pagamento	Consolidamento del percorso PAC	100%	100%	100%	100%
Rispetto tempistiche di pagamento	Pieno Allineamento costi-ricavi e debiti-crediti	100%	100%	100%	100%
Rispetto tempistiche di pagamento	Anticipazione Tesoreria	100%	100%	100%	100%

### Consolidamento del percorso PAC

Nel 2023 è proseguito il lavoro di verifica, revisione e implementazione delle procedure PAC a suo tempo predisposte e formalmente adottate con delibera aziendale come richiesto da Regione. Alcune sono state confermate, mentre altre sono state aggiornate ma sospese in attesa di essere emanate nel 2024.

### Pieno Allineamento costi-ricavi e debiti-crediti

Per quanto riguarda il Pieno Allineamento costi-ricavi e debiti-crediti è stato raggiunto per ogni trimestre il pieno allineamento delle partite Intercompany.

### Anticipazione Tesoreria

Come negli anni scorsi, anche nel 2023 non si è ricorsi ad anticipazioni di Tesoreria.

## Tempi di pagamento

A livello finanziario, negli anni passati, Regione Lombardia ha introdotto una specifica scheda denominata di "raccordo economico finanziario", volta all'analisi sempre più precisa dei flussi di cassa, onde evitare l'anticipazione di tesoreria e garantire il rispetto delle tempistiche di pagamento verso i fornitori a 30 e 60 giorni. L'indicatore di tempestività dei pagamenti è calcolato come la somma, per ciascuna fattura emessa a titolo corrispettivo di una transazione commerciale, dei giorni effettivi intercorrenti tra la data di scadenza della fattura o richiesta equivalente di pagamento e la data di pagamento ai fornitori moltiplicata per l'importo dovuto, rapportata alla somma degli importi pagati nel periodo di riferimento. A livello finanziario Regione Lombardia anche nel 2023 ha garantito un flusso mensile di cassa in acconto tale da garantire i pagamenti degli stipendi e dei fornitori. Ciò ha permesso anche di avere dei tempi di pagamento positivi.

L'indicatore aziendale di tempestività dei pagamenti a fine anno è infatti risultato essere pari a -24,68. Tale dato è stato pubblicato sul portale aziendale di "Amministrazione Trasparente".

## **PROCESSO di BUDGET**

### Valutazione Performance Organizzativa

L'azienda persegue l'implementazione e lo sviluppo del ciclo della performance partendo dalla programmazione triennale di obiettivi strategici e operativi, secondo i principi e criteri di cui all'art. 10 del D. Lgs. 150/2009, recentemente integrati all'interno del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) ai sensi del D. L. 80/2021 e s.m.i., stabilendo il collegamento, così come voluto dal SMVP, tra performance organizzativa e individuale.

La performance organizzativa è l'elemento centrale del Piano della performance che, a partire dal quadro strategico di riferimento, evidenzia il contributo dell'amministrazione, delle sue singole strutture e dei dirigenti, in termini di obiettivi specifici, indicatori e target da raggiungere secondo una pianificazione triennale e, a livello operativo, secondo una programmazione annuale. È uno strumento di pianificazione e programmazione finalizzato a: supportare i processi decisionali, favorendo la verifica di coerenza tra risorse e obiettivi; migliorare la consapevolezza del personale rispetto agli obiettivi dell'amministrazione; comunicare agli stakeholder priorità e risultati attesi.

L'ASST Valtellina e Alto Lario utilizza il budget come strumento di programmazione annuale degli obiettivi e dell'allocazione delle risorse. A livello di singola unità organizzativa, il budget rappresenta uno strumento di responsabilizzazione sugli obiettivi da perseguire e sulle risorse da utilizzare.

L'azienda adotta un regolamento di budget, nel quale sono definite le fasi del processo, dalla programmazione alla definizione degli obiettivi strategici ed economici, dall'assegnazione dei budget ai Dipartimenti Gestionali e ai Centri di Responsabilità, attraverso un monitoraggio intermedio degli obiettivi, una verifica finale e una valutazione degli obiettivi.

Obiettivi, indicatori e risultati attesi sono elementi distinti, ma perfettamente complementari nel disegno della performance organizzativa attesa. Gli obiettivi devono essere quantificabili e misurabili, attraverso la definizione di target che devono, a loro volta, essere sfidanti, ancorché raggiungibili. L'indicatore è, invece, lo strumento che rende possibile l'acquisizione di informazioni necessarie per misurare la performance ottenuta come conseguenza di una pluralità di attività svolte: esso può essere costituito da una formula che esemplifica un rapporto in percentuale, da un valore assoluto ovvero da una descrizione qualitativa in caso di descrizione di una azione da compiere secondo un determinato cronoprogramma dato.

- **Area sanitaria e sociosanitaria**

Per l'anno 2023, la Direzione Sanitaria e Sociosanitaria, in accordo con la Direzione Generale, ha dato avvio a una negoziazione di budget mirata, indirizzando le UU.OO. aziendali nella programmazione delle loro attività alla luce delle diverse urgenze, necessità e obiettivi che si sono sviluppate/i nel corso dell'Esercizio 2023. La fase di negoziazione si è conclusa tra fine giugno e metà luglio. La scheda di budget 2023 conteneva obiettivi e indicatori provenienti dalle regole e obiettivi regionali, nonché quelli legati alla produzione sanitaria e/o ai contratti firmati fra l'ASST e l'ATS della Montagna.

- **Area amministrativa**

In ragione della natura di supporto all'attività sanitaria e sociosanitaria dell'Azienda, per l'area amministrativa è stato assegnato il budget a ciascuna Unità Operativa del Dipartimento Amministrativo seguendo le tipiche fasi del processo di budget. La prima fase di negoziazione degli obiettivi si è svolta in sede di riunione di Dipartimento Amministrativo, il giorno 03/05/2023, tra il Direttore Amministrativo e i Direttori delle singole Unità Operative. La scheda di budget 2023 conteneva obiettivi e indicatori provenienti dalle regole e obiettivi regionali, nonché aziendali utilizzando un'APP, attivata in via sperimentale nel 2022, specifica per digitalizzare e facilitare la compilazione; questa metodologia ha permesso di rendere autonomi i Direttori di Struttura nell'arco di un tempo definito e al contempo al CdG e alla Direzione Amministrativa di poter verificare in tempo reale lo stato di compilazione e/o di aggiornamento della scheda.

La predisposizione delle schede budget, anche nel 2023 è stata limitata alla parte strategica (obiettivi e indicatori provenienti dalle regole e obiettivi regionali, nonché aziendali); non sono stati assegnati obiettivi di natura economica (costi e ricavi delle Unità Operative), i quali sono stati indirettamente monitorati e gestiti a livello aziendale attraverso le analisi trimestrali in occasione delle Certificazioni Economiche Trimestrali ovvero dell'invio di specifici flussi (ex. flusso contratti osservatorio acquisti).

Complessivamente, la fase di valutazione è iniziata nel mese di aprile con l'autonoma rilevazione degli indicatori da parte del Controllo di Gestione ovvero l'invio di apposite mail per la rendicontazione di specifici obiettivi a ciascun Direttore/Responsabile. Nel mese di giugno, si è conclusa la fase di raccolta delle

rendicontazioni corredate dalla necessaria documentazione attestante l'avvenuto raggiungimento degli obiettivi, coinvolgendo anche i Direttori di Direzione Strategica. Nei primi 10 giorni di luglio si è concluso l'iter valutativo, con la presentazione delle risultanze al NdV nella seduta del 12/07/2024. Nello specifico sono stati illustrati i risultati di ogni singolo obiettivo, integrando le risultanze con mirate analisi laddove necessario.

Le modalità di valutazione degli obiettivi e la conseguente assegnazione dei punteggi sono riportate nel regolamento di budget 2022, valido anche per l'Esercizio 2023, approvato in data 07/12/2022.

Per ogni UU.OO. viene calcolato quindi un rapporto percentuale di raggiungimento (effettivo/atteso). La somma dei singoli punteggi rapportata al numero degli obiettivi determina la percentuale di raggiungimento totale finale.

Nella tabella sottostante viene riassunta la scala di misurazione degli obiettivi ovvero il rapporto fra lo scostamento percentuale rilevato e il punteggio attribuito.

<b>Scostamento</b>	<b>Punteggio</b>
0% <=5%	100/100
>5% e <=10 %	90/100
>10% e <= 20%	80/100
>20% e <= 30%	70/100
>30% e <= 50%	50/100
<50%	0

Ciascuna unità operativa ottiene dunque un punteggio complessivo percentuale che viene poi declinato su tre fasce di raggiungimento in base alle indicazioni del sistema di valutazione aziendale del personale.

La strumentazione informatica utilizzata a supporto della redazione delle schede finali di budget è il nuovo modulo "R3 Performance" per la gestione informatizzata del processo di budget, un applicativo del software per il recupero e l'elaborazione dei dati provenienti dal datawarehouse aziendale attualmente in gestione dall'azienda OSLO s.r.l..

La distribuzione dei punteggi finali in esito alla valutazione degli obiettivi di budget assegnati a ciascuna U.O. per l'annualità 2023 è la seguente:



<i>INTERVALLO PUNTEGGIO VALUTAZIONE OBIETTIVI DI BUDGET</i>	<i>NR. UU.OO</i>
>=90	56
>= 80 e < 90	11
>= 70 e < 80	4
>= 50 e < 70	1
<50	0

## Valutazione Performance Individuale

La misurazione e la valutazione della performance individuale rappresentano una delle fasi del “Ciclo di gestione della performance”: tale ciclo parte dalla definizione di obiettivi ed indicatori e si conclude con l’utilizzo dei sistemi premianti e dei sistemi di rendicontazione dei risultati. Il grado di raggiungimento degli obiettivi assegnati all’unità organizzativa in sede di negoziazione di budget ha effetto diretto anche sulla valutazione individuale.

Il processo di valutazione si svolge secondo le modalità operative e le tempistiche indicate dalla SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane.

La performance individuale concerne il raggiungimento degli obiettivi di ciascun dipendente connessi alla posizione rivestita, avendo riguardo agli obiettivi aziendali assegnati e alla tempistica di loro realizzazione nonché alla performance organizzativa.

Le modalità di svolgimento per il processo di valutazione della performance individuale dell’ASST Valtellina e Alto Lario sono regolamentate dalla delibera n. 806 DEL 21/11/2017 e delibera n. 480 del 8/8/2018 rispettivamente per l’area dirigenza medica-SPTA e per il comparto “Valutazione delle prestazioni ASST Valtellina e Alto Lario” per l’anno 2023 ancora in vigore.

Nella Contrattazione Collettiva Integrativa Aziendale dell’anno 2023 sono stati concordati i criteri per l’attribuzione delle risorse dei fondi della retribuzione di risultato per il personale della Dirigenza e della premialità per il personale del Comparto.

Le risorse della contrattazione collettiva integrativa aziendale per le Aree della Dirigenza e per l’Area di Comparto sono attribuite sulla base della valutazione finale che comprende il raggiungimento degli obiettivi aziendali, regionali, di qualità e di performance.

Con provvedimento n. 253 del 31/3/2023 è stato aggiornato il nuovo regolamento del sistema di misurazione e valutazione della performance dell’ASST Valtellina e Alto Lario – anno 2023.

Relativamente all’anno 2023 si riportano di seguito i dati relativi al grado di raggiungimento della performance individuale del personale dipendente:

- **PERSONALE AREA COMPARTO**

Con riferimento al processo di valutazione individuale relativo all'annualità 2023 rispetto alla valutazione dell'anno precedente, non ci sono state particolari novità.

- Le schede sono distinte in tre tipologie, a seconda del livello economico, con item di valutazione e la pesatura delle macroaree differenti, nello specifico: Personale tecnico/amministrativo/sanitario A, B, BS, C (area Performance Individuale 20%, area Competenze 50%, area Comportamenti 30%);
- Personale tecnico/amministrativo/sanitario D, DS (area Performance Individuale 40%, area Competenze 20%, area Comportamenti 40%);
- Personale tecnico/amministrativo/sanitario D, DS con incarichi di funzione (area Performance Individuale 50%, area Competenze 20%, area Comportamenti 30%).

I punteggi complessivi ottenuti sono stati raggruppati in intervalli come di seguito riportato:

INTERVALLO	FASCIA DI VALUTAZIONE
da 0 a 49	INSUFFICIENTE
da 50 a 69	DISCRETO
da 70 a 85	BUONO
da 86 a 95	OTTIMO
da 96 a 100	ECCELLENTE

I dipendenti con valutazione inferiore a 50 non potevano accedere alla distribuzione della produttività collettiva. Per accedere al fondo relativo alla performance individuale era necessario un punteggio ricompreso nell'intervallo "DISCRETO".

La distribuzione dei punteggi finali in esito alla valutazione individuale per l'annualità 2023 è stata la seguente.

intervalli valutazione comparto 2023	MACROCLASSI	Totale
N.V.	SSN - ASSISTENTI	14
	SSN - OPERATORI	90
	SSN - PERSONALE DI SUPPORTO	10
	SSN - PROFESSIONISTI DELLA SALUTE E FUNZIONARI	92
<b>N.V. Totale</b>		<b>206</b>
0-49	SSN - OPERATORI	1
	SSN - PERSONALE DI SUPPORTO	1
	SSN - PROFESSIONISTI DELLA SALUTE E FUNZIONARI	1
<b>0-49 Totale</b>		<b>3</b>
50-69	SSN - ASSISTENTI	1
	SSN - OPERATORI	10
	SSN - PERSONALE DI SUPPORTO	5
	SSN - PROFESSIONISTI DELLA SALUTE E FUNZIONARI	4
<b>50-69 Totale</b>		<b>20</b>
70-85	SSN - ASSISTENTI	22
	SSN - OPERATORI	113
	SSN - PERSONALE DI SUPPORTO	47
	SSN - PROFESSIONISTI DELLA SALUTE E FUNZIONARI	88
<b>70-85 Totale</b>		<b>270</b>
86-95	SSN - ASSISTENTI	74

	SSN - OPERATORI	409
	SSN - PERSONALE DI SUPPORTO	124
	SSN - PROFESSIONISTI DELLA SALUTE E FUNZIONARI	617
	<b>86-95 Totale</b>	<b>1224</b>
<b>96-100</b>	SSN - ASSISTENTI	59
	SSN - OPERATORI	195
	SSN - PERSONALE DI SUPPORTO	60
	SSN - PROFESSIONISTI DELLA SALUTE E FUNZIONARI	709
	<b>96-100 Totale</b>	<b>1023</b>
<b>Totale complessivo</b>		<b>2746</b>

L'intero processo di valutazione è avvenuto sul portale IRIS web, la scheda individuale è stata resa disponibile al dipendente valutato esclusivamente attraverso il portale, evitando la stampa e la consegna per la sottoscrizione della stessa ma, restando fermo l'obbligo in capo al valutatore di motivare il punteggio e di fornire chiarimenti alle eventuali osservazioni e/o rilievi richiesti dal valutato. Avverso la valutazione, il dipendente ha potuto presentare istanza motivata al Collegio di Conciliazione come previsto dall'art. 7 del regolamento aziendale, entro e non oltre 30 giorni dalla data di sottoscrizione/presa visione della scheda di valutazione.

L'accordo vigente con le OOSS e RSU per la distribuzione del fondo della premialità è avvenuta tenendo conto della seguente suddivisione:

- 70% Performance organizzativa (budget di struttura);
- 30% Performance individuale
- Quota pari a € 100.000 a valere sulle risorse residue del fondo premialità per il finanziamento di Progetti aziendali strategici

Hanno partecipato alla distribuzione del fondo i dipendenti del comparto con almeno 3 mesi di servizio effettivo nell'anno solare di riferimento, nonché con una valutazione di performance individuale positiva.

- **PERSONALE AREA DIRIGENZA**

Con riferimento al processo di valutazione individuale relativo all'annualità 2023, gli accordi sui criteri di distribuzione della retribuzione di risultato prevedono che le risorse economiche disponibili siano suddivise come segue:

- 60% Performance organizzativa
- 40% Performance individuale;

Per quanto attiene i punteggi della scheda individuale di valutazione, è prevista una distribuzione secondo i seguenti intervalli:

- punteggio valutazione compreso tra 95,1 a 100= ECCELLENTE - quota 100%;
- punteggio valutazione compreso tra 60,1 e 95 = % quota pari alla valutazione effettivamente raggiunta;
- punteggio valutazione compreso tra 50,1 e 60 = INSUFFICIENTE - nessuna quota;

Il punteggio minore/uguale a 50 è da considerarsi valutazione NEGATIVA ai fini di quanto previsto dalla normativa e CCNL vigenti.

Si rammenta inoltre che nella fascia NV sono ricompresi i dipendenti per i quali non è stata effettuata la valutazione individuale a causa di periodo di servizio inferiore ai 3 mesi e assenza dal servizio per l'intera annualità 2023, a titolo di Legge 104, maternità e aspettativa.

La distribuzione dei punteggi finali in esito alla valutazione individuale per l'annualità 2023 è stata la seguente:

<b>Distribuzione punteggi valutazione individuale 2023</b>	
<b>Dirigenza</b>	
<b>Fascia valutazione</b>	<b>Totale</b>
N.V.	19
50,1 – 60	2
60,1 – 95	131
95,1 – 100	260
<b>Totale complessivo</b>	<b>412</b>

L'intero processo di valutazione è avvenuto sul portale IRIS web, la scheda individuale è stata resa disponibile al dipendente valutato esclusivamente attraverso il portale, evitando la stampa e la consegna per la sottoscrizione della stessa ma, restando fermo l'obbligo in capo al valutatore di motivare il punteggio e di fornire chiarimenti alle eventuali osservazioni e/o rilievi richiesti dal valutato.



## PUBBLICAZIONE

La Relazione del Piano della Performance viene pubblicata sul sito istituzionale, nella sezione “*Amministrazione trasparente/Performance/Relazione sulla Performance*” (<https://www.asst-val.it/relazione-sulla-performance>)

ALLEGATO PIAO 2023-2025

DIMENSIONE	OBIETTIVO	INDICATORE	BASELINE 2022	RISULTATO ATTESO 2023	RISULTATO 2022	RISULTATO 2023	risultato atteso anni 2024/2025
ACCESSIBILITA' E SODDISFAZIONE UTENTE	Tempo di risposta alla segnalazione/reclamo	<= 30 giorni	99,66%	Mantenimento Miglioramento	99%	98%	Mantenimento Miglioramento
ACCESSIBILITA' E SODDISFAZIONE UTENTE	Contenere i tempi di attesa per gli accertamenti dell'area invalidità civile	Tempo medio di presa in carico delle pratiche (in giorni)	Tempo medio di gestione pratica= 33 gg.	<=60 gg	33 gg.	30 gg.	Mantenimento
APPROPRIATEZZA E ESITO	Performance (appropriatezza e esito) - interventi tumore mammella annui	N. interventi chirurgici per tumore della mammella annui	148	>=135 interventi	164	176	Mantenimento
APPROPRIATEZZA E ESITO	Performance (appropriatezza e esito) - parti taglio cesareo	% di parti con taglio cesareo primario (in strutture con meno di 1.000 parti all'anno)	18,40%	<=20%	Sondalo - 16% Sondrio - 19%	Sondalo - 15% Sondrio - 19%	Mantenimento
APPROPRIATEZZA E ESITO	Performance (appropriatezza e esito) - fratture femore	% di fratture del collo del femore operate entro 48 ore dall'ammissione (pz >= 65 anni)	59%	>=60%	Sondalo - 74% Sondrio - 50%	Sondalo - 69% Sondrio - 56%	Mantenimento
APPROPRIATEZZA E ESITO	Performance (appropriatezza e esito) - infarto	Infarto miocardico acuto: % trattati con PTCA entro due giorni	86%	>=45%	83%	84%	Mantenimento
EFFICIENZA ECONOMICA	Rispetto tempistiche di pagamento	Pubblicazione indicatore di tempestività dei pagamenti	100%	100%	100%	100%	100%
EFFICIENZA ECONOMICA	Rispetto tempistiche di pagamento	Indicatore di tempestività dei pagamenti negativo	<0	<0	<0	<0	<0
ACCESSIBILITA' E SODDISFAZIONE UTENTE	Implementazione sistema CHATBOT per la prenotazione degli accessi per i prelievi di laboratorio	numero prenotazioni prelievi di laboratorio	n. 907	incremento	907	24055	Mantenimento Miglioramento
DIGITALIZZAZIONE	TELEMEDICINA	numero visite ematologiche (sorveglianza TAO); numero visite in Telemedicina; numero visite in Teleriabilitazione.	n. 36 visite ematologiche ; n. 2718 visite in Telemedicina; n. 30 visite in Teleriabilitazione.	incremento	---	CPS 100% RO SDL 0% unità spinale 0% endocrinologia 100% Med SO 100% Med SDL 100%	incremento
PARI OPPORTUNITA' ED EQUILIBRIO DI GENERE	Piena visibilità del CUG e del Piano Triennale delle Buone Azioni (PAP) attraverso sito web/intranet	Pubblicazione Piano triennale delle buone azioni	Piano Triennale buone azioni	Mantenimento	---	Stesura effettuata	Mantenimento
QUALITA' DEI PROCESSI CLINICI E ASSISTENZIALI	Garantire l'offerta vaccinale e le coperture previste dal PNPV/PRPV	Copertura vaccinale bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	96%	>=95%	93%	96%	Proseguimento obiettivo sulla base delle indicazioni da Regione Lombardia
QUALITA' DELL'ASSISTENZA	Risk Management - Adempimenti	Adempimenti linee operative risk management in sanità. In aderenza alle linee operative e progetti indicati da RL	100%	100%	100%	100%	100%
QUALITA' DELL'ASSISTENZA	Risk Management - monitoraggio semestrale	Risk Management: monitoraggio semestrale eventi avversi/sinistri/cadute/infortuni	100%	100%	100%	100%	100%
QUALITA' DELL'ASSISTENZA	Progetti formativi	Attuazione progetti formativi inseriti nel piano di formazione secondo i requisiti definiti da RL	66%	>=65%	71%	85%	>=65%
QUALITA' DELL'ASSISTENZA	Potenziamento rete territoriale	Rispetto del cronoprogramma di realizzazione delle CdC e gli OdC secondo le indicazioni della DGW -	100%	100%	100%	100%	Proseguimento sulla base del cronoprogramma
QUALITA' DELL'ASSISTENZA	Formazione/aggiornamento/miglioramento per operatori Case di Comunità, Ospedale di Comunità, Centrale Operativa Territoriale	Formazione infermieri di famiglia e Comunità	100%	100%	100%	100%	100%
		Predisposizione e pubblicazione della Relazione entro il 15 gennaio o altra data stabilita da ANAC	In linea con le scadenze	Pubblicazione della Relazione nella sezione Amministrazione trasparente, sottosezione Altri contenuti - Prevenzione della corruzione, del sito internet aziendale		nota prot.11170 del 11/01/2023 per la scadenza del 15 gennaio 2023	Mantenimento obiettivo

DIMENSIONE	OBIETTIVO	INDICATORE	BASELINE 2022	RISULTATO ATTESO 2023	RISULTATO 2022	RISULTATO 2023	risultato atteso anni 2024/2025
QUALITA' DEI PROCESSI TECNICI E AMMINISTRATIVI	Prevenzione della corruzione / trasparenza	Pubblicazione attestazione NVP(OIV) entro la data stabilita da ANAC	In linea con le scadenze	Pubblicazione della Attestazione NVP nella sezione Amministrazione trasparente, sottosezione Controlli e rilievi sull'Amministrazione, Attestazione dell'OIV o di altra struttura analoga nell'assolvimento degli obblighi di pubblicazione, del sito internet aziendale		Relativamente alla Delibera ANAC 203 del 17 maggio 2023 " Attestazioni OIV, o strutture con funzioni analoghe, sull'assolvimento degli obblighi di pubblicazione al 30 giugno 2023 e attività di vigilanza dell'Autorità", l'Azienda ha pubblicato: <ul style="list-style-type: none"> <li>in data 13 settembre 2023 l'Attestazione e la Griglia di rilevazione, predisposta dal NdV, unitamente alla ricevuta di ANAC, di trasmissione della predetta documentazione da parte del NdV, entrambe rilasciate in data 11 settembre 2023</li> <li>in data 5 dicembre 2023 l'Attestazione e la Griglia di rilevazione predisposta dal NdV unitamente alla ricevuta di ANAC di trasmissione della predetta documentazione da parte del NdV, entrambe rilasciate in data 1° dicembre 2023</li> </ul>	Mantenimento obiettivo
		Trasparenza: pubblicare i dati e le informazioni di competenza nella sezione Amministrazione trasparente del sito intranet aziendale attraverso la pubblicazione dei dati previsti dalla normativa vigente con allegata griglia	>= 80%	n. pubblicazioni effettuate / n. pubblicazioni programmate >= 80% (su campione trimestrale)		Verificati durante l'anno i seguenti campioni: SC Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabilità >=80% SC Affari Generali e Legali >=80% Avvocatura >=80% SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane >=80% SC Gestione Acquisti (Provveditorato Economato) >=80% SC Gestione Tecnico Patrimoniale >=80% RPCT >=80% SIA <80% DS >=80% DSS >=80%	Mantenimento obiettivo



DIMENSIONE	OBIETTIVO	INDICATORE	BASELINE 2022	RISULTATO ATTESO 2023	RISULTATO 2022	RISULTATO 2023	risultato atteso anni 2024/2025
		Prevenzione corruzione: adozione misure di prevenzione generali e specifiche	<= 60%	n. misure attuate / n. misure programmate nella sezione Rischi Corruttivi e Trasparenza del PIAO 2023-2025 >= 80% (anno)		<p>Le strutture coinvolte nelle misure di prevenzione generali hanno tutte raggiunto il target previsto, &gt;=80%: SC Approvvigionamenti, SC Gestione Patrimonio Immobiliare, Organizzazione dei Presidi, Avvocatura, SC Affari Generali e Legali, SC Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabilità, SC Risorse Umane, SC NG EU-Qualità e Risk Management, SC SIA, SERT, Aree Territoriali, Direzione Medica, SC Farmacia, SC Medicina Legale, Sitra Territoriale, RSPP, SS Ingegneria Clinica, RPCT.</p> <p>Le strutture coinvolte nelle misure di prevenzione specifiche con raggiungimento dell'obiettivo sono state le seguenti: SC Gestione Tecnico Patrimoniale SC Gestione Acquisti</p>	Mantenimento obiettivo