

Decreto n. 41 del 29/01/2026

OGGETTO: Approvazione del “Piano Integrato di Attività ed Organizzazione (PIAO): triennio 2026-2028”.

IL DIRETTORE GENERALE
nella persona del Dott. Corrado Scolari

Acquisiti i pareri:

del Direttore Sanitario: Dr. Jean Pierre Ramponi

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, 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;

OSSERVATO che detto "Piano integrato di attività e organizzazione" (PIAO) è stato redatto secondo lo schema contenuto nel DM e le linee guida esposte nella Conferenza Unificata del 2.12.2021. In aderenza con le linee guida, il presente Piano unifica in un solo atto:

- programmazione e gestione delle risorse umane e materiali;
- organizzazione del personale;
- formazione;
- modalità di prevenzione della corruzione;
- programmazione degli obiettivi
- monitoraggio delle performance
- lavoro agile
- transizione digitale e semplificazione dell'accesso
- modalità e azioni finalizzate al pieno rispetto della parità di genere

OSSERVATO inoltre che in data 9.2.2022 la Conferenza Unificata ha approvato lo schema di Decreto del Presidente della Repubblica riguardante l'individuazione ed abrogazione dei piani e adempimenti assorbiti dal presente Piano:

- Piano della Performance;
- Piano triennale dei Fabbisogni;
- Piano delle Azioni Positive;
- Piano triennale di Prevenzione della Corruzione;
- Piano Organizzativo del lavoro Agile

PRECISATO che il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) e il Piano Triennale dei Fabbisogni (PTFP) verranno comunque approvati anche in forma autonoma vista la particolarità delle procedure loro proprie che prevedono la consultazione per quanto riguarda il PTPCT e la preventiva autorizzazione regionale per il PTFP ai sensi della vigente normativa nazionale e regionale;

RILEVATO infine che la composizione del Piano, gli ambiti di applicazione e le sottosezioni sono state definite dal Decreto della Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento della Funzione Pubblica, 30 giugno 2022, n.132

PRESO ATTO che:

- la misurazione della performance e quindi del livello dei servizi 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;

RAMMENTATO che:

- è stato costituito, a livello aziendale, apposito Tavolo di lavoro, coordinato dalla Direzione amministrativa, nell'ambito del quale tutte le articolazioni dell'Ente coinvolte della stesura del PIAO sono state chiamate a cooperare in maniera strategica per la redazione di un Testo caratterizzato da pertinenza, coerenza, sinteticità ed efficacia;

- la proposta, frutto dell'attività del menzionato gruppo, è stata ritenuta dalla Direzione congrua in linea con gli indirizzi programmatici dell'Ente;

PRECISATO che la Direzione strategica intende valutare, nel proseguo dell'esercizio, l'opportunità di un aggiornamento del Piano medesimo in coerenza con gli obiettivi affidati in sede di nomina al Direttore Generale, agli obiettivi regionali annuali (non ancora definiti) e alle priorità aziendali da declinare all'esito dell'analisi del contesto interno ed esterno;

EVIDENZIATO che verrà modificato sopravvenendo specifiche indicazioni circa le modalità di redazione e di contenuto;

RACCOLTO, in data 27.1.2026, il parere favorevole del Nucleo di Valutazione delle Prestazioni sul testo proposto;

RITENUTO di approvare l'allegato "Piano Integrato di Attività ed Organizzazione (PIAO) Aziendale per il triennio 2026-2028" contenente al suo interno la programmazione 2026;

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 ff della "SC Affari Generali e Legali";

ACQUISITI altresì, per quanto di competenza, i pareri favorevoli dei Direttori Sanitario, 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 ed Organizzazione" (PIAO) Aziendale per il triennio 2026-2028", che allegato al presente atto ne forma parte integrante e sostanziale;

2 - di precisare che la Direzione Strategica si riserva, nel proseguo dell'esercizio, l'opportunità di un aggiornamento del Piano medesimo in coerenza con gli obiettivi affidati in sede di nomina al Direttore Generale, agli obiettivi regionali annuali (non ancora definiti);

3 - di dare adeguata visibilità, attraverso la pubblicazione sul sito internet aziendale e nell'area Amministrazione Trasparente dedicata, così come previsto dall'art.14 comma 4 lett. c) del D.Lgs n.150/2009;

4 - di disporre la pubblicazione del PIAO ai sensi dell'art.7 del DM 132/2022 sul sito del Dipartimento della Funzione Pubblica nel relativo portale e sul sito istituzionale nella sezione "Amministrazione Trasparente";

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

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

7 - 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;

8 - 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: APPROVAZIONE DEL “PIANO INTEGRATO DI ATTIVITÀ ED ORGANIZZAZIONE (PIAO): TRIENNIO 2026-2028”.

ATTESTAZIONE DI COMPLETEZZA DELL'ISTRUTTORIA

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

Data, 29/01/2026

**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, 29/01/2026

**IL DIRIGENTE/RESPONSABILE/REFERENTE UO/UFFICIO/SERVIZIO
DUCOLI RAFFAELLA**
firma elettronica apposta ai sensi del
D.Lgs n.82 del 7 marzo 2005

INDICE

PREMESSA.....	2
SEZIONE 1 - SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE.....	3
SEZIONE 2: VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE.....	9
SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE: VALORE PUBBLICO.....	9
SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE: PERFORMANCE.....	24
SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE: RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA.....	36
SEZIONE 3: ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO.....	43
SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE: STRUTTURA ORGANIZZATIVA.....	43
SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE: PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DI PERSONALE	
.....	46
SEZIONE 4: MONITORAGGIO.....	55

PREMESSA

Il D.L. n. 80/2021, convertito in L. n. 113/2021, all'art.6, ha stabilito 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 (c.d. PIAO) al fine di semplificare gli adempimenti a carico degli Enti, adottando una logica integrata rispetto alle scelte fondamentali di sviluppo delle amministrazioni.

Il PIAO è uno strumento di pianificazione e programmazione integrata: per loro natura, la pianificazione delle scelte strategiche è affidata alla responsabilità decisionale del vertice. Va pertanto adottato dall'organo di indirizzo politico-amministrativo. La strategia coinvolge in maniera diffusa l'intera organizzazione: ogni dirigente, a qualunque livello, deve essere consapevole dell'orientamento strategico definito dal vertice, sia per concorrere alla programmazione operativa e alla realizzazione degli obiettivi di performance, degli obiettivi strategici e degli obiettivi di prevenzione della corruzione e trasparenza in modo funzionale alle strategie e agli Obiettivi di Valore Pubblico (OVP), sia per guidare e motivare in tale direzione gli altri dipendenti affidati alla propria responsabilità.

Il PIAO ha durata triennale e definisce gli strumenti e le fasi "per giungere alla piena trasparenza dei risultati dell'attività e dell'organizzazione amministrativa, nonché per raggiungere gli obiettivi in materia di contrasto alla corruzione", con l'obiettivo di migliorare la qualità dei servizi ai cittadini e alle imprese e procedere alla costante e progressiva semplificazione e reingegnerizzazione dei processi anche in materia di diritto di accesso, nel rispetto del D.Lgs. n.150/2009 e della Legge n. 190/2012.

L'obiettivo è quello di raccogliere e razionalizzare molti degli atti di pianificazione cui sono tenute le amministrazioni pubbliche tra i quali:

- a) *il Piano della Performance*, che definisce gli obiettivi programmatici e strategici della performance dell'ASST stabilendo il necessario collegamento della performance individuale ai risultati della performance organizzativa;
- b) *il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT)*, che è finalizzato alla piena trasparenza dei risultati dell'attività e dell'organizzazione amministrativa nonché a raggiungere gli obiettivi in materia di contrasto alla corruzione, secondo quanto previsto dalla normativa vigente in materia e in conformità agli indirizzi adottati dall'ANAC con il Piano Nazionale anticorruzione;
- c) *il Documento di Organizzazione del Lavoro Agile*, che stabilisce le modalità di svolgimento dello smart working quale modalità alternativa allo svolgimento della prestazione lavorativa in presenza, ed in particolare le misure organizzative, i requisiti tecnologici, i percorsi formativi del personale e gli strumenti di rilevazione e di verifica periodica dei risultati conseguiti, anche in termini di miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dell'azione amministrativa, della digitalizzazione dei processi, nonché della qualità dei servizi erogati;
- d) *il Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale (PTFP)* che, compatibilmente con le risorse finanziarie riconducibili allo stesso, definisce gli strumenti e gli obiettivi del reclutamento di nuove risorse e della valorizzazione delle risorse interne, prevedendo, oltre alle forme di reclutamento ordinario, la percentuale di posizioni disponibili nei limiti stabiliti dalla Legge destinata alle progressioni di carriera del personale, anche tra aree diverse, e le modalità di valorizzazione a tal fine dell'esperienza professionale maturata e dell'accrescimento culturale conseguito, assicurando adeguata informazione alle organizzazioni sindacali;
- e) *il Piano della Formazione*, che individua gli obiettivi formativi annuali e pluriennali, finalizzati ai processi di pianificazione volte all'accrescimento culturale e dei titoli di studio del personale, correlati all'ambito d'impiego e alla progressione di carriera;
- f) *il Piano Triennale delle Azioni Positive (PTAP)*, che dà attuazione alle disposizioni contenute nel D.Lgs 11 aprile 2006 n.198 "Codice delle pari opportunità tra uomo e donna, a norma dell'art.6 della L. 28 novembre 2005, n. 246" e contiene le iniziative programmate dall'Agenzia volte alla "rimozione degli ostacoli che, di fatto, impediscono la piena realizzazione delle pari opportunità di lavoro e nel lavoro tra uomini e donne".

Si precisa che il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) e il Piano Triennale dei Fabbisogni (PTFP) vengono approvati anche in forma autonoma vista la particolarità delle procedure loro proprie che soggiacciono alla consultazione per quanto riguarda il PTPCT e all'autorizzazione regionale per il PTFP.

Il PIAO definisce anche le modalità di monitoraggio degli esiti, con cadenza periodica, inclusi gli impatti sugli utenti, anche attraverso rilevazioni della soddisfazione degli utenti stessi.

Il presente Piano è strutturato in quattro sezioni:

- ✓ Scheda anagrafica dell'amministrazione, da compilarsi con tutti i dati identificativi dell'amministrazione;
- ✓ Valore pubblico, performance e anticorruzione, dove sono definiti i risultati attesi, in termini di obiettivi generali e specifici;
- ✓ Organizzazione e capitale umano, dove è presentato il modello organizzativo adottato dall'Amministrazione o dall'Ente;
- ✓ Monitoraggio, dove sono indicati gli strumenti e le modalità di monitoraggio

Il PIAO deve essere pubblicato ogni anno sul sito della ASST della Valcamonica ed inviato al Dipartimento della funzione pubblica.

Il presente PIAO prosegue in continuità rispetto al PIAO 2025-2027 adottato con decreto n. /25 in quanto entrambi prevedono una redazione in forma organica.

Con Decreto Ministeriale 30 ottobre 2025 sono state approvate le linee guida sul Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO) e relativi manuali operativi «Ministeri e altre pubbliche amministrazioni centrali», «Regioni», «Province», «Città metropolitane e comuni». La nuova disciplina di cui al decreto sopracitato è sopravvenuta rispetto all'attivazione del percorso di aggiornamento del presente PIAO. Una sua integrale considerazione verrà svolta in futuro prevedendo nel corso del 2026 uno studio approfondito delle linee guida per un definitivo recepimento nel PIAO redatto nel 2027.

SEZIONE 1 - SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE

CHI SIAMO - L'Azienda Socio Sanitaria Territoriale della Valcamonica è stata costituita il 01.01.2016 per trasformazione dall'Azienda Sanitaria Locale della Valcamonica-Sebino, come previsto dalla Legge Regionale n.23 del 08.08.2015 e con DGR n.X/4498/2015.

Con decreto della disciolta ASL di Valcamonica-Sebino n.1140/2015 si è preso atto, ad ogni conseguente effetto, della costituzione dell'Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) della Valcamonica. L'Azienda, ai sensi delle vigenti disposizioni legislative nazionali e regionali, ha personalità giuridica pubblica ed autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica, che si esercita nell'ambito degli indirizzi programmatici della Regione. L'Azienda dispone del proprio patrimonio secondo il regime della proprietà privata, fermi restando i vincoli di legge nazionale e regionali.

SCHEDA ANAGRAFICA

Denominazione	Azienda Socio Sanitaria Territoriale della Valcamonica - ASST Valcamonica
CF e P.IVA	3775830981
Sede Legale	Via Nissolina, 2 - 25043 Breno (Bs)
Telefono	0364.3291
PEC	protocollo@pec.asst-valcamonica.it
Sito Web	www.asst-valcamonica.it
Logo	<p>Sistema Socio Sanitario</p>  Regione Lombardia ASST Valcamonica

MISSION - La missione dell'ASST della Valcamonica è quella della tutela sanitaria e sociosanitaria della popolazione attraverso l'erogazione di prestazioni specialistiche, di media o elevata complessità, nel rispetto della dignità della persona, del suo bisogno di salute, dell'equità nell'accesso all'assistenza, della qualità delle cure e della loro appropriatezza, in coerenza con i principi e gli obiettivi espressi nei Piani Sanitari Nazionale e Regionale.

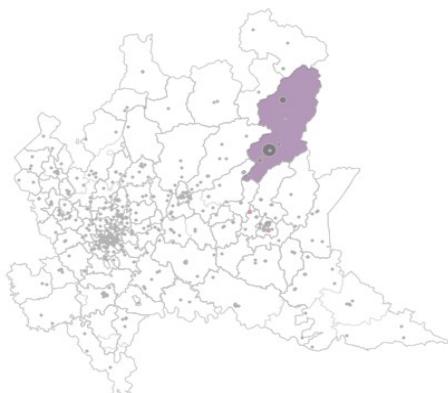
In questa missione la ASST della Valcamonica è, di fatto, un monopolista e ciò rende ancor più pressante il dovere di fornire prestazioni di elevata qualità, accompagnando i pazienti in tutto il loro percorso di salute, ricomprensendo in questo anche ciò che non può trovare risposta nei servizi offerti all'interno della Valcamonica, anche al fine di concorrere ad evitare l'abbandono delle aree di montagna da parte dei cittadini.

L'ASST Valcamonica si pone l'obiettivo di sviluppare i servizi territoriali in un'ottica di prossimità e integrazione tra le Strutture presenti, facilitando la risposta ai bisogni di salute e favorendo la partecipazione attiva dei cittadini, affinché si realizzi il modello di presa in carico della medicina d'iniziativa, che "va verso" il cittadino prima che le patologie insorgano o si aggravino.

VISION - L'ASST della Valcamonica intende porsi come soggetto centrale nella tutela della salute della popolazione garantendo la copertura dei bisogni nell'area dell'emergenza urgenza e delle patologie acute tempo dipendenti, qualificandosi come il punto di accesso privilegiato per tutte le patologie acute; l'Azienda mira a fornire ai cittadini informazioni e servizi anche per prestazioni che non possono essere erogate dalle unità operative direttamente gestite ed, infine, perseguire l'obiettivo di addivenire alla presa in carico dei pazienti con patologie croniche, in collaborazione e sotto la guida dell'ATS della Montagna attraverso la valorizzazione del ruolo dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, degli erogatori presenti sul territorio, delle farmacie, della rete degli erogatori socio-assistenziali e dei Comuni. Il fine ultimo è quello di tutelare la salute dei cittadini residenti nell'area, montana e lontana da centri universitari ed Ospedali di alta specializzazione, nell'obiettivo di attenuare la diseguaglianza dovuta alla sfavorevole collocazione geografica e consentendo alla popolazione di mantenere qui la propria residenza.

CONTESTO ESTERNO

L'ambito territoriale dell'ASST della Valcamonica comprende 41 Comuni, con una popolazione residente alla data del 31.12.2025 di 98610 abitanti ed una superficie totale di 1.305,19 Kmq. Secondo quanto disposto dal Decreto Ministeriale n.70/2015 il territorio della Valcamonica rappresenta "un'enclave geograficamente svantaggiata in territorio montano". La domanda di prestazioni sanitarie è garantita da una rete di circa 59 Medici di famiglia e circa 8 Pediatri libera scelta, dal Presidio Ospedaliero (comunemente noto come "Ospedale di Valle Camonica") con le sue sedi di Edolo e Esine (afferenti al "Polo Ospedaliero" dell'ASST) e della articolazioni del "Polo Territoriale", con particolare riguardo alle Case della Comunità di Pisogne, Darfo, Ossimo, Berzo Inferiore, Cedegolo e Ponte di Legno.



Sul territorio è presente una rete di circa 140 erogatori, tra cui 14 RSA e 9 Centri Diurni Integrati. Gli Enti accreditati per erogazione di Cure Domiciliari sono 14, mentre sono 5 gli erogatori di Cure Palliative Domiciliari. Sono altresì presenti un Hospice a gestione pubblica (ASST) e uno privato accreditato e un RSD.

Il Presidio Ospedaliero è di fatto l'unico centro di erogazione per prestazioni sia in regime di urgenza che in regime di acuzie. La L.R. n.23/2015, relativamente all'ambito della Valcamonica, stabilisce che all'ASL di Valcamonica-Sebino, precedentemente unica in Regione Lombardia a gestire anche un Presidio Ospedaliero, succeda l'ASST della Valcamonica, inserita nell'ambito della Provincia di Brescia ma collocata

nella ATS della Montagna. La medesima Legge Regionale stabilisce che l'ATS della Montagna, che ricomprende nel suo ambito territoriale anche l'ASST della Valtellina e dell'Alto Lario, abbia la possibilità di sperimentare assetti organizzativi e gestionali diversi dalle altre ATS lombarde in ragione della specifica collocazione in ambito montano, svantaggiato, del proprio territorio. Pur nell'afferenza all'ATS della Montagna, per l'ASST della Valcamonica, considerato che le due sedi ospedaliere non posseggono le risorse e le competenze per alcune specialità di II e III livello, per motivi di contiguità geografica e di afferenza della popolazione, il centro di riferimento viene individuato negli Spedali Civili di Brescia (facenti parte della omonima ASST), in una visione "hub&spoke" che l'Azienda intende confermare e ulteriormente sviluppare. Entrambe le sedi ospedaliere, infatti, già funzionalmente integrati fra loro, trovano servizi di II livello negli Spedali Civili che sono il presidio di riferimento per le prestazioni di alta specialità e per le attività di formazione di base e continua. L'ASST Valcamonica in ottica di integrazione ha inoltre predisposto il Piano di Sviluppo del Polo Territoriale (PPT) 2025/2027 al fine di programmare i Servizi delle Case di Comunità e di migliorare la continuità dell'assistenza al cittadino, in risposta alla domanda di salute territoriale, secondo quanto disposto dalla Legge Regionale 22/21 art.7 co.17 ter., in conformità alle Linee di indirizzo per i Piani di sviluppo del Polo Territoriale, di cui alla DGR XII/2089 del 2024. Il PPT è lo strumento grazie al quale viene garantita l'integrazione delle prestazioni e delle funzioni sanitarie e sociosanitarie distrettuali con quelle sociali, a supporto del potenziamento della funzione territoriale e con un raccordo funzionale tra Polo Ospedaliero, Polo Territoriale e Servizi Sociali dei Comuni,

anche grazie alla condivisione di obiettivi comuni nel Piano di Zona, in rete con gli altri attori territoriali quali, ad esempio, gli Enti del Terzo Settore e le Associazioni di Volontariato. Il Piano di Sviluppo del Polo Territoriale (PPT) è stato adottato con decreto n.784/2024 consultabile nell'apposita sezione "Amministrazione trasparente", al link https://www.asst-valcamonica.it/Pages/amministrazione_trasparente_v3_0/?code=AT.10.20.30

CONTESTO INTERNO

A seguito dell'emanazione della Legge Regionale n.22/2021, l'ASST della Valcamonica ha provveduto a redigere un nuovo Piano di Organizzazione Aziendale Strategico (POAS) (di modifica al Piano di Organizzazione Aziendale Strategico approvato con DGR n.X/6298/2017 del 6.3.2017) secondo gli indirizzi formulati nelle Linee Guida dei Piani di Organizzazione Aziendale Strategici approvate con DGR n.XI/6278 del 11.04.2022 e dalle indicazioni regionali in materia. Tale Piano è stato approvato con decreto n.374/2022 e recepito da Regione Lombardia con DGR n.XI/6800/2022 del 02.08.2022, concernente "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, comma 4, della legge regionale n.33 del 30.12.2009 e s.m.i., come modificata con Legge Regionale n.22 del 14.12.2021". Con decreto n.534/2022 si è provveduto alla presa d'atto a livello aziendale della menzionata DGR.

Il POAS è pubblicato nell'apposita sezione "Amministrazione trasparente", al link https://www.asst-valcamonica.it/Pages/amministrazione_trasparente_v3_0/?code=AT.10.20.30

Con decreto n.840/2025 è stata approvata la 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 conseguentemente sottoposta a Regione Lombardia per le competenti verifiche previste per legge.

A partire dall'1.1.2024, in esecuzione della DGR n.XII/1623 del 21.12.2023 è, ad ogni effetto, formalmente insediato il Dott. Corrado Scolari quale Direttore Generale. L'incarico di Direttore Generale è conferito per un triennio, salve le specifiche ipotesi previste dalla DGR di nomina.

Il Direttore Generale, ha nominato i componenti della direzione Strategica. Con decreto n.10/2024 è stato nominato Direttore Amministrativo l'Avv. Gabriele Ceresetti, con decreto n.11/2024 è stato designato quale Direttore Sanitario il Dr. Jean Pierre Ramponi e con decreto n.12/2024 è stato nominato il Dr. Luca Maffei quale Direttore Socio Sanitario. Tali mandati sono conferiti dal 10.1.2024 al 9.1.2027, fatte salve le eventuali cause di risoluzione anticipata del contratto nei casi previsti dalle norme vigenti o dal contratto di prestazione d'opera intellettuale.

La struttura organizzativa dell'Azienda si articola in Dipartimenti (gestionali e funzionali, aziendali e interaziendali), Strutture Complesse (SC), Strutture Semplici Dipartimentali (SSD) Strutture Semplici (SS), Distretto, Strutture Distrettuali (SD), Aree, Settori, Unità organizzative e Uffici. La descrizione dell'assetto organizzativo in vigore e l'organigramma sono aggiornati e pubblicati sul sito aziendale nella "Amministrazione Trasparente", Sezione "Organizzazione" - sottosezione "Articolazione degli uffici". al link https://www.asst-valcamonica.it/Pages/amministrazione_trasparente_v3_0/?code=AT.20.40.10

La L.R. n.23/2015 innova profondamente l'assetto organizzativo sanitario associando il territorio all'Ospedale. Nel Piano di Organizzazione Aziendale, il Presidio ospedaliero, strutturato nelle due sedi di Esine e di Edolo, si integra con la rete territoriale che, adeguatamente organizzata, costituisce lo strumento per assicurare la continuità assistenziale verso l'ambito territoriale.

Il Polo Ospedaliero, con i due Ospedali di Edolo e Esine, è di fatto l'unico centro di erogazione per prestazioni sia in regime di urgenza che in regime di acuzie.



L'ospedale di Esine è lo stabilimento più importante per offerta di specialità, numero di posti letto e centralità geografica ed è dotato inoltre di Dipartimento di Emergenza ed Accettazione (DEA) di I livello, Servizio di Emodinamica, Stroke unit e Breast Unit come spoke di Brescia. L'ospedale di Edolo è il secondo stabilimento e riveste caratteristiche di



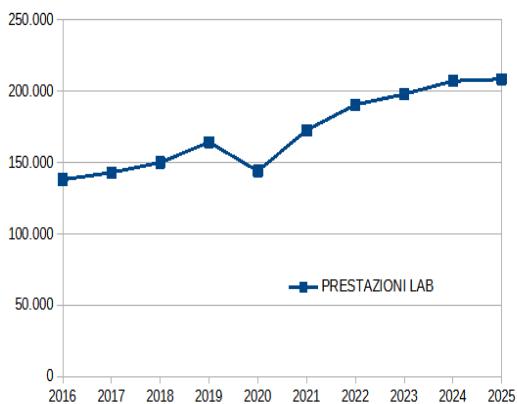
ospedale di base di area montana.

N. Posti letto accreditati

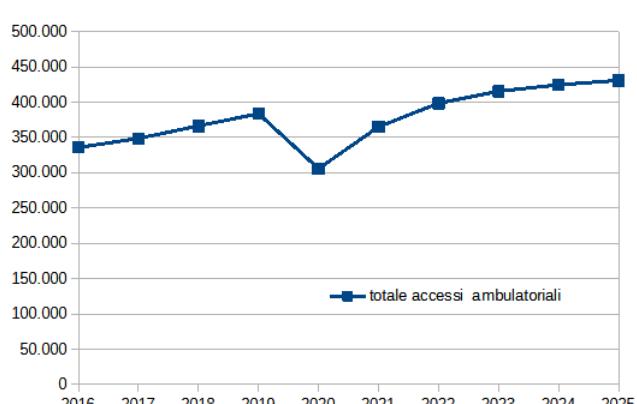
Ospedale di Edolo	55
Ospedale di Esine	259
Totale	314

Di seguito i grafici riportanti l'andamento dell'offerta di prestazioni della ASST della Valcamonica.

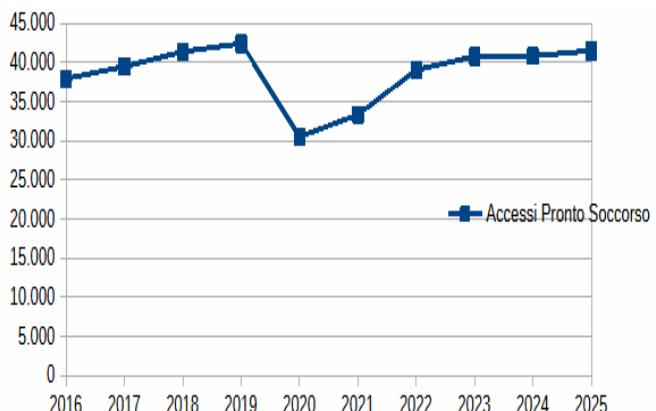
Prestazioni ambulatoriali esami di laboratorio



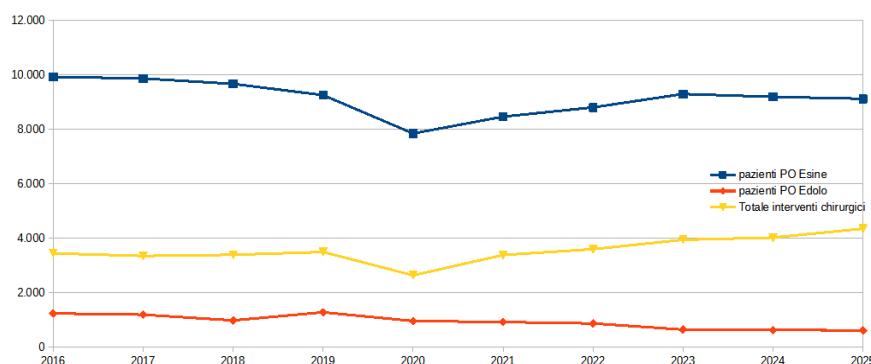
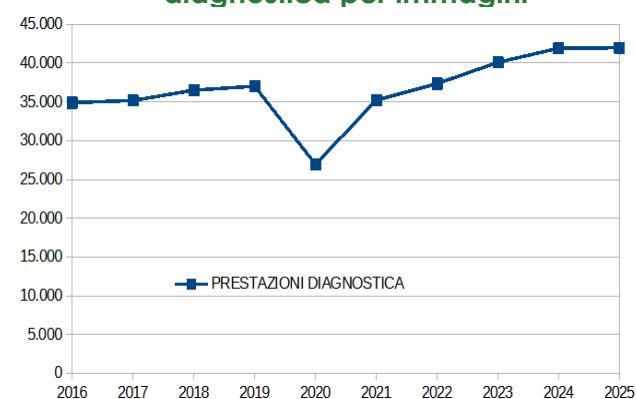
Prestazioni ambulatoriali

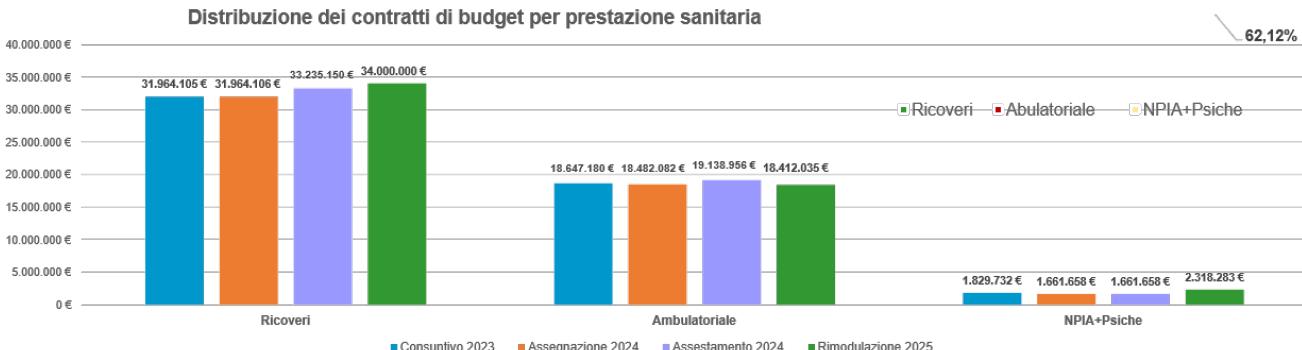


Accessi al Pronto Soccorso

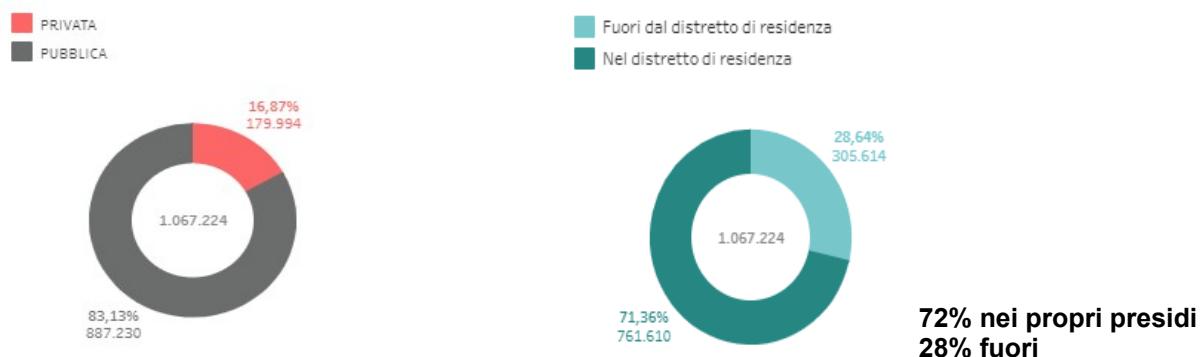


Prestazioni ambulatoriali diagnostica per immagini





Come si evince dai grafici sottoriportati l'ASST della Valcamonica è in grado di rispondere ai bisogni della sua popolazione di riferimento.



Il Polo Territoriale eroga per il tramite dell'organizzazione distrettuale:

- prestazioni specialistiche, di prevenzione sanitaria, di diagnosi, cura e riabilitazione a media e bassa complessità, nonché le cure intermedie e garantisce le prestazioni medico legali;
- eroga prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali territoriali e domiciliari in base ai livelli di intensità di cura in una logica di sistema e di integrazione con modalità di presa in carico di persone in condizioni di fragilità e cronicità.

Al Polo Territoriale, secondo l'articolazione in un unico Distretto, afferiscono:

- gli Ospedali di Comunità di Esine e Edolo
- le 8 Case di Comunità
- la Centrale Operativa Territoriale COT



Di seguito si riporta nella tabella i dati di afferenza di popolazione a ogni casa di comunità; è opportuno sottolineare una possibile variabilità dell'utenza conseguente ai flussi turistici che interessano alcune aree della Valle in specifici periodi dell'anno, sia per motivi legati alle caratteristiche naturalistiche del territorio, nonché a interesse di tipo culturale ed artistico.

Popolazione afferente ad ogni CdC	
CdC Ponte di Legno	5313
CdC Edolo	11007
CdC Cedegolo	12518
CdC Berzo Inferiore	16058
CdC Breno	12482
CdC Ossimo	4221
CdC Darfo Boario Terme	15877
CdC Pisogne	20746
Totale Popolazione	98222

Casa di Comunità	Indice di vecchiaia
CdC Ponte di Legno	245,26
CdC Edolo	251,97
CdC Cedegolo	287
CdC Berzo Inferiore	196,60
CdC Breno	227,40
CdC Ossimo	337,33
CdC Darfo Boario Terme	199,36
CdC Pisogne	196,31

Entro il 2026 ci sarà il completo sviluppo di tutte le strutture territoriali previste dal PNRR (CdC, OdC e COT) ed in particolare per le Case di Comunità il modello individuato è quello previsto dal DM 77/2021, anche per la loro posizione e progettualità strutturale come segue:

- CdC di Darfo Boario Terme a cui afferirà la CdC di Pisogne (unica ad oggi fuori dal finanziamento PNRR);
- CdC di Breno a cui afferiranno le CdC di Berzo Inferiore (attiva dal 28.10.2025) e Ossimo (attiva da 23.12.2025);
- CdC di Cedegolo (attiva da 26.11.2025) a cui afferiranno le CdC di Edolo e Ponte di Legno (attiva).



 **Ponte di Legno**



 **Berzo Inferiore**



 **Cedegolo**



 **Ossimo**



 **Darfo BT**



 **Breno**



 **Edolo**



Esine: avvio entro il 31/3/2026 e inaugurazione ad aprile 2026
 Edolo: avvio entro il 30 giugno 2026 ed inaugurazione a settembre 2026



Nuovo ODC di Esine



Nuovo ODC di Edolo

SEZIONE 2: VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE: VALORE PUBBLICO

Il Valore Pubblico viene definito come l'incremento del benessere reale (economico, sociale, ambientale, culturale etc.), che si viene a creare presso la collettività e che deriva dall'azione dei diversi soggetti pubblici, che persegono questo traguardo mobilitando al meglio le proprie risorse tangibili (finanziarie, tecnologiche etc.) e intangibili (capacità organizzativa, rete di relazioni interne ed esterne, capacità di lettura del territorio e di produzione di risposte adeguate, sostenibilità ambientale delle scelte, capacità di riduzione dei rischi reputazionali dovuti a insufficiente trasparenza o a fenomeni corruttivi).

Tale concetto viene definito in letteratura nel 1995 ed appare nel nostro quadro legislativo dapprima con il D.Lgs n.150 del 2009 e poi nelle Linee Guida del DFP tra il 2017 e il 2020 nonché nei PNA 2019 e 2022 di ANAC. Ogni amministrazione contestualizza il valore pubblico considerando la propria missione istituzionale e il suo mandato politico, tenendo conto della prospettiva di più stakeholder: a tal fine, il VP si potrebbe pianificare e misurare secondo tre prospettive: la prospettiva istituzionale dell'amministrazione; quella soggettiva degli stakeholder; la prospettiva congiunta.

È interessante sottolineare che il Valore Pubblico non fa solo riferimento al miglioramento degli impatti esterni prodotti dalle Pubbliche Amministrazioni e diretti ai cittadini, utenti e stakeholder, ma anche alle condizioni interne all'Amministrazione presso cui il miglioramento viene prodotto (lo stato delle risorse). Non presidia quindi solamente il "benessere addizionale" che viene prodotto (il "cosa", logica di breve periodo) ma anche il "come", allargando la sfera di attenzione anche alla prospettiva di medio-lungo periodo.

Ne consegue che il Valore Pubblico non s'inventa ma si progetta, non può essere il frutto di una contingenza fortunata o casuale, ma il risultato di un processo razionalmente e pragmaticamente progettato, governato e controllato. Questo significa adottare una serie di strumenti specifici, coerenti con tale finalità, a partire dal cambiamento degli assetti interni per giungere agli strumenti di interazione strutturata con le entità esterne all'Amministrazione.

Presupposto imprescindibile per assumere decisioni strategiche è lo sviluppo in continuo del processo di analisi e conoscenza dell'Azienda e degli stakeholder capaci di influenzare le decisioni stesse.

Un utile framework metodologico per favorire e rappresentare l'integrazione funzionale al valore pubblico, sia in sede di pianificazione che di monitoraggio, è la Piramide del Valore Pubblico – rappresentata nella figura1*: tale modello consente di funzionalizzare le condizioni abilitanti del valore pubblico (salute delle risorse), le leve di creazione e protezione del valore pubblico (performance e

anticorruzione e trasparenza), verso il miglioramento dei singoli impatti e verso l'orizzonte della generazione di valore pubblico. Ciò secondo una logica di generazione integrata e progressiva del valore che, partendo dalla base, sale di livello in livello, fino a trovare la sua misura sintetica nell'apice. Da evidenziare il ruolo cruciale dei dirigenti, le cui performance individuali possono essere un freno oppure un volano per la protezione e la creazione del VP, seconde le Direttive del Ministro per la PA del 28.11.2023 (performance) e del 14.01.2025 (formazione).



Figura1* – La Piramide del Valore Pubblico

L'ASST dunque nel perseguitamento della sua mission si è posta i seguenti valori di riferimento:

- la centralità del paziente;
- i dipendenti ed i collaboratori;
- le risorse umane, come patrimonio professionale e culturale da valorizzare nel tempo;
- la professionalità di tutti gli operatori per rispondere con appropriatezza, efficacia e competenza in ogni situazione e circostanza;
- l'innovazione tecnologica e formativa a tutti i livelli, per affrontare i continui cambiamenti propri del settore sanitario-ospedaliero al fine di mantenere la qualità delle prestazioni sanitarie erogate;
- il coinvolgimento delle Associazioni di Volontariato, delle Istituzioni e del territorio per rafforzare il convincimento che l'Ospedale è un bene di tutti;
- la sicurezza dei luoghi di lavoro quale garanzia nei confronti dei pazienti e dei dipendenti nel rispetto della normativa vigente;
- la realizzazione di una medicina di prossimità a vantaggio dei pazienti;
- il supporto per la creazione di una rete del sistema sanitario regionale;
- il sostegno e lo sviluppo della comunità affinché cresca la capacità di scelta per la promozione e la tutela della salute.

Un Ente crea valore pubblico quando la sua azione impatta in modo migliorativo sulle diverse forme del benessere ai propri pazienti.

Un Ente crea valore pubblico quando, coinvolgendo e motivando dirigenti e dipendenti, cura il buon utilizzo delle risorse e migliora le performance di efficienza e di efficacia in modo funzionale al miglioramento del benessere.

In tale prospettiva il valore pubblico si crea programmando obiettivi operativi specifici e obiettivi operativi trasversali come la semplificazione, la digitalizzazione, la piena accessibilità, le pari opportunità e l'equilibrio di genere, funzionali alle strategie di generazione di valore pubblico.

Il valore pubblico si protegge programmando misure di gestione dei rischi corruttivi e della trasparenza.

La creazione di valore pubblico si sostiene programmando azioni di miglioramento della salute organizzativa e della salute professionale.

Nella seguente sottosezione sono declinati gli obiettivi di valori pubblici che la ASST della Valcamonica ha valutato di perseguire per il triennio di riferimento del presente piano.

RAFFORZAMENTO DELL'OFFERTA DEL POLO OSPEDALIERO E SODDISFACIMENTO DI CURA PER ACUTI

Nell'ambito dell'ASST della Valcamonica è presente, all'interno del Polo Ospedaliero, un unico Presidio ospedaliero, articolato nelle due sedi di Esine e di Edolo. La peculiarità dell'assistenza ospedaliera nel territorio camuno - sebino deriva sia dalla conformazione geografica e demografica dell'ambito di riferimento sia dalla specificità storica dell'ASST che nasce, nel 2016, succedendo all'unica ASL Lombarda che gestiva direttamente un Presidio. Ciò in una posizione monopolistica in quanto non vi sono altre strutture sanitarie (autorizzate e/o accreditate) che erogano prestazioni in regime di ricovero, con l'effetto che l'offerta sanitaria in questo settore è esclusivamente pubblica.

In tal contesto le articolazioni dell'ASST, che assicurano prestazioni di ricovero e ambulatoriali, si devono strutturare in maniera coerente con le esigenze della popolazione di riferimento in modo da rispondere e garantire l'erogazione di elevati livelli di salute. Ecco la ragione della strategicità di un rafforzamento dell'offerta sanitaria del Polo Ospedaliero dell'ASST che si sviluppi in maniera armonica con il contesto (interno ed esterno).

Ecco perché un utile soddisfacimento di bisogni di cura passa attraverso una valorizzazione della specifica vocazione delle due sedi di Esine e Edolo che, lontano da prospettive di competizione, devono operare completamente, tenendo conto delle peculiarità che le caratterizzano. L'obiettivo richiede necessariamente strategie di sistema, volte ad inserire l'offerta sanitaria nell'ambito di una rete che nel suo complesso può dare risposte ai bisogno di cura dei cittadini.

Valorizzazione dei Presidi di Area Montana - L'Ospedale di Esine concentra le caratteristiche di offerta complete per le dimensioni della ASST con reparti per acuti di area medica, chirurgica, materno infantile, un Dipartimento di Emergenza Urgenza, servizi inseriti nelle reti di patologia tempo-dipendenti (Emodinamica, Stroke-unit), servizi hub e spoke di altre reti di patologia, ad esempio la breast-unit. Si completa il quadro di offerta con i reparti per sub-acuti e reparti riabilitativi.

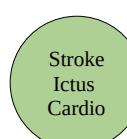
L'Ospedale di Edolo ha le caratteristiche di un Ospedale di area montana e vista la tipologia di domanda, privilegia nella sua strutturazione: l'attività ambulatoriale, l'area medica, sub-acuta e riabilitativa, un punto di Pronto Soccorso e la traumatologia. L'offerta si completa con un blocco operatorio per chirurgia generale, ortopedia e piccoli interventi, ed infine la diagnostica anche ad alta tecnologia. Edolo è dimensionato anche nell'ottica dell'accoglienza di acuzie nei periodi durante i quali la domanda si accresce notevolmente per un maggiore afflusso di cittadini da parte di altre zone della regione.

In tal contesto l'incremento del benessere reale - del valore pubblico - esige una valorizzazione complessiva dell'offerta sanitaria da parte delle due sedi del Presidio: la loro collocazione montana (con particolare riguardo al contesto in cui opera quella di Edolo), da un lato, richiede che siano assicurate ai cittadini di riferimento tutte le prestazioni diverse da quelle di alte specializzazioni (che trovano sede solo in policlinici universitario o cittadini) e, dall'altro, necessità di politiche specifiche dirette a favorire il concreto reperimento di risorse (soprattutto umane) in un contesto oggettivamente caratterizzato da minore attrattività. Anche in considerazione della progressiva espansione delle attività (interventistiche, di ricovero ed ambulatoriali) della sede di Esine, assume carattere direttamente funzionale ad un'efficace tutela della salute la valorizzazione dell'Ospedale di Edolo, non solo quale punto di riferimento per il bacino di utenza dell'alta valle.

L'Ospedale di Edolo ha visto nel corso del 2025 una ricostruzione dell'équipe di Area Medica ed un rafforzamento dell'attività chirurgica a bassa intensità; nel corso del 2026 fornirà supporto in ambito ortopedico durante le Olimpiadi "Milano-Cortina" 2026 e una riattivazione dei posti letto di riabilitazione

Reti di Patologia - Stante la peculiare collocazione e le dimensioni dell'ASST e del suo Presidio Ospedaliero, una fruttuosa partecipazione dell'Azienda alle reti clinico - assistenziali ed organizzative lombarde è fondamentale. Tali reti raffigurano la capacità delle strutture sanitarie di lavorare insieme per offrire servizi migliori ed ottenere una maggiore efficienza di presa in carico e cura del paziente. Fare rete significa, infatti, lavorare per un'assistenza sanitaria equa, di elevata qualità, erogata in tempi certi e ragionevoli. L'inserimento, nel rispetto dei requisiti previsti, e l'operatività di tali modelli rappresenta una risorsa irrinunciabile per la valorizzazione delle competenze e per la qualità dell'offerta ai cittadini dell'ASST della Valcamonica, assicurando uno sviluppo del modello hub-spoke proficuo.

L'ASST della Valcamonica è inserita nelle seguenti reti regionali :

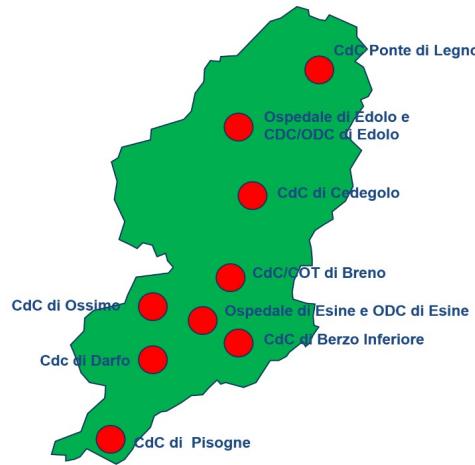


L'ASST della Valcamonica inoltre è inserita nella rete regionale di donazione organi con una Centrale Operativa prelievi di I livello. E' obiettivo aziendale il raggiungimento dei target di donazioni per quanto riguarda: cornee, multitessuto, organi. L'intensa attività di sensibilizzazione della popolazione e l'attivazione di un team dedicato ha consentito di raggiungere tutti gli obiettivi in termini di percentuale di donazioni rispetto ai candidati ed è preciso intento proseguire su tale linea.

anno	Obiettivo Strategico	Indicatore
2025	Attrattività verso i residenti	Riduzione mobilità passiva
2025	Rafforzamento delle reti di patologia	Inserimento nelle reti di patologia previste da DGR regionali
2025	Valorizzazione dei presidi di Area Montana	Aumento produzione Ospedale di Edolo
2026	Ampliamento dell'offerta del Presidio di Edolo	Riattivazione posti letto riabilitazione generale e geriatrica
2026	Partecipazione obiettivi regionali in materia di donazione organi e tessuti	Miglioramento rispetto anno 2025

SVILUPPO DELL'ASSISTENZA SANITARIA E SOCIO SANITARIA DI PROSSIMITÀ

L'obiettivo dello sviluppo della rete territoriale dell'ASST della Valcamonica è quello di riuscire a rispondere ai bisogni dei cittadini attivando un'assistenza territoriale sempre più vicina alle persone con la finalità di superare il più possibile le disuguaglianze.



Case della Comunità e Centrale Operativa Territoriale - Le Case di Comunità (CdC) permettono di avere un'organizzazione capillare su tutto il territorio offrendo servizi sanitari e socio-sanitari di prossimità alla popolazione. All'interno del territorio di afferenza dell'ASST della Valcamonica sono previste n.8 Case di Comunità.

Le Case di Comunità sono la sede dell'offerta sociosanitaria e sociale rivolta ai cittadini, dove si concretizzano i concetti di continuità assistenziale e di centralità del paziente, garantendo così da un lato la maggior appropriatezza dell'accesso ai servizi ospedalieri e la presa in carico dei pazienti dimessi, dall'altro l'attivazione di percorsi flessibili nei quali viene data priorità alla lettura dei bisogni del singolo paziente. L'azione, nell'ambito della definizione dei percorsi di cura identificabili in un'ottica di continuità assistenziale si sviluppa attorno al paradigma della "presa in carico" complessiva ed olistica del cittadino da cui deriva anche l'azione di "deospedalizzazione". Al territorio viene richiesto infatti anche un ruolo educativo nei confronti del paziente al fine di favorire la corretta gestione della patologia e nella fruizione

dei servizi. Tale elemento è risultato ancora più evidente nel periodo di pandemia, quando è stata limitata per motivi di sicurezza l'accesso ai reparti dei parenti dei degenzi ed è quindi venuta meno la possibilità di formare il caregiver alla gestione della patologia, soprattutto quella cronica.

All'interno della Casa della Comunità di Breno è stata attivata la Centrale Operativa Territoriale (COT) che svolge una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e di raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali: attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e dialoga con la rete dell'emergenza-urgenza.

Per la riorganizzazione dell'assistenza territoriale sono necessari luoghi che consentano al cittadino di rimanere al proprio domicilio, ricevendo le cure più idonee, oppure rivolgendosi alle Case di Comunità (CdC) per ricevere un'assistenza appropriata e integrata, piuttosto che ricorrere al pronto soccorso. Lo sviluppo della rete e ciò che caratterizza il modello che vede l'attivazione delle Case di Comunità, gli Ospedali di Comunità e la COT. All'interno di queste strutture un ruolo centrale e rappresentato dagli Medici di Medicina Generale (MMG) e dai Pediatri di Libera Scelta (PLS), che oltre a essere presenti in queste strutture con la loro attività ambulatoriale, sono un punto di riferimento non solo per i loro assistiti, per i quali hanno il fondamentale ruolo di "curante" e case manager clinico, ma anche per gli operatori presenti, con i quali lavorano in equipe non solamente nella presa in carico del paziente, ma anche nelle azioni di prevenzione primaria, secondaria e terziaria, nonché di promozione della salute.

Anche l'Infermiere di Famiglia e Comunità (IFeC) svolge un ruolo strategico in particolare nel creare un ponte tra professionisti della salute e utenti.

Ospedali di Comunità - Gli Ospedali di Comunità, così come definiti dal DM 77/2021, sono le strutture sanitarie che offrono assistenza sanitaria a bassa intensità assistenziale e sono finalizzati alla presa in carico dei pazienti con patologie croniche o fragilità.

Gli Ospedali di Comunità della nostra ASST saranno 2 e avranno una dotazione da 20 posti letto e garantiranno le "degenze assistenziali" a conduzione infermieristica e ad accesso diretto, in forte collaborazione con gli MMG e gli specialisti delle diverse unità operative dei presidi ospedalieri e la COT, che si occuperà di attivare e presidiare i percorsi di transizione da un setting di cura ad un altro.

La degenza in Ospedale di Comunità è finalizzata ai seguenti obiettivi:

- abbreviazione dei tempi di diagnosi e terapia mediante l'utilizzo, da parte degli MMG, della dotazione diagnostica e tecnologica di base del Polo Territoriale;
- consolidamento dei risultati ottenuti durante il ricovero in reparto per acuti per tutti quei pazienti in condizioni di fragilità che necessitano di ulteriore monitoraggio clinico;
- prevenzione delle complicanze e recupero dell'autonomia finalizzato al rientro al domicilio o a posticipare il più possibile l'ingresso in strutture residenziali;
- assistenza, sollievo del dolore fisico e psichico, mantenimento della qualità di vita e delle relazioni significative per i pazienti affetti da malattie neoplastiche inguaribili non gestibili a domicilio.

Ruolo delle cure primarie nell'assistenza domiciliare - Le AFT (aggregazioni funzionali territoriali) costituiscono una delle modalità di organizzazione dei Medici di Assistenza Primaria (MAP) sul territorio, finalizzata al perseguitamento di obiettivi di salute e qualità, senza autonomia giuridica, ma con funzioni di integrazione professionale. Tra le funzioni rientrano :

- Garantire l'assistenza primaria;
- Promuovere l'integrazione multidisciplinare (DM 77/2022, art. 5), in collaborazione con le ASST;
- Collaborare, ove possibile, al modello regionale di "presa in carico" secondo quanto definito con DGR n.2755 del 15 luglio 2024 ad oggetto "evoluzione del percorso di presa in carico del paziente cronico e/o fragile in attuazione della DGR n.XII/1827 del 31 gennaio 2024";
- Collaborare funzionalmente, ove possibile, con le Case di Comunità (CdC) e gli Ospedali di Comunità (OdC).

A supporto del lavoro di cura al domicilio per raggiungere l'obiettivo da PNRR del 10% di presa in carico della popolazione over 65 anni, l'ASST ha attivato le modalità di presa in carico attraverso i percorsi di assistenza domiciliare programmata/sorveglianza da parte delle IFeC delle CdC e l'accreditamento come gestore C-Dom. Il Distretto inoltre sta lavorando in stretta sinergia con le AFT della medicina gene-

rale per implementare la presa in carico domiciliare mediante ADP.

Sul territorio della Valle Camonica è già stata attivata lo scorso anno una sperimentazione di telemedicina denominata progetto Arnica e coordinata da ATS della Montagna, per la telerefertazione in ambito cardiologico, attraverso la stipula di specifico accordo tra la AFT dei Medici di Medicina Generale di Darfo Boario Terme, ATS della Montagna e ASST della Valcamonica. In tale progetto pazienti con specifiche caratteristiche, dimessi dalla SC Cardiologia e preventivamente valutati dal cardiologo, vengono inviati nella Casa di Comunità di Darfo Boario Terme, dove viene effettuato un ECG da MMG e telerefertato dal cardiologo.

Al fine di garantire la continuità dell'assistenza e l'integrazione con la rete dei servizi del Polo Territoriale, le Cure Primarie partecipano alla elaborazione di protocolli riferiti ai seguenti processi:

- Dimissioni protette;
- Integrazione tra IFeC, MMG, personale di studio MMG;
- Integrazione tra MMG, PLS, Specialisti, Ambiti Sociali Territoriali e associazionismo.

L'attività programmata al domicilio si articola in:

- Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) con l'obiettivo di fornire un'assistenza completa e multidisciplinare a pazienti con bisogni sanitari complessi direttamente al loro domicilio;
- Assistenza Domiciliare Programmata (ADP) con l'obiettivo di Offrire un'assistenza domiciliare regolare e pianificata per pazienti con bisogni sanitari meno complessi ma continuativi;
- Percorso di Sorveglianza Domiciliare (PSD) con l'Obiettivo di migliorare la qualità delle cure domiciliari per i pazienti over 65, assicurando un monitoraggio continuo e un'assistenza tempestiva da parte del medico di assistenza primaria e dell'infermiere di studio e dell'IFeC.

Cure Domiciliari - E' necessario annoverare il domicilio, "la casa come primo luogo di cura", così come definito nel DM 77/2021. La novità più significativa nell'ambito del potenziamento delle cure domiciliari è stata senza dubbio l'introduzione degli Infermieri di Famiglia e Comunità (IFeC), professionista chiamato a garantire riequilibrio e integrazione tra i diversi setting di cura nel contesto di vita delle persone.

A supporto del lavoro di cura al domicilio per raggiungere l'obiettivo da PNRR del 10% di presa in carico della popolazione over 65 anni, l'ASST ha attivato le modalità di presa in carico attraverso i percorsi di assistenza domiciliare programmata/sorveglianza da parte delle IFeC delle CDC e l'accreditamento come gestore C-Dom.

anno	Obiettivo Strategico	Indicatore
2022	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
2025	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.
2025	Attivazione Casa della Comunità	Apertura nel 2025 della CdC Ponte di Legno
2025	Completa attivazione delle Case della Comunità e Ospedali di Comunità	Incremento delle prestazioni erogate presso le Case di Comunità aperte nel 2025
2026	Sorveglianza domiciliare con presa in carico pazienti over 65	Aumento della copertura assistenziale, riduzione delle ospedalizzazioni, implementazione secondo i target PNRR
2026	Percorsi di integrazione territoriale con Cure Primarie	Piena operatività psicologo di base nelle case di comunità
2026	Garanzia dotazioni di personale coerenti con DM 77/2022	Adozione soluzioni organizzative, anche sperimentali per la valorizzazione di persone

MIGLIORAMENTO DELL'ACCESSIBILITÀ ALLE PRESTAZIONI

Tempi di attesa prestazioni ambulatoriali e di ricovero - La sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale è funzione del bilanciamento tra la domanda di salute dei cittadini (intesa come Lista di Attesa in coerenza con il PNGLA) e la capacità produttiva del sistema (intesa come un numero di prestazioni erogabili in funzione delle risorse disponibili) pertanto diviene imprescindibile sviluppare modelli organizzativi che garantiscano un incremento di efficienza del percorso.

La riduzione dei tempi di attesa costituisce un obiettivo prioritario nazionale e di Regione Lombardia, per il peculiare impatto che riveste sia sull'organizzazione del servizio sanitario stesso sia sul diritto dei cittadini all'erogazione delle prestazioni definite nell'ambito dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA). Le cause determinanti del fenomeno delle liste d'attesa sono molteplici e devono essere affrontate agendo lungo tre principali direttive: il governo della domanda di prestazioni, il governo dell'offerta di assistenza ed i sistemi di prenotazione ed erogazione delle prestazioni.

Il Principio cardine che deve guidare l'azione in quest'ambito è la garanzia dell'erogazione dei servizi sanitari entro tempi appropriati, rispetto alla patologia e alle necessità di cura; aspetto, questo, che rappresenta una componente strutturale dei LEA. Tale obiettivo è perseguitabile attraverso idonei programmi e strategie che garantiscano un uso razionale delle risorse e che migliorino l'efficacia delle prestazioni, l'efficienza del sistema nel suo complesso, l'appropriatezza clinica ed organizzativa e la trasparenza nei confronti del cittadino.

In ottica della migliore gestione dei sistemi di prenotazione ed erogazione delle prestazioni, l'Azienda monitora costantemente i tempi di attesa, adottando strategie finalizzate al loro contenimento e al rispetto delle classi di priorità clinica ed agisce sul governo dell'offerta attraverso attività un monitoraggio continuo.

Le azioni in corso e in fase di potenziamento mirano a garantire che i volumi di prestazioni siano pari o superiori a quelli registrati negli anni precedenti. L'attività prevede il monitoraggio periodico dei target di volume, del tasso di saturazione delle agende e della percentuale di prescrizioni dematerializzate, con l'obiettivo di raggiungere almeno il 90% di prescrizioni DEM, di cui l'80% effettivamente erogato. Particolare attenzione è riservata alla riduzione dei no-show attraverso un servizio di recall ai cittadini prima degli appuntamenti e all'incremento della prenotabilità per ridurre le negoziazioni non andate a buon fine. L'ASST adotta il Tempario Unico Regionale per garantire uniformità nell'uso delle agende ambulatoriali e assicura la pubblicazione dei tempi di attesa in conformità con la normativa regionale e nazionale. Viene inoltre garantita la presa in carico dei cittadini quando non è possibile erogare la prestazione immediatamente, mediante la gestione della Lista di Galleggiamento introdotta da Regione Lombardia. Il monitoraggio continuo delle agende consente di assicurare trasparenza e visibilità, mentre la conformità prescrittiva viene verificata in base al quesito diagnostico e alla classe di priorità secondo quanto stabilito dalla DGR XII/511/2023.

Particolare attenzione è riservata all'individuazione di criticità nell'erogazione ambulatoriale, con azioni correttive come l'ampliamento dell'offerta anche in fasce serali e prefestive, e alla presa in carico dei pazienti oncologici, con slot dedicati per follow-up e esami diagnostici, ottimizzando tempi, risorse e appropriatezza clinica.

A supporto di queste attività opera il Responsabile Unico Aziendale (RUA), cui i cittadini possono rivolgersi tramite SMS o mail se la prestazione non è disponibile nei tempi previsti. Il RUA gestisce le richieste, ricerca disponibilità anche in altre strutture del territorio e contribuisce al rispetto delle tempistiche definite dalle classi di priorità.

In parallelo, è operativo il COCLA - Centro Operativo per il Controllo Liste d'Attesa, ricoveri programmati e percorso chirurgico, che supporta il Responsabile Unico Aziendale nel monitoraggio delle liste d'attesa, dei ricoveri programmati e dell'organizzazione dei percorsi chirurgici. Il COCLA garantisce trasparenza, equità e corretto utilizzo delle risorse, ottimizzando la pianificazione dell'attività ospedaliera e tutelando i diritti dei pazienti.

Nel corso del 2025, l'ASST della Valcamonica ha registrato un notevole incremento dell'attività di telemedicina, con un aumento delle prestazioni erogate da remoto che ha migliorato l'accessibilità ai servizi sanitari, ridotto gli spostamenti dei pazienti e favorito il monitoraggio costante dei soggetti cronici e fragili. È in corso l'implementazione dell'Infrastruttura Regionale di Telemedicina (IRT), piattaforma

centralizzata per l'erogazione di televisita, teleconsulto, teleassistenza e telemonitoraggio. L'IRT supporta la comunicazione tra professionisti sanitari e cittadini nei percorsi di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, integrandosi con i principali sistemi sanitari regionali e nazionali, tra cui il Fascicolo Sanitario Elettronico, la Cartella Clinica Elettronica Regionale, l'Anagrafica Nazionale degli Assistiti e il CUP.

Il piano operativo regionale prevede una diffusione graduale e uniforme della telemedicina su tutto il territorio, con strumenti operativi dedicati agli Enti Sanitari per standardizzarne l'adozione.

L'ASST individua quale suo punto di debolezza la carenza di personale in particolar modo nelle specialità di: dermatologia, cardiologia, pneumologia, neurologia, oculistica, ematologia ed anestesia e rianimazione. Tale carenza ha un impatto diretto sulla gestione delle agende ambulatoriali di ricovero con conseguente ricaduta sui tempi di attesa.

Per garantire un'ottimizzazione nella gestione delle agende relative alle visite di controllo ed agli esami strumentali (es. ecografie, TAC, RMN....) l'ASST ha introdotto ed implementerà nel triennio 2025-2027 un servizio di "Fast CUP" di prenotazione gestita direttamente dallo specialista al termine della visita effettuata presso le nostre strutture per massimizzare le tempistiche e garantire meglio la presa in carico del paziente.

Telemedicina - Per Telemedicina si intende l'erogazione di servizi di assistenza sanitaria tramite il ricorso a tecnologie innovative di informazione e comunicazione in situazioni in cui il professionista della salute e il paziente, oppure due professionisti, non si trovano nello stesso luogo.

Tra i servizi assistenziali che la telemedicina può offrire vi sono:

Servizio di Televisita con il quale il professionista interagisce a distanza in tempo reale con il paziente, anche con il supporto di un caregiver. La televisita è prevalentemente applicata alle attività di controllo di pazienti la cui diagnosi sia già stata formulata nel corso di visita in presenza.

Servizio di Teleconsulto con il quale il professionista interagisce a distanza con uno o più medici per confrontarsi, anche tramite videochiamata, sulla situazione clinica di un paziente basandosi primariamente sulla condivisione di tutti i dati clinici, i referti, le immagini, gli audio-video disponibili relativi al caso specifico;

Servizio di Teleassistenza si basa sull'interazione a distanza tra il professionista e paziente/caregiver per mezzo di una videochiamata, alla quale si può all'occorrenza aggiungere la condivisione di dati, referti o immagini;

Servizio di Telemonitoraggio è una modalità operativa della Telemedicina che permette il rilevamento e la trasmissione a distanza di parametri vitali e clinici in modo continuo per mezzo di sensori che interagiscono con il paziente.

Sul territorio della Valle Camonica è già stata attivata lo scorso anno una sperimentazione di telemedicina denominata "progetto Arnica" e coordinata da ATS della Montagna, per la telerefertazione in ambito cardiologico, attraverso la stipula di specifico accordo tra la AFT dei Medici di Medicina Generale di Darfo Boario Terme, ATS della Montagna e ASST della Valcamonica. In tale progetto pazienti con specifiche caratteristiche, dimessi dalla SC Cardiologia e preventivamente valutati dal cardiologo, vengono inviati nella Casa di Comunità di Darfo Boario Terme, dove viene effettuato un ECG da MMG e telerefertato dal cardiologo.

All'interno del Piano di Sviluppo del Polo Territoriale (PPT) 2025-2027 sono state inserite specifiche progettualità inerenti alla tele medicina quale:

- Lo sviluppo della telemedicina: televisita per la presa in carico e il follow up delle donne gravide affette da diabete gestazionale;
- Telemonitoraggio con LOOP RECORDER;
- Teleconsulto in ambito emocoagulativo;
- IFeR – Infermiere di famiglia e presa in carico integrata del paziente con patologia reumatologica in terapia con farmaci biotecnologici;
- Scompenso cardiaco: presa in carico pazienti sul territorio.

Inoltre per supportare tali percorsi sono stati attivati anche servizi digitali di telemedicina:

- Teleconsulto reumatologico;
- Rinnovo piano terapeutici (Medicina Interna, Cardiologia, Reumatologia, Diabetologia, Ortopedia);

- Teleconsulto terapia. Anticoagulante;

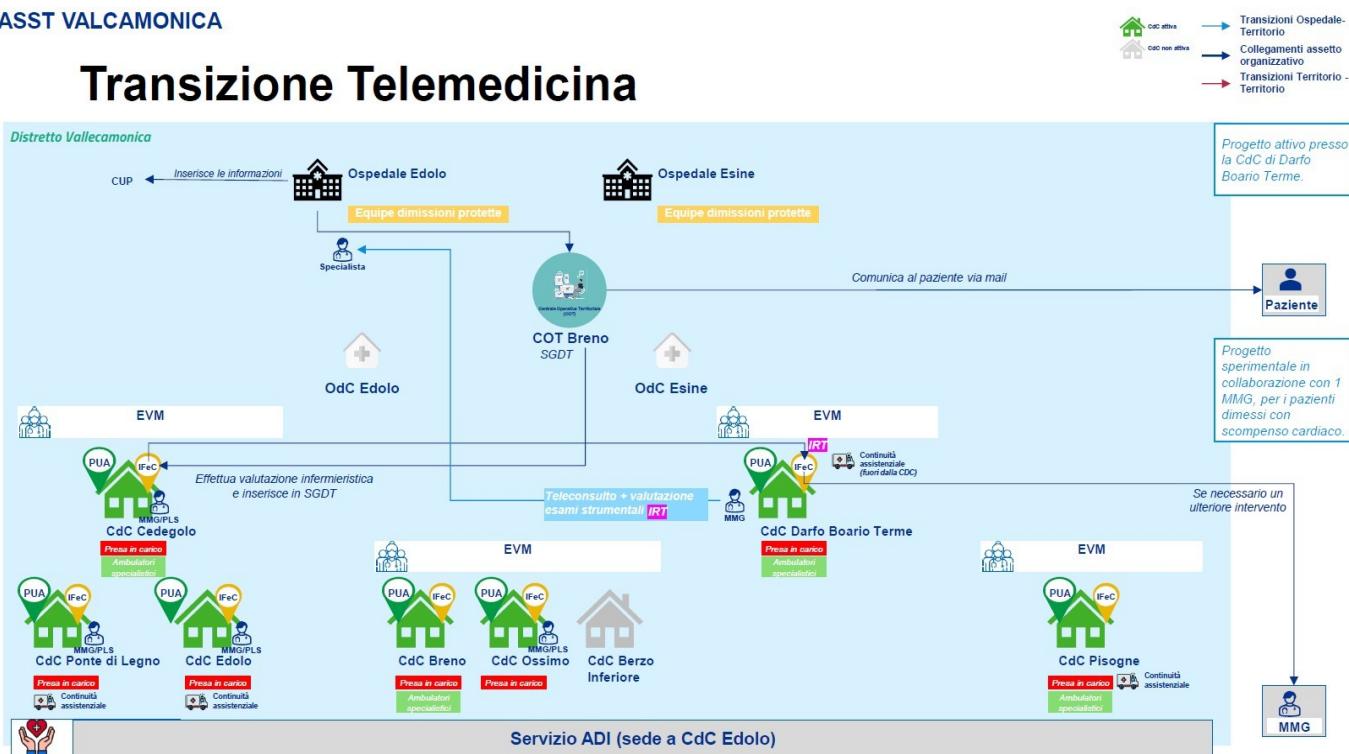
- Screening nutrizionale paziente oncologico.

Da ultimo è prevista l'implementazione del percorso di sorveglianza domiciliare con implementazione della telemedicina.

Per un maggiore dettaglio si rimanda al PPT consultabile nell'apposita sezione "Amministrazione trasparente", al link https://www.asst-valcamonica.it/Pages/amministrazione_trasparente_v3_0/?code=AT.10.20.30

ASST VALCAMONICA

Transizione Telemedicina



Accessibilità digitale - L'Accessibilità alle cure costituisce un obiettivo primario che deve aumentare la capacità del cittadino di realizzare il proprio bisogno attraverso un più veloce, più efficace e più trasparente accesso al servizio, coinvolgendo sia l'area di attività sanitaria che amministrativa dell'Azienda.

Nel processo di trasformazione tecnologica e transizione al digitale, l'ASST si pone l'obiettivo di rivedere e potenziare i percorsi di accoglienza del cittadino armonizzandoli con i processi organizzativi e il patrimonio hardware e software già presente e funzionante in Azienda.

Le tecnologie informatiche consentono oggi ad ogni utente di fare in autonomia numerose azioni amministrative che in altri tempi lo avrebbero costretto a presentarsi in ospedale e a mettersi in coda agli sportelli: prenotazioni, accettazioni, pagamenti, accesso ai referti, ecc., possono essere effettuate con gli appositi dispositivi, semplificando le procedure, ottimizzando i percorsi e, soprattutto, incrementando l'empowerment del cittadino, vero obiettivo da perseguire.

Il nuovo sito web della ASST della Valcamonica, in attivazione nel corso del 2026, ottempererà a quanto previsto dalle linee guida AGID per lo sviluppo di servizi digitali conformi agli standard di sicurezza, accessibilità, trasparenza ed efficienza. Il nuovo sito si propone inoltre di favorire la fruizione dei contenuti da parte di tutti gli utenti in particolare sarà prevista la gestione informatica delle segnalazioni URP effettuate da parte degli utenti attraverso un applicativo dedicato presente nel sito web istituzionale. In ottica di accessibilità digitale è inoltre stata introdotta una funzionalità all'interno del nuovo software di Pronto Soccorso che permette al paziente di indicare un familiare, fornendo il relativo numero di cellulare, a cui inviare automaticamente il link per l'accesso alla funzione di monitoraggio del proprio percorso in Pronto Soccorso. Questa funzione può essere utilizzata, direttamente da smartphone, pc, o

tablet. Questo sistema permette un miglior rapporto informativo tra gli operatori del Pronto Soccorso e l'utenza esterna, in particolare con i familiari, accompagnatori, caregiver etc.., riduce le possibili cause di tensione e conflitto tra personale sanitario del PS e familiari dei pazienti in quanto, questi ultimi, sono costantemente informati ricevendo aggiornamenti riguardanti, ad esempio, il codice di priorità assegnato e in che fase del percorso si trova il paziente.

Formazione professionalità sanitarie - L'ASST ritiene fonte di creazione di valore pubblico anche il mantenimento della formazione direttamente erogata presso le sue sedi per formare professionisti che un domani potrebbero lavorare presso questa azienda a tal fine è presente un Corso di Laurea delle Professioni Sanitarie Infermieristiche, attivato presso la sede di Darfo - Esine, in virtù del dedicato rapporto convenzionale in essere con Università degli Studi di Brescia e sempre in virtù della medesima convenzione è stato attivato a partire da settembre 2025 anche un Corso di Laurea in Fisioterapia presso la sede di Darfo - Esine.

Inoltre in applicazione di quanto previsto dalla legge regionale n. 22/2021 presso l'ASST della Valcamonica è previsto un percorso formativo e professionalizzante dei tirocini per i medici tirocinanti vincitori di concorso nella specialità di medicina generale.

anno	Obiettivo Strategico	Indicatore
2	Ottimizzazione della gestione delle agende per controlli ed esami strumentali	Utilizzo del "FAST Cup" da parte dei professionisti della ASST
0	Attività di Telemedicina	Aumento del numero dei pazienti arruolati
2	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
5		
2	Aumento della presa in carico dei pazienti cronici.	Miglioramento del percorso di cura. Numero di pazienti cronici presi in carico sul totale dei pazienti di competenza della ASST pari ad almeno 15%.
0		
2	Attivazione del Corso di Laurea in Fisioterapia	Partenza della attività nella nuova sede presso Palazzo Zattini Darfo Boario Terme
6	Rafforzamento dei presidi di contrasto ai fenomeni di maladministration	Attuazione delle raccomandazioni derivanti da attività di audit

RAPPORTI CON I TERZI

L'ASST opera all'interno di un contesto composto da una pluralità di stakeholders.

Sistema a rete del SSR - l'ASST della Valcamonica instaura rapporti con altri Enti, pubblici e privati del SSR, nel rispetto delle procedure previste e della normativa vigente, al fine di creare percorsi di cura integrati e garantire una migliore continuità assistenziale, utilizzando al meglio le risorse disponibili e con l'obiettivo di essere funzionali nell'assicurare la presa in carico dei cittadini che usufruiscono dei servizi erogati dal SSR.

L'Azienda recepisce ed attua gli indirizzi di programmazione strategica regionale e partecipa attivamente alla realizzazione e alla gestione della rete d'offerta sanitaria e socio-sanitaria. A tal fine l'Azienda coopera con ATS per il perseguitamento dei LEA sul territorio di propria competenza e garantisce eventuali livelli assistenziali aggiuntivi come definiti dal Regione Lombardia.

All'interno della scrivente Azienda, a fianco del personale dipendente e dei liberi professionisti incaricati, operano, da sempre, anche numerosi Dirigenti Medici provenienti da altre Aziende del servizio sanitario lombardo. Il tutto reso possibile grazie alle numerose convenzioni in essere. Queste forme di collaborazione trovano fondamento, da un lato nelle previsioni regionali mediate l'istituzione nei POAS

dei Dipartimenti funzionali interaziendali, dall'altro a seguito di stipulazione di specifiche convenzioni ad hoc. Tale ultima forma di collaborazione, avallata e incentivata da Regione Lombardia, da ultimo con DGR n.XI/7013/2022 e rimarcata con DGR n.XII/1514/2023, prevede la stipula di convenzioni tra Aziende al fine di garantire la presenza in ogni ASST della maggior parte degli specialisti che, in assenza di convenzioni, sarebbero presenti solo presso le Aziende di appartenenza (a svantaggio di quelle più periferiche e/o disagiate come la ASST della Valcamonica). Per quanto riguarda la nostra Azienda fra le molte convenzioni sottoscritte e ora in essere, rivestono maggior significato quelle con la ASST Spedali Civili di Brescia data la vastità delle branche specialistiche da loro coperte e il sempre maggior rilievo di codesta Azienda quale centro Hub di riferimento.

Associazioni di volontariato, Terzo Settore ed istituzioni - l'ASST da sempre riconosce il valore e la funzione sociale svolta dalle Associazione di volontariato e dagli Enti del Terzo Settore per la crescita della solidarietà e della responsabilità attraverso la partecipazione in un'ottica di sussidiarietà, scambio e confronto di esperienze.

Le Associazioni dei pazienti e dei loro familiari e, più in generale, quelle che si occupano di tutela delle persone costituiscono, nel contesto attuale di evoluzione del trattamento delle patologie croniche, una risorsa e un'opportunità da prevedere per migliorare la tutela delle persone fragili. Elemento indispensabile nella programmazione e valutazione dei percorsi di integrazione fra ospedale e territorio è la presenza attiva dei fruitori finali attraverso le associazioni di volontariato e di quelle che si occupano della tutela del paziente. Il Terzo Settore ha assunto un ruolo sempre più strategico nel sistema di welfare regionale, grazie al patrimonio di capacità umane, professionali e organizzative impegnato nelle diverse associazioni alla valorizzazione delle organizzazioni ad opera delle politiche sanitarie e sociosanitarie.

All'interno delle strutture aziendali sono presenti organizzazioni di volontariato che contribuiscono sia a fornire servizi agli utenti ed alle attività aziendali, sia a vigilare sulla qualità del servizio erogato. Esse effettuano anche un monitoraggio dell'attività ed interagiscono pertanto con la Direzione Aziendale per il rispetto di tali principi, allo scopo di concorrere anche alla formulazione di proposte di miglioramento.

E' stato dunque istituito il Comitato Consultivo Misto che regola i rapporti tra le Associazioni del Volontariato operanti in Valcamonica e l'ASST della Valcamonica.

Gli enti del Terzo Settore sono, quindi, riconosciuti come componenti essenziali per lo sviluppo e la coesione Territoriale, nell'erogazione dei servizi e delle prestazioni sono pienamente coinvolti in diverse forme di collaborazione. Esse costituiscono nel contesto attuale di evoluzione del trattamento delle patologie croniche una risorsa e un'opportunità da considerare per migliorare la cura delle persone fragili.

Per quanto attiene invece ai rapporti con le istituzioni l'ASST si avvale della Conferenza dei Sindaci che svolge le seguenti funzioni:

- a) formula, nell'ambito della programmazione territoriale dell'ASST di competenza, proposte per l'organizzazione della rete di offerta territoriale e dell'attività sociosanitaria e socio-assistenziale, con l'espressione di un parere sulle linee guida per l'integrazione sociosanitaria e sociale; partecipa inoltre alla definizione dei piani sociosanitari territoriali;
- b) individua i Sindaci o loro delegati, comunque appartenenti al Consiglio o alla Giunta comunale, che compongono il collegio dei sindaci deputato alla formulazione di proposte e all'espressione di pareri alle ATS nei casi previsti della legge e partecipa alla cabina di regia;
- c) partecipa alla verifica dello stato di attuazione dei programmi e dei progetti di competenza dell'ASST;
- d) promuove l'integrazione delle funzioni e delle prestazioni sociali con le funzioni e le prestazioni dell'offerta sanitaria e sociosanitaria, anche favorendo la costituzione tra i Comuni di enti o soggetti aventi personalità giuridica;
- e) esprime il proprio parere sulla finalizzazione e sulla distribuzione territoriale delle risorse finanziarie.

Gli attori istituzionali hanno il compito di favorire una governance partecipata, di leggere i bisogni del territorio, di individuare le risorse necessarie, di pianificare e programmare gli obiettivi da raggiungere, di favorire il confronto sui bisogni inespressi con le reti sociali del territorio, ma soprattutto di mettere al centro la salute dei cittadini.

Rapporto con l'utenza - l'ASST ritiene centrale il rapporto con i cittadini-utenti e i loro rappresentanti al

fine del miglioramento della qualità dei servizi offerti sul territorio di propria competenza.

Attraverso la consultazione e la partecipazione dei cittadini-utenti l'Azienda potrà attivare processi informativi e comunicativi sul territorio al fine di favorire la produzione di informazioni comprensibili ed efficaci e promuovere percorsi di facilitazione all'accesso dei servizi.

In particolare, l'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP) persegue il compito di coordinare e curare l'accoglienza dei cittadini che richiedono i servizi offerti dall'ASST, gestire le segnalazioni, i reclami e gli encomi, rilevare la Customer Satisfaction secondo le direttive regionali.

L'Ufficio Relazioni con il Pubblico rappresenta il front office che gestisce l'attività di comunicazione con i cittadini, finalizzata a far sì che gli stessi conoscano e comprendano le norme e le attività svolte all'interno della pubblica amministrazione.

REPARTO/DEGENZA	NUMERO SEGNALAZIONI 2025
Pronto Soccorso (1 Edolo)	13
Ambulatori (Edolo-Esine)	5
Cure Primarie	4
Centro Prelievi	2
Radiologia	2
Centro Donazione Organi	1
Consultorio	1
Medicina	1
Oncoematologia	1
Radioterapia	1
Riabilitazione specialistica	1
TOTALE	32

REPARTO/DEGENZA	NUMERO ENCOMI 2025
Pronto Soccorso	9
Chirurgia	8
Cardiologia	6
Dialisi -Nefrologia	6
Oncologia	6
Medicina (Esine + 1 Edolo)	5
Gastroenterologia	4
Ortopedia	4
Riabilitazione	4
Otorinolaringoiatria	2
Neurologia	2
Neuropsichiatria	2
Chirurgia ricostruttiva	1
Consultorio	1
Cure Primarie	1
Next Generation	1
Ostetricia - Ginecologia	1
Pediatria	1
Pneumologia	1
Radiologia	1
Radioterapia	1
Ufficio Gestione Risorse Umane	1
Ufficio Relazioni con il Pubblico	1
TOTALE	69

Inoltre all'intero delle Case di Comunità è stato istituito il Punto Unico di Accesso (PUA) identificato come il luogo di accoglienza, informazione e orientamento del cittadino che opera in stretto contatto con la COT distrettuale, al fine di assicurare un accesso diretto, unitario e facilitato, appropriato ed integrato all'assistenza sanitaria, socio-sanitaria e socio-assistenziale.

L'Ufficio di Pubblica Tutela è un organismo indipendente, secondo quanto disposto dalla LR n.3/2008 e dalla DGR VIII/10884 del 23.12.2009, che opera fuori da qualsiasi rapporto di gerarchia con l'Azienda con finalità di tutela nei confronti dei cittadini-utenti rispetto ad azioni o omissioni dell'Azienda, o che ritengono di aver subito una violazione dei propri diritti in campo sanitario e socio-assistenziale, o qualsiasi disservizio che possa limitare o negare l'accesso alle prestazioni. L'Ufficio riceve osservazioni, denunce o reclami in forma scritta o orale, fornisce agli assistiti tutte le informazioni per tutelare i diritti riconosciuti dalle leggi vigenti nell'ambito dell'area di attività dell'Azienda.

La stampa è una risorsa importante per veicolare le informazioni che riguardano l'ASST e rappresenta una leva strategica di informazione verso i cittadini.

Il rapporto con la stampa è caratterizzato da uno scambio di informazioni bidirezionale (comunicati stampa e richieste specifiche da parte della stampa), anche con il fine di valorizzare i servizi sociosanitari offerti dall'Azienda.

anno	Obiettivo Strategico	Indicatore
2025	Sistema rete con Enti del SSR	Attuazione DGR con nuovi rapporti convenzionali
2022	Rapporti con i terzi	Coinvolgimento delle Associazioni di volontariato del Terzo settore in un'ottica partecipativa
2020	Risposta puntuale alle segnalazioni fatte dall'utenza	Monitoraggio dei reclami/encomi ricevuti
2022	Rapporto con i terti (rafforzamento coprogettazione)	Messa a disposizione nelle Case di Comunità di spazi per le associazioni
2026	Sistema di rete con enti del SSR	Partecipazione a dipartimento laboratorio interaziendale

RAFFORZAMENTO INFRASTRUTTURALE E TECNOLOGICO

Sicurezza strutturale e accessibilità - La sicurezza strutturale degli immobili dell'ASST della Valcamonica è una delle priorità riguardante gli investimenti programmati ed in corso di esecuzione.

Al fine di aumentare la sicurezza per operatori ed utenti e adeguare dal punto di vista normativo i fabbricati sono previste 2 differenti tipologie di intervento:

- i lavori di adeguamento sismico dei presidi ospedalieri di Esine e di Edolo, finanziati nell'ambito del PNC – Piano Nazionale per gli investimenti complementari;
- i lavori di adeguamento antincendio nell'ambito della ristrutturazione e apertura delle nuove Case di Comunità, finanziati dal PNRR per la maggior parte degli interventi e per la sede di Breno anche da risorse regionali. Questi interventi sono in corso di esecuzione e proseguiranno certamente negli anni 2025 e 2026. Pur avendo un impatto considerevole sull'attività ordinaria delle strutture in funzione, quali in primo luogo i 2 ospedali di Esine ed Edolo, una volta completate queste opere produrranno una riqualifica sostanziale del patrimonio immobiliare della ASST della Valcamonica. Oltre a ciò le ristrutturazioni delle sedi territoriali ospitanti le future Case di Comunità, finanziate nell'ambito del PNRR, consentiranno di avere edifici completamente rinnovati con evidenti migliorie dal punto di vista dell'accessibilità, quali ad esempio nuovi impianti ascensori ed eliminazione delle barriere architettoniche.

Ammodernamento del parco tecnologico - Nel corso del 2026 è sono previsti i seguenti interventi:

- installazione di 2 nuove TAC una ad Esine ed una ad Edolo;
- aggiornamento SW per garantire l'integrazione del sistema lettura Holter PA – ECG con i reparti di Medicina, Cardiologia e la rete territoriale;
- integrazione di un nuovo sistema di illuminazione del campo operatorio di Ortopedia con lampada scialitica e studio delle interferenze del fascio di luce con i caschi operatori;
- valutazione delle esigenze di esami ecografici per le diverse strutture ospedaliere e territoriali e riorganizzazione e/o acquisto di ecotomografi;
- implementazione del sistema di allarme remoto per la gestione della linea del freddo e studio di fattibilità anche per le strutture territoriali;
- verifica possibilità di aggiornamenti software per sistemi che risultano essere vulnerabili in ambito di cybersicurezza e acquisto di licenze necessarie all'integrazione delle apparecchiatura con i sistemi di refertazione digitale.

Nell'ambito della missione M6C1 I1.1 - Case della Comunità e presa in carico della persona, per l'anno 2026 si prevede il completamento dei lavori di ristrutturazione e l'apertura di 3 nuove Case di Comunità, rispettivamente quelle di Darfo Boario Terme, Breno ed Edolo. L'obiettivo è quello di dotare queste nuove Case di Comunità di attrezzature elettromedicali nuove e di ultima generazione, al fine di potenziare l'offerta sanitaria sul territorio. Le attrezzature più importanti per le quali è stato programmato l'acquisto sono ecotomografo multidisciplinare, elettrocardiografo, monitor defibrillatore, retinografo, OCT

(Tomografia Ottica Computerizzata), spirometro, holter pressorio e holter cardiaco. Oltre a queste nuove tecnologie verranno installati all'interno delle nuove CdC idonei sistemi audiovisivi al fine di attivare servizi di telemedicina, che consentiranno di erogare prestazioni di medicina specialistica sul territorio.

Digitalizzazione - Nel 2026 è prevista la conclusione di tutti i progetti del PNRR relativi a:

- Cartella Clinica Elettronica informatizzata Ambulatoriale;
- AnatomiaPatologicaeDigitalPathology;
- Centrale di Sterilizzazione ed integrazione con l'applicativo di Sala Operatoria.

Altri interventi programmati in merito alla digitalizzazione sono:

- ammodernamento della rete informatica e diffusione capillare della copertura wi-fi;
- Progetto accoglienza: riguarda le fasi di riprogettazione e realizzazione dei processi di prenotazione, accesso, gestione code e pagamenti;
- Sale operatorie: sviluppo nuove funzionalità, integrazione con CCE (in attesa delle specifiche regionali);
- Aumento livelli di Cyber Sicurezza:sistema di gestione delle utenze ad accesso Privilegiato (PAM): si opera di concerto con Regione Lombardia ed ARIA per la realizzazione delle necessarie infrastrutture;

anno	Obiettivo Strategico	Indicatore
2022	Sicurezza strutturale e accessibilità	- Entro la fine del 2025 avanzamento superiore al 60% del 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
2025	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)
2026	Sicurezza strutturale e accessibilità	- Entro la fine del 2026 avanzamento superiore al 90% del lavori complessivi previsti per l'adeguamento sismico dell'ospedale di Esine; - Conclusione dei lavori di ristrutturazione inerenti le Case di Comunità di Darfo Boario Terme, Breno ed Edolo
2026	Ammodernamento del parco tecnologico	Installazione n. 2 TAC entro il 31.12.2026
2026	Digitalizzazione	Conclusione delle progettualità - Cartella Clinica Elettronica informatizzata Ambulatoriale; - AnatomiaPatologicaeDigitalPathology; - Centrale di Sterilizzazione ed integrazione con l'applicativo di Sala Operatoria.

PREVENZIONE E BENESSERE

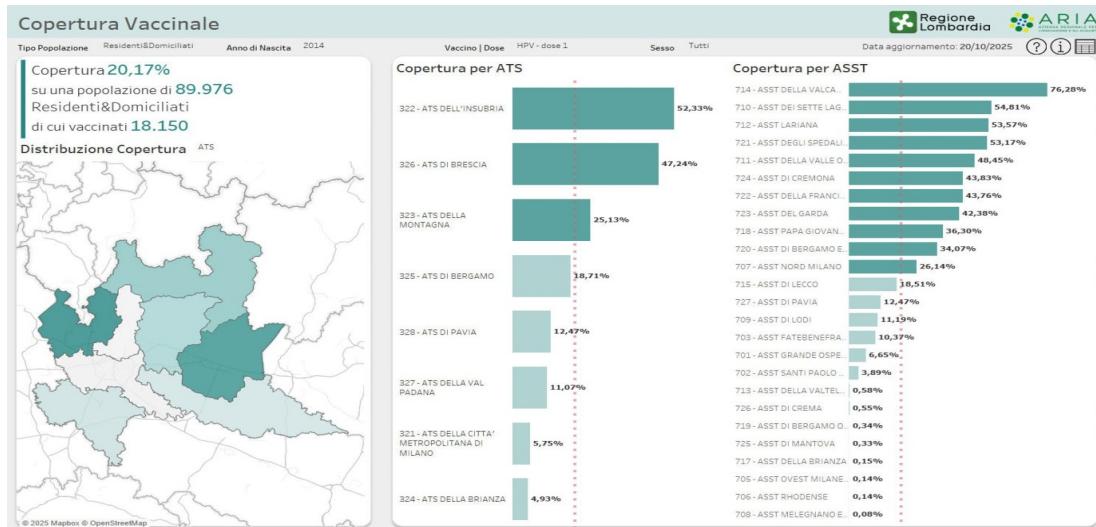
Prevenzione per la popolazione (screening e vaccinazioni) - La prevenzione è l'insieme delle azioni dirette a eliminare o ridurre il rischio di sviluppare una malattia.

Le campagne di prevenzione sono utili e diffuse, e la loro efficacia si misura in termini di riduzione dell'incidenza delle malattie che si vorrebbero prevenire, della morbilità (il numero di eventi non mortali) e della mortalità (il numero di eventi mortali).

Per fare in modo che le campagne di prevenzione siano efficaci, è necessario riconoscere e ridurre l'esposizione a determinati fattori di rischio che contribuiscono al loro sviluppo o progressione.

Allo stesso tempo riveste carattere prioritario anche il rispetto del piano vaccinale nazionale e regionale.

Le vaccinazioni ci proteggono da malattie gravi e potenzialmente mortali e costituiscono uno dei più potenti strumenti di prevenzione a disposizione della sanità pubblica.



**Valcamonica
76,28%**

L'ASST pone molta attenzione alla promozione del tema della prevenzione della salute. In maniera attiva l'azienda si fa promotrice di campagne di screening (neonatale, papstest, mammella, colon) che di campagne in ambito vaccinale.

Innalzamento del benessere per i lavoratori - Il tema del benessere dei lavoratori resta un tema molto sentito. All'interno dell'ASST è stato istituito il Comitato Unico di Garanzia (CUG) per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni che si propone di assicurare, nell'ambito del lavoro pubblico, parità e pari opportunità di genere, rafforzando la tutela dei lavoratori e delle lavoratrici e garantendo l'assenza di qualunque forma di violenza morale o psicologica e di discriminazione, diretta e indiretta, relativa al genere, all'età, all'orientamento sessuale, all'origine etnica, alla disabilità, alla religione, alla lingua.

L'obiettivo generale è migliorare la qualità ed il benessere lavorativo, nel rispetto ed efficacia delle politiche aziendali, sia nei confronti degli interlocutori interni che esterni.

Inoltre svolge un ruolo molto attivo il Gruppo Operativo Programma WHP aziendale che organizza attività rivolte al personale in servizio presso l'azienda con lo scopo di migliorare il benessere.

Parità di genere - Il trattamento delle pari opportunità assume un carattere trasversale ed integrato al ciclo di gestione delle performance, intervenendo in tutte le fasi di cui si compone.

L'ASST si prefigge di perseguire obiettivi funzionali necessari per garantire parità di genere attraverso iniziative di contrasto alle diseguaglianze, si rivolge sia al personale impiegato presso l'Azienda, sia a tutti i cittadini.

L'ASST della Valcamonica, attraverso quanto previsto dalla sezione del PIAO che ha assorbito il Piano Triennale delle Azioni positive, intende contrastare qualsiasi forma di discriminazione e di violenza, e garantire il benessere organizzativo, lo sviluppo delle politiche di conciliazione e le pari opportunità, rafforzando la cultura di genere nell'ambiente di lavoro. L'obiettivo è assicurare la rimozione degli ostacoli che, di fatto, impediscono la piena ed effettiva realizzazione di pari opportunità tra lavoratori e lavoratrici e come strumento indispensabile nell'ambito del generale processo di riforma della Pubblica Amministrazione, diretto a garantire l'efficacia e l'efficienza dell'azione amministrativa attraverso la valorizzazione delle risorse umane.

anno	Obiettivo Strategico	Indicatore
2	Copertura vaccinale della popolazione di riferimento	Sensibilizzazione attraverso le campagne vaccinali previste da regione Lombardia
0	Copertura vaccinale della popolazione di riferimento	Sensibilizzazione attraverso le campagne vaccinali previste da regione Lombardia
2	Sviluppo del benessere organizzativo	- Implementazione di attività di rilevazione dello stress lavoro correlato (Gruppo WHP)
5		

		- 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
2 0 2 6	vaccinazioni	Per ogni coorte e tipologia di vaccino, rispetto della copertura stabilita o miglioramento +5% rispetto al 2025

SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE: PERFORMANCE

PIANIFICAZIONE TRIENNALE

L'Azienda orienta i suoi obiettivi a medio termine allineandoli agli obiettivi assegnati al Direttore Generale per la durata del mandato così come enunciato nella DGR n.1623 del 21.12.2023 nello specifico:

- attuazione integrale delle progettualità previste dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza con le tempistiche previste dall'Assessorato al Welfare;
- attuazione delle indicazioni regionali per la realizzazione delle attività e dei progetti del Piano Integrato Socio Sanitario Lombardo;
- messa a regime del CUP unico regionale secondo le tempistiche individuate dall'Assessorato al Welfare;
- piena ed integrale attuazione degli obiettivi stabiliti annualmente in materia di contenimento dei tempi di attesa delle prestazioni;
- attuazione delle indicazioni regionali in ordine all'organizzazione del sistema di emergenza urgenza e al riordino delle reti clinico organizzative;
- collaborazione nella realizzazione delle azioni necessarie alla buona riuscita delle Olimpiadi invernali del 2026.

Le Regole di Sistema e gli obiettivi di mandato in parte riprendono il respiro pluriennale, soprattutto per quanto concerne le missioni del PNRR e il potenziamento dell'offerta di prestazioni per abbattere le liste di attesa. Tenendo conto delle interessenze tra le linee programmatiche suseposte, si elencano le aree di intervento.

Con la DGR 5589 del 30.12.2025 Regione Lombardia ha rilasciato gli indirizzi di programmazione per l'esercizio 2026, le cosiddette "Regole di Sistema". Contestualmente sono stati tradotti dagli indirizzi anche gli obiettivi operativi per le Aziende del Sistema sanitario, con decreto 19207 del 31.12.2025.

Tenendo conto delle interessenze tra le linee programmatiche suseposte, si elencano le aree di intervento.

Polo Ospedaliero - Il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza dei servizi offerti tenendo in considerazione la peculiarità dell'Azienda che, proprio in quanto una volta unica in Regione Lombardia a gestire direttamente un Presidio Ospedaliero, da sempre vive in un'ottica di integrazione tra Territorio e Ospedale che ancora più oggi si pone quale imperativo categorico nella sua azione e che verrà ulteriormente perseguito per garantire la piena sinergia tra il personale medico ospedaliero e quello territoriale.

Si considerano a scorrimento 2026-2028 i seguenti punti:

- 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;
- trasparenza delle agende: aumento della disponibilità prenotativa a livello di sovracup regionale;
- perseguitamento dei target previsti dal PNE (Piano Nazionale Esiti), dal Network delle regioni e indicatori di outcome: a tal riguardo, i target PNE e Network delle Regioni Sant'Anna di Pisa sono stati in gran parte sostituiti ed implementati dagli indicatori core NSG (Nuovo Sistema di Garanzia) che unisce

obiettivi di prevenzione, Territoriali, Ospedalieri. Questi ultimi sono stati allineati ai razionali di Agenas;

- screening oncologici, screening precoci, screening HCV: percorsi diagnostico terapeutici, rispetto dei target di appropriatezza e volume;
- 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;
- contenimento della spesa corrente: necessario per garantire l'equilibrio di bilancio attraverso un'analisi più puntuale dei dati raccolti e monitorati attraverso i "flussi" inviati a Regione Lombardia per i vari settori di attività. Analisi e benchmark dei dati di Contabilità Analitica e di produzione sulle principali voci di costo nei beni e servizi quali:
 - dispositivi medici;
 - dispositivi ad alto costo;
 - farmaceutica, in particolare emoderivati ed emocomponenti e rimborsi File F;
 - Personale.

Polo Territoriale - Così come sancito L.R. n. 22/2021, e descritto nel paragrafo introduttivo, il funzionamento di questi centri determinerà investimenti, sinergie con la medicina di base e la componente sociale, ampliamento e potenziamento delle linee di offerta sanitaria e sociosanitaria. Sul sito istituzionale della ASST, al link <https://www.asst-valcamonica.it/scheda-ist/case-di-comunita> sono presenti le attività svolte e le progettazioni in fase attuativa per ogni Casa di Comunità con ambulatori e, orari e giorni di apertura al pubblico.

Gli Ospedali di Comunità sono in costruzione con tempistiche di apertura nel corso del 2026. La Telemedicina si compone di Televisita, Teleconsulto, Teleassistenza, Telemonitoraggio. Per il triennio gli obiettivi sono:

- aumento dei pazienti seguiti anche attraverso la Telemedicina;
- installazione ed utilizzo della piattaforma regionale dedicata.

Il Piano di Sviluppo del Polo Territoriale 2025-2027 coordina non solo la parte territoriale dell'Azienda, ma anche la programmazione a medio termine di ATS, ATSP e terzo settore, coinvolgendo aspetti dal sanitario al sociale passando per il socio-sanitario. Il piano si pone progetti triennali cui allineare anche la presente programmazione: valutazione multidimensionale anche con approccio bio psico sociale e con l'attivazione di n.8 PUA nelle Case di Comunità; continuità assistenziale; telemedicina, percorsi di presa in carico; promozione degli stili di vita sani.

Opere Investimenti, Sistemi Informativi - Le attività in termini di opere sono dedicate sia alle innovazioni introdotte, sia al potenziamento di alcuni settori dell'ospedale, sia al mantenimento/miglioramento di quanto in essere. Per quanto riguarda il parco tecnologico, le attrezzature sanitarie di maggior rilievo, Radiologia e i due Pronto Soccorso verranno potenziati. Infine, anche gli investimenti informatici saranno mirati al miglioramento dell'accoglienza sia sul piano dei pagamenti, sia sulla sicurezza: alcuni reparti e servizi saranno dotati di sistemi informatici per la gestione dei dati sanitari di competenza.

OBIETTIVI ANNUALI

L'ASST della Valcamonica ha il compito di programmare annualmente la propria attività in funzione di bisogni specifici e degli impegni derivanti dal fatto di essere uno dei soggetti facenti parte del SSR, circostanza che fa sì che ASST concorra al conseguimento degli obiettivi della politica sanitaria regionale. Una programmazione efficace si traduce in progetti da implementare e da realizzare in tempi definiti. I progetti che con cadenza annuale o pluriennale vengono messi in campo sono sostanzialmente:

- progetti aziendali;
- progetti, piani, programmi derivanti dalle regole di gestione del SSR, correlati agli Obiettivi Regionali assegnati ai Direttori Generali;
- progetti correlati al mantenimento o incremento della capacità di offerta, nel rispetto del contratto con la ATS.

I documenti di riferimento per l'elaborazione dei progetti per l'anno 2026 sono:

- le Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione per l'anno 2026;
- gli obiettivi del Direttore Generale per l'anno 2026;
- il Contratto ATS 2026;
- il bilancio economico di previsione (BPE) 2026;
- il Piano di Governo dei Tempi di Attesa aziendale;
- gli indicatori di performance e appropriatezza NSG Agenas.

La progettualità per l'anno 2026 si sviluppa nei seguenti ambiti, ritenuti di particolare rilievo per le politiche sanitarie aziendali e regionali:

Obiettivi Strategici - Potenziamento rete territoriale: Rispetto del cronoprogramma di realizzazione delle Case di Comunità e degli Ospedali di Comunità secondo le indicazioni della Direzione Generale Welfare la definizione del cronoprogramma è scandita dalle circolari attuative regionali.

- Piano di ripresa e programmi di screening:
 - Rispetto delle indicazioni e raggiungimento dei target previsti dalla Direzione Generale Welfare in ordine all'attuazione del piano di ripresa, relativamente all'erogazione di prestazioni di ricovero e di specialistica ambulatoriale da parte degli erogatori.
 - Rispetto dei target indicati dalla Direzione Generale Welfare sulle attività di screening, compresa l'adesione al programma regionale di screening per l'eliminazione del virus HCV.
- Liste d'attesa e rispetto del tempo massimo di attesa:
- Ricoveri chirurgici oncologici in classe A: raggiungimento/mantenimento target 90%;
- Ricoveri chirurgici non oncologici (tutte le classi, solo nuovi casi): raggiungimento/ mantenimento target 85%;
- Prestazioni di specialistica ambulatoriale (solo prestazioni di diagnostica per immagini, nuovi casi): raggiungimento/mantenimento target 90%;
- Prestazioni di specialistica ambulatoriale (classe B - 10 gg, solo prime visite): raggiungimento/mantenimento target 90%.
- Investimenti: rispetto dei cronoprogrammi degli interventi finanziati nei programmi di investimento. La progettualità triennale presenta cronoprogrammi con cadenze da rispettare nel corso dell'anno 2026.
- Attività di donazione di organi e tessuti: Rispetto dei target indicati dalla Direzione Generale Welfare in merito alla percentuale di casi di donazione di organi e tessuti sul totale dei decessi.
- Tempi di pagamento: rispetto delle tempistiche previste dalla normativa vigente;
- Trasparenza: Rispetto delle indicazioni relative alla normativa sulla trasparenza.

Obiettivi di performance - Oltre alle Regole di Sistema ed alla declinazione degli obiettivi del Direttore Generale, l'Azienda in continuità ed in ripresa rispetto agli anni precedenti si pone annualmente obiettivi relativi alla corretta ed appropriata allocazione delle risorse:

- Indicatori PNE, Network regioni e outcome, declinati nella tabella sinottica, così come riassorbiti dal Nuovo Ssitema di Garanzia;
- Mantenimento della produzione di ricoveri e di specialistica nel rispetto degli importi contrattualmente predeterminati;
- Contenimento della spesa per beni e servizi e in particolare per dispositivi medici e farmaci secondo indicazioni regionali.

Opere ed investimenti

- Interventi strutturali:
 - finanziamenti per Case di Comunità e Ospedali di Comunità: nel corso dell'anno 2026 è prevista la conclusione dei lavori di ristrutturazione delle Case di Comunità di Darfo Boario Terme, Breno ed Edolo. Si prevede inoltre la conclusione dei lavori di realizzazione dell'Ospedale di Comunità di Esine e dell'Ospedale di Comunità di Edolo;
 - impianto di climatizzazione Ospedale di Edolo: conclusione dei lavori nel corso dell'anno 2026;
 - adeguamento strutturale a seguito verifica di vulnerabilità sismica (Edificio D e Edificio I) Ospedale di

Esine: conclusione dei lavori nel corso dell'anno 2026.

- Opere ed investimenti di riordino della rete ospedaliera con finanziamenti struttura commissariale:
 - stroke unit: fine lavori entro il 30.04.2026;
 - pronto Soccorso ampliamento: fine lavori entro il 30.04.2026.
- Finanziamenti per messa a norma antincendio:
 - sede di Breno: fine lavori nel corso dell'anno 2026;
 - accordo di programma quadro art.20 L.67/88: nuova piastra emergenza urgenza e blocco operatorio

Esine: in attesa di conferma dal Ministero della Salute.

- Finanziamenti regionali:
 - riorganizzazione e potenziamento area Endoscopia presso il Presidio ospedaliero di Esine: avvio lavori entro il 1.7.2026.

Tecnologie -

Mediante i fondi della DGR n.XII/4221/2025 - Allegato 2 Interventi urgenti di natura straordinaria, incremento dei livelli di sicurezza e ammodernamento tecnologico oggetto di istanze in coerenza alle DGR 4385/2021 e 3720/2024 - è programmata l' Installazione di 2 nuove TAC: inizialmente si provvederà a sostituire la TAC presente presso la radiologia di Edolo poi quella del Pronto Soccorso di Esine che sarà dotata di un simulatore necessario per i piani di trattamento di radioterapia.

Mediante i fondi della DGR n. XII/5182/2025 - Allegato 1 Stanziamento di fondi destinati all'acquisizione di apparecchiature elettromedicali o biomediche a bassa e media tecnologia sono previsti diversi acquisti, tra cui:

- Aggiornamento SW per garantire l'integrazione del sistema lettura Holter PA – ECG con i reparti di Medicina, Cardiologia e la rete territoriale;
- Integrazione di un nuovo sistema di illuminazione del campo operatorio di Ortopedia con lampada scialitica e studio delle interferenze del fascio di luce con i caschi operatori;
- Valutazione delle esigenze di esami ecografici per le diverse strutture ospedaliere e territoriali e riorganizzazione e/o acquisto di ecotomografi;
- Implementazione del sistema di allarme remoto per la gestione della linea del freddo e studio di fattibilità anche per le strutture territoriali;
- Verifica possibilità di aggiornamenti software per sistemi che risultano essere vulnerabili in ambito di cybersicurezza e acquisto di licenze necessarie all'integrazione delle apparecchiatura con i sistemi di refertazione digitale.

Sistemi Informativi - La componente di investimento si fonde con l'Agenda Digitale e con il miglioramento delle condizioni di accessibilità ed accoglienza nello specifico:

- Progetto accoglienza: Va completamente rivisto/riprogettato fin dalla fase di analisi della fattibilità a causa del passaggio al nuovo Cup Regionale (riguarda le fasi di prenotazione, accesso, gestione code e pagamenti);
- Sale operatorie: sviluppo nuove funzionalità, integrazione con CCE (in attesa delle specifiche regionali);
- Aumento livelli di Cyber Sicurezza:

- Sistema di gestione delle utenze ad accesso Privilegiato (PAM): si opera di concerto con Regione Lombardia ed ARIA per la realizzazione delle necessarie infrastrutture;
- Completamento delle progettualità PNRR relative alla misura M6 C2 1.1.1;
- Cartella Clinica Elettronica informatizzata Ambulatoriale;
- Anatomia Patologica e Digital Pathology (si opera di concerto con Regione ed Aria che gestisce la specifica Gara d'appalto);
- Centrale di Sterilizzazione ed integrazione con l'applicativo di Sala Operatoria;

Processo di budget - L'Azienda è dotata di un percorso di costruzione del budget, che a partire dagli elementi del presente Piano sviluppa gli obiettivi operativi per tutte le Unità complesse o semplici dipartimentali, oltre agli staff della Direzione.

Per l'anno 2026 il Comitato di Budget concorda sullo sviluppo o per il mantenimento di alcune linee di

obiettivi:

- Mantenimento obiettivi in continuità con l'anno precedente:
 - Polo Ospedaliero: target di produzione secondo contratto, ovvero raggiungimento livelli anno 2025;
 - rispetto dei tempi di attesa per prime visite, diagnostica per immagini, interventi programmati;
 - rispetto del budget beni e Servizi: in particolare spesa farmaceutica e spesa per dispositivi medici;
 - appropriatezza ricoveri e percorsi diagnostico terapeutici;
 - soddisfazione dell'utenza: somministrazione questionari e raggiungimento target gradimento;
 - obiettivi specifici per talune Unità Operative collegati a nuove attività.
- Obiettivi 2026:
 - digitalizzazione e sistemi informativi: reparti e servizi soprattutto sul Polo Ospedaliero saranno coinvolti in numerosi cambiamenti per quanto riguarda il Fascicolo Sanitario Elettronico 2.0, la Cartella Clinica Informatizzata, nuove procedure di sala operatoria per la gestione delle liste di attesa attraverso il COCLA, nuovo software di Pronto Soccorso con raggiungimento della piena operatività a seguito dell'accreditamento degli OBI per adulti, pediatrico ed ostetrico. Saranno individuati i soggetti coinvolti e costruiti percorsi da seguire durante l'anno per formazione e minimizzazione dell'impatto sulle attività;
 - investimenti: anche le opere che coinvolgeranno ristrutturazioni, migliorie, ampliamenti potranno avere riflessi sulla attività offerta. Saranno individuate le Unità Operative e studiato il modo per ridurre anche in questo caso l'impatto sull'offerta, rimodulando eventualmente gli step infrannuali degli obiettivi;
 - Polo Territoriale: le Unità Complesse agiranno in sinergia nell'ottica di sviluppare armonicamente i servizi nelle Case di Comunità ed attraverso la Centrale Operativa Territoriale. Nel corso dell'anno sarà potenziata l'Assistenza Domiciliare Integrata, quale nuovo terminale direttamente offerto e finalizzatore delle attività di accoglienza, presa in carico, valutazione dei bisogni assistenziali e socio assistenziali. L'interno percorso di presa in carico, valutazione ed offerta sia territoriale che domiciliare sarà oggetto di obiettivi specifici;
 - telemedicina: proseguirà l'allargamento delle specialità coinvolte, con incremento dei pazienti raggiunti. Il piano delle performance è la linea guida che verrà utilizzata per la declinazione degli obiettivi. Esso sarà integrato con gli obiettivi di mandato, il Bilancio Economico di Previsione anno 2026, le circolari integrative in corso di anno.

Per perseguire gli obiettivi posti, risulta necessario uno sviluppo sistematico e coordinato delle attività di programmazione e controllo, per supportare gli interventi innovativi o correttivi. Tali attività sono realizzate anche con l'utilizzo di documenti, strumenti e metodi, che costituiscono elemento essenziale, quali:

- il Piano delle Performance che si sviluppa su di un arco triennale declinandovi i principali obiettivi strategici;
- gli obiettivi strategici condivisi con ATS della Montagna;
- il Budget annuale, quale strumento operativo costituito dalle schede di budget con cui si definisce l'attività di programmazione, monitoraggio e verifica dei costi e delle attività delle Unità operative;
- il sistema di Reporting con indicatori puntuali per la Direzione Strategica e per le Unità Operative e il Cruscotto direzionale alimentato attraverso il Controllo di Gestione.

La declinazione degli obiettivi seguirà come di consueto il percorso di budget adottato dall'Azienda.

Obiettivi Strategici - In continuità con l'anno 2025 l'Azienda perseguirà gli obiettivi di produzione sanitaria, sociosanitaria e di investimenti in opere e tecnologie parallelamente a quanto disposto dagli indirizzi regionali e complementarmente ad essi, laddove specifiche esigenze ospedaliere e territoriali lo necessitino. Di seguito gli obiettivi stragtegici, con la loro declinazione e l'individuazione dei referenti.

SINOTTICO DEGLI OBIETTIVI

OBIETTIVO	AZIONE	RESPONSABILITÀ	SCADENZA/TARGET
Volume prestazioni di ricovero	raggiungimento del valore economico previsto nel contratto con ATS	UUOO ospedaliero	>=€34.000.000
Volume prestazioni di specialistica ambulatoriale	raggiungimento del valore economico previsto nel contratto con ATS	UUOO ospedaliero	>=€20.000.000
Spesa per Beni e Servizi	Rispetto della assegnazione regionale	dipartimento amministrativo	<= BPE2026
Razionalizzazione delle risorse	Spesa effettiva beni e servizi effettuati attraverso procedure centralizzate/aggregate.	dipartimento amministrativo	'>=65%
Produzione e liste di attesa	Rispetto del tempo massimo per ricoveri chirurgici programmati: - oncologici classe A; - non oncologici	UUOO ospedaliero	'>=90%
Produzione e liste di attesa: efficientamento della programmazione delle agende	Specialistica ambulatoriale PNGLA: - Prime visite; - diagnostica per immagini; - esami strumentali	UUOO ospedaliero	'>=90%
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 sul totale dei pazienti di competenza della ASST pari ad almeno 15%. Flusso di pazienti con PAI attivo attraverso GPC	Distretto	>=15%
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 ospedaliero	Blocco: >=98%; Erogato: >=80%
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 ospedaliero	>=90%
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
Prevenzione: test HCV	Numeratore: Numero totale di residenti sottoposti allo screening per l'HCV; Denominatore: Popolazione	Direzione medica; UUOO individuate	>=50% media RL

	totale dei residenti		
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%
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%;
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 avvio progetto Microbio 2.0 entro febbraio 2026
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%
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%
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	'- 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
	'- 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
	- H04Z: DRG ad alto rischio inappropriatezza. Target <0,15 o < anno precedente;	UUOO ospedaliere degenza	fascia verde; Miglioramento anno precedente
	'- H05Z: colecistectomie laparoscopiche con degenza post operatoria<3 gg. Target >=90% o > anno prec.	Chirurgia	fascia verde; Miglioramento anno precedente

	H09Za Donatori di organi in morte encefalica	COP	fascia verde; Miglioramento anno precedente	
	'- H13C: pz over 65 con frattura femore operati entro 48 ore. Target >=80% o > anno precedente	Ortopedia	fascia verde; Miglioramento anno precedente	
	H17C Percentuale parti cesarei primari in maternità di I livello o comunque con <1.000 parti	Ginecologia	fascia verde; Miglioramento anno precedente	
	H23C Mortalità a 30 giorni dal primo ricovero per ictus ischemico	Neurologia	fascia verde; Miglioramento anno precedente	
	PDTA03 B Percentuale di pazienti con diagnosi di scompenso cardiaco che aderiscono al trattamento farmacologico con beta-bloccanti	Cardiologia	fascia verde; Miglioramento anno precedente	
	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 Proporzione 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)	Cardiologia	fascia verde; Miglioramento anno precedente
	D02C Proporzione di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi (Major Adverse Cardiac and Cerebrovascular event - MACCE) entro 12 mesi da un episodio di ictus ischemico	Neurologia	fascia verde; Miglioramento anno precedente	
	D03C Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età adulta (\geq 18 anni) per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, BPCO e scompenso cardiaco	Medicina; Pneumologia; Cardiologia	fascia verde; Miglioramento anno precedente	
	D04C Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età pediatrica (<18 anni) per asma e gastroenterite	Pediatria	fascia verde; Miglioramento anno precedente	
	D09Z Intervallo Allarme-	DEA	fascia verde;	

	Target dei mezzi di soccorso		Miglioramento anno precedente
	D10Z Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B	UUOO ospedaliero	fascia verde; Miglioramento anno precedente
	D14C Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antibiotici	Farmacia;	fascia verde; Miglioramento anno precedente
	D27C Percentuale di ricoveri tra 8 e 30 giorni in psichiatria	DSMD	fascia verde; Miglioramento anno precedente
	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
	PDTA03(B) Percentuale di pazienti con diagnosi di scompenso cardiaco che aderiscono al trattamento farmacologico con beta-bloccanti	Cardiologia	fascia verde; Miglioramento anno precedente
Tempi di pagamento	Rispetto delle tempistiche previste dalla normativa vigente	dipartimento amministrativo	'30/60 giorni
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
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 Anticorruzione; UUOO individuate	Trasmissione relazione che quantifichi, secondo i parametri dell'indicatore, l'attuazione del piano a livello aziendale
-Customer satisfaction	% dei giudizi positivi nelle rilevazioni di customer ambulatoriali	UUOO ospedaliero	>= 90%

-Customer satisfaction	% dei giudizi positivi nelle rilevazioni di customer degenza	UUOO ospedaliere	>= 90%
Copertura fabbisogni del personale	Organico in servizio / organico da fabbisogno nell'anno di rilevazione	Risorse Umane	Rilevazione personale in ciascun trimestre
Incidenza ore di formazione	N. ore di formazione sul campo/totale ore di formazione x 100	Formazione	>= 20%
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%
Attivazione OdC	Termine lavori di costruzione Ospedali di Comunità. Operatività	Distretto	31.12.2026
Sorveglianza Domiciliare	Aumento della copertura assistenziale, riduzione delle ospedalizzazioni, implementazione. Raggiungimento dei target PNRR sulla presa in carico over 65	Distretto	secondo target PNRR
Percorsi di integrazione territoriale con Cure Primarie	evoluzione della continuità assistenziale	Distretto; Cure Primarie	31.12.2026
	psicologo di base: piena operatività nelle CdC	Distretto; Cure Primarie	31.12.2026
PDTA pazienti cronici	integrazione MMG/Specialisti/servizi territoriali. Emissione protocollo	Distretto; Cure Primarie	31.12.2026
Consultorio: prevenzione maschile	Raccolta informazioni, attività di sensibilizzazione rispetto al tema della prevenzione maschile in adolescenza	Consultori	31.12.2026
Dipendenze	Incremento prestazioni nelle Case di Comunità rispetto al 2025	Serd	Ponte di Legno: >=100%; Pisogne: >=100%
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	>= 2000 pz
Presa in carico: paziente diabetico	aumento tipologie di pazienti presi in carico da MMG senza ricorso a cure ambulatoriali specialistiche	Diabetologia	31/12/2026

Presa in carico: Centro Diurno NPI	Piena operatività	NPIA	Rispetto budget contrattuale €278.000
Interventi Strutturali	Finanziamenti per Case di Comunità di Darfo Boario Terme, Breno e Edolo.	Tecnico Patrimoniale	SAL al 100%
Interventi Strutturali	Finanziamenti per Ospedale di Comunità di Esine	Tecnico Patrimoniale	SAL al 100%
Interventi Strutturali	Finanziamenti per Ospedale di Comunità di Edolo	Tecnico Patrimoniale	SAL al 100%
Interventi Strutturali	Impianto di climatizzazione Ospedale di Edolo	Tecnico Patrimoniale	SAL al 100%
Interventi Strutturali	Adeguamento strutturale a seguito verifica di vulnerabilità sismica (Edificio D e Edificio I) Ospedale di Esine	Tecnico Patrimoniale	SAL al 100%
Opere e investimenti di riordino della rete ospedaliera con finanziamenti struttura commissariale	Stroke unit	Tecnico Patrimoniale	fine lavori entro il 30.04.2026
Finanziamenti struttura commissariale	Pronto Soccorso ampliamento: in attesa di approvazione rimodulazione dal Ministero	Tecnico Patrimoniale	fine lavori entro il 30.04.2026
Finanziamenti per messa a norma antincendio	Sede di Breno	Tecnico Patrimoniale	SAL al 100%
Accordo di programma quadro art.20 L.67/88	Nuova piastra emergenza urgenza e blocco operatorio Esine	Tecnico Patrimoniale	in attesa di conferma dal Ministero della Salute
Finanziamenti regionali	Riorganizzazione e potenziamento area Endoscopica presso il Presidio Ospedaliero di Esine	Tecnico Patrimoniale	avvio lavori entro il 01.07.2026
Tecnologie	Interventi urgenti di natura straordinaria, incremento dei livelli di sicurezza e ammodernamento tecnologico oggetto di istanze in coerenza alle D.G.R. 4385/2021 e 3720/2024 (mediante i fondi della DGR n. XII/4221/2025 – Allegato 2) è programmata l'installazione di 2 nuove TAC. Inizialmente si provvederà a sostituire la TAC presente presso la radiologia di Edolo poi quella del Pronto Soccorso di Esine che sarà	Ingegneria Clinica	entro il 31.12.2026

	dotata di un simulatore necessario per i piani di trattamento di radioterapia.		
Tecnologie	<p>Stanziamento di fondi destinati all'acquisizione di apparecchiature elettromedicali o biomediche a bassa e media tecnologia (mediante i fondi della DGR n. XII/5182/2025 – Allegato 1) sono previsti diversi acquisti, tra cui:</p> <ul style="list-style-type: none"> -aggiornamento SW per garantire l'integrazione del sistema lettura Holter PA – ECG con i reparti di Medicina, Cardiologia e la rete territoriale; - integrazione di un nuovo sistema di illuminazione del campo operatorio di Ortopedia con lampada scialitica e studio delle interferenze del fascio di luce con i caschi operatori; -valutazione delle esigenze di esami ecografici per le diverse strutture ospedaliere e territoriali e riorganizzazione e/o acquisto di ecotomografi; -implementazione del sistema di allarme remoto per la gestione della linea del freddo e studio di fattibilità anche per le strutture territoriali; -verifica possibilità di aggiornamenti software per sistemi che risultano essere vulnerabili in ambito di cybersicurezza e acquisto di licenze necessarie all'integrazione delle apparecchiatura con i sistemi di refertazione digitale. 	Ingegneria Clinica	entro il 31.12.2026
Sistemi informativi	Progetto accoglienza: riguarda le fasi di riprogettazione e realizzazione dei processi di prenotazione, accesso, gestione code e pagamenti	Sistemi Informativi	Rispetto cronoprogramma ovvero 31.12.2026
Sistemi informativi	Sale operatorie: sviluppo nuove funzionalità, integrazione con CCE (in attesa delle specifiche	Sistemi Informativi	Rispetto cronoprogramma ovvero 31.12.2026

	regionali)		
Sistemi informativi	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;	Sistemi Informativi	Rispetto cronoprogramma ovvero 31.12.2026
Sistemi informativi	Completamento delle progettualità PNRR relative alla misura M6 C2 1.1.1: 1) Cartella Clinica Elettronica informatizzata Ambulatoriale; 2) Anatomia Patologica e Digital Pathology (si opera di concerto con Regione ed Aria che gestisce la specifica Gara d'appalto); 3) Centrale di Sterilizzazione ed integrazione con l'applicativo di Sala Operatoria.;	Sistemi Informativi	Rispetto cronoprogramma ovvero 31.12.2026

SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE: RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA

La presente sottosezione, relativa alla prevenzione della corruzione e della trasparenza, identifica, previa analisi del contesto esterno e di quello interno, le misure organizzative volte a contenere il rischio corruttivo ossia, nell'accezione fornita dalla normativa nazionale, il rischio di assunzione di decisioni non imparziali/in condizioni di conflitto di interesse all'interno dell'ASST della Valcamonica.

La sottosezione rappresenta quindi il documento in cui sono illustrate le strategie di prevenzione del rischio corruttivo e le politiche di trasparenza che l'ASST della Valcamonica intende adottare nel periodo 2026-2028, in continuità e aggiornamento con quanto già previsto per il triennio 2025-2027. Ciò, nel presupposto, più volte ribadito dall'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC), che la prevenzione della corruzione e la trasparenza amministrativa rappresentino uno strumento fondamentale per la realizzazione della missione istituzionale dell'Azienda e, contemporaneamente, una leva essenziale per la creazione e protezione del valore pubblico.

L'ASST della Valcamonica, in continuità con i precedenti Piani, con la sottosezione rischi corruttivi e trasparenza PIAO 2026-2028 si pone, in particolare, i seguenti obiettivi strategici:

- ridurre le opportunità che si manifestino casi di corruzione;
- aumentare le capacità di scoprire casi di corruzione;
- creare un contesto sfavorevole alla corruzione.

La realizzazione di quanto sopra prefissato e, più in generale, l'efficacia del sistema di prevenzione della corruzione pensato dall'Azienda dipende in gran parte dal reale coinvolgimento di tutti coloro che operano nel processo di gestione del rischio (dirigenza, personale non dirigente e organi di amministrazione, valutazione e controllo). Di conseguenza si reputa necessario sviluppare, a tutti i livelli organizzativi, una responsabilizzazione diffusa e una cultura consapevole dell'importanza del processo di gestione del rischio e delle correlate responsabilità. Serve, inoltre, il forte coinvolgimento dei responsabili di processo per incrementare l'integrazione tra la sottosezione rischi corruttivi e trasparenza del PIAO e obiettivi di performance, e per sviluppare l'integrazione con gli altri strumenti di programmazione e controllo aziendali.

Processo di adozione della sottosezione rischi corruttivi e trasparenza - La presente sottosezione del PIAO è stata predisposta dal Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT), in conformità alla L. n.190/2012, al DL n.80/2021 e al DM n.132/2022, nonché secondo le indicazioni fornite da ANAC, da ultimo con il Piano Nazionale Anticorruzione (PNA) 2025 e con il documento "Indicazioni per la definizione della sottosezione Rischi corruttivi e trasparenza" del 23 luglio 2025.

L'aggiornamento della sottosezione rischi corruttivi e trasparenza per il triennio 2026-2028 dell'ASST della Valcamonica è stato condotto in base alle risultanze del monitoraggio del precedente periodo di validità del Piano (2025-2027) ed in funzione degli obiettivi sopra riportati.

Per l'aggiornamento relativo all'anno 2026, nel corso del 2025 è stato avviato, in occasione dei monitoraggi semestrali sull'applicazione delle misure di prevenzione della corruzione, un processo di riesame al fine di rendere la gestione dell'intero processo di rischio sempre più adeguato e completo, nonché coerente con l'attuale assetto organizzativo e istituzionale e aggiornato rispetto alle novità normative emerse. In particolare, considerando che l'attuazione dell'ultima riforma socio-sanitaria ha cambiato gli assetti organizzativi interni ed esterni all'Azienda, si ritiene che l'attività di adeguamento del sistema di prevenzione della corruzione e della trasparenza potrà completarsi nell'arco del triennio 2026-2028. Per ricondurre queste azioni nell'ambito dell'attività ordinaria, le stesse vengono configurate quali obiettivi di performance dei Dirigenti, attuando così l'integrazione della sottosezione rischi corruttivi e trasparenza del PIAO coi processi di budget e di gestione delle performance, necessaria per porre condizioni di sostenibilità organizzativa della strategia aziendale di prevenzione della corruzione adottata.

Focus del contesto esterno in ambito rischi corruttivi e trasparenza - La conoscenza delle caratteristiche strutturali e congiunturali del territorio nel quale opera l'ASST della Valcamonica è utile per meglio orientare le decisioni sulle misure da adottare per la prevenzione del rischio corruttivo. In particolare, l'analisi del contesto esterno (territorio, demografia, società, economia, mercato del lavoro, criminalità, etc.) ha come duplice obiettivo quello di evidenziare come le caratteristiche strutturali e congiunturali dell'ambiente nel quale l'ASST si trova ad operare possano favorire, o viceversa ostacolare, il verificarsi di fenomeni corruttivi e, al tempo stesso, condizionare la valutazione del rischio corruttivo e il monitoraggio dell'idoneità delle misure di prevenzione.

L'analisi dello stato dell'ordine e della sicurezza pubblica si basa sugli approfondimenti e sulle informazioni contenute nella "Relazione sull'attività svolta e sui risultati conseguiti dalla Direzione investigativa antimafia (DIA) - anno 2024". Gli elementi investigativi della DIA confermano la presenza nel tessuto lombardo - hub cruciale per l'economia nazionale - di organizzazioni criminali mafiose che ben hanno saputo radicarsi e proliferare, adottando modelli operativi improntati al consolidamento di un'economia criminale fluida e redditizia. L'abilità delle mafie di intessere relazioni collusive con esponenti della politica e della pubblica amministrazione rappresenta un ulteriore elemento di criticità che compromette l'integrità delle istituzioni e mina alla libera concorrenza economica, a fronte dell'illecita acquisizione di appalti pubblici, finanziamenti statali e assunzioni clientelari. La criminalità straniera, dal canto suo, continua a operare nel traffico di stupefacenti, nello sfruttamento della prostituzione e nell'immigrazione clandestina. Per un approfondita analisi circa l'attività svolta dalla DIA nel territorio bresciano e dei relativi esiti, si rimanda alla Relazione.

In tema sicurezza, la provincia di Brescia ha fatto registrare nel corso degli anni una riduzione del numero di denunce di delitti, come risulta, anche per il 2024, dall'indice della criminalità sulla qualità della vita elaborato dal "Sole 24 Ore" su dati Istat e Ministero dell'Interno. La provincia di Brescia nel report si colloca per il 2025 al 40esimo posto con 3.493, 5 denunce ogni 100mila abitanti (un totale di 44.232 denunce totali), scendendo di fatto di ben sei posizioni rispetto all'anno precedente quando si collocava al 34esimo posto. Tali dati, relativi alla provincia nel suo complesso, non fanno separata menzione di particolari situazioni o circostanze attinenti l'ordine, la sicurezza pubblica e la criminalità organizzata proprie e peculiari dei territori della Valle Camonica. Nell'elenco delle principali operazioni di polizia si fa menzione di interventi in materia di contrasto di reati connessi principalmente alle sostanze stupefacenti. Per quanto attiene nello specifico all'economia della Valle Camonica, questa è caratterizzata dalla presenza di circa 6.000 imprese. Dopo la forte contrazione occupazionale avvenuta nel primo decennio degli anni 2000 la situazione impiegatizia resta fluttuante segnando attorno ai valori occupazionali del 2006.

La media e bassa Valle è caratterizzata da una consistente presenza di piccole, medie industrie, votate principalmente all'attività di metalmeccanica e forgiatura, di recupero dei metalli ferrosi e non attraverso impianti di fusione secondaria (siderurgia, fonderia).

Sono inoltre rappresentate le problematiche ambientali tipiche delle cittadine di media grandezza, (traffico e riscaldamento, in Valle soprattutto è in uso la combustione da legna, nonché impianti siderurgici, di stoccaggio provvisorio di rifiuti urbani ed industriali e di attività estrattiva).

Negli ultimi anni si è assistito alla progressiva crisi di settori produttivi, siderurgia e tessile, che avevano rappresentato importanti punti di forza anche dal punto di vista occupazionale e un processo di diffusa esternalizzazione delle attività di trasformazione nei settori del confezionamento e dell'abbigliamento.

Rimane sempre presente una spiccata vocazione turistica che rappresenta una quota consistente del reddito della popolazione ivi residente.

La distanza della Valle nel suo complesso dai maggiori centri, aggiunta alla carenza di infrastrutture per la mobilità, ha pesato e pesa sullo sviluppo del sistema produttivo locale e comporta numerosi spostamenti dei lavoratori e delle imprese della Valle con ricadute sullo stile di vita e sui rischi determinati dal traffico veicolare (incidenti stradali, infortuni in itinere, inquinamento da traffico).

Queste criticità riguardano maggiormente i Comuni delle convalli o di media quota in quanto i Comuni di alta quota con attività turistiche, oppure quelli di fondo valle con un tessuto vitale di imprese produttive, presentano minori problemi.

Con riferimento alle funzioni erogative svolte istituzionalmente dall'ASST della Valcamonica, l'Azienda opera in un contesto sostanzialmente monopolistico, non essendovi altri operatori sanitari privati contrattualizzati che erogano prestazioni di ricovero e cura. Ciò, esclude la sussistenza di situazioni di potenziale attività concorrenziale tra l'erogatore pubblico (ASST e i suoi Presidi) e operatori privati, con le problematiche che in materia di prevenzione della corruzione comporta. Al contempo, tale unicità genera una domanda di prestazioni unidirezionalmente indirizzata con effetti in tema di liste di attesa e di esercizio dell'attività libero professionale da parte del personale sanitario.

L'Azienda quale unico riferimento per il territorio camuno è altresì motivo dell'instaurazione di rapporti di collaborazione in ambito sanitario con altre aziende del Servizio Sanitario Regionale.

Focus del contesto interno in ambito rischi corruttivi e trasparenza e mappatura dei processi - La mappatura dei processi costituisce l'aspetto centrale e più importante dell'analisi del contesto interno. La mappatura consiste nell'individuazione e analisi dei processi organizzativi dell'Azienda ed è strumentale all'identificazione, alla valutazione ed al trattamento dei rischi corruttivi. L'obiettivo è che l'intera attività svolta dall'Azienda venga gradualmente esaminata al fine di identificare aree che, in ragione della natura e delle peculiarità dell'attività stessa, risultino potenzialmente esposte a rischi corruttivi.

La mappatura dei processi per il triennio 2026 - 2028, predisposta in conformità alle indicazioni dei PNA (2016, 2019, 2022, 2025) ed in continuità con i principi applicati nei precedenti Piani, tiene conto delle aree a rischio generali e delle aree a rischio specifiche per il gli enti del settore sanitario e dell'assetto organizzativo attuale dell'ASST.

Di seguito si riportano le aree a maggior rischio corruttivo:

AREE GENERALI

- Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario;
- Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto e immediato per il destinatario;
- Contratti pubblici;
- Acquisizione e gestione del personale;
- Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio;
- Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni;
- Incarichi e nomine;
- Affari legali e contenziosi.

AREE SPECIFICHE PER LE AZIENDE E GLI ENTI DEL SSN

- Attività libero professionali;
- Liste di attesa.

- Rapporti contrattuali con privati accreditati;
- Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni;
- Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero.

Nell'anno 2024 è stata svolta dal Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, unitamente ad altre professionalità aziendali ritenute dallo stesso competenti, la revisione dell'intero percorso di analisi valutazione e trattamento dei rischi nell'area "Attività libero professionale e liste di attesa" che ha portato all'approvazione, con decreto del Direttore Generale n. 687 del 14.11.2024, dell'aggiornamento infrannuale del Piano triennale di prevenzione della corruzione e della trasparenza (PTPCT) 2024-2026 dell'ASST della Valcamonica - Sottosezione rischi corruttivi e trasparenza PIAO e ciò al fine di assicurare un aggiornato presidio a contrasto dei fenomeni di mal administration.

L'esito di quanto sopra ha visto l'introduzione, nella tabella di mappatura dei rischi anticorruzione, nell'area di rischio denominata "attività libero professionale", di ulteriori cinque rischi specifici, di due nuovi rischi specifici nell'area di rischio denominata "contratti pubblici" ed a seguito della conversione del D.L. n. 73 del 07.06.2024 recante "Misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie", avvenuta con L. n. 107 del 29.07.2024, all'inserimento di un ulteriore nuovo rischio specifico nell'area di rischio denominata "attività libero professionale".

Valutazione del rischio - La valutazione del rischio è la macro-fase del processo di gestione del rischio in cui lo stesso viene identificato, analizzato e confrontato con gli altri rischi al fine di individuare le priorità di intervento e le possibili misure correttive/preventive. La valutazione del rischio si articola nelle fasi di identificazione, analisi e ponderazione.

Tale fase, oltre a rispondere agli indirizzi del PNA 2019, 2022 e 2025, è stata effettuata in continuità con il PTPCT 2025-2027 - Sottosezione rischi corruttivi e trasparenza PIAO, in una logica di miglioramento progressivo.

In linea con gli orientamenti in tema di semplificazione dei documenti programmati, emanati dall'ANAC con il PNA 2019 e da ultimo con il PNA 2025 si rinvia alla corrispondente sezione del PTPCT 2026-2028, in quanto integralmente applicabile.

Individuazione di misure per il trattamento del rischio - La fase di trattamento del rischio, condotta dopo le attività propedeutiche dell'analisi del contesto e della valutazione del rischio, è finalizzata all'individuazione delle misure idonee a prevenire il rischio corruttivo cui l'Azienda è esposta, in osservanza del principio di sostenibilità economica e organizzativa e alla programmazione della loro attuazione.

Tutte le misure di prevenzione degli eventi corruttivi, descritte all'interno della mappatura dei processi, in corrispondenza del relativo processo, sono misure specifiche in quanto dirette ad eliminare i fattori abilitanti individuati nella fase di analisi del rischio, anche quando per natura si tratta di misure generali, ossia di misure che intervengono in maniera trasversale sull'intera amministrazione, caratterizzandosi per la loro incidenza sul sistema complessivo della prevenzione della corruzione.

All'interno della mappatura, sono altresì programmate le modalità per l'attuazione delle misure, partendo dall'identificazione dei soggetti responsabili della relativa applicazione e dalla definizione dei tempi di attuazione, sulla base di precisi indicatori di monitoraggio.

La necessità di revisionare, progettare ed eventualmente introdurre nuove e ulteriori misure potrà essere valutata solo all'esito del monitoraggio delle misure già introdotte, monitoraggio che l'ASST della Valcamonica ritiene di rafforzare nel corso dell'anno, con una maggiore responsabilizzazione dei soggetti coinvolti, atteso il suo ruolo determinante nel ciclo di gestione della prevenzione della corruzione.

In proposito, inoltre, al fine di garantire in Azienda, nell'ambito dell'attività di prevenzione della corruzione, forme strutturate di controlli da svolgersi in maniera coordinata, nel 2024 con decreto del Direttore Generale n. 118 del 29.02.2024 è stato istituito il Comitato di Coordinamento dei Controlli. Con decreto n. 38 del 30.01.2025 è stato approvato il primo Piano di Azione Integrata dei Controlli relativo all'anno 2025. In applicazione di quanto programmato, nel corso dell'anno sono stati regolarmente attuati i controlli pianificati, tutti con esito positivo.

La fase di consultazione e comunicazione

Nell'intento di favorire il più ampio coinvolgimento dei soggetti interessati e nella consapevolezza che ogni contributo può aiutare a migliorare e rendere più efficace l'azione di prevenzione dei fenomeni di corruzione, la sezione Rischi corruttivi e Trasparenza del PIAO 2025-2027 è stata posta in consultazione pubblica, mediante avviso pubblicato all'albo online dell'Azienda e nella rete intranet aziendale, a decorrere dal 19.11.2025 e fino al 19.12.2025, al fine di ricevere suggerimenti o proposte migliorative per l'aggiornamento del Piano triennio 2026-2028.

Trasparenza - La trasparenza costituisce presupposto per realizzare una buona amministrazione ma anche fondamentale misura di prevenzione della corruzione, come la stessa Corte Costituzionale ha evidenziato nella sentenza n. 20/2019, laddove qualifica la trasparenza come "principio-argine alla diffusione di fenomeni di corruzione".

Come evidenziato da ANAC nel PNA 2022 e nel PNA 2025 la programmazione della trasparenza concorre anch'essa alla protezione e alla creazione del valore pubblico, perno attorno al quale ruota tutta la struttura del PIAO, in quanto favorisce la più ampia conoscibilità dell'organizzazione e delle attività che ogni amministrazione o ente realizza in favore della comunità di riferimento, degli utenti e dei vari portati di interessi.

Il pieno rispetto degli obblighi di trasparenza, oltre che costituire livello essenziale delle prestazioni erogate, rappresenta un valido strumento di diffusione e affermazione della cultura della legalità, nonché di prevenzione e di lotta a fenomeni corruttivi.

Attraverso la pubblicazione on line dei dati, dei documenti e delle informazioni previste dalla normativa vigente e tramite l'istituto dell'accesso civico c.d. generalizzato, l'ASST della Valcamonica offre inoltre a tutti i cittadini un'effettiva opportunità di partecipazione e coinvolgimento. In quest'ottica, la disciplina della trasparenza costituisce una forma di garanzia del cittadino, in qualità sia di destinatario delle attività delle Pubbliche Amministrazioni, sia di utente dei servizi pubblici.

La concreta declinazione degli obblighi di pubblicazione è riportata in apposito elenco in formato tabellare, che indica, come richiesto da ANAC nel PNA 2022 e confermato nel PNA 2025, per ogni singolo obbligo: il soggetto responsabile dell'elaborazione, della trasmissione e della pubblicazione dei dati; il termine di aggiornamento e di scadenza per la pubblicazione; il soggetto responsabile del monitoraggio sull'attuazione degli obblighi e le relative tempistiche.

Con il PNA 2025, ANAC, ha fornito ulteriori chiarimenti sulle corrette modalità di implementazione della sezione Amministrazione Trasparente, ribadendo, tra l'altro, che l'accesso alla sezione deve essere libero e non condizionato a registrazioni/autenticazioni/identificazioni; i contenuti devono rispondere ai criteri di qualità previsti dall'art. 6 del D.Lgs n.33/2013 (integrità, costante aggiornamento, completezza, tempestività, semplicità di consultazione, comprensibilità, omogeneità, facile accessibilità e in particolare formato aperto, conformità ai documenti originali, riutilizzabilità e riusabilità del dato) e devono essere accessibili anche utilizzando motori di ricerca web.

La tabella degli obblighi è stata adeguata alle indicazioni fornite da ANAC inizialmente con il PNA 2022 e successivamente con delibere n.261, 264 e 601 del 2023 nonché con l'aggiornamento 2023 al PNA 2022, in riferimento ai nuovi obblighi di pubblicazione in materia di contratti pubblici.

Nel corso del 2025, la sezione e l'organizzazione dei contenuti pubblicati in Amministrazione Trasparente riguardanti l'utilizzo delle risorse pubbliche (art. 4-bis d.lgs. n. 33/2013), l'organizzazione (art. 13 d.lgs. n. 33/2013) e i controlli su attività e organizzazione (art. 31 d.lgs. n. 33/2013) sono stati, inoltre, adeguati alle nuove indicazioni ANAC di cui alla delibera n.495 del 25.9.2024.

Al fine di garantire la corretta attuazione degli obblighi trasparenza, vengono altresì integralmente richiamate e recepite le raccomandazioni contenute nel documento "Istruzioni operative per una corretta attuazione degli obblighi di pubblicazione ex d.lgs. 33/2013" approvato da ANAC con la citata delibera n. 495/2024. Elemento di novità è rappresentato dall'introduzione della procedura di validazione dei contenuti, presupposto necessario per la pubblicazione dei dati in quanto propedeutica alla loro diffusione. Lo scopo principale della validazione dei dati è quello di assicurare un certo livello di qualità dei dati stessi mediante una sistematica attività di verifica che ne precede la diffusione. A tal fine, il dirigente responsabile dell'Ufficio/Struttura competente alla pubblicazione viene individuato quale soggetto responsabile della validazione dei dati. Ai fini della validazione, in attesa di eventuali ulteriori

chiarimenti da parte di ANAC, si ritiene che la pubblicazione costituisca validazione da parte del responsabile del procedimento. Nel caso dei contenuti per i quali la pubblicazione del contenuto avviene da parte di struttura diversa da quella titolare del dato ma su richiesta di quest'ultima, è necessario che in tale ultima richiesta venga riportata l'attestazione circa la validazione dei documenti da pubblicare. Ad ogni buon conto, in occasione dei monitoraggi semestrali, verrà richiesto ai dirigenti responsabili delle articolazioni aziendali competenti alla pubblicazione, di attestare l'avvenuta validazione dei contenuti.

La tabella degli obblighi di pubblicazione costituisce un valido strumento di programmazione per l'anno 2026 sia per i responsabili dei diversi adempimenti (elaborazione, trasmissione e pubblicazione) che dei responsabili del monitoraggio (di primo e secondo livello) e contribuisce a garantire maggiore regolarità e tempestività dei "flussi informativi" oggetto di pubblicità.

Anche in tale ambito, in linea con quanto previsto dal PNA 2022 e dal PNA 2025, l'ASST intende consolidare le azioni avviate, attraverso un controllo continuo sui contenuti delle sotto sezioni dell'Amministrazione Trasparente, per verificare la completezza, la chiarezza e l'aggiornamento dei documenti, delle informazioni e dei dati pubblicati, l'assenza di filtri e/o soluzioni tecniche che impediscono ai motori di ricerca web di indicizzare ed effettuare ricerche (salvo le ipotesi consentite dalla normativa vigente) oltre che per accertare che la pubblicazione dei dati avvenga in "formato aperto" e che gli stessi possano essere riutilizzabili come previsto dal D.Lgs. 14 marzo 2013 n. 33.

Sarà, quindi, richiesto nell'anno 2026, come per gli anni scorsi, ai soggetti responsabili dell'elaborazione, trasmissione e pubblicazione dei dati l'invio semestrale al Responsabile della prevenzione della corruzione e trasparenza dell'esito del monitoraggio che attesti il puntuale rispetto degli obblighi in materia di trasparenza secondo le indicazioni che saranno fornite dallo stesso RPCT.

Particolare attenzione è prestata dall'ASST della Valcamonica altresì al tema del diritto di accesso documentale (previsto dalla L. 7 agosto 1990 n. 241), civico e civico generalizzato (disciplinati, rispettivamente, dall'art. 5, comma 1 e comma 2, del D.Lgs. 14 marzo 2013 n. 33).

Monitoraggio Rischi corruttivi e trasparenza

Il monitoraggio è un'attività fondamentale e continuativa di verifica dell'attuazione e dell'idoneità delle singole misure di trattamento del rischio adottate dall'ASST della Valcamonica. Le risultanze del monitoraggio costituiscono la base di partenza per effettuare il riesame periodico della funzionalità complessiva del "sistema di gestione del rischio", costituendo il presupposto per la definizione della successiva sottosezione rischi corruttivi e trasparenza. Ciò, secondo una logica sequenziale e ciclica che favorisce il continuo miglioramento del processo di gestione del rischio. Per tale motivo, annualmente, in sede di redazione della sottosezione in argomento, occorre tener conto e ripartire dalle risultanze del ciclo precedente ed utilizzare l'esperienza acquisita per apportare i necessari ed opportuni aggiustamenti alla strategia di prevenzione adottata.

La responsabilità del monitoraggio è del RPCT. Tuttavia in considerazione delle grandi dimensioni e dell'elevato livello di complessità presso l'ASST della Valcamonica è previsto un sistema di monitoraggio su più livelli, in cui il primo è in capo alla struttura organizzativa che è chiamata ad adottare le misure, il secondo livello in capo al RPCT ed il terzo all'attività svolta dall'Internal Auditing. L'avvenuta attivazione del Comitato di Coordinamento dei Controlli potrà contribuire ad integrare le competenze presenti in Azienda e di evitare duplicazioni di attività ed appesantimenti dell'attività lavorativa e di reporting posta in capo alle unità operative aziendali.

Ai fini del monitoraggio in oggetto, i responsabili dei processi e i responsabili della pubblicazione come individuati nella mappatura dei processi e nell'elenco degli obblighi di pubblicazione, semestralmente, entro la scadenza indicata, devono trasmettere al RPCT una dichiarazione che dia evidenza concreta dell'attuazione delle misure di prevenzione e dell'avvenuta pubblicazione degli atti, documenti e informazioni di competenza.

I responsabili della pubblicazione e dei processi effettuano, quindi, una "autovalutazione" in ordine all'effettivo adempimento degli obblighi di rispettiva competenza mentre il RPCT procede a un controllo successivo, anche a campione, dell'effettivo livello di completezza e aggiornamento dei dati, e della congruenza di quanto dichiarato nell'autovalutazione dai responsabili. In particolare, il RPCT verifica la veridicità delle informazioni rese in autovalutazione, controlla gli indicatori previsti per l'attuazione delle misure di prevenzione, richiede documenti e informazioni idonei a dimostrare l'effettiva azione svolta,

organizza incontri finalizzati coi diversi responsabili.

Il monitoraggio si estende agli eventuali controlli mirati disposti dal RPCT a seguito di richieste di accesso civico e/o di reclami presentati all'Azienda da soggetti terzi, anche per il tramite dell'URP. Qualora l'attività di controllo rilevi gravi inadempienze in materia di obblighi di pubblicazione previsti dalla legge, il RPCT trasmette gli atti alla Direzione Generale, al Nucleo di Valutazione e all'UPD.

Su un piano più complessivo, invece, spettano al NVP compiti di approvazione e attestazione dell'assolvimento degli obblighi di trasparenza, di supporto per la valutazione del rischio e per la redazione del PIAO.

L'attività dell'RPCT è rendicontata al Direttore Generale con apposita relazione semestrale. L'RPCT inoltre pubblica la propria relazione circa l'attività svolta nell'anno di riferimento, sul sito internet aziendale, nel rispetto delle indicazioni e della scadenza stabilita da ANAC.

Per l'anno 2026 si conferma il termine entro cui i responsabili di processo e di pubblicazione devono trasmettere la propria autovalutazione al RPCT, mantenendo le scadenze del 31 maggio e del 30 novembre come lo scorso anno, in quanto ciò permette di intervenire con azioni correttive per una migliore attuazione della sottosezione.

Attività diversa ma strettamente collegata al monitoraggio è l'attività di riesame periodico volta a valutare il funzionamento del sistema di prevenzione della corruzione nel suo complesso, in una prospettiva più ampia. Ciò allo scopo anche di considerare eventuali ulteriori elementi che possano incidere sulla strategia di prevenzione della corruzione e ad indurre a modificare il sistema di gestione del rischio per migliorare i presidi adottati. I risultati dell'attività di monitoraggio sono, in ogni caso, utilizzati per effettuare il riesame.

Tale attività è coordinata dal RPCT e vede il contributo dell'NVP, del Collegio Sindacale, delle funzioni aziendali preposte ai controlli di terzo livello (internal audit) ma anche e soprattutto dai dirigenti che sono maggiormente coinvolti nell'attuazione della sottosezione rischi corruttivi e trasparenza del PIAO per supportare la programmazione delle misure di prevenzione della corruzione.

Proprio sulla base del rafforzamento del monitoraggio delle misure e della verifica condotta in sede di riesame del loro funzionamento complessivo, si può ottenere una semplificazione del sistema di prevenzione della corruzione, concentrando l'attenzione dell'Azienda sulle misure che sono valutate più adeguate ai rischi individuati, evitando al contempo di introdurne di nuove senza aver prima verificato l'adeguatezza di quelle già previste.

Obiettivo Strategico	Indicatore
Attuazione del PTPCT 2026-2028 per creare un contesto culturale sfavorevole alla corruzione garantendo accompagnamento alla trasformazione dei comportamenti e consolidamento ed implementazione delle procedure	Monitoraggio in ordine all'applicazione delle misure di prevenzione e di trasparenza del PTPCT
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
Riduzione liste d'attesa prestazioni ambulatoriali	Rispetto del principio di prevalenza dei volumi dell'attività istituzionale rispetto a quella erogata in regime libero professionale

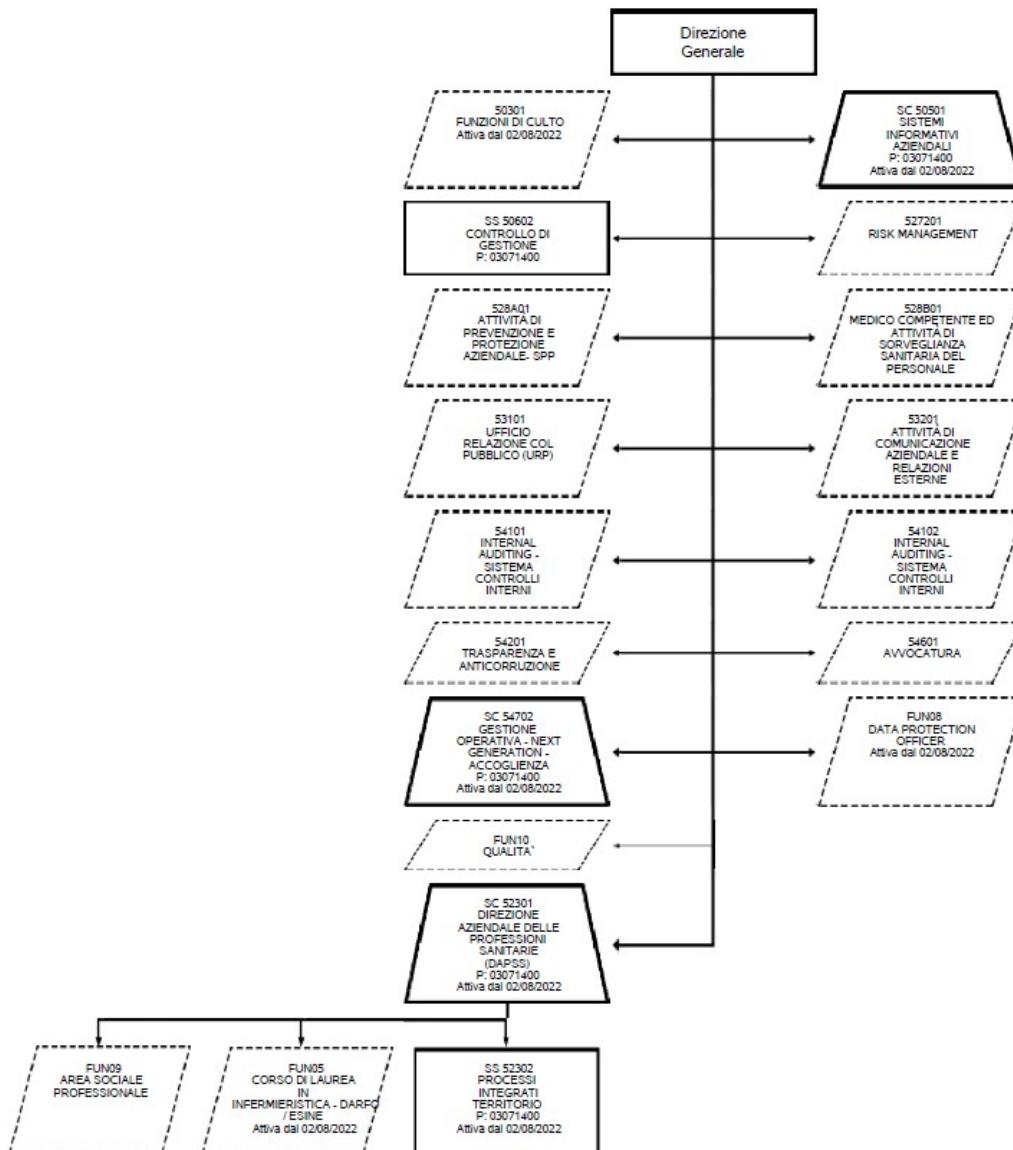
SEZIONE 3: ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE: STRUTTURA ORGANIZZATIVA

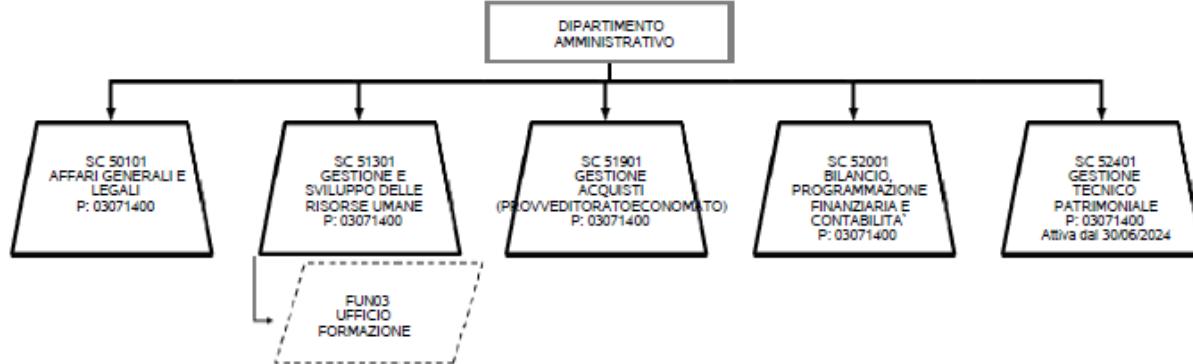
Con decreto n.534 del 05.08.2022 si è preso formalmente atto della DGR n.XI/6800/2022 del 02.08.2022 ad oggetto “Approvazione del Piano di Organizzazione Aziendale Strategico (POAS) 2022-2024 dell’Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) Valcamonica, ai sensi e per gli effetti dell’art. 17, co. 4 della Legge Regionale n.33 del 30.12.2009 e smi, come modificata con Legge Regionale n.22 del 14.12.2021”. Il POAS ha apportato talune modifiche all’assetto organizzativo, in applicazione anche della L.R. n. 21/2022, come si evince dall’organigramma di seguito presentato suddiviso in base alla direzione di riferimento. Con decreto n.668/2024 è stato recepito a livello aziendale l’aggiornamento del Piano di Organizzazione Aziendale Strategico (POAS) 2022-2024 dell’ASST della Valcamonica approvato da parte di Regione Lombardia con DGR n. XI/3237/2024.

Da ultimo con decreto n.840 del 18.12.2025 è stata adottata l’ “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.”, che vede la conversione di due strutture semplici a valenza dipartimentale in due strutture complesse (nel dettaglio la SSD Chirurgia Generale - Chirurgia ricostruttiva e microchirurgia e la SSD Gastroenterologia ed endoscopia digestiva).

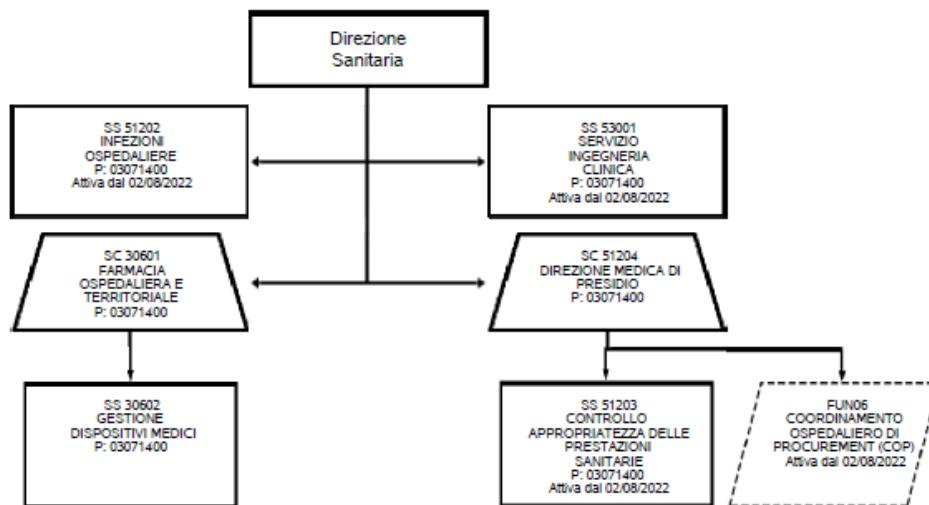
Direzione Generale:



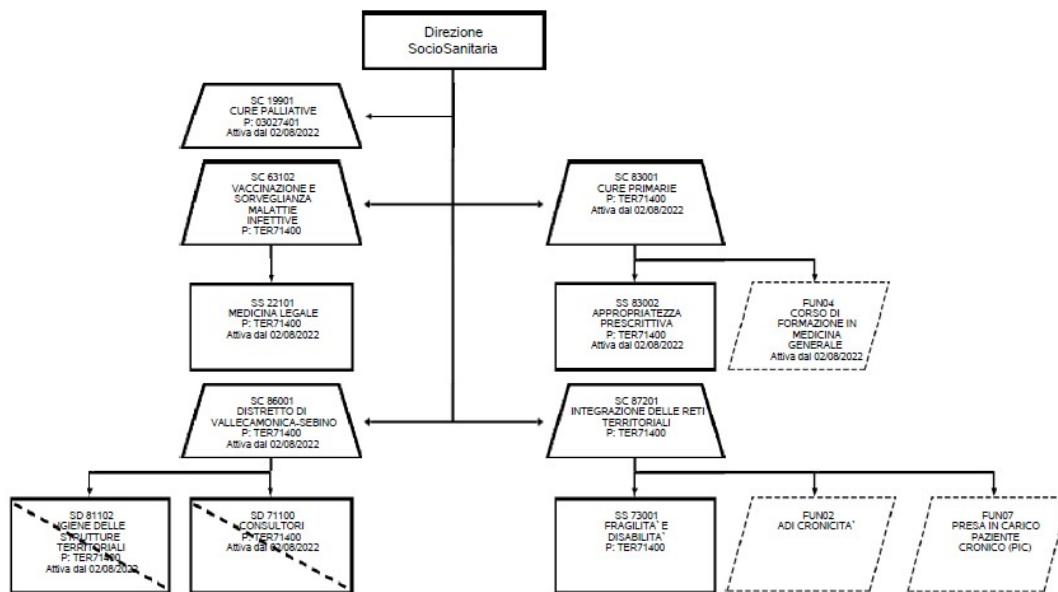
Direzione Amministrativa



Direzione Sanitaria



Direzione Socio Sanitaria



SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE: ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE

La presente sottosezione del PIAO, denominata "Organizzazione del lavoro agile" rappresenta il naturale sviluppo del Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA), implementato ai sensi dell'art. 263 del Decreto Legge n.34 del 2020, convertito con modificazioni dalla legge n. 77 del 2020, secondo il quale entro il 31 gennaio di ciascun anno (a partire dal 2021), ciascuna Pubblica Amministrazione era tenuta a redigere il predetto piano, quale sezione del Piano della performance, anch'esso oggi confluito nel presente Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO).

Il lavoro agile, in conformità agli indirizzi al riguardo forniti dal Dipartimento della Funzione Pubblica, risponde al generale obiettivo di promuovere l'introduzione di nuove modalità di organizzazione del lavoro basate sull'utilizzo della flessibilità lavorativa quale fattore abilitante dello sviluppo della digitalizzazione, del miglioramento della produttività, di promozione della sostenibilità sociale, economica e ambientale e per favorire la conciliazione tra i tempi di lavoro e vita personale.

Storicamente, a partire da marzo 2020 e a seguito dell'emergenza sanitaria determinata dalla pandemia da Covid-19, il lavoro agile è stato promosso nelle amministrazioni pubbliche quale "modalità ordinaria di svolgimento della prestazione lavorativa" per preservare la salute dei dipendenti pubblici e, nel contempo, garantire la continuità dell'azione amministrativa.

La disciplina del lavoro agile nella fase emergenziale è stata affidata ad una serie di provvedimenti normativi che, in relazione all'evolvere dell'emergenza pandemica, hanno disciplinato le modalità operative del lavoro agile. Con la cessazione dello stato di emergenza dopo il 31.3.2022 la Direzione Strategica, con nota registrata al prot.ASST in data 17.3.2022 al n. 6424/22, nelle more di una complessiva disciplina del suddetto istituto in grado di tenere necessariamente conto delle (allora) imminenti modifiche contenute nella Contrattazione Collettiva nonché di eventuali (allora) emanande linee guida di fonte Ministeriale, ha ritenuto di prorogare l'assetto organizzativo precedentemente in essere con la conseguenza che restavano invariate le modalità operative vigenti fino a diversa comunicazione.

Con Decreto del Direttore Generale n.750/2024, anche in esito alle necessarie attività da svolgersi in sede Sindacale, 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 svolgono 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, al 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.

Desc. Ruolo	Desc. Profilo	Numero giorni
AMMINISTRATIVO Comparto	AREA DEGLI ASSISTENTI Assist. Amm.vo	46
	AREA DEGLI OPERATORI Coad.Amm.vo Senior	129
	AREA PROF. SALUTE FUNZION.Coll.Amm.Prof.	194
AMMINISTRATIVO Comparto Totale		369
AMMINISTRATIVO Dirigenza	DIRETTORI AMMINISTRATIVI	3
AMMINISTRATIVO Dirigenza Totale		3
SANITARIO Comparto	AREA PROF. SALUTE FUNZION.Prof. San.Ost.	47
	AREA PROF. SALUTE FUNZION.Prof.San.Infer	52
	AREA PROF. SALUTE FUNZION.Prof.tecn.san	2
SANITARIO Comparto Totale		101
SANITARIO Dirigenza Medica	MEDICI	192
SANITARIO Dirigenza Medica Totale		192
SOCIO SANITARIO Comparto	AREA PROF. SALUTE FUNZION.Assist.Sociale	11
SOCIO SANITARIO Comparto Totale		11
TECNICO Comparto	AREA DEGLI ASSISTENTI Assist.Informatico	17
	AREA PROF. SALUTE FUNZION.Coll.Tecn.Prof	44
TECNICO Comparto Totale		61
Totale complessivo		737

SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE: PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DI PERSONALE

Le risorse umane, nei rispettivi profili, rappresentano il punto di forza dell'Azienda. La loro quantificazione numerica si assesta al 1.1.2026 sulle dinamiche numeriche meglio rappresentate nella tabella sotto riportata

Di seguito un confronto tra l'anno 2025 e l'anno 2026.

Personale dipendente al 1.1.2025

Ruolo	a tempo indeterminato	a tempo determinato	Totale
Dirigenza Medica	159	12	171
Dirigenza Amministrativa	5	1	6
Dirigenza Professionale	3	1	4
Dirigenza Tecnica	1	/	1
Dirigenza Sanitaria	28	/	28
Sanitario Comparto	643	18	661
Amministrativo Comparto	134	3	137
Socio Sanitario Comparto	192	8	200
Tecnico Comparto	88	1	89
Totale	1253	44	1297

Personale dipendente al 1.1.2026			
Ruolo	a tempo indeterminato	a tempo determinato	Totale
Dirigenza Medica	153	19	172
Dirigenza Amministrativa	6	0	6
Dirigenza Professionale	3	0	3
Dirigenza Tecnica	1	1	2
Dirigenza Sanitaria	29	3	32
Sanitario Comparto	660	12	672
Amministrativo Comparto	137	1	138
Socio Sanitario Comparto	192	7	199
Tecnico Comparto	83	1	84
Totale	1264	44	1308

Personale non dipendente al 1.1.2025		
Ruolo	Tipologia rapporto lavoro	Totale
Dirigenza Medica	Libera Professione	52

Dirigenza Medica	Incarico gratuito	3
Dirigenza Medica	Co.Co.Co.	1
Dirigenza Medica	Convenzionato Universitario	1
Dirigenza Sanitaria	Libera Professione	24
Personale del comparto	Libera Professione	4
Totale		85

Personale non dipendente al 1.1.2026		
Ruolo	Tipologia rapporto lavoro	Totale
Dirigenza Medica	Libera Professione	51
Dirigenza Medica	Incarico gratuito	0
Dirigenza Medica	Co.Co.Co.	3
Dirigenza Medica	Convenzionato Universitario	1
Dirigenza Sanitaria	Libera Professione	21
Personale del comparto	Libera Professione	5
Totale		81

Il Piano Triennale tiene adeguatamente conto dei vincoli di finanza pubblica e delle risorse assegnate per il triennio relativamente al budget del personale dipendente, del personale convenzionato universitario e del personale gravante sulla voce “Beni e Servizi”.

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.

Il Piano Triennale dei Fabbisogni riporta per ogni anno:

- il fabbisogno di personale (espresso in FTE), sia strutturato che non, esplicitato nei numeri e nelle professionalità necessarie al funzionamento dell’Azienda;
- il costo derivante dall’adozione del fabbisogno di cui sopra, senza superare il budget annuale;
- la dotazione organica (espressa in teste) relativa al solo personale a tempo indeterminato, determinato e convenzionati universitari necessario per svolgere l’attività.

Regione Lombardia con DGR XII/5589 del 30.12.2025: "Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione del ssr per l'anno 2026 ed in ordine agli obiettivi delle agenzie di tutela della salute (A.T.S.), delle aziende socio sanitarie territoriali (A.S.S.T.) e dell'Agenzia Regionale Emergenza Urgenza (A.R.E.U.) anno 2026" ha dato indicazioni in merito al PTFP 2026/2028 il quale deve continuare a contenere la programmazione del personale dipendente, del personale con contratto atipico, dei convenzionati universitari e dei convenzionati specialisti ambulatoriali e medicina dei servizi.

La proposta dovrà essere adottata dall'ente, come ormai di consuetudine, con apposito atto deliberativo secondo le modalità definite con specifiche indicazioni della Direzione Generale Welfare.

In carenza delle specifiche indicazioni regionali sulla modalità di redazione del PTFP, che dovranno pervenire in avvio dell'attività istruttoria prodromica all'approvazione, non è possibile al momento prevedere quali margini di incremento del personale verranno concessi.

Nel Piano triennale 2025-2027, già oggetto di approvazione, ribadita in premessa la natura programmatica e non autorizzatoria delle annualità successive all'anno 2025, si era ritenuto comunque opportuno confermare l'intenzione della Direzione di porre rimedio alla situazione di squilibrio rilevata in merito al personale Dirigente Psicologo, il quale ormai da tempo vede una preponderante quota di attività svolta da personale libero professionista, nonché di valutare un incremento del contingente di tale figura anche in ragione dell'attivazione, presso ogni Casa di Comunità della presenza di almeno uno psicologo del servizio di psicologia delle cure primarie a garanzia della risposta tempestiva alla domanda di assistenza psicologica espressa dalle persone e dal territorio.

Parimenti sarà necessario certamente prevedere l'assunzione di specifiche figure, seppur nei limiti dei contingenti già assegnati, per garantire il fabbisogno di personale degli istituenti ospedali di comunità di Esine ed Edolo, della crescente attività svolta dalla rete territoriale nonché del recente sviluppo e della telemedicina.

Indicatore di monitoraggio proposto:

Obiettivo Strategico	Indicatore
Controllo periodico dell'andamento della copertura dei posti e dei costi del personale	Monitoraggio mensile PTFP (copertura e costi)
Controllo mensile dell'andamento dei fondi del personale	Monitoraggio dei fondi del personale
Copertura esigenze di personale per lo sviluppo della rete territoriale	Incremento personale rispetto al 2025 per il Polo Territoriale

Per quanto concerne invece il sezionale dedicato al personale universitario risulta attualmente in essere n.1 risorsa che presta la propria attività quale Direttore del Dipartimento della Salute Mentale e delle Dipendenze, nonché Direttore della SC Psichiatria che l'Azienda intende confermare, contestualmente non prevedendosi ulteriori incrementi.

In merito all'area degli specialisti ambulatoriali, nell'ambito della ricerca flessibile dei profili specialistici necessari non si esclude nel corso del triennio di variare l'entità numerica di tali figure con le conseguenti compensazioni economiche tra le diverse voci di costo imputate ai diversi conti economici.

FTE e costi 2026	OSPEDALE				TERRITORIO							TOTALE COMPLESSIVO	
	TOTALE OSPEDALE	pronto soccorso	terapia intensiva, Blocco operatorio e AREU	area medica	area chirurgica	Diretti, CDC, COT e ODC	ADI	area prevenzione	Dipartimento salute mentale	carri	Cure primarie	Altri servizi territoriali	
Categoria	Raggruppamento profili												
DIRIGENZA MEDICA	5,2												0,00
DIRIGENZA VETERINARIA													0,00
DIRIGENZA SANITARIA													0,00
DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE													0,00
DIRIGENZA PROFESSIONALE													0,00
DIRIGENZA TECNICA													0,00
DIRIGENZA AMMINISTRATIVA													0,00
TOTALE DIRIGENZA	5,22	0,00	0,00	3,55	1,67	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	5,2
Convenzionato ACN Amb. medicina dei servizi e MET													
PERSONALE INFERMIERISTICO (escluso IFeC)													0,00
INFERNIERE DI FAMIGLIA (IFeC)													0,00
OSTETRICA													0,00
PERSONALE TECNICO SANITARIO													0,00
ASSISTENTI SANITARI													0,00
TECNICO DELLA PREVENZIONE													0,00
PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE													0,00
ASSISTENTI SOCIALI													0,00
PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO													0,00
CTA													0,00
OSS													0,00
AUXILIARI													0,00
ASSISTENTE RELIGIOSO													0,00
PERSONALE AMMINISTRATIVO													0,00
PERSONALE COMUNICAZIONE/INFORMAZIONE													0,00
RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA													0,00
TOTALE COMPARTO	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	3,40	0,00	0,00	0,00	3,4
TOTALE COMPLESSIVO	26,93	5,46	3,35	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	14,23	0,00	0,00	6,63	20,86

Infine, la sezione dedicata ai professionisti che svolgono attività con contratto di lavoro autonomo evidenzia, in continuità con gli anni precedenti, la presenza di un notevole significativo di professionisti legati all'Azienda con rapporto di lavoro autonomo che ad ogni buon conto l'Azienda intende ridurre, provvedendo a stabilizzare parte delle risorse, anche beneficiando di specifiche normative e risorse dedicate.

FTE e costi 2026	OSPEDALE				TERRITORIO							TOTALE COMPLESSIVO	
	TOTALE OSPEDALE	pronto soccorso	terapia intensiva, Blocco operatorio e AREU	area medica	area chirurgica	Diretti, CDC, COT e ODC	ADI	area prevenzione	Dipartimento salute mentale	carri	Cure primarie	Altri servizi territoriali	
Categoria	Raggruppamento profili												
DIRIGENZA MEDICA	21,88	5,46	3,35						2,40				24,40
DIRIGENZA VETERINARIA													0,00
DIRIGENZA SANITARIA	5,05								8,43				20,11
DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE													0,00
DIRIGENZA PROFESSIONALE													0,00
DIRIGENZA TECNICA													0,00
DIRIGENZA AMMINISTRATIVA													0,00
TOTALE DIRIGENZA	26,93	5,46	3,35	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	10,83	0,00	0,00	6,63	44,4
Incarichi di lavoro autonomo													
PERSONALE INFERMIERISTICO (escluso IFeC)													0,00
INFERNIERE DI FAMIGLIA (IFeC)													0,00
OSTETRICA													0,00
PERSONALE TECNICO SANITARIO													0,00
ASSISTENTI SANITARI													0,00
TECNICO DELLA PREVENZIONE									3,40				3,49
PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE													0,00
ASSISTENTI SOCIALI													0,00
PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO													0,00
CTA													0,00
OSS													0,00
AUXILIARI													0,00
ASSISTENTE RELIGIOSO													0,00
PERSONALE AMMINISTRATIVO													0,00
PERSONALE COMUNICAZIONE/INFORMAZIONE													0,00
RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA													0,00
TOTALE COMPARTO	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	3,40	0,00	0,00	6,63	3,4
TOTALE COMPLESSIVO	26,93	5,46	3,35	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	14,23	0,00	0,00	6,63	20,86

In particolare, come più volte rappresentato nei Piani degli anni precedenti e in specifiche note, la situazione di maggiore rilevanza attiene il personale libero professionista psicologo. Allo stato, infatti, nonostante le stabilizzazioni avvenute nel corso degli 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, anche in ragione di specifici finanziamenti di anno in anno all'uopo erogati.

Per quanto riguarda le prestazioni di lavoro autonomo erogate da altre figure professionali (dirigenti medici e altri sanitari non medici) esse non sono sostituibili con la medesima efficacia da personale dipendente (in quanto trattasi di prestazioni assicurate tramite accessi con orari limitati / attività progettuali/ interventi saltuari etc.).

In particolar modo nel corso del triennio 2024-2026 è previsto un maggiore ricorso a incarichi di lavoro autonomo, soprattutto per fronteggiare le carenze di personale in tutte le specialità.

PIANO FORMATIVO AZIENDALE

E' in fase di costruzione il Piano formativo aziendale per l'anno 2026 quale strumento per la programmazione delle attività formative che verranno attuate nel 2026, sia in termini di contenuto che di budget.

In una organizzazione complessa la formazione costituisce:

- Leva strategica fondamentale per lo sviluppo professionale delle risorse umane
- Strumento per la realizzazione degli obiettivi aziendali/regionali/nazionali
- Leva per il cambiamento organizzativo e gestionale.

“La formazione continua, valore fondamentale per la tutela della salute, è opportunità e stimolo per la crescita di tutto il sistema salute, prevista dall’ordinamento italiano, quale obbligo per tutti i professionisti sanitari che devono accrescere la propria formazione e competenza professionale attraverso la partecipazione ad attività di formazione continua, requisito indispensabile per svolgere l’attività professionale in qualità di dipendente o libero professionista.” (Manuale di accreditamento regionale ECM - CPD).

Il Piano è un documento attraverso il quale si legge l’organizzazione e la mission aziendale, uno strumento per lavorare secondo un’ottica globale multidimensionale nella quale sono in gioco il personale (direzione, ruoli manageriali e gestionali intermedi, professional e amministrativi) i costi, le culture, l’organizzazione.

Attraverso la realizzazione del Piano formativo 2026, l’obiettivo dell’ufficio formazione è quello di garantire da un lato la massima coerenza degli eventi e delle attività agli obiettivi di interesse aziendale, regionale e nazionale, dall’altro consentire un miglioramento continuo della professionalità e competenza degli operatori.

Gli eventi formativi presenti nel Piano fanno riferimento a 38 obiettivi coerenti con i piani sanitari regionali e nazionali, indicati nel Manuale Nazionale di Accreditamento per l’erogazione di eventi ECM della Commissione nazionale per la Formazione Continua di Agenas pubblicato il 6.12.2018 con entrata in vigore il 1.1.2019.

Gli obiettivi rientrano nelle 3 macro aree di seguito specificate:

- obiettivi formativi tecnico-professionali: finalizzati allo sviluppo delle competenze e delle conoscenze tecnico-professionali individuate nel settore specifico di attività.
- obiettivi formativi di processo: finalizzati allo sviluppo delle competenze e conoscenze nelle attività e nelle procedure idonee a promuovere il miglioramento della qualità, efficienza, appropriatezza e sicurezza degli specifici processi di produzione delle attività sanitarie.
- obiettivi di sistema: finalizzati allo sviluppo delle competenze e conoscenze nelle attività e nelle procedure idonee a promuovere il miglioramento della qualità, efficienza, efficacia, appropriatezza e sicurezza dei sistemi sanitari.

Nel Piano formativo aziendale 2026 si ipotizza che vengano realizzati sono presenti n. 68 eventi d con un totale di n. 169 edizioni.

I destinatari del piano sono tutti i dipendenti dell’azienda, sanitari e non, amministrativi, dirigenti, ruoli manageriali e gestionali intermedi, oltre ai Medici di Medicina Generale e i Pediatri di Libera Scelta, il personale afferente alla rete territoriale, enti erogatori, terzo settore, secondo quanto previsto e stabilito dalla riforma sanitaria Evoluzione del sistema sociosanitario Lombardo di cui alla Legge 23/2015 e dalla Legge 22/2021.

Da evidenziare l’elevato numero di corsi FAD sulle tematiche della sicurezza di cui al D Lgs 81/2008, oltre che su aspetti tecnico professionali, con la partecipazione di circa 2500 operatori. L’utilizzo della piattaforma e-learning integrata con il software formazione di Sigma prevede la gestione completa a livello informatico della formazione obbligatoria, le scadenze dei corsi, l’erogazione dell’attestato previsto dalla normativa e del registro di cui al decreto 81/2008.

Sono previsti eventi in modalità e-learning di alcuni eventi previsti nel piano formativo, attraverso la piattaforma integrata con il software della formazione per il tracciamento e la rendicontazione dei partecipanti ai fini dell’erogazione dei crediti ECM.

Molto corposa la partecipazione prevista nella formazione sul campo in linea con le indicazioni regionali e i bisogni e l’organizzazione aziendale riguardanti il management sanitario, l’umanizzazione delle cure e la relazione con il paziente, la sicurezza del paziente e i contenuti clinico-specialistici.

Oltre agli eventi richiesti dalle UUOO su contenuti tecnico professionali e clinici, il Piano prevede eventi di cui al Decreto 81/08, la realizzazione di progetti Regionali sulle infezioni ospedaliere per il personale neoassunto, la formazione sul Fascicolo Sanitario Elettronico fino a marzo 2026, i progetti previsti dalle Regole di Sistema 2026. Il Piano formativo aziendale sarà ulteriormente integrato dalle attività formative proposte direttamente da Regione Lombardia tra i quali la formazione sulle Cure Palliative.

Sono previsti 5000 partecipanti con attribuzione di circa 40.000 crediti formativi ECM-CPD.

IL PIANO DELLE AZIONI POSITIVE

Il Piano delle Azioni Positive è uno strumento di programmazione dell'azienda che, come previsto dall'art. 48 del decreto legislativo n. 198/2006 (Codice delle pari opportunità tra uomo e donna), si pone l'obiettivo di individuare ed eliminare attraverso azioni specifiche tutte le forme di discriminazione eventualmente rilevate. Obiettivi generali delle azioni sono: garantire pari opportunità nell'accesso al lavoro nella progressione di carriera, nella vita lavorativa, nella formazione professionale e nei casi di mobilità; promuovere il benessere organizzativo e una migliore organizzazione del lavoro che favorisca l'equilibrio tra tempi di lavoro e vita privata; promuovere all'interno dell'amministrazione la cultura di genere e il rispetto del principio di non discriminazione.

Nella Direttiva 23 maggio 2007 del Ministro per le Riforme e Innovazioni nella P.A., di concerto con il Ministro per i Diritti e le pari Opportunità (Misure per attuare parità e pari opportunità tra Uomini e Donne nelle Pubbliche Amministrazioni) riconosce alla Pubblica Amministrazione un ruolo di attore attivo nella promozione e attuazione del principio delle Pari Opportunità e della Valorizzazione delle differenze nelle politiche del personale. Principi riaffermati nell' art. 21 lettera b) della L. 183/2010 " Le pubbliche amministrazioni garantiscono parità e pari opportunità tra uomini e donne e l'assenza di ogni forma di discriminazione, diretta o indiretta, relativa al genere, all'orientamento sessuale, alla razza, all'origine etnica, alla disabilità, alla religione o alla lingua, nell'accesso al lavoro, nella formazione professionale, nelle promozioni e nella sicurezza sul lavoro. Le pubbliche amministrazioni garantiscono altresì un ambiente di lavoro improntato al benessere organizzativo e si impegnano a contrastare ed eliminare ogni forma di violenza morale o psichica al proprio interno"

Lo stesso articolo 21 alla lettera C ha previsto la costituzione all'interno di ogni Pubblica Amministrazione, del "Comitato Unico di Garanzia (CUG) per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni"

IL CUG esercita compiti propositivi, consultivi e di verifica nell'ambito delle competenze allo stesso demandate dalla legge, al fine di contribuire ad un ambiente di lavoro improntato al benessere organizzativo e all'assenza di ogni discriminazione, attraverso la promozione della cultura delle pari opportunità di genere e le pari opportunità per tutti; la promozione del rispetto della dignità della persona, prevenendo e contrastando ogni forma di discriminazioni dovute non soltanto al genere, ma anche all'età, alla disabilità, all'origine etnica, alla lingua, alla razza e all'orientamento sessuale. È composto in modo paritetico da dipendenti dell'amministrazione e dalle organizzazioni sindacali più rappresentative a livello di ente.

La costituzione del CUG rappresenta un adempimento obbligatorio per le pubbliche amministrazioni, che recepisce i principi enunciati dalla legislazione comunitaria circa l'ampliamento delle garanzie da rivolgere oltre che alle discriminazioni legate al genere, anche a ogni altra forma di discriminazione, diretta o indiretta, che possa discendere dai diversi fattori di rischio legate alle condizioni di lavoro.

Il CUG dell' ASST della Valcamonica è stato costituito con Deliberazione del Direttore Generale n. 893 del 25 ottobre 2011. Il regolamento è stato approvato secondo le linee guida della Presidenza del Consiglio dei Ministri.

Nello specifico si occupa di:

- Benessere Organizzativo
- Discriminazioni
- Mobbing
- Stress e Mobbing: come muoversi in Azienda

Il Piano triennale si articola in due parti: una costituita da attività conoscitive, di monitoraggio e analisi; l'altra, più operativa, con l'indicazione degli obiettivi specifici.

Il monitoraggio e la verifica dell'attuazione del Piano delle azioni positive sono affidati prioritariamente al Comitato unico di garanzia per le pari opportunità.

Obiettivi e azioni triennio 2026-2028

Obiettivo Strategico	Indicatore
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.	<ul style="list-style-type: none"> - 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 ai 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.
Conciliazione vita lavorativa e vita familiare	<ul style="list-style-type: none"> - 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;
Sviluppo del benessere organizzativo	<ul style="list-style-type: none"> - 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.
Sensibilizzazione del personale relativamente al tema della violenza sulle donne	<ul style="list-style-type: none"> - 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. - organizzazione di un evento in concomitanza della giornata contra 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.

Azioni anno 2026

OBIETTIVO	AZIONE	TEMPI	INDICATORI
Promozione del ruolo e dell'attività del Comitato Unico di Garanzia	-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	Primo semestre	Incontro per la programmazione dei sottogruppi di lavoro
	- Attivazione di incontri di confronto con il CAM aziendale quale osservatorio privilegiato delle dinamiche conflittuali dei professionisti dell'azienda	Secondo semestre	Incontro di conoscenza con operatori del CAM

Conciliazione vita lavorativa e vita familiare	- Ricognizione, individuazione, analisi di possibili bisogni	Secondo semestre	Valutazione dei dati già in possesso dell'azienda
	- Prime valutazioni degli strumenti più adeguati per favorire la conciliazione tra lavoro e vita familiare	Secondo semestre	Analisi degli strumenti in uso in altre ASST Individuazione di almeno una nuova proposta da portare all'attenzione dell'Azienda
Sviluppo del benessere organizzativo	- Implementazione di attività di rilevazione dello stress lavoro correlato (Gruppo WHP)	Primo semestre	Valutazione dei dati già in possesso dell'azienda
	- Implementazione dell'utilizzo dello sportello psicologico rivolto ai dipendenti attraverso un'azione informativa più capillare	Secondo semestre	Stesura e distribuzione brochure informativa. Aumento utilizzo dello sportello.
	- Promozione di stili di vita sano attraverso l'organizzazione di eventi formativi sul tema e corsi quali pilates per dipendenti, camminate collettive, ecc	Primo semestre	Attivazione camminate aziendali con visita guidata ai monumenti del luogo (almeno 30 partecipanti), attivazione del gruppo si cammino, corso di pilates e yoga (almeno 30 partecipanti totali), tornei sportivi (calcio, pallavolo) corso di cucina, book club angolo lettera. Definizione di ulteriori azioni specifiche
Sensibilizzazione del personale relativamente al tema della violenza sulle donne	- Sperimentazione e monitoraggio dello "sportello antiviolenza" punto di ascolto, consulenza e aiuto per le vittime di violenza operativo all'interno degli ospedali e delle Case di Comunità dell'ASST della Valcamonica	Primo e Secondo semestre	Definizione di una proposta di procedura che definisca tempi, modalità e strumenti della collaborazione stessa. Presenza dello "sportello antiviolenza" nelle CdC individuate.
	- Organizzazione di un evento in concomitanza della giornata contra la violenza sulle donne con il coinvolgimento delle realtà del territorio che si occupano del tema	Secondo semestre	Un evento nel mese di novembre
	- Mantenimento della partecipazione di ASST alla Rete Territoriale Antiviolenza della Valcamonica.	Nel corso dell'intero anno (il calendario degli incontri è definito dell'ente capofila ATSP della Vallecamonica)	Partecipazione di 4 rappresentanti dell'ASST agli incontri della rete

SEZIONE 4: MONITORAGGIO

In questa sezione vengono indicati gli strumenti, le modalità e le tempistiche di monitoraggio.

MONITORAGGIO VALORE PUBBLICO E PERFORMANCE

Attività monitoraggio “Valore Pubblico” - L’attuazione delle politiche, delle strategie e degli obiettivi contenuti nel PIAO è assicurata attraverso un sistema di monitoraggio sia degli strumenti di attuazione in esso contenuti, sia dei risultati conseguiti, il quale coinvolge le diverse componenti dell’Azienda e riserva particolare attenzione al ruolo attivo di tutti i portatori di interesse, interni ed esterni. L’Azienda effettua un monitoraggio sul grado di attuazione degli obiettivi di performance istituzionale, individuale del Direttore Generale e organizzativa delle strutture dell’Azienda rispetto agli indicatori e ai target definiti in fase di programmazione, al fine di intraprendere tempestivamente in corso d’opera eventuali azioni correttive per evitare lo scostamento rispetto al target prefissato al momento della rendicontazione dei risultati.

Attività monitoraggio “Performance” - Secondo quanto stabilito dagli artt. 6 e 10, c. 1, lett. b), del D.Lgs. n. 150/2009 e s.m.i., il Nucleo di Valutazione svolge il monitoraggio della performance organizzativa, ovvero verifica l’andamento della performance dell’Azienda nel rispetto agli obiettivi programmati, segnalando all’organo di indirizzo politico-amministrativo l’esigenza di interventi correttivi. Valida, inoltre, la Relazione annuale sulla performance, previa approvazione da parte dell’organo di indirizzo politico-amministrativo. La rappresentazione dei risultati in un unico documento costituisce sia uno strumento di miglioramento gestionale, attraverso il quale ottimizzare la programmazione di obiettivi e risorse, tenendo conto dei risultati ottenuti nell’anno precedente, sia uno strumento di accountability attraverso il quale rendicontare a tutti gli stakeholder i risultati ottenuti nel periodo considerato rispetto agli obiettivi programmati. Il Nucleo di Valutazione monitora l’insussistenza tra Performance e RAR, in modo tale da salvaguardare anche la coerenza nell’erogazione di fondi differenti e la non sovrapposizione di questi. Le eventuali rimodulazioni di obiettivi e indicatori operate durante il ciclo della performance sono formalmente e tempestivamente comunicate al Nucleo di Valutazione.

MONITORAGGIO PREVENZIONE CORRUZIONE

Il monitoraggio sull’attuazione delle misure di prevenzione e sul funzionamento della sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO è una fase di fondamentale importanza per la buona riuscita del sistema di prevenzione della corruzione. Il monitoraggio unitamente al riesame periodico costituiscono una fase indispensabile del processo di gestione del rischio. Pur essendo due attività diverse, sono strettamente collegate: i risultati dell’attività di monitoraggio sono utilizzati per effettuare il riesame periodico della funzionalità complessiva del “Sistema di gestione del rischio”.

Monitoraggio sull’attuazione delle misure di prevenzione della corruzione - Come già evidenziato, il PTPCT 2024-2026 - Sottosezione rischi corruttivi e trasparenza PIAO ha identificato i soggetti responsabili dell’applicazione delle misure programmate per la prevenzione dei fenomeni corruttivi e i tempi per la loro attuazione.

Analogamente, la mappatura dei processi analizzati con la metodologia introdotta dal PNA 2019 contiene il dettaglio delle misure specifiche di prevenzione del rischio individuate per ciascuna singola fase del singolo processo, il responsabile del monitoraggio e le relative tempistiche.

La necessità di revisionare, progettare ed eventualmente introdurre nuove e ulteriori misure potrà essere valutata solo all’esito del monitoraggio delle misure già introdotte, monitoraggio che l’ASST della Valcamonica ritiene di rafforzare nel corso dell’anno, atteso il suo ruolo determinante nel ciclo di gestione della prevenzione della corruzione.

Monitoraggio rischi corruttivi e trasparenza - Il monitoraggio è un’attività fondamentale e continuativa di verifica dell’attuazione e dell’idoneità delle singole misure di trattamento del rischio adottate dall’ASST della Valcamonica. Le risultanze del monitoraggio saranno utilizzate per la migliore programmazione delle misure della sottosezione rischi corruttivi e trasparenza del PIAO, secondo una logica sequenziale

e ciclica che favorisce il continuo miglioramento del processo di gestione del rischio. Annualmente, in sede di redazione della sottosezione in argomento, occorre tener conto e ripartire dalle risultanze del ciclo precedente ed utilizzare l'esperienza acquisita per apportare i necessari ed opportuni aggiustamenti alla strategia di prevenzione adottata.

La responsabilità del monitoraggio è del RPCT. Tuttavia in considerazione delle grandi dimensioni e dell'elevato livello di complessità presso l'ASST della Valcamonica è previsto un sistema di monitoraggio su più livelli, in cui il primo è in capo alla struttura organizzativa che è chiamata ad adottare le misure, il secondo livello in capo al RPCT ed il terzo all'attività svolta dall'Internal Auditing. L'avvenuta attivazione del Comitato di Coordinamento dei Controlli potrà contribuire ad integrare le competenze presenti in Azienda e di evitare duplicazioni di attività ed appesantimenti dell'attività lavorativa e di reporting posta in capo alle unità operative aziendali.

In Azienda non è stato adottato, quale documento specifico, un piano di monitoraggio annuale della sottosezione rischi corruttivi e trasparenza del PIAO anche se l'attività relativa, avente ad oggetto tutte le misure di prevenzione individuate e programmate per ogni processo viene svolta nei tempi e nei modi indicati nell'apposita colonna della mappatura dei rischi anticorruzione (M IA 003).

I responsabili dei processi e i responsabili della pubblicazione, entro la scadenza indicata, devono trasmettere al RPCT una dichiarazione che dia evidenza concreta delle misure di prevenzione applicate e dell'avvenuta pubblicazione degli atti, documenti e informazioni per i quali è individuato quale responsabile nella tabella "obblighi di pubblicazione" allegata alla sottosezione rischi corruttivi e trasparenza del PIAO.

I responsabili della pubblicazione e dei processi effettuano, quindi, una "autovalutazione" in ordine all'effettivo adempimento degli obblighi di rispettiva competenza mentre il RPCT procede a un controllo successivo, anche a campione, dell'effettivo livello di completezza e aggiornamento dei dati, e della congruenza di quanto dichiarato nell'autovalutazione dai responsabili. In particolare, il RPCT verifica la veridicità delle informazioni rese in autovalutazione, controlla gli indicatori previsti per l'attuazione delle misure di prevenzione che sono rappresentati in apposita colonna della mappatura dei rischi anticorruzione (M IA 003), richiede documenti e informazioni idonei a dimostrare l'effettiva azione svolta, organizza incontri finalizzati coi diversi responsabili.

Per agevolare il progressivo monitoraggio sia dei processi sia dell'adempimento degli obblighi di pubblicazione, si sono inserite apposite colonne nella mappatura dei rischi anticorruzione (M IA 003) e nella tabella "obblighi di pubblicazione" dove ogni responsabile, per ogni processo e ogni obbligo di pubblicazione, deve indicarne lo stato di attuazione nei termini indicati, con successiva verifica da parte del RPCT. Il monitoraggio si estende agli eventuali controlli mirati disposti dal RPCT a seguito di richieste di accesso civico e/o di reclami presentati all'Azienda da soggetti terzi, anche per il tramite dell'URP. Qualora l'attività di controllo rilevi gravi inadempienze in materia di obblighi di pubblicazione previsti dalla legge, il RPCT trasmette gli atti alla Direzione Generale, al Nucleo di Valutazione e all'UPD. Su un piano più complessivo, invece, spettano al NVP compiti di approvazione e attestazione dell'assolvimento degli obblighi di trasparenza, di supporto per la valutazione del rischio e per la redazione del PIAO.

L'attività dell'RPCT è rendicontata al Direttore Generale con apposita relazione semestrale. L'RPCT inoltre pubblica la propria relazione, in forma tabellare, sul sito internet aziendale, nel rispetto della scadenza stabilita da ANAC.

Per l'anno 2025 si conferma il termine entro cui i responsabili di processo e di pubblicazione devono trasmettere la propria autovalutazione al RPCT, mantenendo le scadenze del 31 maggio e del 30 novembre come lo scorso anno, in quanto ciò permette di intervenire con azioni correttive per una migliore attuazione della sottosezione.

Le risultanze del monitoraggio, infatti, utilizzate anche per effettuare il riesame periodico della funzionalità complessiva del "sistema di gestione del rischio", costituiscono il presupposto della definizione della successiva sottosezione rischi corruttivi e trasparenza e sono inserite nelle varie parti del testo della sottosezione e all'interno della relazione annuale del RPCT, pubblicata in Amministrazione Trasparente.

Attività diversa ma strettamente collegata al monitoraggio è l'attività poc'anzi citata di riesame periodico volta a valutare il funzionamento del sistema di prevenzione della corruzione nel suo complesso, in una

prospettiva più ampia. Ciò allo scopo anche di considerare eventuali ulteriori elementi che possono incidere sulla strategia di prevenzione della corruzione e ad indurre a modificare il sistema di gestione del rischio per migliorare i presidi adottati. I risultati dell'attività di monitoraggio sono, in ogni caso, utilizzati per effettuare il riesame.

Il riesame è un momento di confronto e dialogo tra i soggetti coinvolti nella programmazione dell'ASST, affinché vengano riesaminati i principali passaggi e risultati al fine di potenziare gli strumenti in atto ed eventualmente promuoverne di nuovi.

Il riesame deve riguardare tutte le fasi del processo di gestione del rischio al fine di poter individuare rischi emergenti, identificare processi organizzativi tralasciati nella fase di mappatura, prevedere nuovi e più efficaci criteri per analisi e ponderazione del rischio. Tale attività è coordinata dal RPCT e vede il contributo dell'NVP, del Collegio Sindacale, delle funzioni aziendali preposte ai controlli di terzo livello (internal audit) ma anche e soprattutto dai dirigenti che sono maggiormente coinvolti nell'attuazione della sottosezione rischi corruttivi e trasparenza del PIAO per supportare la programmazione delle misure di prevenzione della corruzione.

Proprio sulla base del rafforzamento del monitoraggio delle misure e della verifica condotta in sede di riesame del loro funzionamento complessivo, si può ottenere una semplificazione del sistema di prevenzione della corruzione, concentrando l'attenzione dell'Azienda sulle misure che sono valutate più adeguate ai rischi individuati, evitando al contempo di introdurne di nuove senza aver prima verificato l'adeguatezza di quelle già previste.

MONITORAGGIO ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

In relazione alla sezione “Organizzazione e capitale umano”, il Nucleo di Valutazione aziendale, inoltre, monitora, su base triennale, la coerenza degli obiettivi di performance con le risorse umane e il miglioramento delle competenze del personale