

AZIENDA SOCIO SANITARIA TERRITORIALE
DI MANTOVA

RELAZIONE SULLA PERFORMANCE ANNO 2025

INDICE:

Premessa

1. Introduzione: richiamo PIAO 2025 - 2027
2. Dati di sintesi attività anno 2025
3. Valutazione performance 2025
4. Dimensione dell'Efficienza
5. Dimensione della Qualità dei Processi Organizzativi
6. Dimensione dell'Appropriatezza
7. Indicatori per la misurazione della Performance
8. Conclusioni
9. Attività e osservazioni del Nucleo di Valutazione

PREMESSA

La “Relazione sulla Performance” 2025 è il documento che a consuntivo rappresenta le attività attuate in tale anno nell’ottica del perseguimento degli obiettivi definiti nel PIAO 2025 - 2027.

Essa è redatta, a conclusione del ciclo di gestione della performance 2025, ai sensi dell’art. 10, comma 1 lettera b) del Decreto Legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, che prevede l’obbligo di predisporre un documento che evidenzi, a consuntivo, i risultati raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati ed alle risorse assegnate nell’anno di riferimento, con rilevazione degli eventuali scostamenti.

La Relazione rappresenta, dunque, un momento fondamentale del ciclo della Performance in quanto esplicita i risultati raggiunti a tutti gli stakeholders (ovvero “portatori di interessi”), analizzandoli rispetto ai risultati attesi e fissati in sede di predisposizione del Piano.

La stesura della Relazione sulla Performance per l’anno 2025 si inserisce nel contesto di consolidamento e progressiva attuazione del processo di riforma del Sistema Sociosanitario della Regione Lombardia, avviato con la Legge Regionale n. 22 del 14 dicembre 2021. Tale percorso di riordino organizzativo e funzionale continua a rappresentare il quadro di riferimento strategico per la programmazione e la gestione delle attività degli Enti del Servizio Sociosanitario Regionale, orientando le azioni volte al rafforzamento dell’assistenza territoriale, all’integrazione tra i diversi livelli di cura e alla promozione di modelli organizzativi incentrati sulla presa in carico della persona.

In tale scenario, caratterizzato dalla prosecuzione degli interventi previsti dalla riforma e dall’attuazione degli indirizzi regionali in materia sanitaria e sociosanitaria, la valutazione della performance organizzativa e individuale assume un ruolo fondamentale quale strumento di monitoraggio del raggiungimento degli obiettivi istituzionali e di misurazione del contributo fornito al miglioramento della qualità, dell’efficacia e dell’efficienza dei servizi erogati.

Di seguito i principali punti di sviluppo:

- **Rafforzamento dell’assistenza territoriale**, con l’obiettivo di avvicinare i servizi ai cittadini e migliorare la presa in carico dei bisogni di salute.

- **Istituzione delle Case della Comunità**, quali punti di riferimento territoriali per l'accesso integrato ai servizi sanitari, sociosanitari e sociali.
- **Sviluppo degli Ospedali di Comunità**, destinati ai pazienti che necessitano di assistenza a bassa intensità clinica e di degenze intermedie.
- **Potenziamento delle Centrali Operative Territoriali (COT)** per il coordinamento dei percorsi assistenziali e la continuità delle cure.
- **Rafforzamento dell'assistenza domiciliare**, con particolare attenzione ai pazienti fragili, cronici e non autosufficienti.
- **Maggiore integrazione tra ambito sanitario, sociosanitario e sociale**, attraverso la collaborazione tra ASST, ATS, Comuni e altri soggetti del territorio.
- **Riorganizzazione delle Aziende Socio-Sanitarie Territoriali (ASST)**, con una più marcata articolazione tra polo ospedaliero e polo territoriale.
- **Valorizzazione della prevenzione e della medicina di iniziativa**, con interventi orientati alla promozione della salute e all'intercettazione precoce dei bisogni.
- **Sviluppo della sanità digitale e della telemedicina**, per migliorare accessibilità, continuità assistenziale e monitoraggio dei pazienti.
- **Rafforzamento della governance territoriale**, mediante l'introduzione di strumenti di programmazione e coordinamento più integrati.
- **Potenziamento della presa in carico dei pazienti cronici e fragili**, favorendo percorsi assistenziali personalizzati e multidisciplinari.
- **Adeguamento del sistema regionale agli obiettivi del PNRR - Missione Salute**, in coerenza con il modello nazionale di assistenza territoriale.

Questa relazione è relativa alla sezione terza del Piano Integrato di attività e organizzazione (PIAO). Le rimanenti parti del medesimo documento PIAO sono rendicontate negli specifici documenti di rendicontazione, nel rispetto della normativa.

1.INTRODUZIONE: RICHIAMO AL PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE (PIAO) 2025 - 2027

L'ASST di Mantova eroga prestazioni sanitarie specialistiche secondo criteri di appropriatezza e qualità. A tal fine essa si impegna a valorizzare e mettere in campo tutte le risorse di cui dispone, sfruttando in particolare la sua articolata offerta di servizi, attuando tale mission attraverso l'identificazione di aree strategiche all'interno delle quali vengono elaborati i piani di azione da perseguire.

Attraverso il PIAO 2025 - 2027 (al quale si rimanda per una descrizione più analitica), l'Azienda ha identificato, come da linee guida regionale, le seguenti aree strategiche che attengono al livello gestionale:

- *EFFICIENZA* (massimizzazione del rapporto tra input e output)
- *QUALITÀ DEI PROCESSI E DELL'ORGANIZZAZIONE* (anche con riferimento agli standard JCI)
- *EFFICACIA* (in relazione agli out come da produrre)
- *APPROPRIATEZZA* (uso appropriato delle risorse nell'erogazione di prestazioni e servizi e quindi appropriatezza organizzativa)
- *ACCESSIBILITÀ E SODDISFAZIONE DELL'UTENZA* (equità di accesso alle prestazioni e ai servizi da parte degli utenti, a parità di altre condizioni e qualità percepita dal paziente)

2. DATI DI SINTESI ATTIVITA'

Si riporta, in forma tabellare, una breve sintesi delle dinamiche produttive per le principali aree, caratterizzanti il pool di risposte erogate dall'ASST di Mantova nel corso del 2025 in attuazione della sua mission istituzionale:

Attività di ricovero

	P.O. MANTOVA	P.O. ASOLA/BOZZOLO	P.O. BORGO MANTOVANO	TOT. AZIENDA
RICOVERI ORDINARI	18.273	1.127	4.009	23.409
GG DEGENZA TOTALI	142.622	21.846	33.723	198.191
DEGENZA MEDIA	6,40	22,6	7,9	12,3
PESO MEDIO DRG	1,50	0,97	1,06	1,4
N° RICOVERI DAY HOSPITAL	4.540	614	883	6.037
N° ACCESSI TOTALI	5.698	613	937	7.248
PESO MEDIO DRG	1,02	0,93	0,87	0,94
N° RICOVERI SUBACUTI		417	85	502
GG DEGENZA TOTALI		9.612	857	10.469
DEGENZA MEDIA		23,05	10,08	16,56
N° RICOVERI OSPEDALI DI COMUNITA'		121	296	417
GG DEGENZA TOTALI		3.334	3.145	6.479
DEGENZA MEDIA		27,6	10,62	15,54
N° RICOVERI 2025	22.813	2.279	5.273	30.365

Attività ambulatoriale

N° prestazioni specialistica ambulatoriale (erogazione SSN)	4.083.384
--	------------------

Attività di Pronto Soccorso

	PS ASOLA	PS MANTOVA (incluso il PS PEDIATRICO)	PS BORGHO MANTOVANO	TOTALE AZIENDA
N° accessi	18.710	64.426	27.255	110.391

Consultori

N° prestazioni	56.981
-----------------------	---------------

Assistenza Domiciliare Integrata

N° prestazioni	17.732
-----------------------	---------------

REMS

N° giornate	51.172
--------------------	---------------

SER.D

N° trattamenti (prestazioni)	45.606
-------------------------------------	---------------

Cure palliative

N° casi	17
----------------	-----------

Psichiatria

N° prestazioni	96.633
N° giornate di residenza	40.695

3. VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE 2025

Gli obiettivi strategici che la Regione annualmente declina sulle varie aziende hanno puntato su tematiche direttamente correlate all'attuazione degli interventi PNRR, al recupero delle liste di attesa e al governo dei tempi di attesa, alla prevenzione, allo sviluppo delle reti territoriali in sinergia con quelle ospedaliere, allo sviluppo della telemedicina, alla garanzia dei LEA attraverso il Nuovo Sistema di Garanzia (NSG), all'efficientamento dei percorsi di Emergenza Urgenza alla informatizzazione e dematerializzazione dei processi.

La base operativa adottata per la redazione del documento è essenzialmente costituita dalle indicazioni definite nell'ambito Obiettivi regionali specifici annuali (DGR n. XII/4434 del 26/05/2025 e Decreto n.8635 del 18/06/2025) altro elemento cardine della programmazione sanitaria sono le Regole di Sistema 2025. Gli obiettivi annuali sono fortemente indirizzati verso un sistema di efficientamento organizzativo atto a garantire tutti gli adeguati livelli di assistenza garantendo una ottimale condizione qualitativa e quantitativa dell'offerta sanitaria completa al cittadino.

Il quadro sinottico seguente riassume i macro-obiettivi strategici regionali, per la ASST Mantova nel 2025.

AREA	Obiettivo
Edilizia sanitaria	Raggiungimento del target stabilito dello stato di avanzamento lavori
Farmaceutica	Potenziamento della Dispositivo-Vigilanza e del controllo sulla spesa farmaceutica per specifiche prescrizioni
Flussi informativi	Adeguamento a nuove specifiche
	Aumento della tempestività di invio dei flussi
	Incremento della coerenza e accuratezza delle informazioni trasmesse
NSG	Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area distrettuale
	Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area ospedaliera
	Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area prevenzione
Prevenzione	Miglioramento degli esiti delle campagne di vaccinazione e screening, sensibilizzazione per prevenire l'insorgere di dipendenze (sostanze, alcol, gioco d'azzardo) in particolare nei giovani. Promozione di azioni per ridurre infortuni sul lavoro
Rete territoriale	Attivazione delle CdC e OdC, in ottemperanza al DM77 e al POR
	Misure a sostegno della salute mentale
	Sviluppo di percorsi per pazienti cronici e fragili

Reti ospedaliere	Rispetto dei target definiti per le reti Stroke, Neuroscienze, Tumore del pancreas, Centri di senologia, favorendo inoltre lo sviluppo di collaborazioni interaziendali
Sangue e Pronto Soccorso	Aumento della raccolta del plasma da aferesi di almeno il +5% rispetto al 2024, riduzione del tempo di boarding a livello di Hub (nei territori di ATS Milano, Pavia e Varese), delle tempistiche di sbarellamento, dell'abbandono del PS e garanzia delle tempistiche di visita per codici arancioni
Telemedicina	Adozione della Televisita e del Telemonitoraggio per la gestione dei pazienti con patologie croniche, favorire il teleconsulto tra MAP/PLS e specialisti.
Tempi di attesa	Abbattimento delle liste d'attesa ambulatoriale e ricoveri, rispettando i tempi di erogazione per classe di priorità
	Corretto utilizzo degli strumenti (Ricetta dematerializzata, Rete Regionale di Prenotazione) per favorire abbattimento liste d'attesa

Piano per le liste di attesa 2025

Per l'anno 2025 l'azienda ha lavorato seguendo le linee guida del Ministero della Salute. La produzione di ricovero complessiva e il soddisfacimento della richiesta di prestazioni ambulatoriali connesse con i tempi di attesa, ha di per sé consentito di portare a termine operazioni di recupero sulle liste pregresse, specialmente di ricovero, con risultati ottimali di quasi azzeramento degli anni pregressi. Rispetto alla capacità di garantire le prestazioni ambulatoriali PNGLA entro le soglie per classe di priorità l'azienda ha registrato un incremento nelle percentuali di prestazioni entro soglia avvicinandosi ulteriormente al target definito da Regione. Le indicazioni si sono basate, come per l'anno precedente, sull'identificazione di precise situazioni cliniche e del relativo tempo massimo d'attesa per ognuna delle quattro classi di priorità dal Piano Nazionale di Governo delle Liste d'Attesa (PNGLA) (Urgente, Breve, Differita, Programmata) in relazione alle oggettive condizioni cliniche del paziente, già diagnosticate o sospette, in modo da poter assicurare la prestazione sanitaria in tempi congrui.

L'azienda ha implementato e potenziato, anche attraverso l'utilizzo di risorse aggiuntive, gli ambulatori specialistici delle prestazioni individuate nelle DGR che hanno fissato i target di volume richiesto, ottimizzando al meglio la capacità di fruizione degli spazi ambulatoriali e le risorse umane disponibili.

Per quanto riguarda l'attività chirurgica programmata, le diverse discipline chirurgiche hanno apportato un miglioramento nel raggiungimento del target dell'85% degli interventi oncologici da effettuare entro l'arco temporale dei 30 giorni (classe di priorità A). A questi è stata attribuita priorità organizzativa (sempre in relazione a condizioni cliniche specifiche rimanenti nel settore non oncologico), dovendo condurre operazioni di massimo efficientamento delle risorse mediche (in particolare anestesilogiche), per le quali l'azienda ha registrato anche nel 2025 criticità nel reclutamento.

Azioni per il miglioramento e l'innovazione in Pronto Soccorso

Nel corso del 2025 il Pronto Soccorso ha sviluppato un percorso di innovazione orientato al rafforzamento della rete dell'emergenza-urgenza, al miglioramento della gestione dei flussi, alla maggiore integrazione tra professionisti e alla presa in carico più strutturata dei pazienti complessi e fragili.

Le azioni introdotte possono essere ricondotte a tre principali linee di sviluppo:

- 1 potenziamento e riorganizzazione del personale medico;
- 2 innovazione del patient flow e dei sistemi di comunicazione;
- 3 miglioramento dei percorsi clinico-assistenziali e crescita professionale degli operatori.

1. Personale medico

Nel corso del 2025 è proseguito il lavoro di consolidamento dell'area medica dell'emergenza-urgenza, con particolare riferimento al reclutamento del personale, alla definizione delle dotazioni e all'integrazione tra Pronto Soccorso e AAT.

È stato approvato ed è in corso di emissione un concorso unitario per il reclutamento del personale medico destinato ai Pronto Soccorso e all'AAT, emesso in data 4 novembre 2024. Tale procedura concorsuale sarà espletata nel corso del 2025 e rappresenta un passaggio rilevante per il progressivo rafforzamento degli organici medici dell'area emergenza-urgenza.

La dotazione del personale medico dell'area MEU è stata definita come segue:

- PS Mantova / OBI / Medicina d'Urgenza: 23,6 FTE;
- PS Borgo Mantovano: 8,6 FTE;
- PS Asola: 7,4 FTE.

Questa ricognizione ha consentito una più puntuale rappresentazione del fabbisogno e della distribuzione delle risorse mediche, permettendo una migliore programmazione dell'attività, dei turni e delle priorità assunzionali.

È stato inoltre stilato il cronoprogramma di interscambio tra Pronto Soccorso e AAT, con l'obiettivo di favorire una maggiore integrazione professionale e organizzativa tra

il versante ospedaliero e quello territoriale dell'emergenza. Tale percorso risulta tuttavia rallentato dall'attuale condizione deficitaria di FTE, che incide sia sul versante ospedaliero sia sul versante AAT.

L'integrazione del personale attualmente disponibile e progressivamente reclutato è già stata attuata, sia sul versante medico sia sul versante infermieristico, con l'obiettivo di rendere più omogeneo il modello operativo dell'emergenza-urgenza aziendale, migliorare la continuità tra ospedale e territorio e rendere più flessibile l'utilizzo delle risorse disponibili.

Questa linea di intervento costituisce una innovazione organizzativa rilevante, perché supera una visione separata tra Pronto Soccorso e sistema territoriale dell'emergenza, promuovendo un modello integrato, più resiliente e maggiormente coerente con la complessità attuale dei bisogni assistenziali.

2. Innovazione del patient flow e dei sistemi di comunicazione

Il secondo asse di innovazione ha riguardato il miglioramento del patient flow, inteso come governo complessivo del percorso del paziente all'interno del Pronto Soccorso: dall'accesso al triage, dalla presa in carico medica e infermieristica agli accertamenti diagnostici, fino alla dimissione, all'osservazione, al ricovero o al trasferimento.

Nel corso del 2025 sono state sviluppate diverse azioni finalizzate a rendere il percorso del paziente più leggibile, più tracciabile e maggiormente governabile.

Un primo intervento ha riguardato la modifica del monitor informativo della sala d'attesa, con l'obiettivo di rendere più comprensibile il percorso effettivo del paziente. La comunicazione verso l'utenza è stata orientata non solo alla visualizzazione dell'attesa, ma alla rappresentazione delle diverse fasi del percorso assistenziale, riducendo l'incertezza percepita da pazienti e familiari e rendendo più chiaro il significato dei passaggi successivi alla presa in carico.

È stata inoltre introdotta e valorizzata la figura dell'OSS mediatore in triage e nelle aree di attesa, con funzioni di accoglienza, orientamento, supporto ai pazienti e ai familiari, accompagnamento nei percorsi e riduzione delle richieste improprie rivolte al personale sanitario. Tale figura rappresenta una innovazione organizzativa importante, in quanto contribuisce a migliorare la comunicazione, a ridurre la conflittualità e a rendere più fluida la relazione tra cittadini e Pronto Soccorso.

In questo ambito si colloca anche lo sviluppo del progetto OpenPS, applicazione pensata per migliorare la comunicazione digitale con pazienti e caregiver. OpenPS ha l'obiettivo di rendere più trasparente e accessibile il percorso di Pronto Soccorso, consentendo al paziente e ai familiari di comprendere le fasi del processo assistenziale, ricevere informazioni coerenti con lo stato del percorso e seguire l'evoluzione dell'accesso anche da remoto.

L'innovazione digitale introdotta con OpenPS si inserisce in una più ampia strategia di riduzione delle interruzioni improprie al personale sanitario, di miglioramento dell'esperienza del paziente e di maggiore trasparenza nei confronti dei familiari.

Parallelamente, è stata avviata una analisi sistematica dei tempi di processo del Pronto Soccorso, con particolare attenzione ai principali snodi che incidono sulla durata complessiva della permanenza. L'analisi è attualmente focalizzata su strategie di riduzione dei tempi diagnostici, in particolare dei tempi di laboratorio, riconosciuti come uno degli elementi più rilevanti nel determinare la durata del percorso del paziente e la capacità di rotazione delle postazioni assistenziali.

Il lavoro sui tempi di processo non ha finalità meramente descrittive, ma rappresenta uno strumento di governo operativo: consente di individuare i colli di bottiglia, misurare l'impatto delle azioni correttive, migliorare l'appropriatezza delle richieste e sostenere decisioni organizzative fondate su dati oggettivi.

Nel complesso, le innovazioni introdotte sul patient flow hanno avuto l'obiettivo di trasformare il Pronto Soccorso da sistema prevalentemente reattivo a sistema maggiormente governato, misurabile e orientato alla riduzione dei tempi non necessari.

3. Miglioramento dei percorsi clinico-assistenziali e crescita professionale

Il terzo asse di innovazione ha riguardato il miglioramento dei percorsi clinico-assistenziali e la crescita professionale degli operatori, con particolare riferimento alla gestione dei pazienti fragili, complessi e tempo-dipendenti.

Nel corso del 2025 sono stati sviluppati e consolidati percorsi dedicati alla presa in carico del paziente fragile, anziano, disabile o con bisogni assistenziali complessi. L'obiettivo è stato quello di superare una gestione episodica dell'accesso in Pronto Soccorso, favorendo invece una presa in carico più integrata con la rete territoriale, i servizi sociali, la Centrale Operativa Territoriale, gli Infermieri di Famiglia e Comunità e gli eventuali setting assistenziali intermedi.

Particolare attenzione è stata posta alle dimissioni protette e alla possibilità di attivare dal Pronto Soccorso percorsi assistenziali alternativi al ricovero ordinario, nei casi in cui il paziente, pur non necessitando di degenza ospedaliera, richieda continuità assistenziale, monitoraggio o supporto domiciliare.

Sono stati inoltre rafforzati i percorsi relativi al paziente settico e al paziente con shock settico, con attenzione alla tempestività del riconoscimento, all'avvio precoce del trattamento, alla corretta stratificazione della gravità e all'integrazione con i reparti di destinazione e con le consulenze specialistiche.

Il miglioramento dei percorsi ha interessato anche altre condizioni cliniche ad alta rilevanza per il Pronto Soccorso, tra cui il paziente critico, il trauma, la sincope, i

pazienti con bisogni internistici complessi e i pazienti destinati a Osservazione Breve Intensiva o Medicina d'Urgenza.

In particolare, il lavoro sui percorsi ha avuto l'obiettivo di:

- ridurre la variabilità professionale nella gestione clinica;
- migliorare la tracciabilità delle decisioni;
- favorire una più corretta stratificazione del rischio;
- rendere più appropriata la destinazione del paziente;
- rafforzare il ruolo dell'OBI e della Medicina d'Urgenza come aree decisionali avanzate;
- migliorare l'integrazione tra Pronto Soccorso, specialisti, reparti e territorio.

A supporto di queste innovazioni è stato dato rilievo anche alla crescita professionale degli operatori, attraverso momenti di confronto, audit clinici, riunioni multiprofessionali, formazione sul campo e revisione condivisa dei casi complessi.

Il miglioramento professionale non è stato inteso solo come aggiornamento tecnico, ma come sviluppo di una cultura organizzativa comune, orientata alla sicurezza clinica, alla responsabilità dei percorsi, alla comunicazione interna e alla capacità di lavorare in équipe.

Questa linea di intervento ha consentito di rafforzare il Pronto Soccorso non solo come luogo di risposta all'urgenza, ma come nodo clinico-organizzativo centrale nella gestione del paziente acuto, fragile e complesso.

Conclusioni

Le innovazioni prodotte nel Pronto Soccorso nel corso del 2025 si sono sviluppate lungo tre direttrici principali: il rafforzamento del personale medico e dell'integrazione PS/AAT, il miglioramento del patient flow attraverso strumenti organizzativi e digitali, e la crescita dei percorsi clinico-assistenziali rivolti ai pazienti più complessi e fragili.

Il lavoro svolto ha permesso di avviare un processo di trasformazione del Pronto Soccorso verso un modello più integrato, misurabile, comunicativo e orientato alla sicurezza del paziente.

In particolare, il 2025 ha rappresentato un anno di consolidamento e innovazione, nel quale il Pronto Soccorso ha iniziato a dotarsi di strumenti più evoluti per governare la complessità: dalla programmazione delle risorse professionali alla gestione dei flussi, dalla comunicazione con pazienti e familiari alla revisione dei percorsi clinici, dalla presa in carico del paziente fragile alla riduzione dei tempi di processo.

Tali innovazioni costituiscono una base strategica per il proseguimento del lavoro nel 2026, con l'obiettivo di rendere il Pronto Soccorso sempre più sicuro, accessibile, integrato e capace di rispondere in modo appropriato alla crescente complessità clinica, organizzativa e sociale dell'emergenza-urgenza.

Attività di donazione di organi e tessuti

Si riportano di seguito le attività condotte nel 2025:

DONAZIONE DI ORGANI DA CADAVERE A CUORE BATTENTE: gli obiettivi regionali fissati per la donazione da cadavere a cuore battente sono stati quasi completamente raggiunti nell'anno 2025, nel senso che l'obiettivo A1 (accertamenti di morte con criteri neurologici/decessi con neurolesioni in terapia intensiva) è stato raggiunto, mentre l'A2 (accertamenti di morte con criteri neurologici/decessi con neurolesioni in ospedale) non completamente (14% anziché 15%), ma sicuramente si è visto un miglioramento rispetto al 2024 (12%), grazie alla continua sorveglianza del personale del COP verso i pazienti neurolesi ricoverati in S.C. diverse dalla Terapia Intensiva (soprattutto Pronto Soccorso e Neurologia) e alla collaborazione con il personale dei reparti sensibili; a tal fine è stato sollecitato il rispetto del PDTA aziendale del neuroleso, con un buon avvicinamento all'obiettivo regionale A5 fissato al 90% (numero di valutazioni da parte dell'anestesista/personale COP su pz neurolesi deceduti in ospedale con età uguale o inferiore a 85 anni); tale obiettivo è stato raggiunto per l'81 %, relativo al secondo semestre, dopo l'implementazione

DONAZIONE DI ORGANI DA CADAVERE A CUORE FERMO: nel 2025 sono stati effettuati 3 donazioni a cuore fermo controllato e segnalate altre 5, segno dell'attenzione nei confronti di questa procedura.

DONAZIONE MULTITESSUTO: l'obiettivo regionale fissato al 2% è stato raggiunto, considerando la donazione di tessuti dopo quella degli organi nei DCD controllati; non è stata attivata alcuna procedura multitessuto in pz deceduti che non hanno donato gli organi, per motivi organizzativi che stiamo cercando di risolvere con la Direzione Sanitaria e la Medicina Legale (problemi legati alle celle frigorifero spesso impegnate con salme e quindi non utilizzabili a scopo donativo; problemi legati alla mancata identificazione del potenziale donatore).

DONAZIONE DI CORNEE: l'obiettivo regionale fissato al 10% è stato ampiamente raggiunto (21%), pur tuttavia rimanendo critiche alcune realtà di reparto (soprattutto medicina e pronto soccorso).

DONAZIONE DI TESTE DI FEMORE: nel 2025 è stata aggiornata la procedura relativa alla donazione di teste di femore durante artroprotesi e ripresa l'attività di donazione dopo adeguata formazione a tutti gli operatori (dal 01 luglio per P.O. di Mantova e novembre per P.O. di Borgo Mantovano); nel 2025 non sono stati effettuati prelievi,

ma nel mese di febbraio l'attività è ripartita con alcune segnalazioni sia dal reparto di ortopedia di Mantova che Borgo Mantovano.

FORMAZIONE DEL PERSONALE SANITARIO E SENSIBILIZZAZIONE DELLA CITTADINANZA nel 2025 sono state effettuate:

- 6 edizioni del corso relativo alla donazione di organi e tessuti, rivolto al personale medico ed infermieristico dell'ASST di Mantova
- 5 edizioni, di cui 2 al P.O. di Borgo Mantovano, relative al processo di donazione di tessuto osseo da vivente, rivolte al personale del Blocco Operatorio, APO, Ortopedia reparto ed ambulatori
- incontri di presentazione delle varie procedure direttamente nei reparti, finalizzati ad ottimizzare il livello di sensibilizzazione e conoscenza
- 1 convegno dal titolo "SENZA DONAZIONE NON C'E' TRAPIANTO: UN PERCORSO IN EVOLUZIONE" rivolto a tutti gli operatori sanitari dell'ASST Mantova
- proseguimento della collaborazione all'interno del progetto "La Mia Vita in Te" rivolto agli studenti e insegnanti delle scuole superiori
- collaborazione con AIDO mediante partecipazione a serate informative e riunione annuale

Area Prevenzione

In riferimento agli obiettivi inerenti allo screening tumore della mammella (copertura screening mammografico fascia 50-69 biennio 2024-2025) e screening tumore del colon retto (copertura screening colon retto fascia 50-69 biennio 2024-2025) si attesta il raggiungimento del target. Per il tumore della cervice siamo in attesa dei dati validati da Regione sulle dashboard regionali.

Tali risultati sono stati favoriti anche da attività di comunicazione che hanno riguardato l'attivazione di infopoint presso i presidi ospedalieri in luoghi strategici (sale d'attesa, CUP) presso i quali gli utenti hanno avuto l'opportunità di ricevere informazioni riguardo gli screening oncologici compilando uno specifico modulo. Le schede raccolte venivano periodicamente inoltrare ad ATS per la verifica delle singole posizioni.

Un'ulteriore iniziativa realizzata nel corso del 2025, nell'ambito delle attività di prevenzione del tumore del colon-retto, ha previsto la somministrazione di un

questionario sugli stili di vita ai cittadini presenti nelle sale d'attesa dei servizi di Endoscopia e Radiologia, sedi in cui sono attivi i programmi di screening. Il questionario è stato proposto a tutti i cittadini presenti e non esclusivamente agli utenti già coinvolti nei percorsi di screening, con l'obiettivo di raccogliere informazioni utili alla promozione di comportamenti favorevoli alla salute e alla prevenzione oncologica.

I dati raccolti sono stati successivamente elaborati dalla nutrizionista dell'ATS e costituiscono la base di una presentazione che viene proposta annualmente, generalmente nel mese di novembre, attraverso un incontro in videoconferenza rivolto ai cittadini che, in occasione dello screening, hanno fornito il proprio indirizzo e-mail. Durante l'incontro, la nutrizionista promuove l'adozione di corretti stili alimentari per tutta la famiglia e fornisce indicazioni pratiche per una corretta lettura e interpretazione delle etichette nutrizionali presenti sulle confezioni degli alimenti.

Garanzia dei L.E.A.

Durante l'anno 2025 si è provveduto al monitoraggio degli indicatori del sistema NSG ministeriale scelti come target ASST. In particolare, gli indicatori fanno riferimento all'area ospedaliera, distrettuale e dell'area della prevenzione

Nell'area ospedaliera gli indicatori monitorati sono:

Descrizione Obiettivo	Indicatore
Raggiungimento target NSG - Area Ospedaliera	H02Z: Quota di interventi per tumore maligno della mammella in reparti con volume di attività superiore a 150 (10% tolleranza) interventi annui
Raggiungimento target NSG - Area Ospedaliera	H03C: Proporzione di nuovo intervento di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella
Raggiungimento target NSG - Area Ospedaliera	H05Z: Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza postoperatoria inferiore a 3 giorni
Raggiungimento target NSG - Area Ospedaliera	H13C: Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario

Raggiungimento target NSG - Area Ospedaliera	H04Z: Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropri. e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropri. in regime ordinario
Raggiungimento target NSG - Area Ospedaliera	H17C: Percentuale parti cesarei primari in maternità di I livello o comunque con <1.000 parti
Raggiungimento target NSG - Area Ospedaliera	H18C: Percentuale parti cesarei primari in maternità di II livello o comunque con >=1.000 parti
Raggiungimento target NSG - Area Ospedaliera	H23C: Mortalità a 30 giorni dal primo ricovero per ictus ischemico
Raggiungimento target NSG - Area Ospedaliera	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)
Raggiungimento target NSG - Area Ospedaliera	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

La performance ottenuta è stata nel complesso positiva, si è visto come per tutti gli indicatori si sia registrato una tendenza migliorativa rispetto all'anno precedente condizione valutata positivamente anche da parte di Regione. Nello specifico per gli indicatori h02z, h04z, h17c, h18c, d02c il risultato ha raggiunto pienamente il target regionale. La tendenza in crescita è un segnale importante poiché segno oggettivo di efficientamento, orientamento al miglioramento continuo e appropriatezza nei percorsi clinico assistenziali.

Nell'area distrettuale, ASST era impegnata sui seguenti indicatori:

Descrizione Obiettivo	Indicatore
Raggiungimento target NSG - Area Distrettuale	D22Z: Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA 1, CIA 2 e CIA 3)* 1.000 abitanti

Raggiungimento target NSG - Area Distrettuale	D14C: Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antibiotici a. Sono considerati i seguenti farmaci: Classe ATC J01 b. Con riferimento al flusso Distribuzione diretta e per conto (DM 31 luglio 2007) sono esclusi gli anonimi
Raggiungimento target NSG - Area Distrettuale	D30Z: Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore
Raggiungimento target NSG - Area Distrettuale	D27C: N. ricoveri ripetuti in SPDC tra 8 e 30 gg / n. ricoveri totali
Monitoraggio raggiungimento target NSG - Area Distrettuale	D10Z: Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B
Raggiungimento target NSG - Area Distrettuale	D03C: Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età adulta (≥ 18 anni) per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, BPCO e scompenso cardiaco
Raggiungimento target NSG - Area Distrettuale	D04C: Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite

La performance ottenuta è stata nel complesso positiva, nello specifico per gli indicatori d14c, d27c, d03c, d04c il risultato ha raggiunto pienamente il target regionale. Si sono registrate delle criticità sull'indicatore d10z che però, pur non raggiungendo il target regionale, ha visto un miglioramento rispetto al 2024. Ambito di miglioramento si evidenzia per l'indicatore d22z per il quale nel corso del 2026 si attiveranno delle specifiche azioni di miglioramento.

Nell'area della prevenzione, ASST era impegnata sui seguenti indicatori:

Descrizione Obiettivo	Indicatore
Raggiungimento target NSG - Area Prevenzione	P01C: Esavalente dose 3, coorte 2023

Raggiungimento target NSG - Area Prevenzione	P02C: MPR dose 1, coorte 2023
Raggiungimento target NSG - Area Prevenzione	P15CA: Copertura screening oncologici [CERVICE UTERINA PAP TEST ESTENSIONE] rappresenta la quota di popolazione residente ed elegibile di ATS/ASST che ha effettuato il test di screening oncologico nel programma organizzato
Raggiungimento target NSG - Area Prevenzione	P15CA: Copertura screening oncologici [CERVICE UTERINA HPV TEST ESTENSIONE] rappresenta la quota di popolazione residente ed elegibile di ATS/ASST che ha effettuato il test di screening oncologico nel programma organizzato
Raggiungimento target NSG - Area Prevenzione	P15CB: Copertura screening oncologici [MAMMELLA] rappresenta la quota di popolazione residente ed elegibile di ATS/ASST che ha effettuato il test di screening oncologico nel programma organizzato
Raggiungimento target NSG - Area Prevenzione	P15CC: Copertura screening oncologici [COLON RETTO] rappresenta la quota di popolazione residente ed elegibile di ATS/ASST che ha effettuato il test di screening oncologico nel programma organizzato

La performance ottenuta è stata nel complesso positiva, sostanzialmente per tutti gli indicatori si è registrato un trend di miglioramento.

Indirizzi di Programmazione Anno 2025

Le azioni previste dai documenti di programmazione sono state tutte presidiate e i risultati, con particolare attenzione alle scadenze per il rispetto del PNRR, sono state rispettate.

E 'stato istituito un impianto di monitoraggio, su disposizione del Direttore Generale si sono definiti i referenti di ogni area di competenza ed è stata istituita una Cabina di regia con il compito principale di monitorare sistematicamente gli obiettivi strategici aziendali declinati sia internamente che a livello Regionale. Si è provveduto alla

creazione di cruscotti di monitoraggio e riunioni periodiche che hanno permesso di mantenere il sistema sotto controllo.

Sul versante delle attività relative ai progetti PNRR, rispetto alla riclassificazione delle Strutture ospedaliere si è così provveduto:

Realizzazione Case di Comunità - Ospedali di Comunità - Centrali Operative Territoriali

Nel corso del 2025 sono proseguite e terminate molte delle attività necessarie per il completamento dell'iter di attivazione di COT, Ospedali di Comunità e Case di Comunità, tali attività, in alcuni casi, hanno visto la completa ultimazione nel primo semestre del 2026.

Si riportano di seguito le Centrali Operative Territoriali attive:

- CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE DI MANTOVA
- CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE DI SUZZARA
- CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE DI ASOLA
- CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE DI QUISTELLO
- CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE DI VIADANA
- CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE DI CASTIGLIONE DELLE STIVIERE
- CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE DI GOITO

Si riportano di seguito le Case della Comunità (PNRR - M6C1-1.1 Case della comunità e presa in carico della persona) attive:

- CDC GOITO
- CDC SUZZARA
- CDC ASOLA
- CDC SERMIDE (attività in fase di completamento)
- CDC QUISTELLO
- CDC VIADANA
- CDC MANTOVA
- CDC CASTIGLIONE
- CDC BOZZOLO

Si riportano di seguito gli Ospedali di Comunità (PNRR - M6C1-1.3 Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle strutture) attivi (per alcuni di questi la piena operatività è stata raggiunta nei primi mesi del 2026):

- ODC BOZZOLO (avvio effettivo nel primo quadrimestre 2026)
- ODC BORGO MANTOVANO
- ODC VIADANA (avvio effettivo nel primo quadrimestre 2026)
- ODC MANTOVA (avvio effettivo nel primo quadrimestre 2026)
- ODC ASOLA

Obiettivo trasparenza e anticorruzione

Come previsto dalla normativa di riferimento, l'attività di prevenzione della corruzione e della trasparenza è stata pianificata nella sezione "Rischi corruttivi e trasparenza" del Piano Integrato di Attività e Organizzazione 2025-2027 dell'ASST di Mantova, adottato in data 31 gennaio 2025 con Decreto n. 110.

I Responsabili dei processi mappati, in quanto a maggior rischio, hanno partecipato al monitoraggio dell'attuazione e dell'efficacia delle misure specifiche e generali predisposte. Gli esiti sono stati rendicontati al 30/06/2025 e al 15/11/2025.

Il Direttore della Struttura Gestione e Sviluppo Risorse Umane si è fatto carico, altresì, di riportare alla RPCT una ricognizione dei procedimenti disciplinari attivati nel corso dell'intero anno 2025 poiché la propria Struttura, garantendo la funzione di segreteria, dispone della banca dati dell'attività degli UPD di tutte le aree.

La relazione dà conto delle infrazioni contestate, del profilo professionale del soggetto interessato, nonché del relativo esito.

Nessuno procedimento disciplinare è stato attivato per eventi lato sensu corruttivi.

Misure specifiche

Le "misure specifiche" definite nelle "Schede di valutazione e trattamento del rischio" sono state attuate.

Misure generali

Le misure generali programmate risultano anch'esse attuate.

I Responsabili dei processi monitorati non hanno rilevato criticità.

Tutela di chi segnala illeciti (Whistleblowing)

È pervenuta una segnalazione. La RPCT ha effettuato le dovute verifiche che non hanno confermato quanto segnalato. A titolo precauzionale è stata attivata una

procedura interna finalizzata ad escludere che si potesse realizzare la condotta segnalata.

Il segnalante ha effettuato una seconda segnalazione, non confermata dalle verifiche eseguite, a seguito della quale sono state rafforzate le misure preventive.

Trasparenza

La RPCT ha effettuato il monitoraggio sulla totalità degli obblighi di pubblicazione nel periodo marzo - aprile dell'anno 2025.

Il Nucleo di Valutazione ha effettuato la verifica sulla completezza, l'aggiornamento e l'apertura del formato di ciascun documento, dato ed informazione elencato nella scheda verifiche della delibera ANAC n. 195/2025 e, in data 27 giugno 2025, ha rilasciato il documento di attestazione pubblicato nella sezione "Amministrazione trasparente - controlli e rilievi sull'amministrazione - OIV/NV" del sito web aziendale. Il 24 novembre 2025 è stato effettuato un secondo monitoraggio in quanto per la sotto-sezione "Bandi di gara e contratti - fase di affidamento, pari opportunità e inclusione lavorativa e fase esecutiva, pari opportunità e inclusione lavorativa" i dati risultavano caricati solo in buona parte (range di 67-99%).

A seguito del secondo monitoraggio è stata rilasciata l'attestazione dell'assolvimento al 100% di tutti gli obblighi di pubblicazione.

La RPCT ha raccolto, altresì, l'attestazione scritta dei Responsabili in ordine al corretto e completo assolvimento degli obblighi di pubblicazione al 30 giugno e al 15 novembre 2025.

Visita Ispettiva dell'A.N.AC. nei giorni 26-27-28 novembre 2025 da parte di un gruppo ispettivo inviato dal Presidente dell'ANAC (decreto prot. n. 132716 del 13.11.2024).

L'Autorità Nazionale Anticorruzione in data 30 luglio 2025 ha trasmesso la Delibera n. 288/2025 del 23 luglio 2025 con la quale il Consiglio ha definito le criticità rilevate a seguito della visita ispettiva del 26 novembre 2024. L'ASST con nota prot. 50080 del 29/08/2025 ha comunicato all'Autorità le determinazioni che, su indicazione e stimolo della Direzione Strategica, sono state assunte per superare le criticità emerse.

4 DIMENSIONE DELL'EFFICIENZA

In termini di fatturato la produzione complessiva degenza per il 2025 è risultata in leggero decremento rispetto al 2024 in relazione ad una diminuzione dei dimessi rispetto all'anno precedente. Questo in parte dovuto anche al passaggio di alcune procedure nel setting ambulatoriale oltre alla transizione dei Sub acuti di Borgo

Mantovano in Ospedale di Comunità.

Si sottolinea però un importante rafforzamento dell'attività robotica che ha interessato le specialità di Chirurgia Generale, Ginecologia, Chirurgia Toracica e Urologia.

Interventi in robotica:

SPECIALITA'/ANNO	2024	2025
CHIRURGIA GENERALE	102	176
GINECOLOGIA	56	112
CHIRURGIA TORACICA	11	5
UROLOGIA	166	161
TOTALE	335	454

Oltre al rafforzamento delle alte specialità come la Neurochirurgia, Cardiochirurgia, Cardiologia nella sua totalità (cardio emodinamica, Cardiologia Mantova, Cardiologia Borgo Mantovano, UCC), l'Ortopedia, l'Otorinolaringoiatria e la Senologia (Breast Unit).

Confronto attività Neurochirurgia

SPECIALITA'	2024	2025
NEUROCHIRURGIA		
casi	523	674
valorizzazione	4.152.997 €	4.739.316 €

Confronto attività Cardiochirurgia

SPECIALITA'	2024	2025
CARDIOCHIRURGIA MANTOVA		
casi	295	319
valorizzazione	6.402.102 €	7.002.907 €

Confronto attività Cardiologia

SPECIALITA'	2024	2025
CARDIOLOGIA EMODINAMICA		
casi		144
valorizzazione		499.755 €
CARDIOLOGIA MANTOVA		
casi	2057	1892
valorizzazione	14.926.375 €	14.615.592 €
CARDIOLOGIA PIEVE		
casi	239	357
valorizzazione	1.376.368 €	2.141.542 €
UNITA' CORONARICA MANTOVA		
casi	19	22
valorizzazione	158.542 €	168.932 €
casi totale	2315	2415
valorizzazione totale	16.461.285 €	17.425.821 €

Confronto attività Ortopedia

SPECIALITA'	2024	2025
ORTOPEDIA MANTOVA		
casi	1027	1056
valorizzazione	5.826.063 €	5.980.780 €
ORTOPEDIA PIEVE		
casi	349	369
valorizzazione	2.188.503 €	2.266.499 €
ORTOPEDIA D.H. ASOLA		
casi	224	261
valorizzazione	433.284 €	489.237 €
ORTOPEDIA D.O. ASOLA		
casi	26	46
valorizzazione	60.091 €	104.542 €
casi totale	1626	1732
valorizzazione totale	8.507.941 €	8.841.058 €

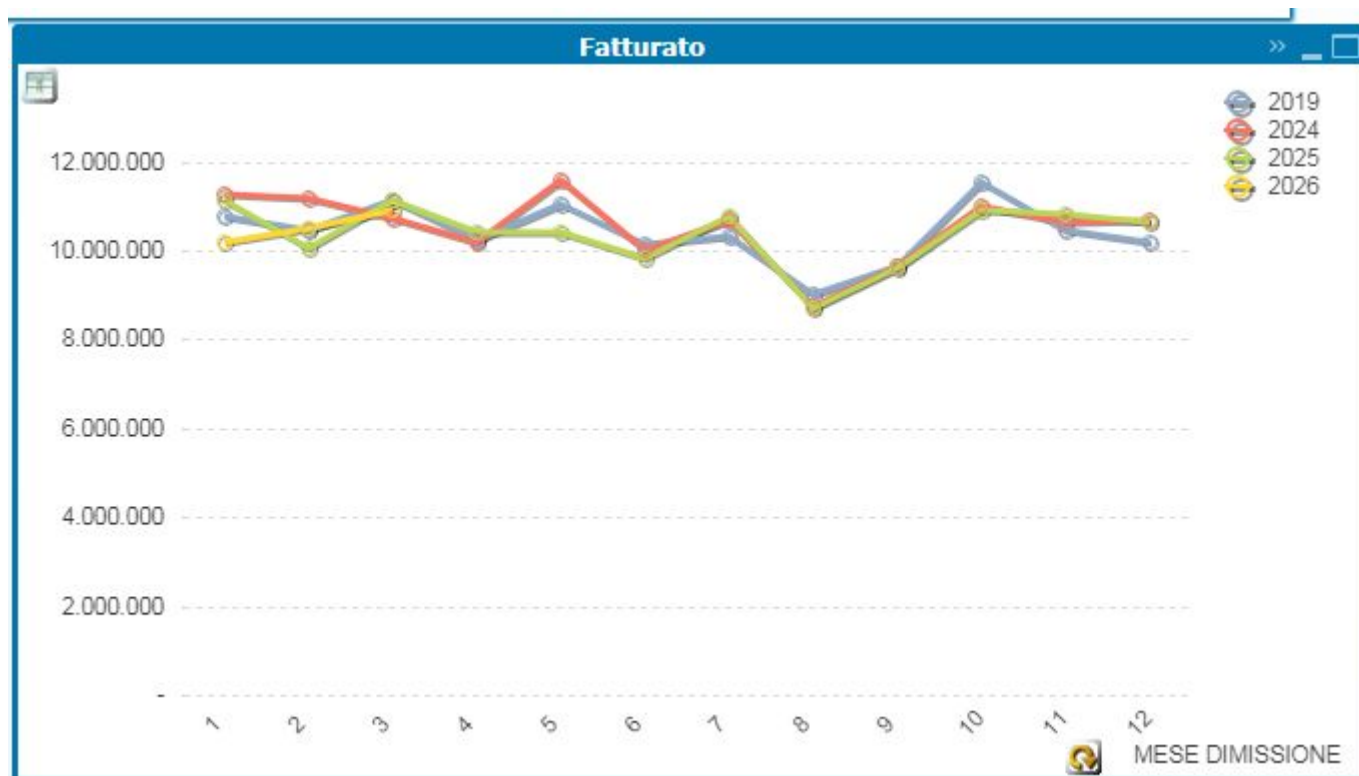
Confronto attività Otorinolaringoiatria

SPECIALITA'	2024	2025
OTORINOLARINGOIATRIA MANTOVA		
casi	582	602
valorizzazione	1.399.313 €	1.472.566 €

Confronto attività Senologia

SPECIALITA'	2024	2025
CHIRURGIA SENOLOGICA D.O. MANTOVA		
casi	360	362
valorizzazione	1.164.947,00 €	1.219.982,00 €
CHIRURGIA SENOLOGICA DH MANTOVA		
casi	274	309
valorizzazione	481.277,00 €	515.435,00 €

Si riporta di seguito l'andamento per mese e anno del fatturato per i ricoveri



L'andamento del fatturato ambulatoriale ha presentato un trend di consolidamento, evidenziando un leggero scostamento negativo in termini di volume erogato rispetto all'anno 2024. Il volume di attività ambulatoriale, per tutto l'anno 2025, è stato mantenuto sia grazie alle azioni di efficientamento organizzativo, sia attraverso le azioni intraprese con le risorse aggiuntive volte da un lato al raggiungimento dei target di volume assegnati da Regione e dall'altro migliorare le percentuali di prestazioni erogate entro soglia rispetto alla classe di priorità per le prestazioni PNGLA.

Rispetto all'attività ambulatoriale nel corso del 2025 sono state attivate diverse azioni volte al miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva coinvolgendo direttamente sia Medici Ospedalieri che MAP e PLS, su tale tematica si è implementato un monitoraggio rispetto ad alcuni indicatori relativi alla quantità di prescrizioni fatte per classe di priorità U, B, D e P.

Nel corso del 2025 si è consolidata l'attività dell'Ospedale di Comunità di Borgo Mantovano e dell'Ospedale di Comunità di Asola e sono stati implementati i processi di attivazione degli Ospedali di Comunità di Viadana, Bozzolo e Mantova.

Attività Ospedali di Comunità:

SINTESI				
COMPETENZA_ANNO	PRESIDIO	QUANTITA_CASI	TARIFFA	GG_DEG_TOTALI
2025	030725992024 - OSPEDALE DI COMUNITA DI BORGO MANTOVANO	296	481.435	3145
	030725992006 - ODC OSPEDALE DI COMUNITA DI ASOLA	121	472.888	3334

Complessivamente il fatturato aziendale, nei vari settori, ha fornito i seguenti dati rispetto agli accordi di fornitura stipulati con ATS:

PRODUZIONE	PRODUZIONE ATTESA (CONTRATTO) - euro	PRODUZIONE RENDICONTATA 2025 - euro
RICOVERI	123.000.000	122.285.062
AMBULATORIALE (escluso screening)	62.000.000	63.397.325
SUBACUTI	1.964.906	1.893.390
NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	2.572.301	1.637.630 (+ progetti specifici: 971.404)
ASSISTENZA DOMICILARE IINTEGRATA	467.891	567.515
PSICHIATRIA	11.253.360	12.153.723 (+ progetti specifici: 620.874)
CURE PALIATIVE	3.153.830	2.984.999
OSPEDALI DI COMUNITA'	1.597.422	954.323

Nel complesso il risultato osservato rispetto alla produzione attesa da Contratto con ATS descrive i seguenti risultati:

- Produzione degenza: si registra una produzione lievemente sotto il valore contrattualizzato
- Ambulatoriale: la produzione, già da anni in incremento, mostra un valore superiore a quanto contrattualizzato
- Subacuti: questo setting risulta come valorizzato inferiore al contratto in quanto nel corso del 2025 c'è stata la transizione delle attività di sub acuto di Borgo Mantovano nell'Ospedale di Comunità e quindi all'interno di un differente budget di finanziamento
- Territorio (ADI e CP): in questo ambito hanno trovato spazio e sviluppo azioni di strategia gestionale sulla fragilità e l'attività dell'infermiere di comunità.
- Produzione ODC: si registra una produzione inferiore rispetto al budget questo in parte al necessario sviluppo e consolidamento del nuovo setting di assistenza

5.DIMENSIONE DELLA QUALITA' DEI PROCESSI ORGANIZZATIVI

PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE CRONICO, POLIPATOLOGICO E FRAGILE

Sviluppo dei processi di presa in carico del paziente cronico

La DGR n. XII/1827 del 31 Gennaio 2024 “Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione del SSR per l’anno 2024” (Regole 2024) ha confermato la rilevanza dell’arruolamento proattivo da parte del Medico di Medicina Generale (MMG) verso i propri assistiti, della valutazione clinica del paziente, della garanzia dell’aderenza terapeutica tramite la pianificazione delle prestazioni e del corretto supporto ai cittadini cronici e fragili che richiedono continuità nell’azione di prevenzione e cura. Viene altresì ribadito che il soggetto centrale della presa in carico dei pazienti cronici debba essere il MMG, al quale compete l’arruolamento proattivo dei pazienti cronici e/o fragili, sulla base del rapporto di fiducia tra medico e paziente assistiti, e la stesura del (PAI).

Con la DGR n. XII/2755 del 15/07/2024 “Evoluzione del percorso di presa in carico del paziente cronico e/o fragile in attuazione della DGR n. XII/1827 del 31 Gennaio 2024” al fine di dare nuovo impulso al percorso di presa in carico dei pazienti cronici e/o fragile, vengono declinati gli obiettivi a livello del singolo MMG, delle Aggregazione Funzionale Territoriale (AFT) di MMG e delle ASST, volti al raggiungimento della presa in carico di almeno il 15% dei pazienti cronici sul totale del numero di assistiti cronici di competenza. L’obiettivo è stato successivamente rimodulato sull’ultimo trimestre.

L’ASST di Mantova ha quindi costituito un Organismo Aziendale per lo sviluppo della Presa in Carico del Paziente Cronico (PIC)

Il gruppo si è incontrato periodicamente per valutare le strategie per informare e coinvolgere i MMG nell’attuazione di questo percorso (riunioni con MMG e AFT sia a livello aziendale che per singolo distretto, comunicazioni scritte con aggiornamenti rispetto al numero di pazienti presi in carico, monitorati attraverso la Dashboard messa a disposizione da Regione).

Gli MMG aderenti ad una Cooperativa, aventi quindi a disposizione una piattaforma informatica per la redazione del PAI, hanno nell’ultimo trimestre del 2024 incrementato significativamente il numero di pazienti cronici presi in carico, tanto concorrere al raggiungimento dell’obiettivo specifico per l’ASST di Mantova (fonte dashboard Tableau Server di Aria).

In ragione del ritardo della messa a disposizione della funzionalità necessarie alla predisposizione e gestione del PAI nell'ambito della piattaforma regionale della sanità territoriale (SGDT), per i Medici in forma singola non aderenti a Cooperativa, l'ASST Mantova, come da indicazioni regionali, ha continuato ad assicurare la continuità del percorso per i pazienti in carico e per nuovi pazienti che ne fanno richiesta, rappresentati prevalentemente da pazienti complessi e polipatologici.

Nel corso del 2025 sono stati calendarizzati incontri del Gruppo Aziendale della PIC per monitorare l'andamento della presa in carico da parte degli MMG ed individuare modalità di supporto per incentivare gli MMG alla compilazione dei PAI sulla piattaforma SGDT.

A livello distrettuale ogni Direttore di Distretto ha organizzato incontri con le AFT e/o con i singoli medici per incentivarne l'adesione, alla pari il Dipartimento di Cure Primarie ha inviato comunicazioni tramite email e fatto colloqui con i singoli MMG sia aderenti che non aderenti a cooperativa.

Nell'ambito del Corso di formazione triennale per Medici di Medicina Generale sono state organizzate lezioni sull'utilizzo di SGDT per la compilazione dei PAI dei pazienti cronici. Sono stati inoltre organizzati incontri per la compilazione dei PAI presso il SIA per agevolare l'uso della piattaforma SGDT per MMG non aderenti a cooperativa.

Presso la COT di Mantova è stato strutturato un percorso dedicato alla PIC per agevolare ulteriormente i MMG non aderenti a cooperativa, in linea con le indicazioni della DGR N° XII / 2588 Seduta del 21/06/2024 che prevede che la Centrale Operativa Territoriale svolga una funzione di supporto in back office al coordinamento della presa in carico di assistiti fragili e cronici e di raccordo tra i professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali.

Parallelamente il Centro Servizi di ASST Mantova ha proseguito la sua attività nella presa in carico dei pazienti assistiti dai MAP che non partecipano al modello, così come disposto dalla DGR n. XII/2755/24 e ribadito agli Enti erogatori PIC con nota Protocollo G1.2024.0036023 del 24/09/2024 al fine di assicurare la continuità del percorso per i pazienti già presi in carico fintanto che non sarà avviata la presa in carico da parte del MMG/PLS

SVILUPPO DI ATTIVITÀ DI PROMOZIONE DELLA SALUTE

La Promozione della Salute di ASST Mantova opera secondo una logica di intersectorialità, prossimità ai cittadini e collaborazione strutturata con enti locali, istituzioni scolastiche, associazioni di categoria e luoghi di lavoro. L'obiettivo è contribuire al miglioramento complessivo del benessere della popolazione mantovana, attraverso interventi coordinati nei diversi setting: popolazione generale, scuole, contesti di attività fisica, luoghi di lavoro.

1. Setting Popolazione

Nel 2025 ASST Mantova sviluppa un insieme di iniziative territoriali orientate alla prevenzione oncologica, alla riduzione dei fattori di rischio, al contrasto del fumo e alla promozione delle vaccinazioni.

- Promozione della salute in prevenzione oncologica (09–12/2025): un programma diffuso su tutto il territorio mantovano, volto a incrementare l'adesione informata agli screening oncologici e a promuovere comportamenti protettivi. L'iniziativa ha previsto attività educative, strumenti informativi e ingaggio comunitario ed è stata realizzata con l'impegno e la professionalità degli operatori sanitari sul territorio.

- Giornata Mondiale contro il Fumo (04/2025): un appuntamento annuale per sensibilizzare cittadini e famiglie sui danni derivanti dal tabagismo e sulle opportunità di percorsi di cessazione attivi sul territorio. Incontro divulgativo e informativo dei servizi di ASST Mantova tenutosi in CdC di Mantova – Via Trento.

- Festival del Libro e della Cultura Sportiva (11/2025): ASST contribuisce alla promozione dell'attività fisica e sostiene i Gruppi di Cammino, portando evidenze sui benefici del movimento nella prevenzione delle malattie croniche.

- Giornata Nazionale dell'Albero (11/2025): un intervento che integra salute e ambiente, valorizzando il ruolo della natura come determinante di benessere psicofisico, per il territorio mantovano una ricchezza da custodire e utilizzare con cura e come cura.

- Promozione delle vaccinazioni nei pazienti fragili (10/2025): un'attività rivolta a categorie vulnerabili (over 65), realizzata in collaborazione con il mondo associativo per facilitare accesso, informazione e consapevolezza.

- Sorveglianza 0-2: attività di promozione della salute basate su osservazione, monitoraggio e intervento precoce dedicate ai bambini dalla nascita ai due anni, con l'obiettivo di garantire uno sviluppo sano e individuare tempestivamente eventuali criticità.

- Partecipazione del personale territoriale all'ingaggio agli screening (tutto il 2025): rafforzamento dell'alleanza tra operatori del mondo ATS ed ASST e comunità per migliorare l'adesione agli screening oncologici.
- Ambulatorio di primo livello per la cessazione dell'abitudine tabagica: un servizio clinico-educativo di prossimità per supportare i cittadini in percorsi strutturati di disassuefazione dal fumo iniziando da categorie accuratamente selezionate (punti nascita, malati cardiovascolari, partner della rete WHP).

2. Setting Scuole

Le scuole rappresentano un contesto privilegiato per la prevenzione e l'educazione alla salute. ASST Mantova opera come riferimento tecnico-istituzionale, supportando dirigenti, insegnanti, famiglie e studenti.

Le attività attive nel 2025 includono:

- Rete di scopo provinciale SPS (scuole che promuovono salute): coordinamento, indirizzo metodologico e monitoraggio delle progettualità in rete con istituti scolastici di ogni ordine e grado.
- Erogazione dei programmi scolastici regionali: interventi standardizzati approvati dalla Regione Lombardia e con solide basi scientifiche, focalizzati su life skills, educazione tra pari, corretti stili di vita, prevenzione delle dipendenze, benessere psicologico, educazione alimentare.
- Interventi per la presa in carico di situazioni di disagio e la prevenzione di comportamenti a rischio: presentazione dei servizi ASST e formazione mirata agli adolescenti su sicurezza, rischio, responsabilità in ambiti come lo sviluppo dell'affettività, della sessualità, la prevenzione delle malattie sessualmente trasmesse.
- Supporto e gestione del progetto "Farmaci a scuola": coordinamento con scuole, famiglie, servizi sanitari per garantire somministrazioni sicure e appropriate, con assistenza tecnica e protocolli condivisi.
- Contest "Quanto zucchero c'è": un'iniziativa di educazione alimentare rivolta agli studenti, con focus sul consumo di zuccheri e sulla lettura consapevole delle etichette sviluppata dopo l'attenta valutazione dei report epidemiologici relativi all'analisi di popolazione scolastica del nostro territorio.

3. Laboratorio Attività Fisica

Questo setting rappresenta un asse strategico di sviluppo per ASST Mantova. Il Laboratorio sostiene lo sviluppo di una rete provinciale che promuove l'attività fisica adattata e accessibile a tutte le fasce di popolazione.

Le principali attività sono:

- Incremento della rete delle Palestre della Salute: 21 palestre e 2 piscine, strutture che operano secondo criteri di qualità e sicurezza definiti dalla normativa regionale e con percorsi dedicati per persone con patologie croniche. L'azione del 2025 si è concentrata sull'Alto Mantovano.
- Incremento dei Gruppi di Cammino: 58 gruppi in 37 Comuni, uno strumento comunitario a basso costo, ad alto impatto, che favorisce socializzazione, attività fisica moderata e inclusione.
- Partecipazione alla formazione dei Walking Leader: supporto ad amministrazioni locali, associazioni e volontari per qualificare figure che guidano i gruppi di cammino in modo sicuro ed efficace.
- Ideazione di azione di equity nel supporto ad associazione di malati (AISM): creazione del gruppo di cammino di nordic walking in collaborazione ad altra associazione di malati parkinsoniani (Signora Parkinson).

4. Rete WHP

- Supporto ad ATS Val Padana nel reclutamento del Comune di Viadana (6 sedi): estensione della rete WHP al mondo delle amministrazioni pubbliche, con l'obiettivo di diffondere pratiche salutari tra dipendenti e cittadini.
- Supporto all'elaborazione di policy aziendali su fumo, alcol e comportamenti additivi alle aziende del territorio: interventi di consulenza per implementare regolamenti e azioni coerenti con le linee guida regionali e nazionali.
- Ambulatorio di primo livello per la cessazione dell'abitudine tabagica nei luoghi di lavoro.

Complessivamente, le attività illustrate rappresentano un **investimento sistemico nel benessere della popolazione mantovana**, coerente con gli indirizzi regionali e con la missione sociosanitaria di ASST Mantova. Lavorare su più setting parallelamente permette di incidere sui determinanti di salute con un approccio integrato, interprofessionale e vicino ai cittadini.

SERVIZIO INFERMIERI DI FAMIGLIA E COMUNITÀ

L'infermiere di famiglia e comunità (IFeC) è un professionista sanitario responsabile della gestione dei processi infermieristici in ambito comunitario. Attraverso la prossimità, la proattività e l'approccio multidisciplinare, promuove e facilita interventi orientati a garantire risposte eque ai bisogni di salute della popolazione di uno specifico ambito territoriale di riferimento; sostiene e coordina il percorso dell'assistito

attraverso l'informazione l'educazione e la promozione del self-care e la presa in carico proattiva, sviluppando un percorso assistenziale al fine di favorire, attraverso un lavoro di rete, l'integrazione tra la persona assistita, la sua famiglia e i diversi interlocutori e servizi presenti nel sistema territoriale (MMG/PLS, specialisti, servizi ambulatoriali e domiciliari, reparti di degenza, strutture socio sanitarie, semiresidenziali, domiciliari, servizi sociali comunali, associazione di volontariato ecc).

Organico

Con DGR XI/7758 del 28/12/2022, è prevista una dotazione organica di Infermieri di Famiglia e Comunità (sia per CDC che per la COT) per ASST Mantova di 87 unità; al 31/12/2025 l'organico comprende 71 unità, così suddivise:

Distretto Mantovano: n.28 COT E CdC Sede Mantova

Distretto Basso Mantovano: n. 16 (8 unità CdC/COT Suzzara e 8 CdC/COT Quistello)

Distretto Alto Mantovano: n.17 (6 unità CdC/COT Asola e 11 unità CdC/COT Goito e Castiglione)

Distretto oglio Po Casalasco Viadanese: n. 10 (7 unità CdC/COT Viadana e 3 unità CdC Bozzolo)

Formazione

Nell'anno 2025 sono stati programmati e attivati i seguenti percorsi formativi:

- CORSO IFEC Accademia Polis n°4 partecipanti (hanno discusso il project work in 3 poiché un IFeC si è licenziato nonostante avesse frequentato tutto il corso): lezioni frontali e 200 ore di tirocinio presso la rete di servizi interaziendali e ideazione e discussione di specifici project-work;
- la gestione degli accessi venosi centrali e periferici in ambito territoriale;
- la gestione delle lesioni cutanee negli ambulatori infermieristici di prossimità/case di comunità: presa in carico, trattamento e raccordo con la rete dei servizi;
- promozione sani stili di vita - approccio al tabagismo. Sono stati formati n°7 IFeC per la dissuefazione al tabagismo. Retraining per la realizzazione dell'ambulatorio antifumo di primo livello a gestione infermieristica;
- Aggiornamento per il nuovo portale SGDT;
- N°2 IFeC formati per la presa in carico territoriale dei pazienti con HIV in continuità con il reparto di Malattie Infettive del P.O. di Mantova;

- Formazione per comunicazione efficace quale strumento per favorire l'alleanza fra operatore sanitario, paziente complesso ed il suo contesto familiare;
- Gestione dei pazienti in carico seguiti dall'ADR del reparto di Pneumologia del P.O. di Mantova in ventilazione invasiva e non invasiva;
- Prevenzione e trattamento delle lesioni da pressione e presentazione e divulgazione della procedura aziendale PR01DAPSS;
- Corsi correlati all'assistenza come igiene delle mani;
- Formazione di telemedicina da remoto per utilizzo della IRT;
- BLS e PBLSD per chi era scaduto.

Campo d'azione e dati di attivita'

Le funzioni di competenza dell'IfeC spaziano dall'ambito preventivo/educativo all'ambito assistenziale e sono rivolte ai cittadini di qualsiasi età, sia nell'ottica di una presa in carico efficace dei soggetti cronici e fragili che richiedono un approccio clinico-assistenziale diverso dai tradizionali percorsi di cura, che nei confronti di soggetti sani attraverso attività proattive di prevenzione e promozione della salute.

L' IFeC interviene sostanzialmente in tre ambiti:

LIVELLO AMBULATORIALE: ambulatori dedicati presenti presso le CdC o ambulatori spoke ubicati in zone prive o carenti di servizi fungendo da punto di contatto di prossimità dove il cittadino può trovare orientamento e risposte ai suoi bisogni di salute, migliorando l'accesso e l'utilizzo dei servizi sanitari pubblici. L'ambulatorio è rivolto a persone deambulabili o facilmente trasportabili, che presentano bisogni di bassa/media intensità assistenziale o che necessitano di informazioni e orientamento alla rete dei servizi o di interventi educativi di self-care, promozione alla salute e sani stili di vita. L'attività ambulatoriale può prevedere l'utilizzo di strumenti per il monitoraggio a distanza e per la teleassistenza.

In ASST Mantova sono stati aperti n. 10 AMBULATORI INFERMIERISTICI gestiti direttamente dagli IfeC e vengono erogate due tipologie di prestazioni (come da PDTA PrS01PC01IfeC):

1. Prestazioni erogabili tariffabili per le quali si rende necessaria la prescrizione medica (Tariffario regionale del 01 agosto 2019), incluse nei livelli essenziali e all'assistenza di base (DPCM del 12 gennaio 2017)
2. Prestazioni non tariffabili quali valutazione dei bisogni, educazione sanitaria, addestramento utilizzo device, informazioni ed attivazione dei servizi territoriali disponibili, informazioni di carattere sanitario ed assistenziale

Distretto	Sede e indirizzo	tel	Orario apertura*	Mail
Alto Mantovano	Casaloldo Piazza Matteotti 1	0376435784	Lunedì e venerdì dalle 8:30 alle 9:30	infermierifamiglia.asola@asst-mantova.it
Basso Mantovano	c/o CdC Suzzara Via Cadorna, 2 Piano terra	0376435416	martedì dalle 8:30 alle 10:30	infermierifamiglia.suzzara@asst-mantova.it
	Pegognaga Via Donatori del sangue, 10	0376435416	lunedì e mercoledì dalle 8:30 alle 10:00	ambulatorioinfermieri.pegognaga@asst-mantova.it
	c/o CdC Quistello Via Bettini, 1	0376435904	giovedì dalle 10:30 alle 12:00	infermierifamiglia.quistello@asst-mantova.it
Mantovano	Mantova - Lunetta Viale Lombardia 18	0376201418	Su appuntamento	infermierifamiglia.mantova@asst-mantova.it
	c/o CdC Mantova Via Trento, 6	0376464435	Martedì e Venerdì dalle 14:30 alle 16:30	infermierifamiglia.mantova@asst-mantova.it
	Borgo Virgilio Via Falcone, 1	0376201839	Martedì e venerdì dalle 9:00 alle 11:00	infermierifamiglia.mantova@asst-mantova.it
	Roncoferraro L.go Nuvolari, 4	0376464435	Lune, Mercol e Ven dalle 10:00 alle 12:00	infermierifamiglia.mantova@asst-mantova.it
Casalasco-Viadanese	Campitello Via Rossini, 1	0376909384	Mercoledì dalle 8:30 alle 10:00	infermierifamiglia.bozzolo@asst-mantova.it
	Viadana L.go De Gasperi	0376435873	Lunedì dalle 13:00 alle 14:00 Giovedì dalle 8:30 alle 9:30	infermierifamiglia.viadana@asst-mantova.it

Dati prestazioni ambulatori infermieristici anno 2025 fonte sistema di reporting aziendale:

Distretto Basso Mantovano	1.087
IFEQU-Ambulatorio Infermieristico CDC Quistello	484
5170S43 - AMBULATORI IFEC QUISTELLO	484
IFESU-Ambulatorio Infermieristico CDC Suzzara	603
5169S95 - AMBULATORI IFEC SUZZARA	0
5701S57 - AMBULATORIO INFERMIERE DI FAMIGLIA PEGOGNAGA	603
Distretto Mantovano	635
IFEMN-Ambulatorio Infermieristico CDC Mantova	635
5147S50 - AMBULATORI IFEC VIA TRENTO	109
5150S51 - AMBULATORI IFEC RONCOFERRARO	378
5601S56 - AMBULATORIO INFERMIERE DI FAMIGLIA LUNETTA	30
5901S59 - AMBULATORIO INFERMIERE DI FAMIGLIA BORGIO VIRGILIO	118
Distretto Oglio Po Casalasco Viadanese	1.598
IFEBO-Ambulatorio Infermieristico CDC Bozzolo	602
2180S20 - AMBULATORIO IFEC CAMPITELLO	602
IFEVI-Ambulatorio Infermieristico CDC Viadana	996
5152S81 - AMBULATORI IFEC VIADANA	996
Totale complessivo	3.363

- **LIVELLO DOMICILIARE:** rivolto a persone con patologie croniche e/o con fragilità e con difficoltà ad accedere ai servizi ambulatoriali, che necessitano di una valutazione dei bisogni assistenziali, orientamento, accompagnamento e attivazione della rete dei servizi socio-sanitari, attività di counseling per la promozione di comportamenti positivi, al fine di favorire la partecipazione e la responsabilizzazione individuale e familiare; monitoraggio periodico dello stato di salute e di segni e sintomi riconducibili a episodi di scompenso e complicanze, al fine di agire precocemente ed evitare il più possibile l'ospedalizzazione non necessaria; in caso di bisogno eroga prestazioni infermieristiche in estemporanea. Tutte le attività dell'IFeC vengono registrate nel portale regionale SGDT (Sistema Gestione Digitale Territoriale), che prevede l'inserimento dell'anagrafica del paziente, la valutazione dei bisogni, la pianificazione delle attività, la programmazione degli interventi, la verifica degli interventi effettuati e la registrazione nel diario giornaliero. A domicilio viene rilasciato un diario domiciliare in cui l'IFeC segnala tutte le attività svolte. La segnalazione /richiesta di intervento viene inoltrata dal MMG/PLS o dalle dimissioni protette o servizi territoriali (es COT/PUA/ambulatori specialistici ecc); il MMG/PLS viene sempre informato della segnalazione.

Nell'anno 2025 gli IFEC hanno seguito, a domicilio:

Pazienti Ifec 2025	
CdC Asola	286
CdC Bozzolo	212
CdC Goito	392
CdC Mantova	974
CdC Quistello	318
CdC Suzzara	422
CdC Viadana	238
Totale	2849

LIVELLO COMUNITARIO: con attività trasversali di promozione ed educazione alla salute, integrazione con i vari professionisti tra ambito sanitario e sociale, mappatura e attivazione di possibili risorse formali e informali presenti sul territorio utili a risolvere problematiche inerenti i bisogni di salute e di agire in ottica preventiva

rivolta alla collettività e a gruppi omogenei di persone. Collabora con gli enti del territorio, inclusa la scuola, su specifici progetti di promozione della salute.

Nel corso del 2025 gli IfeC hanno collaborato con ATS al Progetto “Gruppi Cammino”.

Inoltre, sono stati attivati per monitoraggio e mappatura sani stili di vita, promozione per adesione campagna screening oncologici ed adesione campagne vaccinali.

Ulteriori progetti:

L’anno 2025 ha visto anche l’implementazione presso le CdC dei servizi previsti dal DM 77 e successive delibere regionali:

- PUA
- COT
- OdC

Gli IFeC sono stati coinvolti nei processi che riguardano le sopracitate strutture, operando sia all’interno del PUA che delle COT per la valutazione dei bisogni degli utenti cronici/fragili, l’individuazione del setting più appropriato, la segnalazione e attivazioni dei servizi e la presa in carico diretta dei pazienti.

Dimissioni protette 2025 (COT)		Totale 1560 pz					
CdC Asola		CdC Bozzolo		CdC Goito		CdC Mantova	
Attivazione CDom	184	Attivazione CDom	64	Attivazione CDom	148	Attivazione CDom	442
Attivazione IFEC	150	Attivazione IFEC	56	Attivazione IFEC	101	Attivazione IFEC	316
Attivazione PUA/EVM	12	Attivazione PUA/EVM	4	Attivazione PUA/EVM	2	Attivazione PUA/EVM	17
Attivazione Assistente Sociale di Base	4	Attivazione Assistente Sociale di Base	8	Attivazione Assistente Sociale di Base	1	Attivazione Assistente Sociale di Base	10
Attivazione Assistente Sociale ASST	8	Attivazione Assistente Sociale ASST	2	Attivazione Assistente Sociale ASST	3	Attivazione Assistente Sociale ASST	11
Ingresso in Struttura	41	Ingresso in Struttura	10	Ingresso in Struttura	20	Ingresso in Struttura	49
Assistente sociale di Ambito	37	Assistente sociale di Ambito	15	Assistente sociale di Ambito	4	Assistente sociale di Ambito	14
rifiuta servizi proposti	5	rifiuta servizi proposti	2	rifiuta servizi proposti	0	rifiuta servizi proposti	7
PAZIENTI TOTALI	270	PAZIENTI TOTALI	96	PAZIENTI TOTALI	196	PAZIENTI TOTALI	612

CdC Quistello		CdC Suzzara		CdC Viadana	
Attivazione CDom	49	Attivazione CDom	102	Attivazione CDom	55
Attivazione IFEC	105	Attivazione IFEC	75	Attivazione IFEC	46
Attivazione PUA/EVM	7	Attivazione PUA/EVM	2	Attivazione PUA/EVM	5
Attivazione Assistente Sociale di Base	22	Attivazione Assistente Sociale di Base	8	Attivazione Assistente Sociale di Base	13
Attivazione Assistente Sociale ASST	6	Attivazione Assistente Sociale ASST	1	Attivazione Assistente Sociale ASST	1
Ingresso in Struttura	31	Ingresso in Struttura	15	Ingresso in Struttura	25
Assistente sociale di Ambito	6	Assistente sociale di Ambito	8	Assistente sociale di Ambito	27
rifiuta servizi proposti	19	rifiuta servizi proposti	4	rifiuta servizi proposti	2
PAZIENTI TOTALI	130	PAZIENTI TOTALI	126	PAZIENTI TOTALI	107

Attivazioni Ifec da PUA :

- ✓ CdC Asola: n°71
- ✓ CdC Bozzolo : n°31
- ✓ CdC Goito : n° 69
- ✓ CdC Mantova :n° 49
- ✓ CdC Quistello : n° 19
- ✓ CdC Suzzara : n°123
- ✓ CdC Viadana : n° 43

Si è consolidata la presenza di IFEC presso PS di Mantova per la valutazione dei bisogni e l'attivazione dei servizi domiciliari a favore di utenti che non necessitano di ricovero in reparti ma necessitano di prestazioni e monitoraggio domiciliare: n° 284 attivazioni dell'IFEC in PS nell'anno 2025.

È stato ideato ed attuato un progetto specifico riguardante l'emergenza caldo, che ha visto tutti gli IFEC impegnati nell'individuazione di scorretti stili di vita, attraverso la somministrazione di uno specifico questionario ed il relativo monitoraggio e counseling, per contrastare episodi di disidratazione in tutti i soggetti fragili segnalati da ATS che avevano avuto accessi al PS per diagnosi correlati alla disidratazione o accessi C-DOM per terapie reidratanti.

SVILUPPO DELL'ATTIVITA' PER GLI SPECIALISTI AMBULATORIALI

Nel periodo di riferimento (anno 2025) e in continuità con il precedente, la Struttura Accoglienza Cup Libera Professione (ACLIP) ha assicurato le azioni necessarie al mantenimento dei livelli di produzione ambulatoriale ed al rispetto dei tempi di attesa.

In particolare si segnalano: governo e monitoraggio risorse aggiuntive regionali per il raggiungimento dei target prestazionali PNGLA con coinvolgimento anche degli Specialisti Ambulatoriali Interni con rapporto convenzionale, prosecuzione attività finalizzate alla riduzione del fenomeno del no-show con azioni di recall telefonico e sanzionamento dei non presentati, prosecuzione delle attività di definizione ed implementazione dei percorsi interni per la gestione di pazienti cronici/frequent user/in follow up, organizzazione offerta ambulatoriale finalizzata alla gestione richieste di GPOPE e rispetto dei tempi di attesa.

RENDICONTAZIONE PERFORMANCE PROGETTO COMUNICAZIONE ISTITUZIONALE

L'Area Ufficio Stampa, Comunicazione e Urp ha sviluppato soprattutto, nel corso degli ultimi anni, i canali di comunicazione online sia nei confronti dei cittadini che nei confronti dei professionisti dell'azienda, facendo dialogare i vari strumenti a disposizione in un'ottica di comunicazione circolare e integrata. Questa operazione è continuata negli anni 2025-2026, con particolare riferimento ai canali social e alla produzione di video. Un altro filone di spicco è stato quello del linguaggio dell'arte, utilizzato tramite varie iniziative per migliorare il dialogo fra pazienti e operatori, fra comunità locale e comunità curante, favorendo il benessere di entrambi.

L'obiettivo ha previsto:

- Il sito internet e il portale intranet sono stati aggiornati in una nuova versione maggiormente navigabile e accessibile (go-live a marzo 2026 per il sito e a giugno 2026 per la intranet, dopo diversi mesi di lavoro propedeutico, consistito anche nella formazione degli operatori). I contenuti del sito internet e del portale intranet sono stati inoltre perfezionati. In particolare, il sito internet è stato costantemente aggiornato in adeguamento alla legge di potenziamento della sanità lombarda, con riferimento alle nuove strutture previste, ospedali e case di comunità (trasferimenti di servizi, carte dei servizi e così via).
- è stato implementato il periodico online 'Mantova Salute', con incremento dei contenuti di approfondimento video (45 video realizzati nel 2025, pubblicati anche sui canali Youtube, Instagram e Facebook) e il consolidamento della web tv di recente creazione (2024) all'interno del magazine. È stata inoltre perfezionata la nuova newsletter,

realizzata con un programma professionale, da spedire a tutti i dipendenti, i contatti media, le principali autorità e i cittadini che si sono volontariamente iscritti (276 nuove iscrizioni al magazine 'Mantova Salute' nel 2025, triplicate rispetto alle 94 del 2024). I contenuti pubblicati sul periodico 'Mantova Salute' vengono poi postati sui profili social istituzionali, alimentandoli;

- nel 2023 è stato introdotto un account Whatsapp per informare dapprima i professionisti e negli anni a seguire i cittadini, i sindaci, i medici di medicina generale e pediatri di libera scelta. Vengono inviati aggiornamenti su notizie, eventi e contenuti di servizio più significativi.
- Nel 2024 sono stati attivati gli account Youtube e LinkedIn, il primo per una diffusione più capillare dei video (rispetto al professionale Vimeo, già presente da anni e dismesso a favore di Youtube), il secondo per favorire il reclutamento di professionisti e creare una comunità professionale, promuovendo le eccellenze di Asst, vista la specificità del canale; il profilo Instagram è stato rivisto completamente nella grafica fra il 2025 e il 2026; anche l'account LinkedIn è stato arricchito di contenuti nel 2026 con la pubblicazione aggiuntiva di notizie e convegni, oltre che i bandi di reclutamento;
- Anche nel 2025, così come negli anni precedenti, è stata sviluppata la copertura media locale, attraverso la realizzazione di pagine dedicate sul quotidiano 'La Gazzetta di Mantova' (anche in versione digitale sul sito della testata e con banner web) e di un format televisivo dedicato su 'Telemantova' con proiezione di video che raccontano l'attività dei reparti e dei professionisti di ASST.
- Continua e si articola sempre di più il progetto 'Arte in ospedale', per favorire l'umanizzazione dei luoghi di cura e delle cure, migliorare l'impatto con l'ospedale, alleviare la sofferenza, stimolare la partecipazione della comunità locale attraverso il linguaggio della bellezza. In particolare, nell'ambito di questo progetto, sono state organizzate dal 2022 a giugno 2026 12 mostre, all'interno dello spazio espositivo permanente Hallart allestito nella hall dell'ospedale di Mantova. Sono stati inoltre organizzati percorsi artistici per i pazienti in collaborazione con Palazzo Ducale (consultori familiari) e Fondazione Palazzo Te. Con quest'ultima è stato avviato un progetto laboratoriale (incontri dedicati a teatro, scrittura, pittura, danza nel palazzo) che prevede uno studio clinico a cura della struttura di Nefrologia (2023-2025) per verificare l'impatto dell'arte sui pazienti dializzati. Stessa strada si sta percorrendo con la struttura di Oncologia, grazie a laboratori espressivi e visite guidate per pazienti, professionisti e volontari (2026), collegati a uno studio clinico. In progettazione un percorso che coinvolge il Cps (adolescenti), grazie alla partecipazione a un bando per il finanziamento dedicato. Negli anni 2024 e 2025 sono stati infine strutturati, sempre

dall'area ufficio stampa e comunicazione, due convegni annuali, a Palazzo Te (spazio Te e Sala Cavalli), per raccontare i percorsi di welfare culturale attivati dall'azienda e da altre realtà istituzionali. Gli eventi erano accreditati per il personale sanitario e prevedevano anch'essi laboratori espressivi.

SVILUPPO DELLA TELEMEDICINA

Asst Mantova durante l'anno 2025 ha seguito le indicazioni regionali per l'avvio della telemedicina.

Nel mese di febbraio sono stati nominati i referenti aziendali che sono stati chiamati a presenziare ai tavoli regionali. Il giorno 05/02/2025 si è tenuto il primo incontro presso Regione Lombardia per illustrare gli aspetti tecnico-organizzativi del progetto e le fasi di implementazione dell'infrastruttura regionale di telemedicina-IRT. Gli incontri successivi sono stati calendarizzati sia in presenza che da remoto nelle giornate del 10/03,04/04,14/05,23/06,29/08,19/09 e 10/12/2025.

Nel mese di maggio ASST Mantova è stata capofila per l'avvio del teleconsulto.

Come indicato nella DGR 3671/2024 e DGR 3720/2024 entro il 30/06/2025 sono stati sviluppati i progetti di Teleconsulto, Televisita e Telemonitoraggio di tipo1:

Teleconsulto:

- ❖ Teleconsulto Cardiologia-MMG
- ❖ Teleconsulto Nutrizione Clinica -MMG

Televisita:

- ❖ Televisita Diabetologica

Telemonitoraggio Tipo 1:

- ❖ Telemonitoraggio per pazienti dimessi da Chirurgia Vascolare

Successivamente sono state pubblicate sulla IRT le agende per televisite e teleconsulti.

Come dà indicazioni Regionali è stato istituito un modello organizzativo aziendale che prevede l'individuazione di un referente aziendale e la costituzione di un team aziendale di telemedicina (TAT) composto da vari professionisti.

ASST Mantova è stata inserita successivamente nel secondo gruppo delle aziende sanitarie lombarde destinate all'avvio operativo locale della IRT per i servizi di televisita e teleconsulto con inizio di una prima fase formativa in FAD sincrona a

partire dal giorno 27/10/2025. Della durata di due settimane, seguita da altre due settimane di attivazione operativa locale della piattaforma, potendo contare sulla presenza continuativa di tecnici del fornitore regionale presso ASST Mantova.

La formazione ha coinvolto medici specialisti, MMG/PLS, personale sanitario del comparto ed amministrativi.

Il giorno 22/11/2025 si è concluso il periodo di formazione e di presenza del presidio di Engineering presso ASST Mantova. Durante questo periodo sono state testate le funzionalità ammesse da IRT.

Attività di telemedicina in ASST Mantova anno 2025 (anche con applicativi già in uso all'Azienda)

Riferimento 01/01/2025 31/12/2025	N. Prestazioni	N. Assistiti
Televisite	246	226
Teleconsulto	3225	2068
Teleassistenza	406	353
Telemonitoraggio Liv. 1	0	0
Telemonitoraggio Liv. 2	8940	2217
Totale Prestazioni TLM	12817	4864
N. CF Unici Assistiti	4647	

6. DIMENSIONE DELL'APPROPRIATEZZA

APPROPRIATEZZA DELLE PRESTAZIONI - QUALITÀ E SICUREZZA DELLE CURE – RISK MANAGEMENT

DIGITALIZZAZIONE DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

La formazione teorica del personale medico, infermieristico ed ostetrico dell'Area Materno Infantile è stata eseguita nel periodo 13 gennaio - 29 gennaio e, l'implementazione a far data dal 3 febbraio 2025.

Nel periodo compreso dal 06/03 al 20/03 è stata completata la fase di formazione teorica del personale medico ed ostetrico del "Percorso Specifico Ostetrico per le donne gravide dalla 22° settimana", la cui digitalizzazione è stata attivata dal 24/3/2025. Trattasi di iniziativa da ricondurre all'attività di Osservazione Breve Intensiva (OBI) e di Pronto Soccorso Ostetrico presso il Presidio Ospedaliero di Mantova.

Dal mese di giugno, con riferimento alla Deliberazione n. XII/1812 del 29/01/2024 avente per oggetto "ATTIVAZIONE DEL PERCORSO DI SCREENING NUTRIZIONALE NELLE STRUTTURE DEL SSR E DOMICILIARE" e in ottemperanza a quanto stabilito dalla DGR n. XII / 3720 del 30/12/2024, è stata informatizzata la scheda nutrizionale pediatrica "Strong Kids".

Infine, nel mese di ottobre, personale dell'UOC Qualità Risk Management ha preso parte alla formazione per la digitalizzazione della Cartella di presa in carico sanitaria degli internati presso le sedi REMS.

CONTROLLO DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Nel mese di giugno 2025 è stato effettuato autocontrollo della qualità documentale - quindi anche di completezza documentale - di oltre 900 cartelle cliniche di ricovero del primo trimestre 2025, campione estratto da ATS Val Padana da pratiche di ricovero ordinario e day hospital, a rappresentare il 3% della produzione del 2024

Per il controllo sono stati osservati i criteri di appropriatezza e qualità disciplinati dalla normativa regionale e gli esiti sono stati inviati alla Direzione dell'ATS della Val Padana nei termini previsti (30 giugno 2025).

INTERNAL AUDITING

L'Internal Auditing, funzione indipendente che risponde direttamente al Direttore Generale, assicura controlli di terza linea volti a valutare e migliorare i processi di controllo e di gestione dei rischi al fine di migliorare l'efficacia e l'efficienza dell'organizzazione e supportare la Corporate Governance.

L'Internal Auditing (IA), in definitiva, ha la funzione di assistere l'organizzazione nel perseguimento dei propri obiettivi tramite un approccio professionale sistematico.

L'attività di IA per l'anno 2025 è stata programmata tenendo conto delle seguenti esigenze aziendali prioritarie:

- verifica della corretta tenuta e gestione delle garanzie fideiussorie;
- verifica dell'adeguatezza, conoscenza e corretta applicazione degli indirizzi normativi e delle linee guida in merito al controllo e alla prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza in Azienda, sia in ambito ospedaliero che in quello territoriale;
- esiti delle attività di audit condotte nel corso del 2024.

Tale programmazione, approvata con Decreto n. 106 del 29/01/2025, è stata effettuata sulla base della considerazione che:

- i controlli interni di "primo livello" per gli interventi PNRR sono già presidiati da una Commissione istituita con Decreto ASST n. 374 del 15/04/2024, nel rispetto delle indicazioni operative fornite da Regione Lombardia con Decreto DG Welfare n. 7796/2023.

- l'ASST Mantova, rappresentata dal Direttore della SC Bilancio Programmazione Finanziaria e Contabilità, dalla Responsabile dell'Ufficio Libera Professione e dal RIA, è stata coinvolta nei gruppi di lavoro interaziendale e multiprofessionale di sviluppo del Progetto "sperimentazione di metodologie e procedure di controllo interno nelle aziende sanitarie pubbliche in esito al percorso attuativo della certificabilità dei bilanci" SSR Lombardia -2023/2025.

In attuazione del Piano IA-anno 2025 sono stati effettuati due audit e due follow-up.

L'Audit 01_2025 - Infezioni ospedaliere è stato svolto nel periodo dal 17/06/2025 al 23/06/2025. Dalle evidenze presentate si è rilevato che i controlli previsti per la

mitigazione dei rischi sono in parte effettivamente eseguiti ed in parte da attivare/aggiornare. Di conseguenza, è stato condiviso il rilascio di raccomandazioni volte all'introduzione di misure utili a mitigare i rischi operativi e di compliance residui.

Il livello di attuazione delle raccomandazioni sarà oggetto di follow-up nel corso dell'anno 2026.

L'Audit 02_2025 - Controllo delle garanzie fideiussorie è stato svolto nel periodo dal 04/11/2025 al 25/11/2025. Tenuto conto delle evidenze presentate è stato condiviso il rilascio di raccomandazioni volte tutte all'armonizzazione dei registri tenuti dalle due Strutture semplici che afferiscono alla SC Gestione Acquisti. L'obiettivo è quello di facilitarne la lettura e la comprensione e renderli, altresì, ostensibili ad eventuali organi di controllo.

Il livello di attuazione delle raccomandazioni sarà oggetto di follow-up nel corso dell'anno 2026.

RISK MANAGEMENT

Nell'esercizio 2025 è continuata l'implementazione nella clinica quotidiana delle linee guida Ministeriali ed internazionali, mediante l'attuazione di progetti e la diffusione di protocolli e procedure operative in tema di sicurezza del paziente e appropriatezza delle cure. Prioritaria attenzione è stata data ai seguenti temi.

1. Sicurezza in area ostetrica e perinatale

Nel corso dell'anno 2025 è proseguita la sinergia operativa tra il Dipartimento Materno-Infantile e il Risk Manager volta a implementare la sicurezza in ambito ostetrico/neonatale, attraverso:

- discussione dei casi clinici complessi;
- valutazione dei trigger ostetrico-neonatali;
- implementazione di corsi di formazione specifici, anche con ricorso a tecniche di simulazione.

La gestione della sicurezza in area ostetrica e perinatale ha visto infatti attività formative calendarizzate, oltre a 15 incontri svolti nell'arco dell'anno 2025, tra i quali in particolare:

- un incontro per la valutazione dei trigger ostetrico-neonatali durante il quale sono emerse azioni di miglioramento relative alle modalità di assistenza al parto per prevenire le lacerazioni perineali profonde;
- incontri per la discussione in equipe di eventi presentatisi all'interno delle Unità Operative di Ostetricia e Ginecologia per identificare eventuali azioni di miglioramento da implementare;
- incontri per l'espletamento degli audit relativi al progetto di Sorveglianza della Mortalità perinatale.

Nel corso del 2025 è proseguita l'adesione al progetto di Sorveglianza della mortalità perinatale e Sorveglianza della Mortalità Materna e dei Near Miss Materni e Perinatali (progetto regionale). Le azioni di miglioramento per la riduzione del rischio di mortalità perinatale scaturite dalle risultanze dell'audit clinico condotto dal Gruppo di Lavoro Regionale, sono state condivise ed inserite all'interno del Piano di Miglioramento Aziendale, azioni peraltro già ipotizzate anche dai professionisti delle UUOO coinvolte nel "Percorso Nascita" di questa ASST, più precisamente:

- Revisione del PDTA della morte endouterina;
- Migliorare le procedure per l'allerta di tutti gli operatori in caso di Taglio Cesareo in codice rosso: in corso revisione dei percorsi/procedure
- Migliorare l'interazione tra ostetrici/neonatologi e anatomopatologi: prevista formazione tramite simulazione e revisione delle procedure/percorsi
- Adeguatezza del referto anatomico patologico secondo le linee guida pubblicate: già modificato il referto secondo le linee guida pubblicate.

Per quanto concerne la formazione degli operatori dell'area ostetrica (ginecologi, ostetriche/i, anestesisti), si è svolta in un contesto di equipe multidisciplinare, presente il Risk Manager, anche con ricorso a tecniche di simulazione sulla "Gestione delle emergenze Ostetriche in Sala Parto e durante la Gravidanza", nel rispetto delle indicazioni di Regione Lombardia (meglio esplicitata nel paragrafo "Eventi Formativi"). Tali attività formative hanno coinvolto punti nascita HUB (Mantova) e SPOKE (Borgo Mantovano), dove l'espletamento delle simulazioni di emergenze ostetriche in loco ha favorito l'acquisizione di modalità di gestione dell'emergenza con le specificità anche logistiche e organizzative delle singole Strutture.

2. GESTIONE DEL RISCHIO INFEZIONI - SEPSI (CIO)

Nel 2025 è stato condotto audit su n. 20 casi di sepsi estratti a campione, ricavati dal portale regionale Tableau, includendo anche casi di sepsi ostetrica/ginecologica. Si è utilizzata la scheda audit CRF "Case Review Form" al fine di valutare l'aderenza della gestione dei casi di sepsi al PDTA aziendale, aggiornato nel corso del 2025 con l'introduzione di scheda News2 per il monitoraggio di nuovi indicatori.

Nel mese di novembre u.s. si è svolta iniziativa formativa specifica dal titolo: "Identificazione E Gestione Iniziale Di Sospetta O Accertata Sepsis/Shock Settico Nel Paziente Adulto - Applicazione Scala News2", rivolta a link professional medici e infermieri, a loro volta poi formatori all'interno delle UU.OO. mediante incontri tutt'ora in corso.

3. GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO IN AMBITO TERRITORIALE E SOCIOSANITARIO

La gestione del rischio in ambito territoriale e sociosanitario è già attiva, attraverso l'utilizzo dell'applicativo interno Taleteweb (per le segnalazioni di Incident Reporting, incluse anche le segnalazioni degli episodi di violenza a cura degli operatori sanitari e sociosanitari), e nel 2026 verrà estesa all'applicativo regionale HERM LOMB, mediante apposita formazione di tutti gli operatori afferenti al territorio.

In corso d'anno è stata revisionata e distribuita a tutte le UU OO del Polo Ospedaliero e del Polo Territoriale la Procedura Generale PG28MQ08 GESTIONE IN SICUREZZA DEL FARMACO, che prende in esame il processo di gestione del farmaco, dall'approvvigionamento alla corretta conservazione fino all'utilizzo e somministrazione dopo prescrizione medica.

Di seguito si elencano le istruzioni Operative aggiornate, relative alla precedente Procedura di particolare rilevanza:

- IO04PG28MQ08 Controllo delle scadenze
- IO02PG28MQ08 Stoccaggio e controllo dei farmaci nelle UU.OO.
- IO03PG28MQ08 Stabilità dei preparati disinfettanti dopo l'apertura delle confezioni
- IO10PG28MQ08 Corretta gestione primo ciclo di cura
- IO13PG28MQ08 Gestione farmaci antibiotici nelle sale operatorie
- IO14PG28MQ08 Gestione approvvigionamento conservazione antidoti
- IO11PG28MQ08 Impiego di medicinali per indicazioni, vie o modalità di somministrazione o di utilizzazione diverse da quelle autorizzate (OFF LABEL)

- IO15PG28MQ08 Gestione richiesta Farmaci urgenti
- IO09PG28MQ08 Gestione in sicurezza ELETTROLITI CONCENTRATI (Potassio)

Sono state realizzate, inoltre, diverse edizioni formative rivolte agli operatori, che si sono rivelate molto positive per la condivisione delle criticità riscontrate nella pratica quotidiana.

4. SICUREZZA IN AMBITO DIAGNOSTICO

È stata validata da AGENAS la buona pratica proposta dalla UO Consultori "A casa insieme: noi da voi" e presentata ai componenti dell'Osservatorio delle Buone Pratiche il 17/9/2025 in occasione della "Giornata nazionale per la sicurezza delle cure e della persona assistita".

È stata emessa la IO06PrS01FS "Indicazioni operative per l'esecuzione di esami di Risonanza Magnetica in pazienti portatori di dispositivi medici impiantabili attivi e passivi "MR-Conditional".

5. GESTIONE DEL RISCHIO NUTRIZIONALE

La valutazione del rischio nutrizionale consiste nell'identificazione di caratteristiche associabili a eventi avversi correlati inerenti ad alimentazione/nutrizione.

L'ASST di Mantova è stata adempiente in anticipo rispetto allo screening nutrizionale sui pazienti ricoverati e gestiti sul territorio. La valutazione del rischio nutrizionale in regime di ricovero ordinario è stata, infatti, introdotta con l'utilizzo della scala Nutritional Risk Score Scala (NRS) nella documentazione sanitaria già dal 2016. Attualmente tale scala è stata digitalizzata ed inserita anche nella cartella clinica elettronica aziendale.

È stata integrata, inoltre, la PG38MQ08 con l'inserimento della Scheda valutazione NRS nel paziente adulto a domicilio in carico al Servizio Cure Domiciliari, e successivamente posta in revisione alla luce del Decreto DGW n.12029 del 03.09.2025.

6. SVILUPPO DELLA GESTIONE INTEGRATA DEL RISCHIO (HERM)

Nel corso del 2025 è proseguita, come da indicazioni regionali contenute nel Decreto DG Welfare n. 20638 del 21/12/2023 ad oggetto "Approvazione delle linee di riferimento per l'implementazione del modello di Healthcare Enterprise Risk Management - Gestione integrata del rischio nel sistema socio-sanitario di Regione

Lombardia”, l’implementazione del modello di Healthcare Enterprise Risk Management (HERM), applicato già in via sperimentale a livello regionale nel corso del 2022 e del 2023 ed esteso nel corso del 2024 a tutte le Strutture Sanitarie.

L’applicazione di tale modello, con la collaborazione del broker regionale, ha interessato i seguenti servizi (così come da precise indicazioni del Centro Regionale per la Gestione del Rischio Sanitario - contenute nelle *Linee Operative Risk Management in Sanità Anno 2024* - e successivamente riviste all’interno del “Gruppo board HERM di Regione Lombardia”):

- Struttura Controllo di gestione
- Struttura Comunicazione e relazioni esterne
- Struttura Affari Generali processo di internal auditing.

7. UTILIZZO DEL PORTALE HERMLOMB

Nel corso del 2025 è proseguita l’implementazione della piattaforma HERMLOMB. In particolare:

- è tuttora in corso la profilazione del personale dipendente per l’accesso alla piattaforma, ai fini della segnalazione degli eventi secondo le modalità definite da Regione Lombardia;
- è stata avviata la formazione per l’utilizzo della piattaforma, con particolare attenzione al tema delle aggressioni. Coerentemente, gli interventi formativi sono stati prioritariamente rivolti agli operatori dei servizi di Pronto Soccorso e del Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze, comprensivo delle REMS, ambiti nei quali si registra la maggiore incidenza di agiti violenti.

In riferimento all'obiettivo "Utilizzo del sistema HERM LOMB - sezione audit" (allegato 2 del DDGW 8635 del 18.06.2025 "Declinazione degli indicatori relativi agli obiettivi dell’ASST di Mantova - anno 2025"), il cui target è "utilizzo del sistema HERM LOMB per l'effettuazione di almeno un audit per qualunque motivazione/area di intervento (audit interno ISO 9001, audit clinico, controllo di gestione, ecc)", sono stati programmati ed effettuati n. 3 audit:

8. Audit Interno ISO 9001:2015 per il Processo di Direzione Sanitaria - Coordinamento Ospedaliero di Procurement per la donazione organi e tessuti (COP)
9. Audit Interno per PDTA91 Gestione multidisciplinare dei pazienti affetti da tumore della mammella - Percorso senologico (Breast Unit)
10. Audit Interno / Sopralluogo CIO - Medicina Generale Mantova

8. PREVENZIONE E GESTIONE DEGLI ATTI DI VIOLENZA A DANNO DEGLI OPERATORI SANITARI

La prevenzione e gestione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari, tematica rilevante in tema di sicurezza e clima organizzativo, per l'anno 2025 è stata progetto RAR, e ha comportato la sensibilizzazione dei lavoratori e l'identificazione di ulteriori misure di prevenzione, gestione e contrasto ad ogni forma di aggressione nei luoghi di lavoro.

Il Risk Management ha partecipato attivamente alla stesura del progetto, articolato in due fasi:

- o Fase I: condivisione e divulgazione delle Linee Guida Regionali mediante apposita checklist e modulo di rendicontazione;
- o Fase II: lettura della Procedura PG37MQ08 revisionata nel rispetto del "Documento Di Indirizzo Sulla Prevenzione E La Gestione Degli Atti Di Violenza A Danno Degli Operatori Sanitari", allegato alla DGR XII/4182 del 7/4/2025, con compilazione del questionario di orientamento al comportamento.

9.GESTIONE DEL CONTENZIOSO

Il Risk Manager ha partecipato agli incontri del Comitato Valutazione Sinistri per la valutazione e la gestione delle richieste di risarcimento, secondo quanto stabilito dal Decreto della DG Welfare n. 15406 del 27/10/2022, di revisione delle linee di indirizzo per l'armonizzazione della gestione dei sinistri.

È continuata la promozione a livello aziendale di specifiche attività per migliorare i processi di ascolto/mediazione dei conflitti a cura del Risk Manager.

10.ATTIVITÀ DI MONITORAGGIO EVENTI SEGNALATI

È stata assicurata la prosecuzione delle attività di monitoraggio relative a tutti gli eventi segnalati, in particolare:

- **Eventi Sentinella;** sono stati segnalati su SIMES gli eventi sentinella; tutti analizzati e ad ognuno sono state associate una o più azioni di miglioramento/correttive. Questa ASST ha aderito al monitoraggio annuale delle Raccomandazioni Ministeriali e della corretta applicazione della check list di sala operatoria, al fine di verificarne l'applicazione. Prosegue l'attività

di promozione e di implementazione delle Raccomandazioni Ministeriali in materia di rischio clinico, in particolar modo, rispetto agli eventi segnalati:

- **Rischio da Errori Trasfusionali:** è proseguita la formazione specifica attraverso un corso ad hoc erogato mensilmente e finalizzato a fornire le principali nozioni relative alla sicurezza trasfusionale e sul SecurBlood, che ha visti coinvolti n. 63 professionisti;
- **Farmaco vigilanza e Dispositivo-vigilanza:** sono stati gestiti n. 108 avvisi di sicurezza (di cui 13 RECALL) e 23 Incidenti segnalati in Rete NSIS. Farmacovigilanza: sono state inserite n. 124 ADR in Rete Nazionale FV;
- **Eventi avversi:** sono stati analizzati 118 eventi avversi;
- **Gestione cadute:** presa in carico e analisi delle cadute nel gruppo GAD;
- **Audit clinici:** eseguito il monitoraggio dell'adesione ai Percorsi Diagnostico-Terapeutici Assistenziali (PDTA) sottoelencati è stato effettuato attraverso l'analisi di cartelle cliniche utilizzando il format di Audit Clinico regionale:
 - ✓ PDTA60 - Gestione del Paziente con Trauma maggiore;
 - ✓ PDTA86 - Gestione multidisciplinare dei pazienti affetti da carcinoma della prostata;
 - ✓ PDTA97 - Gestione multidisciplinare dei pazienti affetti da tumore del colon-retto;
 - ✓ PDTA91 - Gestione multidisciplinare della persona con tumore della mammella

11. IL GRUPPO DI COORDINAMENTO PER LA GESTIONE DEL RISCHIO

Il Gruppo attivo dal 2005 e ridefinito nel 2018 si è riunito due volte nel corso del 2025 in occasione del quale si sono condivisi, con i componenti deliberati, le criticità emerse dalle segnalazioni di incident reporting e le possibili azioni di miglioramento da attuare per l'esercizio in corso e da proiettare anche all'esercizio 2026.

12. EVENTI FORMATIVI

Come previsto dal Piano formativo anno 2025, si sono svolti eventi che prevedevano simulazioni, in merito a:

- **Emergenza ostetrica**

Il personale formato mediante specifico corso regionale per formatori/facilitatori afferente alla Struttura Qualità ha partecipato attivamente alle attività di simulazione

(il Responsabile Scientifico dei progetti sviluppati è il Risk manager) svolte in Azienda, più precisamente:

- **Simulazione Emergenze Ostetriche Presso P.O. Borgo Mantovano**

Sono state svolte quattro edizioni. Durante il corso i partecipanti avranno modo di discutere e sperimentare, in un ambiente di simulazione con team multidisciplinare, le diverse dinamiche della comunicazione e del lavoro di gruppo e di rivedere la casistica degli eventi avversi occorsi nella ASST di Mantova.

Personale coinvolto del PO di Borgo Mantovano afferente alla Ostetricia- Ginecologia, sala operatoria, sala Parto, Pediatria. Professionisti: ginecologici, ostetriche, infermieri e nurse di anestesia per un totale di 40 partecipanti.

- **Esercizi Di Simulazione Per Emergenze Ostetriche: Arresto Cardiaco In Gravidanza**

E' stata svolta 1 edizione. Lo scopo del corso è di promuovere la cultura della sicurezza e del risk management in ambito ostetrico, migliorare l'integrazione e la comunicazione interprofessionale nelle situazioni di emergenza, consolidare la capacità decisionale rapida e la gestione del tempo in scenari critici.

Personale coinvolto del P.O. Mantova Sala parto, Ostetricia, Ginecologia Rianimazione. Professionisti: ginecologici, ostetriche, rianimatore per un totale di 10 partecipanti

- **Esercizi Di Simulazione Ostetrica: Distocia Di Spalla**

È stata svolta 1 edizione. L'obiettivo principale è che i partecipanti siano in grado di diagnosticare tempestivamente la Distocia di Spalla e di eseguire in modo sequenziale ed efficace le manovre di primo e secondo livello entro il tempo limite di sicurezza. Riconoscimento: Saper diagnosticare la Distocia di Spalla (segno della tartaruga, mancata restituzione, mancato disimpegno dopo trazione delicata) e applicare la sequenza di manovre in modo corretto e tempestivo. comunicazione: Implementare un sistema di comunicazione chiaro ed efficiente all'interno del team.

Personale coinvolto del P.O. Mantova Sala parto, Ostetricia, Ginecologia

Professionisti: ginecologici, ostetriche, rianimatore per un totale di 8 partecipanti

- **Simulazione Emergenze Ostetriche: Sede Centro Universitario Aziendale Mantova - Sepsi - Eclampsia - Distocia - Emorragia**

Sono state svolte 4 edizioni. Durante il corso i partecipanti hanno avuto modo di discutere e sperimentare, in un ambiente di simulazione con gruppo multidisciplinare, le diverse dinamiche della comunicazione e del lavoro di gruppo e di rivedere la casistica degli eventi avversi occorsi nella ASST di Mantova.

Personale coinvolto: P.O. Mantova e Borgo mantovano Sala parto, Ostetricia, Ginecologia; SC Anestesia e Rianimazione Mantova.

Professionisti: ginecologici, ostetriche, rianimatori per un totale di 39 partecipanti.

- **Gestione Del Trauma Team: Le Non Technical Skills (NTS) E La Sicurezza Del Percorso**

Sono state svolte 3 edizioni. Durante il corso i partecipanti hanno avuto modo di discutere e sperimentare, in un ambiente di simulazione con gruppo multidisciplinare, le diverse dinamiche della comunicazione e del lavoro di gruppo e di rivedere la casistica degli eventi avversi occorsi nella ASST di Mantova e il PDT60 “Percorso gestione del paziente con trauma maggiore”.

Personale coinvolto: Medicina D’Urgenza e Pronto Soccorso, Anestesia e Rianimazione, Chirurgia generale, Chirurgia Toracica e Vascolare, Ortopedia e Traumatologia, Radiologia/Diagnostica per Immagini, Neuroradiologia, Neurochirurgia, Ostetricia e Ginecologia, Pediatria.

Professionisti: ginecologici, ostetriche, infermieri per un totale di circa 50 partecipanti;

- **Rischio Clinico In Ps - Trauma Center**

Sono state svolte 3 edizioni del corso “Gestione Del Trauma Team: Le Non Technical Skills (NTS) E La Sicurezza Del Percorso Del Paziente Con Trauma Maggiore”. Durante il corso i partecipanti hanno avuto modo di discutere e sperimentare, in un ambiente di simulazione con team multidisciplinare, le diverse dinamiche della comunicazione e del lavoro di gruppo e di rivedere la casistica degli eventi avversi occorsi nella ASST di Mantova e il PDT60 “Percorso gestione del paziente con trauma maggiore”.

Personale coinvolto: Medicina D’Urgenza e Pronto Soccorso, Anestesia e Rianimazione, Chirurgia generale, Chirurgia Toracica e Vascolare, Ortopedia e Traumatologia, Radiologia/Diagnostica per Immagini, Neuroradiologia, Neurochirurgia, Ostetricia e Ginecologia, Pediatria.

Professionisti: ginecologici, ostetriche, infermieri per un totale di circa 50 partecipanti.

Sono stati organizzati, inoltre, i seguenti eventi formativi inerenti al Risk management:

1. Gestione Emergenza Intraospedaliera Blsd Per Sanitari 12/2025
2. Gestione Emergenza Intraospedaliera Blsd Per Operatori Non Sanitari 14/2025
3. Gestione Emergenza Intraospedaliera Blsd Pediatrico Per Sanitari 13/2025
4. Gestione Del Trauma Team: Le Non Technical Skills (NTS) E La Sicurezza Del Percorso 76/2025

5. Osservazione Igiene Mani E Realta' Virtuale - Progetto Marea" PG 310/2025
6. Addestramento Con Prova Pratica Per L'uso Corretto E In Sicurezza Di Attrezzature, Macchine, Impianti, Sostanze, Dispositivi Di Protezione Individuale 10/2025
7. Corso Residenziale " La Riduzione Del Rischio Da Movimentazione Manuale Dei Carichi E Pazienti E Addestramento All'utilizzo Degli Ausili" 35/2025
8. Gestione Ostetrica E Neonatale Presso Il Pronto Soccorso Di Asola 133/2025
9. Simulazione Emergenze Ostetriche 37/2025
10. La Prevenzione E Il Trattamento Delle Lesioni Da Pressione- Presentazione Della Procedura Aziendale In ASST Mantova-Formazione Referenti Dei Reparti/Servizi 144/2025
11. La Prevenzione E Il Trattamento Delle Lesioni Da Pressione- Presentazione E Divulgazione Procedura Aziendale Pr01 DAPSS 180/2025
12. La Donazione Multi tessuto A Cuore Fermo 104
13. Acquisizione Delle Competenze Per La Gestione Del Monitoraggio E Delle Urgenze Nelle Pazienti Sub-Critiche In Ostetricia E Ginecologia 102/2025
14. Le Procedure Endoscopiche Avanzate: Dissezione Endoscopica Sottomucosa 165/2025
15. Corso Di Rianimazione Neonatale Per Esecutori 208/2025
16. La Donazione Di Tessuto Osseo Da Vivente
17. Corso Teorico Pratico In Sala Simulazione Per La Formazione Del Personale Neoassunto Ostetrico Per Acquisizione Di Competenze Per Attività Di Sala Operatoria PG 143/2025
18. Identificazione E Gestione Iniziale Di Sospetta O Accertata Sepsis/Shock Settico Nel Paziente Adulto - Applicazione Scala News2 PG 334/2025
19. Corso Di Formazione Sulle Infezioni Correlate All'assistenza (ICA) Modulo Formativo Fad A- PNRR - Missione 6 Component 2 Sub 2.2.B PG 148/2025
20. Simulazione Emergenze Ostetriche Presso P.O. Borgo Mantovano ASST Mantova PG 147/2025
21. Corso Di Formazione Infezioni Correlate All'assistenza (ICA) Modulo Formativo Fad B PNRR- Missione 6 Component 2 Sub 2.2.B PG 41/2025
22. Corso Di Formazione Sulle Infezioni Correlate All' Assistenza In Ambito Ospedaliero - ICA - PNRR- Missione 6 Component 2 Sub 2.2.B Modulo Formativo Fad C "Igiene Delle Mani E Corretto Utilizzo Dei Guanti" ASST Mantova PG 42/2025
23. Esercizi Di Simulazione Per Emergenze Ostetriche Arresto Cardiaco In Gravidanza PG 141/2025

24. Esercizi Di Simulazione Per Emergenze Ostetriche: Distocia Di Spalla PG 141/2025
25. Corso Emergenze Neonatali Presso P.O. Borgo Mantovano PG 359/2025

ATTIVITÀ NELL'AMBITO DELLA MEDIAZIONE DEI CONFLITTI E BENESSERE ORGANIZZATIVO (Sportello Well.Co.Me)

Nell'anno 2025 lo Sportello Well.Co.Me ha proseguito l'attività di ascolto della comunicazione e dei conflitti e si è confermato HUB per gestire, coordinare e monitorare percorsi/progetti/attività aziendali che riguardano il benessere organizzativo e il welfare aziendale.

Le attività sono state:

- promozione della medicina di genere e progetto Bollini Rosa: preparazione dati utili al rinnovo candidatura Progetto Bollini Rosa per il biennio 2026/2027 che ha esitato con il riconoscimento di 3 Bollini Rosa al PO di Mantova e 2 Bollini Rosa ai PO di Asola e Borgo Mantovano; adesione Open day Bollini Rosa proposti annualmente dall'osservatorio nazionale sulla salute e della donna e medicina di genere; ottenimento di Bollino Azzurro per il PDTA "Gestione dell'utente con tumore della prostata"; avvio di gruppo di miglioramento per la stesura del PDTA di Gestione del paziente che affronta il percorso di affermazione di genere
- partecipazione al progetto FIASO-IEN Wellness Organizzativo a cui l'ASST ha aderito nell'anno 2020, secondo le indicazioni dell'Ente promotore.

Si elencano in dettaglio le attività dello Sportello Well.Co.Me:

- mediazione dei conflitti tra utenti e operatori: le segnalazioni di conflitto sono state sei (6) e hanno necessitato di quattordici (14) ascolti e due (2) mediazioni per la loro risoluzione;
- gestione delle aggressioni e mediazione dei conflitti tra operatori: le segnalazioni gestite attivando il percorso di ascolto e mediazione sono state due (2) e hanno necessitato di quattro ascolti e una (1) mediazione per la loro risoluzione;

gestione della comunicazione e dei conflitti in equipe: le equipe che hanno chiesto supporto per migliorare le competenze comunicative e gestire i conflitti, sempre con l'obiettivo di evitare errori sul paziente e favorire un buon clima organizzativo sono state quattro (4).

7. INDICATORI PER LA MISURAZIONE DELLA PERFORMANCE

A sintesi conclusiva di tutti gli obiettivi e strategie del 2025, viene importata la sinossi che evidenzia il grado di raggiungimento dello stesso anno. Come è possibile vedere le performance ottenute descrivono un quadro complessivamente positivo.

Obiettivo	Indicatore	2025	Verifica 2025
Piena applicazione del PNRR e di tutte le specifiche progettualità (formazione e investimenti)	Evidenze documentali	Raggiungimento delle performance e dei traguardi definiti per l'anno	Sono state rispettate le scadenze assegnate specificamente alla ASST e formalmente documentate
Pieno raggiungimento degli obiettivi deliberati in carico alle Direzioni generali	Evidenze documentali e indicatori specifici per tematica	Raggiungimento delle performance e dei traguardi definiti per l'anno	E' stato implementato un costante monitoraggio e controllo degli obiettivi attraverso la costituzione di una Cabina di regia che ha consentito il raggiungimento dei principali obiettivi in carico alla Direzione
Presidio e controllo dei LEA - NSG	Dati forniti dal Dashboard regionale	Mantenimento o miglioramento delle performance erogabili	Complessivamente si è registrata una buona performance che ha visto per quasi tutta la totalità degli indicatori un miglioramento rispetto all'anno precedente anche se in alcuni casi non è stato raggiunto il target regionale
Sviluppo dei piani di ripresa secondo le indicazioni regionali, in particolare sul recupero delle liste di attesa delle prestazioni indicate come oggetto del monitoraggio	Volumi di prestazioni registrati dai sistemi informativi aziendali e comunicazioni regionali Dati dashboard regionali su slot, prenotazioni e percentuale di erogato	Raggiungimento del 100% degli obiettivi concordati con ATS sulle prestazioni relative al PNGLA Consolidamento dei risultati ottenuti nel 2024, oppure ulteriore trend incrementale se sussistono ancora margini di miglioramento della performance	Nel corso del 2025 si è registrato un miglioramento rispetto al 2024 in termini di prestazioni PNGLA erogate entro la soglia rispetto alla classe di priorità assegnata. Per le liste di attesa chirurgiche è proseguita l'attività di smaltimento che ha portato a non avere più posizioni aperte prima del 2024
Recupero dei Tempi di attesa delle prestazioni in relazione al rispetto dell'appropriatezza prescrittiva e delle classi di priorità	Percentuale di prestazioni erogate entro le classi di priorità appropriate	Consolidamento della performance o eventuale miglioramento se presenti margini di recupero In particolare Almeno 85% classe A oncologici	Nel corso del 2025 si è registrato un miglioramento nel raggiungimento del target dell'85% degli interventi oncologici da effettuare entro l'arco temporale dei 30 giorni (classe di priorità A)
Miglioramento della qualità dei servizi in Pronto Soccorso	Dati forniti dai sistemi di reporting aziendali	Ottimizzazione della performance Miglioramento della qualità nella gestione dei pazienti e dei setting; Sviluppo azioni congiunte nel reclutamento del personale ASST e AREU	Nel Corso del 2025 sono stati attivati specifici gruppi di lavoro aziendali per l'efficientamento dei processi di pronto soccorso che hanno portato miglioramenti in termini di tempi di LOS, boarding e presa in carico tempestiva dei codici arancioni. Inoltre, è stata attivata in pronto soccorso la figura dell'OSS mediatore al fine di migliorare la comunicazione con gli utenti
Gestione delle tematiche relative all'area prevenzione (Microbio, screening, Stili di vita)	Evidenze documentali e dati di performance specifici (copertura screening) derivati dal dashboard	Pieno raggiungimento dei target specifici per ogni tematica (indicati nelle Regole di sistema e negli obiettivi regionali)	Per tutti gli indicatori si è registrato un trend di miglioramento, permane ancora qualche criticità sulla copertura degli screening oncologici del colon retto

	regionale		
Applicazione azioni relative agli obiettivi regionali - Regole di sistema del 2025 e anni successivi	In relazione a ciascun obiettivo specifico	Mantenimento della migliore performance raggiungibile	Tutti capitoli in cui si articola il documento di programmazione sono stati presidiati attraverso un Sistema di monitoraggio interno che prevede l'attestazione da parte di tutti i responsabili della presa in carico della parte di competenza
Riclassificazione delle Strutture ospedaliere — processi di adeguamento rispetto all'aggiornamento del POAS, secondo le regole di autorizzazione ed accreditamento Completamento lavori OdC e CdC	Evidenza documentale (decreti di accreditamento, verbali di sopralluogo e istanze di ASST) Formalizzazione delle nuove strutture	Completamento dei processi	E' stato consolidato il nuovo POAS, sono proseguiti i processi di riclassificazione e accreditamento delle nuove strutture (OdC e CdC). Sono state sviluppate e/o consolidate le reti (oncologica, pancreas unit, breast unit, lung unit, piede diabetico, emergenza). Nel corso del 2025 sono state istruite le istanze di attivazione del nuovo reparto di Ematologia di Mantova
Piano di Igiene e prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza	Evidenza documentale Indicatori specifici del Piano	100% delle azioni da compiere per l'anno 2025	Tutte le azioni sono state intraprese nel 2025
Miglioramento della appropriatezza prescrittiva	Evidenza documentale	100% delle azioni da compiere per l'anno 2025	Sono state attivate diverse azioni volte al miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva coinvolgendo direttamente sia Medici Ospedalieri che MAP e PLS, su tale tematica si è implementato un monitoraggio rispetto ad alcuni indicatori relativi alla quantità di prescrizioni fatte per classe di priorità U, B, D e P
Sviluppo processo HERM	Evidenza documentale	Progressiva implementazione aziendale	Metodo e sistema implementati con progettualità e azioni che proseguono nel 2026
Vaccinazioni: Crescita ed estensione attività vaccinale; attivazione e pieno utilizzo nuovo sistema ARVAX	Dati regionali report dashboard prevenzione Evidenze documentali	Raggiungimento e mantenimento dei target vaccinali per coorte definiti da Regione: Attuazione di tutte le attività indicate nelle regole di sistema	Target regionali complessivamente raggiunti per le coorti. Adozione del nuovo Sistema Arvax
Sviluppo del progetto "Infermiere di Famiglia" Consolidamento percorsi ADI in rapporto anche alle attività delle cure primarie	Evidenza Documentale Numero casi attivati Formazione: percentuale di soggetti formati rispetto agli individuati e attivati per il ruolo	Trend di incremento dell'attività avviata	Attività degli Ifec è stata consolidata nel corso del 2025 e descritta da flussi informativi specifici come SIAD e con piattaforma regionale SGDT
Presa in carico proattiva dei bisogni di cura e di assistenza correlati alla cronicità	Numero arruolamenti proattivi frequent user ASST Mantova	Raggiungimento dei PIC secondo gli accordi specifici con ATS	La presa in carico dei soggetti cronici e anziani (PIC) è stata oggetto di obiettivo specifico, condivisa con le Cure Primarie (medici di medicina generale). La performance ASST è stata mantenuta con tendenziale potenziamento.
Ottimizzazione dei processi di	Evidenza documentale	Rispetto delle azioni previste dall'Action Plan	Le azioni previste e programmate per il 2025 sono state assicurate, in linea con i lavori già

conservazione della documentazione nell'ambito della sicurezza dell'informazione			iniziati negli anni precedenti e con le indicazioni regionali.
Completamento dei processi di dematerializzazione e digitalizzazione	Dati del sistema informativo SISS Evidenze documentali	Almeno il 90% delle ricette Raggiungere il 100% firma digitale Completare le azioni per: FSE, Sistema SGDT, SIAD	Nel corso del 2025 si è registrato un trend migliorativo rispetto alla percentuale di ricette dematerializzate e anche per la firma digitale si è registrato un miglioramento che ci porta sostanzialmente al 100%
Sviluppo dei progetti e percorsi della Telemedicina	Evidenze documentali	Ulteriore sviluppo dei percorsi implementati nel 2024 (teleconsulto Cardiologia)	Nel corso del 2025 si è consolidato il teleconsulto cardiologico-MMG, nutrizione clinica-MMG, Televisita diabetologica e telemonitoraggio per pazienti della chirurgia vascolare inoltre sono state pubblicate sulla IRT le agende per televisite e teleconsulti
Completamento del progetto cartella informatizzata	Evidenza documentale delle azioni previste dal GIDSS (Piano triennale)	Rispetto del piano triennale	Raggiunta certificazione HIMSS modello EMRAM livello 3 (livello di partenza 1), azioni di diffusione della cartella nelle sedi di DEA e anche non DEA
Sviluppo dei processi di integrazione col territorio - sociosanitaria (psichiatria, consultori, dipendenze, pediatria) e cure primarie	Evidenze documentali (piano territoriale)	Elaborazione, aggiornamento e applicazione dei Piani.	Progettualità sviluppata e in linea con l'obiettivo di rafforzamento delle misure a sostegno della salute mentale (riferimento Obiettivo 3 rendicontazione territorio)
Miglioramento della qualità ed organizzazione del percorso ospedaliero – Cure palliative	Evidenza documentale	Raggiungimento obiettivi specifici come da Regole di Sistema	Nel corso del 2025 sono state svolte le attività inerenti gli obiettivi fissati (protocollo per la gestione del fine vita)
Ottimizzazione dell'attività relativa alla sanità penitenziaria – psichiatria giudiziaria – REMS Processi di accreditamento	Evidenza documentale	Miglioramento dell'appropriatezza dei percorsi e dei setting	Attività svolta nel tavolo REMS con revisione e creazione dei protocolli e procedure
Rispetto delle adempienze e degli obiettivi del Piano aziendale della Prevenzione della corruzione e della trasparenza: chiusura delle azioni previste dal piano stesso	Numero azioni previste dal piano chiuse/azioni previste dal piano	Raggiungimento del target 100%	Tutte le azioni previste sono state realizzate e formalmente documentate nella relazione annuale del RPCT aziendale
Ottimizzazione dei processi di gestione delle scorte e ottimizzazione dei flussi informativi interni ed esterni sulla gestione dei	Dati dai flussi informativi Evidenza documentale	Avvio nuovo Sistema gestionale	Il nuovo Sistema gestionale è stato avviato e collaudato con riserva in relazioni ad una serie di implementazioni/ aggiornamenti necessari per il corretto funzionamento dei processi aziendali

costi			
Implementazione e monitoraggio delle raccomandazioni ministeriali sul Rischio Clinico	Evidenza documentale e dati dei sistemi informativi per ogni risultato specifico atteso	Pieno raggiungimento di tutte le raccomandazioni ministeriali	Il presidio e il controllo delle raccomandazioni sono stati assicurati
Piena applicazione dei percorsi nel rispetto delle pari opportunità	Evidenze documentali	Consolidamento delle azioni compiute	Percorsi e controllo assicurati e costanti
Implementazione della Medicina di genere nei percorsi clinici assistenziali	Evidenze documentali	Consolidamento delle azioni compiute	Le azioni specifiche sono sempre applicate e monitorate secondo indicazioni regionali
Formazione: sviluppo delle modalità FAD e video conferenze con piattaforma invisible farm	Numero conferenze in tale modalità rispetto al totale delle conferenze Evidenze documentali	Effettuazione dei corsi FAD previsti	I corsi FAD previsti sono stati effettuati e I target di partecipazione sono stati pienamente raggiunti

Obiettivi specifici intermedi per l'anno 2025

In coerenza con gli obiettivi strategici del PIAO di cui sopra, anche per il 2025 sono stati definiti gli obiettivi assegnati ai professionisti (schede di budget). In estrema sintesi si evidenziano i risultati in termini di performance ottenuta, sempre a fronte di criticità persistenti sulle risorse mediche e infermieristiche.

AREA INTERVENTO	OBIETTIVO SPECIFICO	Performance ottenuta
Attività di Ricovero	Rispetto delle indicazioni e raggiungimento dei target previsti nell'accordo di fornitura relativamente all'erogazione di prestazioni di ricovero Adozione nuove direttive sulla SDO (Riabilitazione, Ginecologia), utilizzo del nuovo sistema di gestione della SDO.	Nuove direttive adottate, target di fornitura parzialmente raggiunto
	Rispetto della Disposizione Regionale sui Ricoveri Chirurgici programmati per il recupero delle liste di attesa	Recuperi effettuati
Attività Ambulatoriale	Rispetto delle indicazioni e raggiungimento dei target previsti nell'accordo di fornitura relativamente all'erogazione di prestazioni ambulatoriali	Target di fornitura raggiunto
	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 specialistica ambulatoriale Rispetto e piena applicazione del nuovo tariffario delle prestazioni ambulatoriali e delle implicazioni organizzative connesse	Nuovo tariffario applicato, miglioramento nel target previsto
Tempi di attesa	RICOVERI: Allineamento ai target predefiniti dalla regione	Miglioramento nel rispetto del target
	AMBULATORIO: Allineamento ai target predefiniti dalla regione	Miglioramento nel rispetto del target
Efficienza / Economicità	Garanzia dei livelli di spesa appropriati in relazione ai volumi e complessità della produzione	Equilibrio rispettato
	Appropriatezza nella tempistica delle informazioni sanitarie in regime di ricovero: tempestiva chiusura della SDO	Scadenze dei flussi rispettate con la totalità della casistica
Efficienza Organizzativa	Rispetto delle indicazioni della DG Welfare relativamente ai PL che devono essere garantiti per i ricoveri in area medica di pazienti provenienti da Pronto Soccorso	Target rispettati
	Miglioramento della performance relativa agli indicatori NSG (Frattura di femore e Colecistectomie in primis)	Trend migliorativo non ancora a target

Attività di screening	ATTIVITA' DI DONAZIONE Rispetto dei target indicati dalla Direzione Generale Welfare in merito alla percentuale di casi di donazione di organi e tessuti (cornee, teste femore, multi tessuto)	Trend aziendale in miglioramento e target regionali raggiunti (donazione multi tessuto, donazione cornee)
	Promozione e prescrizione alla dimissione / visita specialistica, prericovero di farmaci biosimilari, con particolare riferimento alla EBPM, come da indicazioni regionali e di ATS	Prescrizioni con trend tendenzialmente incrementale
	Rispetto agli obiettivi di screening di cui alla DGR 5832/2021: Garanzia di erogazione delle prestazioni richieste in rapporto all'accordo di fornitura ATS; Avvio dei nuovi screening oncologici (Polmone, prostata) Adesione al programma di screening per l'eliminazione del virus HCV Sviluppo del progetto Screening nutrizionale	Performance aziendale ben raggiunta in condivisione con ATS
	Rispetto agli obiettivi di screening di cui alla DGR 6370/2022: Rispetto dei tempi d'attesa degli esami di screening di approfondimento	Indicatori aziendali pienamente raggiunti
Vaccinazioni	Vaccinazioni antinfluenzali/ covid	Tutte le zioni specifiche compiute
	Raggiungimento dei target regionali; coperture vaccinali previste da regione; applicazione di tutti i percorsi di estensione dell'attività	Target regionali complessivamente raggiunti per le coorti
	Piena attivazione del sistema informativo vaccinale ARVAX	Target raggiunto
Rischio/Sicurezza/ Qualità	Pieno raggiungimento dei compiti qualitativi assegnati dal PrIMO e nell'ambito del Risk management e dell'accreditamento istituzionale	Compiti realizzati
Pronto soccorso	Efficienza nella gestione dei posti letto di ricovero per il Pronto Soccorso (boarding); garanzia dei percorsi appropriati e adeguatezza dei tempi di attesa in relazione alla complessità	Attuate specifiche attività per l'efficientamento dei percorsi
Integrazione e attività territoriale - salute mentale	Sviluppo dell'attività distrettuale	Azioni compiute
	Rispetto Linee Guida DGR 7758 del 28/12/2022; Integrazione territoriale	Percorsi implementati
	Redazione del Piano di Sviluppo del polo territoriale di interesse e successivo aggiornamento	Piani redatti
	Rete delle cure palliative; Simultaneous care; Gestione attività Dipartimentale interaziendale	Azioni condotte
	Incremento disponibilità PL e presa in carico domiciliare per la casistica di interesse	Azioni condotte
	Dipendenze da internet	Percorsi implementati
	Promozione delle attività consultoriali (n collaborazione con la comunicazione)	Progetti realizzati
	Gestione della Transition	Percorso realizzato
	Applicazione del PDTA Gestione acuzie psichiatriche	Implementato
Presa in carico dei pazienti autistici segnalati dai	Azioni condotte	

	pediatri	
	Attivazione dell'ambulatorio integrato per disabilità complesse in età evolutiva	Azioni condotte
	Percorsi di Trattamento, a livello multiplo d'intervento per ragazzi tra i 15 e i 24 anni affetti da Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione (DNA)	Percorso realizzato
	Appropriatezza dei ricoveri REMS in integrazione con i percorsi psichiatrici del territorio	Percorsi implementati
Trasparenza/ Anticorruzione	Rispetto delle scadenze relative all'assolvimento del debito informativo verso il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT), sia per le misure di prevenzione programmate nella sotto-sezione "Rischi corruttivi e trasparenza" del PIAO aziendale sia per ogni altra documentazione richiesta dal RPCT in quanto inerente agli adempimenti previsti dalla L. n. 190/2012.	Compiti e scadenze pienamente rispettati
Formazione	Garanzia di partecipazione da parte del personale coinvolto ai corsi sulla prevenzione delle malattie correlate all'assistenza e antibiotico resistenza	Partecipazione garantita

8. CONCLUSIONI

La Relazione sulla Performance 2025 evidenzia come l'ASST di Mantova abbia perseguito con continuità e determinazione gli obiettivi strategici definiti nel PIAO 2025-2027 e negli indirizzi regionali di programmazione, operando in un contesto caratterizzato da importanti trasformazioni organizzative connesse all'attuazione della riforma del sistema socio-sanitario lombardo e agli investimenti del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza.

Nel corso dell'anno l'Azienda ha garantito il mantenimento dei livelli assistenziali, assicurando una risposta articolata ed efficace ai bisogni di salute della popolazione attraverso la rete ospedaliera e territoriale. I risultati ottenuti testimoniano una complessiva tenuta del sistema aziendale e una significativa capacità di adattamento ai nuovi modelli organizzativi, con particolare riferimento allo sviluppo delle Case di Comunità, degli Ospedali di Comunità, delle Centrali Operative Territoriali e dei percorsi di presa in carico della cronicità e della fragilità.

Gli indicatori di performance monitorati mostrano, nella maggior parte dei casi, il raggiungimento dei target assegnati o un significativo miglioramento rispetto all'anno precedente. Particolarmente positivi risultano i risultati conseguiti nell'ambito dei Livelli Essenziali di Assistenza, della prevenzione, del recupero delle liste di attesa, dello sviluppo delle reti cliniche e territoriali e dell'attuazione dei programmi regionali e ministeriali.

Sul versante dell'efficienza gestionale, l'Azienda ha consolidato i volumi di attività ambulatoriale e specialistica, rafforzato le attività ad elevata complessità assistenziale e tecnologica, sviluppato ulteriormente l'assistenza territoriale e domiciliare e proseguito il percorso di innovazione organizzativa e digitale. Contestualmente sono state mantenute elevate l'attenzione alla qualità dei processi, alla trasparenza amministrativa, alla prevenzione della corruzione e alla sicurezza delle cure.

Permangono alcune aree di miglioramento, in particolare per quanto riguarda il completamento del percorso di sviluppo della rete territoriale, il consolidamento degli Ospedali di Comunità, il pieno raggiungimento di alcuni indicatori relativi ai tempi di attesa e all'assistenza domiciliare, nonché le criticità legate al reperimento di alcune figure professionali sanitarie. Tali aspetti rappresentano elementi prioritari sui quali l'Azienda continuerà a investire nel corso del 2026 attraverso specifici interventi organizzativi, formativi e gestionali.

Nel complesso, i risultati conseguiti nel 2025 confermano la capacità dell'ASST di Mantova di perseguire gli obiettivi assegnati, garantendo equilibrio tra sostenibilità, qualità, appropriatezza ed innovazione, con una costante attenzione ai bisogni dei cittadini e alla valorizzazione delle competenze professionali presenti nell'organizzazione. La presente Relazione rappresenta pertanto uno strumento di rendicontazione e trasparenza che documenta l'impegno dell'Azienda nel percorso di miglioramento continuo dei servizi sanitari e socio-sanitari offerti al territorio.

Attività e osservazioni del Nucleo di Valutazione (NVP)

Metodologia per la misurazione e valutazione della performance individuale

Il Nucleo di Valutazione (NV) ritiene che la procedura, disciplinata negli accordi aziendali per il sistema premiante aziendale, per la misurazione e valutazione degli obiettivi di performance individuale dei dipendenti sia conforme alla previsione normativa.

Misurazione e valutazione dei progetti speciali

Il Nucleo di Valutazione ha esaminato e preso atto dei Progetti Speciali presentati dall'Azienda sulla base della disposizione contenuta nel contratto integrativo e negli accordi sindacali sottoscritti.

Misurazione e valutazione delle RAR

Si sottolinea il lavoro svolto per la validazione prevista da parte del NVP delle RAR focalizzata necessariamente sul puntuale rispetto di quanto previsto dalle intese e sulla verifica della rendicontazione finale predisposta a livello regionale, trattandosi comunque di risorse incentivanti che devono essere adeguatamente consuntivate ai sensi delle norme e dei contratti vigenti.

La Relazione sulla Performance, trasmessa dall'Azienda entro i termini per l'esame della stessa da parte del NVP, appare in linea con la normativa in materia, e in particolare con il D.lgs. n. 150/2009, art. 10 comma 1, lettera b. Ritenuta dal Nucleo completa ed esauriente è stata validata dallo stesso nella seduta del 26 giugno 2026.

In conclusione, il Nucleo di Valutazione delle Prestazioni, sulla base delle verifiche effettuate nel corso dell'esercizio 2025, ritiene che il processo di valutazione e delle risultanze dello stesso possano essere considerate validate.

Modalità di monitoraggio da parte del NVP

Le attività di verifica, che hanno costituito il supporto documentale della presente relazione, sono state svolte durante tutto il 2025.

Le attività di verifica sono state svolte in particolare mediante analisi dei dati e delle informazioni ricavate dalla documentazione messa a disposizione dall'Azienda (reportistica, schede di rilevazione, griglie informatiche ecc....), acquisite nel corso di

incontri ed audizioni con dipendenti dell'Agazia stessa e/o direttamente acquisite dal sito istituzionale.

Nel corso dell'esercizio in questione, il NVP, si è riunito nelle seguenti date, sia in presenza sia ricorrendo alla video conferenza:

ELENCO DELLE SEDUTE DEL NUCLEO ANNO 2025:

1. 24/01/2025
2. 27/02/2025
3. 28/03/2025
4. 28/04/2025
5. 23/05/2025
6. 12/06/2025
7. 27/06/2025
8. 18/05/2025
9. 24/07/2025
- 10.26/09/2025
- 11.24/10/2025
- 12.24/11/2025
- 13.19/12/2025