

Relazione annuale sulla performance 2025 dell'ATS di BG



-Redatta a Giugno 2026-

Sommario

1. Premessa	2
2. I contenuti della relazione annuale sulla performance	2
2.1 I principali risultati raggiunti per il Valore pubblico	2
2.1.1 Governance Missione 6 Salute del PNRR	12
2.1.2 Le azioni di ATS a sostegno del PNRR	14
2.1.3 La tutela degli utenti attraverso la comunicazione.....	14
2.1.4 Pari opportunità ed Azioni positive	16
2.2 Analisi del contesto e delle risorse	19
2.2.1 La <i>Mission</i> aziendale	19
2.2.2 Il territorio	21
2.2.3 La popolazione assistita	26
2.2.4 I Professionisti e Strutture sanitarie e socio-sanitarie del territorio	30
2.2.5 L'Organizzazione dell'Agenzia.....	34
2.2.6 Analisi delle risorse umane e strumentali (economiche e tecniche).....	40
3. Misurazione e valutazione della performance	56
3.1 Gli indicatori	57
3.2 Rendicontazione Piano Performance 2025	58
3.2.1 Obiettivi strategici regionali	58
3.2.2 Obiettivi operativi regionali ed obiettivi minimi di prevenzione	70
3.2.3 Obiettivi Strategici 2025 dell'ATS di Bergamo indicati nel PIAO 2025-2027	79
3.2.4 Obiettivi Operativi 2025 dell'ATS di Bergamo indicati nel PIAO 2025-2027	87
Obiettivi 2025 delle Strutture dell'ATS di Bergamo del Documento di Budget	93
DIREZIONE GENERALE	103
DIREZIONE SANITARIA	165
DIREZIONE SOCIO-SANITARIA	210
DIREZIONE AMMINISTRATIVA	236

1. Premessa

La relazione della *performance annuale* discende da un obbligo dettato dalla “Riforma Brunetta” (D. Lgs. 150/2009), in particolare, ripercorre a livello di rendicontazione quanto esposto nella **sezione 2.2 del PIAO 2025-2027**, in cui sono stati delineati a livello programmatico **gli Obiettivi strategici ed operativi previsti per il triennio di respiro del PIAO e nell'anno 2025**.

Il *Piano della Performance 2025-2027* dell'ATS di Bergamo, approvato con Deliberazione n. 67 del 30 gennaio 2025 e poi revisionato con Deliberazione n.470 del 10 luglio 2025, riporta obiettivi strategici e operativi con i relativi indicatori, nonché gli strumenti per la misurazione della *performance* organizzativa dell'Agenzia, i cui risultati vengono evidenziati nella presente relazione sintetica.

Il Piano a suo tempo elaborato, nel rispetto della scadenza del 31.01.2025, contempla gli obiettivi derivati dalle Regole di Sistema per l'anno 2025 e quelli di natura aziendale, cui si sono aggiunti poi gli obiettivi di mandato per i Direttori Generali del SSR fissati da Regione Lombardia.

La Relazione sulla *performance* è stata elaborata in osservanza alle “Linee guida per la relazione annuale sulla performance n.3 del novembre 2018”, emesse dal DFP-Ufficio per la valutazione della performance della Presidenza del Consiglio dei Ministri.

2. I contenuti della relazione annuale sulla performance

2.1 I principali risultati raggiunti per il Valore pubblico

A seguire si evidenziano quei Progetti e quelle attività dell'ATS di Bergamo che nel 2025 hanno contribuito maggiormente a generare Valore pubblico, come indicato nel PIAO di riferimento per il triennio 2025-2027.

Per ciascuno di essi è stato individuato un indicatore smart che potesse ponderare, in modo oggettivo, il risultato raggiunto con riferimento al target fissato, in occasione dell'approvazione del PIAO, dalla Direzione Strategica.

DENOMINAZIONE PROGETTUALITA'	RESPONSABILE DELL'OBIETTIVO	OBIETTIVO 2025	INDICATORE DI IMPATTO 1mo livello	SE RAGGIUNTO Val(VP)	SE NON RAGGIUNTO Val(VP)
VP1- LABORATORIO CAREGIVER	SC Network sociali	1.Incrementare il numero dei <i>Caregiver</i> raggiunti	N° <i>caregiver</i> raggiunti 2025>Numero <i>caregiver</i> raggiunti 2024 (IMPATTO ESTERNO)	0.5	0
		2.Esportazione del <i>Modello Equipe Caregiver</i> sul territorio in via sperimentale	Esportazione del <i>Modello Equipe Caregiver</i> in almeno 3 PUA/EVM del territorio o in eventuali altri servizi a livello di Distretti ed Ambiti territoriali e sociali (IMPATTO ESTERNO/INTERNO)	0.5	0
VP2- VALORIZZAZIONE PROGETTO CAREGIVER	DSS-SC Network Sociali- SS Management di Progetti Innovativi Strategici e Indirizzi Dipartimentali Interaziendali	Individuazione di obiettivi da Implementazione per aspetti sanitari e sociosanitari, ricadute attese, condizioni di trasferibilità	Individuazione di n.4 Obiettivi per ciascun Ambito (IMPATTO ESTERNO)	1	0
VP3-SMART BADANT	DSS e DPIPISS	Incrementare il n° delle visualizzazioni di ogni episodio rispetto al dato 2024 ed implementare gli argomenti	N° di visualizzazioni 2025 per ogni episodio> N° visualizzazioni 2024 per ogni episodio N° di episodi 2025> N° di episodi 2024 (IMPATTO ESTERNO)	1	0

DENOMINAZIONE PROGETTUALITA'	RESPONSABILE DELL'OBIETTIVO	OBIETTIVO 2025	INDICATORE DI IMPATTO 1mo livello	SE RAGGIUNTO Val(VP)	SE NON RAGGIUNTO Val(VP)
VP4-CANCROZERO	SS Area comunicazione e relazioni esterne DIPS	Incrementare il n° di eventi di incentivazione 2025 rispetto al 2024, conseguendo anche un tasso di adesione maggiore	Media dei tassi di adesione alle campagne <i>screening</i> 2025 > Media dei tassi di adesione alle campagne <i>screening</i> 2024 N° di eventi di incentivazione 2025 > N° di eventi di incentivazione 2024] (IMPATTO ESTERNO)	1	0
VP5-PROSPETTIVA SALUTE 2025	DS	Organizzare la manifestazione	Fatto/Non fatto (IMPATTO ESTERNO)	1	0
VP6-A.RI.S-ATTRATTIVITA' RISORSE PER LA SALUTE	DG	1. Avvio di un <i>workout</i> in collaborazione con ASST di condivisione della strategia e delle buone pratiche di valorizzazione del personale sanitario, socio-sanitario e sociale che opera nella provincia di Bergamo	-Elaborazione di un documento di buone pratiche (IMPATTO INTERNO)	0.25	0
			-Valutazione di gradimento di almeno 3 punti su 5 (IMPATTO ESTERNO)	0.25	0
		2. Avviare almeno un evento formativo della rete nel 2025 con relativa <i>customer</i> (indice di gradimento)	-N.1 evento formativo di rete avviato per il 2025 (IMPATTO INTERNO)	0.25	0
			- <i>Customer</i> di gradimento di almeno 3 punti su 5 (IMPATTO ESTERNO)	0.25	0

DENOMINAZIONE PROGETTUALITA'	RESPONSABILE DELL'OBIETTIVO	OBIETTIVO 2025	INDICATORE DI IMPATTO 1mo livello	SE RAGGIUNTO Val(VP)	SE NON RAGGIUNTO Val(VP)
VP7-PRO.F.U.M.O.	DS	Attivare il gruppo di lavoro	Fatto/Non fatto (IMPATTO ESTERNO)	1	0
VP8-GESTIONE DPC REGIONALE	SC SFT	Incrementare la spesa gestita rispetto al dato 2024	Spesa gestita 2025> Spesa gestita 2024 (€ 410.930.675,72) Milioni di €uro (IMPATTO INTERNO)	1	0
VP9- APPROPRIATEZZA EROGATIVA FARMACIE in ambito di anticorruzione	SC SFT	Incrementare il numero dei controlli rispetto al dato 2024	N° di controlli di appropriatezza erogativa a fini di anticorruzione anno 2025> N° di controlli di appropriatezza erogativa a fini di anticorruzione anno 2024 (IMPATTO INTERNO)	1	0
VP10-JA CIRCE – <i>Transfer of Best PraCtice In PRimary CarE</i>	SS Management di Progetti Innovativi Strategici e Indirizzi Dipartimentali Interaziendali	Somministrazione scala PDQ8	Somministrazione scala PDQ8 a tutti i pazienti arruolati (IMPATTO ESTERNO)	1	0
VP11-GdM PS 2.0	SS Management di Progetti Innovativi Strategici e Indirizzi Dipartimentali Interaziendali	Definizione di un piano di azioni di miglioramento condiviso entro quattro mesi dall'avvio del Progetto	Redazione di un PdA in ottica di Miglioramento (IMPATTO INTERNO)	1	0

DENOMINAZIONE PROGETTUALITA'	RESPONSABILE DELL'OBIETTIVO	OBIETTIVO 2025	INDICATORE DI IMPATTO 1mo livello	SE RAGGIUNTO Val(VP)	SE NON RAGGIUNTO Val(VP)
VP12-GdM SRM	SS Management di Progetti Innovativi Strategici e Indirizzi Dipartimentali Interaziendali	Definizione di un PdA di miglioramento condiviso con tutti gli <i>stakeholder</i> coinvolti nel Gruppo di Miglioramento "Scelta e Revoca del Medico" entro 4 mesi dalla costituzione del Gruppo	Redazione di un PdA in ottica di Miglioramento entro 4 mesi dalla costituzione del GdM (IMPATTO INTERNO)	1	0

Valore Pubblico effettivo assoluto 2025 = \sum [Val(VP1)+ Val(VP2)+ Val(VP3)+ Val(VP4)+ Val(VP5)+ Val(VP6)+ Val(VP7)+ Val(VP8)+ Val(VP9)+ Val(VP10)+ Val(VP11)+ Val (VP12)]

Target di Valore Pubblico atteso 2025=12

Saggio di incremento di Valore pubblico 2025= (Valore pubblico effettivo assoluto 2025/12) x 100

Gli indicatori di monitoraggio delle/dei n.12 Azioni/Obiettivi, sono misurabili attraverso lo stesso indicatore booleano sintetico e ripetibile per ciascuno, a cui è stato attribuito un punteggio. Si vedano a seguire gli esiti.

ESITI desunti dagli indicatori individuati (valore al 31.12.2025)

DENOMINAZIONE PROGETTUALITA'	RESPONSABILE DELL'OBIETTIVO	OBIETTIVO 2025	INDICATORE DI IMPATTO 1 livello	RISULTATO al 31.12.25	Raggiunto (0.5 cad.) /Non raggiunto (0)
VP1- LABORATORIO CARGIVER	SC Network sociali	1.Incrementare il numero dei Caregiver raggiunti	N°caregiver raggiunti 2025>Numero caregiver raggiunti 2024 (IMPATTO ESTERNO)	N° 1.651 caregiver (2025)> N°1.199 caregiver (2024) (RAGGIUNTO)	0.5
		2.Esportazione del Modello Equipe Caregiver sul territorio in via sperimentale	Esportazione del Modello Equipe Caregiver in almeno 3 PUA/EVM del territorio o in eventuali altri servizi a livello di Distretti ed Ambiti territoriali e sociali (IMPATTO ESTERNO/INTERNO)	Esportazione modello in almeno 3 PUA/EVM territorio (rinviata la scadenza a febbraio 2026) (RAGGIUNTO)	0.5
DENOMINAZIONE PROGETTUALITA'	RESPONSABILE DELL'OBIETTIVO	OBIETTIVO 2025	INDICATORE DI IMPATTO 1 livello	RISULTATO al 31.12.25	Raggiunto (1) /Non raggiunto (0)
VP2- VALORIZZAZIONE PROGETTO CAREGIVER	DSS-SC Network Sociali- SS Management di Progetti Innovativi Strategici e Indirizzi Dipartimentali Interaziendali	Individuazione di obiettivi da Implementazion e per aspetti sanitari e sociosanitari, ricadute attese, condizioni di trasferibilità	Individuazione di n.4 Obiettivi per ciascun Ambito (IMPATTO ESTERNO)	Individuati n.4 Obiettivi per ciascun Ambito (RAGGIUNTO)	1
DENOMINAZIONE PROGETTUALITA'	RESPONSABILE DELL'OBIETTIVO	OBIETTIVO 2025	INDICATORE DI IMPATTO 1 livello	RISULTATO al 31.12.25	Raggiunto (1) /Non raggiunto (0)
VP3-SMART BADANT	DSS e DPIISS	Incrementare il n° delle visualizzazioni di ogni episodio rispetto al dato 2024 ed implementare gli argomenti	N° di visualizzazioni 2025 per ogni episodio> N° visualizzazioni 2024 per ogni episodio N° di episodi 2025> N° di episodi 2024 (IMPATTO ESTERNO)	N° visualizzazioni (2025) per ogni episodio< N° di visualizzazione (2024) per ogni episodio (NON RAGGIUNTO) Vedi griglia a seguire	0

N° epis.	Descrizione	Visualizzazioni 2024	Visualizzazioni 2025
1	Valutazione condizioni generali, misurazione pressione e saturazione	2.085	544
2	Igiene personale	3.810	2.223
3	Mobilizzazione da letto a carrozzina	2.856	165
4	Posizionamento telo per sollevatore	5.915	2.904
5	Cambio tamponi medicazione	6.421	65
6	Somministrazione pasto	2.726	428
7	Vestizione/avestizione persona affetta da emiplegia	8.147	3.370
8	Rifacimento letto con persona allettata	18.574	2.535
9	Somministrazione e manipolazione dei farmaci	321	352
TOTALI		51.895	12.586

DENOMINAZIONE PROGETTUALITA'	RESPONSABILE DELL'OBIETTIVO	OBIETTIVO 2025	INDICATORE DI IMPATTO 1 livello	RISULTATO al 31.12.25	Raggiunto (1) /Non raggiunto (0)
VP4-CANCROZERO	SS Area comunicazione e relazioni esterne DIPS	Incrementare il n° di eventi di incentivazione 2025 rispetto al 2024, conseguendo anche un tasso di adesione maggiore	Media dei tassi di adesione alle campagne <i>screening</i> 2025 > Media dei tassi di adesione alle campagne <i>screening</i> 2024 N° di eventi di incentivazione 2025 > N° di eventi di incentivazione 2024] (IMPATTO ESTERNO)	Media tassi di adesione alle campagne <i>screening</i> 2025 (61,13%)> Media tassi di adesione alle campagne <i>screening</i> 2024 (59,14%): N° di eventi di incentivazione 2025 (3) > N° di eventi di incentivazione 2024 (1) (RAGGIUNTO)	1

DENOMINAZIONE PROGETTUALITA'	RESPONSABILE DELL'OBIETTIVO	OBIETTIVO 2025	INDICATORE DI IMPATTO 1 livello	RISULTATO al 31.12.25	Raggiunto (1) /Non raggiunto (0)
VP5-PROSPETTIVA SALUTE 2025	DS	Organizzare la manifestazione	Fatto/Non fatto (IMPATTO ESTERNO)	Fatto (RAGGIUNTO)	1
DENOMINAZIONE PROGETTUALITA'	RESPONSABILE DELL'OBIETTIVO	OBIETTIVO 2025	INDICATORE DI IMPATTO 1 livello	RISULTATO al 31.12.25	Raggiunto (0.25 cad.) /Non raggiunto (0)
VP6-A.RI.S-ATTRATTIVITA' RISORSE PER LA SALUTE	DG	1. Avvio di un <i>workout</i> in collaborazione con ASST di condivisione della strategia e delle buone pratiche di valorizzazione del personale sanitario, socio-sanitario e sociale che opera nella provincia di Bergamo	-Elaborazione di un documento di buone pratiche (IMPATTO INTERNO)	Docuemnto elaborato (RAGGIUNTO))	0.25
			-Valutazione di gradimento di almeno 3 punti su 5 (IMPATTO ESTERNO)	Valutazione di gradimento raggiunta >3 (RAGGIUNTO)	0.25
		2. Avviare almeno un evento formativo della rete nel 2025 con relativa <i>customer</i> (indice di gradimento)	-N.1 evento formativo di rete avviato per il 2025 (IMPATTO INTERNO)	Evento formativo di rete avviato (RAGGIUNTO)	0.25
			- <i>Customer</i> di gradimento di almeno 3 punti su 5 (IMPATTO ESTERNO)	Valutazione di gradimento raggiunta >3 (RAGGIUNTO)	0.25

DENOMINAZIONE PROGETTUALITA'	RESPONSABILE DELL'OBIETTIVO	OBIETTIVO 2025	INDICATORE DI IMPATTO 1 livello	RISULTATO al 31.12.25	Raggiunto (1) /Non raggiunto (0)
VP7-PRO.F.U.M.O.	DS	Attivare il gruppo di lavoro	Fatto/Non fatto (IMPATTO ESTERNO)	GdL costituitosi ed attivato (RAGGIUNTO)	1
DENOMINAZIONE PROGETTUALITA'	RESPONSABILE DELL'OBIETTIVO	OBIETTIVO 2025	INDICATORE DI IMPATTO 1 livello	RISULTATO al 31.12.25	Raggiunto (1) /Non raggiunto (0)
VP8-GESTIONE DPC REGIONALE	SC SFT	Incrementare la spesa gestita rispetto al dato 2024	Spesa gestita 2025> Spesa gestita 2024 (€ 410.930.675,72) Milioni di Euro (IMPATTO INTERNO)	445.716.573,77 €= Spesa gestita 2025 (RAGGIUNTO)	1
DENOMINAZIONE PROGETTUALITA'	RESPONSABILE DELL'OBIETTIVO	OBIETTIVO 2025	INDICATORE DI IMPATTO 1 livello	RISULTATO al 31.12.25	Raggiunto (1) /Non raggiunto (0)
VP9- APPROPRIATEZZA EROGATIVA FARMACIE in ambito di anticorruzione	SC SFT	Incrementare il numero dei controlli rispetto al dato 2024	N° di controlli di appropriatezza erogativa a fini di anticorruzione anno 2025> N° di controlli di appropriatezza erogativa a fini di anticorruzione anno 2024 (IMPATTO INTERNO)	n.34 controlli di appropriatezza erogativa (2025) > n.28 controlli (2024) (RAGGIUNTO)	1

DENOMINAZIONE PROGETTUALITA'	RESPONSABILE DELL'OBIETTIVO	OBIETTIVO 2025	INDICATORE DI IMPATTO 1 livello	RISULTATO al 31.12.25	Raggiunto (1) /Non raggiunto (0)
VP10-JA CIRCE – <i>Transfer of Best PraCtice In PPrimary CarE</i>	SS Management di Progetti Innovativi Strategici e Indirizzi Dipartimentali Interaziendali	Somministrazione scala PDQ8	Somministrazione scala PDQ8 a tutti i pazienti arruolati (IMPATTO ESTERNO)	Scala PDQ8 somministrata a tutti i pazienti arruolati (RAGGIUNTO)	1
DENOMINAZIONE PROGETTUALITA'	RESPONSABILE DELL'OBIETTIVO	OBIETTIVO 2025	INDICATORE DI IMPATTO 1 livello	RISULTATO al 31.12.25	Raggiunto (1) /Non raggiunto (0)
VP11-GdM PS 2.0	SS Management di Progetti Innovativi Strategici e Indirizzi Dipartimentali Interaziendali	Definizione di un piano di azioni di miglioramento condiviso entro quattro mesi dall'avvio del Progetto	Redazione di un PdA in ottica di Miglioramento (IMPATTO INTERNO)	Redazione di Piano di Miglioramento con n.24 Azioni (RAGGIUNTO)	1
DENOMINAZIONE PROGETTUALITA'	RESPONSABILE DELL'OBIETTIVO	OBIETTIVO 2025	INDICATORE DI IMPATTO 1 livello	RISULTATO al 31.12.25	Raggiunto (1) /Non raggiunto (0)
VP12-GdM SRM	SS Management di Progetti Innovativi Strategici e Indirizzi Dipartimentali Interaziendali	Definizione di un PdA di miglioramento condiviso con tutti gli <i>stakeholder</i> coinvolti nel Gruppo di Miglioramento "Scelta e Revoca del Medico" entro 4 mesi dalla costituzione del Gruppo	Redazione di un PdA in ottica di Miglioramento entro 4 mesi dalla costituzione del GdM (IMPATTO INTERNO)	Redatto un Piano di Miglioramento con n.10 Azioni (RAGGIUNTO)	1

Il dato complessivo relativizzato al Valore Pubblico 2025 ha esitato il risultato di 91,67% rispetto agli iniziali n.12 elementi componenti: di cui n.1 non raggiunto.

2.1.1 Governance Missione 6 Salute del PNRR

Il “Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza” è un **programma economico di riforme e di investimenti** per il raggiungimento di traguardi normativi e risultati.

Anch’esso rientra appieno nel **Valore Pubblico** generato dall’Ente.

Il Piano è articolato in sei Missioni e la durata va dal secondo semestre 2021 al termine del 2026.

Nel territorio di ATS di Bergamo, alla scadenza della **Milestone ministeriale fissata per il 31/03/2026** è prevista l’attivazione di **n. 26 strutture di cui n.20 Case di Comunità (CdC), n.6 Ospedali di Comunità (OdC) oltre a n.12 Centrali Operative Territoriali (COT).**

Di seguito si riporta la pianificazione delle strutture da attivare suddivise per distretto ASST.

ASST BG OVEST	Media Pianura (Sede Dalmine)	CdC Dalmine		Cot Dalmine
	Isola e Val San Martino (Sede Ponte San Pietro)	CdC Ponte S.Pietro	OdC Ponte S.Pietro	Cot Ponte S.Pietro
	Bassa Occidentale (Sede Treviglio)	CdC Treviglio	OdC Treviglio	Cot Treviglio
	Bassa Orientale (Sede Romano di Lombardia)	CdC Martinengo	OdC Martinengo	Cot Martinengo
ASST BG EST	Seriate e Grumello (Sede Seriate)	CdC Seriate		Cot Seriate
		CdC Grumello		
		CdC Calcinante	OdC Calcinante	
	Valle Cavallina-Monte Bronzone-Basso Sebino-Alto Sebino (Sede Trescore Balneario)	CdC Trescore		Cot Trescore
		CdC Sarnico		
		CdC Lovere		Cot Lovere
	Albino Valle Seriana-Valle Seriana Superiore-Valle di Scalve (Sede Albino)	CdC Albino		Cot Albino
		CdC Alzano		
		CdC Gazzaniga	OdC Gazzaniga	
		CdC Clusone		Cot Clusone
		CdC Vilminore		
ASST Papa Giovanni XXIII (PG23)	Bergamo	CdC Borgo Palazzo		Cot Borgo Palazzo
		CdC Ghirardelli*		
		CdC Garibaldi (ex Matteo Rota)		
	Valle Brembana-Valle Imagna e Villa d'Almè	CdC Zogno		Cot Zogno
		CdC Sant'Omobono Terme		
			OdC San Giovanni Bianco	
	CdC Villa d'Almè		Cot Villa d'Almè	

*L’intervento CdC Ghirardelli, a seguito di confronti ed accordi tra ASST PG23, Comune di BG e DGW, sarà realizzato attraverso fonti di finanziamento extra PNRR. Lo stesso è stato escluso dai conteggi illustrati sullo stato di attuazione del PNRR.

Nella tabella a seguire è rappresentato lo stato di attuazione del PNRR M6C1 relativamente alle attivazioni di CdC, OdC e COT per ciascuna ASST.

ASST BG OVEST:

NOME	COMUNE	INDIRIZZO	ATTIVAZIONE DEFINITIVA
"CdC Treviglio"	Treviglio	Via Matteotti, 4	Completata
"CdC Martinengo"	Martinengo	Piazza Maggiore, 11	Completata
"CdC Dalmine"	Dalmine	Via Betelli, 2	Completata
"CdC Ponte San Pietro"	Ponte San Pietro	Piazza Libertà, 5	2023 soluzione ponte via Caironi, 7 Attivazione definitiva Maggio2026
"COT Ponte San Pietro"	Ponte San Pietro	Trasferita da Piazza Libertà (prima identificazione) a Via Caironi 7	2023
"COT Treviglio"	Treviglio	Via Matteotti, 4	2023
"COT Martinengo"	Martinengo	Piazza Maggiore, 11	2023
"COT Dalmine"	Dalmine	Via Betelli, 2	2023
"OdC Martinengo"	Martinengo	Piazza Maggiore, 11	Ottobre 2024
"OdC Treviglio"	Treviglio	Piazzale Luigi Meneguzzo, 1	Dicembre 2025
"OdC Ponte San Pietro"	Ponte San Pietro	Piazza Libertà, 5	Maggio 2026

ASST BG EST:

NOME	COMUNE	INDIRIZZO	ATTIVAZIONE DEFINITIVA
"CdC Calcinatè"	Calcinatè	Piazza Ospedale, 3	Completata
"CdC Gazzaniga"	Gazzaniga	Via Manzoni, 130	Aprile-Maggio 2026
"CdC Grumello"	Grumello	Via Nembrini, 1	Completata
"CdC Albino"	Albino	Via Sant'Anna, 5	Aprile-Maggio 2026
"CdC Seriate"	Seriate	Via Marconi, 38	Completata
"CdC Vilminore di Scalve"	Vilminore di Scalve	Via Polini, 7	Completata
"CdC Sarnico"	Sarnico	Via Faccanoni, 6	Marzo 2026
"CdC Lovere"	Lovere	Piazzale Bonomelli, 6	Marzo 2026
"CdC Trescore Balneario"	Trescore Balneario	Via Ospedale, 34	Marzo 2026
"CdC Clusone"	Clusone	Via Somvico, 2	Completata
"CdC Alzano Lombardo"	Alzano Lombardo	Via Ribolla,1	Marzo 2026
"COT Trescore Balneario"	Trescore Balneario	Via Ospedale, 38	Attivazione →maggio 2024
"COT Clusone"	Clusone	Via Somvico, 2	Attivazione →maggio 2024
"COT Seriate"	Seriate	Via Paderno, 21	Attivazione →maggio 2024
"COT Albino"	Albino	Viale Stazione, 26/A	Attivazione →maggio 2024
"COT Lovere"	Lovere	Piazzale Bonomelli, 6	Attivazione →maggio 2024
"OdC Calcinatè"	Calcinatè	Piazza Ospedale, 3	Attivo dal 7/07/25
"OdC Gazzaniga"	Gazzaniga	Via Manzoni, 130	Aprile-Maggio 2026

ASST Papa Giovanni XXIII (PG23):

NOME	COMUNE	INDIRIZZO	ATTIVAZIONE DEFINITIVA
"CdC Borgo Palazzo"	Bergamo	Via Borgo Palazzo, 130	29/10/2025
"CdC Sant'Omobono Terme"	Sant'Omobono Terme	Via Vanoncini, 25	Attivata struttura provvisoria da ottobre 2024 a Strozza (Scuola elementare) Attivazione definitiva Marzo 2026
"CdC Villa d'Almè"	Villa d'Almè	Via Roma, 16	28/10/2025
"OdC San Giovanni Bianco"	San Giovanni Bianco	Via Castelli, 5	Attivazione provvisoria con 10 pl A regime con 20 pl → entro febbraio 2026
"CdC Zogno"	Zogno	Piazza Belotti, 1	25/11/2025
"COT Borgo Palazzo"	Bergamo	Via Borgo Palazzo, 130	Completata
"COT Villa d'Almè"	Villa d'Almè	Via Roma, 16	Completata
"COT Zogno"	Zogno	Piazza Belotti, 1	Completata
"CdC Matteo Rota"	Bergamo	Via Garibaldi, 13/15	Fine lavori e attivazione → Marzo 2026

2.1.2 Le azioni di ATS a sostegno del PNRR

È proseguito il lavoro di coordinamento e confronto con le ASST, con l'obiettivo di sostenere indirizzi strategici di sviluppo dei nuovi istituti, nonché dei servizi previsti dal DM 77/2022 e dalle DGR di attuazione Regionali. Il tavolo di lavoro ha **monitorato la realizzazione degli interventi di cui al POR (CdC, OdC e COT)**, attraverso un confronto sul rispetto del cronoprogramma di attivazione delle strutture e sulle problematiche riscontrate (copertura economico finanziaria, rispetto delle *milestone* ministeriali). Relativamente al monitoraggio dei servizi attivati all'interno delle CdC e della funzionalità delle COT, è proseguito il lavoro del *team* intraziendale multidisciplinare con le Direzioni Sociosanitarie delle ASST, i Direttori di Distretto e i 14 Ambiti al fine di seguire l'implementazione dei Servizi e delle collaborazioni tra area sociosanitaria e sociale in stretto raccordo con gli obiettivi programmatori PPT-PDZ.

2.1.3 La tutela degli utenti attraverso la comunicazione

ATS ha continuato a valorizzare, attraverso azioni operative, la **conoscenza dei bisogni e della domanda di salute** della popolazione assistita di riferimento. Sulla scia delle esperienze passate, ormai consolidate.

Anche per l'annualità 2025 il **dialogo** e la **collaborazione** tra le Istituzioni, con i cittadini e le Associazioni, hanno rappresentato le politiche di governo territoriale per le scelte di vita dei cittadini.

L'URP ha svolto la sua funzione anche in collaborazione con altre articolazioni organizzative interne ad ATS sia in ordine alla **gestione dei reclami** sia per le segnalazioni che provengono dall'esterno.

L'aumento della **capacità di ascolto** e di coinvolgimento dei cittadini, per la **correzione dei disservizi** ed il miglioramento qualitativo, infatti, è stata condizione essenziale per far crescere negli utenti il sentimento di **fiducia** nell'Azienda, che ha il compito di tutela della Salute Pubblica.

Attraverso l'Ufficio comunicazione si è provveduto a:

- Gestire i Social Media
- Amministrare le piattaforme social ufficiali dell'ATS (Facebook, Instagram, Telegram, ecc.)
- Pubblicare contenuti informativi e di sensibilizzazione
- Monitorare e analizzare le performance dei social media per ottimizzare la Comunicazione
- Gestire il Sito Web Aziendale
- Coordinare la pubblicazione e l'aggiornamento dei contenuti sul sito web istituzionale
- Garantire la coerenza con le linee guida regionali e nazionali
- Monitorare l'accessibilità e l'usabilità del sito per migliorare l'esperienza dell'utente
- Realizzare Campagne di Comunicazione
- Progettare e sviluppare campagne di sensibilizzazione e informazione su temi di Salute Pubblica
- Collaborare con gli altri uffici dell'ATS e stakeholder esterni per la creazione di contenuti
- Coordinare eventi, manifestazioni e attività promozionali di rilevanza aziendale
- Intrattenere rapporti con i Media
- Curare la redazione di Comunicati Stampa e articoli
- Organizzare conferenze Stampa e attività per i media

- Promuovere l'Immagine Aziendale
- Assicurare una comunicazione coerente con le strategie aziendali
- Valorizzare le attività e i progetti dell'ATS, promuovendo il dialogo con cittadini e stakeholder

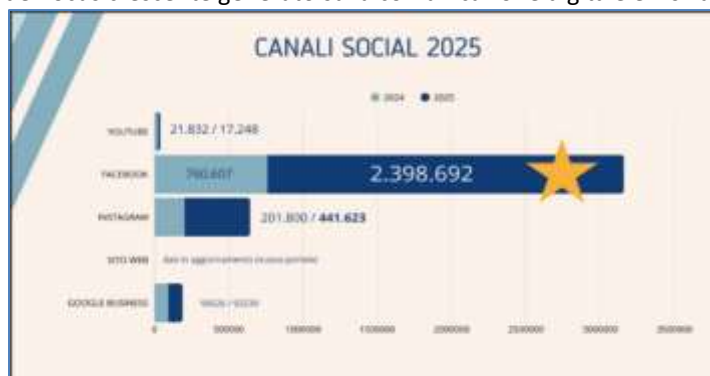
Per dare contezza di questi contenuti qui elencati, definibili il *core* dell'Ufficio Comunicazione, a seguire si espone quantitativamente l'attività svolta nell'annualità 2025, attraverso i cui dati emerge sia lo sviluppo nel tempo dell'attività e la sua evoluzione.

ATTIVITÀ COMUNICAZIONE 2025													
	GENNAIO	FEBBRAIO	MARZO	APRILE	MAGGIO	GIUGNO	LUGLIO	AGOSTO	SETTEMBRE	OTTOBRE	NOVEMBRE	DICEMBRE	TOTALE
POST SOCIAL MEDIA	35	30	46	56	57	41	36	52	48	75	61	42	579
MAIL URP	140	147	144	83	62	100	97	72	116	141	126	97*	1248
TELEFONATE URP	104	106	96	86	75	65	84	85	70	75	69	91	986
UTENTI IN PORTINERA URP	1	6	5	1	3	2	2	2	0	4	2	3	33
COMUNICATI STAMPA	5	7	9	7	10	7	5	5	6	10	9	9	88
NOTE STAMPA/INTERVISTE/RICHESTE GIORNALISTI/CONFERENZE STAMPA	10	9	8	3	6	11	8	11	5	6	12	8	97
NEWSLETTER	1	0	1	0	1	0	1	0	2	0	1	0	7
EVENTI ESTERNI	1	1	1	0	3	0	0	0	1	1	1	1	8
PROGETTI GRAFICI/VIDEO	12	30	35	37	36	35	46	28	37	52	39	25	500

Uno degli strumenti principalmente utilizzati dall'utenza è rappresentato dal **sito istituzionale** (www.ats-bg.it).

Le attività istituzionali con impatto verso la cittadinanza e/o il territorio sono state diffuse, inoltre, per mezzo dei canali social X (ex Twitter), Instagram, Facebook, LinkedIn, Telegram, YouTube, Google My Business, che garantiscono la **tempestività della diffusione informativa ed un'interazione diretta con il client**.

A seguire si illustrano gli esiti del focus crescente generato sulla comunicazione digitale e visiva.



L'andamento delle performance delle diverse piattaforme ha mostrato un incremento significativo per alcuni canali e anche in funzione dei risultati ottenuti sono in corso valutazioni circa la ri-destinazione e concentrazione della comunicazione in modo strategico.



2.1.4 Pari opportunità ed Azioni positive

Il CUG, organismo deputato a garantire le pari opportunità si è ricostituito con Deliberazione del Direttore Generale n.609 del 11 luglio 2022, successivamente aggiornato nei suoi componenti costitutivi.

Il CUG ha deliberato attraverso il PIAO 2025-2027 il **Piano delle Azioni positive**, con la finalità **di promuovere in modo più incisivo la cultura del benessere organizzativo**, rafforzandone il principio delle **pari opportunità**. Nella definizione delle proposte di Azioni Positive il CUG ha tenuto conto delle finalità proprie del Piano Triennale previste dalla normativa in materia.

A seguire si espongono i risultati rispetto le **n.3 macroaree** integrate di intervento sul triennio che sono state programmate:

Area 1. Pari opportunità, medicina di genere, formazione e aggiornamento

Obiettivo	Azioni	Risultato atteso (Indicatore)	ESITO
<p>Offrire a tutti i dipendenti un Piano Formativo mirato alla crescita di tutte le professionalità presenti, garantendo l'equità nel riconoscimento dei crediti formativi, favorendo la partecipazione, promuovendo, in particolare eventi finalizzati alla crescita di una cultura dell'etica, contro la violenza e nel rispetto del genere, delle pari opportunità e del benessere organizzativo</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Definire annualmente un Piano Formativo Aziendale: <ul style="list-style-type: none"> ◦ rivolto a tutte le professionalità presenti in Agenzia, garantendo pari opportunità ◦ garante del conseguimento dei crediti formativi per tutte le professionalità che sono tenute all'obbligo della Formazione Continua (non solo profili sanitari) • Prevedere all'interno del piano formativo dei percorsi dedicati a tematiche connesse allo sviluppo delle competenze professionali, ai temi oggetto del Piano delle Azioni Positive e a temi inerenti l'area relazionale (es. la gestione dei conflitti, la comunicazione, la gestione delle relazioni) • Garantire modalità organizzative idonee a favorire la partecipazione dei lavoratori e delle lavoratrici a corsi formativi e di aggiornamento professionale, anche mediante il ricorso a 	<p>Realizzazione delle azioni previste Indicatore: Partecipazione agli eventi formativi</p>	<p><i>Svolti i percorsi formativi come definiti dal PFA aziendale.</i></p> <p><i>I percorsi sono stati offerti a tutte le figure professionali presenti in azienda sanitarie, sociali e amministrative. Sono stati garantiti i crediti ECM.</i></p> <p><i>Le tematiche trattate:</i> - Corso "Wellness aziendale impariamo a comunicare meglio e a gestire le emozioni", proposto in 2 edizioni a seguito delle richieste del personale</p> <p>-Corso "Lavoro agile e la conciliazione vita lavoro" per condividere dati scientifici relativi ai vantaggi della promozione e corretta applicazione del lavoro agile</p> <p>-Corso "Etica del lavoro" per approfondire le regole che definiscono i comportamenti sul luogo del lavoro</p> <p>-Partecipazione del CUG al corso "Contrasto e Prevenzione alla Violenza di genere" con una relazione sul tema della Violenza di genere in ottica di Medicina di genere con la promozione di un tavolo di lavoro condiviso</p> <p>- Le modalità di iscrizione e partecipazione ai corsi sono state facilitate grazie all'inserimento dei corsi</p>

	<p>modalità formative a distanza</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promuovere/sostenere eventi di sensibilizzazione contro la violenza sulle donne • Promuovere un tavolo di lavoro sulla medicina di genere per proseguire la sensibilizzazione sul tema • Promuovere eventi formativi dedicati al tema dell'etica del lavoro 		<p><i>nell'angolo della formazione che permettono una facile iscrizione e rendicontazione</i></p> <p>Tutti gli obiettivi sono stati raggiunti</p>
<p>Garantire pari opportunità d'accesso fra uomini e donne e professionalità differenti</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sensibilizzare alle pari opportunità di carriera e di sviluppo della professionalità sia per il personale maschile sia femminile, sia per i diversi profili professionali, compatibilmente con le disposizioni normative in tema di progressioni di carriera, incentivi e progressioni economiche • Diffondere il Codice di Condotta Aziendale contro le discriminazioni, la violenza e le molestie sul luogo di lavoro e per la prevenzione e il contrasto dei fenomeni di mobbing • Sostenere il percorso di inserimento in azienda dei nuovi assunti per l'accoglienza, il passaggio di consegne e l'affiancamento 	<p>Realizzazione delle azioni previste</p>	<p><i>Condiviso nelle riunioni del CUG le tematiche delle pari opportunità anche con le OO.SS. che siedono ai tavoli della direzione strategica e dove si decidono le modalità di progressione di carriera e la promozione di un percorso di inserimento aziendale che si sta portando avanti all'interno dell'unità di gestione del personale.</i></p> <p><i>Il codice di condotta è stato diffuso mediante i componenti del CUG che operano in diversi dipartimenti e mediante l'attività del consigliere di fiducia, oltre che attraverso corsi dedicati definiti nel PFA aziendale.</i></p> <p><i>Effettuati corsi di inserimento nel corso dell'anno per i neo-assunti</i></p> <p>Tutti gli obiettivi sono stati raggiunti.</p>

Area 2. Conciliazione vita – lavoro

Obiettivo	Azioni	Risultato atteso (Indicatore)	ESITO
<p>Promozione di strategie migliorative di conciliazione di vita – lavoro favorendo la conciliazione del lavoro con i tempi di cura della famiglia (presenza di figli minori, familiari anziani o fragili, distanza dal luogo di lavoro) al fine di:</p> <ul style="list-style-type: none"> o ridurre le assenze o aumentare il benessere sul luogo di lavoro o ridurre lo stress correlato alla difficoltà di conciliazione dei tempi di lavoro con le esigenze di cura della famiglia 	<p>- Sostenere la conciliazione dei tempi di lavoro con i tempi di cura della famiglia (presenza di figli minori, familiari anziani o fragili).</p> <p><u>Promozione:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -del lavoro agile sia per il comparto che per la dirigenza; -della concessione di benefit quali la flessibilità di orario -della possibilità di usufruire del parcheggio aziendale anche temporaneamente; -della mobilità interna del personale per l'avvicinamento al luogo di residenza; -dell'identificazione di luoghi/spazi dedicati al personale (consumo dei pasti) presso le sedi aziendali territoriali -di punti di ascolto psicologico - della consulenza del Consigliere di fiducia, quale organo deputato a rilevare problemi e criticità e ad elaborare idee sulla prevenzione e azioni contro le discriminazioni, molestie e mobbing, all'interno della Agenzia, oltre a svolgere una funzione preventiva nei confronti del disagio lavorativo 	<p>Realizzazione delle azioni previste</p> <p>Indicatore:</p> <ul style="list-style-type: none"> -numero di richieste incontro consigliere di fiducia -incremento numero dipendenti in lavoro agile 	<p><i>Tramite i componenti del CUG anche di parte sindacale, si è sollecitata la definizione dei regolamenti per il lavoro agile, oltre che del comparto anche per la dirigenza.</i></p> <p><i>Il numero dei dipendenti in lavoro agile è in progressivo incremento (vedi dati esposti nel documento a seguire), grazie anche al rilascio del regolamento per la dirigenza.</i></p> <p><i>Il CUG ed altre articolazioni aziendali hanno partecipato con il Mobility manager alla stesura dello specifico Piano di azioni con 3 direttrici: l'incremento del lavoro agile, le facilitazioni per la mobilità interaziendale, i parcheggi, la flessibilità di orario, la formazione e l'informazione</i></p> <p><i>Il consigliere di fiducia ha proseguito gli incontri su appuntamento con il personale, con un resoconto finale sugli interventi svolti.</i></p> <p>Tutti gli obiettivi sono stati raggiunti.</p>

Area 3. Benessere organizzativo, promozione di stili di vita sani

Obiettivo	Azioni	Risultato atteso (Indicatore)	ESITO
Promozione del benessere organizzativo e sostegno alla diffusione della cultura aziendale orientata a: <ul style="list-style-type: none"> o la prevenzione e riduzione di fattori di stress lavoro correlato la promozione di stili di vita sani	<ul style="list-style-type: none"> • Divulgazione di strumenti sul benessere organizzativo • Implementare interventi di prevenzione dello stress lavoro correlato • Sostegno ai progetti del DIPS inerenti il benessere legati anche all'attività fisica 	Realizzazione delle azioni previste	<p><i>Il CUG ha utilizzato il giornale aziendale periodico per divulgare le proposte del consigliere di fiducia</i></p> <p><i>Il CUG ha partecipato ad un progetto aziendale sulla valutazione dello stress lavoro correlato con il RSPP, partecipando alle riunioni programmate</i></p> <p><i>Abbiamo sostenuto progetti sul tema del benessere e delle proposte di attività fisica aziendali</i></p> <p>Tutti gli obiettivi sono stati raggiunti.</p>


Il CUG, come da mandato istituzionale, si è impegnato ad **effettuare e sostenere il monitoraggio delle Azioni Positive previste dal Piano Triennale delle Azioni Positive** che l'ATS di Bergamo ha adottato, relazionando: alla Direzione dell'Agenda, al Nucleo di Valutazione delle Prestazioni, al Dipartimento della Funzione Pubblica e al Dipartimento delle Pari Opportunità (Presidenza del Consiglio dei Ministri), in ordine allo stato di attuazione del sopra citato Piano Triennale di Azioni Positive.

2.2 Analisi del contesto e delle risorse

2.2.1 La Mission aziendale

L'ATS di Bergamo è un' **Agenzia con personalità giuridica pubblica**, dotata di autonomia organizzativa, amministrativa e patrimoniale che fa parte del Sistema Sanitario Regionale (SSR) ed il suo Legale Rappresentante è il Direttore Generale.

L'ATS di Bergamo è stata **istituita il 1° gennaio 2016** con Deliberazione della Giunta Regionale n. X/4467 del 10/12/2015.

Ente presente nell'elenco ISOT delle amministrazioni pubbliche con categoria ISOT Aziende sanitarie locali da' 01/01/2016.			
Responsabile	Giupponi Massimo		
Titolo Responsabile	Direttore generale		
Sito istituzionale	www.ats-bg.it		
Indirizzo	Via Galliccioli, 4 - 24121 Bergamo (BG)		
Cod. IVA	atsb	Codice Fiscale	04114400163
Totologia	Pubbliche Amministrazioni		
Categoria	Aziende Sanitarie Locali		
Natura Giuridica	Azienda o ente del servizio sanitario nazionale		
Attività Attec.	Studi medici specialistici e poliambulatori		
Indirizzo PEC primaria	protocollo@pec.ats-bg.it - PEC		
Altre e-mail	sla.sp.bergamo@pec.ats-bg.it - PEC		
Data Accreditamento	04/01/2016		
Acronimo	ATS Bergamo		
Social Network			

Marchio istituzionale



Contatti

Pec: protocollo@pec.ats-bg.it

Peo: protocollo.generale@ats-bg.it

L'ATS di Bergamo assolve la propria *mission* nell'alveo di **tre direttrici** sul territorio di sua competenza (territorio della Provincia di Bergamo), con cui si occupa di **"salute"**, di **"cura"** e del **"prendersi cura"** delle proprie comunità locali, favorendo:

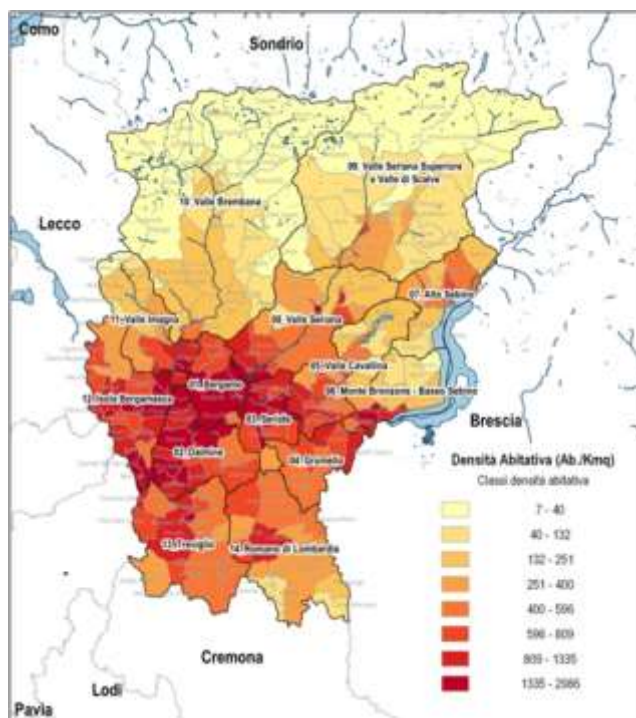
- La Promozione e Prevenzione: attività di respiro provinciale, distrettuale e di Ambito territoriale, per cui è previsto il coordinamento dell'ATS di Bergamo ex l.r. 22/2021.
- L'Ospedalizzazione e Riabilitazione: attività di dimensione distrettuale, ad alta integrazione sanitaria e sociosanitaria, a gestione prevalentemente delle ASST ed Enti accreditati;
- La Domiciliarità e Prossimità: attività più vicina alla dimensione dell'Ambito Territoriale, ad alta integrazione, sociosanitaria e socio-assistenziale;

L'Attuazione della *mission* istituzionale di ATS avviene relazionando l'Agenzia con tutti gli Enti Erogatori Pubblici e Privati Accreditati del SSR, sia attraverso la programmazione definita da Regione Lombardia, sia attraverso le funzioni enunciate anche nel POAS vigente, qui esposte a seguire:

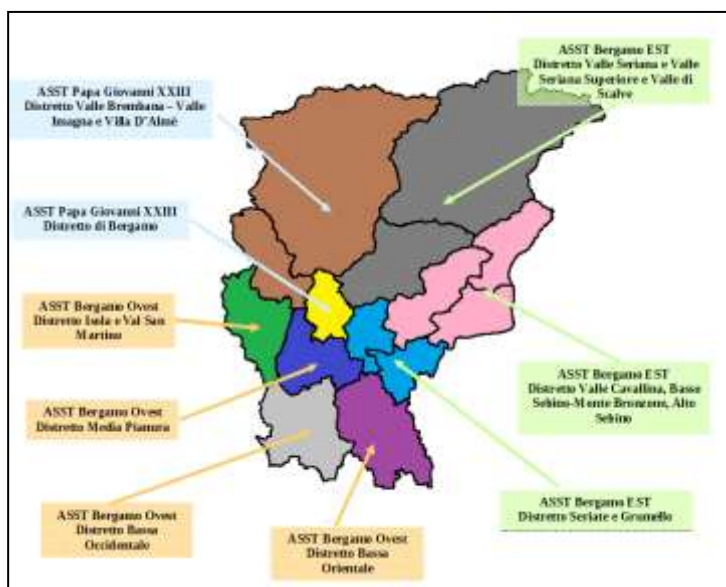
- ⇒ Funzioni di governo della domanda esercitate mediante l'integrazione sanitaria e socio-sanitaria ed il raccordo con il Sistema dei servizi sociali di competenza delle Autonomie locali e la garanzia della continuità assistenziale;
- ⇒ Funzioni di governo dell'offerta, esercitate a fini di regolamentazione dell'offerta di prestazioni sanitarie e socio-sanitarie nel territorio (accreditamento, programmazione, negoziazione, contratti, acquisto, valutazione e controllo),;
- ⇒ Programmazione per l'integrazione delle prestazioni socio-sanitarie con quelle sociali, al fine di assicurare il governo del percorso della presa in carico della persona, la continuità della cura e l'equità di accessibilità;
- ⇒ Programmazione, promozione, prevenzione e tutela della salute;
- ⇒ Programmazione, coordinamento e svolgimento dell'attività in tema di sanità pubblica veterinaria;
- ⇒ Adozione dell'approccio "One Health" integrando i due punti precedenti in elenco, al fine di assicurare globalmente la protezione e la promozione della salute, valorizzando la stretta relazione tra la salute umana e la salute degli animali e dell'ambiente;
- ⇒ Programmazione e svolgimento delle attività di prevenzione e controllo della salute e sicurezza negli ambienti di vita e di lavoro, Igiene e sanità pubblica, salute e ambiente, sicurezza degli alimenti non di origine animale, dei materiali a contatto con gli alimenti e dell'acqua destinata al consumo umano e conseguente svolgimento delle stesse attività di controllo, compreso il controllo periodico impiantistico e tecnologico;
- ⇒ Negoziazione e acquisto delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie dalle Strutture accreditate;
- ⇒ Attuazione degli indirizzi regionali e monitoraggio della spesa in materia di farmaceutica, dietetica e protesica;
- ⇒ Vigilanza, garanzia e controllo della corretta erogazione dei LEA nelle Strutture della bergamasca;
- ⇒ Coordinamento delle politiche di investimento sul territorio di competenza, in coerenza con gli indirizzi di programmazione regionale;
- ⇒ Controllo e governance delle attività dei dipartimenti funzionali di prevenzione delle ASST, garantito dal Dipartimento delle Cure Primarie delle ASST, istituito dalla recente l.r. 22/2021.
- ⇒ Raccolta del fabbisogno di personale per il territorio di competenza e coordinamento delle eventuali procedure aggregate per il relativo reclutamento;
- ⇒ Coordinamento e governo dell'attività necessaria per la stesura e sottoscrizione degli accordi con i MMG e i PLS del territorio di competenza unitamente alle ASST di riferimento;
- ⇒ Governance per l'attuazione del PNRR in ambito sanitario, nel lasso temporale 2022-2026 (Ospedali di Comunità-OdC, Case di Comunità-CdC, Centrali Operative Territoriali-COT), rafforzando l'assistenza territoriale;
- ⇒ Orientamento dell'agire amministrativo ai criteri di efficacia, efficienza e sostenibilità;
- ⇒ Ricorso a strumenti e azioni volte a garantire la sostenibilità ambientale;
- ⇒ Partecipazione (per quanto di competenza) e concorso al potenziamento ed allo sviluppo della sanità digitale.

2.2.2 Il territorio

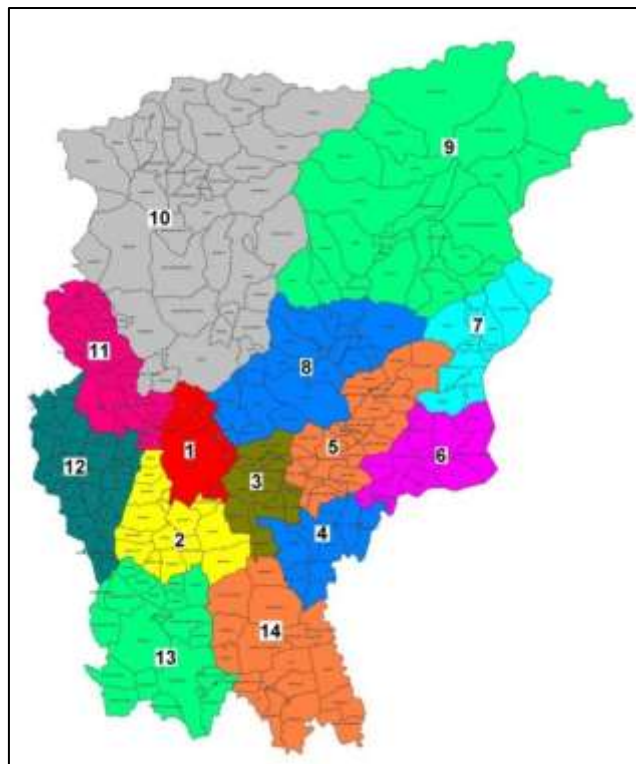
Il territorio provinciale di Bergamo ha una **superficie di 2.746 Km²** e **comprende 243 Comuni**.



Il territorio è organizzato in **n.9 Distretti** a loro volta suddivisi in **n.14 ambiti**, ora in capo alle **3 ASST**, a seguito della L.R. 22/2021.



Ambiti Territoriali dell'ATS Bergamo



L'**Ambito Territoriale** rappresenta la sede principale della programmazione locale, della concertazione e del coordinamento degli interventi dei servizi sociali e delle altre prestazioni integrate, attive a livello locale.

Ambiti territoriali

Ambito territoriale		N° dei comuni dell'Ambito Territoriale	Comuni
1	BERGAMO	6 comuni	Bergamo-Orio Al Serio-Gorle-Ponteranica-Sorisole-Torre Boldone.
2	DALMINE	17 comuni	Azzano S. Paolo-Boltiere-Ciserano-Comun Nuovo-Curno-Dalmine-Lallio-Levate-Mozzo-Osio Sopra-Osio Sotto-Stezzano-Treviolo-Urgnano-Verdellino-Verdello-Zanica.
3	SERiate	11 comuni	Albano S.A-Bagnatica-Brusaporto-Cavernago-Costa Di Mezzate-Grassobbio-Montello-Pedrengo-Scanzorosciate-Seriate-Torre De Roveri.
4	GRUMELLO del Monte	8 comuni	Bolgare-Calciate-Castelli Calepio-Chiuduno-Grumello Del Monte-Mornico Al Serio-Palosco-Telgate.
5	VALLE CAVALLINA	20 comuni	Berzo S. Fermo-Bianzano-Borgo Di Terzo-Carobbio D. Angeli-Casazza-Cenate Sopra-Cenate Sotto-Endine Gaiano-Entratico-Gaverina Terme-Gorlago-Grone-Luzzana-Monasterolo C.-Ranzanico-S. Paolo D'argon-Spinone Al Lago-Trescore B. - Viganò S. Martino-Zandobbio.

Ambito territoriale		N° dei comuni dell'Ambito Territoriale	Comuni
6	MONTE BRONZONE e BASSO SEBINO	12 comuni	Adrara S. Martino-Adrara S. Rocco-Credaro-Foresto Sparso-Gandosso-Parzanica-Predore-Sarnico-Tavernola B.-Viadanica-Vigolo-Villongo.
7	ALTO SEBINO	10 comuni	Bossico-Castro-Costa Volpino-Fonteno-Lovere-Pianico-Riva Di Solto-Rogno-Solto Collina-Sovere.
8	VALLE SERIANA	18 comuni	Albino-Alzano Lombardo-Aviatico-Casnigo-Cazzano S. Andrea-Cene-Colzate-Fiorano Al Serio-Gandino-Gazzaniga -Lefte-Nembro-Peia-Pradalunga-Ranica-Selvino-Vertova-Villa Di Serio.
9	VAL SERIANA SUPERIORE e VAL DI SCALVE	24 comuni	Ardesio-Azzone-Castione della Presolana-Cerete-Clusone-Colere-Fino del Monte-Gandellino-Gorno-Gromo-Oltressenda Alta- Oneta-Onore-Parre-Piario-Ponte Nossa-Premolo-Rovetta-Schilpario-Songavazzo-Valbondione-Valgoglio-Villa d'Ogna-Vilminore di Scalve.
10	VALLE BREMBANA	37 comuni	Algua-Averara-Blello-Bracca-Branzi-Camerata Cornello-Carona-Cassiglio-Cornalba-Costa di Serina-Cusio-Dossena-Foppolo-Isola di Fondra-Lenna-Mezzoldo-Moio De Calvi-Olmo al Grembo-Oltre il Colle-Ornica-Piazza Brembana-Piazzatorre-Piazzolo-Roncobello-San Giovanni Bianco-San Pellegrino Terme-Santa Brigida-Sedrino-Serina-Taleggio-Ubiale Clanezzo-Val Brembilla-Valleve-Valnegrà-Valtorta-Vedeseta-Zogno.
11	VALLE IMAGNA e VILLA D'ALME'	20 comuni	Almè-Almenno S. Bartolomeo- Almenno S. Salvatore-Barzana-Bedulita-Berbenno-Brumano-Capizzone-Corna Imagna-Costa Valle Imagna-Fuipiano Valle Imagna-Locatello-Paladina-Palazzo-Roncola-Rota Imagna -Sant'Omobono Terme-Strozza-Valbrembo-Villa D'Almè.
12	ISOLA BERGAMASCA e BASSA VAL SAN MARTINO	25 comuni	Ambivere-Bonate Sopra-Bonate Sotto-Bottanuco-Brembate-Brembate Sopra-Calusco d'Adda-Capriate S. Gervasio-Caprino Bergamasco-Carvico-Chignolo d'Isola-Cisano Bergamasco-Filago-Madone-Mapello-Medolago-Ponte S. Pietro-Pontida-Presezzo-Solza-Sotto il Monte-Suisio-Terno d'Isola-Torre De Busi-Villa d'Adda.
13	TREVIGLIO	18 comuni	Arcene-Arzago d'Adda-Brignano Gera d'Adda-Calvenzano-Canonica d'Adda-Caravaggio-Casirate d'Adda-Castel Rozzone-Fara Gera d'Adda-Fornovo S. Giovanni-Lurano-Misano-Gera d'Adda-Mozzanica-Pagazzano-Pognano-Pontirolo Nuovo-Spirano-Treviglio.
14	ROMANO DI LOMBARDIA	17 comuni	Antegnate-Barbata-Bariano-Calcio-Cividate al Piano-Cologno al Serio-Cortenuova-Covo-FaraOlivana/Sola-Fontanella-Ghisalba-Iso-Martinengo-Morengo-Pumenengo-Romano di Lombardia-Torre Pallavicina.

I **Distretti** contribuiscono alla **programmazione della Rete d’offerta territoriale**, afferiscono al Polo Territoriale delle ASST ed interagiscono con tutti i soggetti erogatori del territorio di competenza, anche attraverso il coinvolgimento, per i servizi di competenza delle Autonomie locali, delle Assemblee dei Sindaci dei Piani di Zona e delle Comunità montane

Sedi di Distretto:

Denominazione Distretto	Ubicazione Sede distrettuale
BERGAMO	Bergamo
VALLE IMAGNA E VILLA D'ALMÉ	Villa d'Almè
ISOLA E VAL SAN MARTINO	Ponte S. Pietro
MEDIA PIANURA	Dalmine
BASSA OCCIDENTALE	Treviglio
BASSA ORIENTALE	Romano di Lombardia
SERiate E GRUMELLO	Seriate
VALLE CAVALLINA, BASSO SEBINO-MONTE BRONZONE, ALTO SEBINO	Trescore Balneario
VALLE SERIANA E VALLE SERIANA SUPERIORE E VAL DI SCALVE	Albino

Analisi generale del contesto territoriale lombardo e dell’ATS di Bergamo

Il Sistema Sociosanitario Regionale (SSR) ha specifiche peculiarità, qui sintetizzate per punti, ovvero garantisce;

- la libera scelta dei cittadini che decidono da chi farsi assistere, dal sistema pubblico o privato accreditato;
- l’accesso universale alle prestazioni incluse nei cosiddetti Livelli Essenziali di Assistenza (LEA);
- la continuità delle cure erogate nel territorio tra le più elevate a livello nazionale;
- un importante saldo positivo tra mobilità attiva (prestazioni erogate dalle strutture lombarde per cittadini non residenti) e passiva (prestazioni erogate ai cittadini lombardi al di fuori della Regione);
- la copertura dei bisogni sociosanitari attraverso una consolidata ed articolata rete di strutture regionali lombarde;
- la rete consolidata di farmacie sul territorio che rappresenta un punto importante di prossimità;
- la rete del sistema trasfusionale, comprendente le attività delle Associazioni e Federazioni di Donatori di sangue,

I punti di criticità del SSR

▪ **I Tempi di attesa**

Le percentuali di fuori soglia nelle prestazioni di “prima visita oculistica” e di “prima visita dermatologica” rimangono tra le più alte, considerandone anche i volumi assoluti.

▪ **L’inappropriatezza prescrittiva**

Il consumo medio regionale di prestazioni radiologiche risulta superiore rispetto alla media nazionale, prevalentemente a carico delle Tomografie Computerizzate (TC) e delle Risonanze Magnetiche (RM).

▪ **Il Pronto Soccorso ed i ricoveri in area medica**

Vi è una grave carenza di medici specializzati in Medicina di Emergenza Urgenza e ciò comporta l’incompleta copertura degli standard degli organici dei PS. Il gap è colmato con l’impiego di una quota oraria di specialisti in staff ad altre unità operative e/o l’utilizzo di cooperative esterne.

Infine, i Pronto Soccorso (PS), anche per l'aumento degli accessi impropri di pazienti, per buona parte dell'anno sono sovraffollati.

▪ **L'andamento demografico lombardo**

In Regione si hanno più decessi che nascite, ma la popolazione è in crescita continua, grazie alla componente migratoria. Si prevede: l'aumento degli ultrasessantacinquenni e ancor più dei cosiddetti grandi anziani (85 anni o più); sarà decisa e costante la contrazione della popolazione in età attiva (15-64 anni). Secondo questi dati previsionali, aumenterà il carico di cittadini convenzionalmente non autonomi per ragioni demografiche (i giovanissimi e gli anziani) ogni 100 in età attiva.

▪ **L'evoluzione del numero e della composizione dei nuclei famigliari lombardi**

Le previsioni demografiche suggeriscono un aumento del numero di famiglie che riducono la loro dimensione media.

▪ **La fragilità della popolazione lombarda**

Un cittadino è tanto più fragile, determinando più domanda di servizi sanitari e socio-sanitari:

- quanto maggiore è la sua complessità clinica;
- quanto minore è l'aderenza alle raccomandazioni basate sulle evidenze per la cura delle malattie di cui soffre e per le campagne di prevenzione secondaria dei tumori;
- quanto più ridotta è l'autonomia nello svolgimento delle attività quotidiane;
- quanto più elevato è il rischio di essere istituzionalizzato in RSA se ha un'età >65 anni, se vive in un contesto sociale disagiato.

▪ **I fragili con complessità clinica sono in progressivo aumento sul territorio.**

▪ **La mancata aderenza alle raccomandazioni** è definita dall'insufficiente continuità delle cure territoriali dei pazienti affetti da condizioni croniche rilevanti e dalla mancata partecipazione all'invito a sottoporsi agli esami per la diagnosi precoce di alcune malattie. Molti cittadini invitati a sottoporsi a esame per la diagnosi precoce del tumore mammario femminile e del colon-retto non aderisce all'invito.

▪ **Il fattore della ridotta autonomia**

È definita come qualsiasi limitazione o perdita della capacità di compiere un'attività nel modo e nei limiti considerati normali per un essere umano (ovvero normalmente proprio a quella persona in relazione all'età, sesso e ai fattori socioculturali). Si pensi a coloro che usufruiscono di esenzioni per invalidità, di assistenza protesica, di almeno una prestazione di assistenza domiciliare (per parziale o totale dipendenza soprattutto nella deambulazione, abbigliamento e uso dei servizi igienici) o a chi riceve assistenza in RSA, a coloro che frequentano centri diurni per anziani e a quelle persone con disabilità.

Tale categoria di cittadini rappresenta una porzione di popolazione via via in crescita a causa dell'invecchiamento

▪ **La propensione all'istituzionalizzazione.**

Un fattore, questo come il precedente, che determina una crescita della domanda socio-sanitaria.

È definita dall'insieme dei determinanti (malattie/condizioni di cui il cittadino è affetto, e prestazioni Socio-Sanitarie che gli/le vengono erogate), pesate sul rischio di istituzionalizzazione in RSA per ognuno di essi.

▪ **Altri fattori di fragilità sociale**

○ **La Vulnerabilità sociale**

È definita dalla residenza in un'area (sezione di censimento) caratterizzata da basso livello di scolarizzazione ed elevati tasso di disoccupazione, indice di vecchiaia e proporzione di nuclei famigliari monocomponenti.

○ **Le Aree di Infanzia ed adolescenza:**

La pandemia ha esacerbato le vulnerabilità esistenti.

La dispersione scolastica in Lombardia è più bassa della media nazionale, ma comunque rilevante, soprattutto nella popolazione migrante. Essa rappresenta sia un fattore di rischio sia un fattore di aggravamento nel disagio minorile, nei disturbi del neurosviluppo e nei disturbi psichiatrici dei minorenni, che appaiono in rilevante aumento.

2.2.3 La popolazione assistita

La rilevazione al 30.11.25 riferita alla **popolazione degli assistiti** in provincia di Bergamo è la seguente:

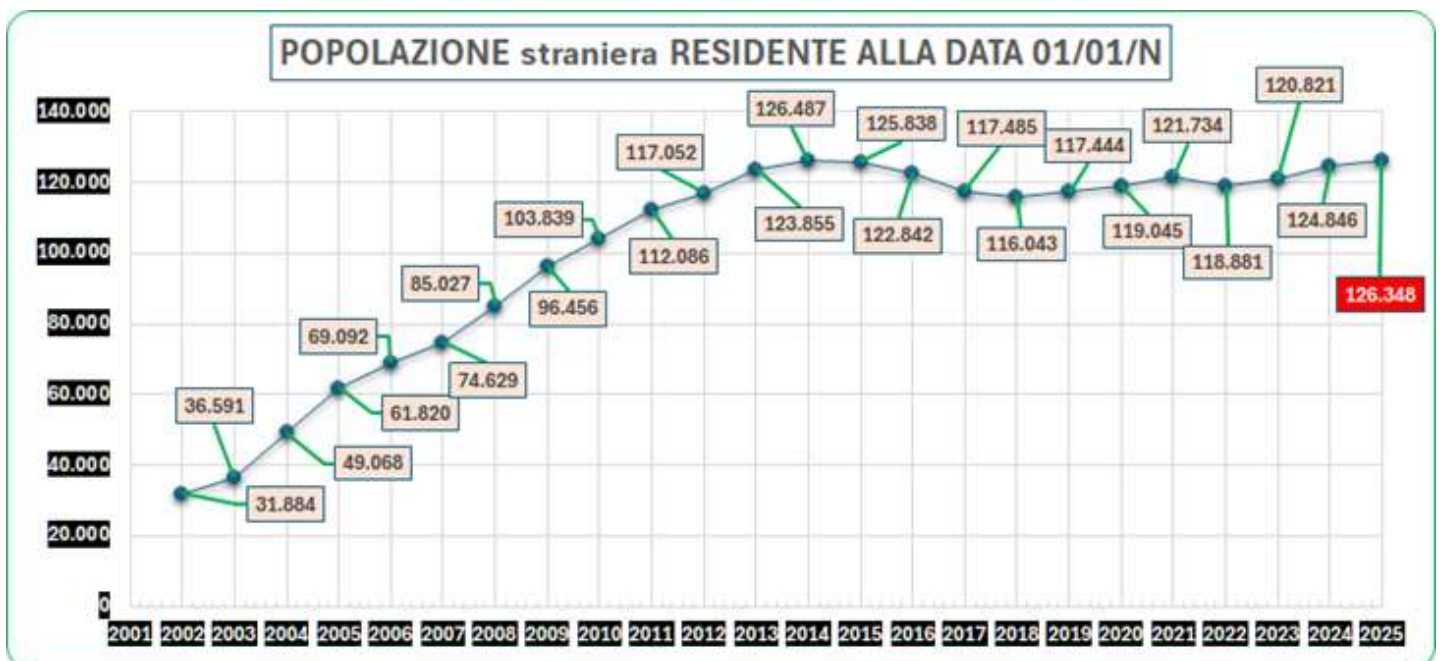
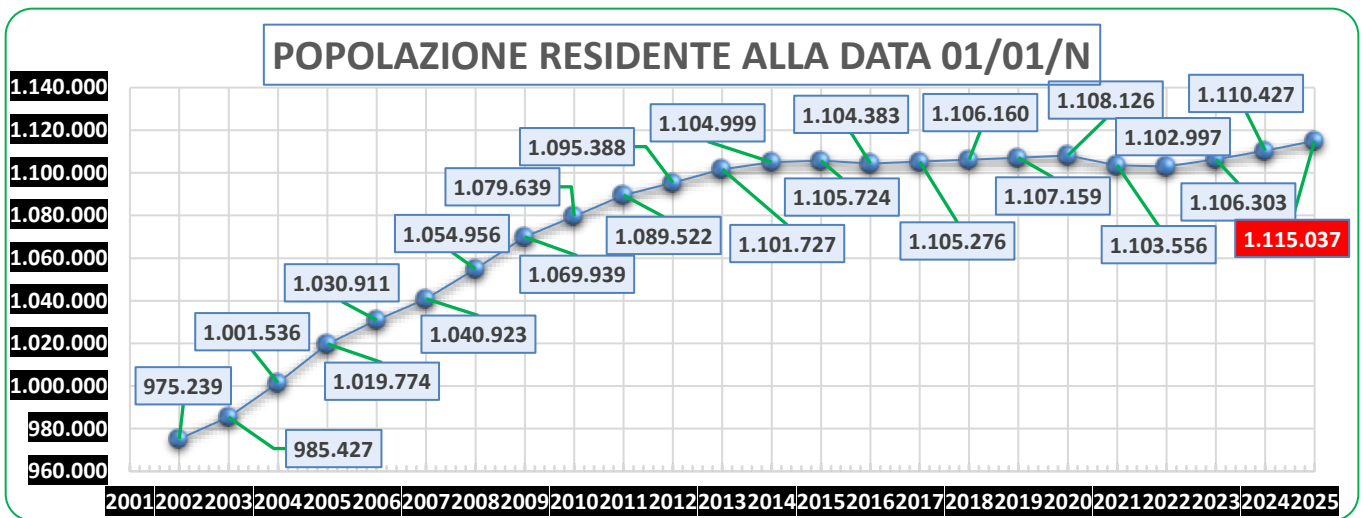
Fonte ANA- ATS di Bergamo

DESCRIZIONE		POPOLAZIONE ASSISTITI		
		30.11.2024	30.11.2025	DELTA
Distretti	01-Bergamo	158.363	157.994	-369
	02-Valle Brembana e Valle Imagna	93.314	92.826	-488
	TOTALE ASST PG23	251.677	250.820	-857
	03-Seriate e Grumello	131.482	132.044	562
	04-Valle Seriana e Val di Scalve	138.119	137.253	-866
	05-Valle Cavallina e Sebino	117.114	117.036	-78
	TOTALE ASST BG EST	386.715	386.333	-382
	06-Isola e Val San Martino	136.081	136.844	763
	07-Media Pianura	149.343	149.891	548
	08-Bassa Occidentale	113.002	113.727	725
	09-Bassa Orientale	86.691	87.323	632
	TOTALE ASST BG OVEST	485.117	487.785	2.668
	Totale COMPLESSIVO	1.123.509	1.124.938	1.429

Dalla tabella suesposta si nota che vi è stato **un incremento degli assistiti più consistente nel Distretto della ASST Bergamo Ovest e parimenti una diminuzione in quello della ASST Papa Giovanni XXIII**. Secondo le rilevazioni statistiche disponibili, invece, che ad oggi conferiscono la certezza del dato, è bene far riferimento alla popolazione residente misurata al 01/01/2024, come definito nelle tabelle a seguire.

ASST	DISTRETTI	AMBITO	POPOLAZIONE RESIDENTE (Unità)		
			01.01.2024	01.01.2025	Delta
PAPA GIOVANNI XXIII	BERGAMO	Bergamo	152.625	153.083	458
	VALLE BREMBANA-VALLE IMAGNA	Valle Brembana	39.834	39.790	-44
		Valle Imagna e Villa d'Almé	52.757	52.784	27
	TOTALE ASST PG23		245.216	245.657	441
ASST	DISTRETTI	AMBITO	POPOLAZIONE RESIDENTE (Unità)		
BERGAMO EST	SERIATE-GRUMELLO	Seriate	78.391	78.727	336
		Grumello	50.708	50.938	230
	VALLE SERIANA-VAL DI SCALVE	Valle Seriana	95.567	95.620	53
		Valle Seriana Superiore e Valle di Scalve	41.733	41.752	19
	VALLE CAVALLINA-SEBINO	Valle Cavallina	54.796	55.117	321
		Monte Bronzone-Basso Sebino	31.855	31.936	81
		Alto Sebino	29.739	29.825	86
TOTALE ASST BERGAMO EST		382.789	383.915	1.126	

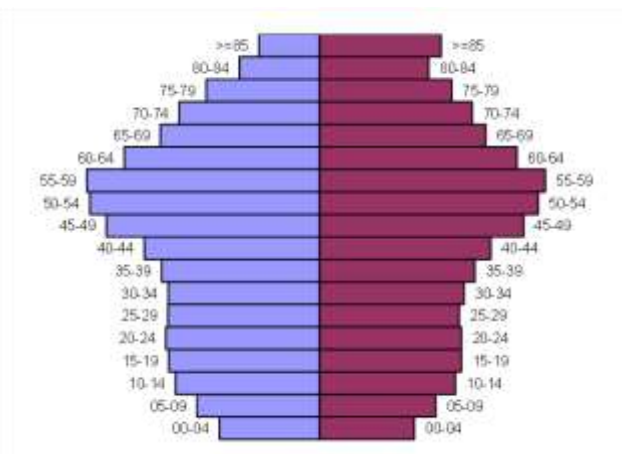
ASST	DISTRETTI	AMBITO	POPOLAZIONE RESIDENTE (Unità)		
			01.01.2024	01.01.2025	Delta
BERGAMO OVEST	ISOLA VAL SAN MARTINO	Isola Bergamasca	136.415	137.051	636
	MEDIA PIANURA	Dalmine	147.124	147.952	828
	BASSA OCCIDENTALE	Treviglio	112.745	113.716	971
	BASSA ORIENTALE	Romano di Lombardia	86.129	86.746	617
TOTALE ASST BERGAMO OVEST			482.413	485.465	3.052
TOTALE COMPLESSIVO			1.110.427	1.115.037	4.619



La popolazione residente nella provincia bergamasca, rilevata dall'ISTAT ha conosciuto un incremento in modo consistente, confermando la sua risalita, già innescatasi nel 2023 dopo il negativo periodo pandemico.

Il traino di questa decisa risalita è rappresentato dalla componente degli **stranieri residenti** in provincia di Bergamo, che ammontano a n.124.348 unità, attestando la grandezza a circa all'11 % della popolazione residente rilevata a quella data.

Il grafico sottostante, detto Piramide delle Età, rappresenta la distribuzione della popolazione residente alla data del 01/01/2025.



La **Piramide dell'Età della popolazione** bergamasca rappresenta la struttura di una popolazione in cui la maggioranza dei soggetti è **concentrata nelle fasce di età centrali**, dando al grafico una conformazione "a botte", tipica delle popolazioni "anziane".

Prima di procedere nella disamina successiva è bene definire alcuni indicatori:

- ❖ **L'indice di vecchiaia** descrivere il peso della popolazione anziana in una determinata popolazione. Sostanzialmente definisce il rapporto di coesistenza che esiste tra la popolazione anziana (65 anni e oltre) e la popolazione più giovane (0-14 anni): trend in consistente peggioramento
- ❖ **L'indice di invecchiamento** permette di mettere in evidenza, a livello dinamico, l'invecchiamento di una popolazione. È il rapporto tra la popolazione con età ≥ 65 anni e quella di età < a 15 anni, ovvero indica il numero di anziani residenti ogni 100 bambini: trend in peggioramento.
- ❖ **L'indice di dipendenza strutturale** rappresenta il carico sociale ed economico della popolazione non attiva (0-14 anni e ≥ 65 anni) su quella attiva (15-64 anni). Tale indicatore quantifica gli individui in età non attiva ogni 100 in età attiva, fornendo indirettamente una misura della sostenibilità della struttura di una popolazione: trend stabilizzati.
- ❖ **L'indice di lavoro** è il rapporto tra gli occupati e la popolazione attiva (compresa tra 15-64 anni). Ci dice quanti occupati ci sono ogni 100 abitanti: tendenza pressoché stazionaria.
- ❖ **L'indice di natalità/mortalità** misura rispettivamente la frequenza delle nascite/delle morti di una popolazione in un anno solare e sono calcolati come rapporto tra il numero dei nati/morti in quel periodo e la popolazione media rispetto 1.000 abitanti. Dato di rilevazione attualmente non disponibile.

L'analisi dei suddetti indicatori evidenzia una popolazione che **tende inesorabilmente ad invecchiare** secondo un percorso progressivo: l'indice d'invecchiamento risulta in aumento, il saldo naturale (omettendo il 2020) presenta un valore negativo. Senza un'inversione di tendenza, il persistente invecchiamento della popolazione esprime chiaramente che fra alcuni anni, ci si troverà ad affrontare gravi problemi di tipo sociale, come fornire l'assistenza ad un'ampia porzione di popolazione anziani, nonché garantirne la previdenza economica.

anno	Indice di vecchiaia	Indice di invecchiamento	Indice di dipendenza strutturale	Indice di lavoro	Indice di natalità	Indice di mortalità
2025	181,1	22,9	55,1	64,5	n.p.	n.p.
2024	173,1	22,5	54,9	64,5	6,6	9,6
2023	165,8	22,1	54,9	64,6	6,6	9,7
2022	159,9	21,8	55,1	64,5	6,8	10,5
2021	153,3	21,4	54,9	64,6	7,0	9,3
2020	151,5	21,4	55,2	64,5	6,9	14,7
2019	146,0	21,0	55,0	64,5	7,5	9,2
2018	140,9	20,7	54,8	64,6	7,7	9,0
2017	136,8	20,3	54,6	64,8	8,3	9,3
2016	132,4	20,0	54,2	64,9	8,6	8,7
2015	127,8	19,5	53,6	65,2	8,6	9,3
2014	123,4	19,0	52,9	65,5	9,1	8,4

La tabella successiva, invece, esprime in modo più analitico (a livello di Distretti ed Ambiti) gli stessi indicatori sopra rilevati, fornendo un quadro più mirato e micro-territoriale. Nella sezione degli indicatori, infatti, sono esposti valori in **ROSSO** che evidenziano quei dati comparati risultanti “peggiori”, mentre i valori in **VERDE** quelli “migliori” nella stessa logica comparativa.

ASST	DISTRETTI	AMBITO	Indice Natalità	Indice Mortalità	Indice Vecchiaia	Indice Invecchiamento	Indice Dipendenza strutturale
PAPA GIOVANNI XXIII (PG23)	Bergamo	Bergamo	6,18	10,96	221,26	25,20	57,70
	Valle Brembana e Val Imagna	Valle Brembana	5,53	12,78	274,82	28,50	63,60
		Valle Imagna e Villa d'Almè	5,76	9,87	193,35	23,62	55,83
Bergamo Est	Seriata e Grumello	Seriata	7,15	7,83	160,95	20,84	51,03
		Grumello	7,16	7,63	140,20	20,11	52,58
	Valle Cavallina e Sebino	Valle Cavallina	7,17	8,17	152,64	20,58	51,67
		Monte Bronzone - Basso Sebino	6,08	8,97	177,60	22,09	52,75
		Alto Sebino	6,21	11,05	227,90	26,51	61,68
	Val Seriana e Val di Scalve	Valle Seriana	5,47	9,91	223,16	25,71	59,31
		Valle Seriana Superiore e Valle di Scalve	5,82	11,45	244,77	26,99	61,34
Bergamo Ovest	Media Pianura	Dalmine	6,78	8,76	163,21	21,26	52,16
	Isola e Val San Martino	Isola Bergamasca	7,00	9,72	161,28	21,52	53,51
	Bassa Occidentale	Treviglio	6,88	9,16	166,66	22,08	54,62
	Bassa Orientale	Romano di Lombardia	7,73	9,09	146,36	20,59	53,02

2.2.4 I Professionisti e Strutture sanitarie e sociosanitarie del territorio

Farmacie

La rilevazione della Farmacie riferite al territorio della provincia di Bergamo restituisce i seguenti dati sintetici, con cui si definisce la dotazione strutturale del servizio:

Rilevazione al 31.12.2025	
Tipologia	N°
<i>Farmacie Territoriali</i>	335
<i>Parafarmacie</i>	30
<i>Dispensari</i>	29
TOTALE	394

Le Farmacie Territoriali sono le strutture che, in ottemperanza alle normative nazionali e/o regionali, garantiscono a favore dei pazienti affetti da particolari patologie forme di tutela sanitaria, mediante la fornitura diretta di farmaci, dispositivi medici, materiale sanitario, dietetica, integratori.

Le Parafarmacie sono le strutture che, in ottemperanza alle normative nazionali e/o regionali, forniscono agli utenti farmaci non soggetti a prescrizione medica, oltre a tutti gli altri prodotti che possiamo trovare in farmacia: cosmetici, integratori alimentari, prodotti per l'infanzia, ecc....

I Dispensari sono strutture diverse dalle farmacie, destinate alla distribuzione di medicinali di uso comune e di pronto soccorso già confezionati.

L'evoluzione dei servizi erogati dalle farmacie ha messo in evidenza il ruolo sempre più strategico delle **farmacie territoriali** nell'ambito della telemedicina, nel supporto alla campagna vaccinale, nel supporto per la prenotazione visite specialistiche, per la scelta e revoca del medico, per la raccolta campioni per lo screening del colon retto, per l'esecuzione dei test per SARS-CoV-2 e per lo streptococco. La "**Farmacia dei Servizi**" rappresenta quindi un'opportunità rilevante alla sostenibilità del SSN.

La Farmacia dei servizi per i cittadini esenti per patologie cardiovascolari e su prescrizione medica esegue esami come ECG, holter cardiaco e holter pressorio, rafforzando il ruolo di presidio e di prossimità.

Distribuzione Per Conto (DPC) Lombardia

A partire dal 2014, la distribuzione per conto (DPC) in Regione Lombardia è stata **centralizzata a livello regionale su ATS Bergamo**, sulla base del progetto regionale **per i farmaci A-PHT**, con conseguente significativa razionalizzazione del personale impiegato per tali attività. Nella distribuzione per conto (DPC) i medicinali sono acquistati dal SSR al prezzo di gara, come avviene per la Distribuzione Diretta, con risparmi sul prezzo di acquisto rispetto al canale della convenzionata

L'inserimento nel canale erogativo della DPC di una nuova specialità medicinale viene dato dalla DGW – Farmaceutica e Dispositivi Medici.

ATS cura la gestione dell'acquisto centralizzato dei farmaci e dei dispositivi medici, il rifornimento e la distribuzione ai distributori intermedi (grossisti) e la consegna alle farmacie del territorio da parte di quei grossisti con cui hanno in essere il contratto di approvvigionamento. La gestione contabile è rimasta in capo a ciascuna ATS, che provvede al rimborso degli oneri di distribuzione della catena alle farmacie del territorio di propria pertinenza.

Di seguito si riportano i dati del distribuito in termini di valore, volumi, con particolare focus sui mancanti DPC, che dipendono sia da dinamiche congiunturali nazionali/internazionali legati ai problemi produttivi delle Aziende farmaceutiche.

ANNO	IMPORTO DISTRIBUITO	CONFEZIONI DISTRIBUITE	MANCANTI (confezioni indisponibili DPC)	PERCENTUALE MANCANTI/DISTRIBUITO
2021	262.403.857,00 €	4.544.041	132.770	2.2
2022	279.024.422,00 €	5.022.193	42.479	0.85
2023	321.606.860,00 €	5.601.780	164.574	2.94
2024	410.949.675,00 €	6.750.507	364.219	5.4
2025	445.716.573,77 €	6.569.575	161.437	2.46

La DPC si avvale dei **distributori intermedi** ricompresi in due filiere con Capofila e rispettive raggieri per raggiungere la capillarità del territorio. I distributori sono attualmente n.18 e sono dislocati uniformemente sul territorio lombardo (vedi figura di seguito), i **due capofila hanno sede rispettivamente a Vimercate (MB) e a Brescia (BS)**; ogni Distributore Intermedio, avendo attribuite

funzioni di consegna e custodia dei farmaci, ha un Agente Contabile da lui nominato e deliberato dalla ATS capofila. I distributori sono responsabili del controllo quali-quantitativo, della registrazione del lotto e scadenza dei prodotti e del relativo controllo. Vengono svolti n.4 inventari annuali con cadenza trimestrale su tutti i distributori (n.3 a campione e uno a tappeto).

La spesa per la **DPC risulta preponderante per l'acquisto di prodotti (farmaci, vaccini, diabetica)**, e minoritaria in relazione agli oneri professionali per la filiera (pagati da ogni ATS alle farmacie di competenza, che poi versano ai grossisti la rispettiva aliquota - vedi sotto). **La DPC in Lombardia genera un importante risparmio rispetto alla convenzionata.** Il risparmio derivante dall'utilizzo del canale distributivo DPC vs Convenzionata è legato all'acquisto diretto dei farmaci a prezzo di gara ARIA, che anche in caso di gare non competitive (farmaci ancora sotto copertura brevettuale) non può essere maggiore rispetto al prezzo massimo di acquisto SSN negoziato da AIFA in fase di autorizzazione all'immissione in commercio e classificazione ai fini della rimborsabilità, che risulta anche del 50-60% inferiore rispetto al prezzo a cui acquistano le farmacie di comunità all'interno del canale Convenzionata.

ANNO	IMPORTO DISTRIBUITO	IMPORTO DISTRIBUITO ESCLUSO EX OSP2	RISPARMIO DPC vs CONVENZIONATA
2021	262.403.857,00 €	239.379.558,00 €	71.813.867,40 €
2022	279.024.422,00 €	255.969.968,00 €	76.790.990,40 €
2023	321.606.860,00 €	283.406.707,00 €	85.022.012,10 €
2024	410.949.675,00 €	289.798.062,68 €	101.429.324,04 €
2025	445.716.573,77 €	274.968.265,00 €	96.480.092,98 €

In prospettiva, si stima che il canale DPC potrà acquisire nei prossimi anni ancora maggiore rilevanza strategica, confermandosi da una parte (con il passaggio di farmaci ad alto costo dal canale convenzionata) come strumento regionale indispensabile di **contenimento della spesa farmaceutica**, dall'altra (con il passaggio di farmaci per malattie croniche dal canale di distribuzione diretta ospedaliera) come **leva per migliorare l'accesso di prossimità dei cittadini alle terapie farmacologiche**.

Le Strutture sanitarie, sociosanitarie e sociali sul territorio di competenza di ATS di Bergamo

Tipologia di Strutture Sanitarie 31.12.2025	N° Accreditate e a contratto	N° Accreditate non a contratto	N° Solo autorizzate
Presidi ospedalieri afferenti ad ASST	10		
Strutture di ricovero e cura private (di cui 4 sperimentazioni gestionali e 1 IRCSS privato)	12	1	1
Strutture di ricovero e cura a ciclo diurno		1	2
Servizi di Medicina di Laboratorio	3		
Ambulatori di Medicina Sportiva privati	8	1	
Ambulatorio di Medicina Sportiva pubblico	1		
Strutture ambulatoriali private	18	2	1
Strutture ambulatoriali territoriali pubbliche	12		
Strutture psichiatriche e NPI private (CRA-CRM-CPA-CPM-CPB-CD)	20		
Strutture psichiatriche pubbliche (CRA-CRM-CPA-CPM-CPB-CD)	26		
Strutture di raccolta sangue associative (* Unità Mobile reclutamento candidati donatori di CSE)		15	1 (*)
TOTALI	110	21	5

Profilo dell'offerta

Strutture Pubbliche al 31.12.2025		Posti letto a contratto		Totale Posti letto a contratto Strutture
		Ordinari	Dh/Ds	
ASST PAPA GIOVANNI XXIII (PG23)	Ospedale Civile San Giovanni Bianco	86	9	95
	Ospedale Papa Giovanni XXIII	953	69	1.022
ASST DI BERGAMO OVEST	Ospedale Treviglio Caravaggio	376	27	403
	Ospedale Santissima Trinità	166	15	181
ASST DI BERGAMO EST	PO Pesenti Fenaroli Alzano Lomb.	212	11	223
	PO F.M. Passi Calcinante	71	1	72
	PO Briolini Gazzaniga	48	0	48
	PO SS. Capitanio e Gerosa Lovere	79	4	83
	PO Bolognini Seriate	236	19	255
	PO MO A. Locatelli Piario	94	14	108
Totale Strutture pubbliche		2.321	169	2.490

Strutture private al 31.12.2025		Posti letto a contratto		Totale posti letto a contratto	Posti letto accreditati non a contratto		Totale Posti letto accreditati non a contratto	Totale Posti letto solo autorizzati		Totale Posti letto Struttura
		Ordinari	Dh/Ds		Ordinari	Dh/Ds		Ordinari	Dh/Ds	
		030143	Humanitas Gavazzeni		228	5		233	62	
030144	Casa di Cura "Beato Palazzolo"	118	9	127				10		137
030145	Humanitas Castelli	40	5	45	35	11	46			91
030146	Casa di Cura San Francesco	121	4	125	23		23	1		149
030147	Policlinico San Marco	270	29	299						299
030148	Policlinico San Pietro	254	34	288						288
030149	Istituto Clinico Quarenghi s.r.l.	98	1	99	14		14			113
030350	Ferb Onlus - Ospedale "S. Isidoro"	87		87		1	1			88
030354	Nephrocare Spa	10		10						10
030356	Istituto Clinico Habilita	53	6	59	28		28			87
030360	FERB Alzheimer Gazzaniga	46		46						46
030379	Habilita Istituto Clinico Ospedale di Sarnico	107	6	113						113
030384	Centro di Ricerche Cliniche per le Malattie Rare Aldo e Cele Dacco'				8	10	18			18
019558	Chir One Day Clinic					2	2			2
030337	Villa S. Apollonia s.r.l.						0	12	8	20
026681	Daina Centro Odontostomatologico						0		2	2
088791	Life Clinic Health Connections								2	2
Totale Strutture private		1.432	99	1.531	170	40	210	38	12	1.791

	Posti letto complessivi territorio dell' ATS Bergamo	Posti letto a contratto		Totale Posti letto a contratto	Posti letto accreditati non a contratto		Totale Posti letto accreditati non a contratto	Totale Posti letto solo autorizzati	Totale Posti letto Strutture
		ordinari	Dh/Ds		ordinari	Dh/Ds			
Totale Posti letto pubblici e privati		3.753	268	4.021	170	40	210	50	4.281

Evidenza delle Unità d'Offerta socio-sanitarie

Unità d'offerta socio-sanitarie 31.12.2025	N° Accreditate a contratto	N° Accreditate non a contratto	N° Solo autorizzate
Area Anziani			
Residenze Sanitarie Assistenziali per anziani (R.S.A.)	67	2	
Centri Diurni Integrati per anziani (C.D.I.)	28		2
Area Disabili			
Residenze Sanitarie per Disabili (R.S.D.)	11		
Comunità Sociosanitarie per disabili (C.S.S.)	19	2	
Centri Diurni per Disabili (C.D.D.)	23	1	
Area Dipendenze			
Enti privati accreditati per le dipendenze			
Comunità Residenziali	13		
Comunità Semiresidenziali	1		
UdO a Bassa Intensità Assistenziale	13		
SMI	3	1	1
Ser.D	6	0	
Consultori			
Consultori privati accreditati	13		1
Consultori ASST	10		0
Strutture Riabilitative			
Strutture Riabilitative/Cure Intermedie (ex D.G.R. 19883/2004)	6	1	2
Cure Intermedie ex dgr 3383/2015	6		
Cure Intermedie ex post acuta			
SRM	1		
Cure Palliative			
Hospice	8 (di cui n. 2 inseriti in UOCP)		
UOCP	3		
Enti Erogatori di Cure Palliative Domiciliari	32 (di cui n.4 contratti di scopo)	1	
Cure Domiciliari			

Unità d'offerta socio-sanitarie 31.12.2025	N° Accreditate a contratto	N° Accreditate non a contratto	N° Solo autorizzate
Enti Erogatori di Assistenza Domiciliare Integrata ora Cure Domiciliari C-DOM	43 (di cui 32 ATS Bergamo – n. 5 extra Provincia – n.6 contratti di scopo)	4	
Ospedali di Comunità (OdC)	4		1
TOTALI	310	12	7

Evidenza delle Unità d'offerta sociali (Udos)

Unità d'offerta sociali 31.12.2025		
Area Infanzia	N°	n. posti
Nidi	208	6.258
Micro-nidi	30	290
Nidi Famiglia	28	140
Centri prima infanzia	5	91
Area Minori/Famiglia	N°	n. posti
Comunità educative	26	225
Alloggi per l'autonomia	13	55
Comunità familiari	4	23
Centri di aggregazione giovanile	10	265
Centro Diurno Educativo	8	117
Comunità Educativa Diurna	5	58
Area Disabili	N°	n. posti
Centri Socio-Educativi	15	270
Servizi Formazione Autonomia	24	457
Comunità Alloggio di risocializzazione e reinserimento ex PSA 88/90	6	78
Area Anziani	N°	n. posti
Alloggio Protetto Anziani	8	70
Casa Albergo	2	67
Comunità Alloggio Sociale Anziani	4	42
Centro Diurno Anziani	0	0
TOTALI	396	8.506

2.2.5 L'Organizzazione dell'Agenzia

ATS di Bergamo nel 2025 non ha modificato la propria architettura organizzativa, rimasta invariata e rispondente all'aggiornamento 2024 del POAS 2022-2024 (Piano Organizzativo Aziendale Strategico), che è stato approvato da Regione Lombardia con D.G.R. XII/3236 del 21.10.2024, in riferimento all'atto di adozione del direttore Generale dell'ATS di Bergamo avvenuta con deliberazione n.652 del 02.08.2024. Alla D.G.R. è seguita poi presa d'atto tramite deliberazione ATS n.930 del 14.11.24.

Le informazioni di dettaglio sull'organizzazione, sulle funzioni, sui principi di riferimento, sugli ambiti di rilevanza strategica sono consultabili nella sezione di Amministrazione trasparente sul proprio sito istituzionale all'indirizzo: <https://www.ats-bg.it/atti-general>.

L'architettura sia delle Direzioni che dei Dipartimenti dell'ATS di Bergamo secondo il POAS 2022-2024 vers. Aggiornamento 2024 è la seguente:

Direzione Generale: esercita la programmazione, la gestione ed il governo delle attività dell'ATS a livello di strategicità e trasversalità.

Direzione Amministrativa-Sanitaria-Sociosanitaria: esercitano, ciascuna per le proprie competenze, la programmazione, la gestione ed il governo rispettivamente nell'ambito dei servizi amministrativi, sanitari e sociosanitari.

Direzione Strategica: il Direttore Amministrativo, il Direttore Sanitario ed il Direttore Socio-Sanitario nell'ambito delle loro funzioni coadiuvano in modo integrato, formulando pareri e proposte, le decisioni del Direttore Generale.

I Dipartimenti: sono articolazioni organizzative all'interno di una Direzione, che aggregano Aree omogenee per funzione programmatica, gestionale e coordinamento, sono di tipo «gestionale», in quanto perseguono l'obiettivo di razionalizzare e gestire le risorse al loro interno, secondo gli obiettivi attribuiti dalla loro Direzione di appartenenza; hanno al loro interno Strutture, di cui monitorano e promuovono lo svolgimento delle attività svolte, nonché la loro efficacia.

I Dipartimenti dell'ATS Bergamo hanno solo una componente residuale di tipo «funzionale» (in quanto svolgono alcune attività in funzione di articolazioni organizzative di altri Dipartimenti).

I Dipartimenti interaziendali, invece, vedono la partecipazione di alcune articolazioni aziendali di ATS Bergamo per il perseguimento di finalità condivise con altri Enti del SSR.

- ✓ **D.C.PA. (oppure DI.C.P.)** -Dipartimento Interaziendale Cure Palliative
- ✓ **D.I.P.O.** - Dipartimento Interaziendale Provinciale Oncologico
- ✓ **D.M.T.E.** – Dipartimento Interaziendale Medicina Trasfusionale (ATS Bergamo non vi partecipa come componente, ma si relaziona con questo Dipartimento)

ATS Bergamo, inoltre, si interfaccia funzionalmente anche con i Dipartimenti di prevenzione che la L.r. 22/2021 prevede debbano costituirsi in ogni ASST.

Le Strutture: si suddividono in 3 tipologie e possono essere articolazioni interne di Dipartimenti o di Direzioni (per queste ultime va esclusa la SSD).

- **Struttura Complessa (SC):** articolazione organizzativa con competenze specialistiche e multiprofessionali che genera servizi omogenei;
- **Struttura Semplice (SS):** sub-articolazione organizzativa della SC con funzioni specifiche;
- **Struttura Semplice Dipartimentale (SSD):** articolazione in staff ad un Dipartimento, è strumentale sia alla SC che alla eventuale SS.

La Funzione: esercita un'attività prevista generalmente da leggi nell'interesse dell'Ente.

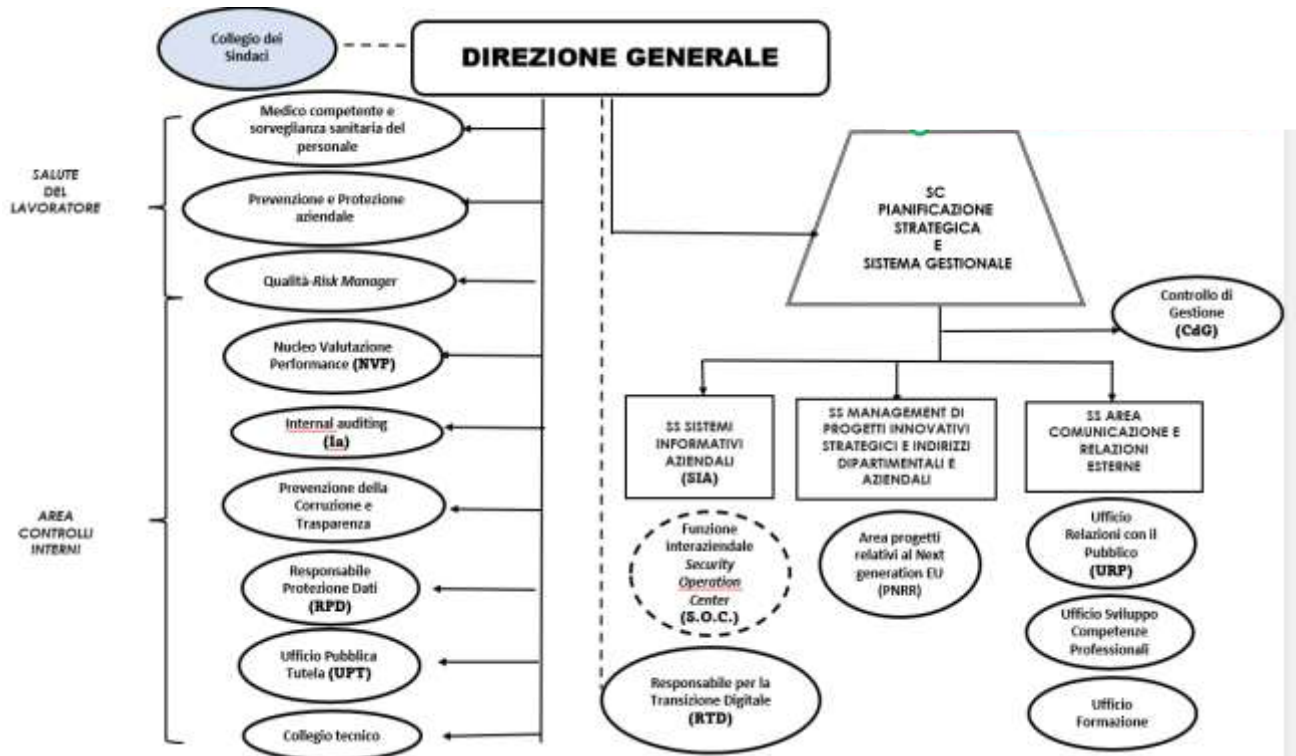
La Funzione interaziendale: cointeressa più soggetti per fini di efficientamento.

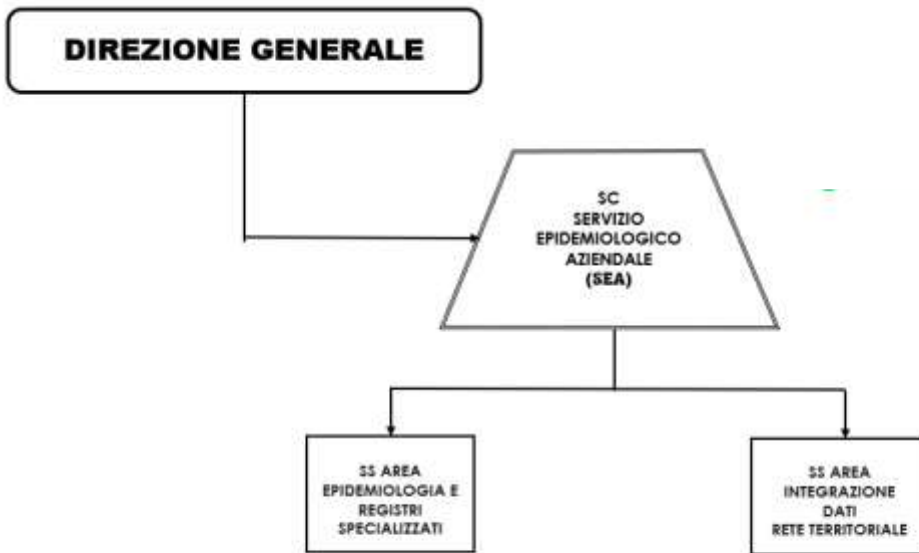
Gli Organismi: svolgono funzioni specifiche in modalità collegiale.

Gli Uffici: sono l'articolazione strutturale elementare, che svolge l'attività con specifiche finalità istituzionali.

A seguire più in dettaglio vengono rappresentate graficamente le singole Direzioni e Dipartimenti previsti nel POAS vigente di ATS Bergamo.

A seguire si rappresenta l'architettura dell'ATS di Bergamo.





DPAAPSS: si occupa di programmazione, accreditamento, negoziazione ed acquisto delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie, effettuando anche controlli sugli erogatori pubblici e privati relativamente alle prestazioni sanitarie, socio-sanitarie e loro appropriatezza.

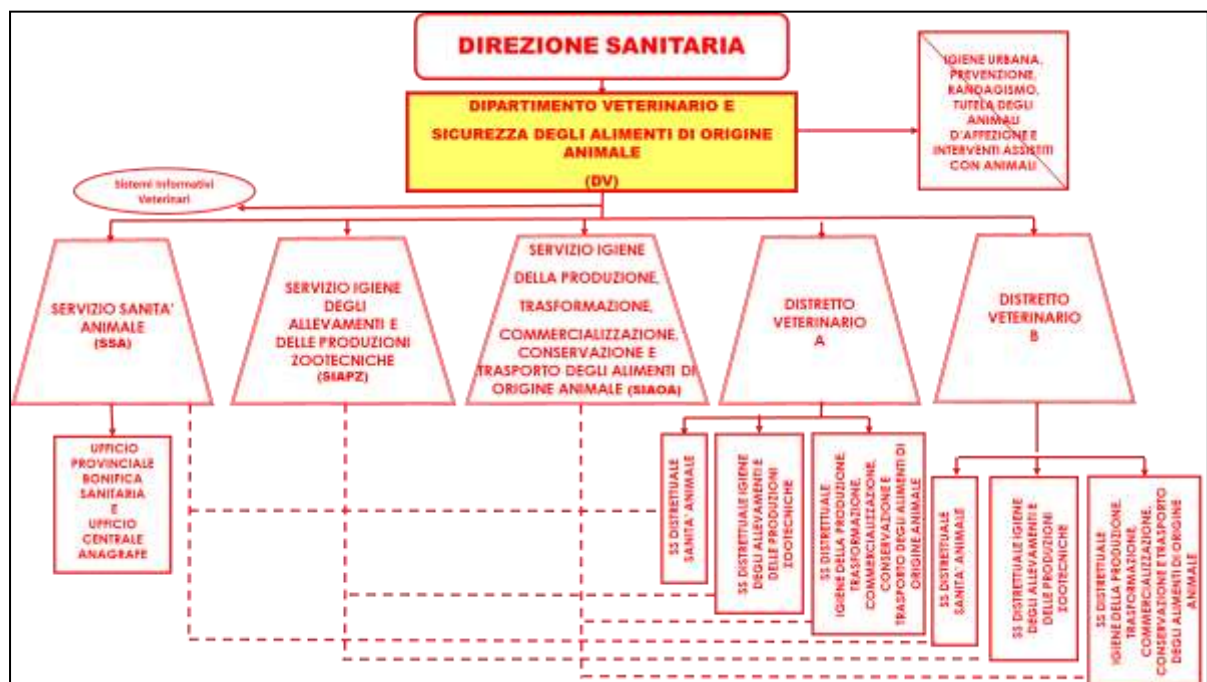


DAMM: si occupa dell'espletamento delle funzioni tipicamente amministrative, nelle Aree delle risorse umane, economico-finanziaria, acquisti ed approvvigionamenti, affari generali e legali, trasversalmente a tutte le Direzioni /Dipartimenti e loro articolazioni interne, per il raggiungimento degli obiettivi dell'Agenda.





DIPS: si occupa di prevenzione, mirando alla tutela in ambiti connessi ai rischi sanitari, agli effetti sanitari degli inquinanti chimici e fisici ambientali, ai rischi infortunistici e sanitari negli ambienti di lavoro; mirando alla tutela igienico - sanitaria degli alimenti, garantisce la sorveglianza e prevenzione nutrizionale, la sicurezza negli ambienti di vita, la promozione di stili di vita salubre.



DV/DVSAOA: si occupa di sicurezza alimentare attraverso attività di controllo lungo tutta la filiera produttiva degli alimenti di origine animale, vigilando sulla produzione degli alimenti, prevenendo la diffusione delle malattie degli animali trasmissibili all'uomo, garantendo la qualità igienica delle produzioni locali per la loro commercializzazione su tutti i mercati; l'attività di controllo interessa non solo gli animali destinati alla produzione di alimenti, ma anche quelli allevati per attività sportiva, per la compagnia, per lo spettacolo e nei giardini zoologici, gli animali selvatici e gli animali utilizzati nella ricerca scientifica. Controllo quindi interessa la corretta alimentazione, il corretto utilizzo dei farmaci per possibili residui e contaminanti, nonché la tutela del loro benessere.



DPIPSSS: si occupa di integrare le prestazioni sociosanitarie con quelle sociali, governa e definisce i percorsi di cura e assistenza centrati sull’assistito e sulla famiglia, coinvolgendo enti locali, erogatori pubblici e privati, terzo settore, cittadini singoli e aggregati, attraverso: l’innovazione nei servizi, i percorsi integrati per il ciclo di vita familiare, l’integrazione territoriale nell’Area della salute mentale e delle dipendenze, la continuità dei percorsi di cura nell’ambito della cronicità.

2.2.6 Analisi delle risorse umane e strumentali (economiche e tecniche)

Il personale dipendente, **in servizio al 31/12/2025**, risulta così distribuito:

DIPARTIMENTI/DIREZIONI	Totale teste
DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO	72
DIREZIONE GENERALE	40
DIPARTIMENTO PAAPSS	53
DIREZIONE SOCIOSANITARIA	2
DIPARTIMENTO PIPSSS	42
DIREZIONE SANITARIA (compreso il SFT)	34
DIPARTIMENTO DI IGIENE E PREVENZIONE SANITARIA	206
DIPARTIMENTO VETERINARIO	126
Totale complessivo	575

Dal 31.12.2024 al 31.12.2025, tenuto conto anche dei pensionamenti intervenuti in uscita, i dipendenti di ATS di Bergamo sono passati **da un totale di n. 549 a n. 575 unità complessive**, dimostrando una piena copertura del *turnover*, fronteggiando così le non poche n. 43 cessazioni intervenute.

Inoltre, l’età media dei dipendenti si è abbassata nel 2025 rispetto al 2024 (rif. 48,1 anni), poiché è passata con la **rilevazione del 31/12/2025 a 47,13 anni**, in forza sia di complessivi n. 69 nuovi ingressi ed a fronte di uscite costituite da dipendenti ritirati dal lavoro o trasferitisi.

Rispetto alla grandezza rilevata, la sua distribuzione per sesso è così definibile:

- **il 65,2% è rappresentato da donne** (n.375) ed il restante **34,8% da uomini** (n.200).

Nonostante la maggiore rappresentanza femminile, il **48,7 % degli incarichi dirigenziali** (n.75 su n.154) risulta affidato a uomini. La maggioranza di quel personale risulta avere un contratto a tempo indeterminato (**il 97%**) e solo il **3%** è stato assunto a tempo determinato.

- L'**8,3%** dei dipendenti risulta assunto con contratto part-time prevalentemente per esigenze familiari, di cui l'**89,6%** riguarda donne.

In relazione agli Ordini professionali: il **57,9%** dei dipendenti (n. 333) risulta appartenere a ordini professionali, di cui n. 317 all'area sanitaria, n.2 ingegneri e n.14 assistenti sociali.

In relazione al ruolo, la sua distribuzione è la seguente:

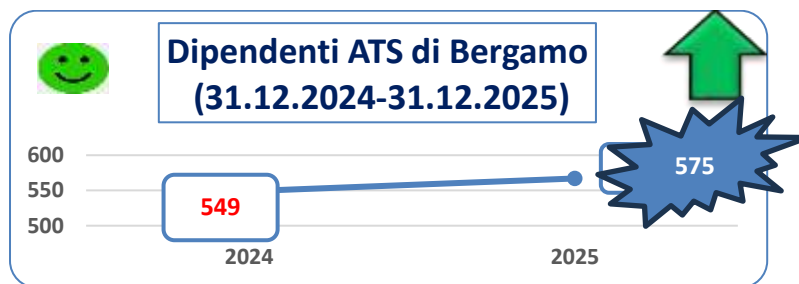
- **Dirigenza:** n.154 unità (**26,8%** del totale), con preponderanza nell'area sanitaria (n.139).
- **Comparto:** n.421 unità (**73,2%** del totale), suddivise tra personale amministrativo, tecnico e sanitario.

Infine, la sua distribuzione territoriale vede collocati:

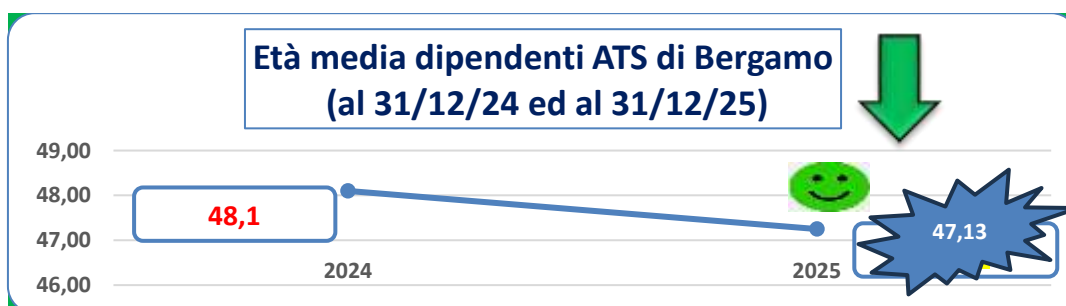
- **nella sede centrale** n.235 dipendenti (**40,9%**).
- **nella sede di via Borgo Palazzo** n. 219 dipendenti (**38,1%**), operanti esclusivamente nel DIPS e DV.
- **nelle sedi territoriali** i restanti dipendenti (**21%**), che sono distribuiti in circa dieci sedi provinciali.

Le risorse umane

Dal 31.12.2024 al 31.12.2025 i dipendenti di ATS di Bergamo sono passati da un totale di n. 549 a n. 575 unità complessive, dimostrando una piena copertura del turnover, fronteggiando così le non poche cessazioni intervenute.



Inoltre, come già suesposto, l'età media dei dipendenti si è abbassata nel 2025 rispetto al 2024 (rif. 48,1 anni), poiché è passata con la rilevazione del 31/12/2025 al valore di **47,13 anni**, in forza sia di complessivi n. 69 nuovi ingressi, a fronte di uscite costituite da dipendenti ritirati dal lavoro o trasferitisi.



Il lavoro agile

Cronistoria evolutiva nazionale e sua applicazione aziendale

Il lavoro agile nel pubblico impiego è stato inizialmente introdotto quale misura per la "Promozione della conciliazione dei tempi di vita e di lavoro nelle amministrazioni pubbliche" (c.d. **legge Madia**) e prevedeva "la sperimentazione, anche al fine di tutelare le cure parentali, di nuove modalità spazio-temporali di svolgimento della prestazione lavorativa".

Successivamente il legislatore ha introdotto una disciplina di riferimento al lavoro agile, integrando, peraltro, l'originaria finalità di **conciliazione vita-lavoro**, bilanciata dalla previsione di **sistemi di verifica del buon andamento dell'azione amministrativa e della qualità dei servizi**, con quella della **produttività**.

L'emergenza pandemica, poi, è intervenuta sui processi di graduale adozione del lavoro agile nella PA e, stante l'esigenza di garantire il distanziamento fisico quale misura di tutela contro il contagio da *Coronavirus*, tale modalità di lavoro ha avuto una improvvisa e

forzata diffusione. Il legislatore è, quindi, intervenuto per sopprimere il riferimento all'attuazione sperimentale del lavoro agile trasformandolo dall'essere una delle modalità possibili e da incentivare all'interno della PA ad essere «**modalità ordinaria** di svolgimento della prestazione lavorativa.

Successivamente si è posto fine, a decorrere dal 15 ottobre 2021, al cosiddetto lavoro agile emergenziale nella PA, coinciso con la fine del *lockdown* e del venir meno della stessa previsione di eccezionalità della prestazione in presenza – il legislatore ha apportato una modifica alla disposizione, prevedendo che il lavoro agile non sia più “la” modalità ordinaria di svolgimento della prestazione, bensì **una delle modalità ordinarie**, introducendo un sistema di sua pianificazione su base annuale (POLA: Piano organizzativo del lavoro agile), fissando anche una misura minima di attuazione per i dipendenti (fissata nel 15% dei dipendenti che possono avvalersene).

Sulla scorta di quanto previsto dai CCNL di categoria, il lavoro agile è stato disciplinato sia con riferimento al personale del Comparto sia a quello delle Aree dirigenziali, prevedendo per ciascuno di essi specifico Regolamento.

Nuovo concetto di “Vita lavorativa” e come si consegue in ATS?

Lo strumento del lavoro agile ha come obiettivo quello di conseguire da un lato il **miglioramento dei servizi pubblici** e l'innovazione organizzativa e dall'altro **soddisfare le esigenze del personale dipendente**, che intende conciliare la vita lavorativa con quella familiare.

I Dirigenti, secondo questo nuovo paradigma, sono chiamati a svolgere un **monitoraggio mirato e costante**, *in itinere* ed *ex post* del lavoro agile, essendo soggetti coinvolti anche nella mappatura dei processi di lavoro compatibili con tale istituto, concorrendo così all'individuazione del personale da avviare a questa forma lavorativa.

Pertanto, il Dirigente **valuta prioritariamente i programmi di lavoro** di breve periodo di **smart working** che garantiscono alla Struttura maggiori vantaggi organizzativi, al fine di una gestione efficace ed efficiente delle risorse e ne **determina l'eventuale autorizzazione**.

Il dipendente interessato allo *smart working* è tenuto a **trasmettere specifica richiesta scritta** al proprio Dirigente, accompagnata da **un programma di lavoro** di breve periodo che si impegna a realizzare. La procedura termina con la **sottoscrizione** da parte del Dipendente **dell'accordo integrativo individuale di smart working**, il quale integra il proprio contratto di lavoro. Per quanto riguarda le condizionalità e i fattori abilitanti, la modalità di lavoro agile è attuabile se è possibile:

- **delocalizzare le attività assegnate**, organizzando l'esecuzione della prestazione lavorativa nel rispetto degli obiettivi prefissati ed in piena autonomia, compatibilmente con le esigenze di servizio della propria Struttura;
- **usare strumentazioni tecnologiche idonee** allo svolgimento della prestazione lavorativa al di fuori della sede di lavoro. In termini di dotazione tecnologica, quella standard per consentire il lavorare da remoto generalmente si compone di PC portatile (con microfoni e *webcam*), VPN, connessione, *software* aziendali e servizi di *social collaboration*. Solo quando necessari vengono introdotti *device* mobili come *smartphone* e *tablet*;
- **monitorare e valutare i risultati** delle attività assegnate al dipendente da parte del Direttore.

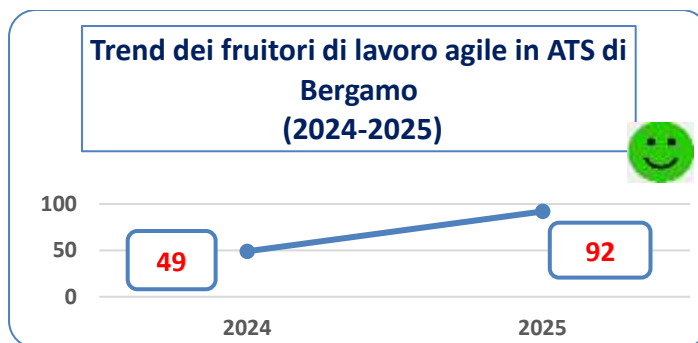
In ATS è previsto che lo svolgimento del lavoro agile avvenga a **rotazione e per massimo 2 giorni alla settimana**. ATS di Bergamo, inoltre, fornisce al personale un accesso in tecnologia VPN tramite portatile in dotazione, oppure, previo accordo in modalità di tipo *desktop* remoto, alla propria postazione aziendale (PC fisso) attraverso PC di proprietà personale.

Quali valori aggiunti comporta?

Lo *smart working* (lavoro agile) è concepito come una **forma avanzata dell'organizzazione del lavoro**. Alcuni vantaggi per i lavoratori risultano abbastanza evidenti: la conciliazione tra tempi di vita e di lavoro (lavorando da casa, infatti, si valorizza il tempo a disposizione e si abbattano i costi legati agli spostamenti); il conferimento di welfare aziendale, in quanto aumenta il benessere e la qualità di vita; l'incremento della produttività e la riduzione dei costi (vi è un risparmio in termini di costi ed un miglioramento dei servizi offerti). Indubbio è anche l'impatto derivato in termini di sostenibilità ambientale, visto che si riducono gli spostamenti Casa-Lavoro-Casa.

Si aggiungono tra i vantaggi anche la riduzione delle forme di “assenteismo fisiologico, la promozione dell'uso delle tecnologie digitali più innovative, riconoscendo al lavoro agile la funzione di leva per la trasformazione digitale e per lo sviluppo delle conoscenze digitali.

Facendo un raffronto 2024-2025 si rileva un deciso incremento degli *smatworkers*, che **sono passati rispettivamente da n.49 unità a n.92 unità**.



Suddivisione lavoro agile per Aree	Numero lavoratori
Area Comparto	85
Aree Dirigenziali	7
Totale	92
Suddivisione ruoli all'interno dell'Area Comparto	Numero lavoratori
Ruolo amministrativo, professionale e tecnico	59
Ruolo sanitario	21
Ruolo sociosanitario	5
Totale	85
Suddivisione ruoli all'interno delle Aree Dirigenziali	Numero lavoratori
Dirigenti ruolo amministrativo, professionale e tecnico	2
Dirigenti ruolo sanitario	2
Dirigenti ruolo non sanitario	3
Totale	7

Sinteticamente e schematicamente le strategie di sviluppo del lavoro agile sono le seguenti:

❖ Adeguare le misure organizzative per incrementare efficacia di coordinamento del lavoro agile ed uniformità di applicazione.
❖ Semplificare la procedura di accesso al lavoro agile attraverso gli accordi, modifiche, rinnovi e valutazione.
❖ Potenziare la programmazione per obiettivi , affiancare un Sistema di monitoraggio del lavoro agile.
❖ Completare l'alfabetizzazione informatica di base anche attraverso il Progetto <i>Syllabus</i> .
❖ Favorire la partecipazione del personale a percorsi formativi con cui sviluppare le competenze in materia di lavoro agile.
❖ Costruire report di monitoraggio con indicatori di outcome per valutare l'impatto sull'organizzazione in termini di produttività e abbattimento dell'assenteismo.

Attraverso il lavoro agile l'ATS di Bergamo persegue i seguenti obiettivi principali:

- ⇒ sperimentare e introdurre nuove soluzioni organizzative per orientare il lavoro per obiettivi e sui risultati, promuovendo l'incremento della produttività e dell'efficienza, nonché il miglioramento della qualità dei servizi erogati;
- ⇒ consentire ai dipendenti di avvalersi delle nuove modalità spazio-temporali di svolgimento della prestazione lavorativa, con la garanzia di non subire penalizzazioni ai fini del riconoscimento di professionalità e della progressione di carriera;
- ⇒ sviluppare una maggiore responsabilizzazione verso il raggiungimento dei risultati attesi dalla prestazione lavorativa;

- ⇒ favorire un maggiore e migliore coinvolgimento di tutto il personale nella definizione degli obiettivi e nella realizzazione della *performance* organizzativa e individuale;
- ⇒ valorizzare le competenze delle persone attraverso attività formative orientate alle competenze digitali e allo sviluppo dell'autonomia;
- ⇒ promuovere l'inclusione lavorativa di persone in situazione di fragilità permanente o temporanea;
- ⇒ attuare investimenti tecnologici e riorganizzazione degli spazi fisici;
- ⇒ riorganizzare gli spazi e ammodernare la dotazione informatica;
- ⇒ sostituire le dotazioni informatiche fisse con dispositivi portatili.
- ⇒ completare la reingegnerizzazione e la digitalizzazione dei processi e dei servizi, anche attraverso la dematerializzazione della documentazione e la semplificazione operative, nonché la diffusione di tecnologie digitali e razionalizzazione di risorse strumentali;
- ⇒ favorire l'accrescimento delle competenze e delle abilità delle risorse umane (competenze digitali di base e *soft skills* relative all'organizzazione e alla gestione del lavoro);
- ⇒ promuovere la mobilità sostenibile tramite la riduzione degli spostamenti casa-lavoro-casa, nell'ottica di una politica ambientale sensibile alla diminuzione del traffico urbano in termini di volumi e di percorrenze.

La Formazione delle risorse umane

L'attività formativa di ATS di Bergamo è svolta dalla Funzione della SS Area Comunicazione e Relazioni Esterne, rimanendo sempre **in staff alla Direzione Generale**.

Precisamente l'attività ha seguito la fase esecutivo-gestionale e organizzativo dei momenti formativi, elaborata in via propedeutica nel PFA, ovvero: il rilascio degli attestati, la gestione del portafoglio crediti ECM, la gestione dell'albo dei docenti di ATS, la gestione della formazione effettuata all'esterno dai dipendenti secondo le due modalità di aggiornamento obbligatorio ed aggiornamento facoltativo, la gestione dell'aggiornamento interno ed esterno ed infine la gestione dei flussi e debiti informativi regionali e nazionali.

La Funzione ha raccolto e interpretato, pertanto, il fabbisogno formativo, declinandolo coerentemente con gli indirizzi dell'ATS all'interno del PFA.

È stata forte la necessità di luoghi istituzionali che, a livello locale, **garantissero e monitorassero la coerenza tra le politiche formative**: per questo motivo si ritiene utile l'intervento dell'Agenzia nel realizzare, aggiornare ed offrire una mappatura delle diverse situazioni istituzionali, allo scopo di monitorare lo stato del fabbisogno formativo, con l'individuazione di aree di sviluppo o miglioramento.

Attraverso la Funzione Formativa, l'ATS si è posta come **referimento territoriale per il governo dell'offerta formativa** necessaria ad ottimizzare la proposta qualitativa e quantitativa della formazione degli operatori, promuovendo l'uniformità nel rispetto delle specificità del territorio e delle opportunità che questo può sviluppare.

In questo ambito si è reso fondamentale il **raccordo fra il mondo operativo istituzionale e quello dell'istruzione e della formazione**, promuovendo così il coinvolgimento di Reti di università, di Enti formativi e di Istituti di ricerca del territorio.

Nello specifico l'attività ha previsto:

- la ricerca di strumenti per il sostegno operativo e gestionale alle attività previste dai percorsi formativi territoriali, finalizzati alla realizzazione delle politiche sanitarie e socio-sanitarie individuate dai piani di azione;
- l'organizzazione di momenti di formazione in rete per operatori;
- la promozione di iniziative di coordinamento fra Enti ed attori locali, nonché incontri per favorire l'azione complementare di territorio e attori educativi;
- l'eventuale impiego di piattaforme di condivisione delle iniziative.

A supporto dell'attività di redazione del PFA è ha continuato ad operare internamente all'Agenzia **il Tavolo interdipartimentale della Formazione**, a cui partecipano i referenti per la formazione di ciascun Dipartimento/Struttura dell'Agenzia.

Lo scopo del Tavolo è stato quello di mettere in condivisione proposte e iniziative comuni, monitorando l'andamento dei singoli eventi formativi anche rispetto agli obiettivi proposti dal PFA stesso, evitando sovrapposizioni tra gli eventi formativi interni ed esterni all'ATS.

Al fine di implementare il PFA e promuovere iniziative rivolte al territorio, si sono messe in condivisione risorse e competenze provenienti dai diversi settori ed è stato istituito anche il **Tavolo della Formazione territoriale**

Nello specifico, quest'ultimo Tavolo ha visto il coinvolgimento diretto dell'ATS, delle ASST e dell'UNIBG (Università degli Studi di Bergamo), per raggiungere scopi condivisi, ingaggiando professionisti appartenenti a diversi settori professionali, così da creare reciproca contaminazione ed orientare in modo significativo l'azione formativa all'intersettorialità e alla multidisciplinarietà.

La Formazione ha rappresentato, inoltre, un importante **strumento di governance** e di azione nell'attuazione anche del PNRR (Piano Nazionale Ripresa e Resilienza), trasversalmente a tutte le Missioni previste dal Piano stesso, in particolare per il raggiungimento degli obiettivi inerenti alla salute rinforzando la collaborazione intersettoriale.

Le misure adottate

In merito alle misure volte ad incentivare e favorire l'accesso a percorsi di istruzione e qualificazione del personale laureato e non laureato (es. politiche di permessi per il diritto allo studio e di conciliazione) si specifica quanto segue.

La partecipazione ai momenti formativi, promossi dall'Agenzia, è stata e viene in continuità favorita a partire dalla costruzione del PFA secondo una modalità partecipata con i direttori di Dipartimento e con il personale dipendente.

La formazione è, infatti, si è basata su un'attenta **analisi del fabbisogno formativo espresso**, tenendo in considerazione sia le conoscenze tecniche specifiche dei differenti ambiti professionali, sia le competenze trasversali che è necessario acquisire per **raggiungere gli obiettivi di risultato proposti**. Attraverso un processo di **condivisione e co-costruzione**, il palinsesto formativo si è reso rappresentativo delle reali esigenze formative del personale, adeguandosi il più possibile anche all'interesse specifico percepito dai dipendenti rispetto alle proprie aree di attività.

Tale aspetto è, infatti, considerato fondamentale anche per incentivare la partecipazione ai percorsi formativi proposti, i quali divengono reali opportunità di crescita e sviluppo professionale e personale.

Nel corso degli ultimi mesi del 2025, si è avviato **un sistema di valutazione e ricognizione delle esigenze formative espresse, finalizzato alla programmazione delle nuove iniziative formative**. Il processo di valutazione è stato realizzato in tre *step* che in sostanza costituiscono i **tre indicatori di impatto rispetto al PFA precedente**:

- rilevazione delle criticità e delle proposte di miglioramento attraverso intervista semi strutturata ai Direttori di Dipartimento;
- analisi puntuale delle *customers satisfaction* degli eventi formativi organizzati;
- questionario di valutazione somministrato a tutti i dipendenti dell'Agenzia.

In particolare, il questionario rivolto ai dipendenti ha permesso di rilevare:

- utilità della formazione;
- impatto in termini di conoscenze, capacità e competenze;
- eventuali difficoltà e/o ostacoli, anche di tipo organizzativo, riscontrate nell'applicazione delle conoscenze;
- cambiamenti nella routine lavorativa in seguito alla formazione;
- miglioramenti in termini organizzativi del servizio;
- eventuali suggerimenti rispetto a contenuti, tempistiche, modalità didattiche utilizzate.

L'analisi di quanto rilevato ha permesso di definire, in condivisione con i referenti per la formazione dei Dipartimenti, i nuovi eventi formativi proposti per l'anno 2026.

In relazione agli obiettivi del PNRR, nell'anno 2025 è proseguita l'offerta formativa sulle competenze digitali attraverso la "piattaforma Ministeriale *Syllabus*". In accordo con quanto definito dalla Direttiva Ministeriale "Pianificazione della formazione e sviluppo delle **competenze funzionali alla transizione digitale**, ecologica e amministrativa promosse dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza" è stata proposta l'adesione all'offerta formativa a una quota di dipendenti individuati dalle singole Direzioni.

Il progetto "Syllabus" prevede una formazione personalizzata, **in modalità e-learning**, a partire da una rilevazione strutturata e omogenea dei fabbisogni formativi, al fine **di rafforzare le conoscenze, svilupparne di nuove, senza trascurare la motivazione, la produttività e la capacità digitale nelle amministrazioni, una maggiore diffusione di servizi online più semplici e veloci** per cittadini e imprese.

Obiettivi da raggiungere con Syllabus: (Skill digitali)

L'obiettivo minimo formativo per ciascun dipendente è il conseguimento del livello superiore a quello esitato dal test di *assessment* per **almeno 8 delle 11 competenze** descritte nel *Syllabus* (durata media 4 ore). A ciascun dipendente dovranno essere **garantite 24 ore di formazione annue**. I dipendenti potranno formarsi anche attraverso altri percorsi che non sono compresi nella piattaforma Syllabus.

L'Ufficio formazione presidia costantemente il monitoraggio di *Syllabus*

I procedimenti disciplinari

Nel periodo 2019-2025 sono stati avviati pochi procedimenti disciplinari, senza casi di natura corruttiva.

Nel 2025:

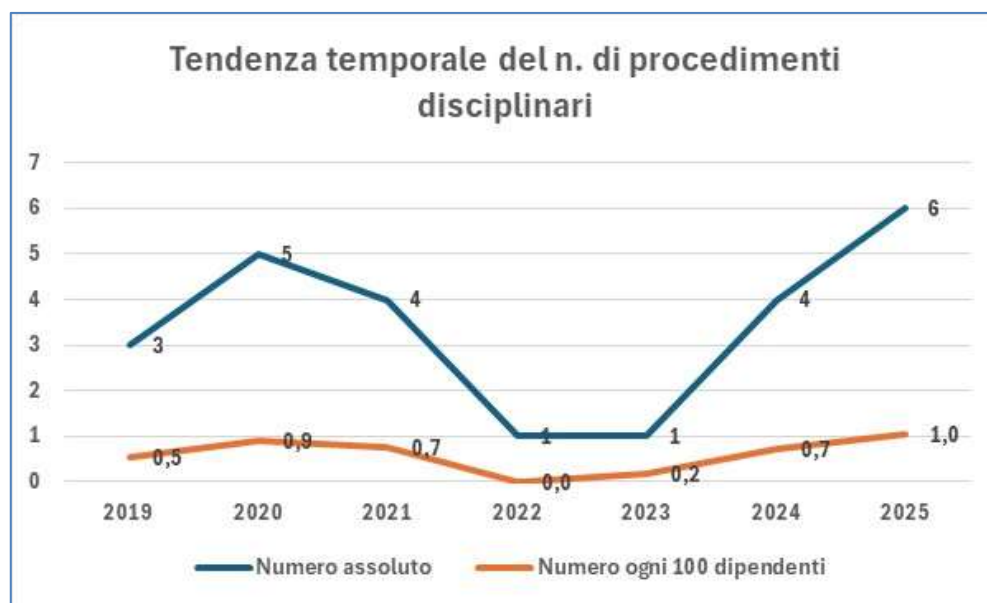
- Procedimenti avviati: **n. 6**
- Procedimenti archiviati: **n. 3**
- Procedimenti con risvolti penali o relativi a fenomeni corruttivi: **n. 0**

Gli episodi corruttivi riscontrati in passato includono due casi di concussione e corruzione (2007) e un episodio nel 2018 relativo a un tecnico della prevenzione. L'ATS ha reagito con fermezza, espellendo i responsabili e costituendosi parte civile nei procedimenti giudiziari.

Il livello di soddisfazione dei dipendenti rappresenta un indicatore rilevante del contesto interno, in particolare in relazione alla gestione delle risorse umane e ai presidi di prevenzione del rischio corruttivo. Un clima organizzativo caratterizzato da criticità diffuse può infatti favorire condizioni potenzialmente idonee allo sviluppo di comportamenti non etici e ad aumentare l'esposizione al rischio corruttivo. Nell'ambito del Progetto sperimentale regionale sul clima organizzativo, promosso dall'Agenzia di Controllo del Sistema Sociosanitario lombardo (ACSS), è stato somministrato a tutto il personale degli Enti sanitari pubblici un questionario finalizzato a rilevare, in modo strutturato, le principali dimensioni del clima organizzativo.

La rilevazione, condotta nel periodo luglio–settembre 2025, ha consentito di raccogliere informazioni di carattere generale sul livello di percezione del benessere organizzativo, sulle relazioni interne, sui processi decisionali e sul senso di appartenenza all'organizzazione. I risultati, analizzati in forma aggregata, restituiscono un quadro complessivo utile a individuare ambiti di attenzione e potenziali aree di miglioramento.

Gli esiti dell'indagine costituiscono pertanto un importante elemento conoscitivo a supporto dei processi di programmazione, di sviluppo organizzativo e di miglioramento continuo dell'Agenzia."



Le Risorse economiche

L'ammontare delle risorse economiche gestite dall'ATS è considerevole, atteso il ruolo istituzionale dell'Agenzia di soggetto "acquirente" (peraltro utilizzando essenzialmente contributi regionali) delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie prodotte dagli erogatori pubblici e privati accreditati.

ATS nell'esercizio 2025 ha continuato a svolgere il ruolo di azienda "Capofila" in importanti progetti regionali di centralizzazione dell'acquisto (tramite gare gestite da ARIA S.p.A.) di **farmaci "PHT"**, di dispositivi medici per il controllo ed il monitoraggio del diabete, e di vaccini destinati a tutta la popolazione assistita del SSR, e non solo agli assistiti dell'ATS di Bergamo; i farmaci (compresi i vaccini) e i dispositivi vengono poi erogati attraverso il canale della "**distribuzione per conto**" (DPC), ossia attraverso le farmacie convenzionate del territorio regionale. Tale ambito operativo ha incrementato la sua incidenza.

Il volume del conto economico dell'ATS Bergamo per l'esercizio al 4°trimestre del 2025 è pari a € 1.706.679.445, cui sono da aggiungere € 401.309.537 della "Distribuzione Per Conto" (dato consumo es. 2025 altre ATS).

Cod.	Voce	2025	2025	
		A	B	(B-A)
	RICAVI	<i>Budget al 4° trimestre 2025</i>	<i>Rendiconto al 4* trimestre 2025</i>	<i>Variazione</i>
ASLR01	Quota Capitaria	1.335.450.775	1.314.690.454	- 20.760.321
ASSIR01	Ricavi ASSI			-
ASLR02	Funzioni non tariffate	1.641.668	1.528.780	- 112.888
ASLR03	F.do maggiori consumi DRG	-	-	-
ASLR04	F.do maggiori consumi AMBU	-	-	-
ASLR05	Utilizzi contributi esercizi precedenti	18.081.644	8.429.510	- 9.652.134
ASLR06	Altri contributi e fondi da Regione (al lordo delle rettifiche)	220.774.131	260.762.940	39.988.809
ASLR07	Altri contributi (al lordo delle rettifiche)	2.155.304	3.126.192	970.888
ASLR08	Entrate proprie	24.324.552	41.120.076	16.795.524
ASLR09	Libera professione (art. 55 CCNL)	48.075	33.432	- 14.643
ASLR10	Prestazioni S.S.R.	-	-	-
ASLR11	Proventi finanziari e straordinari	-	14.246.506	14.246.506
ASLR13	Ricavi da prestazioni sanitarie	15.222.506	11.781.492	- 3.441.014
R_MOB_A_PR	Mobilità attiva privati	49.788.437	50.506.726	718.289
R_MOB_I	Mobilità internazionale	453.534	453.337	- 197
ASLR90	Rettifiche altri contributi e fondi da Regione	-	-	-
ASLR91	Rettifiche altri contributi	-	-	-
	Totale Ricavi (al netto capitalizzati)	1.667.940.626	1.706.679.445	38.738.819
Cod.	Voce	2025	2025	
		A	B	(B-A)
	COSTI	<i>Budget al 4° trimestre 2025</i>	<i>Rendiconto al 4* trimestre 2025</i>	<i>Variazione</i>
ASLC01	Drg	529.611.543	524.367.450	- 5.244.093
ASLC02	Ambulatoriale	268.783.192	268.581.135	- 202.057
ASLC03	Neuropsichiatria	9.160.059	10.152.859	992.800
ASLC04	Screening	4.159.649	4.426.103	266.454
ASLC05	Farmaceutica+Doppio canale	250.808.127	260.226.811	9.418.684
ASLC06	Protesica e dietetica in convenzione	730.860	730.860	-
ASLC07	File F	173.969.881	171.518.350	- 2.451.531
ASLC08	Psichiatria	44.741.635	44.741.635	-
ASLC09	Personale	34.022.742	34.729.789	707.047
ASLC10	IRAP personale dipendente	2.195.597	2.269.389	73.792
ASLC11	Libera professione (art. 55 CCNL) + IRAP	42.240	25.534	- 16.706
ASSIC01	Prestazioni socio-sanitarie	210.259.416	221.114.371	10.854.955
ASLC12	Ammortamenti (al netto dei capitalizzati)	159.403	69.867	- 89.536
ASLC13	Medicina Generale e Pediatri	208.558	208.558	-
ASLC14	Beni e Servizi (netti)	55.490.990	63.806.118	8.315.128
ASLC15	Altri costi	3.502.941	3.030.270	- 472.671
ASLC16	Accantonamenti dell'esercizio	1.126.865	10.942.800	9.815.935
ASLC17	Integrativa e protesica non erogata in farmacia (compresi acc. di beni)	13.909.480	13.939.074	29.594
ASLC18	Oneri finanziari e straordinari	-	2.767.490	2.767.490
ASLC19	Prestazioni sanitarie	12.820.352	16.075.597	3.255.245
C_MOB_A_PR	Mobilità attiva privati	49.788.437	50.506.726	718.289
C_MOB_I	Mobilità internazionale	2.448.659	2.448.659	-
	Totale Costi (al netto capitalizzati)	1.667.940.626	1.706.679.445	38.738.819
	Risultato economico	-	-	-

Le Risorse strumentali

In base a quanto definito all'art. 2, co. 594, lett. a) della L. 24 dicembre 2007, n. 244, finalizzato alla riduzione ed al contenimento delle spese di funzionamento delle proprie strutture attraverso la razionalizzazione delle dotazioni strumentali e delle strutture stesse rendendole più efficienti e moderne, l'ATS di Bergamo agisce attraverso le seguenti dotazioni:

- a) **strumentali, anche informatiche**, che corredano le stazioni di lavoro nell'automazione d'ufficio;
- b) **autovetture di servizio**, attraverso il ricorso, previa verifica di fattibilità, a mezzi alternativi di trasporto, anche cumulativo;
- c) **beni immobili ad uso di servizio**, con esclusione dei beni infrastrutturali.

I fattori produttivi strumentali informatici sono attenzionati dal PTTD (Piano Triennale per la Transizione digitale) disposto dal RTD.

A seguire sono stati omessi gli arredi, non rientranti nel novero specifico richiamato al punto a)

a) Dotazioni strumentali ed informatiche

Al 31.12.2025 l'ATS di Bergamo dispone complessivamente delle seguenti dotazioni:

PC portatili

Descrizione assegnazione	N°
Assegnati al personale	376
In sale riunioni con <i>docking station</i>	4
Totale pc portatili	380

Risultano disponibili n. 10 pc portatili e *docking station*, quale scorta per assistenza in caso di malfunzionamenti di quelli assegnati.

PC fissi

Descrizione assegnazione	N°
Personal computer fissi assegnati al personale	312
In sale riunioni senza <i>docking station</i>	1
Totale pc fissi	313

Risultano disponibili altri n.20 pc fissi, quale scorta per assistenza in caso di malfunzionamenti di quelli assegnati.

Presso la sede legale risultano installate n.5 apparecchiature per la videoproiezione, specificatamente allocate nelle seguenti quantità e postazioni:

- n. 2 in sala Lombardia al PT;
- n. 1 presso la sala riunioni al 2 Piano;
- n. 1 presso la sala riunioni al 3 Piano;
- n. 1 presso la sala riunioni al 5 Piano;

Centrali telefoniche

A seguito dell'adesione a numerose convenzioni Consip (Centrali telefoniche 7, Rete telefonia fissa, SPC2 rete dati) l'ATS utilizza dall'esercizio 2019 un **sistema telefonico digitale**, che prevede n.2 centrali telefoniche di proprietà: una presso la sede legale con posti-operatore ed una presso la sede di Borgo Palazzo sempre a Bergamo senza posti operatore.

L'infrastruttura telefonica si basa sulla piattaforma tecnologica Avaya Aura, permettendo di unificare tutte le forme di comunicazione (voce, messaggistica, e-mail, voice mail e altro), favorendo la transizione verso le comunicazioni intelligenti, con funzionalità di accesso multicanale (voce, video e dati), oltre a fornire un'ampia gamma di opzioni per le comunicazioni.

In particolare, **la centrale telefonica** ubicata presso la sede legale di ATS, attraverso il proprio "centro stella", **collega tutte le n. 35 sedi periferiche dell'Ente** con numerazione 035/385. e con novanta canali), è interconnessa anche con la centrale di Borgo Palazzo con la numerazione 035/2270 attraverso 30 canali. I due "centri stella" sono collegati tra loro, e attraverso la distribuzione automatica delle chiamate costituisce la base per le applicazioni del call center.

Il Sistema ACD (Automatic Call Distribution) consente di distribuire le chiamate in entrata in maniera efficiente ed equa tra gli agenti disponibili. Le chiamate possono essere trasferite al primo agente libero oppure all'agente meno occupato di un gruppo.

Tutti i telefoni digitali utilizzati sono di proprietà di ATS.

Tale infrastruttura permette ai dipendenti autorizzati, di lavorare in smart working, rappresentando un'innovazione digitale a servizio del POLA.

Wi-Fi

A fine anno (2025) è scaduta la convenzione tra ATS BG e WiFi Italia, nata dalla adesione, a partire dalla seconda metà dell'anno 2020, all'iniziativa dell'AGID nell'ambito del progetto "Piazza WiFi Italia", in accordo con il MISE e in collaborazione con il partner tecnico e il Ministero dell'Innovazione e Sviluppo Economico.

ATS BG non ha rinnovato questa convenzione.

ATS BG sta portando avanti la realizzazione di un sotto-sistema WiFi, finanziato con soldi propri.

"PNRR misura 1 e la digitalizzazione"

Il "Piano Triennale per la Transizione Digitale (PTTD)" descrive in dettaglio gli interventi finanziati con il PNRR – Misura 1.

Il focus del Piano che ha investito l'anno 2025 nella sua attuazione è stato orientato **sull'implementazione ed attivazione degli applicativi di natura amministrativa**: in particolare riguardanti la contabilità, la gestione documentale ed il portale web.

Utenze attive

- n.283 utenze (sim)

Apparati a noleggio

- n.113 telefoni
- n.9

b) Autovetture in servizio

L'ATS di Bergamo ha in dotazione, alla data del 31.12.2025, n. 147 automezzi aziendali, così classificati:

- n. 48 autocarri
- n. 99 autovetture

Di questi, n. 92 sono di proprietà dell'Ente, mentre i rimanenti n.55 sono in uso mediante contratti di "leasing senza conducente", sottoscritti a seguito di adesione a convenzioni Consip.

Detti automezzi, deputati allo svolgimento delle attività istituzionali dell'Ente, sono assegnati ai servizi come riporta la tabella sottostante:

Assegnazione per dipartimento al 31/12/2025	Totale
DAMM	8
DIPS	71
Direzione Generale	1
Direzione sanitaria	2
DPAAPSS	5
DV	59
SIA	1
Totale complessivo	147

e dislocati nelle sedi aziendali territoriali come sotto riportato:

Assegnazione per sede al 31/12/2025	TOTALE
ALBINO	10
BERGAMO via Borgo palazzo	55
BERGAMO via Gallicciolli	13
BONATE SOTTO	13
CARAVAGGIO	4
LOVERE	1
PIARIO	5
ROMANO DI LOMBARDIA	14
TRESCORE BALNEARIO	20
TREVIGLIO	6
ZOGNO	6
Totale complessivo	147

c) Beni immobili

Questa tipologia di beni è suddivisibile in **immobili di proprietà** e **immobili la cui disponibilità si ha in base a un diritto reale o a qualsiasi altro titolo**.

Gli immobili di proprietà di ATS Bergamo in forza di Decreto della Direzione Generale Welfare di Regione Lombardia DDG n.5190 del 07/06/2016, sono riportati nella tabella seguente:

Scheda Fabbricati					Dati Catastali										Dati titolo acquisizione							23. Codice Struttura	24. Codice ex ASL quale Ente proprietario
1. N. Progr.	2. Via/Piazza	3. n.	4. Piano	5. Da reddito?	6. Comune di ubicazione	7. Sezione	8. Foglio	9. Particella		10. Sub	11. Categoria	12. Classe	13. Metri cubi	14. M. quadr.	15. Rendita	16. Natura sito	17. Data dell'atto	18. Numero atto	20. Nome del Notaio	21. Sede notarile	22. Note ed altre osservazioni	23. Codice Struttura	24. Codice ex ASL quale Ente proprietario
1	Via Galliccioli	4	T-1-2-3-4-5-6-S	NO	Bergamo	BO	27	2896	701		B4	7	25890		€ 14.708,00	Decreto	22.12.1997	70550	Presidente Regione Lombardia	Milano	sede legale ASL		301001
2	Via Clara Maffei	4	T-1-4-S1	NO	Bergamo	BO	27	2516	702		B4	8	8160		€ 5.478,54	Decreto	22.12.1997	70550	Presidente Regione Lombardia	Milano	uffici		301002
3	Via Clara Maffei	4	5-S1	NO	Bergamo	BO	27	2516	2518	704	C2	5		201	€ 820,08	Decreto	22.12.1997	70550	Presidente Regione Lombardia	Milano	In comproprietà al 50% con ARPA LOMBARDIA- magazzini		301003
4	Via Clara Maffei	4	S1	NO	Bergamo	BO	27	2516	2518	705	C6	8		228	€ 847,82	Decreto	22.12.1997	70550	Presidente Regione Lombardia	Milano	In comproprietà al 50% con ARPA LOMBARDIA-box		301004
5	Via Groppino	22	T-1-2-3-S1	NO	Piano		3	473	515	5	B2	U	9404		€ 4.856,79	Decreto	01.07.2002	12489	Direttore Generale Sanità Regione Lombardia	Milano	Trattasi di due edifici denominati Villa Casali e Villa Frassinò, ove sono presenti la RSD e CDD		
6	Via Garibaldi	13	T-1-2-S1	NO	Bonate Sotto		4	3467	704		B1	U	22550		13975,36	Decreto	22.12.1997	70550	Presidente Regione Lombardia	Milano	Compendio immobiliare composto da 7 palazzine ove vengono esplesate le seguenti attività: DPM, DPV, Continuità Assistenziale, CDD, RSD, NPI,	RSD 301014909 . CDD 301003703 . NPI AO Treviglio: 963002901	301015
7	Via Garibaldi	13	T	NO	Bonate Sotto		4	3467	3		C6	2		12	12,39	Decreto	22.12.1997	70550	Presidente Regione Lombardia	Milano	box		301016
8	Via Garibaldi	13	T	NO	Bonate Sotto		4	3467	4		C6	2		14	14,46	Decreto	22.12.1997	70550	Presidente Regione Lombardia	Milano	box		301017
9	Via Garibaldi	13	T	NO	Bonate Sotto		4	3467	5		C6	2		15	15,49	Decreto	22.12.1997	70550	Presidente Regione Lombardia	Milano	box		301018
10	Via Garibaldi	13	T	NO	Bonate Sotto		4	3467	6		C6	2		15	15,49	Decreto	22.12.1997	70550	Presidente Regione Lombardia	Milano	box		301019
11	Via Garibaldi	13	T	NO	Bonate Sotto		4	3467	7		C6	2		14	14,46	Decreto	22.12.1997	70550	Presidente Regione Lombardia	Milano	box		301020
12	Via Garibaldi	13	T	NO	Bonate Sotto		4	3467	4975	706	B1	U	1032		639,58	Decreto	22.12.1997	70550	Presidente Regione Lombardia	Milano	Croce Rossa Italiana proprietaria di solo un piano del fabbricato e superficaria dell'area- ASL concedente del diritto di sopralzo e del diritto di superficie sull'area.		301021

Presso l'immobile di Bergamo in via Galliccioli n.4, ove è stabilita la sede legale dell'ATS sono collocati gli uffici della Direzione Strategica (Direzione Generale, Amministrativa, Sanitaria e Sociosanitaria), del Dipartimento PAAPSS, e del Dipartimento PIPSS.

In un'ottica di perseguimento dell'accessibilità fisica e funzionale rivolta al cittadino secondo il principio di prossimità, l'ATS è presente in spazi decentrati dislocati sul territorio della provincia di Bergamo, con gli uffici periferici del Dipartimento di Igiene e di Prevenzione Sanitaria (DIPS) e del Dipartimento Veterinario e Sicurezza degli Alimenti di Origine Animale (DV). Entrambi i Dipartimenti mantengono le rispettive direzioni presso la sede di Bergamo in Borgo Palazzo.

I principi ispiratori per la gestione degli immobili possono essere così riassunti:

- **Garantire un'opportuna rinegoziazione di contratti in essere** alla loro scadenza naturale, allo scopo di rendere i beni maggiormente aderenti ai valori di mercato, migliorando altresì l'efficienza degli incassi o la regolarità dei pagamenti, mediante un'attenta gestione dei relativi flussi di cassa, a seconda che si tratti di entrate o uscite;
- **Perseguire l'obiettivo di massima redditività del bene**, in relazione sia alle funzioni istituzionali di ATS di Bergamo, sia alle finalità economico-sociali del concessionario; il principio di economicità non viene assunto in senso assoluto (dovere di effettuare la scelta più conveniente), ma in senso relativo, ovvero l'ATS si pone come obbligo quello di effettuare la scelta che, alla luce della valutazione comparativa di tutti gli interessi pubblici, risulti essere la più conveniente anche in relazione a specifiche politiche aziendali in aderenza alla mission istituzionale, debitamente documentate nei relativi atti amministrativi;
- **Salvaguardare il capitale patrimoniale originario**, attraverso il recupero dei costi di ammortamento, delle spese di gestione, nonché attraverso la responsabilizzazione nella manutenzione degli immobili.

LOCAZIONI ATTIVE ANNO 31.12.25							
Sede	Tipo di contratto	Proprietario	inquilino	servizio	Contratto DAL	Contratto AL	note
Bonate Sotto, via Garibaldi	locazione attiva	ATS	LAVORARE INSIEME coop. Sociale	C.D.D.	01/07/2021	30/06/2027	contratto di locazione sospeso *
Bonate Sotto, via Garibaldi	locazione attiva	ATS	LAVORARE INSIEME coop. Sociale	R.S.D.	01/03/2022	28/02/2028	
Piario, Villa Casali Via Papa Giovanni XXIII	locazione attiva	ATS	LAVORARE INSIEME coop. Sociale	R.S.D.	01/03/2022	28/02/2028	contratto di locazione sospeso *
Piario, Villa Frassino Via Papa Giovanni XXIII	locazione attiva	ATS	COMUNE DI CLUSONE	C.D.D.	01/01/2021	31/12/2026	

**a seguito dell'avvio dei lavori di adeguamento alla normativa antisismica finanziati da Regione Lombardia*

LOCAZIONI PASSIVE ANNO 31.12.25							
Sede	Tipo di contratto	Proprietario	destinazione d'uso	durata	Contratto DAL	Contratto AL	note
Albino viale stazione 26/a	locazione passiva	Comune Albino	DIPS – Dip. Igiene e Prevenzione Sanitaria DV – Dip. Veterinario	6 anni	01/01/2025	31/12/2030	
Piazza Brembana via Monte sole	locazione passiva	sublocazione con ASST PG 23	DV – Dip. Veterinario	6 anni	01/01/2023	31/12/2028	
Romano di Lombardia via Cavagnari, 5	locazione passiva	Comune di Romano	DIPS – Dip. Igiene e Prevenzione Sanitaria	6 anni	01/04/2020	31/03/2026	
Trescore via ospedale	locazione passiva	Fondazione Azzanelli Cedrelli Celati e per la salute dei fanciulli	DIPS – Dip. Igiene e Prevenzione Sanitaria DV – Dip. Veterinario	30 anni	05/08/2021	04/08/2051	
Treviglio Via S. Giovanni Bosco (ex via Rossini 1)	locazione passiva	Soc. SATURNO SRL ora ROSSINIUNO srl	DIPS – Dip. Igiene e Prevenzione Sanitaria	6 anni	01/01/2026	31/12/2031	In fase di rinnovo
Zogno piazza Belotti 1/3	locazione passiva	Comune di Zogno	DIPS – Dip. Igiene e Prevenzione Sanitaria DV – Dip. Veterinario				contratto in corso di definizione
Sarnico via Vittorio Veneto, 24/D	locazione passiva	Comune Sarnico	DV – Dip. Veterinario	6 anni	01/01/2026	31/12/2031	contratto in corso di definizione
Seriate, Via Paderno, 40 - 24068	sublocazione con ASST BG EST	Comune di Seriate	DV – Dip. Veterinario				contratto in corso di definizione

COMODATI ATTIVI ANNO 31.12.25							
Sede	Tipo di comodato	Proprietario	destinazione d'uso	Importo canone	Contratto DAL	Contratto AL	durata
Bergamo Via Galliccioli, 4 - 24121	Attivo	ATS	Tribunale del malato	gratuito	01/01/2023	31/12/2023	1 anno
Bonate Sotto Via Garibaldi, 13 - 24040	Attivo	ATS	ASST BERGAMO OVEST				
			CRI	gratuito	31/12/1997	31/12/2096	99 anni

COMODATI PASSIVI ANNO 31.12.25							
Sede	Tipo di comodato	Proprietario	destinazione d'uso	Imp. canone	Contratto DAL	Contratto AL	durata
Bergamo Via Borgo Palazzo, 130 - 24125	Passivo	ASST PG23	DIPS – Dip. Igiene e Prevenzione Sanitaria DV – Dip. Veterinario SPP - Servizio Prevenzione e Protezione LP - Laboratorio e Prevenzione Farmacont. Magazzino Economale	gratuito	19/07/2017	18/07/2027	10 anni dalla data di sottoscr.
Carvaggio Largo Donatori di Sangue, 14 - 24043	Passivo	Comune di Caravaggio	DV – Dip. Veterinario	gratuito	19/06/1992		Indet.
Casazza Piazza della Pieve - 24060	Passivo	Comune di Casazza	DV – Dip. Veterinario	gratuito			contratto in corso di definizione
Gromo Piazza Pertini, 3 - 24020	Passivo	Comune di Gromo /convenzion e con ASST BG EST	DV – Dip. Veterinario	gratuito	01/03/2018	28/02/2028	10 anni dalla sottoscr. della conv. con ASST BG Est

COMODATI PASSIVI ANNO 31.12.25							
Sede	Tipo di comodato	Proprietario	destinazione d'uso	Imp. canone	Contratto DAL	Contratto AL	durata
Grumello del Monte Via Nembrini, 1 - 24064	Passivo	ASST BG EST	DV – Dip. Veterinario	gratuito	01/03/2018	28/02/2028	10 anni dalla sottoscr. della conv.ne con ASST BG EST
Loveve Piazza Bonomelli, 6 - 24065	Passivo	Comune di Loveve / convenzione con ASST BG EST	DIPS – Dip. Igiene e Prevenzione Sanitaria DV – Dip. Veterinario	gratuito	01/03/2018	28/02/2028	10 anni dalla sottoscr. della conv. con ASST BG EST
Romano di Lombardia Via XXV Aprile, 11 - 24058	Passivo	Comune di Romano di Lombardia	DV – Dip. Veterinario	gratuito	11/11/2009	11/11/2029	20 anni
Sant'Omobono Terme Via Vanoncini dott. Gianantonio, 20 - 24038 (uffici temporaneamente trasferiti in comune di STROZZA, via Roma 1)	Passivo	ASST PG23	DV – Dip. Veterinario	gratuito	19/07/2017	18/07/2027	10 anni dalla data di sottoscr.
Serina Via Palma il Vecchio, 20 - 24017	Subcomod con ASST PG 23 Passivo	Comune di Serina	DV – Dip. Veterinario	gratuito	09/08/2017	08/08/2027	10 anni dalla data di sottoscr.
Vilminore di Scalve, Via Polini, 11 - 24020	Passivo	Comunità Montana Val di Scalve / convenzione con ASST BG EST	DV – Dip. Veterinario	gratuito	01/03/2018	28/02/2028	10 anni dalla sottoscr. della conv. con ASST BG EST

In merito alle locazioni ed ai comodati passivi, gli immobili sono utilizzati per servizi istituzionali sul territorio provinciale, ove l'ATS non dispone di immobili di proprietà.

L'immobile di Bergamo via C. Maffei è quello in comproprietà con ARPA Lombardia ed è attualmente in corso di ristrutturazione con finanziamento e gestione dell'appalto a cura di Regione Lombardia.

3. Misurazione e valutazione della performance

Nel Piano performance 2024-2026 il Sistema di misurazione e valutazione ha incluso gli ambiti previsti dall'art.8 del D.lgs. n.150/2009, dando una rappresentazione **dell'efficacia interna** (capacità di raggiungere obiettivi prefissati), **dell'efficacia produttiva gestionale** (capacità di massimizzare il risultato ottenuto con l'impiego delle risorse ottimale), **dell'efficacia organizzativa** (capacità di fornire formazione e sviluppo delle competenze, del benessere organizzativo e delle pari opportunità), **dell'accessibilità** (capacità di fornire equità di accesso alle prestazioni e/o servizi).

La misurazione della performance, attraverso il monitoraggio dell'attività dell'Agenzia nel suo complesso in determinati punti di controllo, è stata effettuata attraverso l'individuazione di indicatori in grado di dare una rappresentazione oggettiva dei risultati conseguiti rispetto alla tipologia di obiettivi prefissati.

Questa sezione, come declinato nelle linee guida per la relazione annuale sulla performance del DFP (rev.3 del 2018), ovvero nel rispetto della Legge "Brunetta", mira a rappresentare:

- i risultati ottenuti rispetto ai target annuali degli **obiettivi specifici triennali ovvero strategici** (la loro misurazione), **evidenziando gli scostamenti rispetto ai target definiti nel Piano stesso**, a causa di eventuali fattori esogeni o endogeni che possono aver influito sul raggiungimento (valutazione). Gli obiettivi strategici sono quegli impegni di mandato, assunti e perseguiti in un arco temporale pluriennale (un triennio), in collegamento ed integrazione con gli strumenti relativi alla trasparenza, all'integrità, al contrasto del fenomeno della corruzione e al Piano triennale di Azioni Positive e di tutti gli altri PIANI assorbiti ed esposti nel PIAO.

- i risultati conseguiti rispetto agli **obiettivi annuali ovvero operativi** (la loro misurazione), **evidenziano gli scostamenti rispetto ai target definiti nel Piano stesso**, a causa, come i precedenti, di eventuali fattori esogeni o endogeni che possono aver influito sul raggiungimento (valutazione). Tale categoria di obiettivi può temperare quelli di interesse regionale (derivati da indirizzi dettati da Regione Lombardia attraverso le regole di Sistema e successive note integrative emesse) o aziendale. Gli obiettivi operativi realizzano nel corso dell'esercizio amministrativo il sentiero degli obiettivi strategici nei quali sono incorporati e funzionalmente consentono di verificare, consolidare e/o migliorarne i servizi agli stakeholder offerti da ATS. Le diverse articolazioni organizzative rispettivamente coinvolte, attraverso un processo a cascata, assegnano gli obiettivi ai dirigenti ed agli operatori di rispettiva afferenza gerarchica, partendo da quelli di Struttura, riepilogati nel Documento di Budget, appositamente deliberato con specifico provvedimento amministrativo per il 2025.

Gli **obiettivi operativi annuali**, in particolare, si suddividono in:

- **obiettivi regionali** assegnati con D.G.R. N. XII/4434 del 26.05.25 "Determinazioni in ordine agli obiettivi delle Agenzie di Tutela della Salute (ATS), delle Aziende Socio Sanitarie Territoriali (ASST) e dell'Agenzia Regionale Emergenza Urgenza (AREU) per l'anno 2025" poi declinati dal D.D.G. della DG Welfare n.8610 del 18.06.25 e successive note ad integrazione emesse dalla stessa DG Welfare. Le linee di indirizzo prodromiche degli obiettivi sono state emanate con D.G.R. XII/3720 del 30.12.24.
- **obiettivi aziendali** assegnati dai Direttori Strategici ai Direttori di SC ad ai Responsabili di SS/SSD; nell'ambito di ciascuna SC/SS/SSD gli obiettivi aziendali vengono declinati sui singoli dipendenti al fine di garantire a tutti gli operatori la partecipazione ad almeno un obiettivo.

ATS Bergamo ha recepito tali obiettivi sintetizzandoli nel Documento di Budget definito con deliberazione del Direttore generale n.639 del 30.09.25.

La *performance* correlata agli obiettivi di cui sopra, ha determinato sia una **performance "organizzativa"** che una **"individuale"**, le quali nel loro insieme concorrono a fornire il quadro di lettura della produttività di ATS Bergamo relativa all'anno di riferimento, che ha corroborato il contesto interno e quello esterno, definendo a supporto degli indicatori adeguati di misurazione. Si rimanda alla sezione successiva per l'analisi più dettagliata.

3.1 Gli indicatori

Indicatori di efficienza produttiva e gestionale

Gli indicatori di bilancio di tipo economico gestionali sono stati elaborati in sede di stesura del bilancio di previsione e monitorati ad ogni Conto Economico Trimestrale (CET). Dati al 31/12/2025.

AGENZIE TUTELA della SALUTE - INDICATORI DI BILANCIO 2024/2025

325		ATS DI BERGAMO			
		Valore Netto al	Valore Netto al	Valore Netto al	Valore Netto al
		31/12/2024	31/12/2025	31/12/2024	31/12/2025
Indicatori economici-gestionali					
Indicatore 1:	Costi del personale	34.774.895	34.924.204		
	Cittadino assistito	1.123.963	1.126.347	3084%	3101%
Indicatore 2:	Costi per beni e servizi	1.613.013.367	1.717.007.316		
	Cittadino assistito	1.123.963	1.126.347	143514%	152440%
Sottoindicatore 2.1:	Prestazioni sanitarie da pubblica	695.052.021	733.976.002		
	Cittadino assistito	1.123.963	1.126.347	61839%	65164%
Sottoindicatore 2.2:	Prestazioni sanitarie da privato	720.672.824	756.784.631		
	Cittadino assistito	1.123.963	1.126.347	65004%	67128%
Sottoindicatore 2.3:	Prestazioni non sanitarie da pubblica	371.882	476.141		
	Cittadino assistito	1.123.963	1.126.347	33%	42%
Sottoindicatore 2.4:	Prestazioni non sanitarie da privato	6.930.355	6.457.744		
	Cittadino assistito	1.123.963	1.126.347	617%	573%
Sottoindicatore 2.5:	Medicina di base	209.558	220.202		
	Cittadino assistito	1.123.963	1.126.347	18%	20%
Sottoindicatore 2.6:	Specialistica ambulatoriale	254.673.142	267.217.342		
	Cittadino assistito	1.123.963	1.126.347	22325%	23324%
Sottoindicatore 2.7:	Assistenza ospedaliera	679.640.777	693.476.003		
	Cittadino assistito	1.123.963	1.126.347	51974%	52690%
Sottoindicatore 2.8:	Acquisti di beni sanitari	69.255.749	95.779.685		
	Cittadino assistito	1.123.963	1.126.347	6182%	8504%
Sottoindicatore 2.9:	Acquisti di beni non sanitari	379.486	482.100		
	Cittadino assistito	1.123.963	1.126.347	34%	43%
Sottoindicatore 2.10:	Servizi non sanitari	7.202.707	6.932.385		
	Cittadino assistito	1.123.963	1.126.347	650%	616%
Sottoindicatore 2.11:	Manutenzione e riparazione	3.839.518	3.921.924		
	Cittadino assistito	1.123.963	1.126.347	314%	313%
Sottoindicatore 2.12:	Godimento di beni di terzi	499.703	535.139		
	Cittadino assistito	1.123.963	1.126.347	44%	50%
Indicatore 3:	Costi di assistenza protesica	14.469.934	15.495.595		
	Cittadino assistito	1.123.963	1.126.347	1300%	1353%
Indicatore 4:	Assistenza sanitaria fuori regione	27.081.492	28.411.647		
	Cittadino assistito	1.123.963	1.126.347	2409%	2522%
Indicatore 5:	Assistenza sanitaria all'estero	29.006	48.641		
	Cittadino assistito	1.123.963	1.126.347	3%	4%
Indicatore 6:	Farmaci generici				
	Cittadino assistito	1.123.963	1.126.347	0%	0%
Indicatore 7:	Assistenza farmaceutica territoriale	156.825.642	167.669.894		
	Cittadino assistito	1.123.963	1.126.347	13953%	14826%

Note:

- (1) Costi del personale: personale strutturato (mod A) e costo dei contratti atipici (righe di bilancio: prestazioni lavoro interinale, collaborazioni coordinate e continuative).
- (2) Ricavi della gestione caratteristica: valore della produzione al netto dei costi capitalizzati e dell'eventuale contributo F20R.
- (3) Costi per beni e servizi: somma delle seguenti categorie: acquisti di beni, acquisti di servizi, manutenzione e riparazioni, godimento di beni di terzi, oneri diversi di gestione.
- (4) Assistenza protesica: assistenza protesica in convenzione e non (foglio SK).
- (5) Assistenza sanitaria fuori regione: somma delle voci di bilancio relative alle prestazioni usufruite da cittadini dell'ASL in strutture fuori della regione da in compensazione tra.
- (6) Assistenza sanitaria all'estero: voci di bilancio relative alle prestazioni usufruite, in regime autorizzatorio, da cittadini dell'ASL in strutture estere.
- (7) Farmaci generici: si vedano le modalità in uso per i farmaci equivalenti come declinate dall'Allegato 6 della DGR 937/2010.
- (8) Assistenza farmaceutica territoriale: assistenza farmaceutica (foglio SK).

3.2 Rendicontazione Piano Performance 2025**OBIETTIVI REGIONALI**

Fonte:

-DGR N°XII/3720 seduta del 30.12.24 “*Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione per l’anno 2025– (di concerto con gli Vicepresidente Alparone e gli Assessori Lucchini e Fermi)*”;
 -DGR N° XII/4434 seduta del 26.05.25 “*Determinazioni in ordine agli obiettivi delle Agenzie di Tutela della Salute (A.T.S.), delle Aziende Socio Sanitarie Territoriali (A.S.S.T.) e dell’Agenzia Regionale Emergenza Urgenza (A.R.E.U.) – anno 2025*” e successivo Decreto DGW n.8610 del 18.06.25 e note ad integrazione emesse a seguire, comprese Regoline con D.G.R. N° XII/4938 del 04.08.2025.

Atti recepiti con deliberazione del Direttore Generale di ATS n. 438 del 26.06.25 e successivo atto n. 624 del 26.09.25, cui è seguito il Documento di Budget 2025, approvato con deliberazione del Direttore generale n.639 del 30.09.25. Il monitoraggio di tali obiettivi, nonché il dato finale a consuntivo, è in gran parte derivabile da flussi presenti in piattaforme regionali, che certificano il dato stesso.

Le Strutture *owner* di ATS, in relazione al relativo obiettivo di competenza, in base alle indicazioni pervenute dalla DGW nei suoi provvedimenti emanati e note successive, forniscono, a scadenze definite da RL, ulteriore documentazione necessaria, a cui ATS ha provveduto ad ottemperare con invio nelle modalità indicate dal committente.

Tutte le scadenze definite dai provvedimenti regionali sono state rispettate da ATS Bergamo. Per alcuni adempimenti la DGW ha dato termine nei primi mesi del 2026: questo in ragione anche di termini successivi di trasmissione del dato, come stabilito dalla DGW. **Gli stessi dati qui riepilogati, che si riferiscono all’esercizio 2025, tengono il 31.12.25 come momento cristallizzato finale di rilevazione, suscettibili quindi di lievi aggiustamenti per via di quei flussi di trasmissione elaborati da RL nel corso del I trimestre 2026.**

3.2.1 Obiettivi strategici regionali**AREA NSG**

OBIETTIVI	INDICATORI	TARGET	RENDICONTAZIONE AL 31/12/2025
Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area Ospedaliera	H02Z: Quota di interventi per tumore maligno della mammella in reparti con volume di attività superiore a 150 (10% tolleranza) interventi annui	100%	QUASI RAGGIUNTO 96,40%
Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area Ospedaliera	H03C: Proporzione di nuovo intervento di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella	≤2,5	3,81 (NON RAGGIUNTO)
Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area Ospedaliera	H05Z: Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza postoperatoria inferiore a 3 giorni	≥ 90%	92,01% RAGGIUNTO
Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area Ospedaliera	H13C: Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 48 ore (mod. ex DGR 4938/2025) in regime ordinario	≥ 80%	Media indicatori (H13C 89,53% da gen a ago + H13C.48 79,58% da set a dic) RAGGIUNTO
Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area Ospedaliera	H04Z: Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappr. e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappr. in regime ordinario	≤ 15%	12,50% RAGGIUNTO
Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area Ospedaliera	H17C: Percentuale parti cesarei primari in maternità di I livello o comunque con <1.000 parti	<15%	14,10% RAGGIUNTO

OBIETTIVI	INDICATORI	TARGET	RENDICONTAZIONE AL 31/12/2025
Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area Ospedaliera	H18C: Percentuale parti cesarei primari in maternità di II livello o comunque con ≥ 1.000 parti	<20%	16,30% RAGGIUNTO
Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'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)	$\leq 14,55\%$	21,10% (NON RAGGIUNTO)
Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'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	\leq valore 2024 (7,4 ATS)	2,58 RAGGIUNTO
Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area Ospedaliera	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	\leq valore 2024 (183,20 ATS)	183,65 QUASI RAGGIUNTO
Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area Ospedaliera	D04C: Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite	≤ 50	92,75 (NON RAGGIUNTO)
Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area Ospedaliera/Distrettuale	PDTA03(B): Garantire un'adeguata aderenza al trattamento con Beta bloccanti nello scompenso cardiaco (maggiore o uguale al 75% dei giorni coperti dal trattamento) nei 12 mesi successivi alla prima prescrizione dopo il ricovero indice	Copertura farmacologica $\geq 75\%$	61,50% (NON RAGGIUNTO)
Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'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	CIA1: val. ≥ 4 e val. < 6 CIA2: val. $\geq 2,5$ e val. < 6 CIA3: val. ≥ 2 e val. < 6	CIA 1: 0,98 CIA 2: 1,01 CIA 3: 1,42 (NON RAGGIUNTO)
Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'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	\leq valore 2024 (4.296,06 ATS)	3.872,89 RAGGIUNTO

OBIETTIVI	INDICATORI	TARGET	RENDICONTAZIONE AL 31/12/2025
Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area distrettuale	D33ZA: Numero di anziani non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale/semiresidenziale in rapporto alla popolazione residente, per tipologia di trattamento (intensità di cura)	≥ valore 2024 (66,21ATS)	54,04% (NON RAGGIUNTO)
Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area distrettuale	D30Z: Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore	≥ valore 2022 (non visualizzabile)	DATO MANCANTE DA Piattaforma Regionale Tableau
Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area distrettuale	D27C: N. ricoveri ripetuti in SPDC tra 8 e 30 gg / n. ricoveri totali	< 8% o riduzione rispetto al 2024(7,76%) in media nel territorio dell'ATS	6,2 RAGGIUNTO
Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area distrettuale	D10Z: Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B	≥90%	75,66%
Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area distrettuale	P01C: Esavalente dose 3, coorte 2023	≥95% entro 24 mesi	97,00% RAGGIUNTO
Raggiungimento target NSG - Area Prevenzione	P02C: MPR dose 1, coorte 2023	≥95% entro 24 mesi	96,90% RAGGIUNTO
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	≥50%* copertura *In maniera subordinata in assenza di raggiungimento di copertura, il target può essere considerato raggiunto se e solo se il valore ottenuto é superiore del 5% del miglior risultato tra il 2023 e il 2024	61,90% RAGGIUNTO
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	≥50%* copertura *In maniera subordinata in assenza di raggiungimento di copertura, il target può essere considerato raggiunto se e solo se il valore ottenuto é superiore del 5% del miglior risultato tra il 2023 e il 2024	61,90% RAGGIUNTO

OBIETTIVI	INDICATORI	TARGET	RENDICONTAZIONE AL 31/12/2025
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	≥60%* copertura *In maniera subordinata in assenza di raggiungimento di copertura, il target può essere considerato raggiunto se e solo se il valore ottenuto é superiore del 5% del miglior risultato tra il 2023 e il 2024	70,30% RAGGIUNTO
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	≥50%* copertura *In maniera subordinata in assenza di raggiungimento di copertura, il target può essere considerato raggiunto se e solo se il valore ottenuto é superiore del 5% del miglior risultato tra il 2023 e il 2024. [Anno 2023: 52,54%; Anno 2024: 54,26%]	51,20% RAGGIUNTO
Raggiungimento target NSG - Area Prevenzione	P10Z - Copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali	100%	100% RAGGIUNTO
Raggiungimento target NSG - Area Prevenzione	P12Z: Copertura delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti, con particolare riferimento alla ricerca di sostanze illecite, di residui di contaminanti, di farmaci, di fitofarmaci e di additivi negli alimenti di origine animale e vegetale	100%	100% RAGGIUNTO

AREA TEMPI DI ATTESA

OBIETTIVI	INDICATORI	TARGET	RENDICONTAZIONE AL 31/12/2025
Raggiungimento dei target previsti dal Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa che saranno validati con successivo provvedimento	Percentuale di raggiungimento del target per prestazione /raggruppamento da parte degli Enti pubblici e privati afferenti al proprio territorio	da PRGLA	Dati gennaio-novembre 2025 Raggiungimento ATS BG: 96% Raggiungimento Privati: 104% Raggiungimento Pubblici: 84% RAGGIUNTO

OBIETTIVI	INDICATORI	TARGET	RENDICONTAZIONE AL 31/12/2025
Rispetto dei tempi di attesa per le prestazioni PNGLA in classe di priorità B (per le B escluse quelle già considerate nell'indicatore NSG D10Z) - D - P - Privati	Percentuale di prestazioni per cui viene garantito il rispetto dei tempi di attesa, per classe di priorità	>=90%	Privati gennaio-novembre 2025: ATS BG (EEEEPA+EEP): 84% ASST BG EST: 78,4% ASST BG OVEST: 88,7% ASST PG23: 78% EEPA: 85% (NON RAGGIUNTO)
Governo Liste d'attesa: domini centrali	Riduzione della % di erogato che non risulta gestito o negoziato dai domini centrali (la prenotazione non passa dalla rete regionale di prenotazione) da parte degli Enti pubblici e privati afferenti al proprio territorio	<=1,7%, comunque non superiore al 10% a livello di singolo Ente (ex DGR 4938/2025)	1,7% RAGGIUNTO
Raggiungimento, per gli specialisti ospedalieri, del 90% delle prescrizioni di specialistica ambulatoriale prescrivibili con ricetta dematerializzata	Percentuale di raggiungimento del target da parte degli Enti afferenti al proprio territorio	>= 90%	Gennaio-Ottobre 2025: Privati: 99% Pubblici: 89% ATS BG: 90% RAGGIUNTO

AREA RETI OSPEDALIERE

OBIETTIVI	INDICATORI	TARGET	RENDICONTAZIONE AL 31/12/2025
Monitoraggio attivo delle reti clinico assistenziali sull'adempimento dei requisiti (ex DGR 4938/2025)	Partecipazioni incontri hub spoke organizzati da DGW e azioni di monitoraggio attivo su tutte le reti di patologia menzionate (ex DGR 4938/2025)	Report che attesti partecipazione incontri hub e spoke organizzati da DG Welfare e azioni di monitoraggio attivo sulle reti Stroke, Neuroscienze, Tumore del pancreas, Centri di Senologia	Parzialmente raggiunto (invio report)

AREA SANGUE E PRONTO SOCCORSO

OBIETTIVI	INDICATORI	TARGET	RENDICONTAZIONE AL 31/12/2025
Incremento della percentuale accessi in PS con codice priorità 2 (arancione) visitati entro 15 min	Percentuale di pazienti a cui è assegnato al triage il codice di priorità 2 (arancione) che attendono un tempo massimo di 15 minuti nei PS pubblici e privati, nel territorio di riferimento	>85% medio nel proprio territorio	Numeratore=26.335 Denominatore=46.778 BG Indicatore=56.29% (NON RAGGIUNTO)
Riduzione del tasso di abbandono da Pronto Soccorso dei codici arancioni, rossi, verdi, azzurri	Numero di pazienti che lasciano i Pronto Soccorso (pubblici e privati) dopo l'accettazione e prima della visita, nel territorio di riferimento	< 1,25% medio nel proprio territorio	Numeratore=16.223 Denominatore=343.422 BG Indicatore=4.72% (NON RAGGIUNTO)

AREA FLUSSI INFORMATIVI

OBIETTIVI	INDICATORI	TARGET	RENDICONTAZIONE AL 31/12/2025
Coerenza e accuratezza tra flussi	Scostamento massimo del 2% di parti non rilevati con il CeDAP rispetto ai parti segnalati con SDO	<2%	Numeratore (CeDAP) = 6.155 Denominatore (SDO) = 6.143 Indicatore = 0,19% RAGGIUNTO
Coerenza e accuratezza tra flussi	copertura della SDO rispetto agli erogatori censiti nell'anagrafica delle strutture di ricovero (modelli HSP11 e HSP11bis)	100%	100% RAGGIUNTO
Coerenza e accuratezza tra flussi	Flusso SDO: verifica qualità della rilevazione (errori gravi)	≤1%	113/124.487=0.1% RAGGIUNTO
Coerenza e accuratezza tra flussi	Verifica della copertura flusso SDO-R (riabilitativa), rispetto all'atteso (SDO dai reparti codici 28,75,56) secondo i criteri definiti in note MdS e DGW	≥95%	95% RAGGIUNTO
Coerenza e accuratezza tra flussi	Correttezza di compilazione delle scale del flusso SDO-R secondo i criteri definiti in note MdS e DGW	≥95%	95% RAGGIUNTO
Coerenza e accuratezza tra flussi	Flusso EMUR-PS: registrazione accessi in OBI	>1	Accessi in OBI con ricovero OBI=2.484 Ricoveri da provenienza OBI=389 Indicatore 6,3 RAGGIUNTO
Coerenza e accuratezza tra flussi	Monitoraggio del numero di impianti di protesi mammarie effettuate e relativa alimentazione del Registro Regionale - Censimento delle strutture che possono compilare il Registro (autorizzate alla chirurgia di cui trattasi)	Realizzazione di n. 1 registro di censimento	FATTO
Coerenza e accuratezza tra flussi	Allineamento HSP/assetto accreditato delle strutture pubbliche e private accreditate afferenti al territorio di competenza	≥ 90%	"Numeratore: N. U.O. con posti letto, presenti sia in assetto accreditato che in flusso HSP per struttura: 97 Denominatore: N. U.O. presenti in HSP e/o in assetto accreditato per struttura: 97 Indicatore: 100%" RAGGIUNTO
Adeguamento a specifiche	Flusso EMUR-PS: adeguamento a nuove specifiche	Adeguamento a nuove specifiche funzionali sulla violenza di genere entro la scadenza ministeriale fissata	FATTO

OBIETTIVI	INDICATORI	TARGET	RENDICONTAZIONE AL 31/12/2025
Adeguamento a specifiche	produzione "Scheda Medico" per monitoraggio delle attività di MMG/PLS con indicatori di valutazione delle prestazioni riferite al singolo medico (Unità di epidemiologia)	Produzione di n.1 Scheda Medico	FATTO Elaborate le schede medico per ogni MMG e inviate a dicembre 2025 alle n.3 ASST che hanno provveduto all'invio al singolo medico
Tempestività e completezza invio flussi MdS e DGW	Monitoraggio inserimento fatturazione attiva e controllo fatturazione passiva con relativa contestazione (mobilità sanitaria internazionale)	Attiva: 100% Passiva: Relazione/verbale riepilogativo	Inserite tutte le fatture attive nella piattaforma ministeriale ASPE (Applicativo Sanitario Prestazioni Estere) entro la scadenza del 31 maggio e del 30 novembre. Inserite entro maggio tutte le fatture relative all'anno 2024 1022/1022 ed entro novembre le fatture arrivate per l'anno 2025 pari a 942/942 Fatturazione attiva raggiunto al 100% Fatturazione passiva predisposta relazione per DGW RAGGIUNTO
Tempestività e completezza invio flussi MdS e DGW	Flussi sanitari: tempestività della rilevazione, secondo scadenze previste da MdS e/o formalizzate da DGW, da parte delle aziende del proprio territorio (pubbliche e private accreditate)	≥95%	Fatto 100%

AREA RETE TERRITORIALE

OBIETTIVI	INDICATORI	TARGET	RENDICONTAZIONE AL 31/12/2025
Monitoraggio cure domiciliari e presa in carico e raggiungimento obiettivi target PNRR - supportare le ASST con l'analisi dei dati di monitoraggio di efficacia delle attività di continuità assistenziale, presa in carico al domicilio, governo clinico	N. elaborazioni dati condivise con ASST/n. report rilasciati = 1	Report di monitoraggio per ASST	FATTO Costante confronto su attivazione CdC e OdC condiviso con le n.3 ASST rispetto a servizi attivi - Si conferma monitoraggio effettuato a novembre 2025

OBIETTIVI	INDICATORI	TARGET	RENDICONTAZIONE AL 31/12/2025
Monitoraggio cure domiciliari e presa in carico e raggiungimento obiettivi target PNRR - supportare le ASST con l'analisi dei dati di monitoraggio di efficacia delle attività di continuità assistenziale, presa in carico al domicilio, governo clinico	<p>a) N. incontri con i Soggetti Gestori U.d.O. Rete Territoriale per la condivisione della rideterminazione del target secondo DGR N° XII/3720 Seduta del 30/12/2024 e la promozione del raggiungimento dell'obiettivo = 1;</p> <p>b) N. documenti di rilevazione del trend della presa in carico domiciliare finalizzata al raggiungimento dell'obiettivo target PNRR = 2;</p> <p>c) N. documenti attestanti il confronto con le ASST sull'espletamento della loro attività di monitoraggio del grado di raggiungimento dell'obiettivo target PNRR = 2.</p>	Report di monitoraggio per ASST	FATTO
Monitoraggio cure domiciliari e presa in carico e raggiungimento obiettivi target PNRR - supportare le ASST con l'analisi dei dati di monitoraggio di efficacia delle attività di continuità assistenziale, presa in carico al domicilio, governo clinico	N. documenti di monitoraggio in riferimento agli obiettivi NSG (D27 C Percentuale di re-ricoveri tra 8 e 30 giorni in psichiatria) Area Distrettuale per la parte di competenza nell'area salute mentale = 1	Report di monitoraggio per ASST	6,20% (Dato estratto in data 31/12/2025. Informazioni acquisite dalla Appropriately Sanitaria e dal SEA e agli atti presso la SC PPSDD - non ancora raggiunto target limite da non superare pari ad 8%) RAGGIUNTO

AREA PREVENZIONE

OBIETTIVI	INDICATORI	TARGET	RENDICONTAZIONE AL 31/12/2025
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	Aumento del numero di aziende WHP	Aumento >35% rispetto all'anno precedente	(NON RAGGIUNTO) Aziende Aderenti WHP 2024= 138 Aziende Aderenti al 31/12/25= 154 Incremento= +11,6%
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	Capacità di una ATS di investire in termini di prevenzione in maniera adeguata ai bisogni epidemiologici, ai bisogni sostenibili e a eventuali accantonamenti	>120%	(NON RAGGIUNTO) 20,15%

OBIETTIVI	INDICATORI	TARGET	RENDICONTAZIONE AL 31/12/2025
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	Capacità di una regione di garantire un'offerta adeguata in termini di prevenzione della patologia influenzale	Obiettivo minimo: >=75% oppure Obiettivo ulteriore da perseguire: >3% vs 2024 [50,39%]	(NON RAGGIUNTO) 51,47%
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	Rafforzamento delle coperture dei programmi preventivi regionali nel setting scolastico	>3%	Plessi Attivi nel 2025= 144 Plessi Totali nel 2024= 136 Incremento= 5,9% RAGGIUNTO
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	Compilazione SASHA	Caricamento su Sasha del documento di valutazione relativo all'esercitazione effettuata durante l'anno solare 2025	FATTO
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	Copertura del controllo degli stabilimenti di ristorazione pubblica situati in ambito aeroportuale	>=95%	Per DIPS: 100% Per DVSAOA: 100% RAGGIUNTO

AREA FARMACEUTICA

OBIETTIVI	INDICATORI	TARGET	RENDICONTAZIONE AL 31/12/2025
<p>Monitoraggio trimestrale da parte delle ATS in concerto con i dipartimenti di cure primarie delle ASST del territorio, del valore di prescrizione per MMG sulla base degli assistiti, dei farmaci a base di PUFA-N3 (Poly Unsaturated. Fatty Acid N3 - acidi grassi omega 3) e i farmaci di cui alla nota AIFA 1 e 48</p>	<p>Invio agli uffici regionali con cadenza trimestrale (luglio, ottobre e gennaio dell'anno successivo) di una scheda con il valore medio del consumo di farmaci sottoscritto da ATS e dip. Cure primarie ASST</p>	<p>n.3 report contenenti il valore medio di consumo dei farmaci</p>	<p>FATTO</p> <p>In data 12/01/2026 è stato condiviso con le 3 ASST il terzo report elaborato da SFT con il valore di consumo di farmaci a base di PUFA-N3 (Poly Unsaturated. Fatty Acid N3 - acidi grassi omega 3) e farmaci di cui alla nota AIFA 1 e 48 relativo al periodo gennaio-novembre 2024 verso gennaio-novembre 2025. Il report è stato inviato a regione Lombardia in data 13/01/2026 con prot. ATS 0002831/26</p>
<p>Raggiungimento del target del 100% di chiusura delle schede di Registro AIFA, da parte di tutte le Strutture delle ASST del proprio territorio, che erogano i farmaci in File F quando il trattamento è concluso (obbligo di legge in capo al clinico). In caso di mancata chiusura della scheda di registro a trattamento concluso, si dispone di un abbattimento del File F (tipologia CO – esclusi gli innovativi) dello 0,03% a fine anno</p>	<p>Chiusura di tutte le schede di registro AIFA attive nel 2024, che abbiano avuto almeno una dispensazione di farmaco da oltre 4 mesi senza motivazione. In caso di mancata chiusura della scheda di registro a trattamento concluso, si dispone di un abbattimento del File F (tipologia CO – esclusi gli innovativi) dello 0,3% a fine anno.</p>	<p>100%</p>	<p>100% RAGGIUNTO</p>
<p>Supervisione e monitoraggio verso le ASST afferenti, verificando che ciascuna di esse abbia almeno un Responsabile Locale per la Dispositivo-Vigilanza (RLV) nominato e registrato nel sistema NSIS-Dispovigilance.</p>	<p>Garantire che tutti i RLV nominati abbiano effettuato il primo accesso al sistema NSIS Dispovigilance. Assicurare un'attenta attività di verifica e validazione di tutte le segnalazioni di incidente che arrivano ai RLV da parte degli operatori sanitari per ciascun territorio di competenza. Validare entro 3 giorni lavorativi le segnalazioni di incidente grave secondo quanto definito dal DM del 31 Marzo 2022.</p>	<p>1 report di monitoraggio</p>	<p>1 Report di monitoraggio RAGGIUNTO</p>

OBIETTIVI	INDICATORI	TARGET	RENDICONTAZIONE AL 31/12/2025
Copertura della struttura da almeno un Responsabile Locale per la Dispositivo-Vigilanza (RLV) nominato e registrato nel sistema NSIS-Dispovigilance	Garantire che tutti i RLV nominati abbiano effettuato il primo accesso al sistema NSIS Dispovigilance. Assicurare un'attenta attività di verifica e validazione di tutte le segnalazioni di incidente che arrivano ai RLV da parte degli operatori sanitari per ciascun territorio di competenza.	100%	100% RAGGIUNTO

AREA EDILIZIA SANITARIA

OBIETTIVI	INDICATORI	TARGET	RENDICONTAZIONE AL 31/12/2025
Attuazione degli investimenti finanziati con i fondi del PNRR-PNC e POR, compresi gli interventi inclusi nel Piano di riordino della rete ospedaliera di cui al D.L. n.34/2020(Presente nella DGR, ma non sviluppato nel Decreto DGW) (DGR 4938/2025)	Non definito dal Decreto DGW e nemmeno nella DGR 4938/2025	GOVERNANCE DI ATS Non definito dal Decreto DGW e nemmeno nella DGR 4938/2025 (si presume 100% del Piano programmato)	FATTO Per interventi finanziati con fondi PNC si è provveduto a caricare la documentazione richiesta su applicativo regionale Boolebox entro la scadenza prevista. Il 15/07/2025 i tecnici hanno partecipato ad un incontro via TEAMS con le ASST per rendicontazione stato di avanzamento lavori delle CdC e OdC. Richiesta rendicontazione alle ASST il 04/12/2025. Il 5/12/2025 ricevuta risposta da ASST Papa Giovanni XXIII. In data 12.12.2025 si è tenuto un incontro da remoto con il servizio tecnico dell'ASST Bergamo Ovest e in data 15.12.2025 con il servizio tecnico dell'ASST Bergamo Est, per rendicontazione dell'avanzamento degli interventi relativi al PNRR, acquisendo relativa documentazione riassuntiva.

AREA TELEMEDICINA

OBIETTIVI	INDICATORI	TARGET	RENDICONTAZIONE AL 31/12/2025
Avvio del Teleconsulto tra Medici di Assistenza Primaria/Pediatri di Libera Scelta (MAP/PLS) e Medici Specialisti	Creazione di agende specialistiche dedicate al teleconsulto con MAP/PLS in almeno 2 branche specialistiche e con almeno 2 ore settimanali di disponibilità per ciascuna specialità.	>= 1 report di rendicontazione delle disponibilità delle strutture private accreditate afferenti al proprio territorio	FATTO (1 report)
Adozione della Telemedicina - Telemonitoraggio di tipo 1 pazienti cronici	Armonizzazione delle progettualità di telemonitoraggio di tipo 1 da attuare entro il 31/12/2025 guidando le modalità e l'organizzazione verso un'unica direzione	>= 1 report di rendicontazione delle disponibilità per ciascuna ASST afferente al proprio territorio e alle strutture private accreditate con cui sono attive delle convenzioni ad hoc per il 2025 (ex DGR 4938/2025)	FATTO (1 report)
Adozione della Telemedicina - Utilizzo della Televisita di controllo per i pazienti con patologie croniche (branche specialistiche: cardiologia, diabetologia, oncologia, pneumologia, neurologia), con le seguenti finalità: Rinnovo dei piani terapeutici; Programmazione del follow-up nell'ambito della presa in carico (PAI, pazienti complessi a gestione ospedaliera, reti di patologie, ecc.).	Erogare almeno il 5% (mod. ex DGR 4938/2025) delle visite di controllo in modalità telemedicina (circa 60.000 televisite nel secondo semestre), in ambito diabetologico e/o cardiologico e/o pneumologico e/o neurologico e/o oncologico, comprese le visite per rinnovo dei Piani Terapeutici in modalità televisita entro 31/12/2025	>= 1 report di monitoraggio dell'indicatore per ASST e privato accreditato afferente al proprio territorio	FATTO (1 report)

AREA VETERINARIA

OBIETTIVI	INDICATORI	TARGET	RENDICONTAZIONE AL 31/12/2025
Prevenzione del fenomeno dell'antimicrobico resistenza negli avicoli	Predisposizione di una proposta di linee guida per la prevenzione del fenomeno dell'antimicrobico resistenza negli avicoli	Redazione di una proposta di linea guida	FATTO (1 proposta)

Si aggiungono per l'Area Veterinaria:

- AMPLIAMENTO ORARI APERTURA AL PUBBLICO SPORTELLI FRONT OFFICE PER ANAGRAFE ANIMALI D'AFFEZIONE (ex DGR n. XII/4938 del 4.8.25) -Effettuato

Si aggiungono per l'Area Epidemiologica:

- COMPLETAMENTO DEI PORTALI 'PROFILO DI SALUTE' DELLE ATS E DEL PORTALE REGIONALE, CON DATI SULLA SALUTE DELLA POPOLAZIONE, SVILUPPATI TRAMITE FLUSSI INFORMATIVI" (ex DGR n. XII/4938 del 4.8.25) - **Effettuato**

Si aggiungono per l'Area Prevenzione:

- INTERVENTI DI PREVENZIONE DELLE MALATTIE INFETTIVE, VACCINAZIONI E SCREENING ONCOLOGICI PRESSO GLI ISTITUTI PENITENZIARI (ex DGR n. XII/4938 del 04.8.25) - **Effettuati**
- INTERVENTI DI SICUREZZA ALIMENTARE E DI NUTRIZIONE PRESSO GLI ISTITUTI PENITENZIARI (ex DGR n. XII/4938 del 04.8.25) - **Effettuati**
- INTERVENTI DI PROMOZIONE DELLA SALUTE PRESSO GLI ISTITUTI PENITENZIARI (ex DGR n. XII/4938 del 04.8.25) - **Effettuati**

3.2.2 Obiettivi operativi regionali ed obiettivi minimi di prevenzione

OBIETTIVI	INDICATORI	TARGET	RENDICONTAZIONE AL 31/12/2025
Rispetto di quanto riportato nelle Regole di Sistema 2025	Diversi	<i>Diversi</i>	RAGGIUNTO (Si rimanda all' Obiettivo Operativo n.28 in tabella a seguire)
Rispetto dei tempi di pagamento previsti dal comma 865 dell'art.1 della L.145 del 30.12.2018	ITP	<i>Inferiore a 60 gg</i>	RAGGIUNTO (ITP 2025 pari a -39,83 gg)
Rispetto delle Linee di indirizzo dell'Osservatorio nazionale delle LdA (Liste di Attesa)	Rispetto Linee Guida per LdA	100%	RAGGIUNTO 100%
Rispetto delle scadenze di invio e protocollazione del BES e CET come da comunicazione trimestrale	Invio CET e BES	<i>Nei tempi di RL</i>	RAGGIUNTO Fatto

OBIETTIVI	INDICATORI	TARGET	RENDICONTAZIONE AL 31/12/2025
Prevenzione dai rischi ambientali, climatici e lavorativi Attuazione PNC: (PNC) "SALUTE, AMBIENTE, BIODIVERSITA' E CLIMA" SNPS-SNPA DI CUI ALLA DGR XI/7845 DEL 31/01/2023. (P3)	Numeratore P3 = valore economico degli interventi per il quale si è proceduto alla sottoscrizione dei contratti Denominatore : P3 = valore economico degli interventi previsti	100%	RAGGIUNTO 99,27%
ACQUE DESTINATE AL CONSUMO UMANO: Controlli sulla filiera idropotabile e sul relativo gestore	Numeratore : N° di controlli (campionamenti gruppo A, B, PFAS, ispezioni e audit) eseguiti Denominatore : N° di controlli (campionamenti gruppo A, B, PFAS, ispezioni e audit) programmati da PIC e dai Piani Olimpici locali	>=95%	RAGGIUNTO 100%
Sanità penitenziaria: Implementazione degli screening oncologici ed infettivologici	Numeratore : n° di screening effettuati Denominatore : totale obiettivo screening da implementare	SI/NO	RAGGIUNTO SI
Vaccinazioni - MPR dose 2, coorte 2018	Numeratore : n° di vaccinati residenti e assistiti Denominatore : n° di residenti e assistiti	>=95%	RAGGIUNTO 95,20%
Raggiungimento target NSG 2025 - Vaccinazioni -PC dose 3, coorte 2023	Numeratore : n° di vaccinati residenti e assistiti Denominatore : n° di residenti e assistiti	>=95%	QUASI RAGGIUNTO 94,20%
Raggiungimento target NSG 2025 - Vaccinazioni - Men C dose 1, coorte 2023	Numeratore : n° di vaccinati residenti e assistiti Denominatore : n° di residenti e assistiti	>=95%	(NON RAGGIUNTO) 93,10%
Raggiungimento target NSG 2025 - Vaccinazioni - HPV dose 2, coorte 2013	Numeratore : n° di vaccinati residenti e assistiti Denominatore : n° di residenti e assistiti	>=95% o comunque superiore di 5% assoluto rispetto all'anno precedente. [Anno 2024= 75,10%]	(NON RAGGIUNTO) 76,00%
SICUREZZA ALIMENTARE: numero di ispezioni e audit	Numeratore : n° di ispezioni e audit 2025 Denominatore : n° di ispezioni e audit 2024	>1	RAGGIUNTO >1

OBIETTIVI	INDICATORI	TARGET	RENDICONTAZIONE AL 31/12/2025
SICUREZZA ALIMENTARE - PIANO MICROBIOLOGICO	Numeratore: N. di campioni (combinazioni matrice/analita) programmati effettuati Denominatore: N. di campioni (combinazioni matrice/analita) programmati	100%	RAGGIUNTO 100%
SICUREZZA ALIMENTARE: PIANO OGM MATRICI	Numeratore: N. di campioni programmati di materie prime/semilavorati effettuati Denominatore: N. di campioni di materie prime/semilavorati programmati	100%	RAGGIUNTO 100%
SICUREZZA ALIMENTARE: PIANO OGM CAMPIONI	Numeratore: N. di campioni programmati effettuati Denominatore: N. di campioni programmati	100%	RAGGIUNTO 100%
SICUREZZA ALIMENTARE: PIANO IRRADIATI	Numeratore: N. di campioni programmati effettuati Denominatore: N. di campioni programmati	100%	RAGGIUNTO 100%
SICUREZZA ALIMENTARE: PIANO CONTAMINANTI CONTROLLO UFFICIALE	Numeratore: N. di campioni programmati effettuati (combinazione matrice/analita) Denominatore: N. di campioni programmati (combinazione matrice/analita)	100%	RAGGIUNTO 100%
SICUREZZA ALIMENTARE: PIANO MOCA	Numeratore: N. di campioni programmati effettuati (combinazione matrice/analita) Denominatore: N. di campioni programmati (combinazione matrice/analita)	100%	RAGGIUNTO 100%
SICUREZZA ALIMENTARE: PIANO MONITORAGGIO CONTAMINANTI	Numeratore: N. di campioni programmati effettuati (combinazione matrice/analita) Denominatore: N. di campioni programmati (combinazione matrice/analita)	100%	RAGGIUNTO 100%

OBIETTIVI	INDICATORI	TARGET	RENDICONTAZIONE AL 31/12/2025
SICUREZZA ALIMENTARE: PIANO CHIMICO-ALLERGENI-FUNGHI	Numeratore: N. di campioni programmati effettuati (combinazione matrice/analita) Denominatore: N. di campioni programmati (combinazione matrice/analita)	100%	RAGGIUNTO 100%
SICUREZZA ALIMENTARE: RENDICONTAZIONE LABORATORI DI PREVENZIONE IN NSIS RaDISAN	Fatto/Non Fatto	Rendicontazione bimestrale per tutti i flussi, a partire dalla fine del 2° bimestre per i dati del 1° bimestre e così via, con evidenza inviata alla UO Prevenzione	RAGGIUNTO Effettuata periodica rendicontazione bimestrale per i flussi di competenza NSIS e RADISAN.
SORVEGLIANZA NUTRIZIONALE: Controlli nutrizionali	Numeratore: N° di controlli nutrizionali eseguiti (compresa la verifica delle etichette nutrizionali) Denominatore: N° di controlli nutrizionali (compresa la verifica delle etichette nutrizionali) programmati da PIC	>=95%	RAGGIUNTO 100%
ACQUE DESTINATE AL CONSUMO UMANO: Garantire l'adeguamento dei gestionali in uso alle anagrafi previste dal database nazionale AnTeA per i controlli delle acque destinate al consumo umano	Numeratore: N° dei punti di controllo in anagrafe adeguati Denominatore: N° dei punti di controllo in anagrafe da adeguare	100%	RAGGIUNTO 100%
ATTIVAZIONE PIANO MIRATO MOCA	Fatto/Non Fatto	Conferma dell'attivazione da parte di ogni ATS tramite la trasmissione delle schede di autovalutazione.	FATTO
ANAGRAFE ATS DEGLI STABILIMENTI REGISTRATI/RICONOSCIUTI: Adeguamento all'allegato A della DGR 1842 del 05.02.2024	Fatto/Non Fatto	Conferma dell'adeguamento da parte di ogni ATS tramite il corretto caricamento dell'anagrafe nel nuovo Gestionale regionale SIAN.	FATTO

OBIETTIVI	INDICATORI	TARGET	RENDICONTAZIONE AL 31/12/2025
Vaccinazioni - Pol dose 4, coorte 2018	<u>Numeratore</u> : n° di vaccinati residenti e assistiti <u>Denominatore</u> : n° di residenti e assistiti	>=95%	QUASI RAGGIUNTO 94,20%
Vaccinazioni - Pol dose 5, coorte 2007	<u>Numeratore</u> : n° di vaccinati residenti e assistiti <u>Denominatore</u> : n° di residenti e assistiti	>=95% o comunque superiore di 5% assoluto rispetto all'anno precedente [Anno 2024= 88,54%]	(NON RAGGIUNTO) 88,04%
Vaccinazioni - Pol dose 5, coorte 2009	<u>Numeratore</u> : n° di vaccinati residenti e assistiti <u>Denominatore</u> : n° di residenti e assistiti	>=95% o comunque superiore di 5% assoluto rispetto all'anno precedente [Anno 2024= 89,94%]	(NON RAGGIUNTO) 89,70%
Vaccinazioni - Influenza target Operatori Sanitari	<u>Numeratore</u> : n° di vaccinati nel denominatore <u>Denominatore</u> : n° operatori sanitari secondo da FLUPPER	>=50% o comunque superiore di 5% assoluto rispetto all'anno precedente [Anno 2024= 29,0%]	RAGGIUNTO 41,90%
Vaccinazioni - DTP Donne in gravidanza	<u>Numeratore</u> : n° di vaccinati <u>Denominatore</u> : n° di residenti e assistiti da flusso CEDAP nati 2025	>= 70%	RAGGIUNTO 81,24%
Vaccinazioni - RSV coorte 2025	<u>Numeratore</u> : n° di vaccinati residenti e assistiti <u>Denominatore</u> : n° di residenti e assistiti	>= 80% [Campagna iniziata in data 01/10/2025]	RAGGIUNTO 86,57%
Medicina dello Sport - Acquisizione delle competenze in tema di gestione della medicina dello sport	Fatto/Non Fatto	Presenza di almeno 2 operatori per ATS che abbiano usufruito del corso.	FATTO
SICUREZZA CHIMICA - PIANO REACH	$\frac{(((\text{Numero di imprese controllate}/\text{numero imprese programmate}) + (\text{numero "controlli su prodotto"} \text{ effettuati}/\text{numero "controlli su prodotto"} \text{ programmati}))/2 \times 100) \times 0,7 + (\text{numero corsi formativi realizzati}/\text{numero corsi formativi programmati}) \times 100 \times 0,2 + (\text{numero eventi informativi realizzati}/\text{numero eventi informativi programmati}) \times 100 \times 0,1}{1}$	100%	RAGGIUNTO 100%

OBIETTIVI	INDICATORI	TARGET	RENDICONTAZIONE AL 31/12/2025
<p>Tutela della salute nell'uso delle piscine pubbliche o di uso pubblico. Vigilanza sugli impianti natatori. Prestazione: Campionamento e analisi delle acque delle piscine pubbliche o di uso pubblico.</p>	<p>Numeratore: numero delle piscine controllate Denominatore: numero delle piscine registrate nel portale Impre@ Denominatore calcolato sulle piscine effettivamente aperte (73 e non 86).</p>	<p>100%</p>	<p>(NON RAGGIUNTO) 97,30%</p>
<p>Tutela delle condizioni igieniche e di sicurezza degli edifici ad uso scolastico. Vigilanza sulle condizioni di salubrità e sicurezza degli edifici esistenti Prestazione: Attività di controllo</p>	<p>Numeratore: numero delle scuole controllate Denominatore: numero delle scuole registrate nel portale Impre@</p>	<p>10%</p>	<p>RAGGIUNTO 10%</p>
<p>Tutela delle condizioni igieniche e di sicurezza delle strutture destinate ad attività sanitaria. Vigilanza sulle condizioni di salubrità e sicurezza delle strutture sanitarie. Prestazione: Attività di controllo</p>	<p>Numeratore: numero delle strutture sanitarie controllate Denominatore: numero delle strutture sanitarie registrate nel portale Impre@</p>	<p>Strutture controllate 2025 ≥ Strutture controllate 2024 pari a 55 (mod. ex DGR 4938/2025)</p>	<p>Fatto (81>55)</p>
<p>PROMOZIONE SALUTE - Attuazione Protocollo ex DGR XI/6761 - XI/7499 (prevenzione dipendenze - disagio)</p>	<p>n. Tavolo/i intersettoriale/i previsto/i dalla DGR XI/6761 attivato/i (con protocollo formalizzato) in collaborazione con la/e Prefettura/e del territorio /n. Prefetture del territorio</p>	<p>100%</p>	<p>RAGGIUNTO 100% _Attivato da Prefettura il Tavolo e presentata bozza al Prefetto e al Tavolo. Parere favorevole. Integrazioni da parte della cabina di regia Bullismo e dell'UST sono pervenute in data 13/01/2026. Il protocollo è stato inviato alla firma del DG ATS e per l'acquisizione delle firme del Prefetto e del Dirigente UST.</p>

OBIETTIVI	INDICATORI	TARGET	RENDICONTAZIONE AL 31/12/2025
<p>PROMOZIONE SALUTE - Incremento della copertura dei n. plessi scolastici in cui si realizzano i Programmi preventivi regionali (LST Lombardia + Unplugged Lombardia + Pari) nel setting scolastico</p>	<p>n. plessi scolastici in cui sono attivi Programmi preventivi regionali (LST Lombardia + Unplugged Lombardia + Pari)/n. di plessi scolastici totali ATS MILANO – ATS INSUBRIA - Standard atteso - Incremento della copertura % del n. plessi in cui sono attivi i programmi : 5 % in più nel 2025 rispetto al 2024 ATS BERGAMO – ATS BRESCIA – ATS BRIANZA – ATS MONTAGNA – ATS PAVIA – ATS VALPADANA - Standard atteso - Incremento della copertura % del n. plessi in cui sono attivi i programmi : 2 % in più nel 2025 rispetto al 2024</p>	<p>>2%</p>	<p>RAGGIUNTO Plessi Attivi nel 2025= 144 Plessi Totali nel 2024= 136 Incremento= + 5,9%</p>
<p>Implementazione screening nutrizionale.</p>	<p>Fatto/Non Fatto</p>	<p>Almeno una site visit per ogni struttura risultata non pienamente adempiente durante i controlli condotti nel 2024 (mod. ex DGR 4938/2025)</p>	<p>FATTO</p>
<p>Attuazione PNRR con riferimento a tutti gli interventi rientranti nella Missione 6 – Salute: PNRR, MISSIONE 6 COMPONENTE 2 SUB INVESTIMENTO 2.2. B – SVILUPPO DELLE COMPETENZE TECNICHE PROFESSIONALI, DIGITALI E MANAGERIALI DEL PERSONALE DEL SISTEMA SANITARIO – CORSO DI FORMAZIONE IN INFEZIONI OSPEDALIERE. Raggiungimento del target al 100% degli operatori formati sui moduli A+B+C entro il 31/12/2025.</p>	<p><u>Numeratore:</u> Numero operatori formati sui moduli A+B+ C. <u>Denominatore:</u> Target aziendale previsto.</p>	<p>100% entro il 31 dicembre 2025</p>	<p>RAGGIUNTO 193/163 (>100%)</p>

OBIETTIVI	INDICATORI	TARGET	RENDICONTAZIONE AL 31/12/2025
AUDIT PANFLU: effettuare almeno un audit durante l'anno solare 2025 per tutte le ATS/ASST/IRCCS	Numero audit effettuato	Compilazione portale SASHA area audit	RAGGIUNTO Auditare tutte e tre le ASST, evidenza caricata su portale SASHA
Compilazione sul portale SASHA delle azioni del Piano Epidemico 25/26	Numeratore: Numero azioni compilate entro la scadenza del piano Epidemico Denominatore: Numero azioni del Piano Epidemico inserite su SASHA	Compilazione portale SASHA	RAGGIUNTO Compilate tutte le azioni del piano epidemico relative a fase di attivazione attuale (territoriale). Scadenza regionale per rendicontazione delle azioni 4.11
DENUNCE DI INFORTUNIO SUL LAVORO: Variazione dell'indice di frequenza delle denunce di infortunio sul lavoro tra l'anno di riferimento [2024] e l'anno precedente [2023].	1) Calcolo preliminare del tasso di frequenza per 1000 occupati delle denunce di infortunio sul lavoro: Numeratore: numero infortuni sul lavoro denunciati Denominatore: N° occupati/1.000 2) Calcolo della variazione percentuale rispetto all'anno precedente: Numeratore: N° denunce anno attuale Denominatore: N° denunce anno precedente	L'obiettivo si considera raggiunto qualora l'indicatore sopra descritto non dimostri un incremento percentuale rispetto all'anno precedente (un incremento non statisticamente significativo non è considerato un incremento). Si precisa che la mancanza di una soglia obiettivo è coerente con l'intenzione di valutare la capacità del sistema delle ASL di intervenire o indirizzare l'andamento di un fenomeno complesso, quale quello infortunistico, in larga misura causato da fattori esterni alle possibilità di intervento delle ASL. Inoltre, tale considerazione è coerente con il quadro strategico dell'Unione Europea in materia di salute e sicurezza sul lavoro 2014-2020, all'interno del quale non si quantifica la riduzione attesa del tasso di incidenza degli infortuni, diversamente dalla precedente strategia comunitaria 2007-2012 (dove era prevista esplicitamente una riduzione degli infortuni pari al 25% nell'intero periodo di riferimento).	RAGGIUNTO Tasso 2024 / Tasso 2023= - 0,05%

OBIETTIVI	INDICATORI	TARGET	RENDICONTAZIONE AL 31/12/2025
<p>INFORTUNI SUL LAVORO RICONOSCIUTI: Variazione dell'indice di frequenza di infortunio sul lavoro riconosciuti tra l'anno di riferimento [2024] e l'anno precedente [2023].</p>	<p>1) Calcolo preliminare del tasso di frequenza per 1000 occupati degli infortuni sul lavoro riconosciuti: Numeratore: numero infortuni sul lavoro riconosciuti Denominatore: numero lavoratori occupati/1.000</p> <p>2) Calcolo della variazione percentuale rispetto all'anno precedente: Numeratore: n° riconoscimenti anno attuale Denominatore: n° riconoscimenti anno precedente</p>	<p>L'obiettivo si considera raggiunto qualora l'indicatore sopra descritto non dimostri un incremento percentuale rispetto all'anno precedente (un incremento non statisticamente significativo non è considerato un incremento).</p> <p>Si precisa che la mancanza di una soglia obiettivo è coerente con l'intenzione di valutare la capacità del sistema delle ASL di intervenire o indirizzare l'andamento di un fenomeno complesso, quale quello infortunistico, in larga misura causato da fattori esterni alle possibilità di intervento delle ASL. Inoltre, tale considerazione è coerente con il quadro strategico dell'Unione Europea in materia di salute e sicurezza sul lavoro 2014-2020, all'interno del quale non si quantifica la riduzione attesa del tasso di incidenza degli infortuni, diversamente dalla precedente strategia comunitaria 2007-2012 (dove era prevista esplicitamente una riduzione degli infortuni pari al 25% nell'intero periodo di riferimento).</p>	<p>RAGGIUNTO Tasso 2024 / Tasso 2023= - 0,01%</p>
<p>MIGLIORAMENTO QUALITA' PRESTAZIONI: Laboratori di simulazione, formazione Partecipazione formazione per formatori (acquisizione di competenza percorsi e scenari di simulazione e nella conduzione della riflessione critica post-evento [feedback e/o debriefing])</p>	<p>Fatto/Non Fatto</p>	<p>Almeno due operatori per ATS</p>	<p>FATTO</p>

OBIETTIVI	INDICATORI	TARGET	RENDICONTAZIONE AL 31/12/2025
Utilizzo del sistema HERM LOMB - sezione audit	Fatto/Non Fatto	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)	FATTO <i>(Audit su Gestione Parco Auto)</i>

OBIETTIVI AZIENDALI

Adempimenti obbligatori per tutte le articolazioni organizzative

Il documento degli obiettivi correlati alla produttività individuale prevede che tutte le articolazioni organizzative partecipino, per la parte di competenza, anche al raggiungimento degli obiettivi non esplicitamente descritti e assegnati.

Nello specifico, sono richiesti a tutte le articolazioni organizzative:

1. il rispetto della tempistica e delle modalità richieste per la trasmissione dei Flussi di competenza verso Regione Lombardia e/o altri Enti Istituzionali;
2. il rispetto delle scadenze relative all'assolvimento del debito informativo previsto dal Piano per la Prevenzione delle Corruzione e Piano Triennale della Trasparenza, sia per quanto riguarda le pubblicazioni su "Amministrazione Trasparente", sia per gli adempimenti di cui alla Legge 190/2012;
3. garantire l'operatività e l'efficienza della struttura assegnata fornendo opportuni report informativi su richiesta della Direzione strategica.

Gli adempimenti di cui ai punti n. 1, 2 e 3 sono considerati obiettivi strategici. In fase di valutazione hanno concorso alla definizione del punteggio, secondo modalità concordate con le organizzazioni sindacali.

Va precisato che nel Documento di Budget relativo all'anno 2025, sono presenti anche schede di Struttura contenenti obiettivi "meramente aziendali" stabiliti da ATS, che si ritrovano esitati nelle Schede di Struttura esposte a seguire nel presente documento.

3.2.3 Obiettivi Strategici 2025 dell'ATS di Bergamo indicati nel PIAO 2025-2027

Obiettivo	Responsabilità	Risultato atteso	Indicatore	Rendicontazione al 31.12.25
1. Attuazione della legge regionale del Sistema Sociosanitario Lombardo rendendo il POAS aderente	Tutte le articolazioni coinvolte	Consolidare il ruolo e mission dell'ATS nel perimetro della I.r. SSR, anche in ottica di completamento e/o ridefinizione del POAS vigente per tempo o di eventuali revisioni legislative (assolvimento degli adempimenti richiesti)	Fatto/Non fatto	2025: FATTO <i>Definiti i regolamenti dei Dipartimenti interaziendali presenti nel POAS vigente</i> <i>In relazione al POAS vigente si è perseguita la copertura delle Strutture vacanti bandendole</i> <i>L'OS1 si integra anche con l'OS9 successivo, a cui si rimand</i>

Obiettivo	Responsabilità	Risultato atteso	Indicatore	Rendicontazione al 31.12.25
<p>2. Consolidare e migliorare la Qualità dei servizi</p>	<p>Tutte le articolazioni rientranti nella certificazione ISO</p>	<p>Garantire costantemente il mantenimento/aggiornamento delle procedure ISO S001:2015 di Sistema per la governance dei processi aziendali da parte di ciascun Responsabile di servizio, secondo la propria competenza.</p> <p>Condivisione delle procedure anche con gli altri attori del SSR in ottica di governance</p> <p>Attuazione del 100% del Piano controlli interni in ambito Qualità e superamento dei momenti di controllo dell'Ente certificatore</p> <p>Proceduralizzazione delle attività garantendo standard richiesti da norme cogenti</p>	<p>Fatto/Non fatto</p> <p>N° Controlli interni effettuati/N° controlli interni programmati</p> <p>Mantenimento della certificazione ISO S001:2015</p>	<p>2025: FATTO</p> <p>Rispetto al consolidamento e miglioramento della qualità dei servizi tutte le articolazioni organizzative hanno garantito il mantenimento/aggiornamento delle procedure. Dati di revisione documentazione effettuate desumibili da piattaforma SGQ: - n. 315 processi mappati; - n. 41 procedure generali (aggiornate nel 2025 n.6 PG) - n. 228 procedure operative (aggiornate nel 2025 n.42 PO) - n. 54 procedure PAC (nessuna procedura PAC Aggiornata nel 2025) - n. 257 istruzioni operative (Aggiornate nel 2025 n.42 IO) - n. 1.228 moduli (Aggiornati nel 2025 n. 203 Modelli)</p> <p>- Realizzato l'intero Piano Audit dei controlli programmati in ambito qualità; per la precisione sono stati realizzati n.22 interventi su n.21 programmati</p> <p>(100%)</p>

Obiettivo	Responsabilità	Risultato atteso	Indicatore	Rendicontazione al 31.12.25
<p>3. Governo dei Sistemi Informativi</p>	<p>Tutte le articolazioni interessate con il supporto del SIA</p>	<p>Raggiungimento degli obiettivi in relazione al PTTD vigente per tempo, valorizzando la digitalizzazione della Sanità.</p>	<p>Azioni realizzate del PTTD/ Azioni previste nel PTTD</p>	<p>2025: FATTO</p> <p>Realizzate le Azioni previste, si è provveduto ad aggiornare il PTTD.</p> <p>-Introdotta il Gestore documentale Archiflow di processo per delibere, determine e protocollo</p>
<p>4. Migliorare l'accesso degli stakeholder alle informazioni previste in tema di trasparenza</p>	<p>Tutte le articolazioni coinvolte</p>	<p>Realizzazione adempimenti sezione Trasparenza del Piano Triennale per la Prevenzione alla Corruzione nonché del sito web istituzionale in ottica sia di accessibilità da parte degli stakeholder che di interoperabilità tra Sistemi</p>	<p>Azioni realizzate del PTPC/ Azioni previste nel PTPC</p> <p>-Aggiornamento sito istituzionale- Fatto/Non fatto</p>	<p>2025: FATTO</p> <p>Rafforzamento del Sistema di Controllo Interno, attraverso una maggiore integrazione tra le funzioni e le strutture preposte nell'operatività del CCCI, in cui sono condivisi i Piani di Audit da attuare</p> <p>-Erogazione corso Codice di comportamento e corso PIAO a favore dei dipendenti con somministrazione survey che ha esitato risultati migliorati di conoscenza su argomenti Anticorruzione</p> <p>-Aggiornate continue pagine sito web anche con verifica degli obblighi di attestazione NVP</p>
<p>5. Migliorare l'accessibilità del cittadino ai servizi di ATS Bergamo attraverso il Servizio Comunicazione</p>	<p>Tutte le articolazioni interessate sotto la governance della SS Area Comunicazione e Relazioni Esterne</p>	<p>Fornire agli utenti le informazioni relativamente alle attività dell' ATS di Bergamo e sugli eventi attraverso tutti i canali telematici (compresi i canali social), promuovendo temi contingenti di rilevanza e strategici</p>	<p>Fatto/Non fatto</p>	<p>2025: FATTO</p> <p>Realizzato il Piano di comunicazione 2025. Gli eventi e le attività sono stati diffusi attraverso campagne ad hoc anche sui canali social.</p>

Obiettivo	Responsabilità	Risultato atteso	Indicatore	Rendicontazione al 31.12.25
6. Dare esecuzione al Piano Sociosanitario vigente per tempo	Direzione Sociosanitaria (DSS) e DPIPSSS	Realizzare le progettualità assegnate da Regione Lombardia nell'ambito del PSSR 2024-2028	Rispetto del 100% dei target definiti da R.L.	2025:100% Le progettualità assegnate nel PSSR sono state realizzate
7. Gestire la governance dei servizi con le ASST in tema di prevenzione e sicurezza sanitaria	Direzione Sanitaria e altre articolazioni interessate	Definire momenti di raccordo con i Dipartimenti funzionali di prevenzione e delle Cure Primarie delle ASST per garantire una gestione efficace ed efficiente sul territorio	Incontri di raccordo e di governo ≥4	2025: >n.4 Sono stati realizzati gli incontri di raccordo previsti secondo il target indicato
8. Piano dei controlli e di miglioramento	Tutte le articolazioni interessate	Attuazione di tutte le Azioni previste nei Piani annuali di controllo dei Dipartimenti gestionali di ATS, anche in ottica compartecipata e integrata di programmazione	Fatto/Non fatto	2025: FATTO Tutte le attività previste nel PAP per il 2025 sono state realizzate Si rimanda all'esposizione più dettagliata a seguire, che è contenuta nel documento. Le regole interne sono diffuse in occasione dei momenti di accoglienza dei nuovi ingressi, e rimangono visibili negli applicativi intranet di ATS per consultazione. In occasione di cambiamenti dovuti a normative impattanti le Strutture competente organizzano sezioni formative ad hoc gestite dal RPCT. Tutti i Piani di controllo dei Dipartimenti, che erano stati programmatici, sono stati realizzati

Obiettivo	Responsabilità	Risultato atteso	Indicatore	Rendicontazione al 31.12.25
<p>9. Attuazione di specifici Progetti strategici o attività di miglioramento</p>	<p>Tutte le articolazioni interessate</p>	<p>Realizzazione di specifici progetti ritenuti strategici o anche di attività rientranti comunque nel miglioramento continuo di Sistema, comprendedovi anche tutte le attività di governance dell'ATS</p>	<p>Fatto/Non fatto</p>	<p>2025: FATTO</p> <p>Partecipazione di ATS in diversi GdL e di GdM, in particolare si cita: Scelta & Revoca con le ASST territoriali, il coordinamento dei Dipartimenti interaziendali DMTE Dipartimento interaziendale Medicina Trasfusionale ed Ematologia , DIPO Dipartimento interaziendale Oncologico e DICP/DCPA Dipartimento interaziendale Cure Palliative ed avvio delle attività finalizzate all'attivazione del DRB (Dipartimento Riabilitazione)</p> <p>Attivazione Progetto JA CIRCE per presa in carico malati Parkinson in Progetto pilota, con somministrazione survey a personale sanitario e pazienti arruolati</p> <p>Analisi e realizzazione di report finalizzati all'individuazione dei profili professionali vacanti nelle singole ASST (realizzazione e analisi di un report ogni trimestre) coinvolgendo per Bergamo ASST-ATS-DGW e KPMG</p> <p>Partecipazione ai vari incontri programmati da DG Welfare sui Progetti di Sanità Digitale avviati</p>

Obiettivo	Responsabilità	Risultato atteso	Indicatore	Rendicontazione al 31.12.25
<p>10. Nuovo Sistema di Garanzia (NSG): allineamento ad indicatori di qualità e performance per erogare assistenza ai cittadini secondo normative vigente ex DGR XII/4434 del 26.05.25 e Decreto DGW n.8610 del 18.06.25</p>	<p>Tutte le articolazioni interessate</p>	<p>Governance volta al:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Rispetto dei target previsti per area ospedaliera -Rispetto dei target previsti per area distrettuale -Rispetto dei target previsti per area prevenzione 	<p>Fatto/Non fatto</p> <p>(riferito ad indicatori specifici individuati dal Decreto DGW n.8610 del 18.06.25 ed eventuali note successive di RL)</p>	<p>2025: PARZIALMENTE RAGGIUNTI</p> <p>Si rimanda alle singole schede di Struttura a seguire ed agli Obiettivi Strategici in formato tabellare</p>
<p>11. Tempi di attesa secondo quanto previsto PRGLA per le prestazioni da erogare ex DGR XII/4434 del 26.05.25 e Decreto DGW n.8610 del 18.06.25</p>	<p>Tutte le articolazioni interessate</p>	<p>Governance per:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Abbattimento Liste d'attesa ambulatoriale e ricoveri nel rispetto dei tempi previsti per classi di priorità -Corretto utilizzo degli strumenti (Ricetta dematerializzata, Rete Regionale di Prenotazione) per favorire abbattimento Liste d'Attesa 	<p>Fatto/Non fatto</p> <p>(riferito ad indicatori specifici individuati dal Decreto DGW n.8610 del 18.06.25 ed eventuali note successive di RL)</p>	<p>2025: PARZIALMENTE RAGGIUNTI</p> <p>Si rimanda alle singole schede di Struttura a seguire ed agli Obiettivi Strategici in formato tabellare</p>
<p>12. Raggiungimento dei requisiti organizzativi ed assistenziali delle Reti ospedaliere per la presa in carico ex DGR XII/4434 del 26.05.25</p>	<p>Tutte le articolazioni interessate</p>	<p>Governance per:</p> <p>Rispetto dei target definiti per le reti Stroke, Neuroscienze, Tumore del pancreas, Centri di senologia, favorendo le collaborazioni intraaziendali</p>	<p>Fatto/Non fatto</p> <p>(riferito ad indicatori specifici individuati dal Decreto DGW n.8610 del 18.06.25 ed eventuali note successive di RL)</p>	<p>2025: PARZIALMENTE RAGGIUNTI</p> <p>Si rimanda alle singole schede di Struttura a seguire ed agli Obiettivi Strategici in formato tabellare</p>
<p>13. Miglioramento performance del Pronto Soccorso ex DGR XII/4434 del 26.05.25 e Decreto DGW n.8610 del 18.06.25</p>	<p>Tutte le articolazioni interessate</p>	<p>Attività di Governance per:</p> <p>Tempistiche di sbarellamento dell'abbandono del PS e garanzie tempistiche di visita dei codici arancioni</p>	<p>Fatto/Non fatto</p> <p>(riferito ad indicatori specifici individuati dal Decreto DGW n.8610 del 18.06.25 ed eventuali note successive di RL)</p>	<p>2025: NON RAGGIUNTI I TARGET PREVISTI ma attivate Azioni di Miglioramento con PS</p> <p>Si rimanda alle singole schede di Struttura a seguire ed agli Obiettivi Strategici in formato tabellare</p>

Obiettivo	Responsabilità	Risultato atteso	Indicatore	Rendicontazione al 31.12.25
<p>14. Tempestiva alimentazione e potenziamento dei Flussi informativi per monitoraggio performance ex DGR XII/4434 del 26.05.25 e Decreto DGW n.8610 del 18.06.25</p>	<p>Tutte le articolazioni interessate</p>	<p>Governance ed attività per:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Incremento dell'accuratezza e coerenza delle informazioni trasmesse -Adeguamento a nuove specifiche -Aumento della tempestività di invio dei flussi 	<p>Fatto/Non fatto</p> <p>(riferito ad indicatori specifici individuati dal Decreto DGW n.8610 del 18.06.25 ed eventuali note successive di RL)</p>	<p>2025: RAGGIUNTI</p> <p>Si rimanda alle singole schede di Struttura a seguire ed agli Obiettivi Strategici in formato tabellare</p>
<p>15. Attivazione degli interventi per la Rete territoriale con rafforzamento interventi di cura e sviluppo di particolari percorsi per bisogni specifici dei pazienti ex DGR XII/4434 del 26.05.25 e Decreto DGW n.8610 del 18.06.25</p>	<p>Tutte le articolazioni interessate</p>	<p>Governance ed attività per:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Attivazione delle CdC e OdC ex DM77 e POR -Sviluppo di percorsi per pazienti cronici e fragili -Misure a sostegno della salute mentale 	<p>Fatto/Non fatto</p> <p>(riferito ad indicatori specifici individuati dal Decreto DGW n.8610 del 18.06.25 ed eventuali note successive di RL)</p>	<p>2025: RAGGIUNTI</p> <p>Si rimanda alle singole schede di Struttura a seguire ed agli Obiettivi Strategici in formato tabellare</p>
<p>16. Rafforzamento della Prevenzione collettiva e sanità pubblica ex DGR XII/4434 del 26.05.25 e Decreto DGW n.8610 del 18.06.25</p>	<p>Tutte le articolazioni interessate</p>	<p>Miglioramento degli esiti delle campagne di vaccinazione e screening, sensibilizzazione prevenire l'insorgere di dipendenze (sostanze, alcool e gioco d'azzardo) in particolare nei giovani.</p> <p>Promozione di azioni per ridurre gli infortuni sul lavoro</p>	<p>Fatto/Non fatto</p> <p>(riferito ad indicatori specifici individuati dal Decreto DGW n.8610 del 18.06.25 ed eventuali note successive di RL)</p>	<p>2025: QUASI RAGGIUNTI TUTTI GLI OBIETTIVI</p> <p>Si rimanda alle singole schede di Struttura a seguire ed agli Obiettivi Strategici e obiettivi minimi di prevenzione in formato tabellare a seguire ed agli Obiettivi minimi di prevenzione</p>

<p>17. Spesa Farmaceutica e Dispositivi vigilanza ex DGR XII/4434 del 26.05.25 e Decreto DGW n.8610 del 18.06.25</p>	<p>SC SFT</p>	<p>Potenziamento della dispositivo-vigilanza e del controllo della spesa farmaceutica su specifiche prescrizioni</p>	<p>Fatto/Non fatto (riferito ad indicatori specifici individuati dal Decreto DGW n.8610 del 18.06.25 ed eventuali note successive di RL)</p>	<p>2025: RAGGIUNTI Si rimanda alle singole schede di Struttura a seguire ed agli Obiettivi Strategici in formato tabellare</p>
<p>18. Attuazione investimenti con fondi PNRR -PNC e POR per Edilizia sanitaria comprendendo interventi anche del Piano di Riordino Rete ospedaliera di cui al D.L. 34/2020 ex DGR XII/4434 del 26.05.25</p>	<p>SC GTP</p>	<p>Governance: -Raggiungimento del target stabilito dallo stato di avanzamento lavori, con trasmissione dati in portale Boolebox</p>	<p>Fatto/Non fatto (indicatori specifici ulteriori con note successive di RL)</p>	<p>2025: RAGGIUNTI Si rimanda alle singole schede di Struttura a seguire ed agli Obiettivi Strategici in formato tabellare</p>
<p>19.Utilizzo della Telemedicina per la presa in carico dei pazienti ex DGR XII/4434 del 26.05.25 e Decreto DGW n.8610 del 18.06.25</p>	<p>Tutte le articolazioni interessate</p>	<p>Governance -Adozione della Televisita e del Telemonitoraggio per i cronici -Favorire il teleconsulto tra MAP/PLS e specialisti</p>	<p>Fatto/Non fatto (riferito ad indicatori specifici individuati dal Decreto DGW n.8610 del 18.06.25 ed eventuali note successive di RL)</p>	<p>2025: RAGGIUNTI Si rimanda alle singole schede di Struttura a seguire ed agli Obiettivi Strategici in formato tabellare</p>
<p>20. Rafforzamento interventi Veterinaria ex DGR XII/4434 del 26.05.25 e Decreto DGW n.8610 del 18.06.25</p>	<p>Dipartimento Veterinario (DV)</p>	<p>Iniziative personalizzate di monitoraggio/formazione/definizione linee guida per ciascuna ATS in funzione delle necessità e peculiarità territoriali di riferimento per la sicurezza animale ed alimentare</p>	<p>Fatto/Non fatto (riferito ad indicatori specifici individuati dal Decreto DGW n.8610 del 18.06.25 ed eventuali note successive di RL)</p>	<p>2025: RAGGIUNTI Si rimanda alle singole schede di Struttura a seguire ed agli Obiettivi Strategici in formato tabellare</p>

3.2.4 Obiettivi Operativi 2025 dell'ATS di Bergamo indicati nel PIAO 2025-2027

Obiettivo	Responsabilità	Risultato atteso	Indicatore	Risultato al 31.12.25
<p>1. Effettuare i pagamenti nei tempi di legge, applicando la disciplina prevista all'art.4 bis nel DL 13/2023 convertito dalla legge 21 aprile 2023, n. 41 e dal comma 865 dell'art.1 della L.145 del 30.12.2018</p> <p><i>(rif. Ob.Strat. 8)</i></p>	<p>Tutte le articolazioni organizzative interessate</p>	<p>Legare il 30% del risultato prestazionale di dirigenti e responsabili al rispetto dei tempi medi di pagamento ex lege, riportandolo nel Sistema di valutazione</p>	<p>Fatto/Non fatto</p>	<p>Parzialmente Fatto</p> <p><i>(Tempi medi di pagamento rispettati come da ITP annuale, in corso revisione scheda di valutazione dirig.le)</i></p>
<p>2. Rispetto del Codice di Comportamento e corretto esercizio della vigilanza sulla sua osservanza e suo aggiornamento continuo</p> <p><i>(rif. Ob.Strat. 8)</i></p>	<p>UPD ed RPCT e DG e DAMM</p>	<p>Diffusione e conoscenza del codice di comportamento ed organizzazione aziendale</p>	<p>Fatto/Non fatto</p> <p>N. eventi/anno per la diffusione e la conoscenza del Codice di Comportamento=n.1 evento</p>	<p>Fatto</p> <p>Almeno n.1 evento erogato</p> <p><i>(Vedere approfond. scheda RPCT)</i></p>
<p>3. Aggiornamento ed esecuzione del Piano di comunicazione</p> <p><i>(rif. Ob. Strat.5)</i></p>	<p>SS Area comunicazione e relazioni esterne</p>	<p>Approvazione con deliberazione del Piano di comunicazione dell' ATS di Bergamo</p>	<p>Fatto/Non fatto</p>	<p>Fatto</p> <p><i>(Adottato con deliberazione n. 236 del 26.03.25)</i></p>
<p>4. Favorire i livelli adeguati di copertura del personale in coerenza con il Piano Triennale dei Fabbisogni del Personale vigente per tempo e POAS</p> <p><i>(rif. Ob. Strat. 1)</i></p>	<p>SC GSRU</p>	<p>Realizzazione del PTFP</p>	<p>N. procedure attivate/N. procedure autorizzate o richieste dalla Direzione strategica</p>	<p>100%</p>

Obiettivo	Responsabilità	Risultato atteso	Indicatore	Risultato al 31.12.25
<p>5. Consolidare il percorso di revisione adeguamento della mappatura dei processi e dell'analisi del rischio (rif. Ob. Strat. 9)</p>	IA, RQA, RPCT, CCCI	Definire uno schema di misurazione del rischio condiviso che contemperi tutte le sue misurazioni rispetto alle diverse finalità, in ottica olistica e coerente. Condividendo la programmazione e l'analisi degli esiti dei controlli interni	Fatto/Non fatto	<p>Non Fatto</p> <p>(Schema in Bozza non ancora definito ed in fase di studio da parte IA)</p>
<p>6. Attuazione controlli sulle strutture sanitarie in ambito ambulatoriale (rif. Ob. Strat.8)</p>	Dipartimento della Programmazione, Accredитamento, Acquisto delle Prestazioni Sanitarie e Sociosanitarie (DPAAPSS)	Rispetto del Piano aziendale controlli secondo il target definito da Regione Lombardia	(N° di controlli effettuati / N° di controlli definiti) X 100	100%
<p>7. Attuazione controlli sulle strutture sanitarie in ambito di ricovero e cura (rif. Ob. Strat.8)</p>	Dipartimento della Programmazione, Accredитamento, Acquisto delle Prestazioni Sanitarie e Sociosanitarie (DPAAPSS)	Rispetto del Piano aziendale controlli secondo il target definito da Regione Lombardia	(N° di controlli effettuati / N° di controlli definiti) X 100	100%
<p>8. Realizzazione piano controlli annuale sugli erogatori sanitari e sociosanitari per garantire l'appropriatezza (rif. Ob. Strat.8)</p>	Dipartimento della Programmazione, Accredитamento, Acquisto delle Prestazioni Sanitarie e Sociosanitarie (DPAAPSS)	Rispetto del Piano aziendale controlli secondo il target definito da Regione Lombardia	(N° di controlli effettuati / N° di controlli definiti) X 100	<p>100%</p> <p>(sulle prestazioni ambulatoriali raggiunto il 126%)</p>
<p>9. Realizzazione piano controlli annuale sugli erogatori sanitari/ sociosanitari/ socioassistenziali per garantire la vigilanza (rif. Ob. Strat.8)</p>	Dipartimento della Programmazione, Accredитamento, Acquisto delle Prestazioni Sanitarie e Sociosanitarie (DPAAPSS)	Rispetto del Piano aziendale controlli secondo il target definito da Regione Lombardia	<p>(N° di controlli effettuati su strutture sociosanitarie / N° di controlli definiti su strutture sociosanitarie) X 100</p> <p>(N° di controlli effettuati su strutture sanitarie / N° di controlli definiti su strutture sanitarie) X 100</p> <p>(N° di controlli effettuati su strutture socioassistenziali / N° di controlli definiti su strutture socioassistenziali) X 100</p>	<p>100%</p> <p>100%</p> <p>100%</p>

Obiettivo	Responsabilità	Risultato atteso	Indicatore	Risultato al 31.12.25
<p>10. Piano Integrato Locale di Promozione della Salute (PIL) (rif. Ob.Strat.16)</p>	<p>Dipartimento di Igiene e Prevenzione Sanitaria (DIPS)</p>	<p>Stesura e approvazione del PIL (Piano Integrato Locale) degli interventi di Promozione della Salute per il corrente anno, nel rispetto delle indicazioni regionali</p>	<p>Fatto/Non fatto</p>	<p>Fatto (Adottato con deliberazione n.117 del 18.02.25)</p>
<p>11. Piano Pandemico (rif. Ob. Strat.16)</p>	<p>Direzione Sanitaria e SSD Piano Pandemico</p>	<p>Attuazione delle attività previste dal Piano Pandemico per il corrente anno, nel rispetto delle indicazioni regionali</p>	<p>Fatto/Non fatto</p>	<p>Fatto (Effettuata esercitazione anche congiunta con ASST ed effettuato follow up attività precedente con compilazione Portale SASHA)</p>
<p>12. Piano Integrato dei Controlli (PIC) del DIPS (rif. Ob. Strat.8-16)</p>	<p>Dipartimento di Igiene e Prevenzione Sanitaria (DIPS)</p>	<p>Programmazione e Monitoraggio delle attività di controllo definite dal Piano Integrato dei Controlli (PIC) del DIPS per il corrente anno, nel rispetto delle indicazioni regionali</p>	<p>N. controlli complessivi effettuati e registrati nel Sistema Impres@ anno corrente > all'anno precedente</p>	<p>Fatto Controlli anno 2025 > 2024 (Effettuati n. 6.818 controlli- pari ad oltre il 100%)</p>
<p>13. Programmi organizzati di Screening Oncologici (rif. Ob. Strat. 16)</p>	<p>Dipartimento di Igiene e Prevenzione Sanitaria (DIPS)</p>	<p>Monitoraggio degli standard dei programmi organizzati di screening oncologici per il corrente anno, nel rispetto delle indicazioni regionali</p>	<p>Fatto/Non fatto</p>	<p>Fatto (Target pari a 61,90% per la cervice uterina PAP/HPV da raggiungere ≥50%; target mammella pari a 70,30% con target ≥60%; il target colon retto pari a 51,20% da raggiungere ≥50%)</p>

Obiettivo	Responsabilità	Risultato atteso	Indicatore	Risultato al 31.12.25
14. Realizzazione Piano controlli annuale in ambito di prevenzione veterinaria (rif. Ob. Strat.8)	Dipartimento Veterinario (DV)	Attuazione delle attività definite dal Piano controlli per il corrente anno, nel rispetto delle indicazioni regionali	(N° di controlli effettuati per attività Y/ N° di controlli definiti per attività Y) X 100	100% (Si rimanda alle schede di Struttura DVSAOA)
15. Realizzazione Piano controlli annuale in ambito farmaceutico (rif. Ob. Strat.8)	Servizio Farmaceutico Territoriale (SFT)	Attuazione delle attività definite dal Piano controlli per il corrente anno, nel rispetto delle indicazioni regionali su farmacie, parafarmacie e grossisti	(N° di controlli effettuati per attività Y/ N° di controlli definiti per attività Y) X 100	100% (Farmacie e dispensari programmati - n.167; depositari e grossisti programmati - n.2+3; parafarmacie programmate - n.16)
16. Digitalizzazione dei processi (rif. Ob. Strat.3 e 9)	SS SIA in collaborazione con tutti i Dipartimenti	Aggiornamento annuale del PTTD, sua adozione e realizzazione	Fatto/Non fatto	Fatto
17. Rilascio carta SISS virtuale per Enti Erogatori Privati Accreditati (EEPA) (rif. Ob.Strat.3)	SS SIA	Rilascio SISS virtuale	(N° carte SISS virtuali rilasciate/N° operatori EEPA in possesso di carta fisica SISS) X100	≥50% (98%)
18. Migrazione applicativi informatici (Software) di fornitori al Cloud ARIA S.p.A. come parte del PNRR (rif. Ob.Strat.3 e 9)	SS SIA in collaborazione con tutte le articolazioni	Migrazione su Cloud di Aria S.p.a.	(N° fornitori di applicativi migrati in CLOUD di Aria S.p.a./N° di fornitori di applicativi da migrare) X 100	≥40% (n.7 applicativi migrati)
19. Pagamenti (rif. Ob. Strat.2)	SC Bilancio Programmazione Finanziaria e Contabilità (BPFC)	Mantenimento delle performance positive dell'indicatore annuo di tempestività dei pagamenti (ITP)	Ritardo di pagamento ponderato annuo/Importi pagati nell'anno	< 60 giorni (ITP 2025: -39.83)

Obiettivo	Responsabilità	Risultato atteso	Indicatore	Risultato al 31.12.25
20.Pac Bilanci (rif. Ob. Strat. 1 e2)	Tutte le articolazioni coinvolte	Verifica e aggiornamento delle procedure adottate in relazione al contesto normativo e gestionale in continuo mutamento su richiesta di Regione Lombardia	(N° delle procedure PAC aggiornate/N° delle procedure PAC da aggiornare) X 100 (se richiesto)	100% (Nessuna richiesta di aggiornamento PAC proveniente da RL)
21.Regolamenti di Dipartimento (rif. Ob.Strat.1)	Tutti Dipartimenti	Verifica e aggiornamento continuo dei Regolamenti dipartimentali rispetto al POAS vigente o in relazione a sue modifiche	Fatto/Non fatto (se richiesto)	Fatto (Nessuna aggiornamento in quanto il POAS non è variato)
22.Lavoro agile (Ob. Strat. 1 e 9)	Tutte le articolazioni	In base al regolamento aziendale ed in ottemperanza alla norma di disciplina vigente, definire iniziative di Lavoro agile in relazione alle richieste dei dipendenti	n.dipendenti in lavoro agile 2025>n.dipendenti in lavoro agile 2024	Val 2025 > Val.2024 (92>49)
23.Attivazione delle CdC e OdC (Ob. Strat. 15)	Staff Direzione generale in collaborazione con Articolazioni sanitarie e sociosanitarie	Monitoraggio del rispetto del cornoprogramma di attuazione delle CdC e OdC	(N° Strutture attivate nell'anno/N° Strutture programmate nell'anno) X 100	100% (Conclusione nel 2026)
24.Piano Formativo Aziendale (PFA) (Ob. Strat.9)	SS Area Comunicazione e Relazioni esterne	Realizzazione degli eventi formativi programmati nel PFA2025	(N° di Eventi realizzati del PFA2025/N° di Eventi programmati nel PFA2025) X 100	≥50% (71%)
25.Formazione Syllabus (Ob. Strat. 3, 9)	SS Area Comunicazione e Relazioni esterne	Formazione in Syllabus (Monitoraggio)	Fatto/Non fatto	Fatto
26. Assolvimento degli obblighi previsti dal D.lg.33/13 in ambito di Anticorruzione e Trasparenza (Ob. Strat. 4 e 9)	Tutte le articolazioni	Adempiere agli obblighi inerenti alla trasparenza secondo quanto previsto dal PIAO vigente per tempo	Fatto/Non fatto	Fatto (Assolvimento della griglia degli obblighi ANAC, come da monitoraggio pubblicato su AT)

Obiettivo	Responsabilità	Risultato atteso	Indicatore	Risultato al 31.12.25
<p>27. Allineamento progressivo alla Direttiva sulla formazione emanata dal Dipartimento Funzione Pubblica (Ob. Strat. 9)</p>	<p>Tutte le articolazioni</p>	<p>Allineamento progressivo della formazione dedicata al personale di ATS secondo quanto prevede la Direttiva Zangrillo del 14.01.25</p>	<p>Fatto/Non fatto</p>	<p>Fatto <i>(Recepito nel 2025 a tendere l'obbligo formative in capo ai dipendenti). Nel 2026 a regime formazione di almeno n.24 annue come da CCNL vigente in ossequio a normative)</i></p>
<p>28. Esecuzione degli indirizzi di programmazione regionali 2025 ex DGR XII/3720 del 30.12.24-DGR XII/4434 del 26.05.25 e Decreto DGW n.8610 del 18.06.25 (Ob. Strat.9)</p>	<p>Tutte le articolazioni interessate</p>	<p>Adempiere a quanto indicato nelle Linee di indirizzo regionali per modalità e tempi di realizzazione</p>	<p>Fatto/Non fatto <i>(comprese eventuali note successive di RL)</i></p>	<p>Fatto <i>(Assolvimento delle Azioni di Sistema 2025 come da report di monitoraggio periodico e definitive al 31.12.25 risultano su n.299 Azioni previste solo n.8 non raggiunte, 14 in corso di conclusione per tempistica definita da RL e n. 277 concluse)</i></p>
<p>29. Rispetto delle Linee di indirizzo dell'Osservatorio nazionale delle Liste d'Attesa ex DGR XII/4434 del 26.05.25 e Decreto DGW n.8610 del 18.06.25 (Ob. Strat.11)</p>	<p>Tutte le articolazioni interessate</p>	<p>Effettuare la governance per il rispetto delle Linee di indirizzo dell'Osservatorio nazionale delle Liste d'Attesa secondo le direttive regionali</p>	<p>Fatto/Non fatto</p>	<p>Fatto <i>(Obiettivo realizzato in Integrazione con OS11)</i></p>
<p>30. Raggiungimento degli obiettivi minimi di prevenzione ex DGR XII/4434 del 26.05.25 e Decreto DGW n.8610 del 18.06.25 (Ob. Strat. 16)</p>	<p>Tutte le articolazioni interessate</p>	<p>Rispetto dei target minimi indicati da Regione Lombardia per ATS nei suoi atti di emanazione</p>	<p>Fatto/Non fatto <i>(riferito ad indicatori specifici individuati dal Decreto DGW n.8610 del 18.06.25 ed eventuali note successive di RL)</i></p>	<p>QUASI TUTTI RAGGIUNTI <i>(Si rimanda a sezione specifica a seguire)</i></p>

Obiettivo	Responsabilità	Risultato atteso	Indicatore	Risultato al 31.12.25
31. Bilancio di Esercizio e CET ex DGR XII/4434 del 26.05.25 e Decreto DGW n.8610 del 18.06.25 (Ob. Strat.8)	SC BPFC e CdG	Rispetto dei tempi e delle modalità indicati da Regione Lombardia	Fatto/Non fatto (comprese eventuali note successive di RL)	Fatto (Effettuati tutti i CET previsti e richiesti nella tempistica definita da RL)

Obiettivi 2025 delle Strutture dell'ATS di Bergamo del Documento di Budget

DIREZIONE	STRUTTURA	CODICE SCHEDA
DIREZIONE GENERALE	SEGRETERIA STRATEGICA	210001
	STAFF	210010
	SERVIZIO PREVENZIONE PROTEZIONE (SPP)	201401
	S.S. MANAGEMENT DI PROGETTI INNOVATIVI STRATEGICI E INDIRIZZI DIPARTIMENTALI INTERAZIENDALI	202001
		202002
INTERNAL AUDITING (IA)	210002	

DIREZIONE	STRUTTURA	CODICE SCHEDA
DIREZIONE GENERALE	S.S. AREA COMUNICAZIONE E RELAZIONI ESTERNE (Ufficio Comunicazione e Ufficio Formazione)	241001
		241002
	RPCT	210011
	S.C. SERVIZIO EPIDEMIOLOGICO AZIENDALE (SEA)	210012
	S.S. SISTEMI INFORMATIVI AZIENDALI (SIA)	201901
		201902
		201903

DIREZIONE	STRUTTURA	CODICE SCHEDA
DIREZIONE GENERALE	RISK MANAGEMENT	210003
		210004
		210005
		210006
		210007
		210008
		210009
	DIPARTIMENTO PAAPSS	091901
		091902
		091903
		091904
		091905
		091906
		091907

DIREZIONE	STRUTTURA	CODICE SCHEDA
DIREZIONE GENERALE	DIPARTIMENTO PAAPSS	091908
		091909
		091910
		091911
		091912

DIREZIONE	STRUTTURA	CODICE SCHEDA
DIREZIONE SANITARIA	STAFF	030001
		013101
	DIPS	013102
		013103
		013104
		013105
		013106

DIREZIONE	STRUTTURA	CODICE SCHEDA
DIREZIONE SANITARIA	S.C. SERVIZIO FARMACEUTICO TERRITORIALE (SFT)	032401
		032402
		032403
		032404
		032405
		032406
		032407
		032408
	DVSAOA	013301
		013302
		013303
		013304
		013305
		013306
		013307
		013308

DIREZIONE	STRUTTURA	CODICE SCHEDA
DIREZIONE SOCIOSANITARIA	STAFF	050001
	DIPARTIMENTO PIPSSS	057001
		057002
		057003
		057004
		057005
		057006

DIREZIONE	STRUTTURA	CODICE SCHEDA
<p style="text-align: center;">DIREZIONE SOCIOSANITARIA</p>	<p style="text-align: center;">DIPARTIMENTO PIPSSS</p>	057007
		057008
		057009
		057010
		057011

DIREZIONE	STRUTTURA	CODICE SCHEDA
DIREZIONE AMMINISTRATIVA	STAFF	060001
		060002
		060003
		060004
	S.C. AFFARI GENERALI E LEGALI (AGL)	061001
		061002
		061003
		061004
		061005
		061006

DIREZIONE	STRUTTURA	CODICE SCHEDA
DIREZIONE AMMINISTRATIVA	S.C. BILANCIO PROGRAMMAZIONE FINANZIARIA E CONTABILITA' (BPFC)	061101
		061102
		061103
		061104
		061105
		061106
		061107
	S.C. GESTIONE E SVILUPPO DELLE RISORSE UMANE (GSRU)	061201
		061202
		061203
		061204
		061205
		061206
		061207
		061208
		061209
	S.C. GESTIONE TECNICO- PATRIMONIALE (GTP)	061401
		061402
		061403
		061404
		061405
		061406
		061407
		061408

DIREZIONE GENERALE

CDR I LIVELLO	DIREZIONE GENERALE
CDR II LIVELLO	SEGRETERIA STRATEGICA

CODICE

INDIRIZZO DI BUDGET REGIONALE/AZIENDALE

210001	<p><i>D.G.R. XII/3720 del 30/12/2024, recante ad oggetto "Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione del SSR per l'anno 2025 – (di concerto con il vicepresidente Alparone e gli Assessori Lucchini e Fermi)" e ss.mm.ii.</i></p> <p>Obiettivo aziendale</p>
---------------	--

Correlato a **OBIETTIVO STRATEGICO (OS) o OPERATIVO (OO)**

PIAO 2025-2027 (All.7)

OS1	<i>OS1: Attuazione della l.r. del SSL rendendo il POAS aderente</i>
OS2	<i>OS2: Consolidare e migliorare la Qualità dei servizi</i>

Azione concreta di contribuzione alla realizzazione dell'indirizzo strategico ed operativo

OBIETTIVO DELL'AZIONE CONCRETA

1. **Organizzazione della segreteria della Direzione Strategica con turni di presenza degli operatori dedicati, alternando la loro disponibilità attraverso l'interscambiabilità degli stessi**
2. **Evasione dei debiti informativi verso l'esterno e verso l'interno nel rispetto delle scadenze previste dal committente regionale o da quello interno**
3. **Programmazione e gestione dell'agenda elettronica dei singoli Direttori al fine di migliorare le sinergie della Direzione Strategica**

PARAMETRO DI MISURAZIONE (Indicatore), TARGET ATTESO DELL'OBIETTIVO e TEMPO di sua realizzazione

1. **Indicatore:** Grado di copertura della segreteria della Direzione Strategica nella fascia 8.30-18.00
 - **Target:**100% di copertura
 - **Tempo di realizzazione:** nel corso del 2025
2. **Indicatore:** Grado di evasione delle comunicazioni in entrata/uscita nel rispetto della tempistica indicata o delle scadenze programmate
 - **Target:** evasione del 100% delle comunicazioni ricevute e/o da inviare
 - **Tempo di realizzazione:** nel corso del 2025
3. **Indicatore:** Grado di copertura efficace ed efficiente, in ottica condivisa, degli impegni istituzionali ed interni dei Direttori strategici
 - **Target:** 100% degli impegni direttoriali coperti
 - **Tempo di realizzazione:** nel corso del 2025

PUNTI DI CONTROLLO DELL'OBIETTIVO da rendicontare

30 SETTEMBRE 2025	31 DICEMBRE 2025
--------------------------	-------------------------

Obiettivo condiviso con altre articolazioni di ATS? (barrare opzione) SI' X NO

se barrato "SI" indicare a seguire:

Obiettivo N°2 in collaborazione con Staff DG (Scheda codice 210010 ob.1)

Codice scheda	Rendicontazione al 30/09/2025	Rendicontazione al 31/12/2025
210001	<p>1) Organizzazione della segreteria della Direzione Strategica con turni di presenza degli operatori dedicati, alternando la loro disponibilità attraverso l'interscambiabilità degli stessi: assicurata la copertura delle segreterie nelle fasce orarie 9-18</p> <p>2) Evasione dei debiti informativi verso l'esterno e verso l'interno nel rispetto delle scadenze previste dal committente regionale o da quello interno: evasione dei debiti informative al 100%</p> <p>3) Programmazione e gestione dell'agenda elettronica dei singoli Direttori al fine di migliorare le sinergie della Direzione Strategica: gestione agende garantita al 100%</p>	<p>Si rimanda a quanto documentato per i punti 1-2-3 al 30/09/2025. Gli obiettivi dono stati raggiunti al 100%</p>

CDR I LIVELLO	DIREZIONE GENERALE
CDR II LIVELLO	STAFF

CODICE

INDIRIZZO DI BUDGET REGIONALE/AZIENDALE

210010	<p>D.G.R. XII/3720 del 30/12/2024, recante ad oggetto "Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione del SSR per l'anno 2025 – (di concerto con il vicepresidente Alparone e gli Assessori Lucchini e Fermi)" e ss.mm.ii.</p> <p>Obiettivo aziendale</p>
--------	---

Correlato a OBIETTIVO STRATEGICO (OS) o OPERATIVO (OO)

PIAO 2025-2027 (All.7)

OS1	OS1: Attuazione della l.r. del SSL rendendo il POAS aderente
OS2	OS2: Consolidare e migliorare la Qualità dei servizi
OS9	OS9: Attuazione di specifici Progetti strategici o attività di miglioramento

Azione concreta di contribuzione alla realizzazione dell'indirizzo strategico ed operativo

OBIETTIVO DELL'AZIONE CONCRETA
<ol style="list-style-type: none"> 1. Programmazione, organizzazione, raccolta materiali, verbalizzazione e gestione dei seguiti degli incontri della Direzione Generale con stakeholder interni ed esterni all'Agenzia 2. Predisposizione di atti amministrativi afferenti alla Direzione Generale 3. Esecuzione adempimenti previsti in ambito qualità dalla Direzione Generale

PARAMETRO DI MISURAZIONE (Indicatore), TARGET ATTESO DELL'OBIETTIVO e TEMPO di sua realizzazione
<p>1. Indicatore: N° incontri della DG effettuati nel corso dell'anno/N° incontri programmati dalla DG (con relativo riscontro documentale: verbali e varia documentazione)</p> <p>- Target: 100%</p> <p>- Tempo di realizzazione: nel corso del 2025</p>
<p>2. Indicatore: N° atti amministrativi predisposti / N° atti amministrativi richiesti</p> <p>- Target: 100%</p> <p>- Tempo di realizzazione: nel corso del 2025</p>
<p>3.1 Indicatore: Fatto/Non Fatto (Assolvimento degli impegni richiesti al RAQ DG nell'ambito della certificazione ISO 9001-2015 secondo procedura aziendale in SGQ)</p> <p>- Target: Fatto (Impegni assolti)</p> <p>- Tempo di realizzazione: nel corso del 2025</p>
<p>3.2 Indicatore: Fatto/Non Fatto (Fruizione corso di formazione interno-modulo avanzato ISO9001-2015)</p> <p>- Target: Fatto (Corso fruito)</p> <p>- Tempo di realizzazione: nel corso del 2025</p>

PUNTI DI CONTROLLO DELL'OBIETTIVO da rendicontare	
30 SETTEMBRE 2025	31 DICEMBRE 2025

Obiettivo condiviso con altre articolazioni di ATS? (barrare opzione) SÌ NO

se barrato "SÌ" indicare a seguire:

Obiettivo N° 1 in collaborazione con Segreteria Strategica (Scheda codice 210001 ob.2)

Codice scheda	Rendicontazione al 30/09/2025	Rendicontazione al 31/12/2025
210010	<p>1. n.19 incontri D4 n.10 incontri Collegio Direttori ATS/ASST n.6 incontri Collegio di Direzione ATS n.3 incontri ATS-EEPPAA n.10 incontri di STAFF n.3 incontri con Pres. Ordini Professionali n.2 incontri OO.SS. Sindacati Pensionati tutti gli incontri programmati sono stati fatti con documentazione agli atti.</p> <p>2.n. atti amministrativi predisposti 0 n. atti amministrativi richiesti 0</p> <p>3.1 Assolvimento degli impegni richiesti al RAQ DG: FATTO</p> <p>3.2 Fruizione corso di formazione interno-modulo avanzato ISO9001-2015: FATTO</p>	<p>1. n. 6 incontri D4 n. 3 incontri Collegio Direttori ATS/ASST n. 3 incontri Collegio di Direzione ATS n. 1 incontro ATS-EE.PP.AA n. 5 incontri di STAFF n. 1 incontro con Pres. Ordini Professionali n. 1 incontro OO.SS.Sindacati Pensionati Obiettivo raggiunto al 100%/Fatto</p> <p>2.n. atti amministrativi predisposti 0 n. atti amministrativi richiesti 0 Obiettivo raggiunto al 100%/Fatto</p> <p>3.1 Assolvimento degli impegni richiesti al RAQ DG Obiettivo raggiunto al 100%/Fatto</p> <p>3.2 Fruizione corso di formazione interno-modulo avanzato ISO9001-2015: FATTO Obiettivo raggiunto al 100%/Fatto</p>

CDR I LIVELLO	DIREZIONE GENERALE
CDR II LIVELLO	SPP

CODICE

INDIRIZZO DI BUDGET REGIONALE/AZIENDALE

201401	Obiettivo Aziendale
---------------	----------------------------

Correlato a OBIETTIVO STRATEGICO (OS) o OPERATIVO (OO)

PIAO 2025-2027 (All.7)

OS2	<i>Consolidare e migliorare la Qualità dei servizi</i>
------------	--

Azione concreta di contribuzione alla realizzazione dell'indirizzo strategico ed operativo

OBIETTIVO DELL'AZIONE CONCRETA
<ol style="list-style-type: none"> Attività di analisi delle procedure attuali e identificazione delle aree di miglioramento Revisione e aggiornamento delle procedure in base alle evidenze raccolte Validazione e pubblicazione nel database qualità dei documenti aggiornati

PARAMETRO DI MISURAZIONE (Indicatore), TARGET ATTESO DELL'OBIETTIVO e TEMPO di sua realizzazione
<p>1. Indicatore: Fatto/Non fatto (Definizione di un documento di analisi delle procedure attuali)</p> <p>- Target: Fatto (Completamento del Documento di analisi)</p> <p>- Tempo di realizzazione: 30 giugno 2025</p>

2. **Indicatore:** Fatto/Non fatto (Redazione delle procedure aggiornate)
- **Target:** Fatto (Completata la stesura dei documenti revisionati)
 - **Tempo di realizzazione:** 30 settembre 2025
3. **Indicatore:** Fatto/Non fatto (Validazione e diffusione dei documenti aggiornati)
- **Target:** Fatto (Pubblicazione dei documenti aggiornati nel database qualità aziendale)
 - **Tempo di realizzazione:** 31 dicembre 2025

PUNTI DI CONTROLLO DELL'OBIETTIVO da rendicontare

30 SETTEMBRE 2025

31 DICEMBRE 2025

Obiettivo condiviso con altre articolazioni di ATS? (barrare opzione) SÌ NO X

Codice scheda	Rendicontazione al 30/09/2025	Rendicontazione al 31/12/2025
201401	<p>1. Sono state analizzate le procedure del SPP ed individuate le aree di miglioramento, con definizione del seguente elenco di documenti da aggiornare (stato avanzamento: CONCLUSO):</p> <ul style="list-style-type: none"> • IOFOR01 - Schema acquisti con gara • IOFOR02 - Schema acquisti in economia • MFOR05 - Autocertificazione del Fornitore • MDVR-PEE01 - Relazione aggiornamento DVR-PEE • POSPP08 - Gestione informazione, formazione e addestramento in materia di sicurezza dei lavoratori • MPEE01 - Scheda sopralluogo gestione emergenze • MPEE04 - MOGE - Modello Operativo Gestione Emergenze • POPEE01 - Piano di emergenza e di evacuazione (PEE) 	<p>1. Al 31/12/2025 risultano aggiornati e pubblicati nel database aziendale i documenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> • PODUVRI01 – Documento unico di valutazione dei rischi da interferenze - DUVRI (che unifica e sostituisce IOFOR01 e IOFOR02) • MFOR05 - Autocertificazione del Fornitore • MDVR-PEE01 - Relazione aggiornamento DVR-PEE • POSPP08 - Gestione informazione, formazione e addestramento in materia di sicurezza dei lavoratori • MPEE01 - Scheda sopralluogo gestione emergenze • MPEE04 - MOGE - Modello Operativo Gestione Emergenze • POPEE01 - Piano di emergenza e di evacuazione (PEE) <p>L'obiettivo è stato raggiunto al 100%</p>
	<p>2. Al 30/09/2025 risultano aggiornati e pubblicati nel database aziendale i documenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> • MDVR-PEE01 - Relazione aggiornamento DVR-PEE • MPEE01 - Scheda sopralluogo gestione emergenze • MPEE04 - MOGE - Modello Operativo Gestione Emergenze <p>Tutti gli altri documenti elencati al punto 1 sono in corso di aggiornamento o aggiornati in attesa di pubblicazione (stato avanzamento: IN CORSO)</p>	<p>2. Al 31/12/2025 risultano aggiornati e pubblicati nel database aziendale i documenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> • MDVR-PEE01 - Relazione aggiornamento DVR-PEE • MPEE01 - Scheda sopralluogo gestione emergenze • MPEE04 - MOGE - Modello Operativo Gestione Emergenze <p>L'obiettivo è stato raggiunto al 100%</p>

Obiettivo 3

3. **Indicatore:** Monitoraggio, tramite report, per l'individuazione dei profili professionali critici nelle tre ASST del territorio bergamasco (N° monitoraggi raccolti ed analizzati/N° monitoraggi programmati)

- **Target:** 100%

- **Tempo di realizzazione:** fino al 31 dicembre 2025 (monitoraggio trimestrale)

PUNTI DI CONTROLLO DELL'OBIETTIVO da rendicontare

30 SETTEMBRE 2025

31 DICEMBRE 2025

Obiettivo condiviso con altre articolazioni di ATS? (barrare opzione) SI' NO X

Codice scheda	Rendicontazione al 30/09/2025	Rendicontazione al 31/12/2025
202001	<p>Obiettivo 1</p> <p><u>1.1 Partecipazione ai vari incontri programmati da DG Welfare sui Progetti di Sanità Digitale avviati (n. incontri effettuati/n. incontri programmati):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Progetto Telemedicina: incontro 12/09/25 - Piattaforma di Benchlearning Data Driven: incontro 19/03/25, 15/07/25 - Digital Health Leaders Academy: 09/05/25 <p><u>1.2 Estrazione ed analisi di dati mediante la Piattaforma Regionale Tableau, (n. estrazioni-analisi dati richieste/n. estrazioni-analisi dati realizzati) con la costruzione di indicatori e cruscotti a supporto delle decisioni strategiche della Direzione Generale, con aggiornamenti a cadenza giornaliera, settimanale o mensile.</u></p>	<p><u>1.1 Partecipazione ai vari incontri programmati da DG Welfare sui Progetti di Sanità Digitale avviati (n. incontri effettuati/n. incontri programmati=1):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Piattaforma di Benchlearning Data Driven: 16/12/25 - Digital Upskilling Digitalizzazione e riprogettazione dei servizi in sanità: incontri 13/11/25, 25/11/25, 11/12/25, 15/12/25, 18/12/25. - Workshop Osservatorio Sanità Digitale: 20/11/25 <p>Obiettivo raggiunto al 100%/Fatto</p> <p><u>1.2 Estrazione ed analisi di dati mediante la Piattaforma Regionale Tableau. (n. estrazioni-analisi dati richieste/n. estrazioni-analisi dati realizzati=1)</u></p> <p>Sono state regolarmente effettuate tutte le attività di estrazione dei dati dalle varie Aree della Piattaforma Regionale, secondo le indicazioni e le richieste formulate dalla Direzione Strategica, garantendo il rispetto delle tempistiche previste (giornaliere, settimanali e mensili).</p> <p>È stata inoltre svolta un'attività sistematica di analisi delle dashboard, dei cruscotti e degli indicatori di riferimento, finalizzata a supportare i processi</p>

<p><u>Obiettivo 2</u></p> <p><u>Coordinamento del Gruppo di Miglioramento e del Tavolo Tecnico di Lavoro per il Servizio Scelta e Revoca del Medico (n. incontri effettuati/n. incontri programmati)</u> con partecipazione agli incontri ufficiali del Gruppo di Miglioramento e ai diversi incontri interni finalizzati all'allineamento e alla definizione delle decisioni operative sul tema.</p> <p>A fine settembre sono stati realizzati gli incontri in data 09/06/2025, 05/09/2025.</p> <p>Inoltre, il GdM ha attivato un tavolo di lavoro rivolto alla definizione di una procedura provinciale "Gestione Assistiti". Il primo incontro è stato realizzato il 16/09/2025.</p> <p><u>Obiettivo 3</u></p> <p><u>Analisi e realizzazione di report finalizzati all'individuazione dei profili professionali vacanti nelle singole ASST (realizzazione e analisi di un report ogni trimestre)</u> del territorio bergamasco.</p> <p>Attività di monitoraggio attraverso report trimestrali per l'identificazione dei profili considerati critici e per la proposta di</p>	<p>decisionali della Direzione Generale, assicurando la produzione di informazioni aggiornate, coerenti e utili ai fini dell'analisi strategica dei dati.</p> <p>n.22 estrazioni ed analisi dati da Piattaforme Digitali realizzate/n.22 richieste pervenute dalla direzione</p> <p>Obiettivo raggiunto al 100%/Fatto</p> <p><u>Obiettivo 2</u></p> <p><u>Coordinamento del Gruppo di Miglioramento e del Tavolo Tecnico di Lavoro per il Servizio Scelta e Revoca del Medico (n. incontri effettuati/n. incontri programmati)</u></p> <p>Nel periodo ottobre - dicembre è stato realizzato un incontro il 24 novembre 2025: nell'incontro sono state verificate le adesioni alle azioni di miglioramento ed identificati i successivi lavori (azioni immediatamente implementabili). Per alcune azioni è stato definito un approfondimento con DGW.</p> <p>Complessivamente nell'anno 2025 il GdM si è riunito n. 4 volte come programmato.</p> <p>Il gruppo di lavoro per la definizione della procedura provinciale "Gestione Assistiti", si è inoltre incontrato il 24/10/2025 -> per un totale di 2 incontri nell'anno 2025.</p> <p>Obiettivo raggiunto al 100%/Fatto</p> <p><u>Obiettivo 3</u></p> <p><u>Analisi e realizzazione di report finalizzati all'individuazione dei profili professionali vacanti nelle singole ASST (realizzazione e analisi di un report ogni trimestre)</u> del territorio bergamasco.</p> <p>Nel corso dell'anno è proseguito il monitoraggio sistematico mediante la predisposizione di report trimestrali, con particolare riferimento al calcolo e all'analisi degli indicatori FTE (Full-Time Equivalent) in relazione ai livelli di produzione. In particolare, sono stati elaborati:</p> <ul style="list-style-type: none"> • il rapporto FTE per prestazione ambulatoriale;
---	--

<p>soluzioni volte al superamento delle relative carenze.</p> <p>Calcolo e analisi degli indicatori FTE (Full-Time Equivalent) in relazione alla produzione, quali il rapporto FTE per prestazione ambulatoriale e il rapporto FTE per DRG prodotto, al fine di monitorare l'efficienza e la sostenibilità delle strutture sanitarie.</p> <p>Gli indicatori sono stati calcolati per le tre ASST del territorio e confrontati tra loro al fine di supportare decisioni informate in materia di programmazione e allocazione delle risorse. Il lavoro è stato presentato ai Direttori delle tre ASST durante il Collegio dei Direttori, nonché alla Direzione Generale Welfare e all'ACSSS, in particolare alla Dott.ssa Nofroni.</p> <p>Nel mese di Luglio 2025 è stato avviato un Gruppo di Lavoro che ha coinvolto il Controllo di Gestione dell'ATS e delle tre ASST del territorio, DG Welfare e KPMG, finalizzato alla strutturazione di un sistema di monitoraggio mensile degli obiettivi condivisi e assegnati ai Direttori Generali di ATS e ASST. L'obiettivo è quello di individuare tempestivamente eventuali criticità e definire azioni di miglioramento condivise e partecipate tra ATS e ASST, in un'ottica di collaborazione e allineamento continuo.</p> <p>Nel luglio 2025 la Direzione Strategica di ATS, in accordo con le tre ASST, ha introdotto un nuovo metodo di lavoro istituendo un Gruppo Tecnico che coinvolge i Controlli di Gestione e prevede un confronto strutturato con DG Welfare e KPMG.</p> <p>L'obiettivo è quello di definire uno strumento condiviso di monitoraggio e analisi, con cadenza mensile, degli obiettivi assegnati ai Direttori Generali.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • il rapporto FTE per DRG prodotto; al fine di valutare l'efficienza organizzativa e la sostenibilità delle strutture sanitarie. <p>Gli indicatori sono stati calcolati per le tre ASST del territorio bergamasco e per gli EEPA, con successivo confronto comparativo tra le diverse realtà aziendali, così da evidenziare eventuali scostamenti, criticità e fabbisogni prioritari. L'analisi ha consentito di supportare decisioni informate in materia di programmazione del personale e di allocazione delle risorse, con particolare attenzione ai profili professionali risultati maggiormente critici.</p> <p>Il lavoro svolto è stato presentato ai Direttori delle tre ASST in occasione del Collegio dei Direttori del 17/03/2025, alla Direzione Generale Welfare in data 19/05/2025 e all'ACSSS il 25/06/2025, in particolare alla Dott.ssa Nofroni, quale contributo tecnico a supporto delle valutazioni strategiche di competenza.</p> <p>Sono stati realizzati per l'anno 2025 due report: un report a marzo e uno a giugno 2025</p> <p>Da luglio, come già citato nella rendicontazione di settembre, la direzione strategica di ATS, in accordo con le Direzioni strategiche delle 3 ASST, ha definito una variazione del metodo di lavoro, prevedendo l'istituzione di un Gruppo tecnico di Lavoro che ha coinvolto il Controllo di Gestione dell'ATS e delle tre ASST, con un confronto strutturato con i referenti di DG Welfare e KPMG.</p> <p>Il gruppo di lavoro ha prodotto da luglio complessivamente 5 report, discussi nelle seguenti date: 22/07/2025, 18/09/2025, 27/10/2025, 24/11/2025 e 16/12/2025.</p> <p>Obiettivo raggiunto al 100%/Fatto</p>
---	---

- **Tempo di realizzazione:** fino al 31 dicembre 2025

1.2 **Indicatore:** Misurazione dell'accettabilità dei percorsi di cura strutturati attraverso la somministrazione di una survey al personale sanitario ed ai pazienti arruolati

- a) N° survey somministrate/N° persone che fanno parte dei team multidisciplinari
- b) N° survey somministrate/N° pazienti arruolati nei percorsi territoriali

- **Target:**

- a) =100%
- b) = 50%

- **Tempo di realizzazione:** fino al 31 dicembre 2025

2. **Indicatore:** Fatto/Non fatto (Reportistica alla Direzione Strategica)

- **Target:** Fatto (Almeno N°5 incontri con report descrittivo da rendere alla Direzione Strategica)

- **Tempo di realizzazione:** fino al 31 dicembre 2025

3. **Indicatore:** Fatto/Non fatto (Riavvio dei lavori dei Dipartimenti interaziendali)

- **Target:** Fatto (Convocazione e realizzazione del primo incontro di riavvio dei lavori per ogni dipartimento interaziendale: mail di convocazione incontri e realizzazione di un report per ciascuno dei tre incontri)

- **Tempo di realizzazione:** fino al 31 dicembre 2025

PUNTI DI CONTROLLO DELL'OBIETTIVO da rendicontare

30 SETTEMBRE 2025

31 DICEMBRE 2025

Obiettivo condiviso con altre articolazioni di ATS? (barrare opzione) SI' NO X

Codice scheda	Rendicontazione al 30/09/2025	Rendicontazione al 31/12/2025
202002	<p>Obiettivo 1</p> <p>1.1</p> <p>Il percorso di arruolamento dei pazienti nei tre distretti pilota (Distretto Bergamo, Distretto Media Pianura, Distretto Seriate Grumello) è stato attivato nel periodo Febbraio - Marzo 2025.</p> <p>In ciascuna delle Case di Comunità individuate per il progetto (CdC Bogo Palazzo, CdC Dalmine e CdC Calcinata), sono stati istituiti e formati Team Multidisciplinari.</p> <p>Rispetto al progetto in via di trasferimento, per il quale erano stati previsti almeno 4 incontri dei Team Multidisciplinari, immaginando la costituzione di team stabili, i modelli organizzativi delle CdC ed il numero di persone malate di parkinson arruolate e la novità dei percorsi attivati, hanno evidenziato la necessità, da parte degli operatori coinvolti, di definire la</p>	<p>1.1</p> <p>Restano valide le considerazioni riportate al 30/09/2025, ossia la necessità di attivare più incontri di TM nel rispetto del bisogno di confronto tra i componenti del Team e della complessità dei processi di presa in carico da attivare sui singoli pazienti. I TM, sui casi complessi, nel rispetto del modello organizzativo aziendale, si sono confrontati più volte.</p> <p>I pazienti complessivamente arruolati al 31/12/2025 sono 165.</p> <p>Di seguito gli incontri dei TM:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ASST PG 23= 37 - ASST BG Ovest = 60 - ASST BG Est= 30 <p>Obiettivo raggiunto al 100%</p>

	<p>realizzazione di almeno due incontri al mese e comunque al bisogno per la discussione del singolo caso, ove necessario.</p> <p>NB: rispetto al progetto in trasferimento, ci si rivolge a persone malate croniche anche con casistiche complesse, per cui possono rendersi necessari anche frequenti allineamenti.</p> <p>L'esito di questa riflessione ha portato alla realizzazione del n. di incontri di team sotto riportati:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ASST PG 23 = 31 incontri dei Team - ASST BG Ovest = 40 incontri dei Team - ASST BG Est = 24 incontri dei Team <p>Ad oggi i pazienti malati che sono stati arruolati nei percorsi sono 132.</p> <p>1.2</p> <p>c) 67/67 =100%</p> <p>d) 25/43 =58%</p> <p>Nota: la survey viene somministrata dopo 6/8 mesi di arruolamento nel percorso e su pazienti con più di due interventi realizzati dai TM.</p>	<p>1.2</p> <p>c) Obiettivo raggiunto al 100% (vedi rendicontazione al 30/09 u.s.</p> <p>d) = 60/96= 62%</p> <p>Nota: la survey viene somministrata dopo 6/8 mesi dall' arruolamento nel percorso e su pazienti con più di due interventi realizzati dai TM.</p> <p>Obiettivo raggiunto al 100%</p>
	<p><u>Obiettivo 2</u></p> <p>Di seguito gli incontri realizzati da parte dello staff di direzione strategica con le tematiche trasversali trattate:</p> <p>3 aprile 2025: stato dell'arte GdM, riavvio GdM Scelta e Revoca e definizione procedura GdM</p> <p>14 aprile 2025: stato dell'arte GdM, riavvio GdM Scelta e Revoca e definizione procedura GdM</p> <p>05 maggio 2025: stato avanzamento GdM e definizione del documento di analisi di informazioni relative e correlate al funzionamento del Sistema di Scelta e Revoca.</p>	<p><u>Obiettivo 2</u></p> <p>Da ottobre a dicembre è stato realizzato un incontro il 24 ottobre 2025: nell'incontro sono state verificate le adesioni alle azioni di miglioramento ed identificati i successivi lavori (azioni immediatamente implementabili). Per alcune azioni è stato definito un approfondimento con DGW.</p> <p>Complessivamente nell'anno 2025 sono stati realizzati 5 incontri con relativa reportistica.</p> <p>Obiettivo raggiunto al 100%/Fatto</p>

	<p>01 settembre 2025: analisi delle azioni condivise nel GdM Scelta e revoca e definizione della fase di adesione.</p> <p>Ogni incontro è supportato da una comunicazione condivisa con la Direzione Strategica.</p>	
	<p><u>Obiettivo 3</u></p> <p>25/06/2025: Dipartimento Interaziendale Provinciale Oncologico (DIPO): convocazione comitato, analisi dati di contesto e spunti di lavoro ed elezione del nuovo direttore del Dipartimento.</p>	<p><u>Obiettivo 3</u></p> <p>Obiettivo raggiunto al 100%/Fatto</p> <p>I dipartimenti interaziendali sono forme strutturate di collaborazione tra enti diversi, definite per supportare reti clinico-assistenziali e servizi interaziendali. ATS Bergamo investe sul governo dei dipartimenti interaziendali per favorire lo sviluppo di percorsi di assistenza più efficienti e centrati sulle esigenze delle persone e per supportare trasversalmente la continuità delle cure, promuovendo gli indirizzi regionali e territoriali.</p> <p>Il 2025 è stato l'anno di ripresa dei lavori, anche a seguito degli avvicendamenti nella direzione dei dipartimenti.</p> <p>I nuovi Regolamenti sono stati adottati con Delibera di ATS n. 383 del 05.06.2025 avente ad oggetto "Adozione dei Regolamenti per il funzionamento dei Dipartimenti Interaziendali dell'ATS di Bergamo", recepita dalle tre ASST.</p> <p>Segue una sintesi delle attività relativamente al riavvio dei lavori dei Dipartimenti attivi sul nostro territorio:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. DIPO – Dipartimento interaziendale Oncologico 2. DICP - Dipartimento interaziendale Cure palliative 3. DMTE - Dipartimento interaziendale Medicina Trasfusionale ed Ematologia. <p>1. DIPO – Dipartimento interaziendale Oncologico</p> <p>Il nuovo direttore è stato eletto nella seduta del 25.06.2025 nella figura del Dr. Alberto Zambelli, Direttore SC Oncologia dell'ASST PG23. In raccordo con il nuovo direttore, sono stati definiti gli obiettivi e le priorità di intervento per il 2026 e si è proceduto a convocare il DIPO in data 18/12/2025. I materiali relativi a tale incontro (convocazione, foglio presenze, slide di presentazione, verbale) sono disponibili a questo LINK.</p> <p>2. DICP - Dipartimento interaziendale Cure palliative</p> <p>Dal 1° novembre 2025 è risultata vacante la posizione del direttore del Dipartimento, essendo andato in quiescenza il Dr. Simeone Liguori. L'ultimo incontro si è tenuto il 18/11/2025. Ai lavori ha partecipato ATS BG – Servizio Epidemiologico, con la presentazione dell'analisi delle cure palliative nella nostra provincia. A questo LINK i materiali e il verbale.</p> <p>Rispetto ai lavori del DICP, sono nel frattempo stati individuati i passaggi necessari per formalizzare la nomina del nuovo direttore e individuare le priorità per il 2026.</p> <p>Il Regolamento prevede che il Direttore sia "individuato tra i professionisti dell'ASST PG23, quale ente capofila del Dipartimento, con esperienza di dirigenza di struttura nelle cure palliative di almeno cinque anni. Viene incaricato con provvedimento del Direttore Generale". L'ASST PG23 ha</p>

		<p>concluso nel dicembre 2025 la procedura concorsuale per la nomina del nuovo Direttore della SC Cure Palliative, Terapia del Dolore e Hospice, individuata nella dr.ssa Roberta Marchesi, che dovrà essere formalmente nominata direttore del DICP con provvedimento del Direttore Generale dell'ASST PG23.</p> <p>Essendo trascorsi tre anni dalla nomina dei componenti del DICP e secondo quanto previsto dallo stesso Regolamento, ATS provvederà a convocare la Rete Locale Cure Palliative, all'interno della quale dovranno essere individuati i nuovi componenti del Dipartimento.</p> <p>Rispetto ai contenuti, a dicembre 2025 sono state individuate le priorità del DICP per il 2026, che si concentrano nell'avvio dei tre gruppi tematici:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. gruppo sull'aggiornamento dei Sub-allegati "E" e "F" (DGR n. 1046/2017) 2. percorso di presa in carico in Hospice e CP-Dom 3. DAT integrate nella procedura delle terminalità. <p style="margin-left: 40px;">3. DMTE - Dipartimento interaziendale Medicina Trasfusionale ed Ematologia.</p> <p>I lavori del DMTE hanno visto un andamento regolare, confermato dalla continuità della direzione a capo del Dr. Luca Barcella, Direttore SC SIMT - Servizio di Immunoematologia e Medicina Trasfusionale dell'ASST PG23. L'ultimo incontro si è tenuto il 12/12/2025. Rispetto al ruolo di ATS, la richiesta del direttore è stata di un supporto per la stesura delle convenzioni tra le tre ASST per le sacche di sangue.</p> <p>Oltre ai tre Dipartimenti sopra indicati, si evidenziano, in aggiunta, le attività realizzate e tutt'ora in corso per l'attivazione del Dipartimento Interaziendale Riabilitazione (DRB). Considerato che l'avvio di tale Dipartimento è subordinato all'aggiornamento dei POAS, ATS e le tre ASST hanno richiesto alla DG Welfare di Regione Lombardia autorizzazione a modificare i POAS (comunicazioni del 28/07/2025 e del 18/12/2025).</p> <p>Nelle more che la DG Welfare autorizzi tale modifica, considerata l'importanza di garantire una governance complessiva del sistema riabilitativo basata su un approccio integrato con il territorio, ATS ha concordato con le tre ASST di avviare i lavori attraverso l'attivazione di un coordinamento provinciale per la riabilitazione. ATS provvederà, sulla base della composizione del Dipartimento prevista dal Regolamento, a richiedere ai soggetti interessati l'individuazione dei componenti, in modo da riunire il coordinamento entro i primi mesi del 2026.</p>
--	--	---

CDR I LIVELLO	DIREZIONE GENERALE
CDR II LIVELLO	INTERNAL AUDIT

CODICE

INDIRIZZO DI BUDGET REGIONALE/AZIENDALE

210002	<p><i>D.G.R. XII/3720 del 30/12/2024, recante ad oggetto "Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione del SSR per l'anno 2025 – (di concerto con il vicepresidente Alparone e gli Assessori Lucchini e Fermi)" e ss.mm.ii.</i></p> <p><i>D.G.R. XII/4434 del 26.05.2025, recante ad oggetto "Determinazioni in ordine agli obiettivi delle Agenzie di Tutela della Salute (A.T.S.), delle Aziende Socio Sanitarie Territoriali (A.S.S.T.) e dell'Agenzia Regionale Emergenza Urgenza (A.R.E.U.) – anno 2025" e ss.mm.ii.</i></p> <p><i>Decreto DGW n. 8610 del 18.06.2025, recante ad oggetto "Declinazione degli indicatori relativi agli obiettivi dell'ATS di Bergamo-Anno 2025"</i></p> <p>Obiettivo aziendale</p>
---------------	---

Correlato a **OBIETTIVO STRATEGICO (OS)** o **OPERATIVO (OO)**

PIAO 2025-2027 (All.7)

OS9	<i>OS9: Attuazione di specifici Progetti strategici o attività di miglioramento</i>
OO5	<i>OO5: Consolidare il percorso di revisione adeguamento della mappatura dei processi e dell'analisi del rischio</i>
OO30	<i>OO30: Raggiungimento degli obiettivi minimi di prevenzione ex DGR XII/4434 del 26.05.25 e Decreto DGW n.8610 del 18.06.25</i>

Azione concreta di contribuzione alla realizzazione dell'indirizzo strategico ed operativo

OBIETTIVO DELL'AZIONE CONCRETA
<p>1- Deliberazione del Piano di Audit annuale</p> <p>2- Svolgimento degli audit previsti nel piano di audit annuale</p> <p>3- Utilizzo del sistema HERM LOMB -sezione audit</p>

PARAMETRO DI MISURAZIONE (Indicatore), TARGET ATTESO DELL'OBIETTIVO e TEMPO di sua realizzazione
<p>1. Indicatore: Fatto/Non fatto (Piano annuale Internal Auditing)</p> <p>- Target: Fatto (Deliberazione Piano annuale)</p> <p>- Tempo di realizzazione: 31 gennaio 2025 salvo deroghe concordate con la struttura regionale di controllo</p> <p>2. Indicatore: N° di audit svolti/N° audit programmati</p> <p>- Target: 100%</p> <p>- Tempo di realizzazione: entro il 31 dicembre 2025</p> <p>3. Indicatore: Utilizzo del Sistema HERM LOMB</p> <p>- Target: Effettuazione di almeno un audit per qualunque motivazione/area di intervento (audit interno ISO 9001, audit clinico, controllo di gestione, ecc)</p> <p>- Tempo di realizzazione: entro il 31 dicembre 2025</p>

PUNTI DI CONTROLLO DELL'OBIETTIVO da rendicontare	
30 SETTEMBRE 2025	31 DICEMBRE 2025

Obiettivo condiviso con altre articolazioni di ATS? (barrare opzione) SI NO

se barrato "SI" indicare a seguire:

Obiettivo N°3 condiviso con STAFF Direzione Amministrativa (Scheda codice 060003 ob.2)

Codice scheda	Rendicontazione al 30/09/2025	Rendicontazione al 31/12/2025
210002	1- Delibera n. 194 12/03/2025 2- Svolti 2 audit: BG.001.25 e BG.005.25 3- Presi contatti con il SIA e Regione Lombardia per l'inserimento di un audit in Herm Lomb	1- Fatto 2- Obiettivo raggiunto al 100% (svolti 6 audit su 6 audit previsti) 3- Fatto

CDR I LIVELLO	DIREZIONE GENERALE
CDR II LIVELLO	S.S. AREA COMUNICAZIONE E RELAZIONI ESTERNE

CODICE

INDIRIZZO DI BUDGET REGIONALE/AZIENDALE

241001	D.G.R. XII/3720 del 30/12/2024, recante ad oggetto "Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione del SSR per l'anno 2025 – (di concerto con il vicepresidente Alparone e gli Assessori Lucchini e Fermi)" e ss.mm.ii. Obiettivo aziendale
--------	---

Correlato a OBIETTIVO STRATEGICO (OS) o OPERATIVO (OO)

PIAO 2025-2027 (All.7)

OS3	OS3: Governo dei Sistemi Informativi
OS5	OS5: Migliorare l'accessibilità del cittadino ai servizi di ATS Bergamo attraverso il Servizio Comunicazione
OS9	OS9: Attuazione di specifici Progetti strategici o attività di miglioramento
OO3	OO3: Aggiornamento ed esecuzione del Piano di comunicazione

Azione concreta di contribuzione alla realizzazione dell'indirizzo strategico ed operativo

OBIETTIVO DELL'AZIONE CONCRETA

1. Realizzazione di eventi di sensibilizzazione e promozione della salute sul territorio
2. Realizzazione di prodotti comunicativi (grafici/video) per informare e sensibilizzare il territorio su specifiche tematiche in materia di salute

3. Realizzazione di post da diffondere sulle piattaforme social aziendali
4. Implementazione del nuovo gestionale "Pronto URP"
5. Ottimizzazione del portale aziendale, cura dei contenuti e miglioramento dell'usabilità per un lancio efficace e una comunicazione integrata
6. Realizzazione e approvazione del piano di comunicazione 2025
7. Realizzazione di almeno newsletter aziendali

PARAMETRO DI MISURAZIONE (Indicatore), TARGET ATTESO DELL'OBIETTIVO e TEMPO di sua realizzazione

1. **Indicatore:** Fatto/Non fatto (N° eventi organizzati come da specifica obiettivo)
 - **Target:** Fatto (Almeno 2 eventi)
 - **Tempo di realizzazione:** entro il 31 dicembre 2025
2. **Indicatore:** Fatto/Non fatto (N° prodotti comunicativi riferiti al territorio come da specifica obiettivo)
 - **Target:** Fatto (Almeno 4 prodotti)
 - **Tempo di realizzazione:** entro il 31 dicembre 2025
3. **Indicatore:** Fatto/ Non fatto (N° di post realizzati per piattaforme social aziendali)
 - **Target:** Fatto (Almeno 50)
 - **Tempo di realizzazione:** entro il 31 dicembre 2025
4. **Indicatore:** Fatto/ Non fatto (Nuovo gestionale "Pronto URP")
 - **Target:** fatto (Implementazione)
 - **Tempo di realizzazione:** entro il 31 dicembre 2025
5. **Indicatore:** Fatto/ Non fatto (Portale aziendale)
 - **Target:** Fatto (Cura dei contenuti e migliore usabilità per comunicazione integrata)
 - **Tempo di realizzazione:** entro il 31 dicembre 2025
6. **Indicatore:** Fatto/ Non fatto (Piano di Comunicazione 2025)
 - **Target:** Fatto (Deliberazione di adozione del Piano di comunicazione 2025)
 - **Tempo di realizzazione:** entro il 31 dicembre 2025
7. **Indicatore:** Fatto/ Non fatto (Realizzazione di newsletter aziendali)
 - **Target:** Fatto (Almeno 4 newsletter)
 - **Tempo di realizzazione:** entro il 31 dicembre 2025

PUNTI DI CONTROLLO DELL'OBIETTIVO da rendicontare

30 SETTEMBRE 2025

31 DICEMBRE 2025

Obiettivo condiviso con altre articolazioni di ATS? (barrare opzione) SI' NO X

Codice scheda	Rendicontazione al 30/09/2025	Rendicontazione al 31/12/2025
241001	<ul style="list-style-type: none"> • Obiettivo 1 – Fatto al 50% - Realizzazione N°1 eventi c/o il CC "Le due Torri di Stezzano" nella giornata del 10 maggio (promozione alla salute – 	<ul style="list-style-type: none"> • Obiettivo 1 – raggiunto al 100% -Realizzazione N°1 eventi c/o il CC "Le due Torri di Stezzano" nella giornata del 10 maggio (promozione alla salute – evento "il cervellone) e

	<p>evento “il cervellone) dove sono state realizzate grafiche dedicate (poster/grafiche per social media)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Obiettivo 2 – Fatto - Realizzazione di n°29 video – nel dettaglio: <ul style="list-style-type: none"> ○ Reel – centri per la famiglia 01/04/2025 ○ Reel – giornata autismo 02/04/2025 ○ N° 6 Reel – Settimana della salute ○ Reel – Laboratorio Caregiver – 10 aprile ○ N°3 Reel – Giornata mondiale sicurezza sul lavoro ○ N°1 reel – Cargiverday – 5 maggio ○ N° 2 reel – Evento il cervellone – 10 maggio ○ N° 3 reel – Evento pipss – 21 maggio ○ N° 3 reel – Evento giovani spiriti – 23 maggio ○ N° 1 reel – giornata mondiale tabacco – 31 maggio ○ N° 1 reel - raduno provinciale gruppi cammino – 6 giugno ○ N° 2 reel - oltre la rsa – agosto/settembre ○ N° 4 reel – Prospettiva salute – agosto/settembre - Realizzazione materiale grafico per DIPS (circa 60) ● Obiettivo 3 – Fatto - Realizzazione di N° 300 post sui social media ● Obiettivo 4 – In corso ● Obiettivo 5 – Fatto - Ottimizzazione portale aziendale e studio della home page ● Obiettivo 6 – Fatto - Realizzazione piano comunicazione (delibera n°236 del 26 marzo 2025) ● Obiettivo 7 – Fatto - Realizzazione di n°5 (gennaio/marzo/maggio/luglio/settembre) 	<p>Realizzazione N. 1 evento Microchip days il 14/15 novembre c/o CC Le 2 Torri di Stezzano</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Obiettivo 2 – raggiunto al 100% - Realizzazione di n. 41 video. Dal 1/10/ 25 nel dettaglio: ● Ottobre: n. 8 video “Prospettiva Salute” -15/10: n. 1 video “Attenzione alle truffe” -14/11: n. 1 video “Microchip days” -4/12: n.1 video PIPSS su Rinascita -4/12: n.1 video “Stop the violence against woman” <ul style="list-style-type: none"> ● Obiettivo 3 – raggiunto al 100% - Realizzazione di n. 478 pst sui social media ● Obiettivo 4 – raggiunto al 100% - Gestionale Pronto URP implementato con dati 2025 ● Obiettivo 5 – raggiunto al 100% - Ottimizzazione portale aziendale e studio della home page ● Obiettivo 6 – raggiunto al 100% - Realizzazione piano comunicazione (delibera n°236 del 26 marzo 2025) ● Obiettivo 7 – raggiunto al 100% - Realizzazione di n° (gennaio/marzo/maggio/luglio/settembre/ottobre/novembre)
--	--	--

CDR I LIVELLO	DIREZIONE GENERALE
CDR II LIVELLO	S.S. AREA COMUNICAZIONE E RELAZIONI ESTERNE

CODICE

INDIRIZZO DI BUDGET REGIONALE/AZIENDALE

241002	<p><i>D.G.R. XII/3720 del 30/12/2024, recante ad oggetto “Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione del SSR per l’anno 2025 – (di concerto con il vicepresidente Alparone e gli Assessori Lucchini e Fermi)” e ss.mm.ii.</i></p> <p><i>D.G.R. XII/4434 del 26.05.2025, recante ad oggetto “Determinazioni in ordine agli obiettivi delle Agenzie di Tutela della Salute (A.T.S.), delle Aziende Socio Sanitarie Territoriali (A.S.S.T.) e dell’Agenzia Regionale Emergenza Urgenza (A.R.E.U.) – anno 2025” e ss.mm.ii.</i></p> <p><i>Decreto DGW n.8610 del 18.06.2025, recante ad oggetto “Declinazione degli indicatori relativi agli obiettivi dell’ATS di Bergamo-Anno 2025”</i></p> <p>Obiettivo aziendale</p>
---------------	--

Correlato a **OBIETTIVO STRATEGICO (OS)** o **OPERATIVO (OO)**

PIAO 2025-2027 (All.7)

OS3	<i>OS3: Governo dei Sistemi Informativi</i>
OS9	<i>OS9: Attuazione di specifici Progetti strategici o attività di miglioramento</i>
OO24	<i>OO24: Piano Formativo Aziendale (PFA)</i>
OO25	<i>OO25: Formazione Syllabus</i>
OO30	<i>OO30: Raggiungimento degli obiettivi minimi di prevenzione ex DGR XII/4434 del 26.05.25 e Decreto DGW n.8610 del 18.06.25</i>

Azione concreta di contribuzione alla realizzazione dell'indirizzo strategico ed operativo

OBIETTIVO DELL'AZIONE CONCRETA
<ol style="list-style-type: none"> 1. Deliberazione del piano formativo aziendale 2025 entro il 15 marzo 2025 2. Realizzazione degli eventi previsti dal Piano Formativo Aziendale, secondo le indicazioni previste dalla DGR 182/2023 3. Avvio e implementazione del nuovo gestionale della formazione 4. Coordinamento del tavolo della formazione territoriale 5. Monitoraggio avanzamento registrazione formazione <i>Syllabus</i> 6. PNRR formazione ICA-Raggiungimento del target degli operatori formati sui moduli A, B, C

PARAMETRO DI MISURAZIONE (Indicatore), TARGET ATTESO DELL'OBIETTIVO e TEMPO di sua realizzazione
<ol style="list-style-type: none"> 1. Indicatore: Fatto/Non Fatto (PFA 2025) <ul style="list-style-type: none"> - Target: Fatto (Deliberazione di adozione del PFA 2025) - Tempo di realizzazione: entro il 15 marzo 2025 2. Indicatore: N° eventi realizzati/ N° eventi presenti nel Piano Formativo <ul style="list-style-type: none"> - Target: 50% - Tempo di realizzazione: 31 dicembre 2025 3. Indicatore: Fatto/ Non fatto (Nuovo gestionale formazione) <ul style="list-style-type: none"> - Target: Fatto (Avvio ed implementazione) - Tempo di realizzazione: entro il 31 dicembre 2025 4. Indicatore: Fatto/Non fatto (Numero incontri organizzati) <ul style="list-style-type: none"> - Target: Fatto (2 incontri) - Tempo di realizzazione: entro il 31 dicembre 2025 5. Indicatore: Fatto/ Non fatto (Formazione in <i>Syllabus</i>) <ul style="list-style-type: none"> - Target: Fatto (Monitoraggio avanzamento registrazione) - Tempo di realizzazione: entro il 31 dicembre 2025 6. Indicatore: Raggiungimento target operatori su Moduli A, B, C <ul style="list-style-type: none"> - Target: 100% (Operatori formati) - Tempo di realizzazione: entro il 31 dicembre 2025

PUNTI DI CONTROLLO DELL'OBIETTIVO da rendicontare

30 SETTEMBRE 2025

31 DICEMBRE 2025

Obiettivo condiviso con altre articolazioni di ATS? (barrare opzione) SÌ NO X

Codice scheda	Rendicontazione al 30/09/2025	Rendicontazione al 31/12/2025
241002	<ul style="list-style-type: none"> • Obiettivo 1 – Fatto – Delibera n. 172 del 04/03/2025 • Obiettivo 2 – Realizzati 61 corsi • Obiettivo 3 – In corso • Obiettivo 4 – Fatto – Organizzati 7 incontri del Tavolo della Formazione Territoriale • Obiettivo 5 – Fatto – Inviati 11 Solleciti di iscrizione al personale non ancora iscritto a Syllabus • Obiettivo 6 – Fatto – Target raggiunto 	<ul style="list-style-type: none"> • Obiettivo 1 – Fatto – Delibera n. 172 del 04/03/2025 • Obiettivo 2 – Obiettivo raggiunto. Realizzati 91 corsi su 128 (Target 50%, raggiunto 71%) • Obiettivo 3 – In corso • Obiettivo 4 – Fatto – Organizzati 8 incontri del Tavolo della Formazione Territoriale • Obiettivo 5 – Fatto – Inviati 20 Solleciti di iscrizione al personale non ancora iscritto a Syllabus • Obiettivo 6 – Fatto – Target raggiunto 100%

CDR I LIVELLO	DIREZIONE GENERALE
CDR II LIVELLO	RPCT

CODICE

INDIRIZZO DI BUDGET REGIONALE/AZIENDALE

210011	<p><i>D.G.R. XII/3720 del 30/12/2024, recante ad oggetto "Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione del SSR per l'anno 2025 – (di concerto con il vicepresidente Alparone e gli Assessori Lucchini e Fermi)" e ss.mm.ii.</i></p> <p>Obiettivo aziendale</p>
--------	--

Correlato a OBIETTIVO STRATEGICO (OS) o OPERATIVO (OO)

PIAO 2025-2027 (All.7)

OS4	OS4: Migliorare l'accesso degli stakeholder alle informazioni previste in tema di trasparenza
OS8	OS8: Piano dei controlli e di miglioramento
OS9	OS9: Attuazione di specifici Progetti strategici o attività di miglioramento
OO5	OO5: Consolidare il percorso di revisione adeguamento della mappatura dei processi e dell'analisi del rischio
OO26	OO26: Assolvimento degli obblighi previsti dal D.lgs.33/2013 in ambito di Anticorruzione e Trasparenza

Azione concreta di contribuzione alla realizzazione dell'indirizzo strategico ed operativo

OBIETTIVO DELL'AZIONE CONCRETA
<ol style="list-style-type: none"> 1. Aggiornamento della sezione "Amministrazione Trasparente" in coerenza con la normativa vigente per tempo e quanto previsto nel PTPCT 2. Verifica e rendicontazione semestrale al RPCT da parte dei responsabili rispetto l'assolvimento degli obblighi di pubblicazione 3. Controllo a campione da parte del RPCT attraverso l'esplorazione delle varie sottosezioni in "Amministrazione Trasparente" sul sito web dell'Agenzia per valutare completezza, aggiornamento e qualità dei dati documenti e delle informazioni pubblicate 4. Notifica, da parte del RPCT, ai dirigenti responsabili della pubblicazione per sanare le criticità e i requisiti previsti dalla normativa circa gli scostamenti rilevati 5. Contribuzione nel CCCI relativamente ai controlli interni 6. Collaborazione alla compilazione dell'attestazione OIV/NVP per l'assolvimento degli obblighi di pubblicazione 7. Formazione del personale in materia ed il relativo aggiornamento attraverso l'organizzazione di iniziative interne per una sempre maggiore sensibilizzazione alla cultura della trasparenza, della legalità e dell'integrità

PARAMETRO DI MISURAZIONE (Indicatore), TARGET ATTESO DELL'OBIETTIVO e TEMPO di sua realizzazione
<p><u>Obiettivo 1</u></p> <p>-Indicatore: Fatto/Non fatto (Verifica dell'aggiornamento sezione Amministrazione trasparente)</p> <p>-Target: Fatto (Verifica effettuata)</p> <p>-Tempo di realizzazione: nel corso del 2025 secondo la tempistica <i>ex lege</i></p>
<p><u>Obiettivo 2</u></p> <p>-Indicatore: Fatto/Non Fatto (Monitoraggio completamento relazioni semestrali da rendere)</p> <p>-Target: Fatto (Documento semestrale di presa d'atto del monitoraggio effettuato)</p> <p>-Tempo di realizzazione: semestrale nel corso del 2025</p>
<p><u>Obiettivo 3</u></p> <p>-Indicatore: Fatto/Non fatto (Redazione documento sintetico di rendicontazione controllo)</p> <p>-Target: Fatto (Documento di controllo redatto)</p> <p>-Tempo di realizzazione: entro il 31 dicembre 2025</p>
<p><u>Obiettivo 4</u></p> <p>-Indicatore: Fatto/Non fatto (Invio note ai Dirigenti responsabili rispetto a criticità rilevate)</p> <p>-Target: Fatto (100% delle note inviate)</p> <p>-Tempo di realizzazione: entro la tempistica concordata nell'anno 2025</p>
<p><u>Obiettivo 5</u></p> <p>-Indicatore: N° partecipazioni ad incontri programmati/N° incontri programmati</p> <p>-Target: 100% e redazione verbale dei lavori</p> <p>-Tempo di realizzazione: entro la tempistica concordata nell'anno 2025</p>
<p><u>Obiettivo 6</u></p> <p>-Indicatore: N° partecipazioni ad incontri programmati con OIV/NVP per attestazione obblighi di pubblicazione/N° incontri programmati</p> <p>-Target: 100%</p> <p>-Tempo di realizzazione: entro la tempistica concordata nell'anno 2025</p>
<p><u>Obiettivo 7</u></p> <p>-Indicatore: Fatto/Non fatto (Erogazione di un corso di formazione ai dipendenti di ATS in ambito di trasparenza, legalità ed integrità)</p>

-Target: Fatto (Almeno un corso formativo erogato ai dipendenti di ATS)

-Tempo di realizzazione: entro il 31 dicembre 2025

PUNTI DI CONTROLLO DELL'OBIETTIVO da rendicontare

30 SETTEMBRE 2025

31 DICEMBRE 2025

Obiettivo condiviso con altre articolazioni di ATS? (barrare opzione) SI' NO X

Codice scheda	Rendicontazione al 30/09/2025	Rendicontazione al 31/12/2025
210011	1. L'aggiornamento cfr. Delibera ANAC n. 192 del 7 maggio 2025 è stato richiesto ai vari uffici coinvolti ed è stato parzialmente effettuato, come attesta l'apposita Griglia di valutazione compilata dal NVP il 11/07/2025.	Fatto
	2. Il RPCT ha acquisito le relazioni semestrali dei dirigenti (1° semestre), sollecitando le relazioni non pervenute entro la scadenza prefissata (30 giugno 2025), finché tutte le relazioni richieste sono pervenute.	Il RPCT ha acquisito le relazioni semestrali dei dirigenti relative al 2° semestre, sollecitando le relazioni non pervenute entro la scadenza prefissata (15 dicembre 2025), finché tutte le relazioni richieste sono pervenute. Fatto
	3. Il controllo a campione è stato effettuato periodicamente, così come il monitoraggio degli interventi di miglioramento.	Il controllo a campione è stato effettuato periodicamente, così come il monitoraggio degli interventi di miglioramento. Fatto
	4. Il RPCT ha notificato ai responsabili, in particolare della SC GSRU, SC Bilancio, SC AGL e all'Area Comunicazione e Formazione gli scostamenti rilevati durante i controlli (cut-off: 30 maggio 2025), con richiesta di sanarli, entro il 30 novembre 2025.	La verifica rispetto al cut-off del 30 novembre 2025 è stata effettuata, in seguito alle note inviate dal RPCT, e la conformità è stata attestata dall'NVP (al 100%) 100%
	5. Il RPCT ha partecipato alla 1° riunione semestrale del CCCI del 29/05/2025 e alla redazione del verbale per la parte di competenza, inviato ai partecipanti.	Il RPCT ha partecipato alla 2° riunione semestrale del CCCI del 3/11/2025 e alla redazione del verbale per la parte di competenza, inviato ai partecipanti. Inoltre, ha redatto la relazione finale del CCCI. 100%
	6. Il RPCT (e/o suo delegato) ha partecipato a tutti gli incontri con il NVP programmati.	Il RPCT (e/o suo delegato) ha partecipato a tutti gli incontri con il NVP programmati. 100%
	7. Il RPCT ha partecipato come relatore al corso "Conoscere il PIAO" del 1/04/2025, illustrando il Piano di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (PPCT) e ha organizzato il corso "Formazione alla prevenzione della corruzione e alla trasparenza".	Il corso "Formazione alla prevenzione della corruzione e alla trasparenza" è stato erogato il 7-10-2025 in modalità mista (in presenza/online) e ha avuto 360 partecipanti. Il livello di soddisfazione dei partecipanti è stato molto buono. Fatto

CDR I LIVELLO	DIREZIONE GENERALE
CDR II LIVELLO	S.C. SERVIZIO EPIDEMIOLOGICO AZIENDALE (SEA)

CODICE

INDIRIZZO DI BUDGET REGIONALE/AZIENDALE

210012	<p><i>D.G.R. XII/3720 del 30/12/2024, recante ad oggetto "Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione del SSR per l'anno 2025 – (di concerto con il vicepresidente Alparone e gli Assessori Lucchini e Fermi)" e ss.mm.ii.</i></p> <p><i>D.G.R. XII/4434 del 26.05.2025, recante ad oggetto "Determinazioni in ordine agli obiettivi delle Agenzie di Tutela della Salute (A.T.S.), delle Aziende Socio-Sanitarie Territoriali (A.S.S.T.) e dell'Agenzia Regionale Emergenza Urgenza (A.R.E.U.) – anno 2025" e ss.mm.ii.</i></p> <p><i>Decreto DGW n.8610 del 18.06.2025, recante ad oggetto "Declinazione degli indicatori relativi agli obiettivi dell'ATS di Bergamo-Anno 2025"</i></p>
--------	--

Correlato a OBIETTIVO STRATEGICO (OS) o OPERATIVO (OO)

PIAO 2025-2027 (All.7)

OS9	<i>OS9: Attuazione di specifici Progetti strategici o attività di miglioramento</i>
OS10	<i>OS10: Nuovo Sistema di Garanzia (NSG): allineamento ad indicatori di qualità e performance per erogare assistenza ai cittadini secondo normative vigente ex DGR XII/4434 del 26.05.25 e Decreto DGW N.8610 del 18.06.25</i>
OS13	<i>OS13: Miglioramento performance del Pronto Soccorso ex DGR XII/4434 del 26.05.25 e Decreto DGW n.8610 del 18.06.25</i>
OS14	<i>OS14: Tempestiva alimentazione e potenziamento dei Flussi informativi per monitoraggio performance ex DGR XII/4434 del 26.05.25 e Decreto DGW N.8610 del 18.06.25</i>

Azione concreta di contribuzione alla realizzazione dell'indirizzo strategico ed operativo

OBIETTIVO DELL'AZIONE CONCRETA

1. Monitoraggio dei LEA (Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area Ospedaliera e Distrettuale)
 - **H02Z:** Quota di interventi per tumore maligno della mammella in reparti con volume di attività superiore a 150 (10% tolleranza) interventi annui
 - **H03C:** Proporzioni di nuovo intervento di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella
 - **H05Z:** Proporzioni di colecistectomie laparoscopiche con degenza postoperatoria inferiore a 3 giorni
 - **H13C:** Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario
 - **H13C.48:** Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 48 ore in regime ordinario
 - **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
 - **H17C:** Percentuale parti cesarei primari in maternità di I livello o comunque con <1.000 parti
 - **H18C:** Percentuale parti cesarei primari in maternità di II livello o comunque con >=1.000 parti%
 - **D01C:** Proporzioni di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi (*Major Adverse Cardiac and Cerebrovascular event* -MACCE) entro 12 mesi da un episodio di Infarto Miocardico Acuto (IMA)
 - **D02C:** Proporzioni di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi (*Major Adverse Cardiac and Cerebrovascular event* -MACCE) entro 12 mesi da un episodio di ictus ischemico
 - **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
 - **D04C:** Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite
 - **PDTA03(B):** Garantire un'adeguata aderenza al trattamento con Beta bloccanti nello scompenso cardiaco (maggiore o uguale al 75% dei giorni coperti dal trattamento) nei 12 mesi successivi alla prima prescrizione dopo il ricovero indice

- **D22Z:** Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA 1, CIA 2 e CIA 3) * 1.000 abitanti
- **D14C:** Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antibiotici
 - Sono considerati i seguenti farmaci: Classe ATC J01
 - Con riferimento al flusso Distribuzione diretta e per conto (DM 31 luglio 2007) sono esclusi gli anonimi"
- **D33ZA:** Numero di anziani non autosufficienti in trattamento sociosanitario residenziale/semiresidenziale in rapporto alla popolazione residente, per tipologia di trattamento (intensità di cura)
- **D30Z:** Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore
- **D27C:** N° ricoveri ripetuti in SPDC tra 8 e 30 gg / N° ricoveri totali
- **D10Z:** Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B

2. Completamento dei portali "Profilo di Salute" delle ATS e del portale regionale, con dati sulla salute della popolazione, sviluppati tramite flussi informativi e tecnologie *open source*

3. AREA SANGUE e PRONTO SOCCORSO (Riduzione delle tempistiche di sbarellamento, dell'abbandono del PS e garanzia delle tempistiche di visita per codici arancioni) -Monitoraggio:

- 3.1. Incremento della percentuale accessi in PS con codice priorità 2 (arancione) visitati entro 15 min.
- 3.2. Riduzione del tasso di abbandono da Pronto Soccorso dei codici arancioni, rossi, verdi, azzurri

4. AREA FLUSSI INFORMATIVI (Incremento della coerenza e accuratezza delle informazioni trasmesse)

- 4.1 Scostamento massimo del 2% di parti non rilevati con il CeDAP rispetto ai parti segnalati con SDO
- 4.2 Flusso EMUR-PS: registrazione accessi in OBI
- 4.3 Produzione "Scheda Medico" per monitoraggio delle attività di MMG/PLS con indicatori di valutazione delle prestazioni riferite al singolo medico (Unità di epidemiologia)
- 4.4 Flussi sanitari: tempestività della rilevazione, secondo scadenze previste da MdS e/o formalizzate da DGW, da parte delle aziende del proprio territorio (pubbliche e private accreditate)
- 4.5. Incremento della coerenza e accuratezza delle informazioni trasmesse (Monitoraggio del numero di impianti di protesi mammarie effettuate e relativa alimentazione del Registro Regionale - Censimento delle strutture che possono compilare il Registro (autorizzate alla chirurgia di cui trattasi)

PARAMETRO DI MISURAZIONE (Indicatore), TARGET ATTESO DELL'OBIETTIVO e TEMPO di sua realizzazione

1. **AREA NSG**

-**Indicatore:** N° monitoraggi prodotti su indicatori NSG/ N° totale indicatori NSG da monitorare rispetto ai target definiti da DGW

- **Target:** 100% indicatori NSG monitorati

- **Tempo di realizzazione:** nel corso del 2025, entro il 31 dicembre 2025

2. **Portale Profili di Salute**

-**Indicatore:** Fatto/Non fatto (Completamento Portali "Profilo Salute" e portale regionale con i dati)

- **Target:** Fatto (Completamento effettuato)

- **Tempo di realizzazione:** 31 dicembre 2025

3. **AREA Sangue e Pronto Soccorso (Monitoraggio indicatori)**

3.1 **Indicatore:** N° di accessi in PS con codice di priorità 2 visitati che accedono al trattamento entro 15 minuti nelle strutture del proprio territorio/ N° di accessi in PS con codice di priorità 2 nelle strutture del proprio territorio

- **Target:** >85% medio nel proprio territorio

- **Tempo di realizzazione:** nel corso del 2025, entro il 31 dicembre 2025

3.2 **Indicatore:** N° di abbandoni da PS nelle strutture del proprio territorio/ N° di accessi in PS nelle strutture del proprio territorio

- **Target:** < 1,25% medio nel proprio territorio

- **Tempo di realizzazione:** nel corso del 2025, entro il 31 dicembre 2025

4. AREA Flussi Informativi

4.1 Indicatore: CeDAP/SDO

- **Target:** <2%

- **Tempo di realizzazione:** 31 dicembre 2025

4.2 Indicatore: N° accessi OBI da flusso EMUR-PS da strutture pubbliche e private afferenti all'ATS di riferimento/N° ricoveri con provenienza da OBI da strutture pubbliche e private afferenti all'ATS di riferimento.

- **Target:** >1

- **Tempo di realizzazione:** 31 dicembre 2025

4.3 Indicatore: Adeguamento a specifiche rispetto produzione "Scheda Medico" per monitoraggio delle attività di MMG/PLS con indicatori di valutazione delle prestazioni riferite al singolo medico

- **Target:** Fatto/Non Fatto (Fatto: produzione di 1 scheda medico)

- **Tempo di realizzazione:** 31 dicembre 2025

4.4 Indicatore: n record inviati entro la scadenza/ totale record inviati (Aumento della tempestività di invio dei CEDAP e Registro Tumori)

- **Target:** ≥95%

- **Tempo di realizzazione:** 31 dicembre 2025

4.5 Indicatore: Fatto/Non fatto

- **Target:** **Fatto** (Realizzazione di un registro)

- **Tempo di realizzazione:** entro il 31 dicembre 2025

PUNTI DI CONTROLLO DELL'OBIETTIVO da rendicontare

30 SETTEMBRE 2025

31 DICEMBRE 2025

Obiettivo condiviso con altre articolazioni di ATS? (*barrare opzione*) ⇔ SI' NO

se barrato "SI" indicare a seguire:

Obiettivo N°1 per NSG H02Z, H03Z, H05Z, H13C, H13C.48 in collaborazione con SC Appropriatelyzza della rete territoriale (Scheda codice 091907 ob. 1-2-3-4) e con Staff DS (Scheda codice 030001 ob. 10-11-12-13);

Obiettivo N°1 per NSG H04Z, D01C, D02C, D03C, D04C, D30Z, D10Z in collaborazione con SC Appropriatelyzza della rete territoriale (Scheda codice 091907 ob. 5-6-7-9-10-11) ;

Obiettivo N°1 per NSG H17C, e H18C con Staff DS (Scheda codice 030001 ob. 14 e 15)

Obiettivo N° 3.1 e 3.2 in collaborazione con Staff DS (Scheda codice 030001 ob.8 e 9)

Obiettivo N°1 per NSG D27C in collaborazione con SC Programmazione percorsi di presa in carico nelle aree salute mentale e dipendenze e disabilità (Scheda codice 057010 ob.3):

Obiettivo N°1 per NSG D22Z e D33ZA in collaborazione con SC Percorsi assistenziali domiciliari di continuità delle cure (Scheda codice 057009 ob.1 e 2)

Obiettivo N°1 per NSG D27C in collaborazione con SC Programmazione percorsi di presa in carico nelle aree salute mentale e dipendenze e disabilità (Scheda codice 057010 ob.3)

Obiettivo N° 1 per NSG D14C -PDTA03(B) in collaborazione con SC SFT (Scheda codice 032405 ob.2.1 e 2.2)

Obiettivo N°4.3 in collaborazione con SC SFT (Scheda codice 032405 ob.1)

Obiettivo N°4.5 in collaborazione con lo Staff DS (Scheda codice 030001 ob.7)

Codice scheda	Rendicontazione al 30/09/2025	Rendicontazione al 31/12/2025
210012	1.0 AREA NSG – su n. 18 indicatori, n. 10 sono disponibili su tableau. - n. 6 a target; n. 4 non a target. Il monitoraggio è continuo e condiviso con Cdg, SC Appropriatelyzza e Staff DS.	1.0 AREA NSG – su n. 18 indicatori tutti sono disponibili su tableau. Il monitoraggio è stato garantito da SC Appropriatelyzza e Staff DS.
	2.0 IN FASE DI COMPLETAMENTO (74 su 115 Indicatori Portale profili di salute)	2.0 Portale; presentato agli stakeholders territoriali in data 25 novembre 2025. Attivati gli account richiesti. RAGGIUNTO
	Area Sangue e Pronto Soccorso: AZIONE DI MONITORAGGIO degli indicatori previsti da effettuarsi trimestralmente su: 3.1 Indicatore=47.91% a target. 3.2 Indicatore=5.15% non a target	Area Sangue e Pronto Soccorso: 3.1 Percentuale di pazienti a cui è assegnato al triage il codice di priorità 2 (arancione) che attendono un tempo massimo di 15 minuti nei PS pubblici e privati, nel territorio di riferimento =56.29% non a target. Monitoraggio effettuato trimestralmente. RAGGIUNTO 3.2 Numero di pazienti che lasciano i Pronto Soccorso (pubblici e privati) dopo l'accettazione e prima della visita, nel territorio di riferimento =4.72% non a target. Monitoraggio effettuato trimestralmente. RAGGIUNTO
	4.1 CEDAP Indicatore=0.54% a target REGISTRO TUMORI: Il Registro Tumori di ATS BG collabora in continuo con il Network dei registri tumori delle altre ATS di Regione Lombardia, con la supervisione dell'Osservatorio EPidemiologico Regionale. La fornitura del flusso è armonizzata con gli invii delle altre ATS. Per CeDAP sono in corso di attivazione le credenziali per accesso allo specifico cruscotto di monitoraggio.	4.1 CEDAP attivate le credenziali per accesso a cruscotto di monitoraggio. Indicatore valore più attuale 0.19% RAGGIUNTO REGISTRO TUMORI: Conferimento DG Welfare dei dati previsti effettuato. RAGGIUNTO
	4.2 Non disponibile	4.2 Accessi in OBI con ricovero OBI=2484 con Ricoveri da provenienza OBI=389 Indicatore 6,3 RAGGIUNTO
	4.3 IN FASE DI COMPLETAMENTO – n. 1 scheda medico – obiettivo condiviso con SFT	4.3 Schede mediche prodotte per tutti gli MMG della provincia di Bergamo sull'anno 2024. File consegnati alle ASST per loro esposizione su portale dedicato ai Dipartimenti di Cure Primarie. RAGGIUNTO

CDR I LIVELLO	DIREZIONE GENERALE
CDR II LIVELLO	S.S. SISTEMA INFORMATIVO AZIENDALE

CODICE	INDIRIZZO DI BUDGET REGIONALE/AZIENDALE
201901	Obiettivo aziendale

Correlato a OBIETTIVO STRATEGICO (OS) o OPERATIVO (OO)
PIAO 2025-2027 (All.7)

OS3	OS3: Governo dei sistemi informativi
OS9	OS9: Attuazione di specifici Progetti strategici o attività di miglioramento

Azione concreta di contribuzione alla realizzazione dell'indirizzo strategico ed operativo

OBIETTIVO DELL'AZIONE CONCRETA
1. Monitoraggio dell'attuazione del Regolamento attività libero professionale intramoenia

PARAMETRO DI MISURAZIONE (Indicatore), TARGET ATTESO DELL'OBIETTIVO e TEMPO di sua realizzazione
<p>1. -Indicatore: Fatto/Non fatto (Verifica dello stato di attuazione del nuovo regolamento della libera professione tenuto con dei rilevati del MEF per competenza dell'articolazione organizzativa)</p> <p>-Target atteso: Fatto (Verifica effettuata)</p> <p>-Tempo di realizzazione: Messa a regime della funzionalità entro il 31 dicembre 2025</p>

PUNTI DI CONTROLLO DELL'OBIETTIVO da rendicontare	
30 SETTEMBRE 2025	31 DICEMBRE 2025

Obiettivo condiviso con altre articolazioni di ATS? (barrare opzione) SI' X NO

se barrato "SI" indicare a seguire:

Obiettivo in collaborazione con SC BPFC (Scheda codice 061104 ob.1), con SC GSRU (Scheda codice 061206 ob.1) e con DVSAOA (Scheda codice 013304 ob.1)

Codice scheda	Rendicontazione al 30/09/2025	Rendicontazione al 31/12/2025
201901	<p>Nel corso del corrente anno si è provveduto a implementare, con le altre strutture del DAMM e del DV, quanto richiesto dal MEF.</p> <p>Si sta dando piena attuazione al Regolamento aziendale approvato con Deliberazione aziendale n. 1014 del 06/12/2024.</p> <p>È stata inoltre costituita ed è operativa la Commissione paritetica per la Libera Professione.</p> <p>Si sta inoltre verificando che l'esercizio della libera professione sia in aderenza con il Regolamento Aziendale e nel rispetto dei volumi programmati.</p>	<p>Nel corso del corrente anno si è provveduto a implementare, con le altre strutture del DAMM e del DV, quanto richiesto dal MEF.</p> <p>Si sta dando piena attuazione al Regolamento aziendale approvato con Deliberazione aziendale n. 1014 del 06/12/2024.</p> <p>È stata inoltre costituita ed è operativa la Commissione paritetica per la Libera Professione.</p> <p>Si sta inoltre verificando che l'esercizio della libera professione sia in aderenza con il Regolamento Aziendale e nel rispetto dei volumi programmati.</p> <p>Sono stati inoltre effettuati alcuni approfondimenti, insieme al Dipartimento veterinario al fine di:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rivedere il sistema tariffario per la libera professione, previa codifica delle prestazioni; - Formulare una proposta di piano delle attività della libera professione; - Individuare una proposta di soluzione provvisoria sulla prenotazione preventiva e pagamento anticipato/contestuale delle prestazioni. <p>Obiettivo raggiunto al 100%</p>

CDR I LIVELLO	DIREZIONE GENERALE
CDR II LIVELLO	S.S. SISTEMA INFORMATIVO AZIENDALE

CODICE	INDIRIZZO DI BUDGET REGIONALE/AZIENDALE
201902	Obiettivo aziendale

Correlato a OBIETTIVO STRATEGICO (OS) o OPERATIVO (OO)

PIAO 2025-2027 (All.7)

OS3	OS3: Governo dei sistemi informativi
OS9	OS9: Attuazione di specifici Progetti strategici o attività di miglioramento

Azione concreta di contribuzione alla realizzazione dell'indirizzo strategico ed operativo

OBIETTIVO DELL'AZIONE CONCRETA
<p>1. Implementazione sistema PAGOPA per tutte le attività del ciclo attivo, sia con riguardo le imprese sia con riferimento ai singoli cittadini. Sviluppo delle funzionalità, affinché tutti i pagamenti da parte di imprese e cittadini possano essere effettuati tramite il sistema PAGOPA</p>

PARAMETRO DI MISURAZIONE (Indicatore), TARGET ATTESO DELL'OBIETTIVO e TEMPO di sua realizzazione
<p>1.-Indicatore: Fatto/Non fatto (Messa a regime del sistema PAGOPA per competenza dell'articolazione organizzativa)</p> <p>-Target: Fatto (Messa a regime effettuata)</p> <p>-Tempo di realizzazione: Messa a regime della funzionalità entro il 31 dicembre 2025</p>

PUNTI DI CONTROLLO DELL'OBIETTIVO da rendicontare

30 SETTEMBRE 2025

31 DICEMBRE 2025

Obiettivo condiviso con altre articolazioni di ATS? (barrare opzione) SI NO

se barrato "SI" indicare a seguire:

Obiettivo in collaborazione con SC BPFC (Scheda codice 061105 ob.1) e con SC AGL (Scheda codice 061004 ob.1)

Codice scheda	Rendicontazione al 30/09/2025	Rendicontazione al 31/12/2025
201902	<p>Nel corso del 2025 sono state messe in atto numerose attività per rendere pienamente operativo il sistema PAGOPA.</p> <p>In particolare, si è provveduto a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ridefinizione e sistematizzazione dei cosiddetti "spontanei" PAGOPA; - rivisitazione delle modulistiche in uso per l'indicazione delle modalità di pagamento da parte di cittadini e imprese; - chiusura di tutti i conti correnti postali; - sviluppo di automatismi per la riconciliazione automatica dei pagamenti PAGOPA; - Installazione dei POS PAGOPA presso gli sportelli del Dipartimento Veterinario; - Avvio della progettualità per lo sviluppo del Sito Internet aziendale per facilitare i pagamenti PAGOPA; - Sviluppo dei diversi gestionali aziendali (Sivian Billing, Apex, ERP.) affinché possa essere ottimizzata la gestione degli avvisi di pagamento PAGOPA. 	<p>Nel 2025, sono state messe in atto numerose attività per rendere pienamente operativo il sistema PAGOPA, rendendolo la forma elettiva di riscossione di pagamenti attraverso la dismissione o disattivazione degli altri canali aziendali.</p> <p>In particolare, si è provveduto a: - ridefinizione e sistematizzazione dei cosiddetti "spontanei" PAGOPA; - rivisitazione delle modulistiche in uso per l'indicazione delle modalità di pagamento da parte di cittadini ed imprese; - chiusura di tutti i conti correnti postali; - sviluppo di automatismi per la riconciliazione automatica dei pagamenti PAGOPA; - installazione dei POS PAGOPA presso gli sportelli del DV, che saranno operativi non appena saranno sviluppate le apposite funzionalità nel gestionale Sivian Billing; - avvio della progettualità per lo sviluppo del Sito Internet aziendale per facilitare i pagamenti PAGOPA; - sviluppo dei diversi gestionali aziendali (Sivian Billing, Apex, ERP..) affinché possa essere ottimizzata la gestione degli avvisi di pagamento PAGOPA.</p> <p>Obiettivo raggiunto al 100%</p>

CDR I LIVELLO	DIREZIONE GENERALE
CDR II LIVELLO	S.S. SISTEMI INFORMATIVI AZIENDALI

CODICE

INDIRIZZO DI BUDGET REGIONALE/AZIENDALE

201903	Obiettivo aziendale
--------	---------------------

Correlato a OBIETTIVO STRATEGICO (OS) o OPERATIVO (OO)

PIAO 2025-2027 (All.7)

OS3	OS3: Governo dei Sistemi Informativi
OS9	OS9: Attuazione di specifici Progetti strategici o attività di miglioramento

Azione concreta di contribuzione alla realizzazione dell'indirizzo strategico ed operativo

OBIETTIVO DELL'AZIONE CONCRETA
1. Attuazione di quanto indicato nella domanda di partecipazione all'Avviso Pubblico multimisura 1.1 e 1.2 "Infrastrutture digitali e abilitazione al cloud" – ASL/AO (marzo 2023) – M1C1 PNRR FINANZIATO DALL'UNIONE EUROPEA - NextGenerationEU

PARAMETRO DI MISURAZIONE (Indicatore), TARGET ATTESO DELL'OBIETTIVO e TEMPO di sua realizzazione
1. -Indicatore: Fatto/Non fatto (Avanzamento di tutte le linee di attività previste dal piano di finanziamento-in totale sono 16- con un obiettivo al 100% entro il 30 giugno 2025 (termine ultimo attività). -Target: Fatto (100% delle linee di attività a regime) -Tempo di realizzazione entro il 30 giugno 2025

PUNTI DI CONTROLLO DELL'OBIETTIVO da rendicontare	
30 SETTEMBRE 2025	31 DICEMBRE 2025

Obiettivo condiviso con altre articolazioni di ATS? (barrare opzione) SI' X NO

se barrato "SI" indicare a seguire:

Obiettivo in collaborazione con SC GTP (Scheda codice 061405 ob.1), con SC AGL (Scheda codice 061005 ob.1) e con SC BPFC (Scheda codice 061103 ob.1)

Codice scheda	Rendicontazione al 30/09/2025	Rendicontazione al 31/12/2025
201903	Nel corso del 2025 si è provveduto a portare nel cloud ARIA, quanto previsto dal finanziamento PA2026 del marzo 2023 (vedi avviso pubblico Multimisura 1.1 e 1.2 "Infrastrutture digitali e abilitazione al cloud"). Nello specifico: - Contabilità e acquisti: avviata nel cloud il 23.03.2025 - Atti e protocollo: avviati nel cloud in data 27.05.2025 - Portale web (comunicazione istituzionale): avviato in data 11.05.2025.	Si conferma quanto già rendicontato al 30/09/2025. Obiettivo raggiunto al 100%

CDR I LIVELLO	DIREZIONE GENERALE
CDR II LIVELLO	RISK MANAGEMENT

CODICE

INDIRIZZO DI BUDGET REGIONALE/AZIENDALE

210003	D.G.R. XII/3720 del 30/12/2024, recante ad oggetto "Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione del SSR per l'anno 2025 – (di concerto con il vicepresidente Alparone e gli Assessori Lucchini e Fermi)" e ss.mm.ii.
--------	--

Correlato a **OBIETTIVO STRATEGICO (OS) o OPERATIVO (OO)**

PIAO 2025-2027 (All.7)

OS2	<i>OS2: Consolidare e migliorare la qualità dei servizi</i>
OS9	<i>OS9: Attuazione di specifici progetti strategici o attività di miglioramento</i>

Azione concreta di contribuzione alla realizzazione dell'indirizzo strategico ed operativo

OBIETTIVO DELL'AZIONE CONCRETA

Supportare le RSA/RSD socio-sanitarie nell'implementazione del DM 19/12/2022, come previsto dalle Linee operative in Risk management 2025, agendo su uno dei seguenti ambiti prioritari: farmaci/cadute/Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA)/violenza su operatori/gestione di eventi inattesi

In particolare:

1. Collaborare con le RSA-RSD per migliorare la gestione del rischio, attraverso strumenti quali la formazione e/o somministrazione di survey/check-list, in almeno uno degli ambiti prioritari previsti dalle L.O. in Risk Management

PARAMETRO DI MISURAZIONE (Indicatore), TARGET ATTESO DELL'OBIETTIVO e TEMPO di sua realizzazione

1. **Indicatore:** Fatto/Non fatto (Realizzazione di progetti di miglioramento per RSA-RSD)

- **Target:** Fatto (almeno 1 progetto di miglioramento relativo alla gestione del rischio nelle RSA/RSD della provincia)

- **Tempo di realizzazione:** entro il 31 dicembre 2025

PUNTI DI CONTROLLO DELL'OBIETTIVO da rendicontare

30 SETTEMBRE 2025

31 DICEMBRE 2025

Obiettivo condiviso con altre articolazioni di ATS? (barrare opzione) SÌ NO X

Codice scheda	Rendicontazione al 30/09/2025	Rendicontazione al 31/12/2025
210003	<p>E' stato inserito nel PARM 2025 il Progetto "RSA e RSD - Sperimentazione di uno strumento regionale di segnalazione Incident Reporting e di un modello gestionale", le cui attività sono in linea con il cronoprogramma.</p> <p>In sintesi:</p> <p>È stata prodotta una versione preliminare del modulo Incident Reporting per le RSA-RSD</p> <p>E' stato individuato un caso di studio (caduta) per simulare un evento avverso con l'ausilio dell'intelligenza artificiale</p>	<p>Il 4/12/2025 il risk manager ha tenuto una videoconferenza con le RSA-RSD per condividere il progetto e successivamente sono stati acquisiti modelli/procedure di Incident Reporting in uso, in vista della predisposizione della versione finale del modulo;</p> <p>Il risk manager ha supportato la validazione di una metodologia di valutazione del rischio nelle RSA-RSD la quale consente di monitorare l'andamento del rischio nel tempo nella stessa struttura e quindi di misurare l'efficacia del piano di miglioramento;</p> <p>Il risk manager ha proposto un evento formativo sul risk management nelle RSA-RSD in accordo con la Direzione Socio-Sanitaria per il Piano di Formazione Aziendale 2026;</p> <p>Il video prodotto con l'intelligenza artificiale sarà utilizzato durante la formazione, per illustrare il caso di studio</p> <p>Fatto</p>

CDR I LIVELLO	DIREZIONE GENERALE
CDR II LIVELLO	RISK MANAGEMENT

CODICE	INDIRIZZO DI BUDGET REGIONALE/AZIENDALE
210004	D.G.R. XII/3720 del 30/12/2024, recante ad oggetto "Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione del SSR per l'anno 2025 – (di concerto con il vicepresidente Alparone e gli Assessori Lucchini e Fermi)" e ss.mm.ii.

Correlato a OBIETTIVO STRATEGICO (OS) o OPERATIVO (OO)

PIAO 2025-2027 (All.7)

OS2	OS2: Consolidare e migliorare la qualità dei servizi
OS9	OS9: Attuazione di specifici progetti strategici o attività di miglioramento

Azione concreta di contribuzione alla realizzazione dell'indirizzo strategico ed operativo

OBIETTIVO DELL'AZIONE CONCRETA
Supportare l'ATS nel migliorare la sicurezza nei seguenti ambiti prioritari: attività di prevenzione tipiche del DIPS (screening/prevenzione malattie infettive) o trasversali (prevenzione della violenza contro i suoi operatori)
1. Collaborare con le varie articolazioni dell'ATS per migliorare la gestione del rischio in almeno uno degli ambiti prioritari previsti dalle L.O. in Risk Management all'interno delle ATS

PARAMETRO DI MISURAZIONE (Indicatore), TARGET ATTESO DELL'OBIETTIVO e TEMPO di sua realizzazione
1. Indicatore: Fatto/Non fatto (Realizzazione di progetti di miglioramento per ATS)
- Target: Fatto (almeno 1 progetto di miglioramento relativo alla gestione del rischio)
- Tempo di realizzazione: entro il 31 dicembre 2025

PUNTI DI CONTROLLO DELL'OBIETTIVO da rendicontare	
30 SETTEMBRE 2025	31 DICEMBRE 2025

Obiettivo condiviso con altre articolazioni di ATS? (barrare opzione) SI' X NO

se barrato "SI" indicare a seguire:
Obiettivo in collaborazione con DIPS codice scheda (013101 Ob.2)

Codice scheda	Rendicontazione al 30/09/2025	Rendicontazione al 31/12/2025
210004	E' proseguito nel PARM 2025 il Progetto "SOCRAte Bergamo" ("Salute degli Ospiti dei Centri di prima accoglienza dei Richiedenti Asilo sul Territorio di Bergamo"), che verte sullo screening precoce della TBC nei profughi dei CAS, le cui attività sono in linea con il cronoprogramma. In sintesi:	È stato effettuato il passaggio di consegne alle ASST, da parte della SC MPC. Il materiale prodotto nell'ambito del progetto è stato trasferito alle ASST (buona pratica validata da AGENAS nel 2024) Fatto

Codice scheda	Rendicontazione al 30/09/2025	Rendicontazione al 31/12/2025
210005	In accordo con il RM, il Dipartimento Veterinario (dott. Albrici, Direttore SIAPZ e il RAQ, M. Zanutto) ha realizzato, il 4/09/2025, un <i>audit sul processo delle Allerte alimentari</i> (analizzato con la metodologia HERM nell'anno 2024). Entro il 30 settembre 2025 sono stati sottoposti all'analisi con la metodologia HERM altri n. 3 processi, come da indicazioni di RL.	Il 17/10/2025 il risk manager ha trasmesso in RL i risultati dell'analisi dei n. 3 processi di ATS Bergamo effettuata con la metodologia HERM nel 2025. Fatto

CDR I LIVELLO	DIREZIONE GENERALE
CDR II LIVELLO	RISK MANAGEMENT

CODICE	INDIRIZZO DI BUDGET REGIONALE/AZIENDALE
210006	D.G.R. XII/3720 del 30/12/2024, recante ad oggetto "Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione del SSR per l'anno 2025 – (di concerto con il vicepresidente Alparone e gli Assessori Lucchini e Fermi)" e ss.mm.ii.

Correlato a OBIETTIVO STRATEGICO (OS) o OPERATIVO (OO)

PIAO 2025-2027 (All.7)

OS2	OS2: Consolidare e migliorare la qualità dei servizi
OS9	OS9: Attuazione di specifici progetti strategici o attività di miglioramento

Azione concreta di contribuzione alla realizzazione dell'indirizzo strategico ed operativo

OBIETTIVO DELL'AZIONE CONCRETA
Allineamento dell'ATS al Decreto DGR Welfare n.3672 del 16/12/2024 "Approvazione del documento di indirizzo sulla prevenzione e la gestione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari di cui all'art. 3 della l.r. n.15 dell'8 luglio 2020 «sicurezza del personale sanitario e sociosanitario» In particolare; 1. Collaborare con la Direzione strategica ed il GAGA per aggiornare la procedura "Gestione degli atti violenti ai danni del personale sanitario e non sanitario dell'ATS di Bergamo"

PARAMETRO DI MISURAZIONE (Indicatore), TARGET ATTESO DELL'OBIETTIVO e TEMPO di sua realizzazione
1. Indicatore: Fatto/Non fatto (Aggiornamento procedura aziendale su aggressioni) - Target: Fatto (Procedura aggiornata) - Tempo di realizzazione: entro il 31 dicembre 2025

PUNTI DI CONTROLLO DELL'OBIETTIVO da rendicontare	
30 SETTEMBRE 2025	31 DICEMBRE 2025

Obiettivo condiviso con altre articolazioni di ATS? (barrare opzione) ⇒ SI' NO X

Codice scheda	Rendicontazione al 30/09/2025	Rendicontazione al 31/12/2025
210006	<p>E' stato inserito nel PARM 2025 il Progetto "Dai risultati del progetto PEGASO-S al Piano per la Prevenzione degli atti di Violenza sugli Operatori Sanitari (PREVIOS), previsto dalla DGR XII/3672 del 16/12/2024", le cui attività sono in linea con il cronoprogramma.</p> <p>In sintesi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - è stato monitorato continuamente il fenomeno in ATS, registrando gli episodi nel sistema IR e in HERMLomb; - è stata realizzata una campagna interna di sensibilizzazione degli operatori con: <ul style="list-style-type: none"> o messaggio di sensibilizzazione in bacheca il 12 marzo - in occasione della Giornata nazionale di prevenzione aggressioni agli operatori sanitari o articolo nella Newsletter aziendale nel numero di maggio: "HERMLomb, un nuovo strumento regionale per la registrazione aggressioni e eventi avversi" o articolo nella Newsletter aziendale nel numero di luglio: "Il GAGA: Gruppo Aziendale di Gestione delle Aggressioni" - è stata prodotta una versione preliminare della procedura, da condividere con il GGR nell'incontro di novembre 	<p>Il risk manager:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ha effettuato una survey sull'evoluzione del fenomeno in ATS Bergamo negli ultimi 3 anni; - ha effettuato una analisi retrospettiva degli episodi segnalati nel sistema IR e un confronto dei risultati con la media regionale; - ha aggiornato la procedura relativa alla gestione delle aggressioni; - ha predisposto la Politica aziendale per la prevenzione delle aggressioni; - ha predisposto il PREVIOS (piano di prevenzione aggressioni) che sarà allegato al PARM 2026; <p>Fatto</p>

CDR I LIVELLO	DIREZIONE GENERALE
CDR II LIVELLO	RISK MANAGEMENT

CODICE	INDIRIZZO DI BUDGET REGIONALE/AZIENDALE
210007	<i>D.G.R. XII/3720 del 30/12/2024, recante ad oggetto "Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione del SSR per l'anno 2025 – (di concerto con il vicepresidente Alparone e gli Assessori Lucchini e Fermi)" e ss.mm.ii.</i>

Correlato a OBIETTIVO STRATEGICO (OS) o OPERATIVO (OO)

PIAO 2025-2027 (All.7)

OS2	<i>OS2: Consolidare e migliorare la qualità dei servizi</i>
OS9	<i>OS9: Attuazione di specifici progetti strategici o attività di miglioramento</i>

Azione concreta di contribuzione alla realizzazione dell'indirizzo strategico ed operativo

OBIETTIVO DELL'AZIONE CONCRETA
<p>Diffondere l'utilizzo dell'applicativo HERM LOMB attraverso sensibilizzazione/formazione degli operatori ATS, contestualmente all'aggiornamento della procedura interna IOUQ 18 "Istruzione per la gestione degli eventi avversi"</p> <p>In particolare:</p>

1. Organizzazione di incontri di sensibilizzazione/formazione del personale ATS alla nuova modalità di segnalazione degli eventi (per Dipartimento oppure per sede territoriale di lavoro)

2. Adeguamento della procedura sulla gestione degli eventi avversi alla nuova modalità di segnalazione degli eventi

PARAMETRO DI MISURAZIONE (Indicatore), TARGET ATTESO DELL'OBBIETTIVO e TEMPO di sua realizzazione

1. **Indicatore:** N° di incontri di sensibilizzazione effettuati/ N di incontri programmati

- **Target:** 100%

- **Tempo di realizzazione:** entro il 31 dicembre 2025

2. **Indicatore:** Fatto/Non fatto (Aggiornamento procedura aziendale come da specifiche progetto)

- **Target:** Fatto (Procedura aggiornata)

- **Tempo di realizzazione:** entro il 31 dicembre 2025

PUNTI DI CONTROLLO DELL'OBBIETTIVO da rendicontare

30 SETTEMBRE 2025

31 DICEMBRE 2025

Obiettivo condiviso con altre articolazioni di ATS? (barrare opzione)

SI' NO

Codice scheda	Rendicontazione al 30/09/2025	Rendicontazione al 31/12/2025
210007	<p>E' stata richiesta al SIA l'abilitazione di tutti gli operatori ATS all'utilizzo di HERMLomb, per poter formare gli operatori;</p> <p>1) E' stato programmato un webinar ECM che si terrà il 27 novembre 2025, per condividere le nuove linee guida, la procedura aggressioni aggiornata e per formare gli operatori all'utilizzo di HERMLomb per la segnalazione di eventuali aggressioni;</p> <p>2) La procedura sulla gestione degli eventi avversi (non aggressione) sarà aggiornata in collaborazione con RAQ, con il contributo del RM per la parte di competenza, previa conclusione dell'abilitazione dei referenti qualità e per il rischio delle varie unità operative all'utilizzo della piattaforma HERMLomb;</p>	<p>Il risk manager:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ha verificato che il Sistema Informativo Aziendale ha abilitato la maggior parte operatori all'utilizzo del portale (circa 500); - ha sensibilizzato gli operatori a collegarsi almeno una volta al portale per prendere visione delle sue funzionalità; - ha organizzato il Webinar interno «Le nuove linee guida per contrastare la violenza agli operatori e segnalazioni in HERMLomb» tenutosi il 27/11/2025 al quale hanno partecipato n. 41 operatori; <p>La sensibilizzazione è avvenuta attraverso 1 incontro con SIA, utilizzo della bacheca aziendale per il raggiungimento di tutti gli operatori e webinar per il raggiungimento degli operatori più esposti al rischio; pertanto, si ritiene che l'obiettivo sia stato raggiunto.</p> <p>100%</p> <ul style="list-style-type: none"> - ha aggiornato la Procedura relativa gestione degli eventi avversi, per la parte di competenza; <p>Fatto</p>

	Il RM ha partecipato in RL alla presentazione di HERMLomb (sezione audit) del 10 luglio 2025.	
--	---	--

CDR I LIVELLO	DIREZIONE GENERALE
CDR II LIVELLO	Dipartimento PAAPSS-S.C. NAPSS

CODICE	INDIRIZZO DI BUDGET REGIONALE/AZIENDALE
091901	<p><i>D.G.R. XII/3720 del 30/12/2024, recante ad oggetto "Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione del SSR per l'anno 2025 – (di concerto con il vicepresidente Alparone e gli Assessori Lucchini e Fermi)" e ss.mm.ii.</i></p> <p><i>D.G.R. XII/4434 del 26/05/2025, recante ad oggetto" Determinazioni in ordine agli obiettivi delle ATS e delle ASST e di AREU-anno 2025" e ss.mm.ii.</i></p> <p><i>Decreto DGW n.8610 del 18/06/2025 ad oggetto "Declinazione degli indicatori relativi agli obiettivi dell'ATS di Bergamo – anno 2025"</i></p>

Correlato a OBIETTIVO STRATEGICO (OS) o OPERATIVO (OO)

PIAO 2025-2027 (All.7)

0028	Esecuzione degli indirizzi di programmazione regionali 2025 ex DGR XII/3720 del 30.12.24-DGR XII/4434 del 26.05.25 e Decreto DGW n.8610 del 18.06.25
------	--

Azione concreta di contribuzione alla realizzazione dell'indirizzo strategico ed operativo

OBIETTIVO DELL'AZIONE CONCRETA
<p>Attuazione delle indicazioni regionali e rispetto delle relative scadenze in materia di contrattazione sanitaria, secondo le seguenti modalità</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Rispetto alle indicazioni regionali valutazione e calcolo dei volumi delle "soglie minime" e declinazione obiettivi legati alle quote mirate del 7% (ricovero) e del 10% (ambulatoriale) alle Strutture Sanitarie private accreditate ed a contratto del territorio entro la sottoscrizione delle schede di budget definitive 2025; 2. Attuazione delle indicazioni che saranno fornite da DGW in merito ad un eventuale manifestazione d'interesse legate al recupero delle prestazioni legate ai tempi d'attesa e relativa sottoscrizione degli <i>addendum</i> contrattuali o nuovi contratti per le strutture solo accreditate

PARAMETRO DI MISURAZIONE (Indicatore), TARGET ATTESO DELL'OBIETTIVO e TEMPO di sua realizzazione
<p>1. Indicatore: Numero di contratti sottoscritti/Numero di contratti da sottoscrivere</p> <p style="padding-left: 20px;">-Target: 100% (Secondo le specifiche dell'obiettivo)</p> <p style="padding-left: 20px;">- Tempo di realizzazione: 31 maggio 2025</p>
<p>2. Indicatore: Fatto/Non fatto (Esecuzione di una manifestazione d'interesse secondo le specifiche dell'obiettivo)</p> <p style="padding-left: 20px;">- Target: Fatto (Stipula contratto post-manifestazione di interesse)</p> <p style="padding-left: 20px;">- Tempo di realizzazione: secondo indicazioni regionali</p>

PUNTI DI CONTROLLO DELL'OBIETTIVO da rendicontare

30 SETTEMBRE 2025

31 DICEMBRE 2025

Obiettivo condiviso con altre articolazioni di ATS? (barrare opzione) SI NO X

Codice scheda	Rendicontazione al 30/09/2025	Rendicontazione al 31/12/2025
091901	<p>1. Sottoscrizione di tutti i contratti con le strutture sanitarie pubbliche e private accreditate entro la scadenza del 31 maggio 2025</p> <p>Provvedimento deliberativo n. 349 del 28 maggio 2025</p> <p>Declinati gli obiettivi legati alle quote mirate del 7% (ricovero) e del 10% (ambulatorio) e calcolate le soglie minime per ogni singolo erogatore.</p> <p>Obiettivo CONCLUSO e raggiunto al 100% schede obiettivo sottoscritte/schede obiettivo da sottoscrivere= 23/23.</p> <p>2. Con DGR n. XII/5057 del 29.09.2025 sono state fornite le indicazioni in merito all'indizione di una manifestazione d'interesse legate al recupero dei tempi d'attesa (processo che deve concludersi entro il prossimo 07.11.2025).</p>	<p>Obiettivo raggiunto al 100%</p> <p>Indizione manifestazione interesse.</p> <p>Provvedimento deliberativo n.684 del 20 ottobre 2025;</p> <p>Sottoscrizione di tutti i contratti di scopo con le sanitarie pubbliche e private accreditate che hanno partecipato alla manifestazione.</p> <p>Provvedimento n. 720 del 07 novembre 2025</p> <p>Obiettivo concluso contratti di scopo sottoscritti/contratti di scopo da sottoscrivere= 13/13</p> <p>Obiettivo raggiunto al 100%</p>

CDR I LIVELLO	DIREZIONE GENERALE
CDR II LIVELLO	Dipartimento PAAPSS-S.C. NAPSS

CODICE

INDIRIZZO DI BUDGET REGIONALE/AZIENDALE

091902	<p><i>D.G.R. XII/3720 del 30/12/2024, recante ad oggetto "Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione del SSR per l'anno 2025 – (di concerto con il vicepresidente Alparone e gli Assessori Lucchini e Fermi)" e ss.mm.ii.</i></p> <p><i>D.G.R. XII/4434 del 26/05/2025, recante ad oggetto" Determinazioni in ordine agli obiettivi delle ATS e delle ASST e di AREU-anno 2025" e ss.mm.ii.</i></p> <p><i>Decreto DGW n.8610 del 18/06/2025 ad oggetto: "Declinazione degli indicatori relativi agli obiettivi dell'ATS di Bergamo – anno 2025"</i></p>
---------------	--

Correlato a OBIETTIVO STRATEGICO (OS) o OPERATIVO (OO)

PIAO 2025-2027 (All.7)

OO28	<p><i>Esecuzione degli indirizzi di programmazione regionali 2025 ex DGR XII/3720 del 30.12.24-DGR XII/4434 del 26.05.25 e Decreto DGW n.8610 del 18.06.25</i></p>
-------------	--

Azione concreta di contribuzione alla realizzazione dell'indirizzo strategico ed operativo

OBIETTIVO DELL'AZIONE CONCRETA

Attuazione delle indicazioni regionali e rispetto delle relative scadenze in materia di contrattazione sociosanitaria, secondo le seguenti modalità:

1. Rispetto alle indicazioni regionali sottoscrizione delle schede di budget definitive 2025;
2. Rispetto delle tempistiche stabilite nella trasmissione dei Flussi di rendicontazione FE1-FE2-FE4 in base a quanto previsto dagli indirizzi regionali

PARAMETRO DI MISURAZIONE (Indicatore), TARGET ATTESO DELL'OBIETTIVO e TEMPO di sua realizzazione

1. **Indicatore:** Numero contratti sottoscritti/Numero contratti da sottoscrivere
 - **Target:** 100% (Secondo le specifiche dell'obiettivo)
 - **Tempo di realizzazione:** 31 maggio 2025
2. **Indicatore:** Fatto/Non fatto (Rispetto delle scadenze invii flussi con le date indicate da Regione Lombardia)
 - **Target:** Fatto (Data effettiva dell'invio flussi = data scadenza regionale per il 100% dei flussi)
 - **Tempo di realizzazione:** Trasmissione dei flussi entro le scadenze regionali previste

PUNTI DI CONTROLLO DELL'OBIETTIVO da rendicontare

30 SETTEMBRE 2025

31 DICEMBRE 2025

Obiettivo condiviso con altre articolazioni di ATS? (barrare opzione) SI NO X

Codice scheda	Rendicontazione al 30/09/2025	Rendicontazione al 31/12/2025
091902	1. Sottoscrizione di tutti i contratti con le UdO sociosanitarie pubbliche, private accreditate entro la scadenza del 31 maggio 2025	Obiettivo raggiunto al 100%

	Provvedimento n. 347 del 26 maggio 2025 Obiettivo CONCLUSO e raggiunto al 100% 2. Rispettato invio dei flussi FE entro le scadenze regionali previste, inviati n. 6 flussi su 6 da inviare (05.02 – 17.02 – 30.04 – 15.05 – 29.07 – 14.08)	Rispettato invio dei flussi FE entro le scadenze regionali previste, inviati n. 8 flussi su 8 da inviare (05.02 – 17.02 – 30.04 – 15.05 – 29.07 – 14.08 - 30.10 – 13.11) Obiettivo raggiunto al 100%
--	--	--

CDR I LIVELLO	DIREZIONE GENERALE
CDR II LIVELLO	Dipartimento PAAPSS-S.C. NAPSS

CODICE	INDIRIZZO DI BUDGET REGIONALE/AZIENDALE
091903	<p><i>D.G.R. XII/3720 del 30/12/2024, recante ad oggetto "Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione del SSR per l'anno 2025 – (di concerto con il vicepresidente Alparone e gli Assessori Lucchini e Fermi)" e ss.mm.ii.</i></p> <p><i>D.G.R. XII/4434 del 26/05/2025, recante ad oggetto" Determinazioni in ordine agli obiettivi delle ATS e delle ASST e di AREU-anno 2025" e ss.mm.ii.</i></p> <p><i>Decreto DGW n.8610 del 18/06/2025 ad oggetto "Declinazione degli indicatori relativi agli obiettivi dell'ATS di Bergamo – anno 2025"</i></p>

Correlato a OBIETTIVO STRATEGICO (OS) o OPERATIVO (OO)

PIAO 2025-2027 (All.7)

OS11	<i>OS11: Tempi di attesa secondo quanto previsto PRGLA per le prestazioni da erogare ex DGR XII/4434 del 26.05.25 e Decreto DGW n.8610 del 18.06.25</i>
OO29	<i>OO29: Rispetto delle Linee di indirizzo dell'Osservatorio nazionale delle Liste d'Attesa ex DGR XII/4434 del 26.05.25 e Decreto DGW n.8610 del 18.06.25</i>

Azione concreta di contribuzione alla realizzazione dell'indirizzo strategico ed operativo

OBIETTIVO DELL'AZIONE CONCRETA
<p>Attuazione delle indicazioni regionali in merito all'abbattimento delle liste d'attesa:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Raggiungimento dei target previsti dal Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa, che saranno validati con successivo provvedimento; 2. Rispetto dei tempi di attesa per le prestazioni PNGLA in classe di priorità B (per le B escluse quelle già considerate nell'indicatore NSG D10Z) - D - P - Privati; 3. Governo Liste d'attesa: domini centrali; 4. Raggiungimento, per gli specialisti ospedalieri, del 90% delle prescrizioni di specialistica ambulatoriale prescrivibili con ricetta dematerializzata

PARAMETRO DI MISURAZIONE (Indicatore), TARGET ATTESO DELL'OBIETTIVO e TEMPO di sua realizzazione
--

1. **Indicatore:** Monitoraggio della percentuale di raggiungimento del target per prestazione/raggruppamento da parte degli Enti pubblici e privati afferenti al proprio territorio tramite i dati pubblicati su piattaforma regionale Tableau – Rendicontazione autonoma da parte di DG Welfare
 - **Target:** da PRGLA i target saranno definiti da Regione Lombardia

 - **Tempo di realizzazione:** anno 2025 (flussi definitivi disponibili marzo/aprile 2026)
2. **Indicatore:** Monitoraggio della percentuale di prestazioni per cui viene garantito il rispetto dei tempi di attesa per classe di priorità tramite i dati pubblicati su piattaforma regionale Tableau – Rendicontazione autonoma da parte di DG Welfare
 - **Target:** >=90%

 - **Tempo di realizzazione:** anno 2025 (flussi definitivi disponibili marzo/aprile 2026)
3. **Indicatore:** Monitoraggio della riduzione della % di erogato che non risulta gestito o negoziato dai domini centrali (la prenotazione non passa dalla rete regionale di prenotazione) da parte degli Enti pubblici e privati afferenti al proprio territorio, per il tramite dei dati pubblicati su piattaforma regionale Tableau – Rendicontazione autonoma da parte di DG Welfare
 - **Target:** <=1,7%, comunque non superiore al 10% a livello di singolo Ente

 - **Tempo di realizzazione:** come da indicazioni regionali
4. **Indicatore:** Monitoraggio della percentuale di raggiungimento del target da parte degli Enti afferenti al proprio territorio, per il tramite dei dati pubblicati su piattaforma regionale Tableau -Rendicontazione autonoma da parte di DG Welfare
 - **Target:** >=90%

 - **Tempo di realizzazione:** come da indicazioni regionali

PUNTI DI CONTROLLO DELL’OBIETTIVO da rendicontare

30 SETTEMBRE 2025

31 DICEMBRE 2025

Obiettivo condiviso con altre articolazioni di ATS? (barrare opzione) SI' X NO

se barrato “SI” indicare a seguire:

Obiettivi in collaborazione con Ufficio Flussi (Scheda codice 091912ob.1-2-3-4)

Codice scheda	Rendicontazione al 30/09/2025	Rendicontazione al 31/12/2025
091903	<p>1. Con DGR n. XII/ 4556 del 16.06.2025 e successiva DGR n. XII/ 5057 del 29.09.2025 sono stati definiti i target previsti dal Piano Regionale di Governo delle liste d’attesa.</p> <p>Dati gennaio-agosto 2025</p> <p>Raggiungimento ATS BG: 58%</p> <p>Raggiungimento Privati: 74%</p> <p>Raggiungimento Pubblici: 37%</p> <p>Fonte dati Tableau. (i target sono stati rivisti recentemente pertanto</p>	<p>ATS BG: 105%</p> <p>Fonte dati Tableau</p> <p>Obiettivo raggiunto al 100%</p> <p>Attività di monitoraggio e governo: FATTO</p>

	<p>l'indicatore monitorato al momento non è da considerare critico)</p> <p>2. Privati</p> <p>Entro soglia B: 75%</p> <p>Entro soglia D: 73%</p> <p>Entro soglia P: 81%</p> <p>Pubblici</p> <p>Entro soglia B: 67%</p> <p>Entro soglia D: 70%</p> <p>Entro soglia P: 78%</p> <p>Fonte dati Tableau: percentuale riferita al periodo gennaio-agosto (ultimo flusso disponibile).</p> <p>3. ATS BG: 1,6%</p> <p>Fonte dati Tableau obiettivo in linea. Non si segnalano criticità</p> <p>4. Gennaio-Agosto 2025:</p> <p>Privati: 99%</p> <p>Pubblici: 87%</p> <p>Fonte dati report fornito da Regione</p>	<p>ATS BG (EEEP+EEP): 84%</p> <p>Fonte dati Tableau</p> <p>Obiettivo parzialmente raggiunto</p> <p>ATS BG: 1,7%</p> <p>Fonte dati Tableau</p> <p>Obiettivo raggiunto al 100%</p> <p>ATS BG: 90%</p> <p>Fonte dati report fornito da Regione</p> <p>Obiettivo raggiunto al 100%</p>
--	--	--

CDR I LIVELLO	DIREZIONE GENERALE
CDR II LIVELLO	Dipartimento PAAPSS-S.C. NAPSS

CODICE

INDIRIZZO DI BUDGET REGIONALE/AZIENDALE

091904	<p><i>D.G.R. XII/3720 del 30/12/2024, recante ad oggetto "Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione del SSR per l'anno 2025 – (di concerto con il vicepresidente Alparone e gli Assessori Lucchini e Fermi)" e ss.mm.ii.</i></p> <p><i>D.G.R. XII/4434 del 26/05/2025, recante ad oggetto" Determinazioni in ordine agli obiettivi delle ATS e delle ASST e di AREU-anno 2025" e ss.mm.ii.</i></p> <p><i>Decreto DGW n.8610 del 18/06/2025 ad oggetto "Declinazione degli indicatori relativi agli obiettivi dell'ATS di Bergamo – anno 2025"</i></p>
---------------	---

Correlato a OBIETTIVO STRATEGICO (OS) o OPERATIVO (OO)

PIAO 2025-2027 (All.7)

OS14	<i>OS14: Tempestiva alimentazione e potenziamento dei Flussi informativi per monitoraggio performance ex DGR XII/4434 del 26.05.25 e Decreto DGW n.8610 del 18.06.25</i>
OO028	<i>OO28: Esecuzione degli indirizzi di programmazione regionali 2025 ex DGR XII/3720 del 30.12.24- DGR XII/4434 del 26.05.25 e Decreto DGW n.8610 del 18.06.25</i>

Azione concreta di contribuzione alla realizzazione dell'indirizzo strategico ed operativo

OBIETTIVO DELL'AZIONE CONCRETA

1. **Attuazione delle indicazioni regionali in merito all'aumento della tempestività dei flussi**
 - Tempestività e completezza invio flussi MdS e DGW

PARAMETRO DI MISURAZIONE (Indicatore), TARGET ATTESO DELL'OBIETTIVO e TEMPO di sua realizzazione

1. **Indicatore:** Monitoraggio inserimento fatturazione attiva e controllo fatturazione passiva con relativa contestazione (mobilità sanitaria internazionale)
 - **Target:** Attiva; fatture inserite entro la scadenza/fatture totali da inserite = 100%
 - Passiva: fatto/non fatto invio relazione a DGW per verifica controllo dati e relative contestazioni
 - **Tempo di realizzazione:** anno 2025

PUNTI DI CONTROLLO DELL'OBIETTIVO da rendicontare

30 SETTEMBRE 2025

31 DICEMBRE 2025

Obiettivo condiviso con altre articolazioni di ATS? (barrare opzione) SI NO X

Codice scheda	Rendicontazione al 30/09/2025	Rendicontazione al 31/12/2025
091904	Al 30.09.25 sono state inserite tutte le fatture attive pervenute.	Fatturazione attiva: Inserite entro maggio tutte le fatture relative all'anno 2024 1022/1022 ed entro novembre le fatture

	E' in fase di elaborazione la relazione in merito alle fatture passive	arrivate per l'anno 2025 pari a 942/942 Fatturazione passiva: inviata relazione per DGW a Ufficio Staff con mail del 14.01.2026 Obiettivo raggiunto al 100%
--	--	--

CDR I LIVELLO	DIREZIONE GENERALE
CDR II LIVELLO	Dipartimento PAAPSS-S.C. APPROPRIATEZZA DELLA RETE TERRITORIALE

CODICE

INDIRIZZO DI BUDGET REGIONALE/AZIENDALE

091905	<i>D.G.R. XII/3720 del 30/12/2024, recante ad oggetto "Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione del SSR per l'anno 2025 – (di concerto con il vicepresidente Alparone e gli Assessori Lucchini e Fermi)" e ss.mm.ii.</i>
---------------	---

Correlato a **OBIETTIVO STRATEGICO (OS) o OPERATIVO (OO)**

PIAO 2025-2027 (All.7)

006	<i>OO6: Attuazione controlli sulle Strutture sanitarie in ambito ambulatoriale</i>
007	<i>OO7: Attuazione controlli sulle Strutture sanitarie in ambito di ricovero e cura</i>
008	<i>OO8: Realizzazione piano controlli annuale sugli erogatori sanitari e sociosanitari per garantire l'appropriatezza</i>

Azione concreta di contribuzione alla realizzazione dell'indirizzo strategico ed operativo

OBIETTIVO DELL'AZIONE CONCRETA
<p>Attuazione attività specifiche di controllo e di appropriatezza ai sensi della D.G.R. XII/3720 del 30/12/2024.</p> <p>Nelle seguenti direttrici di azione:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Appropriatezza delle prestazioni ambulatoriali 2. Appropriatezza delle prestazioni di ricovero 3. Appropriatezza delle prestazioni sociosanitarie

PARAMETRO DI MISURAZIONE (Indicatore), TARGET ATTESO DELL'OBIETTIVO e TEMPO di sua realizzazione
<ol style="list-style-type: none"> 1. Indicatore: Fatto/Non fatto (Attività di controllo dell'appropriatezza delle prestazioni ambulatoriali) <ul style="list-style-type: none"> -Target: Fatto (Controllo di almeno del 3,5%, delle prestazioni ambulatoriali con una percentuale dello 0,15% sulle prestazioni contraddistinte dai flag 1 e 3) -Tempo di realizzazione: nel corso del 2025 con chiusura del debito informativo previsto entro il 10/02/2026. 2. Indicatore: Fatto/Non fatto (Attività di controllo dell'appropriatezza delle prestazioni di ricovero) <ul style="list-style-type: none"> -Target: Fatto (Controllo di almeno il 12.5% delle prestazioni di ricovero così suddiviso:

- fino al 6,5% (di cui 3% di qualità documentale e 3,5% di congruenza ed appropriatezza generica, potrà essere riferita ad attività di autocontrollo da effettuare a cura dei soggetti erogatori secondo le modalità di selezione del campione e di successiva verifica dell'autocontrollo da parte dell'ATS, stabilite dalla DGR X/1185/2013
- per il restante 6% si conferma la selezione di tipo mirato della casistica per le conseguenti verifiche di congruenza)

Nel rispetto del Piano Aziendale di controllo, definito da Regione Lombardia (100%)

-Tempo di realizzazione: nel corso del 2025 con chiusura del debito informativo previsto entro il 10/02/2026.

3.1 Indicatore: Fatto/Non fatto (Attività di controllo dell'appropriatezza delle prestazioni sociosanitarie)

-Target: Fatto (Attività di controllo di appropriatezza ai sensi della DGR 1765/2014: verifiche del 33% delle unità di offerta sociosanitarie accreditate, autorizzate, a contratto e non a contratto, su un campione di FaSAS del:

- ⇒ 10 % UdO residenziali e semiresidenziali
- ⇒ 2,5 % UdO ambulatoriali e domiciliari

Nel rispetto del Piano Aziendale di controllo)

-Tempo di realizzazione: nel corso del 2025

3.2 Indicatore: Fatto/Non fatto (Attività di controllo di appropriatezza specifica sui nuclei Alzheimer nelle RSA, con nuclei Alzheimer accreditati delle UdO campionate anno 2025)

- Target: Fatto (100% del Piano Aziendale di controllo)

-Tempo di realizzazione: nel corso del 2025

3.3 Indicatore: Fatto/Non fatto (Attività di controllo della presa in carico delle segnalazioni per gli aspetti di competenza)

- Target: Fatto (100% nel rispetto del Piano Aziendale di controllo)

-Tempo di realizzazione: nel corso del 2025

PUNTI DI CONTROLLO DELL'OBIETTIVO da rendicontare

30 SETTEMBRE 2025

31 DICEMBRE 2025

Obiettivo condiviso con altre articolazioni di ATS? (barrare opzione) ⇒ SI' NO X

Codice scheda	Rendicontazione al 30/09/2025	Rendicontazione al 31/12/2025
091905	<p>Attività specifiche di appropriatezza:</p> <p>Indicatore 1 controllati 64.048 record, corrispondenti al 46% delle verifiche previste. Obiettivo in linea.</p> <p>Indicatore 2 controllate 10.116 SDO, corrispondenti al 60% delle verifiche previste. Obiettivo in linea.</p> <p>Indicatore 3.1 effettuato il 61,7% dei sopralluoghi programmati per il controllo di appropriatezza delle unità di offerta sociosanitaria campionate. Obiettivo in linea.</p> <p>Indicatore 3.2 effettuato il 71,4% dei Nuclei Alzheimer nelle RSA campionate. Obiettivo in linea.</p>	<p>Indicatore 1 controllati 175.528 RECORD, corrispondenti al 126% delle verifiche previste. Obiettivo raggiunto.</p> <p>Indicatore 2 controllate 17.343 SDO, corrispondenti al 102% delle verifiche previste. Obiettivo raggiunto.</p> <p>Indicatore 3.1 effettuato il 100% dei sopralluoghi programmati per il controllo di appropriatezza delle unità di offerta sociosanitaria campionate. Obiettivo raggiunto.</p> <p>Indicatore 3.2 effettuato il 100% dei Nuclei Alzheimer nelle RSA campionate. Obiettivo raggiunto.</p>

Indicatore 3.3	presa in carico del 100% delle segnalazioni pervenute	Indicatore 3.3 presa in carico del 100% delle segnalazioni pervenute. Obiettivo raggiunto.
----------------	---	---

CDR I LIVELLO	DIREZIONE GENERALE
CDR II LIVELLO	Dipartimento PAAPSS-S.C. APPROPRIATEZZA DELLA RETE TERRITORIALE

CODICE

INDIRIZZO DI BUDGET REGIONALE/AZIENDALE

091906	<p><i>D.G.R. XII/3720 del 30/12/2024, recante ad oggetto "Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione del SSR per l'anno 2025 – (di concerto con il vicepresidente Alparone e gli Assessori Lucchini e Fermi)" e ss.mm.ii.</i></p> <p><i>D.G.R. XII/4434 del 26.05.2025, recante ad oggetto "Determinazioni in ordine agli obiettivi delle Agenzie di Tutela della Salute (A.T.S.), delle Aziende Socio Sanitarie Territoriali (A.S.S.T.) e dell'Agenzia Regionale Emergenza Urgenza (A.R.E.U.) – anno 2025 e ss.mm.ii.</i></p> <p><i>Decreto DGW n.8610 del 18.06.2025, recante ad oggetto "Declinazione degli indicatori relativi agli obiettivi dell'ATS di Bergamo-Anno 2025"</i></p>
--------	---

Correlato a OBIETTIVO STRATEGICO (OS) o OPERATIVO (OO)

PIAO 2025-2027 (All.7)

OS14	<p><i>Tempestiva alimentazione e potenziamento dei Flussi informativi per monitoraggio performance ex DGR XII/4434 del 26.05.25 e Decreto DGW n.8610 del 18.06.25</i></p>
------	---

Azione concreta di contribuzione alla realizzazione dell'indirizzo strategico ed operativo

OBIETTIVO DELL'AZIONE CONCRETA

1. Attuazione attività specifiche come descritte nel Decreto DGW n.8610 del 18.06.2025, AREA FLUSSI INFORMATIVI:

- 1.1 Verifica coerenza informazioni trasmesse tra flusso SDO e HSP 11 e 11bis in collaborazione con Ufficio flussi
- 1.2 Verifica numerosità errori gravi nel flusso SDO (fonte SMAF)
- 1.3 Verifica trasmissione flusso SDO-R rispetto all'atteso (vedi note DGW)
- 1.4 Verifica coerenza di compilazione scale di valutazione nel flusso SDO-R (vedi note DGW)
- 1.5 Verifica trasmissione record 28SAN e SDO (fonte SMAF)

PARAMETRO DI MISURAZIONE (Indicatore), TARGET ATTESO DELL'OBIETTIVO e TEMPO di sua realizzazione

- 1.1 **Indicatore:** Fatto/Non fatto (Verifica coerenza informazioni trasmesse tra flusso SDO e HSP 11 e 11bis)
 - Target:** Fatto (Confronto numerosità Strutture di ricovero e modelli HSP 11 e 11bis inviati)
 - Tempo di realizzazione:** nel corso del 2025
- 1.2 **Indicatore:** Fatto/Non fatto (Verifica numerosità errori gravi nel flusso SDO)
 - Target:** Fatto (Monitoraggio rilevazione errori gravi come riportato nel file riepilogativo del portale SMAF presente in archivio documenti)
 - Tempo di realizzazione:** entro Febbraio 2026, come da DGR 3720/2024 e s.m.i.
- 1.3 **Indicatore:** Fatto/Non fatto (Verifica trasmissione flusso SDO-R rispetto all'atteso)

<p>-Target: Fatto (Report di rendicontazione auto compilato dalle Strutture)</p> <p>-Tempo di realizzazione: entro Febbraio 2026, come da DGR 3720/2024 e s.m.i.</p> <p>1.4 Indicatore: Fatto/Non fatto (Verifica coerenza di compilazione scale di valutazione nel flusso SDO-R)</p> <p>-Target: Fatto (Report di rendicontazione auto compilato dalle Strutture)</p> <p>-Tempo di realizzazione: entro Febbraio 2026, come da DGR 3720/2024 e s.m.i.</p> <p>1.5 Indicatore: Fatto/Non fatto (Verifica trasmissione record 28SAN e SDO attraverso i file riepilogativi del portale SMAF presenti in archivio documenti)</p> <p>-Target: Fatto (Monitoraggio trasmissione record SDO e 28SAN)</p> <p>-Tempo di realizzazione: entro Febbraio 2026, come da DGR 3720/2024 e s.m.i.</p>

PUNTI DI CONTROLLO DELL'OBIETTIVO da rendicontare

30 SETTEMBRE 2025

31 DICEMBRE 2025

Obiettivo condiviso con altre articolazioni di ATS? (barrare opzione) SI' NO

se barrato "SI" indicare a seguire:

Obiettivo N° 1.1 in collaborazione con Ufficio Flussi (Scheda codice 091911 ob.4)

Codice scheda	Rendicontazione al 30/09/2025	Rendicontazione al 31/12/2025
091906	<p>Attività specifiche monitoraggio flussi:</p> <p>Indicatore 1.1 confronto numerosità strutture censite HSP vs strutture che inviano flusso SDO: 22/22 (12 presidi privati a contratto + 10 presidi pubblici)</p> <p>Indicatore 1.2 monitoraggio errori gravi registrati nel flusso SDO (riepilogo portale SMAF): somma SDO esito E / somma tutte le SDO rendicontate: 261/84818 = 0,3%. Obiettivo in linea.</p> <p>Indicatore 1.3 rilevazione flusso SDO-R: definito report di monitoraggio da somministrare alle Strutture di ricovero e cura. Previste rilevazioni dati rendicontazione agosto e dicembre.</p> <p>Indicatore 1.4 rilevazione errori compilazione scale SDO-R: definito report di monitoraggio da somministrare alle Strutture di ricovero e cura. Previste rilevazioni dati rendicontazione agosto e dicembre.</p> <p>Indicatore 1.5 monitoraggio trasmissione record SDO e AMB:</p> <p>numero SDO inviate/totale SDO prodotte: 84819/84819=1</p>	<p>Indicatore 1.1 100% verifica coerenza flussi Strutture censite. Obiettivo raggiunto.</p> <p>Indicatore 1.2 113/124.487 = 0,1% verifica errori gravi. Obiettivo raggiunto.</p> <p>Indicatore 1.3 95% verifica trasmissione flusso SDO-R. Obiettivo raggiunto.</p> <p>Indicatore 1.4 95% verifica compilazione scale SDO R. Obiettivo raggiunto.</p> <p>Indicatore 1.5 100% verifica trasmissione record SDO e AMB. Obiettivo raggiunto.</p>

numero record AMB inviati/totale record AMB prodotti: 12.156.073/12.156.073=1	
---	--

CDR I LIVELLO	DIREZIONE GENERALE
CDR II LIVELLO	Dipartimento PAAPSS-S.C. APPROPRIATEZZA DELLA RETE TERRITORIALE

CODICE

INDIRIZZO DI BUDGET REGIONALE/AZIENDALE

091907	<p><i>D.G.R. XII/3720 del 30/12/2024, recante ad oggetto "Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione del SSR per l'anno 2025 – (di concerto con il vicepresidente Alparone e gli Assessori Lucchini e Fermi)" e ss.mm.ii.</i></p> <p><i>D.G.R. XII/4434 del 26.05.2025, recante ad oggetto "Determinazioni in ordine agli obiettivi delle Agenzie di Tutela della Salute (A.T.S.), delle Aziende Socio Sanitarie Territoriali (A.S.S.T.) e dell'Agenzia Regionale Emergenza Urgenza (A.R.E.U.) – anno 2025 e ss.mm.ii.</i></p> <p><i>Decreto DGW n.8610 del 18.06.2025, recante ad oggetto "Declinazione degli indicatori relativi agli obiettivi dell'ATS di Bergamo-Anno 2025"</i></p>
--------	---

Correlato a OBIETTIVO STRATEGICO (OS) o OPERATIVO (OO)

PIAO 2025-2027 (All.7)

OS10	<p><i>Nuovo Sistema di Garanzia (NSG): allineamento ad indicatori di qualità e performance per erogare assistenza ai cittadini secondo normative vigente ex DGR XII/4434 del 26.05.25 e Decreto DGW n.8610 del 18.06.25</i></p>
------	---

Azione concreta di contribuzione alla realizzazione dell'indirizzo strategico ed operativo

OBIETTIVO DELL'AZIONE CONCRETA

- Governance NSG H02C per "Quota di interventi per tumore maligno della mammella in reparti con volume di attività superiore a 150 (10% tolleranza) interventi annui"
 - Governance NSG H03C per "Proporzione di nuovo intervento di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella"
 - Governance NSG H05Z per "Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza postoperatoria inferiore a 3 giorni"
 - Governance H13C: Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario;
Governance H13C.48: Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 48 ore in regime ordinario;
- I due indicatori vanno riferiti al periodo indicato nella DGR 4938/2025
- Governance NSG H04Z per "Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inapprop. e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inapprop. in regime ordinario"
 - Governance NSG D01C per "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)"
 - Governance NSG D02C per "Proporzione di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi (*Major Adverse Cardiac and Cerebrovascular event -MACCE*) entro 12 mesi da un episodio di ictus ischemico"
 - Governance NSG D03C per "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"

9. Governance NSG D04C per "Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite"
10. Governance NSG D30Z per "Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore"
11. Governance NSG D10Z per "Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B"

PARAMETRO DI MISURAZIONE (Indicatore), TARGET ATTESO DELL'OBIETTIVO e TEMPO di sua realizzazione

1. Indicatore: Numero di interventi chirurgici nelle strutture pubbliche e private afferenti all'ATS di riferimento per tumore maligno della mammella con caratteristiche individuate nella scheda tecnica dell'indicatore, per reparto che supera i 135 interventi annui/Numero di interventi chirurgici nelle strutture pubbliche e private afferenti all'ATS di riferimento per tumore maligno della mammella con caratteristiche individuate nella scheda tecnica dell'indicatore, per reparto

-Target: 100%

-Tempo di realizzazione: nel corso del 2025 entro il 31 dicembre 2025

2. Indicatore: Numero di ricoveri nelle strutture pubbliche e private afferenti all'ATS di riferimento con nuovo intervento di resezione avvenuti entro 120 giorni da un intervento chirurgico per tumore maligno della mammella/Numero di ricoveri nelle strutture pubbliche e private afferenti all'ATS di riferimento con intervento di resezione per tumore maligno della mammella

-Target: ≤2,5

-Tempo di realizzazione: nel corso del 2025 entro il 31 dicembre 2025

3. Indicatore: Numero di ricoveri nelle strutture pubbliche e private afferenti all'ATS di riferimento con intervento di colecistectomia laparoscopica e degenza post-operatoria entro 3 giorni/Numero di ricoveri nelle strutture pubbliche e private afferenti all'ATS di riferimento con intervento di colecistectomia laparoscopica

-Target: ≥ 90%

-Tempo di realizzazione: nel corso del 2025 entro il 31 dicembre 2025

4. Indicatore: H13C.48 [Numero di ricoveri con diagnosi di frattura del collo del femore in cui il paziente sia stato operato entro 2 giorni (differenza tra data della procedura e data di ricovero ≤48 ore)/Numero di ricoveri con diagnosi di frattura del collo del femore]

Indicatore: H13C: [Numero di ricoveri nelle strutture pubbliche e private afferenti all'ATS di riferimento con diagnosi di frattura del collo del femore in cui il paziente sia stato operato entro 2 giorni (differenza tra data della procedura e data di ricovero ≤ 2 giorni)/Numero di ricoveri nelle strutture pubbliche e private afferenti all'ATS di riferimento con diagnosi di frattura del collo del femore]

-Target: ≥ 80%

-Tempo di realizzazione: nel corso del 2025 entro il 31 dicembre 2025 (rif.DGR 4938/2025)

5. Indicatore: N° dimissioni nelle strutture pubbliche e private afferenti all'ATS di riferimento attribuite ai 108 DRG ad alto rischio di inappropriata secondo Patto della Salute 2010-2012 in degenza ordinaria per acuti con DRG "inappropriato"/N° dimissioni nelle strutture pubbliche e private afferenti all'ATS di riferimento non attribuite ai 108 DRG ad alto rischio di inappropriata in degenza ordinaria per acuti con DRG non "inappropriato"

-Target: ≤ 15%

-Tempo di realizzazione: nel corso del 2025 entro il 31 dicembre 2025

6. Indicatore: Numero di episodi di IMA, per i quali entro 12 mesi a partire dalla data di dimissione del ricovero indice da una delle strutture pubbliche e private afferenti all'ATS di riferimento, avviene un evento maggiore cardiovascolare o cerebrovascolare per tutte le cause (MACCE)/Numero di episodi di IMA in pazienti sopravvissuti dopo 30 giorni dal ricovero indice nelle strutture pubbliche e private afferenti all'ATS di riferimento

<p>-Target: ≤14,55%</p> <p>-Tempo di realizzazione: nel corso del 2025 entro il 31 dicembre 2025</p> <p>7. Indicatore: Numero di ricoveri in strutture pubbliche e private afferenti all'ATS di riferimento per acuti con diagnosi principale di ictus ischemico, per i quali entro 12 mesi a partire dalla data di dimissione del ricovero indice avviene un evento maggiore cardiovascolare o cerebrovascolare (MACCE)/Numero di ricoveri con diagnosi principale di ictus ischemico sopravvissuti a 30 giorni dal ricovero indice nelle strutture pubbliche e private afferenti all'ATS di riferimento</p> <p>-Target: ≤ valore 2024</p> <p>-Tempo di realizzazione: nel corso del 2025 entro il 31 dicembre 2025</p> <p>8. Indicatore: N° dimissioni per i residenti ≥ 18 anni nel territorio dell'ATS con caratteristiche indicate nella scheda tecnica dell'indicatore/Popolazione ≥ 18 anni residente nell' ATS di riferimento</p> <p>Fattore di scala: x 100.000 abitanti</p> <p>-Target: ≤ valore 2024</p> <p>-Tempo di realizzazione: nel corso del 2025 entro il 31 dicembre 2025</p> <p>9. Indicatore: N° dimissioni per i residenti < 18 anni nel territorio dell'ATS di riferimento con caratteristiche indicate nella scheda tecnica dell'indicatore/ Popolazione < 18 anni residente nell' ATS di riferimento</p> <p>Fattore di scala: x 100.000 abitanti</p> <p>-Target: ≤50</p> <p>-Tempo di realizzazione: nel corso del 2025 entro il 31 dicembre 2025</p> <p>10. Indicatore: Σ Assistiti nelle strutture pubbliche e private afferenti all'ATS di riferimento in hospice con assistenza conclusa con decesso e per i quali la Patologia responsabile sia valorizzata con ICD-9-CM compreso tra 140-208 + Σ Assistiti in cure palliative domiciliari con assistenza conclusa per decesso per i quali la Patologia responsabile sia valorizzata con ICD-9-CM compreso tra 140-208.Assistenza relativa allo Stato Terminale Oncologico valorizzata con 1 (bisogno presente)/ Media dei dati ISTAT di mortalità per causa tumore degli ultimi 3 anni disponibili</p> <p>-Target: ≥ valore 2022</p> <p>-Tempo di realizzazione: nel corso del 2025 entro il 31 dicembre 2025</p> <p>11. Indicatore: Somma delle prestazioni di classe B erogate entro i tempi massimi previsti, nelle strutture pubbliche e private afferenti all'ATS di riferimento/Totale prestazioni classe B, nelle strutture pubbliche e private afferenti all'ATS di riferimento</p> <p>Fattore di scala: (x 100)</p> <p>-Target: ≥90%</p> <p>-Tempo di realizzazione: nel corso del 2025 entro il 31 dicembre 2025</p>
--

PUNTI DI CONTROLLO DELL'OBBIETTIVO da rendicontare	
30 SETTEMBRE 2025	31 DICEMBRE 2025

Obiettivo condiviso con altre articolazioni di ATS? (barrare opzione) SI' X NO

se barrato "SI" indicare a seguire:

Obiettivi da N°1 a N°11 in collaborazione con SC SEA (Scheda codice 210012 ob.1) ed in particolare per gli Obiettivi da N°1 a N°4 in collaborazione anche con Staff DS (Scheda codice 030001 Ob. dal 10 al 13)

Codice scheda	Rendicontazione al 30/09/2025	Rendicontazione al 31/12/2025
091907	<p>Attività di monitoraggio indicatori NSG condivisa con Staff DS e SC SEA:</p> <p>Indicatore 1 H02Z: 99,41% VALORE IN LINEA</p> <p>Indicatore 2 H03C: 3,25 % VALORE NON IN LINEA Valore migliorato rispetto al 2024. Gli unici enti in target sono l'ASST Bergamo Ovest e Humanitas Gavazzeni.</p> <p>Indicatore 3 H05Z: 88,81% VALORE NON IN LINEA Valore migliorato rispetto al 2024. Nessuna ASST in target; invece, gli EEPA sono in target.</p> <p>Indicatore 4 H13C: 88,79% VALORE IN LINEA</p> <p>Indicatore 5 H04Z: 13,44% VALORE IN LINEA</p> <p>Indicatore 6 D01C: 18,25% NON IN LINEA Valore in miglioramento. L'ASST Papa Giovanni XXIII e il relativo territorio in target.</p> <p>Indicatore 7 D02C: 1,48 VALORE IN LINEA</p> <p>Indicatore 8 D03C: 111,30 VALORE IN LINEA</p> <p>Indicatore 9 D04C: 64,09 NON IN LINEA Valore in miglioramento. L'ASST Papa Giovanni XXIII e il relativo territorio in target.</p> <p>Indicatore 10 D30Z: n.d.</p> <p>Indicatore 11 D10Z: 71,42% NON IN LINEA Valore non in target in nessuna ASST.</p>	<p>Indicatore 1 H02Z: 96,4%. Attività di monitoraggio e governo (report di monitoraggio indicatori 2025). Target non raggiunto.</p> <p>Indicatore 2 H03C: 3,81 %. Attività di monitoraggio e governo (report di monitoraggio indicatori 2025). Target non raggiunto.</p> <p>Indicatore 3 H05Z: 92,01%. Obiettivo raggiunto.</p> <p>Indicatore 4 H13C: 89,53% Obiettivo raggiunto.</p> <p>Indicatore 5 H04Z: 12,50% Obiettivo raggiunto.</p> <p>Indicatore 6 D01C: 21,10% Attività di monitoraggio e governo (report di monitoraggio indicatori 2025). Target non raggiunto.</p> <p>Indicatore 7 D02C: 2,58 Obiettivo raggiunto.</p> <p>Indicatore 8 D03C: 183,65 Obiettivo raggiunto.</p> <p>Indicatore 9 D04C: 92,75 Attività di monitoraggio e governo (report di monitoraggio indicatori 2025). Target non raggiunto.</p> <p>Indicatore 10 D30Z: n.d.</p> <p>Indicatore 11 D10Z: 75,66% Attività di monitoraggio e governo (report di monitoraggio indicatori 2025). Target non raggiunto.</p>

CDR I LIVELLO	DIREZIONE GENERALE
CDR II LIVELLO	Dipartimento PAAPSS-S.C. AUTORIZZAZIONE ACCREDITAMENTO VIGILANZA STRUTTURE DELLA RETE TERRITORIALE

CODICE

INDIRIZZO DI BUDGET REGIONALE/AZIENDALE

091908	<p><i>D.G.R. XII/3720 del 30/12/2024, recante ad oggetto "Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione del SSR per l'anno 2025 – (di concerto con il vicepresidente Alparone e gli Assessori Lucchini e Fermi)" e ss.mm.ii.</i></p> <p><i>D.G.R. XII/4434 del 26.05.2025, recante ad oggetto "Determinazioni in ordine agli obiettivi delle Agenzie di Tutela della Salute (A.T.S.), delle Aziende Socio Sanitarie Territoriali (A.S.S.T.) e dell'Agenzia Regionale Emergenza Urgenza (A.R.E.U.) – anno 2025" e ss.mm.ii.</i></p> <p><i>Decreto DGW n.8610 del 18.06.2025, recante ad oggetto "Declinazione degli indicatori relativi agli obiettivi dell'ATS di Bergamo-Anno 2025"</i></p>
--------	--

Correlato a OBIETTIVO STRATEGICO (OS) o OPERATIVO (OO)

PIAO 2025-2027 (All.7)

OS8	OS8: Piano dei controlli e di miglioramento
OS14	OS14: Tempestiva alimentazione e potenziamento dei Flussi informativi per monitoraggio performance ex DGR XII/4434 del 26.05.25 e Decreto DGW n.8610 del 18.06.25
OO6	OO6: Attuazione controlli sulle strutture sanitarie in ambito ambulatoriale
OO7	OO7: Attuazione controlli sulle strutture sanitarie in ambito di ricovero e cura

Azione concreta di contribuzione alla realizzazione dell'indirizzo strategico ed operativo

OBIETTIVO DELL'AZIONE CONCRETA
<ol style="list-style-type: none"> 1. Attuazione della programmazione delle attività di controllo per l'anno 2025 2. Processazione di tutte le istanze di autorizzazione all'esercizio e di accreditamento delle Strutture Sanitarie pervenute 3. Attuazione dell'iter di riclassificazione dei posti letto riabilitativi ospedalieri (codice 75) – DGR XI/7860/2023 4. Flusso HSP: incremento della coerenza e accuratezza delle informazioni trasmesse, limitatamente alla trasmissione degli aggiornamenti dell'assetto accreditato delle strutture pubbliche e private accreditate afferenti al territorio di competenza

PARAMETRO DI MISURAZIONE (Indicatore), TARGET ATTESO DELL'OBIETTIVO e TEMPO di sua realizzazione
<p>1. Indicatore: Fatto/Non fatto (Attività di controllo indicate nel Piano Controlli di ATS BG per l'anno 2025)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Target: Fatto (100% delle attività di controllo 2025) - Tempo di realizzazione: 31 dicembre 2025
<p>2. Indicatore: Fatto/Non Fatto (Attività di istruttoria tecnica di competenza)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Target: Fatto (100% delle attività di istruttoria tecnica di competenza) - Tempo di realizzazione: 31 dicembre 2025
<p>3. Indicatore: Fatto/Non fatto (Attività di riclassificazione dei posti letto codice 75)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Target: Fatto (100% delle attività di riclassificazione dei posti letto codice 75) - Tempo di realizzazione: 30 giugno 2025 (scadenza subordinata all'emanazione di specifico atto regionale di applicazione)
<p>4. Indicatore: Flusso HSP: allineamento HSP/assetto accreditato delle strutture pubbliche e private accreditate afferenti al territorio di competenza. La SS Autorizzazione, Accreditamento e Vigilanza Sanitaria è responsabile della trasmissione all'Ufficio Flussi degli assetti accreditati aggiornati.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Target: N° U.O. con posti letto, presenti sia in assetto accreditato che in flusso HSP per struttura/ N° U.O. presenti in HSP e/o in assetto accreditato per struttura (>=90%) - Tempo di realizzazione: nel corso del 2025

PUNTI DI CONTROLLO DELL'OBIETTIVO da rendicontare	
30 SETTEMBRE 2025	31 DICEMBRE 2025

Obiettivo condiviso con altre articolazioni di ATS? (barrare opzione) SI NO

se barrato "SI" indicare a seguire:

Obiettivo N°4 in collaborazione con Ufficio Flussi (Scheda codice 091911 ob.3)

Codice scheda	Rendicontazione al 30/09/2025	Rendicontazione al 31/12/2025
091908	<p>1. Attuazione della programmazione delle attività di controllo per l'anno 2025</p> <p>a) attività di vigilanza sul possesso/mantenimento dei requisiti di autorizzazione all'esercizio e accreditamento presso Strutture di ricovero e cura a ciclo ordinario (n. 5 Unità Operative di Enti di ricovero e cura): (n. vigilanze previste/n. vigilanze effettuate) *100: TARGET RISULTATO AL 30.09.2025: 120%</p> <p>b) verifiche di vigilanza per effetto di esposti formulati da utenti/autorità pubblica: (n. richieste di vigilanza straordinaria/n. attività di vigilanza straordinaria effettuate) * 100: TARGET RISULTATO AL 30.09.2025: 100%</p>	<p>Obiettivo raggiunto al 100%</p> <p>Obiettivo raggiunto al 100%</p>
	<p>2. Processazione di tutte le istanze di autorizzazione all'esercizio e di accreditamento delle Strutture Sanitarie pervenute.</p> <p>a) istanze processate dal 1.1.2025 fino al 30/09/2025 (escluse istanze annullate dall'Ente istante: n. 28 (N. istanze processate/N. istanze SIGAUSS pervenute) *100: TARGET RISULTATO AL 30/09/2025: 100% del target atteso</p>	<p>Obiettivo raggiunto al 100%</p>
	<p>3. Attuazione dell'iter di riclassificazione dei posti letto riabilitativi ospedalieri (cod. 75) – DGR XI/7860/2023</p> <p>a) attività per la riclassificazione dei pl di riabilitazione codice 75 ai sensi delle DGR 7860/2023 e 4264/2025 e della Circolare di RL prot. n. G1.2025.0017572 del 30/04/2025 (n. pl riabilitazione codice 75 da riclassificare/n. pl letto riabilitazione codice 75 riclassificati): TARGET RISULTATO AL 30/09/2025: 100% del target atteso</p>	<p>Obiettivo raggiunto al 100%</p>
	<p>4. Flusso HSP: incremento della coerenza delle informazioni trasmesse, limitatamente alla trasmissione degli aggiornamenti dell'assetto accreditato delle strutture pubbliche e private afferenti al territorio di competenza.</p> <p>a. Trasmissione a tempo 0 degli assetti accreditati delle Strutture pubbliche e private al Servizio Flussi di ATS e dei loro eventuali aggiornamenti TARGET RISULTATO AL 30/09/2025: 100% del target atteso</p>	<p>Obiettivo raggiunto al 100%</p>

CDR I LIVELLO	DIREZIONE GENERALE
CDR II LIVELLO	Dipartimento PAAPSS-S.C. AUTORIZZAZIONE ACCREDITAMENTO VIGILANZA STRUTTURE DELLA RETE TERRITORIALE

CODICE

INDIRIZZO DI BUDGET REGIONALE/AZIENDALE

091909	D.G.R. XII/3720 del 30/12/2024, recante ad oggetto "Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione del SSR per l'anno 2025 – (di concerto con il vicepresidente Alparone e gli Assessori Lucchini e Fermi)" e ss.mm.ii.
--------	--

Correlato a OBIETTIVO STRATEGICO (OS) o OPERATIVO (OO)

PIAO 2025-2027 (All.7)

OS8	OS8: Piano dei controlli e di miglioramento
OO8	OO8: Realizzazione Piano controlli annuale sugli erogatori sanitari e sociosanitari per garantire l'appropriatezza
OO23	OO23: Attivazione delle CdC e OdC

Azione concreta di contribuzione alla realizzazione dell'indirizzo strategico ed operativo

OBIETTIVO DELL'AZIONE CONCRETA

Realizzazione del 100% dell'attività prevista secondo i parametri di seguito definiti:

1. Potenziamento della Rete territoriale
2. Attività di vigilanza sulle Unità d'offerta sociosanitarie
3. Attività su Unità d'offerta Sociali

PARAMETRO DI MISURAZIONE (Indicatore), TARGET ATTESO DELL'OBIETTIVO e TEMPO di sua realizzazione

Obiettivo 1: Partecipazione al 100% delle attività di potenziamento della rete territoriale

1.1 **Indicatore:** Fatto/Non fatto (Partecipazione a tutti gli incontri programmati dai Tavoli Tecnici regionali)

1.2 **Indicatore:** Fatto/Non fatto (Collaborazione al processo di valutazione del sistema di accreditamento delle CdC in linea con Linee di indirizzo per le CdC HUB" redatte da Agenas il 5/04/2024)

1.3 **Indicatore:** Fatto/Non fatto (Realizzazione di tutte le azioni di competenza relative all'autorizzazione e accreditamento degli OdC)

-**Target:** Fatto (100% rispetto indicatori 1.1-1.2-1.3)

-**Tempo di realizzazione:** nel corso del 2025

Obiettivo 2: Numero di controlli effettuati secondo il target definito da Regione Lombardia- Attività su Unità di Offerta sociosanitarie

2.1 **Indicatore:** Fatto/Non fatto (Processazione di tutte le istanze pervenute per messa in esercizio, accreditamento e sue modifiche, vulture e riconoscimento di Ente Unico -iter ex DGR 2569/2014 e s.m.i.)

2.2 **Indicatore:** Fatto/Non fatto (Attività di vigilanza sul mantenimento dei requisiti di esercizio e di accreditamento su un campione pari ad almeno il 33% di ciascuna tipologia di UdO Sociosanitaria abilitata all'esercizio, comprese le misure, come da Piano dei Controlli 2025)

2.3 **Indicatore:** Fatto/Non fatto (Gestione di tutte le istanze pervenute per la messa a contratto di nuovi erogatori della Misura Residenzialità assistita)

2.4 **Indicatore:** Fatto/Non fatto (Attività di vigilanza propedeutica all’attivazione di tutti i nuovi posti della Misura Residenzialità Assistita per religiosi)

2.5 **Indicatore:** Fatto/Non fatto (Gestione di tutte le istanze pervenute per la rimodulazione di posti letto in regime di trattamento terapeutico riabilitativo in posti per comorbidità psichiatrica)

2.6 **Indicatore:** Fatto/Non fatto (In collaborazione con il DIPS, gestione dell’iter previsto per le UdO interessate da interventi di efficientamento energetico)

-**Target:** Fatto (Presenza in carico e realizzazione del 100% delle segnalazioni pervenute rif.to indicatori da 2.1 a 2.6)

-**Tempo di realizzazione:** nel corso del 2025

Obiettivo 3: Attività su Unità di Offerta sociali:

3.1 **Indicatore:** Fatto/Non fatto (Attività di vigilanza per tutte le CPE, su attivazione dei Comuni/Uffici di Piano)

3.2 **Indicatore:** Fatto/Non fatto (Attività di vigilanza sul mantenimento dei requisiti di esercizio su un campione pari ad almeno il 25% di ciascuna tipologia di UdO Sociale abilitata all’esercizio)

3.3 **Indicatore:** Fatto/Non fatto (Presenza in carico del 100% delle segnalazioni pervenute)

-**Target:** Fatto (100% rispetto indicatori da 3.1 a 3.3)

-**Tempo di realizzazione:** nel corso del 2025

PUNTI DI CONTROLLO DELL’OBIETTIVO da rendicontare

30 SETTEMBRE 2025

31 DICEMBRE 2025

Obiettivo condiviso con altre articolazioni di ATS? (*barrare opzione*) SÌ NO X

se barrato “SÌ” indicare a seguire:

Codice scheda	Rendicontazione al 30/09/2025	Rendicontazione al 31/12/2025
091909	Potenziamento della Rete Territoriale 1.1 Partecipazione a tutti gli incontri programmati dai Tavoli Tecnici Regionali: TARGET RISULTATO: 100% 1.2 Collaborazione al processo di valutazione del sistema di accreditamento delle CdC in linea con le linee di indirizzo per le CdC Hub redatte da AGENAS 05/04/2024: TARGET RISULTATO: 100% 1.3 Realizzazione di tutte le azioni di competenza relative all’autorizzazione e accreditamento relativo agli Ospedali di Comunità: TARGET RISULTATO: 100% (n.4 OdC)	1.1. Obiettivo raggiunto al 100% 1.2. Obiettivo raggiunto al 100% 1.3. Obiettivo raggiunto al 100%
	Numero di controlli effettuati secondo il target definito da Regione Lombardia - attività su Unità di Offerta sociosanitarie 2.1 Processazione di tutte le istanze pervenute per messa in esercizio, accreditamento e sue modifiche, volture e riconoscimento di ente unico: TARGET RISULTATO: 100% (tot.32 SCIA) 2.2. Attività di vigilanza sul mantenimento dei requisiti di esercizio e di accreditamento su un campione pari ad almeno il 33% di ciascuna tipologia di UdO sociosanitaria: TARGET RISULTATO: 100% 2.3 Indicatore: Fatto/Non fatto (Gestione di tutte le istanze pervenute per la messa a contratto di nuovi erogatori della	2.1 Obiettivo raggiunto al 100% 2.2 Obiettivo raggiunto al 100% 2.3 Obiettivo raggiunto al 100%

	<p>Misura Residenzialità assistita): TARGET RISULTATO 100% (0/0) 2.4 Indicatore: Fatto/Non fatto (Attività di vigilanza propedeutica all'attivazione di tutti i nuovi posti della Misura Residenzialità Assistita per religiosi): TARGET RISULTATO 100% (0/0) 2.5 Gestione di tutte le istanze pervenute per la rimodulazione di posti letto in regime di trattamento terapeutico riabilitativo in posti per comorbidità psichiatrica: TARGET RISULTATO 100% (n.1 UdO) 2.6 Collaborazione con DIPS gestione dell'iter previsto per le UdO interessate da interventi di efficientamento energetico: TARGET RISULTATO 100%</p>	<p>2.4 Obiettivo raggiunto al 100%</p> <p>2.5 Obiettivo raggiunto al 100%</p> <p>2.6 Obiettivo raggiunto al 100%</p>
	<p>Attività su Unità d'Offerta sociali 3.1 attività di vigilanza per tutte le CPE, su attivazione dei Comuni/ Uffici di Piano: TARGET RISULTATO 100% (n.39 CPE) 3.2 Attività di vigilanza sul mantenimento sui requisiti di esercizio su un campione pari almeno al 25% di ciascuna tipologia di UdO sociale abilitata all'esercizio: TARGET RISULTATO 100% 3.3. Presa in carico del 100% delle segnalazioni pervenute: TARGET RISULTATO 100% (n.7 segnalazioni)</p>	<p>3.1 Obiettivo raggiunto al 100%</p> <p>3.2 Obiettivo raggiunto al 100%</p> <p>3.3 Obiettivo raggiunto al 100%</p>

CDR I LIVELLO	DIREZIONE GENERALE
CDR II LIVELLO	Dipartimento PAAPSS-Ufficio coordinamento attività trasversali

CODICE	INDIRIZZO DI BUDGET REGIONALE/AZIENDALE
091910	D.G.R. XII/3720 del 30/12/2024, recante ad oggetto "Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione del SSR per l'anno 2025 – (di concerto con il vicepresidente Alparone e gli Assessori Lucchini e Fermi)" e ss.mm.ii.

Correlato a OBIETTIVO STRATEGICO (OS) o OPERATIVO (OO)

PIAO 2025-2027 (All.7)

OS9 OO26	OS 9: Attuazione di specifici progetti strategico attività di miglioramento OO26: Assolvimento degli obblighi previsti dalla D.lgs. 33/2013 in ambito di Anticorruzione e Trasparenza
-------------	--

Azione concreta di contribuzione alla realizzazione dell'indirizzo strategico ed operativo

OBIETTIVO DELL'AZIONE CONCRETA
<ol style="list-style-type: none"> 1. Realizzazione di specifici progetti ritenuti strategici o attività rientranti nel miglioramento continuo di sistema 2. Azioni mirate al corretto adempimento degli obblighi inerenti alla trasparenza, secondo quanto previsto dal PIAO vigente

PARAMETRO DI MISURAZIONE (Indicatore), TARGET ATTESO DELL'OBIETTIVO e TEMPO di sua realizzazione
1. <i>Indicatore:</i> Fatto/Non fatto (Partecipazione per la realizzazione dei progetti indicati dalla Direzione di Dipartimento)

<p>- Target: Fatto (100% dei progetti indicati)</p> <p>- Tempo di realizzazione: 31 dicembre 2025</p> <p>2. Indicatore: Fatto/Non fatto (Adempimenti trasparenza per adeguatezza di tutte le azioni in capo alle strutture dipartimentali)</p> <p>- Target: Fatto (100% delle azioni richieste)</p> <p>- Tempo di realizzazione: 31 dicembre 2025</p>
--

PUNTI DI CONTROLLO DELL'OBIETTIVO da rendicontare

30 SETTEMBRE 2025	31 DICEMBRE 2025
--------------------------	-------------------------

Obiettivo condiviso con altre articolazioni di ATS? (barrare opzione) SÌ NO X

Codice scheda	Rendicontazione al 30/09/2025	Rendicontazione al 31/12/2025
091910	<p>1. Partecipazione attiva e puntuale a tutte le iniziative/azioni/progettualità indicate dalla Direzione di Dipartimento, oltre all'attivo coinvolgimento in tutte le iniziative proposte nell'ambito degli organismi aziendali di cui si è parte a seguito di specifica nomina.</p> <p>2. Attiva partecipazione al perfezionamento della precisa rispondenza fra il portale aziendale, nella parte dedicata al Dipartimento, con quanto descritto nel POAS aziendale rispetto a strutture e funzioni, con contestuale revisione delle sessioni dedicate alle singole strutture dipartimentali, all'insegna della massima chiarezza e completezza delle informazioni riportate.</p>	<p>Obiettivo raggiunto al 100%</p> <p>Obiettivo raggiunto al 100%</p>

CDR I LIVELLO	DIREZIONE GENERALE
CDR II LIVELLO	Dipartimento PAAPSS-Ufficio Flussi

CODICE

INDIRIZZO DI BUDGET REGIONALE/AZIENDALE

091911	<p><i>D.G.R. XII/3720 del 30/12/2024, recante ad oggetto "Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione del SSR per l'anno 2025 – (di concerto con il vicepresidente Alparone e gli Assessori Lucchini e Fermi)" e ss.mm.ii.</i></p> <p><i>D.G.R. XII/4434 del 26.05.2025, recante ad oggetto "Determinazioni in ordine agli obiettivi delle Agenzie di Tutela della Salute (A.T.S.), delle Aziende Socio Sanitarie Territoriali (A.S.S.T.) e dell'Agenzia Regionale Emergenza Urgenza (A.R.E.U.) – anno 2025" e ss.mm.ii.</i></p> <p><i>Decreto DGW n.8610 del 18.06.2025, recante ad oggetto "Declinazione degli indicatori relativi agli obiettivi dell'ATS di Bergamo-Anno 2025"</i></p>
---------------	--

Correlato a OBIETTIVO STRATEGICO (OS) o OPERATIVO (OO)

PIAO 2025-2027 (All.7)

OS14

Tempestiva alimentazione e potenziamento dei Flussi informativi per monitoraggio performance ex DGR XII/4434 del 26.05.25 e Decreto DGW n.8610 del 18.06.25

Azione concreta di contribuzione alla realizzazione dell'indirizzo strategico ed operativo

OBIETTIVO DELL'AZIONE CONCRETA

1. Flusso EMUR-PS (6 SAN): adeguamento a nuove specifiche
2. Flussi EMUR-PS (6 SAN): tempestività e completezza invio flussi MdS e DGW
3. Flusso HSP: incremento della coerenza e accuratezza delle informazioni trasmesse
4. Verifica coerenza informazioni trasmesse tra flusso SDO e HSP 11 e 11bis

PARAMETRO DI MISURAZIONE (Indicatore), TARGET ATTESO DELL'OBIETTIVO e TEMPO di sua realizzazione

1. **Indicatore:** Flusso EMUR-PS (6 SAN)

- **Target:** Adeguamento a nuove specifiche funzionali sulla violenza di genere entro la scadenza ministeriale fissata
- **Tempo di realizzazione:** nel corso del 2025

2. **Indicatore:** Flussi EMUR-PS (6 SAN): tempestività della rilevazione, secondo scadenze previste da MdS e/o formalizzate da DGW, da parte delle aziende del proprio territorio (pubbliche e private accreditate).

- **Target:** n record inviati entro la scadenza/totale record inviati (>=95%)
- **Tempo di realizzazione:** nel corso del 2025

3. **Indicatore:** Flusso HSP: allineamento HSP/assetto accreditato delle strutture pubbliche e private accreditate afferenti al territorio di competenza.

- **Target:** N° U.O. con posti letto, presenti sia in assetto accreditato che in flusso HSP per struttura/ N° U.O. presenti in HSP e/o in assetto accreditato per struttura (>=90%)
- **Tempo di realizzazione:** nel corso del 2025

4. **Indicatore:** Flusso HSP: Verifica coerenza informazioni trasmesse tra flusso SDO e HSP 11 e 11bis

- **Target:** Confronto numerosità Strutture di ricovero e modelli HSP 11 e 11bis inviati
- **Tempo di realizzazione:** nel corso del 2025

PUNTI DI CONTROLLO DELL'OBIETTIVO da rendicontare

30 SETTEMBRE 2025

31 DICEMBRE 2025

Obiettivo condiviso con altre articolazioni di ATS? (barrare opzione) ⇒ SI' NO

se barrato "SI" indicare a seguire:

Obiettivo N°3 in collaborazione con SC Autorizzazione, Accreditamento Vigilanza Strutture della rete territoriale (Scheda codice 091908 ob.4)

Obiettivo N°4 in collaborazione con SC Appropriata rete territoriale (Scheda codice 091906 ob 1.1)

Codice scheda	Rendicontazione al 30/09/2025	Rendicontazione al 31/12/2025
091911	1. FATTO. Flusso adeguato – 100%	1. FATTO. Il flusso adeguato – 100%

	2. UF: obiettivo tempestività fuori dal governo dell'UF	2. NON MONITORABILE DA UF
	3. UF: coerenza 99%	3. FATTO. Coerenza 100%
	4. FATTO. Strutture censite HSP/Strutture che inviano flusso SDO: 22/22 (12 presidi privati a contratto + 10 presidi pubblici) -100%	4. FATTO. Coerenza 100%

CDR I LIVELLO	DIREZIONE GENERALE
CDR II LIVELLO	Dipartimento PAAPSS- Ufficio Flussi

CODICE

INDIRIZZO DI BUDGET REGIONALE/AZIENDALE

091912	<p><i>D.G.R. N° XII/3720 del 30/12/2024, recante ad oggetto "Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione del SSR per l'anno 2025 – (di concerto con il vicepresidente Alparone e gli Assessori Lucchini e Fermi)" e ss.mm.ii.</i></p> <p><i>D.G.R. N° XII/4434 del 26/05/2025, recante ad oggetto" Determinazioni in ordine agli obiettivi delle ATS e delle ASST e di AREU-anno 2025" e ss.mm.ii.</i></p> <p><i>Decreto DGW n.8610 del 18/06/2025 ad oggetto "Declinazione degli indicatori relativi agli obiettivi dell'ATS di Bergamo – anno 2025"</i></p>
---------------	---

Correlato a **OBIETTIVO STRATEGICO (OS) o OPERATIVO (OO)**

PIAO 2025-2027 (All.7)

OS11	<i>OS11: Tempi di attesa secondo quanto previsto PRGLA per le prestazioni da erogare ex DGR XII/4434 del 26.05.25 e Decreto DGW n.8610 del 18.06.25</i>
OO29	<i>OO29: Rispetto delle Linee di indirizzo dell'Osservatorio nazionale delle Liste d'Attesa ex DGR XII/4434 del 26.05.25 e Decreto DGW n.8610 del 18.06.25</i>

Azione concreta di contribuzione alla realizzazione dell'indirizzo strategico ed operativo

OBIETTIVO DELL'AZIONE CONCRETA

Attuazione delle indicazioni regionali in merito all'abbattimento delle liste d'attesa:

1. Raggiungimento dei target previsti dal Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa che saranno validati con successivo provvedimento;
2. Rispetto dei tempi di attesa per le prestazioni PNGLA in classe di priorità B (per le B escluse quelle già considerate nell'indicatore NSG D10Z) - D - P - Privati;
3. Governo Liste d'attesa: domini centrali;
4. Raggiungimento, per gli specialisti ospedalieri, del 90% delle prescrizioni di specialistica ambulatoriale prescrivibili con ricetta dematerializzata

PARAMETRO DI MISURAZIONE (Indicatore), TARGET ATTESO DELL'OBIETTIVO e TEMPO di sua realizzazione

1. **Indicatore:** Monitoraggio della percentuale di raggiungimento del target per prestazione/raggruppamento da parte degli Enti pubblici e privati afferenti al proprio territorio tramite i dati pubblicati su piattaforma regionale Tableau – Rendicontazione autonoma da parte di DG Welfare

<p>-Target: da PRGLA i target saranno definiti da Regione Lombardia</p> <p>-Tempo di realizzazione: anno 2025 (flussi definitivi disponibili marzo/aprile 2026)</p> <p>2. Indicatore: Monitoraggio della percentuale di prestazioni per cui viene garantito il rispetto dei tempi di attesa per classe di priorità tramite i dati pubblicati su piattaforma regionale Tableau – Rendicontazione autonoma da parte di DG Welfare</p> <p>-Target: >=90%</p> <p>-Tempo di realizzazione: anno 2025 (flussi definitivi disponibili marzo/aprile 2026)</p> <p>3. Indicatore: Monitoraggio della riduzione della % di erogato che non risulta gestito o negoziato dai domini centrali (la prenotazione non passa dalla rete regionale di prenotazione) da parte degli Enti pubblici e privati afferenti al proprio territorio, per il tramite dei dati pubblicati su piattaforma regionale Tableau – Rendicontazione autonoma da parte di DG Welfare</p> <p>-Target: <=1,7%, comunque non superiore al 10% a livello di singolo Ente</p> <p>-Tempo di realizzazione: come da indicazioni regionali</p> <p>4. Indicatore: Monitoraggio della percentuale di raggiungimento del target da parte degli Enti afferenti al proprio territorio, per il tramite dei dati pubblicati su piattaforma regionale Tableau – Rendicontazione autonoma da parte di DG Welfare</p> <p>-Target: >=90%</p> <p>-Tempo di realizzazione: come da indicazioni regionali</p>

PUNTI DI CONTROLLO DELL’OBIETTIVO da rendicontare

30 SETTEMBRE 2025	31 DICEMBRE 2025
--------------------------	-------------------------

Obiettivo condiviso con altre articolazioni di ATS? (*barrare opzione*) SI' X NO

se barrato "SI" indicare a seguire:

Obiettivi in collaborazione con SC-NAAPSS (Scheda codice 091903 ob.1-2-3-4)

Codice scheda	Rendicontazione al 30/09/2025	Rendicontazione al 31/12/2025
091912	<p>1. Dati Gennaio-Agosto 2025: Raggiungimento ATS BG: 58% Raggiungimento Privati: 74% Raggiungimento Pubblici: 37%</p> <p>2. Dati Gennaio-Agosto 2025: Privati -> Entro soglia B: 75% Entro soglia D: 73% Entro soglia P: 81% Pubblici -> Entro soglia B: 67% Entro soglia D: 70% Entro soglia P: 78%</p> <p>3. ATS BG: 1,6%</p> <p>4. Gennaio-Agosto 2025: Privati: 99% Pubblici: 87%</p>	<p>1. ATS BG: 105% Fonte dati Tableau Obiettivo raggiunto al 100%</p> <p>2. Attività di monitoraggio e governo: FATTO ATS BG (EEEP+EEP): 83,4% Fonte dati Tableau Obiettivo parzialmente raggiunto</p> <p>3. ATS BG: 1,7% Fonte dati Tableau Obiettivo raggiunto al 100%</p> <p>4. ATS BG: 90% Fonte dati report fornito da Regione Obiettivo raggiunto al 100%</p>

DIREZIONE SANITARIA

CDR I LIVELLO	DIREZIONE SANITARIA
CDR II LIVELLO	STAFF

CODICE	INDIRIZZO DI BUDGET REGIONALE/AZIENDALE
030001	<p><i>D.G.R. XII/3720 del 30/12/2024, recante ad oggetto "Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione del SSR per l'anno 2025 – (di concerto con il vicepresidente Alparone e gli Assessori Lucchini e Fermi)" e ss.mm.ii.</i></p> <p><i>D.G.R. XII/4434 del 26.05.2025, recante ad oggetto "Determinazioni in ordine agli obiettivi delle Agenzie di Tutela della Salute (A.T.S.), delle Aziende Socio Sanitarie Territoriali (A.S.S.T.) e dell'Agenzia Regionale Emergenza Urgenza (A.R.E.U.) – anno 2025" e ss.mm.ii.</i></p> <p><i>Decreto DGW n.8610 del 18.06.2025, recante ad oggetto "Declinazione degli indicatori relativi agli obiettivi dell'ATS di Bergamo-Anno 2025"</i></p> <p><i>Obiettivo aziendale</i></p>

Correlato a OBIETTIVO STRATEGICO (OS) o OPERATIVO (OO)

PIAO 2025-2027 (All.7)

OS7	<i>OS7: Gestire la governance dei servizi con le ASST in tema di prevenzione e sicurezza sanitaria</i>
OS10	<i>OS10: Nuovo Sistema di Garanzia (NSG): allineamento ad indicatori di qualità e performance per erogare assistenza ai cittadini secondo normative vigente ex DGR XII/4434 del 26.05.25 e Decreto DGW n.8610 del 18.06.25</i>
OS12	<i>OS12: Raggiungimento dei requisiti organizzativi ed assistenziali delle Reti ospedaliere per la presa in carico ex DGR XII/4434 del 26.05.25</i>
OS13	<i>OS13: Miglioramento performance del Pronto Soccorso ex DGR XII/4434 del 26.05.25 e Decreto DGW n.8610 del 18.06.25</i>
OS14	<i>OS14: Tempestiva alimentazione e potenziamento dei Flussi informativi per monitoraggio performance ex DGR XII/4434 del 26.05.25 e Decreto DGW n.8610 del 18.06.25</i>
OS16	<i>OS16 Rafforzamento della Prevenzione collettiva e sanità pubblica ex DGR XII/4434 del 26.05.25 e Decreto DGW n.8610 del 18.06.25</i>
OS19	<i>OS19: Utilizzo della Telemedicina per la presa in carico dei pazienti ex DGR XII/4434 del 26.05.25 e Decreto DGW n.8610 del 18.06.25</i>
OO30	<i>OO30: Raggiungimento degli obiettivi minimi di prevenzione ex DGR XII/4434 del 26.05.25 e Decreto DGW n.8610 del 18.06.25</i>

Azione concreta di contribuzione alla realizzazione dell'indirizzo strategico ed operativo

OBIETTIVO DELL'AZIONE CONCRETA

1. Definire momenti di raccordo con i Dipartimenti funzionali di prevenzione e delle Cure Primarie delle ASST per garantire una gestione efficace ed efficiente sul territorio (sentito il DIPS, DPAAPSS e la Direzione generale)
2. AUDIT PANFLU: effettuare almeno un audit durante l'anno solare 2025 per tutte le ATS/ASST/IRCCS
3. Compilazione sul portale SASHA delle azioni del Piano Epidemico 25/26

4. **Rispetto dei target definiti per Stroke, Neuroscienze, Tumore del pancreas, Centri di senologia, favorendo inoltre lo sviluppo di collaborazioni interaziendali**
5. **Effettuare almeno 1 esercitazione durante l'anno solare 2025 per tutte le ATS/ASST/IRCCS pubblici**
6. **Adozione della Televisita e del Telemonitoraggio per la gestione dei pazienti con patologie croniche, favorire il teleconsulto tra MAP/PLS e specialisti**
7. **Incremento della coerenza e accuratezza delle informazioni trasmesse (Monitoraggio del numero di impianti di protesi mammarie effettuate e relativa alimentazione del Registro Regionale - Censimento delle strutture che possono compilare il Registro (autorizzate alla chirurgia di cui trattasi)**
8. **Governance dell'Incremento della percentuale accessi in PS con codice priorità 2 (arancione) visitati entro 15 min.**
9. **Governance della Riduzione del tasso di abbandono da Pronto Soccorso dei codici arancioni, rossi, verdi, azzurri**
10. **Governance della Quota di interventi per tumore maligno della mammella in reparti con volume di attività superiore a 150 (10% tolleranza) interventi annui (NSG H02Z)**
11. **Governance Proporzioni di nuovo intervento di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella (NSG H03C)**
12. **Governance della Proporzioni di colecistomie laparoscopiche con degenza postoperatoria inferiore a 3 giorni (NSG H05Z)**
13. **Governance della Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario (NSG H13C)**
Governance H13C.48: Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 48 ore in regime ordinario (NSG H13C.48)

I due indicatori vanno riferiti al periodo indicato nella DGR 4938/2025
14. **Governance della Percentuale parti cesarei primari in maternità di I livello o comunque con <1.000 parti (NSG H17C)**
15. **Governance della Percentuale parti cesarei primari in maternità di II livello o comunque con >=1.000 parti (NSG H18C)**

PARAMETRO DI MISURAZIONE (Indicatore), TARGET ATTESO DELL'OBIETTIVO e TEMPO di sua realizzazione

1. **Indicatore:** Numero di incontri di raccordo e governo con i Dipartimenti funzionali ASST nel 2025, secondo le specifiche dell'obiettivo
-Target: ≥ 4
-Tempo di realizzazione: entro il 31 dicembre 2025
2. **Indicatore:** Numero audit effettuati
-Target: Compilazione portale SASHA area audit
-Tempo di realizzazione: entro il 31 dicembre 2025
3. **Indicatore:** Numero azioni compilate entro la scadenza del piano Epidemico/ Numero azioni del Piano Epidemico inserite su SASHA
-Target: 100% (compilazione portale SASHA)
-Tempo di realizzazione: entro il 31 dicembre 2025
4. **Indicatore:** Report che attesti partecipazione incontri hub e spoke organizzati da DG Welfare e azioni di monitoraggio attivo sulle reti Stroke, Neuroscienze, Tumore del pancreas, Centri di Senologia
-Target: Fatto (report)
-Tempo di realizzazione: entro il 31 dicembre 2025
5. **Indicatore:** Numero esercitazioni effettuate
-Target: Caricamento su Sasha del documento di valutazione relativo all'esercitazione effettuata durante l'anno solare 2025
-Tempo di realizzazione: entro il 31 dicembre 2025

6. Indicatore: Fatto/Non fatto (Report raccolto dagli erogatori secondo le richieste dettagliate nella DGR. 4434/2025 e Decreto DGW 8610/2025)

-Target: Fatto (Report di monitoraggio per ASST O EEPA)

-Tempo di realizzazione: entro il 31 dicembre 2025

7. Indicatore: Fatto/Non fatto

-Target: Fatto (Realizzazione di un registro)

-Tempo di realizzazione: entro il 31 dicembre 2025

8. Indicatore: N° di accessi in PS con codice di priorità 2 visitati che accedono al trattamento entro 15 minuti nelle strutture del proprio territorio/ N° di accessi in PS con codice di priorità 2 nelle strutture del proprio territorio

-Target: >85% medio nel proprio territorio

-Tempo di realizzazione: nel corso del 2025 ed entro il 31 dicembre 2025

9. Indicatore: N° di abbandoni da PS nelle strutture del proprio territorio/ N° di accessi in PS nelle strutture del proprio territorio

-Target: < 1,25% medio nel proprio territorio

-Tempo di realizzazione: nel corso del 2025 ed entro il 31 dicembre 2025

10. Indicatore: Numero di interventi chirurgici nelle strutture pubbliche e private afferenti all'ATS di riferimento per tumore maligno della mammella con caratteristiche individuate nella scheda tecnica dell'indicatore, per reparto che supera i 135 interventi annui/ Numero di interventi chirurgici nelle strutture pubbliche e private afferenti all'ATS di riferimento per tumore maligno della mammella con caratteristiche individuate nella scheda tecnica dell'indicatore, per reparto.

-Target: 100%

-Tempo di realizzazione: nel corso del 2025 ed entro il 31 dicembre 2025

11. Indicatore: Numero di ricoveri nelle strutture pubbliche e private afferenti all'ATS di riferimento con nuovo intervento di resezione avvenuti entro 120 giorni da un intervento chirurgico per tumore maligno della mammella/ Numero di ricoveri nelle strutture pubbliche e private afferenti all'ATS di riferimento con intervento di resezione per tumore maligno della mammella

-Target: ≤2,5

-Tempo di realizzazione: nel corso del 2025 ed entro il 31 dicembre 2025

12. Indicatore: Numero di ricoveri nelle strutture pubbliche e private afferenti all'ATS di riferimento con intervento di colecistectomia laparoscopica e degenza post-operatoria entro 3 giorni/ Numero di ricoveri nelle strutture pubbliche e private afferenti all'ATS di riferimento con intervento di colecistectomia laparoscopica

-Target: ≥ 90%

-Tempo di realizzazione: nel corso del 2025 ed entro il 31 dicembre 2025

13. Indicatore: H13C.48 [Numero di ricoveri con diagnosi di frattura del collo del femore in cui il paziente sia stato operato entro 2 giorni (differenza tra data della procedura e data di ricovero ≤48 ore) /Numero di ricoveri con diagnosi di frattura del collo del femore]

Indicatore: H13C: [Numero di ricoveri nelle strutture pubbliche e private afferenti all'ATS di riferimento con diagnosi di frattura del collo del femore in cui il paziente sia stato operato entro 2 giorni (differenza tra data della procedura e data di ricovero ≤ 2 giorni) /Numero di ricoveri nelle strutture pubbliche e private afferenti all'ATS di riferimento con diagnosi di frattura del collo del femore]

-Target: ≥ 80%

-Tempo di realizzazione: nel corso del 2025 entro il 31 dicembre 2025 (rif.DGR 4938/2025)

14. Indicatore: N° di parti cesarei primari nelle strutture pubbliche e private con caratteristiche indicate nella scheda tecnica dell'indicatore afferenti all'ATS di riferimento/ N° parti con nessun pregresso cesareo nelle strutture pubbliche e private con caratteristiche indicate nella scheda tecnica dell'indicatore afferenti all'ATS di riferimento

-Target: ≤ 15%

-Tempo di realizzazione: nel corso del 2025 ed entro il 31 dicembre 2025

15. **Indicatore:** N° di parti cesarei primari nelle strutture pubbliche e private con caratteristiche indicate nella scheda tecnica dell'indicatore afferenti all'ATS di riferimento/ N° parti con nessun pregresso cesareo nelle strutture pubbliche e private con caratteristiche indicate nella scheda tecnica dell'indicatore afferenti all'ATS di riferimento

- Target: <20%

- Tempo di realizzazione: nel corso del 2025 ed entro il 31 dicembre 2025

PUNTI DI CONTROLLO DELL'OBIETTIVO da rendicontare

30 SETTEMBRE 2025

31 DICEMBRE 2025

Obiettivo condiviso con altre articolazioni di ATS? (barrare opzione) SÌ NO

se barrato "SÌ" indicare a seguire:

Obiettivo N°2,3 e 5 in collaborazione con DIPS (Scheda codice 013101 Ob.3 ed Ob.4 solo per compilazione Portale Sasha); Obiettivo N°6 in collaborazione con Staff DSS (Scheda codice 050001 Ob.4)

Obiettivi dal N°10 al N°15 in collaborazione con la SC SEA (Scheda codice 210012 ob.1), in particolare dal N°10 al N° 13 anche con la SC Appropriatelyzza della rete territoriale (Scheda codice 091907 ob. da 1 a 4)

Obiettivi N°8 e N°9 in collaborazione con la SC SEA (Scheda codice 210012 ob.3.1 e 3.2)

Obiettivo N°7 in collaborazione con la SC SEA (Scheda codice 210012 ob.4.5)

Codice scheda	Rendicontazione al 30/09/2025	Rendicontazione al 31/12/2025
030001	1. Definire momenti di raccordo con i Dipartimenti funzionali di prevenzione e delle Cure Primarie delle ASST per garantire una gestione efficace ed efficiente sul territorio (target: ≥4 incontri)	Fatto
	2. AUDIT PANFLU: effettuare almeno un audit durante l'anno solare 2025 per tutte le ATS/ASST/IRCCS	Fatto
	3. Compilazione sul portale SASHA delle azioni del Piano Epidemico 25/26	Fatto
	4. Rispetto dei target definiti per Stroke, Neuroscienze, Tumore del pancreas, Centri di senologia, favorendo inoltre lo sviluppo di collaborazioni interaziendali (target: fatto)	Fatto
	5. Effettuare almeno 1 esercitazione durante l'anno solare 2025 per tutte le ATS/ASST/IRCCS pubblici	Fatto
	6. Governance dell'adozione della Televisita e del Telemonitoraggio per la gestione dei pazienti con patologie croniche, favorire il teleconsulto tra MAP/PLS e specialisti (≥ 1 report di rendicontazione)	Fatto
	7. Governance dell'incremento della coerenza e accuratezza delle informazioni trasmesse (Monitoraggio del numero di impianti di protesi mammarie effettuate e relativa alimentazione del Registro Regionale - Censimento delle strutture che possono compilare (target: Realizzazione di n. 1 registro di censimento)	Fatto

	8.Governance dell'incremento della percentuale accessi in PS con codice priorità 2 (arancione) visitati entro 15 min (target: >85% medio nel proprio territorio)	Non raggiunto 56.29%
	9.Governance della Riduzione del tasso di abbandono da Pronto Soccorso dei codici arancioni, rossi, verdi, azzurri (target <1.25%)	Non raggiunto 4.72%
	10.Governance della Quota di interventi per tumore maligno della mammella in reparti con volume di attività superiore a 150 (10% tolleranza) interventi annui (NSG H02Z) (target 100%)	Non raggiunto 96.4%
	11.Governance Proporzioe di nuovo intervento di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella (NSG H03C) (target ≤ 2.5%)	Non raggiunto 3.81%
	12.Governance della Proporzioe di colecistectomie laparoscopiche con degenza postoperatoria inferiore a 3 giorni (NSG H05Z) (target: ≥90%)	Raggiunto 92.01%
	13.Governance della Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario (NSG H13C) Governance H13C.48: Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 48 ore in regime ordinario (NSG H13C.48) (target: ≥ 80%)	Raggiunto 79.58%
	14.Governance della percentuale parti cesarei primari in maternità di I livello o comunque con <1.000 parti (target: <15%)	Raggiunto 14.10%
15.Governance della percentuale parti cesarei primari in maternità di II livello o comunque con >=1.000 parti (target: <20%)	Raggiunto 16.3%	

CDR I LIVELLO	DIREZIONE SANITARIA
CDR II LIVELLO	<p>Dipartimento DIPS –</p> <ul style="list-style-type: none"> • S.C. Medicina Preventiva nelle Comunità (MPC) <ul style="list-style-type: none"> - S.S. Prevenzione e Sorveglianza delle Malattie Infettive - S.S. Centro Screening • S.S.D. Piano Pandemico e Coordinamento Dipartimenti Funzionali di Prevenzione

CODICE

INDIRIZZO DI BUDGET REGIONALE/AZIENDALE

013101	<p><i>D.G.R. XII/3720 del 30/12/2024, recante ad oggetto “Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione del SSR per l’anno 2025 – (di concerto con il vicepresidente Alparone e gli Assessori Lucchini e Fermi)” e ss.mm.ii.</i></p> <p><i>D.G.R. XII/4434 del 26.05.2025, recante ad oggetto “Determinazioni in ordine agli obiettivi delle Agenzie di Tutela della Salute (A.T.S.), delle Aziende Socio Sanitarie Territoriali (A.S.S.T.) e dell’Agenzia Regionale Emergenza Urgenza (A.R.E.U.) – anno 2025” e ss.mm.ii.</i></p> <p><i>Decreto DGW n.8610 del 18.06.2025, recante ad oggetto “Declinazione degli indicatori relativi agli obiettivi dell’ATS di Bergamo-Anno 2025”</i></p>
---------------	--

Correlato a OBIETTIVO STRATEGICO (OS) o OPERATIVO (OO)

PIAO 2025-2027 (All.7)

OS10	<i>OS10: Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell’area prevenzione</i>
OS16	<i>OS16: Rafforzamento della Prevenzione collettiva e sanità pubblica ex DGR XII/4434 del 26.05.25 e Decreto DGW n.8610 del 18.06.25</i>
OO11	<i>OO11: Realizzazione delle attività previste dal Piano Pandemico Regionale</i>
OO13	<i>OO13: Programmi organizzati di Screening Oncologici</i>
OO26	<i>OO26: Assolvimento degli obblighi previsti dal D.lgs. 33/2013 in ambito di Anticorruzione e Trasparenza</i>
OO30	<i>OO30: Raggiungimento degli obiettivi minimi di prevenzione ex DGR XII/4434 del 26.05.25 e Decreto DGW n.8610 del 18.06.25</i>

Azione concreta di contribuzione alla realizzazione dell’indirizzo strategico ed operativo

OBIETTIVO DELL’AZIONE CONCRETA

1. **Adempiere agli obblighi inerenti alla trasparenza secondo quanto previsto dal PIAO vigente per tempo**
2. **Monitoraggio degli standard dei programmi organizzati di screening oncologici per il corrente anno, nel rispetto delle indicazioni regionali**
3. **Attuazione delle attività definite dal Piano Pandemico nel rispetto delle indicazioni regionali**
4. **Obiettivi minimi di prevenzione e strategici a livello regionale in ambito di Prevenzione definiti da relativi provvedimenti di RL**

PARAMETRO DI MISURAZIONE (Indicatore), TARGET ATTESO DELL’OBIETTIVO e TEMPO di sua realizzazione

1. **Indicatore:** Fatto/Non fatto (Obblighi trasparenza secondo quanto declinato nell’obiettivo)
 - **Target:** Fatto (Adempimenti effettuati)
 - **Tempo di realizzazione:** entro il 31 dicembre 2025

<p>2. Indicatore: Fatto/Non fatto (Monitoraggio effettuato come da obiettivo)</p> <p>- Target: Fatto</p> <p>- Tempo di realizzazione: entro il 31 dicembre 2025</p> <p>3. Indicatore: Fatto/Non fatto (Attuazione attività del Piano Pandemico come da obiettivo)</p> <p>- Target: Fatto</p> <p>- Tempo di realizzazione: entro il 31 dicembre 2025</p> <p>4. Si rimanda agli indicatori, target e tempi di realizzazione definiti analiticamente nel Decreto DGW n.8610 del 18.06.2025</p>
--

PUNTI DI CONTROLLO DELL'OBIETTIVO da rendicontare	
30 SETTEMBRE 2025	31 DICEMBRE 2025

<p>Obiettivo condiviso con altre articolazioni di ATS? (barrare opzione) <input checked="" type="checkbox"/> SI' X <input type="checkbox"/> NO</p> <p>se barrato "SI" indicare a seguire:</p> <p>Obiettivo N°2 in collaborazione con Risk Manager (Scheda codice 210004 ob.1)</p> <p>Obiettivo N°3 ed Obiettivo 4 (solo per compilazione Portale Sasha) in collaborazione con Staff DS (Scheda codice 030001 Ob.2 ,3 e 5)</p>

Codice scheda	Rendicontazione al 30/09/2025	Rendicontazione al 31/12/2025
013101	<p>1. Adempiere agli obblighi inerenti alla trasparenza, secondo quanto previsto dal PIAO vigente per tempo: Fatto.</p> <p>2. Monitoraggio degli standard dei programmi organizzati screening oncologici, nel rispetto indicazioni regionali: SI, vedi successivo punto "Obiettivi minimi di prevenzione".</p> <p>3. Attuazione delle attività definite dal Piano Pandemico, nel rispetto delle indicazioni regionali: Rendicontazione da parte della Direzione Sanitaria ATS.</p> <p>4. Obiettivi minimi di prevenzione e strategici a livello regionale in ambito di Prevenzione, definiti da relativi provvedimenti di RL: SI, di seguito i dettagli:</p> <p>_P01C: Esavalente <u>dose 3</u>, coorte 2023 [$\geq 95\%$ entro 24 mesi] =</p> <p>AL 30/09/25 il target è 96,50%.</p> <p>_P02C: MPR <u>dose 1</u>, coorte 2023 [$\geq 95\%$ entro 24 mesi] =</p> <p>AL 30/09/25 il target è 96,20%.</p>	<p>• Adempiere agli obblighi inerenti alla trasparenza, secondo quanto previsto dal PIAO vigente per tempo: Fatto.</p> <p>• Monitoraggio degli standard dei programmi organizzati screening oncologici, nel rispetto indicazioni regionali: SI, vedi successivo punto "Obiettivi minimi di prevenzione".</p> <p>• Attuazione delle attività definite dal Piano Pandemico, nel rispetto delle indicazioni regionali: Rendicontazione da parte della Direzione Sanitaria ATS.</p> <p>• Obiettivi minimi di prevenzione e strategici a livello regionale in ambito di Prevenzione, definiti da relativi provvedimenti di RL: SI, di seguito i dettagli:</p> <p>_P01C: Esavalente <u>dose 3</u>, coorte 2023 [$\geq 95\%$ entro 24 mesi] =</p> <p>AL 31/12/25 il target è 97,00%. Fatto.</p> <p>_P02C: MPR <u>dose 1</u>, coorte 2023 [$\geq 95\%$ entro 24 mesi] =</p> <p>AL 31/12/25 il target è 96,90%. Fatto.</p>

	<p>_P15CA: Copertura screening oncologici [CERVICE UTERINA <u>PAP TEST ESTENSIONE</u>] rappresenta la quota di popolazione residente ed elegibile di ATS/ASST che ha effettuato il test screening oncologico nel programma organizzato. [$\geq 50\%$ copertura] =</p> <p>AL 30/09/25 il dato non è ancora disponibile (<i>Rimozione indicatori dalla dashboard regionale Tableau per approfondimenti da parte di RL</i>).</p> <p>_P15CA: Copertura screening oncologici [CERVICE UTERINA <u>HPV TEST ESTENSIONE</u>] rappresenta la quota di popolazione residente ed elegibile di ATS/ASST che ha effettuato il test di screening oncologico nel programma organizzato. [$\geq 50\%$ copertura] =</p> <p>AL 30/09/25 il dato non è ancora disponibile (<i>Rimozione indicatori dalla dashboard regionale Tableau per approfondimenti da parte di RL</i>).</p> <p>_P15CB: Copertura screening oncologici [<u>MAMMELLA</u>] rappresenta la quota di popolazione residente ed elegibile di ATS/ASST che ha effettuato il test di screening oncologico nel programma organizzato. [$\geq 60\%$ copertura] =</p> <p>AL 30/09/25 il target è 54,0% (<i>Dato al 31/08/25, ultimo aggiornamento disponibile dashboard regionale Tableau</i>).</p> <p>_P15CC: Copertura screening oncologici [<u>COLON RETTO</u>] rappresenta la quota di popolazione residente ed elegibile di ATS/ASST che ha effettuato il test di screening oncologico nel programma organizzato [$\geq 50\%$ copertura] =</p> <p>AL 30/09/25 il target è 38% (<i>Dato al 31/08/25, ultimo aggiornamento disponibile dashboard regionale Tableau</i>).</p> <p>_Capacità di una Regione di garantire un'offerta adeguata in termini di prevenzione <u>patologia influenzale</u> [$\geq 75\%$ o $>3\%$ vs 2024] = AL 30/09/25 dato non ancora disponibile.</p> <p>_Sanità penitenziaria: Implementazione degli screening oncologici ed infettivologici =</p> <p>AL 30/09/25 effettuati screening cervicale e coloretale.</p> <p>_Vaccinazioni - MPR <u>dose 2</u>, coorte 2018 [$\geq 95\%$] = AL 30/09/25 il target è 95,10%.</p>	<p>_P15CA: Copertura screening oncologici [CERVICE UTERINA <u>PAP TEST ESTENSIONE</u>] rappresenta la quota di popolazione residente ed elegibile di ATS/ASST che ha effettuato il test di screening oncologico nel programma organizzato. [$\geq 50\%$ copertura] =</p> <p>AL 31/12/25 il target è 61,90%. Fatto.</p> <p>_P15CA: Copertura screening oncologici [CERVICE UTERINA <u>HPV TEST ESTENSIONE</u>] rappresenta la quota di popolazione residente ed elegibile di ATS/ASST che ha effettuato il test di screening oncologico nel programma organizzato. [$\geq 50\%$ copertura] =</p> <p>AL 31/12/25 il target è 61,90%. Fatto.</p> <p>_P15CB: Copertura screening oncologici [<u>MAMMELLA</u>] rappresenta la quota di popolazione residente ed elegibile di ATS/ASST che ha effettuato il test di screening oncologico nel programma organizzato. [$\geq 60\%$ copertura] =</p> <p>AL 31/12/25 il target è 70,30%. Fatto.</p> <p>_P15CC: Copertura screening oncologici [<u>COLON RETTO</u>] rappresenta la quota di popolazione residente ed elegibile di ATS/ASST che ha effettuato il test di screening oncologico nel programma organizzato [$\geq 50\%$ copertura] =</p> <p>AL 31/12/25 il target è 51,20%. Fatto.</p> <p>_Capacità di una Regione di garantire un'offerta adeguata in termini di prevenzione della <u>patologia influenzale</u> [$\geq 75\%$ o $>3\%$ vs 2024] = AL 31/12/25 il target è 51,47%.</p> <p><i>Obiettivo parzialmente raggiunto (rif.: 2024=50,39%).</i></p> <p>_Sanità penitenziaria: Implementazione degli screening oncologici ed infettivologici =</p> <p>AL 31/12/25 effettuati screening cervicale e coloretale. Fatto.</p> <p>_Vaccinazioni - MPR <u>dose 2</u>, coorte 2018 [$\geq 95\%$] = AL 31/12/25 il target è 95,20%. Fatto.</p>
--	--	---

	<p><u>_Raggiungimento target NSG 2025 - Vaccinazioni - PC dose 3, coorte 2023 [≥ 95%] =</u> AL 30/09/25 il target è 94,20%.</p> <p><u>_Raggiungimento target NSG 2025 - Vaccinazioni - Men C dose 1, coorte 2023 [≥ 95%] =</u> AL 30/09/25 il target è 92,90%.</p> <p><u>_Raggiungimento target NSG 2025 - Vaccinazioni - HPV dose 2, coorte 2013 [≥ 95%] =</u> AL 30/09/25 il target è 57,00%.</p> <p><u>_Vaccinazioni - Pol dose 4, coorte 2018 [≥ 95%] = AL 30/09/25 il target è 94,30%.</u></p> <p><u>_Vaccinazioni - Pol dose 5, coorte 2007 [≥ 95%] = AL 30/09/25 il target è 88,20%.</u></p> <p><u>_Vaccinazioni - Pol dose 5, coorte 2009 [≥ 95%] = AL 30/09/25 il target è 89,80%.</u></p> <p><u>_Vaccinazioni - Influenza target Operatori Sanitari [≥ 50% o comunque superiore di 5% assoluto rispetto all'anno precedente 29,0%] = AL 30/09/25 dato non ancora disponibile (la Campagna inizierà il 1° ottobre 2025).</u></p> <p><u>_Vaccinazioni - DTP Donne in gravidanza [≥ 70%] = AL 30/09/25 il target è 75,00%.</u></p> <p><u>_Vaccinazioni - RSV coorte 2025 [≥ 80%] = AL 30/09/25 dato non ancora disponibile (la Campagna inizierà il 1° ottobre 2025).</u></p>	<p><u>_Raggiungimento target NSG 2025 - Vaccinazioni - PC dose 3, coorte 2023 [≥ 95%] =</u> AL 31/12/25 il target è 94,20%. Obiettivo parzialmente raggiunto.</p> <p><u>_Raggiungimento target NSG 2025 - Vaccinazioni - Men C dose 1, coorte 2023 [≥ 95%] =</u> AL 31/12/25 il target è 93,10%. Obiettivo parzialmente raggiunto.</p> <p><u>_Raggiungimento target NSG 2025 - Vaccinazioni - HPV dose 2, coorte 2013 [≥ 95%] =</u> AL 31/12/25 il target è 76,00%. Obiettivo non raggiunto.</p> <p><u>_Vaccinazioni - Pol dose 4, coorte 2018 [≥ 95%] = AL 31/12/25 il target è 94,20%.</u> Obiettivo parzialmente raggiunto.</p> <p><u>_Vaccinazioni - Pol dose 5, coorte 2007 [≥ 95%] = AL 31/12/25 il target è 88,04%.</u> Obiettivo non raggiunto.</p> <p><u>_Vaccinazioni - Pol dose 5, coorte 2009 [≥ 95%] = AL 31/12/25 il target è 89,70%.</u> Obiettivo non raggiunto.</p> <p><u>_Vaccinazioni-Influenza target Op. San. [≥ 50%] =AL 31/12/25 il target è 41,90%. Fatto.</u></p> <p><u>_Vaccinazioni - DTP Donne in gravidanza [≥ 70%] = AL 31/12/25 il target è 81,24%. Fatto.</u></p> <p><u>_Vaccinazioni - RSV coorte 2025 [≥ 80%] = AL 31/12/25 il target è 86,57%. Fatto.</u></p>
--	--	---

CDR I LIVELLO	DIREZIONE SANITARIA
CDR II LIVELLO	<p>Dipartimento DIPS –</p> <ul style="list-style-type: none"> • S.C. Igiene Alimenti e Nutrizione (IAN) <ul style="list-style-type: none"> - S.S. Nutrizione - S.S. Sicurezza Alimentare • S.S.D. Laboratorio di Prevenzione

CODICE

INDIRIZZO DI BUDGET REGIONALE/AZIENDALE

013102	<p><i>D.G.R. XII/3720 del 30/12/2024, recante ad oggetto “Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione del SSR per l’anno 2025 – (di concerto con il vicepresidente Alparone e gli Assessori Lucchini e Fermi)” e ss.mm.ii.</i></p> <p><i>D.G.R. XII/4434 del 26.05.2025, recante ad oggetto “Determinazioni in ordine agli obiettivi delle Agenzie di Tutela della Salute (A.T.S.), delle Aziende Socio Sanitarie Territoriali (A.S.S.T.) e dell’Agenzia Regionale Emergenza Urgenza (A.R.E.U.) – anno 2025” e ss.mm.ii.</i></p> <p><i>Decreto DGW n.8610 del 18.06.2025, recante ad oggetto “Declinazione degli indicatori relativi agli obiettivi dell’ATS di Bergamo-Anno 2025”</i></p>
---------------	--

Correlato a **OBIETTIVO STRATEGICO (OS) o OPERATIVO (OO)**

PIAO 2025-2027 (All.7)

OS8	<i>OS8: Piano dei controlli e di miglioramento</i>
OS16	<i>OS16: Rafforzamento della Prevenzione collettiva e sanità pubblica ex DGR XII/4434 del 26.05.25 e Decreto DGW n.8610 del 18.06.25</i>
OO12	<i>OO12: Realizzazione del Piano Integrato dei Controlli (PIC) del DIPS, per il corrente anno, in ambito di prevenzione sanitaria</i>
OO26	<i>OO26: Assolvimento degli obblighi previsti dal D.lgs. 33/2013 in ambito di Anticorruzione e Trasparenza</i>
OO30	<i>OO30: Raggiungimento degli obiettivi minimi di prevenzione ex DGR XII/4434 del 26.05.25 e Decreto DGW n.8610 del 18.06.25</i>

Azione concreta di contribuzione alla realizzazione dell’indirizzo strategico ed operativo

OBIETTIVO DELL’AZIONE CONCRETA

1. **Adempiere agli obblighi inerenti alla trasparenza secondo quanto previsto dal PIAO vigente per tempo**
2. **Programmazione e Monitoraggio delle attività di controllo definite dal Piano Integrato dei Controlli (PIC) del DIPS per il corrente anno, nel rispetto delle indicazioni regionali**
3. **Obiettivi minimi di prevenzione e strategici a livello regionale in ambito di Prevenzione definiti da relativi provvedimenti di RL**

PARAMETRO DI MISURAZIONE (Indicatore), TARGET ATTESO DELL’OBIETTIVO e TEMPO di sua realizzazione

1. **Indicatore:** Fatto/Non fatto (Obblighi trasparenza secondo quanto declinato nell’obiettivo)
 - **Target:** Fatto (Adempimenti effettuati)
 - **Tempo di realizzazione:** entro il 31 dicembre 2025
2. **Indicatore:** N° controlli complessivi effettuati e registrati nel sistema Impres@ anno in corso ≥ rispetto all’anno precedente
 - **Target:** Controlli anno 2025 ≥ 2024

- **Tempo di realizzazione:** entro il 31 dicembre 2025

3. Si rimanda agli **indicatori, target e tempi di realizzazione** definiti analiticamente nel Decreto DGW n.8610 del 18.06.2025

PUNTI DI CONTROLLO DELL'OBBIETTIVO da rendicontare

30 SETTEMBRE 2025

31 DICEMBRE 2025

Obiettivo condiviso con altre articolazioni di ATS? (*barrare opzione*) ⇒ SI' NO X

Codice scheda	Rendicontazione al 30/09/2025	Rendicontazione al 31/12/2025																		
013102	<p>1. Adempiere agli obblighi inerenti alla trasparenza, secondo quanto previsto dal PIAO vigente per tempo: Fatto.</p> <p>2. Programmazione e Monitoraggio delle attività di controllo definite dal Piano Integrato dei Controlli (PIC) del DIPS, nel rispetto delle indicazioni regionali. [N. controlli effettuati e registrati nel sistema Impres@ anno in corso ≥ anno precedente].</p> <table border="1" data-bbox="228 1003 858 1173"> <thead> <tr> <th colspan="3" data-bbox="228 1003 858 1032">Anno 2025 _ dati AL 30/09/2025</th> </tr> <tr> <th data-bbox="228 1032 459 1104">I.M.Pre.S@-BI</th> <th data-bbox="459 1032 659 1104">N. controlli effettuati</th> <th data-bbox="659 1032 858 1104">% obiettivo raggiunta</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="228 1104 459 1173">Igiene Alimenti e Nutrizione</td> <td data-bbox="459 1104 659 1173" style="text-align: center;">2.147</td> <td data-bbox="659 1104 858 1173" style="text-align: center;">72,2%</td> </tr> </tbody> </table> <p>3. Obiettivi minimi di prevenzione e strategici a livello regionale in ambito di Prevenzione, definiti da relativi provvedimenti di RL: SI, <i>di seguito i dettagli:</i> _Acque destinate al consumo umano: controlli sulla filiera idropotabile e sul relativo gestore [≥ 95%] = AL 30/09/25 eseguito 75,83%.</p> <p>_Sicurezza Alimentare: numero di ispezioni e audit [> 1] = AL 30/09/25 eseguito 79,39%.</p> <p>_ Sicurezza Alimentare: PIANO MICROBIOLOGICO [100%] = AL 30/09/25 eseguito 93,95%.</p> <p>_ Sicurezza Alimentare: PIANO OGM <u>MATRICI</u> [100%] = AL 30/09/25 eseguito 40,00%.</p> <p>_Sicurezza Alimentare: PIANO OGM <u>CAMPIONI</u> [100%] = AL 30/09/25 eseguito 40,00%.</p>	Anno 2025 _ dati AL 30/09/2025			I.M.Pre.S@-BI	N. controlli effettuati	% obiettivo raggiunta	Igiene Alimenti e Nutrizione	2.147	72,2%	<p>• Adempiere agli obblighi inerenti alla trasparenza, secondo quanto previsto dal PIAO vigente per tempo: Fatto.</p> <p>• Programmazione e Monitoraggio delle attività di controllo definite dal Piano Integrato dei Controlli (PIC) del DIPS, nel rispetto delle indicazioni regionali. [N. controlli effettuati e registrati nel sistema Impres@ anno in corso ≥ anno precedente].</p> <table border="1" data-bbox="890 1003 1520 1173"> <thead> <tr> <th colspan="3" data-bbox="890 1003 1520 1032">Anno 2025 _ dati AL 31/12/2025</th> </tr> <tr> <th data-bbox="890 1032 1121 1104">I.M.Pre.S@-BI</th> <th data-bbox="1121 1032 1321 1104">N. controlli effettuati</th> <th data-bbox="1321 1032 1520 1104">% obiettivo raggiunta</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="890 1104 1121 1173">Igiene Alimenti e Nutrizione</td> <td data-bbox="1121 1104 1321 1173" style="text-align: center;">2.996</td> <td data-bbox="1321 1104 1520 1173" style="text-align: center;">Oltre 100%. Fatto.</td> </tr> </tbody> </table> <p>• Obiettivi minimi di prevenzione e strategici a livello regionale in ambito di Prevenzione, definiti da relativi provvedimenti di RL: SI, <i>di seguito i dettagli:</i> _Acque destinate al consumo umano: controlli sulla filiera idropotabile e sul relativo gestore [≥ 95%] = AL 31/12/25 eseguito 100%. Fatto.</p> <p>_Sicurezza Alimentare: numero di ispezioni e audit [> 1] = AL 31/12/25 eseguito > 1. Fatto.</p> <p>_ Sicurezza Alimentare: PIANO MICROBIOLOGICO [100%] = AL 31/12/25 eseguito 100%. Fatto.</p> <p>_ Sicurezza Alimentare: PIANO OGM <u>MATRICI</u> [100%] = AL 31/12/25 eseguito 100%. Fatto.</p> <p>_Sicurezza Alimentare: PIANO OGM <u>CAMPIONI</u> [100%] = AL 31/12/25 eseguito 100%. Fatto.</p>	Anno 2025 _ dati AL 31/12/2025			I.M.Pre.S@-BI	N. controlli effettuati	% obiettivo raggiunta	Igiene Alimenti e Nutrizione	2.996	Oltre 100%. Fatto.
Anno 2025 _ dati AL 30/09/2025																				
I.M.Pre.S@-BI	N. controlli effettuati	% obiettivo raggiunta																		
Igiene Alimenti e Nutrizione	2.147	72,2%																		
Anno 2025 _ dati AL 31/12/2025																				
I.M.Pre.S@-BI	N. controlli effettuati	% obiettivo raggiunta																		
Igiene Alimenti e Nutrizione	2.996	Oltre 100%. Fatto.																		

<p>_Sicurezza Alimentare: PIANO IRRADIATI [100%] = AL 30/09/25 eseguito 100%.</p> <p>_Sicurezza Alimentare: PIANO CONTAMINANTI (Controllo Ufficiale) [100%] =</p> <p>AL 30/09/25 eseguito 78,00%.</p> <p>_Sicurezza Alimentare: PIANO MOCA [100%] = AL 30/09/25 eseguito 90,00%.</p> <p>_Sicurezza Alimentare: PIANO MONITORAGGIO CONTAMINANTI [100%] =</p> <p>AL 30/09/25 eseguito 100%.</p> <p>_Sicurezza Alimentare: PIANO CHIMICO-ALLERGENI-FUNGHI [$\geq 95\%$] =</p> <p>AL 30/09/25 eseguito 93,33%.</p> <p>_Sicurezza Alimentare: Rendicontazione <u>Laboratori di Prevenzione</u> in NSIS RaDISAN [Rendicontazione bimestrale per tutti i flussi] = SI</p> <p>AL 30/09/25 è stata effettuata la periodica rendicontazione bimestrale per i flussi di competenza NSIS e RADISAN.</p> <p>_Sorveglianza Nutrizionale: CONTROLLI NUTRIZIONALI [$\geq 95\%$] =</p> <p>AL 30/09/25 eseguito 65,00%.</p> <p>_Acque destinate al Consumo Umano: Garantire l'adeguamento dei gestionali in uso alle anagrafi previste dal database nazionale AnTeA per i controlli delle acque destinate al consumo umano [100%] =</p> <p>AL 30/09/25 dato non ancora disponibile. La Struttura si è attivata per reperire il dato.</p> <p>_Attivazione Piano Mirato MOCA [Conferma attivazione da parte di ogni ATS tramite la trasmissione delle schede di autovalutazione.] =</p> <p>AL 30/09/25 non ancora fatto (in attesa di indicazioni regionali).</p> <p>_Anagrafe ATS Stabilimenti Registrati/Riconosciuti: Adeguamento allegato A DGR 1842 del 05/02/24 [Conferma adeguamento da parte di ogni ATS tramite il corretto caricamento dell'anagrafe nel nuovo Gestionale Regionale SIAN] =</p> <p>AL 30/09/25 non ancora fatto (in attesa di indicazioni regionali).</p> <p>_Implementazione Screening Nutrizionale. [Almeno una site visit per ogni struttura risultata non pienamente adempiente durante i controlli condotti nel 2024] = Fatto.</p>	<p>_Sicurezza Alimentare: PIANO IRRADIATI [100%]=AL 31/12/25 eseguito 100%. Fatto.</p> <p>_Sicurezza Alimentare: PIANO CONTAMINANTI (Controllo Ufficiale) [100%] =</p> <p>AL 31/12/25 eseguito 100%. Fatto.</p> <p>_Sicurezza Alimentare: PIANO MOCA [100%] = AL 31/12/25 eseguito 100%. Fatto.</p> <p>_Sicurezza Alimentare: PIANO MONITORAGGIO CONTAMINANTI [100%] =</p> <p>AL 31/12/25 eseguito 100%. Fatto.</p> <p>_Sicurezza Alimentare: PIANO CHIMICO-ALLERGENI-FUNGHI [$\geq 95\%$] =</p> <p>AL 31/12/25 eseguito 100%. Fatto.</p> <p>_Sicurezza Alimentare: Rendicontazione <u>Laboratori di Prevenzione</u> in NSIS RaDISAN [Rendicontazione bimestrale per tutti i flussi] = SI</p> <p>AL 31/12/25 è stata effettuata la periodica rendicontazione bimestrale per i flussi di competenza NSIS e RADISAN. Fatto.</p> <p>_Sorveglianza Nutrizionale: CONTROLLI NUTRIZIONALI [$\geq 95\%$] =</p> <p>AL 31/12/25 eseguito 100%. Fatto.</p> <p>_Acque destinate al Consumo Umano: Garantire l'adeguamento dei gestionali in uso alle anagrafi previste dal database nazionale AnTeA per i controlli delle acque destinate al consumo umano [100%] =</p> <p>AL 31/12/25 eseguito 100%. Fatto.</p> <p>_Attivazione Piano Mirato MOCA [Conferma attivazione da parte di ogni ATS tramite la trasmissione delle schede di autovalutazione.] =</p> <p>AL 31/12/25 eseguito 100%. Fatto.</p> <p>—</p> <p>Anagrafe ATS Stabilimenti Registrati/Riconosciuti: Adeguamento allegato A DGR 1842 del 05/02/24 [Conferma adeguamento da parte di ogni ATS tramite il corretto caricamento dell'anagrafe nel nuovo Gestionale Regionale SIAN] =</p> <p>AL 31/12/25 eseguito 100%. Fatto.</p> <p>_Implementazione Screening Nutrizionale. [Almeno una site visit per ogni struttura risultata non pienamente adempiente durante i controlli condotti nel 2024] = Fatto.</p>
---	--

CDR I LIVELLO	DIREZIONE SANITARIA
CDR II LIVELLO	Dipartimento DIPS – <ul style="list-style-type: none"> • S.C. Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro (PSAL) <ul style="list-style-type: none"> - S.S. Prevenzione Malattie Professionali - S.S. Sicurezza sul Lavoro e Impiantistica - S.S. Vigilanza e Controllo Sicurezza sul Lavoro

CODICE

INDIRIZZO DI BUDGET REGIONALE/AZIENDALE

013103	<p><i>D.G.R. XII/3720 del 30/12/2024, recante ad oggetto “Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione del SSR per l’anno 2025 – (di concerto con il vicepresidente Alparone e gli Assessori Lucchini e Fermi)” e ss.mm.ii.</i></p> <p><i>D.G.R. XII/4434 del 26.05.2025, recante ad oggetto “Determinazioni in ordine agli obiettivi delle Agenzie di Tutela della Salute (A.T.S.), delle Aziende Socio Sanitarie Territoriali (A.S.S.T.) e dell’Agenzia Regionale Emergenza Urgenza (A.R.E.U.) – anno 2025” e ss.mm.ii.</i></p> <p><i>Decreto DGW n.8610 del 18.06.2025, recante ad oggetto “Declinazione degli indicatori relativi agli obiettivi dell’ATS di Bergamo-Anno 2025”</i></p>
---------------	--

Correlato a **OBIETTIVO STRATEGICO (OS)** o **OPERATIVO (OO)**

PIAO 2025-2027 (All.7)

OS8	<i>OS8: Piano dei controlli e di miglioramento</i>
OS16	<i>OS16: Rafforzamento della Prevenzione collettiva e sanità pubblica ex DGR XII/4434 del 26.05.25 e Decreto DGW n.8610 del 18.06.25</i>
OO12	<i>OO12: Realizzazione del Piano Integrato dei Controlli (PIC) del DIPS, per il corrente anno, in ambito di prevenzione sanitaria</i>
OO26	<i>OO26: Assolvimento degli obblighi previsti dal D.lgs. 33/2013 in ambito di Anticorruzione e Trasparenza</i>
OO30	<i>OO30: Raggiungimento degli obiettivi minimi di prevenzione ex DGR XII/4434 del 26.05.25 e Decreto DGW n.8610 del 18.06.25</i>

Azione concreta di contribuzione alla realizzazione dell’indirizzo strategico ed operativo

OBIETTIVO DELL’AZIONE CONCRETA

1. **Adempiere agli obblighi inerenti alla trasparenza secondo quanto previsto dal PIAO vigente per tempo**
2. **Programmazione e Monitoraggio delle attività di controllo definite dal Piano Integrato dei Controlli (PIC) del DIPS per il corrente anno, nel rispetto delle indicazioni regionali**
3. **Obiettivi minimi di prevenzione e strategici a livello regionale in ambito di Prevenzione definiti da relativi provvedimenti di RL**

PARAMETRO DI MISURAZIONE (Indicatore), TARGET ATTESO DELL’OBIETTIVO e TEMPO di sua realizzazione

1. **Indicatore:** Fatto/Non fatto (Obblighi trasparenza secondo quanto declinato nell’obiettivo)

<p>- Target: Fatto (Adempimenti effettuati)</p> <p>- Tempo di realizzazione: entro il 31 dicembre 2025</p> <p>2. Indicatore: N° controlli complessivi effettuati e registrati nel sistema Impres@ anno in corso \geq rispetto all'anno precedente</p> <p>- Target: Controlli anno 2025 \geq 2024</p> <p>- Tempo di realizzazione: entro il 31 dicembre 2025</p> <p>3. Si rimanda agli indicatori, target e tempi di realizzazione definiti analiticamente nel Decreto DGW n.8610 del 18.06.2025</p>
--

PUNTI DI CONTROLLO DELL'OBIETTIVO da rendicontare	
30 SETTEMBRE 2025	31 DICEMBRE 2025

Obiettivo condiviso con altre articolazioni di ATS? (barrare opzione) SI' NO X

Cod. scheda	Rendicontazione al 30/09/2025	Rendicontazione al 31/12/2025																
013103	<p>1. Adempiere agli obblighi inerenti alla trasparenza, secondo quanto previsto dal PIAO vigente per tempo: Fatto.</p> <p>2. Programmazione e Monitoraggio delle attività di controllo definite dal Piano Integrato dei Controlli (PIC) del DIPS, nel rispetto delle indicazioni regionali. [N. controlli effettuati e registrati nel sistema Impres@ anno in corso \geq anno precedente].</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">I.M.Pre.S@-BI</th> <th colspan="2">Anno 2025 _ dati AL 30/09/2025</th> </tr> <tr> <th>N. controlli effettuati</th> <th>% obiettivo raggiunta</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Prevenzione Sicurezza Ambienti di Lavoro</td> <td style="text-align: center;">4.998</td> <td style="text-align: center;">75,3%</td> </tr> </tbody> </table> <p>3. Obiettivi minimi di prevenzione e strategici a livello regionale in ambito di Prevenzione, definiti da relativi provvedimenti di RL: SI, di seguito i dettagli:</p> <p>_Capacità di una ATS di investire in termini di prevenzione in maniera adeguata ai bisogni epidemiologici, sostenibili e a eventuali accantonamenti. [$> 120\%$] =</p> <p>AL 30/09/25 dato non ancora disponibile. La Struttura si è attivata per reperire il dato.</p> <p>_Denunce di Infortuni sul Lavoro: Variazione dell'indice di frequenza delle denunce di infortuni sul lavoro tra l'anno di riferimento (2024) e l'anno precedente (2023). [L'obiettivo si considera raggiunto qualora l'indicatore sopra descritto non dimostri un incremento percentuale rispetto all'anno</p>	I.M.Pre.S@-BI	Anno 2025 _ dati AL 30/09/2025		N. controlli effettuati	% obiettivo raggiunta	Prevenzione Sicurezza Ambienti di Lavoro	4.998	75,3%	<p>• Adempiere agli obblighi inerenti alla trasparenza, secondo quanto previsto dal PIAO vigente per tempo: Fatto.</p> <p>• Programmazione e Monitoraggio delle attività di controllo definite dal Piano Integrato dei Controlli (PIC) del DIPS, nel rispetto delle indicazioni regionali. [N. controlli effettuati e registrati nel sistema Impres@ anno in corso \geq anno precedente].</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">I.M.Pre.S@-BI</th> <th colspan="2">Anno 2025 _ dati AL 31/12/2025</th> </tr> <tr> <th>N. controlli effettuati</th> <th>% obiettivo raggiunta</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Prevenzione Sicurezza Ambienti di Lavoro</td> <td style="text-align: center;">6.818</td> <td style="text-align: center;">Oltre 100%. Fatto.</td> </tr> </tbody> </table> <p>• Obiettivi minimi di prevenzione e strategici a livello regionale in ambito di Prevenzione, definiti da relativi provvedimenti di RL: SI, di seguito i dettagli:</p> <p>_Capacità di una ATS di investire in termini di prevenzione in maniera adeguata ai bisogni epidemiologici, sostenibili e a eventuali accantonamenti. [$> 120\%$] =</p> <p>AL 31/12/25 il dato è 20,15%. Obiettivo non raggiunto.</p> <p>_Denunce di Infortuni sul Lavoro: Variazione dell'indice di frequenza delle denunce di infortuni sul lavoro tra l'anno di riferimento (2024) e l'anno precedente (2023).</p>	I.M.Pre.S@-BI	Anno 2025 _ dati AL 31/12/2025		N. controlli effettuati	% obiettivo raggiunta	Prevenzione Sicurezza Ambienti di Lavoro	6.818	Oltre 100%. Fatto.
I.M.Pre.S@-BI	Anno 2025 _ dati AL 30/09/2025																	
	N. controlli effettuati	% obiettivo raggiunta																
Prevenzione Sicurezza Ambienti di Lavoro	4.998	75,3%																
I.M.Pre.S@-BI	Anno 2025 _ dati AL 31/12/2025																	
	N. controlli effettuati	% obiettivo raggiunta																
Prevenzione Sicurezza Ambienti di Lavoro	6.818	Oltre 100%. Fatto.																

	<p><i>precedente</i>] = AL 30/09/25 dato non ancora disponibile. La Struttura si è attivata per reperire il dato.</p> <p>_Infortuni sul Lavoro riconosciuti: Variazione dell'indice di frequenza di infortuni sul lavoro riconosciuti tra l'anno di riferimento (2024) e l'anno precedente (2023).</p> <p>[L'obiettivo si considera raggiunto qualora l'indicatore sopra descritto non dimostri un incremento percentuale rispetto all'anno precedente] = AL 30/09/25 dato non ancora disponibile. La Struttura si è attivata per reperire il dato.</p>	<p>[L'obiettivo si considera raggiunto qualora l'indicatore sopra descritto non dimostri un incremento percentuale rispetto all'anno precedente] =</p> <p>AL 31/12/25 dato in linea (-0,05%). Fatto.</p> <p>_Infortuni sul Lavoro riconosciuti: Variazione dell'indice di frequenza di infortuni sul lavoro riconosciuti tra l'anno di riferimento (2024) e l'anno precedente (2023).</p> <p>[L'obiettivo si considera raggiunto qualora l'indicatore sopra descritto non dimostri un incremento percentuale rispetto all'anno precedente] =</p> <p>AL 31/12/25 dato in linea (-0,01%). Fatto.</p>
--	---	--

CDR I LIVELLO	DIREZIONE SANITARIA
CDR II LIVELLO	<p>Dipartimento DIPS –</p> <ul style="list-style-type: none"> • S.C. Promozione della Salute e Prevenzione Fattori di Rischio Comportamentali - S.S. Educazione alla Salute e Prevenzione - S.S. Prevenzione delle Dipendenze

CODICE

INDIRIZZO DI BUDGET REGIONALE/AZIENDALE

013104	<p><i>D.G.R. XII/3720 del 30/12/2024, recante ad oggetto "Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione del SSR per l'anno 2025 – (di concerto con il vicepresidente Alparone e gli Assessori Lucchini e Fermi)" e ss.mm.ii.</i></p> <p><i>D.G.R. XII/4434 del 26.05.2025, recante ad oggetto "Determinazioni in ordine agli obiettivi delle Agenzie di Tutela della Salute (A.T.S.), delle Aziende Socio Sanitarie Territoriali (A.S.S.T.) e dell'Agenzia Regionale Emergenza Urgenza (A.R.E.U.) – anno 2025" e ss.mm.ii.</i></p> <p><i>Decreto DGW n.8610 del 18.06.2025, recante ad oggetto "Declinazione degli indicatori relativi agli obiettivi dell'ATS di Bergamo-Anno 2025"</i></p>
---------------	--

Correlato a OBIETTIVO STRATEGICO (OS) o OPERATIVO (OO)

PIAO 2025-2027 (All.7)

<p>OS16</p> <p>OO10</p> <p>OO26</p> <p>OO30</p>	<p><i>OS16: Rafforzamento della Prevenzione collettiva e sanità pubblica ex DGR XII/4434 del 26.05.25 e Decreto DGW n.8610 del 18.06.25</i></p> <p><i>OO10: Piano Integrato Locale di Promozione della Salute (PIL)</i></p> <p><i>OO26: Assolvimento degli obblighi previsti dal D.lgs. 33/2013 in ambito di Anticorruzione e Trasparenza</i></p> <p><i>OO30: Raggiungimento degli obiettivi minimi di prevenzione ex DGR XII/4434 del 26.05.25 e Decreto DGW n.8610 del 18.06.25</i></p>
---	---

Azione concreta di contribuzione alla realizzazione dell'indirizzo strategico ed operativo

OBIETTIVO DELL'AZIONE CONCRETA
<ol style="list-style-type: none"> 1. Adempiere agli obblighi inerenti alla trasparenza secondo quanto previsto dal PIAO vigente per tempo 2. Stesura e approvazione del PIL (Piano Integrato Locale) degli interventi di Promozione della Salute per il corrente anno, nel rispetto delle indicazioni regionali 3. Obiettivi minimi di prevenzione e strategici a livello regionale in ambito di Prevenzione definiti da relativi provvedimenti di RL

PARAMETRO DI MISURAZIONE (Indicatore), TARGET ATTESO DELL'OBIETTIVO e TEMPO di sua realizzazione
<ol style="list-style-type: none"> 1. Indicatore: Fatto/Non fatto (Obblighi trasparenza secondo quanto declinato nell'obiettivo) <ul style="list-style-type: none"> - Target: Fatto (Adempimenti effettuati) - Tempo di realizzazione: entro il 31 dicembre 2025 2. Indicatore: Fatto/Non fatto (Stesura ed approvazione PIL secondo quanto declinato nell'obiettivo) <ul style="list-style-type: none"> - Target: Fatto (Stesura ed approvazione PIL effettuata) - Tempo di realizzazione: entro il 31 dicembre 2025 3. Si rimanda agli indicatori, target e tempi di realizzazione definiti analiticamente nel Decreto DGW n.8610 del 18.06.2025

PUNTI DI CONTROLLO DELL'OBIETTIVO da rendicontare	
30 SETTEMBRE 2025	31 DICEMBRE 2025

Obiettivo condiviso con altre articolazioni di ATS? (barrare opzione) SI' X NO

se barrato "SI" indicare a seguire:

Obiettivo N°2 in collaborazione con SC Misure e reti per la famiglia e i suoi componenti fragili (Scheda codice 057002 ob.2 e Scheda codice 057003 ob.2)

Codice scheda	Rendicontazione al 30/09/2025	Rendicontazione al 31/12/2025
013104	<ol style="list-style-type: none"> 1. Adempiere agli obblighi inerenti alla trasparenza, secondo quanto previsto dal PIAO vigente per tempo: Fatto. 2. Stesura e approvazione del PIL (Piano Integrato Locale) degli interventi di Promozione della Salute, nel rispetto delle indicazioni regionali: Fatto. <i>Con delibera n. 117 del 18/02/25 è stato approvato il PIL anno 2025 del DIPS, comprensivo delle azioni di contrasto al GAP.</i> 3. Obiettivi minimi di prevenzione e strategici a livello regionale in ambito di Prevenzione, definiti da relativi provvedimenti di RL: SI, di seguito i dettagli: _Aumento del numero di Aziende WHP [> 35% rispetto all'anno precedente] = 	<ul style="list-style-type: none"> • Adempiere agli obblighi inerenti alla trasparenza, secondo quanto previsto dal PIAO vigente per tempo: Fatto. • Stesura e approvazione del PIL (Piano Integrato Locale) degli interventi di Promozione della Salute, nel rispetto delle indicazioni regionali: Fatto. <i>Con delibera n. 117 del 18/02/25 è stato approvato il PIL anno 2025 del DIPS, comprensivo delle azioni di contrasto al GAP.</i> • Obiettivi minimi di prevenzione e strategici a livello regionale in ambito di Prevenzione, definiti da relativi provvedimenti di RL: SI, di seguito i dettagli: _Aumento del numero di Aziende WHP [> 35% rispetto all'anno precedente] =

<p>AL 30/09/25 l'indicatore è così rappresentato: Aziende Aderenti WHP nel 2024= 138; Aziende Aderenti= 145; Incremento= +5,0%</p> <p>_Rafforzamento delle coperture dei programmi preventivi regionali setting scolastico [$> 3\%$]= AL 30/09/25: Plessi attivi nel 2025 (130)/conclusi nel 2024 (136) = -4,4%.</p> <p>Le adesioni sono tutt'ora in corso.</p> <p>_Medicina dello Sport: Acquisizione delle competenze in tema di gestione della Medicina dello Sport. [Presenza di almeno 2 operatori per ATS che abbiano usufruito del corso.]= AL 30/09/25 si è in attesa che il Corso venga organizzato da Regione.</p> <p>_Promozione della Salute: Attuazione Protocollo ex DGR XI/6761 – XI/7499 (Prevenzione Dipendenze-Disagio). [100%] =</p> <p>AL 30/09/25 Attivato da Prefettura, Tavolo Piano Disagio in applicazione DGR 7499, ma non ancora formalizzato il Protocollo.</p> <p>_Promozione della Salute: Incremento della copertura dei N. plessi scolastici in cui si realizzano i Programmi preventivi regionali (LST Lombardia + Unplugged Lombardia + Pari) nel setting scolastico [Incremento della copertura % del N. plessi in cui sono attivi i programmi: 2% in più nel 2025 rispetto al 2024] =</p> <p>AL 30/09/25: Plessi attivi nel 2025 (130)/conclusi nel 2024 (136) = -4,4%.</p> <p>Le adesioni sono tutt'ora in corso.</p>	<p>AL 31/12/25 l'indicatore è così rappresentato: Aziende Aderenti WHP nel 2024= 138; Aziende Aderenti= 154; Incremento= +11,6% Obiettivo non raggiunto.</p> <p>_Rafforzamento delle coperture dei programmi preventivi regionali setting scolastico [$> 3\%$]= AL 31/12/25: Plessi attivi nel 2025 (144)/conclusi nel 2024 (136) = +5,9%. Fatto.</p> <p>_Medicina dello Sport: Acquisizione delle competenze in tema di gestione della Medicina dello Sport. [Presenza di almeno 2 operatori per ATS che abbiano usufruito del corso.]=AL 31/12/25 il corso è stato frequentato da 2 operatori della Struttura. Fatto.</p> <p>_Promozione della Salute: Attuazione Protocollo ex DGR XI/6761 – XI/7499 (Prevenzione Dipendenze-Disagio). [100%] =</p> <p>AL 31/12/25 Attivato da Prefettura il Tavolo. Presentata bozza di protocollo al Prefetto e al Tavolo, che hanno dato parere favorevole. Le integrazioni da parte della neocostituita cabina di regia Bullismo e dell'Ufficio Scolastico sono pervenute ad inizio 2026. Il protocollo è stato inviato alla firma del DG ATS e per l'acquisizione delle firme del Prefetto e del Dirigente UST. Obiettivo parzialmente raggiunto.</p> <p>_Promozione della Salute: Incremento della copertura dei N. plessi scolastici in cui si realizzano i Programmi preventivi regionali (LST Lombardia + Unplugged Lombardia + Pari) nel setting scolastico [Incremento della copertura % del N. plessi in cui sono attivi i programmi: 2% in più nel 2025 rispetto al 2024] =</p> <p>AL 31/12/25: Plessi attivi nel 2025 (144)/conclusi nel 2024 (136) = +5,9%. Fatto.</p>
--	---

CODICE	INDIRIZZO DI BUDGET REGIONALE/AZIENDALE
013105	<p><i>D.G.R. XII/3720 del 30/12/2024, recante ad oggetto "Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione del SSR per l'anno 2025 – (di concerto con il vicepresidente Alparone e gli Assessori Lucchini e Fermi)" e ss.mm.ii.</i></p> <p><i>D.G.R. XII/4434 del 26.05.2025, recante ad oggetto "Determinazioni in ordine agli obiettivi delle Agenzie di Tutela della Salute (A.T.S.), delle Aziende Socio Sanitarie Territoriali (A.S.S.T.) e dell'Agenzia Regionale Emergenza Urgenza (A.R.E.U.) – anno 2025" e ss.mm.ii.</i></p> <p><i>Decreto DGW n.8610 del 18.06.2025, recante ad oggetto "Declinazione degli indicatori relativi agli obiettivi dell'ATS di Bergamo-Anno 2025"</i></p>

Correlato a OBIETTIVO STRATEGICO (OS) o OPERATIVO (OO)

PIAO 2025-2027 (All.7)

OS8	<i>OS8: Piano dei controlli e di miglioramento</i>
OS16	<i>OS16: Rafforzamento della Prevenzione collettiva e sanità pubblica ex DGR XII/4434 del 26.05.25 e Decreto DGW n.8610 del 18.06.25</i>
OO12	<i>OO12: Realizzazione del Piano Integrato dei Controlli (PIC) del DIPS, per il corrente anno, in ambito di prevenzione sanitaria</i>
OO26	<i>OO26: Assolvimento degli obblighi previsti dal D.lgs. 33/2013 in ambito di Anticorruzione e Trasparenza</i>
OO30	<i>OO30: Raggiungimento degli obiettivi minimi di prevenzione ex DGR XII/4434 del 26.05.25 e Decreto DGW n.8610 del 18.06.25</i>

Azione concreta di contribuzione alla realizzazione dell'indirizzo strategico ed operativo

OBIETTIVO DELL'AZIONE CONCRETA

1. **Adempiere agli obblighi inerenti alla trasparenza secondo quanto previsto dal PIAO vigente per tempo**
2. **Programmazione e Monitoraggio delle attività di controllo definite dal Piano Integrato dei Controlli (PIC) del DIPS per il corrente anno, nel rispetto delle indicazioni regionali**
3. **Obiettivi minimi di prevenzione e strategici a livello regionale in ambito di Prevenzione definiti da relativi provvedimenti di RL**

PARAMETRO DI MISURAZIONE (Indicatore), TARGET ATTESO DELL'OBIETTIVO e TEMPO di sua realizzazione

1. **Indicatore:** Fatto/Non fatto (Obblighi trasparenza secondo quanto declinato nell'obiettivo)
 - **Target:** Fatto (Adempimenti effettuati)
 - **Tempo di realizzazione:** entro il 31 dicembre 2025
2. **Indicatore:** N° controlli complessivi effettuati e registrati nel sistema Impres@ anno in corso \geq rispetto all'anno precedente
 - **Target:** Controlli anno 2025 \geq 2024
 - **Tempo di realizzazione:** entro il 31 dicembre 2025
3. *Si rimanda agli indicatori, target e tempi di realizzazione definiti analiticamente nel Decreto DGW n.8610 del 18.06.2025*

PUNTI DI CONTROLLO DELL'OBIETTIVO da rendicontare

30 SETTEMBRE 2025

31 DICEMBRE 2025

Obiettivo condiviso con altre articolazioni di ATS? (barrare opzione) ⇒ SI NO

Codice scheda	Rendicontazione al 30/09/2025	Rendicontazione al 31/12/2025																
013105	<p>1. Adempimento agli obblighi inerenti alla trasparenza, secondo quanto previsto dal PIAO vigente per tempo: Fatto.</p> <p>2. Programmazione e Monitoraggio delle attività di controllo definite dal Piano Integrato dei Controlli (PIC) del DIPS, nel rispetto delle indicazioni regionali. [N. controlli complessivi registrati nel sistema Impres@ anno in corso ≥ anno precedente].</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">I.M.Pre.S@-BI</th> <th colspan="2">Anno 2025 _ dati AL 30/09/2025</th> </tr> <tr> <th>N. controlli effettuati</th> <th>% obiettivo raggiunta</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Igiene e Sanità Pubblica</td> <td style="text-align: center;">2.031</td> <td style="text-align: center;">53,2%</td> </tr> </tbody> </table> <p>3. Obiettivi minimi di prevenzione e strategici a livello regionale in ambito di Prevenzione, definiti da relativi provvedimenti di RL: SI, di seguito i dettagli:</p> <p>_Sicurezza Chimica: Piano REACH [100%]: AL 30/09/25 eseguito 34,26%</p> <p>_Tutela della Salute nell'uso <u>Piscine pubbliche o di uso pubblico</u>. Vigilanza sugli impianti natatori. [100%]: AL 30/09/25 eseguito 78,60%</p> <p>_Tutela delle condizioni igieniche e di sicurezza degli <u>edifici ad uso Scolastico</u>. Vigilanza sulle condizioni di salubrità e sicurezza degli edifici esistenti. [10%] = AL 30/09/25 eseguito 42,90%</p> <p>_Tutela delle condizioni igieniche e di sicurezza delle <u>Strutture destinate ad attività sanitaria</u>. Vigilanza sulle condizioni di salubrità e sicurezza delle Strutture Sanitarie [≥ 2024 n. 55]: AL 30/09/25 = n. 57.</p>	I.M.Pre.S@-BI	Anno 2025 _ dati AL 30/09/2025		N. controlli effettuati	% obiettivo raggiunta	Igiene e Sanità Pubblica	2.031	53,2%	<ul style="list-style-type: none"> • Adempimento agli obblighi inerenti alla trasparenza, secondo quanto previsto dal PIAO vigente per tempo: Fatto. • Programmazione e Monitoraggio delle attività di controllo definite dal Piano Integrato dei Controlli (PIC) del DIPS, nel rispetto delle indicazioni regionali. [N. controlli complessivi registrati nel sistema Impres@ anno in corso ≥ anno precedente]. <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">I.M.Pre.S@-BI</th> <th colspan="2">Anno 2025 _ dati AL 31/12/2025</th> </tr> <tr> <th>N. controlli effettuati</th> <th>% obiettivo raggiunta</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Igiene e Sanità Pubblica</td> <td style="text-align: center;">2.736</td> <td style="text-align: center;">71,7%</td> </tr> </tbody> </table> <p>Obiettivo parzialmente raggiunto.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Obiettivi minimi di prevenzione e strategici a livello regionale in ambito di Prevenzione, definiti da relativi provvedimenti di RL: SI, di seguito i dettagli: <p>_Sicurezza Chimica: Piano REACH [100%]: AL 31/12/25 eseguito 100%. Fatto.</p> <p>_Tutela della Salute nell'uso <u>Piscine pubbliche o di uso pubblico</u>. Vigilanza sugli impianti natatori. [100%]: AL 31/12/25 eseguito 97,3%. Obiettivo parzialmente raggiunto.</p> <p>_Tutela delle condizioni igieniche e di sicurezza degli <u>edifici ad uso Scolastico</u>. Vigilanza sulle condizioni di salubrità e sicurezza degli edifici esistenti. [10%] = AL 31/12/25 eseguito 10%. Fatto.</p> <p>_Tutela delle condizioni igieniche e di sicurezza delle <u>Strutture destinate ad attività sanitaria</u>. Vigilanza sulle condizioni di salubrità e sicurezza delle Strutture Sanitarie [≥ 2024 n. 55]: AL 31/12/25 eseguite n. 81. Fatto.</p>	I.M.Pre.S@-BI	Anno 2025 _ dati AL 31/12/2025		N. controlli effettuati	% obiettivo raggiunta	Igiene e Sanità Pubblica	2.736	71,7%
I.M.Pre.S@-BI	Anno 2025 _ dati AL 30/09/2025																	
	N. controlli effettuati	% obiettivo raggiunta																
Igiene e Sanità Pubblica	2.031	53,2%																
I.M.Pre.S@-BI	Anno 2025 _ dati AL 31/12/2025																	
	N. controlli effettuati	% obiettivo raggiunta																
Igiene e Sanità Pubblica	2.736	71,7%																

CDR I LIVELLO	DIREZIONE SANITARIA
CDR II LIVELLO	Dipartimento DIPS – • Direzione DIPS

CODICE

INDIRIZZO DI BUDGET REGIONALE/AZIENDALE

013106	<p><i>D.G.R. XII/3720 del 30/12/2024, recante ad oggetto “Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione del SSR per l’anno 2025 – (di concerto con il vicepresidente Alparone e gli Assessori Lucchini e Fermi)” e ss.mm.ii.</i></p> <p><i>D.G.R. XII/4434 del 26.05.2025, recante ad oggetto “Determinazioni in ordine agli obiettivi delle Agenzie di Tutela della Salute (A.T.S.), delle Aziende Socio Sanitarie Territoriali (A.S.S.T.) e dell’Agenzia Regionale Emergenza Urgenza (A.R.E.U.) – anno 2025” e ss.mm.ii.</i></p> <p><i>Decreto DGW n.8610 del 18.06.2025, recante ad oggetto “Declinazione degli indicatori relativi agli obiettivi dell’ATS di Bergamo-Anno 2025”</i></p>
---------------	--

Correlato a OBIETTIVO STRATEGICO (OS) o OPERATIVO (OO)

PIAO 2025-2027 (All.7)

<p>OS16</p> <p>OO30</p>	<p><i>OS16: Rafforzamento della Prevenzione collettiva e sanità pubblica ex DGR XII/4434 del 26.05.25 e Decreto DGW n.8610 del 18.06.25</i></p> <p><i>OO30: Raggiungimento degli obiettivi minimi di prevenzione ex DGR XII/4434 del 26.05.25 e Decreto DGW n.8610 del 18.06.25</i></p>
---------------------------------------	---

Azione concreta di contribuzione alla realizzazione dell’indirizzo strategico ed operativo

OBIETTIVO DELL’AZIONE CONCRETA

- Obiettivi minimi di prevenzione e strategici a livello regionale in ambito di Prevenzione definiti da relativi provvedimenti di RL**

PARAMETRO DI MISURAZIONE (Indicatore), TARGET ATTESO DELL’OBIETTIVO e TEMPO di sua realizzazione

- Si rimanda agli **indicatori, target e tempi di realizzazione** definiti analiticamente nel Decreto DGW N.8610 del 18.06.2025
 - Ambito Olimpiadi;
 - Miglioramento Qualità Prestazioni: Laboratori di simulazione, formazione.

PUNTI DI CONTROLLO DELL'OBIETTIVO da rendicontare

30 SETTEMBRE 2025

31 DICEMBRE 2025

Obiettivo condiviso con altre articolazioni di ATS? (barrare opzione) SI' X NO

se barrato "SI" indicare a seguire:

Obiettivo N° 1 (Ambito Olimpiadi) in collaborazione con DVSAOA (Scheda codice 013306 ob.1)

Codice scheda	Rendicontazione al 30/09/2025	Rendicontazione al 31/12/2025
013106	<ul style="list-style-type: none"> Obiettivi minimi di prevenzione e strategici a livello regionale in ambito di Prevenzione, definiti da relativi provvedimenti di RL: Di seguito i dettagli: _Copertura del controllo degli stabilimenti di ristorazione pubblica situati in ambito aeroportuale. [$\geq 95\%$]= Dato non ancora disponibile. La Struttura si è attivata per reperire il dato. _Miglioramento Qualità Prestazioni: Laboratori di simulazione, formazione. Partecipazione alla formazione per formatori (acquisizione di competenza nello sviluppo di percorsi e scenari di simulazione e nella conduzione della riflessione critica post-evento feedback e/o debriefing). [Almeno 2 operatori per ATS] = Fatto. 	<ul style="list-style-type: none"> Obiettivi minimi di prevenzione e strategici a livello regionale in ambito di Prevenzione, definiti da relativi provvedimenti di RL: Di seguito i dettagli: _Copertura del controllo degli stabilimenti di ristorazione pubblica situati in ambito aeroportuale. [$\geq 95\%$] = Fatto. _Miglioramento Qualità Prestazioni: Laboratori di simulazione, formazione. Partecipazione alla formazione per formatori (acquisizione di competenza nello sviluppo di percorsi e scenari di simulazione e nella conduzione della riflessione critica post-evento feedback e/o debriefing). [Almeno 2 operatori per ATS] = Fatto.

CDR I LIVELLO	DIREZIONE SANITARIA
CDR II LIVELLO	SC SFT

CODICE

INDIRIZZO DI BUDGET REGIONALE/AZIENDALE

032401	<i>D.G.R. XII/3720 del 30/12/2024, recante ad oggetto "Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione del SSR per l'anno 2025 – (di concerto con il vicepresidente Alparone e gli Assessori Lucchini e Fermi)" e ss.mm.ii.</i>
---------------	---

Correlato a OBIETTIVO STRATEGICO (OS) o OPERATIVO (OO)

PIAO 2025-2027 (All.7)

OS9	Attuazione di specifici Progetti strategici o attività di miglioramento
------------	---

Azione concreta di contribuzione alla realizzazione dell'indirizzo strategico ed operativo

OBIETTIVO DELL'AZIONE CONCRETA
1. Incremento dell'erogazione delle prestazioni in telemedicina a carico SSR (ECG, Holter Cardiaco, Holter Pressorio) nelle farmacie del territorio.

PARAMETRO DI MISURAZIONE (Indicatore), TARGET ATTESO DELL'OBIETTIVO e TEMPO di sua realizzazione
<p>1. Indicatore: N° totale prestazioni erogate in telemedicina a carico SSR nell'anno 2025 > . totale prestazioni erogate in telemedicina a carico SSR nell'anno 2024.</p> <p>-Target: Prestazioni erogate 2025>Prestazioni erogate 2024</p> <p>-Tempo di realizzazione: entro il 31 dicembre 2025</p>

PUNTI DI CONTROLLO DELL'OBIETTIVO da rendicontare	
30 SETTEMBRE 2025	31 DICEMBRE 2025

Obiettivo condiviso con altre articolazioni di ATS? (barrare opzione) SÌ NO X:

Codice scheda	Rendicontazione al 31/12/2025	Rendicontazione al 31/12/2025
032401	<p>Incremento dell'erogazione delle prestazioni in telemedicina a carico SSR (ECG, Holter,Cardiaco, Holter Pressorio) nelle farmacie del territorio.</p> <p>-Indicatore: n. totale prestazioni erogate in telemedicina a carico SSR nell'anno 2025 > n. totale prestazioni erogate in telemedicina a carico SSR nell'anno 2024.</p> <p>Anno 2025 = 2358 vs. Anno 2024 = 515;</p> <p>Media mensile 2024 = 73.57; media mensile 2025= 196,5 un incremento mensile del 167,1%</p>	<p>Obiettivo raggiunto al 357.86%.</p>

CDR I LIVELLO	DIREZIONE SANITARIA
CDR II LIVELLO	SC SFT

CODICE

INDIRIZZO DI BUDGET REGIONALE/AZIENDALE

032402	D.G.R. XII/3720 del 30/12/2024, recante ad oggetto "Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione del SSR per l'anno 2025 – (di concerto con il vicepresidente Alparone e gli Assessori Lucchini e Fermi)" e ss.mm.ii.
--------	--

Correlato a OBIETTIVO STRATEGICO (OS) o OPERATIVO (OO)

PIAO 2025-2027 (All.7)

OS9	Attuazione di specifici Progetti strategici o attività di miglioramento
-----	---

Azione concreta di contribuzione alla realizzazione dell'indirizzo strategico ed operativo

OBIETTIVO DELL'AZIONE CONCRETA

- Promozione dell'uso dei farmaci biosimilari da parte di ATS in collaborazione con le farmacie ospedaliere e gli specialisti

PARAMETRO DI MISURAZIONE (Indicatore), TARGET ATTESO DELL'OBIETTIVO e TEMPO di sua realizzazione

1.1 **Indicatore:** Percentuale di promozione per i farmaci biosimilari in ambito reumatologico/gastro/dermatologico

-**Target:**

- ADALIMUMAB: 80%
- ETANERCEPT: 70%
- INFLIXIMAB ev: 90%

-**Tempo di realizzazione:** entro il 31 dicembre 2025

1.2 **Indicatore:** Percentuale di promozione per i farmaci biosimilari di uso ormai consolidato in ambito oncoematologico:

-**Target:**

- BEVACIZUMAB: 95% (solo uso oncologico)
- TRASTUZUMAB ev: 95%

-**Tempo di realizzazione:** entro il 31 dicembre 2025

L'obiettivo è calcolato percentualmente come quantità (pezzo) di biosimilare rispetto alla quantità totale (biosimilare + originator) sul dato di produzione File F di ogni singolo erogatore.

PUNTI DI CONTROLLO DELL'OBIETTIVO da rendicontare

30 SETTEMBRE 2025

31 DICEMBRE 2025

Obiettivo condiviso con altre articolazioni di ATS? (barrare opzione) SÌ NO X

Codice scheda	Rendicontazione al 31/12/2025	Rendicontazione al 31/12/2025
032402	% di biosimilari relativi al 2025 a livello di ATS Bergamo In ambito reumatologico/dermatologico:	Obiettivo raggiunto al 100%

	ADALIMUMAB: 93% (target RL 80%) ETANERCEPT: 92% (target RL 70%) INFLIXIMAB: 100% (target RL 90%) In ambito oncoematologico: BEVACIZUMAB: 100% (target RL 95%) TRASTUZUMAB: 100% (target RL 95%)	
--	--	--

CDR I LIVELLO	DIREZIONE SANITARIA
CDR II LIVELLO	SC SFT

CODICE

INDIRIZZO DI BUDGET REGIONALE/AZIENDALE

032403	<p><i>D.G.R. XII/3720 del 30/12/2024, recante ad oggetto "Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione del SSR per l'anno 2025 – (di concerto con il vicepresidente Alparone e gli Assessori Lucchini e Fermi)" e ss.mm.ii.</i></p> <p><i>D.G.R. XII/4434 del 26.05.2025, recante ad oggetto "Determinazioni in ordine agli obiettivi delle Agenzie di Tutela della Salute (A.T.S.), delle Aziende Socio Sanitarie Territoriali (A.S.S.T.) e dell'Agenzia Regionale Emergenza Urgenza (A.R.E.U.) – anno 2025" e ss.mm.ii.</i></p> <p><i>Decreto DGW n.8610 del 18.06.2025, recante ad oggetto "Declinazione degli indicatori relativi agli obiettivi dell'ATS di Bergamo-Anno 2025"</i></p>
--------	--

Correlato a OBIETTIVO STRATEGICO (OS) o OPERATIVO (OO)

PIAO 2025-2027 (All.7)

OS17	<p><i>Spesa Farmaceutica e Dispositivi vigilanza ex DGR XII/4434 del 26.05.25 e Decreto DGW n.8610 del 18.06.25</i></p>
------	---

Azione concreta di contribuzione alla realizzazione dell'indirizzo strategico ed operativo

OBIETTIVO DELL'AZIONE CONCRETA
<p>1. Monitoraggio della spesa e degli andamenti prescrittivi, con azioni di governance congiunte con ASST</p>

PARAMETRO DI MISURAZIONE (Indicatore), TARGET ATTESO DELL'OBIETTIVO e TEMPO di sua realizzazione
<p>1. Indicatore: Monitoraggio trimestrale del valore medio di consumo di farmaci a base di PUFA-N3 (Poly Unsaturated. Fatty Acid N3 – acidi grassi omega 3) e farmaci di cui alla nota 1 e 48</p> <p>-Target: invio di 3 report contenenti il valore medio di consumo dei farmaci (luglio, ottobre e gennaio dell'anno successivo)</p> <p>-Tempo di realizzazione: entro il 31/12/2025</p>

PUNTI DI CONTROLLO DELL'OBIETTIVO da rendicontare	
30 SETTEMBRE 2025	31 DICEMBRE 2025

Obiettivo condiviso con altre articolazioni di ATS? (barrare opzione) SI' NO X

Codice scheda	Rendicontazione al 31/12/2025	Rendicontazione al 31/12/2025
032403	Invio alla Direzione Generale Welfare in data 31/07/2025, prot. N.0071929/25, della relazione di monitoraggio del valore di prescrizione dei farmaci a base di PUFA-N3 (Poly Unsaturated Fatty Acid N3 – acidi grassi omega 3) e dei farmaci di cui alla nota AIFA 1 e 48 elaborato in condivisione con le3 ASST	Obiettivo raggiunto al 100% Invio alla Direzione Generale Welfare in data 31/07/2025, prot. n.0071929/25, in data 30/10/2025 prot. n. 0101372 e in data 13/01/2026, prot. 0002831/26, della relazione di monitoraggio del valore di prescrizione dei farmaci a base di PUFA-N3 (Poly Unsaturated Fatty Acid N3 – acidi grassi omega 3) e dei farmaci di cui alla nota AIFA 1 e 48 elaborato in condivisione con le3 ASST

CDR I LIVELLO	DIREZIONE SANITARIA
CDR II LIVELLO	SC SFT

CODICE	INDIRIZZO DI BUDGET REGIONALE/AZIENDALE
032404	<i>Obiettivo aziendale</i>

Correlato a OBIETTIVO STRATEGICO (OS) o OPERATIVO (OO)

PIAO 2025-2027 (All.7)

OS9	<i>Attuazione di specifici Progetti strategici o attività di miglioramento</i>
-----	--

Azione concreta di contribuzione alla realizzazione dell'indirizzo strategico ed operativo

OBIETTIVO DELL'AZIONE CONCRETA
<p>1. Sostituzioni, sul territorio, dei glucometri per assistiti affetti da diabete mellito di tipo 1. L'ATS di Bergamo attraverso il SFT dovrà monitorare l'avvenuta sostituzione "totale" nel rispetto delle direttive imposte dal tavolo tecnico regionale (Nota RL G1.2025.0005685 del 10/02/2025). In base alle valutazioni degli Esperti Clinici agli Assistiti maggiorenni in possesso di Microinfusore e agli Assistiti minorenni (indipendentemente dal possesso di Microinfusore) sarà assegnato un glucometro in grado di effettuare la doppia misurazione (Glicemia + Chetonemia)</p>

PARAMETRO DI MISURAZIONE (Indicatore), TARGET ATTESO DELL'OBIETTIVO e TEMPO di sua realizzazione
<p>1. Indicatore: Sostituzione glucometri per gli assistiti affetti da diabete mellito di tipo 1. -Target: N° glucometri sostituiti/N° glucometri da sostituire = 100%. -Tempo di realizzazione: entro il 31/12/2025</p>

PUNTI DI CONTROLLO DELL'OBIETTIVO da rendicontare	
30 SETTEMBRE 2025	31 DICEMBRE 2025

Obiettivo condiviso con altre articolazioni di ATS? (barrare opzione) ⇒ SI' NO X

Codice scheda	Rendicontazione al 31/12/2025	Rendicontazione al 31/12/2025
032404	Glucometri sostituiti: 5350 Totale glucometri da sostituire: 5350 Target raggiunto: 100%	Obiettivo raggiunto al 100%

CDR I LIVELLO	DIREZIONE SANITARIA
CDR II LIVELLO	SC SFT

CODICE	INDIRIZZO DI BUDGET REGIONALE/AZIENDALE
032405	<p><i>D.G.R. XII/3720 del 30/12/2024, recante ad oggetto "Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione del SSR per l'anno 2025 – (di concerto con il vicepresidente Alparone e gli Assessori Lucchini e Fermi)" e ss.mm.ii.</i></p> <p><i>D.G.R. XII/4434 del 26.05.2025, recante ad oggetto "Determinazioni in ordine agli obiettivi delle Agenzie di Tutela della Salute (A.T.S.), delle Aziende Socio Sanitarie Territoriali (A.S.S.T.) e dell'Agenzia Regionale Emergenza Urgenza (A.R.E.U.) – anno 2025" e ss.mm.ii.</i></p> <p><i>Decreto DGW n.8610 del 18.06.2025, recante ad oggetto "Declinazione degli indicatori relativi agli obiettivi dell'ATS di Bergamo-Anno 2025"</i></p>

Correlato a OBIETTIVO STRATEGICO (OS) o OPERATIVO (OO)

PIAO 2025-2027 (All.7)

OS10	<i>OS10: Nuovo Sistema di Garanzia (NSG): allineamento ad indicatori di qualità e performance per erogare assistenza ai cittadini secondo normativa vigente ex DGR XII/4434 del 26.05.25 e Decreto DGW n.8610 del 18.06.25</i>
OS14	<i>OS14: Tempestiva alimentazione e potenziamento dei Flussi informativi per monitoraggio performance ex DGR XII/4434 del 26.05.25 e Decreto DGW n.8610 del 18.06.25</i>

Azione concreta di contribuzione alla realizzazione dell'indirizzo strategico ed operativo

OBIETTIVO DELL'AZIONE CONCRETA
<ol style="list-style-type: none"> Adeguamento a nuove specifiche della "scheda medico". Adeguamento della produzione di "scheda medico" a nuove specifiche per il monitoraggio delle attività di MMG con indicatori di valutazione delle prestazioni riferite al singolo medico Governance sul rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG D14C e PDTA3(B)

PARAMETRO DI MISURAZIONE (Indicatore), TARGET ATTESO DELL'OBIETTIVO e TEMPO di sua realizzazione
<ol style="list-style-type: none"> Indicatore: Avvenuto adeguamento. -Target: Report da parte dell'ATS che attesti la pubblicazione della "scheda medico" -Tempo di realizzazione: entro il 31/12/2025 2.1 Indicatore: Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antibiotici (D14C) <ol style="list-style-type: none"> sono considerati i seguenti farmaci: classe ATC J01 con riferimento del flusso distribuzione diretta e per conto (DM 31 luglio 2007) sono esclusi gli anonimi. -Target: ≤ valore 2024

-Tempo di realizzazione: nel corso del 2025 fino al 31/12/2025

2.2 **Indicatore:** N° pazienti appartenenti alla coorte prevalente con una prescrizione di beta-bloccanti nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mesi (residenti nell'ATS di riferimento) /N° di pazienti appartenenti alla coorte prevalente con una prescrizione di beta-bloccanti nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice (residenti nell'ATS di riferimento) -PDTA3(B)

-Target: Copertura farmacologica ≥ 75%

-Tempo di realizzazione: nel corso del 2025 fino al 31/12/2025

PUNTI DI CONTROLLO DELL'OBIETTIVO da rendicontare		
30 GIUGNO 2025	30 SETTEMBRE 2025	31 DICEMBRE 2025

Obiettivo condiviso con altre articolazioni di ATS? (barrare opzione) SI NO

se barrato "SI" indicare a seguire:

Obiettivo N°1, 2.1 e 2.2 in collaborazione con SC SEA (rispettivamente Scheda codice 2101012 ob.4.3 ed ob.1 per NSG D14C e PDTA3(B))

Codice scheda	Rendicontazione al 31/12/2025	Rendicontazione al 31/12/2025
032405	1. Schede medico: Definizione degli indicatori da inserire nella scheda medico 2.NSG D14C:4105,06 3.PDTA3: 63,8%	Obiettivo parzialmente raggiunto al 66,6% Elaborate le schede medico per ogni MMG e inviate a dicembre 2025 alle 3 ASST che hanno provveduto all'invio al singolo medico NSG D14C: 3872,89 PDTA3: 61,5%

CDR I LIVELLO	DIREZIONE SANITARIA
CDR II LIVELLO	SC SFT

CODICE	INDIRIZZO DI BUDGET REGIONALE/AZIENDALE
032406	<p><i>D.G.R. XII/3720 del 30/12/2024, recante ad oggetto "Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione del SSR per l'anno 2025 – (di concerto con il vicepresidente Alparone e gli Assessori Lucchini e Fermi)" e ss.mm.ii.</i></p> <p><i>D.G.R. XII/4434 del 26.05.2025, recante ad oggetto "Determinazioni in ordine agli obiettivi delle Agenzie di Tutela della Salute (A.T.S.), delle Aziende Socio Sanitarie Territoriali (A.S.S.T.) e dell'Agenzia Regionale Emergenza Urgenza (A.R.E.U.) – anno 2025" e ss.mm.ii.</i></p> <p><i>Decreto DGW n.8610 del 18.06.2025, recante ad oggetto "Declinazione degli indicatori relativi agli obiettivi dell'ATS di Bergamo-Anno 2025"</i></p>

Correlato a OBIETTIVO STRATEGICO (OS) o OPERATIVO (OO)

PIAO 2025-2027 (All.7)

OS17	<i>Spesa Farmaceutica e Dispositivi vigilanza ex DGR XII/4434 del 26.05.25 e Decreto DGW n.8610 del 18.06.25</i>
-------------	--

Azione concreta di contribuzione alla realizzazione dell'indirizzo strategico ed operativo

OBIETTIVO DELL'AZIONE CONCRETA

1. Chiusura delle schede di Registro AIFA con dispensazione di farmaco superiore ai 4 mesi senza motivazione

PARAMETRO DI MISURAZIONE (Indicatore), TARGET ATTESO DELL'OBIETTIVO e TEMPO di sua realizzazione

1. *Raggiungimento del target del 100% di chiusura delle schede di Registro AIFA, da parte di tutte le Strutture delle ASST del proprio territorio, che erogano i farmaci in File F quando il trattamento è concluso (obbligo di legge in capo al clinico).*

In caso di mancata chiusura della scheda di registro a trattamento concluso, si dispone di un abbattimento del File F (tipologia CO – esclusi gli innovativi) dello 0,03% a fine anno

- **Indicatore:** N schede aperte con dispensazione di farmaco superiore ai 4 mesi senza motivazione che sono state correttamente chiuse nel corso del 2025/Totale schede AIFA con dispensazione di farmaco superiore ai 4 mesi senza motivazione

-**Target:** Report da parte dell'ATS che attesti il raggiungimento del target del 100%

-**Tempo di realizzazione:** entro il 31/12/2025

PUNTI DI CONTROLLO DELL'OBIETTIVO da rendicontare

30 SETTEMBRE 2025

31 DICEMBRE 2025

Obiettivo condiviso con altre articolazioni di ATS? (barrare opzione) SI' NO X

Codice scheda	Rendicontazione al 31/12/2025	Rendicontazione al 31/12/2025
032406	<p>Raggiungimento del target del 100% di chiusura delle schede di Registro AIFA, da parte di tutte le Strutture</p> <p>Chiusura delle schede di Registro AIFA con dispensazione di farmaco superiore ai 4 mesi senza motivazione</p> <p>N schede aperte con dispensazione di farmaco superiore ai 4 mesi senza motivazione /Totale schede AIFA con dispensazione di farmaco superiore ai 4 mesi senza motivazione.</p> <p>Le strutture hanno provveduto a chiudere le 4164 schede aperte rilevate il 13/08/2024</p>	Obiettivo raggiunto al 100%

CDR I LIVELLO	DIREZIONE SANITARIA
CDR II LIVELLO	SC SFT

CODICE

INDIRIZZO DI BUDGET REGIONALE/AZIENDALE

032407	<p><i>D.G.R. XII/3720 del 30/12/2024, recante ad oggetto "Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione del SSR per l'anno 2025 – (di concerto con il vicepresidente Alparone e gli Assessori Lucchini e Fermi)" e ss.mm.ii.</i></p> <p><i>D.G.R. XII/4434 del 26.05.2025, recante ad oggetto "Determinazioni in ordine agli obiettivi delle Agenzie di Tutela della Salute (A.T.S.), delle Aziende Socio Sanitarie Territoriali (A.S.S.T.) e dell'Agenzia Regionale Emergenza Urgenza (A.R.E.U.) – anno 2025" e ss.mm.ii.</i></p> <p><i>Decreto DGW N.8610 del 18.06.2025, recante ad oggetto "Declinazione degli indicatori relativi agli obiettivi dell'ATS di Bergamo-Anno 2025"</i></p>
---------------	--

Correlato a OBIETTIVO STRATEGICO (OS) o OPERATIVO (OO)

PIAO 2025-2027 (All.7)

OS17	<p><i>Spesa Farmaceutica e Dispositivi vigilanza ex DGR XII/4434 del 26.05.25 e Decreto DGW N.8610 del 18.06.25</i></p>
-------------	---

Azione concreta di contribuzione alla realizzazione dell'indirizzo strategico ed operativo

OBIETTIVO DELL'AZIONE CONCRETA

1. Potenziamento della Dispositivo-Vigilanza

PARAMETRO DI MISURAZIONE (Indicatore), TARGET ATTESO DELL'OBIETTIVO e TEMPO di sua realizzazione

1. Assicurare un'attenta attività di verifica e validazione di tutte le segnalazioni di incidente che arrivano ai RLV da parte degli operatori sanitari per ciascun territorio di competenza.

- **Indicatore:** N° segnalazioni registrate e validate nel sistema nazionale della dispositivo-vigilanza/N° segnalazioni pervenute nel sistema nazionale della dispositivo-vigilanza (relativo alle sole segnalazioni di diretta competenza dell'RLV dell'ATS)

- **Target:** 100%

- **Tempo di realizzazione:** entro il 31/12/2025

PUNTI DI CONTROLLO DELL'OBIETTIVO da rendicontare

30 SETTEMBRE 2025

31 DICEMBRE 2025

Obiettivo condiviso con altre articolazioni di ATS? (barrare opzione) SI' NO X

Codice scheda	Rendicontazione al 31/12/2025	Rendicontazione al 31/12/2025
032407	Potenziamento della Dispositivo-Vigilanza segnalazioni registrate e validate nel sistema nazionale della dispositivo-vigilanza/N. segnalazioni pervenute nel sistema nazionale della dispositivo-vigilanza.	Obiettivo raggiunto al 100%

	Segnalazioni registrate e validate n.7/segnalazioni pervenute n.7	
--	---	--

CDR I LIVELLO	DIREZIONE SANITARIA
CDR II LIVELLO	SC SFT

CODICE

INDIRIZZO DI BUDGET REGIONALE/AZIENDALE

032408	<p><i>D.G.R. XII/3720 del 30/12/2024, recante ad oggetto "Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione del SSR per l'anno 2025 – (di concerto con il vicepresidente Alparone e gli Assessori Lucchini e Fermi)" e ss.mm.ii.</i></p> <p><i>D.G.R. XII/4434 del 26.05.2025, recante ad oggetto "Determinazioni in ordine agli obiettivi delle Agenzie di Tutela della Salute (A.T.S.), delle Aziende Socio Sanitarie Territoriali (A.S.S.T.) e dell'Agenzia Regionale Emergenza Urgenza (A.R.E.U.) – anno 2025" e ss.mm.ii.</i></p> <p><i>Decreto DGW n.8610 del 18.06.2025, recante ad oggetto "Declinazione degli indicatori relativi agli obiettivi dell'ATS di Bergamo-Anno 2025"</i></p>
--------	--

Correlato a OBIETTIVO STRATEGICO (OS) o OPERATIVO (OO)

PIAO 2025-2027 (All.7)

OS17	Spesa Farmaceutica e Dispositivi vigilanza ex DGR XII/4434 del 26.05.25 e Decreto DGW n.8610 del 18.06.25
------	---

Azione concreta di contribuzione alla realizzazione dell'indirizzo strategico ed operativo

OBIETTIVO DELL'AZIONE CONCRETA

1. Potenziamento della Dispositivo-Vigilanza_2

PARAMETRO DI MISURAZIONE (Indicatore), TARGET ATTESO DELL'OBIETTIVO e TEMPO di sua realizzazione

1.Attività di monitoraggio delle ASST afferenti, finalizzata a verificare che ciascuna abbia nominato e registrato nel sistema NSIS-Dispovigilance almeno un Responsabile Locale per la Dispositivo-Vigilanza.

- **Indicatore:** Accertamento dell'avvenuta nomina dei referenti da parte delle ASST, per rilevare ed eventualmente aggiornare i nominativi.

-**Target:** Report di monitoraggio

-**Tempo di realizzazione:** entro il 31/12/2025

PUNTI DI CONTROLLO DELL'OBIETTIVO da rendicontare

30 SETTEMBRE 2025

31 DICEMBRE 2025

Obiettivo condiviso con altre articolazioni di ATS? (barrare opzione) SI' NO X

Codice scheda	Rendicontazione al 31/12/2025	Rendicontazione al 31/12/2025
032408	Attività di monitoraggio delle ASST afferenti, finalizzata a verificare che ciascuna abbia nominato e registrato nel sistema NSIS-Dispovigilance almeno un Responsabile Locale per la DispositivoVigilanza. Accertamento dell'avvenuta nomina dei referenti da parte delle ASST, per rilevare ed eventualmente aggiornare i nominativi. Si confermano i Referenti delle tre ASST (contattati singolarmente)	Obiettivo raggiunto al 100%

CDR I LIVELLO	DIREZIONE SANITARIA
CDR II LIVELLO	DVSAOA

CODICE	INDIRIZZO DI BUDGET REGIONALE/AZIENDALE
013301	<p><i>D.G.R. XII/3720 del 30/12/2024, recante ad oggetto "Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione del SSR per l'anno 2025 – (di concerto con il vicepresidente Alparone e gli Assessori Lucchini e Fermi)" e ss.mm.ii.</i></p> <p><i>Decreto D.G.W. n.2736 del 28/02/2025, recante ad oggetto "Approvazione del documento-Linee di indirizzo per la redazione del piano integrato aziendale della prevenzione veterinaria, ai sensi del Reg. (UE) 2017/625 – anno 2025"</i></p>

Correlato a OBIETTIVO STRATEGICO (OS) o OPERATIVO (OO)

PIAO 2025-2027 (All.7)

OS8	OS8: Piano dei controlli e di miglioramento
OO14	OO14: Realizzare il Piano Controlli annuale in ambito di prevenzione veterinaria

Azione concreta di contribuzione alla realizzazione dell'indirizzo strategico ed operativo

OBIETTIVO DELL'AZIONE CONCRETA
<p>1. Formalizzazione del Piano dei controlli 2025</p> <p>2. Programmazione delle attività di controllo, pianificazione ed esecuzione sia vincolanti che strategiche, tramite la predisposizione del Piano Integrato Aziendale della Prevenzione Veterinaria 2025 (PIAPV 2025), redatto sulla base alla Deliberazione di Giunta Regionale n. XII/3720 del 30/12/2024 e del Decreto Direzione Generale Welfare n. 2736 del 28/02/2025</p>

PARAMETRO DI MISURAZIONE (Indicatore), TARGET ATTESO DELL'OBIETTIVO e TEMPO di sua realizzazione
<p>1. Indicatore: Fatto/Non Fatto (Rispetto delle scadenze definite da dalla U.O. Veterinaria di Regione Lombardia).</p> <p>- Target: Fatto (Rispetto del 100% delle scadenze)</p> <p>- Tempo di realizzazione: 31 dicembre 2025</p> <p>2. Indicatore: Fatto/Non fatto (Rispetto delle tempistiche e dei volumi di attività indicati dal livello regionale)</p> <p>- Target: Fatto (Rispetto del 100% delle tempistiche e dei volumi)</p> <p>- Tempo di realizzazione: 31 dicembre 2025</p>

PUNTI DI CONTROLLO DELL'OBIETTIVO da rendicontare

30 SETTEMBRE 2025

31 DICEMBRE 2025

Obiettivo condiviso con altre articolazioni di ATS? (barrare opzione) SI NO X

Codice scheda	Rendicontazione al 30/09/2025	Rendicontazione al 31/12/2025
013301	<p>Formalizzazione del Piano dei controlli 2025:</p> <p>Esecuzione FATTO</p> <p>Programmazione delle attività di controllo, pianificazione ed esecuzione sia vincolanti che strategiche, tramite la predisposizione del Piano Integrato Aziendale della Prevenzione</p> <p>Veterinaria 2025 (PIAPV 2025), redatto sulla base alla Deliberazione di Giunta Regionale n. XII/3720 del 30/12/2024 e del Decreto Direzione Generale Welfare n. 2736 del 28/02/2025:</p> <p>SSA</p> <p>Indicatori:</p> <p>Programmazione, pianificazione, attuazione e monitoraggio delle attività di controllo ufficiale:</p> <p>Piano di sorveglianza e controllo nei confronti di tubercolosi bovina, brucellosi bovina, leucosi bovina enzootica:</p> <p>N° controlli attuati/N° controlli programmati 273/282 = 97%</p> <p>Piano di sorveglianza e controllo nei confronti della Blue Tongue:</p> <p>N° controlli attuati/N° controlli programmati 36/48 = 75%</p> <p>Piano di sorveglianza e controllo nei confronti delle stalle di transito e CR:</p> <p>N° controlli attuati/N° controlli programmati 46/64= 72%</p> <p>Piano di sorveglianza e controllo nei confronti della BRC ovi-caprina (allevamenti):</p>	<p>Fatto</p> <p>SSA</p> <p>Indicatori:</p> <p>Programmazione, pianificazione, attuazione e monitoraggio delle attività di controllo ufficiale:</p> <p>Piano di sorveglianza e controllo nei confronti di tubercolosi bovina, brucellosi bovina, leucosi bovina enzootica:</p> <p>N° controlli attuati/N° controlli programmati 282/282 = 100%</p> <p>Piano di sorveglianza e controllo nei confronti della Blue Tongue:</p> <p>N° controlli attuati/N° controlli programmati 48/48 = 100%</p> <p>Piano di sorveglianza e controllo nei confronti delle stalle di transito e CR:</p> <p>N° controlli attuati/N° controlli programmati 64/64= 100%</p> <p>Piano di sorveglianza e controllo nei confronti della BRC ovi-caprina (allevamenti):</p> <p>N° controlli attuati/N° controlli programmati 293/293 = 100%</p>

	<p>N° controlli attuati/N° controlli programmati 293/293 = 100%</p> <p>Piano di controllo ed eradicazione della malattia di Aujeszky:</p> <p>N° controlli attuati/N° controlli programmati 144/172= 84%</p> <p>Piano di sorveglianza e controllo nei confronti dell'influenza aviaria:</p> <p>N° controlli attuati/N° controlli programmati 88/146= 60%</p> <p>Piano di sorveglianza e controllo nei confronti della salmonellosi avicola:</p> <p>N° controlli attuati/N° controlli programmati 18/37= 49%</p> <p>Piano di sorveglianza e controllo nei confronti di West Nile Disease:</p> <p>N° controlli attuati/N° controlli programmati 20/20= 100%</p> <p>Piano di sorveglianza e controllo nei confronti di Leishmaniosi:</p> <p>N° controlli attuati/N° controlli programmati 32/32 = 100%</p> <p>Piano di sorveglianza per la ricerca di Aethina tumida:</p> <p>N° controlli attuati/N° controlli programmati 5/5=100%</p> <p>Verifica dei requisiti di biosicurezza negli allevamenti suini:</p> <p>N° controlli attuati/N° controlli programmati 131/172= 76%</p> <p>Verifica dei requisiti di biosicurezza allevamenti avicoli:</p> <p>N° controlli attuati/N° controlli programmati 57/69= 83%</p> <p>Piano di controllo sulle strutture adibite al ricovero di animali d'affezione:</p> <p>N° attività effettuata/N° attività programmata 25/73= 34%</p>	<p>Piano di controllo ed eradicazione della malattia di Aujeszky:</p> <p>N° controlli attuati/N° controlli programmati 172/172 = 100%</p> <p>Piano di sorveglianza e controllo nei confronti dell'influenza aviaria:</p> <p>N° controlli attuati/N° controlli programmati 146/146= 100%</p> <p>Piano di sorveglianza e controllo nei confronti della salmonellosi avicola:</p> <p>N° controlli attuati/N° controlli programmati 37/37= 100%</p> <p>Piano di sorveglianza e controllo nei confronti di West Nile Disease:</p> <p>N° controlli attuati/N° controlli programmati 20/20= 100%</p> <p>Piano di sorveglianza e controllo nei confronti di Leishmaniosi:</p> <p>N° controlli attuati/N° controlli programmati 32/32 = 100%</p> <p>Piano di sorveglianza per la ricerca di Aethina tumida:</p> <p>N° controlli attuati/N° controlli programmati 5/5=100%</p> <p>Verifica dei requisiti di biosicurezza negli allevamenti suini:</p> <p>N° controlli attuati/N° controlli programmati 172/172= 100%</p> <p>Verifica dei requisiti di biosicurezza allevamenti avicoli:</p> <p>N° controlli attuati/N° controlli programmati 69/69= 100%</p> <p>Piano di controllo sulle strutture adibite al ricovero di animali d'affezione:</p> <p>N° attività effettuata/N° attività programmata 73/73= 100%</p>
--	---	--

	<p>Piano di controllo sull'Anagrafe Animali d'Affezione:</p> <p>N° attività effettuata/N° attività programmata 4/36= 11%</p> <p>Piano di controllo cani affidati:</p> <p>N° attività effettuata/N° attività programmata 0/10= 0%</p> <p>Controlli del sistema di identificazione e registrazione dei bovini:</p> <p>N° controlli attuati/N° controlli programmati 50/74= 67%</p> <p>Controlli del sistema di identificazione e registrazione degli ovi-caprini:</p> <p>N° controlli attuati/N° controlli programmati 45/72= 62%</p> <p>2120/3071=69,03%</p> <p>Controlli del sistema di identificazione e registrazione dei suidi:</p> <p>N° controlli attuati/N° controlli programmati 7/11= 64%</p> <p>Controlli del sistema di identificazione e registrazione degli equidi:</p> <p>N° controlli attuati/N° controlli programmati 75/128= 59%</p> <p>Controlli del sistema di identificazione e registrazione allevamenti apistici:</p> <p>N° controlli attuati/N° controlli programmati 22/33= 67%</p> <p>Controlli in materia di anagrafe delle aziende avicole:</p> <p>N° controlli attuati/N° controlli programmati 1/1= 100%</p> <p>Controlli del sistema di identificazione e registrazione allevamenti lagomorfi:</p> <p>N° controlli attuati/N° controlli programmati 0/1=0%</p> <p>Controlli del sistema di identificazione e registrazione allevamenti camelidi:</p> <p>N° controlli attuati/N° controlli programmati 0/1=0%</p>	<p>Piano di controllo sull'Anagrafe Animali d'Affezione:</p> <p>N° attività effettuata/N° attività programmata 36/36= 100%</p> <p>Piano di controllo cani affidati:</p> <p>N° attività effettuata/N° attività programmata 10/10= 100%</p> <p>Controlli del sistema di identificazione e registrazione dei bovini:</p> <p>N° controlli attuati/N° controlli programmati 74/74= 100%</p> <p>Controlli del sistema di identificazione e registrazione degli ovi-caprini:</p> <p>N° controlli attuati/N° controlli programmati 72/72= 100%</p> <p>3071/3071= 100%</p> <p>Controlli del sistema di identificazione e registrazione dei suidi:</p> <p>N° controlli attuati/N° controlli programmati 11/11= 100%</p> <p>Controlli del sistema di identificazione e registrazione degli equidi:</p> <p>N° controlli attuati/N° controlli programmati 128/128= 100%</p> <p>Controlli del sistema di identificazione e registrazione allevamenti apistici:</p> <p>N° controlli attuati/N° controlli programmati 33/33= 100%</p> <p>Controlli in materia di anagrafe delle aziende avicole:</p> <p>N° controlli attuati/N° controlli programmati 1/1= 100%</p> <p>Controlli del sistema di identificazione e registrazione allevamenti lagomorfi:</p> <p>N° controlli attuati/N° controlli programmati 1/1= 100%</p>
--	---	--

	<p>Controlli del sistema di identificazione e registrazione allevamenti elicoltura:</p> <p>N° controlli attuati/N° controlli programmati 1/1= 100%</p> <p>Controlli del sistema di identificazione e registrazione delle specie di acquacoltura:</p> <p>N° controlli attuati/N° controlli programmati 1/1= 100%</p> <p>Appropriata gestione dell'attività di controllo e supervisione in materia di Condizionalità.</p> <p>Indicatori:</p> <p>Effettuazione delle attività assegnate nel rispetto delle modalità previste e rendicontazione nei tempi richiesti:</p> <p>N° controlli attuati/N° controlli programmati 8/32 = 25%</p> <p>SIAOA + SIAPZ</p> <p>Indicatori:</p> <p>Programmazione, pianificazione, attuazione e monitoraggio delle attività di controllo ufficiale:</p> <p>Sicurezza alimentare: impianti riconosciuti controllati/impianti riconosciuti registrati: 326/356 = 100% (50 alpeggi compresi visti ogni 3 anni)</p> <p>Settore export: controlli registrati/controlli programmati: 21/21 = 100 %</p> <p>RASFF: procedimenti attivati nel rispetto delle modalità e delle tempistiche previsti/ procedimenti totali 78/78=100%</p>	<p>Controlli del sistema di identificazione e registrazione allevamenti camelidi:</p> <p>N° controlli attuati/N° controlli programmati 1/1= 100%</p> <p>Controlli del sistema di identificazione e registrazione allevamenti elicoltura:</p> <p>N° controlli attuati/N° controlli programmati 1/1= 100%</p> <p>Controlli del sistema di identificazione e registrazione delle specie di acquacoltura:</p> <p>N° controlli attuati/N° controlli programmati 1/1= 100%</p> <p>Appropriata gestione dell'attività di controllo e supervisione in materia di Condizionalità.</p> <p>Indicatori:</p> <p>Effettuazione delle attività assegnate nel rispetto delle modalità previste e rendicontazione nei tempi richiesti:</p> <p>N° controlli attuati/N° controlli programmati 32/32 = 100%</p> <p>SIAOA + SIAPZ</p> <p>Indicatori:</p> <p>Programmazione, pianificazione, attuazione e monitoraggio delle attività di controllo ufficiale:</p> <p>Sicurezza alimentare: impianti riconosciuti controllati/impianti riconosciuti registrati: 326/356 = 100% (50 alpeggi compresi visti ogni 3 anni)</p> <p>Settore export: controlli registrati/controlli programmati: 21/21 = 100%</p> <p>RASFF: procedimenti attivati nel rispetto delle modalità e delle tempistiche previsti/ procedimenti totali 79/79=100%</p>
--	--	--

	<p>Gestione MTA: procedimenti attivati nel rispetto delle modalità e delle tempistiche previste/procedimenti totali 26/26=100%</p> <p>Certificazioni export: certificati rilasciati su richiesta/certificati rilasciabili richiesti. 2.860/2.860 =100%</p> <p>Attestazioni export: attestati rilasciati su richiesta/attestati rilasciabili richiesti. 461/461 =100%</p> <p>Controlli: SIAPZ+SIAOA controlli inseriti in SIV entro 30 giorni/controlli totali inseribili 1.865/1.918 97,2 % (ob > 90%)</p> <p>Piano alpeggi: n. impianti verificati per procedure definite/n. impianti controllati: 26/26=100%</p> <p>Farmacosorveglianza DPA: n. controlli registrati/ n. controlli programmati: 181/271=67%</p> <p>Farmacosorveglianza NDPA: n. controlli registrati/ n. controlli programmati: 18/67=27%</p> <p>Benessere animale in allevamento: n. controlli registrati/n. controlli programmati: 186/254=73%</p> <p>Benessere animale al macello e al trasporto: controlli registrati/controlli programmati 99/154=64%</p> <p>Gestione MSU: gestione al macello carcasse MSU /totali MSU in macello 18/18=100%</p> <p>Controllo produzione latte in allevamento: n. controlli registrati/n. controlli programmati: 86/80=> 100%</p> <p>Sottoprodotti di O.A.: n. controlli registrati /n. controlli programmati: 45/74=61%</p> <p>Impianti Reg CE 183/2005 e mangimifici autorizzati alla produzione di medicinali: n. controlli registrati /n. controlli programmati: 146/151=97% (SINVSA)</p> <p>Campionamenti:</p> <p>“Piano controllo aflatossine”: campionamenti eseguiti/campionamenti programmati n. 44/102=43,1%</p> <p>“Piano 2073” (SIAOA + SIAPZ) campionamenti eseguiti/ campionamenti programmati 405/534= 75,8%</p>	<p>Gestione MTA: procedimenti attivati nel rispetto delle modalità e delle tempistiche previste/procedimenti totali 26/26=100%</p> <p>Certificazioni export: certificati rilasciati su richiesta/certificati rilasciabili richiesti. 3.887/3.887 =100%</p> <p>Attestazioni export: attestati rilasciati su richiesta/attestati rilasciabili richiesti. 548/548 =100%</p> <p>Controlli: SIAPZ+SIAOA controlli inseriti in SIV entro 30 giorni/controlli totali inseribili 3.000/3.247 92,3 % (ob > 90%)</p> <p>Piano alpeggi: n. impianti verificati per procedure definite/n. impianti controllati: 26/26=100%</p> <p>Farmacosorveglianza DPA: n. controlli registrati/ n. controlli programmati: 278/271=>100%</p> <p>Farmacosorveglianza NDPA: n. controlli registrati/ n. controlli programmati: 61/52=>100%</p> <p>Benessere animale in allevamento: n. controlli registrati/n. controlli programmati: 346/254=>100%</p> <p>Benessere animale al macello e al trasporto: controlli registrati/controlli programmati 156/154=100%</p> <p>Gestione MSU: gestione al macello carcasse MSU /totali MSU in macello 28/28=100%</p> <p>Controllo produzione latte in allevamento: n. controlli registrati/n. controlli programmati: 141/80=> 100%</p> <p>Sottoprodotti di O.A.: n. controlli registrati /n. controlli programmati: 109/74=>100%</p> <p>Impianti Reg CE 183/2005 e mangimifici autorizzati alla produzione di medicinali: n. controlli registrati /n. controlli programmati: 178/151=>100% (SINVSA)</p> <p>Campionamenti:</p> <p>“Piano controllo aflatossine”: campionamenti eseguiti/campionamenti programmati n. 102/102=100%</p> <p>“Piano 2073” (SIAOA + SIAPZ) campionamenti eseguiti/ campionamenti programmati 534/534=100%</p>
--	---	--

	<p>“PNR” campionamenti eseguiti/campionamenti programmati 487/692= 70,3% dato in comune SIAOA/SIAPZ</p> <p>“PNA” campionamenti eseguiti/campionamenti programmati 132/199=66,3%</p> <p>“Piani di campionamento specifici” (Antimicrobico resistenza, Additivi, Contaminanti ambientali e industriali, Alimenti trattati con radiazioni ionizzanti, radioattività ambientale): campionamenti eseguiti/ campionamenti programmati 120/134=89,5%</p> <p>Controlli UVAC eseguiti/controlli UVAC programmati (SIAOA + SIAPZ):16/30 =53%</p> <p>Audit Interdipartimentali: numero di audit eseguiti presso ATS BRESCIA/numero audit programmati presso ATS BRESCIA 4/4 = 100%</p>	<p>“PNR” campionamenti eseguiti/campionamenti programmati 692/692= 100%</p> <p>“PNA” campionamenti eseguiti/campionamenti programmati 199/199=100%</p> <p>“Piani di campionamento specifici” (Antimicrobico resistenza, Additivi, Contaminanti ambientali e industriali, Alimenti trattati con radiazioni ionizzanti, radioattività ambientale): campionamenti eseguiti/ campionamenti programmati 134/134=100%</p> <p>Controlli UVAC eseguiti/controlli UVAC programmati (SIAOA + SIAPZ):30/30 =100%</p> <p>Audit Interdipartimentali: numero di audit eseguiti presso ATS BRESCIA/numero audit programmati presso ATS BRESCIA 4/4 = 100%</p>
--	--	--

CDR I LIVELLO	DIREZIONE SANITARIA
CDR II LIVELLO	DVSAOA

CODICE

INDIRIZZO DI BUDGET REGIONALE/AZIENDALE

013302	<p><i>D.G.R. XII/3720 del 30/12/2024, recante ad oggetto “Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione del SSR per l’anno 2025 – (di concerto con il vicepresidente Alparone e gli Assessori Lucchini e Fermi)” e ss.mm.ii.</i></p> <p><i>Decreto D.G.W. n.2736 del 28/02/2025, recante ad oggetto “Approvazione del documento- Linee di indirizzo per la redazione del piano integrato aziendale della prevenzione veterinaria, ai sensi del Reg. (UE) 2017/625 – anno 2025”</i></p>
---------------	--

Correlato a **OBIETTIVO STRATEGICO (OS) o OPERATIVO (OO)**

PIAO 2025-2027 (All.7)

OS8	<i>OS8: Piano dei controlli e di miglioramento</i>
OO14	<i>OO14: Realizzare il Piano Controlli annuale in ambito di prevenzione veterinaria</i>

Azione concreta di contribuzione alla realizzazione dell’indirizzo strategico ed operativo

OBIETTIVO DELL’AZIONE CONCRETA
<p>1. Potenziamento del rilievo della effettiva capacità e/o volontà degli OSA di perseguire e raggiungere gli obiettivi stabiliti dalla Legge alimentare, mediante:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ 1.1 conduzione dei controlli ufficiali sugli stabilimenti riconosciuti mediante audit ➤ 1.2 verifica delle azioni correttive attuate dagli OSA a seguito del rilievo di NC da parte del controllo ufficiale

PARAMETRO DI MISURAZIONE (Indicatore), TARGET ATTESO DELL’OBIETTIVO e TEMPO di sua realizzazione
<p>1.1 Indicatore: Fatto /Non fatto (Effettuare i controlli ufficiali mediante audit)</p> <p>- Target: Fatto (40% dei controlli ufficiali)</p>

- **Tempo di realizzazione:** 31 dicembre 2025

1.2 **Indicatore:** Fatto/Non fatto (Verifica delle NC rilevate entro 15 giorni dalla scadenza)

- **Target:** Fatto (Verifica su almeno il 90% dei casi)

- **Tempo di realizzazione:** 31 dicembre 2025

PUNTI DI CONTROLLO DELL'OBIETTIVO da rendicontare

30 SETTEMBRE 2025

31 DICEMBRE 2025

Obiettivo condiviso con altre articolazioni di ATS? (barrare opzione) SI NO X

Codice scheda	Rendicontazione al 30/09/2025	Rendicontazione al 31/12/2025
013302	<p>Potenziamento del rilievo della effettiva capacità e/o volontà degli OSA di perseguire e raggiungere gli obiettivi stabiliti dalla Legge alimentare, mediante:</p> <p>1.1 conduzione dei controlli ufficiali sugli stabilimenti riconosciuti mediante audit (SIAPZ): 56/154=36,3% (ob > 40%)</p> <p>1.2 conduzione dei controlli ufficiali sugli stabilimenti riconosciuti mediante audit (SIAOA): 86/304=28,2% (ob > 40%)</p> <p>1.3 verifica delle azioni correttive attuate dagli OSA a seguito del rilievo di NC da parte del controllo ufficiale (SIAPZ + SIAOA): 410/431=95,1% (ob > 90%)</p>	<p>Potenziamento del rilievo della effettiva capacità e/o volontà degli OSA di perseguire e raggiungere gli obiettivi stabiliti dalla Legge alimentare, mediante:</p> <p>1.1 conduzione dei controlli ufficiali sugli stabilimenti riconosciuti mediante audit (SIAPZ): 74/154=48% (ob > 40%)</p> <p>1.2 conduzione dei controlli ufficiali sugli stabilimenti riconosciuti mediante audit (SIAOA): 146/304=48% (ob > 40%)</p> <p>1.3 verifica delle azioni correttive attuate dagli OSA a seguito del rilievo di NC da parte del controllo ufficiale (SIAPZ + SIAOA): 573/580=98,7% (ob > 90%)</p>

CDR I LIVELLO	DIREZIONE SANITARIA
CDR II LIVELLO	DVSAOA

CODICE

INDIRIZZO DI BUDGET REGIONALE/AZIENDALE

013303	<p><i>D.G.R. XII/3720 del 30/12/2024, recante ad oggetto "Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione del SSR per l'anno 2025 – (di concerto con il vicepresidente Alparone e gli Assessori Lucchini e Fermi)" e ss.mm.ii.</i></p> <p><i>Decreto D.G.W. n.2736 del 28/02/2025, recante ad oggetto "Approvazione del documento-Linee di indirizzo per la redazione del piano integrato aziendale della prevenzione veterinaria, ai sensi del Reg. (UE) 2017/625 – anno 2025"</i></p>
---------------	---

Correlato a OBIETTIVO STRATEGICO (OS) o OPERATIVO (OO)

PIAO 2025-2027 (All.7)

OS8	<i>OS8: Piano dei controlli e di miglioramento</i>
OO14	<i>OO14: Realizzare il Piano Controlli annuale in ambito di prevenzione veterinaria</i>

CDR I LIVELLO	DIREZIONE SANITARIA
CDR II LIVELLO	DVSAOA

CODICE	INDIRIZZO DI BUDGET REGIONALE/AZIENDALE
013304	Obiettivo aziendale

Correlato a OBIETTIVO STRATEGICO (OS) o OPERATIVO (OO)

PIAO 2025-2027 (All.7)

OS3	OS3: Governo dei sistemi informativi
OS9	OS9: Attuazione di specifici Progetti strategici o attività di miglioramento

Azione concreta di contribuzione alla realizzazione dell'indirizzo strategico ed operativo

OBIETTIVO DELL'AZIONE CONCRETA
1. Monitoraggio dell'attuazione del Regolamento attività libero professionale intramoenia

PARAMETRO DI MISURAZIONE (Indicatore), TARGET ATTESO DELL'OBIETTIVO e TEMPO di sua realizzazione
1. Indicatore: Fatto/Non fatto (Verifica dello stato di attuazione del nuovo regolamento della libera professione tenuto con dei rilievi del MEF per competenza dell'articolazione organizzativa)
- Target: Fatto (Verifica effettuata)
- Tempo di realizzazione: Messa a regime della funzionalità entro il 31 dicembre 2025

PUNTI DI CONTROLLO DELL'OBIETTIVO da rendicontare	
30 SETTEMBRE 2025	31 DICEMBRE 2025

Obiettivo condiviso con altre articolazioni di ATS? (barrare opzione) \Rightarrow SI' X NO

se barrato "SI" indicare a seguire:

Obiettivo in collaborazione con SC GSRU (Scheda codice 061206 ob.1), con SC BPFC (Scheda codice 061104 ob.1) e con SS SIA (Scheda codice 201901 ob.1)

Codice scheda	Rendicontazione al 30/09/2025	Rendicontazione al 31/12/2025
013304	Verifica dello stato di attuazione del nuovo regolamento della libera professione tenuto con dei rilievi del MEF per competenza dell'articolazione organizzativa (ob: verifica effettuata)	FATTO

CDR I LIVELLO	DIREZIONE SANITARIA
CDR II LIVELLO	DVSAOA

CODICE

INDIRIZZO DI BUDGET REGIONALE/AZIENDALE

013305	<p><i>D.G.R. XII/3720 del 30/12/2024, recante ad oggetto "Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione del SSR per l'anno 2025 – (di concerto con il vicepresidente Alparone e gli Assessori Lucchini e Fermi)" e ss.mm.ii.</i></p> <p><i>D.G.R. XII/4434 del 26/05/2025, recante ad oggetto "Determinazioni in ordine agli obiettivi delle Agenzie di Tutela della Salute (A.T.S.), delle Aziende Socio-Sanitarie Territoriali (A.S.S.T.) e dell'Agenzia Regionale Emergenza Urgenza (A.R.E.U.) – anno 2025" e ss.mm.ii.</i></p> <p><i>Decreto D.G.W. n.8610 del 18/06/2025, recante ad oggetto "Declinazione degli indicatori relativi agli obiettivi dell'ATS di Bergamo – anno 2025"</i></p>
---------------	---

Correlato a OBIETTIVO STRATEGICO (OS) o OPERATIVO (OO)

PIAO 2025-2027 (All.7)

OS20	<i>Rafforzamento interventi Veterinaria ex DGR XII/4434 del 26.05.25 e Decreto DGW n.8610 del 18.06.25</i>
-------------	--

Azione concreta di contribuzione alla realizzazione dell'indirizzo strategico ed operativo

OBIETTIVO DELL'AZIONE CONCRETA

1. Iniziative personalizzate di monitoraggio/ formazione/definizione linee guida per ciascuna ATS in funzione delle necessità e delle peculiarità del territorio di riferimento per il potenziamento della sicurezza animale e alimentare
- Prevenzione del fenomeno dell'antimicrobico resistenza negli avicoli

PARAMETRO DI MISURAZIONE (Indicatore), TARGET ATTESO DELL'OBIETTIVO e TEMPO di sua realizzazione

- Indicatore:** Predisposizione di una proposta di linee guida per la prevenzione del fenomeno dell'antimicrobico resistenza negli avicoli
- **Target:** Redazione di una proposta di linea guida
- **Tempo di realizzazione:** entro il 31/12/2025

PUNTI DI CONTROLLO DELL'OBIETTIVO da rendicontare

30 SETTEMBRE 2025

31 DICEMBRE 2025

Obiettivo condiviso con altre articolazioni di ATS? (barrare opzione) SI NO X

Codice scheda	Rendicontazione al 30/09/2025	Rendicontazione al 31/12/2025
013305	Predisposizione di una proposta di linee guida per la prevenzione del fenomeno dell'antimicrobico resistenza negli avicoli (ob: Redazione di una proposta di linea guida)	FATTO

CDR I LIVELLO	DIREZIONE SANITARIA
CDR II LIVELLO	DVSAOA

CODICE	INDIRIZZO DI BUDGET REGIONALE/AZIENDALE
013306	<p><i>D.G.R. XII/3720 del 30/12/2024, recante ad oggetto "Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione del SSR per l'anno 2025 – (di concerto con il vicepresidente Alparone e gli Assessori Lucchini e Fermi)" e ss.mm.ii.</i></p> <p><i>D.G.R. XII/4434 del 26.05.2025, recante ad oggetto "Determinazioni in ordine agli obiettivi delle Agenzie di Tutela della Salute (A.T.S.), delle Aziende Socio Sanitarie Territoriali (A.S.S.T.) e dell'Agenzia Regionale Emergenza Urgenza (A.R.E.U.) – anno 2025" e ss.mm.ii.</i></p> <p><i>Decreto DGW n.8610 del 18.06.2025, recante ad oggetto "Declinazione degli indicatori relativi agli obiettivi dell'ATS di Bergamo-Anno 2025"</i></p>

Correlato a OBIETTIVO STRATEGICO (OS) o OPERATIVO (OO)

PIAO 2025-2027 (All.7)

OS16	<i>OS16: Rafforzamento della Prevenzione collettiva e sanità pubblica ex DGR XII/4434 del 26.05.25 e Decreto DGW n.8610 del 18.06.25</i>
OO30	<i>OO30: Raggiungimento degli obiettivi minimi di prevenzione ex DGR XII/4434 del 26.05.25 e Decreto DGW n.8610 del 18.06.25</i>

Azione concreta di contribuzione alla realizzazione dell'indirizzo strategico ed operativo

OBIETTIVO DELL'AZIONE CONCRETA
1. Obiettivi minimi di prevenzione e strategici a livello regionale in ambito di Prevenzione definiti da relativi provvedimenti di RL

PARAMETRO DI MISURAZIONE (Indicatore), TARGET ATTESO DELL'OBIETTIVO e TEMPO di sua realizzazione
Si rimanda agli indicatori, target e tempi di realizzazione definiti analiticamente nel Decreto DGW N.8610 del 18.06.2025 -Ambito Olimpiadi

PUNTI DI CONTROLLO DELL'OBIETTIVO da rendicontare	
30 SETTEMBRE 2025	31 DICEMBRE 2025

<p>Obiettivo condiviso con altre articolazioni di ATS? (barrare opzione) <input checked="" type="checkbox"/> SI' X <input type="checkbox"/> NO</p> <p>se barrato "SI" indicare a seguire: Obiettivo N° 1 in collaborazione con DIPS (Scheda codice 013106 ob.1)</p>
--

Codice scheda	Rendicontazione al 30/09/2025	Rendicontazione al 31/12/2025
013306	Indicatori, target e tempi di realizzazione definiti analiticamente nel Decreto DGW N.8610 del 18.06.2025 -Ambito Olimpiadi condiviso con DIPS Controlli programmati/controlli eseguiti = 50%	Obiettivo raggiunto al 100%

CDR I LIVELLO	DIREZIONE SANITARIA
CDR II LIVELLO	DVSAOA

CODICE	INDIRIZZO DI BUDGET REGIONALE/AZIENDALE
013307	<i>D.G.R. XII/3720 del 30/12/2024, recante ad oggetto "Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione del SSR per l'anno 2025 – (di concerto con il vicepresidente Alparone e gli Assessori Lucchini e Fermi)" e ss.mm.ii.</i> <i>D.G.R. XII/4434 del 26.05.2025, recante ad oggetto "Determinazioni in ordine agli obiettivi delle Agenzie di Tutela della Salute (A.T.S.), delle Aziende Socio Sanitarie Territoriali (A.S.S.T.) e dell'Agenzia Regionale Emergenza Urgenza (A.R.E.U.) – anno 2025" e ss.mm.ii.</i> <i>Decreto DGW n.8610 del 18.06.2025, recante ad oggetto "Declinazione degli indicatori relativi agli obiettivi dell'ATS di Bergamo-Anno 2025"</i>

Correlato a OBIETTIVO STRATEGICO (OS) o OPERATIVO (OO)

PIAO 2025-2027 (All.7)

OS10	<i>Nuovo Sistema di Garanzia (NSG): allineamento ad indicatori di qualità e performance per erogare assistenza ai cittadini secondo normativa vigente ex DGR XII/4434 del 26.05.25 e Decreto DGW n.8610 del 18.06.25</i>
------	--

Azione concreta di contribuzione alla realizzazione dell'indirizzo strategico ed operativo

OBIETTIVO DELL'AZIONE CONCRETA
1. Raggiungimento dei target in ambito di prevenzione degli NSG afferenti al DVSAOA - Ambito Anagrafi animali

PARAMETRO DI MISURAZIONE (Indicatore), TARGET ATTESO DELL'OBIETTIVO e TEMPO di sua realizzazione
<p>1. Indicatore: P10Z - Copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali</p> <p><i>(aziende bovine controllate per anagrafe1 * 0,1 + % aziende ovicaprine controllate per anagrafe2 * 0,05 + % capi ovicaprini controllati per anagrafe3 * 0,05 + % aziende suine controllate per anagrafe4 * 0,1 + % aziende equine controllate per anagrafe5 * 0,1 + % allevamenti apistici controllati per anagrafe6 * 0,1)</i></p> <p>- Target: ≥50%* copertura</p> <p><i>*In maniera subordinata in assenza di raggiungimento di copertura, il target può essere considerato raggiunto se e solo se il valore ottenuto è superiore del 5% del miglior risultato tra il 2023 e il 2024</i></p> <p>- Tempo di realizzazione: entro il 31 dicembre 2025</p>

PUNTI DI CONTROLLO DELL'OBIETTIVO da rendicontare

30 SETTEMBRE 2025

31 DICEMBRE 2025

Obiettivo condiviso con altre articolazioni di ATS? (barrare opzione) SÌ NO X

Codice scheda	Rendicontazione al 30/09/2025	Rendicontazione al 31/12/2025
013307	P10Z - Copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali; %aziende bovine controllate per anagrafe1 * 0,1= 6,80% + % aziende ovicaprine controllate per anagrafe2 * 0,05 = 3,15% + % capi ovicaprini controllati per anagrafe3 * 0,05= 5% + % aziende suine controllate per anagrafe4 * 0,1= 6,40% + % aziende equine controllate per anagrafe5 x* 0,1= 6% + % allevamenti apistici controllati per anagrafe6 * 0,1= 6,70% = 33,95% (ob: ≥50% copertura)	Obiettivo raggiunto al 100%

CDR I LIVELLO	DIREZIONE SANITARIA
CDR II LIVELLO	DVSAOA

CODICE

INDIRIZZO DI BUDGET REGIONALE/AZIENDALE

013308	<p><i>D.G.R. XII/3720 del 30/12/2024, recante ad oggetto "Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione del SSR per l'anno 2025 – (di concerto con il vicepresidente Alparone e gli Assessori Lucchini e Fermi)" e ss.mm.ii.</i></p> <p><i>D.G.R. XII/4434 del 26.05.2025, recante ad oggetto "Determinazioni in ordine agli obiettivi delle Agenzie di Tutela della Salute (A.T.S.), delle Aziende Socio Sanitarie Territoriali (A.S.S.T.) e dell'Agenzia Regionale Emergenza Urgenza (A.R.E.U.) – anno 2025" e ss.mm.ii.</i></p> <p><i>Decreto DGW n.8610 del 18.06.2025, recante ad oggetto "Declinazione degli indicatori relativi agli obiettivi dell'ATS di Bergamo-Anno 2025"</i></p>
---------------	--

Correlato a OBIETTIVO STRATEGICO (OS) o OPERATIVO (OO)

PIAO 2025-2027 (All.7)

OS10	<p><i>Nuovo Sistema di Garanzia (NSG): allineamento ad indicatori di qualità e performance per erogare assistenza ai cittadini secondo normative vigente ex DGR XII/4434 del 26.05.25 e Decreto DGW n.8610 del 18.06.25</i></p>
-------------	---

Azione concreta di contribuzione alla realizzazione dell'indirizzo strategico ed operativo

OBIETTIVO DELL'AZIONE CONCRETA
<p>1. Raggiungimento dei target in ambito di prevenzione degli NSG afferenti al DVSAOA -Ambito Contaminazione degli alimenti di origini animale e vegetale</p>

PARAMETRO DI MISURAZIONE (Indicatore), TARGET ATTESO DELL'OBIETTIVO e TEMPO di sua realizzazione
<p>1. Indicatore: P12Z: Copertura delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti, con particolare riferimento alla ricerca di sostanze illecite, di residui di contaminanti, di farmaci, di fitofarmaci e di additivi negli alimenti di origine animale e vegetale (N° dei controlli minimi svolti per l'attuazione del Piano Nazionale Residui dell'anno di riferimento per la ricerca di residui negli alimenti di origine animale/N° dei controlli previsti dal medesimo Piano) - Target: 100% - Tempo di realizzazione: entro il 31 dicembre 2025</p>

PUNTI DI CONTROLLO DELL'OBIETTIVO da rendicontare	
30 SETTEMBRE 2025	31 DICEMBRE 2025

Obiettivo condiviso con altre articolazioni di ATS? (barrare opzione) SÌ NO X

Codice scheda	Rendicontazione al 30/09/2025	Rendicontazione al 31/12/2025
013308	<p>P12Z: Copertura delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti, con particolare riferimento alla ricerca di sostanze illecite, di residui di contaminanti, di farmaci, di fitofarmaci e di additivi negli alimenti di origine animale e vegetale:</p> <p>(N° dei controlli minimi svolti per l'attuazione del Piano Nazionale Residui dell'anno di riferimento per la ricerca di residui negli alimenti di origine animale/N° dei controlli previsti dal medesimo Piano) Ob.: 100% 487/692=70,3%</p>	<p>P12Z: Copertura delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti, con particolare riferimento alla ricerca di sostanze illecite, di residui di contaminanti, di farmaci, di fitofarmaci e di additivi negli alimenti di origine animale e vegetale:</p> <p>(N° dei controlli minimi svolti per l'attuazione del Piano Nazionale Residui dell'anno di riferimento per la ricerca di residui negli alimenti di origine animale/N° dei controlli previsti dal medesimo Piano) Ob.: 100% 692/692=100%</p>

DIREZIONE SOCIO SANITARIA

CDR I LIVELLO	DIREZIONE SOCIO SANITARIA
CDR II LIVELLO	STAFF

CODICE

INDIRIZZO DI BUDGET REGIONALE/AZIENDALE

050001	<p><i>D.G.R. XII/3720 del 30/12/2024, recante ad oggetto "Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione del SSR per l'anno 2025 – (di concerto con il vicepresidente Alparone e gli Assessori Lucchini e Fermi)" e ss.mm.ii.</i></p> <p><i>D.G.R. XII/4434 del 26.05.2025, recante ad oggetto "Determinazioni in ordine agli obiettivi delle Agenzie di Tutela della Salute (A.T.S.), delle Aziende Socio Sanitarie Territoriali (A.S.S.T.) e dell'Agenzia Regionale Emergenza Urgenza (A.R.E.U.) – anno 2025" e ss.mm.ii.</i></p> <p><i>Decreto DGW n.8610 del 18.06.2025, recante ad oggetto "Declinazione degli indicatori relativi agli obiettivi dell'ATS di Bergamo-Anno 2025"</i></p>
---------------	--

Correlato a **OBIETTIVO STRATEGICO (OS) o OPERATIVO (OO)**

PIAO 2025-2027 (All.7)

OS6	<i>OS6: Realizzare le progettualità assegnate da Regione Lombardia nell'ambito del PSSR 2024-2028</i>
OS9	<i>OS9: Realizzazione di specifici progetti ritenuti strategici o anche di attività rientranti nel miglioramento continuo di Sistema</i>
OS15	<i>OS15: Attivazione delle CdC e OdC, in ottemperanza al DM77 e al POR</i>
OS19	<i>OS19: Utilizzo della Telemedicina per la presa in carico dei pazienti ex DGR XII/4434 del 26.05.25 e Decreto DGW n.8610 del 18.06.25</i>

Azione concreta di contribuzione alla realizzazione dell'indirizzo strategico ed operativo

OBIETTIVO DELL'AZIONE CONCRETA

1. Attività di Governance dei diversi GdM attivati con le ASST in tema di: Miglioramento servizi CdC, Consultori, Dimissioni Protette/COT e PS con la redazione, ove possibile di documenti con azioni di miglioramento o implementazione individuati dal gruppo in attuazione dei percorsi di integrazione previsti nei Piani di Sviluppo Polo Territoriale e/o dalla DGR 3720/2024
2. Progettualità in ambito Sociosanitario in attuazione di quanto richiesto nella DGR 3720 cap 5.2.5. Riorganizzazione dei servizi per le persone anziane e di quelle con disabilità, in relazione all'evoluzione dei loro bisogni e individuazione di modelli innovativi (DGR 4481 del 03.06.2025) in collaborazione con il dipartimento PIPSSS
3. Rete Territoriale (Attivazione delle CdC e OdC, in ottemperanza al DM77 e al POR e Misure a sostegno della salute mentale) - Monitoraggio cure domiciliari e presa in carico e raggiungimento obiettivi target PNRR - supportare le ASST con l'analisi dei dati di monitoraggio di efficacia delle attività di continuità assistenziale, presa in carico al domicilio, governo clinico in collaborazione con il Dipartimento PIPSSS a mezzo della Dashboard regionale
4. Adozione della Televisita e del Telemonitoraggio per la gestione dei pazienti con patologie croniche, favorire il teleconsulto tra MAP/PLS e specialisti

PARAMETRO DI MISURAZIONE (Indicatore), TARGET ATTESO DELL'OBIETTIVO e TEMPO di sua realizzazione
<p>1. Indicatore: Fatto/Non fatto (Numero di incontri effettuati nel corso dell'anno per GdM- con relativo riscontro documentale)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Target: Fatto (Almeno 3 incontri per gruppo) - Tempo di realizzazione: nel corso del 2025
<p>2. Indicatore: Fatto/Non fatto (Redazione di progetti a beneficio del territorio provinciale)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Target: Fatto (Modalità di selezione progetti e relativa verbalizzazione a DGW) - Tempo di realizzazione: nel corso del 2025
<p>3. Indicatore: Fatto/Non fatto (N° elaborazioni dati condivise con ASST/N° report rilasciati=1)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Target: Fatto (Report di monitoraggio per ASST) - Tempo di realizzazione: nel corso del 2025
<p>4. Indicatore: Fatto/Non fatto (Report raccolto dagli erogatori secondo le richieste dettagliate nella D.G.R. 4434/2025 e Decreto DGW 8610/2025)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Target: Fatto (Report di monitoraggio per ASST O EEPA) - Tempo di realizzazione: nel corso del 2025

PUNTI DI CONTROLLO DELL'OBIETTIVO da rendicontare	
30 SETTEMBRE 2025	31 DICEMBRE 2025

Obiettivo condiviso con altre articolazioni di ATS? (*barrare opzione*) SI' X NO

se barrato "SI" indicare a seguire:

Obiettivo N°3 in collaborazione con SC Percorsi assistenziali domiciliari di continuità delle cure (Scheda codice 057007 ob.4)

Obiettivo N°4 in collaborazione con Staff DS (Scheda codice 030001 Ob.6)

Codice scheda	Rendicontazione al 30/09/2025	Rendicontazione al 31/12/2025
050001	<p>1. Attività di Governance dei diversi GdM attivati con le ASST in tema di: Miglioramento servizi CdC, Consulitori, Dimissioni Protette/COT e PS con la redazione, ove possibile di documenti con azioni di miglioramento o implementazione individuati dal gruppo in attuazione dei percorsi di integrazione previsti nei Piani di Sviluppo Polo Territoriale e/o dalla DGR 3720/2024</p> <p>- Target: Fatto</p> <p>3 incontri servizi cdc e sviluppo modello territoriale</p> <p>2 incontri Consulitori</p> <p>3 incontri Dimissioni protette – COT</p> <p>5 incontri GdM PS con redazione piano proposte azioni di miglioramento</p>	<p>1. Attività di Governance dei diversi GdM attivati con le ASST in tema di: Miglioramento servizi CdC, Consulitori, Dimissioni Protette/COT e PS con la redazione, ove possibile di documenti con azioni di miglioramento o implementazione individuati dal gruppo in attuazione dei percorsi di integrazione previsti nei Piani di Sviluppo Polo Territoriale e/o dalla DGR 3720/2024</p> <p>- Target: Fatto</p> <p>3 incontri servizi cdc e sviluppo modello territoriale</p> <p>2 incontri Consulitori</p> <p>3 incontri Dimissioni protette – COT</p> <p>5 incontri GdM PS con redazione piano proposte azioni di miglioramento</p>

Azione concreta di contribuzione alla realizzazione dell'indirizzo strategico ed operativo

OBIETTIVO DELL'AZIONE CONCRETA
<p>Gli obblighi relativi all'Amministrazione Trasparente coinvolgono tutti gli uffici afferenti al Dipartimento. Per questo si è deciso di adottare una prassi univoca di raccolta e pubblicazione univoca di tutti i dati al fine di:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Pubblicare con cadenza mensile i file SOVVENZIONI, CONTRIBUTI, SUSSIDI, VANTAGGI ECONOMICI pubblicati nella sezione Amministrazione Trasparente nel rispetto della normativa vigente; ○ Pubblicare l'Elenco dei soggetti beneficiari degli atti di concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari alle imprese e di attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati di importo superiore a mille euro (art. 27, c. 2, d.lgs. 33/2013) nel rispetto della normativa vigente. <p>La raccolta verrà gestita da un unico referente di Dipartimento che si occuperà anche del monitoraggio della completezza dei dati trasmessi dai singoli uffici.</p> <p>Nello specifico si intende operare come segue:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Definizione di una prassi operativa per la raccolta e la pubblicazione dei dati in Assolvimento degli obblighi previsti dal D.lgs.33/2013 2. Pubblicazione mensile dei file "Criteri e Modalità 2025" (rif. a Art. 26, c. 1, d.lgs. 33/2013 e Allegato 2 PIAO ATS Bergamo vigente) 3. Pubblicazione mensile dei file "Atti di concessione 2025" (rif. a Artt. 26-27, d.lgs. 33/2013 e Allegato 2 PIAO ATS Bergamo vigente) 4. Pubblicazione del file "Atti di concessione 2025 - Elenco dei soggetti beneficiari" (rif. a art. 27, c. 2, d.lgs. 33/2013 e Allegato 2 PIAO ATS Bergamo vigente)

PARAMETRO DI MISURAZIONE (Indicatore), TARGET ATTESO DELL'OBIETTIVO e TEMPO di sua realizzazione
<p>1. Indicatore: Fatto/Non fatto (Definizione di una prassi operativa) - Target: Fatto - Tempo di realizzazione: gennaio 2025</p> <p>2. Indicatore: Fatto/Non fatto (Pubblicazione dei file "Criteri e Modalità 2025" secondo tempistica definita) - Target: Fatto - Tempo di realizzazione: entro 30 giorni dalla concessione finanziaria</p> <p>3. Indicatore: Fatto/Non fatto (Pubblicazione dei file "Atti di concessione 2025" secondo tempistica definita) - Target: Fatto - Tempo di realizzazione: entro 30 giorni dall'emanazione del provvedimento</p> <p>4. Indicatore: Fatto/Non Fatto (Pubblicazione del file "Atti di concessione 2025 - Elenco dei soggetti beneficiari" secondo tempistica definita) - Target: Fatto - Tempo di realizzazione: entro 30 giorni dall'emanazione del provvedimento</p>

PUNTI DI CONTROLLO DELL'OBIETTIVO da rendicontare	
30 SETTEMBRE 2025	31 DICEMBRE 2025

Obiettivo condiviso con altre articolazioni di ATS? (barrare opzione) SI' NO X

Codice scheda	Rendicontazione al 30/09/2025	Rendicontazione al 31/12/2025
057001	<p>1. Definizione di una prassi operativa per la raccolta e la pubblicazione dei dati in assolvimento degli obblighi previsti dal D.lgs. 33/2013 Target: Fatto. La prassi operativa è stata condivisa con relativi referenti per SC (in particolare è stato</p>	<p>1. Definizione di una prassi operativa per la raccolta e la pubblicazione dei dati in assolvimento degli obblighi previsti dal D.lgs. 33/2013 Target: Fatto. Obiettivo raggiunto al 100%. La prassi operativa è stata condivisa con relativi referenti per</p>

	<p>individuato un referente per ogni SC che si raccorda in primis con la struttura e poi con il referente alla comunicazione del Dipartimento PIPSSS che si occupa della pubblicazione dei contenuti sul sito internet ATS alle apposite sezioni in "Amministrazione Trasparente"). È in fase di redazione anche una specifica Istruzione Operativa da inserire nell'Applicativo Qualità aziendale (previsto caricamento entro il 31.12.2025). <u>Tempo di realizzazione:</u> gennaio 2025</p> <p>2. Pubblicazione dei file "Criteri e Modalità 2025" secondo tempistica definita</p> <p><u>Target:</u> Fatto – pubblicazioni tempestive. Presente file Criteri e Modalità per ogni Struttura afferente al Dipartimento PIPSSS. Continuo presidio e aggiornamento tempestivo in caso di pubblicazioni nuovi atti normativi sia di livello regionale che nazionale. <u>Tempo di realizzazione:</u> entro 30 giorni dalla concessione finanziaria.</p> <p>3. Pubblicazione mensile dei file "Atti di concessione 2025" (rif. a Artt. 26-27, d.lgs. 33/2013 e Allegato 2 PIAO ATS Bergamo vigente) <u>Target:</u> Fatto – pubblicazioni tempestive. Al 30.09.2025 sono pubblicati i dati con aggiornamento al 31.08.2025. <u>Tempo di realizzazione:</u> entro 30 giorni dall'emanazione del provvedimento.</p> <p>4. Pubblicazione del file "Atti di concessione 2025 - Elenco dei soggetti beneficiari" (rif. a art. 27, c. 2, d.lgs. 33/2013 e Allegato 2 PIAO ATS Bergamo vigente)</p> <p><u>Target:</u> Fatto – pubblicazioni tempestive. Al 30.09.2025 sono pubblicati i dati con aggiornamento al 31.08.2025. <u>Tempo di realizzazione:</u> entro 30 giorni dall'emanazione del provvedimento.</p>	<p>SC (in particolare è stato individuato un referente per ogni SC che si raccorda in primis con la struttura e poi con il referente alla comunicazione del Dipartimento PIPSSS che si occupa della pubblicazione dei contenuti sul sito internet ATS alle apposite sezioni in "Amministrazione Trasparente"). La specifica Istruzione Operativa (prevista nella rendicontazione al 30.09.2025 è stata predisposta ed emessa in Sistema Qualità in data 25.11.2025 (IODLGS33-2013 DPIPSSS 00 - GESTIONE PUBBLICAZIONI FILE TRASPARENZA DIPARTIMENTO PIPSSS).</p> <p>2. Pubblicazione dei file "Criteri e Modalità 2025" secondo tempistica definita</p> <p><u>Target:</u> Fatto – pubblicazioni tempestive. Obiettivo raggiunto al 100%. Presente file Criteri e Modalità per ogni Struttura afferente al Dipartimento PIPSSS. Continuo presidio e aggiornamento tempestivo in caso di pubblicazioni nuovi atti normativi sia di livello regionale che nazionale. Caricato file nel rispetto della normative vigente e dell'All. 2 PIAO.</p> <p>3. Pubblicazione mensile dei file "Atti di concessione 2025" (rif. a Artt. 26-27, d.lgs. 33/2013 e Allegato 2 PIAO ATS Bergamo vigente) <u>Target:</u> Fatto – pubblicazioni tempestive. Obiettivo raggiunto al 100%. Caricato file nel rispetto della normative vigente e dell'All. 2 PIAO.</p> <p>4. Pubblicazione del file "Atti di concessione 2025 - Elenco dei soggetti beneficiari" (rif. a art. 27, c. 2, d.lgs. 33/2013 e Allegato 2 PIAO ATS Bergamo vigente)</p> <p><u>Target:</u> Fatto – pubblicazioni tempestive. Obiettivo raggiunto al 100%. Caricato file nel rispetto della normative vigente e dell'All. 2 PIAO.</p>
--	--	--

CDR I LIVELLO	DIREZIONE SOCIOSANITARIA
CDR II LIVELLO	Dipartimento PIPSSS-S.C. MISURE E RETI PER LA FAMIGLIA E I SUOI COMPONENTI FRAGILI

CODICE

INDIRIZZO DI BUDGET REGIONALE/AZIENDALE

057002	<p><i>D.G.R. XII/3720 del 30/12/2024, recante ad oggetto "Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione del SSR per l'anno 2025 – (di concerto con il vicepresidente Alparone e gli Assessori Lucchini e Fermi)" e ss.mm.ii.</i></p> <p><i>D.G.R. XII/2168 del 15/04/2024, recante ad oggetto: "Definizione delle modalità per la realizzazione di interventi per favorire e promuovere l'invecchiamento attivo"</i></p> <p><i>D.G.R. XI/3509 del 02/12/2024, recante ad oggetto "D.G.R. XII/2168 del 15.04.2024 - rifinanziamento degli interventi per favorire e promuovere l'invecchiamento attivo, a seguito delle disposizioni introdotte dalla l.r. n. 8/2024 di modifica della l.r. n.18/2015, con riferimento agli orti riabilitativo-terapeutici"</i></p>
--------	--

Correlato a OBIETTIVO STRATEGICO (OS) o OPERATIVO (OO)

PIAO 2025-2027 (All.7)

OS9	Attuazione di specifici Progetti strategici o attività di miglioramento
-----	---

Azione concreta di contribuzione alla realizzazione dell'indirizzo strategico ed operativo

OBIETTIVO DELL'AZIONE CONCRETA

Piano di Azione Territoriale biennale per l'invecchiamento attivo

Realizzazione del Piano di Azione Territoriale biennale, a governance ATS, finalizzato alla realizzazione di una filiera di interventi di valorizzazione e promozione dell'invecchiamento attivo, in un'ottica di promozione del benessere e del protagonismo attivo.

Il Piano prevede la partecipazione di N°12 Enti Capofila e la copertura di 13 Ambiti Territoriali Sociali.

Le azioni progettuali previste dal piano si svilupperanno su tre macroaree:

- Area della socializzazione e dell'inclusione sociale
- Area dell'autonomia e del benessere
- Area della partecipazione e della cittadinanza attiva

Nello specifico si intende operare come segue:

1. Incontri di co-progettazione per la realizzazione di azioni/interventi orto terapeutici – riabilitativi con N° 12 Enti Capofila a seguito di nuova normativa regionale, che assegna alle ATS Lombarde risorse aggiuntive per la realizzazione di interventi di azioni/interventi di orto terapeutici - riabilitativi rivolti agli over 65
2. Costruzione di un accordo di rete tra ATS Bergamo e gli Enti Capofila
3. Incontri con gli Enti Capofila al fine di monitorare, attraverso un cruscotto dedicato, l'avvio e l'andamento dei progetti avviati

PARAMETRO DI MISURAZIONE (Indicatore), TARGET ATTESO DELL'OBIETTIVO e TEMPO di sua realizzazione

1. **Indicatore:** Fatto/Non fatto (Incontri di co-progettazione secondo le specifiche dell'obiettivo)

-**Target:** Fatto (4 incontri)

-**Tempo di realizzazione:** entro febbraio 2025

2. **Indicatore:** Fatto/Non fatto (Costruzione dell'accordo di rete secondo le specifiche dell'obiettivo)

-**Target:** Fatto (Accordo definito)

-**Tempo di realizzazione:** entro aprile 2025

3. **Indicatore:** Fatto/Non fatto (Incontri con gli Enti Capofila secondo le specifiche dell'obiettivo)

-**Target:** Fatto (3 incontri)

-**Tempo di realizzazione:** entro dicembre 2025

PUNTI DI CONTROLLO DELL'OBIETTIVO da rendicontare

30 SETTEMBRE 2025

31 DICEMBRE 2025

Obiettivo condiviso con altre articolazioni di ATS? (barrare opzione) SÌ NO

se barrato "SÌ" indicare a seguire:

Obiettivo N°2 in collaborazione con SC Promozione della Salute e Prevenzione dei fattori di rischio comportamentali (Scheda codice 013104 ob.2)

Codice scheda	Rendicontazione al 30/09/2025	Rendicontazione al 31/12/2025
057002	<p>1. Fatto. Si è valutato più opportuno realizzare un unico incontro di co-progettazione congiunto in data 06/02/2025 con i n. 6 Enti capofila coinvolti:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Comune di Bergamo ▪ Bergamo Sanità ▪ SER.e.N.A Società Cooperativa Sociale ▪ Cooperativa Sociale Sebina ▪ Gasparina di Sopra Società Cooperativa Sociale ▪ ACLI Bergamo. <p>2. Fatto. Sottoscrizione dell'accordo di rete da parte di tutti gli Enti Capofila in data 07/04/2025;</p> <p>3. In fase di realizzazione. Fatto n. 1 incontro sui 3 previsti.</p> <p>- Incontro realizzato in data 04/09/2025 da remoto di confronto e socializzazione delle attività avviate all'interno del Piano tra tutti gli Enti Capofila. È stata condiviso con gli Enti Capofila uno strumento finalizzato al monitoraggio delle attività, condivisione punti di forza, criticità e campagne di comunicazione.</p>	<p>1. Fatto. Raggiunto al 100% Si è ritenuto opportuno programmare due incontri di approfondimento sul tema. Il primo si è tenuto il 21 gennaio 2025 con i 12 Enti Capofila del Piano di Azione Territoriale per l'Invecchiamento Attivo. Il secondo incontro di co-progettazione congiunto ha avuto luogo il 6 febbraio 2025, incontro collettivo seguito da brevi colloqui individuali con i 7 Enti Capofila direttamente coinvolti nella specifica azione, di seguito elencati:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Comune di Bergamo; ● Bergamo Sanità; ● SER.e.N.A Società Cooperativa Sociale; ● Cooperativa Sociale Sebina; ● Gasparina di Sopra Società Cooperativa Sociale; ● ACLI Bergamo; ● Cooperativa Sociale P.A.E.S.E. Ambito Grumello del Monte. <p>2. Fatto. Raggiunto al 100% Sottoscrizione dell'accordo di rete da parte di tutti gli Enti Capofila in data 07/04/2025;</p> <p>3. Fatto. Raggiunto al 100% Sono stati effettuati n. 3 incontri di confronto e di socializzazione delle attività avviate all'interno del Piano tra tutti gli Enti Capofila., in modalità da remote nelle seguenti date: 04 settembre 2025. 12 novembre 2025. 17 dicembre 2025.</p>

	Entro la fine di ottobre 2025 si raccoglieranno gli esiti derivanti dallo strumento di monitoraggio delle attività condiviso con gli Enti.	È pervenuto il file di monitoraggio che definisce l'andamento semestrale delle attività.
--	--	--

CDR I LIVELLO	DIREZIONE SOCIO SANITARIA
CDR II LIVELLO	Dipartimento PIPSSS-S.C. MISURE E RETI PER LA FAMIGLIA E I SUOI COMPONENTI FRAGILI

CODICE

INDIRIZZO DI BUDGET REGIONALE/AZIENDALE

057003	<p><i>D.G.R. XII/3720 del 30/12/2024, recante ad oggetto "Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione del SSR per l'anno 2025 – (di concerto con il vicepresidente Alparone e gli Assessori Lucchini e Fermi)" e ss.mm.ii.</i></p> <p><i>D.G.R. XI/7503 del 15/12/2022, recante ad oggetto: "Percorsi personalizzati in favore di preadolescenti, adolescenti e giovani in condizione di disagio e delle loro famiglie. "#Up - Percorsi per crescere alla grande" – (priorita'3 inclusione sociale – ESO 4.11 - Azione K.2. PR FSE+ 2021-2027)</i></p> <p><i>D.G.R. XII/22 del 23/03/2023, recante ad oggetto "Percorsi personalizzati in favore di preadolescenti, adolescenti e giovani in condizione di disagio e delle loro famiglie. "#Up - Percorsi per crescere alla grande" – (priorita'3 inclusione sociale – ESO 4.11 - Azione K.2. PR FSE+ 2021-2027). modifica della D.G.R. XI/7503 del 15 dicembre 2022"</i></p>
---------------	---

Correlato a OBIETTIVO STRATEGICO (OS) o OPERATIVO (OO)

PIAO 2025-2027 (All.7)

OS9	Attuazione di specifici Progetti strategici o attività di miglioramento
------------	---

Azione concreta di contribuzione alla realizzazione dell'indirizzo strategico ed operativo

OBIETTIVO DELL'AZIONE CONCRETA
<p>Sperimentazione di una filiera di servizi che, partendo dall'intercettazione arrivi alla valutazione e alla presa in carico di preadolescenti, adolescenti e giovani in situazioni di fragilità, al fine di intercettare precocemente le situazioni di disagio e dare una risposta attraverso i servizi territoriali.</p> <p>Risulta fondamentale valorizzare e coordinare tutti gli interventi presenti sul territorio come punti di un unico percorso, al fine di favorire la connessione dei percorsi che vanno dalla prevenzione alla presa in carico delle diverse situazioni che necessitano di un intervento.</p> <p>Si coinvolgeranno gli Enti territoriali che realizzano interventi riferiti al target di riferimento: Consultori Familiari, Centri Famiglia, C.U.A.V/ target minori, Ambiti Territoriali Sociali ed Enti Terzo settore coinvolti in diverse progettualità - (Piano di Azione Territoriale Disagio, Leva Civica Lombarda, Misura "#Up Percorsi per crescere alla grande"), scuole, servizi area dipendenze e salute mentale.</p> <p>Nello specifico si intende operare come segue:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Incontri con gli enti territoriali per condividere la necessità di mettere in rete la filiera di servizi che a vario titolo si occupano di preadolescenti, adolescenti e giovani (ASST, Ambiti Territoriali, terzo settore, scuole), anche attraverso un evento formativo organizzato da ATS 2. Definizione di un gruppo di lavoro che coinvolga gli enti territoriali della filiera e che definisca un documento/linea di indirizzo condiviso inerente le modalità operative per l'intercettazione e la presa in carico delle situazioni riferite al target di riferimento 3. Sperimentazione di modalità operative condivise nel documento/linee di indirizzo per distretto socio sanitario

Risultato finale: Realizzazione di specifici progetti ritenuti strategici o anche di attività rientranti nel miglioramento continuo di Sistema

PARAMETRO DI MISURAZIONE (Indicatore), TARGET ATTESO DELL'OBIETTIVO e TEMPO di sua realizzazione

1. Indicatore: N° incontri con gli enti territoriali secondo le specifiche dell'obiettivo

-Target: Almeno 2 incontri

-Tempo di realizzazione: entro 30 giugno 2025

2. Indicatore: Fatto/Non Fatto (Definizione di un GdL e di un documento/linea di indirizzo condiviso come da specifiche indicata nell'obiettivo)

-Target: Fatto

-Tempo di realizzazione: entro 30 settembre 2025

3. Indicatore: Fatto/Non fatto (Sperimentazione di modalità operative condivise secondo specifiche indicate nell'obiettivo)

-Target: Fatto (in almeno 1 distretto sociosanitario)

-Tempo di realizzazione: entro 31 dicembre 2025

PUNTI DI CONTROLLO DELL'OBIETTIVO da rendicontare

30 SETTEMBRE 2025

31 DICEMBRE 2025

Obiettivo condiviso con altre articolazioni di ATS? (barrare opzione) SÌ NO

se barrato "SÌ" indicare a seguire:

Obiettivo N°2 in collaborazione con SC Promozione della Salute e Prevenzione dei fattori di rischio comportamentali scheda codice (013104 ob.2)

Codice scheda	Rendicontazione al 30/09/2025	Rendicontazione al 31/12/2025
057003	<p>1- Fatto (realizzazione di n° 2 incontri con gli enti territoriali il 10- 14/04/2025 e n. 1 evento formativo organizzato da ATS in data 30/05/2025 rivolto agli enti territoriali che fanno parte della filiera dei servizi rivolti a preadolescenti, adolescenti e giovani)</p> <p>2- Fatto (attivazione di due gruppi di miglioramento formati da enti territoriali della filiera-n° 8 incontri: 3-4-20-24/02/2025, 10-17-24-31/03/2025 e condivisione modalità operative per l'intercettazione e la presa in carico di preadolescenti, adolescenti e giovani)</p> <p>3. Avvio sperimentazione in fase di realizzazione.</p>	<p>1. Fatto. Raggiunto al 100% (come rendicontato al 30/09/2025)</p> <p>2. Fatto. Raggiunto al 100% (come rendicontato al 30/09/2025)</p> <p>3. Fatto. Raggiunto al 100% % Sperimentazione, a livello distrettuale, di modalità operative per l'intercettazione e la presa in carico delle situazioni riferite al target di riferimento. Tali modalità sono state definite e condivise in occasione dell'incontro del 19/12/2025 con i referenti ASST della Misura #UP, che già operano secondo prassi di collaborazione strutturate con gli Ambiti Territoriali Sociali e i Comuni, declinate in modo specifico nei diversi territori.</p>

CDR I LIVELLO	DIREZIONE SOCIOSANITARIA
CDR II LIVELLO	DIPARTIMENTO PIPSSS – SC NETWORK SOCIALI

CODICE

INDIRIZZO DI BUDGET REGIONALE/AZIENDALE

057004	D.G.R. XII/3720 del 30/12/2024, recante ad oggetto "Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione del SSR per l'anno 2025 – (di concerto con il vicepresidente Alparone e gli Assessori Lucchini e Fermi)" e ss.mm.ii.
--------	--

Correlato a OBIETTIVO STRATEGICO (OS) o OPERATIVO (OO)

PIAO 2025-2027 (All.7)

OS9	Attuazione di specifici progetti strategici o attività di miglioramento
-----	---

Azione concreta di contribuzione alla realizzazione dell'indirizzo strategico ed operativo

OBIETTIVO DELL'AZIONE CONCRETA

La programmazione PDZ/PPT 2025-2027 si pone l'obiettivo di rafforzare il sistema di welfare territoriale attraverso interventi integrati che promuovano il benessere delle persone fragili e delle loro famiglie. In particolare, le politiche sociali e sociosanitarie mirano a potenziare la rete di supporto ai caregiver familiari, riconoscendone il ruolo essenziale nell'assistenza a lungo termine e garantendo loro un accesso più strutturato e mirato ai servizi. Tra le priorità della nuova programmazione rientrano la valorizzazione del caregiver come parte attiva nel percorso di cura, l'integrazione tra servizi sanitari e sociali, la promozione di reti di prossimità e il rafforzamento degli strumenti digitali per il supporto e l'orientamento.

All'interno di questa cornice, un'azione chiave è la stratificazione dei bisogni e delle aspettative dei caregiver attraverso uno strumento adeguato e di facile compilazione. Questo sistema permetterà di classificare i caregiver in base al livello di assistenza necessario e alle specifiche esigenze, facilitando l'accesso a percorsi di supporto personalizzati. Questa scheda consentirà di distinguere tra chi necessita di interventi immediati, chi può beneficiare di orientamento ai servizi e chi può essere coinvolto in percorsi di prevenzione e formazione. Tale metodologia contribuirà a migliorare l'efficienza del sistema di presa in carico, evitando la dispersione delle risorse e garantendo una risposta più equa e tempestiva alle diverse situazioni di cura.

L'obiettivo specifico: l'implementazione di una scheda per la stratificazione dei bisogni e delle aspettative dei caregiver, che verrà sperimentata e validata attraverso un progetto pilota in tre Case di Comunità, al fine di ottimizzare l'accesso ai servizi e strutturare un modello di presa in carico efficace e replicabile

Nello specifico si intende operare come segue:

1. Elaborazione di una proposta di scheda per la stratificazione dei bisogni dei caregiver
2. Percorso di validazione della scheda, attraverso i seguenti incontri:
 - Incontro con il gruppo di coordinamento provinciale Progetto Caregiver
 - Incontro con il Dip. Scienze Umane e Sociali UNI BG
 - Incontro con Equipe Caregiver
3. Avvio sperimentazione della scheda in almeno n,3 Equipe delle Case di Comunità selezionate Elaborazione di una proposta di scheda per la stratificazione dei bisogni dei caregiver
4. Elaborazione di un documento di sintesi con le prime evidenze della sperimentazione

PARAMETRO DI MISURAZIONE (Indicatore), TARGET ATTESO DELL'OBIETTIVO e TEMPO di sua realizzazione

1. **Indicatore:** Fatto/Non fatto (Elaborazione di una proposta di scheda)

-**Target:** Fatto (Proposta di scheda realizzata)

-**Tempo di realizzazione:** entro aprile 2025

2. **Indicatore:** Fatto/Non fatto (Percorso di validazione della scheda)

<p>-Target: Fatto (Validazione della scheda)</p> <p>-Tempo di realizzazione: entro settembre 2025</p> <p>3. Indicatore: Fatto/Non fatto (Avvio sperimentazione della scheda)</p> <p>-Target: Fatto (Avvio in almeno 3 Equipe delle CdC)</p> <p>-Tempo di realizzazione: Entro ottobre 2025</p> <p>4. Indicatore: Fatto/Non fatto (Elaborazione di un documento di sintesi)</p> <p>-Target: Fatto (Documento di sintesi realizzato)</p> <p>-Tempo di realizzazione: entro dicembre 2025</p>
--

PUNTI DI CONTROLLO DELL’OBIETTIVO da rendicontare

30 SETTEMBRE 2025

31 DICEMBRE 2025

Obiettivo condiviso con altre articolazioni di ATS? (barrare opzione) SÌ NO X

Codice scheda	Rendicontazione al 30/09/2025	Rendicontazione al 31/12/2025
057004	<p>1. Elaborazione di una proposta di scheda (FATTO);</p> <p>2. Percorso di validazione della scheda A seguito di una valutazione con l’Università degli Studi di Bergamo si è deciso di modificare il processo per validare scientificamente uno strumento di utilizzo su scala nazionale, con un necessario allungamento nelle tempistiche. Al 30/09 è stato costruito il questionario di stratificazione, il quale è stato somministrato ad un campione di 600 caregiver familiari. I prossimi step prevedono la validazione scientifica dello stesso e la validazione interna con tutti gli attori menzionati nell’obiettivo (Gruppo di Coordinamento Provinciale, Dipartimento Scienze Umane e Sociali UNIBG, Equipe Caregiver). (FATTO al 50%)</p> <p>3. Avvio sperimentazione della scheda A seguito della modifica del processo dell’indicatore 2, si è ritenuto necessario al fine di inserire con successo la scheda di stratificazione all’interno delle Case di Comunità operare un’osservazione partecipante, la quale avrà inizio in ottobre 2025. Le Case di Comunità che si sono candidate, coinvolte nella sperimentazione sono 4. (IN FASE DI REALIZZAZIONE)</p> <p>4. Non essendosi avviata la sperimentazione, non si è prodotto al 30.09.2025 alcun documento. (NON FATTO)</p>	<p>1. Elaborazione di una proposta di scheda (FATTO);</p> <p>2. Percorso di validazione della scheda n. 3 incontri con Equipe Caregiver n. 2 incontri con Gruppo di Coordinamento Provinciale n. 3 incontri con il Dip. Scienze Umane e Sociali UNIBG Dagli incontri si sono definiti gli step necessari per la validazione. (FATTO)</p> <p>3. Avvio sperimentazione della scheda E’ stata avviata la sperimentazione: l’Osservazione Partecipante si concluderà a Febbraio 2026 presso le quattro Case di Comunità che si sono candidate per la sperimentazione (Bergamo, Treviglio, Clusone, Sant’Omobono Terme). (FATTO)</p> <p>4. Al 31.12 è stato prodotto un documento di sintesi del processo di validazione della scheda e dell’osservazione partecipante. (FATTO)</p>

CDR I LIVELLO	DIREZIONE SOCIOSANITARIA
CDR II LIVELLO	Dipartimento PIPSSS-S.C. NETWORK SOCIALI

CODICE

INDIRIZZO DI BUDGET REGIONALE/AZIENDALE

057005	D.G.R. XII/3720 del 30/12/2024, recante ad oggetto "Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione del SSR per l'anno 2025 – (di concerto con il vicepresidente Alparone e gli Assessori Lucchini e Fermi)" e ss.mm.ii.
--------	--

Correlato a OBIETTIVO STRATEGICO (OS) o OPERATIVO (OO)

PIAO 2025-2027 (All.7)

OS9	Attuazione di specifici progetti strategici o attività di miglioramento
-----	---

Azione concreta di contribuzione alla realizzazione dell'indirizzo strategico ed operativo

OBIETTIVO DELL'AZIONE CONCRETA

Progetto D.A.M.A. (Disabled Advanced Medical Assistance)

L'equipe del servizio D.A.M.A. svolge una funzione di presa in carico ospedaliera diagnostica e clinico-assistenziale delle persone con disabilità complessa e/o cognitivo relazionale, e di raccordo con la sua famiglia/caregiver, la medicina territoriale ed i servizi ospedalieri. Il personale deve avere una buona conoscenza del funzionamento della propria organizzazione avere una formazione specifica in materia di assistenza alle persone con disabilità.

Si rende necessarie attività di informazione, comunicazione ed attivazione anche in merito ad altri presidi territoriali quali le Case di Comunità ed il coinvolgimento del terzo settore e delle strutture residenziali del territorio

Nello specifico si intende operare per:

1. Istituzione di un gruppo di lavoro operativo composto da rappresentanti di ATS-ASST-Ambiti Territoriali Sociali ed Associazioni e con l'expertise delle Unità d' Offerta
2. Mappatura delle attività D.A.M.A. presenti
3. Stesura documento condiviso sul possibile miglioramento dell'accessibilità al servizio
4. Diffusione agli stakeholder della documentazione prodotta

PARAMETRO DI MISURAZIONE (Indicatore), TARGET ATTESO DELL'OBIETTIVO e TEMPO di sua realizzazione

1. **Indicatore:** Fatto/Non fatto (Istituzione di un gruppo di lavoro operativo)

- **Target:** Fatto (GdL istituito)

- **Tempo di realizzazione:** entro marzo 2025

2. **Indicatore:** Fatto/Non fatto (Mappatura delle attività D.A.M.A. presenti)

- **Target:** Fatto (Attività D.A.M.A. mappate)

- **Tempo di realizzazione:** entro settembre 2025

3. **Indicatore:** Fatto/Non fatto (Stesura documento condiviso)

- **Target:** Fatto (Documento condiviso steso)

- **Tempo di realizzazione:** entro dicembre 2025

4. **Indicatore:** Fatto/Non fatto (Diffusione della documentazione prodotta)

- **Target:** Fatto (Documentazione diffusa)

- **Tempo di realizzazione:** entro dicembre 2025

PUNTI DI CONTROLLO DELL'OBIETTIVO da rendicontare

30 SETTEMBRE 2025

31 DICEMBRE 2025

Obiettivo condiviso con altre articolazioni di ATS? (barrare opzione) SI' NO X

Codice scheda	Rendicontazione al 30/09/2025	Rendicontazione al 31/12/2025
057005	<p>1. Istituzione di un gruppo di lavoro operativo composto da rappresentanti di ATS-ASST- Ambiti Territoriali Sociali ed Associazioni e con l'expertise delle Unità d' Offerta <u>Target: Fatto - GdL istituito</u> <u>Tempo di realizzazione:</u> entro marzo 2025</p> <ul style="list-style-type: none"> • Richiesta rappresentanti/ referenti Prot. n. U.0018656 e prot. n U.0018589 del 26-02-2025 • Incontri svolti: 03/04/2025, 26/05/2025, 10/10/2025 verbali inviati ai referenti ed alle Direzioni Sociosanitarie ASST, agli atti Il 10/10/2025 è intervenuto il Dr. Ghelma, referente regionale e nazionale per il progetto DAMA <p>2. Mappatura delle attività D.A.M.A. presenti: <u>Target: Fatto.</u> Richiesta aggiornamento/ relazione delle attività DAMA alle ASST- Richiesta mappatura criticità da parte delle Udo sociosanitarie. Mappate attività delle ASST e con aggiornamenti di quanto sviluppato o mantenuto nel 2025. <u>Tempo di realizzazione:</u> entro settembre 2025</p> <p>3. Stesura documento condiviso sul possibile miglioramento dell'accessibilità al servizio <u>Target: Non Fatto – in lavorazione</u> <u>Tempo di realizzazione:</u> entro dicembre 2025</p> <p>4. Diffusione agli stakeholder della documentazione prodotta <u>Target: Non Fatto – in lavorazione</u> <u>Tempo di realizzazione:</u> entro dicembre 2025</p>	<p>1. Istituzione di un gruppo di lavoro operativo composto da rappresentanti di ATS-ASST- Ambiti Territoriali Sociali ed Associazioni e con l'expertise delle Unità d' Offerta <u>Target: Fatto - GdL istituito</u> <u>Tempo di realizzazione:</u> entro marzo 2025</p> <ul style="list-style-type: none"> • Richiesta rappresentanti/ referenti Prot. n. U.0018656 e prot. n U.0018589 del 26-02-2025 • Incontri svolti: 03/04/2025 26/05/2025 10/10/2025 verbali inviati ai referenti ed alle Direzioni Sociosanitarie ASST, agli atti Il 10/10/2025 è intervenuto il Dr. Ghelma, referente regionale e nazionale per il progetto DAMA 26/11/2025 <p>2. Mappatura delle attività D.A.M.A. presenti: <u>Target: Fatto. In costante aggiornamento</u> Richiesta aggiornamento/ relazione delle attività DAMA alle ASST- Richiesta mappatura criticità da parte delle Udo sociosanitarie. Mappate attività delle ASST e con aggiornamenti di quanto sviluppato o mantenuto nel 2025. <u>Tempo di realizzazione:</u> entro settembre 2025</p> <p>3. Stesura documento condiviso sul possibile miglioramento dell'accessibilità al servizio <u>Target: Fatto</u> <u>Tempo di realizzazione:</u> entro dicembre 2025</p> <p>4. Diffusione agli stakeholder della documentazione prodotta <u>Target: Fatto – Inviato il 30/12/2025 tramite peo ai componenti del gruppo ed alle Direzioni</u> <u>Tempo di realizzazione:</u> entro dicembre 2025</p>

CDR I LIVELLO	DIREZIONE SOCIOSANITARIA
CDR II LIVELLO	Dipartimento PIPSSS-S.C. NETWORK SOCIALI – UFF. PIANI DI ZONA

CODICE

INDIRIZZO DI BUDGET REGIONALE/AZIENDALE

057006	<p><i>D.G.R. XII/3720 del 30/12/2024, recante ad oggetto "Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione del SSR per l'anno 2025 – (di concerto con il vicepresidente Alparone e gli Assessori Lucchini e Fermi)" e ss.mm.ii.</i></p> <p><i>DGR XII/2089 del 25/03/24 recante ad oggetto "Approvazione delle linee di indirizzo per i piani di sviluppo del polo territoriale delle ASST (PPT) ai sensi dell'art. 7 c. 17 della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 "Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità", così come modificata dalla legge regionale di riforma del 14 dicembre 2021, n. 22, in attuazione della DGR XII/1827/2024 - (di concerto con l'assessore Lucchini)"</i></p> <p><i>DGR XII/2167 del 15/04/24 recante ad oggetto "Approvazione delle linee di indirizzo per la programmazione sociale territoriale per il triennio 2025-2027 - (di concerto con l'assessore Bertolaso)"</i></p>
---------------	---

Correlato a OBIETTIVO STRATEGICO (OS) o OPERATIVO (OO)

PIAO 2025-2027 (All.7)

OS6	<i>OS6: Dare esecuzione al Piano Sociosanitario vigente per tempo</i>
OS9	<i>OS9: Attuazione di specifici Progetti strategici o attività di miglioramento</i>

Azione concreta di contribuzione alla realizzazione dell'indirizzo strategico ed operativo

OBIETTIVO DELL'AZIONE CONCRETA
<p>Nel triennio 2025-27, attraverso l'integrazione tra ASST e Ambiti territoriali sociali con il Coordinamento tecnico ed il monitoraggio costante di ATS, si intende sviluppare e realizzare una filiera di cura che, considerando le diverse fasi di attuazione del processo di presa in carico, implementi e sviluppi in modo particolare l'accesso ai servizi (PUA), la valutazione multidimensionale (EVM) e l'attivazione delle diverse reti territoriali (COT) anche attraverso la definizione e l'attuazione di apposite linee di indirizzo e di relativi accordi territoriali finalizzati alla realizzazione di un approccio coordinato, sinergico e integrato tra i sistemi sanitario, sociosanitario e sociale.</p> <p>L'obiettivo acquisisce particolare rilevanza per la forte caratterizzazione di integrazione sociosanitaria, che orienta l'iniziativa verso lo sviluppo di una visione comunitaria. Una visione che promuova la creazione di una nuova organizzazione delle funzioni e delle relazioni territoriali, con un impatto positivo sulla gestione dei servizi sociali e sanitari.</p> <p>Nello specifico si intende operare per:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La promozione della costituzione e attivazione di Gruppi di lavoro all'interno dei Distretti finalizzati alla definizione di accordi e modalità operative condivisi tra ASST ed Ambiti territoriali Sociali per dare attuazione a quanto contenuto nelle linee di indirizzo condivise 2. Il monitoraggio dell'evoluzione del processo di realizzazione dell'obiettivo e degli esiti delle azioni attivate attraverso la definizione di indicatori e di strumenti di rilevazione univoci e condivisi a livello provinciale 3. La realizzazione di un percorso formativo sui temi della valutazione multidimensionale (EVM) e del progetto di vita che vede coinvolti operatori di ATS, Ambiti Territoriali Sociali e ASST

PARAMETRO DI MISURAZIONE (Indicatore), TARGET ATTESO DELL'OBIETTIVO e TEMPO di sua realizzazione
<p>1. Indicatore: Fatto/Non fatto (Presentazione alle ASST e agli Ambiti Territoriali Sociali del cruscotto di monitoraggio e valutazione dell'evoluzione del processo di realizzazione dell'obiettivo e degli esiti delle azioni attivate)</p> <p>- Target: Fatto</p> <p>- Tempo di realizzazione: entro maggio 2025</p> <p>2. Indicatore: Fatto/Non fatto (Incontri di monitoraggio finalizzati alla verifica del percorso di definizione di un accordo operativo distrettuale per l'attuazione delle 'Linee di indirizzo condivise per la realizzazione della filiera di cura. Punto unico di Accesso, equipe/Unità valutativa multidimensionale, centrale operativa territoriale')</p>

<p>- Target: Fatto (3 incontri di monitoraggio)</p> <p>- Tempo di realizzazione: entro giugno 2025</p> <p>3. Indicatore: Fatto/Non fatto (Realizzazione di un percorso formativo sui temi della valutazione multidimensionale (EVM) e del progetto di vita, che vede coinvolti operatori di ATS, Ambiti Territoriali Sociali e ASST)</p> <p>- Target: Fatto</p> <p>- Tempo di realizzazione: entro dicembre 2025</p>

PUNTI DI CONTROLLO DELL'OBIETTIVO da rendicontare

30 SETTEMBRE 2025

31 DICEMBRE 2025

Obiettivo condiviso con altre articolazioni di ATS? (barrare opzione) SÌ NO X

Codice scheda	Rendicontazione al 30/09/2025	Rendicontazione al 31/12/2025
057006	<p>1. Indicatore – Costituzione di 1 gruppo di lavoro per ciascun distretto finalizzato alla definizione di un accordo operativo distrettuale per l’attuazione delle ‘Linee di indirizzo condivise per la realizzazione della filiera di cura. Punto unico di Accesso, equipe/Unità valutativa multidimensionale, centrale operativa territoriale’</p> <p>Al fine di promuovere ed accompagnare l’attuazione a livello territoriale di quanto contenuto nelle linee di indirizzo ATS, ASST e Ambiti Territoriali Sociali hanno concordato e intrapreso un percorso di Alta formazione finalizzato ad un approfondimento ed accompagnamento per promuovere e definire possibili percorsi e modalità di lavoro per il raggiungimento dell’obiettivo condiviso PPT-PDZ. Il percorso formativo è in corso di svolgimento (periodo maggio-dicembre 2025).</p> <p>Parallelamente verrà realizzato un ulteriore percorso formativo rivolto agli operatori delle Equipe di Valutazione Multidimensionale operanti sul territorio che, a partire da quanto previsto dal Decreto 62/2024 in materia di disabilità e di valutazione multidimensionale, favorisca un confronto e l’individuazione di possibili proposte di miglioramento in merito a organizzazione, modalità operative e strumenti dell’attività di valutazione multidimensionale e di realizzazione del Progetto di vita di soggetti disabili.</p> <p>A conclusione dei due percorsi di promozione e accompagnamento funzionali all’attivazione di azioni territoriali, nel mese di dicembre verranno concordate modalità di lavoro condivise per tradurre in accordi territoriali quanto previsto dalle linee di indirizzo, attivando 1 gruppo di lavoro integrato ASST-Ambiti Territoriali Sociali all’interno di ciascun Distretto.</p> <p>Stato avanzamento – Fatto 50%</p>	<p>1. Indicatore – Costituzione di 1 gruppo di lavoro per ciascun distretto finalizzato alla definizione di un accordo operativo distrettuale per l’attuazione delle ‘Linee di indirizzo condivise per la realizzazione della filiera di cura. Punto unico di Accesso, equipe/Unità valutativa multidimensionale, centrale operativa territoriale’</p> <p>Al fine di promuovere ed accompagnare l’attuazione a livello territoriale di quanto contenuto nelle linee di indirizzo ATS, ASST e Ambiti Territoriali Sociali hanno concordato e intrapreso un percorso di Alta formazione finalizzato ad un approfondimento ed accompagnamento per promuovere e definire possibili percorsi e modalità di lavoro per il raggiungimento dell’obiettivo condiviso PPT-PDZ.</p> <p>Parallelamente è stato realizzato un ulteriore percorso formativo rivolto agli operatori delle Equipe di Valutazione Multidimensionale operanti sul territorio che, a partire da quanto previsto dal Decreto 62/2024 in materia di disabilità e di valutazione multidimensionale, ha favorito un confronto e l’individuazione di possibili proposte di miglioramento in merito a organizzazione, modalità operative e strumenti dell’attività di valutazione multidimensionale e di realizzazione del Progetto di vita di soggetti disabili.</p> <p>A seguito della conclusione dei due percorsi, nel mese di Dicembre 2025, le Direzioni strategiche di ATS, ASST e gli Ambiti territoriali hanno concordato le modalità di lavoro condivise per tradurre in accordi territoriali quanto previsto dalle linee di indirizzo, valutando l’attivazione del gruppo di lavoro integrato ASST-Ambiti Territoriali Sociali all’interno di ciascun Distretto.</p>

	<p>2. Indicatore – Il monitoraggio dell’evoluzione del processo di realizzazione dell’obiettivo e degli esiti delle azioni attivate attraverso la definizione di indicatori e di strumenti di rilevazione univoci e condivisi a livello provinciale.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Individuazione, in raccordo con il SEA, di un possibile panel di indicatori di monitoraggio e di valutazione dell’esito con particolare riferimento alla definizione di un accordo operativo distrettuale per l’attuazione delle ‘Linee di indirizzo condivise per la realizzazione della filiera di cura. PUA\EVM\COT – Fatto 100% - Presentazione e condivisione del possibile panel di indicatori relativo agli obiettivi trasversali PDZ-PPT in sede di Collegio dei Sindaci del 28 aprile 2025 <p>Stato avanzamento - Fatto 50 %</p> <p>3. Indicatore – Realizzazione di un percorso formativo sui temi della valutazione multidimensionale (EVM) e del progetto di vita, che vede coinvolti operatori di ATS, Ambiti Territoriali Sociali e ASST</p> <ul style="list-style-type: none"> - Stesura definitiva del programma del percorso formativo “EVM e Progetto di Vita: nuove sfide ed azioni di integrazione ed innovazione per i servizi sanitari-sociosanitari e sociali a partire dal D. Lgs. 62/2024” che verrà realizzato nel periodo 10 ottobre 2025 – 05 dicembre 2025 e sarà articolato su 3 edizioni di 4 mezza giornate ciascuna e rivolto ad operatori ASST e Ambiti Territoriali Sociali operanti all’interno delle EVM territoriali. (Fatto 100%) - Presentazione e condivisione in sede di Cabina di Regia Tecnico Operativa del 16 Luglio 2025 degli obiettivi, dei beneficiari e dell’organizzazione del percorso formativo. (Fatto 100%) <p>Stato avanzamento – Fatto 40%</p>	<p>I lavori di raccordo per l’effettiva stesura, approvazione e sottoscrizione degli Accordi operativi territoriali avverrà a fine Marzo 2026, avviati negli ultimi 2 mesi del 2025, verranno finalizzati sui territori nel primo trimestre 2026, prevedendo incontri tra ATS, ASST ed Ambiti territoriali (sia a livello provinciale che territoriale) per il monitoraggio del processo in atto.</p> <p>Stato avanzamento - Fatto</p> <p>2. Indicatore – Il monitoraggio dell’evoluzione del processo di realizzazione dell’obiettivo e degli esiti delle azioni attivate attraverso la definizione di indicatori e di strumenti di rilevazione univoci e condivisi a livello provinciale.</p> <p>Lavoro di individuazione e successiva ridefinizione nel corso dell’anno del panel di indicatori di monitoraggio con successiva attività di raccordo territoriale svoltasi negli ultimi mesi del 2025 con relativi incontri sul territorio.</p> <p>Stato avanzamento - Fatto</p> <p>3. Indicatore – Realizzazione di un percorso formativo sui temi della valutazione multidimensionale (EVM) e del progetto di vita, che vede coinvolti operatori di ATS, Ambiti Territoriali Sociali e ASST.</p> <p>Sono state realizzate tre edizioni così composte:</p> <p>2 giornate formative in plenaria:</p> <ul style="list-style-type: none"> – il 10/10/2025 – il 05/12/2025 <p>2 giornate formative per ogni ASST:</p> <ul style="list-style-type: none"> – ASST Papa Giovanni XXIII – 30/10/2025 e 12/11/2025; – ASST Bergamo Est – 30/10/2025 e 12/11/2025; – ASST Bergamo Ovest – 05/11/2025 e 19/11/2025. <p>Ogni edizione ha coinvolto le EVM operanti sul territorio dell’ASST di riferimento oltre ad altro personale, prevalentemente Assistenti Sociali, coinvolti nella Valutazione Multidimensionale.</p> <p>Stato avanzamento - Fatto</p>
--	---	---

CDR I LIVELLO	DIREZIONE SOCIOSANITARIA
CDR II LIVELLO	Dipartimento PIPSSS-S.C. Percorsi Assistenziali Domiciliari di Continuità delle Cure

CODICE

INDIRIZZO DI BUDGET REGIONALE/AZIENDALE

057007	<p><i>D.G.R. XII/3720 del 30/12/2024, recante ad oggetto "Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione del SSR per l'anno 2025 – (di concerto con il vicepresidente Alparone e gli Assessori Lucchini e Fermi)" e ss.mm.ii.</i></p> <p><i>D.G.R. XII/4434 del 26.05.2025, recante ad oggetto "Determinazioni in ordine agli obiettivi delle Agenzie di Tutela della Salute (A.T.S.), delle Aziende Socio Sanitarie Territoriali (A.S.S.T.) e dell'Agenzia Regionale Emergenza Urgenza (A.R.E.U.) – anno 2025" e ss.mm.ii.</i></p> <p><i>Decreto DGW n.8610 del 18.06.2025, recante ad oggetto "Declinazione degli indicatori relativi agli obiettivi dell'ATS di Bergamo-Anno 2025"</i></p>
---------------	--

Correlato a OBIETTIVO STRATEGICO (OS) o OPERATIVO (OO)

PIAO 2025-2027 (All.7)

OS6	<i>OS6: Dare esecuzione al Piano Sociosanitario vigente per tempo</i>
OS15	<i>OS15: Attivazione degli interventi per la Rete territoriale con rafforzamento interventi di cura e sviluppo di particolari percorsi per bisogni specifici dei pazienti ex DGR XII/4434 del 26.05.25 e Decreto DGW n.8610 del 18.06.25</i>

Azione concreta di contribuzione alla realizzazione dell'indirizzo strategico ed operativo

OBIETTIVO DELL'AZIONE CONCRETA

Uno dei presupposti che identificano un sistema sociosanitario integrato è rappresentato dalla garanzia dell'equità e della continuità del percorso assistenziale, nel passaggio tra i vari setting di cura

La continuità assistenziale si basa anche sul consolidamento dei processi di continuità di cura tra Ospedali/Strutture di Ricovero e Cura Private Accreditate e Gestori di UdO Territoriali, attraverso la predisposizione di meccanismi fluidi e rapidi di "dialogo" tra i diversi Soggetti interessati, per una efficiente ed efficace "transitional care"

1. Al fine di agevolare le dimissioni protette di Persone che hanno concluso l'iter diagnostico-terapeutico in Ospedale/Struttura di Ricovero-Cura Privata Accreditata e che sono dimissibili nel setting domiciliare, è sempre più necessario uniformare e promuovere procedure, che favoriscano la presa in carico al domicilio, previa valutazione dei bisogni socio-sanitari e di quelli sociali espressi e provenienti dalla persona

Si ritiene, pertanto, rilevante la promozione della continuità assistenziale ospedale-territorio anche mediante:

2. la diffusione della suddetta procedura agli Stakeholder e ai Soggetti del SSR interessati dal processo
3. l'aggiornamento – con il coinvolgimento delle ASST - della procedura relativa al percorso per l'attuazione delle Cure Domiciliari, con particolare riferimento ai processi afferenti alla continuità assistenziale Ospedale-Territorio, al fine di agevolare le dimissioni protette.
4. Monitoraggio cure domiciliari e presa in carico e raggiungimento obiettivi target PNRR - supportare le ASST con l'analisi dei dati di monitoraggio di efficacia delle attività di continuità assistenziale, presa in carico al domicilio, governo clinico.

PARAMETRO DI MISURAZIONE (Indicatore), TARGET ATTESO DELL'OBIETTIVO e TEMPO di sua realizzazione

1. **Indicatore:** Fatto/Non fatto (Aggiornamento, con il coinvolgimento delle ASST, della procedura relativa al percorso per l'attuazione delle Cure Domiciliari, con particolare riferimento ai processi afferenti alla continuità assistenziale Ospedale-Territorio)

-**Target:** Fatto (Procedura aggiornata secondo specifiche obiettivo)

-**Tempo di realizzazione:** entro marzo 2025

<p>2. Indicatore: Fatto/Non fatto (Prima diffusione della procedura aggiornata agli Stakeholders e ai Soggetti del SSR interessati dal processo)</p> <p>-Target: Fatto (Diffusione procedura secondo specifiche obiettivo)</p> <p>-Tempo di realizzazione: entro marzo 2025</p> <p>3. Indicatore: Fatto/Non fatto (Convocazione di incontri-in presenza o da remoto-con i Referenti delle ASST per la condivisione dell'efficacia della procedura aggiornata)</p> <p>-Target: Fatto (Almeno 2 incontri)</p> <p>-Tempo di realizzazione: entro dicembre 2025</p> <p>4. Indicatore: N° elaborazioni dati condivise con ASST/N° report rilasciati</p> <p>-Target: Fatto (report rilasciati N°1)</p> <p>-Tempo di realizzazione: entro dicembre 2025</p>

PUNTI DI CONTROLLO DELL'OBIETTIVO da rendicontare	
30 SETTEMBRE 2025	31 DICEMBRE 2025

Obiettivo condiviso con altre articolazioni di ATS? (barrare opzione) SI' X NO

se barrato "SI" indicare a seguire:

Obiettivo N°4 in collaborazione con Staff DSS (scheda codice 050001 ob.3)

Codice scheda	Rendicontazione al 30/09/2025	Rendicontazione al 31/12/2025
057007	<p>1. 18/03/2025: riallineamento della Procedura PGACD01-02 "Percorso per l'attuazione delle Cure Domiciliari" alla normativa cogente, mediante l'operatività del Tavolo di Lavoro ATS-ASST appositamente individuato per l'attuazione dell'evoluzione delle Cure Domiciliari, che si è confrontato in videocall nelle seguenti date: 05/03/2025 - 07/03/2025</p> <p>FATTO.</p> <p>2. 31/03/2025: con nota Prot. n. 30579 "Riallineamento Procedura PGACD01-02 <Percorso per l'attuazione delle Cure Domiciliari>", trasmissione della procedura PGACD01-02 "Percorso per l'attuazione delle Cure Domiciliari", riallineata alla normativa vigente a: Direttori Sociosanitari ASST - Direttori Sanitari ASST - Direttori Distretti ASST - Referenti ASST per l'evoluzione delle Cure Domiciliari - Direttori Sanitari e Referenti Dimissioni Protette (Strutture di Ricovero e Cura pubbliche e di diritto privato accreditate della provincia di Bergamo - Hospice - Ospedali di Comunità - RSA - RSD - Cure Intermedie) - Legali Rappresentanti C-DOM e UCP-Dom.</p>	<p>1. 18/03/2025: riallineamento della Procedura PGACD01-02 "Percorso per l'attuazione delle Cure Domiciliari" alla normativa cogente, mediante l'operatività del Tavolo di Lavoro ATS-ASST appositamente individuato per l'attuazione dell'evoluzione delle Cure Domiciliari, che si è confrontato in videocall nelle seguenti date: 05/03/2025 - 07/03/2025</p> <p>Al 31.12.25 FATTO.</p> <p>2. 31/03/2025: con nota Prot. n. 30579 "Riallineamento Procedura PGACD01-02 <Percorso per l'attuazione delle Cure Domiciliari>", trasmissione della procedura PGACD01-02 "Percorso per l'attuazione delle Cure Domiciliari", riallineata alla normativa vigente a: Direttori Sociosanitari ASST - Direttori Sanitari ASST - Direttori Distretti ASST - Referenti ASST per l'evoluzione delle Cure Domiciliari - Direttori Sanitari e Referenti Dimissioni Protette (Strutture di Ricovero e Cura pubbliche e di diritto privato accreditate della provincia di</p>

	<p>- 31/03/2025: con nota Prot. n. 30080 "Riallineamento Procedura PGACD01-02 <Percorso per l'attuazione delle Cure Domiciliari>" alla normativa cogente, con particolare riferimento alle Dimissioni Protette di pazienti dimissibili nel setting domiciliare (ex. DGR n° XII / 3720 Seduta del 30/12/2024", comunicazione alla Direzione Generale Welfare - UO Rete Territoriale di aver ottemperato alle indicazioni contenute nella DGR n° XII / 3720 Seduta del 30/12/2024 "Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione del SSR per l'anno 2025" (allegata alla comunicazione in parola). FATTO</p> <p>3. - 20/06/2025 e 17/07/2025: Condivisione dell'efficacia della procedura aggiornata con i Referenti delle ASST. FATTO.</p> <p>4. <i>(Richieste indicazioni alla Direzione Sociosanitaria, essendo azione in collaborazione con Staff DSS - scheda codice 050001 ob.3)</i></p>	<p>Bergamo – Hospice - Ospedali di Comunità – RSA – RSD - Cure Intermedie) - Legali Rappresentanti C-DOM e UCP- Dom.</p> <p>- 31/03/2025: con nota Prot.n.30080 "Riallineamento Procedura PGACD01-02 <Percorso per l'attuazione delle Cure Domiciliari>" alla normativa cogente, con particolare riferimento alle Dimissioni Protette di pazienti dimissibili nel setting domiciliare (ex. DGR n° XII / 3720 Seduta del 30/12/2024", comunicazione alla Direzione Generale Welfare - UO Rete Territoriale di aver ottemperato alle indicazioni contenute nella DGR n° XII / 3720 Seduta del 30/12/2024 "Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione del SSR per l'anno 2025" (allegata alla comunicazione in parola). FATTO</p> <p>3. - 20/06/2025 e 17/07/2025: Condivisione dell'efficacia della procedura aggiornata con i Referenti delle ASST. FATTO.</p> <p>4. <i>Rendicontazione afferente alla Direzione Sociosanitaria (scheda codice 050001 ob.3)</i></p>
--	---	--

CDR I LIVELLO	DIREZIONE SOCIOSANITARIA
CDR II LIVELLO	Dipartimento PIPSSS-S.C. PERCORSI ASSISTENZIALI DOMICILIARI DI CONTINUITA' DELLE CURE

CODICE

INDIRIZZO DI BUDGET REGIONALE/AZIENDALE

057008	D.G.R. XII/3720 del 30/12/2024, recante ad oggetto "Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione del SSR per l'anno 2025 – (di concerto con il vicepresidente Alparone e gli Assessori Lucchini e Fermi)" e ss.mm.ii.
--------	--

Correlato a OBIETTIVO STRATEGICO (OS) o OPERATIVO (OO)

PIAO 2025-2027 (All.7)

OS9	Attuazione di specifici progetti strategici o attività di miglioramento
-----	---

Azione concreta di contribuzione alla realizzazione dell'indirizzo strategico ed operativo

<p style="text-align: center;">OBIETTIVO DELL'AZIONE CONCRETA</p> <p>Garantire la sicurezza alimentare e la nutrizione adeguata per tutte le persone assistite nelle Residenze sanitarie per anziani (RSA), assicurando che ogni pasto rispetti le necessità individuali, con un'attenzione particolare anche ai residenti affetti da disfagia, attraverso la personalizzazione della consistenza dei cibi e la corretta gestione delle modalità di somministrazione</p> <ol style="list-style-type: none"> Nel 2025 creare, con il coinvolgimento delle RSA, un gruppo di lavoro multidisciplinare composto dai rappresentanti delle principali professioni sanitarie: medici, infermieri, dietisti, logopedisti, ecc.. Sviluppare e diffondere buone prassi a tutti gli operatori coinvolti nella gestione e somministrazione dei pasti ai residenti nelle RSA

PARAMETRO DI MISURAZIONE (Indicatore), TARGET ATTESO DELL'OBBIETTIVO e TEMPO di sua realizzazione
<p>1. Indicatore: Fatto/Non Fatto (Costituzione del gruppo di lavoro multidisciplinare e dei tre sottogruppi per le tre tematiche: "Valutazione del rischio nutrizionale/test di screening e gestione della malnutrizione in base al rischio rilevato", "La disfagia", "Il dietetico")</p> <p>-Target: Fatto (Almeno 2 incontri/gruppo)</p> <p>-Tempo di realizzazione: entro gennaio 2025</p>
<p>2.1 Indicatore: Fatto/Non Fatto (Elaborazione di documenti sui temi: "Valutazione del rischio nutrizionale/test di screening e gestione della malnutrizione in base al rischio rilevato"; "La disfagia"; "Il dietetico")</p> <p>-Target: Fatto (Almeno 3 documenti)</p> <p>-Tempo di realizzazione: entro ottobre/novembre 2025</p>
<p>2.2 Indicatore: Fatto/Non Fatto (Rendere disponibili a tutte le RSA del territorio dell'ATS di Bergamo i tre documenti prodotti dai sottogruppi riuniti in un unico elaborato)</p> <p>-Target: Fatto (Unico elaborato)</p> <p>-Tempo di realizzazione: entro dicembre 2025</p>

PUNTI DI CONTROLLO DELL'OBBIETTIVO da rendicontare	
30 SETTEMBRE 2025	31 DICEMBRE 2025

Obiettivo condiviso con altre articolazioni di ATS? (barrare opzione) SI' NO X

Codice scheda	Rendicontazione al 30/09/2025	Rendicontazione al 31/12/2025
057008	<p>1.</p> <p>- 27/01/25: l incontro del Gruppo di Lavoro multidisciplinare "Nutrizione e Disfagia" - composto dai rappresentanti delle principali professioni sanitarie delle RSA: medici, infermieri, dietisti/nutrizionisti, logopedisti.</p> <p>- 18/02/25: comunicazione tramite mail a tutti i componenti del GdL della conferma della costituzione dei 3 sottogruppi di lavoro: . "Valutazione del rischio nutrizionale/test di screening e gestione della malnutrizione in base al rischio rilevato"; . "La disfagia"; . "Il Dietetico".</p> <p>- Incontri dei sottogruppi: . sottogruppo "Valutazione del rischio nutrizionale/test di screening e gestione della malnutrizione in base al rischio rilevato": 05/03/2025 - 01/04/2025 - 21/05/2025 - 04/06/2025 . sottogruppo "La disfagia": 10/03/2025 - 23/04/2025 - 28/05/2025 . sottogruppo "Il Dietetico": 28/02/2025 - 01/04/2025 - 21/05/2025 - 04/06/2025</p> <p>FATTO.</p>	<p>1.</p> <p>- 27/01/25: l incontro del Gruppo di Lavoro multidisciplinare "Nutrizione e Disfagia" - composto dai rappresentanti delle principali professioni sanitarie delle RSA: medici, infermieri, dietisti/nutrizionisti, logopedisti.</p> <p>- 18/02/25: comunicazione tramite mail a tutti i componenti del GdL della conferma della costituzione dei 3 sottogruppi di lavoro: . "Valutazione del rischio nutrizionale/test di screening e gestione della malnutrizione in base al rischio rilevato"; . "La disfagia"; . "Il Dietetico".</p> <p>- Incontri dei sottogruppi: . sottogruppo "Valutazione del rischio nutrizionale/test di screening e gestione della malnutrizione in base al rischio rilevato": 05/03/2025 - 01/04/2025 - 21/05/2025 - 04/06/2025 . sottogruppo "La disfagia": 10/03/2025 - 23/04/2025 - 28/05/2025 . sottogruppo "Il Dietetico": 28/02/2025 - 01/04/2025 - 21/05/2025 - 04/06/2025</p> <p>FATTO.</p>

	<p>2.1</p> <p>- 14/07/2025 – documento sottogruppo: "Valutazione del rischio nutrizionale/test di screening e gestione della malnutrizione in base al rischio rilevato";</p> <p>- 16/07/2025 - documento sottogruppo: "Il dietetico";</p> <p>- 25/07/2025 - documento sottogruppo: "La disfagia". FATTO.</p> <p>2.2</p> <p>- 10/09/2025 - unico elaborato contenente almeno 1 documento prodotto da ciascun sottogruppo FATTO.</p>	<p>2.1</p> <p>- 14/07/2025 – documento sottogruppo: "Valutazione del rischio nutrizionale/test di screening e gestione della malnutrizione in base al rischio rilevato";</p> <p>- 16/07/2025 - documento sottogruppo: "Il dietetico";</p> <p>- 25/07/2025 - documento sottogruppo: "La disfagia". FATTO.</p> <p>2.2</p> <p>- 10/09/2025 - unico elaborato contenente almeno 1 documento prodotto da ciascun sottogruppo FATTO.</p>
--	--	--

CDR I LIVELLO	DIREZIONE SOCIOSANITARIA
CDR II LIVELLO	Dipartimento PIPSSS-S.C. PERCORSI ASSISTENZIALI DOMICILIARI DI CONTINUITA' DELLE CURE

CODICE

INDIRIZZO DI BUDGET REGIONALE/AZIENDALE

057009	<p><i>D.G.R. XII/3720 del 30/12/2024, recante ad oggetto "Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione del SSR per l'anno 2025 – (di concerto con il vicepresidente Alparone e gli Assessori Lucchini e Fermi)" e ss.mm.ii.</i></p> <p><i>D.G.R. XII/4434 del 26.05.2025, recante ad oggetto "Determinazioni in ordine agli obiettivi delle Agenzie di Tutela della Salute (A.T.S.), delle Aziende Socio Sanitarie Territoriali (A.S.S.T.) e dell'Agenzia Regionale Emergenza Urgenza (A.R.E.U.) – anno 2025" e ss.mm.ii.</i></p> <p><i>Decreto DGW n. 8610 del 18.06.2025, recante ad oggetto "Declinazione degli indicatori relativi agli obiettivi dell'ATS di Bergamo-Anno 2025"</i></p>
--------	---

Correlato a OBIETTIVO STRATEGICO (OS) o OPERATIVO (OO)

PIAO 2025-2027 (All.7)

OS10	<p><i>Nuovo Sistema di Garanzia (NSG): allineamento ad indicatori di qualità e performance per erogare assistenza ai cittadini secondo normative vigente ex DGR XII/4434 del 26.05.25 e Decreto DGW n.8610 del 18.06.25</i></p>
------	---

OBIETTIVO DELL'AZIONE CONCRETA

<ol style="list-style-type: none"> 1. Governance per NSG D22Z: Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA 1, CIA 2 e CIA 3) * 1.000 abitanti 2. Governance per NSG D33ZA: Numero di anziani non autosufficienti in trattamento sociosanitario residenziale/semiresidenziale in rapporto alla popolazione residente, per tipologia di trattamento (intensità di cura)

PARAMETRO DI MISURAZIONE (Indicatore), TARGET ATTESO DELL'OBIETTIVO e TEMPO di sua realizzazione
<p>1. Indicatore:</p> <p>a) Per CIA 1: Totale pazienti assistiti in cure domiciliari con residenza nel proprio territorio con intensità assistenziale CIA 1/Popolazione residente nell'ATS</p> <p>b) Per CIA 2: Totale pazienti assistiti in cure domiciliari nel proprio territorio con intensità assistenziale CIA 2/Popolazione residente nell'ATS</p> <p>c) Per CIA 3: Totale pazienti assistiti in cure domiciliari nel proprio territorio con intensità assistenziale CIA 3/Popolazione residente nell'ATS</p> <p>Fattore di scala: (x 1.000)</p> <p>-Target: CIA1: val. ≥4 e val. < 6; CIA2: val. ≥ 2,5 e val. < 6; CIA3: val. ≥ 2 e val. < 6)</p> <p>-Tempo di realizzazione: nel corso del 2025 ed entro il 31 dicembre 2025</p> <p>2. Indicatore: N°anziani non autosufficienti residenti nell'ATS in trattamento sociosanitario residenziale e semiresidenziale/Popolazione residente nell'ATS, per tipologia di trattamento</p> <p>-Target: ≥ valore 2024</p> <p>-Tempo di realizzazione: nel corso del 2025 ed entro il 31 dicembre 2025</p>

PUNTI DI CONTROLLO DELL'OBIETTIVO da rendicontare	
30 SETTEMBRE 2025	31 DICEMBRE 2025

Obiettivo condiviso con altre articolazioni di ATS? (*barrare opzione*) **SI**

se barrato "SI" indicare a seguire:

Obiettivo N°1 e 2 in collaborazione con SC SEA (Scheda codice 210012 ob.1)

Codice scheda	Rendicontazione al 30/09/2025	Rendicontazione al 31/12/2025
057009	<p>1. Afferente alla SC SEA - Obiettivo N°1 e 2 in collaborazione con SC SEA (Scheda codice 210012 ob.1). Consultato il SEA, i dati non sono disponibili su Tableau.</p> <p>2. Afferente alla SC SEA – Obiettivo N° 1 e 2 in collaborazione con SC SEA (Scheda codice 210012 ob.1). Consultato il SEA, i dati non sono disponibili su Tableau.</p>	<p>1. <i>al 30.09.25</i> Afferente alla SC SEA - Obiettivo N°1 e 2 in collaborazione con SC SEA (Scheda codice 210012 ob.1). Consultato il SEA, i dati non sono disponibili su Tableau. al 31.12.2025: afferente alla SC SEA - Obiettivo N° 1 e 2 in collaborazione con SC SEA (Scheda codice 210012 ob.1).</p> <p>2. <i>al 30.09.25</i> afferente alla SC SEA - Obiettivo N° 1 e 2 in collaborazione con SC SEA (Scheda codice 210012 ob.1). Consultato il SEA, i dati non sono disponibili su Tableau al 31.12.25 afferente alla SC SEA - Obiettivo N° 1 e 2 in collaborazione con SC SEA (Scheda codice 210012 ob.1).</p>

CDR I LIVELLO	DIREZIONE SOCIO SANITARIA
CDR II LIVELLO	Dipartimento PIPSSS – S.C. PROGRAMMAZIONE PERCORSI DI PRESA IN CARICO NELLE AREE SALUTE MENTALE E DIPENDENZE E DISABILITÀ

CODICE

INDIRIZZO DI BUDGET REGIONALE/AZIENDALE

057010	<p><i>D.G.R. XII/3720 del 30/12/2024, recante ad oggetto “Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione del SSR per l’anno 2025 – (di concerto con il vicepresidente Alparone e gli Assessori Lucchini e Fermi)” e ss.mm.ii.</i></p> <p><i>D.G.R. XII/4434 del 26.05.2025, recante ad oggetto “Determinazioni in ordine agli obiettivi delle Agenzie di Tutela della Salute (A.T.S.), delle Aziende Socio Sanitarie Territoriali (A.S.S.T.) e dell’Agenzia Regionale Emergenza Urgenza (A.R.E.U.) – anno 2025” e ss.mm.ii.</i></p> <p><i>Decreto DGW n. 8610 del 18.06.2025, recante ad oggetto “Declinazione degli indicatori relativi agli obiettivi dell’ATS di Bergamo-Anno 2025”</i></p>
---------------	---

Correlato a OBIETTIVO STRATEGICO (OS) o OPERATIVO (OO)

PIAO 2025-2027 (All.7)

OS9	<i>OS9: Attuazione di specifici Progetti strategici o attività di miglioramento</i>
OS10	<i>OS10: Nuovo Sistema di Garanzia (NSG): allineamento ad indicatori di qualità e performance per erogare assistenza ai cittadini secondo normativa vigente ex DGR XII/4434 del 26.05.25 e Decreto DGW n.8610 del 18.06.25</i>
OS15	<i>OS15: Attivazione degli interventi per la Rete territoriale con rafforzamento interventi di cura e sviluppo di particolari percorsi per bisogni specifici dei pazienti ex DGR XII/4434 del 26.05.25 e Decreto DGW n.8610 del 18.06.25</i>

Azione concreta di contribuzione alla realizzazione dell’indirizzo strategico ed operativo

OBIETTIVO DELL’AZIONE CONCRETA

1. Consolidare e rafforzare la rete dei servizi territoriali provinciali nell’ambito della gestione multiprofessionale e multidisciplinare dei Disturbi della Nutrizione e dell’Alimentazione (DNA), al fine di dare risposte diagnostiche e di presa in carico, mettendo in atto strategie comuni ed integrate
2. Favorire l’intercettazione precoce, attraverso attività di informazione e sensibilizzazione in merito ai servizi operanti nell’ambito della rete di assistenza per i DNA sul territorio provinciale e dei percorsi per accedervi, al fine di garantire la precocità ed equità di accesso
3. Attraverso la propria attività di governance, supportare le ASST con l’analisi dei dati di monitoraggio di efficacia delle attività di presa in carico e governo clinico per il raggiungimento obiettivi target PNRR, in raccordo con la SC Servizio Epidemiologico Aziendale"

PARAMETRO DI MISURAZIONE (Indicatore), TARGET ATTESO DELL’OBIETTIVO e TEMPO di sua realizzazione

1. **Indicatore:** Fatto/Non fatto (Stesura e condivisione di N° 1 relazione inerente ai percorsi di cura/attività delle équipe dedicate ai DNA, coinvolgendo le 3 ASST e la Casa di Cura Palazzolo)

-**Target:** Fatto (stesura e condivisione di una relazione)

-**Tempo di realizzazione:** entro il 31/07/2025

2.1 **Indicatore:** Fatto/Non fatto (Realizzazione di almeno N° 4 giornate formative per le équipe dedicate “evidence based”, coinvolgendo le 3 ASST e la Casa di Cura Palazzolo)

-**Target:** Fatto (almeno 4 giornate formative)

-**Tempo di realizzazione:** entro il 31/12/2025

2.2 **Indicatore:** Fatto/Non fatto (Realizzazione di attività/eventi di informazione/sensibilizzazione rivolte/i ad associazioni sportive, operatori sanitari, terzo settore, istituti scolastici e/o popolazione generale)

-**Target:** Fatto (almeno 3 attività/eventi)

-**Tempo di realizzazione:** entro il 31/12/2025

3. **Indicatore:** NSG D27C -N° ricoveri ripetuti in SPDC tra 8 e 30 gg (a pazienti residenti nell'ATS) /N° ricoveri totali per patologie psichiatriche (a pazienti residenti nell'ATS)

-**Target:** < 8% o riduzione rispetto al 2024 in media nel territorio dell'ATS

-**Tempo di realizzazione:** nel corso del 2025 ed entro il 31 dicembre 2025

PUNTI DI CONTROLLO DELL'OBIETTIVO da rendicontare

30 SETTEMBRE 2025

31 DICEMBRE 2025

Obiettivo condiviso con altre articolazioni di ATS? (barrare opzione) SI' NO

se barrato "SI" indicare a seguire:

Obiettivo N°3 in collaborazione con SC SEA (Scheda codice 210012 ob.1 NSG D27C)

Codice scheda	Rendicontazione al 30/09/2025	Rendicontazione al 31/12/2025
057010	<p>1. "Piano Locale di Attività per il contrasto dei Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione finanziamento 2024: potenziamento del sistema di intervento attraverso la rete dei servizi in un'ottica di forte integrazione e sinergia tra la legge regionale 2/2021 e l'intesa CSR di cui al rep. Atti n. 122 del 21/06/2022". Invio alla DGW regionale con prot. 24310 del 13/03/2025 e condivisione nella seduta di OCSMD del 08/04/2025.</p> <p>2.1. Date eventi formativi: 17/03/2025, 18/03/2025, 06/05/2025, 26/05/2025, 30/09/2025 (in corso)</p> <p>2.2. Rendicontazione scientifica ed economica finale DNA scadenza 30 giugno 2025" inviata alla DGW regionale con prot. n. 0071614 del 31/07/2025).</p> <p>3. Monitoraggio al 30/09/2025: target pari a 6,02%. Informazioni acquisite dalla Appropriatelyzza Sanitaria e dal SEA e agli atti presso la SC PPSDD)</p>	<p>1. "Piano Locale di Attività per il contrasto dei Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione finanziamento 2024: potenziamento del sistema di intervento attraverso la rete dei servizi in un'ottica di forte integrazione e sinergia tra la legge regionale 2/2021 e l'intesa CSR di cui al rep. Atti n. 122 del 21/06/2022". Invio alla DGW regionale con prot. 24310 del 13/03/2025 e condivisione nella seduta di OCSMD del 08/04/2025. FATTO</p> <p>2.1 Date eventi formativi: 17/03/2025, 18/03/2025, 06/05/2025, 26/05/2025, 30/09/2025; 04/11/2025. -Tempo di realizzazione: entro il 31/12/2025. FATTO</p> <p>2.2 Documentato nella "Rendicontazione scientifica ed economica finale DNA scadenza 30 giugno 2025" inviata alla DGW regionale con prot. n. 0071614 del 31/07/2025). FATTO</p> <p>3. Indicatore: NSG D27C - N° ricoveri ripetuti in SPDC tra 8 e 30 gg (a pazienti residenti nell'ATS) /N° ricoveri totali per patologie psichiatriche (a pazienti residenti nell'ATS). -Target: < 8% o riduzione rispetto al 2024 in media nel territorio dell'ATS. (Monitoraggio con dati aggiornati al 22/06/2025: target pari al 7%.</p>

		<p>Monitoraggio al 30/09/2025: target pari a 6,02%. Monitoraggio al 02/10/2025: target pari a 6,02%. Monitoraggio al 30/11/2025: target pari a 5,96%. Informazioni acquisite dalla Appropriatelyzza Sanitaria e dal SEA e agli atti presso la SC PPSDD). Obiettivo raggiunto al 100%.</p> <p>-Tempo di realizzazione: nel corso del 2025 ed entro il 31 dicembre 2025.</p>
--	--	---

CDR I LIVELLO	DIREZIONE SOCIO SANITARIA
CDR II LIVELLO	Dipartimento PIPSSS – S.C. PROGRAMMAZIONE PERCORSI DI PRESA IN CARICO NELLE AREE SALUTE MENTALE E DIPENDENZE E DISABILITÀ

CODICE

INDIRIZZO DI BUDGET REGIONALE/AZIENDALE

057011	D.G.R. XII/3720 del 30/12/2024, recante ad oggetto “Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione del SSR per l’anno 2025 – (di concerto con il vicepresidente Alparone e gli Assessori Lucchini e Fermi)” e ss.mm.ii.
---------------	--

Correlato a OBIETTIVO STRATEGICO (OS) o OPERATIVO (OO)

PIAO 2025-2027 (All.7)

OS9	Attuazione di specifici Progetti strategici o attività di miglioramento
------------	---

Azione concreta di contribuzione alla realizzazione dell’indirizzo strategico ed operativo

OBIETTIVO DELL’AZIONE CONCRETA
<p>Rafforzare la rete dei servizi territoriali provinciali che si occupano di Dipendenze, favorendo un sistema integrato soprattutto per la gestione e l’intercettazione precoce del target giovanile, sia promuovendo un’attenzione alle nuove abitudini e dipendenze comportamentali sia favorendo l’accesso a luoghi di cura non connotati.</p> <p>Si intende dare uno specifico contributo anche in integrazione con la sperimentazione di una filiera di servizi, coordinata dalla S.C. Misure e Reti per la famiglia e i suoi componenti fragili, che, partendo dall’intercettazione arrivi alla valutazione e alla presa in carico di preadolescenti, adolescenti e giovani in situazioni di disagio e fragilità.</p> <p>Nello specifico si intende operare per:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Attivazione GdL per il miglioramento dell’intercettazione e della gestione popolazione giovanile con problemi di dipendenze (<i>partecipanti</i>: referenti di Ser.D e SMI, operatori di servizi specialistici delle ASST, Terzo settore e/o referenti istituzionali e stakeholders che si occupano di minori/giovani adulti) 2. Elaborazione di una relazione inerente alla gestione e intercettazione precoce nei giovani con problemi di dipendenze (<i>destinatari</i>: Ser.D; SMI e/o Ambiti Territoriali Sociali, operatori di servizi specialistici delle ASST, Terzo settore e/o referenti istituzionali e stakeholders che si occupano di minori/giovani adulti) 3. Attività di monitoraggio coi servizi specialistici delle Dipendenze per favorire l’apertura/promozione di nuovi punti di ascolto e/o spazi di aggancio precoce e cura, attraverso almeno momenti di incontro (<i>destinatari</i>: Ser.D; SMI e/o Ambiti)

PARAMETRO DI MISURAZIONE (Indicatore), TARGET ATTESO DELL'OBIETTIVO e TEMPO di sua realizzazione
<p>1. Indicatore: Fatto/Non Fatto (Attivazione di un GdL secondo le specifiche dell'obiettivo)</p> <p>-Target: Fatto (Attivazione GdL).</p> <p>-Tempo di realizzazione: entro il 30 settembre 2025</p>
<p>2. Indicatore: Fatto/Non Fatto (Elaborazione di una relazione per gestione e intercettazione precoce nei giovani con problemi di dipendenze secondo specifiche dell'obiettivo)</p> <p>-Target: Fatto (1 relazione).</p> <p>-Tempo di realizzazione: entro il 31 dicembre 2025</p>
<p>3. Indicatore: Fatto/Non Fatto (Monitoraggio servizi specialistici delle Dipendenze secondo specifiche dell'obiettivo)</p> <p>-Target: Fatto (Monitoraggio con almeno due momenti di incontro)</p> <p>-Tempo di realizzazione: entro il 31 dicembre 2025</p>

PUNTI DI CONTROLLO DELL'OBIETTIVO da rendicontare	
30 SETTEMBRE 2025	31 DICEMBRE 2025

Obiettivo condiviso con altre articolazioni di ATS? (barrare opzione) SÌ NO X

Codice scheda	Rendicontazione al 30/09/2025	Rendicontazione al 31/12/2025
057011	<p>1. Indicatore: Fatto/Non Fatto (Attivazione di un GdL secondo le specifiche dell'obiettivo). -Target: FATTO (Attivazione GdL con n. 8 incontri. Documentazione agli atti presso la SC PPSDD). Date incontri: 16/01/2025, 04/04/2025, 15/04/2025, 13/05/2025, 20/05/2025, 18/06/2025, 23/07/2025, 17/09/2025.</p> <p>2. Relazione in fase di elaborazione</p> <p>3. Indicatore: Fatto/Non Fatto (Monitoraggio servizi specialistici delle Dipendenze secondo specifiche dell'obiettivo) -Target: Monitoraggio con n. 7 incontri (06/03/2025, 14/05/2025, 17/06/2025, 24/07/2025, 02/09/2025, 03/09/2025, 17/09/2025)</p>	<p>1. Indicatore: Fatto/Non Fatto (Attivazione di un GdL secondo le specifiche dell'obiettivo). -Target: FATTO (Attivazione GdL con n. 9 incontri. Documentazione agli atti presso la SC PPSDD). Date incontri: 16/01/2025, 04/04/2025, 15/04/2025, 13/05/2025, 20/05/2025, 18/06/2025, 23/07/2025, 17/09/2025.</p> <p>2. "Relazione al Comitato di Indirizzo e di Coordinamento e al Coordinamento Tecnico Regionale in Area Dipendenze. Rete Diffusa Dipendenze di ATS Bergamo – anno 2025", inviata alla DGW regionale con prot. n. 124971 del 29/12/2025. -Tempo di realizzazione: entro il 31 dicembre 2025. FATTO</p> <p>3. Date incontri: 06/03/2025, 14/05/2025, 17/06/2025, 24/07/2025, 02/09/2025, 03/09/2025, 17/09/2025, 22/10/2025, 06/11/2025. -Tempo di realizzazione: entro il 31 dicembre 2025. FATTO</p>

DIREZIONE AMMINISTRATIVA

CDR I LIVELLO	DIREZIONE AMMINISTRATIVA
CDR II LIVELLO	STAFF

CODICE	INDIRIZZO DI BUDGET REGIONALE/AZIENDALE
060001	Obiettivo aziendale

Correlato a OBIETTIVO STRATEGICO (OS) o OPERATIVO (OO)

PIAO 2025-2027 (All.7)

OS4	OS4: Migliorare l'accesso degli stakeholder alle informazioni previste in tema di trasparenza
OO26	OO26: Assolvimento degli obblighi previsti dal D.lgs.33/2013 in ambito di Anticorruzione e Trasparenza

Azione concreta di contribuzione alla realizzazione dell'indirizzo strategico ed operativo

OBIETTIVO DELL'AZIONE CONCRETA
<ol style="list-style-type: none"> Adozione del PIAO 2025-2027 con apposita deliberazione, previo parere del NVP, in tutte le sue sezioni entro il 31 gennaio, salvo quanto diversamente stabilito da norme vigenti Pubblicazione PIAO 2025-2027 su Amministrazione trasparente e su Piattaforma PIAO del Ministero della Funzione Pubblica Adozione, con apposita deliberazione, della Relazione annuale performance 2024 dell'ATS, previo parere del NVP Verbalizzazione/organizzazione incontri NVP anno 2025, archiviazione e pubblicazione in Amministrazione Trasparente secondo termini di legge

PARAMETRO DI MISURAZIONE (Indicatore), TARGET ATTESO DELL'OBIETTIVO e TEMPO di sua realizzazione
<ol style="list-style-type: none"> Indicatore: Fatto/Non fatto (Adozione PIAO) - Target: Fatto (Atto di adozione deliberato) - Tempo di realizzazione: entro il 31 gennaio 2025 Indicatore: Fatto/Non fatto (Effettuazione adempimenti di pubblicazione PIAO) - Target: Fatto (Pubblicazioni PIAO effettuate) - Tempo di realizzazione: entro il 31 gennaio 2025 Indicatore: Fatto/Non fatto (Adozione relazione performance 2024) - Target: Fatto (Atto di adozione deliberato) - Tempo di realizzazione: entro il 30 giugno 2025 Indicatore: Fatto/Non fatto (organizzazione, verbalizzazione e pubblicazione incontri NVP) - Target: Fatto (Incontri NVP organizzati, verbalizzati e pubblicati) - Tempo di realizzazione: nei termini di legge previsti dal D.lgs.33/13 in corso d'anno

PUNTI DI CONTROLLO DELL'OBIETTIVO da rendicontare

30 SETTEMBRE 2025

31 DICEMBRE 2025

Obiettivo condiviso con altre articolazioni di ATS? (barrare opzione) SI' NO X

CDR I LIVELLO	DIREZIONE AMMINISTRATIVA
CDR II LIVELLO	STAFF

Codice scheda	Rendicontazione al 30/09/2025	Rendicontazione al 31/12/2025
060001	<ol style="list-style-type: none"> Adottato PIAO 2025-27 con deliberazione n.67 del 30.01.25, previo parere NVP; si specifica che è intercorso anche aggiornamento al PIAO in parola con rev.1 attraverso deliberazione n.470 del 10.07.25 (OBIETTIVO RAGGIUNTO al 100%) Pubblicazione del PIAO 2025-27 su Amministrazione trasparente del sito web istituzionale nelle sezioni dedicate, come risulta agli atti ed in sito web ATS Bergamo e sulla Piattaforma del Dipartimento Funzione Pubblica. Pubblicazione su AT di ATS anche della revisione 1 del documento in tutte le sezioni dedicate (OBIETTIVO RAGGIUNTO al 100%) Adozione della relazione annuale performance 2024 con deliberazione n.430 del 26.06.25, previo parere NVP, con sua pubblicazione su Amministrazione trasparente del sito web istituzionale nella sezione dedicata, come risulta agli atti (OBIETTIVO RAGGIUNTO al 100%) Verbalizzazione degli incontri NVP programmati ed effettuati e loro pubblicazione su sezione dedicata del sito web istituzionale (OBIETTIVO IN ITINERE) 	<ol style="list-style-type: none"> Obiettivo Raggiunto al 100% (vedasi 30.09.25) Obiettivo Raggiunto al 100% (vedasi 30.09.25) Obiettivo Raggiunto al 100% (vedasi 30.09.25) Verbali anno 2025 che sono stati firmati dal NVP, sono stati pubblicati su AT in coerenza con gli obblighi trasparenza. Obiettivo Raggiunto al 100%

CDR I LIVELLO	DIREZIONE AMMINISTRATIVA
CDR II LIVELLO	STAFF

CODICE	INDIRIZZO DI BUDGET REGIONALE/AZIENDALE
060002	Obiettivo aziendale

Correlato a OBIETTIVO STRATEGICO (OS) o OPERATIVO (OO)

PIAO 2025-2027 (All.7)

OS2	OS2: Consolidare e migliorare la Qualità dei servizi
OS9	OS9: Attuazione di specifici Progetti strategici o attività di miglioramento
OO5	OO5: Consolidare il percorso di revisione adeguamento della mappatura dei processi e dell'analisi del rischio

Azione concreta di contribuzione alla realizzazione dell'indirizzo strategico ed operativo

OBIETTIVO DELL'AZIONE CONCRETA
<p>1. Mantenimento del Sistema Qualità Aziendale (SQA)</p> <p>1.1. Stesura Riesame di Direzione 2025</p> <p>1.2. Superamento visita di sorveglianza con Ente certificatore</p> <p>1.3. Effettuazione di almeno il 70% del Piano di Audit programmati</p> <p>1.4. Definizione del nuovo applicativo aziendale SGQ in relazione ai tempi definiti con SS SIA</p>

PARAMETRO DI MISURAZIONE (Indicatore), TARGET ATTESO DELL'OBIETTIVO e TEMPO di sua realizzazione
<p>1.1 Indicatore: Fatto/Non fatto</p> <p>- Target: Fatto</p> <p>- Tempo di realizzazione: entro settembre 2025 alla redazione dei riesami di Area</p> <p>1.2 Indicatore: Fatto/Non fatto (Rilascio certificazione)</p> <p>- Target: Fatto</p> <p>- Tempo di realizzazione: entro novembre 2025, alla scadenza del certificato</p> <p>1.3 Indicatore: N° di Audit effettuati nell'anno solare/N° di Audit programmati per l'anno solare</p> <p>- Target: ≥70%</p> <p>- Tempo di realizzazione: entro il 31 dicembre 2025</p> <p>1.4 Indicatore: Fatto/Non fatto (Definizione del nuovo applicativo SGQ)</p> <p>- Target: Fatto</p> <p>- Tempo di realizzazione: entro il 31 dicembre 2025 secondo tempistica definita da SS SIA</p>

PUNTI DI CONTROLLO DELL'OBIETTIVO da rendicontare	
30 SETTEMBRE 2025	31 DICEMBRE 2025

Obiettivo condiviso con altre articolazioni di ATS? (barrare opzione) SI' NO X

Codice scheda	Rendicontazione al 30/09/2025	Rendicontazione al 31/12/2025
060002	<p>1.1. Bozza Riesame di Direzione presentata in Direzione Strategica il 30.09.24 (OBIETTIVO IN ITINERE)</p> <p>1.2. Visita programmata per il 10-11 novembre p.v. (OBIETTIVO DA REALIZZARE)</p> <p>1.3. Al 30.09.25 effettuati 12 Audit su 21 programmati (SAL al 52%)</p> <p>1.4. Definito con SIA il nuovo SGQ in Archiflow di SIAV con consegna collaudo il 19.06.25 Rif. Consip ID 2365 LOTTO 3 CUP: C11C23000580006 ed alimentazione campi test (OBIETTIVO RAGGIUNTO al 100%)</p>	<p>1.1. Riesame di Direzione approvato in Direzione Strategica il 16.10.25. Obiettivo raggiunto al 100%</p> <p>1.2. Certificazione ISO 9001:2015 rilasciato mantenimento da parte di IMQ S.p.A. Obiettivo raggiunto al 100%</p> <p>1.3. Effettuati n..22 Audit su n.21 programmati in Piano Audit (rif. MUQ16-1). Obiettivo raggiunto al 100%</p> <p>1.4. Vedi 30.09.25. Obiettivo raggiunto al 100%</p>

CDR I LIVELLO	DIREZIONE AMMINISTRATIVA
CDR II LIVELLO	STAFF

CODICE	INDIRIZZO DI BUDGET REGIONALE/AZIENDALE
060003	<p><i>D.G.R. XII/3720 del 30/12/2024, recante ad oggetto "Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione del SSR per l'anno 2025 – (di concerto con il vicepresidente Alparone e gli Assessori Lucchini e Fermi)" e ss.mm.ii.</i></p> <p><i>D.G.R. XII/4434 del 26.05.2025, recante ad oggetto "Determinazioni in ordine agli obiettivi delle Agenzie di Tutela della Salute (A.T.S.), delle Aziende Socio Sanitarie Territoriali (A.S.S.T.) e dell'Agenzia Regionale Emergenza Urgenza (A.R.E.U.) – anno 2025" e ss.mm.ii.</i></p> <p><i>Decreto DGW n.8610 del 18.06.2025, recante ad oggetto "Declinazione degli indicatori relativi agli obiettivi dell'ATS di Bergamo-Anno 2025"</i></p> <p>Obiettivo aziendale</p>

Correlato a OBIETTIVO STRATEGICO (OS) o OPERATIVO (OO)

PIAO 2025-2027 (All.7)

OS9	<i>OS9: Attuazione di specifici Progetti strategici o attività di miglioramento</i>
OO5	<i>OO5: Consolidare il percorso di revisione adeguamento della mappatura dei processi e dell'analisi del rischio</i>
OO30	<i>OO30: Raggiungimento degli obiettivi minimi di prevenzione ex DGR XII/4434 del 26.05.25 e Decreto DGW n.8610 del 18.06.25</i>

Azione concreta di contribuzione alla realizzazione dell'indirizzo strategico ed operativo

OBIETTIVO DELL'AZIONE CONCRETA
<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitoraggio delle Azioni di Sistema 2025 correlate agli obiettivi ATS a carico delle varie articolazioni di Agenzia, con trasmissione periodica della reportistica alla Direzione Strategica 2. Utilizzo del sistema HERM LOMB -sezione audit

PARAMETRO DI MISURAZIONE (Indicatore), TARGET ATTESO DELL'OBIETTIVO e TEMPO di sua realizzazione
<ol style="list-style-type: none"> 1. Indicatore: Fatto/Non fatto (Monitoraggio Azioni di Sistema 2025 secondo specifiche obiettivo) <ul style="list-style-type: none"> - Target: Fatto (Monitoraggio effettuato) - Tempo di realizzazione: entro 15 giorni successivi alle milestone del 2025: 31 marzo, 30 giugno, 30 settembre e 31 dicembre. 2. Indicatore: Utilizzo del Sistema HERM LOMB <ul style="list-style-type: none"> - Target: Effettuazione di almeno un audit per qualunque motivazione/area di intervento (audit interno ISO 9001, audit clinico, controllo di gestione, ecc..) - Tempo di realizzazione: entro il 31 dicembre 2025

PUNTI DI CONTROLLO DELL'OBIETTIVO da rendicontare	
30 SETTEMBRE 2025	31 DICEMBRE 2025

Obiettivo condiviso con altre articolazioni di ATS? (barrare opzione) SI' X NO

se barrato "SI" indicare a seguire:

Obiettivo N°2 in collaborazione con Internal Auditing (Scheda codice 210002 ob.3)

Codice scheda	Rendicontazione al 30/09/2025	Rendicontazione al 31/12/2025
060003	<ol style="list-style-type: none"> Monitoraggio Azioni di Sistema al 31.03.25 ed al 30.06.25 effettuato, in corso quello al 30.09.25 (Avanzamento 50%) Effettuato incontro con Dott.ssa Viscardi di RL per implementazione HermLomb ed inizio prove per alimentazione (OBIETTIVO IN ITINERE) 	<ol style="list-style-type: none"> Monitoraggio Azioni di Sistema effettuato il 31.03.25, il 30.06.25, il 30.09.25 ed il 31.12.25. Obiettivo raggiunto al 100% Effettuato inserimento il 12.11.25 dell'Audit SC GTP in HermLomb-sezione Audit (rif. Verbale Audit 09/2025 PM-BS-VF-SN) Obiettivo raggiunto al 100%

CDR I LIVELLO	DIREZIONE AMMINISTRATIVA
CDR II LIVELLO	STAFF

CODICE	INDIRIZZO DI BUDGET REGIONALE/AZIENDALE
060004	Obiettivo aziendale

Correlato a OBIETTIVO STRATEGICO (OS) o OPERATIVO (OO)

PIAO 2025-2027 (All.7)

OS4	OS4: Migliorare l'accesso degli stakeholder alle informazioni previste in tema di trasparenza
OO26	OO26: Assolvimento degli obblighi previsti dal D.lgs.33/2013 in ambito di Anticorruzione e Trasparenza

Azione concreta di contribuzione alla realizzazione dell'indirizzo strategico ed operativo

OBIETTIVO DELL'AZIONE CONCRETA
<ol style="list-style-type: none"> Redazione e archiviazione dei verbali delle sedute del DAMM Supporto operativo al RPCT (Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza) nell'attuazione del PTPCT 2025 Predisposizione e aggiornamento dell'agenda istituzionale delle attività della Direzione Amministrativa (riunioni, scadenze, tavoli interni ed esterni)

PARAMETRO DI MISURAZIONE (Indicatore), TARGET ATTESO DELL'OBIETTIVO e TEMPO di sua realizzazione
<ol style="list-style-type: none"> Indicatore: Fatto/Non fatto <ul style="list-style-type: none"> - Target: Fatto (Verbali redatti, approvati e archiviati) - Tempo di realizzazione: entro il 31 dicembre 2025

2. **Indicatore:** Fatto/Non fatto per ciascuna azione di competenza (es. predisposizione documenti, supporto negli incontri NVP, monitoraggio scadenze)

- **Target:** Fatto / Non fatto (100% degli adempimenti)

- **Tempo di realizzazione:** entro il 31 gennaio 2026

3. **Indicatore:** Fatto/Non fatto

- **Target:** Fatto (Agenda aggiornata con cadenza settimanale e condivisa con il Direttore Amministrativo)

- **Tempo di realizzazione:** attività continuativa / il 31 dicembre 2026

PUNTI DI CONTROLLO DELL'OBIETTIVO da rendicontare

30 SETTEMBRE 2025

31 DICEMBRE 2025

Obiettivo condiviso con altre articolazioni di ATS? (barrare opzione) SÌ NO X

Codice scheda	Rendicontazione al 30/09/2025	Rendicontazione al 31/12/2025
060004	<p>1 . Al 30 settembre 2025 si sono tenuti n. 7 Comitati DAMM; i relativi verbali sono stati redatti, approvati e archiviati (totale: 7).</p> <p>2.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Redazione e pubblicazione della Relazione annuale RPCT riferita all'annualità 2024 (scadenza 15/01/2025). • Predisposizione e trasmissione della griglia di monitoraggio ANAC (delibera ANAC n. 192 del 07/05/2025); effettuati i controlli sulle sezioni dell'Amministrazione Trasparente e adempiuta la prima scadenza (31/05/2025). • Supporto alla raccolta e digitalizzazione delle relazioni semestrali 2025. • Redazione della scheda semestrale del DAMM. <p>3. Aggiornamento puntuale e condivisione tempestiva delle informazioni con il Direttore Amministrativo.</p>	<p>1 – Obiettivo raggiunto al 100% Al 31/12/2025 si sono tenuti n. 8 comitati DAMM, i relativi verbali sono stati redatti, approvati e archiviati (totale 8).</p> <p>2 - Obiettivo raggiunto</p> <ul style="list-style-type: none"> - supporto al RPCT per la redazione della Relazione annuale riferita all'anno 2025 (scad. pubblicazione 15/01/2026) - collaborazione con NVP per il monitoraggio delle sezioni dell'amministrazione trasparente che non soddisfano i requisiti alla data del 31/05/2025. Predisposta e trasmessa la seconda griglia entro la scadenza del 15/11/2025. Nessun ulteriore rilievo. - Digitalizzazione del form di raccolta delle Relazioni semestrali: le schede relative al II semestre sono state raccolte tramite piattaforma LimeSurvey, al fine di consentire la costruzione di uno strumento/cruscotto puntuale, completo e confrontabile nel tempo. La digitalizzazione ha permesso di standardizzare le risposte, mantenendo al contempo spazi dedicati a commenti qualitativi in sezioni libere, soluzione difficilmente perseguibile con la precedente modalità cartacea. - redazione della scheda II semestre del DAMM. <p>3 - Raggiunto Aggiornamento puntuale e condivisione tempestiva delle informazioni con il Direttore Amministrativo.</p>

CDR I LIVELLO	DIREZIONE AMMINISTRATIVA
CDR II LIVELLO	Dipartimento DAMM-S.C. AFFARI GENERALI E LEGALI

CODICE

INDIRIZZO DI BUDGET REGIONALE/AZIENDALE

061001	<i>D.G.R. XII/3720 del 30/12/2024, recante ad oggetto "Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione del SSR per l'anno 2025 – (di concerto con il vicepresidente Alparone e gli Assessori Lucchini e Fermi)" e ss.mm.ii. + linee operative di risk management (Prot. N° 19151 del 31/01/2025)</i>
---------------	--

Correlato a OBIETTIVO STRATEGICO (OS) o OPERATIVO (OO)

PIAO 2025-2027 (All.7)

<p>OS9</p> <p>OO5</p> <p>OO26</p>	<p><i>OS9: Attuazione di progetti strategici previsti nelle regole di sistema e nelle linee operative di risk management in sanità</i></p> <p><i>OO5: Consolidare il percorso di revisione / adeguamento della mappatura dei processi e dell'analisi del rischio</i></p> <p><i>OO26: Assolvimento degli obblighi previsti dal D.lgs.33/2013 in ambito di anticorruzione e trasparenza</i></p>
-----------------------------------	---

Azione concreta di contribuzione alla realizzazione dell'indirizzo strategico ed operativo

OBIETTIVO DELL'AZIONE CONCRETA

<ol style="list-style-type: none"> 1. Inserimento nel DB GEDISS delle richieste di risarcimento relative al 1° e al 2° semestre anno 2025, con aggiornamento dello storico e comunicazione di avvenuto adempimento a Regione 2. Pubblicazione nella sezione Amministrazione trasparente, del sito internet ATS, degli importi dei risarcimenti per danni da <i>medical malpractice</i> erogati negli ultimi 5 anni 3. Adeguamento della struttura e dell'organizzazione del Comitato Valutazione Sinistri (CVS) per l'armonizzazione della valutazione e della gestione dei sinistri secondo le indicazioni di cui al Decreto della DG Welfare n. 15406 del 27/10/2022, con previsione di una seduta del CVS a trimestre (a) e revisione del regolamento aziendale (b)

PARAMETRO DI MISURAZIONE (Indicatore), TARGET ATTESO DELL'OBIETTIVO e TEMPO di sua realizzazione

<ol style="list-style-type: none"> 1. Indicatore: Fatto /Non fatto (Inserimento, aggiornamento e comunicazione secondo quanto declinato nell'obiettivo) <ul style="list-style-type: none"> - Target: Fatto (Eseguito inserimento, aggiornamento e comunicazione) - Tempo di realizzazione: 31 luglio 2025 e 31 gennaio 2026, secondo indicazioni regionali 2. Indicatore: Numero risarcimenti pubblicati / Numero risarcimenti erogati e pubblicabili <ul style="list-style-type: none"> - Target: 100% - Tempo di realizzazione: 31 marzo 2025 3.1 Indicatore: Numero sedute effettuate / Numero sedute richieste <ul style="list-style-type: none"> - Target: 100% (Valore atteso 4 sedute) - Tempo di realizzazione: 31 dicembre 2025 3.2 Indicatore: Fatto /Non fatto (revisione del regolamento aziendale) <ul style="list-style-type: none"> - Target: Fatto (revisione effettuata) - Tempo di realizzazione: 31 dicembre 2025
--

PUNTI DI CONTROLLO DELL'OBIETTIVO da rendicontare

30 SETTEMBRE 2025

31 DICEMBRE 2025

Obiettivo condiviso con altre articolazioni di ATS? (barrare opzione) SI NO X

Codice scheda	Rendicontazione al 30/09/2025	Rendicontazione al 31/12/2025
061001	<p>Con nota prot. n. 0006853 in data 24/01/2025, è stato comunicato a Regione l'avvenuto adempimento relativo all'inserimento nel DB Gediss delle richieste di risarcimento relative al II semestre 2024, con aggiornamento dello storico.</p> <p>Con nota prot. n. 0066410/25 in data 16/07/2025, è stato comunicato a Regione l'avvenuto adempimento relativo all'inserimento nel DB Gediss delle richieste di risarcimento relative al I semestre 2025, con aggiornamento dello storico. Obiettivo raggiunto al 50% sull'anno e al 100% rispetto alla scadenza.</p> <p>In data 26/03/2025, è stata effettuata pubblicazione in Amministrazione trasparente degli importi dei risarcimenti per danni da medical malpractice erogati negli ultimi 5 anni. Obiettivo raggiunto al 100% sull'anno</p> <p>Sono state effettuate n. 3 sedute del CVS (in data 28/03, 28/5 e 18/09/2025). Prossima seduta calendarizzata per il giorno 13/11/2025). Obiettivo raggiunto al 75% sull'anno e al 100% rispetto alle scadenze.</p> <p>Il regolamento è stato abbozzato. Si è in attesa della delibera – di competenza DAMM - di modifica della composizione del CVS e di sostituzione del coordinatore per completare la descrizione dei componenti del CVS.</p>	<p>In aggiunta a quanto rendicontato al 30/09/2025, si segnala quanto segue:</p> <p>1. con nota prot. n. 3664 in data 15/01/2026, a fronte della scadenza del 31/01/2026, è stato comunicato a Regione l'avvenuto adempimento relativo all'inserimento nel DB Gediss delle richieste di risarcimento relative al II semestre 2024, con aggiornamento dello storico. Target: Fatto/ fatto = fatto - Obiettivo raggiunto al 100%.</p> <p>2. Si conferma quanto già rendicontato al 30/09/2025. Non essendo stato effettuato da parte di ATS alcun risarcimento da medical malpractice negli ultimi 5 anni, è stata fatta la pubblicazione in Amministrazione trasparente, in data 26/03/2025, indicando in tabella € 0,00 quale importo erogato per ciascun anno: Target: n. risarcimenti pubblicati / n. risarcimenti erogati e pubblicabili = 0/0 - Obiettivo raggiunto al 100% già al 30/09/2025</p> <p>3. Complessivamente nel 2025, sono state fatte n. 4 sedute del CVS (una per trimestre), l'ultima in data 15/12/2025. Target: n. sedute effettuate / n. sedute richieste = 4/4 - Obiettivo raggiunto al 100%.</p> <p>4. Con delibera n. 851 in data 24/12/2025, è stato adottato il "Regolamento per il funzionamento del comitato valutazione sinistri (CVS) dell'ATS di Bergamo" Target: Fatto/ fatto = fatto - Obiettivo raggiunto al 100%.</p>

	<p>La sezione Amministrazione trasparente viene implementata periodicamente, a fronte del conferimento di incarichi, nel rispetto della scadenza prevista dalla normativa: pubblicazione entro 3 mesi dalla delibera di incarico. Numero professionisti incaricati di cui sono state fatte le pubblicazioni / numero dei professionisti incaricati: 9/9 rispetto alla scadenza prevista da normativa (100%) e 9/10 rispetto agli incarichi conferiti entro il 30/09/2025.</p>	<p>1. La seconda relazione anticorruzione è stata inviata, con prot. n. 119997/25 in data 12/12/2025, a fronte della scadenza del 15/12/2025. Target: n. relazioni effettuate / n. relazioni previste = 2/2 – Obiettivo raggiunto al 100%</p> <p>2. La sezione Amministrazione trasparente è implementata periodicamente a fronte del conferimento di incarichi nel rispetto della scadenza prevista dalla normativa: pubblicazione entro 3 mesi dalla delibera di incarico. A fine anno, comunque, tutti gli incarichi conferiti sono stati oggetto di pubblicazione. Target: Numero professionisti incaricati di cui sono state fatte le pubblicazioni / numero dei professionisti incaricati = 19/19 – Obiettivo raggiunto al 100%</p>
--	---	---

CDR I LIVELLO	DIREZIONE AMMINISTRATIVA
CDR II LIVELLO	Dipartimento DAMM-S.C. AFFARI GENERALI E LEGALI

CODICE

INDIRIZZO DI BUDGET REGIONALE/AZIENDALE

061003	Obiettivo aziendale
--------	---------------------

Correlato a **OBIETTIVO STRATEGICO (OS) o OPERATIVO (OO)**

PIAO 2025-2027 (All.7)

OS9	Attuazione di specifici Progetti strategici o attività di miglioramento
-----	---

Azione concreta di contribuzione alla realizzazione dell'indirizzo strategico ed operativo

OBIETTIVO DELL'AZIONE CONCRETA

1. Gestione accentrata di tutte le pratiche relative alla *privacy*
2. Gestione centralizzata delle convenzioni

PARAMETRO DI MISURAZIONE (Indicatore), TARGET ATTESO DELL'OBIETTIVO e TEMPO di sua realizzazione

1. **Indicatore:** Fatto/Non fatto (Redazione e adozione di una procedura operativa per la gestione delle pratiche inerenti alla *privacy*)

-**Target:** Fatto (procedura operativa adottata)

-**Tempo di realizzazione:** Messa a regime entro il 31 dicembre 2025

2. **Indicatore:** Fatto/Non fatto

-**Target:** Fatto (100% convenzioni attivate rispetto a quelle richieste)

-**Tempo di realizzazione:** entro il 31 dicembre 2025

PUNTI DI CONTROLLO DELL'OBIETTIVO da rendicontare

30 SETTEMBRE 2025

31 DICEMBRE 2025

Obiettivo condiviso con altre articolazioni di ATS? (barrare opzione) SI' NO X

se barrato "SI" indicare a seguire:

Codice scheda	Rendicontazione al 30/09/2025	Rendicontazione al 31/12/2025
061003	<p>La redazione della procedura operativa per la privacy è in itinere.</p> <p>Dal 2025, tutte le convenzioni vengono gestite da AGL. Pertanto, il numero delle convenzioni da gestire isorisorse è in incremento.</p> <p>Si segnala che, entro il 30/09/2025, sono pervenute n. 88 richieste di attivazione / rinnovo delle convenzioni. Per n. 64 di tali richieste, l'iter si è concluso. Per ulteriori 6, acquisita la firma del DG ATS BG, si è in attesa della conclusione dell'iter da parte degli altri soggetti, i quali sono già stati sollecitati, ove necessario.</p> <p>Complessivamente, sono attive n. 128 convenzioni.</p>	<p>1. La procedura operativa in materia di "Trattamento dei dati personali" è stata approvata in data 22/12/2025, con comunicazione in bacheca, da parte del Responsabile qualità aziendale, in pari data.</p> <p>Target: Fatto/ fatto = fatto – Obiettivo raggiunto al 100%</p> <p>2. Si segnala che, entro il 30/09/2025, sono pervenute n. 88 richieste di attivazione / rinnovo delle convenzioni. Per n. 77, l'iter si è concluso; per n. 6, acquisita la firma del DG ATS BG, si è in attesa della conclusione dell'iter da parte degli altri soggetti, i quali sono stati sollecitati; n. 3 bozze di convenzioni sono state avviate da ATS, ma controparte non ha fatto pervenire riscontro, nonostante i solleciti. Infine, n. 2 sono state bloccate dalla Direzione e, pertanto, non sono conteggiabili. Ricordo l'interpretazione, firmata dal DA, in base alla quale se AGL ha fatto tutto quanto in suo potere per addivenire alla conclusione dell'iter, si considera raggiunto l'obiettivo e segnalo che il termine di 30 giorni, previsto dalla L. 241/1990, per la conclusione dei procedimenti non è applicabile agli accordi tra PP.AA. Anche 90 giorni sono pochi in caso di conferenza dei servizi.</p> <p>Complessivamente, sono attive n. 147 convenzioni.</p> <p>Target: convenzioni attivate / convenzioni richieste = 86/86 –</p> <p>- Obiettivo raggiunto al 100%</p>

CDR I LIVELLO	DIREZIONE AMMINISTRATIVA
CDR II LIVELLO	Dipartimento DAMM-S.C. AFFARI GENERALI E LEGALI

CODICE

INDIRIZZO DI BUDGET REGIONALE/AZIENDALE

061004	Obiettivo aziendale
--------	---------------------

Correlato a OBIETTIVO STRATEGICO (OS) o OPERATIVO (OO)

PIAO 2025-2027 (All.7)

OS3	OS3: Governo dei sistemi informativi
OS9	OS9: Attuazione di specifici Progetti strategici o attività di miglioramento

Azione concreta di contribuzione alla realizzazione dell'indirizzo strategico ed operativo

OBIETTIVO DELL'AZIONE CONCRETA
1. Implementazione sistema PAGOPA per tutte le attività del ciclo attivo, sia con riguardo le imprese sia con riferimento ai singoli cittadini. Sviluppo delle funzionalità, affinché tutti i pagamenti da parte di imprese e cittadini possano essere effettuati tramite il sistema PAGOPA

PARAMETRO DI MISURAZIONE (Indicatore), TARGET ATTESO DELL'OBIETTIVO e TEMPO di sua realizzazione
1. Indicatore: Fatto/Non fatto (Messa a regime del sistema PAGOPA per competenza dell'articolazione organizzativa)
- Target: Fatto
- Tempo di realizzazione: Messa a regime della funzionalità entro il 31 dicembre 2025

PUNTI DI CONTROLLO DELL'OBIETTIVO da rendicontare	
30 SETTEMBRE 2025	31 DICEMBRE 2025

Obiettivo condiviso con altre articolazioni di ATS? (barrare opzione) SI' X NO

se barrato "SI" indicare a seguire:

Obiettivo in collaborazione con SS SIA (Scheda codice 201902 ob.1) e con SC BPFC (Scheda codice 061105 ob.1)

Codice scheda	Rendicontazione al 30/09/2025	Rendicontazione al 31/12/2025
061004	Nel 2025, sono state messe in atto numerose attività per rendere pienamente operativo il sistema PAGOPA. In particolare, si è provveduto a: - ridefinizione e sistematizzazione dei cosiddetti "spontanei" PAGOPA; - rivisitazione delle modulistiche in uso per l'indicazione delle modalità di pagamento da parte di cittadini e imprese; - chiusura di tutti i conti correnti postali; - sviluppo di automatismi per la riconciliazione automatica dei pagamenti PAGOPA; - Installazione dei POS PAGOPA presso gli sportelli del Dipartimento Veterinario; - Avvio della progettualità per lo sviluppo del Sito Internet aziendale per facilitare i pagamenti PAGOPA; - Sviluppo dei diversi gestionali aziendali (Sivian Billing, Apex, ERP..) affinché possa essere ottimizzata la gestione degli avvisi di pagamento PAGOPA.	Nel 2025, sono state messe in atto numerose attività per rendere pienamente operativo il sistema PAGOPA, rendendolo la forma elettiva di riscossione di pagamenti attraverso la dismissione o disattivazione degli altri canali aziendali. In particolare, si è provveduto a: - ridefinizione e sistematizzazione dei cosiddetti "spontanei" PAGOPA; - rivisitazione delle modulistiche in uso per l'indicazione delle modalità di pagamento da parte di cittadini ed imprese; - chiusura di tutti i conti correnti postali; - sviluppo di automatismi per la riconciliazione automatica dei pagamenti PAGOPA; - installazione dei POS PAGOPA presso gli sportelli del DV, che saranno operativi non appena saranno sviluppate le apposite funzionalità nel gestionale Sivian Billing; - avvio della progettualità per lo sviluppo del Sito Internet aziendale per facilitare i pagamenti PAGOPA; - sviluppo dei diversi gestionali aziendali (Sivian Billing, Apex, ERP..) affinché possa essere ottimizzata la gestione degli avvisi di pagamento PAGOPA. Target: Fatto/ fatto = fatto - Obiettivo raggiunto al 100%

	<p>Nello specifico, di seguito il dettaglio delle date degli ultimi software da implementare nel 2025 con avvio nel Cloud:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Contabilità e ordini: 23/03/2025 (ditta Reply) - Atti e Protocollo: 27/05/2025 (ditta SIAV) - Portale WEB: 11/05/2025 (ditta Argonet – Engineering -) 	Target: Fatto/ fatto = fatto – Obiettivo raggiunto al 100%
--	--	---

CDR I LIVELLO	DIREZIONE AMMINISTRATIVA
CDR II LIVELLO	Dipartimento DAMM-S.C. AFFARI GENERALI E LEGALI

CODICE	INDIRIZZO DI BUDGET REGIONALE/AZIENDALE
061006	Obiettivo aziendale

Correlato a **OBIETTIVO STRATEGICO (OS) o OPERATIVO (OO)**
PIAO 2025-2027 (All.7)

OS3	OS3: Governo dei sistemi informativi
OS9	OS9: Attuazione di specifici Progetti strategici o attività di miglioramento

Azione concreta di contribuzione alla realizzazione dell'indirizzo strategico ed operativo

OBIETTIVO DELL'AZIONE CONCRETA
1. Digitalizzazione del ciclo passivo di liquidazione dei documenti (Fatture e Note di Debito)

PARAMETRO DI MISURAZIONE (Indicatore), TARGET ATTESO DELL'OBIETTIVO e TEMPO di sua realizzazione
<p>1. Indicatore: Fatto/Non fatto (Sviluppo di specifica funzionalità che possa consentire di procedere alla liquidazione digitale dei documenti passivi, da parte del Dirigente Responsabile o da suo delegato).</p> <p>-Target: Fatto (Funzionalità attiva)</p> <p>-Tempo di realizzazione: Messa a regime della funzionalità entro il 31 dicembre 2025</p>

PUNTI DI CONTROLLO DELL'OBIETTIVO da rendicontare	
30 SETTEMBRE 2025	31 DICEMBRE 2025

Obiettivo condiviso con altre articolazioni di ATS? (barrare opzione) SÌ NO

se barrato "SÌ" indicare a seguire:

Obiettivo in collaborazione con SC BPFC (Scheda codice 061106 ob.1), con SC SGRU (Scheda codice 061207 ob.1) e con SC GTP (Scheda codice 061407 ob.1)

Codice scheda	Rendicontazione al 30/09/2025	Rendicontazione al 31/12/2025
061006	Nel 2025, è stata fatta una mappatura dei diversi processi aziendali che comportano la liquidazione di documenti	Nel 2025, sono state messe in atto tutte le azioni finalizzate alla completa digitalizzazione del percorso di

	<p>passivi da parte delle diverse articolazioni aziendali. Sono, inoltre, state avviate delle attività di analisi e di confronto con il fornitore REPLY affinché si possa dematerializzare il processo di liquidazione delle fatture passive. Sono stati, inoltre, verificati i contenuti del prototipo messo a punto dal fornitore del gestionale contabile in uso.</p>	<p>liquidazione dei documenti passivi, pienamente operativa dal 1.01.2026. Per raggiungere l'obiettivo, sono state messe in atto le seguenti attività: - Avvio tavoli di lavoro con diverse strutture aziendali; - Mappatura specificità diverse tipologie di ordine; - Definizione processi per singola tipologia di acquisto; - Sviluppo interfaccia ALFA all'interno del gestionale ERP; - Sviluppo controlli DURC ed Equitalia; - Profilazione utenti e individuazione responsabili emissione ordini e soggetti delegati, acquisizione pareri, liquidazione fatture e pagamento documenti; - Verifica funzionamento processo, con i servizi aziendali interessati; - Sviluppo sistema di alert da inviare ai singoli gestori di spesa. Target: Fatto/ fatto = fatto - Obiettivo raggiunto al 100%</p>
--	--	--

CDR I LIVELLO	DIREZIONE AMMINISTRATIVA
CDR II LIVELLO	Dipartimento DAMM-S.C. BILANCIO, PROGRAMMAZIONE FINANZIARIA E CONTABILITA'

CODICE

INDIRIZZO DI BUDGET REGIONALE/AZIENDALE

061101	<p><i>D.G.R. XII/3720 del 30/12/2024, recante ad oggetto "Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione del SSR per l'anno 2025 – (di concerto con il vicepresidente Alparone e gli Assessori Lucchini e Fermi)" e ss.mm.ii.</i></p> <p><i>D.G.R. XII/3670 del 16/12/2024, recante ad oggetto "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sanitario e socio sanitario per l'esercizio 2025 - quadro economico programmatico - (di concerto con il vicepresidente Alparone)"</i></p> <p><i>D.G.R. XII/4434 del 26.05.2025, recante ad oggetto "Determinazioni in ordine agli obiettivi delle Agenzie di Tutela della Salute (A.T.S.), delle Aziende Socio Sanitarie Territoriali (A.S.S.T.) e dell'Agenzia Regionale Emergenza Urgenza (A.R.E.U.) – anno 2025" e ss.mm.ii.</i></p> <p><i>Decreto DGW n.8610 del 18.06.2025, recante ad oggetto "Declinazione degli indicatori relativi agli obiettivi dell'ATS di Bergamo-Anno 2025"</i></p>
--------	--

Correlato a **OBIETTIVO STRATEGICO (OS)** o **OPERATIVO (OO)**

PIAO 2025-2027 (All.7)

OS2	<i>OS2: Consolidare e migliorare la qualità dei servizi</i>
OO1	<i>OO1: Effettuare i pagamenti nei tempi di legge, applicando la disciplina prevista all'art.4 bis nel D.L. 13/2023 convertito dalla legge 21 aprile 2023, n. 41 e dal comma 865 dell'art.1 della L.145 del 30.12.2018</i>
OO19	<i>OS19: Pagamenti</i>

Azione concreta di contribuzione alla realizzazione dell'indirizzo strategico ed operativo

OBIETTIVO DELL'AZIONE CONCRETA

1. **Rispetto delle tempistiche di pagamento previste per gli Enti del Servizio Sanitario Nazionale, così come definite dall'articolo 1 comma 865 della Legge n.145 del 30 dicembre 2018**

PARAMETRO DI MISURAZIONE (Indicatore), TARGET ATTESO DELL'OBIETTIVO e TEMPO di sua realizzazione
<p>1. Indicatore: Tempestività dei pagamenti attraverso la definizione del ritardo medio ponderato in base all'importo della fattura</p> <p>-Target: Indicatore di tempestività di pagamento per l'anno 2025 ≤ 0</p> <p>-Tempo di realizzazione: pubblicazione alla fine di ogni trimestre. L'indicatore annuale è calcolato sui pagamenti effettuati nell'intero anno 2025 e pubblicato nel mese di gennaio 2026</p>

PUNTI DI CONTROLLO DELL'OBIETTIVO da rendicontare	
30 SETTEMBRE 2025	31 DICEMBRE 2025

Obiettivo condiviso con altre articolazioni di ATS? (barrare opzione) SÌ NO X

Codice scheda	Rendicontazione al 30/09/2025	Rendicontazione al 31/12/2025
061101	<p>Si è provveduto, alle previste scadenze trimestrali fissate dalla Regione Lombardia e da ANAC, a misurare l'indicatore di tempestività dei pagamenti, con esito corrispondente alle aspettative. L'ultimo dato disponibile, al 30 giugno 2025, è stato pubblicato e presenta un risultato di -41,21. Il significato di tale indicatore è che le fatture vengono pagate mediamente con oltre 41 giorni di anticipo rispetto alla naturale scadenza. La pubblicazione del dato riferito al 3° trimestre 2025 è prevista entro il 31 ottobre 2025.</p>	<p>Si è provveduto, nelle previste scadenze trimestrali fissate dalla Regione Lombardia e da ANAC, a misurare e pubblicare l'indicatore di tempestività dei pagamenti, con esito corrispondente ai valori attesi.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ I trimestre 2025 indicatore - 43,35 gg, pubblicazione 28/04/2025; ✓ II trimestre 2025 indicatore - 41,21 gg, pubblicazione 29/07/2025; ✓ III trimestre 2025 indicatore - 40,26 gg, pubblicazione 30/10/2025; ✓ IV trimestre 2025 indicatore - 35,60 gg, pubblicazione 30/01/2026; ✓ Totale anno 2025 indicatore - 39,83 gg, pubblicazione 30/01/2026; <p>Il significato di tale indicatore è che le fatture vengono pagate mediamente con quasi 40 giorni di anticipo rispetto alla naturale scadenza. Obiettivo raggiunto al 100%</p>

CDR I LIVELLO	DIREZIONE AMMINISTRATIVA
CDR II LIVELLO	Dipartimento DAMM-S.C. BILANCIO, PROGRAMMAZIONE FINANZIARIA E CONTABILITA'

CODICE

INDIRIZZO DI BUDGET REGIONALE/AZIENDALE

061102	<p>D.G.R. XII/3720 del 30/12/2024, recante ad oggetto "Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione del SSR per l'anno 2025 – (di concerto con il vicepresidente Alparone e gli Assessori Lucchini e Fermi)" e ss.mm.ii.</p> <p>D.G.R. XII/3670 del 16/12/2024, recante ad oggetto "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sanitario e socio sanitario per l'esercizio 2025 - quadro economico programmatorio - (di concerto con il vicepresidente Alparone)"</p>
---------------	---

Correlato a **OBIETTIVO STRATEGICO (OS) o OPERATIVO (OO)**

PIAO 2025-2027 (All.7)

OS4	OS4: Migliorare l'accesso degli stakeholder alle informazioni previste in tema di trasparenza
OS9	OS9: Attuazione di specifici Progetti strategici o attività di miglioramento
OO26	OO26: Assolvimento degli obblighi previsti dal D.lgs.33/2013 in ambito di Anticorruzione e Trasparenza

Azione concreta di contribuzione alla realizzazione dell'indirizzo strategico ed operativo

OBIETTIVO DELL'AZIONE CONCRETA

1. Assolvimento, per competenza, degli obblighi di trasparenza definiti nell'allegato 2 (Tabella dei dati e documenti da pubblicare a fini di trasparenza) del PIAO 2025-2027.

PARAMETRO DI MISURAZIONE (Indicatore), TARGET ATTESO DELL'OBIETTIVO e TEMPO di sua realizzazione

1. **Indicatore:** Numero relazioni fatte per il PIAO vigente in materia anticorruzione e trasparenza / Numero relazioni previste per il PIAO vigente in materia di anticorruzione e trasparenza
 - **Target:** 100% (valore atteso 2 relazioni)
 - **Tempo di realizzazione:** 31 luglio 2025 e 31 dicembre 2025 (salvo diverse indicazioni da parte del RPCT)
2. **Indicatore:** Fatto/Non fatto (Rispetto delle tempistiche di pubblicazione dei vari documenti secondo i format previsti) nelle sezioni Amministrazione Trasparente di competenza
 - **Target:** Fatto (Tempi e modalità rispettate)
 - **Tempo di realizzazione:** In aderenza a quanto definito dal PIAO 2025-2027 nel corso del

PUNTI DI CONTROLLO DELL'OBIETTIVO da rendicontare

30 SETTEMBRE 2025

31 DICEMBRE 2025

Obiettivo condiviso con altre articolazioni di ATS? (barrare opzione) SÌ NO X

Codice scheda	Rendicontazione al 30/09/2025	Rendicontazione al 31/12/2025
061102	<ol style="list-style-type: none"> Si è provveduto ad inviare al responsabile anticorruzione aziendale la relazione relativa al primo semestre 2025 in attuazione di quanto previsto dal PIAO 2025-2027; Sono state rispettate tutte le scadenze di pubblicazione sul sito Internet aziendale dei documenti di competenza della SC Bilancio (Bilancio di Previsione, Bilancio Consuntivo, Relazioni dei Revisori, Indicatori di tempestività dei pagamenti, ..). 	<ol style="list-style-type: none"> Si è provveduto ad inviare al responsabile anticorruzione aziendale le relazioni relative al I ed al II semestre 2025 in attuazione di quanto previsto dal PIAO 2025-2027 Sono state rispettate tutte le scadenze di pubblicazione sul sito Internet aziendale dei documenti di competenza della SC Bilancio (Bilancio di Previsione, Bilancio Consuntivo, Relazioni dei Revisori, Indicatori di tempestività dei pagamenti, ..). <p>Obiettivi raggiunti al 100%</p>

CDR I LIVELLO	DIREZIONE AMMINISTRATIVA
CDR II LIVELLO	Dipartimento DAMM-S.C. BILANCIO, PROGRAMMAZIONE FINANZIARIA E CONTABILITA'

CODICE	INDIRIZZO DI BUDGET REGIONALE/AZIENDALE
061103	Obiettivo aziendale

Correlato a OBIETTIVO STRATEGICO (OS) o OPERATIVO (OO)
PIAO 2025-2027 (All.7)

OS3	OS3: Governo dei Sistemi Informativi
OS9	OS9: Attuazione di specifici Progetti strategici o attività di miglioramento

Azione concreta di contribuzione alla realizzazione dell'indirizzo strategico ed operativo

OBIETTIVO DELL'AZIONE CONCRETA
<ol style="list-style-type: none"> Attuazione di quanto indicato nella domanda di partecipazione all'Avviso Pubblico multimisura 1.1 e 1.2 "Infrastrutture digitali e abilitazione al cloud" – ASL/AO (marzo 2023) – M1C1 PNRR FINANZIATO DALL'UNIONE EUROPEA - NextGenerationEU Aggiornamento gestionale contabile ERP e migrazione sul Cloud

PARAMETRO DI MISURAZIONE (Indicatore), TARGET ATTESO DELL'OBIETTIVO e TEMPO di sua realizzazione
<ol style="list-style-type: none"> Indicatore: Fatto/Non fatto (Avanzamento di tutte le linee di attività previste dal piano di finanziamento-in totale sono 16- con un obiettivo al 100% entro il 30 giugno 2025 (termine ultimo attività)

Azione concreta di contribuzione alla realizzazione dell'indirizzo strategico ed operativo

OBIETTIVO DELL'AZIONE CONCRETA
1. Monitoraggio dell'attuazione del Regolamento attività libero professionale intramoenia

PARAMETRO DI MISURAZIONE (Indicatore), TARGET ATTESO DELL'OBIETTIVO e TEMPO di sua realizzazione
<p>1. Indicatore: Fatto/Non fatto (Verifica dello stato di attuazione del nuovo regolamento della libera professione tenuto con dei rilevati del MEF per competenza dell'articolazione organizzativa)</p> <p>-Target: Fatto (Verifica effettuata)</p> <p>-Tempo di realizzazione: Messa a regime della funzionalità entro il 31 dicembre 2025</p>

PUNTI DI CONTROLLO DELL'OBIETTIVO da rendicontare	
30 SETTEMBRE 2025	31 DICEMBRE 2025

Obiettivo condiviso con altre articolazioni di ATS? (*barrare opzione*) ⇒ SI' X NO

se barrato "SI" indicare a seguire:

Obiettivo in collaborazione con SC GSRU (Scheda codice 061206 ob.1), con DVSAOA (Scheda codice 013304 ob.1) e con SS SIA (Scheda codice 201901 ob.1)

Codice scheda	Rendicontazione al 30/09/2025	Rendicontazione al 31/12/2025
061104	<p>Nel corso del corrente anno si è provveduto a implementare, con le altre strutture del DAMM e del DV, quanto richiesto dal MEF.</p> <p>Si sta dando piena attuazione al Regolamento aziendale approvato con Deliberazione aziendale n. 1014 del 06/12/2024.</p> <p>È stata inoltre costituita ed è operativa la Commissione paritetica per la Libera Professione.</p> <p>Si sta inoltre verificando che l'esercizio della libera professione sia in aderenza con il Regolamento Aziendale e nel rispetto dei volumi programmati.</p>	<p>Nel corso del corrente anno si è provveduto a implementare, con le altre strutture del DAMM e del DV, quanto richiesto dal MEF.</p> <p>Si sta dando piena attuazione al Regolamento aziendale approvato con Deliberazione aziendale n. 1014 del 06/12/2024.</p> <p>È stata inoltre costituita ed è operativa la Commissione paritetica per la Libera Professione.</p> <p>Si sta inoltre verificando che l'esercizio della libera professione sia in aderenza con il Regolamento Aziendale e nel rispetto dei volumi programmati.</p> <p>Sono stati inoltre effettuati alcuni approfondimenti, insieme al Dipartimento veterinario al fine di:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rivedere il sistema tariffario per la libera professione, previa codifica delle prestazioni; - Formulare una proposta di piano delle attività della libera professione; - Individuare una proposta di soluzione provvisoria sulla prenotazione preventiva e pagamento anticipato/contestuale delle prestazioni. <p>Obiettivo raggiunto al 100%</p>

PUNTI DI CONTROLLO DELL'OBIETTIVO da rendicontare

30 SETTEMBRE 2025

31 DICEMBRE 2025

Obiettivo condiviso con altre articolazioni di ATS? (barrare opzione) SI' X NO

se barrato "SI" indicare a seguire:

Obiettivo in collaborazione con SC AGL (Scheda codice 061006 ob.1), con SC SGRU (Scheda codice 061207 ob.1), SC GTP (Scheda codice 061407 ob.1)

Codice scheda	Rendicontazione al 30/09/2025	Rendicontazione al 31/12/2025
061106	<p>Nel corso del corrente anno, si è provveduto ad effettuare una mappatura dei diversi processi aziendali che comportano la liquidazione di documenti passivi da parte delle diverse articolazioni aziendali.</p> <p>Sono inoltre state avviate delle attività di analisi e di confronto con il fornitore REPLY affinché si possa dematerializzare il processo di liquidazione delle fatture passive.</p> <p>Si è altresì verificato i contenuti del prototipo messo a punto dal fornitore del gestionale contabile in uso.</p>	<p>Nel corso dell'anno 2025 sono state messe in atto tutte le azioni finalizzate alla completa digitalizzazione del percorso di liquidazione dei documenti passivi, che è pienamente operativa a partire dal 1° gennaio 2026.</p> <p>Al fine del raggiungimento dell'obiettivo, sono state in particolare messe in atto le seguenti attività:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Avvio tavoli di lavoro con diverse strutture aziendale; ➤ Mappatura specificità diverse tipologie di ordine; ➤ Definizione processi per singola tipologia di acquisto; ➤ Sviluppo interfaccia ALFA all'interno del gestionale ERP; ➤ Sviluppo controlli DURC ed Equitalia; ➤ Profilazione utenti e individuazione responsabili emissione ordini e soggetti delegati, acquisizione pareri, liquidazione fatture e pagamento documenti; ➤ Verifica funzionamento processo, coinvolgendo i diversi servizi aziendali interessati; ➤ Sviluppo sistema di alert da inviare ai singoli gestori di spesa. <p>Obiettivo raggiunto al 100%</p>

CDR I LIVELLO	DIREZIONE AMMINISTRATIVA
CDR II LIVELLO	Dipartimento DAMM-S.C. BILANCIO, PROGRAMMAZIONE FINANZIARIA E CONTABILITA'

CODICE

INDIRIZZO DI BUDGET REGIONALE/AZIENDALE

061107	<p><i>D.G.R. XII/3720 del 30/12/2024, recante ad oggetto "Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione del SSR per l'anno 2025 – (di concerto con il vicepresidente Alparone e gli Assessori Lucchini e Fermi)" e ss.mm.ii.</i></p> <p><i>D.G.R. XII/3670 del 16/12/2024, recante ad oggetto "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sanitario e socio sanitario per l'esercizio 2025 - quadro economico programmatorio - (di concerto con il vicepresidente Alparone)"</i></p> <p><i>D.G.R. XII/4434 del 26.05.2025, recante ad oggetto "Determinazioni in ordine agli obiettivi delle Agenzie di Tutela della Salute (A.T.S.), delle Aziende Socio Sanitarie Territoriali (A.S.S.T.) e dell'Agenzia Regionale Emergenza Urgenza (A.R.E.U.) – anno 2025" e ss.mm.ii.</i></p> <p><i>Decreto DGW n.8610 del 18.06.2025, recante ad oggetto "Declinazione degli indicatori relativi agli obiettivi dell'ATS di Bergamo-Anno 2025"</i></p>
--------	---

Correlato a OBIETTIVO STRATEGICO (OS) o OPERATIVO (OO)

PIAO 2025-2027 (All.7)

OS4 OS9 OO26 OO31	OS4: Migliorare l'accesso degli stakeholder alle informazioni previste in tema di trasparenza OS9: Attuazione di specifici Progetti strategici o attività di miglioramento OO26: Assolvimento degli obblighi previsti dal D.lgs.33/2013 in ambito di Anticorruzione e Trasparenza OO31: Bilancio di Esercizio e CET ex DGR XII/4434 del 26.05.25 e Decreto DGW n.8610 del 18.06.25
--	---

Azione concreta di contribuzione alla realizzazione dell'indirizzo strategico ed operativo

OBIETTIVO DELL'AZIONE CONCRETA

1. Rispetto delle scadenze di invio e protocollazione del BES e CET come da comunicazione trimestrale.

PARAMETRO DI MISURAZIONE (Indicatore), TARGET ATTESO DELL'OBIETTIVO e TEMPO di sua realizzazione

1. **Indicatore:** Fatto/Non fatto (Rispetto delle scadenze definite a livello regionale per l'approvazione ed invio dei singoli adempimenti).

-**Target:** Fatto (Rispetto scadenza)

-**Tempo di realizzazione:** Entro il 31 dicembre 2025

PUNTI DI CONTROLLO DELL'OBIETTIVO da rendicontare

30 SETTEMBRE 2025

31 DICEMBRE 2025

Obiettivo condiviso con altre articolazioni di ATS? (barrare opzione) SI' NO X

Codice scheda	Rendicontazione al 30/09/2025	Rendicontazione al 31/12/2025
061107	Sono state rispettate tutte le scadenze regionali per l'approvazione e l'invio di: Bilancio di Previsione; Bilancio d'Esercizio; Assestamento; Certificazioni Economiche Trimestrali. - BPE 2025: scadenza 20/12/2024; adozione 20/12/2024; - BILANCIO DI ESERCIZIO 2024 deliberato entro scadenze regionale (15/05/2025 V1; 12/06/2025 V2); - CET TRIMESTRALI: I CET 2025 scad. 15/04/2025 invio 15/04/2025; II CET 2025 scad. 15/07/2025 invio 15/07/2025.	Sono state rispettate tutte le scadenze regionali per l'approvazione e l'invio di: Bilancio di Previsione; Bilancio d'Esercizio; Assestamento; Certificazioni Economiche Trimestrali. - BPE 2025: scadenza 20/12/2024; adozione 20/12/2024; - BILANCIO DI ESERCIZIO 2024 deliberato entro scadenze regionale (15/05/2025 V1; 12/06/2025 V2); - CET TRIMESTRALI: ✓ I CET 2025 scad. 15/04/2025 invio 15/04/2025; ✓ II CET 2025 scad. 15/07/2025 invio 15/07/2025; ✓ III CET 2025 scad. 15/10/2025 invio 15/10/2025; - BPE 2026: scadenza 24/12/2025; adozione 23/12/2025. Obiettivo raggiunto al 100%

CDR I LIVELLO	DIREZIONE AMMINISTRATIVA
CDR II LIVELLO	Dipartimento DAMM-S.C. GESTIONE E SVILUPPO DELLE RISORSE UMANE

CODICE

INDIRIZZO DI BUDGET REGIONALE/AZIENDALE

061201	<i>Obiettivo aziendale</i>
--------	----------------------------

Correlato a OBIETTIVO STRATEGICO (OS) o OPERATIVO (OO)

PIAO 2025-2027 (All.7)

OS8	<i>OS8: Piano dei controlli e di miglioramento</i>
OO2	<i>OO2: Rispetto del Codice di comportamento e corretto esercizio della vigilanza sulla sua osservanza e suo aggiornamento</i>

Azione concreta di contribuzione alla realizzazione dell'indirizzo strategico ed operativo

OBIETTIVO DELL'AZIONE CONCRETA

1. Eventi di formazione a tutti i dipendenti aventi ad oggetto materie relative al codice di comportamento dei dipendenti pubblici

PARAMETRO DI MISURAZIONE (Indicatore), TARGET ATTESO DELL'OBIETTIVO e TEMPO di sua realizzazione

- **Indicatore:** Fatto/Non fatto (Erogazione di almeno 1 evento)
- **Target:** Fatto (Almeno 1 evento erogato)
- **Tempo di realizzazione:** entro il 31 dicembre 2025

PUNTI DI CONTROLLO DELL'OBIETTIVO da rendicontare

30 SETTEMBRE 2025

31 DICEMBRE 2025

Obiettivo condiviso con altre articolazioni di ATS? (barrare opzione) SÌ NO X

Codice scheda	Rendicontazione al 30/09/2025	Rendicontazione al 31/12/2025
061201	Non fatto – corso codice comportamento programmato per il 17/10/2025	Fatto -Corso sul codice di comportamento effettuato (Sartori -responsabile scientifico) in data 17/10/2025.

CDR I LIVELLO	DIREZIONE AMMINISTRATIVA
CDR II LIVELLO	Dipartimento DAMM-S.C. GESTIONE E SVILUPPO DELLE RISORSE UMANE

CODICE	INDIRIZZO DI BUDGET REGIONALE/AZIENDALE
061202	D.G.R. XII/3720 del 30/12/2024, recante ad oggetto "Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione del SSR per l'anno 2025 – (di concerto con il vicepresidente Alparone e gli Assessori Lucchini e Fermi)" e ss.mm.ii.

Correlato a OBIETTIVO STRATEGICO (OS) o OPERATIVO (OO)

PIAO 2025-2027 (All.7)

OS1	OS1: Attuazione della legge regionale del SSL rendendo il POAS aderente
OO2	OO4: Favorire i livelli di copertura del personale in coerenza con il PTFP vigente per tempo e POAS

Azione concreta di contribuzione alla realizzazione dell'indirizzo strategico ed operativo

OBIETTIVO DELL'AZIONE CONCRETA
1. Predisposizione PTFP 2025/2027
2. Copertura dei posti e delle strutture complesse previste in dotazione organica

PARAMETRO DI MISURAZIONE (Indicatore), TARGET ATTESO DELL'OBIETTIVO e TEMPO di sua realizzazione
<p>1. Indicatore: Fatto/Non fatto (Adozione PTFP 2025/2027 con delibera ed invio Regione nei termini stabiliti)</p> <p>- Target: Fatto (Atto deliberato ed invio effettuato)</p> <p>- Tempo di realizzazione: su richiesta di Regione Lombardia nel corso del 2025</p> <p>2. Indicatore: Fatto/Non fatto (Attivazione delle procedure di selezioni interne/concorsi pubblici per la copertura dei posti e delle Strutture Complesse, previa acquisizione autorizzazione alla copertura da parte di Regione)</p> <p>- Target: Fatto (Rendicontazione trimestrale a Regione Lombardia)</p> <p>- Tempo di realizzazione: entro 15 gennaio 2026</p>

PUNTI DI CONTROLLO DELL'OBIETTIVO da rendicontare	
30 SETTEMBRE 2025	31 DICEMBRE 2025

Obiettivo condiviso con altre articolazioni di ATS? (barrare opzione) SÌ NO X

Codice scheda	Rendicontazione al 30/09/2025	Rendicontazione al 31/12/2025
061202	<p>Fatto – PTFP delibera n. 222 del 25.03.2025 e approvazione regionale con DGR VII/4808 del 28.07.2025</p> <p>Fatto - rendicontazione trimestrale entro 15 del mese successivo</p> <p>alla chiusura del trimestre: 15.04.2025, 15.07.2025 e 15.10.2025;</p> <p>Fatto – attivate al 30.09.2025 le procedure concorsuali /per copertura SC richieste dalla Direzione Strategica.</p>	<p>Fatto – PTFP delibera n. 222 del 25.03.2025 e approvazione regionale con DGR VII/4808 del 28.07.2025</p> <p>Fatto - rendicontazione trimestrale entro 15 del mese successivo, alla chiusura del trimestre: 15.04.2025, 15.07.2025, 15.10.2025 e 15.01.2026;</p>

		Fatto – attivate al 31.12.2025 le procedure concorsuali /per copertura SC richieste dalla Direzione Strategica ed autorizzate da Regione
--	--	---

CDR I LIVELLO	DIREZIONE AMMINISTRATIVA
CDR II LIVELLO	Dipartimento DAMM-S.C. GESTIONE E SVILUPPO DELLE RISORSE UMANE

CODICE	INDIRIZZO DI BUDGET REGIONALE/AZIENDALE
061203	Obiettivo aziendale

Correlato a **OBIETTIVO STRATEGICO (OS)** o **OPERATIVO (OO)**
PIAO 2025-2027 (All.7)

OS01	OS1: Attuazione della legge regionale del SSL rendendo il POAS aderente
OS9	OS9: Attuazione di specifici progetti strategici o attività di miglioramento
OO22	OO22: Lavoro agile

Azione concreta di contribuzione alla realizzazione dell'indirizzo strategico ed operativo

OBIETTIVO DELL'AZIONE CONCRETA
1. Migliorare il benessere dei dipendenti e la riduzione dell'inquinamento ambientale dovuto allo spostamento casa/lavoro

PARAMETRO DI MISURAZIONE (Indicatore), TARGET ATTESO DELL'OBIETTIVO e TEMPO di sua realizzazione
1. Indicatore: Fatto/Non fatto (Rilascio autorizzazioni al lavoro agile e stipula accordo individuale – personale dipendente) - Target: Fatto (N° dipendenti risultanti autorizzati nel corso del 2025 > N° dipendenti risultanti autorizzati nel corso del 2024) - Tempo di realizzazione: 31 dicembre 2025

PUNTI DI CONTROLLO DELL'OBIETTIVO da rendicontare	
30 SETTEMBRE 2025	31 DICEMBRE 2025

Obiettivo condiviso con altre articolazioni di ATS? (barrare opzione) ⇒ SÌ NO

Codice scheda	Rendicontazione al 30/09/2025	Rendicontazione al 31/12/2025
061203	Fatto- lavoro agile autorizzati al 31.12.20 n. 43 dipendenti, al 30.09.2024 n. 71 dipendenti.	Fatto - lavoro agile autorizzati al 31.12.2024 n. 43, al 31.12.2025 n. 85 dipendenti del comparto e n. 7 della dirigenza

CDR I LIVELLO	DIREZIONE AMMINISTRATIVA
CDR II LIVELLO	Dipartimento DAMM-S.C. GESTIONE E SVILUPPO DELLE RISORSE UMANE

CODICE

INDIRIZZO DI BUDGET REGIONALE/AZIENDALE

061204	<i>D.G.R. XII/3720 del 30/12/2024, recante ad oggetto "Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione del SSR per l'anno 2025 – (di concerto con il vicepresidente Alparone e gli Assessori Lucchini e Fermi)" e ss.mm.ii.</i>
--------	---

Correlato a **OBIETTIVO STRATEGICO (OS) o OPERATIVO (OO)**

PIAO 2025-2027 (All.7)

OS1	<i>OS1: Attuazione della legge regionale del SSL rendendo il POAS aderente</i>
OS4	<i>OS4: Favorire i livelli di copertura del personale in coerenza con il PTFP vigente per tempo e POAS</i>
OS9	<i>OS9: Attuazione di specifici progetti strategici o attività di miglioramento</i>

Azione concreta di contribuzione alla realizzazione dell'indirizzo strategico ed operativo

OBIETTIVO DELL'AZIONE CONCRETA

1. Cooperazione tra l'ATS di Bergamo ed Enti dello stesso territorio e tra le diverse ATS, attraverso Protocolli per la programmazione ed espletamento procedure di selezione del personale. Efficientamento dei processi.

PARAMETRO DI MISURAZIONE (Indicatore), TARGET ATTESO DELL'OBIETTIVO e TEMPO di sua realizzazione

1.1 Indicatore: Fatto/Non fatto (Stipula di Protocolli con Enti del territorio)

- **Target:** Fatto (Stipula di almeno 1 Protocollo)

- **Tempo di realizzazione:** 31 dicembre 2025

1.2 Indicatore: Fatto/Non fatto (Stipula di Protocolli con altre ATS)

- **Target:** Fatto (Stipula di almeno 1 Protocollo)

- **Tempo di realizzazione:** 31 dicembre 2025

PUNTI DI CONTROLLO DELL'OBIETTIVO da rendicontare

30 SETTEMBRE 2025

31 DICEMBRE 2025

Obiettivo condiviso con altre articolazioni di ATS? (barrare opzione) SI' NO X

Codice scheda	Rendicontazione al 30/09/2025	Rendicontazione al 31/12/2025
061204	Fatto - effettuati protocolli -protocollo con ATS Valpadana e ATS Pavia per concorso di	Fatto : effettuati protocolli con Enti del territorio e altre ATS

	assistente sanitario delibera n.1070 del 24.12.24 , - protocollo con ATS Valpadana, ATS Pavia e ATS Brianza per concorso di tecnico della prevenzione delibera di ATS Valpadana n. 271 del 29.05.25, - protocollo con ASST territorio di Bergamo per assistente amministrativo- delibera n. 228 del 25.03.2025 - protocollo con ASST territorio di Bergamo collaboratore amministrativo – delibera ASST BG Est n. 733 del 12.08.2025;	-protocollo con ATS Valpadana e ATS Pavia per concorso di assistente sanitario delibera n.1070 del 24.12.24 , - protocollo con ATS Valpadana, ATS Pavia e ATS Brianza per concorso di tecnico della prevenzione delibera di ATS Valpadana n. 271 del 29.05.25, - protocollo con ASST territorio di Bergamo per assistente amministrativo- delibera n. 228 del 25.03.2025 - protocollo con ASST territorio di Bergamo collaboratore amministrativo – delibera ASST BG Est n. 733 del 12.08.2025;
--	--	--

CDR I LIVELLO	DIREZIONE AMMINISTRATIVA
CDR II LIVELLO	Dipartimento DAMM- S.C. GESTIONE E SVILUPPO DELLE RISORSE UMANE

CODICE

INDIRIZZO DI BUDGET REGIONALE/AZIENDALE

061205	<i>D.G.R. XII/3720 del 30/12/2024, recante ad oggetto "Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione del SSR per l'anno 2025 – (di concerto con il vicepresidente Alparone e gli Assessori Lucchini e Fermi)" e ss.mm.ii.</i>
---------------	---

Correlato a OBIETTIVO STRATEGICO (OS) o OPERATIVO (OO)

PIAO 2025-2027 (All.7)

OS9	<i>Attuazione di specifici progetti strategici o attività di miglioramento</i>
------------	--

Azione concreta di contribuzione alla realizzazione dell'indirizzo strategico ed operativo

OBIETTIVO DELL'AZIONE CONCRETA

1. **BUDGET UNICO DEL PERSONALE** – Limite invalicabile come da scheda BPE 2025-Monitoraggio del costo del personale in sede di CET e di bilancio di assestamento

PARAMETRO DI MISURAZIONE (Indicatore), TARGET ATTESO DELL'OBIETTIVO e TEMPO di sua realizzazione

1. **Indicatore:** Fatto/Non fatto (Valorizzazione del Budget unico del Personale e rispetto tempistica flussi)
 - **Target:** Fatto (Costo del personale CET 2025 ed Assestamento 2025 <= costo del personale BPE 2025 e *rispetto delle scadenze dei CET 15/04/2025,15.07.2025,15.10.2025,15.01.2026 ed Assestamento 2025*)
 - **Tempo di realizzazione:** secondo le scadenze regionali previste

PUNTI DI CONTROLLO DELL'OBIETTIVO da rendicontare

30 SETTEMBRE 2025

31 DICEMBRE 2025

Obiettivo condiviso con altre articolazioni di ATS? (barrare opzione) SÌ NO X

Codice scheda	Rendicontazione al 30/09/2025	Rendicontazione al 31/12/2025
061205	Fatto- -trasmissione flussi secondo scadenza indicate da Regione Lombardia: 15.04.25, 15.07.25 - rispettato costo del personale assegnato a Bilancio preventivo 2025 con decreto regionale.	Fatto - -trasmissione flussi secondo scadenza indicate da Regione Lombardia: 15.04.25, 15.07.25, 15.10.2025 e 15.01.2026 - rispettato costo del personale assegnato a Bilancio preventivo 2025 con decreto regionale. - rispettata la scadenza del 23.12 2025 di invio Bilancio preventivo 2026

CDR I LIVELLO	DIREZIONE AMMINISTRATIVA
CDR II LIVELLO	Dipartimento DAMM-S.C. GESTIONE E SVILUPPO DELLE RISORSE UMANE

CODICE	INDIRIZZO DI BUDGET REGIONALE/AZIENDALE
061206	Obiettivo aziendale

Correlato a OBIETTIVO STRATEGICO (OS) o OPERATIVO (OO)
PIAO 2025-2027 (All.7)

OS3	OS3: Governo dei sistemi informativi
OS9	OS9: Attuazione di specifici Progetti strategici o attività di miglioramento

Azione concreta di contribuzione alla realizzazione dell'indirizzo strategico ed operativo

OBIETTIVO DELL'AZIONE CONCRETA
1. Monitoraggio dell'attuazione del Regolamento attività libero professionale intramoenia

PARAMETRO DI MISURAZIONE (Indicatore), TARGET ATTESO DELL'OBIETTIVO e TEMPO di sua realizzazione
1. Indicatore: Fatto/Non fatto (Verifica dello stato di attuazione del nuovo regolamento della libera professione tenuto con dei rilevati del MEF per competenza dell'articolazione organizzativa) - Target: Fatto (Verifica effettuata) - Tempo di realizzazione: Messa a regime della funzionalità entro il 31 dicembre 2025

PUNTI DI CONTROLLO DELL'OBIETTIVO da rendicontare

30 SETTEMBRE 2025	31 DICEMBRE 2025
-------------------	------------------

Obiettivo condiviso con altre articolazioni di ATS? (barrare opzione) SI' NO

se barrato "SI" indicare a seguire:

Obiettivo in collaborazione con SC BPFC (Scheda codice 061104 ob.1), con DVSAOA (Scheda codice 013304 ob.1) e con SS SIA (Scheda codice 201901 ob.1)

Codice scheda	Rendicontazione al 30/09/2025	Rendicontazione al 31/12/2025
061206	Fatto-create in SIGMA a fine ottobre 2024 le causali di timbratura per LP, verifica cartellini da gennaio 2025 – dati presenti in SIGMA	Fatto-create in SIGMA a fine ottobre 2024 le causali di timbratura per LP, verifica cartellini da gennaio 2025 – dati presenti in SIGMA

CDR I LIVELLO	DIREZIONE AMMINISTRATIVA
CDR II LIVELLO	Dipartimento DAMM-S.C. GESTIONE E SVILUPPO DELLE RISORSE UMANE

CODICE

INDIRIZZO DI BUDGET REGIONALE/AZIENDALE

061207	Obiettivo aziendale
--------	---------------------

Correlato a OBIETTIVO STRATEGICO (OS) o OPERATIVO (OO)

PIAO 2025-2027 (All.7)

OS3	OS3: Governo dei sistemi informativi
OS9	OS9: Attuazione di specifici Progetti strategici o attività di miglioramento

Azione concreta di contribuzione alla realizzazione dell'indirizzo strategico ed operativo

OBIETTIVO DELL'AZIONE CONCRETA

1. Digitalizzazione del ciclo passivo di liquidazione dei documenti (Fatture e Note di Debito)

PARAMETRO DI MISURAZIONE (Indicatore), TARGET ATTESO DELL'OBIETTIVO e TEMPO di sua realizzazione

1. **Indicatore:** Fatto/Non fatto (Sviluppo di specifica funzionalità che possa consentire di procedere alla liquidazione digitale dei documenti passivi, da parte del Dirigente Responsabile o da suo delegato).

-**Target:** Fatto (Funzionalità attiva)

-**Tempo di realizzazione:** Messa a regime della funzionalità entro il 31 ottobre 2025.

PUNTI DI CONTROLLO DELL'OBIETTIVO da rendicontare

30 SETTEMBRE 2025

31 DICEMBRE 2025

Obiettivo condiviso con altre articolazioni di ATS? (barrare opzione) SI' X NO

se barrato "SI" indicare a seguire:
Obiettivo in collaborazione con SC BPFC (Scheda codice 061106 ob.1.), con SC AGL (Scheda codice 061006 ob.1) e con SC GTP (Scheda codice 061407 Ob.1)

Codice scheda	Rendicontazione al 30/09/2025	Rendicontazione al 31/12/2025
061207	Non fatto -Non ancora attivata procedura informatica nel sw di contabilità	Fatto -Liquidata fattura interinali (obiettivi 2024) nel mese di dicembre 2025 con applicativo di Santer Reply (modulo alfa)

CDR I LIVELLO	DIREZIONE AMMINISTRATIVA
CDR II LIVELLO	Dipartimento DAMM-S.C. GESTIONE E SVILUPPO DELLE RISORSE UMANE

CODICE	INDIRIZZO DI BUDGET REGIONALE/AZIENDALE
061208	<p>D.G.R. XII/3720 del 30/12/2024, recante ad oggetto "Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione del SSR per l'anno 2025 – (di concerto con il vicepresidente Alparone e gli Assessori Lucchini e Fermi)" e ss.mm.ii.</p> <p>D.G.R. XII/3670 del 16/12/2024, recante ad oggetto "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sanitario e socio sanitario per l'esercizio 2025 - quadro economico programmatorio - (di concerto con il vicepresidente Alparone)"</p>

Correlato a OBIETTIVO STRATEGICO (OS) o OPERATIVO (OO)

PIAO 2025-2027 (All.7)

OS4	OS4: Migliorare l'accesso degli stakeholder alle informazioni previste in tema di trasparenza
OS9	OS9: Attuazione di specifici Progetti strategici o attività di miglioramento
OO26	OO26: Assolvimento degli obblighi previsti dal D.lgs.33/2013 in ambito di Anticorruzione e Trasparenza

Azione concreta di contribuzione alla realizzazione dell'indirizzo strategico ed operativo

OBIETTIVO DELL'AZIONE CONCRETA
1. Assolvimento, per competenza, degli obblighi di trasparenza definiti nell'allegato 2 (Tabella dei dati e documenti da pubblicare a fini di trasparenza) del PIAO 2025-2027.

PARAMETRO DI MISURAZIONE (Indicatore), TARGET ATTESO DELL'OBIETTIVO e TEMPO di sua realizzazione
<p>1. Indicatore: Numero relazioni fatte per il PIAO vigente in materia anticorruzione e trasparenza / Numero relazioni previste per il PIAO vigente in materia di anticorruzione e trasparenza</p> <p>- Target: 100% (valore atteso 2 relazioni)</p> <p>- Tempo di realizzazione: 31 luglio 2025 e 31 dicembre 2025 (salvo diverse indicazioni da parte del RPCT)</p>

2. **Indicatore:** Fatto/Non fatto (Rispetto delle tempistiche di pubblicazione dei vari documenti secondo i format previsti) nelle sezioni Amministrazione Trasparente di competenza

- **Target:** Fatto (Tempi e modalità rispettate)

- **Tempo di realizzazione:** In aderenza a quanto definito dal PIAO 2025-2027 nel corso del 2025

PUNTI DI CONTROLLO DELL'OBIETTIVO da rendicontare

30 SETTEMBRE 2025

31 DICEMBRE 2025

Obiettivo condiviso con altre articolazioni di ATS? (barrare opzione) SI' NO X

Codice scheda	Rendicontazione al 30/09/2025	Rendicontazione al 31/12/2025
061208	Fatto- relazione semestrale effettuata in data 30.06.25 inviata alla segreteria dir amm.; respons. Anticorr. Fatto – pubblicazione/aggiornamento dati sul sito internet.	Fatto - relazione semestrale (2 semestre 2025) effettuata in data 15.12.2025 con protocollo n. 0120667/25 inviata al respons. Anticorr , per il DAMM inviata con mail del 19.12.2025 al respons. Anticorr. Fatto – pubblicazione/aggiornamento dati sul sito internet.

CDR I LIVELLO	DIREZIONE AMMINISTRATIVA
CDR II LIVELLO	Dipartimento DAMM-S.C. GESTIONE E SVILUPPO DELLE RISORSE UMANE

CODICE	INDIRIZZO DI BUDGET REGIONALE/AZIENDALE
061209	<i>D.G.R. XII/3720 del 30/12/2024, recante ad oggetto "Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione del SSR per l'anno 2025 – (di concerto con il vicepresidente Alparone e gli Assessori Lucchini e Fermi)" e ss.mm.ii.</i> <i>D.G.R. XII/4434 del 26.05.2025, recante ad oggetto "Determinazioni in ordine agli obiettivi delle Agenzie di Tutela della Salute (A.T.S.), delle Aziende Socio Sanitarie Territoriali (A.S.S.T.) e dell'Agenzia Regionale Emergenza Urgenza (A.R.E.U.) – anno 2025" e ss.mm.ii.</i> <i>Decreto DGW n.8610 del 18.06.2025, recante ad oggetto "Declinazione degli indicatori relativi agli obiettivi dell'ATS di Bergamo-Anno 2025"</i>

Correlato a OBIETTIVO STRATEGICO (OS) o OPERATIVO (OO)

PIAO 2025-2027 (All.7)

OS14	<i>Tempestiva alimentazione e potenziamento dei Flussi informativi per monitoraggio performance ex DGR XII/4434 del 26.05.25 e Decreto DGW n.8610 del 18.06.25</i>
------	--

Azione concreta di contribuzione alla realizzazione dell'indirizzo strategico ed operativo

OBIETTIVO DELL'AZIONE CONCRETA
1. Aumento della tempestività di invio dei flussi (Conto Annuale e Fluper); Coerenza dei dati contenuti nelle tabelle 1,2,5,6,12,13 e 14 del Conto Annuale con i dati Fluper e Modello A.

PARAMETRO DI MISURAZIONE (Indicatore), TARGET ATTESO DELL'OBIETTIVO e TEMPO di sua realizzazione
<p>1. Indicatore: n record inviati entro la scadenza/totale record inviati (Flussi sanitari: tempestività della rilevazione, secondo scadenze previste e formalizzate da DGW)</p> <p>-Target: ≥95%</p> <p>-Tempo di realizzazione: nel corso del 2025 secondo scadenze fissate da DGW</p>

PUNTI DI CONTROLLO DELL'OBIETTIVO da rendicontare	
30 SETTEMBRE 2025	31 DICEMBRE 2025

Obiettivo condiviso con altre articolazioni di ATS? (barrare opzione) SI' NO X

Codice scheda	Rendicontazione al 30/09/2025	Rendicontazione al 31/12/2025
061209	<p>Fatto-</p> <p>-trasmissione flussi secondo scadenza indicate da Regione</p> <p>Lombardia:</p> <p>- conto annuale spedito il 31.07.25, rispetto scadenze Fluper 30.04.25,15.05.25,16.06.25,17.07.25,30.07.25,15.09.25,26.09.25 e monitoraggio congiunturale 11.04.25, 18.07.25.</p>	<p>Fatto-</p> <p>-trasmissione flussi secondo scadenza indicate da Regione</p> <p>Lombardia:</p> <p>- conto annuale spedito il 31.07.25, rispetto delle scadenze Fluper A e B 0.04.25,15.05.25,16.06.25, 17.07.25,30.07.25,15.09.25, 03.10.2025 28.11.2025, 23.12.2025 e 30.01.2026 ;</p> <p>Flusso C anno 2024 evaso il 5.12.2025;</p> <p>e monitoraggio congiunturale 11.04.25, 18.07.25, 17.10.25 e 20.01.2026.</p>

CDR I LIVELLO	DIREZIONE AMMINISTRATIVA
CDR II LIVELLO	Dipartimento DAMM-S.C. GESTIONE TECNICO-PATRIMONIALE

CODICE	INDIRIZZO DI BUDGET REGIONALE/AZIENDALE
061401	Obiettivo aziendale

Correlato a OBIETTIVO STRATEGICO (OS) o OPERATIVO (OO)

PIAO 2025-2027 (All.7)

OS9	Attuazione di specifici Progetti strategici o attività di miglioramento
-----	---

Azione concreta di contribuzione alla realizzazione dell'indirizzo strategico ed operativo

OBIETTIVO DELL'AZIONE CONCRETA
1. Incentivi art.45 del D.lgs. 36/2023 (ex art.113) pagamento anni 2022/2023/2024 in base alla normativa di riferimento

PARAMETRO DI MISURAZIONE (Indicatore), TARGET ATTESO DELL'OBIETTIVO e TEMPO di sua realizzazione
1. Indicatore: Fatto/Non fatto (Rispetto incentivi art.45 del Dlgs. 36/2023) - Target: Fatto (Effettuate liquidazioni) - Tempo di realizzazione: 31 dicembre 2025

PUNTI DI CONTROLLO DELL'OBIETTIVO da rendicontare	
30 SETTEMBRE 2025	31 DICEMBRE 2025

Obiettivo condiviso con altre articolazioni di ATS? (barrare opzione) SI' NO X

Codice scheda	Rendicontazione al 30/09/2025	Rendicontazione al 31/12/2025
061401	Terminata l'attività per il triennio 2018-2020. È in fase di completamento la stesura del nuovo "Regolamento per la costituzione e ripartizione del fondo previsto dall'art. 45 del D.Lgs. 36/2023 e ss.mm.ii e l'erogazione degli incentivi per le funzioni tecniche" ed è in corso l'attività di raccolta dati per poter effettuare il pagamento relativo agli incentivi per le annate 2021-2024.	Incombenze lavorative e cambiamenti del personale non hanno permesso di proseguire l'attività intrapresa. E' stata completata la stesura del regolamento che si è dovuto rivedere sulla base delle nuove linee guida giunte da Regione Lombardia a dicembre 2025. Sono stati calcolati gli importi per gli incentivi relativi alle annualità 2021-2022. Si evidenzia che la risorsa esterna aggiuntiva che era stata assegnata alla S.C. per il raggiungimento dell'obiettivo non è stata più disponibile dal mese di novembre. Obiettivo parzialmente raggiunto al 50%

CDR I LIVELLO	DIREZIONE AMMINISTRATIVA
CDR II LIVELLO	Dipartimento DAMM-S.C. GESTIONE TECNICO-PATRIMONIALE

CODICE

INDIRIZZO DI BUDGET REGIONALE/AZIENDALE

061402	D.G.R. XII/3720 del 30/12/2024, recante ad oggetto "Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione del SSR per l'anno 2025 – (di concerto con il vicepresidente Alparone e gli Assessori Lucchini e Fermi)" e ss.mm.ii.
--------	--

Correlato a OBIETTIVO STRATEGICO (OS) o OPERATIVO (OO)

PIAO 2025-2027 (All.7)

OS9	Attuazione di specifici Progetti strategici o attività di miglioramento
-----	---

Azione concreta di contribuzione alla realizzazione dell'indirizzo strategico ed operativo

OBIETTIVO DELL'AZIONE CONCRETA

1. Efficientamento energetico nelle strutture sanitarie e sociosanitarie in coerenza al programma "NEW"

PARAMETRO DI MISURAZIONE (Indicatore), TARGET ATTESO DELL'OBIETTIVO e TEMPO di sua realizzazione

1. **Indicatore:** Fatto/Non fatto (Predisposizione documentazione tecnica e amministrativa per l'affidamento dell'incarico ad un professionista per la redazione degli studi di fattibilità tecnico e economica per l'efficientamento energetico per la sede legale e per la sede di Piario Villa Frassino)

- **Target:** Fatto (Documento predisposto)

- **Tempo di realizzazione:** 31 dicembre 2025

PUNTI DI CONTROLLO DELL'OBIETTIVO da rendicontare

30 SETTEMBRE 2025

31 DICEMBRE 2025

Obiettivo condiviso con altre articolazioni di ATS? (barrare opzione) SÌ NO X

Codice scheda	Rendicontazione al 30/09/2025	Rendicontazione al 31/12/2025
061402	Documentazione tecnica predisposta, in corso predisposizione della documentazione amministrativa. FATTO	Tutta la documentazione tecnica e amministrativa per l'affidamento dell'incarico ad un professionista per la redazione degli studi di fattibilità tecnico e economica per l'efficientamento energetico per la sede legale e per la sede di Piario Villa Frassino è stata predisposta. Obiettivo raggiunto al 100% FATTO

CDR I LIVELLO	DIREZIONE AMMINISTRATIVA
CDR II LIVELLO	Dipartimento DAMM-S.C. GESTIONE TECNICO-PATRIMONIALE

CODICE

INDIRIZZO DI BUDGET REGIONALE/AZIENDALE

061403	<p><i>D.G.R. XII/3720 del 30/12/2024, recante ad oggetto "Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione del SSR per l'anno 2025 – (di concerto con il vicepresidente Alparone e gli Assessori Lucchini e Fermi)" e ss.mm.ii.</i></p> <p><i>D.G.R. XII/4434 del 26.05.2025, recante ad oggetto "Determinazioni in ordine agli obiettivi delle Agenzie di Tutela della Salute (A.T.S.), delle Aziende Socio-Sanitarie Territoriali (A.S.S.T.) e dell'Agenzia Regionale Emergenza Urgenza (A.R.E.U.) – anno 2025 e ss.mm.ii.</i></p> <p><i>Decreto DGW n.8610 del 18.06.2025, recante ad oggetto "Declinazione degli indicatori relativi agli obiettivi dell'ATS di Bergamo-Anno 2025"</i></p>
---------------	---

Correlato a OBIETTIVO STRATEGICO (OS) o OPERATIVO (OO)

PIAO 2025-2027 (All.7)

OS18	<p><i>Attuazione investimenti con fondi PNRR -PNC e POR per Edilizia sanitaria comprendendo interventi anche del Piano di Riordino Rete ospedaliera di cui al D.L. 34/2020 ex DGR XII/4434 del 26.05.25</i></p>
-------------	---

Azione concreta di contribuzione alla realizzazione dell'indirizzo strategico ed operativo

OBIETTIVO DELL'AZIONE CONCRETA

- Raggiungimento del target stabilito dello stato di avanzamento lavori (Presente nella DGR, ma non sviluppato nel Decreto DGW).**
Attuazione degli investimenti finanziati con i fondi del PNRR-PNC e POR, compresi gli interventi inclusi nel Piano di riordino della rete ospedaliera di cui al D.L. n.34/2020(Presente nella DGR, ma non sviluppato nel Decreto DGW)

PARAMETRO DI MISURAZIONE (Indicatore), TARGET ATTESO DELL'OBIETTIVO e TEMPO di sua realizzazione

- Indicatore:** Fatto/Non fatto
 - **Target:** Fatto (rendicontazione su portale Boolebox e reportistica periodica attività PNRR delle ASST)
 - **Tempo di realizzazione:** nel corso del 2025 su richiesta

PUNTI DI CONTROLLO DELL'OBIETTIVO da rendicontare

30 SETTEMBRE 2025

31 DICEMBRE 2025

Obiettivo condiviso con altre articolazioni di ATS? (barrare opzione) SI' NO X

Codice scheda	Rendicontazione al 30/09/2025	Rendicontazione al 31/12/2025
061403	Per interventi finanziati con fondi PNC si è provveduto a caricare la documentazione richiesta su applicativo regionale Boolebox entro la scadenza. Il 20/05/2025 i tecnici hanno partecipato ad un incontro via TEAMS con ASST per rendicontazione stato di avanzamento lavori delle CdC e OdC e segnalazione eventuali problemi. Il 16/06/2025 i tecnici hanno	Per interventi finanziati con fondi PNC si è provveduto a caricare la documentazione richiesta su applicativo regionale Boolebox entro la scadenza prevista. Il 15/07/2025 i tecnici hanno partecipato ad un incontro via TEAMS con le ASST per rendicontazione stato di avanzamento lavori delle CdC e OdC. E' stata richiesta una rendicontazione alle ASST il 04/12/2025. Il 5/12/2025 ricevuta risposta da ASST Papa Giovanni XIII. In data 12.12.2025 si è tenuto un incontro da remoto con il servizio tecnico dell' ASST Bergamo

	partecipato ad un incontro via TEAMS con Regione Lombardia e ASST per presentazione del TEAM di assistenza tecnica rendicontazione. Il 27/06/2025 e il 15/07/2025 i tecnici hanno partecipato ad un incontro via TEAMS con il TEAM di assistenza e ASST.	Ovest e in data 15.12.2025 con il servizio tecnico dell'ASST Bergamo Est, per rendicontazione dell'avanzamento degli interventi relativi al PNRR, acquisendo relativa documentazione riassuntiva. Obiettivo raggiunto al 100% FATTO
--	--	---

CDR I LIVELLO	DIREZIONE AMMINISTRATIVA
CDR II LIVELLO	Dipartimento DAMM-S.C. GESTIONE TECNICO-PATRIMONIALE

CODICE

INDIRIZZO DI BUDGET REGIONALE/AZIENDALE

061404	D.G.R. XII/3720 del 30/12/2024, recante ad oggetto "Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione del SSR per l'anno 2025 – (di concerto con il vicepresidente Alparone e gli Assessori Lucchini e Fermi)" e ss.mm.ii.
--------	--

Correlato a **OBIETTIVO STRATEGICO (OS) o OPERATIVO (OO)**

PIAO 2025-2027 (All.7)

OS9	Attuazione di specifici progetti strategici o attività di miglioramento
-----	---

Azione concreta di contribuzione alla realizzazione dell'indirizzo strategico ed operativo

OBIETTIVO DELL'AZIONE CONCRETA
1. Integrazione dell'attività degli acquisti con il Sistema Acquisti Regionale

PARAMETRO DI MISURAZIONE (Indicatore), TARGET ATTESO DELL'OBIETTIVO e TEMPO di sua realizzazione
<p>1.1 Indicatore: Trasmissione dei fabbisogni di acquisto al soggetto aggregatore regionale (ARIA S.p.A.) e Trasmissione dei moduli FOL (Fabbisogni On Line) dei fabbisogni specifici in risposta alle richieste di ARIA S.p.A.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Target: FATTO su richiesta - Tempo di realizzazione: su richiesta di Regione Lombardia nel corso del 2025 entro le scadenze comunicate attraverso la Piattaforma Regionale di e-Procurement (tramite modulo programmazione) <p>1.2 Indicatore: Partecipazione dei funzionari di ATS allo svolgimento dei lavori di progettazione delle Gare nella fase di predisposizione dei capitolati tecnici e dei correlati atti di gara.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Target: FATTO su richiesta - Tempo di realizzazione: su richiesta di Regione Lombardia nel corso del 2025

PUNTI DI CONTROLLO DELL'OBIETTIVO da rendicontare	
30 SETTEMBRE 2025	31 DICEMBRE 2025

Obiettivo condiviso con altre articolazioni di ATS? (barrare opzione) SI' NO X

Codice scheda	Rendicontazione al 30/09/2025	Rendicontazione al 31/12/2025
061404	1.1 Fatto 100% trasmessi i FOL come da richiesta di aggregatore regionale 1.2 Fatto 100% partecipazione di operatori ATS per predisposizione capitolati e atti quando richiesto da ARIA	1.1 Trasmessi i FOL come da richiesta di aggregatore regionale Obiettivo raggiunto al 100% FATTO 1.2 Partecipazione di operatori ATS per predisposizione capitolati e atti quando richiesto da ARIA Obiettivo raggiunto al 100% FATTO

CDR I LIVELLO	DIREZIONE AMMINISTRATIVA
CDR II LIVELLO	Dipartimento DAMM-S.C. GESTIONE TECNICO-PATRIMONIALE

CODICE	INDIRIZZO DI BUDGET REGIONALE/AZIENDALE
061405	Obiettivo aziendale

Correlato a OBIETTIVO STRATEGICO (OS) o OPERATIVO (OO)

PIAO 2025-2027 (All.7)

OS3	OS3: Governo dei Sistemi Informativi
OS9	OS9: Attuazione di specifici Progetti strategici o attività di miglioramento

Azione concreta di contribuzione alla realizzazione dell'indirizzo strategico ed operativo

OBIETTIVO DELL'AZIONE CONCRETA
1. Attuazione di quanto indicato nella domanda di partecipazione all'Avviso Pubblico multimisura 1.1 e 1.2 "Infrastrutture digitali e abilitazione al cloud" – ASL/AO (marzo 2023) – M1C1 PNRR FINANZIATO DALL'UNIONE EUROPEA - NextGenerationEU

PARAMETRO DI MISURAZIONE (Indicatore), TARGET ATTESO DELL'OBIETTIVO e TEMPO di sua realizzazione
1. Indicatore: Fatto/Non fatto (Avanzamento di tutte le linee di attività previste dal piano di finanziamento-in totale sono 16- con un obiettivo al 100% entro il 30 giugno 2025 (termine ultimo attività). - Target: Fatto (100% delle linee di attività a regime) - Tempo di realizzazione entro il 30 giugno 2025

PUNTI DI CONTROLLO DELL'OBIETTIVO da rendicontare

30 SETTEMBRE 2025

31 DICEMBRE 2025

Obiettivo condiviso con altre articolazioni di ATS? (barrare opzione) ⇒ SI' X NO

se barrato "SI" indicare a seguire:

Obiettivo in collaborazione con SS SIA (Scheda codice 201903 ob.1), con SC AGL (Scheda codice 061005 ob.1), e con SC BPFC (Scheda codice 061103 ob.1)

Codice scheda	Rendicontazione al 30/09/2025	Rendicontazione al 31/12/2025
061405	Fatto 100%. Dei 16 obiettivi individuati 11 sono in capo ad ARIA Lombardia che li ha già evasi. Dei 5 rimanenti ovvero "comunicazione istituzionale web, protocollo, gestione documentale, contabilità bilancio e controllo, acquisti" sono stati individuati tutti i fornitori (Argonet, SIAV, Reply)	Dei 16 obiettivi individuati 11 sono in capo ad ARIA Lombardia che li ha già evasi. Dei 5 rimanenti ovvero "comunicazione istituzionale web, protocollo, gestione documentale, contabilità bilancio e controllo, acquisti" sono stati individuati tutti i fornitori (Argonet, SIAV, Reply) Obiettivo raggiunto al 100% FATTO

CDR I LIVELLO	DIREZIONE AMMINISTRATIVA
CDR II LIVELLO	Dipartimento DAMM- S.C. GESTIONE TECNICO-PATRIMONIALE

CODICE

INDIRIZZO DI BUDGET REGIONALE/AZIENDALE

061406	<p>D.G.R. XII/3720 del 30/12/2024, recante ad oggetto "Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione del SSR per l'anno 2025 – (di concerto con il vicepresidente Alparone e gli Assessori Lucchini e Fermi)" e ss.mm.ii.</p> <p>D.G.R. XII/3670 del 16/12/2024, recante ad oggetto "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sanitario e socio sanitario per l'esercizio 2025 - quadro economico programmatorio - (di concerto con il vicepresidente Alparone)"</p>
--------	---

Correlato a OBIETTIVO STRATEGICO (OS) o OPERATIVO (OO)

PIAO 2025-2027 (All.7)

OS4	OS4: Migliorare l'accesso degli stakeholder alle informazioni previste in tema di trasparenza
OS9	OS9: Attuazione di specifici Progetti strategici o attività di miglioramento
OO26	OO26: Assolvimento degli obblighi previsti dal D.lgs.33/2013 in ambito di Anticorruzione e Trasparenza

Azione concreta di contribuzione alla realizzazione dell'indirizzo strategico ed operativo

OBIETTIVO DELL'AZIONE CONCRETA

1. Assolvimento, per competenza, degli obblighi di trasparenza definiti nell'allegato 2 (Tabella dei dati e documenti da pubblicare a fini di trasparenza) del PIAO 2025-2027

PARAMETRO DI MISURAZIONE (Indicatore), TARGET ATTESO DELL'OBIETTIVO e TEMPO di sua realizzazione
<p>1. Indicatore: Numero relazioni fatte per il PIAO vigente in materia anticorruzione e trasparenza / Numero relazioni previste per il PIAO vigente in materia di anticorruzione e trasparenza</p> <p>- Target: 100% (valore atteso 2 relazioni)</p> <p>- Tempo di realizzazione: 31 luglio 2025 e 31 dicembre 2025 (salvo diverse indicazioni da parte del RPCT)</p> <p>2. Indicatore: Fatto/Non fatto (Rispetto delle tempistiche di pubblicazione dei vari documenti secondo i format previsti) nelle sezioni Amministrazione Trasparente di competenza</p> <p>- Target: Fatto (Tempi e modalità rispettate)</p> <p>- Tempo di realizzazione: In aderenza a quanto definito dal PIAO 2025-2027 nel corso del 2025</p>

PUNTI DI CONTROLLO DELL'OBIETTIVO da rendicontare	
30 SETTEMBRE 2025	31 DICEMBRE 2025

Obiettivo condiviso con altre articolazioni di ATS? (barrare opzione) ⇒ SI' NO

Codice scheda	Rendicontazione al 30/09/2025	Rendicontazione al 31/12/2025
061406	<p>1.1. Fatto 100% redatta e inviata relazione relativa al primo semestre 2025</p> <p>1.2. Si sta predisponendo la sistemazione dei documenti sul nuovo sito ATS Bergamo nella sezione "amministrazione trasparente" di competenza e si sta procedendo al relativo caricamento nuovi dati</p>	<p>1.1. Redatte e inviate relazioni relative al primo e secondo semestre 2025</p> <p>Obiettivo raggiunto al 100% FATTO</p> <p>1.2. Tutta la documentazione è stata pubblicata sul sito nel rispetto delle tempistiche di pubblicazione e secondo i format previsti</p> <p>Obiettivo raggiunto al 100% FATTO</p>

CDR I LIVELLO	DIREZIONE AMMINISTRATIVA
CDR II LIVELLO	Dipartimento DAMM-S.C. GESTIONE TECNICO PATRIMONIALE

CODICE	INDIRIZZO DI BUDGET REGIONALE/AZIENDALE
061407	Obiettivo aziendale

Correlato a OBIETTIVO STRATEGICO (OS) o OPERATIVO (OO)
PIAO 2025-2027 (All.7)

OS3	OS3: Governo dei sistemi informativi
OS9	OS9: Attuazione di specifici Progetti strategici o attività di miglioramento

Azione concreta di contribuzione alla realizzazione dell'indirizzo strategico ed operativo

OBIETTIVO DELL'AZIONE CONCRETA
1. Digitalizzazione del ciclo passivo di liquidazione dei documenti (Fatture e Note di Debito)

PARAMETRO DI MISURAZIONE (Indicatore), TARGET ATTESO DELL'OBIETTIVO e TEMPO di sua realizzazione
<p>1. Indicatore: Fatto/Non fatto (Sviluppo di specifica funzionalità che possa consentire di procedere alla liquidazione digitale dei documenti passivi, da parte del Dirigente Responsabile o da suo delegato).</p> <p>-Target: Fatto (Funzionalità attiva)</p> <p>-Tempo di realizzazione: Messa a regime della funzionalità entro il 31 dicembre 2025</p>

PUNTI DI CONTROLLO DELL'OBIETTIVO da rendicontare	
30 SETTEMBRE 2025	31 DICEMBRE 2025

Obiettivo condiviso con altre articolazioni di ATS? (barrare opzione) ⇒ SI' NO

se barrato "SI" indicare a seguire:

Obiettivo in collaborazione con SC BPFC (Scheda codice 061106 ob.1), con SC AGL (Scheda codice 061006 ob.1) con SC SGRU (Scheda codice 061207 ob.1)

Codice scheda	Rendicontazione al 30/09/2025	Rendicontazione al 31/12/2025
061407	<p>Nel corso del corrente anno, si è provveduto ad effettuare una mappatura dei diversi processi aziendali che comportano la liquidazione di documenti passivi da parte delle diverse articolazioni aziendali.</p> <p>Sono inoltre state avviate delle attività di analisi e di confronto con il fornitore REPLY affinché si possa dematerializzare il processo di liquidazione delle fatture passive.</p> <p>Si è altresì verificato i contenuti del prototipo messo a punto dal fornitore del gestionale contabile in uso.</p>	<p>Nel corso dell'anno 2025 sono state messe in atto tutte le azioni finalizzate alla completa digitalizzazione del percorso di liquidazione dei documenti passivi, che è pienamente operativa a partire dal 1° gennaio 2026.</p> <p>Al fine del raggiungimento dell'obiettivo, sono state in particolare messe in atto le seguenti attività:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avvio tavoli di lavoro con diverse strutture aziendale; • Mappatura specificità diverse tipologie di ordine; • Definizione processi per singola tipologia di acquisto; • Sviluppo interfaccia ALFA all'interno del gestionale ERP; • Sviluppo controlli DURC ed Equitalia; • Profilazione utenti e individuazione responsabili emissione ordini e soggetti delegati, acquisizione pareri, liquidazione fatture e pagamento documenti; • Verifica funzionamento processo, coinvolgendo i diversi servizi aziendali interessati; • Sviluppo sistema di alert da inviare ai singoli gestori di spesa. <p>Obiettivo raggiunto al 100%</p>

CDR I LIVELLO	DIREZIONE AMMINISTRATIVA
CDR II LIVELLO	Dipartimento DAMM-S.C. GESTIONE TECNICO-PATRIMONIALE

CODICE

INDIRIZZO DI BUDGET REGIONALE/AZIENDALE

061408	<p><i>D.G.R. XII/3720 del 30/12/2024, recante ad oggetto "Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione del SSR per l'anno 2025 – (di concerto con il vicepresidente Alparone e gli Assessori Lucchini e Fermi)" e ss.mm.ii.</i></p> <p><i>D.G.R. XII/4434 del 26.05.2025, recante ad oggetto "Determinazioni in ordine agli obiettivi delle Agenzie di Tutela della Salute (A.T.S.), delle Aziende Socio-Sanitarie Territoriali (A.S.S.T.) e dell'Agenzia Regionale Emergenza Urgenza (A.R.E.U.) – anno 2025 e ss.mm.ii.</i></p> <p><i>-Decreto DGW n.8610 del 18.06.2025, recante ad oggetto "Declinazione degli indicatori relativi agli obiettivi dell'ATS di Bergamo-Anno 2025"</i></p>
--------	--

Correlato a OBIETTIVO STRATEGICO (OS) o OPERATIVO (OO)

PIAO 2025-2027 (All.7)

OO30	Raggiungimento degli obiettivi minimi di prevenzione ex DGR XII/4434 del 26.05.25 e Decreto DGW n.8610 del 18.06.25
------	---

Azione concreta di contribuzione alla realizzazione dell'indirizzo strategico ed operativo

OBIETTIVO DELL'AZIONE CONCRETA

1. Prevenzione dai rischi ambientali, climatici e lavorativi Attuazione PNC: (PNC) "SALUTE, AMBIENTE, BIODIVERSITA' E CLIMA" SNPS-SNPA DI CUI ALLA DGR XI/7845 DEL 31/01/2023. (P3)

PARAMETRO DI MISURAZIONE (Indicatore), TARGET ATTESO DELL'OBIETTIVO e TEMPO di sua realizzazione

1. **Indicatore:** valore economico degli interventi per il quale si è proceduto alla sottoscrizione dei contratti/ valore economico degli interventi previsti

- **Target:** 100%

- **Tempo di realizzazione:** nel corso del 2025

PUNTI DI CONTROLLO DELL'OBIETTIVO da rendicontare

30 SETTEMBRE 2025

31 DICEMBRE 2025

Obiettivo condiviso con altre articolazioni di ATS? (barrare opzione) SI' NO X

Codice scheda	Rendicontazione al 30/09/2025	Rendicontazione al 31/12/2025
061408	Fatto 100%. Al 30.09 sono stati sottoscritti contratti per € 1.374.681,36 / sono stati previsti interventi per € 1.384.739,81.	Al 31.12.2025 sono stati sottoscritti contratti per € 1.374.681,36 / sono stati previsti interventi per € 1.384.739,81. La percentuale di raggiungimento è pari a 99,27 %. La differenza di importo deriva da ribassi d'asta ottenuti durante le fasi di offerta delle varie procedure. Obiettivo raggiunto al 100%

A questi obiettivi si sono aggiunti gli obiettivi associati alle RAR (Risorse Aggiuntive Regionali) -rif. delibera ATS n. 704 del 30/10/2025 a seguito di recepimento d.g.r. dgr xii /4705 del 14/07/2025 avente ad oggetto: "approvazione accordi tra la delegazione di parte pubblica e le OO.SS. della dirigenza e del comparto del SSn in materia di linee generali di indirizzo sulle Risorse Aggiuntive Regionali (rar) anno 2025".

Tutti gli obiettivi sono stati raggiunti dal personale a cui erano stati assegnati, ne hanno beneficiato **per la Dirigenza unità pari al 69,41% e per il Comparto unità pari al 96,47%.**

