

Decreto n. 416 del 24/06/2026

OGGETTO: Piano Integrato di Attività e Organizzazione 2025-2027 - Monitoraggio e rendicontazione anno 2025.

IL DIRETTORE GENERALE
nella persona del Dott. Corrado Scolari

Acquisiti i pareri:

del Direttore Sanitario ff:

Dr Andrea Patroni

del Direttore Amministrativo:

Avv. Gabriele Ceresetti

del Direttore Socio-Sanitario:

Dott. Luca Maffei

L'anno 2026, giorno e mese sopraindicati:

CON I POTERI di cui all'art.3 del D.Lgs n.502/1992, così come risulta modificato con D.Lgs n.517/1993 e con D.Lgs n.229/1999 ed in virtù della formale legittimazione intervenuta con DGR n.XII/1623 del 21.12.2023, in attuazione delle LLRR n.33/2009 e 23/2015;

Rilevato che il Responsabile del procedimento riferisce quanto segue:

PREMESSO che:

- l'art.6 del DL 9 giugno 2021, n.80 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" convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2021, n.113 ha previsto che le Pubbliche Amministrazioni con più di cinquanta dipendenti, con esclusione delle scuole di ogni ordine e grado e delle istituzioni educative, adottino, entro il 31 gennaio di ogni anno, il Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO);

- detta normativa ha altresì dato attuazione ad una revisione del precedente D. Lgs. n.150/2009 in tema di performance;

OSSERVATO che con l'introduzione del PIAO l'intento del legislatore è superare la molteplicità degli strumenti di programmazione oggi in uso e creare un testo unico di governance che accorpi il piano della performance, il piano triennale dei fabbisogni, il piano delle azioni positive, il piano del lavoro agile e il piano triennale di prevenzione della corruzione e della trasparenza;

RAMMENTATO che, sulla scorta delle menzionate indicazioni nazionali, con decreto n.36/2025, è stato approvato il "Piano Integrato di Attività ed Organizzazione" (PIAO) Aziendale per il triennio 2025-20267;

CONSIDERATO che:

- l'art.10, co 1, lett.b) del D.Lgs n.150/2009 prevede che entro il 30 giugno di ciascun esercizio sia adottata una Relazione che renda noti, a consuntivo, i risultati organizzativi e individuali conseguiti rispetto agli obiettivi programmati e che tale relazione legittimi i pagamenti delle quote riconosciute ai dipendenti a titolo di premialità;

- è stato quindi predisposto il documento "Piano Integrato di Attività e Organizzazione 2024-2026 - Monitoraggio e rendicontazione anno 2024" che ricomprende al suo interno la sezione "performance" che assolve a quanto richiesto dall'art.10, co 1, lett. b) D.Lgs n.150/2009;

PRESO ATTO che:

- la misurazione della performance e quindi del livello dei servizi erogati è il presupposto fondamentale per responsabilizzare il personale dipendente attraverso l'elaborazione di elementi di valutazione finalizzati ad incrementare l'appropriatezza, l'efficacia e l'efficienza delle prestazioni sanitarie erogate;

- l'attività di monitoraggio richiede un approccio trasversale alle strutture, e presuppone la misurazione dei risultati dell'intera Azienda, in riferimento alle strategie previste dall'amministrazione per soddisfare gli obiettivi di valore pubblico individuati;

VERIFICATO inoltre che il Nucleo di Valutazione delle prestazioni, in data 22.06.2026, ha validato il menzionato "Piano Integrato di Attività e Organizzazione 2025-2027 - Monitoraggio e rendicontazione anno 2025", anche agli effetti di cui al D.Lgs n.150/2009;

RITENUTO pertanto di approvare il documento di monitoraggio e rendicontazione anno 2025 relativo all'attuazione del PIAO 2025- 2027 approvato con decreto n.36/2025;

CONSTATATO che il presente provvedimento non comporta oneri a carico dell'Azienda;

ACQUISITI:

- la proposta del Responsabile del procedimento a seguito di formale istruttoria;
- il parere tecnico favorevole del Direttore Incaricato;

ACQUISITI altresì, per quanto di competenza, i pareri favorevoli dei Direttori Sanitario ff, Amministrativo e Socio-Sanitario;

D E C R E T A

di prendere atto di quanto in premessa descritto e conseguentemente:

1 - di approvare il “Piano Integrato di Attività e Organizzazione 2025-2027 -Monitoraggio e rendicontazione anno 2025” relativo all’attuazione del PIAO 2025-2027 così come risultante dal documento che allegato al presente atto ne forma parte integrante e sostanziale;

2 - di precisare che il documento “Piano Integrato di Attività e Organizzazione 2025-2027 - Monitoraggio e rendicontazione anno 2025” ricomprende al suo interno la sezione “performance” che assolve a quanto richiesto dall’art.10, co 1, lett.b) D.Lgs n.150/2009 anche ai fini del riconoscimento ai dipendenti delle quote a titolo di premialità;

3 - di dare atto che dall’adozione del presente atto non discendono oneri finanziari a carico dell’Azienda;

4 - di incaricare per gli adempimenti conseguenti al presente provvedimento la Struttura proponente del presente atto;

5 - di dare atto che il presente provvedimento è sottoposto al controllo del Collegio Sindacale, in conformità ai contenuti dell’art.3-ter del D.Lgs n.502/1992 e smi e dell’art.12, co.14, della LR n.33/2009;

6 - di disporre, a cura del Servizio Affari Generali e Legali, la pubblicazione all’Albo on-line - sezione Pubblicità legale - ai sensi dell’art.17, co.6, della LR n.33/2009, e dell’art. 32 della L. n.69/2009, ed in conformità alle disposizioni ed ai provvedimenti nazionali e europei in materia di protezione dei dati personali.

IL DIRETTORE GENERALE
(Dott. Corrado Scolari)

**OGGETTO: PIANO INTEGRATO DI ATTIVITÀ E ORGANIZZAZIONE 2025-2027 -
MONITORAGGIO E RENDICONTAZIONE ANNO 2025.**

ATTESTAZIONE DI COMPLETEZZA DELL'ISTRUTTORIA

Il Responsabile del procedimento attesta la completezza dell'istruttoria relativa alla proposta di decreto sopra citato.

Data, 19/06/2026

**IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO
EL MOUTII AMAL**

firma elettronica apposta ai sensi del
D.Lgs n.82 del 7 marzo 2005

ATTESTAZIONE DI REGOLARITA' TECNICA

Il Dirigente/Responsabile/Referente dell'UO/Ufficio/Servizio attesta la regolarità tecnica e la legittimità della proposta di decreto sopra citato.

Data, 19/06/2026

**IL DIRIGENTE/RESPONSABILE/REFERENTE UO/UFFICIO/SERVIZIO
CERESETTI GABRIELE**

firma elettronica apposta ai sensi del
D.Lgs n.82 del 7 marzo 2005

PIANO INTEGRATO DI ATTIVITÀ E ORGANIZZAZIONE 2025 – 2027

MONITORAGGIO E RENDICONTAZIONE ANNO 2025



Indice generale

INTRODUZIONE.....	3
SEZIONE: VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE.....	4
Valore Pubblico.....	4
Azioni Positive.....	7
Performance.....	8
Rischi corruttivi e trasparenza.....	17
SEZIONE: ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO.....	20
Struttura Organizzativa.....	20
Piano triennale dei fabbisogni di personale.....	20
Organizzazione del lavoro agile.....	24
Piano Formativo Aziendale.....	25
REPORT OBIETTIVI STRATEGICI DEL PIAO.....	29

INTRODUZIONE

L'ASST della Valcamonica, nella redazione del Piano Integrato di Attività ed Organizzazione 2025-2027 - programmazione per l'anno 2025, approvato con decreto n.36 del 30.1.2025, ha previsto la rendicontazione dello stesso nella sezione 4 "Monitoraggio".

Nell'ottica di creare un unico documento programmatico, ai sensi della Legge n.113 del 6.8.2021, trovano collocazione nella sezione 2 "Valore pubblico, performance e anticorruzione" del PIAO, il Piano delle Performance ed il Piano per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza e l'integrità, i quali, ancorché redatti separatamente - anche alla luce delle peculiarità procedurali che li caratterizzano - sono poi confluiti nell'unico documento del PIAO.

Al fine di ottemperare al monitoraggio del PIAO ed ai sensi dell'art.10 co.1 lett.b) del D.Lgs 27 ottobre 2009, n.150, di attuazione della Legge 4 marzo 2009, n.15, come modificato dal D.Lgs n.74 del 25 maggio 2017 in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni il quale prevede che, al fine di assicurare la qualità, comprensibilità ed attendibilità dei documenti di rappresentazione della performance, le amministrazioni pubbliche redigano annualmente un documento denominato «Relazione annuale sulla performance» che evidenzia, a consuntivo, con riferimento all'anno precedente, i risultati organizzativi e individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati ed alle risorse, con rilevazione degli eventuali scostamenti, l'ASST compendia in un unico documento la rendicontazione relativa a:

- valore pubblico, con un focus sui macrotemi oggetto di valorizzazione del Piano 2024;
- azioni positive;
- performance;
- rischi corruttivi e trasparenza;
- organizzazione e capitale umano (comprensivo del lavoro agile e della formazione).

Pur nella autonomia della diverse tematiche la riconduzione in un unico documento - oltre che coerente con l'impostazione del PIAO - mira ad una maggiore organicità, nella direzione di una maggiore comprensione degli esiti delle attività dell'anno 2025.

In particolare, con riguardo alla sezione relativa al "valore pubblico", si è inteso compendiare gli esiti dell'attività diretta a pervenire, in modalità trasversale, al perseguimento degli obiettivi strategici che, per la loro funzionalità al miglioramento dell'offerta sanitaria e sociosanitaria, coinvolgono aspetti propri della performance, dell'organizzazione, della formazione e, per quanto possibile, del contrasto a fenomeni di *maladministration*. Rimane inteso che, con riguardo alla rendicontazione in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza, si rinvia agli adempimenti prescritti dalla normativa vigente e da ANAC.

Con riferimento alla sezione connessa alla Relazione annuale sulla performance, essa persegue le seguenti finalità principali:

- miglioramento gestionale grazie al quale l'amministrazione può riprogrammare obiettivi e risorse tenendo conto dei risultati ottenuti nell'anno precedente e migliorando progressivamente il funzionamento del ciclo della performance;
- accountability attraverso il quale l'amministrazione può rendicontare a tutti gli stakeholder, interni ed esterni, i risultati ottenuti nel periodo considerato e gli eventuali scostamenti - e le relative cause - rispetto agli obiettivi programmati. In questa prospettiva, nella predisposizione della Relazione devono essere privilegiate la sinteticità, la chiarezza espositiva, la comprensibilità.

SEZIONE: VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

La sottosezione valore pubblico, performance e anticorruzione è stata costruita rendicontando gli obiettivi ed indicatori che il PIAO 2025-2027 ha introdotto, adottando un approccio sperimentale, in forma di progressiva organicità, pur mantenendo gli aspetti di peculiarità propri di ciascun ambito (in particolare qualora richiesti da specifiche previsioni normative o da puntuali adempimenti).

Valore Pubblico

Il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) - Triennio 2025-2027, con riguardo all'annualità 2025, conteneva, secondo un approccio di necessaria progressività ed in continuità con l'esercizio precedente, una declinazione dei principi di valore pubblico, intesi quali punti nodali attorno ai quali le misure in materia di performance, di prevenzione della corruzione, di gestione del capitale umano e, più in generale delle politiche aziendali, si sviluppavano in forma organica e sistematica.

Una declinazione che, come si è avuto modo di apprezzare nelle successive redazioni del Piano, ha avuto carattere preliminare rispetto ad un'organica definizione dei principi di valore pubblico in coerenza con la normativa di settore e con le peculiarità dell'ASST della Valcamonica.

Il rafforzamento dell'offerta del Polo Ospedaliero rappresenta uno degli snodi centrali dell'azione dell'ASST. Pur in un contesto di ampia valorizzazione dell'erogazione delle prestazioni in ambito territoriale, la garanzia di cura nei confronti dei pazienti acuti costituisce indubbia priorità nel peculiare contesto territoriale della Valle Camonica, ove i Presidi ospedalieri dell'ASST sono gli unici erogatori pubblici di prestazioni di ricovero e cura (delineando un contesto di sostanziale monopolio pubblico e di assoluta marginalità dell'apporto della sanità privata). In tal senso l'azione strategica volta ad assicurare la piena accessibilità dei cittadini alle cure in ambito ospedaliero si è declinata secondo due sostanziali direttrici:

- la valorizzazione del Presidio di area montana di Edolo.

Detta valorizzazione si è sostanziata nel 2025 attraverso un incremento del volume e del valore delle prestazioni erogate. La possibilità di rispondere in maniera efficace ai bisogni della popolazione di riferimento non è potuta che passare attraverso un rafforzamento della dotazione organica di area medica e di area chirurgica, unitamente ad un consolidamento del personale del comparto, nella direzione di una maggiore ricettività dei reparti di degenza ed un'ampliata attività ambulatoriale/laboratoristica/diagnostica;

- lo sviluppo delle reti di patologia nell'ambito delle quali opera l'Ospedale di Valle Camonica.

E' d'altronde essenziale, per garantire un'assistenza sanitaria di qualità e per assicurare la presa in carico di patologie che esigono particolari specializzazioni o dotazioni (es. in materia oncologica o stroke), la partecipazione a percorsi sovra-aziendali, strutturati in forma sistematica: in tal senso, nel corso del 2025, è stata formalizzata, sulla scorta degli indirizzi regionali, l'adesione ad una pluralità di reti operanti a livello lombardo.

Dette reti si inseriscono in un contesto di rafforzamento dei rapporti di ASST con soggetti terzi che, anche non svolgenti funzioni istituzionali in ambito sanitario, collaborano nel

perseguimento di obiettivi strategici di miglioramento dell'offerta. In tal senso, accanto alla storica integrazione con gli altri enti del SSR, nel corso del 2025, anche sulla scorta del Piano di sviluppo del polo territoriale, grande rilievo è stato dato alle forme collaborative con il terzo settore, al fine di una sempre maggiore integrazione tra ambito sanitario, socio-sanitario e sociale.

Sulla scorta delle previsioni nazionali di cui al DM 77/2022, lo sviluppo dell'assistenza sanitaria e socio sanitaria di prossimità rappresenta l'altro *asset* strategico di garanzia dell'offerta ai cittadini. Anche in vista dell'approssimarsi delle scadenze previste dal PNRR (target al 30.6.2026) nel corso del 2025 sono stati raggiunti ambizioni *milestone* con la garanzia di operatività della COT e con l'attivazione di talune Case di Comunità (Ponte di Legno, Cedegolo e Ossimo); per gli Ospedali di Comunità, anche in ragione della loro maggiore complessità infrastrutturale, nell'anno 2025 sono proseguite le opere al fine di consentire nel corso dell'anno 2026 l'attivazione dei servizi. Anche grazie alla disponibilità di questi nuovi luoghi di cura, si è proseguito nella valorizzazione del ruolo delle cure primarie, attraverso un (non facile) coinvolgimento dei MMG e dei PLS nell'ambito delle Case di Comunità, e nell'implementazione delle forme di assistenza domiciliare grazie al ruolo e all'attività degli infermieri di famiglia e di comunità.

Tale obiettivo strategico è inscindibilmente legato a quello del rafforzamento infrastrutturale e tecnologico: una risposta al bisogno di salute di livello non può prescindere dal progredire nella sicurezza delle infrastrutture ospedaliere: in tal senso nel 2025 i lavori sui due Presidi di Esine e Edolo si sono sviluppati secondo i cronoprogrammi, elevando gli standard di sicurezza e comfort. Analogamente con riguardo al parco tecnologico e alle strutture informatiche che, nel corso del 2025, hanno avanzato nelle loro implementazioni, come evidenzia la circostanza della piena applicazione della cartella clinica elettronica.

In piena coerenza con gli indirizzi regionali, il miglioramento dell'accessibilità alle prestazioni ha rappresentato uno degli ambiti principali di intervento. L'Azienda, sulla base dell'analisi della domanda e della capacità di offerta sul proprio territorio, ha confermato e rafforzato l'adozione di misure finalizzate al contenimento dei tempi di erogazione delle prestazioni ambulatoriali, nel rispetto dei codici di priorità definiti, rimodulando l'offerta tenuto conto delle risorse disponibili, anche in vista delle forme di gestione accentrata delle prenotazioni previste per l'anno 2026 (CUP unico regionale).

In tale direzione specifico rilievo è stato affidato, nel corso del 2025, l'estensione del "FAST Cup" quale strumento diretto alla ottimizzazione della gestione delle agende con minor aggravio per l'utenza. L'accessibilità è pure intesa nella direzione di valutare, anche alla luce dello sviluppo della rete territoriale ai sensi della LR n.22/2021 e del DM 77/2022, la percorribilità di meccanismi di erogazione delle prestazioni attraverso modalità che consentano di superare le distanze e peculiarità territoriali e geografiche del territorio camuno-sebino e di affrontare la situazione di carenza di personale medico specialista. Il riferimento è in particolare alle possibilità consentite dalla telemedicina, nelle sue diverse forme e declinazioni. L'anno 2025 ha conosciuto, infatti, un'organica attività - che ha coinvolto tutte le articolazioni sanitarie - volta a mappare e definire le prestazioni potenzialmente erogabili attraverso il

ricorso alla menzionata tecnologia, con valutazioni concrete di sostenibilità e con la definizione di volumi minimi da erogare secondo tale modalità.

Un significativo sforzo è stato profuso per assicurare che l'attività vaccinale e di screening mantenesse livelli percentuali elevati (mediamente superiori alla media regionale): basti pensare alla rilevante adesione alla innovativa campagna di immunizzazione per virus sinciziale nei neonati, con un'adesione che ha valori tra i più alti a livello regionale.

Il concetto di benessere è stato sviluppato anche avuto riguardo a chi, in ambito aziendale, svolge la propria attività professionale. In questa direzione una implementazione delle misure di rilevazione delle esigenze e di promozione di iniziative che vogliono promuovere stili di vita sani e di parità di genere sono state considerate, in una prospettiva di lungo termine, funzionali a livelli qualitativi di vita dei lavoratori e degli utenti.

Il perseguimento degli ambiziosi obiettivi di valore pubblico presuppone innovazioni relative ai profili organizzativi e di gestione del capitale umano, come anche nella relativa sezione declinato: in tal senso, le politiche proprie del piano triennale di fabbisogno del personale e le politiche formative sono state utilizzate quali leve strategiche irrinunciabili.

Secondo il menzionato principio di progressività, gli esiti dell'anno 2025 - già monitorati in corso d'anno - sono stato il fondamento per le determinazioni proprie del PIAO 2026-2028, sempre nella direzione di una maggiore e più oggettiva valutazione del grado di raggiungimento degli obiettivi di valore pubblico, la definizione di obiettivi strategici puntualmente declinati, a cui ancorare la rendicontazione del PIAO.

Azioni Positive

Il Piano Triennale delle Azioni Positive adotta strumenti per migliorare l'organizzazione del lavoro attraverso il benessere delle proprie lavoratrici e dei propri lavoratori. L'ASST della Valcamonica si pone obiettivi sia a livello generale che specifico, considerati ed esplicitati nei documenti programmatici aziendali.

Al fine di conseguire gli obiettivi, previsti nel corso del triennio si intendono perseguire, consolidare e intraprendere le seguenti azioni positive, relativamente alle quali si dettaglia lo stato di attuazione:

- Obiettivo 1: Promozione del ruolo e dell'attività del Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni.
 - Ricostituzione del CUG come da decreto del Direttore Generale n.691 del 30.10.2025.
 - Stesura e approvazione della regolamento (P CUG 001).
- Obiettivo 2: Conciliazione vita lavorativa e vita familiare:
 - Prima analisi del sistema di welfare presenti in altre ASST;
 - Accesso allo Smart-Working a tutti i coordinatori che ne hanno fatto richiesta.
- Obiettivo 3: Sviluppo del benessere organizzativo:
 - Accesso allo sportello psicologico dedicato di n.16 dipendenti per un totale di 40 colloqui.
 - Promozione stili di vita:
 - Gruppo cammino: 8 partecipanti;
 - Corso pilates: 30 partecipanti;
 - Torneo pallavolo: 9 partecipanti;
 - Torneo calcetto: 25 partecipanti;
 - Camminata Borno monte altissimo. 14 partecipanti;
 - Corso yoga: 12 partecipanti;
 - Camminata Diga del Gleno: 38 partecipanti;
 - Camminata Vello Toline: 23 partecipanti;
 - Partecipazione a Race for the Cure : 8 partecipanti;
 - Rifugi in Rosa: 10 partecipanti.
- Obiettivo 4: Sensibilizzazione del personale relativamente al tema della violenza sulle donne:
 - Incontri per definizione procedura aziendale "presa in carico della vittima di violenza" e relative schede e moduli;
 - Progetto "Potenziamento della presa in carico delle donne vittime di violenza con e senza figli minori sul territorio della Valcamonica" finanziato da Regione Lombardia:
 - Azioni intraprese:
 - reperibilità h. 24 del CAV per gli operatori del PS;
 - serate informative sul territorio(24.11.2025);
 - info point presso l'ospedale di Esine e edolo (25.11.2026);
 - Incontro di sensibilizzazione nelle scuole (Liceo Golgi);
 - Partecipazione di n. 4 operatori di ASST agli incontri della Rete territoriale Antiviolenza della Valcamonica come da calendario elaborato dall'ente capofila.

Performance

La misurazione della performance è il presupposto fondamentale per responsabilizzare il personale dipendente attraverso l'elaborazione di elementi di valutazione finalizzati ad incrementare l'appropriatezza, l'efficacia e l'efficienza delle prestazioni sanitarie erogate.

L'attività valutativa richiede un approccio trasversale alle strutture, e presuppone la misurazione dei risultati dell'intera Azienda, in riferimento alle strategie previste dall'amministrazione per soddisfare i bisogni della collettività.

Il D.Lgs n.150/2009 in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle Pubbliche Amministrazioni stabilisce che ogni Amministrazione Pubblica è tenuta a misurare e a valutare la performance con riferimento all'amministrazione nel suo complesso, alle aree di responsabilità in cui si articola e ai singoli dipendenti. Questo, al fine del miglioramento della qualità dei servizi offerti, attraverso la valorizzazione del merito e la trasparenza dei risultati raggiunti e delle risorse impiegate.

Uno degli strumenti previsti dal D.Lgs n.150/2009 a tale fine era per l'appunto il Piano delle Performance, un documento programmatico triennale, adottato in coerenza con i contenuti e il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio, che individuava sia gli obiettivi strategici ed operativi e gli indicatori per la valutazione della performance dell'amministrazione sia gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale ed i relativi indicatori.

La presente sezione rendiconta l'andamento degli obiettivi della sottosezione *Performance* valevole per l'anno 2025, incorporando la Relazione delle Performance ai sensi dell'art.10 co.1 lett.b) del D.Lgs 27 ottobre 2009, n.150, di attuazione della Legge 4 marzo 2009, n.15, come modificato dal D.Lgs n.74 del 25 maggio 2017, al monitoraggio del PIAO.

La rendicontazione si sviluppa in forma descrittiva ed è integrata con il quadro sinottico che schematizza obiettivi e target nonché il loro grado di raggiungimento.

Piano Operativo di Ripresa nel triennio e scorrimento sull'anno 2025

Lo sviluppo degli obiettivi aziendali si è concentrato sulla ripresa e sul potenziamento dell'offerta di prestazioni programmate, nonché sul rispetto dei tempi di attesa per le stesse. In tal senso per l'anno 2025 si può definire l'attività come ordinaria, ma con incremento dei volumi e riduzione dei tempi.

Azioni per la riduzione dei tempi di attesa:

- agende e tempi di attesa:
 - non sospensione o annullamento delle prenotazioni: si conferma azzeramento delle sospensioni causate da COVID e pieno recupero delle prestazioni sospese negli anni 2020/21;
 - mantenimento agende aperte e visibilità verso sovracup regionale GP++: la percentuale di esposizione delle agende è del 70%, sopra la media regionale;
 - rispetto dei tempi d'attesa per ogni classe di priorità, in particolare B e D: tutte le prestazioni con priorità B e D sono state garantite nel rispetto dei tempi di attesa al 90% target regionale;

Risultati rispetto all'incremento dei volumi di prestazioni:

- volume prestazioni ambulatoriali: raggiungimento capacità erogativa target anno di riferimento 2023/2024 (best). Nell'anno 2025 il volume di prestazioni è stato complessivamente del 107,4% rispetto al target. Per quanto riguarda lo specifico obiettivo di ripresa, complessivamente il volume di prestazioni "Prime Visite" ha avuto un incremento rispetto al target del 7,35%; le prestazioni strumentali del +0,84%. Si sottolinea la performance della Radiologia: le prestazioni di diagnostica per immagini sono aumentate del 2,4% nonostante importanti difficoltà di organico ed un obiettivo particolarmente sfidante;

Si allega di seguito tabella completa performance ambulatoriale:



COD	DESCR_PNGLA	TARGET	erogato_2025	DIFF %
PRESTAZIONI STRUMENTALI		23.257	23.453	0,84%
01	Colonscopia con endoscopio flessibile	1.000	913	-8,7%
02	Ecografia del capo e del collo	688	785	14,1%
03	Eco(color)dopplergrafi a dei tronchi sovraaortici	1.366	1.654	21,1%
04	Eco(color)dopplergrafi a cardiaca a riposo	2.092	2.412	15,3%
05	Ecocolordoppler degli arti superiori/inferiori arterioso o venoso	836	1.133	35,5%
06	Ecografia delladdome completo	1.912	1.642	-14,1%
07	Ecografia bilaterale della mammella	1.179	1.287	9,2%
08	Ecografia/ ecocolordoppler scrotale	134	103	-23,1%
09	Ecografia delladdome inferiore	45	23	-48,9%
10	Ecografia delladdome superiore	387	292	-24,5%
11	Ecografia ginecologica con sonda transvaginale o addominale	1.036	1.060	2,3%
12	Ecografia muscolotendinea e osteoarticolare	907	1.293	42,6%
13	Ecografia ostetrica	468	283	-39,5%
14	Elettrocardiogramma dinamico (secondo Holter)	889	904	1,7%
15	Esame audiometrico tonale	1.025	871	-15,0%
16	Esame audiometrico vocale	739	642	-13,1%
17	Esofagogastroduodeno scopia [EGDS]	1.054	1.042	-1,1%
18	Mammografia bilaterale	6.543	6.097	-6,8%
46	Spirometria globale	778	852	9,5%
47	Spirometria semplice	179	165	-7,8%
PRIME VISITE		13.100	14.063	7,35%
19	Prima visita cardiologica	1.562	1.816	16,3%
20	Prima visita chirurgica vascolare	136	162	19,1%
21	Prima visita dermatologica/ allergologica	700	824	17,7%
22	Prima visita di medicina fisica e riabilitazione	1.039	805	-22,5%
23	Prima visita ematologica	65	46	-17,4%
24	Prima visita endocrinologica/ diabetologica	475	1.088	129,1%
25	Prima visita gastroenterologica	423	596	40,9%
26	Prima visita geriatrica	89	121	36,0%
27	Prima visita ginecologica	807	843	4,5%
28	Prima visita nefrologica	168	229	36,3%
29	Prima visita neurologica	1.137	1.005	-11,6%
30	Prima visita oculistica	1.092	1.126	3,1%
31	Prima visita oncologica	192	273	42,2%
32	Prima visita otorinolaringoiatrica	1.634	1.620	-0,9%
33	Prima visita ortopedica	2.100	2.140	1,9%
34	Prima visita pneumologica	511	481	-5,9%
35	Prima visita reumatologica	320	282	-11,9%
36	Prima visita urologica	650	606	-6,8%
DIAGNOSTICA PER IMMAGINI		4.379	4.484	2,40%
37	RM di encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale	216	215	-0,5%
38	RM di encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale senza e con contrasto	206	259	25,7%
39	RM del collo	0	1	-
40	RM della colonna	380	345	-9,2%
41	RM della colonna senza e con mdc	46	69	50,0%
42	RM addome inferiore	12	4	-22,2%
43	RM addome inferiore senza e con mdc	39	15	34,6%
44	RM addome superiore	41	7	-40,2%
45	Risonanza magnetica nucleare (RM) muscoloscheletrica	388	347	-10,6%
48	Test cardiovascolare da sforzo con cicloergometro o con pedana mobile	303	221	-27,1%
49	Tc del rachide e dello speco vertebrale	124	92	-25,8%
50	TC del torace	361	381	5,5%
51	TC del torace senza e con mdc	982	1.164	18,5%
52	TC delladdome completo	96	87	-9,4%
53	TC delladdome completo senza e con mdc	1.023	1.169	14,3%
54	TC delladdome inferiore	5	3	5,0%
55	TC delladdome inferiore senza e con mdc	22	13	-40,9%
56	TC delladdome superiore	5	2	40,0%
57	TC delladdome superiore senza e con mdc	36	18	-50,0%
58	TC dellarticolazione coxofemorale, coscia, ginocchio, gamba, caviglia e piede	94	72	-23,4%
TOTALE COMPLESSIVO		40.736	42.000	3,1%

Relativamente alle singole prestazioni contenute nelle macroaree, per le quali non è stato raggiunto il target nonostante il risultato complessivo positivo:

- Prima visita di medicina fisica e riabilitazione: mancato completamento dell'organico medico in previsione di sostituzione e pensionamento in corso di anno dello specialista ambulatoriale;
- Prima visita ematologica: target inserito nel 2025, non precedentemente monitorato. La riduzione percentuale è sensibile, ma in valore assoluto si tratta di poche prestazioni (19);
- Prima visita orl e Prima visita pneumologica: causa pensionamenti e trasferimento organico si è ridotto sotto la soglia fisiologica di gestione di un reparto di degenza. Le prestazioni ambulatoriali si sono contratte inevitabilmente, soprattutto le prime visite per consentire la normale gestione dei controlli di pazienti cronici. Riduzione comunque contenuta.

Interventi correlati alla telemedicina e telesorveglianza

Anche per effetto della pandemia si sono intensificate le ricerche di soluzioni con possibilità di erogare prestazioni sanitarie da remoto. Gli sviluppi hanno avuto inizio nel corso dell'anno 2021, pur con difficoltà di varia natura: carenza di personale da dedicare, reperimento degli strumenti sanitari e informatici adeguati, analisi del contesto.

Di seguito si elencano le attività implementate nell'anno 2025, a seguito dei risultati analitici ottenuti nel biennio precedente:

- consultori ostetrici: attivata la home visiting, comprensiva di supporto psicosociale per la depressione perinatale. Apertura anche presso la Casa di Comunità di Ponte di Legno;
- telemonitoraggio cardiologico con possibilità di televisita. Attivata agenda dedicata al MMG, con refertazione anche contestuale, supporto infermieristico di Casa della Comunità;
- televisite: attivate televisite di controllo per pazienti diabetici, con software predisposto ad hoc;
- televisite: attivate televisite di controllo e per revisione di piani terapeutici per pazienti ortopedici per osteoporosi;
- in fase avanzata di attivazione televisite e telemonitoraggio pazienti con scompenso, sia in Cardiologia che in Medicina;
- sono stati attivati teleconsulti, televisite e teleassistenza sia nell'ambito del Servizio Dipendenze, sia della Neuropsichiatria Infantile. Nel corso del 2025 più di 2000 pazienti sono in generale stati seguiti da remoto, per un totale di oltre 4500 prestazioni.
- sono stati attivati 1350 teleconsulti oncologici;
- secondo cronoprogramma regionale, sono stati pianificati telemonitoraggi di I livello su diverse specialità, utilizzando devices come bilance, pulsossimetri, monitoraggi di pressione e di saturazione. Entro la metà del 2026 la ASST di Valcamonica riceverà tutti i dispositivi adatti al telemonitoraggio.

Altri interventi di rilievo

Di seguito si riporta il sinottico degli obiettivi formulati da Regione valevoli per l'attività di prevenzione e vaccinazione anno 2025. Sotto la tabella, lo stato di raggiungimento.

DESCRIZIONE OBIETTIVO	Target	Rendicontazione
Medicina Legale - Implementazione di progetti di dematerializzazione e telemedicina applicati alla medicina necroscopica;	Stesura di un progetto di dematerializzazione dell'attività di medicina necroscopica entro 09-2025	Obiettivo raggiunto. Si certifica quanto segue: Relazione congiunta con capogruppo ASST-SPEDALI CIVILI BRESCIA inviata in data 28/11/2025. Si allega "ALL7_TM_necroscopica"
Medicina Legale - Sviluppo di buone pratiche per il fine vita	Implementazione di buone pratiche in attuazione della L. 219/2017	Obiettivo raggiunto. Si certifica quanto segue: Relazione congiunta con capogruppo ASST-SPEDALI CIVILI BRESCIA inviata in data 28/11/2025. Si allega "ALL8_Relazione_Valcamonica_fine_vita"
Medicina Legale - Fruizione del Corso Polis "Intrecci - percorsi formativi multidisciplinari ed integrati per la prevenzione ed il contrasto della violenza di genere" e collaborazione con la DG Welfare nell'implementazione dell'attività di monitoraggio del fenomeno.	mettere a disposizione almeno due figure per ASST per la fruizione delle "pillole formative"	Obiettivo raggiunto. Si certifica quanto segue: 3 figure messe a disposizione per la fruizione del corso (1 medico legale e 2 di Direzione Medica PO) e per la collaborazione con DGW per il monitoraggio del fenomeno. In atto formazione interna mirata principalmente agli operatori del pronto Soccorso.
PROMOZIONE SALUTE - EQUITÀ	100,00%	Obiettivo raggiunto 100%. Si certifica quanto segue: Progetto condiviso e sviluppato. Si allega "ALL9_Decreto_Equita"
Attivazione di un percorso di valutazione dell'adesione all'igiene delle mani mediante osservazioni dirette, in almeno un presidio ospedaliero afferente all'Ente, secondo le modalità e le tempistiche individuate dalla UO Prevenzione.	Si/No	Obiettivo raggiunto: 100%. Si certifica quanto segue: Il percorso è stato attivato. Report inviato ai competenti uffici regionali in data 19/12/2025 secondo i modi ed i tempi previsti dalla scadenza.
Implementazione screening nutrizionale	>= 90%	Obiettivo raggiunto: 100%. Si certifica quanto segue: Da Report Manager Widget di CCE (NGH) la % di cartelle con almeno una valutazione dello stato nutrizionale è 92%.
Vaccinazioni - MPR dose 2, coorte 2018	>=95%	Copertura 95,7% obiettivo raggiunto 100%
Raggiungimento target NSG 2025 - Vaccinazioni - PC dose 3, coorte 2023	>=95%	Copertura 96,1% obiettivo raggiunto 100%
Raggiungimento target NSG 2025 - Vaccinazioni - Men C dose 1, coorte 2023	>=95%	Copertura 96,0% obiettivo raggiunto 100%
Raggiungimento target NSG 2025 - Vaccinazioni - HPV dose 2, coorte 2013	>=95% o comunque superiore di 5% assoluto rispetto all'anno precedente	Copertura 89,0%, obiettivo non completamente raggiunto 100%. Dai dati ad oggi disponibili, seconda miglior ASST della Lombardia
Vaccinazioni - Pol dose 4, coorte 2018	>=95%	Copertura 95,2% obiettivo raggiunto 100%
Vaccinazioni - Pol dose 5, coorte 2007	>=95% o comunque superiore di 5% assoluto rispetto all'anno precedente	Copertura 94,56% obiettivo raggiunto 100%
Vaccinazioni - Pol dose 5, coorte 2009	>=95% o comunque superiore di 5% assoluto rispetto all'anno precedente	Copertura 95,47% obiettivo raggiunto 100%.
Vaccinazioni - Influenza target Operatori Sanitari	>=50% o comunque superiore di 5% assoluto rispetto all'anno precedente	Copertura 31,1%, anno 2024 26,6% (+17%) obiettivo raggiunto 100%
Vaccinazioni - DTP Donne in gravidanza	>= 70%	Copertura 80,54% obiettivo raggiunto 100%
Vaccinazioni - RSV coorte 2025	>= 80%	Copertura 93,38% obiettivo raggiunto 100%
Attuazione PNRR con riferimento a tutti gli interventi rientranti nella Missione 6 - Salute: PNRR, MISSIONE 6 COMPONENTE 2 SUB INVESTIMENTO 2.2. B - SVILUPPO DELLE COMPETENZE TECNICHE PROFESSIONALI, DIGITALI E MANAGERIALI DEL PERSONALE DEL SISTEMA SANITARIO - CORSO DI FORMAZIONE IN INFEZIONI OSPEDALIERE. Raggiungimento del target al 100% degli operatori formati sui moduli A+B+C entro il 31/12/2025.	100% entro il 31 dicembre 2025	Fonte Dati: Regis; Visualizzazione dato: Regis operatori formati: 550/target previsto 550=100% obiettivo raggiunto 100%
AUDIT PLANFLU: effettuare almeno un audit durante l'anno solare 2025 per tutte le ATS/ASST/IRCCS	Compilazione portale SASHA area audit	Dal Potale SASHA 4 audit: 17/02/2025 Audit Percorso HotSpot infettivologici 17/02/2025 Audit Consulenza infettivologica per UDO SS - REGIME ORDINARIO 20/11/2025 Audit flusso RESPIRVIRNET 15/12/2025 Audit ambito continuità assistenziale e IfeC obiettivo raggiunto 100%
Compilazione sul portale SASHA delle azioni del Piano Epidemico 25/26	Compilazione portale SASHA	Da portale SASHA 42/42 (100%) azioni compilate entro la scadenza del Piano Epidemico obiettivo raggiunto 100%
Utilizzo del sistema HERM LOMB -sezione audit	utilizzo del sistema HERM LOMB per l'effettuazione di almeno un audit per qualunque motivazione/area di intervento (audit interno ISO 9001, audit clinico, controllo di gestione, ecc)	Audit correttamente eseguito ed inserito in sistema HERM LOMB nei modi e nei tempi previsti. obiettivo raggiunto 100%

- vaccinazioni: rispetto del target per ogni tipologia: obiettivo aziendale per il quale il monitoraggio è stato eseguito da portale Tableau gestito da Regione e da software Arvax anch'esso gestito da Regione. Si precisa comunque che i target sono stati completamente raggiunti.

Legge regionale 14.12.2021 n.22. Apertura ed attivazione Case di Comunità, Centrale operativa Territoriale, Ospedali di Comunità

Così come stabilito dagli obiettivi regionali, la DG Welfare ha definito i target da perseguire con cadenza frequente. In base alle indicazioni ed al rispetto del cronoprogramma, si raggiungerà l'obiettivo di realizzare tutte le Case e gli Ospedali di Comunità previsti. A partire dall'anno 2022 e per il triennio 2022-2024 erano previsti step così definiti: attivazione 3/8 anno 2022; attivazione 3/8 anno 2023; attivazione ultimi 2/8 anno 2024.
Cronoprogramma completo e focus anno 2025:

- Casa della Comunità sede Darfo Boario Terme. Inaugurata ed attivata in data 18 marzo 2022;
- Casa della Comunità sede Breno. Attivata in data 4 novembre 2022;
- Casa della Comunità sede Cedegolo. Attivata in data 19 dicembre 2022
- Casa della Comunità sede Ponte di Legno. Inaugurata in data 4 novembre 2022;
- Casa della Comunità sede Pisogne. Inaugurata in data 27 novembre 2023;
- Casa della Comunità sede Edolo. Inaugurata in data 13 novembre 2023;
- Casa della Comunità sede Ossimo. Inaugurata in data 13 novembre 2023;
- Casa della Comunità sede Berzo Inferiore. Inaugurata in data 28 ottobre 2025;
- COT sede Breno: attivazione 16 giugno 2022;
- Ospedali di Comunità di Esine e di Edolo (strutture da realizzare ex novo). L'attivazione era prevista nel 2024 ma a seguito di modifiche e integrazioni alla Legge regionale 14.12.2021 n.22, tra cui la DGR XII/2990/2024 ad oggetto: "Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza PNRR - missione 6 component 1 e component 2 e pnc - presa d'atto degli esiti del tavolo istituzionale del contratto istituzionale di sviluppo sulle rimodulazioni al piano operativo regionale - III rimodulazione - approvazione dell'aggiornamento del piano operativo regionale", anche in ragione della rimodulazione delle scadenze a livello europeo, l'attivazione degli Ospedali di Comunità di Esine e di Edolo è stata posticipata al 2026.

Opere ed investimenti

Le attività sono state dedicate sia alle innovazioni introdotte al punto precedente, sia al potenziamento di alcuni settori dell'ospedale, sia al mantenimento/miglioramento di quanto in essere. In particolare:

1. Interventi strutturali:

1. Finanziamenti per Case di Comunità e Ospedali di Comunità: previsto il completamento dei lavori di ristrutturazione delle Case di Comunità di Ponte di Legno, Cedegolo, Berzo Inferiore e Ossimo: sono stati completati Ponte di Legno, Berzo Inferiore Cedegolo e Ossimo;
2. Finanziamenti per Case di Comunità di Darfo Boario Terme e Breno: Darfo: obiettivo raggiunto (determina 1353/2025, SAL 95%) Breno: obiettivo raggiunto (determina 1351/2025, SAL 96%);
3. Finanziamenti per Ospedale di Comunità di Esine: obiettivo raggiunto (determina 213/2026, SAL 80%, di cui al 31/12/25 >60%);
4. Finanziamenti per Ospedale di Comunità di Edolo: Primo SAL emesso in data 27/3/2026 a causa di situazione di precontenzioso con l'Appaltatore per cause imputabili allo stesso;
5. Impianto di climatizzazione Ospedale di Edolo: Obiettivo raggiunto (determina 964/2025, SAL 90%);
6. Adeguamento strutturale a seguito verifica di vulnerabilità sismica (Edificio D e Edificio I) Ospedale di Esine: Obiettivo raggiunto (determina 1333/2025, SAL 81%);
7. Utilizzo delle economie derivanti dalla conclusione dell'intervento "Manutenzione straordinaria e nuovo ingresso raccordo con S.S. n.42 presso il Presidio ospedaliero di Esine: Obiettivo raggiunto (decreto 488/2025).

2. Opere ed investimenti di riordino della rete ospedaliera con finanziamenti struttura commissariale:

Stroke unit: obiettivo non ancora raggiunto a causa di problematiche dovute a lavori non conformi da parte dell'Appaltatore.

3. Finanziamenti struttura commissariale:

- Pronto Soccorso area OBI: obiettivo raggiunto in data 17/09/2025 (decreto 608/2025);
- Pronto Soccorso ampliamento: in attesa di approvazione rimodulazione dal Ministero: Obiettivo raggiunto in data 1/10/2025 (decreto 638/2025).

4. Finanziamenti per messa a norma antincendio:

- Sede di Breno: la fine lavori è subordinata al completamento dell'intervento previsto per la
- CdC di Breno: obiettivo raggiunto (determina 481/2025, SAL 90%).

5. Accordo di programma quadro art.20 L.67/88:

- Nuova piastra emergenza urgenza e blocco operatorio Esine: in attesa di finanziamento.
- Accordo di programma quadro art.20 L.67/88:
 - Nuova piastra emergenza urgenza e blocco operatorio Esine: in attesa di finanziamento.

6. Finanziamenti regionali:

Riorganizzazione e potenziamento area Endoscopica presso il Presidio ospedaliero di Esine: causa interferenze con i lavori di adeguamento sismico richiesta proroga a Regione Lombardia.

Tecnologie

1. DGR n.XII/2615/2024: "DGR n.XII/ 2457 del 3.6.2024 - Programma regionale straordinario investimenti in sanità Allegato 1 Apparecchiature a bassa e media tecnologia: previsti acquisti per circa € 877.800 per l'ammodernamento delle tecnologie tra le principali voci l'aggiornamento sw della TAC della radiologia di Esine, n° 4 nuove apparecchiature di anestesia, un radiologico polifunzionale per il PS di Esine: nel corso del 2025 sono terminate le acquisizioni delle varie apparecchiature previste con il finanziamento in oggetto.
2. Acquisto ed installazione di una TAC simulatore per il PS di Esine utilizzabile anche per i piani di trattamento della Radioterapia e l'acquisto di una TAC per la Radiologia di Edolo: Con DGR n.XII/4221/2025 e decreto della Direzione Generale Welfare n.5925 del 28.04.2025, di cui quest'Azienda ha preso atto con decreto n.324/2025, Regione Lombardia ha destinato all'ASST Valcamonica, come ammodernamento tecnologico, nell'Allegato 2 "Interventi ammessi al finanziamento" i seguenti finanziamenti:
 - Acquisto n.1 TAC 64 strati, comprese opere, in sostituzione TAC esistente, da installare presso il P.O. di Edolo;
 - Acquisto n.1 TAC 128 strati, comprese opere, in sostituzione TAC esistente, da installare presso il PO di Esine. Con decreto n.667/2025 quest'Azienda ha aderito al lotto n.03 della convenzione ARIA_2022_063 per la fornitura di TAC, RM, accessori amagnetici e servizi connessi ed opzionali aggiudicato alla ditta CANON MEDICAL SYSTEMS SRL A SOCIO UNICO per l'acquisto di n.01 TAC per la SS "Radiologia Diagnostica Edolo" e di n.01 TAC per la SC "Pronto Soccorso e Medicina Urgenza" di Esine (Bs). Le attività di installazione, collaudo e formazione sono terminate con esito positivo: in data 10.3.2026 per la TAC del PO di Edolo (Bs) e- in data 16.04.2026 per la

TAC del PO di Esine (Bs).

Sistemi Informativi

Progetto accoglienza: riguarda le fasi di prenotazione, accesso, gestione code e pagamenti: in fase di realizzazione a causa passaggio a CUP Regionale l'obiettivo 2025 va spostato al 31/12/2026, condizionato dalle evoluzioni del CUP Regionale;

1. Sale operatorie: sviluppo nuove funzionalità, integrazione con CCE (in attesa delle specifiche regionali), integrazione con Centrale di Sterilizzazione: Il tavolo di lavoro regionale ha definito le modalità con le quali la documentazione generata in sala operatoria può essere resa disponibile in CCE. Attivato un tavolo tecnico con Dedalus per definire le specifiche delle modifiche applicative necessarie e relativi costi e tempistiche. Dal punto di vista informatico la realizzazione della integrazione è conclusa. La configurazione delle apparecchiature in applicativo e la gestione dei processi operativi dipendono da informazioni che devono essere fornite dalla caposala;

2. Aumento livelli di Cyber Sicurezza:

1) sistema di gestione delle utenze ad accesso Privilegiato (PAM): si opera di concerto con Regione Lombardia ed ARIA per la realizzazione delle necessarie infrastrutture: seguiamo indicazioni e tempistiche regionali.

2) sistema di gestione e monitoraggio dei dispositivi IoT in ambito sanitario, cioè di device riconducibili all'universo IoMT (Internet of Medical Things) e più in generale alle apparecchiature elettromedicali: (valutazione tecnica iniziale e, successivamente, economica. L'obiettivo è la predisposizione di uno specifico progetto per il presidio di tale area tecnica): progetto realizzato e funzionante. Soluzione condivisa con Ingegneria Clinica

3. Completamento delle progettualità PNRR relative alla misura M6 C2 1.1.1:

1) cartella Clinica Elettronica informatizzata: di reparto, Ambulatoriale e per le Terapie Intensive;

2) Nuovo Pronto Soccorso;

3) Sistema Informativo di Cardiologia;

4) Anatomia Patologica e Digital Pathology (si opera di concerto con Regione ed Aria che gestisce la specifica Gara d'appalto);

5) Centrale di Sterilizzazione ed integrazione con l'applicativo di Sala Operat.;

6) Sviluppo/Completamento della rete informatica, miglioramento della qualità e dell'appropriatezza.

Tutte le progettualità PNRR risultano concluse.

Miglioramento della qualità e dell'appropriatezza

In continuità con gli anni precedenti si considerano i seguenti punti:

1. Tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali e di ricovero: raggiungimento del target 90%

di rispetto dei tempi per ogni priorità. Mantenimento per le prestazioni che già raggiungono il target. Si rileva, nonostante l'aumento di prestazioni erogate, un byass importante causato dal sistema di prenotazione regionale. Il sistema, essendo relativamente giovane, in misura considerevole occupa slot prenotativi non rispettando le priorità.

2. Trasparenza delle agende: tutte le agende prenotabili sono state esposte, ad eccezione delle fattispecie previste dalla DGR 1129 del 16/10/2023 (es. pronto Soccorso, Screening, percorsi interni).
3. perseguimento dei target previsti dal PNE (Piano Nazionale Esiti), dal Network delle regioni e indicatori di outcome. Nel corso dell'anno 2025 gli indicatori sono stati inglobati e sostituiti dal Nuovo Sistema di Garanzia LEA (LEA-NSG), i cui indicatori "core" sono stati declinati sulle realtà lombarde. Essi sono costituiti da tre grandi gruppi:
 1. ospedaliari (completamente adattabili alle ASST);
 2. distrettuali: rappresentano un mix di dati di ospedalizzazione parametrati sulla popolazione residente. Il concetto di ASST ben si rapporta con l'analisi territoriale, ma fondamentale è la sinergia con la ATS di riferimento per i dati del numeratore;
 3. prevenzione: sono soprattutto elementi riferiti alle vaccinazioni, ed allo screening oncologico.
4. Screening oncologici, screening precoci, screening HCV: si conferma anche per l'anno 2025 il raggiungimento e superamento dei target previsti:
 1. mammografico: copertura 70% (target 60%). estensione: 96% (target 95%)
 2. colon retto: copertura 60% (target 50%). estensione: 96% (target 95%)
 3. HPV: copertura tra il 67% ed il 69%, a seconda delle fasce d'età (target 50%). estensione: 97% (target 95%).
 4. screening HCV: target 37,5%. Valore raggiunto: 42,5%.

incremento/mantenimento della produzione offerta (ricoveri e specialistica ambulatoriale) conseguita dal Presidio, in linea con il nuovo modello di SSR, a superamento delle difficoltà impreviste occorse negli anni precedenti. La performance erogativa, nonostante difficoltà legate all'organico medico ed infermieristico, ha superato anche nel 2025 il tetto contrattuale. Sono stati rimodulati al rialzo per questo motivo i contratti sia per le prestazioni di ricovero sia ambulatoriali, di Neuropsichiatria infantile e di psichiatria.

Obiettivi di performance: sinottico

Si allega sinottico con la rendicontazione dei target Piano Nazionale Esiti, Network delle Regioni, LEA-NSG, obiettivi di spesa, Customer satisfaction, copertura del personale, investimenti pianificati sul triennio a completamento della tabella sopra esposta che invece è in allineamento con gli obiettivi di mandato del Direttore Generale.

All'interno del sinottico, gli obiettivi sono stati suddivisi in macro aree a seconda dell'argomento, ed alcune di esse erano particolarmente sfidanti, sia per la natura dell'obiettivo, sia per la declinazione che si è scelta. Relativamente ad obiettivi misurabili con target ufficiali a livello regionale e nazionale, si è scelto di paragonare la propria attività allo standard più alto, analizzando in corso d'anno e nella rendicontazione finale eventuali scostamenti negativi.

Di seguito il dettaglio di quegli obiettivi la cui rendicontazione, per una compiuta comprensione del grado di raggiungimento, esige un approfondimento.

Liste d'attesa. Rispetto del tempo massimo

Indicatore: Diagnostica per immagini.

Le prestazioni ambulatoriali analizzate sono TAC, Risonanze magnetiche, Ecografie, Mammografie. In totale sono state valutate 41 prestazioni oggetto di monitoraggio dei tempi di attesa, secondo la classificazione proposta dal PNGLA (Piano Nazionale di Governo de Tempi di Attesa). Per ognuna sono state valutate le 4 priorità ("U", "B", "D", "P") per un totale di 122 punti di rilevazione, di cui 63 sono risultati entro i tempi di attesa e quindi raggiunti, mentre 59 oltre i tempi di attesa. In particolare la criticità si è distribuita sulle TAC e RNM tutte le priorità. Sebbene i tempi medi di attesa siano stati contenuti (circa 50 giorni), la bimodalità delle agende ha consentito da una parte di garantire i percorsi di presa in carico e follow-up oncologici, dall'altra non altrettanto performante sulla esposizione a prenotazioni di nuovi pazienti non urgenti.

Indicatore: prime visite.

Le prestazioni ambulatoriali analizzate sono le visite con priorità. In totale sono state valutate 18 prestazioni oggetto di monitoraggio dei tempi di attesa, secondo la classificazione proposta dal PNGLA (Piano Nazionale di Governo de Tempi di Attesa). Per ognuna sono state valutate le 4 priorità ("U", "B", "D", "P") per un totale di 65 punti di rilevazione, di cui 35 sono risultati entro i tempi di attesa e quindi raggiunti, mentre 30 oltre i tempi di attesa. In particolare la criticità si è distribuita su tutte le priorità di area oculistica, pneumologica, diabetologica, dermatologica, otorino. Per ogni specialità citata, la criticità è rappresentata dalla carenza di personale, con cessazioni intervenute e difficoltà di reclutamento.

Finanziamenti struttura commissariale

Connesse ai finanziamenti della struttura commissariale erano previste le opere di: ampliamento del pronto Soccorso e creazione dell'area OBI con successivo accreditamento, iter che troverà conclusione nei primi mesi del 2026 secondo previsione.

Rischi corruttivi e trasparenza

Il Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza (PTPCT) 2025/2027 è stato approvato con decreto n. 37 del 30.01.2025, nel rispetto dei termini previsti e ritualmente pubblicato, in data 30.01.2025 nella competente sezione del sito istituzionale "Amministrazione Trasparente".

Nel corso dell'anno, come previsto dal Piano, sono stati svolti dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT), con cadenza semestrale, due monitoraggi circa lo stato di attuazione delle misure di prevenzione della corruzione e di trasparenza, a seguito di formale richiesta di rendicontazione indirizzata a ciascuna articolazione aziendale (note registrate al prot. ASST al n.12631/25 il 6.5.2025 e al n.30887/25 il 30.10.2025).

Dall'analisi delle rendicontazioni pervenute al 31 maggio e 30 novembre 2025 si può ritenere che il livello di attuazione del Piano, in tema di prevenzione della corruzione, sia stato complessivamente soddisfacente. I responsabili delle varie articolazioni aziendali non hanno, infatti, segnalato, né riscontrato particolari anomalie e, anche dall'attività di successiva verifica condotta dall'Ufficio Trasparenza e Anticorruzione, per quanto esclusivamente su base documentale, non sono emerse particolari criticità. Gli scostamenti rilevati, peraltro puntuali, riguardano, più che altro, rendicontazioni non complete o eccessivamente generiche.

Con riferimento all'adempimento degli obblighi di pubblicazione, ferme restando le attestazioni ritualmente rese dai dirigenti responsabili, si segnala un livello sufficiente del sistema di trasparenza, se non per alcuni specifici contenuti che dovranno essere rivalutati e aggiornati.

In un'ottica di miglioramento continuo e con l'obiettivo di rendere l'attività di monitoraggio un'importante occasione di confronto e scambio, in via sperimentale per il 2025, gli scostamenti rilevati sono stati comunicati alle strutture competenti per l'adozione delle opportune misure correttive/migliorative. Tale fase di restituzione degli esiti delle verifiche, ha permesso di rivedere alcuni processi e di sanare le relative criticità rilevate.

Nel rispetto delle indicazioni fornite da ANAC con proprio Comunicato del 10.12.2025, è stata predisposta dal RPCT la relazione sull'attività di prevenzione della corruzione e della trasparenza svolta nell'anno 2025, successivamente trasmessa, per gli adempimenti di competenza, alla Direzione, al Nucleo di Valutazione delle Prestazioni ed al Collegio Sindacale con protocollo ASST registrato al n. 2647/26 del 27.01.2026 e pubblicata nella competente sezione di "Amministrazione Trasparente" nella medesima data.

In tema di trasparenza, nel corso del 2025, l'Ufficio Trasparenza e Anticorruzione ha provveduto a collaborare e supportare il Nucleo di Valutazione delle Prestazioni (NVP) nell'attività di verifica dei contenuti pubblicati in "Amministrazione Trasparente" alla data del 31.5.2025, come richiesto da ANAC con propria delibera n.192 del 7.5.2025 e nella redazione della relativa attestazione (registrata al prot. ASST al n.17681/25 il 24.6.2025). In tale occasione, il NVP non ha rilevato criticità.

Nel corso del secondo semestre del 2025, l'Ufficio ha coordinato le attività per l'adeguamento della sezione del sito istituzionale Amministrazione Trasparente alle indicazioni fornite da ANAC con delibera n. 495 del 25.09.2024. Nello specifico, le sotto-sezioni "*Utilizzo delle risorse pubbliche*" (art. 4-bis d.lgs. n. 33/2013), "*Organizzazione*" (art. 13 d.lgs. n. 33/2013) e "*Controlli su attività e organizzazione*" (art. 31 d.lgs. n. 33/2013) sono state conformate ai tre corrispondenti schemi di pubblicazione forniti dall'Autorità.

Nel 2025 è, inoltre, è stata organizzata una specifica attività di audit di II livello, a seguito dell'evento corruttivo occorso nel 2023, in materia di prenotazione, gestione ed erogazione delle prestazioni ambulatoriali, alla quale hanno preso parte, onde assicurare una rafforzata obiettività e terzietà nelle valutazioni, anche tre professionisti esterni all'ASST della Valcamonica. Gli esiti di predetta attività sono stati compendati in specifica relazione trasmessa al Direttore Generale (prot. ASST n.37793/25 del 30.12.2025) e recepiti con successivo decreto n. 4 del 08.01.2026.

Recepimento di eventuali prescrizioni

Non risultano prescrizioni da parte degli Organi di Controllo di Regione Lombardia indirizzate all'Azienda dall'1.1.2025 al 31.12.2025.

Whistleblower

In coerenza con le indicazioni contenute nella delibera di giunta regionale DGR n. X/4878 del 07.03.2016 e come richiesto con nota di Regione Lombardia prot. n. A1.2026.0123131 del 10.02.2026, il RPCT ha relazionato, con nota registrata al prot. ASST al n.5581/26 il 19.2.2026, sull'attuazione degli adempimenti e misure di tutela dei dipendenti che segnalano illeciti relativamente all'anno 2025.

Attività informativa, di impulso e di sensibilizzazione della cultura della legalità e trasparenza

Nel corso del 2025 il RPCT ha continuato l'attività di informazione e sensibilizzazione, già avviata nel corso degli anni precedenti, rivolta al personale dell'Azienda, tramite la trasmissione, come da documentazione agli atti, delle indicazioni pubblicate da ANAC in tema di anticorruzione e trasparenza.

Attività formativa

Nel corso dell'anno 2025, ai fini dell'aggiornamento formativo in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza, si è scelta la modalità della formazione a distanza che ha avuto come destinatari dipendenti neoassunti e dipendenti il cui ultimo momento formativo sul tema risaliva a più di cinque anni.

In data 28.11.2025 è stato organizzato, inoltre, nell'ambito della Giornata della Trasparenza, un incontro formativo avente ad oggetto il rapporto tra obblighi di trasparenza e rispetto della disciplina in materia di tutela dei dati personali, rivolto al personale amministrativo deputato alla pubblicazione periodica in Amministrazione Trasparente.

Integrazione tra il sistema di monitoraggio delle misure anticorruzione e i sistemi di controllo

interno

Nel 2025, con decreto n.38 del 30.1.2025, è stato approvato il primo Piano di Azione Integrata dei Controlli relativo all'anno 2025, relativo alle attività del Comitato di Coordinamento dei controlli, istituito nel 2024. Tale Piano è nato con l'obiettivo di rendere strutturati e coordinati, per quanto ancora in via sperimentale, i controlli interni dell'ASST, in ottemperanza a quanto previsto da Regione Lombardia e tenuto conto dell'attività di vigilanza programmata da ORAC nel 2025 proprio sulla costituzione e funzionamento dei Comitati. Nel Piano sono state individuate tre aree strategiche particolarmente rilevanti da sottoporre a controllo: attività di erogazione servizi a favore di terzi; attività contrattuale della Pubblica Amministrazione; attività istituzionale. All'interno di tali aree sono state definite delle macro attività che, per la loro centralità, richiedono di essere particolarmente attenzionate. Conseguentemente, per ciascuna di esse sono stati pianificati i corrispondenti controlli effettuati trimestralmente nel corso del 2025, dai cui esiti non sono emerse criticità.

SEZIONE: ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

Struttura Organizzativa

Con decreto n.668/2024 si è preso formalmente atto della DGR n.XI/3237/2024 del 21.10.2024 ad oggetto “Aggiornamento del Piano di Organizzazione Aziendale Strategico (POAS) 2022- 2024 dell’Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) Valcamonica”, precedentemente approvato con decreto n.534/2022 in cui si è preso formalmente atto della DGR n.XI/6800/2022 del 2.8.2022 ad oggetto “Approvazione del Piano di Organizzazione Aziendale Strategico (POAS) 2022-2024 dell’Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) Valcamonica, ai sensi e per gli effetti dell’art.17, co.4 della LR n.33 del 30.12.2009 e smi, come modificata con Legge Regionale n.22 del 14.12.2021”.

A seguito di tale aggiornamento l’assetto organizzativo è rimasto pressoché invariato ad eccezione dei seguenti cambi di afferenza:

- la Struttura Semplice a valenza Dipartimentale “Gastroenterologia e Endoscopia Digestiva” è passata nel Dipartimento di Area Medica;
- la Struttura Semplice “Oncoematologia” dalla SC Medicina Interna del Dipartimento di Area Medica, afferisce ora alla SC Radioterapia nell’ambito del Dipartimento Area dei Servizi;
- l’Area Sociale è passata dalla Direzione Socio Sanitario alla DAPSS.

Nel corso dell’anno, con decreto n.840/2025 “Approvazione della proposta di aggiornamento al Piano di Organizzazione Aziendale Strategico (POAS) 2022-2024 (aggiornamento 2025) dell’ASST della Valcamonica ai sensi della LR n.22/2021 e della DGR n.XI/6278/2022.” si è formulata una proposta di modifica per la conversione da Strutture Semplici a valenza Dipartimentale a strutture complesse della SSD “Gastroenterologia e Endoscopia Digestiva” e della SSD “Chirurgia Generale - Chirurgia ricostruttiva e microchirurgia” al fine di qualificare l’attività nelle branche di afferenza, rispondendo alla necessità della struttura ospedaliera di garantire alla popolazione una significativa offerta di prestazioni.

Piano triennale dei fabbisogni di personale

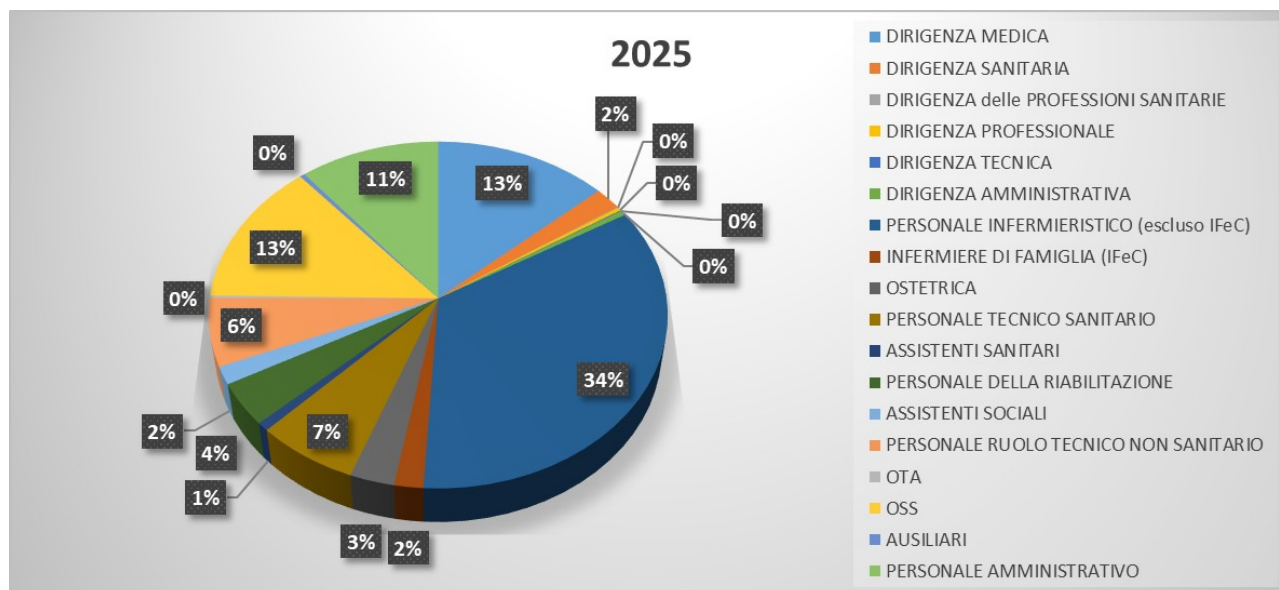
Con decreto n.207 del 28.3.2025 è stato approvato il Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale per il periodo 2025-2027 nel rispetto delle indicazioni contenute nel Decreto emanato in data 08.05.2018 dal Ministero per la semplificazione e la pubblica amministrazione, quale raccolta delle linee di indirizzo secondo le previsioni degli articoli 6 e 6-ter del Decreto Legislativo n.165/2001, come novellati dall’art.4 del Decreto Legislativo n.75 del 25.05.2017, in coerenza con la pianificazione pluriennale delle attività e delle performance e nel rispetto dei vincoli finanziari di natura regionale e nazionale, nonché tenuto conto Linee trasmesse da RL, nonché da quanto previsto dal D.M. 77/2022. Con DGR n.XII/4881/2025 Regione Lombardia provvedeva all’approvazione del Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale Triennio 2025-2027 della ASST Valcamonica.

In riferimento a quanto autorizzato la seguente tabella rappresenta, in teste, la consistenza del personale all’1.1.2025 e al 31.12.2025, da cui è possibile evincere un significativo incremento, nel limite di quanto autorizzato da Regione Lombardia con DGR cui sopra:

RAGGRUPPAMENTO PROFILI	AUTORIZZATO 2025	CONSISTENZA ALL'1.1.2025	CONSISTENZA AL 31.12.2025
DIRIGENZA MEDICA	198	172	174
DIRIGENZA VETERINARIA	0	0	0
DIRIGENZA SANITARIA	31	27	31
DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE	2	1	1
DIRIGENZA PROFESSIONALE	4	4	4
DIRIGENZA TECNICA	2	1	2
DIRIGENZA AMMINISTRATIVA	6	6	6
TOTALE DIRIGENZA	243	211	218
PERSONALE INFERMIERISTICO (escluso IFeC)	470	442	458
INFERMIERE DI FAMIGLIA (IFeC)	60	24	29
OSTETRICA	41	37	38
PERSONALE TECNICO SANITARIO	90	85	88
ASSISTENTI SANITARI	13	10	11
TECNICO DELLA PREVENZIONE	0	0	0
PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	57	51	54
ASSISTENTI SOCIALI	22	21	22
PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO	82	81	82
OTA	3	3	2
OSS	180	173	179
AUSILIARI	5	5	2
ASSISTENTE RELIGIOSO	0	0	0
PERSONALE AMMINISTRATIVO	144	139	137
PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE	1	0	0
RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA	0	0	0
TOTALE COMPARTO	1.168	1071	1.102
TOTALE COMPLESSIVO	1411	1282	1320

Di seguito la rappresentazione grafica del personale all'1.1.2025 da cui si evince

l'addensamento dei profili professionali:



Per l'anno 2025 la spesa complessiva per il personale dipendente è stata pari a € 74.817.342,00, di cui € 25.408.718,00 per il personale Dirigente e € 49.408.624,00 per il personale del comparto.

L'ASST nel corso dell'anno 2025, in forza di rapporto convenzionale con l'Università degli Studi di Brescia, ha finanziato la copertura dei costi per n.1 ricercatore universitario che svolge attività clinica e assistenziale presso il Presidio Ospedaliero per € 106.107.

L'ASST si è avvalsa inoltre della professionalità di n.8 Medici Convenzionati ACN in varie specialità per una spesa complessiva pari ad € 452.391.

In merito al personale con incarichi di lavoro autonomo, in continuità con gli anni precedenti, vi è la presenza di un novero significativo di professionisti legati all'Azienda. La situazione di maggiore rilevanza attiene il personale libero professionista psicologo. Allo stato, infatti, nonostante le stabilizzazioni avvenute nel corso degli ultimi anni, che hanno portato ad un aumento di unità con rapporto di lavoro dipendente, l'erogazione delle prestazioni psicologiche, in ambito sia ospedaliero sia territoriale, è garantita da una pluralità di soggetti non dipendenti. Come detto quindi, l'avvenuta stabilizzazione non ha fatto venir meno i fabbisogni connessi alle funzioni oggi garantite tramite incarichi, soprattutto a fronte di nuove esigenze contingenti quali la presenza di personale psicologo presso le case di comunità, presso il Dipartimento di Cure primarie e presso la SS Oncoematologia.

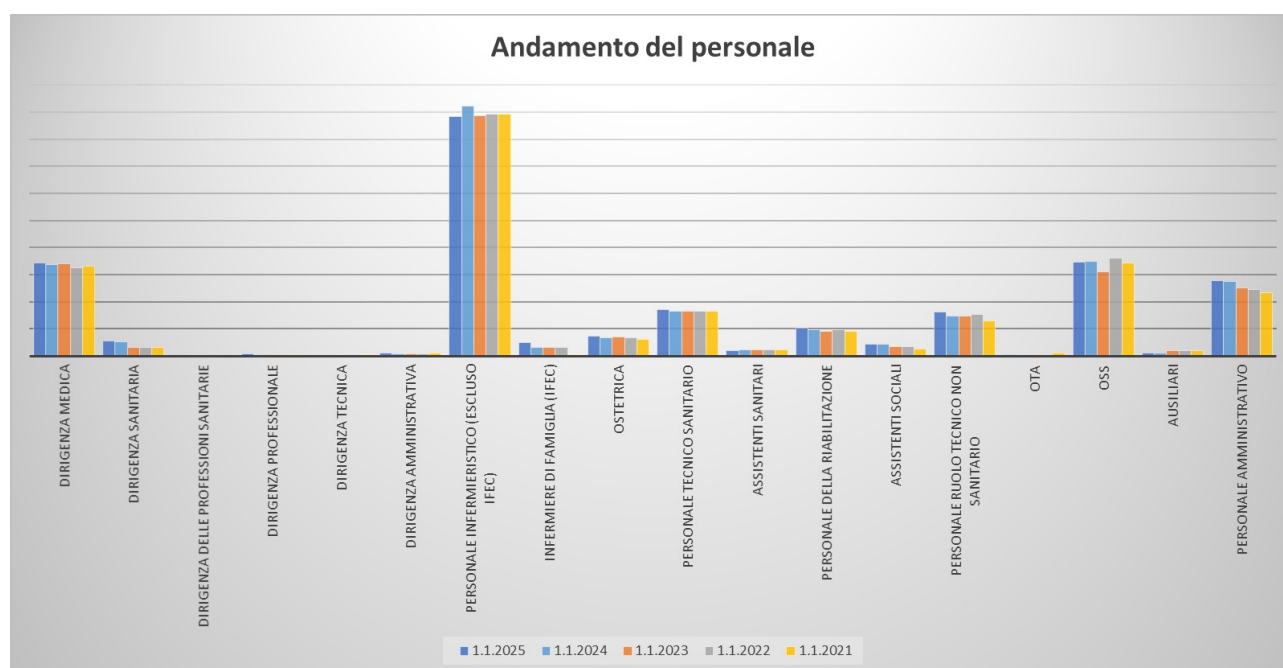
Per quanto riguarda le prestazioni di lavoro autonomo erogate da altre figure professionali (dirigenti medici e altri sanitari non medici) esse non sono, in tale ipotesi sostituibili con la medesima efficacia da personale dipendente (in quanto trattasi di prestazioni assicurate tramite accessi con orari limitati / attività progettuali/ interventi saltuari etc.). Sotto altro profilo il reclutamento di personale con rapporto di lavoro autonomo (libero professionale o co.co.co) mira a sopperire le difficoltà di assunzione alle dipendenze dell'Ente, anche attraverso il ricorso a personale cessato o in quiescenza.

In particolar modo nel corso del corrente anno 2026, sulla scorta di quanto già avvenuto nel corso dell'anno 2025, è previsto un maggiore ricorso a incarichi di lavoro autonomo: in attuazione delle previsioni dell'art.10 D.L. n.34/2023 e della DGR n.XII/1514/2023 si intende fronteggiare l'avvenuta cessazione dei rapporti contrattuali con gli operatori economici (cooperative) che erogavano servizi sanitari core (copertura turni presso reparti di degenza o altri servizi ospedalieri e territoriali) attraverso il conferimento di numerosi incarichi libero professionali e di collaborazione, anche avvalendosi delle procedure selettive accentrate svolte a livello regionale (AREU etc.).

Si segnala altresì che l'ASST della Valcamonica ha garantito l'erogazione di talune prestazioni sanitarie attraverso specifici rapporti convenzionali con altri enti del Servizio Sanitario Regionale.

Mentre in talune ipotesi si tratta di rapporti consulenziali a supporto dell'operatività delle UO ospedaliere e territoriali e/o per attività ambulatoriale (es. neurochirurgia, oculistica, ematologia, urologia, anatomia patologica), in altre si tratta di erogazione di prestazioni dirette ad assicurare la continuità assistenziale, attraverso la copertura di turni di servizio (es. c/o SC "Pediatria", "SC Radiologia diagnostica", "SC Cardiologia", "SC Pneumologia", SC "Neurologia" e SC "Cure Palliative") altrimenti scoperti per carenza di personale interno.

Infine si rappresenta l'andamento del personale nell'ultimo quinquennio:



Organizzazione del lavoro agile

Con Decreto del Direttore Generale n.750/2024 è stato approvato il nuovo regolamento aziendale in materia di lavoro agile, che provvede ad una compiuta disciplina della materia, nel rispetto del quadro normativo e contrattuale vigente.

In particolare, secondo il citato regolamento, possono accedere alla modalità di lavoro agile i Dipendenti, sia del Comparto che delle Dirigenze, che abbiano superato il periodo di prova, sia con contratto di lavoro a tempo indeterminato che determinato, tempo pieno o parziale, ivi compreso il personale comandato in entrata, i cui compiti affidati siano compatibili con lo svolgimento della prestazione lavorativa da remoto, previa valutazione della fattibilità organizzativa e della compatibilità con le attività della struttura di afferenza effettuata ad opera del Dirigente Responsabile.

Sono esclusi i dipendenti che svolgono attività di cura e di assistenza diretta del paziente che per la natura dell'attività lavorativa svolta, devono necessariamente prestare la propria attività nei presidi ospedalieri o nelle sedi territoriali. Sono altresì esclusi coloro i quali svolgono attività per cui è necessario un contatto con il pubblico in presenza oppure che svolgano attività che prevedono l'utilizzo costante di strumentazione non utilizzabili da remoto. Il lavoro agile viene concesso annualmente a seguito dell'emanazione di avviso interno.

Il dipendente interessato allo svolgimento della prestazione lavorativa in modalità agile deve in primo luogo provvedere alla compilazione di apposita richiesta scritta, mediante apposito modello predisposto, acquisendo, con il medesimo, autorizzazione da parte del proprio Responsabile di Struttura.

Successivamente all'ottenimento dell'autorizzazione del Responsabile, il dipendente ammesso a partecipare sottoscriverà un "Appendice al Contratto individuale", nell'ambito del quale saranno disciplinate le modalità di esecuzione della prestazione lavorativa svolta all'esterno della sede di lavoro con riguardo alla durata dell'accordo, alle modalità di recesso, all'individuazione delle giornate, alle attività da svolgere e agli obiettivi assegnati.

Al lavoratore ammesso al lavoro agile è consentito l'espletamento dell'attività lavorativa al di fuori della sede di lavoro per 1 giorno alla settimana (eventualmente fruibili in forma cumulativa all'interno della singola mensilità) secondo apposita programmazione indicata dal Responsabile della Struttura di appartenenza.

Resta assicurata la più ampia fruibilità dell'accesso al lavoro agile, anche in modalità continuativa, per il personale "Lavoratore fragile" nonché a favore di dipendenti che versino in condizioni contingenti ed eccezionali di salute.

Particolare attenzione è posta anche alla salute e alla sicurezza nello svolgimento del lavoro agile in applicazione del D.Lgs. 9 aprile 2008, n.81. Il lavoratore interessato allo smart working deve sottoscrivere apposita informativa in materia, predisposta dal Servizio Protezione e Sicurezza Interna, contenente l'indicazione dei rischi generali e di quelli specifici connessi alla modalità peculiare di svolgimento della prestazione lavorativa in smart working.

I Dirigenti, in coerenza con gli obiettivi e i criteri di valutazione dei risultati, monitorano e verificano le prestazioni rese in modalità agile da un punto di vista sia quantitativo sia qualitativo, in itinere ed ex post.

Al fine di dare evidenza delle attività svolte il dipendente provvede a far approvare al proprio responsabile, con cadenza mensile, apposito rendiconto recante obiettivi assegnati e raggiunti.

Ciascun Responsabile, anche ai fini del monitoraggio periodico del Dipartimento della

Funzione Pubblica, verifica l'impatto del lavoro agile sulla complessiva qualità dei servizi erogati e delle prestazioni rese, tenuto conto dei dati e delle eventuali osservazioni dall'utenza interna, dall'utenza esterna e dagli stakeholder.

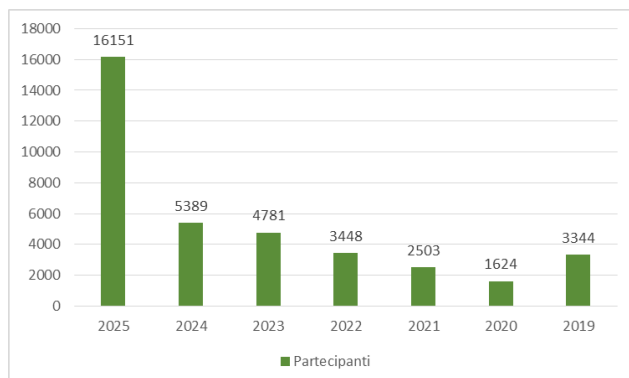
Piano Formativo Aziendale

Con decreto n.123 del 26.2.2025 è stato adottato il Piano formativo 2025. Nell'anno 2025 si sono realizzati n.62 eventi e n.125 edizioni, di cui n. 111 eventi ECM e n.14 non ECM, come meglio specificato nella sintesi successiva.

VOLUME DI ATTIVITA' DI FORMAZIONE - ANNO 2025 DETTAGLIO PER TIPOLOGIA (PIANO AZIENDALE)					
TIPOLOGIA	N.	EDIZIONI	PARTECIPANTI	CREDITI TOTALI	ORE TOTALI
PROGETTI FSC	18	35	1148	12774	12,712
PROGETTI FAD - Blended-Webinar	17	44	1521	9252,2	6127
CORSI RESIDENZIALI	27	46	984	7120,7	5756,7
TOTALI ASST	62	125	3653	29146,9	24595,7

VOLUME DI ATTIVITA' DI FORMAZIONE - ANNO 2025 DETTAGLIO PER TIPOLOGIA (REGIONE LOMBARDIA)					
TIPOLOGIA	N	EDIZIONI	PARTECIPANTI	CREDITI TOTALI	ORE TOTALI
Corso Fascicolo Sanitario elettronico in FAD	35	35	12.498	4425	10.246
Totale Generale(corsi aziendale e corsi regionali)	97	160	16.151	33.571,9	34.941,7

Si rileva come negli anni il volume di attività sia cresciuto sia in relazione al numero di partecipanti che per ore totali di formazione effettuate:



Nell'anno 2025 sono stati emessi i seguenti crediti per profilo professionale:

Professione	Partecipazioni per professione	Crediti Totali per professione	Totale Eventi per professione
Tecnico sanitario di radiologia medica	36	254,6	24
Fisico	2	9,9	2
Tecnico di neurofisiopatologia	8	85,4	6
Psicologo	116	1263,3	20
Fisioterapista	148	1224,3	30
Farmacista	12	117,8	5
Altre Figure	1	0	1
Terapista occupazionale	1	5,4	1
Igienista dentale	1	5,4	1
Biologo	22	197,7	9
Ortottista/assistente di oftalmologia	8	68,4	7
Podologo	1	7,4	1
Medico chirurgo	469	4007,8	71
Tecnico sanitario laboratorio biomedico	126	1240,7	20
Logopedista	21	186,8	17
Terapista della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva	8	87,2	6
Dietista	6	41,9	6
Educatore professionale	34	347,6	12
Tecnico della fisiopatologia cardiocircolatoria e perfusione cardiovascolare	2	27	2
Infermiere	1448	13608,9	89
Tecnico audiometrista	1	10,8	1
Odontoiatra	1	7,4	1
Ostetrica/o	117	1798,6	42
Assistente sanitario	45	357,7	25
Tecnico della riabilitazione psichiatrica	8	73,4	6

Le richieste di aggiornamento obbligatorio esterno sono aumentate rispetto agli anni precedenti, come illustrato nella seguente tabella:

Totale richieste	Sospese	Costi diretti	Anno
301	6	€ 18.995,00	2025
348	6	€ 25.971,00	2024
205	6	€ 30.864,70	2023
229	4	€ 18.172,30	2022
258	12	€ 14.756,00	2021
91	19	€ 2.750,00	2020

Si mette in evidenza il n. di ore di formazione per obiettivi formativi relativi agli eventi accreditati ECM:

OBIETTIVI FORMATIVI	N° eventi	ORE DI FORMAZIONE
OBIETTIVI DI PROCESSO	12	6677
OBIETTIVI DI SISTEMA	72	15.140
OBIETTIVI TECNICO PROFESSIONALI:	41	2778,7
TOTALE	125	24595,7

La gestione economica dell'attività formativa è aumentata rispetto agli anni precedenti ma in linea con il budget preventivo.

I costi diretti complessivi per la formazione in sede sono stati di € 88.803,00, a fronte di un budget di € 89.000,00. La spesa per la formazione esterna è stata di € 18.995,00 a fronte di un budget disponibile € 24.475,00. La riduzione della spesa per la formazione interna è derivata dalla partecipazione agli eventi regionali PNRR solitamente gratuiti.

La valutazione dei risultati della formazione è uno dei capitoli che maggiormente interessa il formatore aziendale. La bibliografia riguardante tale argomento non trova a tutt'oggi una definizione esaustiva, tuttavia una valutazione costi e benefici nell'attività formativa è possibile: nei suoi aspetti economici (costi indiretti e diretti); nei suoi contenuti; nell'atteggiamento aziendale nei confronti dell'amministrazione.

E' importante però, evidenziare quanto viene applicato nell'organizzazione; infatti il committente, ricevuti i risultati della formazione effettuata, deve impegnarsi a tradurli in concreto. Siamo convinti che il processo formativo contenga anche la parte del trasferimento risultati, come suggerisce anche l'Ente terzo in occasione delle visite ispettive annuali per la certificazione di qualità.

La valutazione avviene a diversi livelli:

- Valutazione ex ante: durante la fase di progettazione l'ufficio formazione ha da sempre instaurato il sistema del "patto formativo" tra Committente /formatore/ gruppo progetto/partecipanti così da essere chiaro per tutti la definizione del risultato atteso.
- Valutazione in itinere: durante l'attività formativa, viene valutato con i Docenti e soprattutto

con il Tutor d'aula nominato dall'ufficio formazione e in rappresentanza di questa, il lavoro svolto giornata per giornata e come questo permetta di raggiungere i risultati formativi sperati (gli obiettivi didattici). Viene quindi definito un "Patto formativo" chiaro tra Docenti/ Coordinatore del corso/ Partecipanti.

- Valutazione ex post: al termine del percorso, prima delle disposizioni ECM con uno strumento molto più complesso ed ora con un modello aziendale standardizzato, il partecipante esprime il proprio parere su obiettivi, docenza, metodologia. Il Tutor compila una scheda su alcuni aspetti riguardanti: clima d'aula; come si sono posti i docenti; come si sono posti i partecipanti, come sono stati raggiunti i risultati. La valutazione della customer, come richiesta da Regione Lombardia nella DGR 3243 dell'8/4/2011, prevede i valori da 0 a 4 con una soglia minima di 2,75 ed il valore obiettivo di 3.

La media complessiva degli eventi è pari a 3,54.

Gli eventi con customer sotto la soglia di 2,75 sono n° 3 su 125. Nello specifico:

- Progetto di FSC (Training individualizzato): Progetto di addestramento e affiancamento individualizzato dal 1/9/2025 al 5/10/25 valore 2,60;
- Il ruolo della guardia di finanza a tutela della spesa pubblica e del PNRR- la partnership con ASST Valcamonica : valutazione pari a 2,67;
- Consenso informato e contenzioso in ambito sanitario del 22/10: valore 2,20.

Le criticità sono riconducibili a motivazioni diverse.

- Il progetto di addestramento (training individualizzato) ha visto una criticità organizzativa;
- Il corso sulla Guardia di Finanza ha evidenziato le criticità riguarda al tempo troppo ristretto per la materia, mancate indicazioni per l'applicazione dei contenuti nella realtà lavorativa, non utile per tutti i discenti.
- Il corso sul consenso informato è stato considerato negativo principalmente per il relatore non all'altezza dell'argomento, troppe divagazioni, non esaustivo, senza indicazioni operative.

L'Ufficio Formazione gestisce il processo "Modalità di partecipazione ad eventi esterni sponsorizzati" (R DA 002) riguardante la partecipazione del personale dipendente dell'Azienda a eventi formativi esterni variamente denominati, (quali ad esempio Corsi, Convegni, Congressi, Giornate di Studio, Seminari, altre attività formative, fiere di settore) che risultino sponsorizzati da terzi (come per esempio operatori economici con interessi commerciali, società scientifiche, enti o agenzie formative o di servizi, associazioni) i quali sostengano integralmente o parzialmente i costi di iscrizione, viaggio, vitto, alloggio o altre utilità.

Il processo è articolato e richiede continui solleciti alle aziende e al personale stesso per la verifica dell'attuazione corretta di quanto previsto dal regolamento citato.

In sintesi il piano formativo 2025 ha avuto un esito positivo per gli eventi realizzati e contemporaneamente critico per le numerose iniziative obbligatorie pervenute da Regione, vissute spesso come imposizione e non frutto della raccolta fabbisogni formativi aziendali. Sono state svolte le attività formative sul Fascicolo sanitario elettronico con raggiungimento degli obiettivi regionali.

Non ci sono state critiche o NC rilevate dall'ufficio e si ritiene che il livello di soddisfazione degli eventi sia più che buono.

REPORT OBIETTIVI STRATEGICI DEL PIAO

Di seguito prospetto riepilogativo dello stato di raggiungimento degli obiettivi strategici declinati nell'ambito del PIAO:

VALORE PUBBLICO		
Obiettivo Strategico	Indicatore	Rendicontazione al 31.12.2025
Attrattività verso i residenti	Riduzione mobilità passiva	Obiettivo sperimentale in quanto dato non in possesso diretto dalle ASST (dato ATS). La fonte dati è il benchmarking fornito da Regione Lombardia. Attualmente il dato è consolidato all'anno 2025. ASST Valcamonica si attesta al 45% di mobilità passiva, senza distinzione tra i presidi di Esine ed Edolo
Valorizzazione dei presidi di Area Montana	Aumento produzione Ospedale di Edolo	1) produzione ricoveri Edolo: aumento del case mix a fronte di una riduzione dei ricoveri: +3% volume economico; -3% pazienti 2) produzione ambulatoriale Edolo: aumento +4% volume economico. Si evidenzia apertura ambulatorio cure palliative e delocalizzazione talune attività ambulatoriali, soprattutto fisioterapiche sulle case di comunità limitrofe
Rafforzamento delle reti di patologia	Inserimento nelle reti di patologia previste da DGR regionali	Nel corso dell'anno ASST della Valcamonica, a seguito dell'adozione degli atti di competenza e delle necessarie nomine è entrata a far parte di numerose reti di patologia quali: - Rete regionale dei centri per la prevenzione, diagnosi e cura del piede diabetico con nomina referente Dr.ssa Giuseppina Zaltieri – Decreto 381/2024; - Rete regionale dei centri per la prevenzione, diagnosi e cura dell'osteoporosi, fratture da fragilità e patologie osteo-metaboliche con nomina referente Dr.ssa Elisa Pellegrinelli – Decreto 374/2024; - Rete regionale delle malattie rare con nomina referente Dr. Mirko Scarsi – Decreto 602/2024; - Rete regionale della chirurgia della mano con nomina referente Dr.Dariush Gharghooli – Decreto 629/2024; - Rete regionale dei centri di diagnosi e cura dei tumori del pancreas con nomina referente Dr.Bruno Compagnoni – Decreto 734/2024. Al 31.12.2025 sono state confermate nella sua totale portata, in merito all'avvenuta attivazione delle Reti, la rendicontazione del 31.12.2025 con l'individuazione per ciascuna di esse di un Dirigente Medico nominato quale referente aziendale. Le Varie articolazioni aziendali preposte (DMP, Accreditamento, UU.OO. interessate) hanno avviato tutte le azioni necessarie e scaturenti atte al pieno sviluppo delle reti.
Coinvolgimento dei cittadini attraverso l'avvicinamento degli stessi ai servizi delle Case di Comunità e alle diverse iniziative territoriali	Realizzazione di attività di sensibilizzazione presso le Case di Comunità e sul territorio aperte ai cittadini	Nel corso del 2025 sono stati organizzati 3 incontri aperti alla popolazione per far conoscere i Servizi offerti dalle Case di Comunità di Ponte di Legno, Cedegolo e Berzo Inferiore. Nella settimana dall'11 al 17 maggio sono state realizzate numerose occasioni di incontro e di sensibilizzazione rivolte a differenti target di popolazione, in occasione della seconda edizione della Settimana della prevenzione e promozione della Salute. La Carta dei Servizi di ciascuna CdC è pubblicata sul sito internet istituzionale di ASST e viene puntualmente aggiornata. Viene altresì resa disponibile in versione cartacea presso le sedi delle CdC.
Fornire un'assistenza completa e multidisciplinare a pazienti con bisogni sanitari complessi a domicilio	Aumento della copertura assistenziale, riduzione delle ospedalizzazioni, implementazione della telemedicina per il monitoraggio a distanza.	Attraverso l'incremento del personale è aumentata la possibilità di dare risposta ai bisogni dei cittadini. Alcune attività vengono garantite anche attraverso l'utilizzo della telemedicina. Attualmente viene erogata presso le Case di Comunità di Ponte di Legno e Cedegolo, con l'obiettivo di implementarla anche nelle altre CdC. E' proseguito il percorso di potenziamento dell'assistenza territoriale, attraverso il consolidamento dell'integrazione tra servizi territoriali, assistenza domiciliare e strutture ospedaliere, in particolare attraverso progettualità specifiche con la Cardiologia e attraverso il miglioramento della presa in carico domiciliare post-dimissione, contribuendo in tal modo anche alla riduzione delle ospedalizzazioni evitabili (implementate modalità organizzative orientate al monitoraggio precoce delle condizioni cliniche e alla gestione tempestiva delle situazioni a rischio di riacutizzazione, favorendo la permanenza del paziente nel proprio contesto di vita). Parallelamente si è proseguito con lo sviluppo degli strumenti di telemedicina e telemonitoraggio, in coerenza con gli indirizzi regionali e nazionali.
Attivazione Casa della Comunità	Apertura nel 2025 della CdC Ponte di Legno	La CdC Ponte di Legno è stata inaugurata l'11 giugno 2025.
Ottimizzazione della gestione delle agende per controlli ed esami strumentali	Utilizzo del "FAST Cup" da parte dei professionisti della ASST	Il numero degli slot riservati al Fast Cup è aumentato significativamente, grazie all'incremento degli slot dedicati ai follow-up e agli esami di secondo livello. Da gennaio a dicembre 2025 sono state prenotate circa 9500 pratiche tramite il fast cup a fronte delle 3722 dell'anno precedente.
Attività di Telemedicina	Aumento del numero dei pazienti arruolati	L'attività di telemedicina è aumentata in modo significativo grazie al maggior numero di teleconsulti (emocoagulativo e per terapia anticoagulante) e di telemedicina (epatologia, fisiatria). Nel periodo gennaio-dicembre 2025 sono state erogate Teleassistenza 1055; Teleconsulto 2128; Televisite: 838 per un totale di 4021 prestazioni, pari a 2516 pazienti. Nell'anno precedente erano state erogate 180 prestazioni.
Accessibilità digitale dei cittadini ai servizi	- Gestione informatica delle segnalazioni URP degli utenti attraverso un'applicativo dedicato presente nel sito web istituzionale - Implementazione del nuovo applicativo per i prelievi domiciliari	Reunione per definire caratteristiche applicativo per segnalazioni urp sul sito web aziendale effettuata in data 21.07.2025 con referenti Coop CSC. La realizzazione è fattibile con credenziali accesso e sarà installata su nuovo sito. Progettato e realizzato un sistema digitale portatile per la gestione delle richieste di esami di laboratorio in contesti domiciliari e territoriali. Consegnati n. 9 sistemi di etichettatura domiciliare alle Cooperative che operano sul territorio della ASST Valcamonica che effettuano sia prelievi domiciliari sia prelievi per conto dei seguenti comuni di Cavo, Esine, Niarò, Sellero.
Sistema rete con Enti del SSR	Attuazione DGR con nuovi rapporti convenzionali	Nel corso dell'anno ASST della Valcamonica ha sottoscritto e/o rinnovato numerose convenzioni con altre aziende del SSR ai sensi della DGR 7013/2022 e successiva 1514/2023. In particolare: - Con ASST Spedali Civili – decreto 362/2025 – convenzione per prestazioni ambulatoriali varie; - Con ASST Spedali Civili – decreto 331/2025 – convenzione per erogazione turni di servizio; - Con ASST Spedali Civili – decreto 642/2025 – convenzione per erogazione turni PD Emodinamica; - Con ASST Spedali Civili – decreto 248/2025 – accordo quadro per il reclutamento di personale medico in applicazione della DGR n.XII/3720/2024; - Con ASST Valtellina – decreto 466/2025 – convenzione per erogazione prestazioni ambulatoriali Neurochirurgia e urologia; - Con ASST Bergamo Est – decreto 245/2025 – convenzione per erogazione turni di servizio PS e RIA; - Con ASST Lodi – decreto 261/2025 – convenzione per erogazione turni di servizio in Neurologia. Nel corso degli ultimi mesi del 2025, al fine di ulteriormente rafforzare i rapporti tra enti del SSR, ASST della Valcamonica ha sottoscritto le seguenti convenzioni: - Con ASST Spedali Civili – decreto 634/2025 – convenzione per esecuzione di prestazioni di pneumologia interventistica; - Con ASST Bergamo Est – decreto 718/2025 – rinnovo per anno 2026 della convenzione per erogazione turni di servizio PS e RIA; - Con ASST Garda – decreto 776/2025 – rinnovo per biennio 2026-2027 della convenzione per consulenze di anatomia patologica; - Con ASST Fatebenefratelli-Sacco – decreto 777/2025 – rinnovo per biennio 2026-2027 della convenzione per erogazione turni PD Emodinamica; - Con ASST Lecco – decreto 790/2025 – rinnovo per il biennio 2026-2027 della convenzione per Turni presso SC Cure Palliative; - Con ASST Valtellina – decreto 791/2025 – rinnovo per anno 2026 della convenzione per erogazione prestazioni ambulatoriali Neurochirurgia e urologia.

Rapporti con i terzi	Coinvolgimento delle Associazioni di volontariato del Terzo settore in un'ottica partecipativa	Non esistono protocolli specifici con Enti del Terzo Settore, ma sono stati realizzati progetti che coinvolgono diversi enti come: - "Centri per la Famiglia FAMILY LINK - BASSA VALLE DGR 1507/2023" servizi ai cui interno operano diverse figure professionali che si occupano dell'accoglienza delle persone e delle loro famiglie, proponendo interventi psico-socio educativi, con la partecipazione della Coop. Assolo e ATSP; - "IO dentro e fuori di me" è un progetto che mira a supportare il benessere psicologico e relazionale di adolescenti (11-17 anni) in situazioni di fragilità. Gli enti che partecipano sono insieme ad ASST Valcamonica sono: cooperativa Arcobaleno SCS Onlus, Azzurra SCS Onlus, Il Cardo SCS Onlus, Pia Fondazione Valle Camonica Onlus, ATSP, Università degli Studi di Brescia, con il contributo di Fondazione Cariplo.
Risposta puntuale alle segnalazioni fatte dall'utenza	Monitoraggio dei reclami/encomi ricevuti	Rispetto della tempistica risposta segnalazioni entro 20 giorni>= 97% come da MURP015
Sicurezza strutturale e accessibilità	- Entro la fine del 2025 avanzamento superiore al 60% dei lavori complessivi previsti per l'adeguamento sismico dell'ospedale di Esine; - Conclusione dei lavori di ristrutturazione inerenti le Case di Comunità di Ponte di Legno, Berzo Inferiore, Cedegolo e Ossimo	Antisismica: obiettivo raggiunto con Determina 1024/2025 di approvazione Sal pari al 73%. Case di Comunità: al 31.10.2025 conclusi i lavori di Ponte di Legno e Berzo Inferiore, per le restanti (Cedegolo e Ossimo) avanzamento in linea con l'obiettivo
Ammodernamento del parco tecnologico	Acquisto di almeno il 50% delle attrezzature elettromedicali previste per le nuove Case di Comunità (acquisto in linea con le date di apertura)	Al 31.12.2025 l'obiettivo risulta raggiunto: - Importo complessivo assegnato per l'acquisto di apparecchiature per le CDC (incrementato rispetto al 31.10.2025): € 335.033,14 - Importo totale speso per attrezzature elettromedicali CDC: € 216.637,44 - % apparecchiature acquisite CDC: 64,66% Gli acquisti sono stati effettuati in linea con le date di apertura delle Case di Comunità.
Digitalizzazione	Evoluzione del sistema PACS aziendale (sistema di gestione delle evidenze cliniche generate dai dispositivi elettromedicali, ad es. TAC, RMN, RX ecc.) e l'introduzione dell'infrastruttura necessaria all'utilizzo dell'intelligenza artificiale a supporto delle diagnosi del tumore al seno e della valutazione delle micro-fratture	Il 30/10/2025 è stato adottato il decreto 705 che definisce l'evoluzione e la manutenzione della piattaforma PACS Aziendale. Philips ha in ordine l'HW.
Copertura vaccinale della popolazione di riferimento	Sensibilizzazione attraverso le campagne vaccinali previste da regione Lombardia	Nel corso del 2025 la SC Vaccinazioni e Sorveglianza Malattie infettive, e con la collaborazione di tutte le articolazioni territoriali afferenti al Dipartimento funzionale di Prevenzione ha aderito e coordinato ogni evento promosso da Regione Lombardia implementando un'offerta vaccinale dedicata come per: Giornata mondiale per la lotta all'HPV, Giornata mondiale del Rene, Giornata internazionale della donna, Giornata mondiale della salute, Giornata nazionale della salute della donna, Settimana mondiale delle vaccinazioni, Giornata mondiale senza tabacco etc, dando particolare attenzione alle categorie a rischio, alla parità di genere e alla salute del dipendente garantendo loro priorità e libero accesso durante le campagne. La Campagna Vaccinale 2025/26 è stata inoltre promossa attraverso il coinvolgimento e la sensibilizzazione degli MMG/PLS per i loro assistiti e degli specialisti ospedalieri per i pazienti in dimissione ospedaliera. Nel corso del 2025 è continuato l'impegno a garantire i LEA alla popolazione generale, con risultati sopra gli obiettivi di copertura per fascia di età. E' inoltre continuata la campagna di immunizzazione per virus respiratorio sinciziale nei neonati e nella coorte di nascita 2025 con un'adesione del 93,32%.
Promozione del ruolo e dell'attività del Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni.	- Riorganizzazione del CUG aziendale con definizione di un calendario di incontri per la verifica dell'attuazione del presente piano e la programmazione delle azioni in esso contenute; - Presentazione delle funzioni del CUG al neossunti attraverso un incontro con il presidente dello stesso; - Attivazione di incontri di confronto con il CAM aziendale quale osservatorio privilegiato delle dinamiche conflittuali dei professionisti dell'azienda; - Attivazione di momenti di confronto con i CUG di altre ASST Lombarde.	Ricostituzione del CUG come da Decreto del Direttore Generale n. 691 del 30.10.2025. Stesura e approvazione della regolamento (P CUG 001).
Sviluppo del benessere organizzativo	- Implementazione di attività di rilevazione dello stress lavoro correlato (Gruppo WHP); - Programmazione a richiesta di incontri per affrontare momenti di disagio vissuti all'interno dell'organizzazione aziendale (sportello psicologico); - Promozione di stili di vita sano attraverso l'organizzazione di eventi formativi sul tema e corsi quali pilates per dipendenti, camminate collettive, gruppo lettura, eventi culturali, ecc.	- Implementazione di attività di rilevazione dello stress lavoro correlato (Gruppo WHP); durante la sorveglianza sanitaria da parte del Medico Competente, dal 1.1.2025, attività di raccolta di segnalazioni di situazioni legate allo stress lavoro-correlato e trasmissione mensile del report tramite mail al Referente del Gruppo WHP; - programmazione a richiesta di incontri per affrontare momenti di disagio vissuti all'interno dell'organizzazione aziendale (sportello psicologico); durante la sorveglianza sanitaria da parte del Medico Competente, dal 1.1.2025 attività di raccolta delle segnalazioni di stress lavoro correlato e, se ritenuto necessario o richiesto dal lavoratore un supporto psicologico, il MC informa sul percorso da attuare per accedere gratuitamente allo "sportello psicologico". - Promozione di stili di vita sano attraverso organizzazione di eventi formativi sul tema e corsi quali pilates per dipendenti, camminate, gruppo lettura, eventi culturali; durante la sorveglianza sanitaria il Medico Competente effettua attività di minimal advice nei confronti dei lavoratori con fattore di rischio per sedentarietà; corso "prevenzione e stili di vita in valle camonica, un impegno condiviso 12.5.2025; evento ATS Montagna "formazione walking leader" del 4/23.9.2025; corso ATS Bergamo "Le strategie di promozione della salute per la prevenzione" del 14.10.2025; corso ATS Brescia "attività fisica e movimento 2025" ottobre/novembre 2025; corso "gioco d'azzardo patologico" del 27.11.2025; corso yoga Esine/Edolo; corso pilate Esine/Breno; camminata Borno/Monte Altissimo 14.1.2025, camminata toline/Vello/Toline con visita centro storico e monumenti di Pisogne il 29.3.2025; camminata Diga del Gleno con riferimenti storici della Diga, partecipazione all'evento "Rifugi in rosa" in data 12.7.2025 e 30.8.2025; partecipazione alla camminata "run aragosta" del 31.8.2025; partecipazione alla camminata "race for the cure" a Brescia in data 28.9.2025; derby interaziendale di calcio ASST Valcamonica/ASST Franciacorta in data 23.2.2025/17.5.2025; evento "difesa personale" del 23.4.2025; installazione di n.2 stazioni libri, presso Esine e Edolo inserite nella Rete Nazionale per la condivisione del libro".

RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA		
Obiettivo Strategico	Indicatore	Rendicontazione al 31.12.2025
Attuazione del PTPCT 2025-2027 per creare un contesto culturale sfavorevole alla corruzione garantendo accompagnamento alla trasformazione dei comportamenti consolidamento ed implementazione delle procedure	Monitoraggio in ordine all'applicazione delle misure di prevenzione e di trasparenza del PTPCT	Il PTPCT 2025-2027 ha previsto lo svolgimento, da parte del RPCT, di due monitoraggi semestrali circa l'attuazione da parte delle strutture aziendali competenti delle misure di prevenzione della corruzione e di trasparenza previste dal Piano stesso. I monitoraggi al 31.05.2025 e al 30.11.2025 sono stati regolarmente svolti e i relativi esiti sono stati trasmessi al Direttore Generale (prot. ASST n. 21219/25 del 30.7.2025 e prot. ASST n. 36521/25 del 17.12.2025). In un'ottica di miglioramento continuo e con l'obiettivo di rendere l'attività di monitoraggio un'importante occasione di confronto e scambio, gli esiti delle verifiche sono stati altresì comunicati alle strutture competenti, per l'adozione delle opportune misure correttive/migliorative. Ciò, ha permesso di rivedere alcuni processi e di sanare le relative criticità.
Completamento realizzazione delle strutture territoriali previste dal PNRR (Case di Comunità, Ospedali di Comunità, Centrale Operativa Territoriale) nel rispetto del principio di legalità, efficienza e trasparenza	Corretta applicazione delle disposizioni contenute nel D.Lgs. n. 36/2023 in riferimento al ciclo di vita di ogni appalto e puntuale adempimento dei relativi obblighi di trasparenza	Il PTPCT 2025-2027 ha previsto specifiche misure di prevenzione della corruzione e di trasparenza poste in capo alle strutture che in Azienda si occupano della gestione degli appalti, al fine di garantirne la correttezza. Le strutture interessate hanno puntualmente rendicontato l'applicazione delle misure alla data del 31.5.2025 e del 30.11.2025. In tali occasioni non sono state rilevate particolari criticità. Con riferimento agli obblighi di trasparenza (relativi all'anno 2024), la sezione "Bandi di gara e contratti" è stata oggetto di verifica da parte del Nucleo di Valutazione delle Prestazioni, sulla base della delibera ANAC n. 192/2025 e i contenuti sono stati ritenuti idonei.
Riduzione liste d'attesa prestazioni ambulatoriali	Rispetto del principio di prevalenza dei volumi dell'attività istituzionale rispetto a quella erogata in regime libero professionale	Il PTPCT 2025 - 2027 ha previsto in capo alle strutture competenti (AGR, DMP e GONG) una specifica misura volta alla verifica circa il rispetto del principio di prevalenza dei volumi dell'attività istituzionale rispetto a quella erogata in regime libero professionale. La misura è stata ritualmente rendicontata alla data del 31.5.2025 e del 30.11.2025 e non sono state segnalate criticità.

PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DI PERSONALE		
Obiettivo Strategico	Indicatore	Rendicontazione al 31.12.2025
Controllo periodico dell'andamento della copertura dei posti e dei costi del personale	Monitoraggio mensile PTFP (copertura e costi)	Mensilmente viene effettuato un monitoraggio in collaborazione tra l'Ufficio Concorsi e l'Ufficio Flussi, al fine di verificare sia la copertura dei posti che l'ipotesi di spesa derivante dalla programmazione.
Controllo mensile dell'andamento dei fondi del personale	Monitoraggio dei fondi del personale	Mensilmente l'Ufficio Stipendi effettua un monitoraggio in merito alla spesa dei fondi del personale
Controllo dell'andamento delle attività sopra meglio dettagliate verificando l'effettiva implementazione delle attività territoriali, lo sviluppo della Telemedicina nella cura e nel monitoraggio delle malattie croniche, l'accrescimento dell'attività di prevenzione in collaborazione con ATS Montagna e la necessaria implementazione del personale a supporto dell'aumento dell'offerta delle prestazioni in corso.	Monitoraggio attività	I Responsabili che ravvisino necessità di personale sono tenuti ad effettuare la richiesta tramite un modulo appositamente predisposto. Lo stesso deve essere protocollato e corredato dai pareri del Direttore di Dipartimento e del Direttore Strategico di afferenza. Verificato il parere favorevole della Direzione e la compatibilità con il PTFP l'Ufficio Concorsi attiva le opportune procedure.

PIANO DELLE AZIONI POSITIVE		
Obiettivo Strategico	Indicatore	Rendicontazione al 31.12.2025
Conciliazione vita lavorativa e vita familiare	- Ricognizione/individuazione/analisi di possibili bisogni di conciliazione tempo lavoro/famiglia e individuazione di possibili risposte; - Prime valutazioni degli strumenti più adeguati per favorire la conciliazione tra lavoro e vita familiare; - Possibilità di accedere allo Smart Working in via sperimentale per i coordinatori.	Prima analisi del sistema di welfare presenti in altre ASST Accesso allo Smart-Working a tutti i coordinatori che ne hanno fatto richiesta.
Sensibilizzazione del personale relativamente al tema della violenza sulle donne	- Individuazione di nuove collaborazioni con le associazioni del territorio che si occupano del tema; - Organizzazione di un evento in concomitanza della giornata contro la violenza sulle donne con il coinvolgimento delle realtà del territorio che si occupano del tema; - Mantenimento della partecipazione di ASST alla Rete Territoriale Antiviolenza della Valcamonica.	1. In riferimento al finanziamento regionale del progetto "Potenziamento della presa in carico delle donne vittime di violenza con e senza figli minori sul territorio di ASST della Valcamonica" (Rif. DGR n. XII/2345/2024 e DDUO n.9146 del 17.6.2024), con Decreto Aziendale n. 530 del 13/08/2025 "Presa d'atto della procedura comparativa relativa all'avviso per la realizzazione di attività e interventi a livello territoriale per il potenziamento della presa in carico delle donne vittime di violenza con e senza figli minori sul territorio di ASST Valcamonica di cui alla DGR n. XII/2345/2024 e DDUO n.9146 del 17.6.2024 e determinazioni conseguenti", è stata individuata l'Associazione Multietnica "Terre Unite" (con il suo Centro Antiviolenza "Donne e diritti") quale soggetto partner del progetto. In questa prima fase, l'ASST Valcamonica ha dato priorità all'avvio delle seguenti attività: Pronto Intervento H24 per la gestione delle situazioni di urgenza e integrazione ed Ampliamento degli Sportelli di Ascolto; presso il presidio ospedaliero di Esine e Edolo e le CdC di Ponte do Legno e Pisogne. 2. In occasione della giornata del 25 novembre 2025 sono state realizzate le seguenti iniziative: - Sensibilizzazione degli studenti delle scuole secondarie di secondo grado grazie alla partecipazione all'assemblea di Istituto del Liceo Golgi di Breno (24/11/2025) presso il cinema teatro Giardino a Breno (dr.ssa Francesca Andreoli e dr.ssa Lara Sacristani); - Serata informativa rivolta alla popolazione organizzata c/o Biblioteca comunale di Esine (24/11/2025) con presentazione del progetto Gazebo Viola e del progetto finanziato da RL (dr.ssa Francesca Andreoli e dr.ssa Lara Sacristani) e operatrice del CAV Donne e Diritti - Partecipazione al corteo del 25 novembre - Realizzazione di info point con distribuzione di materiale informativo all'interno dei presidi ospedalieri di Esine e Edolo a cura delle volontarie del CAV Donne e Diritti (25/11/2025); - Realizzazione di video informativi e di sensibilizzazione pubblicati sui canali social e sui siti aziendali. 3. partecipazione alla rete territoriale: vedi convocazione per il 3/12/2025 al quarto incontro della rete di indirizzo a governance ATS della Montagna per il contrasto alla violenza di genere.

SINOTTICO DEGLI OBIETTIVI

OBIETTIVO	AZIONE	RESPONSABILITÀ	SCADENZA/TARGET	RENDICONTAZIONE 2025	RAGGIUNGIMENTO
Piano di ripresa anno 2024: volume prestazioni di ricovero	raggiungimento del valore economico previsto nel contratto con ATS	UUOO ospedaliera	>=€33.200.000	Contratto rimodulato a 33.000.000. Valore 2025: 32.929.427 (-0,2%)	SI
Piano di ripresa anno 2024: volume prestazioni di specialistica ambulatoriale	raggiungimento del valore economico previsto nel contratto con ATS	UUOO ospedaliera	>=€19.500.000	Contratto rimodulato a 21.077.900 Valore 2025: 22.647.823 (+7,4%)	SI
Spesa per Beni e Servizi	Rispetto della assegnazione regionale	dipartimento amministrativo	<= BPE/ASSESTAMENTO 2024	Budget regionale rispettato. Valori esposti in assestamento confermano rendicontazione trimestrale Obiettivo raggiunto	SI
Razionalizzazione delle risorse	Spesa effettiva beni e servizi effettuati attraverso procedure centralizzate/aggregate.	dipartimento amministrativo	>=65%	Acquisti Consip 17,2% acquisti Aria 45,60% acquisti gare aggregate 15,1% Totale 77,90%	SI
Produzione e liste di attesa	Rispetto del tempo massimo per ricoveri chirurgici programmati: - oncologici classe A; - non oncologici	UUOO ospedaliera	>=90%	Da autovalutazione utilizzando i dati SDO giugno-novembre e proiezioni dati di dicembre risultano: ONCOLOGICI CLASSE A: 100%; NON ONCOLOGICI TUTTE LE CLASSI: 100%	SI
Produzione e liste di attesa: efficientamento della programmazione delle agende	Specialistica ambulatoriale PNGLA: - Prime visite; - diagnostica per immagini; - esami strumentali	UUOO ospedaliera	>=90%	Secondo rilevazione autonoma su fonte dati ufficiali 28/SAN: 73% complessivo	NO
Produzione e liste di attesa: Aumento della presa in carico dei pazienti cronici.	Miglioramento del percorso di cura. Numero di pazienti cronici presi in carico nel secondo semestre 2025 sul totale dei pazienti di competenza della ASST pari ad almeno 15%. Flusso di pazienti con PAI attivo attraverso GPC	Distretto	>=15%	Fonte dati Tableau: target PNRR Presa in Carico +132%. Totale assistiti con PAI 39,21% dei cronici assistiti	SI
Produzione e liste di attesa: maggiore accessibilità per l'utente	Rapporto tra prenotazioni effettuate da canali esterni dell'RRP e totale prenotazioni effettuate dall'RRP (canali esterni e interni). flusso del prenotato e notificato presso la Rete Regionale di Prenotazione	Gestione operativa UUOO ospedaliera	>=60%	Fonte dati Regione Lombardia: obiettivi raggiunti (nessuna specifica numerica)	SI
Produzione e liste di attesa: Migliorare i valori percentuali di adozione della ricetta dematerializzata	Prescrizioni DEM in stato di blocco maggiore del 98%, di cui in stato erogato maggiore del 80%.	UUOO ospedaliera	Blocco: >=98%; Erogato: >=80%	Secondo dati estratti dal portale di governo, aggiornati a novembre: Stato erogato 90,02%; stato blocco: 97,18%	SI
Produzione e liste di attesa: Migliorare i valori percentuali di adozione della ricetta dematerializzata	Rapporto tra prescrizioni effettuate in DEM e totale prescrizioni prescrivibili in DEM	UUOO ospedaliera	>=90%	Ultimo dato disponibile: 83% valutazione regionale= raggiunto in quanto % ottenuta molto alta rispetto alla media	PARZIALMENTE RAGGIUNTO
Prevenzione: Raggiungimento dei target e delle milestones assegnati nel PNRR e nel PNC	Missione 6 C2 2.2B Corso formazione infezioni ospedaliere	Direzione Medica Formazione	Raggiungimento degli obiettivi stabiliti nel PNRR	Fonte Dati: Regis; Visualizzazione dato: Regis operatori formati: 550/target previsto 550=100%	SI
Prevenzione: test HCV	Numeratore: Numero totale di residenti sottoposti allo screening per l'HCV; Denominatore: Popolazione totale dei residenti	Direzione medica; UUOO individuate	>=50% media RL	97,00%	SI
Prevenzione: Screening oncologici	Colon-retto: copertura o estensione; Mammella: copertura o estensione; Cervice uterina 25-29: estensione; Cervice uterina 55-64: estensione	Direzione Medica; Breast Unit; Endoscopia; Dip Chirurgia; Consultori	Colon-retto: copertura >=50% o estensione >=95%; Mammella: copertura >=60% o estensione >=95%; Cervice uterina 25-29: estensione >= 95% Cervice uterina 55-64: estensione >=95%	Fonte dati Tableau: Colon-retto: 55,6%; Mammella: 72,8%; Cervice uterina 25-29 e 55-64: dato non disponibile per ASST e separatamente PAP-TEST/HPV. Congiunto ATS-Montagna: 65,3%.	SI
Prevenzione: Vaccinazioni si veda allegato per dettagli	Per ogni coorte e tipologia di vaccino, rispetto della copertura stabilita o miglioramento +5% rispetto anno prec.	Prevenzione	>=95% Antinfluenzale over 65 >=75%; Antinfluenzale op. sanitari >=50%	*1) copertura superiore al 95% per tutte le tipologie; 2) over 65%: raggiunto il 56,66% (seconda migliore ASST della Regione; 3) personale sanitario 30,6% (quarta miglior ASST della Regione)	SI
Prevenzione: Microbio	Presa in carico segnalazioni senza allerta Invio e consolidamento dei dati qualitativamente validati dai clinici dell'ospedale e da ARIA almeno una volta al giorno	Laboratorio	invio giornaliero 7/7	I flussi da SC Laboratorio Analisi ASST-Valcamonica verso Regione Lombardia tramite MicroBio sono stati inviati regolarmente e giornalmente	SI
Prevenzione: Medicina legale	Monitoraggio attività Commissione Invalidi per garantire una gestione ottimale seconda normativa regionale e ministeriale	Medicina Legale	procedure urgenti: <= 15gg	Tempio medio di attesa (periodo di monitoraggio da parte di RL) inferiore ai 15 giorni	SI
Prevenzione: Flusso EVVAI RICOVERI	Sorvegliare le patologie che generano un accesso in ricovero nelle strutture pubbliche. N eventi ricovero inviati/numero ricoveri totali	UUOO degenza Sistemi Informativi	>=95%	98,00%	SI
Prevenzione: Flusso EVVAI PS	Sorvegliare le patologie che generano un accesso in PS nelle strutture pubbliche. N eventi PS inviati/numero accessi totali	Pronto Soccorso Sistemi Informativi	>=95%	98,00%	SI
	- H02Z: Quota di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 (con 10% tolleranza) interventi annui	Breast Unit	fascia verde; Miglioramento anno precedente	Dai dati ad oggi disponibili, 46 interventi. La situazione è stata esaminata nell'incontro congiunto con DGW, in considerazione della classificazione come spoke in area periferica, concordando azioni di miglioramento per il raggiungimento del target di 50 interventi/annui.	PARZIALMENTE RAGGIUNTO
	- H03C: Proporzione di nuovo intervento di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella	Breast Unit	fascia verde; Miglioramento anno precedente	Fonte dati Tableau: 6,25%. Dato il numero ridotto di interventi, la percentuale supera il target nonostante siano 2 casi. Si registra netto miglioramento rispetto all'anno 2024 (20%)	SI
	- H04Z: DRG ad alto rischio inappropriatezza. Target <0,15 o < anno precedente;	UUOO ospedaliera degenza	fascia verde; Miglioramento anno precedente	Fonte dati Tableau: 13,88%	SI
	- H05Z: colecistectomie laparoscopiche con degenza post operatoria<3 gg. Target >=90% o > anno prec.	Chirurgia	fascia verde; Miglioramento anno precedente	Fonte dati Tableau: 74,32%	NO

sinottico					
Nuovo Sistema di Garanzia: Raggiungimento target o trend di miglioramento di una selezione di indicatori CORE del Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) area assistenza ospedaliera	H09Za Donatori di organi in morte encefalica	COP	fascia verde; Miglioramento anno precedente	Autonoma da parte di DGW. valutazione regionale=raggiunto in quanto % ottenuta molto alta rispetto alla media	PARZIALMENTE RAGGIUNTO
	*- H13C: pz over 65 con frattura femore operati entro 48 ore. Target >=80% o > anno precedente	Ortopedia	fascia verde; Miglioramento anno precedente	H13C (entro 2 giorni): 77,14% in miglioramento rispetto all'anno 2024 (68,70%); H13C.48 (entro 48 h): 60,95% in miglioramento rispetto all'anno 2024 (54,96%)	SI
	H17C Percentuale parti cesarei primari in maternità di I livello o comunque con <1.000 parti. Target <15%	Ginecologia	fascia verde; Miglioramento anno precedente	Fonte dati Tableau: 21,12%	NO
	H18C Percentuale parti cesarei primari in maternità di II livello o comunque con ≥ 1.000 parti	Ginecologia	fascia verde; Miglioramento anno precedente	Non di competenza	/
	H23C Mortalità a 30 giorni dal primo ricovero per ictus ischemico. Target <7,25%	Neurologia	fascia verde; Miglioramento anno precedente	Fonte dati Tableau: 13,33%. Dato il numero ridotto di interventi, la percentuale supera il target	NO
	PDTA03 B Percentuale di pazienti con diagnosi di scompenso cardiaco che aderiscono al trattamento farmacologico con beta-bloccanti	Cardiologia	fascia verde; Miglioramento anno precedente	Autonoma da parte della DG Welfare (Fonte: Flusso SDO, Flusso farmaceutica convenzionata). valutazione regionale= raggiunto in quanto % ottenuta molto alta rispetto alla media	PARZIALMENTE RAGGIUNTO
Nuovo Sistema di Garanzia: Raggiungimento target o trend di miglioramento di una selezione di indicatori CORE del Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) area assistenza distrettuale in collaborazione con ATS	D01C Proporzioni di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi (Major Adverse Cardiac and Cerebrovascular event - MACCE) entro 12 mesi da un episodio di Infarto Miocardico Acuto (IMA). Target < 14,55%	Cardiologia	fascia verde; Miglioramento anno precedente	Fonte dati Tableau: 9,71%	SI
	D02C Proporzioni di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi (Major Adverse Cardiac and Cerebrovascular event - MACCE) entro 12 mesi da un episodio di ictus ischemico. Target <= anno precedente	Neurologia	fascia verde; Miglioramento anno precedente	Fonte dati Tableau: 1,89% (anno 2024=9,68%)	SI
	D03C Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età adulta (≥ 18 anni) per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, BPCO e scompenso cardiaco. Target <= anno precedente	Medicina; Pneumologia; Cardiologia	fascia verde; Miglioramento anno precedente	Fonte dati Tableau: 160,35 (anno 2024=276,55)	SI
	D04C Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età pediatrica (<18 anni) per asma e gastroenterite. Target: 50	Pediatria	fascia verde; Miglioramento anno precedente	Fonte dati Tableau: 68,79 (anno 2024=255,22). Si rileva ampio miglioramento rispetto all'anno precedente.	SI
	D09Z Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso	DEA	fascia verde; Miglioramento anno precedente	disponibile valore medio regionale su Tableau: 17 minuti di media	SI
	D10Z Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B. Target: 90%	UUOO ospedaliere	fascia verde; Miglioramento anno precedente	Fonte dati Tableau 73,92%; Da rilevazione interna dati ufficiali 28/SAN 79%	NO
	D14C Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antibiotici. Target <= anno precedente	Farmacia;	fascia verde; Miglioramento anno precedente	Fonte Tableau: 4.774 anno 2024: 5723. Riduzione del 17%	SI
	D27C Percentuale di re-ricoveri tra 8 e 30 giorni in psichiatria. Target <= anno precedente	DSMD	fascia verde; Miglioramento anno precedente	Fonte Tableau: 3,23% anno 2024: 5,91%. Riduzione del 45%	SI
	D30Z Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore	Rete Locale Cure Palliative	fascia verde; Miglioramento anno precedente	Autonoma da parte della DG Welfare (Fonte: SIAD, Hospice, ISTAT). Dato non disponibile all'Azienda.	SI
	CARDIO1: CARDIOCIRCOLATORIO IMA: mortalità a 30 giorni	Cardiologia	fascia verde; Miglioramento anno precedente	7,52% fascia verde	SI
	CARDIOCIRCOLATORIO IMA-STEMI: % trattati con PTCA entro 90 minuti	Cardiologia	fascia verde; Miglioramento anno precedente	Risultato 64,81% (inferiore a medial RL, inferiore ad anno precedente). Obiettivo non raggiunto	NO
	CARDIO3: CARDIOCIRCOLATORIO Scompenso cardiaco congestizio: mortalità a 30 gg	Cardiologia	fascia verde; Miglioramento anno precedente	17,07% fascia arancione	NO
	CARDIOCIRCOLATORIO By-pass Aortocoronarico isolato: mortalità a 30 gg	Cardiologia	fascia verde; Miglioramento anno precedente	obiettivo non disponibile anno 2025	/
	CARDIOCIRCOLATORIO Valvuloplastica o sostituzione di valvole: mortalità a 30gg	Cardiologia	fascia verde; Miglioramento anno precedente	obiettivo non disponibile anno 2025	/
	CARDIOCIRCOLATORIO Riparazione di aneurisma non rotto dell'aorta addominale: mortalità a 30 giorni	Cardiologia	fascia verde; Miglioramento anno precedente	obiettivo non disponibile anno 2025	/
	NERVO1: NERVOSO Ictus ischemico: mortalità a 30 giorni	Neurologia	fascia verde; Miglioramento anno precedente	9,26% fascia verde	SI
	NERVOSO Intervento chirurgico per T cerebrale: mortalità a 30 giorni dall'intervento di craniotomia	Neurologia	fascia verde; Miglioramento anno precedente	obiettivo non disponibile anno 2025	/
	RESPIRO1: RESPIRATORIO BPCO riacutizzata: mortalità a 30 giorni	Pneumologia	fascia verde; Miglioramento anno precedente	11,11% fascia gialla	PARZIALMENTE RAGGIUNTO
CHGEN1: CH. GENERALE Colecistectomia laparoscopica: % ricoveri con degenza post-operatoria < a 3 giorni		Chirurgia	fascia verde; Miglioramento anno precedente	74,68% fascia verde	SI

Programma Nazionale ESU (PNE)		sinottico			
	ONCO2: CH. ONCOLOGICA Proporzione di nuovi interventi di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno	Chirurgia	fascia verde; Miglioramento anno precedente	6,06% fascia rossa	NO
	ONCO3: CH. ONCOLOGICA Intervento chirurgico per TM polmone: mortalità a 30 gg	Chirurgia	fascia verde; Miglioramento anno precedente	obiettivo non disponibile anno 2025	
	ONCO5: CH. ONCOLOGICA Intervento chirurgico per TM colon: mortalità a 30 gg	Chirurgia	fascia verde; Miglioramento anno precedente	0% fascia verde	SI
	GRAV1: GRAVIDANZA E PARTO Proporzione di parti con taglio cesareo primario (500≤ vol < 1000)	Ginecologia	fascia verde; Miglioramento anno precedente	20,62% fascia verde	SI
	GRAV2: GRAVIDANZA E PARTO Proporzione di parti con taglio cesareo primario (vol ≥ 1000)	Ginecologia	fascia verde; Miglioramento anno precedente	0,86% fascia rossa	NO
	GRAV5: GRAVIDANZA E PARTO Proporzione di parti vaginali in donne con pregresso parto cesareo	Ginecologia	fascia verde; Miglioramento anno precedente	9,09% (inferiore a media RL, inferiore ad anno precedente). Obiettivo non raggiunto	NO
	GRAV6: GRAVIDANZA E PARTO Proporzione di episiotomie nei parti vaginali	Ginecologia	fascia verde; Miglioramento anno precedente	3,69% (inferiore a media RL, maggiore anno precedente). Obiettivo parzialmente raggiunto	PARZIALMENTE RAGGIUNTO
	OSTEO1: OSTEOMUSCOLARE Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 48 ore (età ≥65)	Ortopedia	fascia verde; Miglioramento anno precedente	72,41% fascia verde	SI
	OSTEO3: OSTEOMUSCOLARE Intervento di protesi di anca: riammissione a 30 gg	Ortopedia	fascia verde; Miglioramento anno precedente	2,59% (inferiore a media RL, inferiore anno precedente). Obiettivo raggiunto	SI
	OSTEO4: OSTEOMUSCOLARE Intervento di protesi di ginocchio: riammissione a 30 gg	Ortopedia	fascia verde; Miglioramento anno precedente	9,09% (superiore a media RL, superiore anno precedente). Obiettivo non raggiunto	NO
Tempi di pagamento	Rispetto delle tempistiche previste dalla normativa vigente	dipartimento amministrativo	30/60 giorni	L'indicatore di tempestività dei pagamenti rileva per l'anno 2025: I trim: ITP rilevato sulla PCC pari a -11,83; II trim ITP rilevato sulla PCC pari a -8,84; III trim ITP rilevato sulla PCC pari a -5,53; IV trim ITP rilevato sulla PCC pari a -6,34	SI
Adozione/aggiornamento del PTPCT - Sottosezione rischi corruttivi e trasparenza Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO), coerentemente con le peculiarità del contesto interno ed esterno dell'ente, anche alla luce delle nuove funzioni acquisite	Deliberazione di adozione del PTPCT - Sottosezione rischi corruttivi e trasparenza Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO)	Trasparenza e Antiorruzione; UUOO individuate	entro i termini di legge	Obiettivo realizzato: PTPCT 2025-2027 approvato con decreto n.37 del 30.01.25 e pubblicato in: https://amministrazionedigitale.asst-valcamonica.it/Pages/amministrazione_trasparente_v3_0	SI
Attuare i Piani e le misure di prevenzione pianificate nel PTPCT 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 PTPCT chiuse /N. totale di azioni previste dal PTPCT) *100 nel periodo di riferimento considerato	Trasparenza e Antiorruzione; UUOO individuate	Trasmissione relazione che quantifichi, secondo i parametri dell'indicatore, l'attuazione del piano a livello aziendale	Obiettivo realizzato: - Relazione al Direttore Generale, prot. ASST n. 21219/25 del 30.7.2025 in ordine allo stato generale di attuazione del PTPCT 2025 – 2027 per il primo semestre 2025; - Relazione al Direttore Generale, prot. ASST n. 36521/25 del 17.12.2025 in ordine allo stato generale di attuazione del PTPCT 2025 – 2027 per il secondo semestre 2025; - Attestazione del Nucleo di Valutazione delle Prestazioni concernente gli obblighi di pubblicazione al 31.05.2025 (prot. 17681/25 del 24.6.2025), predisposta e pubblicata nel rispetto delle scadenze fissate da ANAC con delibera n.192/2025 in: https://www.asst-valcamonica.it/Pages/amministrazione_trasparente_v3_0/?code=AT.F0.05 - Relazione annuale del RPCT del 27.01.2026 (prot. ASST 2647/26 del 27.01.2026), predisposta e pubblicata nel rispetto delle scadenze fissate da ANAC con proprio comunicato del 10.12.2025, in data 27.01.2026, in: https://www.asst-valcamonica.it/Pages/amministrazione_trasparente_v3_0/?code=AT	SI
Attività di donazione organi	A) Donazione organi A1) Rapporto tra accertamenti con criterio neurologico e decessi con lesioni cerebrali in rianimazione A2) Rapporto tra accertamenti con criterio neurologico e decessi con lesioni cerebrali totali A4) DCD Controllato B) Donazione multitessuto Risultato atteso: rapporto tra donazioni multitessuto e totale decessi entro i 65 anni C) Donazione Cornee Risultato atteso: rapporto tra donazioni cornee e totale decessi (età >5 e < 85 anni) D) Donazione da vivente teste di femore Obiettivo per ASST/IRCCS che effettuano >50 interventi di artroprotesi d'anca /anno Risultato atteso: rapporto tra donazioni teste femorali e totale artroprotesi d'anca su soggetti di età <70 anni	COP; UUOO di degenza	A1) >40% A2) >15% A4) presenza di una procedura aziendale B) >2% C) >10% D) >10%	E' stata inviata rendicontazione trimestrale al CRT e ad ATS Montagna : - 1° trim : Prot 12573/25 del 05/05/2025 - 2° trim : Prot 21574/25 del 01/08/2025 - 3° trim : Prot 30963/25 del 31/10/2025 - 4° trim : Prot 2530/26 del 27/01/2026 In sede di audit del 11/12/2025 è stato presentato ad ATS Montagna e al CRT il protocollo SDEA026 "La gestione del paziente con grave danno neurologico e trattamento a scopo donativo"	SI
Customer satisfaction	% dei giudizi positivi nelle rilevazioni di customer ambulatoriali	UUOO ospedalieri	≥ 90%	89,00%	SI
	% dei giudizi positivi nelle rilevazioni di customer degenza	UUOO ospedalieri	≥ 90%	92,00%	SI
Copertura fabbisogni del personale	Organico in servizio / organico da fabbisogno nell'anno di rilevazione	Risorse Umane	Rilevazione personale in ciascun trimestre	Mensilmente viene effettuato un monitoraggio al fine di verificare sia l'andamento della copertura dei posti che l'ipotesi di spesa derivante dalla programmazione. Inoltre, prima di ogni avvio di attività di reclutamento, viene verificato la disponibilità della capienza del PTFP.	SI
Incidenza ore di formazione	N. ore di formazione sul campo/totale ore di formazione x 100	Formazione	≥ 20%	51,68%	SI
Valutazione Multidimensionale: approccio bio psico sociale	aumento situazioni valutate e prese in carico in modo integrato. N valutazioni con AS/N valutazioni totali	Distretto	≥ 50%	Obiettivo raggiunto. Documentazione agli atti.	SI
Valutazione Multidimensionale: Punto Unico di Accesso (PUA)	Presenza di 8 PUA da attivarsi con le rispettive Case di Comunità	Distretto	31.12.2025	PUA presente in tutte le CdC	SI
Continuità Assistenziale	COT: emissione documento di gestione dei setting assistenziali (ammissione/dimissione)	Distretto	31.12.2025	Procedura Cot 001, in cui si definisce il percorso del paziente	SI

sinottico					
Sorveglianza Domiciliare	Aumento della copertura assistenziale, riduzione delle ospedalizzazioni, implementazione. Raggiungimento dei target PNRR sulla presa in carico over 65	Distretto	secondo target PNRR	Target raggiunto. Dato presente su tableau regionale	SI
Percorsi di integrazione territoriale con Cure Primarie	evoluzione della continuità assistenziale	Distretto; Cure Primarie	31.12.2025	Attivazione del modello UNICA da dicembre 2025	SI
	psicologo di base: introduzione nelle CdC	Distretto; Cure Primarie	31.12.2025	Presenza nelle CdC attivate della figura delle Psicologo di Base/Psicologo delle cure primarie. È stata predisposta brochure dedicata.	SI
PDTA pazienti cronici	integrazione MMG/Specialisti/servizi territoriali. Emissione protocollo	Irt; Distretto; Cure Primarie	31.12.2025	l'Emessi 5 PDTA: - Gestione integrata ospedale-territorio del paziente affetto da scompenso cardiaco (18/12/2025); - Gestione integrata ospedale-territorio del paziente affetto da diabete mellito (19/12/2025); - PDTA patologia cronica prostatica (14/02/2025); - PDTA gestione del piede diabetico (15/04/2025); - PDTA artrite reumatoide (11/06/2025)	SI
Prevenzione: intossicazioni acute in ambiente domestico	attività di sensibilizzazione. Realizzazione attività di divulgazione	Distretto	31.12.2025	In collaborazione con ATS Servizio di Promozione ed Educazione alla salute, stiamo provvedendo alla consegna della brochure dedicata agli incidenti domestici (redatta appunto da ATS) ai bambini che si presentano nei nostri CV in concomitanza della vaccinazione MPRV + MEN ACWY + MENB (intorno all'anno di vita).	SI
Stili di vita	MMG: gestione dei fattori di rischio per riduzione malattie croniche. Realizzazione momenti formativi Ospedale/territorio	Distretto; Cure Primarie	31.12.2025	Calendario di incontri definito con ufficio formazione rivolto ai MMG del territorio.	SI
Consultorio: tabagismo	Attività di counseling per donne fumatrici. Presenza ambulatorio.	Consultori	31.12.2025	In linea con gli obiettivi prefissati sia in merito alla formazione del personale che alle attività di counseling ambulatoriali descritte nel progetto.	SI
Consultorio: prevenzione maschile	Raccolta informazioni, attività di sensibilizzazione rispetto al tema della prevenzione maschile in adolescenza	Consultori	31.12.2025	Obiettivo raggiunto in merito alle azioni identificate: apertura sessione visite urologiche nei Consultori per adolescenti e inizio indagine conoscitiva.	SI
Dipendenze	Incremento prestazioni nelle Case di Comunità rispetto al 2024	Serd	Ponte di Legno: >=104%; Pisogne: >=108%	- Prestazioni SERD 2024: n. 33830 di cui n. 2876 relative ad utenti residenti alta Valcamonica - Prestazioni SERD 2025: n. 33617 di cui n. 3159 relative ad utenti residenti in alta Valcamonica (nel 2023: n. 27978 prestazioni totali e n. 1119 prestazioni relative a residenti alta valcamonica) - Utenti SERD residenti in alta Valcamonica: nel 2024 8,5% del totale – nel 2025 9,4% del totale (nel 2023: 4%). Nel 2024 si è assistito ad un incremento, rispetto al 2023, del numero utenti residenti in alta valcamonica che hanno richiesto presa in carico al SERD con relativo incremento delle prestazioni erogate presso la sede di Cedegolo del SERD. Tale incremento è da imputarsi alle azioni di sensibilizzazione della rete ospedale-territorio e all'incremento delle ore di presenza degli operatori SERD presso la sede di Cedegolo. Il trend in incremento è proseguito nell'anno 2025 dopo l'apertura, a giugno 2025, di ambulatori SERD presso la CdC di Ponte di Legno. Come concordato in sede di rendicontazione di scheda budget prima dell'attivazione dello sportello c/o CdC di Pisogne, si è ritenuto necessario consolidare le azioni di rete per promuovere le attività SERD c/o la CdC di Ponte di legno. E' stata prorogata al 2026 la valutazione di sostenibilità dello sportello psicologico e CTT c/o CdC di Pisogne.	SI
Telemedicina: diabetologia; cardiologia; laboratorio; reumatologia	miglioramento compliance di pazienti già presi in carico; aumento numero pazienti presi in carico in TM secondo target PNRR	Direzione Medica; Diabetologia; Cardiologia; Reumatologia; Medicina di Laboratorio; UUOO individuate	>= 400 pz miglioramento rispetto anno precedente	Anno 2025: 253; Anno 2024: 53 Sensibile aumento delle prestazioni di controllo nelle 5 specialità oggetto di obiettivo. Si segnala che in totale la Telemedicina è stata attivata per diverse specialità ulteriori, per un totale di 4021 prestazioni, pari a 2516 pazienti	SI
Presa in carico: paziente diabetico	aumento tipologie di pazienti presi in carico da MMG senza ricorso a cure ambulatoriali specialistiche	Irt/Diabetologia	31.12.2025	Obiettivo rimodulato in ragione di modifiche organizzative e indirizzi di RL attraverso l'utilizzo della telemedicina e della modalità teleconsulto asincrono tra MMG e specialisti, con agende dedicate. Applicativo regionale previsto per l'anno 2025: la pianificazione centrale lo renderà disponibile solo dalla seconda metà del 2026,	SI
Presa in carico: Centro Diurno NPI	apertura e attivazione	NPIA	apertura/attivazione	Presa d'atto dell'autorizzazione all'esercizio e l'accreditamento della Macroattività Centro Diurno della SC "Neuropsichiatria infantile" l-6/2025- afferente alla UO Neuropsichiatria infantile - con una dotazione di n.10 posti tecnici accreditati a contratto presso l'Ospedale di Valle Camonica, Stabilimento di Esine, deliberato dalla Giunta Regionale con DGR n.XII/4018 del 10.3.2025.	SI
Interventi Strutturali	Finanziamenti per Case di Comunità e Ospedali di Comunità: previsto il completamento dei lavori di ristrutturazione delle Case di Comunità di Ponte di Legno, Cedegolo, Berzo Inferiore e Ossimo	Tecnico Patrimoniale	entro il 31.12.2025: 100%	Completati Ponte di Legno, Berzo Inferiore Cedegolo e Ossimo	SI
	Finanziamenti per Case di Comunità di Darfo Boario Terme e Breno.	Tecnico Patrimoniale	SAL all' 80%	Darfo: obiettivo raggiunto (determina 1353/2025, sal 95%) Breno: obiettivo raggiunto (determina 1351/2025, sal 96%)	SI
	Finanziamenti per Ospedale di Comunità di Esine	Tecnico Patrimoniale	SAL al 60%	Obiettivo raggiunto (determina 213/2026, SAL 80%, di cui al 31/12/25 >60%)	SI
	Finanziamenti per Ospedale di Comunità di Edolo	Tecnico Patrimoniale	SAL al 20%	Primo SAL emesso in data 27/3/2026 a causa di situazione di precontenzioso con l'Appaltatore per cause imputabili allo stesso	PARZIALMENTE RAGGIUNTO
	Impianto di climatizzazione Ospedale di Edolo	Tecnico Patrimoniale	approvazione SAL al 60%	Obiettivo raggiunto (determina 964/2025, SAL 90%)	SI
	Adeguamento strutturale a seguito verifica di vulnerabilità sismica (Edificio D e Edificio I) Ospedale di Esine	Tecnico Patrimoniale	approvazione SAL fino all' 80%	Obiettivo raggiunto (determina 1333/2025, SAL 81%)	SI
	Utilizzo delle economie derivanti dalla conclusione dell'intervento "Manutenzione straordinaria e nuovo ingresso raccordo con S.S. n.42 presso il Presidio Ospedaliero di Esine	Tecnico Patrimoniale	fine lavori entro il 31.07.2025	Obiettivo raggiunto (decreto 488/2025)	SI
Opere e investimenti di riordino della della rete ospedaliera con finanziamenti struttura commissariale	Stroke unit	Tecnico Patrimoniale	fine lavori entro il 30.04.2025	Obiettivo non ancora raggiunto a causa di problematiche dovute a lavori non conformi da parte dell'Appaltatore	NO

sinottico					
Finanziamenti struttura commissariale	Pronto Soccorso area OBI	Tecnico Patrimoniale	fine lavori entro il 30.04.2025	Obiettivo raggiunto in data 17/09/20255 (decreto 608/2025)	SI
	Pronto Soccorso ampliamento: in attesa di approvazione rimodulazione dal Ministero	Tecnico Patrimoniale	approvazione progetto esecutivo entro il 31.07.2025	Obiettivo raggiunto in data 01/10/2025 (decreto 638/2025)	SI
Finanziamenti per messa a norma antincendio	Sede di Breno: la fine lavori è subordinata al completamento dell'intervento previsto per la CdC di Breno	Tecnico Patrimoniale	SAL all' 80% al 31.12.2025	Obiettivo raggiunto (determina 481/2025, SAL 90%)	SI
Accordo di programma quadro art.20 L.67/88	Nuova piastra emergenza urgenza e blocco operatorio Esine	Tecnico Patrimoniale	in attesa di finanziamento	In attesa di finanziamento	
Finanziamenti regionali	Riorganizzazione e potenziamento area Endoscopica presso il Presidio Ospedaliero di Esine	Tecnico Patrimoniale	approvazione progetto esecutivo entro il 30.06.2025	Causa interferenze con i lavori di adeguamento sismico richiesta proroga a Regione Lombardia	PARZIALMENTE RAGGIUNTO
Tecnologie	DGR n.XII/2615/2024: "DGR n.XII/ 2457 del 3.6.2024 - Programma regionale straordinario investimenti in sanità Allegato 1 Apparecchiature a bassa e media tecnologia: previsti acquisti per circa € 877.800 per l'ammodernamento delle tecnologie tra le principali voci l'aggiornamento sw della TAC della radiologia di Esine, n° 4 nuove apparecchiature di anestesia, un radiologico polifunzionale per il PS di Esine	Ingegneria Clinica	entro il 31.12.2025	Nel corso del 2025 sono terminate le acquisizioni delle varie apparecchiature previste con il finanziamento in oggetto.	SI
Tecnologie	Acquisto ed installazione di una TAC simulatore per il PS di Esine utilizzabile anche per i piani di trattamento della Radioterapia e l'acquisto di una TAC per la Radiologia di Edolo	Ingegneria Clinica	A seguito del parere favorevole della commissione ASAT, si rimane in attesa dei fondi regionali	Con DGR n.XII/4221/2025 e decreto della Direzione Generale Welfare n.5925 del 28.04.2025, di cui quest'Azienda ha preso atto con decreto n.324/2025, Regione Lombardia ha destinato all'ASST Valcamonica, come ammodernamento tecnologico, nell'Allegato 2 "Interventi ammessi al finanziamento" i seguenti finanziamenti: - Acquisto n. 1 TAC 64 strati, comprese opere, in sostituzione TAC esistente, da installare presso il P.O. di Edolo - Acquisto n. 1 TAC 128 strati, comprese opere, in sostituzione TAC esistente, da installare presso il P.O. di Esine. Con decreto ASST n.667/2025 quest'Azienda ha aderito al lotto n.03 della convenzione ARIA_2022_063 per la fornitura di TAC, RM, accessori amagnetici e servizi connessi ed opzionali aggiudicato alla ditta CANON MEDICAL SYSTEMS SRL A SOCIO UNICO per l'acquisto di n.01 TAC per la SS "Radiologia Diagnostica Edolo" e di n.01 TAC per la SC "Pronto Soccorso e Medicina Urgenza" di Esine (Bs). Le attività di installazione, collaudo e formazione sono terminate con esito positivo: - in data 10.03.2026 per la TAC del PO di Edolo (Bs) - in data 16.04.2026 per la TAC del PO di Esine (Bs)	SI
Sistemi informativi	Progetto accoglienza: riguarda le fasi di prenotazione, accesso, gestione code e pagamenti	Sistemi Informativi	Rispetto cronoprogramma ovvero 31.12.2025	In fase di realizzazione. Causa passaggio a CUP Regionale l'Obiettivo 2025 va spostato al 31/12/2026, condizionato dalle evoluzioni del CUP Regionale	PARZIALMENTE RAGGIUNTO
	Sale operatorie: sviluppo nuove funzionalità, integrazione con CCE (in attesa delle specifiche regionali), integrazione con Centrale di Sterilizzazione	Sistemi Informativi	Rispetto cronoprogramma ovvero 31.12.2025	Il tavolo di lavoro regionale ha definito le modalità con le quali la documentazione generata in sala operatoria può essere resa disponibile in CCE. Attivato un tavolo tecnico con Dedalus per definire le specifiche delle modifiche applicative necessarie e relativi costi e tempistiche. Dal punto di vista informatico la realizzazione della integrazione è conclusa. La configurazione delle apparecchiature in applicativo e la gestione dei processi operativi dipendono da informazioni che devono essere fornite dalla caposala	SI
	Aumento livelli di Cyber Sicurezza: 1) sistema di gestione delle utenze ad accesso Privilegiato (PAM): si opera di concerto con Regione Lombardia ed ARIA per la realizzazione delle necessarie infrastrutture; 2) sistema di gestione e monitoraggio dei dispositivi IoT in ambito sanitario, cioè di device riconducibili all'universo IoMT (Internet of Medical Things) e più in generale alle apparecchiature elettromedicali: (valutazione tecnica iniziale e, successivamente, economica. L'obiettivo è la predisposizione di uno specifico progetto per il presidio di tale area tecnica)	Sistemi Informativi	Rispetto cronoprogramma ovvero 31.12.2025	1) Seguiamo indicazioni e tempistiche regionali. A livello regionale il progetto è attualmente fermo causa Budget (Spending Reviv). 2) Progetto realizzato e funzionante. Soluzione condivisa con Ingegneria Clinica	SI
	Completamento delle progettualità PNRR relative alla misura M6 C2 1.1.1: 1) Cartella Clinica Elettronica informatizzata: di reparto, Ambulatoriale e per le Terapie Intensive; 2) Nuovo Pronto Soccorso; 3) Sistema Informativo di Cardiologia; 4) Anatomia Patologica e Digital Pathology (si opera di concerto con Regione ed Aria che gestisce la specifica Gara d'appalto); 5) Centrale di Sterilizzazione ed integrazione con l'applicativo di Sala Operat.; 6) Sviluppo/Completamento della rete informatica, miglioramento della qualità e dell'appropriatezza	Sistemi Informativi	Rispetto cronoprogramma ovvero 31.12.2025	Progettualità PNRR concluse.	SI